

«RIT»

Foja: 1

FOJA: 175. Ciento setenta y cinco.

NOMENCLATURA	: 1. [40]Sentencia
JUZGADO	: 12º Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL	: C-27634-2017
CARATULADO	: MARAGLIANO/INSTITUTO NACIONAL DEL
TÓRAX	

Santiago, veintiséis de Enero de dos mil veintiuno

VISTOS:

Con fecha 03 de octubre de 2017, folio 1, comparece doña Angélica Victoria González Pinochet, abogada, domiciliada en calle Coquimbo número 1.136, de la comuna de Santiago, en representación como se acreditará de don (1) **JOSÉ ANTONIO MARAGLIANO CHACÓN**, cesante; de doña (2) **ROSA ELVIRA SALDAÑO TRINCADO**, labores domésticas; de doña (3) **SARA ESTER MARAGLIANO SALDAÑO**, estudiante; de don (4) **MARTÍN FELIPE MARAGLIANO MUÑOZ**, estudiante, y de doña (5) **ELIZABETH IVONNE MUÑOZ SAAVEDRA**, trabajadora en servicio de restaurant, todos con domicilio para efectos de esta demanda en calle Coquimbo 1136, Santiago, e interpone demanda civil de indemnización de daños y perjuicios, por Falta de Servicios, en contra del **HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE**, en adelante Hospital Dr. Luis Tisne B., Establecimiento Autogestionado en Red, por resolución exenta N° 759, de fecha 27 de diciembre de 2006, funcionalmente desconcentrado del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, representado legalmente por su Director, Sr. Julio Felipe Montt Vidal, médico, ambos con domicilio en Avenida las Torres N° 5150, Peñalolén y contra del **INSTITUTO NACIONAL**



«RIT»

Foja: 1

DEL TÓRAX (HOSPITAL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y CIRUGÍA TORÁCICA DOCTOR ENRIQUE LAVAL),

en adelante “INT” , Establecimiento Autogestionado en Red, por resolución exenta N° 760, de fecha 27 de diciembre de 2006, funcionalmente desconcentrado del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, representado legalmente por su Director Sr. Pablo Leonel Gacitúa Cortez, Ingeniero Comercial, ambos con domicilio en Avda. José Miguel Infante 717, Providencia, en mérito de las consideraciones de hecho y derecho que expone como sigue:

Indica que, Felipe Florencio Maragliano Saldaño, en adelante Felipe, desde el año 2003 era paciente de la unidad de cardiopatías congénitas, del Instituto Nacional del Tórax, era hijo, hermano, padre y conviviente, respectivamente de los demandantes; habría muerto a los 27 años en el Instituto Nacional del Tórax, con fecha 21 de Noviembre de 2013, a las 14:00 horas, según se consignaría en Certificado Médico de Defunción y Estadística de Mortalidad Fetal, folio N° 1846758, emitido por el Instituto Nacional del Tórax, la causa inmediata de su muerte habría sido un Shock Cardiogénico, debido o como consecuencia de Falla Multiorgánica, debido o como consecuencia de Válvula Aórtica Bicúspide con Estenosis.

Señala que, Felipe Florencio Maragliano Saldaño, desde los 5 meses de edad, habría sido controlado médicamente en el Hospital Luis Calvo Mackenna por compromiso cardiovascular, por hallazgo de soplo al corazón concluyendo con ECO 2D que padecía Estenosis valvular Aórtica Leve con gradiente de 25 mmHg.

A los 11 años por Eco 2D se habría informado: Válvula Aórtica Bicúspide, con prolapso e insuficiencia leve, dilatación de Aorta Ascendente, VI (Ventrículo Izquierdo) hipertrófico con función normal.

A los 13 años una nueva Eco 2D, habría revelado un leve aumento de la gradiente de la Estenosis Aórtica, que la insuficiencia Aórtica sigue siendo leve y la



«RIT»

Foja: 1

dilatación de la Aorta ascendente alcanza 39 mm, además sería evaluado en la unidad de genética donde es catalogado como Síndrome de Marfán, con poco fenotipo.

En Reunión Clínica en dicho Hospital, dice, se habría discutido el alto riesgo de disección aórtica en valvuplastía. Se habría decidido iniciar tratamiento con propranolol, siendo derivado a los 16 años al Instituto Nacional del Tórax, por la probabilidad de, en el futuro, requerir reemplazo valvular.

Felipe era controlado anualmente y catalogado clínicamente asintomático.

Todo lo anterior se desprendería de “Hoja de Interconsulta” de fecha 30 de octubre del año 2002, del Hospital Luis Calvo Mackenna, al Servicio de Cardiopatía del Hospital Instituto Nacional del Tórax, servicio de salud al cual Felipe habría sido derivado para continuar el manejo de sus patologías, pasando a ser paciente de dicho nosocomio a partir del año 2003, específicamente de la unidad de cardiopatías congénitas del adulto, donde habría sido atendido en controles anuales por el médico Rodrigo González Foretic, médico cardiólogo, considerado como experto en cardiopatías congénitas en adultos.

Refiere que, el día 9 de julio de 2013, Felipe asistiría a su control médico anual en el INT, como siempre acompañado por su madre, la señora Rosa, y por Elizabeth Muñoz, su conviviente, quien desde que iniciaron su vida juntos, también lo habría acompañado, como siempre fue atendido por el doctor Rodrigo González Foretic, el que en atención a que los resultados de los exámenes de rutina, indicaban que la estenosis de la válvula aórtica había evolucionado negativamente al igual que la dilatación aórtica, habría quedado con indicación quirúrgica, y en lista de espera para ser intervenido.

Como era habitual dicho médico habría explicado a Felipe y su familia los síntomas por los cuales debían acudir prontamente al hospital.



«RIT»

Foja: 1

Afirma que, a finales del mes octubre del año 2013, Felipe habría comenzado a sentirse con mayor cansancio, y con un cuadro de tos recurrente, dolor en el pecho, decaimiento e inapetencia que con el paso de los días se fue acentuando, motivo por el cual la señora Rosa y don José, padres de Felipe, que en distintas ocasiones habrían consultado por la lista de espera al INT, habrían concurrido el día 5 de noviembre de 2013 a la Unidad de Cardiología Congénita de aquel, para solicitar una hora con su médico u otro, atendido el preocupante estado de salud de Felipe.

En dicho lugar, luego de esperar dos horas, la enfermera Loreto Soré Osorio, les habría indicado que no se encontraban los médicos de cardiopatías congénitas y que no había disponibilidad de horas, pero ante la angustia de los padres de Felipe, se habría comprometido a contactarlos para definir los pasos a seguir. Al día siguiente la enfermera Soré habría tomado contacto con la familia de Felipe señalando que el doctor González había comunicado que el cuadro de tos no tenía una raíz cardiológica y que por tanto no se preocuparan, y se les habría informado que, de todas formas, se había hecho un sobrecupo, para día 8 de noviembre de dicho año, para ser evaluado por el Dr. Polentzi Uriarte. Posteriormente habrían recibido un llamado telefónico por parte de la secretaria de la unidad de cardiopatías congénitas Srta. Alda Gutiérrez, quien habría informado que la hora programada era suspendida por permiso administrativo del Dr. Polentzi Uriarte, sin ser reprogramada con otro doctor, o con la enfermera especializada, de la unidad de pacientes cardiogénicos, como lo dispondría el Programa de Cardiopatía Congénita del INT que incluiría el *“tratamiento percutáneo avanzado y la atención directa de enfermera especialista.”*, (N° 17, de la página 20 de “Gestión Médica MEMORIA INSTITUCIONAL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX Período



«RIT»

Foja: 1

2011-2013”), y se les recomienda que se dirijan a su servicio de urgencia en caso de mayor malestar.

Debido a que la salud de Felipe se habría ido deteriorando cada vez más, los demandantes insistieron en comunicarse con el Dr. Rodrigo González F., lo que habrían logrado el 14 de noviembre de 2013.

Dado que Felipe no habría presentado mejora y su condición de salud se veía más comprometida, la familia habría insistido en comunicarse con su médico, el Dr. Rodrigo González, lográndolo el día 14 de noviembre de 2013, doña Elizabeth Muñoz Saavedra, conviviente de Felipe contactarlo por fin en la Unidad de Cardiopatías del INT, indicándole al doctor, que Felipe estaba comprometido, somnoliento, con dolor en el pecho y con mucha tos, a lo cual se habían sumado vómitos además, el médico le indicó que debía ir de inmediato a la urgencia más cercana, siendo llevado al Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

Así Felipe que habría sido paciente de la Unidad de Cardiopatías Congénitas del INT, con indicación quirúrgica, y en lista de espera, con un preocupante compromiso de salud, no habría sido citado a su hospital de origen y se le habría sugerido asistir a un servicio de menor complejidad, donde no había registros de su historial clínico.

Manifiesta que, a las 17:14 horas del día 14 de noviembre de 2013 Felipe habría sido ingresado al HOSPITAL DR. LUIS TISNÉ BROUSSE, según Dato de Atención de Urgencia (D.A.U.) de la Unidad de Urgencia Adultos-HSO del Hospital Dr. Luis Tisné B., Folio F: U0000045976, reporte generado por el Dr. Tomas Selman.

Felipe, dice, habría ingresado a la Unidad de Urgencia Adultos de dicho hospital, a las 17:14 horas del día 14 de noviembre del año 2013, con DOLOR AL PECHO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, donde se informa además los ANTECEDENTES CARDIACOS y AORTA ASCENDENTE C/ DILATACIÓN que Felipe padecía, el



«RIT»

Foja: 1

tiempo desde que sufría dolor torácico y la preocupante tos, además se informa que se encontraba a la espera de cirugía para cambio de válvula aórtica bicúspide. Ese día Felipe ingresó con arritmia cardíaca con un pulso de 124, y Presión Art. Normal de 105/76, siendo el valor óptimo en presión arterial 115/75 mmHg (pág. 12, Guía Clínica 2010 Hipertensión Arterial Primaria o esencial en personas de 15 años y más).

En dicho lugar habría sido atendido por el Dr. Tomás Selmán Hasbún, quien solicitó los siguientes exámenes:

Hemograma Inc. Recuento de Leucocitos y Eritrocitos, Hemoglobina, Hematocrito, Form Leucocitos y Vhs.

Creatinina

Nitrógeno Ureico o Urea Cuantitativo

Electrolitos Plasmáticos (Sodio, Potasio, Cloro) C/U

Proteína C Reactiva Por Técnicas Nefelométricas Y/O Turbidimétricas

Creatinquinasa Ck - Mb Miocardia

Creatinquinasa Ck - Total

Tórax (frontal y Lateral) (Incluye Fluoroscopia) (2 Proy. Panorámicas) (2 Exp.)

Posteriormente, a las 23.10 horas el mismo médico suspendería todos los exámenes, a excepción de la radiografía de Tórax, y suspendería un medicamento broncodilatador FENOTEROL + PRATROPIO 0.5 MG+0.25MG/ML FCO. 20 ML, que al parecer había dispuesto.

Durante la evaluación médica, los demandantes sólo habrían logrado ver a Felipe por momentos, por entre la puerta del lugar donde se encontraba, y habrían observado que mientras esperaba atención médica caminaba de un lado para otro, con notable malestar y dolor, lo que les habría causado mucha angustia, pues nada



«RIT»

Foja: 1

podían hacer, pero confiaban en que ahora se encontraba en manos médicas. Felipe ni los demandantes fueron informados de los resultados de RX de Tórax ni electrocardiograma, de haberse realizado aquellos.

Casi a las 3 de la madrugada del día 15 de noviembre de 2013, el mismo médico Tomás Selmán habría establecido sorprendentemente una Hipótesis diagnóstica de TOS y Felipe pese a estar notablemente comprometido, habría sido enviado a la casa sin conocer su real estado de salud y sin ningún resguardo médico, dejándolo citado para el día siguiente a un control en urgencia, donde se presentaría el caso al Dr. Sued para su evaluación y eventual ecocardiograma y presentación al hospital del Tórax.

Indican que, los demandantes y Felipe se encontraban angustiados, pues el malestar habría ido en aumento, y pese a haber estado casi 10 horas en dicho recinto hospitalario, el médico había diferido su evaluación para el día siguiente.

Finalmente se habrían retirado del centro hospitalario con angustia pues sería sabido que una enfermedad cardiovascular puede evolucionar rápidamente, pero confiados en que se había aplicado los protocolos médicos y que al día siguiente se realizarían los exámenes de rigor, habrían llevado a Felipe a su casa.

El 15 de Noviembre de 2013, a las 10:22 horas Felipe nuevamente habría sido ingresado al Hospital Luis Tisné B., donde se informa nuevamente los antecedentes de las patologías cardiacas que Felipe padecía y se insiste en que se encontraba en lista de espera para cambio de válvula aórtica bicúspide y que tenía mucha dificultad para respirar tanto de pie como acostado, en el D.A.U. (Datos de atención de Urgencia) habría quedado establecido aquello como disnea y ortoapnea, sin embargo quedó consignado como motivo de consulta “TOS”, habiendo quedado presumiblemente la hipótesis diagnóstica del día anterior, Felipe habría



«RIT»

Foja: 1

ingresado más comprometido y con más taquicardia que el día anterior, con un Pulso de 134 y una presión arterial normal de 108/73.

A los 30 minutos de su ingreso le habrían realizado un electrocardiograma (ECG), cuyos resultados fueron: *“Sospecha Hipertrofia ventr. Izquierda, Taquicardia sinusual, Ligera desviación del eje a la izquierda, Descenso del ST (lateral, anterior), Elevación del segmento ST (anterior), Onda T negativa (lateral, anterior), Probable ECG anormal.”*

A las 3 de la tarde aproximadamente se le habría realizado la Ecocardiografía Bidimensional Doppler Color.

Según los datos de la atención de urgencia D.A.U. Folio F: U0000046102, reporte generado por la Dr. Dannette Guíñez F. los comentarios de enfermería, indicaban: ANTC HTA - DM - ALERG- AO ASCENDENTE C/ DILATACIÓN A LA ESPERA DE CX PARA CAMBIO DE VALVULA BICUSPIDE:

La Anamnesis realizada por la Dra. Dannette Guíñez F. señalaría lo siguiente:

“Ant.: válvula aórtica bicúspide con estenosis leve/moderada; aorta ascendente ¿dilatada?, ¿Marfán?. Asintomático, con control anual en I. N. del tórax, en espera de cirugía. Sin tto. Médico actual. No refiere cambios en hábitos cotidianos de actividad física ni alimentarios. Qx.: no. Alergias: no. Cuadro de tos seca en accesos de +/-1 mes de evo., pero refiere que es más de 2 meses de ev. sensación febril no cuantificada. Mayor en decúbito y nocturna asociado a aortopnea y disnea de moderados esfuerzos edema de EE no refiere tto descongestionante y aritro por 7 días IFI Bordetella y Serologia mycoplasma (-) sin control hace 1 año por patología de base, sin ecocardio ni tto para IC al examen taquicardico (refiere taquicardia de larga data) normotenso, llene capilar conservado MP (+) SRA RR” T soplo asistólico y mitral ABD BDI RHA (+) irritación peritonal (-) yugulares no ingurgitada Edema de EE (+++) faringe congestiva sin



«RIT»

Foja: 1

placa de pus sin dolor seno paranasal sin descarga posterior impresionatos asoc a IC pendiente ecocardio evaluado por Dr. Sued. Ecocardiograma: cavidades cardiacas dilatadas motilidad anormal global y segmentaria con hipokinesia global derrame pericardio leve Estenosis Aórtica moderada a severa e insuf aórtica leve y tricuspidea moderada PSAP 58 FEVI 36% marfan (-) según paciente.”

El antecedente de marfan (-), habría sorprendido a los demandantes, pues no sería posible que Felipe hubiera informado aquello, por cuanto desde niño estaba diagnosticado con Sd Marfan.

Posteriormente a las 16:39 horas la doctora Dannette Guíñez, habría dado de alta a Felipe y establecería para su sorpresa y los demandantes como Hipótesis Diagnóstica Codificada: DISNEA, que es un síntoma, enviando a Felipe a su domicilio, esta vez con una serie de medicamentos a ingerir y con una vaga interconsulta al INT, todo contenido en la hoja del D.A.U. que les fue entregada.

Explica que, si bien el alta médica dada, les habría resultado muy angustiante, pues a simple vista se apreciaría que Felipe se encontraba muy mal de salud, y no se les habría informado su estado de gravedad, los demandantes confiaron en que aquella atención médica brindada y la decisión de dar el alta a Felipe se ajustaba a los protocolos médicos que debían existir, debiendo esperar al día lunes para la interconsulta en el INT, donde sabría realmente el estado de salud de Felipe.

Hace presente que, el protocolo de ingreso de un paciente que es derivado vía interconsulta al Instituto Nacional del Tórax, se realizaría vía consultorio externo de dicho centro hospitalario, el cual funciona de lunes a viernes, siendo su horario de atención el día viernes de 8:30 a 16 hrs., Felipe al ser dado de alta a las 14:39 hrs., solo podría acceder a la vaga interconsulta el día lunes siguiente.

Asegura que, la poca capacidad de interpretar clínicamente los datos contenidos en el D.A.U. y en el electrocardiograma, y la confianza en la decisión médica no les



«RIT»

Foja: 1

habría permitido contraponerse a lo decidido por la Dra. Dannette Guíñez, por lo cual con angustia y desconociendo la real gravedad de Felipe lo habrían llevado a su casa, como les fue indicado, pero dentro de la angustia, pensaban que el tratamiento farmacológico dado, consistente en espironolactona 25 mg al día, atenolol 50 mg 1/4 comp cada 12 hr, losarían 50 mg al día y berodual 2 puff cada 6 hr. con aerocámara, recompondría en algo la delicada salud de Felipe.

Felipe fue llevado a su casa con notables dolores en el pecho, tos y dificultad para respirar, se habría tomado los medicamentos que le habían recetado, guardando reposo en cama, cerca de las 23:00 horas, se levanta y va al baño, y ante la demora y no respuesta a los llamados de Elizabeth, esta ingresa a la sala de baño, encontrando a Felipe tendido en el piso.

Indica que, Elizabeth y el padre de esta, trasladan inmediatamente a Felipe al Hospital Dr. Luis Tisné B., donde habría sido ingresado a las 23:20 horas, del mismo día 15 de noviembre en que la Dra. Guíñez consideró pertinente darlo de alta, allí se habrían reunido con los otros demandantes quienes vivirían a pasos de dicho hospital.

El documento de “INGRESO PACIENTE” señalaría:

“Paciente con múltiples consultas por disnea al esfuerzo, dolor torácico (disconforte). Hoy consulta para ecocardio 2° consulta en el día por síncope ECOCARDIO FEVI 36%, antecedentes mórbicos Sd. Marfán”, y como diagnósticos esta vez se establece “SINCOPE”

En este reingreso se le habría realizado un ECG, el cual habría delatado que Felipe había sufrido un infarto agudo al miocardio anterior, la angustia e impotencia de la familia, habría crecido cada vez más pues en lugar de sentirse mejor con los medicamentos, su salud había empeorado aún más.



«RIT»

Foja: 1

A las 1:13 PM del día 16 de noviembre de 2013, se le habría realizado otro electrocardiograma, el que señalaría: Infarto de Miocardio Anterior probablemente reciente y Posible aumento de la aurícula izquierda.

Felipe en este último ingreso habría sido hospitalizado en un box de urgencia, y sorprendentemente, su hospitalización se realizaba en atención a los resultados del Ecocardiograma, que fueron desestimados por la Dra. Dannetet Guiñez, el desconsuelo de haber confiado en dicha doctora que le había dado el alta y la angustia de los demandantes al ver como Felipe se descompensaba cada vez más, a medida que pasaban las horas, se habría visto agravada por la pasividad del centro hospitalario, porque Felipe no era trasladado por el personal sanitario a la Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad Coronaria, como era de esperar, por haber sufrido además un Infarto Agudo al Miocardio Anterior. Felipe, durante esas horas, habría evolucionado negativamente con hipotensión, esto es con una presión sanguínea excesivamente baja y realizándosele un Angio Tac que habría mostrado un Aneurisma Aórtico Ascendente, sin disección aórtica.

Finalmente a las 15:00 horas del día 16 de noviembre de 2013, habiendo transcurrido más de 16 horas contadas desde que el personal sanitario del hospital había tomado conocimiento que Felipe había sufrido un infarto agudo al miocardio, es trasladado a la UCI del H. Dr. Luis Tisné B.. Relata que, la impotencia de ser gente sencilla y humilde que no contaba con una situación económica que les permitiera trasladar a Felipe a otro recinto hospitalario, los iba consumiendo poco a poco, a medida que veían que la salud de su ser tan querido iba empeorando cada vez más, sin ser trasladado a un recinto de mayor complejidad para una adecuada atención médica, que para ellos se traducía en la necesidad que tenía Felipe de ser intervenido sin demora, pues para ellos los síntomas eran concordantes con los que tantas veces se les había señalado, para ser operado.



«RIT»

Foja: 1

Señala que, los demandantes no habrían logrado comprender la tardanza en el accionar del personal médico y tampoco la falta de traslado a su hospital de origen u otro de mayor complejidad, pues ahora presentaba todos los síntomas que se les había informado por años, que indicaban que Felipe debía ser intervenido quirúrgicamente, intervención que se encontraba prescrita médicamente, pero en virtud de su condición asintomática había sido diferida, y ahora que presentaba los síntomas que daban cuenta que la patología de Felipe había empeorado y que además había sufrido un infarto agudo al miocardio anterior, el personal sanitario de dicho hospital habría seguido su rutina de pasividad, ante la angustia de los demandantes, dilatando en forma excesiva su traslado al INT u otro recinto de mayor complejidad.

En la UCI, esto es después de las 15:00 horas del día 16 de noviembre, Felipe habría sido evaluado por el doctor Nicolás Carreño Calderón quien habría establecido un diagnóstico de Shock cardiogénico; Estenosis aórtica severa + dilatación de la raíz aórtica; Obs Neumonía derecha. Y Como fundamento diagnóstico establece, “Antecedente de estenosis aórtica severa en espera de resolución quirúrgica, historia de disnea progresiva, tos productiva y sensación febril, evidencia de disfunción ventricular severa.”

El terrible diagnóstico que se les comunicaba se habría alejado radicalmente de los errados diagnósticos entregados anteriormente de TOS y SINCOPE, que en realidad eran síntomas de la grave condición de Felipe, pero que a su vez atenuaban la percepción de la real gravedad de la salud de Felipe, y que nunca les habría sido informada.

Los familiares de Felipe, si antes estaban angustiados, ahora se encontraban destrozados, porque el diagnóstico médico justamente se basaría en las patologías que Felipe presentaba y que tantas veces habían informado al personal sanitario,



«RIT»

Foja: 1

informando que se encontraba en lista de espera para ser intervenido, quienes desestimando aquellos antecedentes habían puesto en un riesgo mayor a Felipe, retrasando la necesaria intervención médica, siendo en reiteradas ocasiones enviado a su casa. En esos momentos vieron traicionada la confianza que habían depositado en el personal médico de dicho recinto, que había omitido antecedentes tan graves como informarles que la estenosis Aórtica que padecía Felipe se encontraba en su grado más severo.

La Epicrisis realizada por el doctor Nicolás Carreño Calderón señala “Al ingreso en GCS=15 ptos, mala perfusión distal, con acidosis metabólica severa, hepatitis isquémica con prolongación severa del tiempo de protrombina y falla pre-renal. A la ecoscopia impresiona con deterioro de la función del ventrículo izquierdo.” . Lo anterior habría venido a ratificar la terrible impresión de los demandantes de que a Felipe se le había enviado a su casa, sin prestarle la asistencia médica adecuada y necesaria, y se encontraban abatidos porque Felipe que se encontraba en un nivel de conciencia, que le permitía expresarse y entender lo que le estaba ocurriendo, durante las horas sin la adecuada asistencia médica había sufrido literalmente la enfermedad.

El examen Físico realizado por el Dr. Nicolás Carreño Calderón, además acusaba que Felipe tenía Yugulares ingurgitadas, lo que significaba que la enfermedad de Felipe había evolucionado en el paso de las horas sin la debida atención, con una insuficiencia aórtica aguda.

El doctor Nicolás Carreño Calderón, habría dispuesto la Instalación de Catéter Central Venoso, y habría iniciado un tratamiento medicamentoso consistente en milrinona y dobutamina, fármacos distintos a los recetados anteriormente por la Dra. Dannette Guíñez, y decide el traslado urgente a INT para asistencia ventricular y/o la realización de la cirugía de reemplazo valvular que Felipe



«RIT»

Foja: 1

requería. La Tasa de mortalidad pronosticada fue un 50% (Predicted death rate 50%)

Finalmente a las 19:10 horas del día 16 de noviembre del año 2013 se habría producido el traslado a la UCI Cardio del Instituto Nacional del Tórax, Felipe habría sido sacado en camilla por el sector de ambulancias, donde alcanza a despedirse de sus familiares, antes de ser subido a la ambulancia, imagen que a diario revivieron los demandantes, pues el departamento en que vivían se encontraría muy cerca del recinto hospitalario, y cuya vista da hacia el sector de las ambulancias, la madre de Felipe que sería la única que sigue habitando el departamento, a diario continúa reviviendo esta imagen.

Los demandantes y el mismo Felipe habrían estado angustiados y destrozados, porque desde un principio habían informado su condición cardiogénica y habían insistido que estaba en lista de espera para ser intervenido quirúrgicamente, pero todas esas circunstancias habrían sido desestimadas por el personal médico que lo atendió y que en forma reiterada lo envió a su casa, exponiéndolo a la muerte.

Los demandantes y el mismo Felipe dicen que en esos momentos su principal preocupación era Martín su hijo, sin reponerse del shock de haberse visto engañados con diagnósticos erróneos, como era lógico, ahora pensaban que encontrándose con un diagnóstico claro, llegando al INT, recinto que tenía todo su historial clínico, incluso la recomendación de intervención, lo iban a intervenir inmediatamente, de tal forma que su delicada situación de salud se recuperaría.

Pero grande y devastadora habría sido la impresión de los actores al leer en la “Ficha Prehospitalaria Avanzada” N° 91493, documento de traslado al INT “Paciente portador de Estenosis Aórtica Severa, dilatación de aorta post estenosis... falla bomba, insuf renalpre renal, insuficiencia hepática pre hepática, DVA DOBUTA + MILRINONA a full ... hipotenso, paciente inestable pero tiene cero



«RIT»

Foja: 1

posibilidades de sobrevivencia en H. Tisne. se realiza traslado de rescate a UCI Cardio H. Toráx” .

En ese momento se habrían dado cuenta que el actuar tardío, deficiente, y defectuoso del personal sanitario del Hospital Dr. Luis Tisné B., habría llevado a Felipe a la peor condición de salud esperable y a que en ese recinto tuviera cero posibilidades de vida, situación que nunca se habrían representado, pues se trataba de un muchacho joven, que pese a sus patologías llevaba una vida normal lleno de proyectos, incluso había comprado un taxi, para mejorar la situación económica de sus seres queridos, y que si bien padecía patologías que eran de cuidado, aquellas se encontraban bajo control médico, y se resolverían con la intervención de reemplazo valvular, cuando el momento clínico adecuado llegara, pues dada su condición compatible con la vida sin síntomas, la intervención quirúrgica había sido diferida por su médico. Pero también se habrían dado cuenta que, de haber sido evaluado oportunamente en su hospital de origen, esto es INT, Felipe jamás habría llegado a esa condición en un hospital de menor complejidad que no tenía su historial clínico y cuyo personal sanitario desestimó: su condición cardiogénica, los antecedentes aportados por el mismo Felipe y los demandantes y también los resultados del ecocardiograma y electrocardiograma practicados en el mismo hospital en que desempeñaban sus funciones.

Literalmente en el Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, sin derecho alguno y sin justificación posible, Felipe habría sido abandonado al curso natural de sus enfermedades, como consecuencia de ello, sus posibilidades de vida se vieron mermadas drásticamente, y agravadas con medicamentos contraindicados, y con reiteradas Hipótesis Diagnosticas Codificadas, que en realidad eran síntomas, y que un precario y defectuoso sistema computacional del Hospital, permitiría que sean clasificadas como enfermedad.



«RIT»

Foja: 1

Sostiene que, el Hospital Dr. Luis Tisne Brousse, no tendría excusa alguna para justificar cada una de las omisiones y actuaciones contrarias a las prácticas de la Lex artis, de su personal sanitario, amparada por un deficiente sistema computacional, pues estaba tecnológica y humanamente equipado para aplicarlas en una situación que era absolutamente previsible como se verá, debiendo haber dispuesto el traslado de Felipe en forma oportuna para la realización de la intervención de reemplazo valvular que requería urgentemente.

Refiere que, aproximadamente a las 19:30 horas del día 16 de noviembre de 2013, Felipe habría sido ingresado a la UCI del Instituto Nacional del Tórax (INT), habría ido consciente y atento al medio, el diagnóstico de ingreso fue Cardiopatía Valvular, Estenosis Valvular Aórtica Severa Sintomática, y Sd de Marfán, y pensó al igual que los demandantes que sería intervenido inmediatamente para el reemplazo valvular requerido, o a lo menos mientras aquello se producía, sería apoyado con asistencia ventricular mecánica, que fuera solicitada por el H. Dr. Luis Tisné B., evitando un compromiso mayor en su salud, mientras esperaba para ser operado.

La impaciencia y angustia de los demandantes habría crecido minuto a minuto, porque no se les informaba de la operación, posteriormente se les habría informado que Felipe estaba siendo tratado con terapia farmacológica, cerca de las 2 de la mañana, se habrían enterado que Felipe recién sería evaluado para ser intervenido quirúrgicamente, lo que para los demandantes resultaba devastador, pues antes que se produjera el traslado desde Hospital Dr. Luis Tisné, el INT ya había sido contactado para aquello y en este, se encontraban los antecedentes médicos que daban cuenta que se encontraba con indicación quirúrgica, y desde su ingreso habían pasado a esas alturas más de 6 horas sin ser evaluado. Así advertían que la espera de una nueva evaluación, retrasaba la intervención quirúrgica que Felipe



«RIT»

Foja: 1

requería en forma urgente y que las posibilidades de vida se iban desvaneciendo con el paso de las horas. Los demandantes, dice, no se explicaban el retraso de la evaluación, pues se trataba de la UCI del INT, centro de referencia nacional para cirugías cardiovasculares y enfermedades cardiopáticas, no lograban explicarse porque no había un médico que lo evaluara inmediatamente en la UCI, hasta que, finalmente, cerca de las 6 de la mañana habría llegado un médico a realizar la evaluación requerida con urgencia a lo menos con 12 horas antes al INT.

Finalmente cerca de las 7 de la mañana del día 17 de noviembre de 2013, se acerca un facultativo médico y cuando pensaban que Felipe por fin va a ser intervenido quirúrgicamente, se les informa que la operación convencional ya no sería posible, dado que su condición hemodinámica había empeorado en el transcurso de las horas, y que el plan era la instalación de un sistema de asistencia externa llamado ECMO, tomando conocimiento en esos momentos, que Felipe tampoco fue asistido en el transcurso de esas horas con asistencia ventricular mecánica, como había sido solicitado desde el Hospital Luis Tisné B.

Cerca de las 8 de la mañana, el doctor Mauricio Ramos Garrido, solicita la autorización para el procedimiento de anestesia, habiendo sido totalmente descartada por el Doctor M. Ubilla toda intervención quirúrgica, a fin de resolver el problema que había llevado a Felipe a esa condición, porque Felipe a esa hora presentaba una falla orgánica múltiple (FOM), la cual según se les informó no sabían porque se había desencadenado. Para los demandantes resultaba incomprensible que no se supiera la causa que desencadenó la FOM, pues alguna correlación debía tener, con los abundantes antecedentes de las cardiopatías que debían estar en la ficha médica de Felipe y el prolongado tiempo que a Felipe no le prestaron atención médica.

A partir de la instalación del ECMO, todas las evaluaciones y asistencias realizadas por el personal de salud del INT, se realizan respecto a recuperar la hemodinamia



«RIT»

Foja: 1

de Felipe con terapia farmacológica, con la intención de sacarlo de la Falla multiorgánica e intentar cirugía estandar, los demandantes no lograban entender porque no se aplicaba un procedimiento alternativo de reemplazo de la válvula aórtica bicuspid e angioplastia, pues creían que aquello estaba ocasionando la condición desastrosa de Felipe, y debía el personal sanitario atacar ese problema también, pero nada de ello ocurría, siendo el Dr. Gonzalo Torres P. quien el día 19 de noviembre de 2013, habría insistido en solicitar una evaluación por cirugía en HdS., (Hospital del Salvador) evaluación que tampoco se habría producido. Cree necesario señalar que, el INT, además contaba con convenios con la Clínica Dávila para realizar operaciones cardiovasculares, por lo cual no había motivo por el cual Felipe no fuera intervenido para reemplazo valvular inmediatamente cuando ingresó al INT.

Los demandantes día a día iban enterándose que Felipe iba literalmente descomponiéndose cada vez más y cada día que pasaba, en lugar de mejorar su condición iba, empeorando, día a día habrían visto como Felipe iba muriendo de a poco, pues en varias ocasiones se les habría informado que era muy probable que tendrían que amputarle una pierna o una mano o brazo, elevando los niveles de angustia de los demandantes y aumentando la inquietante sensación de que Felipe había sido abandonado a su enfermedad, tenían la sensación y angustia que de nada habían servido las constantes preocupaciones para proteger la salud de Felipe. Los demandantes durante la hospitalización de Felipe en el INT, fueron espectadores del proceso de deterioro de los órganos de su ser querido; les fue informado los reiterados procesos de lividez de sus extremidades y sangrado por la nariz la que supondría eventualmente derrame cerebral, se enteraban que Felipe habría sufrido hipotensión pulmonar, y que se le había instalado una sonda orogástrica, que se le realizaron múltiples punciones, porque en momentos no había



«RIT»

Foja: 1

acceso femoral disponible, debiendo colocarle un catéter en la yugular, luego se enteraban que estas habían sido cambiadas nuevamente, que Felipe sufrió aumento de abdomen, aumento de volumen en cuello, cianosis, acidosis, acrocianosis, hipoglicemia persistente, endocarditis infecciosa, proceso de deterioro de los pulmones, se le reinstaló línea femoral superficial, se le suministró heparina, la que luego fue suspendida dado que sufrió coagulopatía, y finalmente que Felipe evolucionó en un shock mixto con predominancia de distributivo, con Falla Orgánica Múltiple que comprometía sistema HDN, respiratorio, renal y hepático, cada nueva noticia del estado de salud de Felipe era peor y mientras ello ocurría, nunca se resolvía intentar atacar en forma paralela el problema que llevó a Felipe a esa condición, en ocasiones daba la impresión que con Felipe experimentaban, pues mientras algunos médicos decían que tenía acidosis otros decían que no, mientras unos decían que tenía el ventrículo izquierdo hipertrofiado, otros decían que no era tanto, incluso había médicos que comentaban que Felipe tendría probablemente Válvula aórtica bicúspide, como si aquel antecedente tan importante no estuviera en la ficha clínica de Felipe, todo aquello habría causado más angustias en los demandantes, pues frente a una múltiple y disímil opinión médica, se preguntaban si en algún momento operarían a Felipe, para que al menos tuviera una oportunidad de sobrevivir, pero aquello nunca habría acontecido.

Después de un largo tratamiento farmacológico que no dio resultado, Felipe habría fallecido a las 14:00 horas del día 21 de noviembre de 2013, siendo entregado el certificado de defunción que señala como causa inmediata que produjo directamente la muerte: Shock Cardiogénico, Falla Multiorgánica, Debido o como consecuencia de Válvula Aórtica Bicúspide con estenosis.

Felipe habría fallecido con gran parte de sus órganos comprometidos, después de una larga agonía, sin habersele realizado la cirugía que con tanta urgencia se



«RIT»

Foja: 1

requirió y que estaba indicada con anterioridad en dicho nosocomio y cuya reevaluación innecesaria y tardía, dilató más de la cuenta la necesaria intervención, no aplicándose tampoco un procedimiento de reemplazo valvular aórtico alternativo, para intentar salvarlo de la muerte a que fue expuesto.

Minutos antes de la muerte, a los demandados se les habría permitido despedirse de su ser querido, y posteriormente se le habría informado que, de haber sobrevivido, Felipe habría quedado con serias secuelas funcionales, como si aquello fuera un consuelo para sus seres queridos.

A los pocos días, los demandantes se enteraron gravemente, que parte de los medicamentos recetados a Felipe, por la Dra, Dannette Guíñez, eran fármacos para tratar la presión alta, cosa que Felipe no padecía, medicamentos que tenían graves contraindicaciones para el estado de salud de Felipe, pues el atenolol sería un fármaco del grupo de los betabloqueantes, que se utiliza para el tratamiento de la hipertensión arterial y como profilaxis de crisis anginosas y está contraindicado si padece de bloqueo cardíaco, bradicardia intensa o shock cardiogénico. (<https://www.laboratoriochile.cl/producto/atenolol/>). Aquello sería reafirmado por la Guía Clínica AUGE, “Tratamiento quirúrgico de lesiones Crónicas de la Válvula aórtica, mitral y tricúspide en personas de 15 años y más” , Series Guías Minsal 2013, la que señalaría en su página 62 “Los fármacos betabloqueadores deben evitarse en pacientes con insuficiencia cardíaca. La coexistencia de hipertensión debe ser tratada; “sin embargo el tratamiento, debe titularse con precisión para evitarla hipotensión.”

El Losartan sería un medicamento usado principalmente para tratar la presión arterial alta, y como “Precauciones: Se debe tener especial precaución al iniciar la terapia en pacientes con insuficiencia cardíaca pues el losartán puede



«RIT»

Foja: 1

producir excesiva hipotensión arterial.”

(<http://www.farmaciasahumada.cl/fasa/MFT/PRODUCTO/P9393.HTM>)

El Berodual, Indicado en la prevención y el tratamiento de la obstrucción bronquial reversible como asma bronquial y bronquitis crónica con o sin enfisema. Está contraindicado en pacientes con cardiomiopatía obstructiva y taquiarritmia (<http://www.farmaciasahumada.cl/fasa/MFT/PRODUCTO/P812.HTM>)

La ingestión de estos medicamentos para tratar una hipertensión que Felipe no padecía, explicaba en parte, la rápida hipotensión que Felipe habría desarrollado.

Manifiesta que, los demandantes hasta el día de hoy sufrirían y se angustian, porque de haberse otorgado la atención de salud requerida, en forma oportuna, eficiente y eficaz, Felipe no habría muerto, siendo agravada ésta muerte por la forma catastrófica que ocurrió, sufrimiento que se vería agudizado por cuanto un poco más de dos meses después que muere Felipe, acuden al mismo hospital INT, a visitar a un pariente de avanzada edad, quien había sido intervenido quirúrgicamente, también por una enfermedad cardiovascular, quien sale exitosamente de la operación, causando alegría, pero también causando un sentimiento de desprotección y abandono, pues Felipe no habría tenido la misma oportunidad de vivir.

LA EPICRISIS realizada en el INT, de fecha 21 de noviembre de 2013 señalaría el siguiente “Relato de Hospitalización” :

“Paciente con antecedentes de válvula aórtica bicúspide con estenosis moderada y dilatación severa de aorta ascendente en lista de espera de cirugía correctiva. Inicia hace 1 mes con tos y deterioro de su condición general, sensación febril y deterioro de la clase funcional, con 3 episodios de síncope. Es ingresado 16-11-2013 a H. Luis Tisné en shock cardiogénico con falla renal, hepática y hemodinámica. Se inicia tratamiento y se traslada a INT el 17-11-2013 donde



«RIT»

Foja: 1

ingresa grave en FOM, ecocardiografía con VI dilatado FEVI 36% y estenosis aórtica severa. Es valorado por equipo quirúrgico quien por elevado riesgo operatorio se apoya con asistencia ventricular izquierda veno arterial con oxigenador, VMI y hemofiltración VVC, con apoyo de DVA en altas dosis, no responde y su falla progresa. Se realiza nueva ecocardiografía con VI dilatado FEVI 36%, enfermedad aórtica con Insuficiencia aórtica moderada a severa, HTp de 70 mmHg, e imagen sugerente de vegetación en velo aórtico. Se sospecha endocarditis infecciosa, se inicia tto antibiótico, ajustado a función hepática y renal. Finalmente, luego de todo este soporte no recupera fallas y progresan, falleciendo el 21-11- 2013 a las 14:00 hrs. Se entrega certificado de defunción a familiares.”

Como Corolario y sin explicación alguna en la Epicrisis realizada en el INT, en ITEM “DIAGNÓSTICOS” , Descripción aparece “Cardiopatía congénita (malformación congénita del corazón no especificada)” , pese a que la cardiopatía congénita de Felipe era Válvula Aórtica Bicúspide y Estenosis aórtica, y así debía estar perfectamente documentado dentro de los antecedentes de la Ficha Clínica de Felipe.

Dice que, el halo de opacidad respecto a la atención recibida en el INT, se trasluciría literalmente en la epicrisis realizada, pues establecería en el “Relato de Hospitalización” como fecha de ingreso el día 17 de noviembre de 2013, haciendo a partir de ese momento una breve descripción de la evolución e intervención médica, quedando de manifiesto que no se prestó la asistencia oportuna y eficaz ni el 5, ni el 8 de noviembre y tampoco a partir del día 16 de noviembre, fecha esta última en que en verdad ingresó Felipe al INT. día en que el documento Historia y Evolución Clínica no señalaría que Felipe ingresa con Falla Orgánica Múltiple (FOM), sino que señala: “Al ingreso: corriente, atinque al medio, con yugulares planas, con regular perfusión a distal” , y que se traslada para manejo de falla



«RIT»

Foja: 1

cardíaca. Se omitió gravemente que Felipe fue trasladado para ser evaluado de URGENCIA para asistencia ventricular y/o cirugía de urgencia, previo contacto con residente UCI del INT. omitiéndose gravemente además el infarto agudo anterior al miocardio.

De esa forma quedaría plasmado literalmente que la evaluación para prestar asistencia ventricular y/o cirugía de urgencia se dilató por 11 horas aproximadamente, continuando durante esas horas solo con apoyo farmacológico iniciado en el Hospital Dr. Luis Tisné B., agregando otros fármacos, sin resolver en forma inmediata el problema que lo habría llevado a esa situación hemodinámica, dejándolo solo con inotrópicos y vasocompresores, llamando fuertemente la atención que el día 18 de noviembre, un médico sugiera “(tomar en cuenta apoyo con inotrópicos)” por lo cual cabe la legítima y preocupante duda al respecto, pues o no se le estaban proporcionando inotrópicos, o el doctor no evaluó a Felipe lo suficientemente bien, al punto de no percatarse que ya se le estaban suministrando.

Añade que, para los demandantes, la muerte de Felipe en el mismo hospital en que por años estuvo controlando su salud, habría resultado ser inexplicable e injustificable, pues se acudió a este en forma oportuna, pero el INT simplemente se habría desentendido de un paciente con cardiopatías congénitas clasificada de alta complejidad y en lista de espera para cirugía valvular, sugiriéndole se dirija a un recinto hospitalario de menor complejidad.

Paradójicamente también resultaría que el Dr. Polentzi Uriarte G., Cardiólogo, Instituto Nacional del Tórax/Jefe Laboratorio de Hemodinamia Clínica Alemana de Santiago, habría participado en la elaboración de una de las Guías Clínicas del MINSAL, en representación de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, mismo médico con quien Felipe tenía asignada hora médica el 8 de noviembre de 2013, que finalmente fue suspendida por permiso administrativo de



«RIT»

Foja: 1

dicho médico, sin ser esta reprogramada, pese a que el pronóstico de vida del paciente con patologías cardiovasculares, se ve afectado a medida que transcurre el tiempo.

Reitera que, el INT habría contado con todos los medios tecnológicos y humanos, para proceder a la realización de la cirugía que Felipe requería, contando con importantes convenios médicos además, sin embargo, cuando los padres de Felipe acuden, para solicitar ayuda como paciente que era de dicho hospital, este se habría desentendido de su paciente y posteriormente cuando es trasladado por el H. Luis Tisné con riesgo vital, el personal médico del INT, que inexplicablemente no realiza en forma oportuna la reevaluación para asistencia ventricular y/o cirugía de urgencia solicitada, deciden continuar con terapia farmacológica, como sostén hemodinámico para sacar a Felipe de la condición hemodinámica en que se encontraba, sin atacar el problema que lo habría llevado a esa situación, habiendo médicos que aún al 19 de noviembre de 2013, solicitaban evaluación para la cirugía única solución viable para enfrentar la estenosis aórtica severa sintomática, dado que la terapia farmacológica, solo serviría para aliviar los síntomas, para el sostén hemodinámico y como transición a la intervención quirúrgica, pero no resolvería la enfermedad.

Los demandantes posteriormente a la muerte de Felipe, habrían solicitan una copia de la Ficha Médica de Felipe al INT, la cual habría sido entregada después de marzo de 2014, advirtiendo que en ella no se encontraban los abundantes antecedentes clínicos de Felipe anteriores al 16 de noviembre de 2013, y solo se encontraban 10 hojas con fecha anterior, de las cuales 6 de ellas habían sido impresas el 26 de marzo de 2014, cuatro meses después de su muerte, lo que explicaba a los demandantes que el anestesista Dr. Mauricio Ramos Garrido, señaló en el documento “Evaluación Preanestesica” “No se tienen otros antecedentes de



«RIT»

Foja: 1

la ficha clínica” , y que el día 18 de noviembre las 21:30 horas el médico que lo evalúa señaló “Válvula aórtica sugerente de Bicúspide” , lo que consideran no menor, pues esa era justamente una patología de Felipe que debía estar documentada en la Ficha Clínica y cuya falta de reemplazo lo llevó a la muerte y que el Dr. Mario Ubilla, desconociera el factor desencadenante de la Falla Orgánica Múltiple, es decir se mantuvo al personal sanitario, prácticamente sin los antecedentes clínicos de Felipe, lo que habría sido corroborado en el documento de “Información Hospitalaria (HIS)” contenido en la misma ficha clínica, pues en él se advierte que la escuálida ficha médica solo se recibió en la UCI el día 21 de noviembre de 2013, a las 15:22, posteriormente al fallecimiento y epicrisis de Felipe, lo que explica además que el Dr. Jorge Enrique Sandoval Barrocal, a las 15:15 horas del día 21 de noviembre de 2013, no supiera que Felipe padecía las cardiopatías congénitas de Válvula aórtica bicúspide y Estenosis aórtica, al señalar en el Item Diagnósticos “Cardiopatía Congénita (malformación congénita del corazón no especificada)” . Todo lo anterior no solo vino a corroborar la falta de certidumbre que a veces advirtieron en los médicos, respecto a las patologías congénitas de Felipe, sino que vino a agravar la angustia de los demandantes pues hasta el día de hoy se preguntan, si esos médicos hubieran tenido una ficha clínica adecuada, habrían realizado inmediatamente la cirugía que Felipe requería cuya indicación debía encontrarse en aquella.

También habrían tomado conocimiento de importantes resultados del ecocardiograma doppler realizado a las 15 horas del día 15 de noviembre de 2016, en el Hospital Dr. Luis Tisné B., y que fueron omitidos en el D.A.U., por la Dra. Dannette Guíñez, antes que Felipe presentara el shock cardiogénico, antes que presentara una falla orgánica múltiple, y que darían cuenta que en realidad tenía una estenosis Aórtica Severa, como lo diagnóstico correctamente el Dr. Nicolás Carreño Calderón



«RIT»

Foja: 1

en el mismo hospital Dr. Luis Tisné B., 24 horas después, y con FEVI de 33% y por lo tanto debía ser intervenido en ese momento para reemplazo valvular, pues aquellos daban cuenta que Felipe tenía Área Valvular Aórtica de 0.6 cm² (no 0.7 cm²): Velocidad máxima de 4.3 m/s (Velocidad jet): y Gradiente media de 49 mm Hg.. propias de la estenosis aórtica severa.

Así quedaba ratificada la sensación de los demandantes, que el personal sanitario no había hecho todo lo que la ciencia médica pone a su alcance, que la angustia ante la pasividad del personal sanitario de dicho hospital, no era infundada, sino que justamente aquella pasividad, los erróneos diagnósticos, la deficiente y tardía atención, los medicamentos mal prescritos, le habrían restado gravemente posibilidades de vida a Felipe, cuestión que se reproduce en el INT, al ratificarse en forma documentada, que Felipe no habría sido evaluado para reemplazo valvular, porque en el hospital de referencia nacional para cirugías cardiovasculares no había un médico en la UCI para aquello, continuándose con una terapia farmacológica que no había dado resultado en el hospital Dr. Luis Tisné, retrasando de sobremanera la asistencia ventricular tan necesaria y también entendieron porque algunos médicos ignoraban que Felipe padecía válvula aórtica bicúspide, pues el personal sanitario nunca habría tenido a disposición, la historia clínica de Felipe.

En cuanto a la terapia farmacológica, sería diversa la literatura que coincide en señalar que, esta no mejora a un paciente de la Estenosis Aórtica Severa, un ejemplo claro y entendible de ello lo señalaría el Dr. Federico Lipszyc, Coordinador de la Unidad de Cardiología Crítica Staff de Recuperación Cardiovascular, Asistencia Mecánica Ventricular y Trasplante del Hospital Universitario Austral Jefe de Trabajos Prácticos de la 1.a Cátedra de Farmacología. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, quien en su trabajo denominado “Inotrópicos y vasopresores en el shock cardiogénico”, publicado en el sitio de internet



2-Lipszvc-B.pdf señalaría:

“El shock representa uno de los problemas más importantes y desafiantes para los médicos que trabajan en unidades críticas. A pesar de los avances tecnológicos, los pacientes que presentan shock en los distintos patrones hemodinámicos -cardiogénico, obstructivos, distributivos e hipovolémicos- tienen una tasa de mortalidad elevada.

No hay duda de que en el paciente en shock el tratamiento más importante es la resolución de la causa primaria que lo lleva a esta situación clínica. El sostén hemodinámico con inotrópicos y vasopresores son claves para minimizar el tiempo de hipoperfusión tisular y evitar una deuda de oxígeno (O₂) insostenible. Los inotrópicos y los vasopresores son las drogas de elección hasta la resolución de la causa cardíaca o extracardíaca que llevó a esa situación hemodinámica. Si bien su utilización se asocia con una mejoría en los parámetros hemodinámicos y tisulares, no se correlaciona con mejora de la sobrevida. No hay que dejar de mencionar que el sostén hemodinámico y respiratorio son pilares fundamentales en el tratamiento de cualquier shock y no se debe confundir sostén hemodinámico con tratamiento específico del shock. Una mención especial merece el shock cardiogénico (SC) por infarto agudo de miocardio (IAM) dado que si solo se realiza el sostén hemodinámico y respiratorio la mortalidad es cercana al 90%. mientras que cuando se logra reperfusión coronaria exitosa la mortalidad desciende al 60%.”

Señalaría además que, “Dependencia inotrópica con fallas orgánicas evolutivas y/o eventos adversos graves, son candidatos a progresar el soporte hacia la asistencia circulatoria mecánica tanto de corta, media o larga duración. En caso de que el



«RIT»

Foja: 1

deterioro clínico no esté vinculado con sepsis, la asistencia ventricular debe implementarse lo más precozmente posible. ”

Por su parte, el Dr. Christian Espinoza, quien se habría desempeñado en el INT desde el año 2000, señala respecto a la IC, Insuficiencia Cardíaca:

“La IC es un síndrome que traduce la ineficacia de la bomba cardíaca como situación extrema de diversas enfermedades que pueden afectar a las coronarias, las válvulas, los miocitos, etc. / Sea cual sea la etiología, el pronóstico de la IC es invariablemente malo si no se corrige el problema de base.” (Extraído de sitio web http://www.cirugiahsalvador.cl/ed_continua/temas-de_interes/40-alternativas-quirurgicas-en-el-tratamiento-de-la-insuficiencia-cardiaca-terminal.html)

Por su parte, la página 62 de la Guía Clínica AUGÉ, indicaría lo siguiente:

“Tratamiento quirúrgico de lesiones Crónicas de la válvula aórtica, mitral y tricúspide en personas de 15 años y más” , Series Guías Minsal 2013” , que “En la EA severa sintomática, el tratamiento quirúrgico con reemplazo valvular, es el tratamiento ideal y definitivo, puesto que no hay tratamiento médico que mejore o cambie el pronóstico de la enfermedad.”

Denuncia que, en el INT esta máxima de la lex artis no habría sido aplicada y como estrategia se continuó solamente con tratamiento farmacológico, y con una tardía asistencia ventricular y evaluación para cirugía de urgencia, que solo se habría producido después de 12 horas del ingreso de gravedad y urgencia de Felipe a dicho recinto hospitalario.

Señalaría también dicha Guía Clínica que “En la EA asintomática, el tratamiento quirúrgico puede ser diferido hasta la aparición de los síntomas, salvo que la fracción de eyección este disminuida.” , máxima que el H. Dr. Luis Tisne B., donde Felipe habría sido catalogado como asintomático, con una FEVI de 36%, tampoco se habría aplicado. (EA, Estenosis aórtica)



«RIT»

Foja: 1

Señalaría la Guía Clínica AUGÉ que en pacientes que no son aptos para la cirugía pueden ser tratados con digitálicos, diuréticos, IECA, ARA-II si presentan insuficiencia cardíaca. Los fármacos betabloqueadores deben evitarse en este contexto... La coexistencia de hipertensión debe ser tratada; “sin embargo el tratamiento, debe titularse con precisión para evitar la hipotensión.”

En suma esta Guía, señalaría que los fármacos alivian los síntomas en los pacientes no candidatos para tratamiento quirúrgico y sirven para la transición del tratamiento quirúrgico, pero no resuelven ni atrasan el curso natural de la enfermedad, pero también da cuenta que a Felipe jamás debió recetarse fármacos betabloqueadores, como el atenolol que es un betabloqueador, tampoco el Losartán, pues en pacientes con insuficiencia cardíaca puede producir excesiva hipotensión arterial y tampoco El Berodual, contraindicado en pacientes con taquiarritmia, primero porque pueden producir excesiva hipotensión, segundo porque el fármaco betabloqueador estaba contraindicado y tercero son fármacos para tratar hipertensión, que Felipe no padecía, siendo a lo menos injustificado que se hayan recetado, pues tenía insuficiencia cardíaca, con lo cual se le expuso a un riesgo de sufrir hipotensión, como finalmente habría acontecido.

Señala que, la *lex artis*, considerada como el conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas y esperables, para tratar a los enfermos en el momento presente, se encuentra plasmada en las diversas

Guías Clínicas elaboradas por el Ministerio de Salud, que recoge en definitiva la opinión de profesionales de distintas áreas y diversa literatura médica, las prácticas médicas adecuadas y esperables para el tratamiento a los enfermos.

Respecto al estado de salud que Felipe habría presentado, existirían a lo menos tres Guías Clínicas del MINSAL que se refieren a la *lex artis* aplicable, a saber: SERIES DE CUADERNOS N° 7 del MINSAL, del año 2008, y las Guías Clínicas



«RIT»

Foja: 1

del Ministerio de Salud, “Infarto Agudo del Miocardio con Supradesnivel del segmento ST” año 2010 y la Guía Clínica AUGÉ, Tratamiento quirúrgico de lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica, Mitral y Tricúspide, en personas de 15 años y más, Series Guías Clínicas MINSAL, 2013, en ellas se establecerían las prácticas médicas y tratamientos esperables que habría debido recibir Felipe:

1.- La primera de ellas SERIES DE CUADERNOS N° 7 del MINSAL, año 2008, MANUAL CLINICO PARA SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA:

Trata el Dolor Torácico desde la página 20 a 24 y establece que el dolor torácico no traumático puede ser manifestación de diferentes patologías varias de ellas graves y de alta mortalidad y dentro de sus objetivos se encuentra la “Detección precoz y efectiva de pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA), que incluyen cuadros que van desde: Angina inestable; Infarto Agudo del Miocardio (IAM) sin elevación del segmento ST; IAM con supradesnivel de este segmento y Muerte súbita y también Detectar otros eventos cardiovasculares potencialmente graves: disección aórtica, trombo embolismo pulmonar, pericarditis. ”

Establece entre otras, como Intervenciones recomendadas para la sospecha diagnóstica: la realización de ECG lo más precozmente posible, máximo a los 10 minutos y la realización de Marcadores bioquímicos: “Los marcadores bioquímicos de tienen valor pronóstico de corto y largo plazo en todos los IAM (con y sin elevación de segmento ST), permitiendo estratificación de riesgo de los pacientes con SCA (predicción de eventos adversos) y son complementarios en el diagnóstico de IAM, por lo que su procesamiento está indicado en todos los casos en que se sospecha SCA. Destacando que en los casos de IAM con supradesnivel ST, su resultado es tardío para la toma de decisión inicial de reperfusión, por lo que no



«RIT»

Foja: 1

se debe esperar sus resultados para indicar trombolisis o angioplastía primaria, según corresponda.” (IAM, infarto agudo al miocardio)

Esta Guía señala que dentro de la semiología que orienta un IAM, establece entre otras, la insuficiencia cardíaca IC, síncope y arritmias, e indica que cuando el ECG delata elevación del segmento ST, T negativas, se debe hospitalizar y tratar de acuerdo a Guías Clínicas para manejo intrahospitalario del IAM.

Señalaría también que, si el ECG es normal, pero hay dolor típico/atípico se debe considerar si el dolor es indicativo de Síndrome Coronario Agudo en presencia de factores de riesgo entre ellos insuficiencia cardíaca (IC), se debe descartar disección aórtica, tromboembolismo pulmonar, pericarditis, neumotórax y se debe repetir el ECG, si este nuevo ECG es (+) se debe hospitalizar, si es (-), se debe mantener en observación y repetir nuevamente el ECG y realizar un examen CK - MB, si cualquiera de ellos es patológico se debe hospitalizar y tratar de acuerdo a Guías Clínicas para manejo intrahospitalario del IAM.

En el caso de Felipe Maragliano Saldaño, en su primer ingreso al Hospital Dr. Luis Tisne Brousse, en que fue atendido por el Dr. Tomás Selmán Hasbún, se desconoce si se realizó un ECG, pues sus resultados no fueron informados en el D.A.U., pero existe certeza que no se habría realizado ningún examen bioquímico, pues ellos fueron suspendidos, entre ellos el CK-MB, y contrariando la lex artis señalada se le dio el alta, sin considerar que se trataba de un paciente con riesgos cardiovasculares, en espera de cirugía, que presentaba patologías cardíacas congénitas de Estenosis Aórtica, Válvula Bicúspide la cual incide en la progresión de la estenosis aórtica, sumado a ello era portador de Sd. de Marfán, dilatándose el diagnóstico para una eventual evaluación para el día siguiente.

La Ilustración: “Medidas generales y tratamiento farmacológico inicial”, contenido en la página 23 de esta Guía, ilustra los componentes Terapéutico ante



«RIT»

Foja: 1

sospecha de SCA, en el cual como medidas generales, se establece: Reposos semisentado; Monitorización ECG: control de presión arterial cada 15 minutos; vía venosa permeable y oxigenoterapia.

A Felipe en su primer ingreso al Hospital Dr. Luis Tisné B., no se le realizaron exámenes bioquímicos, no se le mantuvo monitorizado, no se pesquisó la gravedad de su enfermedad, siendo enviado a su casa con un diagnóstico de tos.

2.- LA GUIA CLINICA DEL MINSAL “Infarto Agudo del Miocardio con Supradesnivel del segmento ST” año 2010.

Los Escenarios clínicos a los que se refiere incluiría: Sospecha y confirmación diagnóstica de IAM con SDST (supradesnivel segmento ST); Tratamiento; Prevención secundaria y está referida a todo paciente adulto, con dolor torácico no traumático y/o síntomas de IAM. (pág 12)

Define IAM con SDST (Infarto Agudo del Miocardio con Supradesnivel del segmento ST) “como la evidencia de necrosis miocárdica, electrocardiográfica y enzimática, la cual tiene diversas manifestaciones clínicas. ”

Señala que “habitualmente se produce por obstrucción completa de la arteria coronaria, secundaria a trombosis oclusiva como consecuencia de accidente de placa ateromatosa. Esto determina la ausencia de flujo sanguíneo al miocardio y desarrollo de isquemia grave, que progresa en el tiempo hasta la necrosis transmural del músculo cardíaco. Las consecuencias de este daño progresivo y dependiente del tiempo, se traduce en arritmias, insuficiencia cardíaca, rotura del miocardio y muerte.”

La página 4, ilustra el Flujograma 1. Manejo de paciente con IAM en fase aguda, señala que habiendo confirmación diagnóstica de Supradesnivel ST o nuevo BCRI (Bloqueo completo de la rama izquierda del corazón), el paciente debe ser Hospitalizado y su manejo debe ser en Unidad Coronaria, en el caso de Felipe, con



«RIT»

Foja: 1

un ECG anormal que señalaba que había Elevación del segmento ST (anterior), e hipertrofia del ventrículo izquierdo entre otros, no se le hospitalizó y fue dado de alta y luego cuando sufrió un IAM se le mantuvo en un box de urgencia, sin ser trasladado a la Unidad Coronaria.

En la página 5 se encuentra el Flujograma 2. Elección Terapia de reperusión en IAM con SDST, Se desprende de este que en la “Evaluación previa al alta hospitalaria”, si existen Factores de mal pronóstico, entre ellos Deterioro función ventricular determinado por, Insuficiencia cardíaca congestiva o $FE < 40\%$, se debe realizar una coronariografía, y posteriormente revascularización según indicación por especialista y luego entrar en proceso de Prevención secundaria.

Felipe presentaba Hipertrofia ventricular deteriorada, asociada a insuficiencia cardíaca y FEVI de 33%, ambos factores de riesgo previstos, pero no fue hospitalizado y tampoco hubo terapia de revascularización.

Esta Guía señala que “Claramente apoyan la sospecha clínica de IAM la presencia de uno o más factores de riesgo cardiovasculares:” entre ellos “historia de cardiopatía coronaria previa.” Y que “los cambios característicos que apoyan el diagnóstico incluyen: elevación del segmento ST” en 0.2 mv o más en las derivaciones V2-V3, 0.1 mv o más en las otras derivaciones (Fig.2), o aparición de nuevo bloqueo completo de rama izquierda (BCRI).

La guía prevendría que “el factor tiempo es determinante para el pronóstico del paciente, de manera que mientras más precoz se realice el diagnóstico y se inicie el tratamiento, permitirá salvar mayor cantidad de miocardio viable” .

A Felipe, se le habría dilatado de sobremanera el diagnóstico, pues las hipótesis diagnósticas codificadas, sólo habrían consistido en señalar síntomas, no se



«RIT»

Foja: 1

habría iniciado el tratamiento adecuado, y cuando se inicia un tratamiento farmacológico ambulatorio en forma tardía, sin mantenerlo monitorizado, este habría resultado totalmente adverso e injustificado, pues los fármacos recetados trataban una hipertensión que Felipe no habría tenido y estaban contraindicados por tener insuficiencia y arritmia, y causar excesiva hipotensión. Finalmente Felipe sufre hipotensión posteriormente a que ingiere dichos medicamentos y luego que sufre un IAM no es enviado a la Unidad Coronaria, quedando en un box de urgencia, retrasando por más de 15 horas el ingreso a la UCI, en el H. Dr. Luis Tisne.

Respecto a los marcadores bioquímicos, señala que de la necrosis miocárdica en evolución, como troponinas T e I, mioglobina y la isoenzima CK-Mb (CK-Mb), son de utilidad para confirmar fehacientemente la presencia del daño tisular, pero estos requieren un mínimo de tiempo para su procesamiento, por lo cual la obtención de dichos marcadores no deben retardar el inicio del tratamiento de reperfusión.

Entre los marcadores bioquímicos (exámenes químicos) señala el de Troponinas y CK-Mb, exámenes que no fueron realizados y tampoco se realizó terapia de reperfusión.

En la página 17 de esta guía clínica se encontraría el cuadro de Recomendaciones (Nivel de evidencia), para la confirmación diagnóstica, y en él se señalaría que “En el paciente con sospecha de IAM, se realizan exámenes de marcadores bioquímicos como parte del manejo inicial, sin embargo, esto no debe retrasar el inicio de la terapia de reperfusión, ya que la determinación de sus valores no cambia la decisión terapéutica.”

En los procesos de diagnóstico y confirmación del IAM el tiempo constituye el factor determinante para el pronóstico del paciente.



«RIT»

Foja: 1

Respecto del TRATAMIENTO, señalaría que una vez establecido el diagnóstico de IAM con SDST, “el objetivo terapéutico primario debe ser restablecer el flujo coronario del vaso ocluido lo más rápidamente posible. Mientras se evalúa la factibilidad de instaurar terapia de reperfusión coronaria, se deben seguir medidas generales, para garantizar la estabilidad del paciente. Las siguientes condiciones deben mantenerse como mínimo las primeras 24 horas” , entre otros:

1. Desfibrilador y carro de paro con equipo necesario para reanimación.
2. Monitorización ECG continua, para la detección de arritmias y desviaciones del segmento ST.

-Monitorización no invasiva de la presión arterial; 2 vías venosas periféricas permeables; Reposo absoluto las primeras 12-24 horas; Restricción de la alimentación las primeras 12 horas y Oxigenoterapia para mantener saturación de oxígeno > 90%

3. Reperusión: La reperusión es la restauración del flujo coronario durante las primeras horas de evolución del IAM, con el propósito de recuperar tejido viable.

Entre estas se señalan:

La Reperusión farmacológica: Fibrinólisis, la cual consiste en la administración de fármacos endovenosos, como estreptokinasa, alteplase, reteplase, tenecteplase, con el propósito de lisar el coágulo y restaurar el flujo coronario. Múltiples estudios corroboran su utilidad cuando se realiza en pacientes con IAM con SDST de hasta 12 horas de evolución. Sin embargo, dentro de este rango, su mayor utilidad ha sido demostrada al ser administrado antes de 3 horas, con efecto benéfico decreciente posterior.



«RIT»

Foja: 1

El principal riesgo de la terapia fibrinolítica es las hemorragias, especialmente grave es la hemorragia intracraneal y como contraindicación relativa es la Sospecha clínica disección aórtica.

Felipe tenía diagnosticado Sd. de Marfán, cuya consecuencia más vital es la posibilidad de disección aórtica, por lo cual debió procederse sin lugar a dudas a la reperfusión mecánica, la cual no se produjo, y solo fue asistido ventricularmente 12 horas después que es trasladado al INT, esto es 31 horas después que el ECG indicaba que tenía elevación de segmento ST (anterior), cuando se instala el ECMO.

Luego indica que la Reperfusión mecánica, que se divide en :

- Angioplastía coronaria percutánea (ACP). Es el procedimiento de reperfusión de elección en pacientes con IAM con SDST y < 12 horas de evolución, reduce la mortalidad, el reinfarto y la insuficiencia cardíaca y son más evidentes mientras más precoz sea aplicada, en pacientes de mayor riesgo entre ellos con infarto de pared anterior, shock cardiogénico, ó IAM previo y en pacientes en que la terapia fibrinolítica está contraindicada. Con este método se logra permeabilidad del vaso responsable cercana al 90%
- La angioplastía de rescate: Es otra modalidad de angioplastía coronaria en el IAM con SDST y se refiere a la angioplastía realizada en un paciente con infarto diagnosticado, en que fracasó la terapia fibrinolítica.
- Cirugía de by-pass coronario de urgencia, en casos seleccionados.

Para considerar esta opción se debe realizar coronariografía. La cirugía tiene beneficio en un grupo limitado y seleccionado de pacientes. Está indicada en pacientes con IAM y fracaso de angioplastía. cuando se presentan complicaciones mecánicas, shock cardiogénico sin disponibilidad de angioplastía. enfermedad coronaria severa (compromiso de tronco izquierdo, tres vasos).



«RIT»

Foja: 1

La Guía Clínica señala que “el mayor esfuerzo debe estar enfocado en la elección de la mejor opción de reperfusión, en cuanto al tiempo de evolución y el retraso en la aplicación de la ACP primaria. Si el paciente consulta en un centro con la disponibilidad inmediata de ACP, éste es el tratamiento de elección, si en cambio, consulta en un centro sin esta disponibilidad, se justificará el traslado para realizar ACP primaria, cuando demore menos de 90 minutos, especialmente en los pacientes que tienen más de 3 horas de evolución del IAM y en aquellos con contraindicación del trombolítico.” Estableciendo la “Tabla 5. Selección de terapia de reperfusión”

A Felipe no se le habría realizado el examen CK-MB, u otros marcadores bioquímicos y tampoco se le mantuvo monitorizado y en su tercer ingreso al Hospital Luis Tisne, habiendo sufrido un IAM, tampoco se inició terapia de reperfusión adecuada, atendida su condición de portador de Sd. de Marfán, en cuyo caso está contraindicada la terapia Reperfusión farmacológica Fibrinólisis, por lo cual a lo menos correspondía la realización de Angioplastia coronaria percutánea (ACP), debiendo ser trasladado al INT para la realización de la angioplastia percutánea y/o cirugía de reemplazo valvular, pero en dicho recinto hospitalario dejaron transcurrir más de 15 horas para ingresarlo a la UCI y más de 19 horas en trasladarlo al INT, recinto que demoró más de 11 horas para evaluar la asistencia ventricular y cirugía que Felipe requería todo lo que habría resultado especialmente grave en esta enfermedad cuya evolución dependería del tiempo.

3.- GUÍA CLÍNICA AUGE “Tratamiento quirúrgico de lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica Mitral y Tricúspide, en personas de 15 años y más”, Series Guías Clínicas MINSAL, 2013.

El Objetivo de esta Guía sería ser una referencia para la atención de los pacientes con lesiones valvulares reumáticas y no reumáticas.



«RIT»

Foja: 1

En ese contexto esta guía clínica tiene por objetivos:

Ayudar a tomar decisiones clínicas en el diagnóstico y manejo de pacientes con algún tipo de valvopatía crónica.

Guiar las decisiones de referencia de pacientes desde el sitio de atención inicial a Centros de Referencia de mayor complejidad.

Destacar las indicaciones del tratamiento quirúrgico para cada patología valvular.

Esta Guía trataría la estenosis aórtica desde la página 53 y siguientes y define la Estenosis Aórtica (EA) como la:

“Constricción patológica que puede ocurrir sobre (estenosis supra-valvular), bajo (estenosis sub- valvular), o a nivel de la válvula aórtica. Se caracteriza por un flujo restringido desde el ventrículo izquierdo hacia la aorta (Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos). ”

Y señalaría que:

“La Estenosis Aórtica se refiere a los cambios patológicos, fisiopatológicos y clínicos que se asocian a la disminución del área valvular aórtica lo que implica una restricción de la apertura valvular, que genera obstrucción y restricción al flujo de sangre desde el ventrículo izquierdo. ”

Según la etiología señalaría el documento:

“Las causas más frecuentes de estenosis de la válvula aórtica corresponden a una calcificación degenerativa de la válvula tricúspide o a una progresión de la estenosis de una válvula bicúspide congénita” .

Dentro de los síntomas que tienen relevancia clínica, se encuentran entre otros: Disnea de esfuerzo o disnea paroxística nocturna, como expresión de insuficiencia cardíaca, Angina de esfuerzo o de estrés, Síncope de esfuerzo o pre-síncope.



«RIT»

Foja: 1

Los factores para determinar la severidad de una estenosis aórtica según esta guía, serían; Velocidad Jet mayor a 4,0, ó Gradiente media (mmHg) mayor a 40 ó área valvular (cm²) menor a 1,0, estos factores se obtienen mediante un ecocardiograma Doppler. (tabla 8 y 12)

De acuerdo a ello Felipe, que tenía todos los indicadores en severo, el diagnóstico a las 15 horas del día 15 de noviembre debió ser Estenosis Aórtica SEVERA, con FEVI de 36%, no DISNEA, como diagnóstico la Dra. Dannete Guíñez.

“En la mayoría de los pacientes con estenosis aórtica, se puede demostrar una función plaquetaria alterada y niveles del factor Von Willebrand disminuidos. La gravedad de la alteración de la coagulación se correlaciona con la gravedad de la estenosis aórtica y se resuelve después del reemplazo valvular.”

Señalaría esta Guía que un paciente con Estenosis Aórtica sintomático debe ser intervenido precozmente, ya que no hay ningún tratamiento médico (farmacológico) que pueda evitar esta opción y en el caso de la Estenosis Aórtica Severa Asintomática, advierte, que el tratamiento quirúrgico puede ser diferido hasta la aparición de los síntomas, “salvo que la fracción de eyección esté disminuida.” (pág. 62 de la Guía clínica en comentario)

Felipe tenía una Estenosis Aórtica Severa y una fracción de eyección teichholz o FEVI de 39%, 36% y 33% a las 15:06 del día 15 de noviembre y se le dio de alta, cuando debió ser trasladado para ser intervenido quirúrgicamente para reemplazo valvular inmediato.

“La Función ventricular Izquierda, tiene importancia en la toma de decisiones porque si la fracción de eyección (FEVI) está disminuida (es menor a 50%), y la EA es severa, hay indicación quirúrgica de reemplazo valvular, aun en



«RIT»

Foja: 1

pacientes asintomáticos.” (último párrafo de pág. 58 de la Guía Clínica en comentario)

Felipe no habría sido trasladado el día 15 de noviembre del año 2013, para ser intervenido quirúrgicamente, luego de haberse realizado el ecocardiograma doppler que acusaba que la Estenosis aórtica era severa con FEVI disminuida, y fue enviado a su casa, considerando la Dra. Dannette Guíñez pertinente el alta dada.

Esta Guía señala “en los pacientes no aptos para cirugía pueden ser tratados con digitálicos, diuréticos, IECA o ARA-II si presentan insuficiencia cardiaca. Los fármacos betabloqueadores se deben evitar en estas circunstancias, además la coexistencia de hipertensión debe ser tratada, sin embargo el tratamiento debe titularse con precisión para evitar la hipotensión, debiendo ser examinados con mayor frecuencia. ”

Felipe no tenía Hipertensión y le fue recetado medicamentos para el tratamiento de aquella, medicamentos contraindicados que producen hipotensión, entre ellos el atenolol fármaco betabloqueador.

En la página 6 de esta Guía se encontraría el Flujograma de manejo del paciente con estenosis aórtica severa, y en él se expondría que frente a un paciente Asintomático con FEVI < 50%, se debe proceder a reemplazo valvular aórtico, y un paciente Sintomático debe procederse al Reemplazo valvular percutáneo, pero en ambos hospitales tales circunstancias habrían sido omitidas.

Respecto a los pacientes con alto riesgo operatorio, esta Guía Clínica señala en sus páginas 63 y 64 lo siguiente:

“La valvuplastia o reparación valvular en la EA (estenosis Aórtica) no es una opción terapéutica como en algunos casos de Insuficiencia. Esto, por el gran grado de fibrosis y/o calcificación valvular que impide la reparación. El reemplazo



«RIT»

Foja: 1

valvular aórtico por vía transcatéter (percutánea o transfemoral) ha surgido como alternativa terapéutica durante los últimos 7 años, con cerca de 10 mil casos a la fecha, en el mundo. Actualmente, la indicación es en pacientes añosos y/o con riesgo operatorio definido como muy alto; y para aquellos que necesiten este procedimiento como puente a la cirugía en un futuro cercano.”

Indicaciones para valvuplastía de balón, útil como transición a la cirugía o al implante valvular aórtico mediante transcatéter en paciente hemodinámicamente inestables, de alto riesgo para la cirugía, o en pacientes con EA Severa que requieren urgentemente cirugía mayor no cardíaca” .

En el caso de Felipe pese a padecer una estenosis aórtica severa y una FEVI de 33 y 36%, confirmada con examen de ecocardiografía Doppler, a las 15:10 aproximadamente del día 15 de noviembre de 2013 en el Hospital Luis Tisne Brousse, no fue reperfundido, no fue monitorizado, no fue hospitalizado, y no fue derivado a un hospital de mayor complejidad en forma oportuna, para la realización del reemplazo valvular, siendo dado de alta al menos en dos ocasiones en el H. Dr. Luis Tisné y en su último ingreso a este, no habría recibido la atención adecuada, retrasando su ingreso a la UCI, por más de 15 horas pese de haber sufrido un IAM, y solo es trasladado al INT cuando ya presentaba shock cardíaco, recinto en que tampoco habría recibido atención oportuna, dilatándose por casi 11 horas la evaluación médica para recibir asistencia ventricular y/o la necesaria cirugía de urgencia, siendo desestimada aquella y también descartándose la valvuplastía de balón, intervención útil y de transición a la cirugía valvular aórtico, sugerida en pacientes hemodinámicamente inestable y de alto riesgo para la cirugía . En ninguno de los dos recintos de salud, pudiendo y debiéndolo hacer, recibe la atención médica oportuna y adecuada señalada por la lex artis, produciendo reiteradamente omisión terapéutica, prolongando el periodo de



«RIT»

Foja: 1

exposición al daño, motivando el resultado dañoso final, falleciendo Felipe con gran parte de sus órganos en falla y con un posible derrame cerebral, después de haber resistido casi 4 días en la UCI del INT, lo que pudo y debió ser evitado pues ambos hospitales contaban con la tecnología y personal necesarios para realizar en forma precoz la atención esperada y señalada por la lex artis.

Así como habría sido posible prever que Felipe, probablemente iba a sufrir un infarto agudo al miocardio (IAM), por haber presentado elevación del segmento ST, hipertrofia ventricular y un ECG anormal y la Dr. Dannette Guiñez había constatado además que tenía una notoria IC (insuficiencia cardiaca), al punto señalar “impresiona tos asoc a IC”, La Guía Clínica AUGÉ, “Tratamiento quirúrgico de lesiones Crónicas de la Válvula aórtica, mitral y tricúspide en personas de 15 años y más”, Series Guías Minsal 2013, refiriéndose a la Insuficiencia Aórtica Aguda, señala que esta puede producirse entre otras causas por, infarto agudo al miocardio y aneurisma de aorta, y señala:

“En ella existe un reflujo de inicio súbito de un volumen de sangre considerable desde la aorta hacia el ventrículo izquierdo. La característica principal a tener en mente es que este ventrículo izquierdo es de tamaño normal y no ha tenido tiempo suficiente para adaptarse a esta sobrecarga aguda de volumen, por consiguiente, lo que ocurrirá es un marcado y rápido aumento en la presión de fin de diástole y lo mismo que ocurre con la presión de la aurícula izquierda. Se activa el mecanismo de Frank Starling, sin embargo, dada la imposibilidad de dilatación ventricular izquierda compensatoria rápida, esto determina una reducción del volumen eyectivo.

Así la taquicardia que se desarrolla en estos pacientes es insuficiente para mantener un débito cardiaco adecuado. Estos hallazgos fisiopatológicos son los que



«RIT»

Foja: 1

explican las principales manifestaciones clínicas de la IA aguda, sean el edema pulmonar y el shock cardiogénico.” (pág. 67 y 68).

La guía advierte, además, en la página 68, “de algunas poblaciones especiales de pacientes con patologías previas que afectan la distensibilidad del ventrículo izquierdo, tales como hipertensión arterial y estenosis aórtica. Estos pacientes con ventrículos pequeños, poco complacientes, con reducción de la reserva de precarga, muestran cambios hemodinámicos más importantes en el contexto de una IA aguda.”

La Guía Clínica comentada deja claro que era absolutamente previsible que Felipe portador de cardiopatías congénitas, con estenosis aórtica e insuficiencia aórtica, que se encontraba taquicárdico, con un ECG con elevación de segmento ST que anunciaba que sufriría un IAM, con una aneurisma aórtico, con una estenosis aórtica severa y una FEVI al 33% o 36%, sin la debida y oportuna atención médica, presentaría sin lugar a dudas un shock cardiogénico, con cambios hemodinámicos más importantes en el contexto de una IA aguda, considerando además que presentaba factores de riesgo, por ser portador de Síndrome de Marfán y Válvula Aórtica Bicúspide (pág. 70 y 71 de la Guía Clínica Auge comentada).

Afirma además que, desde el año 2003, Felipe habría sido paciente de la unidad de cardiopatías congénitas de este hospital, y se encontraba en lista de espera para ser intervenido quirúrgicamente.

De los antecedentes contenidos en la Memoria Institucional Instituto Nacional Del Tórax Período 2011-2013, se desprendería:

1.- Las Cardiopatías Congénitas, se encuentran en el tercer lugar del índice de complejidad por especialidad; en primer lugar, están los trasplantes y en segundo lugar las cirugías cardiovasculares, (pág. 49).



«RIT»

Foja: 1

Felipe que portaba cardiopatías congénitas, en tercer lugar de complejidad, que tenía indicación quirúrgica cardiovascular segundo lugar de complejidad, debió ser atendido en el INT, como centro de referencia nacional en cirugías cardiovascular y enfermedades congénitas, en cambio se le sugiere se dirija a un recinto de menor complejidad, que no tenía su historial clínico.

2.- El primer objetivo es: “Dar respuesta a las necesidades de la población usuaria de forma oportuna, eficaz y eficiente.” (Pág. 16)

A Felipe se le habría dilatado la necesaria atención médica el 5 de noviembre y se le habría suspendido la hora otorgada para el 8 de noviembre; el 14 de noviembre pese a encontrarse con los síntomas que daban cuenta de su grave compromiso de salud, su médico el Dr. González, le indica que se dirija a un recinto de menor complejidad, y el día 16 de noviembre, se habría dilatado por más de 11 horas la necesaria evaluación, cuando tenía compromiso vital, manteniéndolo con terapia farmacológica, debiendo haber realizado cuando se encontraba con un muy alto riesgo quirúrgico, una valvuplastía de balón en paralelo como puente a la cirugía que requería, en suma no se le atendió en forma oportuna, eficiente, ni eficaz en ninguna de las ocasiones señaladas.

3.- El punto 15,17, 22 y 27 de Gestión Médica detallaría lo siguiente entre otras:

“15. Implementación del programa de angioplastía primaria en el Infarto al Miocardio: Para manejar las emergencias cardíacas de forma oportuna y coordinada con todos los servicios de urgencia, (24/7/365).” (Pág. 20)

A Felipe no se le habría realizado angioplastía primario pese de haber sufrido un infarto al miocardio y la coordinación con el H. Dr. Luis Tisne, no sirvió para manejar su urgencia cardiaca en forma oportuna.



“17. Programa de Cardiopatía Congénita: con el manejo integral de estos pacientes (aproximadamente 2000 pacientes bajo control (2013)), que incluye el tratamiento percutáneo avanzado y la atención directa de enfermera especialista.”

A Felipe no le habrían reprogramado la hora para la atención directa de enfermera especialista.

“22. Técnicas de Apoyo Vital Avanzado: Incorporación a la rutina médica asistencial de técnicas de apoyo para pacientes críticos (ECMO, hemodiálisis de agudo, plasmaféresis y asistencia ventricular).”

“27. Implementación de apoyo de enfermería UPC para trasplantes, ECMO y asistencia ventricular: posibilitando el tratamiento de estos pacientes, evitando el cierre de camas por la complejidad del tratamiento y brecha de recurso humano capacitado.”

A Felipe le habrían dilatado por más de 11 horas, la asistencia ventricular y la ECMO, siendo un paciente crítico trasladado en riesgo vital.

4.- Existencia de Asignaciones de Urgencia UCI

“7. Asignaciones de Urgencias: Se gestionó a nivel del Ministerio de Salud un aumento en los cupos de asignaciones de urgencias destinados al INT, a fin de entregar a los funcionarios de los intermedios, logrando dar igualdad de beneficios a los integrantes de la UPC., ya que este beneficio era percibido exclusivamente por los funcionarios de UCI.”(pág. 30).

A Felipe solo lo habría evaluado un médico en la UCI, para ser asistido ventricularmente y/o cirugía de emergencia, 11 horas después de su ingreso al INT. Si este recinto hospitalario recibía asignación de Urgencias, entonces sería válido preguntarse ¿Por qué no había un médico capacitado para evaluar asistencia ventricular y/o cirugía de emergencia, si este recinto hospitalario recibe asignación de Urgencias?, ¿por qué sólo 11 horas después habría sido ubicado un médico



«RIT»

Foja: 1

para ello?, ¿Dónde estaban los médicos de la UCI que reciben asignación de urgencia? ¿Es posible acaso que el centro de referencia nacional para tratamiento de cardiopatías congénitas en adulto y cirugías cardiovasculares no contara con el personal calificado para evaluaciones de urgencia o emergencia en la UCI?.

5.- Página 42, último párrafo señala:

“El INT es un establecimiento de referencia nacional en relación a Cirugía Torácica y Cirugía Cardíaca, cardiopatías congénitas del Adulto, fibrosis quística, hipertensión pulmonar, manejo de arritmias complejas y de trastornos de conducción cardíaca, trasplantes de corazón/pulmón.”

A Felipe, que se encontraba con indicación quirúrgica de segundo nivel de complejidad según especialidad, con una enfermedad de tercer nivel de complejidad, al solicitar una evaluación en dicho recinto, atendido sus síntomas, no lo atendieron y le sugirieron se dirigiera a un recinto de menor complejidad, pese a ser este el establecimiento de referencia nacional en relación a Cirugía Torácica y Cirugía Cardíaca, cardiopatías congénitas del Adulto.

Sostiene que, la jurisprudencia se habría encargado de conceptualizar la falta de servicio, la que denotaría el incumplimiento de un deber de servicio, y ello podría recaer en que no se preste un servicio que la Administración tenía el deber de prestar, se preste tardíamente o que el mismo se entregue en forma defectuosa de conformidad con el estándar de servicio que el público tiene derecho a esperar, resultando en definitiva de esto que el deber de servicio emana de la ley. (Exma, Corte Suprema)

Sin duda la muerte de Felipe y la forma injusta en que ella se habría producido, y que tanto daño habría causado a sus seres queridos y demandantes, habría sido resultado del funcionamiento deficiente, defectuoso y tardío y



«RIT»

Foja: 1

negligente que se tradujeron a lo menos en las siguientes faltas de servicio del Instituto Nacional del Tórax (INT) y del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse:

FALTA DE SERVICIO RESPECTO DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX

1.- El INT habría incurrido en falta de servicio, cuando funcionó en forma defectuosa al no prestar la atención médica oportuna y adecuada, para evaluar a Feipe Maragliano Saldaño, paciente de la unidad de cardiopatías congénitas, portador válvula aórtica bicúspide, estenosis aórtica severa y síndrome de Marfan e insuficiencia aórtica, en lista de espera para reemplazo valvular, cuando aquello fue solicitada el día 5 de noviembre de 2013, pese a existir certeza en la ciencia médica, que un portador de válvula aórtica bicúspide con estenosis aórtica, evolucionará necesariamente en forma negativa, agravando la estenosis aórtica, con las consecuencias clínicas que de ello deriva. Dicho hospital debió haber dispuesto de un médico para la evaluación solicitada y a falta de aquellos debió activar los mismos protocolos establecidos en su programa de pacientes cardiogénicos, disponiendo a lo menos la evaluación del paciente por parte de la enfermera especializada, para determinar sin demora la evolución de las enfermedades de Felipe, atendido que la lex artis ha señalado reiteradamente que el factor tiempo es determinante en el pronóstico de vida en estos pacientes.

2- El INT habría incurrido en falta de servicio, al funcionar en forma negligente, cuando suspendió la hora otorgada para el 8 de noviembre de 2013 y no la reprograma, atendido el preocupante estado de salud de un paciente con indicación quirúrgica, con patologías de riesgo en el contexto de insuficiencia aórtica cuyos cambios hemodinámicos según establece y constata la ciencia médica, se van a producir más rápidamente, encontrándose en riesgo de presenta un shock cardiogénico como principal manifestación de una insuficiencia aórtica aguda, (pag.



«RIT»

Foja: 1

68 Guía Clínica AUGÉ “Tratamiento quirúrgico de lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica Mitral y Tricúspide, en personas de 15 años y más” , Series Guías Clínicas MINSAL, 2013”). De haberse reprogramado la hora con otro médico en forma oportuna, estima que se habría tomado conocimiento precoz de la condición de salud severa en que Felipe se habría encontrado, y se habría intervenido en forma precoz, interrumpiendo el curso natural de la enfermedad, evitando la exposición prolongada al daño fisiopatológico, con la consecuencia dañosa que finalmente aconteció y que hasta el día de hoy sigue causando daño.

3.- Este servicio hospitalario público, habría incurrido en falta de servicio, al funcionar en forma defectuosa cuando una enfermera en forma telefónica informa, sin haber evaluado el paciente, que su condición de salud no tenía raíz cardiológica, dando por cierto un diagnóstico sin fundamento ni revisión del paciente, sino que además constituiría una pérdida de tiempo grave, en pacientes cuya evolución son dependientes del tiempo en que demoran en recibir la adecuada atención médica.

4.- El INT habría incurrido en falta de servicio, cuando el personal sanitario de este hospital, se habría desentendido de un paciente, con Cardiopatías Congénitas, clasificada por este mismo hospital, en el tercer lugar de complejidad por especialidad, en espera de cirugía cardiovascular que se encuentra en segundo lugar de complejidad (página 49 de la “MEMORIA INSTITUCIONAL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX Período 2011-2013”), derivándolo a un recinto de menor complejidad, exponiéndolo en forma injustificada a un daño mayor como consecuencia de la dilación en el tiempo de la necesaria atención médica especializada, atención que finalmente se debería desarrollar en este mismo servicio de salud, pues atendida las patologías congénitas de Felipe y el grado de evolución de estas, que habían derivado en que Felipe quedara con indicación quirúrgica, era



«RIT»

Foja: 1

perfectamente previsible que el recinto de menor complejidad iba a trasladarlo de igual forma al INT, dado que el INT “es un establecimiento de referencia nacional en relación a Cirugía Torácica y Cirugía Cardíaca, cardiopatías congénitas del Adulto..” entre otras y por pertenecer a la misma red de salud, como lo establece el último párrafo de la página 42 de “MEMORIA INSTITUCIONAL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX Período 2011-2013” , y porque así además está previsto en la ciencia médica, a través de los flujogramas establecidos en las distintas Guías Clínicas del MINSAL que fueron comentadas. Con las omisiones anteriores el INT además incumpliría su primer deber planteado y de mayor importancia que era: “Dar respuesta a las necesidades de la población usuaria de forma oportuna, eficaz y eficiente” .

La diferencia entre haberlo atendido oportunamente en este servicio de salud y haberle sugerido el Dr. Rodrigo González que se dirigiera a un servicio de salud de menor complejidad, es el factor tiempo, que en pacientes portadores de enfermedades cardiovasculares en evolución, especialmente cardiogénicas, tiene importancia vital e inciden gravemente en su pronóstico de vida, pues los cambios hemodinámicos se producen rápidamente, como se encuentra contemplado en la página 68 de la Guía Clínica AUGÉ “Tratamiento quirúrgico de lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica Mitral y Tricúspide, en personas de 15 años y más” , Series Guías Clínicas MINSAL, 2013.

5.- El INT habría incurrido en falta de servicio, al haber funcionado en forma tardía el día 16 de noviembre de 2013, cuando Felipe es traslado desde el Hospital Dr. Luis Tisné B. y no se le presta la asistencia ventricular y/o cirugía de urgencia, solicitada previamente por personal sanitario de aquel, por encontrarse en riesgo vital, siendo solicitada dicha evaluación por el personal sanitario del INT a cargo de Felipe sólo después de 6 horas dicha evaluación, cuando Felipe presenta



«RIT»

Foja: 1

falla renal y hepática, llamando a un médico sólo 10 horas después de su ingreso, respondiendo un médico al llamado para aquello una hora más tarde, dilatando de esta forma la evaluación solicitada previamente por el H. Dr. Luis Tisné, por más de 11 horas, contadas desde el ingreso de Felipe al INT, pese a tratarse de un paciente que además había sufrido un infarto agudo al miocardio (anterior), tiempo que fue determinante, en la evolución del curso de la enfermedad que Felipe presentaba, como se encuentra previsto por la lex artis, contrariándola, desistiéndose de aplicar el propio “programa de angioplastía primaria en el Infarto al Miocardio: Para manejar las emergencias cardíacas de forma oportuna y coordinada con todos los servicio de urgencia, (24/7/365).” , y retrasando injustificadamente por más de 12 horas las “Técnicas de Apoyo Vital Avanzado” que incluyen la asistencia ventricular, ambas contenidas en la página 20 de las memorias del INT ya comentadas.

6.- El INT habría incurrido en falta de servicio, al haber funcionado en forma defectuosa y deficiente al haber mantenido a Felipe Maragliano Saldaño desde su ingreso al INT, solo con terapia farmacológica, sin haber dispuesto en forma paralela y oportuna de la intervención quirúrgico de urgencia inmediata al momento del ingreso, o dada su condición ya crítica cuando es evaluado 11 horas más tarde, el día 17 de noviembre de 2013, no haber dispuesto tampoco la valvuplastía de balón recomendada en pacientes con un muy alta riesgo quirúrgico como puente a la única solución de la resolución de la causa que llevó a la condición hemodinámica que Felipe presentaba, como se encuentra dispuesto en las página 6, 62, 63 y 64 respectivamente de la Guía Clínica AUGÉ “Tratamiento quirúrgico de lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica Mitral y Tricúspide, en personas de 15 años y más” , Series Guías Clínicas MINSAL, 2013”



«RIT»

Foja: 1

7.- El INT habría incurrido en falta de servicio, al funcionar en forma defectuosa al no disponer en la UCI del personal médico adecuado para evaluar en forma oportuna a un paciente con compromiso cardiovascular grave, al punto de que solo 11 horas después del ingreso de Felipe a la UCI del INT, en que evolucionó críticamente, apareció un médico para evaluar la asistencia ventricular y/o cirugía de urgencia solicitada previamente por el personal sanitario del H. Dr. Lus Tisne. Esta falta de servicio es particularmente grave e inexcusable, atendido que los funcionarios de la UCI y de la UPC (unidad de pacientes críticos) del INT contaría con asignación de urgencia (pág. 30 de las memorias del Instituto Nacional del Tórax. Periodo 2011 - 2013), por lo cual al Ingreso de Felipe de urgencia, la UCI y la UPC, debió contar con médico y personal sanitario adecuado, tanto para evaluar la cirugía de urgencia y otorgar la asistencia ventricular requerida, que es una de las Técnicas de Apoyo Vital Avanzado, incorporadas a la rutina médica asistencial de técnicas de apoyo para pacientes críticos (pág 30 del documento antes señalado).

8.- El INT habría incurrido en falta de servicio, grave e inexcusable, cuando funcionó defectuosamente al no haber dispuesto de la ficha Clínica de Felipe a su personal médico y sanitario, como contemplaría su propio instructivo de fecha 11 de octubre de 2012 y lo dispuesto por el artículo 2º del Decreto N° 41 de 15 de diciembre de 2012, del Ministerio de Salud, que correspondería al Reglamento de Fichas Clínicas, que señala que estos documentos son el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente. Este documento, según se establece en el artículo 6º letra c) debe contener el registro cronológico y fechado de todas las atenciones de salud



«RIT»

Foja: 1

recibidas: consultas, anamnesis, evoluciones clínicas, indicaciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, protocolos quirúrgicos u operatorios, resultados de exámenes realizados, interconsultas y derivaciones, hojas de enfermería, hojas de evolución clínica, epicrisis y cualquier otra información clínica.

De la copia de la ficha clínica de Felipe Maragliano Saldaño, que habría sido entregada a los familiares de este por solicitud de estos, se advertiría que: no contenía las atenciones recibidas en el INT desde el año 2003; que sólo se encontraban en ella 10 hojas, de fecha anterior a noviembre de 2013 y de las cuales 6 de ellas se encontrarían con fecha de impresión 26 de marzo de 2014, esto es 4 meses después del fallecimiento de Felipe; que en ella se encontraría incluso un electrocardiograma fechado en agosto de 1970, fecha muy anterior a que Felipe naciera y fuera paciente de este servicio de salud; que el documento “SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA (HIS)” de fecha 21 de noviembre de 2013, que se encuentra en la misma ficha, da cuenta que esta se mantuvo en archivo a lo menos desde el año 2008, hasta el 8 de julio de 2013, sumado a ello que la precaria ficha, gravemente habría sido recibida en la UCI, solo el día 21 de noviembre de 2013, a las 15:22 horas, esto es más de una hora después de la muerte de Felipe.

La falta de servicio antes señalada, explica que el doctor M. Ubilla señalara el día 17 de noviembre de 2013 “Actualmente FOM. No hay factor desencadenante identificado que el Dr. Mauricio Ramos Garrido a las 7:40 del mismo día señalare “No se tienen otros datos de la ficha clínica” ; que el Dr. E. Becker el día 18 de noviembre de 2013, señalare “Val Aórtica sugerente de Bicúspide” , desconociendo que Felipe padecía Válvula Aórtica Bicúspide y finalmente en la epicrisis realizada el día 21 de noviembre de 2013, el Dr.



«RIT»

Foja: 1

Sandoval señalara “Cardiopatía congénita (malformación congénita del corazón no especificada)” , debiendo haber estado perfectamente documentada la cardiopatía congénita que padecía Felipe.

De haberse cumplido con la finalidad y obligación de mantener integrada la información necesaria, el personal médico y sanitario del INT, habría tenido perfecto conocimiento, sobre las patologías previas de Felipe, y la evolución de estas, procediendo como debió haber sido, al correcto y oportuno otorgamiento de atenciones de salud que Felipe requería.

9.- El INT habría incurrido en falta de servicio, grave e inexcusable, cuando en forma defectuosa el doctor Jorge Enrique Sandoval Berrocal, señala en la epicrisis que a Felipe “se traslada al INT el día 17 de noviembre de 2013 donde ingresa grave en FOM” , cuando en verdad se trasladó al INT el día 16 de noviembre de dicho año, y permaneció por aproximadamente 11 horas desde su ingreso sin ser evaluado para recibir asistencia ventricular y/o cirugía, siendo determinada la falla renal y hepática solo a las 1:50 am del 17 de noviembre, esto es 6 horas después de su ingreso, “confundiendo” la fecha de ingreso del paciente al INT y el estado en que este llegó, pues la misma “Historia y Evolución Clínica” del día 16 de noviembre de 2013, a las 20:30 horas señala, que Felipe ingreso a dicho recinto: corriente, atingente al medio, sin déficit, con abdomen indoloro y con regular perfusión a distal, sin haber diagnóstico de FOM.

Al señalar un día de ingreso posterior al que en verdad ingresó, no se da cuenta que permaneció aproximadamente 12 horas desde su ingreso sin la tan necesaria asistencia ventricular y/o cirugía de urgencia que Felipe requería, para la cual había habido coordinación previa entre ambos hospitales demandados, eludiendo, de esta forma, toda responsabilidad al respecto, sembrando un manto de opacidad respecto al actuar del personal sanitario del INT, en especial de la UCI el



«RIT»

Foja: 1

cual debía a lo menos estar en conocimiento de la situación grave de salud en que Felipe fue trasladado.

Al omitir tan importante información en la epicrisis, habría infringido los principios de responsabilidad y transparencia establecidos en el artículo 3° de la ley 18.575.

10.- El INT habría incurrido en falta de servicio, al funcionar en forma deficiente, pues personal médico de dicho establecimiento hospitalario habría comentado en reiteradas ocasiones a los demandantes que a Felipe probablemente se le amputaría una pierna y/o un brazo, en atención a las livideces tanto en su pierna y mano izquierda, agudizando en mayor medida, la angustia de los familiares de Felipe, sin existir una resolución médica al respecto.

No sería posible siquiera pensar que la ciencia médica permita que circunstancias de tanta relevancia y severidad, sean transmitidas a los familiares, sin existir la necesaria decisión médicas al respecto, pues aquello sólo contribuiría a agudizar la ya angustiante situación de tener a un hijo, hermano, padre y pareja en un estado de mayor gravedad, actitud que no se correlacionaría a la necesaria ética y responsabilidad que deben guardar el personal sanitario de un servicio de salud.

11.- El INT habría incurrido en falta de servicio, al funcionar en forma deficiente y defectuosa al no aplicar oportunamente en forma inmediata y antes que Felipe presentara la falla Renal y Hepática, el “FLUJOGRAMA DE MANEJO DEL PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA” , contenido en la página 6 de la Guía Clínica AUGE, “Tratamiento quirúrgico de lesiones Crónicas de la Válvula aórtica, mitral y tricúspide en personas de 15 años y más” , Series Guías Minsal 2013, que señalaría que un paciente que presente AREA < 1,0 cm2 ó VÉL MAX>4 m/s ó GRAD MED > 40 mmhg más una FEVI menor a



«RIT»

Foja: 1

50% debe ser sometido a una cirugía para reemplazo valvular aórtico, o en su caso Reemplazo V. Ao percutáneo o valvuloplastia de balón sugerida para paciente con muy alto riesgo quirúrgico, omitiendo, la máxima de la lex artis establecida en la página 68 de dicha guía que señala “En la EA severa sintomática, el tratamiento quirúrgico con reemplazo valvular, es el tratamiento ideal y definitivo, puesto que no hay tratamiento médico que mejore o cambie el pronóstico de la enfermedad.”

No habría excusa válida para que el INT, incurriera en el cúmulo de faltas de servicio señaladas, porque dicho hospital contaba, cuando sucedieron los hechos, con las tecnologías adecuadas y personal calificado, que además recibían asignaciones especiales de urgencia, por lo cual, Felipe que se encontraba en lista de espera para reemplazo valvular, con estenosis aórtica con rápida evolución, con patología congénita de válvula bicúspide, que incide en mayor grado en la anterior, con insuficiencia aórtica, con aneurisma aórtico y con IAM ya diagnosticado, todos antecedentes de insuficiencia aórtica en desarrollo a aguda, que se encontraban documentados, habría debido recibir la atención esperada, cuando la solicitó, esto es la evaluación de su condición de salud en forma oportuna, y la realización de la cirugía que se encontraba indicada, cuando aquella fue requerida, considerando además que no había excusa para no hacerla, porque este hospital contaba además con importantes convenios para la realización de cirugías cardíacas con la Clínica Dávila, por lo cual la no existencia de médicos de la unidad cardiogénica, o en la UCI, sólo habría representado una grave dilación, por cuanto, sería absurdo pensar, que el INT que sería un establecimiento de referencia nacional en relación a Cirugía Cardíaca, cardiopatías congénitas del Adulto, y manejo de arritmias complejas y de trastornos de conducción cardíaca, entre otros (pág 42 memorias 21011-2013 INT), no dispusiera de un médico capacitado para realizar la tan



«RIT»

Foja: 1

necesaria evaluación solicitada por Felipe, los demandantes y finalmente por el H. Dr. Luis Tisne. en favor de aquel, en los momentos en que más se requirió.

FALTA DE SERVICIO RESPECTO DEL HOSPITAL Dr. LUIS TISNE
BROUSSE

1.- Este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio el día 14 de noviembre de 2013 cuando Felipe concurre de urgencia a dicho recinto, con dolor torácico, tos y dificultad respiratoria con arritmia cardíaca, con antecedentes de estenosis aórtica leve a moderada, dilatación de válvula aórtica ascendente, válvula aórtica bicúspide, y en lista de espera para cirugía, y en dicho recinto en forma defectuosa y deficiente no le realizan los exámenes bioquímicos que sugiere la lex artis, y tampoco se realiza un ecocardiograma, examen de rigor para determinar el estado de la estenosis aórtica que padecía, sin mantenerlo monitorizado como sugiere la lex artis, siendo dado de alta, casi 10 horas después de su ingreso, sin haber informado los resultados del electrocardiograma que debió ser tomado a los 10 minutos de su ingreso y sin informar los resultados de la radiografía de tórax de haberse realizado aquella, dilatando sin justificación el diagnóstico que la ciencia médica, instruiría, señalaría, advertiría, que debe realizarse en forma precoz, en atención que los cambios hemodinámicos en pacientes con las patologías cardíacas y previas que Felipe presentaba, ocurren con mayor rapidez.

2- Este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio, el día 14 de noviembre de 2013, al funcionar en forma defectuosa cuando el Dr. Tomas Selman, envió a su domicilio a Felipe, dilatando la necesaria evaluación médica de este para el día siguiente, con una patología cardíaca, y cuyo factor vital sería el tiempo, razón por la cual la ciencia médica establecería debe realizarse en forma precoz, sin haberlo resguardado debidamente, enviándolo a su



«RIT»

Foja: 1

domicilio, contradiciendo la lex artis que indicaría que: debió mantener al paciente: monitorizado, reperfundido, en observación y con la realización de examen de CK-MD y ECG y en caso que alguno de ellos resultara anormal, debió proceder a la hospitalización y disponer el traslado a un servicio de salud de mayor complejidad.

3.- El Hospital Luis Tisné Brousse habría incurrido en falta de servicio, al funcionar en forma defectuosa, cuando sin haber realizado los exámenes bioquímicos que la ciencia médica recomienda, y habiendo tomado perfecto conocimiento de las patologías previas de Felipe y que este se encontraba en lista de espera por la evolución de aquellas, el Dr. Tomas Selman se habría aventurado en establecer una hipótesis diagnóstico codificado de TOS, incurriendo en una omisión terapéutica grave, pues la TOS, en paciente con historial de cardiopatías, sería un síntoma que manifiesta la evolución negativa de dichas cardiopatías, y que delataría un estado avanzado de la enfermedad. Dice además que, el haber errado en la calificación diagnóstica, no sólo bajaría la entidad de la enfermedad, sino que además incurriría en que se desviara la atención de esta, perdiendo valioso tiempo, que en pacientes con patologías cardiacas resulta vital, pues al día siguiente se realizan exámenes para determinar si Felipe era portador de la enfermedad de TOS Barbotella, retrasando aún más el correcto diagnóstico, Asegura que, no habría duda alguna que el Dr. Selman habría tenido perfecto conocimiento que la Estenosis Aórtica era el factor que desencadenaba la actual condición de Felipe, pues de no haber sido así, no lo habría citado para el día siguiente para la realización de un ecocardiograma y eventual presentación al INT, examen recomendado además para la evaluación de aquella, sino que habría solicitado entre la serie de exámenes que luego suspendió, un examen biológico para determinar si portaba Tos bordetella lo que no aconteció, quedando claro que este facultativo que omitió los procedimientos



«RIT»

Foja: 1

que ha establecido la lex artis, habría dilatado el diagnóstico correcto contrariándola, estableciendo una hipótesis diagnóstica errada sin fundamento alguno.

3.- Este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio, el día 15 de noviembre, cuando habiéndose practicado un Electrocardiograma a Felipe, cuyos resultados eran: Sospecha Hipertrofia ventr. Izquierda, Taquicardia sinusual, Ligera desviación del eje a la izquierda, Descenso del ST (lateral, anterior), Elevación del segmento ST (anterior), Onda T negativa (lateral, anterior), Probable ECG anormal, antecedentes que anticipan la ocurrencia de un posible IAM, en forma defectuosa y deficiente la Dra. Dannette Guiñez F. no habría mantenido a Felipe bajo supervisión médica y no lo habría hospitalizado como lo sugerirían las Guías que tratan el dolor torácico y el IAM con supradesnivel del segmento ST, para el debido tratamiento del paciente y lo habría enviado a su domicilio, en contravención de: las “Intervenciones recomendadas para tratamiento” contenidas en página 22 de “Serie de cuadernos de redes N° 7, Manual Clínico para servicios de atención primaria de Urgencia”, Subsecretaría de Redes Asistenciales año 2008, que trata del dolor torácico a partir de la página 20, y contraviniendo también los protocolos contemplados en las páginas 4 y 5 de la “Guía Clínica 2010 Infarto Agudo de Miocardio con Supradesnivel del Segmento ST”, establecidos en el Flujograma 1. Manejo de paciente con IAM en fase aguda, cuyo flujograma comienza en “Dolor torácico no traumático y/o sospecha de IAM” y Flujograma 2. Elección terapia de reperfusión en IAM con SDST.

Desestimando al igual que el Dr. Tomas Selman la máxima contenida en la página 15 “Guía Clínica 2010 Infarto Agudo del Miocardio con Supradesnivel del Segmento ST”, que indica:



«RIT»

Foja: 1

“En todo paciente en quien se sospeche un IAM, es fundamental realizar la confirmación diagnóstica precoz, ya que la evolución del daño es rápidamente progresiva. La necrosis miocárdica se inicia a los 20 a 30 minutos de la oclusión de la arteria coronaria, desde la región subendocárdica y se extiende en forma progresiva, en sentido externo, hacia la zona subepicárdica. Así, en un período de 3 horas, la necrosis compromete al 75% de la pared del miocardio y se completa después de las primeras 6 horas de evolución. En este contexto, el factor tiempo es determinante para el pronóstico del paciente, de manera que mientras más precoz se realice el diagnóstico y se inicie el tratamiento, permitirá salvar mayor cantidad de miocardio viable.”

Afirma que, la conducta omisiva de ambos facultativos, habría propiciado que la enfermedad de Felipe no fuera interrumpida oportunamente, permitiendo su curso natural con las catastróficas consecuencias que de ello derivaron.

4.- Afirma que, este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio, cuando el día 15 de noviembre, habiéndose practicado un ECOCARDIOGRAMA DOPPLER, la Dra. Dannette Guíñez, habría omitido indicadores de relevancia clínica y no habría clasificado la enfermedad como ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA, según dispondría la tabla 12 la Guía Clínica AUGE “Tratamiento quirúrgico de lesiones Crónicas de la Válvula aórtica, mitral y tricúspide en personas de 15 años y más”, Series Guías Minsal 2013, con una FEVI de 33%, circunstancia en la cual, la lex artis instruiría que procede, en pacientes asintomáticos, como fue clasificado en la anamnesis, sin retraso (no diferida) el reemplazo de válvula aórtica, no dando aplicación al Flujograma de Manejo del Paciente con Estenosis Aórtica Severa establecido en la página 6 de la misma Guía Clínica, que indica que debía procederse a reemplazo valvular aórtico, o en su caso procederse al reemplazo V. Ao percutáneo, desestimando con ello la



«RIT»

Foja: 1

condición cardiogénica del paciente, que indicaban que su situación hemodinámica se vería más rápidamente afectada de no intervenir oportunamente, como finalmente aconteció.

6.- Añade que, este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio, el día 15 de noviembre, cuando atendida la condición grave de salud de Felipe, que requería reemplazo valvular o en su caso procederse al reemplazo V. Ao (Válvula Aórtica) Percutáneo, la Dra. Dannette Guíñez F. en forma defectuosa no habría dispuesto su traslado inmediato al INT para ser intervenido inmediatamente, teniendo los medios para aquello, y en su lugar habría considerado pertinente darlo de alta a las 16:39 hrs. con una Hipótesis diagnóstica Probable de DISNEA, el que sería un síntoma, en lugar de establecer como diagnóstico ESTENOSIS AORTICA SEVERA, con FEVI disminuida, omitiendo que en pacientes con urgencias cardiacas el factor tiempo es vital. Sumado a ello la Dra. Danette Guíñez en forma absolutamente defectuosa le habría recetado una serie de medicamentos para tratar una hipertensión que Felipe no padecía, medicamentos que además contenían contraindicación grave, por provocar excesiva hipotensión, entre los cuales se encontraba el atenolol, fármaco betabloqueador, que la lex artis especialmente habría señalado que debe evitarse (pág. 62 Guía Clínica Auge 2013) y que aún en los casos de hipertensión deben titularse con precaución para evitar la hipotensión

Al haber enviado a Felipe Maragliano Saldaño a su casa con medicamentos erróneos, no sólo habría dejado literalmente a Felipe a expensas de su enfermedad, sino que habría contribuido que aquella se agudizara en mayor medida, al recetarle medicamentos que provocaban hipotensión, la que finalmente Felipe desarrollo horas más tarde.



«RIT»

Foja: 1

7.- Dice también que, este servicio hospitalario público, habría incurrido en falta de servicio, el día 15 de noviembre de 2013, cuando Felipe ingresa por tercera vez, a las 23:20 horas, con antecedentes de ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA, CON FEVI DE 36%, CON VALVULA BICÚSPIDE, CON ANEURISMA AÓRTICO, UN PROBABLE IAM RECIENTE y CON INSUFICIENCIA AÓRTICA, todos antecedentes de una Insuficiencia Aórtica Severa, según la ciencia médica, funcionando el recinto hospitalario en forma tardía, ingresado a Felipe a la UCI del hospital 15 horas después, esto es, a las 15:00 horas del día 16 de noviembre de 2013, cuando Felipe ya había desarrollado un shock cardiogénico, habiendo dilatando nuevamente y en forma excesiva la efectiva y pronta intervención médica que Felipe requería para interrumpir aquel proceso, contrariando la ciencia médica, contenida en Guía Clínica AUGÉ, “Tratamiento quirúrgico de lesiones Crónicas de la Válvula aórtica, mitral y tricúspide en personas de 15 años y más”, Series Guías Minsal 2013, la cual advierte además especialmente en la página 68, que pacientes con las patologías previas que presentaba Felipe, van a presentar una alta probabilidad de desarrollar un shock cardiológico, como primera manifestación de Insuficiencia aórtica grave, mostrando cambios hemodinámicos más importantes.

Afirma que, si el personal sanitario que recibió a Felipe esa noche, hubiera ingresado rápidamente a Felipe a la UCI o unidad coronaria, atendido a su infarto agudo anterior al miocardio, Felipe habría tenido mayor probabilidad de ver interrumpida la enfermedad que lo aquejaba y no habría desarrollado la hipotensión que lo llevó a desarrollar una condición hemodinámica de mayor riesgo.

8.- Luego refiere que, este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio, el día 16 de noviembre, cuando traslada en forma tardía a Felipe al INT, solo una vez que comienza con Shock Cardiogénico, cuando sus posibilidades de vida se habían mermado al 50% y cuando habría tenido “cero



«RIT»

Foja: 1

posibilidad de sobrevida” en dicho recinto, debiendo haber dispuesto el traslado al INT, como centro de referencia, con especialidad en cardiología, para la realización de una intervención quirúrgica de reemplazo valvular, o en su caso Reemplazo V. Ao Percutanéo o valvuloplastia de balón como transición a aquella, al momento de haberse obtenido los resultados del Ecocardiograma Doppler, cuyos indicadores señalaban 28 horas antes que Felipe tenía ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA Y FEVI DE 33% Y 36%, como lo dispone la lex artis ya tantas veces comentada.

9.- Estima que, este servicio hospitalario público, habría incurrido en falta de servicio, el día 16 de noviembre de 2013, al trasladar a Felipe al INT, para asistencia ventricular y/o cirugía de emergencia, sin enviar a este último recinto hospitalario, los resultados del Ecocardiograma Doppler, ni exámenes bioquímicos, en que se encontraba documentada las condiciones graves de salud de Felipe, circunstancia del todo defectuosa, por cuanto si hubiera remitido en forma conjunta los exámenes practicados, hubiere permitido al recinto trasladado haber contado con los antecedentes clínicos de relevancia clínica actuales, lo que en todo caso no excusa al INT, de la práctica de aquellos, pues estaba tecnológicamente equipado para su práctica, pero bien hubieran evitado una mayor dilación en el tiempo de la intervención necesaria.

10.- Cree que, este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio, grave e inexcusable, al mantener en forma defectuosa un sistema computacional que permitiría establecer hipótesis diagnósticas de TOS y DISNEA, cuando en verdad ellos no serían diagnósticos médicos, sino SINTOMAS, rebajando con ello la real entidad, gravedad e información sobre el real estado de salud clínica del paciente.

Expresa que, el personal sanitario del Hospital Luis Tisné Brousse, sin duda incurrió en una serie de faltas de servicios, al alejarse de la lex artis, pues



«RIT»

Foja: 1

desestimó la condición cardiogénica de Felipe, cuya evolución y pronóstico depende del tiempo; establecieron diagnósticos médicos errados, acelerando mayormente la enfermedad con medicamentos con contraindicaciones, aun cuando la grave enfermedad que Felipe presentaba, se habría encontrado perfectamente documentada y habría existido certeza de ella, no prestaron la atención oportuna, adecuada, e inmediata en un caso que la Ciencia médica ha establecido que sería necesario proceder a la intervención quirúrgica para el reemplazo valvular en forma inmediata no diferida y habría advertido que sería una enfermedad de extrema urgencia, siendo la demora en la interrupción del curso natural de la enfermedad el factor determinante en el pronóstico del paciente, y en especial en el caso de Felipe con cardiopatías previas, que la ciencia médica se habría encargado de advertir el rápido y más importante deterioro hemodinámico al que se encuentran expuesto. Tan grave fue el actuar del personal sanitario de este hospital, al punto que desestimando incluso un infarto agudo al miocardio, no habría interrumpido el proceso en forma adecuada, retrasando su ingreso a la UCI por más de 15 horas, cuando aquel se produjo y había certeza de la estenosis aórtica severa, tomando finalmente y en forma tardía la decisión de seguir las recomendaciones de la lex artis, sólo una vez que Felipe presentó el cuadro más complejo de shock cardiogénico, y cuando ya presentaba “cero posibilidad de sobrevida” en dicho recinto, shock que habría sido perfectamente prevesible que se iba a manifestar si Felipe no recibía oportunamente la atención debida que requería la gravedad del cuadro clínico que presentaba.

Afirma que, el actuar del personal sanitario del Hospital Dr. Luis Tisné, sin derecho y apartándose de la ciencia médica, literalmente habría propiciado que la condición de salud de Felipe se viera comprometida en mayor grado, lo que habría incidido, ayudado por un funcionamiento defectuoso y tardío del INT, en que



«RIT»

Foja: 1

Felipe falleciera en la forma injusta y catastrófica a la edad de 27 años, pudiendo y debiendo haberlo evitado.

Concluye que, de acuerdo a lo tan latamente descrito, ambos hospitales demandados habrían incurrido en falta de servicio, puesto que la atención prestada por el personal sanitario de estos, habría sido defectuosa, deficiente y tardía, prolongando en forma injustificada e innecesaria el tratamiento adecuado a un paciente portador de Válvula aórtica bicúspide con estenosis y sd. de marfán, cuando aquella fue requerida, que habría evolucionado en una Estenosis Aórtica Severa con una FEVI notablemente disminuida, desarrollando un shock cardiogénico y falla orgánica múltiple, producto de una atención tardía y errada, propiciando que la enfermedad siguiera su curso natural, y exponiendo a Felipe a sufrir los efectos de aquella, los dolores y padecimientos del deterioro de sus órganos, pero también el dolor de éste de saberse enfermo y de los demandantes que durante largos días de dolor, impávidos habrían debido ver como Felipe se iba deteriorando cada vez más, frente a la pasividad de ambos recintos sanitarios, como poco a poco su vida se habría ido apagando, en los momentos en que más proyectos tenía para su familia, y que finalmente habría muerto en una injusta condición de deterioro generalizado.

Refiere que, la jurisprudencia habría señalado reiteradamente que la responsabilidad por falta de servicio, se sustentaría principalmente en normas de orden público, en armonía con normas de derecho privado, las que se aplicarían supletoriamente, normas que impondrían a los órganos del Estado un deber general de cuidado sobre los administrados, quienes tendrían el derecho constitucional a la vida e integridad psicológica y tendrían derecho a esperar que justamente sea el Estado, a través de sus agentes, el garante de estos derechos, pesando especialmente el deber de proteger estos derechos, en los órganos de Salud dependientes del



«RIT»

Foja: 1

Estado o que conforman su red pública, que se traduciría en una responsabilidad en el diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes y el deber de transparencia en sus actuaciones, y desde que estos órganos faltan a sus deberes, no sólo vulnerarían los derechos constitucionales de quienes tienen derecho a esperar la protección de estos, sino que manifestarían una falta o mal servicio, como habría expuesto, cometiendo una actuación antijurídica e inconstitucional.

Señala que, la relación de causalidad o el nexo causal entre el hecho y el daño, se manifestaría en que el daño se atribuye y es consecuencia del hecho que se reprocha.

En el caso subjudice, el vínculo causal, se encontraría, toda vez que el hecho de que personal sanitario en la ejecución de las funciones propias de ambos recintos hospitalarios, hayan ejecutado una serie de prestaciones de salud en forma defectuosa, deficientes y tardías, cometiendo un cúmulo de omisiones y mal diagnóstico, en un procedimiento que requería un diagnóstico precoz, una intervención quirúrgica inmediata, porque habría sido perfectamente previsible la evolución catastrófica de la salud de Felipe. La falta de diagnóstico oportuno y correcto, la errónea medicación, la falta de tratamiento oportuno, la acción tardía, habrían propiciado en forma injusta y antijurídica que la enfermedad que aquejaba a Felipe Maragliano Saldaño, siguiera su curso natural, sin interrupción médica, en circunstancias absolutamente degenerativa y progresiva en el tiempo, hasta el día de su muerte, manteniendo a Felipe expuesto al dolor y a la angustia de la dejación, y a los demandantes a la impotencia y dolor de ver como su ser querido se iba deteriorando día a día, en un contexto poco transparente, sin tener oportunidad de conocer el real estado de salud de su ser querido, con diagnósticos errados, que por ser gente sencilla sin más conocimientos médicos que el normal de la gente, no les habría permitido oponerse a los dictámenes médicos y que un sistema computacional



«RIT»

Foja: 1

erróneo permitiría, frente a instituciones de salud, que suponen un funcionamiento adecuado y nutrido de los medios tecnológicos que permitían arribar en forma oportuna a un diagnóstico correcto, dotados de personal sanitario que a lo menos debía conocer las diversa y robusta lex artis que los debía guiar en su acometido, demandantes que con el paso de las horas, en un contexto de pasividad del personal sanitario de ambos hospitales demandados, debieron soportar la dilación del único tratamiento adecuado y que por años esperaron y se prepararon para cuando llegara el momento indicado y oportuno, en atención a la condición asintomática y compatible con un normal desarrollo de Felipe, que consistía en la intervención quirúrgica, condición que varió y que hizo necesaria dicha intervención, y que actuaron conforme a las indicaciones de su médico, pero que no tuvo acogida en su hospital y tampoco en el H. Dr. Luis Tisne B., viéndose expuestos a tener que ser espectadores del sufrimiento y dolor de Felipe, frente a la pasividad de agentes del Estado, demandantes que en forma reiterada vieron mermadas en forma reiterada las esperanzas, en la resolución de la causa que lo llevó al mal estado en que se encontraba, frente a esa pasividad y habrían debido soportar en forma constante la angustia de saber, que a su ser querido probablemente se le amputaría una pierna o brazo, o que sobreviviría quedando con secuelas funcionales graves, y finalmente fueron expuesto a soportar en forma injusta la muerte de Felipe, teniendo que vivir todos estos años sumidos en la devastadora angustia de sentir que el personal sanitario de ambos hospitales dejaron morir a Felipe, en una forma tan catastrófica, porque habrían actuado en forma deficiente, defectuosa y tardía, traicionando la confianza que Felipe y que estos demandantes depositaron en ellos, pero también culpándose por haber confiado que se actuaba según dispone la ciencia médica y que no les permitió oponerse a los dictámenes médicos, la impresión que Felipe muere porque estos hospitales, que en definitiva son órganos



«RIT»

Foja: 1

del Estado, no habrían usado todos los recursos disponibles para la adecuada atención de Felipe, no les habría permitido sobrellevar la muerte de Felipe, porque no hay duda que la muerte de un ser querido sería irreparable y dolorosa, pero saber que aquella se produce por faltas de agentes de un Estado sería absolutamente devastadora, el peso de despertar cada día sabiendo que Felipe estaría con ellos, si se le hubiera brindado una atención digna y acorde con su condición cardiogénica con indicación quirúrgica, no sería posible describir, y no habría duda alguna que la muerte de Felipe habría sido consecuencia de la defectuosa, deficiente y tardía atención médica de ambos hospitales demandados, como tampoco habría duda que los daños causados a los demandantes, por aquella injusta muerte, se habrían visto agravados por las circunstancias en que aquella se produce.

En cuanto a los daños y perjuicios, señala que el espectro de ámbitos indemnizables en el caso sub lite, alcanzaría a todas aquellas especies de perjuicios que el derecho permite indemnizar, y todos ellos derivan directamente de los hechos que motivan esta demanda.

En cuanto al daño moral, dice que el daño producido por el cúmulo de faltas de servicios, antes señaladas, habría cambiado radicalmente la vida cotidiana de los demandantes, que hasta antes de la muerte de Felipe, eran una familia unida, con proyectos de vida como toda familia, pero enmarcada y preocupada durante los 27 años desde el nacimiento de Felipe, en la situación particular que aquejaba a uno de sus miembros, una enfermedad cardiogénica, cuya única resolución era una cirugía valvular, la cual de acuerdo a la ciencia médica, se había diferido en el tiempo, en virtud que Felipe era asintomático, con una respuesta cardiaca acorde con la vida, sin embargo y en virtud de las consecuencias propias de dicha enfermedad, su condición cardiogénica necesariamente iba a



«RIT»

Foja: 1

evolucionar negativamente, y por ello, los demandantes y Felipe vivían permanentemente preocupados de la llegada del momento en que aquella cirugía debía practicarse. En razón de esas características particulares, para los demandantes, Felipe era su principal preocupación, ya que de los cuidados y esmerada preocupación de estos, dependía que Felipe pudiera desarrollar sus proyectos de vida normalmente y acorde con sus cardiopatías, convirtiéndose en el centro motriz de ella, padre, madre y hermana primero, luego su conviviente e hijo, habrían debido adaptar su vida a las necesidades de Felipe, su hermana mayor, habría debido preocuparse desde niña, que en los juegos propios de niños Felipe no se agitara más de lo recomendado, la madre de Felipe compañera inseparable en sus controles médicos, debía desarrollar actividades labores acordes que le permitieran disponer del tiempo necesario para enfrentar hasta las más mínimas complicaciones de salud de Felipe, el padre de Felipe, que también debía adaptar sus actividades laborales y que en múltiples ocasiones desde niño acompañaba también a Felipe a sus controles, en la medida que sus posibilidades como proveedor de la familia le permitían, cada vez que no podía acompañarlo, estaba expuesto a la ansiedad propia del padre que quiere estar junto a su hijo, en esos momentos tan delicados, pues en cada control, podía determinarse la necesidad de una operación, era cosa de tiempo. Por su parte Felipe que llevaba una vida casi normal gracias a los esmerados cuidados de su familia había conformado una familia con doña Elizabeth, en una relación de la cual nace Martín su hijo, para quienes también habría cambiado radicalmente la vida, pues habían desarrollado un vínculo estrecho y casi cómplice con los demás miembros de la Familia, justamente por las enfermedades que aquejaban a Felipe, los demandantes se necesitaba unos de otros, era una Familia que si bien sabían que la enfermedad de Felipe se resolvía con una operación, lograron adaptarse todos sin excepción a las necesidades



«RIT»

Foja: 1

de aquella. La Sra. Rosa, madre de Felipe, en llantos recordaría que el día del control anual, era todo un evento, lo llamaba su día, porque ese día compartía los temores de Felipe y los propios, pero también lo festejaban haciendo ese día lo que más les gustaba.

Indica que, cuando Felipe comenzó su convivencia con doña Elizabeth, el vínculo familiar se habría enriquecido aún más, pues en la semana era habitual que Felipe llegara a almorzar con Elizabeth y el pequeño Martín, y los fines de semana en general compartían en familia o viajaban al campo, donde Felipe, era el artífice junto al padre, de los proyectos que en un futuro buscaban desarrollar, era una familia feliz, pues si bien las cardiopatías de Felipe, eran de cuidado, aquellas iban a ser resueltas en una operación, y sólo se esperaba el momento clínico adecuado.

Para los demandados la muerte de Felipe injusta y dolorosa, habría hecho más gravosa la angustia, dolor, aflicción, pena, desconsuelo, ansiedad, llanto, trastornos del sueño, irritabilidad, pérdida de energía, cansancio, fatiga, dificultades de concentración, que las propias de quien pierde a un ser querido como lo sería un hijo, hermano, padre o pareja, porque el hecho que Felipe partiera producto justamente de la falta de servicio de quienes por ley tienen encomendado el resguardo de la salud, y que por ley están al servicio de la persona humana, y que no emplearon los medios disponible para aquello, habría sumado además sentimientos de rabia, pesimismo, fracaso, autodesvalorización, elevada autocrítica, vulnerabilidad, desconfianza, inseguridad y pesimismo provocando desorganización de la personalidad, y perturbando el desempeño afectivo, social y laboral, afectando el desarrollo personal, generado también la pérdida del interés en la interacción social, llegando a perder el gusto por el placer y la vida, situación que se habría mantenido en el tiempo, porque sin duda que la pérdida de un ser querido sería irreparable y constituiría una de las aflicciones más relevantes que podría afectar a



«RIT»

Foja: 1

un ser humano, pero saber que aquella se produce por un injusto a consecuencia de prestaciones de salud reiteradamente defectuosas y tardías, simplemente haría de aquella una aflicción inconmensurable, llevando a la familia a la desintegración.

Informa que, don José padre de Felipe, posteriormente a la muerte de Felipe, habría seguido trabajando como chofer del Transantiago, pero su grado de afectación psicológica que con el paso del tiempo se habría ido acentuando, no le habría permitido seguir desempeñándose responsablemente en su trabajo, pues en cada joven que subía al bus habría visto a Felipe, cada joven que reía, pensaba que Felipe también podría haberlo estado haciendo, cada joven que subía le recordaba las circunstancias injustas en que murió Felipe, lo que le habría impedido trabajar normalmente, pues todo aquello lo desconcentraba peligrosamente de la atención que debía poner en su trabajo, debiendo ausentarse de este por reiteradas licencias médicas, llegando al punto incluso a ser cuestionadas por el Compin, finalmente toma la decisión de solicitar a su empleador, lo dispensara de sus servicios, y se retira a Talca donde pensó que estaría más cerca de Felipe, pues con mucho esfuerzo había adquirido un pequeño terreno en ese lugar, en el cual junto y con la ayuda de Felipe habían proyectado, que aquel lugar sería para el encuentro familiar, donde pasarían sus vacaciones, y donde habrían pasado tardes completas soñando la vejez de los padres junto a sus hijos y nietos. Don José se habría asilado en aquel lugar, porque para él, representaría el lugar donde podía estar más cerca de Felipe, alejado del hospital Luis Tisné que queda a pasos de su casa en Santiago y del INT, donde habría visto sufrir y morir sin justificación alguna a su hijo.

Por su parte doña Rosa Saldaño, madre de Felipe, quien el día del velorio de Felipe, no habría resistido tanta tristeza, angustia y rabia, habría sufrido un desmayo, debiendo ser llevada a un hospital, habría decidido continuar en Santiago,



«RIT»

Foja: 1

porque sería el lugar en que siente a su hijo Felipe, más cercano, pues sería aquí donde se encuentran sus restos, lugar donde puede concurrir cada vez que siente la necesidad de estar más cerca de él y donde podría en silencio seguir llorando su muerte. La madre de Felipe quien se desarrolla en labores domésticas habría sufrido accidentes menores, que pudieron ser graves, debido a que su situación psicológica, la aleja en ocasiones de su situación cotidiana e inmediata, situación psicológica que incluso la habría llevado a preguntarse qué sentido tiene ahora su vida, pasando por su cabeza al igual que al padre, la idea de no seguir viviendo, la pérdida del gusto por la vida, se habría hecho crítica, para ella ya no habría navidad ni celebración alguna, a diario se pregunta, de que sirvió haber sido tan prolija en la atención y cuidados de su hijo, que no habría faltado nunca a un control, y que religiosamente lo acompañó hasta el último control a sus 27 años de edad, si cuando los que estaban obligados por la ley, no le habrían brindado los cuidados adecuados cuando más los requirió de ellos. Doña Rosa, por la cercanía de su departamento al Hospital Luis Tisne, reviviría día a día la injusta muerte de Felipe, porque desde su ventana se vislumbra el patio de las ambulancias del Hospital Luis Tisne, donde a diario los pacientes son trasladados, reviviendo el tardío traslado de Felipe al INT. La muerte de su hijo sin lugar a dudas la habría dañado, pero lo injusta de aquella, producto de la deficiente, defectuosa y tardía asistencia médica, habría producido en ella el desconsuelo que por años la habría mantenido con un tratamiento farmacológico para poder enfrentar a diario la vida, y alejar las pesadillas que reiteradamente le reviven el proceso doloroso a que Felipe fue expuesto con la injusta consecuencia de muerte.

En cuanto a Sara, hermana de Felipe, que desde que nació éste, en atención a su condición de cardiopatía congénita, era su protectora en los juegos y cuando grande su amiga y confidente, que se quedó en forma injusta y sin explicación, sin



«RIT»

Foja: 1

su hermano y compañero, además de sufrir la tristeza, rabia, angustias, temores y desconfianza propias de la pérdida de su ser querido, aquella se acentúa más por lo injusto de la muerte de Felipe, y habría debido sumar a ello el dolor de la separación de la familia, y habría debido ser ella, como única hija que quedó, quién en todos estos años habría debido contener a sus padres, posponiendo su propio duelo, y tratando, dice, vanamente, ser el pilar de sus padres, y también de sus hijos, que en ocasiones la despiertan en la noche, por temor que no despierte más al igual que a su tío. Sara habría debido vivir, la soledad de su madre y padre y cada celebración con sus hijos, ya sea cumpleaños, o navidades, debería ocultar su propio dolor al ver que Felipe ya no es parte de dichas celebraciones y tampoco sus padres que se han restado de aquellas. Después que Felipe muere nunca más habría podido disfrutar de sus hijos, de igual forma, porque cada vez que uno de sus hijos se enferma surge el dolor y la angustia de tener que concurrir a un sistema de salud deficiente y defectuoso, recordando que Felipe murió como consecuencia de una defectuosa y tardía atención en su salud en dos de ellos.

Refiere que Martín, hijo de Felipe, que habría tenido 8 años cuando perdió a su padre y compañero, que habría visto de un golpe interrumpido el estrecho vínculo, tan necesario en el desarrollo de la infancia, con quien era su padre, amigo y compañero de estudios, quien producto de tan gravosa consecuencia de la falta de servicio, habría visto su desarrollo personal y académico afectado, hasta el día de hoy. Afirma que sería un niño que frecuentemente en las noches se levanta a acompañar a su madre, por el temor a que esta, también se vaya en sueños. Martín habría debido ser intervenido en los colegios en que ha estado y no habría podido enfrentar adecuadamente su desarrollo, y a partir del año 2016, debió ser trasladado a Puerto Varas, ya que en atención a que su dificultades, en medio de



«RIT»

Foja: 1

la tristeza y dolor, se veían agudizadas al contemplar la tristeza de Elizabeth, su madre, la que finalmente atendido a la situación psicológica de su hijo, habría debido tomar la decisión de alejarse por recomendación médica, de todo lo que en lo cotidiano le evocara a Felipe su compañero, con quien literalmente construyeron la casa en la que decidieron hacer familia, esa casa que tanto quería en nada contribuía a su afectación psicológica, porque hasta el más insignificante clavo que en ella había, lo habían puesto junto a Felipe, causando a diario inmensa tristeza, de la cual Martín su hijo, no era ajeno, y como niño lograba percibir, afectándolo aún más. Relata que Elizabeth, pese a su dolor, debía levantarse por su hijo, y debía tomar la drástica decisión de alejarse de los recuerdos inmediatos de Felipe, para intentar sobrellevar de mejor forma su duelo, y así evitar mayor dolor a su pequeño hijo, partiendo a radicarse a Puerto Varas, donde Familiares de Felipe la esperaban, debiendo los padres de Felipe, trasladarse muy seguido a Puerto Varas a visitar a su nuera y nieto para mantener en la mejor forma posible la estrechez del vínculo.

Todos los demandantes incluyendo al pequeño Martín habrían debido ser tratados por profesionales de la salud mental, y desde que Felipe muere los vínculos familiares se habrían visto afectados, al punto que la familia se habría dispersado porque cada uno, habría tratado de sobrellevar la carga de esta injusta muerte e intentado vivir su duelo, de la forma que pueden, sintiendo día a día que por una deficiente atención del sistema de salud público, se les habría arrebatado a Felipe, no encontrando consuelo, y siendo agravado cuando transcurrido aproximadamente 2 meses de la muerte de Felipe un tío del padre de Felipe, también con una afectación cardiogénica, fue operado, en el mismo Instituto Nacional del Tórax, recuperándose satisfactoriamente, oportunidad que a Felipe no se le habría brindado.



«RIT»

Foja: 1

Los demandantes, hasta el día de hoy, sufrirían el daño moral causado, su condición psicológica ya mermada por la muerte de Felipe, habría sido dañada más drásticamente por lo injusto de esta, no lograrían excusarse de haber depositado la confianza en el personal sanitario de ambos hospitales, no lograrían perdonarse, por no haber contado con los recursos suficientes para que lo atendieran en un hospital privado o los conocimientos médicos adecuados, cuando reiteradamente se le habría negado la atención adecuada a Felipe, no lograrían reponerse del impacto de saber, que de haber sido Felipe asistido oportunamente, no habría sufrido el daño a sus órganos y no habría muerto, la sola idea de pensar en el dolor que Felipe habría sufrido, producto del deterioro de aquellos, durante las horas vitales en que no se le habría prestado la atención adecuada, les produciría cada día de su vida sin excepción, pena, tristeza, rabia, dolor, e impotencia más grande que un ser humano pueda soportar.

En virtud de lo anterior consideran de justicia, que a lo menos a los demandantes se les debería indemnizar, en parte, el daño moral que habrían sufrido, con la esperanza que puedan sobrellevar de mejor forma, si ello fuere posible, la irreparable pérdida de su ser querido y las circunstancias gravosas y culpable, en que ella se produce, sometiéndolo además literalmente a un dolor innecesario e injustificable, del cual los demandantes fueron testigos minuto a minuto, sin poder hacer nada, debieron confiar en que aquellos estaban aplicando correctamente los procedimientos de la lex artis.

El monto que esta parte solicita por concepto de daño moral la habría establecido especialmente entre otros en base a los vínculos que cada uno de los demandantes habría tenido con Felipe, a los esfuerzos y adaptación que cada uno hizo a través de toda la vida de Felipe, para que este se mantuviera en condiciones de un desarrollo normal, compatible con su edad y desarrollo y preservación de su



«RIT»

Foja: 1

vida, esfuerzos de toda una vida que se vieron frustrados por la deficiente, defectuosa y tardía prestación de salud en ambos hospitales, el impacto que causó lo injusto de la muerte de Felipe a los 27 años de edad, cuando estaba lleno de proyectos, incluso se había comprado un taxi, para su mejor aporte familiar, el contexto en que ella ocurre con gran parte de sus órganos afectados, y en que jamás se les habría informado a los demandantes en forma oportuna el estado de gravedad de Felipe, por lo cual nada habrían podido hacer frente al contexto de falta de servicio a que se habrían visto expuestos. El haberse visto expuestos a contemplar día a día y minuto a minuto, como Felipe iba perdiendo las posibilidades de vida, el haber contemplado el dolor tanto físico como emocional de Felipe por falta de atención médica, a los daños psicológicos y patrimoniales causados a cada uno de los demandantes que no les habría permitido llevar una vida normal, el permanente estado de luto en que habrían vivido frente a una muerte injusta, y la desintegración de la familia como consecuencia del daño causado, entre muchos otros más, de acuerdo a ello estima que doña **Rosa Saldaño Trincado**, madre de Felipe debe ser indemnizada por el daño moral causado en \$ 100.000.000; Don **José Antonio Maragliano Chacón**, padre de Felipe debe ser indemnizado por el daño moral causado en \$ 100.000.000; Doña **Sara Maragliano Saldaño**, hermana de Felipe debe ser indemnizada por el daño moral causado en \$ 70.000.000; Doña **Elizabeth Muñoz Saavedra**, conviviente debe ser indemnizada por el daño moral causado en \$ 100.000.000; El niño **Martín Maragliano Muñoz**, hijo de Felipe debe ser indemnizado por el daño moral causado en \$ 100.000.000.

También demandan lucro cesante. A este respecto indica que este hace referencia al lucro, al dinero, a la ganancia, a la renta que una persona deja de percibir como consecuencia del perjuicio o daño que se le ha causado. Si una



«RIT»

Foja: 1

persona no hubiera sufrido de un daño o perjuicio, se hubiera seguido lucrando sin problemas, lucro que se pierde, que cesa por culpa del daño o el perjuicio. Se la configura además como la ganancia dejada de obtener o la pérdida de ingresos, como consecuencia directa e inmediata de un hecho lesivo. Y es una manifestación concreta del daño patrimonial, teniendo un sentido económico ya que trata de obtener la reparación de la pérdida de las ganancias dejadas de percibir.

Señalan que, en el caso del pequeño **Martin Maragliano Muñoz** y **Elizabeth Muñoz**, respectivamente hijo y conviviente de Felipe Maragliano Saldaño, y dependientes de este, se debería entender que lucro cesante correspondería a la utilidad que habría aportado a su familia el jefe de hogar en su vida productiva, si no hubiere ocurrido el hecho dañoso, tomando en consideración, que Felipe al momento de su fallecimiento habría constituido la principal fuente de ingresos del grupo familiar, cubriendo además, todas y cada una de las necesidades de su familia con la remuneración mensual que obtenía como empleado de la empresa Constructora MACC Ltda., se habría tomado como base para la evaluación del lucro cesante el sueldo que este percibía, el que ascendía en el mes de septiembre a una remuneración imponible por la suma de \$ 391.125.-, menos los descuentos estrictamente legales por la suma de \$ 73.806.-, obteniendo líquido a pagar la suma de \$ 317.319.-, y teniendo en consideración que Felipe falleció a la edad de 27 años, quedándole a lo menos de vida laboral aproximadamente 38 años, por los cuales obtendría, con la base de cálculo establecida, como remuneraciones a lo menos por la suma de \$ 144.697.464.-

En el caso de don **José Maragliago Chacón**, padre de Felipe, quien se desempeñaba como chofer de bus, en la empresa BUSES METROPOLITANA S.A., recibía un sueldo de \$975.145, el último mes que trabajo, esto es en Febrero de 2016, sueldo que habría dejado de percibir debido a que su condición psicológica



«RIT»

Foja: 1

no le permitiría seguir laborando, debiendo retirarse en marzo de 2016, siempre habría sido un trabajador responsable que habría cumplió con sus labores, y las únicas veces que no lo pudo hacer, fue debido a las licencias médicas producto de su situación psicológica, lo que habría dejado de percibir don José Maragliano Chacón y su grupo familiar, contados desde abril de 2016, en virtud que el mes de marzo percibe una suma total ascendiente a 17 meses de trabajo, calculado al valor del último sueldo imponible, esto es \$ 975.145, menos los descuentos estrictamente legales por la suma de \$ 204.195 ascendiendo a la suma de **\$13.106.150**, lo que don José Maragliano Chacón y su familia habría dejado de percibir por concepto de sueldo los últimos 17 meses, debido a que este ya no ha podido ejercer un trabajo remunerada, debido a su condición psicológica producto del daño sufrido.

En relación al daño emergente, indica que este corresponde al valor o precio de un bien o cosa que ha sufrido daño o perjuicio. Cuando el bien o la propiedad de una persona ha sido dañada o destruida por otra, se estaría ante un daño emergente, y la indemnización en este caso sería igual al precio del bien afectado o destruido. Pero también se refiere al costo de la reparación necesaria del daño causado entendida como los gastos en los que se ha incurrido con ocasión del perjuicio. Es decir, dice, son los gastos ocasionados o que se vayan a ocasionar, como consecuencia del evento dañoso y que el perjudicado o un tercero tiene que asumir.

En este ítem, solo se habría considerado el gasto en que se habría debido incurrir, en los servicios funerarios, en virtud que las innumerables consultas médicas, tanto en el sector público y privado no habrían podido ser cuantificadas, en virtud que las boletas de gastos en medicamentos que fueron comprados no habrían sido guardadas, así como tampoco los innumerables viajes al sur para visitar al pequeño Martín, que se trasladó junto a su madre, producto que su



«RIT»

Foja: 1

situación psicológica no pudo ser enfrentada en el mismo ambiente de su hogar en Santiago, por la tristeza ocasionaba, seguir vinculados directamente con todo los recuerdos materiales de Felipe, en mayor medida dificultó poder sacar al pequeño Martín de la profunda crisis emocional y psicológica en que se encontraba, debido al estado emocional que causaban esos recuerdos en Elizabeth la madre de este y conviviente de Felipe.

La suma a que habría ascendido el servicio funerario en que se habría incurrido, debido a la muerte de Felipe, habría sido \$ 1.100.000, suma pagada íntegramente por don José Maragliano Chacón padre de Felipe.

Opina que, la entidad del daño que se habría causado a los demandantes, por las faltas de servicios de ambos hospitales, que en forma conjunta habrían concurrido a los resultados dañosos, con la consecuencia de una literalmente horrible muerte de Felipe, en un contexto de dilación injustificada en la prestación de la necesaria atención médica, sería de tal magnitud que el derecho debería al menos en parte mitigar, debiéndose compensar aunque sea en parte el sufrimiento de los demandantes, haciendo un poco más llevadero el tremendo dolor causado, a través de otras satisfacciones materiales y espirituales, a fin que de alguna forma logren si aquello fuera posible, recomponer en parte su vida o al menos la haga más llevadera.

Indica que, el artículo 19 N° 1 de la Constitución Política de la República, aseguraría a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica, lo que significaría que estaría elevado a la categoría constitucional el derecho de la persona a mantener su integridad psíquica y física, por lo tanto, para el ordenamiento jurídico representaría un interés que debería ser protegido, de manera que cualesquiera acción desplegada por persona o agente alguno que provoque o atente contra esta integridad, constituiría un perjuicio y por ende, un



«RIT»

Foja: 1

daño que el derecho debería restablecer, sea efectiva o alternativamente. (Exma. Corte Suprema)

Sería prácticamente unánime en la doctrina, como en la jurisprudencia, que la responsabilidad de los órganos de la administración del Estado, por las lesiones que puedan causar afectando derechos de las personas, se fundaría especialmente en normas de derecho público, siendo justamente normas del derecho público quienes regularían a dichos órganos.

Nuestra jurisprudencia habría señalado que *“la responsabilidad de los órganos de la administración del Estado por falta de servicio constituye una modalidad de la responsabilidad por culpa, y en este contexto de suyo resulta necesario destacar que la culpa civil está relacionada con el incumplimiento de deberes generales de cuidado en las relaciones con los demás. Y conforme con esto, los órganos del Estado también están sujetos a los deberes de cuidado, dirigidos a impedir que ocurran accidentes que debieron ser prevenidos con el cuidado ordinario.”*

Nuestra jurisprudencia y distintos fallos de nuestros tribunales superiores habrían establecido invariablemente, desde hace un tiempo, que las normas que regulan la responsabilidad se sustentarían particularmente en el derecho público y que la culpa por el desempeño defectuoso en las labores de sus funcionarios, correspondería al Estado, un ejemplo de ello sería la sentencia dictada en causa Rol I. Corte N° 2.040-2014 Civil, Itma. Corte Apelaciones de Rancagua, que en lo pertinente señalaría:

“4.- La doctrina de la Responsabilidad Civil del Estado, también llamada de la Responsabilidad Extracontractual del Estado o de la Responsabilidad Patrimonial de la Administración, sin duda constituye un avance notable de la ciencia jurídica, que evolucionó desde una concepción de la inmunidad de los actos



«RIT»

Foja: 1

del Soberano hasta la actual situación en que nadie discute que el Estado es responsable por los perjuicios que ocasionen sus actos y que, en definitiva, han puesto a la persona humana en el centro del debate. Esta doctrina, estatuto o régimen que, por cierto, ha tenido su correlato jurisprudencial, constituye, hoy por hoy, un sistema de responsabilidad general que se aplica a la Administración en el ejercicio de sus funciones, cualquiera sea el ámbito en que éstas se desplieguen, salvo las exclusiones que la propia ley señala, y descansa particularmente en normas de Derecho Público, distanciándose del Título XXXV del Código de Bello. Sin embargo, este esfuerzo de autonomía ontológica no descarta por completo la aplicación de las normas del Derecho Civil u otros cuerpos legales, ..., lo que es de toda lógica pues los estatutos jurídicos de responsabilidad patrimonial, independiente de su naturaleza, comparten principios universales, pero, además, por el hecho de que hay una serie de aspectos que encontrándose regulados en las normas de carácter privado, no lo están en la reglamentación pública (extensión del daño, exposición al daño, prescripción, etc.), lo que significa que el ordenamiento civil aún tiene mucho que aportar supletoriamente en la construcción y consolidación de este nuevo sistema de Responsabilidad Estatal, cuya diferenciación, en todo caso, resulta justificada atendida la especial naturaleza del Soberano y su supremacía en relación con los gobernados.

5. - Así entonces, a partir de los artículos 1, 5 de la Carta Fundamental, que establecen los fines y límites del Poder Estatal, sus artículos 6 y 7 que consagran el principio de legalidad de los Órganos del Estado y, con especial relevancia, a partir del artículo 38 del texto superior, que en lo sustancial establece que cualquier persona que resulte lesionada en sus derechos por la Administración del Estado, de sus organismos o municipalidades podrá reclamar ante los tribunales de justicia, se concluye inequívocamente que la Constitución Política de la



República ha establecido la Responsabilidad del Estado como principio general. Más todavía, dicho principio luego se asentó con la dictación de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado (D.O. 05/12/1986), que en su actual artículo 44 inciso 1o establece que: “Los órganos de la Administración serán responsables del daño que causen por falta de servicio.”, con lo cual, como ha dicho la Corte Suprema (causa Rol N° 8044-2012), se “incorporó al Derecho Público chileno el sistema de responsabilidad extracontractual del Estado elaborado por el derecho administrativo francés, principalmente a través de la jurisprudencia del Consejo de Estado, que en opinión de la mayoría de los autores constituye la mejor solución elaborada por el derecho para asegurar un debido equilibrio entre los derechos de los particulares y los intereses públicos...” . Lo anterior significa que no basta que el acto del Soberano perjudique o cause daño a algunos de sus gobernados, pues no estamos en presencia de una responsabilidad estricta u objetiva, como algunos tratadistas lo ha defendido invariablemente a lo largo de los años, sino que se requiere, además, que el hecho generador del perjuicio provenga de una actuación defectuosa del órgano estatal. En otras palabras, la falta de servicio en el Derecho Público equivale a la culpa en el Derecho Civil, pues la falta de servicio no es otra cosa que la culpa en el servicio. La interpretación anterior, por lo demás, se condice plenamente con nuestra tradición jurídica y se integra mejor con el sistema responsabilidad extracontractual elaborado por el Código Civil y en otros cuerpos legales.”

6.- A la luz de las normas precedentes, se concluye inequívocamente que la responsabilidad de la Administración tiene como fundamento una actuación defectuosa u omisión del órgano estatal. De hecho, la falta de servicio se ha conceptualizado como el mal funcionamiento de una repartición pública y dará lugar a la responsabilidad del Estado si los órganos de la Administración no actúan



«RIT»

Foja: 1

debiendo hacerlo, o si su actuación es tardía o si actúan defectuosamente (Corte Suprema, Rol N° 3427-2001). Ahora bien, el concepto descrito abarca también la falta personal cometida por el funcionario público en el ejercicio de su cargo o con ocasión del mismo. Lo anterior, es consecuencia natural de entender el Estado como una persona jurídica de derecho público, razón por la cual es evidente que su acción se materializa a través de personas naturales. Se desprende entonces, que los ilícitos cometidos por los funcionarios públicos en el ejercicio de sus funciones pública, queda comprometida la responsabilidad patrimonial del Fisco. De lo dicho, fluye que no se trata de una responsabilidad por el hecho ajeno del funcionario, sino del hecho propio de la falta de servicio, pues aún en el caso de estar en presencia de un hecho ilícito cometido por el funcionario en el ejercicio de su función ello es una manifestación del funcionamiento defectuoso del organismo estatal al cual pertenece y, por ende, constituye una falta de servicio de la Administración generándose la responsabilidad extracontractual del Estado, que tendrá derecho a repetir contra su dependiente, más no eximirse de aquella.

7 - En este orden de ideas, aun cuando está implícito en el concepto de falta de servicio que algún funcionario o dependiente de la Administración haya actuado con negligencia o infracción cabe insistir que lo que se reprocha bajo este estatuto jurídico es el accionar del Estado, pues la conducta negligente no se relaciona con la persona del funcionario sino con la función pública que ejecuta. De ello se colige, que si el funcionario obró desligado de su función el Fisco no responde bajo este esquema de responsabilidad pues el estatuto o teoría de la Responsabilidad Civil del Estado se ha construido bajo el criterio de preferir las normas de Derecho Público, dotándosela con sus propios fundamentos, principios, valores, fines, etc., cuya viga fundamental será la Constitución Política de la República por sobre cualquiera otra legislación como la aludida que podrán



«RIT»

Foja: 1

contribuir a su perfeccionamiento, más, dada su naturaleza, no pueden constituir la piedra angular del mismo. La consolidación de esta teoría ha promovido que la Administración desarrolle sus actividades sino con mayor eficiencia con mayor cuidado, en la medida que le recuerda al Poder Público que se encuentra al servicio de la persona humana tal cual se reconoce en el artículo 1 inciso 3° de la Carta Magna, y si ello no ocurre, cualquier persona puede invocar este régimen proteccional a efectos de amparar adecuadamente sus derechos y resarcirse de los daños que se le han infligido. ”

La jurisprudencia se habría encargado de conceptualizar la falta de servicio, la que denotaría el incumplimiento de un deber de servicio, y ello puede recaer en que no se preste un servicio que la Administración tenía el deber de prestar, se preste tardíamente o que el mismo se entregue en forma defectuosa de conformidad con el estándar de servicio que el público tiene derecho a esperar, resultando en definitiva de esto que el deber de servicio emana de la ley.

Expone que, la responsabilidad extracontractual en materia sanitaria, por falta de servicio, se encontraría regulada de conformidad a lo establecido en el artículo 38 inciso 1° de la Ley N° 19.966, que dispondría que “*los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio*” .

Explica que, a partir de la dictación de esta ley y precisamente en virtud del inciso final del artículo en comento, no se estaría frente a la clásica culpa In eligendo o in vigilando, pues habría establecido que “*Los órganos de la Administración del Estado que en materia sanitaria sean condenados en juicio, tendrán derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado*” , de tal forma que los órganos de la



«RIT»

Foja: 1

administración del Estado no podrán excusar su responsabilidad señalando que ha empleado la diligencia debida en el control o vigilancia de los funcionarios, pues les otorga el derecho a repetir en contra del funcionario que haya actuado con imprudencia temeraria o dolo en el ejercicio de sus funciones, y en virtud de cuya actuación el servicio fue condenado. Lo anterior no solo sería expreso, sino que además sería de máxima justicia por cuanto nadie puede pretender, que quien resulte lesionado en sus derechos por la falta de servicio de los órganos de administración del Estado, deban además subrogarse en la función propia de supervigilancia con la cual dichos órganos se encuentran dotados, a través de diversos mecanismos de control respecto a la labor que desempeñan sus funcionarios, la que debe ser oportuna, eficaz y eficiente, y que por ley se encuentra encomendada a dichos órganos.

La Constitución Política, que en su artículo 38 inciso 2 precisaría que *“cualquier persona que sea lesiona en sus derechos por la administración del Estado, de sus organismos o de las municipalidades, podrá reclamar ante los Tribunales que determine la ley, sin perjuicio de la responsabilidad que pudiere afectar al funcionario que hubiere causado daño”*

Refiere que, la Ley N° 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, en su artículo 4° , señalaría que *“El Estado será responsables por los daños que causen los órganos de la Administración en ejercicio de sus funciones sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran afectar al funcionario que los hubiera ocasionado”* .

Añade que, el artículo 42 (Ex art. 44) de la misma ley N° 18.575, señalaría: *“Los órganos de la Administración serán responsables del daño que causen por falta de servicio. No obstante, el Estado tendrá derecho a repetir en contra del funcionario que hubiere incurrido en falta personal.”*



«RIT»

Foja: 1

Cree que, las normas citadas dejarían claro que la falta de servicio sería del Estado y no del funcionario, es decir, sería el Estado quien debería responder por los perjuicios ocasionados con el mal funcionamiento o el funcionamiento tardío de un servicio público. La falta personal de un funcionario, comprometería la responsabilidad del Estado, cuando ella se ha cometido en ejercicio del cargo o con ocasión del mismo. Por lo cual la Administración respondería de la falta personal cuando ésta no es posible separarla de la prestación del servicio.

Señala además que, respecto de la responsabilidad del Estado, existirían en nuestro ordenamiento jurídico normas de carácter constitucional que se referirían específicamente a ella, en efecto la Constitución Política de la República en sus artículos 6° y 7° , indicarían que la infracción de los órganos del Estado al principio de legalidad y las competencias señaladas en ella y la ley, originaría las responsabilidades que determine o prescriba la ley.

Afirma que, en la responsabilidad extracontractual, por falta de servicio, de conformidad a lo establecido en el artículo 38 inciso 2° de la Ley N° 19.966, la carga del particular afectado por la falta de servicio de los órganos de la administración del Estado, se encontraría limitada a acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, debiendo acreditar tanto la falta de servicio como la vinculación entre ella y el daño producido. Sin olvidar lo que habría señalado la doctrina en esta materia *“La posición del médico y del hospital es de evidente ventaja probatoria, porque controlan la información relevante respecto al estado inicial del paciente, a los exámenes que le fueron realizados, al diagnóstico que llevó a tomar decisiones pretendidamente negligentes, a los detalles del tratamiento intentado o de la operación practicada y, en definitiva, a las causas precisas de la muerte o del daño corporal. Por eso, en resguardo del principio de igualdad de los medios probatorios, se han desarrollado correctivos que asignan a*



Foja: 1

los especialistas la carga de proporcionar la información que permita determinar su propia diligencia. No se trata de una inversión de la carga de la prueba, sino de la imposición de deberes de colaboración, cuya inobservancia puede conducir a la construcción de una presunción judicial de negligencia, o bien a que al médico u hospital le sea rechazada la prueba de los hechos extintivos invocados. Ese es el caso, por ejemplo, si no existe una ficha médica completa, si no están disponibles los exámenes que sirvieron de base al diagnóstico y al tratamiento o si existen inexactitudes o falsedades en la información proporcionada.” (Barros Bourie, Enrique. “Tratado de Responsabilidad Extracontractual”. Editorial Jurídica de Chile, 2006, pág. 677).

Alude que, respecto de las presunciones, el artículo 426 del Código de Procedimiento Civil establecería que *“Las presunciones como medios probatorios, se regirán por las disposiciones del artículo 1712 del Código Civil. Una sola presunción puede constituir plena prueba cuando, a juicio del tribunal, tenga caracteres de gravedad y precisión suficientes para formar su convencimiento.”*

Agrega que, el artículo 1712 del Código Civil que *“Las presunciones son legales o judiciales. Las legales se reglan por el artículo 47. Las que deduce el juez deberán ser graves, precisas y concordantes.”*

Luego, procede a citar diversas normas de la Ley 18.575. Orgánica Constitucional de Bases Generales de la administración de Estado, en estos términos:

“Artículo 1°.- Presidente de la República ejerce el gobierno y la administración del Estado con la colaboración de los órganos que establezcan la Constitución y las leyes. La Administración del Estado estará constituida por los Ministerios, las Intendencias, las Gobernaciones y los órganos y servicios públicos creados para el cumplimiento de la función administrativa, incluidos la Contraloría General de la República, el Banco Central, las Fuerzas Armadas y las Fuerzas de



«RIT»

Foja: 1

Orden y Seguridad Pública, los Gobiernos Regionales, Ley 19.653 las Municipalidades y las empresas artículo 1° N° 1 públicas creadas por ley.

Artículo 2° .- Los órganos de la Administración del Estado someterán su acción a la Constitución y a las leyes. Deberán actuar dentro de su competencia y no tendrán más atribuciones que las que expresamente les haya conferido el ordenamiento jurídico. Todo abuso o exceso en el ejercicio de sus potestades dará lugar a las acciones y recursos correspondientes.

Artículo 3° .- La Administración del Estado está al servicio de la persona humana; su finalidad es promover el bien común atendiendo las necesidades públicas en forma continua y permanente y fomentando el desarrollo del país a través del ejercicio de las atribuciones que le confiere la Constitución y la ley, y de la aprobación, ejecución y control de políticas, planes, programas y acciones de alcance nacional, regional y comunal. La Administración del Estado deberá observar los principios de responsabilidad, eficiencia, eficacia, coordinación, impulsión de oficio del procedimiento, impugnabilidad de los actos administrativos, control, probidad, transparencia y publicidad administrativas y participación ciudadana en la gestión pública, y garantizará la debida autonomía de los grupos intermedios de la sociedad para cumplir sus propios fines específicos, respetando el derecho de las personas para realizar cualquier actividad económica en conformidad con la Constitución Política y las leyes.

Artículo 4° .- El Estado será responsable por los daños que causen los órganos de la Administración en el ejercicio de sus funciones, sin perjuicio de las responsabilidades que pudieren afectar al funcionario que los hubiere ocasionado.

Artículo 5° .- Las autoridades y funcionarios deberán velar por la eficiente e idónea administración de los medios públicos y por el debido cumplimiento de la función pública. Los órganos de la Administración del Estado deberán cumplir sus



cometidos coordinadamente y propender a la unidad de acción, evitando la duplicación o interferencia de funciones.

Artículo 70.- Los funcionarios de la Administración del Estado estarán afectos a un régimen jerarquizado y disciplinado. Deberán cumplir fiel y esmeradamente sus obligaciones para con el servicio y obedecer las órdenes que les imparta el superior jerárquico.

Artículo 12.- Las autoridades y funcionarios facultados para elaborar planes o dictar normas, deberán velar permanentemente por el cumplimiento de aquéllos y la aplicación de éstas dentro del ámbito de sus atribuciones, sin perjuicio de las obligaciones propias del personal de su dependencia.

Artículo 13.- Los funcionarios de Chile la Administración del Estado deberán observar el principio de probidad administrativa y, en particular, las normas legales generales y especiales que lo regulan. La función pública se ejercerá con transparencia, de manera que permita y promueva el conocimiento de los procedimientos, contenidos y fundamentos de las decisiones que se adopten en ejercicio de ella.

Artículo 30.- Sin perjuicio de su dependencia jerárquica general, la ley podrá desconcentrar, territorial y funcionalmente, a determinados órganos. La desconcentración territorial se hará mediante Direcciones Regionales, a cargo de un Director Regional, quien dependerá jerárquicamente del Director Nacional del servicio. No obstante, para los efectos de la ejecución de las políticas, planes y programas de desarrollo regional, estarán subordinados al Intendente a través del respectivo Secretario Regional Ministerial. La desconcentración funcional se realizará mediante la radicación por ley de atribuciones en determinados órganos del respectivo servicio.



«RIT»

Foja: 1

Artículo 33.- La representación judicial y extrajudicial de los servicios descentralizados corresponderá a los respectivos jefes superiores.

Artículo 53.- El interés general exige el empleo de medios idóneos de diagnóstico, decisión y control, para concretar, dentro del orden jurídico, una gestión eficiente y eficaz. Se expresa en el recto y correcto ejercicio del poder público por parte de las autoridades administrativas; en lo razonable e imparcial de sus decisiones; en la rectitud de ejecución de las normas, planes, programas y acciones; en la integridad ética y profesional de la administración de recursos públicos que se gestionan; en la expedición en el cumplimiento de sus funciones legales, y en el acceso ciudadano a la información administrativa, en conformidad a la ley.”

Luego, cita normas del D.L. N° 2.733, Modificados por la Ley 19.937, establecería en su “TITULO IV DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTION EN RED” , Párrafo I, De la creación y funciones, de la siguiente manera:

“Artículo 25 A.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala este Título, si cumplen los requisitos que se determinen en el Reglamento a que se refiere el inciso siguiente.

Un reglamento, suscrito por el Ministro de Salud, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de dicha calidad y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión.



Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir, los que deberán estar referidos, al menos, al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios, a gestión financiera, gestión de personal, gestión del cuidado e indicadores y estándares fijados en convenios y normas.

Estos establecimientos deberán tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios.

Mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerá la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" a aquellos que cumplan los requisitos señalados en el Reglamento, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme el inciso primero.

Los establecimientos que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N° 18.575 y a las normas de la presente ley.

No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 25 L y 25 M.

Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley.

Artículo 25 B.- El Establecimiento, como parte integrante de la Red Asistencial, deberá, a lo menos:



3. Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales;

Artículo 25 C.- El Establecimiento estará a cargo de un Director, el que corresponderá al segundo nivel jerárquico del Servicio de Salud para los efectos del artículo trigésimo séptimo de la ley N° 19.882. Tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 25 E y 25 F.

Artículo 25 E.- La administración superior y control del establecimiento corresponderán al Director. El Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este título al Director del Establecimiento, ni alterar sus decisiones. Con todo, podrá solicitar al Director del Establecimiento la información necesaria para el cabal ejercicio de las funciones de éste.

Artículo 25 F.- En el Director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones...

Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo. Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien deberá adoptar las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio.”

Dice que, la su acción se ejercería luego de haber cumplido con la exigencia de mediación prejudicial contemplada en el artículo 43 y siguientes de la Ley N° 19.966, de 3 de septiembre de 2004, disponiendo el artículo 45, que plazo total



«RIT»

Foja: 1

para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día de la primera citación al reclamado y que si dentro del plazo original o prorrogado no hubiera acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta, que en este procedimiento actuará el mediador como ministro de fe y estableciendo el inciso final del citado artículo que *“durante el plazo que dure la mediación se suspenderá el término de prescripción, tanto de las acciones civiles como de las criminales a que hubiera lugar.”*

Afirma que, se realizó la mediación correspondiente con el Hospital Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica Doctor Enrique Laval, más conocido como Instituto Nacional del Toráx y con el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, agregando que, ambas mediaciones prejudiciales habrían fracasado según se desprendería de los certificados que ofrece acompañar.

Estima que, los demandados, el Instituto Nacional del Toráx (Hospital Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica Doctor Enrique Laval) y el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse deberían responder por los daños y perjuicios ocasionados, los que avalúa en las siguientes cantidades:

LUCRO CESANTE

A doña **Elizabeth Muñoz Saavedra** en conjunto con su hijo **Martín Maragliano Muñoz**, por concepto de lucro cesante, la suma que ha avaluado precedentemente en \$ 144.697.464

A don **José Maragliano Chacón**, padre de Felipe, por concepto de lucro cesante, la suma que avaluado precedentemente en \$13.106.150.

POR DAÑO EMERGENTE

A don **José Maragliano Chacón**, padre de Felipe, por concepto de daño emergente, la suma que ha avaluado precedentemente en \$1.100.000.

POR DAÑO MORAL



«RIT»

Foja: 1

Se avalúa en la suma total de \$ 470.000.000, (cuatrocientos setenta millones de pesos) la cual se distribuyen de la siguiente forma:

Al niño **Martín Maragliano Muñoz**, Hijo de Felipe \$100.000.000; doña **Rosa Saldaño Trincado**, madre de Felipe \$100.000.000; Don **José Maragliano Chacón**, padre de Felipe \$100.000.000; Doña **Sara Maragliano Saldaño**, hermana de Felipe \$70.000.000; Doña **Elizabeth Muñoz Saavedra**, conviviente de Felipe \$100.000.000.

Por todo ello, y por las normas legales que invoca, solicita se tenga por interpuesta demanda de indemnización de daños y perjuicios por falta de servicio, en contra del **Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse**, representado legalmente por su Director, Sr. Julio Felipe Montt Vidal, ya individualizados en autos, y contra el **Hospital Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica Doctor Enrique Laval**, más conocido como Instituto Nacional del Tórax, representado legalmente por su Director Sr. Pablo Leonel Gacitúa Cortez, ya individualizados, darle tramitación en juicio ordinario, y en definitiva acogerla en todas sus partes y se declare:

I.- Que se acoge la demanda deducida en lo principal

II.- Que se condena a los hospitales demandados a pagar por concepto de lucro cesante:

A doña Elizabeth Muñoz Saavedra en conjunto con su hijo Martín Maragliano Muñoz, la suma total de \$ 144.697.464

A don José Antonio Maragliano Chacón, padre de Felipe, la suma total de \$13.106.150.

III.- Que se condena a los hospitales demandados a pagar por concepto de daño emergente a don José Antonio Maragliano Chacón, padre de Felipe, la suma total de \$1.100.000.



«RIT»

Foja: 1

IV.- Que se condena a los hospitales demandados a pagar por concepto de daño moral:

a.- Al niño Martín Maragliano Muñoz, hijo de Felipe Maragliano Saldaño, la suma total de cien millones de pesos (\$ 100.000.000), como indemnización por el daño moral inferido por la falta de servicios cometida.

b.- A Doña Rosa Saldaño Trincado, madre de Felipe Maragliano Saldaño, la suma total de cien millones de pesos (\$ 100.000.000), como indemnización por el daño moral inferido por la falta de servicios cometida.

c.- A Don José Antonio Maragliano Chacón, padre de Felipe Maragliano Saldaño, la suma total de cien millones de pesos (\$ 100.000.000), como indemnización por el daño moral inferido por la falta de servicios cometida.

d.- A Doña Sara Maragliano Saldaño, hermana de Felipe Maragliano Saldaño, la suma total de setenta millones de pesos (\$70.000.000), como indemnización por el daño moral inferido por la falta de servicios cometida.

e.- A Doña Elizabeth Muñoz Saavedra, conviviente de Felipe Maragliano Saldaño, la suma total de cien millones de pesos (\$ 100.000.000), como indemnización por el daño moral inferido por la falta de servicios cometida.

IV.- Que las sumas establecidas anteriormente sean pagadas con intereses y reajustes desde el día en que las sumas de las faltas de servicios causaron la muerte a Felipe Maragliano Saldaño, causando los daños que en esta demanda se reclaman.

V.- Que se condena en forma expresa a pagar las costas del juicio.

Al otrosí de presentación de fecha 12 de octubre de 2017, folio 4, la parte demandante corrigió la demanda en dos aspectos:

En relación al daño moral, sustituye la palabra “patrimoniales” por la palabra “aflicciones” .



«RIT»

Foja: 1

En relación al lucro cesante, sustituye la frase “...contados desde abril de 2016, en virtud que el mes de marzo percibe una suma total ascendiente a 17 meses de trabajo, ...” , por la frase “... corresponde a 17 meses de trabajo contados desde abril de 2016, en virtud que el mes de marzo percibe una suma total ascendiente a \$2.004.025, debido al término laboral por “MUTUO ACUERDO DE LAS PARTES” ...” .

Consta en el proceso, que con fecha 15 de noviembre del año 2017, folio 10, se notificó en forma personal subsidiaria a don Pablo Leonel Gacitúa Cortez, en representación del demandado Instituto Nacional del Tórax, en el domicilio de calle José Manuel Infante N° 717, comuna de Providencia, diligencia efectuada por el receptor judicial don Enrique Bosco Rojas.

Consta en el proceso, que con fecha 15 de noviembre del año 2017, folio 11, se notificó en forma personal subsidiaria a don Julio Montt Vidal, en representación del demandado Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, en el domicilio de Avenida Las Torres N° 5150, comuna de Peñalolén, diligencia efectuada por el receptor judicial don Enrique Bosco Rojas.

Mediante presentación de fecha 22 de diciembre del año 2017, folio 22, la parte demandante subsana la demanda en conformidad a la interlocutoria que acogió las dilatorias opuestas por los demandados, de la siguiente manera:

Aclara en primer término quienes son las personas que demandan: 1.- Don **JOSÉ ANTONIO MARAGLIANO CHACÓN**, cédula de identidad N° 9.805.720-k, chileno, casado, cesante, Padre de Felipe Florencio Maragliano Saldaño; 2.- Doña **ROSA ELVIRA SALDAÑO TRINCADO**, cédula de identidad N° 8.752.120-6, chilena, casada, labores domésticas, Madre de Felipe Florencio Maragliano Saldaño; 3.- Doña **SARA ESTER MARAGLIANO SALDAÑO**, cédula de identidad N° 15.464.809-7, chilena, soltera, estudiante, Hermana de Felipe



«RIT»

Foja: 1

Florencio Maragliano Saldaño; 4.- Don **MARTÍN FELIPE MARAGLIANO MUÑOZ**, cédula de Identidad N° 22.389.022-9, chileno, estudiante, menor de edad; Hijo de Felipe Florencio Maragliano Saldaño; 5.- Doña **ELIZABETH IVONNE MUÑOZ SAAVEDRA**, cédula de Identidad N° 17.417.329-k, chilena, trabajadora en servicio de restaurant, soltera, conviviente de Felipe Florencio Maragliano Saldaño, todos domiciliados para estos en calle Coquimbo N° 1.136, de la Comuna de Santiago: ii) Qué demanda cada uno de los demandantes: 1.- Don José Antonio Maragliano Chacón, padre de Felipe Florencio Maragliano Saldaño:

a) Demanda que se condene a los Hospitales demandados, a pagarle por concepto de indemnización por **LUCRO CESANTE**, la suma total de **\$13.106.150.-** (trece millones ciento seis mil ciento cincuenta pesos), por el daño patrimonial que habría sufrido al perder su fuente laboral, en marzo del año 2016, en virtud que el daño psicológico producido a consecuencia de la muerte de su hijo Felipe Maragliano Saldaño y los hechos que la habrían propiciado, no le habrían permitido seguir desarrollando en forma normal y segura, el único trabajo para el cual se encontraba calificado.

Don José Maragliano Chacón se habría desempeñado como chófer de bus de transporte público, en la empresa BUSES METROPOLITANA S.A., y habría recibido un sueldo mensual de \$975.145, el mes de febrero del año 2016 y que si bien habrían mantenido su trabajo por un poco más de dos años después de acontecidos los hechos latamente expuestos en la demanda, lo cierto sería que sus reiteradas licencias médicas daban cuenta que su deprimida situación psicológica, no le habría permitido desarrollar su trabajo en forma normal y segura, situación que lejos de encontrar acogida por parte de los organismos del Estado, se habría visto enfrentada a cuestionamientos del Compin, debiendo en dichas condiciones ponerse término a su contrato de trabajo, de común acuerdo con su empleador, por resultar



«RIT»

Foja: 1

un sujeto de riesgo para sí mismo, para los pasajeros que transportaba, así como el resto de automovilistas y peatones, al no contar con la necesaria concentración y tranquilidad psicológica, que requiere un trabajo de chofer de transporte público, perdiendo de esta forma su fuente laboral y los ingresos que esta le reportaban.

Los cálculos para arribar a dicha cifra los realiza tomando el valor del último sueldo imponible, esto es **\$975.145**, correspondiente al mes de febrero del año 2016, menos los descuentos estrictamente legales por la suma de \$204.195, multiplicado por 17 meses, contados desde abril de 2016, ascendiendo el daño por lucro cesante a la suma por **\$13.106.150** (trece millones ciento seis mil ciento cincuenta pesos).

b) Demanda que se condene a los Hospitales demandados, a pagarle por concepto de indemnización por **DAÑO EMERGENTE**, la suma total de **\$1.100.000.-** (un millón cien mil pesos) correspondiente al gasto de los servicios funerarios en que habría incurrido, debido a la muerte de su hijo Felipe.

c) Y demanda que se condene a los Hospitales demandados, a pagarle por Concepto de indemnización por **DAÑO MORAL**, la suma total de **\$100.000.000.-** (cien millones de pesos) por los daños morales latamente expuestos en el cuerpo de la demanda y que habría sufrido a consecuencia de la muerte de su hijo Felipe Maragliano Saldaño y la forma en que aquella se habría producido.

2.- Doña **ROSA ELVIRA SALDAÑO TRINCADO**, Madre de Felipe Florencio Maragliano Saldaño: Demanda que se condene a los Hospitales demandados a pagarle por concepto de indemnización por **DAÑO MORAL**, la suma total de **\$100.000.000** (cien millones de pesos) por los daños morales latamente expuestos en el cuerpo de la demanda y que habría sufrido a consecuencia de la muerte de su hijo Felipe Maragliano Saldaño y la forma en que aquella se habría producido.



«RIT»

Foja: 1

3.- Doña **SARA ESTER MARAGLIANO SALDAÑO**, hermana de Felipe Florencio Maragliano Saldaño: demanda que se condene a los Hospitales demandados a pagarle por concepto de indemnización por **DAÑO MORAL**, la suma total de **\$70.000.000** (setenta millones de pesos) por los daños morales latamente expuestos en el cuerpo de la demanda y que habría sufrido a consecuencia de la muerte de su hermano Felipe Maragliano Saldaño y la forma en que aquella se habría producido.

4.- Don **MARTÍN FELIPE MARAGLIANO MUÑOZ**, hijo de Felipe Florencio Maragliano Saldaño: demanda que se condene a los Hospitales demandados a pagarle por concepto de indemnización por **DAÑO MORAL**, la suma total de **\$100.000.000** (cien millones de pesos) por los daños morales latamente expuestos en el cuerpo de la demanda y que habría sufrido a consecuencia de la muerte de su Padre Felipe Maragliano Saldaño y la forma en que aquella se produce.

5.- Doña **ELIZABETH IVONNE MUÑOZ SAAVEDRA**, conviviente de Felipe Florencio Maragliano Saldaño: demanda que se condene a los Hospitales demandados a pagarle por concepto de indemnización por **DAÑO MORAL**, la suma total de **\$100.000.000** (cien millones de pesos) por los daños morales latamente expuestos en el cuerpo de la demanda y que habría sufrido a consecuencia de la muerte de su hijo Felipe Maragliano Saldaño y la forma en que aquella se habría producido.

6.- Doña **ELIZABETH IVONNE MUÑOZ SAAVEDRA** y don **MARTÍN FELIPE MARAGLIANO MUÑOZ**, conviviente e hijo respectivamente de Felipe Florencio Maragliano Saldaño: demandan que se condene a los Hospitales demandados a pagarles por concepto de indemnización por **LUCRO CESANTE**, la suma total de **\$144.697.464.-** (ciento cuarenta y cuatro millones seiscientos noventa



«RIT»

Foja: 1

y siete mil cuatrocientos sesenta y cuatro pesos) por el daño patrimonial causado como consecuencia de la muerte de Felipe, quien habría constituido la principal fuente de ingresos de estos demandantes, cubriendo todas y cada una de sus necesidades, con la remuneración mensual que obtenía como empleado de la empresa Constructora MACC Ltda. Arribaría a dicho monto, tomando como base de cálculo el sueldo que Felipe Maragliano Saldaño habría percibido, el que habría ascendido en el mes de septiembre a una remuneración imponible por la suma de \$391.125.-, menos los descuentos estrictamente legales por la suma de \$ 73.806.-, obteniendo la suma líquida a pagar de **\$317.319.-**, y teniendo en consideración que falleció a la edad de 27 años, quedándole a lo menos de vida laboral aproximadamente 38 años, por los cuales habría obtenido, con la base de cálculo establecida, por concepto de remuneraciones a lo menos la suma de **\$144.697.464.-** que es lo demandado por estos demandantes.

7.- Todos los demandantes, además demandan:

Que las sumas establecidas anteriormente sean pagadas por los demandados con intereses y reajustes desde el día en que el cúmulo de las faltas de servicios habrían causado la muerte a Felipe Maragliano Saldaño, y que se condene en forma expresa a los demandados a pagar las costas del juicio.

8.- Finalmente los demandantes, al demandar que se condene a ambos hospitales a pagar la suma total de cada una de las indemnizaciones demandadas, demandan que el Hospital Luis Tisné B. y el Instituto Nacional del Tórax, sean condenados solidariamente al pago de las indemnizaciones antes señaladas, porque a través de omisiones, prestaciones defectuosas, negligentes y tardías, de funcionarios sanitarios durante sus funciones, de ambos hospitales, habrían contribuido de igual forma al perjuicio producido a los demandantes, de tal forma que se trataría de una responsabilidad solidaria, porque ambos concurrirían a la producción conjunta de un



«RIT»

Foja: 1

mismo daño, debiendo en esas circunstancias la obligación ser exigible a cualquiera de ellos.

Lo anterior en virtud y amparado en el artículo 2317 del Código Civil que dispondría:

“Si un delito o cuasidelito ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o cuasidelito, salvo las excepciones de los artículos 2323 y 2328.

Todo fraude o dolo cometido por dos o más personas produce la acción solidaria del precedente inciso” .

Sobre la norma citada, habría señalado la doctrina que *“Lo característico en estos casos es que el hecho tiene una orientación final que es compartida, de diferentes maneras por quienes intervienen en su ejecución (...) Pero también puede haber coparticipación en un mismo hecho sin concertación de voluntad o propósitos, si simultáneamente concurren dos hechos negligentes en la comisión del daño, como ocurre frecuentemente en accidentes de tránsito. La ley establece una regla de solidaridad para estos casos en que los diversos hechos culpables pueden ser calificados como “un mismo hecho” (artículo 2317)” .* (Enrique Barros Bourie. Tratado de Responsabilidad Extracontractual. Editorial Jurídica de Chile. Año 2013, pág. 422).

Con fecha 29 de enero de 2018, folio 30, comparece don Esteban Pino Lizana, abogado, por el demandado, **HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE LUIS TISNE BROUSSE**, y procede a contestar la demanda intentada en contra de su representado, solicitando su total rechazo.

Estima que la demanda y su rectificación, se encuentra referida a los siguientes hechos y pretensiones:



«RIT»

Foja: 1

A) Demandantes: Sr. José Antonio Maragliano Chacón, señoras: Rosa Elvira Saldaño Trincado, Sara Ester Maragliano Saldaño y Elizabeth Ivonne Muñoz Saavedra y el menor Martín Felipe Maragliano Muñoz.

B) Demandados: El Instituto Nacional del Tórax -en adelante también llamado "INT" o "el Instituto"-, y su representado el Hospital Santiago Oriente Luis Tisné Brousse -en adelante también llamado "HSO" o "Hospital Luis Tisné"

C) Acción ejercida: Del texto de la demanda se intenta una acción de indemnización de perjuicios por responsabilidad Sanitaria de los Órganos del Estado, prevista en los artículos 38 y siguientes de la Ley 19.966 y en la Ley 18.575 Orgánica constitucional sobre Bases Generales de la Administración del Estado, la que se hace consistir respecto a el HSO en una atención negligente en el Servicio de Urgencia los días 14 y 15 de noviembre, lo que habría dilatado innecesariamente la realización de una cirugía que tenía indicada y causa la muerte del Sr. Felipe Maragliano.

D) Cosa pedida: Es que se declare que los demandados se encuentran obligados a indemnizar los perjuicios que los demandantes alegan haber sufrido, y en consecuencia solicita que se declare "I.- Que se acoge la demanda deducida en lo principal. II Que se condena a los hospitales demandados a pagar por concepto de LUCRO CESANTE: A doña Elizabeth Muñoz Saavedra en conjunto con su hijo Martín Maragliano Muñoz, la suma total de \$144.697.464. A don José Antonio Maragliano Chacón, padre de Felipe, la suma total de \$13.106.150.- III.- Que se condena a los hospitales demandados a pagar por concepto de DAÑO EMERGENTE A don José Antonio Maragliano Chacón, padre de Felipe la suma total de \$1.100.000. IV.-Que se condena a los hospitales demandados a pagar por concepto de DAÑO MORAL: a.-AI niño Martin Maragliano Muñoz, hijo de Felipe Maragliano Saldaño, la suma total de cien millones de pesos (\$100,000,000). b.- A



«RIT»

Foja: 1

doña Rosa Saldaño Trincado, madre de Felipe Maragliano Saldaño, la suma total de cien millones de pesos (\$100.000.000). c.- A don José Antonio Maragliano Chacón, padre de Felipe Maragliano Saldaño, la suma total de cien millones de pesos (\$100.000.000). d.- A doña Sara Maragliano Saldaño, hermana de Felipe Maragliano Saldaño, la suma total de setenta millones de pesos (\$70.000.000). e.- A doña Elizabeth Muñoz Saavedra, conviviente de Felipe Maragliano Saladaño, la suma total de cien millones de pesos (\$100.000.000). IV.- Que las sumas establecidas anteriormente deberán pagarse con intereses y reajustes desde el día en que la suma de las faltas de servicios causaron la muerte de Felipe Maragliano Saldaño. V.- Que se condene en forma expresa a pagar las costas del juicio."

Daños reclamados; Corresponde a los siguientes ítems indemnizatorios: Daño Moral, el cual es solicitado por todos los demandantes, y que se sostiene, en atención a lo siguiente "...la muerte de Felipe injusta y dolorosa, ha hecho más gravosa la angustia, dolor, aflicción, pena, desconsuelo, ansiedad, llanto, trastornos del sueño, irritabilidad, pérdida de energía, cansancio, fatiga, dificultades de concentración, que las propias de quien pierde un ser querido como lo es un hijo, hermano, padre o pareja...". Lucro Cesante, el cual es demandado por parte del menor Martin Maragliano Muñoz y por doña Elizabeth Muñoz, quienes lo sustentan en atención a lo siguiente "...la utilidad que habría aportado a su familia el jefe de hogar en su vida productiva, si no hubiere ocurrido el hecho dañoso, tomando en consideración, que Felipe al momento de su fallecimiento constituía la principal fuente de ingresos del grupo familiar, quien cubría además, todas y cada una de las necesidades de su familia con la remuneración mensual que obtenía como empleado...se ha tenido como base para la evaluación del lucro cesante el sueldo que este percibía, el que ascendía en el mes de septiembre a una remuneración imponible por la suma de \$391.125, menos los descuentos estrictamente legales por la suma de \$73.806.-



«RIT»

Foja: 1

obteniendo liquido la suma de \$317.319.-, y teniendo en consideración que Felipe falleció a la edad de 27 años quedándole a lo menos de vida laboral aproximadamente 38 años, por los cuales obtendría, con la base de cálculo establecida, como remuneraciones a lo menos por la suma de \$144.697.464.-" También demanda por este concepto el Sr. José Maragliano Chacón, y lo sostiene en lo siguiente "...el daño patrimonial que sufre al perder su fuente laboral, en marzo del año 2016, en virtud que el daño psicológico producido a consecuencia de la muerte de su hijo Felipe Maragliano Saldaño y los hecho que la propiciaron, no le permitieron seguir desarrollando en forma normal y segura, el único trabajo para el cual se encontraba calificado...los cálculos para arribar a dicha cifra se realiza tomando el valor del ultimo sueldo imponible, esto es \$975.145, correspondiente al mes de febrero del año 2016, menos los descuentos estrictamente legales por la suma de \$204.195, multiplicado por 17 meses, contados desde abril del 2016, ascendiendo el daño por lucro cesante a la suma por \$13.106.150 (trece millones ciento seis mil ciento cincuenta pesos)"

Daño emergente, solamente demandado por el Sr. José Maragliano Chacón, por la suma \$1.100.000 (un millón cien mil pesos), consistente en "...gasto de los servicios funerarios en que incurrió, debido a la muerte de su hijo Felipe".

En cuanto a los hechos antes referidos, destaca lo que denomina una serie de desaciertos que contendría el libelo de demanda en cuanto a la descripción de los hechos sometidos al conocimiento del Tribunal; luego aclara y precisa la real connotación de las atenciones médicas que se habrían prestado al Sr. Felipe Maragliano Saldaño -en adelante también llamado el paciente- en las dependencias del Hospital Luis Tisné. En concreto:

1° El Sr. Felipe Maragliano Saldaño, a la sazón de 27 años de edad, habría ingresado el día 14 de noviembre de 2013, al servicio de urgencia del HSO, siendo



«RIT»

Foja: 1

inmediatamente evaluado por enfermero, para su correspondiente categorización dentro de la urgencia, en este contexto sería donde el paciente señaló como motivo de consulta tos hace un mes, dolor torácico hace tres semanas, se le habrían medido signos vitales los cuales se habrían encontrado dentro de rangos normales (Pulso: 124, Presión Arterial 105/76, Frecuencia Respiratoria 18), lúcido, afebril.

Posteriormente, habría sido evaluado por el médico de urgencias, Dr. Tomas Selman Hasbun, a quien el paciente habría dado cuenta de sus antecedentes médicos, señalando que era portador de una válvula aórtica bicúspide, con estenosis moderada a leve, lo cual implicaría que el flujo de la sangre al corazón va en disminución, en espera de cirugía, sin tratamiento médico actualmente. Siendo el motivo relevante de consulta un cuadro de tos seca en ascenso de aproximadamente un mes de evolución, sensación febril no cuantificada, en tratamiento con múltiples jarabes y descongestionantes. Al examen físico él Dr. Selman, habría encontrado un paciente en buenas condiciones generales, bien hidratado, soplo sistólico, levemente taquicárdico, crépitos bibasales. En atención a las referencias de las cardiopatías hechas por el paciente, se le habrían practicado dos electrocardiogramas y una radiografía de tórax, los que no habrían demostrado alteraciones relevantes desde el punto de vista cardiológico. Además, habría sido evaluado por la internista de turno, Dra. Teresita Cleger González, quien habría indicado presentar el caso al Dr. Moisés Sued, especialista en cardiología quien prestaría servicios en horario hábil, conforme a lo anterior se habría llegado a un acuerdo con el Sr. Maragliano, indicándole el alta, con el compromiso de presentarse en urgencia en la mañana del 15 de noviembre del 2013, para objeto de ser atendido por el especialista en cardiología.

Así las cosas, a las 2:51 horas del día 15 de noviembre del 2013, el paciente se habría podido dirigir a su domicilio, con el compromiso de volver a la mañana



«RIT»

Foja: 1

siguiente para realización de un ecocardiograma y la evaluación del Dr. Sued, y con las indicaciones de: Reposo relativo, semisentado; régimen liviano y control en urgencia en caso de compromiso de salud.

En este orden de ideas, refiere que el día 15 de noviembre de 2013, y en concordancia con lo acordado en la madrugada de ese día, el paciente volvió al servicio de urgencia, el registro de signos vitales continuaba normal, el medico de urgencia que esta vez lo atiende habría sido la Dra. Dannette Guíñez, luego de realizar la correspondiente anamnesis -en el que el paciente aportó nuevos antecedentes como hipertensión arterial y diabetes- la profesional efectuó la orden para la realización del ecocardiograma solicitado y la interconsulta con cardiólogo, tal como se había programado la madrugada anterior.

De esta forma, el Dr. Sued, le habría realizado el ecocardiograma en el cual se comentaría "FEVI deteriorada. HVI. Estenosis aórtica moderada a severa. Sin arritmia durante el examen. Evidencias de disfunción diastólica. Derrame pericárdico. Dilación de la raíz aórtica (Marfan?)", conforme con lo anterior, le indicó interconsulta en el INT con el Dr. Tanner, y se dejó como plan de manejo el siguiente: espironolactona 25 mg. al día atenolon 50 mg V2 comprimido cada 12 horas, losartan 50 mg al día, berodual 2 puff cada 6 horas y control SOS en caso de deterioro de la salud.

Con lo evidenciado a través de los exámenes, y un paciente en buenas condiciones generales, se le otorgó el alta en la tarde del mismo 15 de noviembre.

Ahora bien, indica que pasadas las 22:00 del mismo 15 de noviembre de 2013, el paciente se habría presentado en el Servicio de Urgencia del HSO, con antecedentes relevantes, puesto que en su hogar había presentado dos episodios de desmayo, en virtud de esto y con los antecedentes cardiacos que tenía, se dispone de inmediato



«RIT»

Foja: 1

su hospitalización, puesto que un paciente con cardiopatías que registre síncope requiere otras medidas de cuidado, como sería la hospitalización.

Al ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivos del hospital Luis Tisné, se le habrían prestado los cuidados necesarios para el shock cardiogénico que cursaba, y a la par se habría gestionado una cama UCI en el INT, lugar capacitado y de mayor complejidad para las patologías cardiogénicas como la que tenía el paciente, en este contexto y ante lo que denomina una “buena gestión de camas del HSO”, se habría podido derivar al paciente alrededor de las 18:50 horas del 16 de noviembre de 2013 al INT, pero cree preciso señalar que las condiciones que presentaban ya en esa etapa eran desalentadoras.

Finalmente, desmiente categóricamente que el Sr. Maragliano durante los días que se controló en el HSO, haya presentado un infarto agudo al miocardio, como se sostendría en el libelo pretensor, puesto que de lo objetivado por los exámenes y lo evaluado por los médicos, este evento jamás habría ocurrido, estimando imposible determinar de donde se sacó esta información, la que a todas luces sería errada, y prestaría a confusión, por lo cual estima sería tarea de los actores demostrar la ocurrencia de este evento.

De lo expuesto, refuta todas y cada una de las alegaciones que se formulan en el libelo de demanda para intentar dar sustento a la supuesta responsabilidad reclamada respecto de su representado, pudiendo aseverar con convicción que, en los hechos sometidos al conocimiento del tribunal, no existiría falta de servicio alguna posible de imputar al Hospital Luis Tisné.

Sostiene que, analizando los elementos que debieran concurrir para la existencia de la responsabilidad demandada en autos, se tendría que ellos no concurrirían bajo perspectiva alguna en los hechos sometidos al conocimiento del tribunal. A saber:



«RIT»

Foja: 1

1) En cuanto a la existencia de una falta de servicio por una inadecuada o incorrecta prestación del mismo; Conforme con lo expuesto precedentemente, piensa que sería insostenible la existencia de una falta de servicio por parte de su representado en las atenciones que brindó al paciente, requisito esencial para establecer una condena de responsabilidad indemnizatoria, toda vez que:

- El HSO puso a disposición del paciente, todos los profesionales del área de la salud, que este requería de acuerdo a la sintomatología que él mismo señalaba, en cada una de las ocasiones que consultó al servicio de urgencia, señalándole el plan de manejo adecuado y oportuno, solo cuando su condición varió sustancialmente, se le indicó la hospitalización, y consiguiente traslado a la institución de referencia de cuadros cardíacos, como es el INT.

- Todos y cada uno de los profesionales médicos que atendieron al Sr. Maragliano contarían con una sólida acreditación, constatada tanto por el mérito de las certificaciones que darían cuenta de su formación profesional, como por el respaldo que les otorga su trayectoria curricular

- De lo referido precedentemente, se constataría que el HSO efectivamente prestó el servicio al que se encontraba obligado y que dicho servicio se prestó oportunamente y diligentemente, que no resultaría dable imputarle el no otorgamiento de una atención médica de calidad, ya que todas las conductas médicas desplegadas resultarían acordes con el motivo de consulta y la condición clínica que el paciente habría presentado, y que en concreto en las atenciones del 14 y mañana del 15 de noviembre del 2013, corresponderían a un cuadro del todo inespecífico, más probablemente de origen respiratorio que cardiológico. En dicho orden de ideas, cree que se puede sostener que falta de servicio reclamada en la demanda, sólo importaría considerar la posibilidad de un actuar culposo del Hospital Luis Tisne, siendo equivalente dicho término a la llamada "culpa de la



«RIT»

Foja: 1

Administración", por lo que sólo se podría concluir que la responsabilidad del HSO, no tiene, bajo ningún respecto, el carácter de objetiva, pues se incorporarían criterios subjetivos para determinarla, lo que en palabras de los propios demandantes, se traducirían en la supuesta negligente prestación de los servicios médicos otorgados al paciente.

Finalmente, en este punto destaca que conforme con lo dispuesto en el artículo 38 de la Ley 19.996, texto legal que establecería el régimen jurídico de la responsabilidad que se demanda en autos, recaería en los demandantes la carga de acreditar la falta de servicio reclamada, debiendo demostrar la existencia de la culpa o negligencia que imputa a su representado y al codemandado.

Piensa que, en el análisis de responsabilidad que el tribunal debería efectuar habría de ponderar la falta de servicio en relación directa con la repartición pública implicada, es decir, debería tenerse en consideración aspectos tales como la realidad concreta del organismo, sus funciones, sus medios, la posibilidad cierta de su actuación, su nivel de desarrollo e incluso la realidad de la medicina nacional. Así las cosas, al momento de determinar si habría existido o no la falta de servicio reclamada en la demanda, sólo se debería evaluar la actividad del servicio concreto que se trata, con todas y cada una de sus circunstancias.

2) En cuanto al nexo de causalidad alegado por el demandante: Conforme a los planteamientos precedentes, cree que resultaría absolutamente fútil e innecesario entrar a discutir y/o analizar la existencia de un nexo de causalidad relevante desde el punto de vista jurídico, para sustentar una obligación indemnizatoria de su representado para con los demandantes. Esta aseveración sería consecuencia manifiesta del hecho que al no existir la falta de servicio que se reclama en la demanda, por haberse prestado debidamente las acciones de salud que requería el paciente, su potencial de causalidad respecto del posible daño



«RIT»

Foja: 1

alegado en la demanda, sería indiferente al Derecho, pues de existir este daño sólo sería imputable a eventos completamente ajenos a la esfera del actuar de su representado.

Estima útil recordar en este punto lo establecido en el inciso segundo del artículo 41 de la Ley 19.966 que establece que no serán indemnizables los daños que se deriven de hechos que no son posibles de prever o evitar de acuerdo al conocimiento de la ciencia o técnica medica existente al momento de los hechos.

3) En cuanto al daño reclamado; Niega de manera expresa la existencia de todo daño, que se reclama en la demanda, estimando que sería carga de los demandantes demostrar que los daños reclamados, serían consecuencia del actuar de los demandados.

Sin perjuicio de lo anterior, en cuanto al lucro cesante solicitado por los actores: Elizabeth Muñoz Saavedra y Martín Maragliano Muñoz, especialmente solicita su rechazo, toda vez que el lucro cesante diría relación con la perdida efectiva de una ganancia legitima, en este orden de ideas lo que ellos reclaman, sería la hipotética situación de seguir recibiendo el sueldo del paciente por 38 años, lo que sin lugar a dudas es una mera eventualidad, ya que nada aseguraría que el Sr. Maragliano iba a trabajar, interrumpidamente, todo el tiempo que esta contabilizado para el cálculo. Y aún más eventual resultaría ser que la Srta. Muñoz, hubiese estado legitimada para recibir la mitad de lo demandado por dicho concepto, sin título alguno, al efecto. Finalmente, y más especulativo resultaría el lucro cesante demandado por el Sr. José Maragliano Chacón, toda vez que estaría absolutamente distanciado del tiempo y espacio de los hechos, puesto que la muerte del paciente ocurrió en noviembre del 2013, y según el propio texto de la demanda y sus diferentes enmiendas el actor dejó de trabajar recién en marzo de 2016, por lo cual sería imposible vincular ambos hechos en tiempo y espacio, y sobre todo que también



«RIT»

Foja: 1

reconocerían que el vínculo laboral termino de común acuerdo con su empleador.

Así las cosas, sería indiscutible lo improcedente del lucro cesante demandado por el actor José Maragliano Chacón.

Concluye que, la responsabilidad que se pretendería imputar a su representado, en la que se fundaría la petición de reparación de daños de los demandantes, carecería, en su opinión, de todo sustento fáctico-jurídico, pues en la especie no concurrirían bajo prisma alguno los requisitos esenciales y copulativos que harían nacer la obligación de indemnizar. Por ende, cree que la demanda necesariamente debería ser rechazada, por cuanto no cabría condenar a una persona por la ocurrencia de hechos que escaparían absolutamente a su control, todo con expresa condena en costas.

De acuerdo con lo expuesto precedentemente, no cabría lugar a dudas que rechaza absolutamente la procedencia que se le condene a pagar indemnización pecuniaria alguna; pero no obstante lo anterior y para el evento improbable que el tribunal estimase dar lugar a la pretensión intentada, estima necesario precisar que conforme con el texto expreso de la demanda, resultaría claro que la pretensión de la contraria, y por ende la naturaleza de este procedimiento, sería de carácter declarativo y consecuentemente de condena, de manera tal que en el improbable evento que la sentencia definitiva declarara la existencia de la obligación de los demandados de indemnizar a los actores, bajo ninguna perspectiva jurídica tal obligación de dar una suma de dinero podría reajustarse desde una época anterior a su nacimiento, como sería en el caso "...desde el día en que la suma de las faltas de servicios causaron la muerte a Felipe Maragliano Saldaño..." según se indicaría en el petitorio del libelo pretensor, pues sería claro e irrefutable que la obligación sólo existiría y sería exigible cuando la sentencia de término quede firme y ejecutoriada.



«RIT»

Foja: 1

Lo anterior, ciertamente impone desde ya el total y absoluto rechazo de los reajustes solicitados en la demanda.

Por todo ello, pide se tenga por contestada la demanda y solicita su absoluto rechazo, en todas sus partes.

Compareció con fecha 29 de enero de 2018, folio 31, doña Claudia Huerta Díaz, abogado, por el demandado, **INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX**, y contesta la demanda solicitando su rechazo íntegro y total, con expresa condenación en costas.

En primer lugar, realiza el mismo examen de la demanda que efectuó su codemandada, Hospital Luis Tisné Brousse, en el sentido de señalar quienes serían los actores, quienes serían los demandados; la acción ejercida en su contra y su naturaleza; los hechos en que consistiría la falta de servicio que se imputa a las demandadas; "faltas de servicio" que, respectivamente, se imputan a cada uno de los demandados, en especial, sostiene que a su respecto se imputarían 3 circunstancias concretas de falta de servicio: i) Presunta omisión del servicio debido: De acuerdo con lo expuesto en los puntos 1 a 4 del capítulo denominado "Falta de Servicio respecto del Instituto Nacional del Tórax", estima que sería posible colegir que lo reclamado sería una supuesta denegación de atención o falta de prestación del servicio al que INT se habría encontrado obligado, en razón a que supuestamente 1) "...no prestar la atención médica oportuna y adecuada para evaluar a Felipe... cuando ello fue solicitada el día 5 de noviembre de 2013...", 2) "...cuando suspendió la hora otorgada para el 8 de noviembre de 2013 y no la reprograma...", 3) "...cuando una enfermera en forma telefónica informa, sin haber evaluado al paciente, que sus condiciones de salud no tenía raíz cardiológica, dando por cierto una diagnóstico sin fundamento no revisión del paciente..." y 4) "...el personal sanitario de este hospital, se desentiende de un paciente, con Cardiopatías



«RIT»

Foja: 1

Congénitas... derivándolo a un recinto de menor complejidad"; ii) Presunto otorgamiento deficiente o negligente del servicio debido: En los puntos 5 a 7, 10 y 11 del mismo capítulo "Falta de Servicio respecto del Instituto Nacional del Tórax", encontraría que los cuestionamientos efectuados directamente atacan a los servicios médicos otorgados al paciente desde su ingreso al INT, con fecha 16 de noviembre de 2013, los que en general se califican de negligente y/o tardíos, y en particular se invocarían los siguientes hechos: 1) el supuestamente "...haber funcionado en forma tardía el día 16 de noviembre de 2013, cuando Felipe es trasladado desde el Hospital Dr. Luis Tisné B. y no se le presta la asistencia ventricular y/o cirugía de urgencia... por encontrarse en riesgo vital... llamando a un médico solo 10 horas después..." 2) por presuntamente "...haber mantenido a Felipe Maragliano Saldaño desde su ingreso al INT, solo con terapia farmacológica, sin haber dispuesto en forma paralela y oportuna de la intervención quirúrgico de urgencia inmediata al momento del ingreso... no haber dispuesto tampoco la valvuplastia de balón recomendada en paciente con un muy alto riesgo quirúrgico..." 3) al supuestamente "...no disponer en la UCI del personal médico adecuado para evaluar en forma oportuna a un paciente con compromiso cardiovascular grave, al punto de que solo 11 horas después del ingreso de Felipe a la UCI del INT, en que evolucionó críticamente, apareció un médico...", 4) por presuntamente "...comentar en reiteradas ocasiones a los demandantes que a Felipe probablemente se le amputaría una pierna y/o un brazo..." y, 5) por supuestamente "...no aplicar oportunamente en forma inmediata y antes que Felipe presentara falla renal y hepática, el "Flujograma de manejo del paciente con estenosis aórtica severa", contenido en la página 6 de la Guía Clínica Auge... ser sometido a cirugía..."; iii) Supuesto otorgamiento deficiente del servicio, en lo que dice relación con las fichas clínicas: La última línea de cuestionamientos que se formularían en contra del INT, y que la contraria califica



«RIT»

Foja: 1

como "falta de servicio" causante de los perjuicios cuya indemnización se pretende, corresponderían a los siguientes hechos: 1) el supuestamente "...no haber dispuesto de la ficha clínica de Felipe a su personal médico y sanitario. 2) el que supuestamente las copias de la ficha clínica que recibieron los demandantes, con posterioridad a la muerte del paciente, estaban incompletas; y 3) Un supuesto error en la fecha de ingreso del paciente al INT, consignado en su epicrisis.

e) Luego se refiere a la cosa pedida, o pretensiones concretas de los actores, reproduciéndolas, en lo pertinente.

Enseguida, la demandada se refiere al estatuto de responsabilidad por el que ha sido emplazada, planteando en idéntica forma sus argumentos a los que el demandado Hospital Luis Tisné Brousse hizo en su libelo de contestación.

Luego, refiere que, el INT habría sido creado oficialmente en el año 1954, para el tratamiento especializado de enfermedades respiratorias, y con el tiempo habría ido ampliando los servicios que otorgaba, llegando a ser actualmente, y también en el año 2013, el centro de referencia nacional para el manejo y tratamiento de las patologías cardioquirúrgicas y respiratorias más complejas.

Informa que, conforme al organigrama que se encontraría publicado en la página de internet de la Institución, claramente se apreciaría que el INT contaría con diversos servicios clínicos de atención a sus usuarios, tales como el Servicio de Medicina Respiratoria, el Servicio de Cirugía Cardiovascular, el Servicio de Cirugía Torácica, la Unidad de Paciente Crítico, Unidad de Cardiopatías Congénitas, etc., más no contaría con un Servicio de Urgencia, hecho que incluso sería reconocido en la página 6 de la demanda, donde se indicaría *"Necesario es señalar que el protocolo de ingreso de un paciente que derivado vía interconsulta al Instituto Nacional del Tórax, se realiza vía consultorio externo de dicho centro hospitalario,*



«RIT»

Foja: 1

el cual funciona de lunes a viernes, siendo su horario de atención el viernes de 08:30 a 16 hrs..."

Cree que, sería muy importante ilustrar al tribunal con respecto a las condiciones patológicas que se mencionarían en la demanda, y para tal efecto recurre a una breve descripción de cada una de ellas; a saber:

- **Válvula Aórtica Bicúspide:** Se trataría de una condición congénita, en la cual la válvula aórtica solo tiene 2 valvas, en lugar de 3 como es lo normal. Esta condición tiene importancia si consideramos que la válvula aórtica es la encargada de regular el flujo de sangre que pasa desde el corazón a la aorta; ya que cuando la válvula aórtica es bicúspide puede no ser completamente eficaz para detener el escape de sangre de nuevo hacia el corazón, lo que se denomina "regurgitación aórtica", y asimismo puede hacer que la válvula aórtica se vuelva rígida y no se abra lo suficiente, lo que se denomina "estenosis aórtica".

- **Estenosis de la válvula aórtica:** Como se habría adelantado en el punto anterior, esta condición significaría que la válvula aórtica no se abre completamente, lo que disminuye el flujo de sangre desde el corazón. Esta imposibilidad de apertura, muchas veces está dada por la acumulación de depósitos de calcio que estrechan la válvula.

- **Dilatación de la aorta ascendente:** Correspondería a una dilatación o ensanchamiento anormal de las paredes de la aorta ascendente, debido a una debilidad de la pared del vaso sanguíneo, el cual de romperse genera hemorragias mortales.

- **Shock cardiogénico:** Constituiría una emergencia y se caracteriza por tener su origen en diversas causas, ser de inicio agudo y evolución rápida, por un descenso del gasto cardíaco que puede acompañarse de vasoconstricción o



«RIT»

Foja: 1

vasodilatación e hipoperfusión tisular, en presencia de un volumen intravascular adecuado.

- Falla orgánica múltiple: Se describe como la falla progresiva y secuencial de múltiples órganos, cuyo origen puede estar en múltiples causas.

Luego analiza cada una de las hipótesis de falta de servicio que se le imputarían, refutándolas desde ya.

Parte refiriéndose a la supuesta omisión del servicio debido o falta de atención médica entre los días 5 y 8 de noviembre del 2013: En primer término, cree del caso señalar que en las fechas señaladas, el paciente jamás habría acudido a la Unidad de Cardiopatías Congénitas requiriendo atención de salud, pues si bien sería cierto, se controlaba anualmente en dicho servicio clínico, su último control se habría efectuado el 9 de julio del 2013, donde conforme con la evaluación clínica de especialidad efectuada y los diversos exámenes de control que se había practicado, se habría podido establecer que presentaba una dilatación de la aorta ascendente que tenía indicación quirúrgica, pero no de urgencia. Asimismo, se habría establecido que el paciente se encontraba asintomático de su estenosis de válvula aórtica bicúspide, con capacidad funcional 1, esto es, que no existían limitaciones de la actividad física.

Los únicos antecedentes de requerimiento de atención médica en las fechas señaladas que tendría su representado, se referirían a un par de llamadas telefónicas efectuadas por quien se identificó como la madre de Felipe Maragliano, manifestando que desde hacía un mes estaba con tos y se le notaba decaído. En atención a los síntomas referidos, los que serían del todo inespecíficos y más bien se vincularían a un cuadro de origen respiratorio y no valvular, en concordancia con el hecho que el INT no poseería Servicio de Urgencia, la indicación correcta y pertinente era precisamente que acudiera al Servicio de Urgencia más cercano a su



«RIT»

Foja: 1

domicilio, ya que las horas de atención en Unidad de Cardiopatías Congénitas se encontraban tomadas por otros pacientes con varios meses de antelación.

Afirma que, sin perjuicio de lo anterior, y con la intención de brindar el mejor servicio a un paciente institucional, una funcionaria de la Unidad de Cardiopatías Congénitas le habría informado a quien se identificó como la madre del paciente, que era posible efectuar un sobrecupo para el día 8 de noviembre de 2013, lo cual significaría que el Sr. Maragliano podría ser atendido entremedio de los otros pacientes o al término de las horas de policlínico. Ahora bien, por razones de fuerza mayor el médico que atendería dicho sobrecupo tuvo que suspender sus horas de atención del 8 de noviembre, razón por la cual se contactó por teléfono a don Felipe Maragliano, informándole lo anterior, y reiterándole que, si no se sentía bien, cualquiera fuera el origen de sus molestias, debía acudir prontamente al Servicio de Urgencia más cercano a su domicilio.

Opina que, los hechos antes expuestos, dejarían en clara evidencia que sería imposible configurar la falta de servicio reclamada por lo actores, pues en el análisis de responsabilidad que el tribunal debería efectuar sobre este punto, habría de ponderarse la eventual existencia de una falta de servicio en relación directa con la repartición pública implicada, es decir, debería tenerse en consideración aspectos tales como la realidad concreta del organismo, sus funciones, sus medios, la posibilidad cierta de su actuación, su nivel de desarrollo e incluso la realidad de medicina nacional. Así las cosas, cree que podría sostenerse que esta primera "falta de servicio" imputada al INT sería del todo inexistente, pues al carecer de un Servicio de Urgencia, al jamás haberse recibido un requerimiento de atención directo y personal del propio paciente, y más aún ante la referencia de un cuadro del todo inespecífico y de muy probable origen respiratorio y no valvular, lo



«RIT»

Foja: 1

prudente y correcto era indicarle la concurrencia al Servicio de Urgencia más cercano a su domicilio.

En cuanto al presunto otorgamiento deficiente o negligente del servicio debido desde el ingreso del paciente al INT hasta su fallecimiento: a este respecto, señala que la función pública que le correspondería cumplir al INT se vincula al ejercicio de la medicina, la que no sería una ciencia exacta, y, por ende, tanto quienes la profesan como las instituciones que otorgan prestaciones médicas solo contraen obligaciones de medios y jamás de resultado. Ratificación legal de esta idea, se encontraría en el inciso segundo del artículo 41 de la Ley N° 19.966, norma que precisamente excluye de indemnización a todo daño que derive de hechos o circunstancias que, conforme con el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes al momento de prestarse la atención de salud, sean imposibles de prever o evitar.

En dicho orden de ideas, señala que el día 16 de noviembre del 2013, don Felipe Maragliano Saldaño se habría encontrado hospitalizado en UCI del HSO, siendo derivado al INT, donde habría ingresado grave cerca de las 19:30 horas del día ya indicado. Afirma que, ninguno de los reproches que se formularían en la demanda con respecto a una presunta demora en la atención por médico cirujano o dilación en el ingreso a la Unidad de Pacientes Críticos de INT sería efectiva, por cuanto los registros clínicos del Sr. Felipe Maragliano (los cuales serían perfectamente conocidos por los actores según se indica en la demanda), darían clara cuenta que una vez efectuada la correspondiente entrega del paciente, ingresó de inmediato a la UCI, donde habría sido evaluado por el médico residente de turno, quien habría dispuesto todas las terapias de soporte, control y cuidado que la grave condición del paciente habría ameritado.



«RIT»

Foja: 1

Con respecto a la no realización de la intervención quirúrgica que se había indicado al Sr. Maragliano en el mes de Julio del 2013, indica que ello bajo ninguna circunstancia configuraría una falta de servicio del INT, toda vez que las condiciones de extrema gravedad con que el paciente ingresó (shock cardiogénico, mala perfusión distal, acidosis metabólica severa, hepatitis isquémica, hemodinámicamente inestable, falla prenatal, deterioro en la función del ventrículo izquierdo, etc.) habrían hecho imposible la ejecución de todo procedimiento quirúrgico destinado a tratar cualquiera de sus patologías de base, siendo importante establecer que la cirugía destinada a reparar la dilatación de aorta ascendente y la de reemplazo valvular serían intervenciones, que aun en paciente en las mejores condiciones, serían en extremo complejas y entrañarían grandes riesgos, razón por la cual no podrían practicarse en un paciente que está deteriorado y en tan mala condición como con la que habría ingresado Felipe Maragliano al INT.

Sostiene que, en el INT se habrían desplegado los mayores esfuerzos para intentar revertir la grave condición con que habría ingresado Felipe Maragliano, empleándose incluso terapias extraordinarias y de alta tecnología, como sería la instalación de ECMO (equipo para la oxigenación por membrana extracorpórea), lo que se habría practicado a las pocas horas de su ingreso. Lamentablemente, el paciente no habría presentado una buena respuesta a todas las terapias que se implementaron y cada vez se fue comprometiendo más, hasta que el 21 de noviembre del 2013 se constató su fallecimiento.

Finalmente, reseña que sería un hecho descrito por la literatura médica que un paciente en falla multiorgánica, que también recibe drogas vasoactivas y diversas terapias de soporte, se vería enfrentado al riesgo cierto de limitaciones en la irrigación de sus extremidades, lo que conllevaría a necrosis de las mismas, lo que algunas veces impone la necesidad de amputarlas. En tal sentido, reconoce el



«RIT»

Foja: 1

señalamiento a los parientes del paciente de la posibilidad de amputación del paciente, pero ello en el marco del cumplimiento del deber de informar sobre la probable evolución que puede presentar el paciente con las terapias implementadas.

Estima que, todo lo antes expuesto, sin lugar a dudas, desvirtuaría las imputaciones de falta de servicio que se harían en la demanda, por cuanto sería indudable que el INT habría otorgado diligentemente al paciente todas las terapias que su condición ameritaba, siendo su muerte en consecuencia un evento imposible de evitar con los conocimientos de la ciencia existentes al momento de brindar la atención de salud reprochada por los demandantes.

En cuanto al supuesto otorgamiento deficiente del servicio, en lo que dice relación con las fichas clínicas: dice que, los reproches que en este aspecto se formularían en la demanda no serían ciertos ni efectivos, y más aún bajo ninguna circunstancia serían la causa de la muerte del paciente por ende de los daños reclamados en la demanda, ya que si bien en la epicrisis existiría un error de transcripción de la fecha de ingreso del paciente, en el apartado destinado a la descripción del tratamiento efectuado, destaca que dicho documento se redactó al alta, esto es, después del fallecimiento del paciente, no pudiendo obviarse que en el apartado destinado a consignar su fecha de ingreso, esta se encuentra correctamente escrita.

Luego, refiere que el artículo 38 de la Ley N° 19.966 sería claro y categórico en establecer que sería carga del particular que ejerce la acción indemnizatoria por falta de servicio, el acreditar la referida falta y también que el daño reclamado es consecuencia directa de la conducta u omisión del órgano que constituya la falta de servicio imputada.

Afirma que, en el caso de marras, tampoco lograría configurarse la necesaria relación de causalidad entre la conducta desplegada por el INT y los perjuicios reclamados por los demandantes, partiendo del hecho que toda la atención brindada



«RIT»

Foja: 1

al paciente se habría ajustado a la lex artis de la medicina, su potencial de causalidad respecto del posible daño alegado en la demanda, sería indiferente al Derecho, pues de existir este daño sólo sería imputable a eventos completamente ajenos a la esfera del actuar de su representado.

En este punto, solicita que se desestime todo lo reclamado por concepto de lucro cesante, pues conforme con los hechos invocados en la demanda como este ítem indemnizatorio, resultaría claro que ellos solo corresponderían a la posibilidad incierta que 3 actores, don José Maragliano Chacón, doña Elizabeth Muñoz Saavedra y el menor Martín Maragliano Muñoz, pudieran haber seguido percibiendo en el futuro los mismos ingresos que ellos sostienen que recibían con anterioridad a la muerte del paciente (lo que también niega), ya que en el caso del primer demandante citado, sería la propia demanda la que se encarga de señalar que el Sr. Maragliano puso término a su relación laboral, por su propia voluntad y sin que mediara despido alguno, más de dos años después de la muerte del paciente; y en el caso de la demandante que se identifica como conviviente del paciente y su hijo, nada aseguraría que haya podido seguir beneficiándose del total del sueldo del paciente, ni que él haya podido seguir trabajando hasta los 65 años de edad; todo lo cual demostraría que este concepto indemnizatorio no correspondería a un daño real y cierto, sino que a una mera expectativa.

Asegura que, las normas de la ley N° 19.966 que regulan la responsabilidad de los órganos del Estado en materia sanitaria, en especial su artículo 41, serían claras y categóricas en excluir como daño indemnizable todos aquellos perjuicios que deriven de hechos y circunstancias que hayan sido imposibles de evitar conforme con los conocimientos de la ciencia y avances de las técnicas existentes al momento de otorgarse la atención de salud que el particular califica como "falta de servicio". En tal sentido, sostiene que el lamentable fallecimiento de Felipe Maragliano Saldaño



«RIT»

Foja: 1

habría sido un evento imposible de evitar, a pesar de todos los esfuerzos que diligentemente se desplegaron en el INT, lo que haría que los daños reclamados en la demanda, los que niega expresamente, tengan la condición de indemnizables en los términos de la norma citada.

En cuanto al daño reclamado, niega de manera expresa la existencia de todo daño, que se reclama en la demanda, siendo por ende carga de los actores demostrar que los daños reclamados, serían consecuencia del actuar de los demandados.

Concluye que, la responsabilidad que se pretendería imputar a su representado, en la que se funda la petición de reparación de daños de los demandantes, carecería de todo sustento fáctico-jurídico, pues en la especie no concurrirían bajo prisma alguno los requisitos esenciales y copulativos que hacen nacer la obligación de indemnizar. Por ende, opina que la demanda necesariamente debería ser rechazada, por cuanto no cabría condenar a una persona por la ocurrencia de hechos que escapen absolutamente a su control, todo con expresa condena en costas.

En subsidio, y fundado en los mismos argumentos que los expuestos por el demandado Hospital Luis Tisné Brousse, solicita el rechazo de la petición de reajustes.

Por los argumentos antes expuestos y por las normas legales que invoca, solicita se tenga por contestada la demanda, en el sentido que se proceda a su más absoluto, completo y total rechazo, con costas.

La parte demandante, mediante escrito de fecha 27 de febrero del año 2018 (folio 34) evacuó el trámite de la réplica, reiterando lo expuesto en su demanda.

Pero además, enfatiza que el Hospital Luis Tisné, equivocó el análisis y el diagnóstico del ecocardiograma practicado al paciente el 15 de noviembre de 2013, cuyos indicadores señalaban que el paciente se encontraba con una Estenosis aórtica severa, con una FEVI de 39%, 36% y 33%, condición que la lex artis señalaría,



«RIT»

Foja: 1

haría necesaria la intervención quirúrgica inmediata, no diferida, como única vía de restablecimiento de la salud, sin embargo al ser erradamente calificada como una estenosis aórtica moderada a severa, pese a estar perfectamente clasificada la severidad de la estenosis aórtica en las Guía del MINSAL, el personal sanitario del Hospital Luis Tisné no le habría otorgado la única atención que recompondría su estado de salud, que era estabilizarlo y de derivar al paciente a un hospital de mayor complejidad, y en su lugar lo habría derivado a su hogar, con medicamentos que en lugar de producir un alivio, le produjeron un daño mayor, provocando una mayor hipotensión, reingresando horas más tarde, pasadas las 22:00 horas del mismo día, al mismo recinto, habiendo cursado un Infarto Agudo al Miocardio (IAM), mismo recinto que lo habría calificado como un paciente en “buenas condiciones generales”, internándolo en la Unidad de cuidados intensivos sólo después de haber transcurrido más de 16 horas desde que se encontraba documentada la ocurrencia del IAM, del cual el H. Luis Tisné omitiría toda información, pero que se encontraría perfectamente documentado en varios electrocardiogramas que se habrían practicado este mismo recinto hospitalario, IAM que había sido anunciado su probable ocurrencia ese mismo día a las 10:52 horas, mediante un electrocardiograma que acusaba que aquella circunstancia era inminente, la omisión de información del Infarto Agudo al Miocardio que habría afectado a Felipe, no solo plantearía un manto de opacidad en la prestación de salud otorgada, sino también el ocultamiento del real estado de salud de un paciente.

En relación al INT, se pregunta: ¿por qué, si la condición del paciente era tan grave, llega un médico a evaluar la cirugía de rescate solicitada por el H. Luis Tisné, después de 10 horas y media, contadas desde que ingresa a dicho recinto?

¿Por qué, si la gravedad del paciente, a su ingreso era de tal entidad, el INT sólo



«RIT»

Foja: 1

le habría prestado asistencia ventricular, iniciando el procedimiento (ECMO) después de casi 13 horas de su ingreso?, ¿hubo dolo?.

Lo cierto señalaría que la Historia y Evolución Clínica de Felipe daría cuenta que se le ingresó para el manejo de falla cardiaca: “*corriente, atingente al medio, sin déficit, yugulares planas, entre otros*” y que el plan inicial fue manejo con inotrópicos y vasocompresores, de tal forma que contradiciendo la solicitud del H. Luis Tisné, que habría requerido traslado de rescate para una intervención de emergencia y/o asistencia ventricular, el personal sanitario del INT, habría decidido diferir la evaluación para aquellos requerimientos, solicitándolas sólo a las 1:50 horas, esto sería, más de tres horas después de su ingreso de rescate y de urgencia vital, recibiendo el llamado telefónico el médico para aquello, solo a las 5 de la madrugada, médico que señala a las 06:00 a.m. del día 17 de noviembre de 2013:

“Respondo ha llamado (5 AM)

Enterado del caso.

Paciente en situación crítica, con evolución catastrófica en últimas 12 horas....” .

Destaca que, Felipe había ingresado a ese recinto 10 horas antes y tenían conocimiento de su traslado a lo menos desde 13 horas antes.

Finalmente, Felipe es intervenido para una ECMO después de las 8 de la mañana, esto es casi 12 horas después de su ingreso.

Se pregunta ¿qué paso durante las últimas 12 horas? ¿Por qué el paciente evoluciona catastróficamente durante las últimas 12 horas? ¿Por qué la demora de la asistencia ventricular como sostén hemodinámico?

Se pregunta, además, -si Felipe fue derivado al INT por parte de H. Luis Tisné, previa coordinación para su traslado, para ser practicada una cirugía de rescate o emergencia y/o asistencia ventricular-, ¿por qué se dejó trascurrir un tiempo



«RIT»

Foja: 1

excesivamente extenso para ser evaluado y realizar las prestaciones médicas solicitadas?

Destaca que, el Hospital Luis Tisné señalaría haber prestado una atención de calidad, con médicos con una sólida acreditación, sin embargo habría permitido que estos médicos dieran el alta a un paciente cuyos exámenes practicados en el mismo recinto, señalaban que debía ser intervenido quirúrgicamente el día 15 de noviembre de 2013, para lo cual, debía ser derivado a un recinto de mayor complejidad inmediatamente.

El INT sostendría haber *“desplegado los mayores esfuerzos para intentar revertir grave condición con que ingreso Felipe”*, resaltando haber empleado alta tecnología, como sería la instalación del ECMO *“la que se practicó a las pocas horas de su ingreso”*, pero de lo documentado en la historia clínica, aquello habría ocurrido sólo una vez que había transcurrido en su recinto más 12 horas de evolución catastrófica, ¿Por qué?. Si la ciencia médica ha dicho que el factor tiempo en pacientes con compromiso cardiológico el factor tiempo es determinante en su evolución.

Concluye de lo dicho por los demandados, que la lex artis sería cuestionada, que toda la ciencia médica estaría equivocada. Tal parece que el día 14 y 15 de noviembre Felipe Maragliano Saldaño, según el H. Luis Tisné estaba en perfectas condiciones, omitiendo los importantes resultados del ecocardiograma que daban cuenta de la gravedad de su estado de salud, y posteriormente omitiendo los múltiples electrocardiogramas que daban cuenta del Infarto Agudo al Miocardio que sufrió, sin siquiera mencionarlos y ahora, además, los desconocería ante sede judicial, manteniéndosele en un box de urgencia, cuando habría debido ser trasladado inmediatamente a la UCI o UTI, al parecer se pretendería exponer que Felipe en forma sorpresiva y sin causa evolucionó en un shock cardiogénico, que



«RIT»

Foja: 1

las patologías cardiogénicas de las cuales habría sido portador, en nada contribuyeron a su estado de salud severo, y parecería que para ese recinto médico sería totalmente normal que a un paciente se le envíe a su casa sin resguardo, con una FEVI de 33%, de una escala de 100%, y se olvidó que con FEVI 40%, hay que realizar cirugía, pretender desconocer que esto, que estaría documentado por la ciencia médica. Para el INT, parecería normal que un paciente que ingresa a un recinto hospitalario, en riesgo vital, tenga que evolucionar 12 horas para realizar las prestaciones que se sugieren por el hospital remitir, pero ello no sería normal y no tiene el estándar de calidad que dicha circunstancia ameritaba.

Reconoce que la las prestaciones de salud son obligaciones de medios y no de resultados, pero añade que, en el caos en concreto no habría sorpresas, ni imprevistos, si bien la ciencia médica no sería del todo exacta, se trataba de un paciente, cuya enfermedad debió estar perfectamente documentada en el INT, y mediante los tardíos exámenes también estaba perfectamente documentada en el H. Luis Tisné, pero en ambos recintos el personal sanitario habría funcionado en forma deficiente y tardía, exponiendo de sobremanera a Felipe a un daño mayor, pese a que se encontraba perfectamente documentado en las Guía Clínicas del MINSAL, los protocolos que habrían debido seguirse, agregando que ambos recintos hospitalarios, estaban premunidos técnicamente y humanamente para prestar la atención debida a Felipe, pero ello no habría ocurrido y como consecuencia de aquello Felipe habría muerto en un proceso doloroso, del cual los demandantes habrían sido testigos minuto a minuto, sin explicación, ni justificación alguna, lo que les habría ocasionado el daño de tener que soportar la muerte en forma prematura de su ser querido en circunstancias absolutamente catastróficas, reiterando que la obligación de ambos hospitales era de medios, pero aquellos no habrían sido empleados en forma diligente y oportuna, por los demandados, sino y



«RIT»

Foja: 1

sólo cuando el paciente, producto de la falta de atención adecuada: en un hospital

“tiene cero posibilidades de sobrevida” y el otro deja transcurrir más de 12 horas de evolución catastrófica de un paciente cuyas patologías debieron ser conocidas por su personal sanitario, así como la resolución quirúrgica que estaba a la espera, y que realiza una ECMO, sólo y cuando ya no tenía posibilidad de la cirugía para restablecer su salud.

Asegura que, si se hubieran empleado oportunamente los medios con que contaban ambos recintos, Felipe no habría muerto. De haberlos empleado no se habría producido el shock cardiogénico y la falla multiorgánica, consecuencias que habrían sido totalmente predecibles que ocurriría de no mediar la intervención médica adecuada para frenar a la evolución natural de la enfermedad, y así está previsto y advertido por la *lex artis*.

Respecto al lucro cesante ambos demandados solicitan especialmente sea rechazado todo lo reclamado por concepto de lucro cesante, pues a juicio de los demandados, corresponderían a la posibilidad incierta que 3 actores, don José Maragliano, doña Elizabeth Muñoz y el menor Martín, pudieran haber seguido percibiendo en el futuro los mismos ingresos y señalan que en el caso de don José Maragliano, puso término a su relación laboral, *“por su propia voluntad”*, más de dos años después de la muerte de Felipe y que respecto a doña Elizabeth y su hijo Martín, nada aseguraría que haya podido seguir beneficiándose del total del sueldo de Felipe, ni que él haya podido seguir trabajando hasta los 65 años de edad, lo cual, aseveran, demostraría que este concepto indemnizatorio no correspondería a un daño real y cierto, sino que a una mera expectativa.

Puntualiza que, tanto doña Elizabeth, quien sería individualizada como esposa de Felipe, en documentación tanto del Hospital Luis Tisné, como del INT, no cabiendo duda alguna que el vínculo sentimental que los unía era percibido como el de



«RIT»

Foja: 1

familia, su hijo Martín y Don José Maragliano Chacón no pidieron, ni se expusieron al daño sufrido.

Por tanto, resultaría a lo menos irrespetuoso que el INT, asevere que don José Maragliano, puso término a su relación laboral, por su propia voluntad. Resultando a lo menos irrespetuosa tal aseveración, por que don José jamás pidió que su hijo muriera, siempre habría instado por la salud de su hijo, jamás habría pedido la tremenda carga psicológica que lo afecta hasta el día de hoy por la muerte injusta de su hijo, y que habría derivado a que llegara a un acuerdo de término laboral con su empleador, porque la situación psicológica que nacería de los hechos dañosos, no le habría permitido seguir trabajando responsablemente como chofer de bus de transporte público, lo que resultaría acreditado por médicos, quienes estimaron necesarias innumerables licencias médicas, porque estaba incapacitado para trabajar, incluso estos médicos debieron realizar certificaciones cuando aquellas eran rechazadas por el Compin, justificando el tratamiento psiquiátrico y psicológico por episodio depresivo severo más duelo, esto el año 2016. Si don José dejó de trabajar en lo único que estaba capacitado, habría sido únicamente como consecuencia del daño causado con la muerte de su hijo y la forma en que ella ocurre.

Respecto al Hospital Luis Tisné, resultaría a lo menos inexplicable, que solicite el rechazo del lucro cesante en los términos que lo hace, señalando que doña Elizabeth no estaría legitimada para recibir la mitad de lo demandado para dicho concepto, “sin título alguno, al efecto”, porque lo reclamado no sería herencia. Manifiesta que, a propósito de esto, la Excelentísima Corte Suprema habría dicho que *“evaluar el lucro cesante sólo se exige que se proporcionen antecedentes suficientes que permitan determinar una ganancia probable que deja de percibirse”*, y por tanto lo reclamado sería la pérdida de la ganancia probable y legítima, que ella deja de percibir y que disponía como pareja, conviviente e



«RIT»

Foja: 1

individualizada por este hospital como esposa de Felipe, y si aquello fuera poco además es la madre del hijo en común, que actualmente debería soportar sola la carga de la manutención económica del hijo, como madre y padre, y que Martín hijo de Felipe también habría dejado de percibir, circunstancia que no propiciaron. Ello, sin considerar además que Felipe habría muerto antes de la ley de convivencia civil, que toma el concepto de conviviente, concepto que ya se encontraba acuñado en nuestra legislación cuando se regula y penaliza especialmente el femicidio. Sin lugar a dudas doña Elizabeth como Martín, hijo de Felipe, satisfacían absolutamente todas sus necesidades con el sueldo mensual que recibía Felipe, circunstancia que habría cambiado abruptamente desde la muerte de este, cuando además de perder a su ser querido dejan de percibir el ingreso que este aportaba a su núcleo familiar.

Respecto a don José Maragliano señala el Hospital Luis Tisné, que el lucro cesante reclamado por este, resulta especulativo, por el distanciamiento entre la muerte de su hijo y cuando este debe dejar de trabajar como chofer de transporte público, porque resulta imposible vincular ambos hechos y que es indiscutible lo improcedente del lucro cesante reclamado por don José Maragliano. Pues bien, cree que deberá entonces acreditar que en nada afectó la muerte de Felipe a su padre, que todos los efectos psicológicos que hasta el día de hoy sufriría, y que le habrían impedido desarrollarse laboralmente en la forma que lo hacía, no existen; tendría que acreditar que las licencias dadas por los médicos fueron extendidas erróneamente y que don José si estaba calificado psicológicamente para seguir manejando un bus, pero también tendría que acreditar que los efectos de la muerte de Felipe y la forma catastrófica en que ocurrió, esto es la muerte de un hijo en circunstancias injustas, es una circunstancia que produce daño solo un corto tiempo, y que el resto del tiempo solo es “especulación” .



«RIT»

Foja: 1

Afirma que, concepto lucro cesante envuelve acontecimientos futuros, no hay duda de aquello, pero no se referiría a cualquier acontecimiento, sino a aquellos que no han podido seguir ocurrir normalmente, como consecuencia de un hecho dañoso, que viene en frustrar el curso normal de las cosas, y justamente porque no sigue ocurriendo como normalmente acontecía, se traduce en un daño real y cierto.

A este respecto, dice, la Excelentísima Corte Suprema, habría abordado y zanjado en forma clarificadora el tema de la indemnización por lucro cesante, en la causa Rol N° 2292-2015, dictando sentencia en la cual condena a la parte demandada al pago del rubro por lucro cesante, y señalaría:

“Segundo: Que, en lo concerniente con la indemnización por lucro cesante, debe tenerse en cuenta que se ha sostenido que este daño es la ganancia frustrada que era dable esperar conforme al curso normal de las cosas y que no se logra por causa del hecho fuente de responsabilidad.

Tercero: Que respecto de esta reclamación indemnizatoria claramente no se puede exigir prueba del modo que se hace para establecer un hecho que antecede al proceso, porque el que funda la pretensión no ha tenido lugar. Tal dificultad no puede ser un obstáculo insalvable para las pretensiones de esta clase, las que habrán de ser resueltas teniendo en cuenta que se trata de hechos futuros y, por lo mismo, con algunos niveles de incertidumbre, de manera que la aceptación de una hipótesis fáctica consistente en lo que habría debido ocurrir, o que en determinadas condiciones era dable esperar, depende sólo del mérito de las probanzas que conduzcan a concluir que es razonable aceptar que el hecho futuro habría tenido lugar de no mediar el evento dañoso. En efecto, resulta erróneo exigir una certeza absoluta en cuanto a la existencia y extensión de este tipo de daño, pues por su naturaleza siempre poseerá, como acaba de indicarse, algún grado de incertidumbre.



«RIT»

Foja: 1

Cuarto: Que para evaluar el lucro cesante sólo se exige que se proporcionen antecedentes suficientes que permitan determinar una ganancia probable que deja de percibirse. En este sentido, el autor José Luis Diez Schwerter sostiene: “Si la víctima de un hecho ilícito doloso o culposo acredita que percibía ingresos y que, salvo excepcionales circunstancias, era racional que los siguiera percibiendo, la existencia del lucro cesante se encontrará probada y los jueces deberán regular su monto, desde que no puede exigirse a su respecto una prueba de certeza absoluta” (José Luis Diez Schwerter, “El Daño Extracontractual, Jurisprudencia y Doctrina”, Editorial Jurídica de Chile, pág. 182).

De no aceptarse esta tesis, estas acciones siempre tendrían que ser rechazadas, dejándose de aplicar la norma que dispone que todo daño debe ser indemnizado. ”

Mediante presentación de fecha 22 de marzo de 2018, folio 36, comparece doña Claudia Huerta Díaz, por el demandado, **INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX**, y evacúa el trámite de la dúplica, reiterando los argumentos expuestos al contestar la demanda.

Por escrito de fecha 22 de marzo de 2018, folio 37, comparece doña Samanntha Carrasco Hurtado, por el demandado **HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE**, evacuando el trámite de la dúplica, reiterando las argumentaciones vertidas al contestar la demanda.

Con fecha 04 de mayo del año 2018 (folio 48), se certificó en el expediente que, llamadas las partes a la audiencia de conciliación, éstas no comparecieron.

Consta en autos, que con fecha 07 de junio de 2018, folio 58, se llevó a cabo una nueva audiencia de conciliación, con asistencia del apoderado de la parte demandante, doña Angélica González Pinochet; y de los apoderados de los



«RIT»

Foja: 1

demandados, don Juan Pablo Carmona Landerer (INT) y de don Nicolás Retamales Figueroa (HSO Luis Tisné B.), sin que las partes arribaran a conciliación.

Por resolución de fecha 13 de agosto del año 2018 (folio 61), se recibió la causa a prueba, fijándose los siguientes hechos substanciales, pertinentes y controvertidos:

1. Efectividad de los hechos relatados en la demanda que configurarían la responsabilidad por falta de servicio invocada.

2. Medidas y procedimientos médicos adoptados por los demandados en la atención de don Felipe Florencio Maragliano Saldaño. Hechos y circunstancias.

3. Efectividad de que el Estado, a través de sus agentes, observó la lex artis referente a las medidas adoptadas y procedimientos médicos a los que fue sometido don Felipe Florencio Maragliano Saldaño.

4. Relación de causalidad entre el actuar del Estado y/o la eventual falta de observancia de la lex artis y los daños experimentados por los demandantes.

5. En la afirmativa al punto de prueba 1 y 4, efectividad de que, a consecuencia de los hechos relatados, los demandantes han sufrido perjuicios. Hechos que los constituyen. En la afirmativa, especie y monto de ellos.

6. Efectividad de que ha habido falta de servicio en la conducta del Estado. Hechos y circunstancias que la constituyen.

Con fecha 18 de marzo del año 2020 (folio 231), se citó a las partes a oír sentencia.

CONSIDERANDO

En cuanto a las tachas



«RIT»

Foja: 1

PRIMERO: Que, uno de los demandados (en la transcripción de la audiencia no se indica cual) formuló la tacha establecida en los numerales 6 y 7 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, en contra de la testigo de los demandantes, doña Verónica Ester Salazar Vivanco (audiencia del día 07 de mayo de 2019, folio 110), fundado en que la testigo habría reconocido al responder las preguntas de tacha, ser socia de la actora doña Sara Maragliano, presumiéndose el animus societatis y ello revelaría una íntima amistad con la persona que lo presenta a declarar, basada en el hecho grave antes referido, agregando que la testigo tendría al menos interés indirecto, pues de ganar el juicio, repercutiría en el aporte de doña Sara en la sociedad que tienen.

Conferido el traslado respectivo a los actores, solicita el rechazo de la tacha, y en relación a sus fundamentos indica que el animus societatis no sería revelador de una íntima amistad, apuntando que los socios de Endesa, La Polar y otras compañías no tienen íntima amistad y que la testigo habría declarado expresamente no tener un grado de íntima amistad con la persona que la trae a declarar. En relación a la otra causal, señala que no resulta claro el interés que podría tener en los resultados del juicio, es más, indica que hasta podría ser contrario a los intereses de la sociedad que tienen la testigo y la señora Sara Maragliano.

SEGUNDO: Que, en relación a la primera causal de tacha, debe señalarse que la causal 6ª del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, dice relación con que exista de parte del testigo de un interés en las resultas del juicio, y este debe tener el carácter de pecuniario.

Pues bien, a juicio de esta sentenciadora, de las respuestas a las preguntas de tacha no puede configurarse la imparcialidad que inhabilite a la testigo, pues no se divisa en qué manera un eventual resultado favorable de la demanda, podría beneficiar a



«RIT»

Foja: 1

una empresa en la que testigo y actora son socias, siendo la argumentación de la demandada a este respecto, meramente especulativa.

En relación a la causal 7ª del artículo antes citado, se requiere que la íntima amistad se revele por hechos graves. En este sentido, para ser socios en una empresa, evidentemente debe existir confianza, pues es la base del emprendimiento contra persona, pero la confianza no es sinónimo de intimidad, pues esta se revela por otras cuestiones, como compartir las ocasiones especiales, como cumpleaños, fiestas de fin de año, vacaciones, como por ejemplo, las relaciones de compadrazgo, etc., por ello, el mero hecho de ser socias en una empresa, no vuelve íntimas amigas a la testigo con la actora.

Por los fundamentos antes expuestos, la tacha en análisis, fundada en las causales 6ª y 7ª del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, será desestimada.

TERCERO: Que, en la audiencia del día 08 de mayo de 2018, folio 121, las demandadas tacharon a la testigo de la demandante, doña Silvana Katherine Barrera Agüero, en base a la causa 7ª del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, fundadas en que dicha testigo tendría una estrecha relación con uno de los demandantes, doña Elizabeth Muñoz, por ser compañeras de colegio desde la enseñanza básica, haber visitado su casa, conocer a su hijo, vivir cerca, y conocer a los padres de Felipe Maragliano.

CUARTO: Que, la parte demandante al evacuar el traslado respectivo, solicitó el rechazo de la tacha, estimando que ninguna de las respuestas dadas a las preguntas de tacha formuladas por las demandadas, permitirían configurar la tacha deducida, en concreto, ser compañero de un colegio, o vecinos de barrio, no importaría tener íntima amistad.

QUINTO: Que, como ya se dijo, la íntima amistad debe revelarse por hechos graves, que sea indicativos de la cercanía entre testigo y la parte que lo presenta.



«RIT»

Foja: 1

En este sentido, tal como señala la parte demandante, las circunstancias de habitar en un mismo barrio, o ser compañeros de Colegio, conocer la familia de la parte que lo presenta, no reviste el carácter de íntima amistad que el legislador requiere para hacer procedente la aplicación de esta tacha a la testigo de la demandante., razonamientos que conducen al rechazo de la tacha en análisis.

En cuanto al fondo

SEXTO: Que, ha comparecido doña Angélica Victoria González Pinochet, en representación de don (1) **JOSÉ ANTONIO MARAGLIANO CHACÓN**; de doña (2) **ROSA ELVIRA SALDAÑO TRINCADO**; de doña (3) **SARA ESTER MARAGLIANO SALDAÑO**; de don (4) **MARTÍN FELIPE MARAGLIANO MUÑOZ**; y de doña (5) **ELIZABETH IVONNE MUÑOZ SAAVEDRA**, e interpone demanda civil de indemnización de daños y perjuicios, por Falta de Servicios, en contra del **HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE**, en adelante Hospital Dr. Luis Tisne B., representado legalmente por su Director, Sr. Julio Felipe Montt Vidal, y en contra del **INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX (HOSPITAL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y CIRUGÍA TORÁCICA DOCTOR ENRIQUE LAVAL)**, en adelante “INT”, representado legalmente por su Director Sr. Pablo Leonel Gacitúa Cortez, todos ellos debidamente individualizados con anterioridad, solicitando en definitiva que se declare:

1.- En relación a don **José Maragliano Chacón**, padre de Felipe Maragliano Saldaño:

a.- Solicita se condene a los Hospitales demandados, a pagarle por concepto de indemnización por **LUCRO CESANTE**, la suma total de **\$13.106.150.-** (trece millones ciento seis mil ciento cincuenta pesos), por el daño patrimonial que habría sufrido al perder su fuente laboral, en marzo del año 2016, en virtud que el daño



«RIT»

Foja: 1

psicológico producido a consecuencia de la muerte de su hijo Felipe Maragliano Saldaño.

Los cálculos para arribar a dicha cifra los realiza tomando el valor del último sueldo imponible, esto es **\$975.145**, correspondiente al mes de febrero del año 2016, menos los descuentos estrictamente legales por la suma de \$204.195, multiplicado por 17 meses, contados desde abril de 2016, ascendiendo el daño por lucro cesante a la suma por **\$13.106.150** (trece millones ciento seis mil ciento cincuenta pesos).

b.- Solicita se condene a los Hospitales demandados, a pagarle por concepto de indemnización por **DAÑO EMERGENTE**, la suma total de **\$1.100.000.-** (un millón cien mil pesos) correspondiente al gasto de los servicios funerarios en que habría incurrido, debido a la muerte de su hijo Felipe.

c.- Solicita se condene a los Hospitales demandados, a pagarle por Concepto de indemnización por **DAÑO MORAL**, la suma total de **\$100.000.000.-** (cien millones de pesos) por los daños morales latamente expuestos en el cuerpo de la demanda y que habría sufrido a consecuencia de la muerte de su hijo Felipe Maragliano Saldaño y la forma en que aquella se habría producido.

2.- En relación a doña **ROSA ELVIRA SALDAÑO TRINCADO**, madre de Felipe Florencio Maragliano Saldaño:

a.- Solicita se condene a los Hospitales demandados a pagarle por concepto de indemnización por **DAÑO MORAL**, la suma total de **\$100.000.000** (cien millones de pesos) por los daños morales latamente expuestos en el cuerpo de la demanda y que habría sufrido a consecuencia de la muerte de su hijo Felipe Maragliano Saldaño y la forma en que aquella se habría producido.

3.- En relación a doña **SARA ESTER MARAGLIANO SALDAÑO**, hermana de Felipe Florencio Maragliano Saldaño:



«RIT»

Foja: 1

a.- Solicita se condene a los Hospitales demandados a pagarle por concepto de indemnización por **DAÑO MORAL**, la suma total de **\$70.000.000** (setenta millones de pesos) por los daños morales latamente expuestos en el cuerpo de la demanda y que habría sufrido a consecuencia de la muerte de su hermano Felipe Maragliano Saldaño y la forma en que aquella se habría producido.

4.- En relación a don **MARTÍN FELIPE MARAGLIANO MUÑOZ**, hijo de Felipe Florencio Maragliano Saldaño:

a.- Solicita se condene a los Hospitales demandados a pagarle por concepto de indemnización por **DAÑO MORAL**, la suma total de **\$100.000.000** (cien millones de pesos) por los daños morales latamente expuestos en el cuerpo de la demanda y que habría sufrido a consecuencia de la muerte de su Padre Felipe Maragliano Saldaño y la forma en que aquella se produce.

5.- En relación a doña **ELIZABETH IVONNE MUÑOZ SAAVEDRA**, conviviente de Felipe Florencio Maragliano Saldaño:

a.- Solicita se condene a los Hospitales demandados a pagarle por concepto de indemnización por **DAÑO MORAL**, la suma total de **\$100.000.000** (cien millones de pesos) por los daños morales latamente expuestos en el cuerpo de la demanda y que habría sufrido a consecuencia de la muerte de su conviviente Felipe Maragliano Saldaño y la forma en que aquella se habría producido.

6.- En relación a doña **ELIZABETH IVONNE MUÑOZ SAAVEDRA** y a don **MARTÍN FELIPE MARAGLIANO MUÑOZ**, conviviente e hijo respectivamente de Felipe Florencio Maragliano Saldaño:

a.- Solicita se condene a los Hospitales demandados a pagarles por concepto de indemnización por **LUCRO CESANTE**, la suma total de **\$144.697.464.-** (ciento cuarenta y cuatro millones seiscientos noventa y siete mil cuatrocientos sesenta y cuatro pesos) por el daño patrimonial causado como consecuencia de la muerte de



«RIT»

Foja: 1

Felipe, quien habría constituido la principal fuente de ingresos de estos demandantes, cubriendo todas y cada una de sus necesidades, con la remuneración mensual que obtenía como empleado de la empresa Constructora MACC Ltda. Arribaría a dicho monto, tomando como base de cálculo el sueldo que Felipe Maragliano Saldaño habría percibido, el que habría ascendido en el mes de septiembre a una remuneración imponible por la suma de \$391.125.-, menos los descuentos estrictamente legales por la suma de \$ 73.806.-, obteniendo la suma líquida a pagar de **\$317.319.-**, y teniendo en consideración que falleció a la edad de 27 años, quedándole a lo menos de vida laboral aproximadamente 38 años, por los cuales habría obtenido, con la base de cálculo establecida, por concepto de remuneraciones a lo menos la suma de **\$144.697.464.-** que es lo demandado por estos actores.

7.- Todos los demandantes, además solicitan que las sumas establecidas anteriormente sean pagadas por los demandados con intereses y reajustes desde el día en que el cúmulo de las faltas de servicios habrían causado la muerte a Felipe Maragliano Saldaño, y que se condene en forma expresa a los demandados a pagar las costas del juicio.

8.- Finalmente los demandantes, solicitan que los demandados sean condenados a pagar las indemnizaciones que solicitan en forma solidaria, por cuanto habrían contribuido de igual forma al perjuicio producido a los demandantes, de tal forma que se trataría de una responsabilidad solidaria, porque ambos concurrirían a la producción conjunta de un mismo daño, debiendo en esas circunstancias la obligación ser exigible a cualquiera de ellos.

Todo ello fundado en los argumentos de hecho y de derecho pormenorizados con detalle en lo expositivo y que se tienen por reproducidos en este motivo, pero que en lo medular dice relación con la imputación de diversas omisiones y actuaciones



«RIT»

Foja: 1

efectuadas por funcionarios de los hospitales demandados, que se alejarían de la praxis médica que habría correspondido practicarle a Felipe Maragliano Saldaño, atendida la enfermedad cardíaca congénita que presentaba, constituyendo a su parecer falta de servicio, y que todo ello le habría ocasionado la muerte.

SÉPTIMO: Que, los hospitales demandados, contestaron la demanda de similar manera, esto es, señalando quienes eran los demandantes, quienes los demandados, que era lo solicitado, y el estatuto por el cual se encontraban demandados, negando enfáticamente haber incurrido en una acción u omisión que pudiese encuadrarse dentro del estatuto de la falta de servicio, realizando un relato de las prestaciones médicas y la procedencia de las mismas, practicadas a don Felipe Maragliano Saldaño, a su ingreso a cada uno de ellos, para finalmente solicita el rechazo de la demanda, con costas.

OCTAVO: Que, los escritos de réplica y dúplica no incorporan hechos nuevos a los expuestos en los escritos de demanda y contestación respectivamente.

NOVENO: Que, no resultan discutidas las siguientes circunstancias:

- 1.- Que, don Felipe Maragliano Saldaño falleció.
- 2.- Que, don Felipe Maragliano Saldaño, fue atendido en los Hospitales demandados, produciéndose su fallecimiento mientras se encontraba hospitalizado en el INT.
- 3.- Que, don Felipe Maragliano Saldaño, presentaba una enfermedad cardíaca, congénita, y que por dicha razón era paciente del INT.

DÉCIMO: Que, a fin de acreditar los hechos en que funda sus pretensiones, la parte demandante aparejó al proceso, con la debida ritualidad procesal, los siguientes elementos de convicción:

DOCUMENTOS

A.- Al primer otrosí del libelo de demanda (folio 1):



«RIT»

Foja: 1

- 1.- Certificado de defunción y estadística de Mortalidad Fetal Folio 1846758, emitido por el Instituto Nacional del Tórax.
- 2.- Certificado de defunción de Felipe Florencio Maragliano Saldaño, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación.
- 3.- Fotografía de Felipe Florencio Maragliano Saldaño.
- 4.- Certificado de nacimiento de Felipe Florencio Maragliano Saldaño
- 5.- Certificado de nacimiento de doña Sara Maragliano Saldaño
- 6.- Certificado de nacimiento del niño Martín Felipe Maragliano Saldaño
- 7.- Certificados de Mediación emitido por la Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado
- 8.- Copia autorizada de las escrituras Públicas de Mandato Judicial en la consta la personería de la abogada compareciente para representar a los demandantes don José Antonio Maragliano Chacón, doña Rosa Elvira Saldaño Trincado y doña Sara Ester Maragliano Saldaño.
- 9.- Copia con firma electrónica de Escritura Pública de Mandato Judicial en la consta la personería de la abogada compareciente para representar al niño MARTÍN FELIPE MARAGLIANO MUÑOZ.
- 10.- Copia con firma electrónica de Escritura Pública de Mandato Judicial en la consta la personería de la abogada compareciente para representar a doña ELIZABETH IVONNE MUÑOZ SAAVEDRA.

No fueron objetados, ni observados por los demandados.

A los signados bajo los números 1.-, 2.- y 4.- a 10.-, se les dará el valor probatorio señalado en el artículo 342 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, en relación al artículo 1.700 del Código Civil.

A los aportados bajo el número 3.-, tratándose de instrumento privado de los que se desconoce su autor y fecha de emisión, y no ha sido reconocido en el



«RIT»

Foja: 1

procedimiento de quien proviene, lo que impide que pueda tenerse por reconocido en juicio, en conformidad al artículo 346 N° 1° del Código de Procedimiento Civil, se procederá a rescatar del mismo su eventual valor presuncional indiciario.

B.- Por escrito de fecha 29 de abril del año 2019 (folio 86):

- 1.- Series de Cuadernos N° 7 del MINSAL, año 2008, MANUAL CLINICO PARA SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA.
- 2.- Soporte papel de correo electrónico, de Servicio de Salud Metropolitano Oriente, “Respuesta a su solicitud de información AO010T0000014” .
- 3.- Respuesta de Unidad Transparencia, Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
- 4.- Guía Clínica del Minsal “Infarto Agudo del Miocardio con Supradesnivel del Segmento ST” año 2010.
- 5.- Guía Clínica Auge “Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica Mitral y Tricúspide, en personas de 15 años y más” , Series Guías Clínicas MINSAL, 2013.
- 6.- Memoria Institucional Instituto Nacional del Tórax. Periodo 21011-2013.
- 7.- Protocolo de derivación y contraderivación de pacientes. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse, julio 2011.
- 8.- Protocolo de derivación y contraderivación de pacientes. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse, enero 2010.
- 9.- Documento “Inotrópicos y Vasopresores en el Shock Cardiogénico” de Dr. Federico Lipszyc, cuya bibliográfica data de antes del año 2013
- 10.- Documento Residente de Cirugía, Universidad de Chile, Hospital El Salvador. Dr. Christian Espinoza.
- 11.- Guía Clínica “Hipertensión Arterial, Esencial o Primaria, en personas de 15 años y más” , Series Guías Clínicas MINSAL, 2010.



«RIT»

Foja: 1

12.- Documento “GobiernoTransparente - Dotación a Contrata” .

No fueron objetados, ni observados por los demandados.

Se le dará el valor probatorio señalado en el artículo 342 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, en relación al artículo 1.700 del Código Civil, a los signados bajo los números 1.-, 3.- a 8.-, 11.- y 12.-

Al signado bajo el número 2.-, atendido su carácter y atento lo prevenido en el artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, se le tendrá por reconocido en juicio, dándosele el valor probatorio señalado en el artículo 1.702 del Código Civil.

A los documentos de los numerales 9.- y 10.-, tratándose de instrumentos privados que no han sido reconocidos de quien emanan en el procedimiento, lo que impide que pueda tenérseles por reconocidos en juicio, en conformidad al artículo 346 N° 1° del Código de Procedimiento Civil, se procederá a rescatar de los mismos su eventual valor presuncional indiciario.

C.- Por escrito de fecha 06 de mayo del año 2019 (folio 91);

1.- Las primeras 40 páginas de Copia de Ficha Clínica Instituto Nacional de Tórax de Felipe Maragliano, con timbre de INT.

Se trata de dos archivos con la digitalización de las primeras 40 hojas incluida la portada.

Mediante escrito de fecha 10 de mayo de 2019 (folio 132) la parte demandada objetó y observó los documentos antes referidos.

Dicha objeción fue rechazada por resolución de fecha 27 de mayo de 2019, folio 141.

Se le dará el valor probatorio señalado en el artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, teniéndosele por reconocido en juicio, y dándosele el valor probatorio señalado en el artículo 1.702 del Código Civil.



«RIT»

Foja: 1

D.- Por escrito de fecha 06 de mayo del año 2019 (folio 92):

1.- Las primeras 40 páginas de Copia de Ficha Clínica Instituto Nacional de Tórax de Felipe Maragliano, con timbre de INT.

Se acompañan dos archivos que contienen la digitalización de las 28 páginas que siguen a las primeras 40 hojas.

Mediante escrito de fecha 10 de mayo de 2019 (folio 132) la parte demandada objetó y observó los documentos antes referidos.

Dicha objeción fue rechazada por resolución de fecha 27 de mayo de 2019, folio 141.

Se le dará el valor probatorio señalado en el artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, teniéndosele por reconocido en juicio, y dándosele el valor probatorio señalado en el artículo 1.702 del Código Civil.

E.- Por escrito de fecha 06 de mayo del año 2019 (folio 93):

1.- Las primeras 40 páginas de Copia de Ficha Clínica Instituto Nacional de Tórax de Felipe Maragliano, con timbre de INT.

Se acompañan un archivo con la digitalización de las 20 hojas que siguen a las 68 primeras de la ficha clínica.

Mediante escrito de fecha 10 de mayo de 2019 (folio 132) la parte demandada objetó y observó los documentos antes referidos.

Dicha objeción fue rechazada por resolución de fecha 27 de mayo de 2019, folio 141.

Se le dará el valor probatorio señalado en el artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, teniéndosele por reconocido en juicio, y dándosele el valor probatorio señalado en el artículo 1.702 del Código Civil.

F.- Por escrito de fecha 06 de mayo del año 2019 (folio 94):



«RIT»

Foja: 1

1.- Las primeras 40 páginas de Copia de Ficha Clínica Instituto Nacional de Tórax de Felipe Maragliano, con timbre de INT.

Se acompañan 3 archivos con la digitalización de las últimas 40 hojas de la ficha clínica.

Mediante escrito de fecha 10 de mayo de 2019 (folio 132) la parte demandada objetó y observó los documentos antes referidos.

Dicha objeción fue rechazada por resolución de fecha 27 de mayo de 2019, folio 141.

Se le dará el valor probatorio señalado en el artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, teniéndosele por reconocido en juicio, y dándosele el valor probatorio señalado en el artículo 1.702 del Código Civil.

G.- Por escrito de fecha 06 de mayo del año 2019 (folio 95):

1.- Formulario Admisión y Recaudación del Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente Psiquiatría y Salud Mental-CRS, respecto de don José Antonio Maragliano Chacón, de fecha 20 de diciembre de 2016.

2.- Formulario Admisión y Recaudación del Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente Psiquiatría y Salud Mental-CRS, respecto de don José Antonio Maragliano Chacón, de fecha 25 de abril de 2017.

3.- Formulario Admisión y Recaudación del Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente Psiquiatría y Salud Mental-CRS, respecto de don José Antonio Maragliano Chacón de fecha 28 de septiembre de 2017.

4.- Formulario Admisión y Recaudación del Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente Psiquiatría y Salud Mental-CRS, respecto de don José Antonio Maragliano Chacón, de fecha 22 de mayo de 2017.



«RIT»

Foja: 1

- 5.- Formulario Admisión y Recaudación del Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente Psiquiatría y Salud Mental-CRS, respecto de don José Antonio Maragliano Chacón, de fecha 20 de diciembre de 2017.
- 6.- 5 recetas médicas del Centro de referencia de salud Peñalolén Cordillera Oriente, CRS recetando AMITRIPTILINA 25 MG, al paciente José Antonio Maragliano Chacón, la última receta otorgada con fecha 31 de mayo de 2018.
- 7.- Receta médica de Estupefaciente y Psicotrópico, emitida por CRS Cordillera Oriente a nombre de don José Antonio Maragliano Chacón.
- 8.- Documento “EPICRISIS ATENCIÓN AMBULATORIA” de fecha 31 de mayo de 2018, respecto de don José Maragliano Chacón.
- 9.- Documento de Laboratorio Chile, con descripción del medicamento AMITRIPTILINA.
- 10.- Documento de Farmacias Ahumada, con descripción del medicamento Zoplicona.
- 11.- Comprobante de Pago en CRS Cordillera Oriente de medicamento AMITRIPTILINA.
- 12.- Certificado emitido por CRS Cordillera Oriente, de fecha 15 de abril de 2016 y suscrito por la Dra. Pilar Morales de Setién.
- 13.- Documento Declaración, Transacción, Renuncia y/o Desistimiento de Acciones, Recibo y finiquito.
- 14.- Certificado de cotizaciones previsionales de don José Maragliano Chacón, hasta febrero del año 2016.
- 15.- Factura N° 001204, emitida por Servicios Funerarios y Fábrica de Urnas Felipe Esteban Retamales Gómez E.I.R.L., con fecha 26 de noviembre de 2013, a don José Antonio Maragliano Chacón, por servicio funerario para don Felipe Florencio Maragliano Saldaño.



«RIT»

Foja: 1

Mediante escrito de fecha 10 de mayo de 2019 (folio 132) la parte demandada observó los documentos antes referidos.

Dicha observación se tuvo presente en lo que correspondiere en derecho por resolución de fecha 17 de junio de 2019, folio 169.

Los documentos del número 1.- a 13.-, y el del número 15.-, tratándose de instrumentos privados que no han sido reconocidos en juicio por sus autores, y atendido lo prevenido en el artículo 346 N° 1 del Código de Procedimiento Civil, no podrá tenérseles por reconocidos en juicio, de manera tal que se procederá a rescatar de los mismos su eventual valor presuncional indiciario.

El del número 14.-, se trata de un instrumento privado que emana de una persona jurídica que emite grandes cantidades de ese mismo tipo de documentos para sus afiliados, por lo que la jurisprudencia ha acuñado para ellos el término de “auténticos”, así que, a pesar de no haber concurrido a reconocerlo, se le dará el valor probatorio del artículo 1.702 del Código Civil.

H.- Por escrito de fecha 06 de mayo del año 2019 (folio 96):

1.- Certificado emitido por doña Marcela Becerra Viera, psicóloga, Cesfam Carol Urzúa, de fecha 9 de junio de 2016.

Mediante escrito de fecha 10 de mayo de 2019 (folio 132) la parte demandada observó los documentos antes referidos.

Dicha observación se tuvo presente en lo que correspondiere en derecho por resolución de fecha 27 de mayo de 2019, folio 141.

Tratándose de un instrumento privado que no ha sido reconocido en juicio por su autora, y atendido lo prevenido en el artículo 346 N° 1 del Código de Procedimiento Civil, no podrá tenérsele por reconocido en juicio, de manera tal que se procederá a rescatar del mismo su eventual valor presuncional indiciario.

I.- Por escrito de fecha 06 de mayo del año 2019 (folio 97):



«RIT»

Foja: 1

- 1.- Certificado emitido por Casa de La Alegría, Suscrito por doña Berta Arce Pizarro, de fecha mayo de 2018.
- 2.- Compromiso de Asistencia y Ficha Paciente Sara Maragliano Saldaño, en Institución Casa de La Alegría
- 3.- Ficha clínica, Hospital Clínico Universidad de Chile, respecto de Baltazar Silva Maragliano.

Mediante escrito de fecha 10 de mayo de 2019 (folio 132) la parte demandada observó los documentos antes referidos.

Dicha observación se tuvo presente en lo que correspondiere en derecho por resolución de fecha 17 de junio de 2019, folio 169.

Tratándose de instrumentos privados que no han sido reconocidos en juicio por sus autores, y atendido lo prevenido en el artículo 346 N° 1 del Código de Procedimiento Civil, no podrá tenérseles por reconocidos en juicio, de manera tal que se procederá a rescatar de los mismos su eventual valor presuncional indiciario.

J.- Por escrito de fecha 06 de mayo de 2019 (folio 107):

- 1.- Certificado Anual de Estudios 1° Básico, año 2013, establecimiento educacional Escuela San José Obrero, comuna de Peñalolén.
- 2.- Certificado Anual de Estudios 2° Básico, año 2014, establecimiento educacional Escuela San José Obrero, comuna de Peñalolén.
- 3.- Certificado Anual de Estudios 3° Básico, año 2015, establecimiento educacional Escuela San José Obrero, comuna de Peñalolén.
- 4.- Certificado Anual de Estudios 4° Básico, año 2016, establecimiento educacional Colegio Nueva Braunau, comuna de Puerto Varas, de los Lagos.
- 5.- Certificado Anual de Estudios 5° Básico, año 2016, establecimiento educacional Colegio Mirador Del Lago, comuna de Puerto Varas, de Los Lagos.
- 6.- Informe de períodos cotizados en AFP Habitat.



«RIT»

Foja: 1

- 7.- Liquidación Remuneracional de Sueldo, Constructora Macc Ltda.
- 8.- Finiquito del Trabajador, Constructora Macc Ltda.

No fueron objetados, pero si observados por el demandado INT, mediante presentación de fecha 10 de mayo de 2019, folio 132.

Por resolución de fecha 17 de junio de 2019, folio 169, se tuvo presente las observaciones en lo que correspondiere en derecho.

Todos los documentos, salvo el del número 6.-, tienen el carácter de instrumentos privados que no han sido reconocidos en juicio por sus autores, y atendido lo prevenido en el artículo 346 N° 1 del Código de Procedimiento Civil, no podrá tenérseles por reconocidos en juicio, de manera tal que se procederá a rescatar de los mismos su eventual valor presuncional indiciario.

El del número 6.-, se trata de un instrumento privado que emana de una persona jurídica que emite grandes cantidades de ese mismo tipo de documentos para sus afiliados, por lo que la jurisprudencia ha acuñado para ellos el término de “auténticos”, así que, a pesar de no haber concurrido a reconocerlo, se le dará el valor probatorio del artículo 1.702 del Código Civil.

K.- Por escrito de fecha 10 de mayo de 2019 (folio 130):

- 1.- Las primeras 40 páginas de Copia de Ficha Clínica Instituto Nacional del Tórax de Felipe Maragliano, con timbre de INT.

Documento ya acompañado por los actores.

- 2.- Las 28 páginas que siguen a las 40 primeras de Copia de Ficha Clínica Instituto Nacional del Tórax de Felipe Maragliano, con timbre de INT.

Documento ya acompañado por los actores.

- 3.- Las 20 páginas que siguen a las 68 primeras de Copia de Ficha Clínica igualmente ya acompañado por los actores.

- 4.- Las 40 páginas que siguen a las 88 primeras de Copia de Ficha Clínica



«RIT»

Foja: 1

Instituto Nacional del Tórax de Felipe Maragliano, con timbre de INT, también ya aportado anteriormente.

Por dicha razón se omitirá pronunciamiento acerca de ellos.

5.- Original Dato de Atención de Urgencia (D.A.U.) Hospital Dr. Luis Tisné B. Urgencia Adulto HSO, folio 00000045976, de fecha 14 de noviembre de 2013, hora ingreso 17:14 hrs, hora egreso 2:52 de 15 de noviembre de 2013.”, documento exhibido su al testigo, Dr. Tomás Selman, en audiencia testimonial de fecha de 10 de mayo de 2019 y reconocido por este.

Copia de este documento ya habría sido acompañado por escrito de fecha 29 de abril de 2019, por lo que se omitirá pronunciamiento acerca del mismo.

6.- Original Dato de Atención de Urgencia (D.A.U.) Hospital Dr. Luis Tisné B. Urgencia Adulto HSO, folio 00000045976, de fecha 15 de noviembre de 2013, hora ingreso 10:22 hrs., hora de Alta Clínica 16:39 de 15 de noviembre de 2013.” Reporte de 16:42 hrs. también acompañado por presentación de 29 de abril de 2019, por lo que no será considerado.

7.- Original y Copia de Electrocardiograma realizado a Felipe Maragliano, rut 16.379.194-3 en el Hospital Santiago Oriente D. Luis Tisné Brousse, el día 15 de noviembre de 2013, a las 22:30:24.”, también aportado anteriormente en escrito de fecha 29 de abril del 2019, por lo que no será considerado.

8.- Certificado de defunción de Felipe Florencio Maragliano Saldaño, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación, también aportado anteriormente por los actores, por lo que no será considerado.

L.- Por escrito de fecha 11 de mayo de 2019 (folio 134):

A lo principal, reitera los siguientes documentos:

1.- Certificado de defunción y estadística de Mortalidad Fetal Folio 1846758, emitido por el Instituto Nacional del Tórax.



«RIT»

Foja: 1

2.- Certificado de defunción de Felipe Florencio Maragliano Saldaño, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación.

2.- Fotografía de Felipe Florencio Maragliano Saldaño.

3.- Certificado de nacimiento de Felipe Florencio Maragliano Saldaño.

Tratándose de reiteraciones, se omitirá pronunciamiento acerca de ellos.

Al otrosí, acompaña los siguientes documentos:

1.- Epicrisis del Servicio de Salud del Maule, Hospital Regional de Talca, de fecha 17 de abril de 2017, respecto del paciente José Antonio Maragliano Chacón, suscrito por el Médico Cirujano Sr. Estefano Pareschi Pastén.

2.- Admisión – Recaudación, del Servicio de Salud del Maule, Hospital Regional de Talca, de fecha 20 de abril de 2017, respecto del don José Antonio Maragliano Chacón, con timbre del Hospital Regional de Talca.

3.- Certificado de nacimiento de MARTÍN FELIPE MARAGLIANO MUÑOZ, C.I. 22.389.022-9, hijo de don Felipe Maragliano Saldaño.

4.- Certificado de nacimiento de SARA ESTER MARAGLIANO SALDAÑO, C.I.:15.464.809-7, hermana de don Felipe Maragliano Saldaño.

5.- Certificado de matrimonio de don JOSÉ ANTONIO MARAGLIANO CHACÓN C.I.9.805.720-K y doña ROSA ELVIRA SALDAÑO TRINCADO C.I.: 8.752.120-6, padres de don Felipe Maragliano Saldaño.

6.- Documento “Dolor torácico y alteración electrocardiográfica”, Revista chilena de cardiología.

7.- Resolución que otorga la calidad de establecimiento de autogestión en red al Hospital Dr. Luis Tisné Brousse” EXENTA N° 759, de fecha 27 de dic. 2006.

8.- Resolución que otorga la calidad de establecimiento de autogestión en red al Instituto Nacional del Tórax” EXENTA N° 760, de fecha 27 de dic. 2006.



«RIT»

Foja: 1

Los actores los aclararon por presentación de fecha 31 de mayo de 2019, folio 152.

Respecto de todos los documentos, salvo el número 6, teniendo el carácter señalado en el artículo 342 N° 2 del Código de Procedimiento Civil, se les dará el valor probatorio señalado en el artículo 1.700 del Código Civil.

En relación al del número 6.-, tratándose de un instrumento privado, no reconocido en el juicio, lo que imposibilita que pueda tenerse por reconocido en atención a lo prevenido en el artículo 346 N° 1 del Código de Procedimiento Civil, se procederá a rescatar del mismo su eventual valor presuncional indiciario.

M.- Por presentación de fecha 11 de mayo de 2019 (folio 135):

- 1.- Documento original Dato de Atención de Urgencia (D.A.U.) Hospital Dr. Luis Tisne B. Urgencia Adultos-HSO, folio 00000045976, de fecha 15 de noviembre de 2013, hora de ingreso 10:22 hrs., hora de Alta Clínica 16:39 de 15 de noviembre 2013. Reporte de 16:42 hrs.
- 2.- Documento Original “Ingreso Paciente” , de fecha 15/11/13 23:20 horas Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, paciente Felipe Maragliano, rut 16.379.194-3.
- 3.- Documento “EPICRISIS ATENCIÓN AMBULATORIA” de fecha 31 de mayo de 2018.
- 4.- Certificado de defunción y estadística de Mortalidad Fetal Folio 1846758, emitido por el Instituto Nacional del Tórax”
- 5.- Original de Electrocardiograma realizado a Felipe Maragliano, rut 16.379.194-3 en el Hospital Santiago Oriente D. Luis Tisné Brousse, el día 16 de noviembre de 2013, a las 1:16 y 1:17 PM.



«RIT»

Foja: 1

6.- Copia de Electrocardiograma realizado a Felipe Maragliano, rut 16.379.194-3 en el Hospital Santiago Oriente D. Luis Tisné Brousse, el día 16 de noviembre de 2013, a las 1:13 PM.

Estos documentos ya habían sido aportados, digitalmente, por escrito de fecha 29 de abril del 2019, por lo que se omitirá pronunciamiento acerca de ellos.

TESTIMONIAL

1.- Con fecha 07 de mayo del año 2019, folio 110, se tomó declaración a la testigo de los actores, doña Verónica Ester Salazar Vivanco, fue tachada por la parte demandada, siendo rechazada la inhabilidad pretendida, como consta en esta sentencia.

2.- Consta en autos, que en la audiencia del día 08 de mayo del año 2019, folio 121, declararon las testigos de la parte demandante, doña Rosa Herminia Torres Cuello y doña Silvana Katherine Barrera Agüero.

La testigo Barrera Agüero fue tachada y dicha tacha fue desestimada como consta en la presente sentencia.

Reuniendo sus declaraciones los requisitos legales para ello, se les dará a ellas el valor probatorio consignado en el artículo 384 N° 2 del Código de Procedimiento Civil.

EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

Por escrito de fecha 07 de mayo de 2019, folio 112, la demandante solicitó la exhibición de los siguientes documentos:

1.- Respecto al Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, solicitó la exhibición de la Ficha Clínica, con todos los antecedentes señalados en el artículo 6° del Decreto Ley 41.



«RIT»

Foja: 1

2.- Respecto al Instituto Nacional del Tórax, solicitó la exhibición de la Ficha Clínica de don Felipe Florencio Maragliano Saldaño, con todos los antecedentes señalados en el artículo 6° del Decreto Ley 41.

Por escrito de fecha 09 de mayo de 2019, folio 124, aclaró la solicitud antes referida, en el siguiente sentido:

“Respecto al Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse, se solicitó la exhibición de la Ficha Clínica de don Felipe Florencio Maragliano Saldaño, con los antecedentes señalados en el artículo 6° del Decreto Ley 41” .

Con fecha 05 de noviembre del año 2019, folio 218, tuvo lugar la audiencia de exhibición decretada.

Con fecha 29 de noviembre de 2019, folio 223, la parte demandada de INT acompañó dos folios faltantes de la ficha exhibida por dicha parte demandada.

A los documentos exhibidos se les tendrá por reconocidos en juicio, atendido lo prevenido en el artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, dándosele el valor probatorio señalado en el artículo 1.702 del Código Civil.

OTROS

A.- Al primer y segundo otrosíes de presentación de fecha 02 de enero de 2019, folio 67, la parte demandante solicitó se dirigiera oficios al: 1.- Al Ministerio de Salud; 2.- Al Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente, Psiquiatría y Salud Mental CRS; 3.- Al CESFAM Carol Urzúa; 4.- Al CESFAM Carol Urzúa. Los oficios a este Cesfam, persiguen la remisión de fichas clínicas de 2 personas distintas (Rosa Saldaño Trincado y Elizabeth Maragliano Saldaño); 5.- a la Casa de la Alegría; 6.- Al Hospital Clínico de la Universidad de Chile; 7.- A la Escuela San José Obrero.

Con fecha 21 de marzo de 2019, folio 72, se agregó la respuesta al oficio despachado, por parte del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.



«RIT»

Foja: 1

Con fecha 22 de marzo de 2019, folio 73, se agregó la respuesta al oficio despachado por parte de CRS Peñalolén.

Con fecha 11 de abril de 2019, folio 78, se agregó la respuesta al oficio despachado por parte del Ministerio de Salud.

Los demandados observaron las respuestas dadas por los organismos antes referidos, como consta en los folios 81 y 82, teniéndose presente las observaciones en lo que corresponda en derecho, según resolución de fecha 30 de abril de 2019, folio 88.

B.- Con fecha 07 de mayo de 2019, folio 116, se agregó la respuesta al oficio enviado por parte de la Escuela San José Obrero.

Con fecha 27 de mayo del año 2019, folio 142, se agregó la respuesta al oficio enviado por parte de AFP Habitat.

Con fecha 06 de julio de 2019, folio 155, se agregó la respuesta dada al oficio enviado por parte del Cesfam Carol Urzúa.

Con fecha 22 de agosto del año 2019, folio 199, se agregó la respuesta al oficio enviado por parte del Cesfam Peñalolén.

La parte demandada observó las respuestas dadas a los oficios recién referidos, conforme obra en las presentaciones de los folios 203, 204, 205 y 206, teniéndose presente las observaciones, en lo que corresponda en derecho, según resolución de fecha 04 de septiembre de 2019, folio 207.

UNDÉCIMO: Que, a su vez, la parte demandada aportó los siguientes elementos de convicción:

TESTIMONIAL

En la audiencia del día 07 de mayo del año 2019, folio 115, se tomó declaración al testigo de la parte demandada de INT, don Polentzi Uriarte García de Cortázar.



«RIT»

Foja: 1

En el folio 125, se agregó materialmente la misma audiencia del folio 115.

No fue tachado.

En la audiencia del día 09 de mayo del año 2019, folio 123, se tomó declaración al testigo de la parte demandada de INT, don Christian Alfonso Dauvergne Maya.

No fue tachado.

En la audiencia del día 10 de mayo del año 2019, folio 126, se tomó declaración al testigo de la parte demandada de Hospital Luis Tisné, don Moisés Raúl Sued.

No fue tachado.

En la audiencia del día 10 de junio del año 2019, folio 161, se tomó declaración al testigo de la parte demandada de INT, don Nicolás Gustavo Carreño Calderón.

No fue tachado.

En la audiencia del día 13 de junio del año 2019, folio 165, se tomó declaración al testigo de la parte demandada de INT, don Jorge Enrique Sandoval Berrocal.

No fue tachado.

Reuniendo sus declaraciones los requisitos legales para ello, se les dará a ellas el valor probatorio consignado en el artículo 384 N° 2 del Código de Procedimiento Civil.

PERICIAL

Los demandados solicitaron la designación de peritos, como consta en los folios 129 y 133, sin embargo, nunca se produjo la designación de los peritos señalados, por cuanto nunca se notificó la resolución que daba lugar a tal medida.



«RIT»

Foja: 1

DUODÉCIMO: Que, con los elementos de convicción aportados por las partes al proceso, pueden tenerse por acreditados los siguientes hechos:

- 1.- Que, don José Antonio Maragliano Chacón, era el padre de don Felipe Florencio Maragliano Saldaño.
- 2.- Que, doña Rosa Elvira Saldaño Trincado, era la madre de don Felipe Florencio Maragliano Saldaño.
- 3.- Que, doña Sara Ester Maragliano Saldaño, era hermana de don Felipe Florencio Maragliano Saldaño.
- 4.- Que, don Martín Felipe Maragliano Muñoz, es hijo de don Felipe Florencio Maragliano Saldaño.
- 5.- Que, con fecha 14 de noviembre del año 2013, don Felipe Maragliano Saldaño, ingresó al servicio de Urgencia del Hospital Luis Tisné.
- 6.- Que, al efectuarse la categorización, el Sr. Maragliano Saldaño, señaló como motivo de su consulta tener tos hace un mes, y dolor torácico hace tres semanas (Dato de Urgencia de 15 de noviembre de 2013).
- 7.- Que, en dicho día y en dicho hospital fue evaluado por el doctor Tomas Selman Hasbun, a quien el Sr. Maragliano Saldaño le expuso ser portador de una válvula aórtica bicúspide, con estenosis moderada a leve, en espera de cirugía (Dato de Atención de Urgencia de 15 de noviembre de 2013).
- 8.- Que, al Sr. Maragliano Saldaño se le practicaron dos electrocardiogramas y una radiografía de tórax.
- 9.- Que, el Sr. Maragliano Saldaño, fue evaluado por el internista de turno, Dra. Teresita Cleger González, indicándose presentar la situación del paciente al Dr. Moisés Sued, de especialidad cardiología.



«RIT»

Foja: 1

10.- Que, se le dio el alta al paciente, con hipótesis diagnóstica de tos, con instrucción de presentarse en la mañana del 15 de noviembre del 2013 para ser atendido por el especialista en cardiología Dr. Sued.

11.- Que, el 15 de noviembre de 2013, el Sr. Maragliano Saldaño ingresó nuevamente al Hospital Luis Tisné,

12.- Que, el Sr. Maragliano Saldaño fue evaluado por la Dra. Dannette Guíñez, ordenando un ecocardiograma y la interconsulta con cardiólogo del INT.

13.- Que, se le practicó un ecocardiograma, con fecha 15 de noviembre de 2013, a las 10:52 hrs., con la siguiente interpretación diagnóstica: comentándose a su respecto lo siguiente: “Sospecha de dilatación ventric izquierda. Taquicardia sinusal. Ligera desviación del eje hacia la izquierda. Descenso del ST (lateral, anterior) Elevación del segmento ST (anterior) Onda T negativa (lateral, anterior) probable ECG anormal.

14.- Que, a su vez, el Ecocardiograma Doppler practicado al Sr. Maragliano Saldaño el 15 de noviembre de 2013, permitió las siguientes Conclusiones: 1.- Cavidades cardiacas levemente dilatadas con hipertrofia ventricular; 2.- Motilidad global anormal y segmentaria con hipokinesia global. Derrame pericárdico leve; 3.- Estructuras valvulares fibrilcalcificadas con gradiente transvalvular aórtica de: (74/49 mmHg) y Area valvular de 0,7 cm². Estenosis **aórtica Moderada a severa** (énfasis es propio de la cita). Insuficiencia aórtica leve y tricúspide moderada; 4.- Presión sistólica de arteria pulmonar estimada en 58 mmHG; 5.- **Función sistólica deteriorada** (énfasis es propio de la cita); 6.- Sin evidencia de disfunción diastólica; 7.- Sin arritmia durante el examen.

Los comentarios efectuados a este ecocardiograma fueron los siguientes: FEVI deteriorada. HVI. Estenosis aórtica moderada a severa. Sin arritmia durante el



«RIT»

Foja: 1

examen. Evidencia de disfunción diastólica. Derrame pericárdico. Dilación de la raíz aórtica (Marfan)”

Estas conclusiones y comentarios fueron efectuados por el Dr. Moisés Sued (Ecocardiograma de fecha 15 de noviembre de 2013).

Hipótesis diagnóstica Disnea (Dato de Atención de Urgencia 15 de noviembre de 2013).

14.- Que, se le recetó al Sr. Maragliano Saldaño espironolactona, atenolon, losartan, berodual, y en caso de deterioro de salud, acudir a urgencia.

15.- Que, la hoja de interconsulta suscrita por la Dra. Guíñez, señaló como principal síntoma “disnea”, y como diagnóstico clínico “estenosis aórtica moderada a severa en espera de cirugía IC FEVI 36% (Hoja de interconsulta de fecha 15 de noviembre de 2013).

16.- Que, con fecha 15 de noviembre, cerca de las 23.00 hrs. nuevamente es ingresado a la urgencia del hospital Luis Tisné, luego de un desmayo en su casa, diagnosticándosele: Síncope (shock cardiogénico) (dato de atención de urgencia 15 de noviembre de 2013).

16.- Que, en este ingreso se realizó un electrocardiograma (ECG) que reflejó que el Sr. Maragliano Saldaño, había sufrido un infarto agudo al miocardio anterior, probablemente reciente y posible aumento de la aurícula izquierda.

17.- Que, en la epicrisis de alta efectuada en el hospital Luis Tisné, efectuada al derivar al INT al Sr. Maragliano Saldaño, se señala lo siguiente: “Shock cardiogénico. Estenosis aórtica severa+dilatación de la raíz aórtica. Obs neumonía derecha. En el punto IV, denominado Evolución, se constata lo siguiente “... Inicio cuadro de aumento progresivo de la disnea de esfuerzo, tos productiva y sensación febril no objetivada, intento retomar controles en INT sin éxito, por lo que decidió consultar en su HSO. Al ingreso normotenso y afebril, se realizó



«RIT»

Foja: 1

ecocardiograma que mostró estenosis aórtica con área valvular de 0,7 cm² dilatación de la aorta ascendente hasta 5 cms hipokenesia flobal con FE= 36%, derrame pericárdico leve. Evolucionó con hipotensión por lo que se le realizó angioTac de tórax, que descartó una disección aórtica. Se trasladó a la UCI para manejo de shock cardiogénico. Al ingreso en GSC=15 ptos, mala perfusión distal, con acidosis metabólica severa, hepatitis isquémica con prolongación severa del tiempo de protombina y falla pre-renal. A la ecoscopia impresiona con deterioro de la función del ventrículo izquierdo.

18.- Que, en el señalado documento (Epicrisis del Hospital Luis Tisné para evacuación del Sr. Maragliano Saldaño), no se consigna la fecha de egreso del paciente, ni la hora, pero si su ingreso, señalándose el 16 de noviembre de 2013, a las 15.00 hrs.

19.- Que, la ficha Clínica del INT del paciente Sr. Maragliano Saldaño se consigna lo siguiente *“...Felipe concurrió a servicio de urgencia el día jueves tal como le indicó el Dr. González, pero en urgencia lo dieron de alta. Presentó síncope en casa y volvió nuevamente a servicio de urgencia donde lo dejaron hospitalizado y se solicitó traslado urgente a UCI de INT, en falla multiorgánica, que necesitó ser conectado a sistema de asistencia ventricular izquierda veno arterial con oxigenador.*

Tras terapia intensiva no recupera fallas y progresan, falleciendo 21/11/13 a las 14:00 hrs. ...” .

20.- Que, en la ficha clínica antes referida, aparece como fecha de ingreso del Sr. Maragliano Saldaño a la UCI del INT, el día 16 de noviembre de 2013, a las 19:30 hrs.

21.- Que, igualmente en dicha ficha se consigna la instalación al Sr. Maragliano Saldaño de ECMO, el día 17 de noviembre de 2013.



«RIT»

Foja: 1

DÉCIMO TERCERO: Que, en primer término, es menester recordar que la imputación de responsabilidad en relación a los demandados que efectúan los actores, dice relación con una supuesta falta de servicio en que éstos habrían incurrido en relación a las atenciones brindadas a don Felipe Maragliano Saldaño, en concreto:

Respecto del INT

1.- El INT habría incurrido en falta de servicio, cuando habría funcionado en forma defectuosa al no prestar la atención médica oportuna y adecuada, para evaluar a Felipe Maragliano Saldaño.

2.- El INT habría incurrido en falta de servicio, al funcionar en forma negligente, cuando suspendió la hora otorgada para el 8 de noviembre de 2013 y no la reprograma.

3.- Este servicio hospitalario público, habría incurrido en falta de servicio, al funcionar en forma defectuosa cuando una enfermera en forma telefónica habría informado, sin haber evaluado el paciente, que su condición de salud no tenía raíz cardiológica.

4.- El INT habría incurrido en falta de servicio, cuando el personal sanitario de este hospital, se desentiende de un paciente y lo deriva a un centro sanitario de menor complejidad.

5.- El INT habría incurrido en falta de servicio, al haber funcionado en forma tardía el día 16 de noviembre de 2013, cuando Felipe es traslado desde el Hospital Dr. Luis Tisné B. y no se le habría prestado la asistencia ventricular y/o cirugía de urgencia, solicitada previamente por personal sanitario de aquel, por encontrarse en riesgo vital.

6.- El INT habría incurrido en falta de servicio, al haber funcionado en forma defectuosa y deficiente al haber mantenido a Felipe Maragliano Saldaño desde su



«RIT»

Foja: 1

ingreso al INT, sólo con terapia farmacológica, sin haber dispuesto en forma paralela y oportuna de la intervención quirúrgico de urgencia inmediata al momento del ingreso, o dada su condición ya crítica cuando es evaluado 11 horas más tarde.

7.- El INT habría incurrido en falta de servicio, al funcionar en forma defectuosa al no disponer en la UCI del personal médico adecuado para evaluar en forma oportuna a un paciente con compromiso cardiovascular grave.

8.- El INT habría incurrido en falta de servicio, grave e inexcusable, cuando funcionó defectuosamente al no haber dispuesto de la ficha Clínica de Felipe a su personal médico y sanitario.

9.- El INT habría incurrido en falta de servicio, grave e inexcusable, cuando en forma defectuosa el doctor Jorge Enrique Sandoval Berrocal, se equivoca en la epicrisis al señalar que a Felipe lo trasladan a la UCI del INT del Hospital Luis Tisné, el 17 de noviembre, cuando fue el 16 de noviembre.

10.- El INT habría incurrido en falta de servicio, al funcionar en forma deficiente, al comentar en reiteradas ocasiones a los demandantes que a Felipe probablemente se le amputaría una pierna y/o un brazo.

11.- El INT habría incurrido en falta de servicio, al funcionar en forma deficiente y defectuosa al no aplicar oportunamente en forma inmediata y antes que Felipe presentara la falla Renal y Hepática, el “FLUJOGRAMA DE MANEJO DEL PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA” .

Respecto del Hospital Luis Tisné

1.- Este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio el día 14 de noviembre de 2013 por no realizar los exámenes bioquímicos y cardiogramas que habrían procedido atendido el estado y condición de Felipe.

Ecocardiograma.



«RIT»

Foja: 1

2.- Este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio, el día 14 de noviembre de 2013, al funcionar en forma defectuosa cuando el Dr. Tomas Selman, envió a su domicilio a Felipe.

3.- El Hospital Luis Tisné Brousse habría incurrido en falta de servicio, al funcionar en forma defectuosa el Dr. Tomas Selman establece como hipótesis diagnóstica de TOS, para Felipe, sin efectuarle los exámenes que habrían correspondido.

4.- Este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio, el día 15 de noviembre, cuando la Dra. Dannette Guíñez F. no mantuvo a Felipe bajo supervisión médica y no lo hospitaliza como sugerirían las Guías que tratan el dolor torácico y el IAM con supradesnivel del segmento ST, para el debido tratamiento del paciente y lo envía a su domicilio.

5.- Este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio, cuando el día 15 de noviembre, habiéndose practicado un ECOCARDIOGRAMA DOPPLER, la Dra. Dannette Guíñez, habría omitido indicadores de relevancia clínica, no adoptando las medidas que la literatura de la ciencia indicaría.

6.- Este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio, el día 15 de noviembre, cuando atendida la condición grave de salud de Felipe, la Dra. Dannette Guíñez F. en forma defectuosa no dispuso su traslado inmediato al INT para ser intervenido inmediatamente, teniendo los medios para aquello, dándolo de alta a las 16:39 hrs. con una Hipótesis diagnóstica Probable de DISNEA.

7.- Este servicio hospitalario público, habría incurrido en falta de servicio, el día 15 de noviembre de 2013, cuando Felipe ingresa por tercera vez, a las 23:20 horas, con antecedentes de una Insuficiencia Aórtica Severa, en forma tardía, ingresa a Felipe a la UCI del hospital y 15 horas después, esto es, a las 15:00



«RIT»

Foja: 1

horas del día 16 de noviembre de 2013, lo envía a la UCI del INT, cuando Felipe ya había desarrollado un shock cardiogénico

8.- Este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio, el día 16 de noviembre, cuando traslada en forma tardía a Felipe al hospital al INT, solo una vez que comienza con Shock Cardiogénico, cuando sus posibilidades de vida se habían mermado al 50% y cuando tenía “cero posibilidad de sobrevivir” .

9.- Este servicio hospitalario público, habría incurrido en falta de servicio, el día 16 de noviembre de 2013, al trasladar a Felipe al INT, para asistencia ventricular y/o cirugía de emergencia, sin enviar a este último recinto hospitalario, los resultados del Ecocardiograma Doppler, ni exámenes bioquímicos, en que se encontraba documentada las condiciones graves de salud de Felipe.

10.- Este servicio hospitalario público habría incurrido en falta de servicio, grave e inexcusable, al mantener en forma defectuosa un sistema computacional que permite establecer hipótesis diagnósticas de TOS y DISNEA, cuando en verdad ellas no son diagnósticos médicos, sino SINTOMAS, rebajando con ello la real entidad, gravedad e información sobre el real estado de salud clínica del paciente.

DÉCIMO CUARTO: Que, debe aclararse que la falta de servicio puede perfilarse como “... el incumplimiento de un deber de servicio. Ese incumplimiento puede consistir en que no se preste un servicio que la Administración tenía el deber de prestar, sea prestado tardíamente o sea prestado en una forma defectuosa de conformidad con el estándar de servicio que el público tiene derecho a esperar” (Barros, B. E. “Tratado de Responsabilidad Extracontractual” , 2007, p. 507).

Agrega el autor citado que “...la normalidad del servicio tiene que ver con expectativas de la comunidad: no se refiere a aquello que uno quisiera como servicio eficiente ..., sino a aquello a que se tiene derecho a esperar. ...” (autor y obra citada, página 511).



«RIT»

Foja: 1

Ahora, tratándose de Clínicas y Hospitales, el citado profesor Barros Bourie opina que *“la responsabilidad de clínicas y hospitales por el hecho propio tiene por antecedente típico no haber dispuesto de los medios necesarios para prestar los servicios. Se trata de una culpa en la organización, ...”*. Y luego, en relación a servicios públicos de salud señala que *“Análogas características presenta la responsabilidad de los servicios públicos de salud por falta de servicio, porque ésta está referida a la defectuosa organización, que provoca la ejecución anormal o deficiente del servicio, ..”* (autor y obra citada, páginas 691 y 692).

Resulta indiscutible, por otro lado, que los hospitales demandados son instituciones públicas autogestionadas, por cuanto ha resultado acreditado con los documentos aportados al otrosí del escrito de fecha 11 de mayo de 2019, folio 134, analizados en la letra I., números 7 y 8, del motivo Décimo anterior, consistentes en: (i) Resolución que otorga la calidad de establecimiento de autogestión en red al Hospital Dr. Luis Tisné Brousse” EXENTA N° 759, de fecha 27 de dic. 2006; y, (ii) Resolución que otorga la calidad de establecimiento de autogestión en red al Instituto Nacional del Tórax” EXENTA N° 760, de fecha 27 de dic. 2006.

Por ello, en la especie resultan aplicables las normas que establecen la denominada Responsabilidad Civil del Estado, establecida en los artículos 6° , 7° y 38° inciso segundo de la Constitución Política de la República, en los artículos 4° y 44 de la Ley Orgánica Constitucional N° 18.575 sobre Bases de la Administración del Estado, y en el artículo 1° del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud y en el artículo 38 de la Ley del AUGE.

En especial, el artículo 44 de la Ley Orgánica Constitucional N° 18.575, que dispone, en lo pertinente, que *“Los órganos de la administración serán responsables del daño que causen por falta de servicio”*; y el artículo 1° del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que señala: *“El servicio de salud y*



«RIT»

Foja: 1

sus funcionarios tienen la obligación legal de adoptar las acciones positivas y oportunas en pro de los pacientes” ; e igualmente el artículo 38 de la Ley N° 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud, de la siguiente manera: “los órganos de la Administración en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio.”

DÉCIMO QUINTO: Que, por otro lado, los testigos de los demandados declararon lo siguiente en el proceso:

Testigos demandado Hospital Luis Tisné:

Folio 126:

“... MOISÉS RAÚL SUED, ... Al punto de prueba N° 1 de la interlocutoria de prueba de fecha trece de agosto de 2018, que rola a fs. 46.

R.- Considero que si hubo efectividad en la atención, fue una atención efectiva dado que se me presenta un paciente joven que había estado en día previo en el Hospital Luis Tisné, en urgencias, consultando por disnea o falta de aire, cursando una infección respiratoria del cual ya se sabía que padecía una cardiopatía congénita y se me consulta para su diagnóstico y evaluación. Se le estudia apenas me llega la interconsulta confirmándose la sospecha de una cardiopatía congénita (CC) por una estenosis aórtica debido a una aorta bicúspide.

Repreguntas: Para que diga el testigo si recuerda la época en que se brindó la atención a la que acaba de hacer referencia.

R.- Noviembre del 2013, si mal no recuerdo fue un día viernes.

Para que diga el testigo si sabe cuál era las cardiopatías congénitas que padecía el paciente.

R.- Después de estudiarlo, ya que no conocía al paciente, confirmándose lo referido previamente que era una estenosis aórtica por una aorta bicúspide, lo cual implica una obstrucción en la válvula de salida del corazón y por sus



«RIT»

Foja: 1

características de nacimiento que se presenta en una incidencia muy baja en la población y que puede seguirse clínicamente mucho tiempo y algunos casos de acuerdo a su gravedad requieren tratamiento quirúrgico.

Para que diga el testigo si recuerda cuales fueron las medidas que se adoptaron al ingreso del paciente al que ha hecho referencia en el Hospital LuisTisné.

R.' Tengo entendido que en la urgencia, porque yo no lo recibí el día de su ingreso, se le hicieron las medidas básicas, examen físico, de laboratorio, electrocardiograma, radiografía, sin constatarse ninguna urgencia al momento del examen, por lo cual se le refirió para un examen electivo de la especialidad.

Para que precise el testigo de acuerdo a lo que acaba de referir, a qué se refiere cuando señala que no se constató ninguna urgencia del paciente al momento de consultar en el hospital.

R.- Según referencias el paciente venía cursando una infección respiratoria y con tratamiento instalado, por lo cual se pudo asumir de que sus síntomas se debían a ese cuadro, no obstante, para tranquilidad de la familia y del médico a cargo se realizó la interconsulta a especialista.

Para que diga cuál era el objetivo de la indicación de los exámenes a los que hizo alusión en su declaración.

R.- Confirmar el diagnóstico, el origen u etiología y la gravedad de la misma.

Para que diga el testigo si con ocasión de la interconsulta a la especialidad de cardiología a la que hizo referencia a usted le correspondió evaluar al paciente e indicar o realizar algún examen.

R.- Así se hizo: evaluación y ecocardiograma que confirmó la sospecha clínica.

Para que diga cuál fue la conducta que se adoptó por parte de los profesionales del hospital Luis Tisné (HSO) luego que se confirmara la sospecha clínica a la que ha hecho referencia.



«RIT»

Foja: 1

R.- Por mi parte contacté telefónicamente a un cardiocirujano especialista en aorta a los fines de informarle el caso y la posibilidad de su evaluación ambulatoria para su resolución quirúrgica.

Para que diga el testigo si la resolución quirúrgica a la que ha hecho referencia podía realizarse en el HSO.

R.- De ningún modo, requiere un centro de alta complejidad y dado el sistema de salud en red corresponde al I.N.T. su resolución en forma electiva dado que era una patología congénita de larga data y cursando una infección, lo cual requiere su tratamiento previo.

Para que diga el testigo de acuerdo a la atención que brindó al paciente si en los registros clínicos del H.S.O. se consignó o constató que el paciente haya cursado durante la atención en ese recinto hospitalario con un infarto agudo al miocardio.

R.- Absolutamente no.

Para que diga el testigo si recuerda cuantas consultas efectuó el paciente al que ha hecho referencia en el H.S.O.

R.- Tengo entendido que dos.

Para que precise conforme a lo anterior cómo es posible sostener que la atención "fue efectiva" si el paciente requirió de dos consultas previo a la derivación al hospital de referencia para la resolución quirúrgica de la patología que ha descrito.

R.- En Chile como en el resto del mundo uno de los problemas básicos en salud son las listas de esperas tanto para estudios electivos como tratamientos intervencionistas. El paciente fue estudiado dentro de las 24 horas de su consulta, se confirmó el diagnóstico y se habló al cardiocirujano para planear una interconsulta cardioquirúrgica ganándose meses en el proceso diagnóstico y terapéutico, a eso me refería con efectiva.



«RIT»

Foja: 1

Para que diga el testigo cual es el fundamento desde el punto de vista médico de que él paciente durante su atención en el HSO no cursó con un infarto agudo al miocardio.

R.- No presentó clínica de un infarto ni el electrocardiograma ni el ecocardiograma lo evidenciaron.

No hay más repreguntas.

Contra interrogaciones.

Para que diga el testigo si los documentos que se exhibe en este acto que paso a individualizar "Informe de Ecocardiografía Bidimensional Doppler color" realizado en día 15 de noviembre del 2013 corresponde al examen practicado por usted (contiene los parámetros adoptados por el examen ecocardiográfico, descripción, conclusiones, comentarios e imagenología) y; si el examen electrocardiográfico de fecha 15 de noviembre del año 2013, acompañado por escrito de 29 de abril de 2019 cuyo archivo se consigna con el nombre P8 ECG IAM 15/11/13, 22:30 horas, que corresponde al H.S.O. cuya interpretación señala probable infarto agudo (anterior) si este último fue conocido por usted.

R.- En cuanto a la primera parte de la pregunta, si corresponde al examen realizado por mi persona. En cuanto a la segunda parte de la pregunta, como figura en el registro fue realizado a las 22:30 horas de ese día y no era conocido por mi persona. Además, el error más común en los servicios de urgencias es guiarse por el informe automatizado del equipo que como en este caso dice probable infarto de miocardio, lo cual no es así, dado que el paciente presenta una hipertrofia ventricular izquierda secundaria a su estenosis aórtica.

Para que el testigo diga si los parámetros arrojados por el ecocardiograma realizado por él sugerían hospitalización inmediata.



«RIT»

Foja: 1

R.- No en ese momento dado que esta patología provenía de larga data desde su nacimiento.

Para que el testigo diga cuales son los parámetros que determinan una estenosis aórtica severa.

R.- Una estenosis aórtica se cuantifica por: gradientes transvalvulares, área valvular aórtica, fracción de eyección del ventrículo izquierdo y presiones pulmonares, datos presentes en el informe acompañado.

Para que precise el testigo cual es el valor de cada uno de esos parámetros que señaló que determinan que está frente a una estenosis aórtica severa.

R.- Tengo que ver el informe, porque ahí el número no lo recuerdo con precisión, pero sí de que se trataba de una estenosis aórtica moderada a severa.

Para que el testigo diga según la lex artis cuáles son los parámetros que determinan una estenosis aórtica severa, me refiero precisamente a: gradientes transvalvulares, área valvular aórtica, fracción de eyección del ventrículo izquierdo y presiones pulmonares.

R.- Gradientes transvalvulares: mayores de 40 mmHg. Medios; Área valvular aórtica: menor de un centímetro cuadrado ó 0.7 centímetros cuadrados por superficie corporal; Fracción de eyección del ventrículo izquierdo: puede estar conservada o deteriorada al igual que las presiones pulmonares.

Para que diga el testigo el valor numérico de la FEVI que indica que puede estar conservada o deteriorada.

R.- FEVI mayor del 50% se considera normal y menor del 40% deteriorada.

No hay más contra interrogaciones.

Al punto de prueba IM° 2.

R.- Hago referencia a todo lo declarado previamente dado que mi ámbito de trabajo corresponde al Hospital Santiago Oriente.



«RIT»

Foja: 1

No hay repreguntas.

Contra interrogaciones.

Para que el testigo diga si Felipe Maragliano que según el informe ecocardiográfico bidimensional doppler color de fecha 15 de noviembre de 2013 tenía una FEV1 de 36%, un área valvular de 06 centímetros cuadrados identificado como A2:0,6 centímetros en el informe, requería ser hospitalizado.

R.- Me refiero a la respuesta consignada previamente: una estenosis aórtica congénita es de larga data y en su evolución de acuerdo a las complicaciones va a necesitar una intervención quirúrgica. Se deben evaluar las causas desencadenantes y complicaciones evolutivas que determinaran el momento quirúrgico.

No hay más contra interrogaciones.

Al punto de prueba N° 3.

R.- Si, de acuerdo a lo desarrollado en las preguntas precedentes, ya que el paciente fue estudiado dentro de las 24 horas con los registros acompañantes y se contactó a cardiocirugía para comentarles el caso.

Repreguntas:

Para que diga el testigo, de acuerdo a que ha afirmado que la conducta de los profesionales del H.S.O. en la atención del señor Maragliano se ajustó a la lex artis, por qué motivo no se le indicó la cirugía o derivación al momento de su ingreso a la referida institución.

R.- El- paciente estaba estable hemodinamicamente al momento del examen, cursando una infección respiratoria que al igual que cualquier tipo de infecciones contraindican una cirugía electiva valvular por el riesgo de la infección protésica, o sea, de la válvula de reemplazo.

Para que diga el testigo si conforme a lo anterior que ha referido y en virtud del cuadro que presentaba el paciente al momento de consultar por primera vez en el



«RIT»

Foja: 1

HSO, éste recibió las medidas de soporte para tratar el cuadro por el cual consultaba.

R.- Si, en ese momento.

Para que precise el testigo cuales eran las medidas de soporte que recibió y a las que ha hecho referencia.

R.- Tengo entendido que mantener el tratamiento de su infección respiratoria más el apoyo de inhaladores.

Para que diga el testigo, si sabe, cuál era la institución hospitalaria en donde el paciente era atendido por sus cardiopatías congénitas.

R.- Tengo entendido que en el Instituto Nacional del Tórax.

No hay más repreguntas.

Contra interrogaciones.

Para que el testigo aclare y precise si la infección respiratoria se debía a sus patologías y aclare el tratamiento farmacológico medicamentoso que recibió el paciente en HSO.

R.- No, las infecciones y más aún que cursaba en forma ambulatoria son procesos concomitantes y no la causa de su patología de base, y tengo entendido que el tratamiento medicamentoso fue de soporte de su infección.

Para que el testigo aclare si dentro del tratamiento medicamentoso se le recetó algún medicamento para tratar la hipertensión.

R.- No lo recuerdo” .

FOLIO 126:

*“...Testigo **TOMÁS SALVADOR SELMAN HASBÚN**, ... Al punto de prueba N° 1.*

R.- En la atención del paciente no hubo una falta de servicio, sino lo contrario, se tomaron consideraciones especiales. Me explico: atendiendo los antecedentes de una



«RIT»

Foja: 1

valvulopatía congénita del paciente y habiéndolo evaluado en conjunto con un especialista se determina que el paciente no cumplía criterios de urgencia médica que ameritaran completar evaluación hospitalizado, pero si era pertinente una evaluación por cardiología con el objetivo de. Primero: una eventual realización de un ecocardiograma o ecocardiografía, que es lo mismo y Segundo: intentar facilitar una nueva atención en el I.N.T. que es el centro donde se manejan estas patologías dentro del servicio de salud metropolitano oriente.

Detallaré algunos hechos que me parecen fundamentales para comprender lo que antes expuse:

El paciente consulta por un cuadro clínico caracterizado por tos y aquí hay que señalar que él al personal médico nunca refirió dolor torácico, de uno a dos meses de evolución, lo que no traduce un cuadro agudo súbito de urgencia, que por lo demás no interfería en sus actividades de vida cotidiana como él refirió, lo cual en el ámbito médico nos permite comprender el impacto del cuadro actual en cuanto a su magnitud. Además, presentaba signos vitales normales con excepción de una leve taquicardia que el paciente refería de larga data, lo que se interpreta de igual manera que lo anterior. Esto último es importante porque el paciente presentaba un ritmo cardíaco normal y no una arritmia como se señala en la demanda y es fundamental eso clínicamente. Otro punto a considerar es que presentaba un examen físico sin hallazgos significativos, solo el soplo esperable dentro del cuadro del paciente.

En este punto el paciente es evaluado con un segundo electrocardiograma y una radiografía de tórax, esta última sin hallazgos significativos. El electrocardiograma de control no mostró cambios evolutivos respecto del primero tomado al ingreso del paciente al servicio de urgencia. Esto último es muy importante porque nos habla, en conjunto con el cuadro clínico ya descrito, que no se trataba de un infarto



«RIT»

Foja: 1

agudo al miocardio como se señala en la demanda, lo cual probablemente se mal entiende de un diagnóstico automatizado del electrocardiógrafo, el cual es el aparato que registra el examen y que hace dicha interpretación a partir de lo esperado para un corazón estructuralmente sano, no como en el caso del paciente. Es bueno destacar que dicho aparato hace esas interpretaciones con bastante sensibilidad, pero no es específico en sus diagnósticos. Con todo esto a la vista y considerando que el paciente ya había recibido tratamiento antibiótico para un eventual cuadro infeccioso es que comento el caso con la internista del turno y se decide en conjunto que lo más oportuno para el paciente era la evaluación señalada con cardiólogo y ecocardiografía, para lo cual se cita al paciente para tan solo unas horas después. Cabe destacar que dichas evaluaciones no se encuentran disponibles en horario inhábil, además me parece oportuno señalar que tampoco son evaluaciones de urgencia en forma rutinaria y en este caso se hicieron atendiendo los antecedentes del paciente. En este sentido el paciente no fue dado de alta de su proceso diagnóstico médico sino solo de la atención de ese día para efectos administrativos únicamente, lo que el paciente comprendió y queda de manifiesto en el hecho que él asiste al control al día siguiente. Si bien yo lo atiendo hasta este punto consulté a la doctora Guiñez por el paciente poco tiempo después ya que a ella le hago entrega del caso en el cambio de turno para que tuviese en consideración todo lo ya descrito e hiciera las correspondientes gestiones con el doctor Sued cardiólogo. Con todo lo anterior creo que es claro que nunca se desatendieron los antecedentes del paciente y nunca se escatimó en lo necesario en cuanto a atención médica correspondiente.

Repreguntas:



«RIT»

Foja: 1

Para que precise el testigo de acuerdo a su declaración cuando señaló que atendió al paciente en el servicio de urgencia del HSO "en conjunto con especialista" a quien se refiere.

R.- 'A la doctora Teresita Cleger, internista.

Para que explique el testigo por qué motivo el paciente al momento de su ingreso y evaluación no cumplía con criterios de urgencia médica, precisando al respecto cuales son los criterios de una urgencia médica.

R.- En primer lugar que haya un cuadro clínico agudo especialmente si existe algún desencadenante conocido. El paciente presentaba un cuadro clínico de 1 a 2 meses de evolución de instalación insidiosa. Segundo, que tenga repercusión importante en su vida diaria. En este caso el paciente refería que podía desempeñar actividades rutinarias y básicas como comer y desplazarse en forma normal. Tercero, que presente alteraciones significativas al examen físico. El paciente únicamente presentaba aumento de la frecuencia cardíaca en forma discreta y que además el mismo refería de larga data; el resto de los signos vitales y hallazgos a la evaluación no orientaban a un cuadro de urgencia médica. Cuarto, alteraciones en los exámenes complementarios que representasen alguna urgencia relacionada al motivo de consulta o cuadro clínico. A este respecto presentaba una radiografía de tórax normal y dos electrocardiogramas que no presentaron cambios evolutivos en el tiempo. Esto último traduce que no había un proceso agudo en evolución, ya que se altera y cambia con bastante rapidez este examen.

Para que diga el testigo cual es el fundamento clínico de que el paciente presentaba un ritmo cardíaco normal y no una arritmia, según señaló en su declaración.

R.- Hay dos elementos para ello. Primero que era un ritmo regular al examen físico, a lo que se suma el hecho de que el paciente presentaba buena perfusión



«RIT»

Foja: 1

distal (lo que traduce irrigación sanguínea adecuada hacia las partes más distales del cuerpo) y buena saturación de oxígeno en la sangre (oxigenación de la sangre).

Segundo, el electrocardiograma mostraba un trazado normal, lo que significa que la propagación del estímulo eléctrico del corazón seguía su vía normal.

Para que diga el testigo cuál es la importancia que el Sr. Felipe Maragliano al momento de la evaluación que usted efectuó en el servicio de urgencia "nunca refirió dolor torácico" para efectos de determinar la conducta médica respecto del paciente o incidencia en una determinada patología.

R.- El dolor torácico como síntoma puede traducir cuadros de gravedad (aunque no siempre) y en este caso hubiese sido llamativo dado los antecedentes del paciente. En particular pensando en un proceso de isquemia del corazón, esto quiere decir falta de irrigación,, sanguínea, lo cual se presenta con dolor característico, intenso y de forma precoz. Lo de precoz o temprano de presentarse esto no es compatible en un cuadro del tiempo de evolución que refirió el paciente.

Para que diga el testigo de acuerdo a los registros clínicos del paciente si se encuentra objetivado que el Sr. Maragliano durante la atención en el HSO haya cursado con un infarto, agudo al miocardio.

R.- No, no hay evidencia de que haya cursado con un infarto agudo al miocardio.

Para que precise conforme a ello toda vez que existe un examen (electrocardiograma de fecha 15 de noviembre del 2013), cuya impresión del referido examen señala "la existencia o probabilidad que el paciente esté presentando el referido infarto al que ha hecho alusión anteriormente", conforme a aquello existe contradicción respecto a que el paciente haya o no cursado el infarto referido.



«RIT»

Foja: 1

R.- Dentro de la impresión del electrocardiograma el aparato que registra el examen agrega una interpretación automatizada de este resultado. Dicha interpretación puede verse afectada por varias razones, entregando un resultado muchas veces incorrecto. Dentro de esas razones en este caso cabe destacar que el aparato no toma en cuenta los antecedentes ni comorbilidades del paciente.

Repreguntado, conforme a lo anterior, cómo se objetiva que no haya cursado un infarto agudo al miocardio.

R.- En medicina no hay absolutos, por lo que integrar los distintos elementos de la evaluación del paciente es fundamental. Se debe considerar siempre la historia clínica (incluyendo los antecedentes médicos), el examen físico, exámenes complementarios, junto con la evolución y en algunos casos la respuesta al tratamiento. En este caso ninguno de los tres primeros era sugerente de un infarto. Hay un elemento que también descarta una de las posibles causas de infarto en pacientes como Felipe, como lo fue la ausencia de disección aórtica (lo que ya era poco probable dado la falta de cuadro clínico compatible con ello y que es muy característico) que quedó demostrado en el angioTC (que es lo mismo que la angioTAC) que se realizó posteriormente.

No hay más repreguntas.

Contra interrogaciones.

Para que el testigo diga si el documento Dato de Atención de Urgencia (DAU) de fecha 15 de noviembre del 2013 02.52 horas fue suscrito por él y para tal efecto se exhibe el documento asignado en la carpeta digital con el nombre p1 DAU H. Tisne F 00000045976, 14/11/13.

R.- Si.

Para que el testigo aclare según el documento que se le exhibió cuál fue el motivo de consulta del paciente Felipe Maragliano Saldaño.



«RIT»

Foja: 1

R.- El motivo de consulta referido por el paciente al médico cuando es atendido es "Cuadro de tos seca en accesos de + / - un mes de evolución, sensación febril no cuantificada". Cabe destacar que el motivo de consulta en el encabezado del DAU no es registrado por personal médico, sino una aproximación por parte del personal administrativo que realiza el ingreso del paciente al sistema computacional de atención, por lo tanto no representa ninguna forma de evaluación clínica al respecto.

Asimismo en la demanda se señala el diagnóstico de egreso, registrado en este mismo DAU como "tos", como un diagnóstico que rebajaba la condición del paciente, como desestimando sus antecedentes. Cabe aclarar que dicho diagnóstico es meramente un campo de valores fijos a completar en el sistema computacional para poder efectuar el cierre de la atención en este sistema. Esto quiere decir que es un ítem que se debe completar en forma obligatoria y a partir de un listado de diagnósticos predeterminados y que no se pueden modificar, debiendo asignar uno que se aproxime al motivo de consulta del paciente, pero no necesariamente ser un diagnóstico etiológico o final del motivo de atención, ya que en muchos casos los pacientes se atienden para estudio. Jamás este diagnóstico es determinante en el proceder clínico, no restringe estudio ni tratamiento del paciente.

Para que precise el testigo de acuerdo a lo que se señaló "una aproximación por parte del personal administrativo que realiza el ingreso del paciente al sistema computacional de atención, por lo tanto no representa ninguna forma de evaluación clínica al respecto" esta aproximación que aparece consignada en el DAU "Motivo Consulta: dolor al pecho dificultad respiratoria paciente con antecedentes cardiaco" es casual o es lo que informa el paciente al momento del ingreso al servicio de urgencia.



«RIT»

Foja: 1

R.- Es como interpreta, en el lenguaje que él maneja, el personal administrativo que realiza el ingreso al sistema computacional. Es decir, el paciente refiere su motivo de consulta, con sus términos y expresiones, en forma muy abreviada (unas pocas palabras) y el personal administrativo lo interpreta en base a sus conocimientos, que no son médicos y lo plasma también con sus términos y expresiones. Por ejemplo, un paciente puede consultar por "tener el pecho tomado", lo que puede ser interpretado por el personal referido como "ahogo" ó "dolor al pecho" ó "tos" ó "resfrío", etc.

Para que diga el testigo si los 8 exámenes que aparecen individualizados en el DAU efectivamente fueron solicitados por Ud. como aparecen en este documento y en la negativa quien los solicitó.

R.- Como aparece en el DAU, si fueron solicitados por mi. Cabe destacar que pude no haberlos realizados yo, sino alguien que haya usado mi sesión abierta y por lo mismo al darse cuenta de su error, haberlo suspendido. Por lo demás en el DAU se señala que yo los solicito pero no que indico su suspensión. Sin embargo en base a lo ya expuesto en preguntas anteriores, específicamente a propósito del cuadro clínico ya descrito y de haber discutido el caso con la Dra. Cleger, estos exámenes difícilmente habrían determinado un cambio de conducta en el manejo clínico del paciente, manteniéndose como lo más adecuado citarlo al control ya señalado para la mañana siguiente (el cual se llevaría a cabo unas pocas horas después).

Para que el testigo diga si o no solicitó los exámenes referidos.

R.- Ese nivel de detalle no lo recuerdo. Sí solicité el electrocardiograma de control y la radiografía de tórax.



«RIT»

Foja: 1

Para que diga el testigo cuanto tiempo después de su ingreso se toma el electrocardiograma atendido esto que en "Comentario de enfermería" se señala expresamente "se toma ECG" que se refiere al electrocardiograma.

R - El primer ECG se toma poco después que se controlan los signos vitales de "Triage". Esto es parte del protocolo de atención y hasta este punto no ha habido indicación médica. Este ECG se tomó poco después de las 17:25 horas, horario en el que no me encontraba de turno, por lo que desconozco con precisión la hora en que se realizó. El segundo ÉCG que se toma si lo solicité yo justamente para ver si las alteraciones que presentaba el primero habrían cambiado, lo que como ya se señaló podía traducir algún proceso agudo en evolución.

Para que diga el testigo si en sus anteriores declaraciones ha referido que los ECG dan valores o comentarios automáticos qué fiabilidad tiene o confianza entrega dicho examen para que Ud. lo haya vuelto a solicitar.

R.- El ECG es un examen que uno como médico interpreta. Lo interpreta tanto en el trazado eléctrico como en el contexto clínico del paciente. Asimismo se interpreta la evolutividad del examen. No se solicita un examen de control para ver si la interpretación automática del equipo ha cambiado.

Para que el testigo precise cual es la especialidad médica de la internista que señaló como Teresita Cleger.

R.- La especialidad de la Dra. Cleger es medicina interna.

Para que el testigo diga cuál es la hora hábil de la interconsulta de cardiología a la cual fue derivado el paciente al Dr. Sued.

R.- El horario es variable dependiendo de la disponibilidad de cupos de atención y del aparato para realizar el examen (Ecocardiograma). El paciente quedó citado para la mañana siguiente sabiendo que en dicho horario era posible una eventual



«RIT»

Foja: 1

evaluación, la que si, se llevó a cabo en forma extraordinaria, como una suerte de sobrecupo.

No hay más contra interrogaciones.

Al:punto de prueba N° 2.

R.- Yo me puedo referir a lo que dice relación con el H.S. O. Luis Tisné y de ello me remito a, todo lo ya descrito en el punto anterior.”

Folio 161:

“ ... testigo NICOLAS GUSTAVO CARREÑO CALDERÓN, Respecto del punto de prueba N° 1 Responde: A mi juicio no hubo falta de servicio dado que Felipe fue atendido en la medida que fue requiriendo mayor complejidad de atención. A mí me toco conocerlo cuando ya había consultado 2 veces en el servicio de urgencia del Hospital Luis Tisné y tanto la declaración de los médicos que lo atendieron como la realización de los exámenes médicos hacían pensar en una condición banal, una infección viral que no estaba teniendo mayor repercusión sobre su patología cardiaca crónica, por lo tanto, recibió los tratamientos que correspondían, se intentó reestablecer sus controles y tratamiento crónico y se le dio la indicación de volver a consultar si el cuadro clínico cambiaba. Lamentablemente Felipe evolucionó de una manera extremadamente grave y a mí me tocó verlo con un riesgo vital inminente, por lo tanto, en esa oportunidad se ofreció el tratamiento que correspondía que era estabilizarlo para poder trasladarlo a un centro de mayor complejidad. Afortunadamente conseguimos una cama en el Instituto Nacional del Tórax y Felipe pudo continuar su manejo allá. Hay 2 cosas que quisiera agregar en mi declaración: En primer lugar antes de trasladarlo le realice una ecoscopia donde se observaba que el corazón se contraría de muy mala manera pero no había evidencia de infarto, en términos médicos esto se llama una disfunción global de la contractilidad del ventrículo izquierdo sin alteración de la



«RIT»

Foja: 1

motilidad segmentaria. En segundo lugar Felipe impresionaba estar cursando con una infección viral que estaba determinando una miocarditis, por lo tanto, tenía contraindicación absoluta de cualquier tipo de cirugía y yo lo derive al Hospital del Tórax para asistencia ventricular y no para que se operara como consta en la epicrisis de traslado. Razón de mis dichos es el hecho de que me consta por haber sido el responsable de la atención de Felipe en la UCI hasta que fue trasladado al Instituto Nacional del Tórax.

REPREGUNTAS:

1.- *Para que diga el testigo a que se refiere cuando señaló que Felipe Maragliano era portador de una condición cardíaca crónica.*

R: Felipe tenía una estenosis aórtica por una aorta bicúspide que estaba en control entiendo en el Instituto Nacional del Tórax, pero eso no me consta.

2.- *Para que diga el testigo si la patología que acaba de describir corresponde a una cardiopatía congénita.*

R: Felipe nació con una aorta bicúspide que con el paso de los años fue determinando una estenosis aórtica.

3.- *Para que precise el testigo qué es la estenosis aórtica.*

R: Se trata de una condición que determina una dificultad para la salida del flujo sanguíneo fuera del corazón. En general cuando es una estenosis muy importante requiere de un reemplazo de la válvula aórtica.

4.- *Para que diga el testigo cual fue la condición de Felipe al momento de consultar la primera vez en el Hospital Luis Tisné HSO (Hospital Santiago Oriente) y por qué motivo no se le indicó hospitalización en dicho centro hospitalario.*

R: Lo registrado en los datos de atención de los días previos era que Felipe estaba presentando un cuadro respiratorio a todas luces viral que no estaba determinando un deterioro de su condición basal, con esto me refiero a que tanto en el examen



«RIT»

Foja: 1

físico como en los exámenes que se realizaron no había evidencia de una insuficiencia cardíaca descompensada.

5.- *Para que precise el testigo qué es la miocarditis y por qué motivo frente a esta patología no estaba indicada la cirugía para Felipe Maragliano.*

R: La miocarditis es una inflamación del musculo cardiaco que determina una dificultad para la contracción de la fibra muscular, en la inmensa mayoría de los casos se produce a consecuencia de una infección viral y no tiene relación con ninguna cardiopatía congénita si no que le puede ocurrir a cualquier persona, pero es una situación extremadamente excepcional. En este caso había 2 cosas, una estenosis aórtica que ya era conocida pero además, una severa disfunción de la contractilidad cardíaca en el contexto de una infección respiratoria viral, por lo que Felipe no hubiera sobrevivido a un reemplazo valvular si no mejoraba el funcionamiento del musculo cardiaco. Esa es la razón por la cual requería asistencia ventricular y no una cirugía.

6.- *Para que diga el testigo si recuerda si dentro de los antecedentes clínicos de Felipe en el HSO se haya registrado que cursó con un infarto agudo al miocardio.*

R: A mí me consta que eso no ocurrió. El estudio más sensible para pesquisar un infarto al miocardio es la ecografía y yo le realice una ecoscopia donde se veía que todas las paredes estaban disfuncionando y eso descarta un infarto como causa de la insuficiencia cardíaca.

7.- *Para que diga el testigo si la ecoscopia como examen para efectos de determinar la existencia o no de un infarto agudo al miocardio tiene mayor precisión que un electrocardiograma.*

R: Categóricamente sí, la ecografía es el mejor examen para descartar un infarto agudo al miocardio. Ello porque los cambios que se producen en el musculo cardiaco durante un infarto se observan antes de que aparezcan cambios en el



«RIT»

Foja: 1

electrocardiograma y se mantienen en el tiempo después de que el electrocardiograma completa su evolución. Yo no recuerdo el electrocardiograma pero perfectamente recuerdo el estudio ecográfico de Felipe y para mí eso es suficiente para afirmar de que Felipe no tuvo un infarto.

8.- *Para que diga el testigo si de acuerdo a los exámenes efectuados a Felipe Maragliano en el HSO el tipo de estenosis aórtica de la cual era portador era moderada o severa.*

R: Felipe tenía una estenosis severa, era realmente sorprendente que llevara tanto tiempo asintomático con una alteración tan grave de su anatomía cardíaca.

9.- *Para que diga el testigo si recuerda las fechas en que se brindaron las atenciones a que ha hecho referencia en su declaración,*

R: Esto fue el 13, 14, 15 y 16 de noviembre de 2013. A mí me toco atenderlo el último día, el 16.

La parte demandada Instituto Nacional del Tórax, no tiene repreguntas.

CONTRAINTERROGACIONES:

1.- *Para que precise el testigo a qué estudio ecocardiografico se refiere, me refiero a fechas, si fue el 14, 15, 16.*

R: Me refiero al estudio ecográfico que yo realicé el día 16 de noviembre. Yo no soy ecocardiografista pero en el intensivo el ecógrafo se utiliza de rutina como parte del examen físico. Al momento de atender a Felipe yo era internista y había realizado un diplomado en ecografía cardíaca intensiva.

2.- *Para que diga el testigo si tuvo acceso a los resultados y conclusiones del ecocardiograma realizado a Felipe Maragliano el día 15 de noviembre en el HSO.*

R: Claro, tuve acceso al informe de ese ecocardiograma y de las conclusiones que fueron importantes para mí el grado de estenosis aórtica fue lo más relevante porque yo no estoy capacitado para hacer esa evaluación. En cuanto a la función



«RIT»

Foja: 1

cardíaca que yo evalué la fracción de eyección había disminuido con respecto a ese examen, por lo tanto, Felipe estaba mucho peor.

3.- *Para que precise el testigo si recuerda el valor de la fracción de eyección (FEVI).*

R: Recuerdo que era menos de un 15%.

4.- *Para que el testigo aclare si es posible que la alteración de la motilidad segmentaria a la cual se refirió se haya recuperado desde el 15 al 16 en que señaló que no tenía alteración toda vez que una de las conclusiones del ecocardiograma del día 15 señala que había alteración por la motilidad segmentaria y la motilidad global.*

R: El hecho de que haya mejorado la motilidad segmentaria habla de que el mecanismo de disfunción del musculo cardiaco no era un infarto porque un infarto determina una alteración de la motilidad segmentaria definitiva. En este caso probablemente lo que ocurrió es que los segmentos del corazón que todavía se contraían adecuadamente el día 15 disfuncionaron y determinaron la insuficiencia cardiaca con que yo lo conocí.

5.- *Para que el testigo diga en que momento documentó la existencia de una miocarditis a la cual se ha referido.*

R: La única manera de documentar una miocarditis es mediante una biopsia del endocardio o el análisis anatomopateológico del corazón, por lo tanto, yo no puedo afirmarlo categóricamente, para mí es solo una sospecha a la luz de como evoluciona Felipe.

6.- *Para que diga el testigo a qué hora ingresó Felipe Maragliano a la UCI del Hospital Luis Tisné.*



«RIT»

Foja: 1

R: No recuerdo exactamente, yo recibí el turno a las 9 de la mañana, lo evalué cerca de las 10 en el reanimador de la urgencia, le hice el cupo, debe haber llegado a las 11 de la mañana a la UCI.

7.- Para que aclare el testigo por qué o cómo la hora de ingreso en la epicrisis está fijada a las 15:00 horas.

R: La hora exacta de ingreso esta consignada en la hoja de enfermería. En la epicrisis puede haber un error pero yo no recuerdo ver esos detalles con claridad.

8.- En este acto la parte demandante viene en solicitar que se exhiba al testigo el documento pdf denominado "pl4 Ingreso/UCI H.L. Tisne", que fuera acompañado por escrito presentado con fecha 29 de abril de 2019, signado con el folio número 87, a fin de que el testigo señale si fue emitido por él y en caso positivo para que señale o aclare en el ítem "plan" él solicito un traslado urgente a INT para asistencia ventricular, para que señale cuanto es el tiempo en que requería esa asistencia ventricular Felipe Maragliano.

R: Si, ese documento lo escribí yo y a ese documento me refería cuando indique una epicrisis de traslado. A mi juicio era inminente que iba a ser necesario conectarlo a asistencia ventricular pero no me consta en que condiciones llego al Instituto Nacional del Tórax y qué posibilidades reales tenía allá de ofrecerle el tratamiento. Yo le inicié drogas vasoactivas previo al traslado, puede ser que haya llegado en mejores condiciones al Instituto Nacional del Tórax y hayan decidido no conectarlo inmediatamente.

9.- En este acto la parte demandante viene en solicitar que se exhiba al testigo el documento pdf denominado "pl7 UCI Epicrisis H. L. Tisne", que fuera acompañado por escrito presentado con fecha 29 de abril de 2019, signado con el folio número 87, a fin de que el testigo señale si lo suscribió él y para que aclare



«RIT»

Foja: 1

por qué se trasladó a Felipe Maragliano para "eventual asistencia ventricular y/o cirugía de reemplazo valvular de urgencia".

R: Ese documento efectivamente lo escribí yo. La idea de darle asistencia ventricular era poder estabilizarlo de manera que tuviera la oportunidad de que en el algún momento se pudiera realizar una cirugía cardíaca. Ahora los tiempos son discutibles, se podrían haber hecho las 2 cosas al mismo tiempo, darle asistencia ventricular y hacer un reemplazo valvular con un alto riesgo de mortalidad. La otra alternativa era solo darle asistencia ventricular y esperar a que estuviera en mejores condiciones para que la cirugía fuera con menos riesgos de mortalidad. Por eso lo importante era la asistencia ventricular y en ese documento deje planteada la posibilidad de que los especialistas en el Instituto Nacional del Tórax definieran que se iba a hacer finalmente.

10.- Para que el testigo precise o aclare si tiene conocimiento de cuantas horas Felipe Maragliano estuvo en un box de urgencia antes de ingreso a la UCI en el Hospital Luis Tisné.

R: Desconozco cuanto rato estuvo en box la noche del viernes 15, yo lo conocí en el reanimador de la urgencia en la mañana del sábado 16, donde se le pueden administrar los mismos tratamientos que en la UCI, es más, podría haberse ido directamente desde el reanimador a la UCI del Instituto Nacional del Tórax, pero por razones administrativas había que encontrarle el cupo en el INT, llegó a la UCI del HSO y estuvo ahí durante unas horas.

11.- Para que diga el testigo a cuantos electrocardiogramas del paciente tuvo acceso antes de ingresar a la UCI.

R: No recuerdo, probablemente más de uno, estaban todos alterados y por lo tanto la información que se podía obtener de ellos no era relevante, mucho más importante era el estudio ecográfico.



«RIT»

Foja: 1

Respecto del punto de prueba N° 2.

Responde: Como mencione anteriormente la complejidad de la atención que se ofreció a Felipe se fue aumentando en la medida que él se fue agravando y se hicieron todos los estudios y se administraron todos los tratamientos que permitieron estabilizarlo lo suficiente para poder trasladarlo al INT (Instituto Nacional del Tórax). Razón de mis dichos es lo mismo que manifesté en mi respuesta al punto 1.

REPREGUNTAS:

1.- Para que precise el testigo cuales fueron los exámenes que a Ud. le correspondió solicitar respecto de la atención brindada a Felipe Maragliano.

R: Yo le solicité exámenes de sangre que le permitieron establecer la gravedad de las disfunciones orgánicas producto del shock cardiogenico y la respuesta a los tratamientos indicados.

La parte demandada Instituto Nacional del Tórax, no tiene repreguntas.

CONTRINTERROGACIONES:

1.- Para que aclare el testigo si dentro de los exámenes solicitó el de protrombina y en su caso qué mide este examen.

R: No recuerdo si lo solicité yo o ya estaba solicitado en la urgencia. Lo esperado es que este muy alterado en un shock cardiogenico porque el hígado deja de producir los factores de coagulación que se miden en este examen cuando hay un flujo sanguíneo alterado a través del mismo órgano, el hígado.

2.- Para que diga el testigo si él tuvo acceso a otros exámenes que no hayan sido solicitados por él y en el caso cuales.

R: Tuve acceso al ecocardiograma, la radiografía de tórax, los electrocardiogramas, exámenes de sangre que mostraban que fue empeorando progresivamente en forma muy rápida.



«RIT»

Foja: 1

Respecto del punto de prueba n° 3,

Responde: De acuerdo a lo que he señalado previamente a mi juicio se cumplió con la Lex Artis en la atención de Felipe.

REPREGUNTAS:

1.- Para que precise el testigo si lo anterior se refiere a las atenciones brindadas en el Hospital Luis Tisné.

R: Yo solo puedo referirme a lo que ocurrió en el Hospital Luis Tisné.

2.- Para que precise el testigo cual es el fundamento médico de señalar que se cumplió con la Lex Artis en la atención de Felipe Maragliano en el Hospital Luis Tisné.

R: En los datos de atención a los que yo me puedo referir hay una correcta justificación de las decisiones que se tomaron pero evidentemente la evolución fue sorprendentemente mala, por lo que hubo que ir intensificando la agresividad del manejo hasta llegar a una UCI y el traslado a un centro de mayor complejidad.

La parte demandada Instituto Nacional del Tórax, no tiene repreguntas.

CONTRainterrogaciones:

1.- Para que aclare el testigo cual es la importancia de que el paciente según señaló estuviera asintomático.

R: Es lo más relevante para las primeras consultas porque no era fácil distinguir si los síntomas por que consultó se debían a una progresión de su estenosis aórtica o a una condición distinta, por ejemplo una miocarditis, que lo estuviera descompensando. En el caso de que los síntomas fueran explicados solo por la estenosis aórtica lo esperable hubiera sido que con los tratamientos indicados el 13 y 14 de noviembre se sintiera mejor y volviera a sus controles habituales como se propuso en la urgencia.



«RIT»

Foja: 1

2.- Para que el testigo precise que tratamientos recibió en urgencia los días 14 y 15 a los cuales ha hecho referencia.

R: Se le indico una terapia estándar de insuficiencia cardiaca (atenolol, enalapril, furosemida, espironolactona) más el tratamiento de una infección respiratoria viral.

3.- Para que el testigo aclare según observe en los documentos ya reconocidos por él, que el paciente se encontraba con una hipotensión severa, como es posible que se le haya recetado medicamentos betabloqueadores como los son el Atenolol si aquellos causan hipotensión.

R: La estenosis aórtica es especialmente sensible a la hipertensión arterial. El corazón tiene que vencer tanto la obstrucción que determina la válvula esteneótica como el aumento de la presión arterial, por lo tanto, es conveniente que estos pacientes se manejen con presiones más bien bajas. Al momento de la indicación según los datos registrados en los datos de atención la presión arterial estaba normal-alta.

4.- Para que precise el testigo cual es el valor de la presión normal.alta.

R: La presión sistólica entre 130 a 140 y la presión diastólica entre 80 y 90. Lo ideal es que una persona con estenosis aórtica maneje presiones de 90 con 60 a menos de que no tolere presiones tan bajas.

5.- Para que aclare el testigo si el paciente Felipe Maragliano tenía una fuerza de eyección disminuida requería medicamentos para controlar una alta de presión.

R: Un alza de presión para Felipe hubiera sido una emergencia médica que habría que haber manejado agresivamente. Para que el tribunal lo entienda, lo que Felipe tenía era una contractilidad disminuida. Si es que aumenta la presión arterial para esa misma contractilidad disminuye la fracción de eyección, en cambio sí baja la presión arterial aumenta la fracción de eyección...”



«RIT»

Foja: 1

A su turno testigos del Hospital del Tórax, declararon lo siguiente al Tribunal:

Folio 123:

“ ... testigo **CHRISTIAN ALFONSO DAUVERGNE MAYA** ... Al punto de prueba N° 1 de la interlocutoria de prueba de fecha trece de agosto de 2018, que rola a fs. 46.

R.- Los hechos que me correspondieron conocer como médico que revisó el caso en el Instituto Nacional del Tórax como profesional que pasa visita habitualmente en esa institución. Se trata de un paciente, no recuerdo exactamente la edad, veinte y tanto, que era portador de una cardiopatía congénita no compleja, básicamente una aorta bicúspide que en definitiva es una válvula que en vez de tener 3 velos (bolsillitos que cierran y permiten en flujo en una sola dirección) tiene 2. Esta enfermedad no suele manifestar ninguna sintomatología en las primeras décadas de la vida, pero la fricción a la que se somete la estructura puede hacer que se degenera más rápido que en el resto de la población, principalmente desarrollan estrechez de la válvula que en medicina se conoce como "estenosis aórtica". Además, el trastorno del flujo puede hacer que la aorta ascendente inmediatamente después de la válvula se dilate. La indicación de intervenir a un paciente por la estenosis aórtica depende de la aparición de síntomas. Esta absolutamente demostrado en la literatura médica que intervenir a un paciente con estenosis aórtica asintomático no mejora su sobrevida, puesto que uno tiene que entender que una prótesis tiene una vida útil limitada, entonces, operarlo antes somete al paciente a la probabilidad de nuevas cirugías y morbilidad sin ningún beneficio. En el caso analizado destaca que este enfermo se encontraba asintomático y se le practicaron de rutina test de esfuerzo para objetivar su capacidad de ejercicio normal. Por lo tanto, en ningún momento se pensó en cirugía por la estenosis



«RIT»

Foja: 1

aórtica porque nunca se tuvo una indicación de la misma. Otro problema que se presenta en este paciente también es la dilatación de la raíz aórtica, esto sabemos que mientras sea menor a 5 centímetros la posibilidad de rotura de la arteria es muy baja y aumenta luego de ese diámetro, por lo tanto, se le planteó la posibilidad de ir a una cirugía de reemplazo valvular y de la aorta ascendente por el riesgo que supone la ruptura luego de la dilatación a este nivel de la aorta ascendente, nuevamente la indicación no es por la estenosis aórtica (obviamente en una cirugía se cambian las 2 estructuras).

Los hechos finales que llevan a la muerte del paciente corresponden a una falla sistémica catastrófica imposible de prever por la evolución previa del enfermo, explicando esto el paciente inicia un cuadro clínico de 2 semanas con aparición de tos que finalmente a su ingreso se constata una falla cardíaca aguda (concepto de aguda significa nuevo), al ingreso se constata una falla multiorgánica: hepática, renal, hemodinámica y metabólica (acidosis láctica), lo que en ese momento hacen imposible a una resolución quirúrgica. En este punto uno podría pensar en alternativas menos invasivas, pero también al tratarse de una estenosis aórtica en una válvula bicúspide hacen imposible por la distribución del calcio en la misma que uno pueda dilatarla, es decir, en esta estenosis en específico la valvuloplastia con balón no tiene ninguna efectividad. Ante la situación limítrofe se optó por conexión a soporte extraordinario como lo es el ECMO que en pocas palabras permite mantener el flujo sanguíneo, a su vez que permite la oxigenación de la sangre, todo esto con la esperanza de que la condición clínica del enfermo mejorara para poder enfrentar una cirugía, cosa que no sucedió, falleciendo finalmente el paciente. Debe anotarse que un paciente que requiere ECMO es un paciente con una mortalidad altísima (menos del 50% van a sobrevivir).



«RIT»

Foja: 1

En resumen podría decir que es un paciente con una cardiopatía congénita de aorta bicuspíde que llegó a la estenosis aórtica severa sin tener nunca una indicación de reemplazo valvular por el vicio valvular per se, sino por el riesgo de rotura de la dilatación de la aorta asociada. El evento final no tiene relación con una rotura de la aorta y si una falla cardíaca aguda que era imposible de prever. Se hizo todo lo que el conocimiento y la tecnología actual permiten como intento de revertir la situación.

Repreguntas:

Para que diga el testigo como sabe y le consta todo lo que ha declarado en este juicio.

R.- Visita clínica en el Instituto Nacional del Tórax donde se revisan los pacientes y ficha clínica completa.

Para que diga el testigo si recuerda la fecha en que el paciente fue ingresado al Instituto Nacional del Tórax (INT) en las condiciones previamente descritas.

R.- Debe haber sido por el 15 o 16 de noviembre del 2013, a eso de las 20:00 horas.

Para que diga el testigo si sabe desde qué hospital fue derivado el paciente Felipe Maragliano.

R.- Hospital Luis Tisné.

Para que diga el testigo si el I.N.T. cuenta con un servicio de urgencias.

R.- 'No, la derivación proviene de los servicios de urgencia de los hospitales Del Salvador y Luis-Tisné.

Para que diga el testigo cuales son los riesgos asociados a la instalación del ECMO y si sabe si dichos riesgos fueron informados a la familia del paciente.

R.- Los riesgos son varios: sangramiento o hemorragia, infecciones graves, sepsis, oclusión completa de la circulación de las extremidades que pueden llevar a la



«RIT»

Foja: 1

amputación. En la condición extrema de un enfermo hospitalizado se tiene contacto directo con la familia y se informa de todas las posibilidades de riesgos versus beneficios de cualquier procedimiento. En situaciones extremas de riesgo vital la decisión es del médico, salvo que el paciente haya manifestado previamente su rechazo.

Para que precise el testigo si en este caso el paciente manifestó su rechazo.

R.- No, no tenemos constancia de eso.

Para que diga el testigo por qué motivo señaló "que el evento final no tiene relación con una rotura de la aorta".

R.- Básicamente porque la indicación quirúrgica en este enfermo se basó en la dilatación de la raíz aórtica ante el riesgo de rotura por el diámetro alcanzado por el vaso y no por la estenosis aórtica en sí que hasta el último control previo a la última hospitalización no generaba síntomas y, por lo tanto, no tenía indicación quirúrgica por la estenosis.

Para que señale el testigo, de acuerdo a su declaración, si existió por parte del I.N.T. alguna conducta negligente por parte de los profesionales que trataron a Felipe Maragliano.

R.- Ninguna:

1.- Los profesionales a cargo del seguimiento por años del paciente se preocuparon de tener imágenes (ecocardiogramas, tomografías computadas del corazón) y objetivar que efectivamente estaba asintomático mediante repetidas pruebas de esfuerzo. Hasta julio de ese año todas las pruebas de esfuerzos fueron absolutamente normales en cuanto a capacidad funcional {tolerancia al ejercicio}. Por lo tanto, no pudieron prever la falla aguda final.

2.- La unidad de cuidado intensivo del I.N.T. es la unidad con mayor experiencia a nivel nacional de pacientes cardioquirurgicos y de asistencia



«RIT»

Foja: 1

circulatoria. El médico que recibe al paciente hace lo que se debe hacer, tratar de revertir la situación con apoyo de drogas que aumentan la presión y la fuerza contráctil del corazón. Evaluado en esa situación de falla multiorgánica no cabe la posibilidad quirúrgica y a las 12 horas de ingresado se conecta a ECMO (el INT es el centro de mayor experiencia en ECMO en Chile lo que significa público y privado). Por lo tanto, se hizo absolutamente todo para un paciente que llega en estas condiciones.

Nó hay más repreguntas.

Contra interrogaciones:

Para que el testigo aclare si pudo advertir en esa revisión que señala haber hecho quien fue el equipo médico tratante.

R.- En este punto hay que distinguir el equipo de cardiopatías congénitas del INT que hizo el seguimiento del enfermo y que está liderado por los doctores Rodrigo González y doctor Polentzi Uriarte, en ese grupo que es multidisciplinario también trabajan cardiólogos clínicos y ecocardiógrafistas expertos en cardiopatías congénitas. Y en segundo lugar, una vez ya ingresado a la unidad de intensivos, el equipo tratante pasan a ser los médicos expertos en medicina crítica del I.N.T.

Para que aclare el testigo si en alguno de esos grupos que señala se encontraba el doctor Ubilla.

R.- El doctor Matías Ubilla es un cardiocirujano del I.N.T. al que le tocó evaluar al enfermo en sus primeras 12 horas de ingresado. El doctor Ubilla es un experto en cirugía valvular.

Para que el testigo diga si el paciente que señaló era de alto riesgo al momento de ingresar al I.N.T. cuál era el tratamiento indicado para resolver el problema que ocasionó ese estado de riesgo.



«RIT»

Foja: 1

R.- En un paciente en condiciones extremas lo que se tiene que hacer es sacarlo de la misma, para lo que se usaron drogas vasoactivas (ya explicadas anteriormente) y asistencia circulatoria con ECMO. En esas condiciones la cirugía tiene una mortalidad del 100%, por eso hay que revertir el shock. Tratamiento como ya mencioné alternativos para la estenosis aórtica que funcionan muy bien en la estenosis aórtica congénita no bicúspide, en la estenosis aórtica reumática o estenosis aórtica senil, como tratamiento de puente a una cirugía en la aorta bicúspide es absolutamente inefectiva por la distribución del calcio más hacia los velos que a la raíz a la dilatación importante del anillo aórtico y de la geometría no circular de la válvula, así que no tiene indicación en este paciente.

Para que diga el testigo si la instalación o intento de reparación de la válvula bicúspide, en cuanto a la dilatación que tenía, era posible ser realizada en forma extracorpórea como se ha dado en casos de adultos de hasta 92 años de alto riesgo.

R. Supongo que lo que hace referencia es a la dilatación de la raíz aórtica y no a la estenosis valvular, en ese caso no existe tratamiento extracorpóreo o percutáneo. Lo que podría estar sugiriendo es el implante de válvula aórtica transcater (nosotros implantamos en un paciente de 96 años) sin embargo, tienen que darse varias situaciones. Una: es que el paciente tenga una esperanza de vida de 6 meses, cosa que no se cumple en un paciente con shock. Dos: tenemos que considerar que en una situación extrema es implantable implantar una válvula.

Para que diga el testigo, según su declaración y atendida la gravedad del paciente, cómo se justifica un retraso de 12 horas para la instalación del ECMO.

R.- No hay retraso, esto es una terapia escalonada. Primero drogas vasoactivas, ventilación mecánica y luego recién pensar en el ECMO, simplemente el ECMO no es preventivo;



«RIT»

Foja: 1

Para que aclare el testigo, de acuerdo a su revisión, como el paciente asintomático desarrolló un shock cardiogénico y por qué atendida esa condición se demora 12 horas en usar una terapia extracorpórea para recuperar la hipotensión o inestabilidad del paciente que presentaba a su ingreso.

R.- La causa del shock no la puedo determinar. En medicina muchas veces, y sobre todo en medicina crítica, se actúa sobre el síndrome y no la enfermedad en sí cuando no se tiene el diagnóstico preciso. Para aclarar un poco más esto en mi declaración expuse que los pacientes con estenosis aórtica severa tiene indicación de cirugía cuando aparecen los síntomas. Las curvas de mortalidad comparado con personas sanas son absolutamente iguales antes de la aparición de síntomas, pero la mortalidad luego de los síntomas llegue al 50% a dos años. Aparición de síntomas no es sinónimo de operar mañana y este paciente no tenía ninguno. En cuanto a la asistencia circulatoria no se plantea de entrada, se hicieron muchas cosas y se tiene que discutir el caso. El ECMO tiene muchas complicaciones y tenemos que estar seguro de que se justifica.

No hay más contra interrogaciones.

Al punto de prueba N° 2.

R.- Yo creo que ya lo dije todo.

Repreguntas:

Para que precise si efectivamente se remite a lo ya declarado respecto al tenor del punto 1 de prueba.

R.- Si.

No hay más repreguntas.

No hay contra interrogaciones.

Al punto de prueba N° 3.



«RIT»

Foja: 1

R.- Esta claro que se cumplió la lex artis en este paciente, remitiéndome a todo lo ya expuesto.

Repreguntado para que diga el testigo cómo es posible sostener que se cumplió la lex artis si el paciente falleció.

R.- Uno: Como se expuso seguimiento clínico en el paciente asintomático.

Dos: la complicación fue imposible de preveer.

Tres: enfrentados al shock se utilizaron todas las herramientas disponibles para revertirlo, como ya se ha expresado.

Cuatro: la muerte es una probabilidad en la historia natural de cualquier enfermedad.

No hay más repreguntas.

Contra interrogaciones.

Para que el testigo diga si la condición del paciente ya no era asintomática, la ciencia médica disponía que este paciente en particular estaba destinado a morir.

R.- Hay que hacer una aclaración. Es diferente un paciente crónico donde estamos viendo que está bien seguido con todos los instrumentos para garantizar su salud, en ese grupo de enfermos la aparición de síntomas conlleva una acción, que no fue este caso. Acá no es el enfermo que desarrolla disnea (dificultad respiratoria) progresiva, dolor torácico o síncope (pérdida de conciencia) en el que sabemos su expectativa de vida se reduce a 2 años. En este paciente se produce un evento agudo que condiciona su evolución y es un evento catastrófico en que se le hicieron todas las terapias conocidas para revertir el cuadro de forma infructuosa, por lo tanto, la ciencia médica le puede responder perfectamente cuál es la historia natural de la estenosis aórtica severa, pero no cuando una condición aguda se sobrepone.



«RIT»

Foja: 1

Para que diga el testigo de acuerdo a la revisión efectuada por él, en cuantas horas evolucionó catastróficamente.

R.- En pocas horas, debo aclarar que el mismo día de ingreso al Hospital Luis Tisné fue derivado al I.N.T. en esa condición.

Para que aclare el testigo a qué día de ingreso, primero o segundo, al Hospital Luis Tisné fue derivado al I.N.T.

R.- Creo que hubo una sola hospitalización en Luis Tisné y se trasladó el mismo día, si mal no recuerdo.

Para que diga el testigo si tuvo acceso a conocer el ecocardiograma realizado en el hospital Luis Tisné. En la afirmativa, si recuerda los parámetros de FEVI y diámetro de la válvula aorta.

R.- No recuerdo con precisión, tendrán que entender que veo muchos exámenes en el día y muchos más, lo que sí sé es que los ecocardiogramas ya de la hospitalización mostraban una FEVI baja en el contexto de un cuadro agudo como ya anoté.

No hay más repreguntas.”

Folio 123:

“ ... testigo RODRIGO VICENTE GONZÁLEZ FORETIC, ...Se presenta al testigo a los puntos de prueba 1 y 2.

Al punto de prueba N° 1 de la interlocutoria de prueba de fecha trece de agosto de 2018, que rola a fs. 46.

R.- Me parece que la demanda no tiene mucho fundamento. Creo que hay algunos aspectos que valen la pena agregar. Conocí al paciente Felipe por varios años, fui su médico tratante de hecho, por lo tanto, nosotros lo seguimos por su enfermedad que tenía en la válvula aórtica como en su aorta.



«RIT»

Foja: 1

En múltiples controles el último el julio del 2013 se determinó que tenía indicación de operarse por la dilatación de su aorta y quedó en lista de espera, eso es lo relevante a la indicación quirúrgica. A nosotros nos parece que lo que ocurrió con Felipe fue un evento agudo, muy grave, teniendo como base esta enfermedad que tenía en su válvula aórtica. Él había estado asintomático hasta aproximadamente 2 semanas antes del evento final.

Conozco los eventos desde el día jueves, previo a que se hospitalizara en el Hospital Tisné, que creo fue un día antes, cuando me informa la enfermera que la mamá de Felipe llamó diciendo que estaba con problemas. Le referí a la enfermera que acudieran al Servicio de Urgencia que le correspondía dado que el I.N.T. no tiene servicio de urgencia, es un centro de derivación, pero no es un centro de recepción de urgencias. El siguiente informe de la situación de Felipe lo obtengo el sábado (48 horas después) que me llamó el médico de turno de la UCI del Tórax para informarme que Felipe había ingresado muy grave, en falla orgánica múltiple. De hecho fui al hospital a informarme de la situación. Felipe estaba muy grave en ventilación mecánica, significa que estaba conectado a un ventilador mecánico porque estaba en falla respiratoria severa, tenía falla renal severa (creatinina de 4,5 milímetros por decilitros), falla hepática severa con INR de 6 (esto significa que el nivel de coagulación es extremadamente bajo, el normal es 1). Esto es tan grave, el tener tantos órganos en falla, que contraindica una operación. Se hicieron estudios dirigidos a buscar la causa y voy a destacar dos. Un estudio es la tomografía computarizada de tórax o escáner que mostró que no había ruptura de la aorta ni disección, que son las complicaciones que uno esperaría en una aorta dilatada, que era uno de los problemas que tenía Felipe. El otro examen fue la ecocardiografía que mostró insuficiencia severa de la válvula aórtica, lo que plantea que su problema lo más probable es que haya sido una



«RIT»

Foja: 1

ruptura de la válvula aórtica en contexto de infección de la válvula y a esto se le llama endocarditis. Cuando se rompe la válvula en forma aguda hay falla cardiaca inmediata y debido a esto se produce la falla de todos los órganos.

Como medida de salvataje tomada incluso antes de tener la ecocardiografía, porque inicialmente no se había podido obtener buenas imágenes, se conectó a ECMO que es un sistema de reemplazo cardiaco y pulmonar extracorpóreo. Esto probablemente explica por qué Felipe se prolongó su sobrevida 4 días, sin esta asistencia se habría muerto el día que llegó al Hospital deí Tórax. Como parte de este procedimiento se pueden dar complicaciones en lo que se refiere a la circulación de las extremidades, haciendo este comentario, ya que a la familia le hicieron el comentario de que había un riesgo de amputación.

Repreguntas:

Para que diga el testigo cómo sabe y le consta todo lo declarado anteriormente.

R.- Por haber conocido a Felipe y a su familia por muchos años por ser su médico tratante.

Para que explique el testigo en qué consistían las cardiopatías congénitas que presentaba el paciente Felipe Maragliano, cuáles eran sus riesgos y la importancia de que éste estuviese asintomático.

R.- La cardiopatía congénita consistía en una válvula aórtica bicúspide que evolucionó a la estenosis. Esta estenosis alcanzó valores moderados. Como complicación de la válvula aórtica bicúspide existe una enfermedad de la aorta, que es la arteria principal que sale del corazón. Ésta se dilata y pasado ciertos valores se puede romper o disecar.

Los riesgos son infección de la válvula, progresar a estenosis severa y desarrollar síntomas, lo que puede conducir en un plazo de años a la muerte y lo descrito para la aorta que es romperse o disecarse.



«RIT»

Foja: 1

Los pacientes asintomáticos, incluso con test de esfuerzo normal como era el caso de Felipe, uno no los opera hasta que no aparezcan síntomas o el test de esfuerzo se altere. La indicación quirúrgica de él era porque la aorta se había dilatado a valores mayores a 50 milímetros y no por su estenosis aórtica. Es una cirugía electiva en un plazo ojalá menor a un año.

Para que precise el testigo a qué se refiere cuando señaló que Felipe Maragliano presentó "un evento agudo".

R.- Significa que hay una complicación aguda que se implanta en una enfermedad crónica de su cardiopatía. Si la válvula se infecta y rompe los velos, si la aorta se rompe o se diseca y determinan taponamiento cardíaco en general es letal.

Para que precise el testigo cuales son los valores moderados de la estenosis.

R.- Depende del método que uno utilice para definirlos. Por ecocardiografía son gradientes medios menores a 50 milímetros de mercurio o por hemodinamia también los mismos valores, y áreas valvulares entre 0,5 y 1 centímetro cuadrado.

Para que diga el testigo, si recuerda, la época en que el paciente Felipe Maragliano fue derivado desde el hospital Luis Tisné al INT.

R.- Me acuerdo muy claro de cuando llegó al Tórax, noviembre del año 2013, la condición crítica en que se encontraba y lo alterada que estaba su familia. Yo conversé con ellos ese día.

Para que diga el testigo por qué motivo Felipe no fue intervenido inmediatamente a su ingreso al I.N.T. en noviembre del 2013, previa derivación del Hospital Luis Tisné.

R.- La condición clínica era tan crítica que llevarlo a pabellón era absolutamente fútil, el resultado hubiese sido muerte en el pabellón.

Para que diga el testigo desde qué época, si lo recuerda, atendió al paciente Felipe.



«RIT»

Foja: 1

R.- Por lo menos 4 años, incluso puede incluso que lo haya visto en el Hospital Roberto del Rio, pero tengo dudas de esto, sí en el Tórax llevábanos 4-5 años en control.

Para que diga el testigo de acuerdo a las atenciones médicas que se brindaron en el I.N.T. al paciente, si existió alguna conducta negligente o retraso que haya propiciado su fallecimiento.

R.- Yo diría que no hubo conducta negligente ni retraso en el manejo, pienso que el fallecimiento se iba a producir irremediablemente.

Para que diga el testigo cual es el sustento médico de la afirmación que acaba de señalar.

R.- Falla de bomba cardíaca catastrófica con compromiso de todos los parénquimas (pulmón, riñón, hígado y circulación).

No hay más repreguntas.

Contra interrogaciones.

Para que el testigo aclare qué relación tiene los factores ecocardiográficos que señaló, que indican una estenosis severa con una fracción de eyección FEVI.

R.- No señalé eso. Lo que quiero plantear es que la estenosis de Felipe era moderada y con buena fracción de eyección o FEVI.

Para que el testigo diga si conoció o tuvo acceso a la ficha clínica en todo este proceso catastrófico.

FÍ.- Sí, la ficha clínica es un documento en que todos los médicos tenemos acceso.

Para que diga el testigo si en la ficha clínica se encontraban los exámenes practicados en el Hospital Luis Tisné.

R.- Mi impresión es que no y digo impresión, ya que de lo que recuerdo no tengo en mi memoria exámenes que hayan llegados referidos.



«RIT»

Foja: 1

Para que diga el testigo la fecha del primer ecocardiograma practicado a Felipe en el INT.

R.- No lo recuerdo, pero el diagnóstico de la insuficiencia aórtica severa fue post instalación de ECMO.

Para que el testigo aclare en qué momento se dieron cuenta, según sus dichos, que haya habido una endocarditis infecciosa.

R,- Es una interpretación para explicar lo severo de la insuficiencia aórtica y la falla cardíaca que presentó Felipe, esto es lo que yo deduzco.

Para que especifique si esa deducción está sustentada en algún examen para determinar la existencia de una endocarditis.

R.- SI, existían cultivos de sangre positivos y desconozco si estaban.

Para que diga el testigo si al momento del traslado del paciente desde el Hospital Luis Tisné se solicitó algún requerimiento en forma urgente.

R.- La verdad, lo desconozco.

... Para que el testigo aclare si el evento agudo que señaló fue resultado de su patología congénita o de su insuficiencia aórtica.

R.- Lo voy a señalar por secuencia de cómo se producen los hechos. Cardiopatía congénita de base (estenosis aórtica) que se complica de infección (endocarditis), se rompe la válvula aórtica y esto determina falla cardiaca aguda refractaria, eso significa que no se recupera.

No hay más contra interrogaciones.

Al punto de prueba N° 2.

R.- Me voy a concretar en lo referente al I.N.T., porque del otro demandado lo desconozco. Como lo señalé en las declaraciones previas se hizo lo correcto, incluso por la edad de Felipe más de lo que habitualmente se hace. Estoy tratando de decir que con Felipe se realizó todo lo que estaba al alcance terapéutico.



«RIT»

Foja: 1

Repreguntas.

Para que diga el testigo si de acuerdo a las medidas y procedimientos médicos adoptados se remite a lo señalado en el punto 1 de prueba.

R.- Si.

No hay más repreguntas.

Contra interrogaciones.

Para que el testigo aclare a las cuantas horas del ingreso del paciente al I.N.T. se conectó a la ECMO.

R.- El tiempo exacto lo desconozco.

Para que aclare el testigo si conoce el tiempo no exacto de la instalación del ECMO, me refiero a si pasaron horas, días, desde que Felipe Maragliano fue derivado desde el Hospital Luis Tisné al I.N.T.

R.- Antes de 24 horas.

Para que el testigo diga si realizaron terapia con drogas vasoactivas e inotrópicos. En la afirmativa, cuál era el objetivo de esa terapia.

R.- Se utilizaron muy altas dosis de inotropos y drogas vasoactivas, incluyendo vasopresina con la esperanza de ver algún grado de recuperación.

Para que aclare el testigo si la endocarditis fue objeto de alguna terapia medicamentosa.

En la afirmativa, desde qué fecha.

R.- Desconozco desde cuando recibió antibióticos. El problema es que una ruptura de válvula es un problema mecánico grave que los antibióticos no resuelven...”

Folio 125:

“... testigo **POLENTZI URIARTE GARCÍA DE CORTÁZAR** ... Al punto primero de prueba de la resolución de fecha 13 de agosto del año 2018.



«RIT»

Foja: 1

R. no, porque el paciente recibió la terapia adecuada para la condición clínica en que ingresó al Instituto Nacional del Tórax, el paciente críticamente grave que ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos recibiendo terapia de reemplazo de la función renal y el apoyo con oxigenación a través de membrana extracorpórea (ECMO), drogas vasoactivas y terapia antibiótica.

Eso en relación a si recibió lo necesario para el cuadro que presentaba.

En relación a la cirugía de reemplazo valvular, la condición crítica del paciente la hacía de altísimo riesgo y con alto riesgo de mortalidad.

Esto lo sé porque el paciente presentaba una insuficiencia valvular aórtica aguda con falla cardíaca y circulatoria, falla renal, falla respiratoria, falla de la coagulación, lo que configura una falla orgánica múltiple con altísima mortalidad.

A mí me lo contó el doctor Rodrigo González quien me avisó que Felipe había ingresado grave en la Unidad de Cuidados Intensivos, y nos juntamos a discutir el caso, esto fue el segundo día de ingreso, el sábado que no recuerdo la fecha exacta.

Repreguntas.

Para que diga el testigo si sabe cuál es la historia clínica del paciente Felipe Maragliano y en la afirmativa cuáles eran los riesgos de estos.

R. sí, la conozco, Felipe se controlaba con nosotros desde el año 2008, en que ingresó a la unidad de cardiopatías congénitas del adulto, con el diagnostico de válvula aórtica y bicuspíde con estenosis aórtica moderada a severa, él se encontraba asintomático con muy buena capacidad funcional y con test de esfuerzos normales, por lo cual se controlaba periódicamente con nosotros para evaluar el seguimiento y la evolución de la valvulopatía aórtica.

En todo este tiempo, no cumplió con los criterios que definen la indicación quirúrgica. Paralelamente, fue desarrollando una dilatación de la aorta ascendente,



«RIT»

Foja: 1

entidad que se asocia a la válvula aórtica bicúspide (normalmente la válvula aórtica tiene tres velos, en la válvula aórtica bicúspide se produce en la vida intrauterina una fusión de dos velos, con lo cual la válvula funciona con dos velos. Con el paso del tiempo esta enfermedad valvular puede progresar a la estrechez o estenosis o a una insuficiencia con regurgitación.

El tiempo en que esto progresa es muy variable, produciéndose en la infancia o hasta los 60 o 70 años.

Y lo de la dilatación de la aorta ascendente se asocia a la válvula aórtica bicúspide, presentándose en algunos pacientes.

En el caso de Felipe, había alcanzado el diámetro de 50 milímetros que en aquel tiempo sugería la cirugía sobre la aorta ascendente, al día de hoy el parámetro de cirugía sobre la aorta se estandarizó en 55 milímetros de mercurio, con lo cual el riesgo real del diámetro de 50 milímetros es más bajo en relación al riesgo vital.

Para que diga el testigo cuál es la importancia de que el paciente Felipe Maragliano haya estado en una condición de asintomático respecto de las cardiopatías congénitas que presentaba.

R. la indicación de reemplazo valvular en la estenosis aórtica está dada por la presencia de síntomas o en pacientes asintomáticos cuando existe deterioro de la función ventricular izquierda, Felipe no tenía ninguna de estas dos condiciones. Felipe se encontraba asintomático y su ventrículo presentaba función normal en el seguimiento ecocardiográfico.

Para que aclare el testigo dada las condiciones de ingreso del paciente al Instituto Nacional del Tórax con fecha 16 de noviembre del 2013. Para que explique qué terapias de soporte, control y cuidado se le implementaron al paciente Felipe Maragliano.



«RIT»

Foja: 1

R. Felipe ingresó en falla circulatoria aguda secundaria a rotura de la válvula aórtica por endocarditis o infección de la válvula, por no presentar rápida respuesta a las drogas vasoactivas y a la ventilación mecánica, se conectó a ECMO, dispositivo externo al organismo en el cual se introduce sangre venosa del paciente, la que pasa por un mecanismo de membrana que oxigena la sangre y la devuelve al paciente por una arteria. El objetivo de esta terapia es reemplazar la función pulmonar y aliviar la carga de trabajo cardíaca, viene siendo una especie de corazón pulmón. Para sustituir la función renal deteriorada se puso al paciente en hemodiálisis aguda y se inició terapia antibiótica de amplio espectro.

La condición crítica de Felipe no respondió a toda esta terapia extraordinaria.

Repreguntas de la parte demandada del Hospital Santiago Oriente.

Para que aclare el testigo cuando dijo "nosotros lo tendimos a quienes se refiere" me refiero a institución como médicos.

R. al ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos queda a cargo de esta Unidad, con la colaboración interconsultas y discusiones sobre los pasos a seguir con el equipo tratante, en este caso con la Unidad de Cardiopatías congénitas del Adulto del Instituto.

Para que diga el testigo si el Instituto Nacional del Tórax (INT), posee servicio de urgencia.

R. no

Para que diga el testigo conforme lo anterior cuáles son las indicaciones en el caso en que un paciente requiera de atención médica fuera del horario de funcionamiento del INT.

R. en el caso de la Unidad de Cardiopatías Congénitas del Adulto (UCA), nuestros pacientes saben que deben acudir al servicio de urgencia que el corresponde en informarnos personalmente por teléfono o a través del médico que lo atiende en



«RIT»

Foja: 1

ese servicio, para continuar posteriormente el tratamiento. Todos nuestros pacientes, tiene el número de emergencia de la unidad.

Para que diga el testigo si el paciente Felipe Maragliano previo al ingreso de 16 de noviembre al INT, consultó en algún servicio de urgencia. En la afirmativa, para que indique cuál y por qué motivos.

R. sí, consultó en el servicio de urgencia del Hospital Luis Tisné por un cuadro de tos prolongada y decaimiento.

Para que diga el testigo si sabe por qué habiendo ingresado al Hospital Luis Tisné, el paciente fue derivado en interconsulta al INT.

R. la primera de las consultas en el servicio de urgencia, el paciente no presentaba criterios de hospitalización y se le indicaron exámenes para estudio. En posterior consulta, se decide su ingreso por su gravedad, por la misma que se decide a la Unidad de Cuidados intensivos del INT.

Para que diga el testigo si el uso de drogas vasoactivas y terapias de soporte que se brindaron en el INT podían necrosar extremidades del paciente que constituyeran la necesidad eventual de amputar alguna extremidad.

R. una de las complicaciones que puede presentar la instalación del ECMO, es la isquemia severa o disminución severa del flujo sanguíneo de la extremidad en que se implanta el ECMO, dado el uso de la arteria y la vena responsables del flujo sanguíneo de esa extremidad, habitualmente la las extremidades inferiores, dado que las arterias y venas de las piernas son las más grandes para poder instalar el ECMO.

Contrainterrogaciones.

Para que el testigo diga si el doctor Rodrigo González quien señaló le contó lo que sabe atendió alguno de los días en que estuvo hospitalizado Felipe Maragliano, en noviembre del año 2013.



«RIT»

Foja: 1

R. el doctor González acudió a la UCI cuando le contaron que Felipe estaba hospitalizado y participó en el seguimiento y toma de decisiones.

Para que diga el testigo si el día 08 de noviembre Felipe Maragliano tenía una hora médica asignada con el testigo presente.

R. Felipe no tenía una hora formal con el suscrito. Yo le había ofrecido en forma de sobrecupo extraordinario verlo el viernes 08, no hago policlínico los viernes, lamentablemente por urgencia en el otro lugar de trabajo no pude acudir y le dijimos que fuera al servicio de urgencia y que nos contara como le iba.

Para que diga el testigo si forma parte de la Unidad de Cardiopatías Congénitas.

R. sí.

Para que diga el testigo o explique si la UCA tiene algún programa especial de atención a los pacientes con cardiopatías congénitas.

R. La UCA, es la única unidad ministerial que atiende y controla a pacientes con cardiopatías congénitas mayores de 15 años provenientes de todo el país y tenemos cardiólogos adultos y pediátricos que realizan controles clínicos, de imágenes, cateterismos y cirugía con estos pacientes.

Para que diga el testigo si Felipe Maragliano tenía indicación quirúrgica a noviembre del año 2013.

R. no, en relación a la estenosis aórtica, por los parámetros de ese tiempo, sí los tenía sobre la aorta y había sido puesto en lista de espera para cirugía sobre la aorta.

Para que diga el testigo si tiene conocimiento de la hora de ingreso del paciente Felipe Maragliano el día 16 de noviembre del año 2013.

R. no

Para que diga el testigo si tiene conocimiento de a qué hora se le realizó el apoyo de oxigenación con la ECMO.



«RIT»

Foja: 1

R. la hora exacta no pero fue realizada dentro de la primeras 24 horas.

Para que diga el testigo si dentro de lo que le comentó el doctor Rodrigo González, le comentó con qué indicación venia en el traslado desde el Hospital Luis Tisné.

R. Felipe fue trasladado por presentar falla circulatoria aguda o también llamado shock cardiogénico secundario a insuficiencia valvular aórtica aguda.

Para que diga el testigo cómo se mide la disfunción del ventrículo izquierdo, me refiero a síntomas o exámenes.

R. básicamente con la realización de ecocardiograma que en nuestro programa en pacientes como Felipe se realiza en cada visita.

Para que diga el testigo si la función ventricular izquierda es lo mismo que FEVI.

R. FEVI es el principal parámetro que estima la función ventricular izquierda y es la medición de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Para que diga el testigo con qué nivel de FEVI un paciente requiere hospitalización.

R. no existe un valor de FEVI aislado que indique hospitalización, al valor de este parámetro ecocardiográfico se deben asociar parámetros clínicos como cansancio, como congestión pulmonar o edema para plantear hospitalización para el tratamiento.

Para que diga el testigo si una FEVI de 36% acompañada con una insuficiencia con tos, con disnea y la ortopnea requieren o son indicadores de hospitalización.

R. Aquí hay dos cosas, como dije anteriormente si el paciente presenta síntomas de insuficiencia cardiaca y una FEVI disminuida, tiene indicación de hospitalización.

Durante su seguimiento, Felipe nunca tuvo una fracción de eyección disminuida y los valores que presenta de disfunción ventricular a su ingreso en UCI



«RIT»

Foja: 1

corresponden a una falla cardíaca aguda secundaria a la insuficiencia valvular aguda.

Para que diga el testigo si tuvo oportunidad de conocer el ecocardiograma doppler realizado al paciente en el Hospital Luis Tisné y a los realizados en el INT.

R. Los del INT sí, los del Tisné no.

Para que diga el testigo si los eco del INT señalaban una función ventricular disminuida, en la afirmativa si recuerda el valor de aquella.

R. como dije anteriormente durante todo el seguimiento de Felipe los ecocardiogramas mostraban función ventricular normal, sin recordar los valores exactos.

Para que aclare el testigo si eso también incluye los ecocardiogramas realizados en el INT entre el 17 y el 21 de noviembre del año 2013.

R. no, los ecocardiogramas realizados durante su hospitalización en UCI corresponden a otra situación clínica muy distinta, dada por la falla cardíaca aguda.

Para que diga el testigo si la endocarditis infecciosa a la cual usted se refirió recibió algún tratamiento y, en la afirmativa a los cuántos días del ingreso comenzó a tratarse.

R. sí, desde el primer día recibió terapia antibiótica de amplio espectro.

Para que diga el testigo si el cuerpo médico que atendía a Felipe Maragliano realizó un electrocardiograma al ingreso.

R. sí, todo paciente que ingresa al INT UCI tiene un electrocardiograma de ingreso.

Para que el testigo diga si conoce el resultado de ese electrocardiograma de ingreso del día 16 de noviembre del año 2013. En la afirmativa que señale sus resultados.

R. el electrocardiograma mostraba taquicardia sinusal, lo cual no aportaba mayor criterio de riesgo sobre el cuadro clínico que presentaba Felipe.



«RIT»

Foja: 1

Para que diga el testigo si tuvo acceso a la ficha clínica del paciente Felipe Maragliano entre el 16 al 21 de noviembre del año 2013.

R. cada vez que visitas a un paciente en la UCI tiene acceso a la ficha clínica, exámenes y hoja de terapia del paciente.

Para que el testigo diga si la válvula aórtica bicúspide es una enfermedad o es una condición genética.

R. es una condición congénita frecuente (1% de la población) que se transforma en enfermedad por el deterioro que sufre la válvula en su evolución.

Para que diga el testigo si en la condición que llegó Felipe Maragliano requería ser evaluado urgentemente, para ser sometido a una cirugía valvular o asistencia ventricular.

R. Felipe fue evaluado a su ingreso determinando precozmente que la cirugía era de altísimo riesgo y que debía ser apoyado con todos los medios que recibió.

Al punto segundo de Prueba

R. fueron descritos en los puntos anteriores, a los cuales me remito.

Al punto tercero de prueba.

R. fueron descritos en los puntos anteriores, a los cuales me remito.

Contrainterrogaciones.

Para que diga el testigo cuales son los parámetros que establece la lex artis referente a los valores del ecocardiograma que indica cuando una estenosis aórtica es severa.

R. los parámetros del ecocardiograma para estenosis aórtica severa son una velocidad aórtica mayor de 4 metros por segundo y/o un área valvular menos de un centímetro cuadrado. Cuando Felipe ingresa a la UCI, ya no presenta estenosis valvular debido a la rotura de un velo.



«RIT»

Foja: 1

Para que diga el testigo si tuvo rotura de un velo, tuvo insuficiencia aórtica Felipe Maragliano.

R. sí, como dije anteriormente, la rotura de un velo produce una insuficiencia aórtica severa y aguda cuadro de mal pronóstico.

Al punto sexto de prueba.

R. no, no ha habido falta de servicio fueron descritos en los puntos anteriores, a los cuales me remito.”

Folio 165:

*“... testigo **JORGE ENRIQUE SANDOVAL BERROCAL** ... Al Punto 2.) Don Felipe Maragliano, paciente con enfermedad cardíaca congénita conocida, que consistía en una válvula aórtica bicúspide que significa que la válvula tiene 2 velos, y normalmente deben tener 3, y desarrolló con el tiempo una estrechez de esa válvula que nosotros llamamos estenosis de carácter severo pero sin síntomas, que nosotros llamamos asintomática. Esta enfermedad es crónica y en el caso del paciente Maragliano que estaba en control clínico ambulatorio en el Instituto Nacional del Tórax. El paciente se atendía y se realizaban controles clínicos, pruebas de imagen cardíaca, como ecocardiografía, y pruebas funcionales como test de esfuerzo, en estas pruebas se documentó la estenosis aórtica severa y asociado a esto una dilatación de la aorta ascendente (es el conducto por donde sale la sangre del corazón), en este contexto clínico de dilatación de la aorta ascendente se concluyó que era oportuno realizar una cirugía cardíaca para corregir la estenosis aórtica y la dilatación de la aorta ascendente, siendo derivado para la planificación y realización de la cirugía en forma electiva y programada. El paciente en la espera de la cirugía desarrolla un cuadro clínico de un síndrome febril con compromiso progresivo y consulta al servicio de urgencia del Hospital Luis Tisné, donde es ingresado por un cuadro de falla cardíaca. La falla progresa rápidamente,*



«RIT»

Foja: 1

es trasladado al Instituto Nacional del Tórax a la Unidad de cuidados intensivos, en donde se precisa que está en falla multi orgánica (falla hemodinámica, falla renal, falla respiratoria, falla hepática y falla de la coagulación), en este contexto se llama al equipo quirúrgico en donde se precisa que el paciente, por su gravedad, es inoperable. En relación a la edad del paciente se decide instalarle una máquina de asistencia circulatoria que se denomina Ecmo, en forma excepcional, con la intención de recuperar la falla multiorgánica y poder operarlo cuando la condición clínica lo permita. En este contexto, el paciente con apoyo ventilatorio (ventilación mecánica invasiva), uso de drogas vaso activas, hemodiálisis agudo, antibióticos de amplio espectro, transfusión de derivados de la sangre y ecmo, no logra estabilidad, progresa su falla multiorgánica y fallece el día 21 de noviembre del año 2013.

Repreguntas:

Para que diga el testigo, si sabe, cuál era la periodicidad de los controles médicos ambulatorios a los que se sometía el paciente Felipe Maragliano en el Instituto Nacional del Tórax. (INT)

R.: Sí, él se controlaba en la unidad de cardiopatías congénitas del adulto y no recuerdo con exactitud las fechas, pero el control era de 4 a 6 meses.

Para que diga, y explique cuál es la relevancia clínica del hecho que la cardiopatía congénita que sufría el señor Maragliano, permaneciera por mucho tiempo asintomática.

R.: La cardiopatía congénita del adulto (CGA) que compromete la válvula aórtica es frecuente, corresponde al 1% de la población, esta cardiopatía habitualmente es un hallazgo, las personas pueden vivir con esta patología sin necesidad de cirugía más de 70 y 80 años, esta patología es de nacimiento y en algunas personas pueden evolucionar con estrechez o regurgitación de la válvula. La indicación de intervención quirúrgica sobre la válvula está dada por la magnitud del defecto y la



«RIT»

Foja: 1

presencia de síntomas, porque la intervención quirúrgica tiene un riesgo y la prótesis que uno instala a nivel valvular también puede fallar y requerir nuevas intervenciones. Es por tal motivo que el balance entre el riesgo versus el beneficio, médicamente se ha concluido que los pacientes con estenosis aórtica asintomática hay que esperar la intervención quirúrgica hasta que inicien sus síntomas, que son fatiga, ahogo, dolor al pecho o desmayo que se llama síncope. Al inicio de los síntomas, la esperanza de vida promedio de un paciente es de dos años, por ese motivo se indica la cirugía. Y la cirugía habitualmente es planificada y programada.

Para que diga el testigo, si recuerda la fecha del último control ambulatorio el INT del señor Maragliano antes de su hospitalización de noviembre de 2013.

R.: No recuerdo con exactitud la fecha, pero debe haber sido julio o agosto, pero en ese control se realizaron nuevas pruebas, en la que destaca un test de esfuerzo que no desencadenó síntomas.

Para que diga, que otros riesgos, además de la eventual falla de la prótesis, son propios de la cirugía de reparación de válvula a la que ha hecho referencia.

R.: La cirugía de reemplazo valvular aórtica es una cirugía compleja, que dependiendo de cada paciente tiene un riesgo de mortalidad, solo por el acto quirúrgico de más del 3%, asociado a esto, tiene morbilidad, puede necesitar recirugías por sangrado quirúrgico, puede requerir múltiples transfusiones de sangre, puede evolucionar con shock, necesidad de drogas vasoactivas, puede presentar falla renal que requiera diálisis, puede presentar infecciones asociadas a la cirugía, como son infecciones a la herida operatoria, neumonía, accidente cerebro vascular con secuela neurológica y una hospitalización prolongada por todo esto.

Para que explique el testigo, en que consiste la terapia ecmo, y porqué se trata de una medida excepcional.



«RIT»

Foja: 1

R.: El ecmo es un mecanismo de asistencia circulatoria con oxigenador, es una medida excepcional, solo está disponible en el INT y consiste en extraer la sangre por cánulas para que la sangre cruce un pulmón artificial (oxigenador) y devolverla al cuerpo con flujo, presión y oxígeno, es un dispositivo de alta tecnología, de alto riesgo y de muy alto costo. Este dispositivo, su objetivo es mejorar la llegada de sangre oxigenada a los distintos órganos del cuerpo cuando el corazón no logra bombear sangre. El dispositivo requiere instalación en un pabellón quirúrgico, tiene riesgo de complicación vascular, tanto hemorragia de los sitios de acceso como de isquemia (falta de sangre en las extremidades donde se instala), tiene riesgo de infección como septicemia y tiene riesgo de trombosis sistémicas como hemorragias en sitios distintos al acceso, (hemorragia cerebral, digestiva, torácica). El dispositivo debe utilizarse el menor tiempo posible por los riesgos que conlleva. El dispositivo se instala en pabellón porque requiere de asepsia y requiere la instalación de cánulas de 5 a 8 mm. de diámetro y tiene que ser instalado por personal altamente capacitado y una vez instalado requiere un control exhaustivo de los accesos vasculares, de la coagulación ya que tiene que estar anticoagulado, del oxigenador que no tiene que tener trombos y, que la consola no presente fallas.

Para que diga el testigo, como sabe que le constan todos los hechos sobre los cuales ha declarado.

R.: Por revisión de la ficha clínica, por visita en la UCI donde vi personalmente al paciente, y la revisión de los exámenes.

Para que diga el testigo, en relación a su declaración si intervenir a un paciente asintomático mejora su sobrevida.



«RIT»

Foja: 1

R.: No la mejora, porque estadísticamente se ha visto en registros americanos del Sr. Bronwell ha demostrado que la sobrevida de los pacientes asintomáticos es similar a la población sana.

Contrainterrogaciones:

Para que diga el testigo, y precise si recuerda la fecha de ingreso del señor Maragliano al INT.

R.: Si mal no recuerdo fue el 16 o 17 de noviembre de 2013, llegó en la tarde, después de las 5 de la tarde y durante esa noche se realizaron distintas actividades médicas tratando de compensarlo hasta que en la madrugada en conversaciones con el equipo cardioquirúrgico se instaló el Ecmo.

Para que aclare el testigo, dado que señaló haber tenido acceso a la ficha clínica, si en dicha ficha había alguna solicitud específica en el traslado del paciente desde el hospital Luis Tisné.

R.: En la ficha clínica del INT estaba descrito el ingreso y el resumen de traslado. Para que diga, si el hospital Luis Tisné remitió la epicrisis del paciente y en ese caso si fue conocida por el testigo.

R.: Recuerdo haber visto el documento, pero no recuerdo el detalle del documento. Para que diga, porque el corazón de Felipe Maragliano no lograba bombear sangre.

R.: El corazón del paciente presentaba un defecto valvular agudo que fue precisado en la ecocardiografía del INT, en la que se cuantificó una regurgitación aórtica severa y una disfunción del ventrículo izquierdo, por estos dos mecanismos no tenía un buen bombeo su corazón.

Para que diga, que examen revisó atendido a que él se refirió a aquello.

R.: Son varios exámenes, previo a la hospitalización esta en ficha ecocardiografía seriadas, angiotac de aorta, test de esfuerzo seriado, holter de ritmo exámenes del



«RIT»

Foja: 1

laboratorio que corresponden a análisis hematológicos, químicos, función renal, coagulación, serilogía viral, clasificación grupo RH, electrocardiogramas, etc.

Para que diga, si tuvo acceso a algún examen referido desde el hospital derivante Luis Tisné.

R.: Recuerdo radiografía de tórax, ecocardiografía. Análisis hematológico y bioquímico.

Para que diga, cuando un paciente con estenosis aórtica asintomático debe ser intervenido según la lex artis.

R.: Cuando la estenosis asintomática necesita intervención quirúrgica es cuando se desencadenan síntomas con un test de esfuerzo, cuando el paciente presenta disfunción sistólica del ventrículo izquierdo o cuando se va a intervenir de otra patología cardíaca, por ejemplo cirugía de revascularización coronaria, cirugía mitral o cirugía de la aortas ascendente. La intención de esto último es que si se va a operar del corazón se resuelva todo en un solo procedimiento.

Al Punto 3.) Desde el punto de vista clínico la atención brindada fue completa y oportuna, las medidas tomadas en el cuadro agudo son de alta tecnología y alta capacidad técnica y en el ecmo excepcional. Se hizo todo lo que podía hacer desde el punto de vista clínico en un cuadro agudo que no respondió al tratamiento.

Repreguntado el testigo, para que diga, cuál es su especialidad médica, grados académicos y experiencia.

R,,: Soy médico cirujano, tengo especialidad en medicina interna en la Universidad de Chile, posteriormente una especialidad derivada que se llama cardiología y asociado a eso estoy asociado acreditado con la mención en Cardiología intervencional por CONACEM, tengo el grado académico de master en cardiología intervencional en la Universidad Complutense en Madrid, y soy profesor de la Universidad de Chile y estoy encargado del programa de cardiología intervencional



«RIT»

Foja: 1

en el INT donde soy jefe de beca. Y en este momento soy el jefe de hemodinamia del INT.

Contrainterrogado el testigo, para que diga, que medidas y procedimientos le correspondió documentar durante la hospitalización de Felipe Maragliano en el INT a partir del 16 de noviembre de 2013.

R.: Me tocó documentar el fallecimiento y el certificado de defunción.

Al Punto N° 6.) Como atención clínica cuando estaba en fase aguda se le otorgaron todas las atenciones hasta atenciones excepcionales como la instalación del ecmo.

Contrainterrogado el testigo, para que diga, a las cuantas horas de ingresado el paciente se le instaló el ecmo.

R.: No recuerdo el horario y las horas exactas, pero en menos de 12 horas se debe haber instalado.”

A su turno los **doctores del Hospital Luis Tisné B.**, declararon en el proceso lo siguiente:

Folio 126:

*“ ... **MOISÉS RAÚL SUED**, ... Al punto de prueba N° 1 de la interlocutoria de prueba de fecha trece de agosto de 2018, que rola a fs. 46.*

R.- Considero que si hubo efectividad en la atención, fue una atención efectiva dado que se me presenta un paciente joven que había estado en día previo en el Hospital Luis Tisné, en urgencias, consultando por disnea o falta de aire, cursando una infección respiratoria del cual ya se sabía que padecía una cardiopatía congénita y se me consulta para su diagnóstico y evaluación. Se le estudia apenas me llega la interconsulta confirmándose la sospecha de una cardiopatía congénita (CC) por una estenosis aórtica debido a una aorta bicuspide.

Repreguntas:



«RIT»

Foja: 1

Para que diga el testigo si recuerda la época en que se brindó la atención a la que acaba de hacer referencia.

R.- Noviembre del 2013, si mal no recuerdo fue un día viernes.

Para que diga el testigo si sabe cuál era las cardiopatías congénitas que padecía el paciente.

R.- Después de estudiarlo, ya que no conocía al paciente, confirmándose lo referido previamente que era una estenosis aórtica por una aorta bicúspide, lo cual implica una obstrucción en la válvula de salida del corazón y por sus características de nacimiento que se presenta en una incidencia muy baja en la población y que puede seguirse clínicamente mucho tiempo y algunos casos de acuerdo a su gravedad requieren tratamiento quirúrgico.

Para que diga el testigo si recuerda cuales fueron las medidas que se adoptaron al ingreso del paciente al que ha hecho referencia en el Hospital LuisTisné.

R.' Tengo entendido que en la urgencia, porque yo no lo recibí el día de su ingreso, se le hicieron las medidas básicas, examen físico, de laboratorio, electrocardiograma, radiografía, sin constatarse ninguna urgencia al momento del examen, por lo cual se le refirió para un examen electivo de la especialidad.

Para que precise el testigo de acuerdo a lo que acaba de referir, a qué se refiere cuando señala que no se constató ninguna urgencia del paciente al momento de consultar en el hospital.

R.- Según referencias el paciente venía cursando una infección respiratoria y con tratamiento instalado, por lo cual se pudo asumir de que sus síntomas se debían a ese cuadro, no obstante, para tranquilidad de la familia y del médico a cargo se realizó la interconsulta a especialista.

Para que diga cuál era el objetivo de la indicación de los exámenes a los que hizo alusión en su declaración.



«RIT»

Foja: 1

R.- Confirmar el diagnóstico, el origen u etiología y la gravedad de la misma.

Para que diga el testigo si con ocasión de la interconsulta a la especialidad de cardiología a la que hizo referencia a usted le correspondió evaluar al paciente e indicar o realizar algún examen.

R.- Así se hizo: evaluación y ecocardiograma que confirmó la sospecha clínica.

Para que diga cuál fue la conducta que se adoptó por parte de los profesionales del hospital Luis Tisné (HSO) luego que se confirmara la sospecha clínica a la que ha hecho referencia.

R.- Por mi parte contacté telefónicamente a un cardiocirujano especialista en aorta a los fines de informarle el caso y la posibilidad de su evaluación ambulatoria para su resolución quirúrgica.

Para que diga el testigo si la resolución quirúrgica a la que ha hecho referencia podía realizarse en el HSO.

R.- De ningún modo, requiere un centro de alta complejidad y dado el sistema de salud en red corresponde al I.N.T. su resolución en forma electiva dado que era una patología congénita de larga data y cursando una infección, lo cual requiere su tratamiento previo.

Para que diga el testigo de acuerdo a la atención que brindó al paciente si en los registros clínicos del H.S.O. se consignó o constató que el paciente haya cursado durante la atención en ese recinto hospitalario con un infarto agudo al miocardio.

R.- Absolutamente no.

Para que diga el testigo si recuerda cuantas consultas efectuó el paciente al que ha hecho referencia en el H.S.O.

R.- Tengo entendido que dos.



«RIT»

Foja: 1

Para que precise conforme a lo anterior cómo es posible sostener que la atención "fue efectiva" si el paciente requirió de dos consultas previo a la derivación al hospital de referencia para la resolución quirúrgica de la patología que ha descrito.

R.- En Chile como en el resto del mundo uno de los problemas básicos en salud son las listas de esperas tanto para estudios electivos como tratamientos intervencionistas. El paciente fue estudiado dentro de las 24 horas de su consulta, se confirmó el diagnóstico y se habló al cardiócirujano para planear una interconsulta cardioquirúrgica ganándose meses en el proceso diagnóstico y terapéutico, a eso me refería con efectiva.

Para que diga el testigo cual es el fundamento desde el punto de vista médico de que él paciente durante su atención en el HSO no cursó con un infarto agudo al miocardio.

R.- No presentó clínica de un infarto ni el electrocardiograma ni el ecocardiograma lo evidenciaron.

No hay más repreguntas.

Contra interrogaciones.

Para que diga el testigo si los documentos que se exhibe en este acto que paso a individualizar "Informe de Ecocardiografía Bidimensional Doppler color" realizado en día 15 de noviembre del 2013 corresponde al examen practicado por usted (contiene los parámetros adoptados por el examen ecocardiográfico, descripción, conclusiones, comentarios e imagenología) y; si el examen electrocardiográfico de fecha 15 de noviembre del año 2013, acompañado por escrito de 29 de abril de 2019 cuyo archivo se consigna con el nombre P8 ECG IAM 15/11/13, 22:30 horas, que corresponde al H.S.O. cuya interpretación señala probable infarto agudo (anterior) si este último fue conocido por usted.



«RIT»

Foja: 1

R.- En cuanto a la primera parte de la pregunta, si corresponde al examen realizado por mi persona. En cuanto a la segunda parte de la pregunta, como figura en el registro fue realizado a las 22:30 horas de ese día y no era conocido por mi persona. Además, el error más común en los servicios de urgencias es guiarse por el informe automatizado del equipo que como en este caso dice probable infarto de miocardio, lo cual no es así, dado que el paciente presenta una hipertrofia ventricular izquierda secundaria a su estenosis aórtica.

Para que el testigo diga si los parámetros arrojados por el ecocardiograma realizado por él sugerían hospitalización inmediata.

R.- No en ese momento dado que esta patología provenía de larga data desde su nacimiento.

Para que el testigo diga cuales son los parámetros que determinan una estenosis aórtica severa.

R.- Una estenosis aórtica se cuantifica por: gradientes transvalvulares, área valvular aórtica, fracción de eyección del ventrículo izquierdo y presiones pulmonares, datos presentes en el informe acompañado.

Para que precise el testigo cual es el valor de cada uno de esos parámetros que señaló que determinan que está frente a una estenosis aórtica severa.

R.- Tengo que ver el informe, porque ahí el número no lo recuerdo con precisión, pero sí de que se trataba de una estenosis aórtica moderada a severa.

Para que el testigo diga según la lex artis cuáles son los parámetros que determinan una estenosis aórtica severa, me refiero precisamente a: gradientes transvalvulares, área valvular aórtica, fracción de eyección del ventrículo izquierdo y presiones pulmonares.

R.- Gradientes transvalvulares: mayores de 40 mmHg. Medios; Área valvular aórtica: menor de un centímetro cuadrado ó 0.7 centímetros cuadrados por



«RIT»

Foja: 1

superficie corporal; Fracción de eyección del ventrículo izquierdo: puede estar conservada o deteriorada al igual que las presiones pulmonares.

Para que diga el testigo el valor numérico de la FEVI que indica que puede estar conservada o deteriorada.

R.- FEVI mayor del 50% se considera normal y menor del 40% deteriorada.

No hay más contra interrogaciones.

Al punto de prueba IM° 2.

R.- Hago referencia a todo lo declarado previamente dado que mi ámbito de trabajo corresponde al Hospital Santiago Oriente.

No hay repreguntas.

Contra interrogaciones.

Para que el testigo diga si Felipe Maragliano que según el informe ecocardiográfico bidimensional doppler color de fecha 15 de noviembre de 2013 tenía una FEV1 de 36%, un área valvular de 06 centímetros cuadrados identificado como A2:0,6 centímetros en el informe, requería ser hospitalizado.

R.- Me refiero a la respuesta consignada previamente: una estenosis aórtica congénita es de larga data y en su evolución de acuerdo a las complicaciones va a necesitar una intervención quirúrgica. Se deben evaluar las causas desencadenantes y complicaciones evolutivas que determinaran el momento quirúrgico.

No hay más contra interrogaciones.

Al punto de prueba N° 3.

R.- Si, de acuerdo a lo desarrollado en las preguntas precedentes, ya que el paciente fue estudiado dentro de las 24 horas con los registros acompañantes y se contactó a cardiocirugía para comentarles el caso.

Repreguntas:



«RIT»

Foja: 1

Para que diga el testigo, de acuerdo a que ha afirmado que la conducta de los profesionales del H.S.O. en la atención del señor Maragliano se ajustó a la lex artis, por qué motivo no se le indicó la cirugía o derivación al momento de su ingreso a la referida institución.

R.- El- paciente estaba estable hemodinamicamente al momento del examen, cursando una infección respiratoria que al igual que cualquier tipo de infecciones contraindican una cirugía electiva valvular por el riesgo de la infección protésica, o sea, de la válvula de reemplazo.

Para que diga el testigo si conforme a lo anterior que ha referido y en virtud del cuadro que presentaba el paciente al momento de consultar por primera vez en el HSO, éste recibió las medidas de soporte para tratar el cuadro por el cual consultaba.

R.- Si, en ese momento.

Para que precise el testigo cuales eran las medidas de soporte que recibió y a las que ha hecho referencia.

R.- Tengo entendido que mantener el tratamiento de su infección respiratoria más el apoyo de inhaladores.

Para que diga el testigo, si sabe, cuál era la institución hospitalaria en donde el paciente era atendido por sus cardiopatías congénitas.

R.- Tengo entendido que en el Instituto Nacional del Tórax.

No hay más repreguntas.

Contra interrogaciones.

Para que el testigo aclare y precise si la infección respiratoria se debía a sus patologías y aclare el tratamiento farmacológico medicamentoso que recibió el paciente en HSO.



«RIT»

Foja: 1

R.- No, las infecciones y más aún que cursaba en forma ambulatoria son procesos concomitantes y no la causa de su patología de base, y tengo entendido que el tratamiento medicamentoso fue de soporte de su infección.

Para que el testigo aclare si dentro del tratamiento medicamentoso se le recetó algún medicamento para tratar la hipertensión.

R.- No lo recuerdo.”

A su vez, el **Dr. Tomás Selman Hasbún**, declaró en el proceso (folio 126) lo siguiente: “... Al punto de prueba N° 1. R.- En la atención del paciente no hubo una falta de servicio, sino lo contrario, se tomaron consideraciones especiales. Me explico: atendiendo los antecedentes de una valvulopatía congénita del paciente y habiéndolo evaluado en conjunto con un especialista se determina que el paciente no cumplía criterios de urgencia médica que ameritaran completar evaluación hospitalizado, pero si era pertinente una evaluación por cardiología con el objetivo de. Primero: una eventual realización de un ecocardiograma o ecocardiografía, que es lo mismo y Segundo: intentar facilitar una nueva atención en el I.N.T. que es el centro donde se manejan estas patologías dentro del servicio de salud metropolitano oriente.

Detallaré algunos hechos que me parecen fundamentales para comprender lo que antes expuse:

El paciente consulta por un cuadro clínico caracterizado por tos y aquí hay que señalar que él al personal médico nunca refirió dolor torácico, de uno a dos meses de evolución, lo que no traduce un cuadro agudo súbito de urgencia, que por lo demás no interfería en sus actividades de vida cotidiana como él refirió, lo cual en el ámbito médico nos permite comprender el impacto del cuadro actual en cuanto a su magnitud. Además, presentaba signos vitales normales con excepción de una leve taquicardia que el paciente refería de larga data, lo que se interpreta de igual



«RIT»

Foja: 1

manera que lo anterior. Esto último es importante porque el paciente presentaba un ritmo cardíaco normal y no una arritmia como se señala en la demanda y es fundamental eso clínicamente. Otro punto a considerar es que presentaba un examen físico sin hallazgos significativos, solo el soplo esperable dentro del cuadro del paciente.

En este punto el paciente es evaluado con un segundo electrocardiograma y una radiografía de tórax, esta última sin hallazgos significativos. El electrocardiograma de control no mostró cambios evolutivos respecto del primero tomado al ingreso del paciente al servicio de urgencia. Esto último es muy importante porque nos habla, en conjunto con el cuadro clínico ya descrito, que no se trataba de un infarto agudo al miocardio como se señala en la demanda, lo cual probablemente se mal entiende de un diagnóstico automatizado del electrocardiógrafo, el cual es el aparato que registra el examen y que hace dicha interpretación a partir de lo esperado para un corazón estructuralmente sano, no como en el caso del paciente. Es bueno destacar que dicho aparato hace esas interpretaciones con bastante sensibilidad pero no es específico en sus diagnósticos.

Con todo esto a la vista y considerando que el paciente ya había recibido tratamiento antibiótico para un eventual cuadro infeccioso es que comento el caso con la internista del turno y se decide en conjunto que lo más oportuno para el paciente era la evaluación señalada con cardiólogo y ecocardiografía, para lo cual se cita al paciente para tan solo unas horas después. Cabe destacar que dichas evaluaciones no se encuentran disponibles en horario inhábil, además me parece oportuno señalar que tampoco son evaluaciones de urgencia en forma rutinaria y en este caso se hicieron atendiendo los antecedentes del paciente. En este sentido el paciente no fue dado de alta de su proceso diagnóstico médico, sino solo de la atención de ese día para efectos administrativos únicamente, lo que el paciente



«RIT»

Foja: 1

comprendió y queda de manifiesto en el hecho que él asiste al control al día siguiente. Si bien yo lo atiendo hasta este punto consulté a la doctora Guiñez por el paciente poco tiempo después ya que a ella le hago entrega del caso en el cambio de turno para que tuviese en consideración todo lo ya descrito e hiciera las correspondientes gestiones con el doctor Sued cardiólogo.

Con todo lo anterior creo que es claro que nunca se desatendieron los antecedentes del paciente y nunca se escatimó en lo necesario en cuanto a atención médica correspondiente.

Repreguntas:

Para que precise el testigo de acuerdo a su declaración cuando señaló que atendió al paciente en el servicio de urgencia del HSO "en conjunto con especialista" a quien se refiere.

R.- A la doctora Teresita Cleger, internista.

Para que explique el testigo por qué motivo el paciente al momento de su ingreso y evaluación no cumplía con criterios de urgencia médica, precisando al respecto cuales son los criterios de una urgencia médica.

R.- En primer lugar que haya un cuadro clínico agudo especialmente si existe algún desencadenante conocido. El paciente presentaba un cuadro clínico de 1 a 2 meses de evolución de instalación insidiosa. Segundo, que tenga repercusión importante en su vida diaria. En este caso el paciente refería que podía desempeñar actividades rutinarias y básicas como comer y desplazarse en forma normal. Tercero, que presente alteraciones significativas al examen físico. El paciente únicamente presentaba aumento de la frecuencia cardíaca en forma discreta y que además el mismo refería de larga data; el resto de los signos vitales y hallazgos a la evaluación no orientaban a un cuadro de urgencia médica. Cuarto, alteraciones en los exámenes complementarios que representasen alguna urgencia



«RIT»

Foja: 1

relacionada al motivo de consulta o cuadro clínico. A este respecto presentaba una radiografía de tórax normal y dos electrocardiogramas que no presentaron cambios evolutivos en el tiempo. Esto último traduce que no había un proceso agudo en evolución, ya que se altera y cambia con bastante rapidez este examen.

Para que diga el testigo cual es el fundamento clínico de que el paciente presentaba un ritmo cardíaco normal y no una arritmia, según señaló en su declaración.

R.- Hay dos elementos para ello. Primero que era un ritmo regular al examen físico, a lo que se suma el hecho de que el paciente presentaba buena perfusión distal (lo que traduce irrigación sanguínea adecuada hacia las partes más distales del cuerpo) y buena saturación de oxígeno en la sangre (oxigenación de la sangre). Segundo, el electrocardiograma mostraba un trazado normal, lo que significa que la propagación del estímulo eléctrico del corazón seguía su vía normal.

Para que diga el testigo cuál es la importancia que el Sr. Felipe Maragliano al momento de la evaluación que usted efectuó en el servicio de urgencia "nunca refirió dolor torácico" para efectos de determinar la conducta médica respecto del paciente o incidencia en una determinada patología.

R.- El dolor torácico como síntoma puede traducir cuadros de gravedad (aunque no siempre) y en este caso hubiese sido llamativo dado los antecedentes del paciente. En particular pensando en un proceso de isquemia del corazón, esto quiere decir falta de irrigación, sanguínea, lo cual se presenta con dolor característico, intenso y de forma precoz. Lo de precoz o temprano de presentarse esto no es compatible en un cuadro del tiempo de evolución que refirió el paciente.



«RIT»

Foja: 1

Para que diga el testigo de acuerdo a los registros clínicos del paciente si se encuentra objetivado que el Sr. Maragliano durante la atención en el HSO haya cursado con un infarto, agudo al miocardio.

R.- No, no hay evidencia de que haya cursado con un infarto agudo al miocardio.

Para que precise conforme a ello toda vez que existe un examen (electrocardiograma de fecha 15 de noviembre del 2013), cuya impresión del referido examen señala "la existencia o probabilidad que el paciente esté presentando el referido infarto al que ha hecho alusión anteriormente", conforme a aquello existe contradicción respecto a que el paciente haya o no cursado el infarto referido.

R.- Dentro de la impresión del electrocardiograma el aparato que registra el examen agrega una interpretación automatizada de este resultado. Dicha interpretación puede verse afectada por varias razones, entregando un resultado muchas veces incorrecto. Dentro de esas razones en este caso cabe destacar que el aparato no toma en cuenta los antecedentes ni comorbilidades del paciente.

Repreguntado, conforme a lo anterior, cómo se objetiva que no haya cursado un infarto agudo al miocardio.

R.- En medicina no hay absolutos, por lo que integrar los distintos elementos de la evaluación del paciente es fundamental. Se debe considerar siempre la historia clínica {incluyendo los antecedentes médicos}, el examen físico, exámenes complementarios, junto con la evolución y en algunos casos la respuesta al tratamiento. En este caso ninguno de los tres primeros era sugerente de un infarto. Hay un elemento que también descarta una de las posibles causas de infarto en pacientes como Felipe, como lo fue la ausencia de disección aórtica (lo que ya era poco probable dado la falta de cuadro clínico compatible con ello y que es muy



«RIT»

Foja: 1

característico) que quedó demostrado en el angioTC (que es lo mismo que la angioTAC) que se realizó posteriormente.

No hay más repreguntas.

Contra interrogaciones.

Para que el testigo diga si el documento Dato de Atención de Urgencia (DAU) de fecha 15 de noviembre del 2013 02.52 horas fue suscrito por él y para tal efecto se exhibe el documento asignado en la carpeta digital con el nombre p1 DAU H. Tisne F 00000045976, 14/11/13.

R.- Si.

Para que el testigo aclare según el documento que se le exhibió cuál fue el motivo de consulta del paciente Felipe Maragliano Saldaño.

R.- El motivo de consulta referido por el paciente al médico cuando es atendido es "Cuadro de tos seca en accesos de + / - un mes de evolución, sensación febril no cuantificada". Cabe destacar que el motivo de consulta en el encabezado del DAU no es registrado por personal médico, sino una aproximación por parte del personal administrativo que realiza el ingreso del paciente al sistema computacional de atención, por lo tanto no representa ninguna forma de evaluación clínica al respecto.

Asimismo en la demanda se señala el diagnostico de egreso, registrado en este mismo DAU cómo "tos", como un diagnóstico que rebajaba la condición del paciente, como desestimando sus antecedentes. Cabe aclarar que dicho diagnóstico es meramente un campo de valores fijos a completar en el sistema computacional para poder efectuar el cierre de la atención en este sistema. Esto quiere decir que es un ítem que se debe completar en forma obligatoria y a partir de un listado de diagnósticos predeterminados y que no se pueden modificar, debiendo asignar uno que se aproxime al motivo de consulta del paciente, pero no necesariamente ser un



«RIT»

Foja: 1

diagnóstico etiológico o final del motivo de atención, ya que en muchos casos los pacientes se atienden para estudio. Jamás este diagnóstico es determinante en el proceder clínico, no restringe estudio ni tratamiento del paciente.

Para que precise el testigo de acuerdo a lo que se señaló "una aproximación por parte del personal administrativo que realiza el ingreso del paciente al sistema computacional de atención, por lo tanto no representa ninguna forma de evaluación clínica al respecto" esta aproximación que aparece consignada en el DAU "Motivo Consulta: dolor al pecho dificultad respiratoria paciente con antecedentes cardiaco" es casual o es lo que informa el paciente al momento del ingreso al servicio de urgencia.

R.- Es como interpreta, en el lenguaje que él maneja, el personal administrativo que realiza el ingreso al sistema computacional. Es decir, el paciente refiere su motivo de consulta, con sus términos y expresiones, en forma muy abreviada (unas pocas palabras) y el personal administrativo lo interpreta en base a sus conocimientos, que no son médicos y lo plasma también con sus términos y expresiones. Por ejemplo, un paciente puede consultar por "tener el pecho tomado", lo que puede ser interpretado por el personal referido como "ahogo" ó "dolor al pecho" ó "tos" ó "resfrío", etc.

Para que diga el testigo si los 8 exámenes que aparecen individualizados en el DAU efectivamente fueron solicitados por Ud. como aparecen en este documento y en la negativa quien los solicitó.

R.- Como aparece en el DAU, si fueron solicitados por mí. Cabe destacar que pude no haberlos realizados yo, sino alguien que haya usado mi sesión abierta y por lo mismo al darse cuenta de su error, haberlo suspendido. Por lo demás en el DAU se señala que yo los solicito pero no que indico su suspensión. Sin embargo, en base a lo ya expuesto en preguntas anteriores, específicamente a propósito del



«RIT»

Foja: 1

cuadro clínico ya descrito y de haber discutido el caso con la Dra. Cleger, estos exámenes difícilmente habrían determinado un cambio de conducta en el manejo clínico del paciente, manteniéndose como lo más adecuado citarlo al control ya señalado para la mañana siguiente (el cual se llevaría a cabo unas pocas horas después).

Para que el testigo diga si o no solicitó los exámenes referidos.

R.- Ese nivel de detalle no lo recuerdo. Sí solicité el electrocardiograma de control y la radiografía de tórax.

Para que diga el testigo cuanto tiempo después de su ingreso se toma el electrocardiograma atendido esto que en "Comentario de enfermería" se señala expresamente "se toma ECG" que se refiere al electrocardiograma.

R - El primer ECG se toma poco después que se controlan los signos vitales de "Triage". Esto es parte del protocolo de atención y hasta este punto no ha habido indicación médica. Este ECG se tomó poco después de las 17:25 horas, horario en el que no me encontraba de turno, por lo que desconozco con precisión la hora en que se realizó. El segundo ÉCG que se toma si lo solicité yo justamente para ver si las alteraciones que presentaba el primero habrían cambiado, lo que como ya se señaló podía traducir algún proceso agudo en evolución.

Para que diga el testigo si en sus anteriores declaraciones ha referido que los ECG dan valores o comentarios automáticos qué fiabilidad tiene o confianza entrega dicho examen para que Ud. lo haya vuelto a solicitar.

R.- El ECG es un examen que uno como médico interpreta. Lo interpreta tanto en el trazado eléctrico como en el contexto clínico del paciente. Asimismo se interpreta la evolutividad del examen. No se solicita un examen de control para ver si la interpretación automática del equipo ha cambiado.



«RIT»

Foja: 1

Para que el testigo precise cual es la especialidad médica de la internista que señaló como Teresita Cleger.

R.- La especialidad de la Dra. Cleger es medicina interna.

Para que el testigo diga cuál es la hora hábil de la interconsulta de cardiología a la cual fue derivado el paciente al Dr. Sued.

R.- El horario es variable dependiendo de la disponibilidad de cupos de atención y del aparato para realizar el examen (Ecocardiograma). El paciente quedó citado para la mañana siguiente sabiendo que en dicho horario era posible una eventual evaluación, la que si; se llevó a cabo en forma extraordinaria, como una suerte de sobrecupo.

No hay más contra interrogaciones.

Al:punto de prueba N° 2.

R.- Yo me puedo referir a lo que dice relación con el H.S.O. Luis Tisné y de ello me remito a. todo lo ya descrito en el punto anterior.”

Finalmente, el **Dr. Nicolás Carreño Calderón** declaró en el proceso (folio 161) lo siguiente:

“... NICOLAS GUSTAVO CARREÑO CALDERÓN, ... Respecto del punto de prueba N° 1.

Responde: A mi juicio no hubo falta de servicio dado que Felipe fue atendido en la medida que fue requiriendo mayor complejidad de atención. A mí me toco conocerlo cuando ya había consultado 2 veces en el servicio de urgencia del Hospital Luis Tisné y tanto la declaración de los médicos que lo atendieron como la realización de los exámenes médicos hacían pensar en una condición banal, una infección viral que no estaba teniendo mayor repercusión sobre su patología cardiaca crónica, por lo tanto, recibió los tratamientos que correspondían, se intentó reestablecer sus controles y tratamiento crónico y se le dio la indicación de volver



«RIT»

Foja: 1

a consultar si el cuadro clínico cambiaba. Lamentablemente Felipe evolucionó de una manera extremadamente grave y a mí me tocó verlo con un riesgo vital inminente, por lo tanto, en esa oportunidad se ofreció el tratamiento que correspondía que era estabilizarlo para poder trasladarlo a un centro de mayor complejidad. Afortunadamente conseguimos una cama en el Instituto Nacional del Tórax y Felipe pudo continuar su manejo allá. Hay 2 cosas que quisiera agregar en mi declaración: En primer lugar antes de trasladarlo le realice una ecoscopia donde se observaba que el corazón se contraría de muy mala manera pero no había evidencia de infarto, en términos médicos esto se llama una disfunción global de la contractilidad del ventrículo izquierdo sin alteración de la motilidad segmentaria. En segundo lugar Felipe impresionaba estar cursando con una infección viral que estaba determinando una miocarditis, por lo tanto, tenía contraindicación absoluta de cualquier tipo de cirugía y yo lo derive al Hospital del Tórax para asistencia ventricular y no para que se operara como consta en la epicrisis de traslado. Razón de mis dichos es el hecho de que me consta por haber sido el responsable de la atención de Felipe en la UCI hasta que fue trasladado al Instituto Nacional del Tórax.

REPREGUNTAS:

1.- *Para que diga el testigo a que se refiere cuando señaló que Felipe Maragliano era portador de una condición cardíaca crónica.*

R: *Felipe tenía una estenosis aórtica por una aorta bicuspidé que estaba en control entiendo en el Instituto Nacional del Tórax, pero eso no me consta.*

2.- *Para que diga el testigo si la patología que acaba de describir corresponde a una cardiopatía congénita.*

R: *Felipe nació con una aorta bicuspidé que con el paso de los años fue determinando una estenosis aórtica.*



«RIT»

Foja: 1

3.- Para que precise el testigo qué es la estenosis aórtica.

R: Se trata de una condición que determina una dificultad para la salida del flujo sanguíneo fuera del corazón. En general cuando es una estenosis muy importante requiere de un reemplazo de la válvula aórtica.

4.- Para que diga el testigo cual fue la condición de Felipe al momento de consultar la primera vez en el Hospital Luis Tisné HSO (Hospital Santiago Oriente) y por qué motivo no se le indicó hospitalización en dicho centro hospitalario.

R: Lo registrado en los datos de atención de los días previos era que Felipe estaba presentando un cuadro respiratorio a todas luces viral que no estaba determinando un deterioro de su condición basal, con esto me refiero a que tanto en el examen físico como en los exámenes que se realizaron no había evidencia de una insuficiencia cardíaca descompensada.

5.- Para que precise el testigo qué es la miocarditis y por qué motivo frente a esta patología no estaba indicada la cirugía para Felipe Maragliano.

R: La miocarditis es una inflamación del musculo cardíaco que determina una dificultad para la contracción de la fibra muscular, en la inmensa mayoría de los casos se produce a consecuencia de una infección viral y no tiene relación con ninguna cardiopatía congénita si no que le puede ocurrir a cualquier persona, pero es una situación extremadamente excepcional. En este caso había 2 cosas, una estenosis aórtica que ya era conocida pero además, una severa disfunción de la contractilidad cardíaca en el contexto de una infección respiratoria viral, por lo que Felipe no hubiera sobrevivido a un reemplazo valvular si no mejoraba el funcionamiento del musculo cardíaco. Esa es la razón por la cual requería asistencia ventricular y no una cirugía.

6.- Para que diga el testigo si recuerda si dentro de los antecedentes clínicos de Felipe en el HSO se haya registrado que cursó con un infarto agudo al miocardio.



«RIT»

Foja: 1

R: A mí me consta que eso no ocurrió. El estudio más sensible para pesquisar un infarto al miocardio es la ecografía y yo le realice una ecoscopia donde se veía que todas las paredes estaban disfuncionando y eso descarta un infarto como causa de la insuficiencia cardíaca.

7.- Para que diga el testigo si la ecoscopia como examen para efectos de determinar la existencia o no de un infarto agudo al miocardio tiene mayor precisión que un electrocardiograma.

R: Categóricamente sí, la ecografía es el mejor examen para descartar un infarto agudo al miocardio. Ello porque los cambios que se producen en el musculo cardiaco durante un infarto se observan antes de que aparezcan cambios en el electrocardiograma y se mantienen en el tiempo después de que el electrocardiograma completa su evolución. Yo no recuerdo el electrocardiograma pero perfectamente recuerdo el estudio ecográfico de Felipe y para mí eso es suficiente para afirmar de que Felipe no tuvo un infarto.

8.- Para que diga el testigo si de acuerdo a los exámenes efectuados a Felipe Maragliano en el HSO el tipo de estenosis aórtica de la cual era portador era moderada o severa.

R: Felipe tenía una estenosis severa, era realmente sorprendente que llevara tanto tiempo asintomático con una alteración tan grave de su anatomía cardíaca.

9.- Para que diga el testigo si recuerda las fechas en que se brindaron las atenciones a que ha hecho referencia en su declaración.

R: Esto fue el 13, 14, 15 y 16 de noviembre de 2013. A mí me toco atenderlo el último día, el 16.

La parte demandada Instituto Nacional del Tórax, no tiene repreguntas.

CONTRAINTERROGACIONES:



«RIT»

Foja: 1

1.- Para que precise el testigo a qué estudio ecocardiografico se refiere, me refiero a fechas, si fue el 14, 15, 16.

R: Me refiero al estudio ecográfico que yo realicé el día 16 de noviembre. Yo no soy ecocardiografista pero en el intensivo el ecógrafo se utiliza de rutina como parte del examen físico. Al momento de atender a Felipe yo era internista y había realizado un diplomado en ecografía cardiaca intensiva.

2.- Para que diga el testigo si tuvo acceso a los resultados y conclusiones del ecocardiograma realizado a Felipe Maragliano el día 15 de noviembre en el HSO.

R: Claro, tuve acceso al informe de ese ecocardiograma y de las conclusiones que fueron importantes para mí el grado de estenosis aórtica fue lo más relevante porque yo no estoy capacitado para hacer esa evaluación. En cuanto a la función cardíaca que yo evalué la fracción de eyección había disminuido con respecto a ese examen, por lo tanto, Felipe estaba mucho peor.

3.- Para que precise el testigo si recuerda el valor de la fracción de eyección (FEVI).

R: Recuerdo que era menos de un 15%.

4.- Para que el testigo aclare si es posible que la alteración de la motilidad segmentaria a la cual se refirió se haya recuperado desde el 15 al 16 en que señaló que no tenía alteración toda vez que una de las conclusiones del ecocardiograma del día 15 señala que había alteración por la motilidad segmentaria y la motilidad global.

R: El hecho de que haya mejorado la motilidad segmentaria habla de que el mecanismo de disfunción del musculo cardiaco no era un infarto porque un infarto determina una alteración de la motilidad segmentaria definitiva. En este caso probablemente lo que ocurrió es que los segmentos del corazón que todavía se



«RIT»

Foja: 1

contraían adecuadamente el día 15 disfuncionaron y determinaron la insuficiencia cardiaca con que yo lo conocí.

5.- *Para que el testigo diga en que momento documentó la existencia de una miocarditis a la cual se ha referido.*

R: *La única manera de documentar una miocarditis es mediante una biopsia del endocardio o el análisis anatomopateológico del corazón, por lo tanto, yo no puedo afirmarlo categóricamente, para mí es solo una sospecha a la luz de como evolucionó Felipe.*

6.- *Para que diga el testigo a qué hora ingresó Felipe Maragliano a la UCI del Hospital Luis Tisné.*

R: *No recuerdo exactamente, yo recibí el turno a las 9 de la mañana, lo evalué cerca de las 10 en el reanimador de la urgencia, le hice el cupo, debe haber llegado a las 11 de la mañana a la UCI.*

7.- *Para que aclare el testigo por qué o cómo la hora de ingreso en la epicrisis está fijada a las 15:00 horas.*

R: *La hora exacta de ingreso esta consignada en la hoja de enfermería. En la epicrisis puede haber un error pero yo no recuerdo ver esos detalles con claridad.*

8.- *En este acto la parte demandante viene en solicitar que se exhiba al testigo el documento pdf denominado "pl4 Ingreso/UCI H.L. Tisne", que fuera acompañado por escrito presentado con fecha 29 de abril de 2019, signado con el folio número 87, a fin de que el testigo señale si fue emitido por él y en caso positivo para que señale o aclare en el ítem "plan" él solicito un traslado urgente a INT para asistencia ventricular, para que señale cuanto es el tiempo en que requería esa asistencia ventricular Felipe Maragliano.*

R: *Si, ese documento lo escribí yo y a ese documento me refería cuando indique una epicrisis de traslado. A mi juicio era inminente que iba a ser necesario*



«RIT»

Foja: 1

conectarlo a asistencia ventricular pero no me consta en qué condiciones llegó al Instituto Nacional del Tórax y qué posibilidades reales tenía allá de ofrecerle el tratamiento. Yo le inicié drogas vasoactivas previo al traslado, puede ser que haya llegado en mejores condiciones al Instituto Nacional del Tórax y hayan decidido no conectarlo inmediatamente.

9.- *En este acto la parte demandante viene en solicitar que se exhiba al testigo el documento pdf denominado "pl7 UCI Epicrisis H. L. Tisne", que fuera acompañado por escrito presentado con fecha 29 de abril de 2019, signado con el folio número 87, a fin de que el testigo señale si lo suscribió él y para que aclare por qué se trasladó a Felipe Maragliano para "eventual asistencia ventricular y/o cirugía de reemplazo valvular de urgencia".*

R: *Ese documento efectivamente lo escribí yo. La idea de darle asistencia ventricular era poder estabilizarlo de manera que tuviera la oportunidad de que en el algún momento se pudiera realizar una cirugía cardíaca. Ahora los tiempos son discutibles, se podrían haber hecho las 2 cosas al mismo tiempo, darle asistencia ventricular y hacer un reemplazo valvular con un alto riesgo de mortalidad. La otra alternativa era solo darle asistencia ventricular y esperar a que estuviera en mejores condiciones para que la cirugía fuera con menos riesgos de mortalidad. Por eso lo importante era la asistencia ventricular y en ese documento deje planteada la posibilidad de que los especialistas en el Instituto Nacional del Tórax definieran que se iba a hacer finalmente.*

10.- *Para que el testigo precise o aclare si tiene conocimiento de cuantas horas Felipe Maragliano estuvo en un box de urgencia antes de ingreso a la UCI en el Hospital Luis Tisné.*

R: *Desconozco cuanto rato estuvo en box la noche del viernes 15, yo lo conocí en el reanimador de la urgencia en la mañana del sábado 16, donde se le pueden*



«RIT»

Foja: 1

administrar los mismos tratamientos que en la UCI, es más, podría haberse ido directamente desde el reanimador a la UCI del Instituto Nacional del Tórax, pero por razones administrativas había que encontrarle el cupo en el INT, llegó a la UCI del HSO y estuvo ahí durante unas horas.

11.- Para que diga el testigo a cuantos electrocardiogramas del paciente tuvo acceso antes de ingresar a la UCI.

R: No recuerdo, probablemente más de uno, estaban todos alterados y por lo tanto la información que se podía obtener de ellos no era relevante, mucho más importante era el estudio ecográfico.

Respecto del punto de prueba n° 2.

Responde: Como mencione anteriormente la complejidad de la atención que se ofreció a Felipe se fue aumentando en la medida que él se fue agravando y se hicieron todos los estudios y se administraron todos los tratamientos que permitieron estabilizarlo lo suficiente para poder trasladarlo al INT (Instituto Nacional del Tórax). Razón de mis dichos es lo mismo que manifesté en mi respuesta al punto 1.

REPREGUNTAS:

1.- Para que precise el testigo cuales fueron los exámenes que a Ud. le correspondió solicitar respecto de la atención brindada a Felipe Maragliano.

R: Yo le solicité exámenes de sangre que le permitieron establecer la gravedad de las disfunciones orgánicas producto del shock cardiogenico y la respuesta a los tratamientos indicados.

La parte demandada Instituto Nacional del Tórax, no tiene repreguntas.

CONTRAINTERROGACIONES:

1.- Para que aclare el testigo si dentro de los exámenes solicitó el de protrombina y en su caso qué mide este examen.



«RIT»

Foja: 1

R: No recuerdo si lo solicité yo o ya estaba solicitado en la urgencia. Lo esperado es que este muy alterado en un shock cardiogenico porque el hígado deja de producir los factores de coagulación que se miden en este examen cuando hay un flujo sanguíneo alterado a través del mismo órgano, el hígado.

2.- Para que diga el testigo si él tuvo acceso a otros exámenes que no hayan sido solicitados por él y en el caso cuales.

R: Tuve acceso al ecocardiograma, la radiografía de tórax, los electrocardiogramas, exámenes de sangre que mostraban que fue empeorando progresivamente en forma muy rápida.

Respecto del punto de prueba N° 3,

Responde: De acuerdo a lo que he señalado previamente a mi juicio se cumplió con la Lex Artis en la atención de Felipe.

REPREGUNTAS:

1.- Para que precise el testigo si lo anterior se refiere a las atenciones brindadas en el Hospital Luis Tisné.

R: Yo solo puedo referirme a lo que ocurrió en el Hospital Luis Tisné.

2.- Para que precise el testigo cual es el fundamento médico de señalar que se cumplió con la Lex Artis en la atención de Felipe Maragliano en el Hospital Luis Tisné.

R: En los datos de atención a los que yo me puedo referir hay una correcta justificación de las decisiones que se tomaron pero evidentemente la evolución fue sorprendentemente mala, por lo que hubo que ir intensificando la agresividad del manejo hasta llegar a una UCI y el traslado a un centro de mayor complejidad.

La parte demandada Instituto Nacional del Tórax, no tiene repreguntas.

CONTRAINTERROGACIONES:



«RIT»

Foja: 1

1.- Para que aclare el testigo cual es la importancia de que el paciente según señaló estuviera asintomático.

R: Es lo más relevante para las primeras consultas porque no era fácil distinguir si los síntomas por que consultó se debían a una progresión de su estenosis aórtica o a una condición distinta, por ejemplo una miocarditis, que lo estuviera descompensando. En el caso de que los síntomas fueran explicados solo por la estenosis aórtica lo esperable hubiera sido que con los tratamientos indicados el 13 y 14 de noviembre se sintiera mejor y volviera a sus controles habituales como se propuso en la urgencia.

2.- Para que el testigo precise que tratamientos recibió en urgencia los días 14 y 15 a los cuales ha hecho referencia.

R: Se le indico una terapia estándar de insuficiencia cardiaca (atenolol, enalapril, furosemida, espironolactona) más el tratamiento de una infección respiratoria viral.

3.- Para que el testigo aclare según observe en los documentos ya reconocidos por él, que el paciente se encontraba con una hipotensión severa, como es posible que se le haya recetado medicamentos betabloqueadores como los son el Atenolol si aquellos causan hipotensión.

R: La estenosis aórtica es especialmente sensible a la hipertensión arterial. El corazón tiene que vencer tanto la obstrucción que determina la válvula esteneotica como el aumento de la presión arterial, por lo tanto, es conveniente que estos pacientes se manejen con presiones más bien bajas. Al momento de la indicación según los datos registrados en los datos de atención la presión arterial estaba normal-alta.

4.- Para que precise el testigo cual es el valor de la presión normal.alta.



«RIT»

Foja: 1

R: La presión sistólica entre 130 a 140 y la presión diastólica entre 80 y 90. Lo ideal es que una persona con estenosis aórtica maneje presiones de 90 con 60 a menos de que no tolere presiones tan bajas.

5.- Para que aclare el testigo si el paciente Felipe Maragliano tenía una fuerza de eyección disminuida requería medicamentos para controlar una alza de presión.

R: Un alza de presión para Felipe hubiera sido una emergencia médica que habría que haber manejado agresivamente. Para que el tribunal lo entienda, lo que Felipe tenía era una contractilidad disminuida. Si es que aumenta la presión arterial para esa misma contractilidad disminuye la fracción de eyección, en cambio sí baja la presión arterial aumenta la fracción de eyección.”

DÉCIMO QUINTO: Que, resulta claro que en un tema que implica, necesariamente, el conocimiento de una ciencia o arte, como lo es el de la medicina, se requiere tener conocimientos, debidamente acreditados respecto de aquella ciencia o arte.

En este sentido, debe destacarse la circunstancia que los actores no solicitaron pericias.

Sin embargo, las declaraciones de los testigos de los demandados, todos ellos médicos, y en el caso de los testigos del Instituto Nacional del Tórax (INT), resultan ser profesionales especialistas del área de las enfermedades cardiacas, por lo que sus testimonios revisten gran relevancia para la determinación si los demandados incurrieron o no en una falta de servicio.

En este sentido, los documentos analizados, y las declaraciones de los testigos permiten, igualmente, tener por acreditado en la causa las siguientes circunstancias:

1.- Que, al ingresar a la UCI del INT, las posibilidades de sobrevida del Sr. Maragliano Saldaño eran escasas.



«RIT»

Foja: 1

En efecto, el **Dr. González Foretic**, que era en médico tratante del Sr. Maragliano Saldaño en el INT, declaró a este respecto que “...esto probablemente explica por qué Felipe se prolongó su sobrevida 4 días, sin esta asistencia se habría muerto el día que llegó al Hospital del Tórax...”

Igualmente, a este respecto, el testigo **Dr. Polentzi Uriarte** declaró lo siguiente (folio 115 reiterado a folio 125) “...lo que configura una falla orgánica múltiple con altísima mortalidad” .

2.- Que, al ingresar a la UCI del INT el Sr. Maragliano Saldaña padecía un **shock cardiaco** con compromiso de varias de sus funciones.

Así el **Dr. González Foretic** (folio 123), señaló lo siguiente “...me llamó el médico de turno de la UCI del Tórax para informarme que Felipe había ingresado muy grave, en falla orgánica múltiple. De hecho fui al hospital a informarme de la situación. Felipe estaba muy grave en ventilación mecánica, significa que estaba conectado a un ventilador mecánico porque estaba en falla respiratoria severa, tenía falla renal severa (creatinina de 4,5 milímetros por decilitros), falla hepática severa con INR de 6 (esto significa que el nivel de coagulación es extremadamente bajo, el normal es 1). Esto es tan grave, el tener tantos órganos en falla, que contraindica una operación” .

A su vez, el **Dr. Dauvergne Maya** declaró que (folio 123) “...al ingreso se constata una falla multiorgánica: hepática, renal, hemodinámica y metabólica (acidosis láctica), ...” .

El testigo del INT, **Dr. Sandoval Berrocal** declaró a este respecto que (folio 165) “...se precisa que está en falla multi orgánica (falla hemodinámica, falla renal, falla respiratoria, falla hepática y falla de la coagulación), en este contexto se llama al equipo quirúrgico en donde se precisa que el paciente, por su gravedad, es inoperable. En relación a la edad del paciente se decide instalarle una máquina de



«RIT»

Foja: 1

asistencia circulatoria que se denomina Ecmo, en forma excepcional, con la intención de recuperar la falla multiorgánica y poder operarlo cuando la condición clínica lo permita

El testigo **Dr. Polentzi Uriarte** (folio 115, reiterado a folio 125), declaro “...*Esto lo sé porque el paciente presentaba una insuficiencia valvular aórtica aguda con falla cardíaca y circulatoria, falla renal, falla respiratoria, falla de la coagulación, lo que configura una falla orgánica múltiple con altísima mortalidad*”. También declaró que “...*Felipe ingresó en falla circulatoria aguda secundaria a rotura de la válvula aórtica por endocarditis o infección de la válvula, por no presentar rápida respuesta a las drogas vasoactivas y a la ventilación mecánica, se conectó a ECMO ...*”. Dijo, además, lo siguiente “...*Felipe fue trasladado por presentar falla circulatoria aguda o también llamado shock cardiogénico secundario a insuficiencia valvular aórtica aguda*”.

3.- Que, ante dicho cuadro (shock cardiaco), no podía efectuársele la **operación** que se tenía prevista para tratar la lesión congénita que padecía el Sr. Maragliano Saldaño.

Así lo señala por ejemplo el **Dr. González Foretic** (folio 123) “...Esto es tan grave, el tener tantos órganos en falla, que contraindica una operación.”.

Esta situación es corroborada por el **Dr. Dauvergne Maya** (folio 123) al señalar que “...*falla multiorgánica: hepática, renal, hemodinámica y metabólica (acidosis láctica), lo que en ese momento hacen imposible a una resolución quirúrgica. En este punto uno podría pensar en alternativas menos invasivas, pero también al tratarse de una estenosis aórtica en una válvula bicúspide hacen imposible por la distribución del calcio en la misma que uno pueda dilatarla, es decir, en esta estenosis en específico la valvuloplastia con balón no tiene ninguna efectividad.*



«RIT»

Foja: 1

Ante la situación limítrofe se optó por conexión a soporte extraordinario como lo es el ECMO...” .

Coincide con ellos, el testimonio del **Dr. Sandoval Berrocal** (folio 165) al señalar que “...*en este contexto se llama al equipo quirúrgico en donde se precisa que el paciente, por su gravedad, es inoperable. En relación a la edad del paciente se decide instalarle una máquina de asistencia circulatoria que se denomina Ecmo*” .

El **Dr. Polentzi Uriarte** (folio 115, reiterado a folio 125) señala lo siguiente “...*En relación a la cirugía de reemplazo valvular, la condición crítica del paciente la hacía de altísimo riesgo y con alto riesgo de mortalidad*” .

4.- Que la causa del shock cardiogénico fue una endocarditis, esto es, una infección de la válvula aórtica que produjo, en el caso de Felipe, la ruptura de dicha válvula.

Así lo declararon contestemente los doctores del demandado INT.

Así el **Dr. Polentzi Uriarte** (folio 115, reiterado 125) dice lo siguiente, en relación a este hecho: “...*Durante su seguimiento, Felipe nunca tuvo una fracción de eyección disminuida y los valores que presenta de disfunción ventricular a su ingreso en UCI corresponden a una falla cardiaca aguda secundaria a la insuficiencia valvular aguda.*”

Felipe ingresó en falla circulatoria aguda secundaria a rotura de la válvula aórtica por endocarditis o infección de la válvula ...” .

El **Dr. González Foretic** (folio 123) señala a este respecto a su vez que: “...*El otro examen fue la ecocardiografía que mostró insuficiencia severa de la válvula aórtica, lo que plantea que su problema lo más probable es que haya sido una ruptura de la válvula aórtica en contexto de infección de la válvula y a esto se le llama endocarditis. Cuando se rompe la válvula en forma aguda hay falla cardiaca inmediata y debido a esto se produce la falla de todos los órganos...*” .



«RIT»

Foja: 1

También declaró en ese sentido que: *“Para que aclare el testigo si la endocarditis fue objeto de alguna terapia medicamentosa. En la afirmativa, desde qué fecha. R.- Desconozco desde cuando recibió antibióticos. El problema es que una ruptura de válvula es un problema mecánico grave que los antibióticos no resuelven...”*

DÉCIMO SEXTO: Que, atendido lo razonado en los motivos precedentes, no puede constatar que concurra, respecto del demandado INT, alguna acción u omisión que pueda encuadrarse dentro del concepto de falta de servicio.

Ello, por cuanto en relación a las imputaciones relativas a la derivación del Sr. Maragliano Saldaño a un hospital de menor complejidad; el hecho de no haber entregado horas de atención con especialista o haber suspendido una hora programada, no es más que el reflejo de la precariedad del sistema público de salud, cuestión que le impide tener, por ejemplo, un servicio de urgencia. En todo caso, el INT y en general los hospitales públicos en Chile, no están en condiciones de entregar libremente horas para especialidades, y en el caso del INT, tampoco podría haber recibido al Sr. Maragliano Saldaño al inicio de sus malestares, pues, como se dijo, carece de un sistema de Urgencia, por lo que el sistema obliga a todos los usuarios, a ingresar por el sistema de urgencia de otros recintos hospitalarios.

Tampoco puede atribuírsele algún tipo de negligencia en la realización de la operación que estaba contemplada para el Sr. Maragliano Saldaño para el tratamiento de su padecimiento congénito, pues los Dres. del INT así como el el Dr. Carreño Calderón del Hospital Luis Tisné, han declarado en forma conteste que la estenosis aórtica que padecía, era asintomática, y por lo tanto, cabía esperar un cambio en esa condición, para poder efectuar el tratamiento quirúrgico del mismo. En este contexto, cabe destacar que no fue esa la causa del agravamiento de la salud de esta persona, ni de su posterior fallecimiento, sino que la infección de la



«RIT»

Foja: 1

válvula aórtica, cuestión que, además, impedía la operación que estaba contemplada para el tratamiento quirúrgico de la estenosis.

Por otro lado, tampoco ha resultado acreditado que en el INT, se hubieren cometido algún tipo de falta en lo relativo al manejo de la ficha clínica del paciente.

DÉCIMO SÉPTIMO: Que, en cambio, estima esta sentenciadora que en relación al Hospital Luis Tisné B., si existen hechos que pueden encuadrarse en una falta de servicio en relación al tratamiento del paciente Sr. Maragliano Saldaño, y que como se analizará posteriormente, desencadenaron el resultado dañoso (su agravamiento y muerte).

En efecto, estima esta sentenciadora que un cuando el Dr. Carreño Calderón al declarar intentó disminuir la importancia de la descripción de los síntomas que presentaba el Sr. Maragliano Saldaño a su ingreso al hospital Luis Tisné, lo cierto y concreto es que en el Dato de Atención de Urgencia, que contiene los síntomas que el paciente refiere al enfermero que hace la evaluación de éste a su ingreso, el Sr. Maragliano Saldaño señaló expresamente tener un cuadro de tos, y dolor torácico por un período prolongado de tiempo.

En este sentido, el testigo del INT, doctor **Dauvergne Maya (folio 123)**, declaró en el proceso que “... *Acá no es el enfermo que desarrolla disnea (dificultad respiratoria) progresiva, dolor torácico o síncope (pérdida de conciencia) en el que sabemos su expectativa de vida se reduce a 2 años. ...*” declaración que sugiere que ante un cuadro como el descrito (disnea, dolor torácico y síncope) y más con los antecedentes cardiacos que presentaba Felipe, lo aconsejable era estabilizar y remitirlo inmediatamente al centro de mayor complejidad y especialización y esta actitud no fue la que adoptó el personal del Hospital Luis Tisné.



«RIT»

Foja: 1

Esta conclusión se confirmada por lo declarado por el Dr. Polentzi Uriarte (folio 115, reiterado 125), testigo del INT, como puede leerse a continuación:

“R. no existe un valor de FEVI aislado que indique hospitalización, al valor de este parámetro ecocardiográfico se deben asociar parámetros clínicos como cansancio, como congestión pulmonar o edema para plantear hospitalización para el tratamiento.

Para que diga el testigo si una FEVI de 36% acompañada con una insuficiencia con tos, con disnea y la ortopnea requieren o son indicadores de hospitalización.

R. Aquí hay dos cosas, como dije anteriormente si el paciente presenta síntomas de insuficiencia cardíaca y una FEVI disminuida, tiene indicación de hospitalización.

En efecto, ha resultado acreditado en la causa que, luego del desmayo sufrido en su casa, el Sr. Maragliano Saldaño fue ingresado en la Urgencia del Hospital Luis Tisné, más o menos a las 23.00 hrs. derivándosele a la UCI de dicho recinto, y sólo tipo 11.00 de la mañana del día siguiente, fue derivado al INT. Esta demora es advertible, de la declaración del Dr. Carreño Calderón, según puede leerse seguidamente *“R: Desconozco cuanto rato estuvo en box la noche del viernes 15, yo lo conocí en el reanimador de la urgencia en la mañana del sábado 16, donde se le pueden administrar los mismos tratamientos que en la UCI, es más, podría haberse ido directamente desde el reanimador a la UCI del Instituto Nacional del Tórax, pero por razones administrativas había que encontrarle el cupo en el INT, llegó a la UCI del HSO y estuvo ahí durante unas horas.”* y, además, es extraíble de los DAU aportados por los actores y la ficha clínica del INT .

Por otro lado, aun cuando los tres doctores que declararon en calidad de testigos por el hospital Luis Tisné (Sres. Sued, Selman y Carreño) en sus declaraciones negaron terminantemente que el Sr. Maragliano Saldaño hubiere cursado en dicho hospital un infarto agudo, lo concreto es que, en relación al Sr. Sued este declaró



«RIT»

Foja: 1

no haber conocido los resultados de un electrocardiograma (ecg) que mostraban resultados alterados, según puede leerse en su declaración de la siguiente manera

“...examen electrocardiográfico de fecha 15 de noviembre del año 2013, acompañado por escrito de 29 de abril de 2019 cuyo archivo se consigna con el nombre P8 ECG IAM 15/11/13, 22:30 horas, que corresponde al H.S.O. cuya interpretación señala probable infarto agudo (anterior) si este último fue conocido por usted.

R.- En cuanto a la primera parte de la pregunta, si corresponde al examen realizado por mi persona. En cuanto a la segunda parte de la pregunta, como figura en el registro fue realizado a las 22:30 horas de ese día y no era conocido por mi persona ...” .

Igualmente, y en relación a estos resultados alterados del electrocardiograma, dos de los doctores que declararon como testigos del Hospital Luis Tisné, le restaron valor, al indicar que sólo correspondía a una especie de alerta automatizada.

El **Dr. Sued** señala a este respecto que *“...Además, el error más común en los servicios de urgencias es guiarse por el informe automatizado del equipo que como en este caso dice probable infarto de miocardio, lo cual no es así, dado que el paciente presenta una hipertrofia ventricular izquierda secundaria a su estenosis aórtica.” ; el doctor ...” .*

A su vez, puede leerse que el **Dr. Selman Hasbún** (folio 126) señaló a este respecto que *“...R.- No, no hay evidencia de que haya cursado con un infarto agudo al miocardio.*

Para que precise conforme a ello toda vez que existe un examen (electrocardiograma de fecha 15 de noviembre del 2013), cuya impresión del referido examen señala "la existencia o probabilidad que el paciente esté presentando el referido infarto al que ha hecho alusión anteriormente", conforme a



«RIT»

Foja: 1

aquello existe contradicción respecto a que el paciente haya o no cursado el infarto referido.

R.- Dentro de la impresión del electrocardiograma el aparato que registra el examen agrega una interpretación automatizada de este resultado. Dicha interpretación puede verse afectada por varias razones, entregando un resultado muchas veces incorrecto. Dentro de esas razones en este caso cabe destacar que el aparato no toma en cuenta los antecedentes ni comorbilidades del paciente...” .

El dato concreto es que, Felipe Maragliano Saldaño, al ingresar a urgencia del Hospital Luis Tisné, luego de haber concurrido en otras dos ocasiones con un lapso de tiempo de no más de 24 horas por dolor de pecho, tos y problemas para respirar (disnea), y con posterioridad a sufrir un síncope, se agravó rápidamente, al punto que al ser trasladado al Hospital de especialización y mayor complejidad (el INT) la posibilidad de sobrevivida del paciente era escasa.

Tal es así que el **Dr. Carreño Calderón** (folio 161), declara lo contrario a los dos médicos antes citados, como puede apreciarse de la siguiente cita de su testimonio:

“R: Claro, tuve acceso al informe de ese ecocardiograma y de las conclusiones que fueron importantes para mí el grado de estenosis aórtica fue lo más relevante porque yo no estoy capacitado para hacer esa evaluación. En cuanto a la función cardíaca que yo evalué la fracción de eyección había disminuido con respecto a ese examen, por lo tanto, Felipe estaba mucho peor.

3.- Para que precise el testigo si recuerda el valor de la fracción de eyección (FEVI).

R: Recuerdo que era menos de un 15%.”

Debe señalarse que FEVI corresponde a la abreviatura de la frase médica

“Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo” , tratándose de un indicador para graficar si el ventrículo izquierdo (que es el de mayor flujo sanguíneo), se contrae



«RIT»

Foja: 1

con fuerza o débilmente, medida en porcentajes, siendo 50% hacia arriba considerado normal y menos de 36% se estima una disfunción severa.

En este sentido, al ingresar por segunda vez al hospital Luis Tisné, el Sr. Maragliano Saldaño no fue bien evaluado por los Dres. de dicho recinto, en especial, el reproche debe dirigirse en contra de la Dra. Guíñez, y esa alta, y el diagnóstico de “disnea”, precipitó el síncope que sufrió dicho paciente. Luego, al ser reingresado a la urgencia del Hospital Luis Tisné, con todos estos antecedentes, la demora en derivarlo al hospital INT, terminó de configurar el cuadro de gravedad en la infección cardíaca que cursaba el paciente.

Por los motivos recién relatados, estima esta sentenciadora que efectivamente concurre respecto de la demandada, responsabilidad civil por falta de servicio, por mala aplicación de la lex artis en la atención prestada al paciente Felipe Maragliano Saldaño, por las razones antes indicadas, más no por las otras imputaciones que se efectúan en el libelo.

DÉCIMO OCTAVO: Que, en relación a la relación de causalidad, como ya se adelantó en el motivo anterior, el shock cardiogénico sufrido por el Sr. Maragliano Saldaño, se estaba desarrollando cuando el paciente ingresó al hospital Luis Tisné, por segunda vez, siendo mal evaluado a pesar de los antecedentes que se tenían a la vista: síntomas experimentados por el paciente (tos, disnea y dolor torácico); electrocardiograma con resultados alterados; y ya, en el tercer ingreso, luego del síncope sufrido por el paciente, la demora en derivar al INT al paciente, trajeron como consecuencia el agravamiento del Sr. Maragliano Saldaño, al punto que a su ingreso a la UCI del INT eran muy escasas sus posibilidades de sobrevida, cuestiones todas, no advertidas oportunamente en el Hospital Luis Tisné, de tal manera que, el diagnóstico oportuno de la infección aórtica que el Sr. Maragliano



«RIT»

Foja: 1

Saldaño cursaba, y su derivación al hospital de mayor complejidad y especialización, habrían permitido un tratamiento más adecuado, y muy probablemente, aumentar las posibilidades de supervivencia de éste, y eventualmente, haber evitado su fallecimiento, de manera tal que si se suprime mentalmente las actuaciones que esta sentenciadora ha tenido como manifestaciones de una falta de servicio, no se habría producido el resultado dañoso (el agravamiento del paciente y su posterior fallecimiento), únicamente en relación al demandado Hospital Luis Tisné B.

DÉCIMO NOVENO: Que, es menester ahora hacerse cargo de los daños que los actores demandan producto de la falta de servicio denunciada respecto del Hospital Luis Tisné B.

En primer término, conviene delimitar el concepto de daño. En este sentido estima esta sentenciadora es necesario recordar la definición que hacía de él el tratadista Arturo Alessandri Rodríguez como *"es todo detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia que sufre un individuo en su persona, bienes, libertad, honor, crédito, afectos, creencias, etc."*. También, se ha elaborado un concepto de daño a partir de los intereses que merecen legítima tutela jurisdiccional, concepto que se enuncia de la siguiente manera: *"la pérdida o menoscabo, perturbación o molestia de un interés legítimo ante el ordenamiento normativo, así dicho interés, atendido su reconocimiento y amparo jurídico, represente o no un derecho subjetivo"*.

Para que el daño sea indemnizable debe cumplir una serie de requisitos. Estos son:

- 1.- Que el daño sea cierto y no meramente eventual, ello exige que no exista duda de que el daño existió, sea este actual o futuro.
- 2.- Que se lesione un derecho subjetivo o un interés legitimado por el ordenamiento jurídico.



3.- Que sea directo, esto es la pérdida, menoscabo o perturbación debe ser consecuencia inmediata y necesaria del hecho que lo provoca.

4.- Que sea causado por obra de un tercero distinto de la víctima.

5.- Que el daño no se encuentre reparado.

Por otro lado, pueden ser clasificados como; daño patrimonial y daño extrapatrimonial o moral.

El daño patrimonial es aquel que afecta un bien que tiene un contenido económico, que se expresa en un valor de cambio, y que puede representar la pérdida o disminución efectiva del patrimonio de un individuo (daño emergente) o porque el hecho del autor impide que el patrimonio de la víctima se incremente (lucro cesante).

En cuanto al daño moral, debe señalarse que tradicionalmente se le ha concebido como *“el dolor, pesar o molestia que sufre una persona en su sensibilidad física o en sus sentimientos, creencias o afectos”*. Como puede apreciarse se trata de un concepto amplio, pero que en definitiva es asociable al dolor, sufrimiento o aflicción que padece la víctima del hecho dañoso, en su ser interno, que lesiona sus sentimientos, afectos o tranquilidad. Al respecto, la profesora Carmen Domínguez Hidalgo señala que el daño moral está *“constituido por el menoscabo de un bien no patrimonial que irroga una lesión a un interés moral por una (persona) que se encontraba obligado a respetarlo”*. Asimismo, el autor don José Luis Díez Schwerter, indica, que para la mayoría de la doctrina y la jurisprudencia, el *“... daño moral consiste, equivale y tiene su fundamento en el sufrimiento, dolor o molestia que el hecho ilícito ocasiona en la sensibilidad física o en los sentimientos o afectos de una persona.”*



«RIT»

Foja: 1

Por otro lado, el daño moral debe ser probado por quien lo reclama, toda vez que éste constituye un presupuesto para el origen de la responsabilidad civil, por tanto, aquel que intente beneficiarse de la concurrencia de la misma, tendrá la carga probatoria de demostrar su existencia, en conformidad al artículo 1.698 del Código Civil.

Finalmente, es necesario efectuar dos precisiones más antes de abordar la aplicación de estas ideas al caso en concreto. En primer término, dejar claramente asentado que el artículo 2.329 del Código Civil establece un principio general de derecho que puede enunciarse como “todo daño injustamente causado debe ser indemnizado” .

En segundo lugar, que, en el daño extrapatrimonial, la indemnización tiene un rol compensatorio, porque no es posible establecer un valor de reparación para el interés lesionado.

VIGÉSIMO: Que, en el caso en concreto, los actores demandan dos tipos de daño: daño patrimonial y daño moral.

En relación al daño patrimonial, los actores José Antonio Maragliano Chacón, doña Elizabeth Ivonne Muñoz Saavedra y don Martín Felipe Maragliano Muñoz, demandan por este concepto: en el caso del Sr. Maragliano Chacón, por lucro cesante y daño emergente.

En el caso del lucro cesante, por cuanto habría perdido su trabajo como chófer de una empresa del Transantiago, a consecuencia del daño psicológico que sufría a raíz del fallecimiento de su hijo.

En cuanto al daño emergente, demanda los gastos en que habría incurrido para los efectos de la sepultación de su hijo.



«RIT»

Foja: 1

Respecto de la Sra. Muñoz Saavedra y del menor Maragliano Muñoz, demandan lucro cesante, basados en que el fallecido Sr. Maragliano Saldaño, era pareja o conviviente de dicha actora y padre del menor, y habría constituido el pilar o sostén económico del grupo familiar y su prematura muerte les habría privado de dicho ingreso.

Estos actores, además de la madre y hermana del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, demandan daño moral, por el sufrimiento que padecieron al perder a su familiar.

VIGÉSIMO PRIMERO: Que, para su acreditación rindieron testimonial y documental.

En cuanto a la testimonial, doña **Rosa Herminia Torres Cuello** (folio 121), a quien debe considerársele como abonada, por conocer a la familia del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, al ser vecina de estos, al punto de conocer a los padres de Felipe, desde pequeños y desde que empezaron a pololear, declaró que la familia sufrió a tal grado la muerte de Felipe, que la misma se disgregó, separándose los padres de este, y yéndose a vivir a Puerto Varas, la pareja de Felipe, lo que declara de la siguiente manera: *“El matrimonio se separó al final. Ella la mama de Felipe tienen crisis de pánico incluso y el papa de Felipe tuvo que dejar de trabajar. Es el sufrimiento que han tenido ambos padres”* . Repreguntada para que dijera si antes del fallecimiento de Felipe Maragliano los padres estaban juntos o separados, respondió: *“estaban juntos”* .

Esta testigo, además, indicó que Felipe *“... Vivía con la Ely, la Esposa de Felipe, en la misma esquina de mi casa en la casa de los suegros”* .

Luego, declaró que en la actualidad la pareja de Felipe y su hijo se fueron de la casa de sus “suegros” señalando que *“No vive ahí ahora. Vive en Puerto Varas”* y ello sería porque *“... quedó destruida y no quería tener más recuerdos por la muerte de su marido.”*



«RIT»

Foja: 1

Finalmente, declaró que *“El papá de Felipe tuvo que dejar de trabajar lo que le significa que no podía sustentar sus gastos porque él era el que aportaba para la casa”*.

A su vez, la testigo doña **Silvana Katherine Barrera Agüero**, (folio 121), a quien también se la considerara testigo abonada, desde que declaró al responder las preguntas de tacha que conocía desde el Colegio a la pareja del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, conociendo asimismo a la familia de éste, también hizo referencia al sufrimiento que la familia experimentó con la muerte de Felipe, sufrimiento que habría ocasionado tratamientos psicológicos y su disgregación, lo que manifestó de la siguiente manera: *“Si hay relación en que si se hubiesen efectuado los procedimientos correspondientes no habría o se habría evitado un fallecimiento. Lo que causa finalmente a la familia y a las personas cercanas afectación emocional y económica ya que según mi conocimiento familiares debieron recibir atención psicológica además de lo que implica perder un familiar en términos afectivos y económicos ya que incurren en gastos y también por lo que yo se hubieron cambios en la dinámica familiar ya que hoy día la familia de Felipe algunos ya no viven en Santiago, algunos se fueron a regiones.”*

Igualmente, señaló que *“Considero que hay relación respecto a que existen gastos funerarios que no debieron existir a esa fecha, además también repercusiones económicas ya que Felipe trabajaba lo que era sustento para su familia además un daño emocional provocado por la muerte de Felipe. Yo supe por terceros y también por familiares posterior al fallecimiento que algunos de ellos estaban o estuvieron con tratamiento psicológico producto de la muerte lo que también ha impedido que se desarrollen en los distintos ámbitos de sus vidas.”*

Dijo también que *“Yo sé que se fue el hijo de Felipe junto con la pareja de Felipe al Sur. También sé que el Papa se fue fuera de Santiago...”*



«RIT»

Foja: 1

También doña **Verónica Ester Salazar Vivanco**, (folio 110) quien declaro trabajar junto a Sara Maragliano y ser socia de un emprendimiento pequeño junto a ella. En este contexto, declaró que los demandantes, padres de Felipe, habrían sufrido depresión, habrían dejado de trabajar, separándose finalmente y estando con tratamiento psicológico, lo que refirió en los siguientes términos *“Los daños experimentados por los demandantes fueron depresión en los padres, tuvo que dejar de trabajar. La separación de ellos y la mama esta con psicólogo también. Para toda la familia fue impactante.”*

Al ser repreguntada para que señalara por qué el padre estaba con antidepresivo, respondió *“Porque él fue al sicólogo porque la depresión que le causó la muerte de su hijo debió dejar de trabajar”* , agregando después que éste era chófer.

En cuanto a los perjuicios dijo que *“...son principalmente que el Sr. Dejó de trabajar y yo creo que por ende gastar plata en remedios y todo lo que por ende conlleva una depresión. Por otra parte hacerse cargo de un hijo que dejó Felipe con todas las necesidades que conlleva un niño. La sarita también dejo de trabajar porque tenía que atender a la mama y por ende afecto a todo el núcleo.”*

También declaró doña **Abria Rosa Lepe Suazo**, (folio 110), quien conoce a los padres de Felipe, y señaló haber sido apoderados junto a ellos en el mismo Colegio. También refiere que el matrimonio se habría separado a causa de la muerte de su hijo, lo que declaró de la siguiente manera: *“Si yo sé que el matrimonio se separó debido a eso. Están separados. El papa perdió el trabajo por problemas psicológicos no pudo seguir trabajando y la mamá esta con depresión hasta el día de hoy. Con crisis de pánico. Y la Sra. de Felipe se fue a vivir fuera de Santiago, no pudo soportar seguir viviendo en Santiago. De los montos no sé”* .

Declaró igualmente don **Oscar Marcelo Campos Elgueta** (folio 110), dijo ser compañero de trabajo del padre del Sr. Maragliano Saldaño, en la empresa de



«RIT»

Foja: 1

buses en la que éste laboraba. Declaró sólo conocerlo a él. Refirió que el padre de Felipe, José Maragliano, habría sufrido psicológicamente con la muerte de su hijo, al punto de afectarlo en su trabajo, lo que testimonió de la siguiente manera:

“Primero que nada don Pepe se puso muy mal después que falleció este niño, lo veía en el parabrisas del bus en las calles y lo perjudicial para él es que no pudo seguir trabajando. El hombre se bloqueaba. Es lo que percibimos nosotros como compañeros de él.”

También señaló que *“... don José fue tanto su bloqueo de mente que solo pensaba en el niño y lo veía en todos lados y nosotros debemos tener los sentidos muy atentos y su mente solo se iba hacia su hijo.*

Claro, si porque de partida tuvo que retirarse del trabajo y dejó de percibir su sueldo que no es malo. Al Como consecuencia de la muerte del niño como pareja se tuvieron que separar por el trauma de la muerte de un hijo.”

Finalmente, don **Carlos Isamit Acosta**, (folio 110), también declaró conocer a don José Maragliano, padre de Felipe, por ser este su cliente en un taller de desabolladuría.

En cuanto a los perjuicios, señaló que *“...lo que yo sé por la pérdida del hijo le dio depresión a don José y a la Sra. Le paso lo mismo. Están tomando medicamentos.”*

Repreguntado al efecto, declaró que antes de la pérdida del hijo, *“...nunca los vi mal antes que falleciera el hijo”* .

Resulta claro en los testimonios transcritos, que los testigos han percibido por sus sentidos que los actores sufrieron un cambio en su vida con ocasión de la muerte de su hijo, pareja, padre y hermano, provocando trastornos en su vida cotidiana, perdiendo una actividad económica que realizaba (don José, su actividad de chófer



«RIT»

Foja: 1

del Transantiago), y provocando la disgregación familiar y tratamientos psicológicos para algunos de los actores.

VIGÉSIMO SEGUNDO: Que, en cuanto a la prueba documental, ha de señalarse que los documentos de los números 1.- a 8.-, y números 11.- y 12.-, **del folio 95**, permiten acreditar que don José Maragliano Chacón, en los años 2015, 2016 y 2017, debió recurrir al Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente Psiquiatría y Salud Mental-CRS; que en ese periodo de tiempo, se le recetaron distintos medicamentos antidepresivos y que se le diagnóstico un episodio depresivo severo, que al dársele el alta se categorizó como “DUELO PATOLÓGICO – DEPRESIÓN – PERSONALIDAD DEPENDIENTE” .

A su turno, el documento aportado en la presentación del **folio 96**, consistente en un certificado emitido por doña Marcela Becerra Viera, psicóloga, Cesfam Carol Urzúa, de fecha 9 de junio de 2016, permite establecer que a doña **Rosa Saldaño Trincado**, madre de Felipe Maragliano Saldaño, se le diagnosticó un “Trastorno Mixto ansioso depresivo, por duelo” , que inicia tratamiento psicológico y médico en enero del año 2015, con síntomas asociados a proceso de duelo por el fallecimiento de Felipe.

Los documentos aportados bajo el **folio 97**, no serán considerados, pues de su examen, se colige que se encuentran referidos al hijo de la Sra. Sara Maragliano, Baltazar, por problemas conductuales de éste, sin que sea posible advertir su vinculación a lo reclamado por los actores. Lo mismo ha de señalarse en relación a las respuestas a oficios que obran en los folios **139 y 168**.

A su vez, los documentos aportados bajo los números 1.- a 5.-, del **folio 107**, consistentes en certificados de estudios respecto del menor Martín Maragliano Muñoz, no aportan antecedentes al daño reclamado por los actores, desde que las notas se mantuvieron más o menos parejas después del fallecimiento del padre. En



«RIT»

Foja: 1

todo caso, los certificados de los números 4.- y 5.-, dan cuenta que el menor, ya a partir del año 2016, estaba radicado en Puerto Varas.

VIGÉSIMO TERCERO: Que, en cuanto al daño moral demandado por los actores, debe precisarse que aun cuando el daño moral tiene, por su naturaleza y por los intereses que se lesionan, una dificultad más intensa para su acreditación, ello no exime a quien los demanda de probarlos. Cuestión muy distinta es la determinación del monto de la reparación, pues este representa un problema al no existir un método exacto que permita su calibración, aun cuando la doctrina ha creado algunos principios orientadores, sin embargo, primordialmente queda entregada su determinación a la prudencia del juez.

Pues bien, a juicio de esta sentenciadora, existe una concordancia entre las declaraciones de los testigos y los documentos antes referidos, en orden a establecer que los actores padecieron angustia y aflicción a raíz del empeoramiento de la salud del Sr. Maragliano Saldaño, y su fallecimiento y que todo ello alteró su vida familiar, al punto que provocó la separación de los padres del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, y la disgregación de la familia, teniendo secuelas psicológicas que debieron ser tratadas, mediante sesiones con psicólogo y medicamentos.

Por otro lado, la sana razón permite estimar que una persona promedio, que se ve privada de un familiar directo, que es hijo, padre, pareja o hermano, producirá una afectación de la vida que esta persona llevaba hasta ese momento.

Por todas estas consideraciones, se tendrá por acreditado que los actores a raíz del fallecimiento de don Felipe Maragliano Saldaño, han sufrido daño moral, y como ya se estableció en esta sentencia, que entre dicho daño moral cuyo origen se encuentra en la muerte de Felipe y la falta de servicio denunciada respecto del



«RIT»

Foja: 1

demandado Hospital Luis Tisné B., existe relación causa-efecto, por lo que este daño moral sufrido por los actores es atribuible a dicha falta de servicio.

VIGÉSIMO CUARTO: Que, toca a hora determinar el monto con el que el daño descrito debe ser indemnizado. A este respecto, ya se señaló que este valor no constituye una reparación, porque el bien afectado no tiene un avalúo económico de mercado, sino que constituye un valor de compensación.

En este sentido, esta sentenciadora estima que la posibilidad de determinar este valor, debe presidirse por algunos elementos que permitan una determinación lo más objetiva posible.

Así, en primer término, debe indicarse que los afectados son los que reclaman su propio daño, es decir, existe una proximidad absoluta entre el daño y la persona que lo padece.

En segundo lugar, en relación a la intensidad del daño, debe repararse en que los actores sufrieron la pérdida de un ser querido, lo que les ha provocado un cuadro de depresión que han estado en tratamiento (al menos respecto de los padres de Felipe).

En tercer lugar, y relacionado a los razonamientos del párrafo anterior, estos resultados dañosos se prolongarán en el tiempo y son irreversibles, por lo que el resultado dañoso los acompañará por el resto de su vida, aun cuando, evidentemente el transcurso del tiempo irá mitigando el dolor que experimentaron.

Por todo ello, estima esta sentenciadora que el daño moral sufrido por el actor don José Maragliano Chacón, en su calidad de padre del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, a raíz de la falta de servicio que reprocha y puede atribuírsele al Hospital Luis Tisné B., puede estimarse prudencialmente en la suma de **\$80.000.000.-**



«RIT»

Foja: 1

(ochenta millones de pesos); respecto de la actora doña Rosa Saldaño Trincado, en su calidad de madre del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, a raíz de la falta de servicio que reprocha y puede atribuírsele al Hospital Luis Tisné B., puede estimarse prudencialmente en la suma de **\$80.000.000.-** (ochenta millones de pesos); respecto de la actora doña Sara Maragliano Saldaño, en su calidad de hermana del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, a raíz de la falta de servicio que reprocha y puede atribuírsele al Hospital Luis Tisné B., puede estimarse prudencialmente en la suma de **\$40.000.000.-** (cuarenta millones de pesos); en relación a doña Elizabeth Muñoz Saavedra, en su calidad de pareja del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, a raíz de la falta de servicio que reprocha y puede atribuírsele al Hospital Luis Tisné B., puede estimarse prudencialmente en la suma de **\$40.000.000.-** (cuarenta millones de pesos); respecto del demandante don Martín Maragliano Muñoz, en su calidad de hijo del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, a raíz de la falta de servicio que reprocha y puede atribuírsele al Hospital Luis Tisné B., puede estimarse prudencialmente en la suma de **\$100.000.000.-** (cien millones de pesos).

VIGÉSIMO QUINTO: Que, en relación a la actora Elizabeth Muñoz Saavedra, debe dejarse constancia que esta sentenciadora estima que dicha demandante, se encuentra legitimada activamente para las pretensiones que ha formulado ante el tribunal.

Que, para poder figurar y actuar eficazmente como parte, no ya en un “*proceso cualquiera, sino en uno determinado y específico, no basta con disponer de esta aptitud general de la capacidad o legitimatio ad processum, sino que es necesario además poseer una condición más precisa y referida en forma particularizada al proceso individual de que se trate. Tal condición que se denomina legitimatio ad causam o legitimación procesal afecta al proceso no en su dimensión común, sino*



«RIT»

Foja: 1

en lo que tiene de individual y determinado. Más correcto es hablar como lo hace Carnelutti de legitimación para pretender o resistir la pretensión, o de legitimación para obtener sentencia de fondo o mérito. Pero creemos que lo mejor es mantener la denominación tan conocida y antigua de legitimatio ad causam o legitimación en la causa” (Cristian Maturana Miquel, “Disposiciones Comunes A Todo Procedimiento” , Universidad de Chile, Facultad de Derecho, año 2009, pág. 45).

Luego, la legitimación procesal, legitimatio ad causam o legitimación en la causa, puede definirse como *“la posición de un sujeto respecto al objeto litigioso, que le permite obtener una providencia eficaz o como la consideración especial en que tiene la ley, dentro de cada proceso, a las personas que se hallan en una determinada relación con el objeto litigio, y en virtud de la cual, exige, para que la pretensión procesal pueda ser examinada en cuanto al fondo, que sean dichas personas las que figuren como parte en tal proceso”* (Cristian Maturana Miquel, op. cit. P g. 46).

De este modo, la legitimación en la causa para el demandante o legitimación activa, *consiste en ser la persona que de conformidad con la ley sustancial está legitimada para que por sentencia de fondo o mérito se resuelva si existe o no el derecho o la relación jurídica sustancial pretendida en la demanda y respecto del demandado o legitimación pasiva, en ser la persona que conforme a la ley sustancial “está legitimada para discutir u oponerse a dicha pretensión del demandante. Es decir, el demandado debe ser la persona a quien conforme a la ley corresponde contradecir la pretensión del demandante o frente a la cual permite la ley que se declare la relación sustancial objeto de la demanda; y el demandante la persona que según la ley puede formular las pretensiones de la demanda, aunque el derecho sustancial pretendido por ella no exista o corresponda a otra persona* (Cristian Maturana, op. cit., p g. 46).



«RIT»

Foja: 1

En el caso en concreto, la Sra. Muñoz Saavedra era la pareja de don Felipe Maragliano Saldaño, a la época de su fallecimiento. Vivían junto a los padres de este, en el domicilio de estos últimos, y tenían un hijo común. De ello, y de las declaraciones de los testigos de los actores, puede colegirse que tenían un proyecto de vida común, y ello, a entender de la sentenciadora, la habilita para demandar en la presente causa.

VIGÉSIMO SEXTO: Que, en cuanto al lucro cesante demandado por los actores Maragliano Chacón y Muñoz Saavedra y Maragliano Muñoz, esta sentenciadora no ha logrado alcanzar un grado de convicción que permita hacer lugar a esta pretensión,

En efecto, aun cuando los testigos (en especial el Sr. Campos Elgueta e Isamit Acosta, han relacionado el daño psicológico del demandante Maragliano Chacón, a la pérdida de su trabajo, estima esta sentenciadora que ello no resulta bastante para acreditar que dicha circunstancia, la pérdida de su trabajo, haya sido provocada exclusivamente por la muerte de su hijo.

En relación a los actores Muñoz Saavedra y Maragliano Muñoz, debe señalarse que no se ha acreditado en estos autos, que el fallecido Sr. Maragliano Saldaño, hubiera sido la única fuente de ingresos del grupo familiar que conformaban, por lo que su desaparición daría derecho a dichos actores a mantener la situación como estaba antes de su fallecimiento por la falta de servicio atribuible al Hospital Luis Tisné B. En este sentido, ningún tipo de prueba se rindió, por lo que será desestimada esta pretensión.

VIGÉSIMO SÉPTIMO: Que, en relación al daño emergente demandado por el Sr. Maragliano Chacón, debe señalarse que con la factura que aportó mediante la



«RIT»

Foja: 1

presentación del folio 95, número 15.-, factura N° 001204, emitida por Servicios Funerarios y Fábrica de Urnas Felipe Esteban Retamales Gómez E.I.R.L., con fecha 26 de noviembre de 2013, a don José Antonio Maragliano Chacón, por servicio funerario para don Felipe Florencio Maragliano Saldaño. por la suma de \$1.100.000.- (un millón cien mil pesos).

Pues, bien el documento, fue emitido el 26 de noviembre de 2013, es decir, tan sólo unos días después del fallecimiento de don Felipe Maragliano Saldaño, y en él se señala expresamente que se emitió en relación al valor de los servicios funerarios respecto de esta persona.

Por ello, se hará lugar a esta pretensión del demandante, Sr. Maragliano Chacón en relación al Hospital Luis Tisné B.

VIGÉSIMO OCTAVO: Que, las sumas a que se ha condenado al demandado Hospital Luis Tisné B., deberán ser pagadas reajustadas debidamente conforme a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, entre la fecha en que esta sentencia quede ejecutoriada y la fecha de su pago efectivo.

Sobre el capital reajustado en la forma precedente, se aplicará el interés corriente que se devengue entre la fecha en que esta sentencia quede en estado de firme y la fecha en que se produzca el pago efectivo.

VIGÉSIMO NOVENO: Que, los demás antecedentes que obran en la causa, en nada alteran lo precedentemente concluido, en especial, los documentos aportados por los demandantes, relativas a Guías Clínicas del Minsal, o Cuadernos de esta repartición pública, o publicaciones médicas en relación a la enfermedad que padecía el fallecido Sr. Maragliano Saldaño, pues, por si solos, no bastan para acreditar que, en el caso en concreto, debió haberse adoptado algún tipo de acción médica específica.



«RIT»

Foja: 1

Y vistos además lo prevenido en los artículos 1.437, 1.698 y siguientes, 2.314 y siguientes, y 2.329 del Código Civil; artículos 144, 160, 170, 254, 341, 342 N° 1 y 3, 384 N° 2, 399, 425 y 426 del Código de procedimiento Civil; artículos 6° , 7° y 38° inciso segundo de la Constitución Política de la República; artículos 4° y 44 de la Ley Orgánica Constitucional N° 18.575 sobre Bases de la Administración del Estado; artículo 1° del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud y en el artículo 38 de la Ley N° 19.966, **se resuelve:**

I. En cuanto a las tachas

1.- Que, se rechazan las tachas deducidas en contra de los testigos de los demandantes, doña Verónica Ester Salazar Vivanco (folio 110); y, doña Silvana Katherine Barrera Agüero (folio 121), sin costas.

II. En cuanto al fondo

1.- Que, se declara que el HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE incurrió en falta de servicio en relación a los actores.

En cambio, se declara que el INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX (HOSPITAL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y CIRUGÍA TORÁCICA DOCTOR ENRIQUE LAVAL), no ha incurrido en falta de servicio en relación a los demandantes.

2.- Que, el HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE deberá indemnizar el daño moral sufrido por los actores a raíz de la falta de servicio, atribuible a él, de la siguiente manera:

a.- A don José Maragliano Chacón, en su calidad de padre del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, a raíz de la falta de servicio que reprocha y puede atribuírsele al Hospital Luis Tisné B., la suma de **\$80.000.000.-** (ochenta millones de pesos);



«RIT»

Foja: 1

- b.- A doña Rosa Saldaño Trincado, en su calidad de madre del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, a raíz de la falta de servicio que reprocha y puede atribuírsele al Hospital Luis Tisné B., la suma de **\$80.000.000.-** (ochenta millones de pesos);
- c.- A doña Sara Maragliano Saldaño, en su calidad de hermana del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, a raíz de la falta de servicio que reprocha y puede atribuírsele al Hospital Luis Tisné B., la suma de **\$40.000.000.-** (cuarenta millones de pesos);
- d.- A doña Elizabeth Muñoz Saavedra, en su calidad de pareja del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, a raíz de la falta de servicio que reprocha y puede atribuírsele al Hospital Luis Tisné B., la suma de **\$40.000.000.-** (cuarenta millones de pesos);
- e.- A don Martín Maragliano Muñoz, en su calidad de hijo del fallecido Sr. Maragliano Saldaño, a raíz de la falta de servicio que reprocha y puede atribuírsele al Hospital Luis Tisné B., la suma de **\$100.000.000.-** (cien millones de pesos)
- 3.- Que, el **HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE** deberá indemnizar el daño emergente sufrido por el actor don **José Maragliano Chacón**, a raíz de la falta de servicio, atribuible a él, por la suma de **\$1.100.000.-** (un millón cien mil pesos)
- 4.- Que, las sumas a que se ha condenado al **HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE**, deberán ser pagada reajustadas debidamente conforme a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, entre la fecha en que esta sentencia quede ejecutoriada y la fecha de su pago efectivo.



«RIT»

Foja: 1

Sobre el capital reajustado en la forma precedente, se aplicará el interés corriente que se devengue entre la fecha en que esta sentencia quede en estado de firme y la fecha en que se produzca el pago efectivo.

5.- Que, en lo demás peticionado, se rechaza la demanda.

6.- Que, cada parte deberá asumir sus propias costas.

ROL 27.634-2017

Regístrese y Archívese en su oportunidad

Pronunciada por doña **MARÍA SOFÍA GUTIÉRREZ BERMEDO**, Juez Titular//

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en **Santiago, veintiséis de Enero de dos mil veintiuno**

