

Voces: Supuesto Homicidio culposo con motivo de mala praxis médica. Absolución por la duda.

Abstención Fiscal y sostenimiento de la acusación por el querellante: habilitación de la Sala para pronunciarse.

Valoración de la prueba pericial.

Valoración de la responsabilidad médica *ex ante*

Desperfecto en el instrumental: limitación de la responsabilidad del cirujano.

Responsabilidad penal del cirujano, del anestesista y del médico terapeuta.

Imputación objetiva. Principio de confianza y de división de tareas.

SENTENCIA NÚMERO CUARENTA Y OCHO (48) – Secretaría 13:

Córdoba, catorce (14) de octubre del dos mil veinte.

VISTOS: Los autos caratulados "**TOCONAS, Juan Marcelo p.s.a. Homicidio Culposo**" (SAC n° 1039116), radicados por ante esta Cámara en lo Criminal y Correccional de Séptima Nominación, Secretaría N° 13, que asignara la jurisdicción a la Sala Unipersonal a cargo del señor **Vocal, Dr. José Daniel Cesano**, en los que se **cumplimenta con la lectura integral de los fundamentos de la sentencia** cuya parte dispositiva fuera leída en oportunidad de la última audiencia del debate (**art. 409, segundo párrafo, CPP**), celebrado a través de la modalidad de juicio común, en el que han intervenido el señor Fiscal de Cámara, **Dr. Sergio Ruiz Moreno**; la **querellante particular Lorena Roxana Galván** y su abogado patrocinante, **Dr. Esteban Roncaglia**; el imputado **Juan Marcelo Toconas y sus codefensores, Dres. Felipe Trucco y Federico Ferrer Vieyra**, por la defensa del prevenido; cuyas condiciones personales, surgidas del interrogatorio de identificación son: **JUAN MARCELO TOCONAS**, DNI 26.641.956, nacido el 18/7/78, en la Ciudad de Córdoba Capital; hijo de Juan Segundo (f) y de Clara Luz Tullían (v). Tiene estudios universitarios completos realizados en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, donde obtuvo el título de médico cirujano y, luego, la especialidad en Traumatología y Ortopedia. Se graduó el 31/7/2003. Trabaja en el Hospital Nacional de Clínicas donde, además, es docente de la cátedra de Traumatología y Ortopedia, en la Clínica Privada Caraffa, en el Sanatorio Privado de Río Ceballos, en el hospital Urrutia, de Unquillo, y en la Clínica Chutro, de esta ciudad de Córdoba; en todos lo hace en su especialidad. Tiene ingresos que ascienden a la suma aproximada de 100.000 pesos mensuales. Es soltero; aunque está en pareja, con quien tiene 2 hijos, de 5 y 2 años de edad. Terminó su especialización en julio de 2008 aproximadamente, no tiene fecha precisa. A la fecha

del hecho llevaba de práctica toda su residencia de 4 años y el tiempo restante hasta el hecho. No tiene antecedentes penales, lo que es ratificado por la actuario, según constancias de autos.

DE LOS QUE RESULTA: *El día veintiocho de diciembre de dos mil nueve, siendo las 16:00 horas aproximadamente, circunstancias en que el imputado Marcelo Toconas, quien se desempeña como médico cirujano en el Sanatorio Privado Sierras Chicas, ubicado en San Martín 2639 de la localidad de Unquillo, Provincia de Córdoba, practicó en el quirófano de dicho centro médico, una intervención quirúrgica en la persona de Lucía Julia Ortega, de 66 años de edad, consistente en el reemplazo total de cadera, utilizando una prótesis híbrida (cotilo atornillado y componente femoral cementado). Se realiza abordaje posterolateral, capsulotomía, osteotomía de cabeza femoral, se comienza con fresado mecánico de cotilo, durante el procedimiento se deteriora el ensamble del mango de fresado al motor por lo que se realiza la preparación del cotilo manualmente sin llegar al trasfondo acetabular, se coloca un cotilo no cementado con dos tornillos antirotatorios y la cúpula de polietileno correspondiente. Posteriormente se realizó el fresado del canal femoral y se coloca prótesis femoral standard con cabeza de diámetro 28 mms. En la ocasión el imputado Toconas, en forma imprudente y contrario a la lex artis, presumiblemente al emplear el aparato rotatorio durante el fresado quirúrgico y/o mediante la utilización del instrumental destinado a la intervención, produjo en la Sra. Ortega una herida punzante sobre el espacio intervertebral lumbar y un hematoma retroperitoneal en región pelviana izquierda, lo que trajo como consecuencia una hemorragia quirúrgica, que fue advertida por el incoado Toconas, practicándose una transfusión de cuatro unidades de solución fisiológica, una unidad de sangre y 100 cms. 3 de Dopamina, no obstante lo cual la lesión continuó sangrando, circunstancia que no pudo ser detenida por el galeno quien pese a que la paciente presentaba signos y síntomas de colapso circulatorio, motivando su ingreso a la unidad de Terapia Intensiva (UTI) del referido Centro Médico, donde fallece a las 22:30 horas, siendo la causa eficiente de la muerte el shock hipovolémico, ocurrido a partir de la hemorragia originada en la pelvis izquierda.*

Y CONSIDERANDO: Que el Tribunal se ha planteado las **siguientes cuestiones a resolver:** **1) ¿Existió el hecho delictuoso y fue responsable el acusado?; 2) En su caso, ¿qué calificación legal corresponde?; y 3) ¿Qué sanción debe aplicarse y es procedente la imposición de costas?**

A LA PRIMERA CUESTION PLANTEADA, EL DR. JOSE DANIEL CESANO

DIJO:

I. El Auto de Elevación a juicio que obra a fs. 123/128, le atribuye a **Juan Marcelo Toconas**, la autoría del de **homicidio culposo** (arts. 45 y 84 del C. Penal).

II. A los fines de dar cumplimiento a la exigencia estructural de la sentencia impuesta por el **artículo 408, inciso 1º, in fine, del CPP**, me remito en homenaje a la brevedad, a la enunciación del hecho objeto de la acusación que se transcribiera en el resultando de la presente.

III. **Informado detalladamente sobre cuál es el hecho que se le atribuye, cuáles son las pruebas existentes en su contra y cuáles son los derechos que -por las normas constitucionales y legales- le asisten**, el imputado, previo asesoramiento de su defensa, dijo que era su voluntad *abstenerse de prestar declaración*. Idéntica posición mantuvo durante la Investigación Penal Preparatoria. Al hacer uso de la última palabra, durante el debate, dijo: *“quería dejar en claro que tengo absoluta tranquilidad de conciencia de haber hecho esto de acuerdo a la literatura. Tengo más de 2.000 implantes realizados. [El aparato que se dañó durante la intervención] (...) me lo provee la empresa y que lamento muchísimo el deceso de la paciente...”*.

IV. Durante el debate se recibió la siguiente prueba: **Testimoniales: 1. Lorena Roxana Galván**, DNI N° 25.172.255, dijo: Que Lucia Julia Ortega era su madre, que sufría de la cadera y que su progenitora vivía con ella; que cuando el Dr. Toconas se hizo cargo de operarla, tuvieron una citación para el 22/12 de 2009 y ese día su madre se internó y llegó Toconas y dijo que no la podían operar porque no tenían los equipos especiales para hacerlo y pasó la cirugía para el día 28/12. Ese día, 28/12, la llevó a la clínica, que queda a 2 cuadras de su casa, ella estaba siempre consciente y sana, la recibió un médico, la controló, vio los análisis y esperaron hasta la hora que iba a ser la operación. Como a las 3 de la tarde llegó Toconas y fue a quirófano como a las 4 de la tarde. Que siempre estuvimos, con mi hermana, sentadas en el pasillo, esperando que saliera, pasaron varias horas, salió el médico y dijo que estaría en terapia y luego a sala común porque había tenido un percance; les expresó que así somos los argentinos tenemos percances, se le rompió la prótesis, pero la arreglaron, pero que su mamá estaría bien. Les pidió que compraran unas inyecciones, por lo que se fue hacia su casa y dejó las inyecciones en la heladera. Luego se las llevó a Toconas y éste le dijo que se las llevara al médico de terapia. Que eso fue lo que hizo, pero el medico no la dejó pasar, le insistió y finalmente la dejó pasar. Cuando entró vio que su madre estaba muy pálida, había

pasado una hora y media, le preguntó al médico de terapia y le dijo que era normal; que su madre no estaba conectada a ningún cable, estaba como ida, le habló y le agarró la mano, le tocó la nuca y estaba transpirada y el médico de terapia no sabía decirle porqué. Luego le dijeron que debía retirarse y se fue a su casa. Estando ya en su casa, le hablaron por teléfono desde la clínica para que fuera porque su mamá se había descompuesto; cuando llegamos nadie nos daba información, veíamos todos los movimientos, hasta que salió Toconas y nos dijo que lo sentía y que su madre había fallecido. Que la dicente le dijo a Toconas: “*qué hiciste, me la mataste a mi mamá*”. La velamos y al otro día decidimos que no podía morir de un paro, si era sana, no podía quedar así y le pregunté a mi papá si estaba dispuesto a hacer una denuncia y hacerle una autopsia y su progenitor le dio permiso, así lo hicieron, llevaron a su madre a la morgue. A preguntas formuladas por el Fiscal, dijo: Que a su madre le hicieron estudios previos y todo estaba bien. Tenía 66 años, no tenía factor de riesgo, pesaba 5 kilos de más pero no era obesa. Desde que se operó hasta que paso a UTI y la vio pálida pasó una hora y media. Desde que se fue a su casa y recibió el llamado de la Clínica pasaron 20 minutos. El Sr. Fiscal, para ayudar a la memoria de la testigo, solicita la incorporación de su declaración que obra a fs. 68/69; lo que así se hizo, sin objeción de parte. El Sr. Fiscal, tras dar lectura a una parte de la declaración, preguntó ¿qué quiénes eran todo el equipo?; a lo que la testigo dijo: que eran las enfermeras, la anestesista, el Dr. Raca, que es traumatólogo. El Dr. Toconas estaba en la clínica, ese era su equipo. Agregó que no sabe lo que pasó y que le gustaría saberlo, que por lo que pudo leer de la autopsia parece que hubo un abandono de persona, una mala praxis. Que no hizo ningún reclamo civil y que su único interés es saber qué pasó. A preguntas formuladas por el Patrocinante de la querellante, Dr. Esteban Roncaglia, ésta dijo: que acompañaba a su madre a todas las consultas previas, las que fueron varios meses antes de la operación, desde que comenzó con dolor, que fueron a esa clínica porque atendían Pami y el traumatólogo era el Dr. Toconas y él la estuvo tratando antes de la operación, fue su médico de cabecera, el que diagnosticó y programó la cirugía, el que pidió la prótesis al Pami y se encargó de todo. Era muy serio, le decía siempre a su madre que tenía que bajar de peso, se lo repetía; que cuando le dolía, el Doctor Toconas le decía que tomara un Diclofenac o una aspirina; nunca le dijo que la operación era riesgosa o que podía salir mal. A solicitud del Dr. Esteban Roncaglia, y sin objeción de parte, se deja la siguiente constancia de los dichos de la testigo, “*El medico Toconas Nunca dijo que necesitaría donantes de sangre o que fuera necesario sangre extra*”. Por último,

agregó que no sabe si la clínica contaba con un banco de sangre. **Por su parte, se incorporó por su lectura:** **a. Denuncia formulada por Lorena Roxana Galván** ante la Comisaría de Unquillo, con fecha 29 de diciembre de 2009, obrante a fs. 1. En la misma la nombrada manifestó que en la víspera, siendo alrededor de las 8:00 hs., su madre, que en vida se llamara Lucía Julia Ortega (de 66 años), ingresa a la *Clinica Sierras Chicas*, con los fines de operarse de la cadera, siendo atendida por el Dr. Toconas y su equipo de Cirugía. Alrededor de las 16:00 hs. ingresa a la sala de operaciones y sale, aproximadamente, a las 19:30. Que el Dr. Toconas les informa que la prótesis que le pusieron en la cadera se había roto pero finalmente habían solucionado el inconveniente, fuera de esto, estaba todo bien, no obstante iba a estar en la sala de terapia intensiva, por el posoperatorio. Que ingresó a UTI a ver a su madre, que la vio algo pálida, pero lúcida, le toma la mano, le dice a su madre que ya había pasado toda la operación y que su madre la mira y no le responde. Que inmediatamente sale de UTI y se retira a su domicilio, quedando en la clínica una hermana y, pasados 10 minutos aproximadamente, recibe un llamado desde la clínica para que fuera urgente porque su madre había empeorado. Que al llegar observa que todo el equipo que había intervenido en la operación empezaba a llegar y que en un momento el Dr. Toconas les informa que su madre había fallecido y que no sabían las causas del deceso, que no le encontraban explicación. Por ello formula la denuncia a los fines de que se establezca la causa probable de la muerte de su madre. Hace entrega del formulario estadístico de defunción emitido por el Dr. Luis Antonio Solís; **b. Declaración de Lorena Roxana Galván**, de fecha 28 de marzo de 2012, quien a fs. 68 expresó: Que es hija de Lucía Ortega, quien falleciera el día 28 de diciembre de 2009. Recuerda que acompañó a su madre en todas las consultas que realizaban en la *Clinica Privada Sierras Chicas* de la localidad de Unquillo. Que siempre la acompañaba porque vivían juntas. El motivo de las consultas era fundamentalmente los problemas de cadera que su madre presentaba, ya que siempre le dolía mucho. Que en la clínica siempre la atendió el Dr. Marcelo Toconas quien le ordenó varios estudios para el tratamiento de su dolor. Que su madre fue siempre una persona sana, no fumaba, no tomaba, era una persona activa, trabajaba y aún antes de su operación siguió yendo a trabajar a la casa de la familia Rulemán. Que después de llevarle las radiografías, el Dr. Toconas consideró necesaria la intervención quirúrgica que consistiría en el reemplazo de la cabeza del fémur por una prótesis. Posteriormente se le pidió que se hiciera los análisis y el electrocardiograma para poder operarla y como estaban todos bien, se fijó como fecha de la cirugía, primero, el día 21

de diciembre de 2009. Que ese día la llevaron a su madre, pero cerca del mediodía les avisaron que la operación se suspendía ya que la bolsa donde traían la ropa para los médicos se había roto. Que ante ello su madre volvió a su casa y a la tarde fue a entrevistar a Toconas para que le explicara los motivos de la suspensión de la operación y éste les dijo que, con esas condiciones, no podía operar. Ante ello, se fijó una nueva fecha de operación para el día 28 de diciembre de 2009. Ese día, su madre entró a las 8:00 hs. de la mañana a la clínica, caminando y en buen estado de salud, y fue recibida por un médico de guardia hasta que se hiciera la operación. Que siempre estuvo a su lado y en ningún momento le hicieron firmar algún papel en caso de que la operación saliera mal ni tampoco les avisaron respecto a las complicaciones de la intervención. Que a las tres de la tarde entró al quirófano hasta las siete de la tarde y durante ese lapso siempre estuvo en la sala de espera junto a una hermana suya. A las siete de la tarde se abrieron las puertas y pueden ver que pasa la camilla con su madre hacia la terapia intensiva y luego sale el Dr. Toconas y pide hablar conmigo y mi hermana y me informa que había salido todo bien, que a su madre la dejaban por precaución en terapia por un rato y que en unas horas volvía a habitación común y que al otro día le darían el alta. En ese momento el Dr. Toconas le pidió unas inyecciones que estaban en su casa y luego de buscarlas que se las entregara al médico de terapia. Luego de buscar las inyecciones se dirigió a Terapia y luego de entregarlas le pidió al médico si podía pasar a verla a su madre y primero este se negó, pero a los quince minutos la dejó pasar. Que esto ocurrió cerca de las 19:30 o 19:45 horas. Que al entrar a la Terapia la vio a su mamá muy pálida, por lo que le preguntó al médico por qué estaba así y éste le respondió que era lógico después de una operación. En ese momento le agarró sus manos y la notó que estaba como ida y le dijo: “*mamá...mamá*” y, en ese momento, al reconocerla, su madre le apretó la mano. Que también notó que traspiraba mucho atrás de su cuello y en la zona del bigote y que no tenía ningún aparato colocado. Que no conocía al médico que estaba en la terapia y al Dr. Toconas no lo vio en esa oportunidad. Que se retiró de Terapia y le dijeron que volviera dentro de una hora ya que la iban a pasar a sala común. Ante ello se volvió a su casa y, luego de preparar la comida, recibió un llamado telefónico de la Clínica para que se dirigieran hacia allá. Que salieron todos sus hermanos hacia la Clínica. Que esperaron una hora sin que le dieran explicaciones; observando el movimiento de médicos que entraban y salían de terapia, entre los que se encontraba el Dr. Toconas; pero que no hablaban con ellos. Que pasados unos minutos, el Dr. Toconas salió y se encontró con su hermana Adriana Julia

Galván y le informó que su madre había fallecido. Que ante los gritos y llantos de su hermana, se acercó hacia la terapia y lo tomó de los brazos al Dr. Toconas y lo increpó diciéndole "que hiciste, me la mataste a mi mamá". Que posteriormente desde la Clínica le dieron un informe que decía que su mamá había muerto por un paro, pero no cree que esa haya sido la causa de su muerte ya que su madre era una persona sana, sin problemas de corazón. Que nunca más volvieron a tener contacto con el Dr. Toconas.

2. Peritos médicos oficiales y de parte, Dres. Oscar Díaz Moyano, Ramiro Ortiz Morán y Víctor Hugo Zanetta, respectivamente. Se incorporó por su lectura la pericia de fs. 52/54 confeccionada por los peritos oficiales Dres. Oscar Diaz Moyano y Carlos Borda Márquez y las del perito de parte Dr. Víctor H. Zanetta de fs. 88/98.

En la audiencia de debate, el **Dr. Oscar Diaz Moyano**, refirió que no hubo controversias en el estado de paciente para ser operada, conforme los estudios prequirúrgicos. Explicó que el fresado es como una especie de taladro donde se pone la mecha para perforar las superficies óseas. Que ese instrumento se trabó o se rompió, no está claro cómo se rompió o se dañó y no está descripto el desperfecto. Esos aparatos requieren un mantenimiento, no es tan probable que se rompa, estadísticamente es muy raro que se rompa. Que nunca trabajó con esas herramientas, pero calcula que se le hace un mantenimiento.

Por su parte, el **Dr. Víctor Hugo Zanetta** agregó que el medico es el jefe máximo y todo su instrumental tiene que estar en condiciones. El dueño del aparato tiene que ser el responsable de que esté en buen estado; en este caso, el responsable es el médico o el dueño de la clínica. Explicó que la hemostasia se vincula con los mecanismos de coagulación; esto es para detener los procesos de sangrado. Refirió que un sangrado importante alteraría la hemodinamia. Refirió que no se sabe por qué, a la hora de iniciada la operación, se trasfunde sangre a la paciente, si todo estaba bien. Entiende que hay una contradicción porque si hay condiciones hemodinámicas y las mismas eran estables, entonces ¿porque hay transfusión? La reanimación durante la operación se realiza porque la paciente está descompensada. Si se le pone sangre, dopamina y cristaloides es porque la paciente no estaba en condiciones hemodinámicas. Iniciada la cirugía, a la hora y media, presenta hipotensión; es decir que no estaba hemodinámicamente compensada. La hipotensión puede deberse a una hemorragia.

A preguntas del Sr. Fiscal de Cámara respecto a qué debía hacerse en tales casos, el perito Díaz Moyano señaló: Que no es una situación fácil de advertir; pudiendo haberse planteado dos escenarios posibles: 1. si hemodinámicamente, en el intra-

operatorio, algo anda mal, se empieza a sospechar; en ese caso, el cirujano se comunica con el anestesista; no debía suponerse, en tal situación, que la paciente estaba compensada; porque habría una falta de comunicación entre éste (anestesista) y aquél (cirujano). 2. cuando ingresa a terapia debe descartarse infarto y arritmia y comenzar la reanimación, con dopamina; pero desgraciadamente falleció por hipovolemia. Afirmó el perito que la autopsia describió que la occisa tenía 750 centímetros cúbicos de sangre en el peritoneo, y ello ¿por qué? ¿Había una relación con la cirugía? Para el cirujano es un tema complicado si se pone en un momento histórico: es una hemorragia que debía tratarse, resucitarla, oxigenar, eso es una obligación médica; una ecografía hubiera mostrado liquido en cavidad; pero también es cierto que era una paciente sana, no tenía ninguna enfermedad previa grave.

A pregunta del Sr. Fiscal de Cámara respecto a ¿cuál era el comportamiento debido para el cirujano en ese momento?, el perito Díaz Moyano dijo: Lo primero que debe hacer es consultar, llamar a otros, un traumatólogo no está en condiciones de ver todo, porque era un abdomen agudo, sangre en el peritoneo.

Seguidamente el Sr. Representante del Ministerio Público da lectura a las conclusiones periciales de fs. 196 y el perito Ortiz Morán expresa que: sobre la pregunta que se le realizó de la herida punzante intervertebral, que ello está mal interpretado porque la lesión punzante que está descrita en la parte externa, es una punción para anestesiar, es la colocación de la anestesia. Relató que en el momento de la autopsia se sacó la pelvis completa, lo que nunca se hace, es la única vez que se hizo, para ver cuál era el origen del sangrado y no se pudo determinar.

Por su parte el perito Díaz Moyano expresó que el peritoneo es una cavidad cerrada, es como una bolsa, y esa cavidad era la que tenía la sangre o sea intraperitoneal.

El Sr. Fiscal de Cámara, tras dar lectura a las conclusiones de la autopsia de fs. 40, interroga al Dr. Díaz Moyano respecto a ¿qué relación tiene con la operación de cadera la presencia, en el hemoperitoneo, de los 750 centímetros cúbicos de sangre hallados?

El perito Díaz Moyano responde que no se sabe, que ningún médico lo podrá determinar, nunca se pudo determinar de dónde sangró, ni cuál fue la causa que produjo el sangrado dentro del peritoneo, no lo sabemos.

El Sr. Fiscal preguntó: ¿Cuál fue la relación causal de aquella cantidad de sangre en el hemoperitoneo con el cuadro posterior? El perito Díaz Moyano dijo que es compatible con la causa eficiente del deceso; es mucha sangre; pudo haber producido el fallecimiento y en poco tiempo.

Por su parte, el perito de parte, Dr. Zanetta dijo que si la fresa se escapa ahí tiene un traumatismo.

El perito Díaz Moyano agrega: No podemos llegar al diagnóstico nunca. Creo que hay una relación entre cirugía y fallecimiento, pero no la puedo establecer, pero no se pudo saber. Especificó que no son frecuentes casos como éste; que sí se conocen muchas otras complicaciones en este tipo de cirugías pero, este caso, es muy raro. Lo indicado tendría que haber sido buscar la causa de un hematoma intraperitoneal o hemorragia intraperitoneal. El problema fue una falta de diagnóstico, no fue una falta de tratamiento.

El perito de parte, Dr. Zanetta, señaló que, en la emergencia, buscar un diagnóstico es utópico. Se ve a la paciente que tiene pérdida de sangre y todos los síntomas clínicos de diaforesis, más el pulso, lógicamente reactivo a esa falta. La literatura lo dice.

A pregunta de la Fiscalía de Cámara, el perito Díaz Moyano expresó: no hay ninguna relación entre una intervención de cadera con una hemorragia intraperitoneal. Ese hematoma tiene una causa, no se sabe cuál, no tiene explicación, porque la cirugía es extraperitoneal.

A pregunta aclaratoria formulada por el suscrito, el perito Díaz Moyano dijo: está acreditado que el shock hipovolémico fue la causa de la muerte; el que se produjo por la hemorragia intraperitoneal. Es muy difícil atribuir, por la ubicación anatómica, a la cirugía, relacionarlo con la cirugía.

A pregunta formulada, el perito de parte, Dr. Zanetta expresó que: frente a un cuadro hemorrágico se debe poner glóbulos rojos frescos y, si no hay, sangre entera. No se puede no tener previsto la suficiente cantidad de elementos sanguíneos.

A pregunta formulada, el perito, Dr. Ortiz Morán dijo: que siempre se solicita sangre para tener disponibilidad; que el que comanda al médico en la cirugía, en este aspecto, es el anestésista y él (el anestésista) es el que resuelve cuanta cantidad de

sangre se coloca. A pregunta formulada, el perito de parte, Dr. Zanetta dijo: que Toconas debía haberse quedado, codo a codo, en ese momento, y que si le costó ver la hemorragia debía hacerle una ecografía, si no hay que pedir un traslado urgente a otro centro de mayor complejidad. Toconas no estaba en terapia; si hubiera estado en terapia, el terapeuta le hubiera dicho qué hacer.

Ante una pregunta aclaratoria que realiza el suscrito en el sentido de sí, ¿en todas las cirugías de cadera está previsto que se hagan transfusiones?, el perito, Dr. Ortiz Morán, responde: que sí, que es algo normal y está previsto protocolariamente.

3. NORCELO DANIEL CARDOZO, Médico, Especialista en Anestesiología. Dijo no recordar el caso que se juzga y agrega que no estuvo en esa cirugía. Exhibida que le fuera la historia clínica de la víctima incorporada a fs. 24 vuelta en donde se consigna su nombre y está también el de la Dra. Salvatierra, dijo que esa persona (Dra. Salvatierra) trabajaba con él y ella es la que intervino en la cirugía que motivó este proceso. Exhibida la fs. 22 vuelta del mismo documento, en donde se instrumenta la foja quirúrgica, el testigo señala que, en la misma, figura que la anestesista interviniente fue la Dra. Salvatierra. Expresó que la reserva de sangre está dentro de los pre-quirúrgicos, en esa época se clasificaba al paciente para saber qué grupo o factor y se solicitaba la sangre, todo ello para prevenir emergencias; en general se necesita una unidad, que trae aproximadamente 400 centímetros cúbicos. Señaló que la cirugía de cadera requiere de medio litro de sangre, en condiciones normales y manejables en el 95 por ciento de las veces, sin necesidad de pedir más. Explicó que en el ciento por ciento de las cirugías se tienen preparadas drogas que pueden ser dopamina, epinefrina, adrenalina y otras porque la anestesia sola consume una unidad importante del volumen del paciente y produce una vasodilatación y ello hace que baje la presión del paciente, siempre en el 90 por ciento se hipotensa. Se le exhibe la fs. 24 vuelta de la Historia Clínica de la víctima e indica que el gráfico revela que a las 17:30 horas la paciente hace lo que se llama hipotensión y desde su punto de vista se hizo el tratamiento que corresponde y se ve que sube nuevamente. Expresa que no sube al nivel que tenía porque no todos los pacientes son iguales y no se sabe la causa por la cual se hipotensó. Que la mayoría de los pacientes cuando se le da vuelta o sea se mueve el cuerpo o algo parecido, se hipotensa. Según ese grafico la paciente está estable, tiene 90 de tensión allí, que para un paciente anestesiado es normal. La decisión de reposición de sangre es del anesitiólogo y a veces es conjunta. Que desde que la paciente sale de la sala de operación y pasa a UTI

la responsabilidad, en ese momento, es del médico de la terapia. Aseguró que el Sanatorio, al momento de la operación de la víctima, contaba con un ecógrafo. Que a su criterio el sanatorio, en un ciento por ciento, contaba con la infraestructura y capacidad para atender una complicación de una cirugía de cadera, la clínica tenía terapia intensiva, guardia, todo.

Por su lectura se incorporó la siguiente prueba:

DOCUMENTAL:

a. Certificado y acta de defunción (fs. 4 y 5). El primero, suscripto por el Dr. Luis Antonio Solís certifica haber comprobado el fallecimiento de Ortega, Lucia Julia, de 66 años de edad, el día 28 de diciembre del año 2009, a la hora 22:30, siendo la causa inmediata de la muerte Shock cardiogénico irreversible. La segunda, emitida por la Dirección del Registro del Estado Civil y Capacidad de las personas, hace constar las mismas circunstancias que el certificado;

b. Informe médico (fs. 11) confeccionado por el Dr. Germán Carlos Smith, quien se constituyó en el domicilio sito en calle San Martín 275 de la localidad de Unquillo (casa funeraria), el día 29/12/09, a las 11:00 horas, y procedió al reconocimiento médico legal de un cadáver de sexo femenino, de aproximadamente 66 años, cuya causa probable de la muerte ha sido una insuficiencia cardiorrespiratoria aguda, se extrajo sangre para determinación de alcohol y drogas así como pelos, en las observaciones consigna que se observan bandas elásticas en miembros inferiores.

c. Fotografías (fs. 13/14), tomadas por el personal de policial judicial.

d. Informe químico (fs. 15) confeccionado por los bioquímicos Luis López y Julieta Cabrera, con fecha 3 de marzo de 2010, sobre la muestra de sangre extraída a la Sra. Ortega. Conclusiones: No se detectó presencia de alcohol en la sangre remitida. No se detectó presencia de tóxicos y drogas de abuso. Se determinó que la sangre es del grupo sanguíneo “cero”- Factor RH Positivo.

e. Historia Clínica (fs. 17/36) de la Sra. Lucia Julia Ortega, confeccionada en el *Sanatorio Privado Sierras Chicas* de Unquillo, en la que constan las siguientes circunstancias: Que la Sra. Lucia Ortega ingresó al Sanatorio el día 28/12/2009, para practicársele una cirugía programada de reemplazo total de cadera izquierda, la cual es realizada ese día por los Dres. Toconas y Racca y como ayudante el Dr. Garnica, utilizando una prótesis híbrida (cotilo atornillado y componente femoral cementado) y según reza la foja quirúrgica obrante a fs. 22 vuelta de autos: “...se realiza abordaje posterolateral, capsulotomía, osteotomía de cabeza femoral, se comienza con fresado

mecánico de cotilo, durante el procedimiento se deteriora el ensamble del mango de fresado al motor por lo que se realiza la preparación del cotilo manualmente sin llegar al trasfondo acetabular, se coloca un cotilo no cementado con dos tornillos antirotarios y la cúpula de polietileno correspondiente. Posteriormente se realizó el fresado del canal femoral y se coloca prótesis femoral standard con cabeza de diámetro 28 mm., se reduce, se verifica estabilidad y longitud del miembro, se verifica hemostasia sin sangrado del lecho, por lo que no se coloca hemosuctor, se cierra por planos y se cubre con gasas y apósitos.” Asimismo consta el ingreso de la paciente, tras la cirugía, a la Unidad de Terapia Intensiva, consignándose, a fs. 21/21 vuelta, las siguientes circunstancias: “Paciente que ingresa a UTI derivada del quirófano, en el postoperatorio inmediato, de cirugía de reemplazo de cadera izquierda. Como APP presenta: obesidad, niega DBT, niega cardiopatía, no tabaco, no alergia medicamentosa. La cirugía duró 2 horas con 40 minutos aproximadamente, presentando a la hora con treinta episodio de hipotensión con buena respuesta a cristaloides, sangre e intrópicas (dopamina) +. Terminada la cirugía, la paciente ingresa a UTI, vigil, sudorosa, hipotermia, con signos de mala perfusión periférica, moviliza espontáneamente miembros superiores, pupilas reactivas, reflejo fotomotor positivo, palidez de mucosas con sequedad, no moviliza miembros inferiores por bloqueo raquídeo, pulso taquicárdico, sin arritmias al electrocardiograma ni al monitor, no signos congestivos pulmonares, buena mecánica ventilatoria, ligera taquipnea, pulmones limpios sin RSA- abdomen blando depresible, no defensa ni contractura. Se coloca sonda vesical. Herida quirúrgica cubierta por apósitos secos, no se objetiva hematoma, miembros inferiores con vendas elásticas, evoluciona con nuevo episodio de sudoración profusa y frialdad, malestar generalizado, respiración paradojal sin poder constatar presión arterial, se decide intubación retraqueal, extrasístoles ventriculares aisladas que progresan con bradicardia. Se indica atropina y dopamina, progresa con taquicardia ventricular, se realiza cardioversión en dos oportunidades, saliendo de la asistolia. Se optimiza maniobras de resucitación avanzadas durante 55 minutos sin respuesta... óbito a las 22:30 horas. Se avisa a familiares”.

f. Informe del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (fs. 185), emitido por su presidente, Dr. Andrés De León, de fecha 3 de septiembre de 2019, en el que pone en conocimiento del tribunal que el Dr. Juan Marcelo TOCONAS, D.N.I. N° 26.641.956, cuenta con M.P. N° 29.581/7, que lo habilita para el ejercicio de la profesión en todo el territorio de la provincia bajo relación de dependencia o en proceso de formación desde

el 08/06/2004. Registró especialidad en Cirugía Traumatológica y Ortopédica bajo matrícula de especialista N° 13.450 desde el 23/12/2008 hasta el 27/11/2018, encontrándose vencida. No registra sanciones y/o restricciones ante el Tribunal de Ética de esta Entidad.

g. Constancia emitida por la empresa PRIMA IMPLANTES S.A. (fs. 238) suscripta por el Gerente Fabian Ludueña, con fecha 18 de septiembre de 2020, en la que informa que la empresa provee los materiales específicos para todas la cx de artroplastia de cadera y rodilla, correspondientes a los afiliados a PAMI, desde el 12 de diciembre de 2004 hasta la fecha, incluyendo set de instrumental y alternativas a préstamo, equipos de corte y perforadores, entregando todo el material estéril en sus respectivos *pouches*, también cuenta con asistencia técnica en el momento de la cx a cargo de un técnico capacitado.

PERICIAL: a. Autopsia (fs. 40) de Lucía Julia Ortega, practicada por los médicos forenses, Dres. David Dib, Héctor De Uriarte y Guillermo Fontaine, con fecha 29 de diciembre de 2009. De la misma resultan las siguientes consideraciones y conclusiones: **A ANTECEDENTES:** (referidos por la hija) Cirugía de cadera izquierda para reemplazo por artrosis. 66 años de edad. Sana. En el post quirúrgico muerte inesperada. **B. RADIOGRAFÍA:** De cadera izquierda observando prótesis completa de cadera izquierda, normo inserta. **C EXAMEN EXTERNO:** Cadáver de una mujer adulta. Obesidad. Edad aparente 70 años. Livideces dorsales difíciles de eliminar y escasas. Rigidez ausente. Córneas turbias. Signos de atención médica reciente/a modo de herida quirúrgica sobre extremo proximal del muslo izquierdo. Bordes bien afrontados por sutura. No se observa hemorragia a través de la misma. Herida punzante, apenas perceptible, sobre espacio intervertebral lumbar. Ambas piernas con vendas elásticas. Sin signos externos de violencia. **D. CRANEO Y CUELLO:** Sin lesiones en epicráneo. Partes óseas y meninges sin lesiones. Encéfalo: pálido. Resto del examen sin particularidades. **E. TORAX Y ABDOMEN:** Parrilla costal sin lesiones. No se observa neumotórax. Pulmones sin lesiones, pálidos. - Corazón y grandes vasos. No se observa embolismo en raíz de arteria pulmonar. Se extrae corazón para estudio anatomopatológico. - Hemoperitoneo: se extraen 750 cc de sangre libre en cavidad. Hígado pálido, amarillento, se toma muestra. Bazo sin lesiones. Estómago: pared lisada, sin contenido. Riñones pálidos. - Intestinos delgado y grueso sin lesiones. Hematoma – retroperitoneal –en región pelviana izquierda. Se observan ambas arterias ilíacas y sus dos ramas, no observando lesiones. - Se extraen vasos del área y luego se separa la

pelvis para estudio especializado diferido, observando sobre la pared ósea que aloja al cótilo dos pequeñas perforaciones de 1 a 2 mm de diámetro, no se observan cuerpos extraños pasantes. **F. MIEMBROS:** - Se quitó la sutura y ampliando la herida. No se observaron hemorragias en el área. La prótesis se encontró normo inserta. Se seccionaron los tejidos y separó la cabeza de la prótesis del neocótilo. Se quitó la parte extraíble del mismo de material blanco (teflón), y se observó la porción metálica. La misma contenía cuatro orificios de los cuales tres estaban fijados al hueso subyacente. **CONCLUSIONES:** - Signos de cirugía de reemplazo de cadera izquierda reciente, y de punción lumbar (anestesia raquídea).- De acuerdo a hallazgos cabe estimar que el SHOCK HIPOVOLÉMICO ha sido la causa de la muerte de LUCIA JULIA ORTEGA. - El mismo ha ocurrido a partir de una hemorragia originada en la pelvis izquierda. No se identificó el vaso lesionado. - Se solicitó estudio anatomopatológico. Se efectuó radiografía de pelvis. Se efectuaron fotografías digitales. Se solicitó urea y creatinina en humor vítreo y se ordenó resguardar sangre. Sugieren los profesionales concluir la pericia contando con la historia clínica donde se efectuó la cirugía.

b. Ampliación de la pericia de autopsia (fs. 43) confeccionada con la historia clínica de la víctima, por los médicos forenses, Dres. David Dib y Guillermo Fontaine, con fecha 14 de mayo de 2010. Conclusiones: **A. ANTECEDENTES: - Historia Clínica:** paciente de 66 años. Diagnóstico de coxoartritis bilateral de caderas. Cirugía para reemplazo de cadera programada. Se interna el día 28/12/09. Pasa a Cirugía el mismo día. Prequirúrgico con pruebas de coagulación normales. La foja de anestesia demuestra comienzo de la cirugía a las 16.30 con caída de la presión arterial una hora después. La foja quirúrgica refiere anestesia raquídea, "...se comienza el fresado... de cótilo, ¿se deteriora ensamble de mango de fresa... por lo que se prosigue con fresado manual sin llegar a trasfondo acetabular... se coloca cótilo... se...? (no entendible). Ingres a UTI derivado de quirófano. "La cirugía duró..., presentándose a la hora y 30 minutos episodio de hipotensión... cristaloides... sangre e isotópicos... ingresa a UTI vigil, sudorosa, hipotensa, con signos de mala perfusión periférica... palidez... taquicardica... sin arritmias al ECG. No signos congestivos pulmonares... pulsos periféricos positivos, buena mecánica ventilatoria, ligera taquipnea... abdomen blando, globuloso, depresible... se le coloca sonda vesical sin objetivarse débito urinario... herida... no se objetiva hematoma... miembros inferiores con vendas elásticas... se optimiza tratamiento con inotrópicos... la paciente refiere sed y dolor lumbar intenso...

evoluciona con nuevos episodios de sudoración profusa... se decide intubación... cardioversión. Laboratorio Hto. 27 - Hb: 8.8.

Anatomía Patológica: informe efectuado por el Dr. Luis Santos Spitale. **Conclusión:** Perimiocarditis crónica inespecífica, ateromatosis aortocoronaria moderada, congestión y edema pulmonar, congestión y esteatosis hepática, pielonefritis crónica, quistes simples renales, tejidos blandos pelvianos y colon con infiltración hemática extensa. Del desarrollo se extrae macroscopía; block de hemiabdomen inferior con infiltración hemática de los tejidos en una amplia extensión, con material sanguinolento al corte, la hemorragia se extiende al parametrio. Pelvis: prótesis (acetábulo) metálica y orificios en número de 3 de perforación a dicho nivel. No hay evidencia de infiltración hemática del tejido óseo. En la microscopía: en block de hemipelvis inferior, tejidos blandos (muscular y adiposo) con extensas áreas de infiltración hemática. Los cortes de colon presentan mucosa con intensa hemorragia que también compromete la submucosa. Corazón: pericardio lipomatoso con vasos congestivos e intenso infiltrado inflamatorio... Linfocitario mononuclear. A nivel del miocardio se observa moderado infiltrado mononuclear difuso, extensas áreas con tractos de fibrosis y áreas con infiltración grasa de la estroma miocárdica. Pulmones: vaso congestión intersticial y sectores que exhiben rotura de los septos alveolares. Capilares septales dilatados y congestivos. Hígado con micro y macro vacuolas lipídicas citoplasmáticas de distribución difusa. Riñones con glomérulos esclerosados pequeñas áreas de fibrosis e infiltrado inflamatorio linfocitario mononuclear y vaso congestión. **B. CONCLUSIONES:** Signos de hemorragia abdominopelviana aguda en paciente sometida a cirugía de reemplazo de cadera; signos de enfermedad cardíaca y renal crónica. A fin de avanzar en esta pericia, jerarquizando e interpretando los hallazgos para concluir con la causa de la muerte y el mecanismo fisiopatológico de la misma, consideramos conveniente el análisis conjunto por parte de médicos forenses especialistas en traumatología y clínica médica.

c. Instituto de medicina forense servicio de anatomía patológica informe anatomopatológico de autopsia 1845/09 (fs. 48): Practicado por el perito médico Luis Santos Spitale, con fecha 26/3/10, el que revela las siguientes comprobaciones: Se recibe material biológico (fijado en formol) correspondiente a los órganos extraídos del cadáver de ORTEGA, LUCIA JULIA, de 66 años de edad, durante la autopsia realizada el 29/12/2009 por médicos forenses Dres. Fontaine, G. y DIB, D., cuya microscópica se detalla como: ESTUDIO MACROSCOPICO: **Block de hemiabdomen inferior:**

Incluye arteria aorta, iliacas, colon, útero y anexos, fascia, músculo, vejiga y meso. Se destaca la presencia de infiltración hemática de los tejidos en una amplia extensión con material sanguinolento al corte. La hemorragia se extiende al parametrio. **Corazón completo.** Mide 13 x 11 x 7 cm. y pesa 365 grs. Pericardio liso y lipomatoso, con placas de fibrosis. Al corte el ventrículo izquierdo y el tabique miden 15 mm. y el derecho 4 mm. de espesor. El miocardio no muestra lesiones macroscópicas de infarto ni de lesiones cicatrizales. Ateromatosis aorto-coronaria moderada. **Pulmones:** dos trozos de 5 x 4 x 3 cm y 4.5 x 3.5 x 1.5 con pleura lisa. La superficie de corte exhibe aspecto esponjoso. **Hígado** Fragmento de 7 x 5 x 3 cms. Superficie externa lisa. Al corte colorido amarillento. **Bazo** Trozo de 5 x 3 x 2 cm. cápsula lisa. Al corte parénquima de aspecto. **Riñón** Dos trozos que miden 6 x 5 x 4 cm. y 4 x 3,5 x 2 cm. Decapsula con facilidad La superficie externa muestra quistes y retracciones cicatrizales. Al corte relación cortico-medular Conservada. **Pelvis:** Se observa prótesis (acetábulo) metálica y orificios (c, número de 3) de perforación a dicho nivel. No hay evidencias de infiltración hemática del tejido óseo. **Los cortes histológicos muestran en: Block de hemipelvis inferior:** Los preparados histológicos muestran tejidos blandos (tejido muscular y adiposo) con extensas áreas de infiltración hemática. Los cortes de colon presentan mucosa con intensa hemorragia que también compromete la submucosa. **Corazón:** Pericardio lipomatoso con vasos congestivos e intenso infiltrado inflamatorio linfocitario mononuclear. A nivel del miocardio se observa moderado infiltrado mononuclear difuso, extensas áreas con tractos de fibrosis y áreas con infiltración grasa de la estroma miocárdica. **Pulmones;** Presentan vaso-congestión intersticial y sectores que exhiben rotura de los septos alveolares. Los capilares septales se hallan dilatados y congestivos. **Hígado:** Exhibe congestión de los sinusoides, hepatocitos vacuolas lipídicas citoplasmáticas, de distribución difusa. **Riñones:** Los cortes histológicos muestran algunos glomérulos esclerosados pequeñas áreas con fibrosis e infiltrado inflamatorio linfocitario vaso-congestión. Se observan túbulos con autólisis del epitelio. Presentan quistes de epitelio simple aplanado. **CONCLUSIONES:** Perimiocarditis crónica inespecífica. Ateromatosis aortocoronaria moderada. Congestión y enfisema pulmonar. Congestión y esteatosis hepática. Pielonefritis crónica. Quistes simples renales. Tejidos blandos pelvianos y colon con infiltración hemática extensa

D. Pericia medica interdisciplinaria (fs. 52/54) practicada por los médicos forenses en su carácter de peritos oficiales Dres. Oscar Diaz Moyano y Carlos Borda Márquez haciendo las siguientes comprobaciones: Informe Estadístico de Defunción:

Ortega, Lucia Julia. Edad 66 años. Argentina. DNI. 4.642.773. Fecha y Hora de deceso 28/12/09, 22:30 horas. Causa inmediata de la muerte: Shock cardiogénico irreversible...Dr. Luis Solís. Historia clínica del *Sanatorio Privado Sierras Chicas* de la Localidad de Unquillo. Consta Valoración pre-quirúrgica cardiovascular. Motivo de Consulta: Cirugía programada. Reemplazo Total de Cadera Izquierda. Fecha de Ingreso para internación el 28/12/09. Es Intervenido quirúrgicamente el 28/12/09 por los Dres. Toconas y Racca y como ayudante participa el Dr. Garnica. A la paciente se le realiza Reemplazo Total de Cadera, se utiliza una prótesis híbrida (cotilo atornillado y componente femoral cementado). Se realiza abordaje posterolateral, capsulotomía, osteotomía de cabeza femoral, se comienza con fresado mecánico de cotilo; durante el procedimiento se deteriora el ensamble del mango de fresado al motor por lo que se realiza la preparación del cotilo manualmente sin llegar al trasfondo acetabular, se coloca un cotilo no cementado, dos tornillos antirotatorios y la cúpula de polietileno correspondiente. Posteriormente se realiza el fresado del canal femoral y se coloca prótesis femoral standard con cabeza de diámetro 28 mm, se reduce, se verifica estabilidad y longitud del miembro, se verifica hemostasia, por lo que no se coloca hemosuctor, se cierra por planos. Foja Anestésica: anestesiólogo Dr. Cardozo, ingresa a las 16 hs. al quirófano la cirugía dura 3.30 horas. Durante el acto operatorio no presenta trastornos-hemodinámicos, según constan en los registros de anestesiología. A las 17 horas y durante el acto operatorio se le realiza transfusión de una unidad de sangre y cuatro unidades de solución fisiológica asociada a 100 cc de dextrosa con DOPA. Consta en foja anestesiológica: paciente ingresa a UTI lúcida, orientada en tiempo y espacio, hemo dinámicamente inestable, hipotensa, nauseosa, sudorosa, tensión arterial 80/40, frecuencia cardiaca 78 y saturación de oxígeno con 97%. Ingreso a UTI... antecedentes personales patológicos, a la hora y treinta minutos de iniciada la cirugía hace un episodio de hipotensión con buena respuesta a la terapéutica instaurada, ingresa a UTI vigil, sudorosa, hipotermia, con signos de mala perfusión periférica, moviliza espontáneamente miembros superiores, pupilas reactivas, reflejo fotomotor positivo, palidez de mucosas con sequedad, no moviliza miembros inferiores por bloqueo raquídeo, pulso taquicárdico, sin arritmias al electrocardiograma ni al monitor, no signos congestivos pulmonares, buena mecánica ventilatoria, ligera taquipnea, abdomen blando depresible, no defensa ni contractura. Se coloca sonda vesical. Herida quirúrgica cubierta por apósitos secos. No se objetiva hematoma miembros inferiores con vendas elásticas...evoluciona con nuevo episodio de sudoración profusa y frialdad, malestar

generalizado respiración paradójal sin poder constatar presión arterial, se intuba. Extrasístoles ventriculares aisladas que progresan con bradicardia. Se indica atropina y Dopamina, progresa con taquicardia ventricular, se realiza cardioversión en dos oportunidades, saliendo de la asistolia. Se optimiza maniobras de resucitación avanzadas durante 55 minutos sin respuesta...óbito a las 22.30 horas. Informe de la autopsia del 29 de diciembre del 2009: Autopsia N° 1845/09. Rx de cadera muestra prótesis de cadera normoinserta. En el examen externo, herida quirúrgica en extremo proximal de muslo izquierdo, bordes bien afrontados por sutura, no se observa hemorragia a través de la misma, herida punzante apenas perceptible sobre espacio intervertebral lumbar, ambas piernas con vendas elásticas. Sin signos externos de violencia. Cráneo y cuello sin particularidades, encéfalo pálido. Tórax y abdomen: Parrilla costal sin lesiones, no se observa neumotórax, pulmones sin lesiones, pálidos. Corazón y grandes vasos, no se observa embolismo en raíz de arteria pulmonar. Hemoperitoneo: se extraen 750cc de sangre libre en cavidad peritoneal. Hígado pálido, amarillento, se toma muestra. Bazo sin lesiones. Estómago, pared lisa sin contenido. Riñones pálidos. Intestino, delgado y grueso sin lesiones. Hematoma retroperitoneal en región pelviana izquierda. Se observa ambas arterias ilíacas y sus dos ramas sin lesiones. Se extraen vasos del área y luego se separa la pelvis para estudio especializado diferido observando sobre la pared ósea que aloja al cotilo dos pequeñas perforaciones de 1 a 2 mm. de diámetro, no se observan cuerpos extraños. En cotilo el inserto metálico tiene cuatro orificios de los cuales tres estaban fijados al hueso subyacente. Conclusión: la causa eficiente de la muerte ha sido el Shock hipovolémico, el mismo ha ocurrido a partir de una hemorragia originada en la pelvis izquierda. No se identificó el vaso lesionado.

Anatomía Patológica, en su conclusión dice: Perimiocarditis crónica inespecífica. Ateromatosis aorta coronaria moderada. Congestión y enfisema pulmonar. Congestión y esteatosis hepática. Pielonefritis crónica, quistes simples renales. Tejidos blandos pelvianos y colon con infiltración hemática extensa. Conclusión: A nuestro criterio la paciente sufre intraoperatoriamente un cuadro de hipovolemia (se transfunde 400cc de sangre), la autopsia no pudo determinar el origen de la misma, lesión de algún vaso u órgano intraabdominal o extra abdominal. En una paciente ateromatosa obesa y con una pielonefritis crónica. Es trasladada a UTI e ingresa a esa área, hipovolémica, donde no se realiza la reposición de glóbulos rojos, se le administra solución fisiológica, soluciones expansoras y la medicación para revertir el cuadro de hipotensión. La paciente fallece

por shock hipovolémico posterior a una operación de reemplazo total de cadera izquierda.

E. Ampliación de la Pericia anterior practicada con fecha agosto 2013 por los Dres.

Carlos Borda Márquez y Julio Crembil (fs. 83/87) 1- Consta en autos que la fallecida fue valorada pre-quirúrgicamente por Cardiología, Clínica Médica, Laboratorio (Hemocitológico, eritrosedimentación, glucemia, Uremia, creatinina, ionograma plasmático, tiempo de protrombina, APP, KPTT, recuento plaquetario, grupo sanguíneo y Rh, examen de orina completo) valoraciones que no objetivaron contraindicación médica para ser intervenida quirúrgicamente. La valoración clínica pre-quirúrgica es normal (19/11/09). El informe de la Rx de tórax es normal. En la Rx de pelvis el informe dice “signos evidentes de coxoartrosis con pinzamiento articular bilateral”. (17/11/09). El examen físico practicado a la actora el 28/11/09 es normal. Pre-quirúrgicamente se le administró cefalotina de 1 gr. El acto quirúrgico empezó a las 16 horas y duró 3:30 horas. Se le realizó anestesia raquídea con Bupivacaína hiperbárica, se le administró fentanilo. Se le efectuó transfusión de sangre (400 cc.) intraoperatoriamente, con posterioridad, en UTI, a partir de las 18:50 horas se volvió a administrar 4.200 cc de solución fisiológica, 500 cc de Dextrosa al 5%. No consta en autos por qué no se realizó la administración de otras transfusiones de glóbulos rojos (a veces el motivo por el cual no se administra glóbulos rojos es la falta de sangre en las Instituciones que carecen de bancos de sangre o de Servicios de hemoterapia). A fs. 24 consta que la actora ingresa a UTI, lucida orientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente inestable, hipotensa, sudorosa, nauseosa con T.A. 80/40, F.C.98, S.02.97%.2- La historia clínica esta foliada y tiene el sello del poder judicial, no está numerada ni tiene registro de foliación hecho por la Institución Médica (*Sanatorio Privado Sierras Chicas*).

3- Consta la existencia del consentimiento informado, la que no tiene firma de la extinta ni de ningún familiar responsable. Están firmadas por el sargento Alonso Cristian, secretario de actuaciones y el comisario Pablo Michelini. 4- Los exámenes complementarios realizados a la extinta son los que se efectúan de rutina y eran vigentes a la fecha de la cirugía.5- La actora era una paciente obesa de 66 años que tenía como patología coxoartrosis de caderas y según consta en el informe de autopsia tenía una pielonefritis crónica, tenía antecedentes de seis partos y seis gestaciones y secuelas en piel de quemaduras antiguas, los exámenes clínicos no hacen mención a patologías que

contraindicaran la operación para realizarse el Reemplazo Total de la cadera izquierda.

6- A fs. 22 atrás consta la foja quirúrgica firmada por el Dr. Toconas, Marcelo, especialista en Traumatología y Ortopedia

7- Según consta en autos el acto quirúrgico empieza con la realización de la anestesia raquídea a las 16 horas, consta que ingreso a UTI a las 18:50 horas, en la historia clínica está detallado que se realizó un control de asistencia post operatorio de la actora en el post operatorio inmediato y en UTI donde se le realizaron reposición de líquidos, solución fisiológica, Dextrosa y la administración de fármacos para compensarla hemo dinámicamente, los informes están firmados por los Dres. Norcelo Daniel Cardozo especialista en Anestesiología, Alberto Samperisi, especialista en Medicina Interna y Terapia Intensiva, Dr. Luis A. Solís y Dra. Salvatierra. Consta en autos que se le administró 400 cc de sangre. Creemos que al no tener un diagnóstico preciso del origen del sangrado hace difícil ante la urgencia que ocurrió en el post operatorio inmediato instaurar una terapéutica eficiente. El origen del sangrado en la cavidad abdominal no ha sido diagnosticado, esto incluye la autopsia que no objetivó lesión vascular ni de ningún otro órgano, no podemos arribar a una conclusión que tenga un fundamento médico-quirúrgico estricto.

8- A fs. 27, en el informe de enfermería, consta que se inician maniobras de resucitación a las 21:35 y fallece a las 22:30 horas.

9- La hemorragia es una complicación frecuente en la cirugía traumatológica y ortopédica dado que se trabaja con un tejido (hueso) que no puede producir vaso constricción para evitar el sangrado.

10- Consta en autos que se realizaron los estudios pre-quirúrgicos de rutina, a nuestro criterio fue insuficiente la administración de sangre en el post operatorio inmediato, aspecto que puede ser controversial debido a lo mencionado ut supra, no hay constancia que la Institución tenga un banco de sangre o un Servicio de hemoterapia, lo que hace imposible, por parte de los médicos que actuaron, efectuar, en ese momento, la reposición del mencionado elemento por carecer del mismo. No consta en autos informe ecográficos de abdomen. Consta en autos una Rx. de Pelvis foliada por la Morgue Judicial donde observamos imágenes de coxoartrosis en cadera derecha con un severo deterioro articular y en el lado izquierdo se observa imagen de una prótesis de reemplazo total de cadera con cotilo atornillado y el tallo femoral cementado. La imagen muestra una prótesis correctamente instrumentada con la orientación y las relaciones anatómicas radiológicas normales para este tipo de cirugía.

F. Informe en disidencia del perito de parte Dr. Víctor Zanetta (fs. 88/98): Manifestando la disidencia con el Informe Pericial de los peritos oficiales médicos,

doctores Carlos BORDA MÁRQUEZ y Julio Ernesto CREMBIL. Los puntos de pericia solicitados oportunamente fueron: 1) Pregunta: Si la extinta Lucía Julia Ortega recibió en tiempo y forma, con motivo de la enfermedad que padecía, la intervención quirúrgica realizada en su persona, la atención médica, indicaciones y/o tratamiento correspondiente a los protocolos vigentes a dicha fecha. En caso de expedirse en forma negativa, deberá hacer mención de las omisiones o comisiones profesionales erróneas evidenciadas, como así mencionar a los profesionales a quien debe atribuirse dicha realización. Contesto: Que en la cirugía de Reemplazo Total de Cadera Izquierda realizada a la señora Lucía Julia Ortega el 28/12/09, esta no recibió la atención clínica, quirúrgica ni de cuidados intensivos acorde a los protocolos de atención sanitaria básicos, conocidos y obligados por la práctica médica vigente en la provincia de Córdoba. La intervención quirúrgica de reemplazo de cadera (artroplastia de cadera izquierda) fue programada con suficiente antelación. El informe pre-quirúrgico “APTO CARDIOVASCULAR” y sin riesgos para la anestesia total (ASA I) fue firmado por la especialista en Cardiología Dra. Nuria TEJERINA, MP 27016, el 19/11/2009; los exámenes bioquímicos pre-quirúrgicos fueron informados el 16/11/2009, firmados por la Dra. Claudia BIANCHI, MP 4037, en donde constan valores considerados anormales de 61% del porcentaje de linfocitos, lo que se conoce como linfocitosis; asimismo un porcentaje de 33% de neutrófilos segmentados lo que se define como neutropenia leve. El examen físico fue realizado por un profesional cuyo sello aclaratorio es ilegible, no facilitando conocer su identidad, matrícula y/o especialidad, y quien no ha realizado la consulta necesaria con el Hematólogo en busca del oportuno diagnóstico para determinar el origen cierto de las cifras anormales de los citados neutrófilos y linfocitos. “La existencia de neutropenia (número bajo lo normal de glóbulos blancos neutrófilos) junto con la alteración de las otras series [en el presente caso los glóbulos blancos linfocitos] obliga a una derivación”, afirma la doctora María José Castillo Lizarraga, Tutora de Medicina Familiar en Madrid. Esta consulta a hematología es especialmente importante en una evaluación pre-quirúrgica de una persona mayor de 65 años, es decir que transcurre la tercera edad, como es el caso de la señora Lucía Julia Ortega, máxime cuando se planea practicar una cirugía de riesgo cierto como es la artroplastia de cadera. A pesar de todo lo expresado y en base a los antecedentes generales, aún con las observaciones apuntadas, puede concluirse que la cirugía de reemplazo de cadera de la paciente Lucía Julia Ortega tenía todas las posibilidades de llevarse a cabo y concluirse exitosamente, atento al holgado tiempo de programación y la existencia de la aptitud

cardiovascular pre-quirúrgica certificada por la médica especialista TEJERINA. Existió un lapso suficiente para consolidar las condiciones de seguridad en la preparación física y psicológica de la paciente Lucía Julia Ortega. Luego, queda claro para el suscripto que se han cometido actos de mala praxis que se pondrán de manifiesto a medida que se desarrollen las respuestas a los puntos de pericias solicitados, al mismo momento que se mencionarán los profesionales considerados como responsables. 2) Pregunta: Si la historia clínica se encuentra debidamente completa y foliada. Contesto que NO. La historia clínica de la paciente Lucía Ortega, en el apartado "Examen Físico" se halla incompleta en: "Mediciones y controles", sin colocar los datos de capital importancia como son los signos vitales de la frecuencia cardíaca mediante la palpación del pulso y la frecuencia respiratoria, o el peso, la talla y el índice de masa corporal, conocimientos elementales que deben recogerse obligadamente durante la entrevista médica. Los signos vitales son mediciones fisiológicas que sirven para las valorar las funciones corporales más básicas. "La palpación del pulso arterial es la primera investigación que el médico realiza al paciente. Trata de formar idea, con este simple procedimiento, del estado de la función cardíaca", según los profesores Héctor Caino y Ricardo Sánchez, en su texto clásico de "Semiología Cardiovascular". En cuanto al peso, "la cifra media del volumen plasmático en un hombre de 70 kilos de peso, considerando equivalente un kilo a un litro, es de 3.500 mililitros, es decir 576 del peso corporal", explica William Ganong en su libro "Fisiología Médica", 14ª edición. (El plasma es la parte líquida de la sangre desprovista de glóbulos rojos y glóbulos blancos; se compone por un 90% de agua, 7% de proteínas y el 3% por glucosa, grasas, hormonas, ácido úrico, gases, etc.). La sangre total está formada por un 55% de plasma y el resto son glóbulos rojos, blancos y plaquetas principalmente. Usualmente se calcula que el total de litros de sangre de una persona (lo que se denomina volemia) es del 7% de su peso total. Siempre considerando un kilo equivalente a un litro. Para hacer un cálculo rápido, en una situación de emergencia, es muy útil contar con el dato del peso de una persona. Naturalmente, en una intervención quirúrgica donde existe la posibilidad estadística de una significativa pérdida de sangre, como es el caso del Reemplazo Total de Cadera, y aunque parezcan apuntes nimios, es necesario tener todos los datos del paciente que posibiliten la prevención de riesgos que amenacen la salud del enfermo o quizás su vida. Tampoco se asentaron datos sobre Funciones Fisiológicas de la paciente Lucía Julia Ortega, como sueño, diuresis, actividad física. "El paciente anciano tiende a responder al estrés de una manera exagerada y pueden tener perturbaciones que gravitan de modo

directo sobre el manejo quirúrgico”, advierte Daniel Laskin, autor del texto “Cirugía Bucal y Máxilofacial”. Asimismo, no se asentaron la existencia o la ausencia de los Antecedentes de Enfermedades como Chagas, Brucelosis, Tuberculosis, Enfermedades de Transmisión Sexual o HIV, desdeñando insólitamente la posibilidad de los datos de la Anamnesis Sistémica, que es la parte de la historia clínica donde se pregunta metódicamente al paciente acerca de las funciones de todos los aparatos y sistemas anatómicos a fin de descartar la existencia de síntomas de enfermedad que pueden afectar la salud del paciente. Esta anamnesis o interrogatorio sistémico resulta de gran importancia en la evaluación de cualquier enfermo, máxime si será intervenido quirúrgicamente, dado que permite evidenciar síntomas que se hubiesen pasado por alto en la consulta médica. “Para no olvidar de examinar algún órgano, aparato o sistema se debe insistir en la lectura de una buena enumeración anatómica y metódica. Si confiamos en la memoria, empezaremos por descuidar pequeños órganos o regiones que poco llaman la atención y ocurrirá que habremos pasado por alto algún síntoma que hubiera ayudado mucho en el diagnóstico”, alecciona el Profesor Doctor Federico Christmann, autor del clásico texto “Cirugía” y creador de la Escuela Quirúrgica Christmann de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Plata. No se aprecia el foliado de la Historia Clínica de la paciente Lucía Julia Ortega; tampoco es legible el sello del profesional que firma el examen clínico; en otro folio sin numerar, existe una firma con la falta de la aclaración obligatoria del nombre del médico actuante y su número de matrícula profesional. “La historia clínica es la narración ordenada y detallada de los acontecimientos psicofísicos y sociales, pasados y presentes, referidos a una persona, que surgen de la anamnesis, del examen físico y de la elaboración intelectual del médico, y que permiten emitir un diagnóstico de salud o de enfermedad”, escriben los profesores Horacio Argente y Marcelo Álvarez en su libro “Semiología Médica” del año 2005. Por su parte, el profesor Fidel Schaposnik, en su libro “Semiología” de 1992, expresa que: “La historia clínica sigue un ordenamiento lógico, que refleja el proceder metódico del médico en la experiencia con su enfermo. Consta de una serie de componentes, cuya secuencia creemos conveniente seguir sistemáticamente”. Tomamos del libro “Pericias Médicas”, del perito médico de la Justicia Nacional, del año 2003, página 571, Carlos A. Paiz, el siguiente consejo: “Siempre registrar todos los acontecimientos médicos en la historia clínica, incluyendo el consentimiento informado escrito de manera clara”. Es evidente que estos mandatos de la enseñanza médica no se cumplieron en la confección de esta historia clínica de la

paciente Lucía Julia Ortega, según se comprueba en la documentación expuesta en autos. A nuestro juicio queda de manifiesto que en la confección de la Historia Clínica de la enferma Lucía Julia Ortega no se ha cumplido con el foliado correcto. Este hecho dificulta la lectura cronológica de los hechos. Tampoco se han completado todos los puntos elementales para la confección de una correcta historia clínica como se detalla arriba. Incluso no se completaron aquellos datos previamente impresos en las hojas y que sirven para facilitar el interrogatorio al enfermo. Se puede afirmar que la historia clínica de la paciente Lucía Julia Ortega no cumple satisfactoriamente lo establecido en los artículos 122 152 de la Ley 26.529. 3) Si surge de las constancias de autos la existencia de consentimiento informado. Contesto: Que NO. En la copia de la historia clínica existente en autos, no existen constancias de que la señora LUCÍA JULIA ORTEGA haya otorgado el debido consentimiento informado tal como lo exige la Ley Nacional N° 26.529. El formulario impreso en esta hoja sin foliar de esta historia clínica bajo el título de “Declaración del Paciente” “Adulto-Consentimiento informado” se encuentra sin la firma de la paciente o la de un responsable (para el caso de imposibilidad del enfermo) y la necesaria signatura del médico tratante. “El otorgamiento del consentimiento se basa en una relación especial de confianza. El dador de salud debe actuar para mejor servir al paciente. El consentimiento llega luego de un largo proceso que parte de la enfermedad o lesión, pasa por la obtención de la historia del paciente, el arribo a un diagnóstico o plan de cuidados, la revelación de su mal estado al enfermo, la posibilidad que éste haga preguntas y obtenga respuestas a sus inquietudes, para recién concluir con el consentimiento al propio tiempo a realizar”, es lo que enseña la Dra. Elena I. Highton, actual miembro de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina, en su publicación “Daños a la Persona”, Editorial Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 1993. Por otra parte, “Cuando el médico cumple con el principio de autonomía y obtiene el consentimiento informado no vulnera la voluntad del paciente. Respeto la dignidad del paciente. Honra la libertad del paciente”, opina el profesor Luis Alberto Kvitko en su libro “La peritación médico legal en la praxis médica”, página 207, del año 2008. Entendemos como evidente que no se ha cumplido con lo establecido en el artículo 32 de la Ley 26.529 que impone la Información Sanitaria al paciente; como así tampoco se ha observado lo exigido en los artículos 59, 62 y 7 de la Ley 26.529 referido a la obligatoriedad del Consentimiento Informado. 4) Si los exámenes complementarios previos al acto quirúrgico obrantes en autos, fueron los adecuados y se encontraban vigentes al momento de la intervención. Contestó: Que respecto a los

diagnósticos por imágenes, en autos constan únicamente los informes de los exámenes preoperatorios de Radiología de Tórax y de Pelvis firmados por el Dr. Marcelo Juliá, con fecha 17/11/2009. Se hace constar que las películas originales (“Placas Radiográficas”), tanto las pre-quirúrgicas y como las post-mortem de Lucía Julia Ortega, no se encontraron adjuntas al expediente judicial en ninguna de las reiteradas ocasiones que el suscripto concurrió a la reunión con los peritos oficiales (Ver acta adjunta). Habiendo sido impracticable el examen visual de las placas radiográficas originales, es imposible formular una opinión sobre la calidad de las mismas y de los dictámenes emitidos por los respectivos especialistas en Diagnóstico por Imágenes. No obstante ello, prima facie, los informes del médico especialista JULIÁ se presentan insuficientes dado su carácter de radiografías previas a una evaluación quirúrgica. Numerosos protocolos para evaluación preoperatoria por radiografías aconsejan un amplio estudio radiológico en el que se incluyen radiografías completas de fémur, incluso con proyecciones especiales para evaluar la pérdida ósea, dato elemental que le permitirá calcular al cirujano el tamaño del implante a colocar y decidir acerca del modelo de la prótesis más adecuado al caso; le indicará la eventualidad de un injerto óseo; incluso servirá para advertirle la necesidad de un diagnóstico más seguro agregando una Tomografía Axial Computarizada (TAC), o también prevenirle de los riesgos de fractura merced a la existencia de un tejido óseo frágil por descalcificación. En síntesis, le permitirá al cirujano “Una precisa planificación preoperatoria que es el pilar fundamental del éxito de la cirugía ortopédica”, como escribe el doctor Fernando Lopreite en la *Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*, del mes de junio de 2011: La evaluación básica se realiza con radiografías simples antero posterior (frente) de pelvis y de cadera, y axial de cadera, pudiendo incluir una lateral verdadera del acetábulo (false profije), es lo indicado por el doctor Diego García-Germán, del Hospital Universitario de Madrid, en el curso de Actualización en Cirugía Ortopédica y Traumatología del año 2011. Nada de todo lo antedicho se aprecia en los informes del médico Marcelo JULIÁ obrantes en autos. En cuanto a los exámenes de laboratorio, ya se expresaron las observaciones acerca de la conducta médica errónea, por insuficiente, que deja en evidencia la falta de prudencia médica al no realizar la necesaria consulta con un especialista en Hematología a fin de diagnosticar la etiología (la causa) y la fisiopatogenia (el mecanismo de producción en el organismo) de la anormalidad de las series de glóbulos blancos, aun cuando no se apreciaran los síntomas y signos de una patología hematológica (las señales de enfermedad), atento al informe

del laboratorio bioquímico que estableció cifras compatibles con neutropenia y linfocitosis, anormalidades que bien pudieran haber estado disimuladas por encontrarse en un estado de comienzo incipiente. Es posible afirmar que el médico clínico (cuya firma es ilegible) no realizó la consulta a un hematólogo a los fines de descartar una enfermedad en ciernes; y el cirujano Marcelo TOCONÁS no evidencia haber apreciado como anormal a los resultados del aludido informe del laboratorio bioquímico. 5) Si surge de las constancias de autos el estado de salud de la paciente con anterioridad a la intervención y sí la misma padecía alguna patología anterior a la intervención quirúrgica. Contestó: Que no existen en autos dictámenes médicos preoperatorios que contraindiquen la intervención quirúrgica de Lucía Julia Ortega a pesar de la imperfecta confección de la historia clínica, que enfáticamente definimos como incompleta y desapegada de las normas vigentes, no se aprecian patologías crónicas que hubiesen podido dificultar la intervención quirúrgica. La médica especialista en cardiología Tejerina dictaminó el “apto cardiovascular” y el “el riesgo preoperatorio anestésico ASA1” (Significa sin enfermedades y sin peligro de muerte); el médico especialista en Diagnóstico por Imágenes Julia informó su valoración como normal y el médico de Clínica Médica (cuyo sello aclaratorio es ilegible) no refirió contraindicaciones para la intervención de reemplazo de cadera. Por todo lo expuesto, se concluye que no existen en autos las constancias acerca de enfermedades que representarían un riesgo quirúrgico apreciable al momento del reemplazo de cadera de la paciente Lucía Julia Ortega. 6) Si consta en la historia clínica la confección de un parte quirúrgico o la descripción de la intervención quirúrgica, y en su caso quien la suscribió. Contesto: Que Sí. En autos existen las siguientes descripciones de la intervención quirúrgica: 1.-) una “foja quirúrgica” sin número de folio, firmada por el médico Marcelo Toconás, y al reverso de la misma el anexo de “medicina transfusional”, firmado por el doctor Cardozo, según aclaración manuscrita; 2.-) una “foja anestésica” firmada por la médica Mónica Salvatierra. Ambas Fojas se refieren a la intervención quirúrgica propiamente dicha. En la Foja Quirúrgica, sin número de folio, se informa que los cirujanos en la intervención sobre “Ortega, Julia”, son los doctores TOCONÁS y RACCA, ayudante GARNICA, y la anestesista la doctora SALVATIERRA; en dicha Foja no se establece la hora de comienzo, la duración total ni la hora de finalización de la intervención quirúrgica. Se relata allí que la técnica de anestesia es la Raquídea (Raquianestesia). Me permito aclarar a V.S., que esta técnica es usada para procedimientos cortos o simples y tiene su efecto anestésico desde la zona del ombligo hasta la punta de los dedos del pie. La

operación declarada es el “Reemplazo Total de Cadera Izquierda Híbrido”, lo que significa que la prótesis colocada en el cotilo no debe ser cementada y la parte implantada en el hueso fémur irá cementada. Al momento del fresado mecánico del cotilo del hueso coxal (Es la cavidad articular del hueso coxal, conocida como acetábulo, de forma cóncava, que recibe a la cabeza del hueso fémur del muslo), se relata que sucede el hecho del deterioro del “mango de fresa al motor” (sic) y se decide seguir con el fresado manual (Fresado: se refiere al desgaste óseo y posterior agujereado del acetábulo, o cotilo para permitir la adaptación de la placa receptora de la cabeza del fémur protésico). Téngase en cuenta que el aparato que se estropeó es un elemento rotatorio perforante, capaz de desarrollar 1400 revoluciones por minuto, cuyo momentáneo descontrol pudo haber causado una inadecuada cortada de los elementos anatómicos expuestos dentro de un campo operatorio habitualmente estrecho. Este conjeturado percance no consta en autos, pero es probable atento a que en el informe de la autopsia 1845/09 (folio 40) se lee: “Herida punzante apenas perceptible sobre espacio intervertebral lumbar”. Nuestra impresión es que el cirujano TOCONÁS tuvo un momentáneo descontrol del taladro quirúrgico que operaba, y ciertamente debió producir una lesión en los tejidos de la paciente Lucía Ortega. Al respecto, y respaldando nuestro juicio, en el prospecto del taladro para cirugía traumatológica “Trauma Recon System”, en su Indicaciones de Uso, se advierte: “Si el cabezal de fresado se bloquea de forma repentina este elevado momento de torsión se transfiere a la mano o la muñeca del cirujano, o al cuerpo del paciente”. Tampoco constan en la Foja Quirúrgica firmada por el doctor Marcelo TOCONÁS las razones por la se debió realizar una transfusión durante pleno acto operatorio de 400 c.c. de sangre. Más 2.000 c.c. de suero fisiológico con DOPAMINA. La transfusión fue realizada a las 17.00 horas (supuestamente a una hora del comienzo) según informa el doctor Cardozo en el apartado “Transfusiones Realizadas” asentada en una foja sin fecha y sin número de folio. La dopamina tiene variados usos terapéuticos. Sin embargo ante el hecho de administrarla en medio de una intervención quirúrgica, junto a una transfusión sanguínea, como sucedió durante la operación de la paciente Lucía Julia Ortega, es dable razonar que se ha utilizado a la DOPAMINA como droga inotrópica (estimulante de la contracción del músculo cardíaco) para incrementar el gasto cardíaco y elevar la presión sanguínea arterial en un paciente con síntomas y signos de shock hipovolémico a causa de una significativa pérdida de sangre. En la Foja Anestésica constan datos disímiles respecto a la Foja Quirúrgica. En la Foja Anestésica figuran como anestesistas

“Cardozo-Salvatierra”, en tanto que en la Quirúrgica solamente Salvatierra. Sin embargo el médico especialista Norcelo Daniel Cardozo no firma la Foja Anestésica. Por otra parte, se coincide en que la anestesia es por Bloqueo Raquídeo; aquí es donde se indica el horario de comienzo de la intervención a las 16.00 horas y la duración de tres horas y media, datos omitidos en la Foja Quirúrgica. El fin de la provisión y/o control de anestesia está marcado a las 18.30 horas. La pregunta es: ¿La duración de la intervención quirúrgica de la paciente Lucía Julia Ortega fue de dos horas y media o de tres horas y media? Este detalle no es menor, dado que parece estar inmerso en un cúmulo de diferencias, omisiones y errores en los procedimientos y documentaciones médicas exhibidas en autos. Otro dato a resaltar es el que figura en la Foja anestésica como calificación “2-3” de Riesgo ASA (clasificación de riesgo preoperatorio de la *American Society of Anesthesiologists*, que permite evaluar el mayor o menor riesgo anestésico en base al estado actual de salud de la paciente). Este dato difiere notoriamente de la calificación de aptitud cardiovascular y ASA 1 informada el 19/11/2009 por la especialista TEJERINA. El Riesgo ASA 1 indica “Estado de salud EXCELENTE; sin riesgos de muerte”. En tanto que el Riesgo ASA 3 señala “Estado de salud con enfermedad importante de un sistema o varios, pero bajo control; el riesgo de muerte no es de inmediato peligro”. En autos no se encuentran fundamentos clínicos para justificar esta ostensible variación en la evaluación del Riesgo ASA. 7) Si se puede determinar con precisión la hora en que se practicó la intervención, la hora en que la paciente salió de la sala de cirugía, si estuvo luego de ello en terapia intensiva, si existió un control y asistencia médica post operatoria, en su caso quién la prestó, en qué consistió y si fue correcta y ajustada a la ley de conformidad a la naturaleza del acto quirúrgico practicado y sus posibles complicaciones. Contesto: Que en la Foja Anestésica de la historia clínica de la paciente Lucía Julia Ortega, firmada solamente por la médica Mónica SALVATIERRA, en el folio 24 del Poder Judicial y sin numerar por el “*Sanatorio Sierras Chicas*” (existe el sello del Dr. Norcelo Daniel Cardozo pero no su firma), figura la hora 16.00 para el inicio de la intervención quirúrgica, y la finalización está marcada a las 18.30 horas; no obstante se señala incongruentemente en tres horas y media la duración de la cirugía. La médica SALVATIERRA dice en “OBSERVACIONES” de ese folio 24, que la paciente Lucía Julia Ortega ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) “Lúcida; orientada en tiempo y espacio; hemodinámicamente inestable; hipotensa; nauseosa; sudorosa; Tensión Arterial 80/40; Frecuencia Cardíaca 98 ppm; Saturación de oxígeno en sangre del 97%”. Estos son

signos y síntomas compatibles con la ETAPA I DEL SHOCK según David Ferguson en el “Tratado de Medicina Interna”, y también la opinión del especialista Richard Dutont en la Revista “*Anesthesiology*”, 2007. La médica SALVATIERRA no consigna la hora de ingreso de la recién operada a UTI. A fojas 21 del Poder Judicial se consigna el ingreso a la UTI de la paciente Lucía Julia Ortega. Este folio solamente es firmado por el médico especialista en Terapia Intensiva Alberto SAMPERISI y el médico Luis SOLÍS. Aquí no constan las firmas de SALVATIERRA ni de CARDOZO. Se relatan las características de la cirugía a la que describe con una duración aproximada de dos horas cuarenta minutos; y se refiere que a la hora y treinta minutos sucedió un episodio de HIPOTENSIÓN CON BUENA RESPUESTA a cristaloides, sangre e inotrópicos, DOPAMINA (que se usa en importantes colapsos de circulación sanguínea periférica) más etilnefrina (fármaco sintético estimulante que se usa en cuadros de hipotensión). Esta administración de sangre y fármacos vasoconstrictores con acciones semejantes a la adrenalina (hormona humana que se utiliza en muchas afecciones; entre otras se usa en el paro cardíaco, hemorragias y en cuadros de anafilaxia) sólo se puede explicar razonablemente si la paciente Lucía Julia Ortega hubiera sufrido un episodio intraoperatorio de hipotensión severa compatible con la Etapa I del Shock Hipovolémico. “El shock hipovolémico se presenta cuando se reduce brusca e intensamente la volemia como consecuencia de hemorragias, plasmaforesis (quemaduras) o deshidratación (diarreas, fistulas intestinales, vómitos)”; definen los profesores Héctor Caino y Ricardo Sánchez en su libro de Semiología Cardiovascular. (La volemia es el volumen total de sangre circulante de una persona, estimado entre cinco y seis litros en individuos robustos). En esta foja 21, se admite que la Paciente Ortega ingresa a UTI con signos de mala perfusión periférica, palidez de mucosas con sequedad, pulso taquicárdico, ligera taquicardia, ligera taquipnea; la concurrencia de todos estos signos es compatible con un cuadro de Shock en desarrollo, o en Etapa Uno. Se debe recordar que si la Situación de Shock (En Etapa Uno) se prolonga en el tiempo, se produce un fallo metabólico celular, seguido de alteraciones y necrosis de los tejidos orgánicos por acumulación de ácido láctico en los mismos, todo esto origina el fallo multiorgánico irreversible y la muerte de la persona. Contestes con este razonamiento clínico, y despejando toda duda diagnóstica, advirtiendo correctamente que enfrentaban a un cuadro inicial de falla multiorgánica, se le aplica a la paciente Lucía Ortega el tratamiento inicial indicado para una persona en emergencia por Shock; esto es se administran estimulantes inotrópicos junto a 4000c.c. de cristaloides, es decir solución

salina isotónica denominada “solución fisiológica” (Son cuatro litros de “suero normal”). (Una muy alta cantidad: recordemos que la cantidad total de sangre circulante de la señora Lucía Ortega se calcula entre 4,000 c.c. y 5000 c.c. de sangre), (Volemia de cuatro a cinco litros). Pero, incomprensiblemente, se omitió administrar los imprescindibles hemoderivados que el caso exigía, como los glóbulos rojos o la sangre total. “En la aparición y evolución del shock hemorrágico la edad reviste suma importancia ya que en los ancianos una hemorragia inferior al 20% (en el caso de Lucía Ortega es algo menos de un litro de sangre) puede desencadenar un estado de shock así como también la posibilidad de graves complicaciones que acentúan el cuadro primitivo” (Federico Christmann, “Cirugía”, 3ª Reimpresión, capítulo 9, “Shock”, páginas 105-125). “El shock quirúrgico se debe a la combinación de la hemorragia externa, del sangrado de los tejidos lesionados y de la deshidratación. En los casos de shock hemorrágico, la causa principal es la pérdida de sangre y el tratamiento debe incluir la pronta y rápida transfusión de cantidades adecuadas de sangre total compatible. La solución salina es de valor temporal limitado. La meta inmediata es de restituir un volumen adecuado de sangre circulante y solamente el de la solución salina administrada queda en el sistema vascular” (profesor William Ganong, “Fisiología médica”, Log edición, capítulo 33, “homeostasis cardiovascular en la salud y en la enfermedad”, páginas 532-536), “cuando la colección de sangre se hace directamente en la cavidad peritoneal; generalmente es muy difícil de compensar a los pacientes por lo cual las medidas diagnósticas son: ecografía abdominal que informa líquido intra-abdominal, y con ello se decide 1.4 laparotomía exploradora, la cual permitirá el diagnóstico” “realizar el lavado peritoneal diagnóstico (lpd)” (Stork, G., Pezzutti, G., Recio, S., “Medicina”, Bs. As., volumen 61, n° 3, páginas 267-270), es decir, la conducta precisa inmediata en estos casos es volver a intervenir quirúrgicamente a la paciente en emergencia de manera rápida y eficiente, deberá intentar detener *in situ* la pérdida de sangre y lograr la necesaria hemostasia para evitar la muerte del individuo. Es un axioma médico que las claves del éxito en el manejo de la emergencia como es el shock hemorrágico se basan en: 1.-) rápido reconocimiento del estado de urgencia. 2.-) veloz corrección de las consecuencias hemodinámicas. 3.-) expeditivo descubrimiento de la causa que la provoca. Queda evidente para el suscripto y de acuerdo a la documentación existente en autos que en la UTI del “Sanatorio Sierras Chicas”, los médicos Alberto Samperisi y Luis Solís no demostraron haber procedido de conformidad a la *lex artis* médica en el tratamiento de esta hemorragia grave,

acompañada por signos y síntomas que sugerían el advenimiento del shock hipovolémico irreversible. Nuestra opinión es que la hemorragia seguramente se originó durante la intervención quirúrgica realizada por los médicos Toconás, Racca y Garnica sobre la paciente Lucía Julia Ortega. Este sangrado inadecuado no se logró cohibir totalmente. Luego se ingresó a la enferma en la UTI con síntomas indicadores de colapso circulatorio en curso (lo que es definido como “pródromos del shock”). Las constancias en autos muestran que no se atendió a la causa de la hemorragia de Lucía Julia Ortega de la manera más eficiente. Los indicios señalaban razonablemente que la hemorragia era producto de un vaso sanguíneo abierto, lesionado durante la artroplastia de cadera, oculto a la inspección pero que provocaba la pérdida de sangre peligrosa para la vida de la paciente Ortega. Aquella omisión de realizar la eficaz hemostasia quirúrgica intraoperatoria, es decir el no realizar todos los procedimientos técnicos que el cirujano normalmente debe emplear para controlar la hemorragia que se produce durante el acto quirúrgico es el motivo inicial del resultado fatal para la paciente Lucía Julia Ortega. El cuadro clínico, de por sí grave, fue empeorado por la inexplicada actitud de los médicos de la Terapia Intensiva (UTI) de no administrar sangre total para proporcionar los imprescindibles factores de coagulación, para mejorar la hemostasia, y/o la transfusión de glóbulos rojos para facilitar el transporte del vital oxígeno a los tejidos hipóxicos de la paciente. En autos no consta que los cirujanos permanecieran atentos y prestos a solucionar las contingencias graves, las que va eran presumibles de suceder al ingreso mismo a terapia intensiva y que, ciertamente, podían poner en peligro la vida de la enferma recién operada. El conjunto de cirujanos intervinientes, de modo inexorable, debieron advertir los significativos síntomas de deterioro con los que Lucía Julia Ortega ingresó a la UTI del “*Sanatorio sierras chicas*”; los que eran evidentes. Es de nuestro íntimo convencimiento que ante la meridiana claridad del síndrome hemorrágico, la posibilidad de una pérdida de sangre de origen intraoperatoria, y sus consecuencias desgraciadas, debió ser contemplada por el cirujano Toconás y/o sus médicos ayudantes. Luego, indudablemente, debieron tomar las prevenciones de una factible re-intervención quirúrgica en pos de conseguir la hemostasia definitiva imprescindible para proteger la vida de Lucía Julia Ortega. Téngase presente que en folio 43, los médicos forenses doctores David Dib y Orencio Fontaine, en “Conclusiones” textualmente comunican: “Signos de hemorragia abdominopelviana aguda en paciente sometida a cirugía de reemplazo de cadera; signos de enfermedad cardíaca y renal crónica”. Por tanto, puede concluirse que el médico que actuó durante

la artroplastia de cadera tuvo oportunidad suficiente de percibir que había una pérdida irresuelta de sangre dado que en la autopsia, de la que en vida se llamara Lucía Julia Ortega, se extrajeron del peritoneo el formidable volumen de 750 c.c. de sangre libre. (Peritoneo es la membrana que recubre la mayor parte de los órganos abdominales; posee dos capas, separadas entre sí por un espacio, la cavidad peritoneal; capaz de formar una suerte de bolsa apta para coleccionar un importante volumen de líquido). En folio 54 el Perito Médico Oficial Dr. Oscar DÍAZ MOYANO afirma en su “CONCLUSIÓN”: “A nuestro juicio la paciente sufre intraoperatoriamente un cuadro de hipovolemia [...] Es trasladada a UTI e ingresa a esa área hipovolémica donde no se realiza la reposición de glóbulos rojos [...] La paciente fallece por shock hipovolémico posterior a una operación de reemplazo total de cadera izquierda”. Esta descripción confirma todo lo hasta aquí expuesto por el suscripto acerca de que los cirujanos no aseguraron, en forma total y absoluta, la falta de sangrado al término de la intervención quirúrgica. Asimismo, se instala la impresión de que los cirujanos no fueron capaces de haber advertido los síntomas y signos compatibles con un colapso circulatorio de la recién operada al ingresar a Terapia Intensiva. Esta omisión, que demuestra una incorrecta inspección física de la paciente, pudiera explicar la actitud de la falta de vigilancia y atención post operatoria de los cirujanos TOCONÁS, RACCA Y GARNICA ante la necesidad fáctica de realizar una reintervención quirúrgica de urgencia. Además, es posible advertir la falta de atención razonable de los médicos SAMPERISI y SOLÍS al no haber efectuado la transfusión de sangre total y/o de concentrados de glóbulos rojos para tratar el shock hemorrágico de Lucía Julia Ortega. Al respecto cabe reproducir lo siguiente: “En pacientes en shock hemorrágico puede estar indicada la terapia transfusional desde la fase inicial del cuadro y se debe evaluar además la transfusión de plasma fresco congelado, concentrado de plaquetas y crioprecipitados para el control de la hemostasia”. Este consejo médico corresponde a las “Guías Nacionales para el uso apropiado de la sangre y sus componentes. Recomendaciones para la transfusión de concentrados de glóbulos rojos (CGR). Asociación Argentina de Hemoterapia e Inmunohematología”, Año 2007. Asimismo, la *Revista Panamericana de Salud Pública*, volumen 13, números 2/3, año 2013, publica los criterios de la "Guía para la transfusión de sangre y sus componentes", del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela y recomienda: “El juicio clínico es primordial en la decisión de transfundir. El motivo de la transfusión debe estar debidamente consignado en la historia clínica del paciente”. Como queda evidente en

autos, el motivo de la transfusión intraoperatoria no se consignó en la “Foja Quirúrgica” firmada por el médico Toconas; tampoco se declararon dichos motivos en la hoja de Terapia Intensiva. En la *Revista Panamericana*, respecto a la transfusión de sangre total se agrega, “Su indicación fundamental, para muchos la única es el tratamiento con hemorragia activa que presenten una pérdida sostenida de más de 25% de su volumen sanguíneo total”. Esta recomendación de singularidad terapéutica cobra sentido “porque en situaciones de hemorragia aguda grave (como en el caso de la paciente Lucía Julia Ortega), siempre es preferible el uso de concentrados de glóbulos rojos en combinación con soluciones salinas para restituir el volumen intravascular”, manifiestan las “Normas Transfusionales Hospital Santa Cruz”, que establece la vigencia hasta julio del 2014. Se concluye que el control y asistencia médica post operatoria a la paciente Lucía Julia Ortega brindada por el cirujano TOCONÁS y posteriormente en la Terapia Intensiva por los médicos firmantes de la hoja de la UTI, los doctores SAMPERISI y SOLÍS, no es considerada correcta y ajustada a la *lex artis* sostenida por numerosos protocolos quirúrgicos y guías transfusionales vigentes en la República Argentina en la fecha del reemplazo total de cadera. 8) Si existe constancia de la hora de fallecimiento. Contesto: Que Sí. En folio 21 el médico ALBERTO SAMPERISI, especialista en Medicina Interna y el médico Luis Solís, afirman que el óbito de Lucía Julia Ortega sucedió a las 22.30 horas. Naturalmente, los firmantes se refieren al día 28 de diciembre de 2009. 9) Si la hemorragia es una complicación frecuente o posible de producción de conformidad al tipo de intervención quirúrgica practicado a la paciente, tanto durante la intervención como en el postoperatorio inmediato. Contesto que NO. Es inherente a toda cirugía traumatológica la pérdida de sangre. La hemorragia perioperatoria se resume habitualmente entre 750c.c. 1.200c.c. durante las primeras veinticuatro (24) horas. Las variaciones de la hemorragia perioperatoria dependen fundamentalmente de la duración de la intervención quirúrgica y de la técnica operatoria utilizada. Naturalmente, estos dos factores citados dependen a su vez de la experiencia y pericia del cirujano actuante. Es sabido que la pérdida de hasta un 15% de una volemia estimada en alrededor de 4000 c.c., como en el caso de la paciente Lucía Julia Ortega (es decir que son 600 c.c.; quizás un poco más), es considerada una hemorragia mediana, en donde el enfermo queda con una anemia que, si la pérdida de sangre es lenta, eventualmente puede prescindir de la transfusión dado que el organismo del paciente rápidamente compensa con el traslado de líquidos de los tejidos a la corriente sanguínea. Es un modo de autotransfusión fisiológica, o mecanismo de nivelación homeostático, que logra superar

satisfactoriamente la pérdida. Nuestro dictamen afirma que la hemorragia perioperatoria, la que se produce durante la cirugía en el post operatorio inmediato, no es una complicación frecuente de las cirugías de reemplazo total de cadera. Máxime cuando se toman las revisiones razonables de tener un banco de sangre, con suficiente sangre almacenada, organizado en base a donaciones preoperatorias de sangre heteróloga compatible o de sangre autóloga estableciendo un las de extracciones a la propia paciente durante las semanas previas a la intervención quirúrgica. Respaldamos nuestra inflexible convicción en muy diversos trabajos de investigación que oportunamente se ocuparon del tema de las complicaciones de la cirugía de reemplazo de cadera. Por ejemplo, en la “*Revista Española de Cirugía Osteoarticular*”, volumen 40-N° 221, enero-marzo, año 2005, páginas 13-17, los autores V. Álvarez García y otros, expresan “Las lesiones vasculares como consecuencia de la cirugía de artroplastia total de cadera iatrogénicas son raras. La prevalencia estimada es de 0,25%” [sic]. Por su parte, estos autores se basan en la “*Revista de Clínica Ortopédica*”, año 1979, volumen 141, páginas 122-133, en donde B. Nachbur y otros, expresan conceptos muy coincidentes en cuanto al bajo riesgo de producción de hemorragias peligrosas en la cirugía de reemplazo de cadera. Corresponde destacar que existen reportes científicos asegurando que la anestesia regional, como la raquianestesia hecha a Lucía Julia Ortega, reduce la pérdida de sangre entre un 30% a un 50% de la cantidad establecida como habitual durante la cirugía de cadera. Asimismo, K. Rajesparan y otros, en 2009, informaron en el “*Journal Bone Joint Surgery*”, volumen 91, número 6, páginas 776-783, sobre la restricción sustancial del sangrado intra-operatorio durante la cirugía de cadera; ellos usaron el ácido tranexámico endovenoso, conocido como anticoagulante, y obtuvieron una notable disminución de los requerimientos de transfusión de hemoderivados. No compartimos la opinión de los peritos médicos oficiales expresada en folio 86 vuelta, en donde escriben: “La hemorragia es una complicación frecuente de la cirugía traumatológica y ortopédica dado que se trabaja con un tejido (hueso) que no puede producir vaso-constricción para evitar el sangrado”. No se puede asegurar que la hemorragia es una complicación frecuente; sería admitir que cada intervención traumatológica desemboca en una situación de emergencia. No se puede sostener esta aseveración desde el sentido común. Lo correcto es afirmar que la hemorragia es solamente un factor de riesgo quirúrgico. Una situación potencial. La fisiología médica enseña que los vasos sanguíneos realizan por sí mismos la vasoconstricción, que es la reducción de la luz del vaso sanguíneo, en base a los nervios motores que estimulan sus

paredes que son fibro-elásticas. La “*Anatomía*” de Gray, 36ª edición española del año 1985, página 691, enseña que: “La mayoría de los vasos sanguíneos no tienen una inervación vasodilatadora, y en ellos una reducción del tono simpático vasoconstrictor conduce a una vasodilatación neurogénica”. Precisamente, en las situaciones de estrés como una cirugía o la misma hemorragia, el organismo es energicamente estimulado para el aumento de la sustancia vasoconstrictora adrenalina en la circulación sanguínea. Justamente, esta reducción de la luz de los vasos sangrantes, merced a la potente acción constrictiva estimulada por la adrenalina, es considerada fisiológicamente como integrante necesaria de la Primera Etapa Vascular-Plaquetaria de la Hemostasia. El tejido óseo no interviene en la producción de la vasoconstricción de los vasos sanguíneos. Tampoco necesita intervenir. La situación de urgencia quirúrgica que implica afrontar una “complicación”, depende de múltiples factores; por ejemplo, la previa condición física disminuida del paciente, un accidente con el instrumental (como le sucedió al cirujano Toconas), una reacción alérgica, un cuadro brusco de hipotensión arterial intraoperatoria, la duración exagerada de la cirugía y otros. En estos casos la situación deja de ser potencial, como se define al riesgo, para convertirse en peligro real. 10) Si se adoptó alguna medida de prevención para evitar pérdida de sangre y asimismo si se adoptó alguna medida con posterioridad a que la hemorragia se produjese para evitar las consecuencias ulteriores de la misma y todo otro dato que pueda resultar de utilidad para esclarecer el hecho. Para la causa de muerte de Lucía Julia Ortega debe considerarse que la enferma presentaba en la UTI una cifra de hemoglobina de 8.8gr/dL (NORMAL: 12gr/dL a 14gr/dL) y una pérdida de sangre estimada en más del tercio de su volemia, datos significativos de una Anemia Aguda Hemorrágica. La hemorragia de la paciente se produjo durante la operación de reemplazo de cadera, el flujo se mantuvo activo a su ingreso a la UTI, y continuó la pérdida de sangre sin que nada lograra detenerla, hasta el momento mismo de la muerte de Lucía Julia Ortega. Este cuadro de Anemia Aguda Hemorrágica con facilidad, puede llevar al estado de shock grave a una persona mayor de 65 años. Por consiguiente, al no haberse corregido eficientemente el descenso peligroso del volumen sanguíneo, el desenlace fatal para la paciente Lucía Julia Ortega fue producido por un Shock Hemorrágico Irreversible. A los efectos de responder a la solicitud de V.S. de aportar todo dato de utilidad para esclarecer el hecho, proporciono una apretada síntesis a manera de las conclusiones de suscripto. COROLARIO: El equipo quirúrgico es un grupo médico de trabajo de constitución vertical; con un jefe tradicional que es el

cirujano principal, generalmente el profesional más experimentado, y además, los ayudantes y colaboradores quienes cumplen un rol trazado por el cirujano principal, que en la cirugía de reemplazo total de cadera a Lucía Julia Ortega fue el doctor Marcelo Toconás. a) En folio 40 de autos, perteneciente a la autopsia 1845/09, en el apartado “C” “EXAMEN EXTERNO”, se informa “Herida punzante apenas perceptible sobre el espacio intervertebral lumbar”. En la Foja quirúrgica no se describe esta lesión; sin embargo se debe recordar el infortunio de la rotura del aparato rotatorio durante el fresado quirúrgico, reconocido por el cirujano TOCONÁS, hecho lamentable que tiene una entidad suficiente como para producir lesiones de variada gravedad e importancia. A causa de este desperfecto del aparato perforador rotatorio (semejante a un taladro eléctrico con brocas) al menos en grado de posibilidad razonable, es posible inferir la producción de un . golpe riguroso o un corte sobre las sensibles estructuras del campo operatorio; causas suficientes para producir severos hematomas. b) También en dicho folio 40, en el apartado “D” TÓRAX Y ABDOMEN, se menciona “Hematoma retroperitoneal en región pelviana izquierda”, (el reemplazo total de cadera se hizo sobre la cadera izquierda), a lo que el ya citado, ut supra, Profesor Federico Christmann en su libro “Cirugía”, página 188, dice “COMPLICACIONES POSOPERATORIAS. Hematoma* Provocados con muy pocas excepciones por una deficiente hemostasia durante la intervención quirúrgica, ocasionan dolor (recuérdese el dolor intenso en zona lumbar referido por la paciente Ortega, según consta en la foja de UTI), predisponen a infecciones, retardan la cicatrización y son capaces de dehiscencia (Aperturas). Conviene evacuarlas quirúrgicamente”. Me permito explicar a V.S. que el hematoma es la colección de sangre que ya salió de los vasos los que pueden ser arterias, venas o capilares. En tanto, la hemorragia es el movimiento activo del escape de sangre de esos vasos mencionados. Se entiende que el . hematoma quirúrgico es el signo indudable de la salida de sangre ocasionada por el daño de algún vaso sanguíneo y no debidamente controlada. Téngase presente que la sangre que se infiltra en los tejidos es muy irritante y produce claros signos de inflamación como aumento del tamaño de la zona afectada, enrojecimiento y principalmente el dolor. c) Asimismo, en el antedicho apartado “D”, los forenses comunican: “Hemoperitoneo. Se . extraen 750 c.c. de sangre libre en cavidad”. La sola lectura de lo mencionado exime de abundar en explicaciones o juicios al respecto. d) En el folio 44 de autos, el Profesor Doctor Luis Spitale, perito médico patólogo del Instituto de Medicina Forense, informa: “Block de hemiabdomen inferior: [...] Se destaca la presencia de infiltración hemática de los tejidos en una amplia

extensión con material sanguinolento al corte. La hemorragia se extiende al parametrio”. (El parametrio es el conjunto de tejidos y estructuras que rodean al útero, como la arteria uterina, vasos linfáticos y tejido adiposo). Este informe concuerda in toto con lo informado por los doctores David Dib y Orencio Fontaine, responsables de la autopsia de la fallecida Lucía Ortega, acerca de los 750 c.c. de sangre acumulados en el peritoneo de la mujer. e) En el folio 45 de autos, el mismo doctor Spitale informa que en el “Block de hemipelvis inferior: Los preparados histológicos muestran tejidos blandos (tejido muscular y adiposo) con extensas áreas de infiltración hemática. Los cortes de colon presentan mucosa con intensa hemorragia que también compromete la submucosa”. El perito patólogo Doctor Spitale, en el folio 45 in fine, notifica la existencia de “Los tejidos blandos pelvianos y colon con infiltración hemática extensa”. La existencia de lesiones hemorrágicas en el intestino grueso, el colon, sin lesiones punzantes o cortantes evidentes según la autopsia 1845/09, obliga a pensar en que la causa de esa extensa y notoria hemorragia descripta por el Doctor Spitale, haya tenido una causa traumática intraoperatoria de intensidad asaz suficiente. Esta situación grave no se advierte descripta en la Foja Quirúrgica por el cirujano TOCONÁS; sin embargo, la hemorragia infiltrante está constatada por los distintos médicos forenses oficiales. f) Queda meridianamente claro que durante la intervención quirúrgica de Lucía Julia Ortega se produjo una hemorragia de importancia con las siguientes consecuencias: I) Obligó a la administración de sangre, suero salino y medicamentos hipertensores durante el acto operatorio, notándose que el cirujano Toconás no dio las razones para esa transfusión. II) Por circunstancias no descriptas en la Foja Quirúrgica por el cirujano TOCONÁS, existió una hemorragia quirúrgica que no obtuvo una eficaz hemostasia y que persistió después de la transfusión intraoperatoria. Las causas razonables de la hemorragia de la paciente, las establezco en una lesión inadvertida de un vaso sanguíneo y/o el defecto inflexible de una ligadura que no cohibió el flujo de la pérdida de sangre. III) La paciente Ortega fue ingresada a Terapia Intensiva con “signos de mala perfusión periférica” [SIC] según se describe en el folio sin numerar de “Ingreso a UTI”. A nuestro juicio, respaldado por copiosa literatura médica, los síntomas y signos descriptos por los doctores SAMPERISI Y SOLÍS, son clara evidencia de que la paciente Ortega ingresó a la UTI en el Estado 1 de Shock Hipovolémico, el que convenientemente tratado es reversible, lográndose la restitución ad integrum de la persona afectada. IV) Ante el agravamiento de los signos vitales de Lucía Ortega, los médicos de la UTI no acertaron con la causa productora del colapso circulatorio cuando

lo más elemental de conjeturar era la posibilidad de la etiología hemorrágica intraoperatoria. Era el momento de realizar la ecografía necesaria para diagnosticar la colección sanguínea en abdomen intentar ubicar (“marcar”) con precisión la zona afectada, requerir con urgencia la reintervención quirúrgica en busca del vaso sangrante. Mientras tanto, a la espera del imprescindible ingreso al quirófano, la terapia óptima era transfundir glóbulos rojos y/o sangre total, según aconsejan los múltiples protocolos del universo médico. Ninguna de estas acciones médicas imperativas se evidencia en autos.

g) Es admitido que durante la cirugía de reemplazo total de cadera se producen hemorragias de cierta intensidad, situación inevitable en cualquier cirugía. Por lo tanto, se debe prever la administración de sangre para reponer las forzosas pérdidas. Resulta imprescindible preparar un banco de sangre. Para concretarlo, se debe reconocer el grupo y Rh de sangre de la paciente, se deben realizar las necesarias pruebas de sensibilidad cruzadas, y se procede a efectuar la reserva de sangre heteróloga y/o autóloga. (La sangre heteróloga es la obtenida, en forma segura, de personas que colaboran con el banco de sangre, respondiendo a los conocidos “pedidos solidarios de sangre”. La sangre autóloga es la obtenida del propio paciente semanas anteriores, mediante un plan de extracciones, y se almacena a la espera de la oportunidad de la transfusión. Toda la sangre prevista para ser transfundida debe ser analizada siguiendo estrictamente los protocolos específicos y alcanzando los estándares que aseguran la aptitud del suministro). Coincidimos con la opinión de los peritos médicos oficiales, doctores Borda Márquez y Crembil, en folio 85 vuelta, en donde expresan “no consta en autos por qué no se realizó la administración de otras transfusiones de glóbulos . rojos. (a veces el motivo por el cual no se administra glóbulos rojos es la falta de sangre en las instituciones que carecen de bancos de sangre o de servicios de hemoterapia)” [SIC]. A juicio nuestro, resulta absolutamente inadmisibles, por constituir un obrar temerario, incomprensible e injustificable, el realizar una intervención quirúrgica programada, de la complejidad que fuese, sin contar con las suficientes reservas de los elementos de transfusión sanguínea de sangre total, glóbulos rojos y plaquetas. CONCLUSIONES. Por consiguiente, según la documentación obrante en autos, la conclusión del suscripto es: Que el obrar médico de los responsables de la UTI, los firmantes SAMPERISI y SOLÍS, no respondió a las guías de la *lex artis* y no fue el adecuado para atender al grave estado de la paciente Lucía Julia Ortega. El cirujano Marcelo TOCONÁS sufrió un desperfecto de su taladro quirúrgico capaz de producir lesiones en el cuerpo de la paciente Lucía Julia Ortega. Que la hemorragia intraoperatoria sufrida por la paciente

Ortega fue de tal magnitud e importancia que obligó a una transfusión durante el transcurso de la propia cirugía, de cuatro unidades de solución fisiológica (2.000 c.c.), una unidad de sangre (alrededor de 500 c.c.) y 100 c.c. de Dopamina, haciendo un total de 2.600 c.c. de líquidos sobre una paciente con una volemia considerada de 4000 c.c. (Equivale a una reposición de líquidos superior al 50% del volumen total de sangre de la paciente). Esto constituye una situación clínica severa. La hemorragia sufrida durante la intervención quirúrgica sobre la paciente Ortega no fue adecuadamente detenida por los cirujanos. La paciente ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva con reconocidos síntomas y signos de colapso circulatorio compatible con el Estado I de Shock, el que de haber sido tratado correctamente, hubiera permitido la posibilidad de una recuperación favorable de la paciente y el arribo a un final satisfactorio. El cirujano Toconás no detectó oportunamente la causa del sangrado abdominal permanente. Siendo que los signos y síntomas de colapso circulatorio de la paciente eran incuestionables al retirarla de la sala de operaciones, y que la hemorragia es la circunstancia más probable en este tipo de artroplastias, incuestionablemente, debió sospechar la existencia de una pérdida grave de sangre. A pesar del episodio de hipotensión severa intraoperatoria de la paciente Lucía Ortega, que obligó a una notoria reposición de líquidos por pérdida de sangre, el equipo quirúrgico interviniente, dirigido por el cirujano TOCONÁS, no efectuó el seguimiento médico al que estaba obligado dadas las delicadas circunstancias. No se ha comprobado que hubiera realizado una diligente evaluación clínica del estado de la paciente. Las evidencias indican que optaron por retirarse de la escena en el post operatorio inmediato. Aparentemente se desentendieron de la recién operada que ya exteriorizaba signos de agravamiento por un colapso circulatorio. En nuestra opinión, frente a la rapidez con que progresaban los signos de shock hipovolémico de la paciente alojada en la UTI, se imponía una re-intervención quirúrgica por parte de los cirujanos que la habían operado. La pérdida de sangre se llevaba consigo la vida de la paciente Lucía Julia Ortega, mientras tanto los terapeutas sólo atinaban a reponerle agua y sales. La única posibilidad razonable de curación era entrar al quirófano inmediatamente para reoperar, ubicar el vaso sangrante y detener la pérdida de sangre. La historia clínica presente en autos es confusa; no guarda un orden básico; tampoco hay la numeración correlativa que muestre un accionar cronológico y coordinado de los actos médicos. No quedan constancias de que ningún médico le hubiera suministrado la debida información sanitaria, conforme a derecho, a la paciente Lucía Julia Ortega. No existen testimonios de que el cirujano TOCONÁS hubiera cumplido con la obligación legal de

solicitar el consentimiento informado de la paciente Lucía Julia Ortega. No existe un escrito donde se reflejará el asentimiento de ella, mediante su firma, para la artroplastia total de cadera. Con todo lo aquí expuesto se da por concluida la tarea pericial encomendada solicitando a V.S. su agregado a los autos respectivo.

g. Pericia N°: 82/19. De fecha 20 de septiembre de 2019. (fs. 196): **a)** Analizando el contenido y las conclusiones que informa la autopsia realizada en autos ¿se pudo determinar el origen del sangrado? Según protocolo de Autopsia no se pudo determinar el origen del Sangrado. **b)** ¿se puede determinar con certeza que durante la cirugía el médico interviniente haya podido realizar con el fresado una herida punzante en columna? Ciertamente No, es casi imposible que durante la maniobra de fresado del cotilo se pueda realizar una herida punzante en la columna, primero por la posición anatómica de ambos elementos y luego porque no se utiliza un elemento punzante. **c)** ¿Qué ubicación presentan en el cuerpo humano la columna y el cotilo de la cadera? La columna representa el eje axial del cuerpo ubicándose en región central posterior del cuerpo. El cotilo de la cadera representaría un punto anterior y externo (izquierdo y derecho) del cuerpo situado en cintura pelviana por dentro y encima del trocánter mayor del fémur. **d)** Considerando la distancia que puede existir entre la columna y el cotilo de la cadera ¿es posible suponer razonablemente que desde la columna se haya podido originar un hematoma retroperitoneal en región pelviana izquierda? La distancia entre el cotilo y la columna vertebral es de unos 8 a 12 cm. Es bastante improbable que desde la columna se produzca accidentalmente un hematoma retroperitoneal en región pelviana izquierda. NO es razonable suponer dicha situación. **e)** Considerando que según consta en la autopsia se realizó una radiografía comprobándose una prótesis correctamente instrumentada con la orientación y las relaciones anatómicas normales para este tipo de cirugía, dicho extremo ¿podría descartar una posible lesión como consecuencia de la colocación de los tornillos de fijación? El hecho de que la prótesis esté correctamente puesta debería descartar una lesión vascular de importancia en la normalidad anatómica. **f)** Cuando ingresa la paciente a UTI al examen físico de abdomen ¿se palpa defensa y/o contractura abdominal? En foja de ingreso a UTI consta “abdomen, blando, globuloso, depresible; sin defensa ni contractura, RHA (+). **g)** Si se considerara que se trata de una paciente en UTI inestable hemodinámicamente, y que ello imposibilitaba realizar ecografía y/o TAC de abdomen con la finalidad de llegar a un diagnóstico y menos aún someterse a una anestesia general; indicar si, en ese caso, estaba indicada con rigor científico practicar una reintervención quirúrgica. Si la

paciente se encuentra hemodinámicamente inestable tanto así que imposibilitaba una ecografía y/o TAC de abdomen, claramente NO estaba indicada una cirugía sobre todo porque NO se tenía un diagnóstico fehaciente. **h)** En el supuesto caso de haberse practicado una reintervención quirúrgica, ¿se podría haber localizado el vaso arterial que sangraba considerando que en la autopsia NO se encontró NINGUNA LESION ARTERIAL como causa eficiente del sangrado? Es un supuesto casi imposible de contestar. Por otro lado localizar un vaso sangrante en Pelvis es una cirugía muy compleja de realizar sobre todo cuando ya hay sangre libre en la zona, y un paciente con pocas chances de soportar esa intervención quirúrgica. **i)** De haberse realizado dicha reintervención quirúrgica ¿hubiere evitado el desenlace final que tuvo la paciente? No hay elementos para poder contestar semejante suposición.

H) Dictamen del perito de parte Dr. Zanetta (fs. 198/206) del que surge que los puntos admitidos a dilucidar son los que llevan los números 7, 8, 9, 10, 13, 14, 17, 18 y 19.

Punto 7- Pregunta: *“Analizando el contenido y las conclusiones que informa la autopsia realizada en autos ¿se pudo determinar el origen del sangrado?”* **Contesto que Sí.** Es evidente aquí que la expresión “origen del sangrado”, se refiere a la existencia del síntoma hemorragia en tanto desfavorable pérdida de sangre. Es decir, se alude a un derrame sanguíneo irregular y no contenido, con una pérdida mayor del 20% de la volemia normal del paciente operado. En el caso de la señora Lucia Ortega de Galván, es cierto que la génesis del anormal flujo de sangre ha sido producto de la acción del cirujano durante su intervención quirúrgica. Luce como evidente que, instalada la perturbadora hemorragia operatoria, no se consiguió una eficaz hemostasia inmediata. Esta situación grave, no corregida, posteriormente derivó en un aciago resultado para la señora Lucía Ortega. (Nos permitimos detallar que “Hemostasia” es la detención de la hemorragia). Por tanto, en la determinación del origen del sangrado, objeto de la pregunta, es propio recordar lo expresado por los distintos peritos oficiales en las puntuales circunstancias de sus respectivos informes Periciales: 1-) Los Doctores David Dib y Orencio Fontaine, autores de la autopsia sobre Lucía Ortega, bajo el título “Conclusiones”, folio 43 del expediente, textualmente comunican “Signos de hemorragia abdominopelviana aguda en paciente sometida a cirugía de reemplazo de cadera” 2-) El perito médico oficial, Oscar Díaz Moyano, en el enunciado “Conclusión”, folio 54, afirma que “A nuestro juicio la paciente sufre intraoperatoriamente un cuadro de hipovolemia [...] La paciente fallece por shock hipovolémico posterior a una operación de reemplazo total de cadera izquierda” (“Hipovolemia”: disminución de la cantidad total de sangre existente dentro del aparato circulatorio cardiovascular). 3-) En tanto, los médicos forenses Carlos Borda Márquez y Julio Ernesto Crembil, en el Informe Pericial a su cargo, aseguran en el apartado “Conclusión”, folio 84,

vuelta; “la causa eficiente de la muerte ha sido el Shock Hipovolémico, el mismo ha ocurrido a partir de una hemorragia originada en la pelvis izquierda.” [sic]. Conforme a lo expuesto en autos por todos los médicos forenses citados, es dable apreciar la coincidencia cabal acerca de que el “origen del sangrado” fatal para la señora Lucía Ortega, es la hemorragia producida durante el transcurso de la intervención de reemplazo total de cadera izquierda. Por tanto, se puede determinar que dicha hemorragia, producto de actos quirúrgicos intempestivos, “es el origen del sangrado” que se pregunta en el punto 7. Esa pérdida del fluido vital originó un sangrado crítico, exanguinante, que en ningún momento logró ser detenido con eficacia; ni durante los actos intraoperatorios, como así tampoco en el lapso de los cuidados postoperatorios. **Punto 8** - Pregunta: “¿Se puede determinar con certeza que durante la cirugía el médico interviniente haya podido realizar con el fresado una herida punzante en columna?”. Contesto. Entendemos que no es conveniente emplear el significado taxativo de “certeza” en lo referido a los actos médicos, en especial en lo atinente a las decisiones diagnósticas. En efecto, el vocablo “Certeza” es definido por el Diccionario de la Lengua Española, 23ª edición, con las siguientes acepciones 1- Conocimiento seguro y claro de algo. 2- Firme adhesión de la mente a algo conocible, sin temor de errar. Va de suyo que estas dos definiciones académicas de nuestro idioma español, hacen referencia a situaciones difíciles de encuadrarlas, en términos absolutos, dentro del complejo ámbito de las ciencias de la salud. *A contrario sensu* de lo preguntado, es posible comprobar la existencia de una nutrida referencia bibliográfica universal acerca de la “incertidumbre médica” y el “arte médico del diagnóstico basado en conjeturas razonables”. Al respecto, nos permitimos citar al médico y docente español Ojeda Burgos, quien ha escrito lo siguiente: “William Osler (1849-1919, verdadero icono de la Medicina Moderna), a principio del siglo XX, decía a sus estudiantes de medicina que **“la medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”**. A pesar del tiempo transcurrido y los grandes avances que la ciencia médica ha experimentado en este período, aún consigue que los médicos clínicos nos identifiquemos con ella.” “La incertidumbre es una constante inherente a la toma de decisiones en medicina con la que el médico acostumbra a convivir y que hay que aprender a gestionar.” “Podríamos definir la incertidumbre como aquella situación que se deriva de nuestra falta de certeza”. (Ojeda Burgos, Guillermo. “Algunas aclaraciones sobre la incertidumbre en Medicina”; Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga; España; 2018). Por su parte, Diego Gracia Guillén, distinguido médico y catedrático español, ha escrito que “El médico lleva a cabo con mucha frecuencia juicios sobre el carácter sano o enfermo de un órgano, una persona o una colectividad; son los llamados “juicios clínicos” o “juicios diagnósticos”. Su valor de Verdad es por lo general bastante problemático, y todo médico experimentado sabe bien la dificultad con que en ese campo puede

hablarse de certeza. Como todos los demás juicios científicos, los juicios médicos tienen un carácter por lo general sólo hipotético y probabilístico. El progreso de la medicina, como el de la ciencia toda, consiste precisamente en elaborar hipótesis y teorías cada vez más consistentes, que permitan construir juicios diagnósticos y tomar decisiones operativas más ajustadas a la realidad". "Nadie espera menos de la ciencia, tampoco más". (Gracia Guillén, Diego; "Fundamentos de Bioética", Edición 3ª; Editorial Triacastela, Madrid. España; 2008) Por último, Mario Bunge, célebre físico y filósofo argentino, ha expresado que "El médico debiera saber la importancia de las hipótesis y de las pruebas experimentales, así como de los razonamientos válidos. [...] "En efecto, el médico, en particular el que hace medicina interna, se enfrenta con una caja negra...y tiene que hacer múltiples conjeturas. Finalmente, tiene que poner a prueba tales conjeturas, tanto con pruebas como con tratamientos. (El tratamiento médico, a diferencia de los tratamientos en otras disciplinas, tiene dos funciones: intentar curar y poner a prueba las hipótesis que lo motivan)", [sic] (Mario Augusto Bunge Müser; IntraMed; Buenos Aires, noviembre de 2010).

Glosado el concepto médico de certeza, respecto de la pregunta sobre la credibilidad de un fresado causante de la herida en la columna lumbar de la paciente Lucía de Galván, consideramos que, en tanto se valore *la posibilidad* - esto es, la aptitud, potencia u ocasión de haber existido - es dable aceptarla como la ocurrencia de un hecho cierto e inesperado. En cambio, si se especula como *probabilidad fáctica* representada en un acto quirúrgico accidental, advertimos que los informes estadísticos publicados dentro de la literatura médica, no lo sindicaron como un suceso presumible.

Punto 9 - Pregunta: "¿Qué ubicación presentan en el cuerpo humano la columna y el cotilo de la cadera?" **Contesto:** El armazón óseo completo del ser humano se reparte en dos grandes divisiones: 1) el esqueleto axial y 2) el esqueleto apendicular. La columna vertebral forma parte del esqueleto axial. Ella compone el eje central a lo largo del cuerpo, junto con la cabeza, el cuello y el tórax. Constituye "un eje fuerte y flexible que representa una ventaja locomotriz obvia en los animales bilateralmente simétricos". (Gray, "Anatomía"; Tomo I; Página 298; Editorial Salvat; Barcelona; 1985). La columna vertebral o raquis, es una compleja estructura osteocartilaginosa compuesta por veintiséis (26) vértebras en el individuo adulto. Es una estructura articulada, de forma alargada, que ocupa la parte central y posterior del tronco, conformando el cuello y la espalda. Se extiende desde la cabeza, a la que sostiene, y llega hasta la pelvis ósea con quien se une a través de las articulaciones sacro-ilíacas, en la parte inferior del tronco. Una función mecánica común importante de la columna vertebral y de la pelvis ósea, consiste en transmitir a los miembros inferiores el peso de la cabeza, del cuello y del tronco. La pelvis ósea se compone de tres huesos principales: los dos coxales y el sacro. Cada hueso coxal tiene - a su vez - se origina en tres componentes, el ilion, el pubis y el isquion. Estos tres huesos fusionados entre sí, conforman

una cavidad articular cóncava (“en forma de copa”) que se denomina acetábulo, o bien *cotilo*, la que se ubica en la cara externa del hueso coxal. Allí es donde se inserta la cabeza del hueso fémur del muslo, constituyendo la articulación coxo-femoral o *articulación de la cadera*, izquierda y derecha, las que sobresalen ambas a los costados del cuerpo. **Punto 10** - Pregunta; “*Considerando la distancia que puede existir entre la columna y el cotilo de la cadera, ¿es posible suponer razonablemente que desde la columna se haya podido originar un hematoma retroperitoneal en región pelviana izquierda?*” **Contesto.** Examinando la pregunta del punto 10 - dado que requiere si “razonablemente desde la columna [vertebral] se haya podido originar un hematoma retroperitoneal en región pelviana izquierda” - y a riesgo de lucir como precipitado, estimamos que se trata de revisar lo notificado en el folio 40 de autos. En efecto, allí consta el informe de la autopsia 1845/09 que, en el apartado “C” - “EXAMEN EXTERNO”, describe: “**Herida punzante apenas perceptible sobre el espacio intervertebral lumbar**”. Por tanto, se imponen ciertas consideraciones previas antes de responder esta especial cuestión del punto 10. 1-) El Hematoma es una acumulación de sangre causada por una hemorragia interna, originada en la rotura de un vaso sanguíneo, capaz de infiltrarse en los tejidos subcutáneos, musculares o periósticos. 2-) El Retroperitoneo es la región abdómino-pélvica que tiene como límite anterior a la hoja parietal posterior del peritoneo: por detrás presenta el segmento de la columna vertebral conformada con las dos últimas vértebras dorsales, todas las vértebras lumbares y el hueso sacro junto con los planos musculares del psoas mayor y el cuadrado lumbar. El límite superior corresponde al músculo diafragma que lo separa del tórax; el límite inferior está marcado por el piso pélvico o periné. 3-) En esta región visceral denominada “Retroperitoneo”, según consta en el folio 40, apartado “D” TÓRAX Y ABDOMEN, los médicos forenses David Dib y Orencio Fontaine, informan la existencia de un “Hematoma retroperitoneal en región pélvica izquierda”. Coincidentemente, la ubicación del hematoma es ipsilateral a la cirugía de reemplazo total de cadera realizada a la señora Lucía de Galván. 4-) En este mismo apartado “D”, dichos médicos forenses autores de la autopsia sobre Lucía Julia Ortega de Galván, comunican: “Hemoperitoneo. Se extraen 750 c.c. de sangre libre en cavidad”. (El Peritoneo es una membrana que tapiza la pared anterior v posterior de la cavidad abdominal: por arriba cubre la parte inferior del músculo diafragma y por debajo recubre la pelvis. Posee dos capas: el peritoneo parietal y el peritoneo visceral, separadas por un espacio mínimo - **cavidad peritoneal** - que, en los casos patológicos, resulta capaz de coleccionar grandes cantidades de líquido). 5-) En el folio 44 de autos, el perito patólogo Profesor Doctor Luis Spitale, notifica: “Block de hemiabdomen inferior: [...] Se destaca la presencia de infiltración hemática de los tejidos en una amplia extensión con material sanguinolento al corte. La hemorragia se extiende al parametrio”. (Parametrío: conjunto de

estructuras extraperitoneales. que unen el útero a las paredes de la pelvis). 6-) En el folio 45 del expediente, el Profesor Doctor Spitale expresa: “Block de hemipelvis inferior: Los preparados histológicos muestran tejidos blandos (tejido muscular y adiposo) con extensas áreas de infiltración hemática. Los cortes de colon presentan mucosa con intensa hemorragia que también compromete la submucosa”. 7-) En la Foja Quirúrgica, existente en autos, firmada por el médico Marcelo Toconás, se anuncia que la operación a realizar sobre la paciente es “Reemplazo total de cadera izquierda híbrido”. También se expone que al momento del fresado mecánico del cotilo del hueso coxal sucede “el deterioro del mango de fresa al motor” [sic] y se decide continuar la intervención quirúrgica con el fresado manual. Por tanto, habiendo reconocido el cirujano Toconás el repentino descontrol del taladro quirúrgico que utilizaba, nuestra sensación razonable, hace que ponderemos consistente la posibilidad de que este hecho súbito haya lesionado alguno de los tejidos existentes entre la articulación coxo-femoral y la columna lumbar. Mediante este curso de acción brusco, de consecuencias imponderables, se pudo haber accedido al “espacio intervertebral lumbar”, sitio de “la herida punzante” descripta por los médicos forenses a folio 40 del expediente. Puede admitirse como razonable colegir que la fuerza rotatoria de la broca, capaz de girar a 1400 revoluciones por minuto, preparada para perforar tejido óseo resistente, haya continuado hacia la profundidad, lesionando estructuras musculares de importancia; por caso, el músculo Psoas Mayor. Este músculo se origina en los cuerpos vertebrales, apófisis transversales y discos intervertebrales desde la vértebra dorsal 12a (D 12) a la lumbar 5a (L5). Luego, se fusiona con el músculo ilíaco a nivel de la zona L5-S2, generando el músculo iliopsoas, quien tiene una de sus inserciones en el trocánter menor del hueso fémur. El músculo ilíaco, en su extremo superior, se inserta la cresta ilíaca junto con la fascia ilíaca. Esta última estructura es importante, considerando que constituye una resistente membrana que envuelve y aísla a los músculos ilíaco y psoas mayor. A su vez, a lo largo de su trayecto, acompañando al músculo iliopsoas, se une a diversas estructuras vecinas, como por ejemplo, los discos intervertebrales lumbares, el hueso sacro, el músculo cuadrado lumbar y otras. **SEMIOGÉNESIS - Etiología y Patogenia del Hematoma Retroperitoneal en cuestión:** Si se consideran todos los elementos detallados hasta aquí, se puede suponer razonablemente que el descontrol del taladro quirúrgico pudo lesionar una estructura muscular - como la del psoas mayor - y también provocar la herida punzante en el disco intervertebral lumbar. La estructura del psoas mayor es ricamente irrigada y contiene abundante sangre aportada por las arterias lumbares, iliolumbar, iliaca circunfleja profunda, arteria ilíaca externa y arteria femoral. El trauma mecánico contuso-cortante producido por una broca girando veloz, sin control, es posible que haya producido una lesión cuyo derrame sangrante, de inicio, pudo ser contenido por la fascia muscular. En esa circunstancia, la sangre vertida se coleccionó in

situ, se coaguló y se transformó en el hematoma retroperitoneal descrito en el informe de la autopsia 1845/09. Posteriormente, como consecuencia de las infructuosas maniobras para lograr la hemostasia, el músculo iliopsoas lesionado pudo haber oficiado como sistema de drenaje sanguíneo. A favor de su recorrido desde la columna dorso-lumbar hasta la pelvis inferior, pasando por el cuello del hueso fémur, pudo haber colaborado como una vía de escape de la sangre no contenida. Esta acción de desagote, puede explicar razonablemente la existencia de los distintos puntos de sangre coleccionada en la zona abdomino pelviana de la occisa, según constan descriptos en el informe de la autopsia que hemos recordado *ut supra*. **Punto 13** - Pregunta: “Considerando que según consta en la autopsia se realizó una radiografía comprobándose una prótesis correctamente instrumentada con la orientación y las relaciones anátomo-radiológicas normales para este tipo de cirugía, dicho extremo ¿podría descartar una posible lesión como consecuencia de la colocación de los tornillos de fijación?” **Contesto.** El suscripto no tuvo oportunidad de observar las radiografías de la autopsia que aquí se aluden. Al respecto, recordamos que oportunamente, en la reunión con los peritos oficiales Crembil y Borda Márquez, se dejó debida constancia escrita sobre la ausencia de los exámenes complementarios en el expediente. (VER Anexo 1 y anexo 2 adjunto a la presente). No obstante esta situación inconveniente, nos permitiremos aportar algunos conceptos elementales sobre los exámenes radiográficos. La utilidad de las radiografías para el diagnóstico se debe a la capacidad de penetración de los rayos X que son disparados hacia una placa sensible. Estos rayos se atenúan a medida que pasan a través del cuerpo de una persona, siendo aquí donde juegan papel importante los procesos de absorción y dispersión de las radiaciones. Según la cantidad de rayos absorbida un objeto o un tejido puede ser radiotransparente, radiolúcido o radiopaco. (Eastman G; Waid C; Crossing J. “Getting started in clinical radiology from image to diagnosis”. Germany: Thieme; 2005). Es conveniente atender a lo expresado por el profesor Gómez Mattaidi cuando advierte que “No existen límites matemáticos entre cuerpos radiotransparentes y radiolúcidos ni entre éstos y los radiopacos”. (Gómez Mattaidi, Recaredo. “Tono o densidad radiográfica”; capítulo III, página 48; Editorial Mundi, Edición 3ª; Buenos Aires, 1979). El mismo docente, enseña que “La interpretación de los registros óseos puede hacerse por el procedimiento comparativo que consiste en comparar el registro o espacio problema con otros registros correspondientes a casos de diagnósticos conocidos. Por la semejanza se hace la interpretación”. (Gómez Mattaidi, Recaredo. “Interpretación de lo anormal” capítulo IX, página 250; Editorial Mundi; Buenos Aires, 1979). En síntesis, las radiografías aportan una serie de imágenes superpuestas que se concretan en un solo plano semejando una foto. Es tangible que las estructuras corporales más densas ocultan las que están por detrás. La experiencia del especialista en la materia, basado en el “procedimiento

comparativo” -aludido por el profesor Gómez Mattaidi- puede arriesgar un dictamen, “interpretando” las imágenes que observa. (Técnica operador dependiente). No obstante, en el expediente no se aprecia un informe sobre las radiografías aludidas donde se descarten lesiones relacionadas con los tornillos de fijación. **Punto 14-** Pregunta; “*Cuando ingresa la paciente a UTI al examen físico de abdomen, ¿se palpa defensa y/o contractura abdominal?*” **Contesto.** No se encuentra narrado en el expediente que se hubiera descrito contractura abdominal ni el – “*abdomen en tabla*”- denominado “signo de defensa”. Es preciso apuntar que dichos signos son propios del síndrome abdominal quirúrgico perforativo; esto es, orientan hacia la existencia de la perforación de una viscera hueca o la irritación del peritoneo. Según lo escrito en la hoja de ingreso a UTI, la paciente Lucía de Galván presentaba un abdomen blando, globoso, depresible [*a la palpación del profesional*], sin defensa ni contractura. Es preciso advertir que, calificados autores, en el inicio de los cuadros de síndrome abdominal hemorrágico, han descrito la ausencia de la contractura abdominal. Por el contrario, han señalado que en los comienzos del abdomen hemorrágico lo usual es la presencia de un abdomen blando y depresible, acompañado de dolor de intensidad mediana a severa y anemia (Montero M; Casamayor M. “Dolor abdominal agudo”. Hospital Universitario Miguel Servet. Universidad de Zaragoza. Jarpyo Editores SA Madrid; 2010:79-91). (Deschamps, J; Grinfeld, D; Frutos Ortiz, E; Wiiks, A. “Cirugía - Semiología, fisiopatología y clínica quirúrgica”; Escuela Quirúrgica Christman, Capítulo 67, Traumatismos Abdominales- Abdomen Agudo Hemorrágico; páginas 817-831. Editorial El Ateneo; Tercera reimpresión; Buenos Aires, 1987). **Punto 17-** Pregunta: “Si se considerara que se trata de una paciente en UTI inestable hemodinámicamente, y que ello imposibilitaba realizar ecografía y/o TAC de abdomen con la finalidad de llegar a un diagnóstico y menos aún someterse a una anestesia general; indicar, si en este caso, estaba indicada con rigor científico practicar una reintervención quirúrgica.”. **Contesto.** Entendemos que la técnica de la embolización selectiva pudo ser una opción conveniente para el tratamiento del abdomen hemorrágico de la señora Lucía Ortega de Galván. La embolización es también utilizada en enfermos muy deteriorados por procesos oncológicos y/o tratamientos de radioterapia. Quizás si se hubiera efectuado un rápido y eficaz diagnóstico del cuadro hemorrágico de la paciente Galván — quien en su ingreso a cuidados intensivos presentaba evidentes síntomas y signos de shock hipovolémico — se hubiera logrado una correcta derivación a centros hospitalarios de mayor complejidad. La embolización arterial selectiva (Técnica que interrumpe el flujo sanguíneo arterial) es un procedimiento aceptable para el control del sangrado en diversas regiones del organismo. La colocación del material para taponar el vaso sangrante podrá ser temporal o permanente (Ejemplos de selladores: coágulos sanguíneos del paciente, gelatinas, resinas sintéticas, espirales metálicos u otros);

dependerá de la etiología del proceso y de la evolución quirúrgica que se espere. Si se desea una recuperación del flujo en la zona embolizada luego de un tiempo, tal como ocurre en casos de iatrogenia o traumatismos, lo adecuado sería emplear coágulos sanguíneos autólogos. La técnica de embolización endovascular es muy poco invasiva y relativamente segura; se puede realizar con anestesia local o con sedación consciente. “La embolización arterial en situaciones de hemorragias anemizantes, parece haber demostrado una efectividad aceptable”. (Argüelles-Salido, E; Medina-López, R. y otros. “Embolización arterial selectiva en el tratamiento de la hematuria incoercible”. Arch, Esp.Urologia; volumen 58, nro. 5, junio 2005). **Punto 18-** Pregunta: “En el supuesto caso de haberse practicado una reintervención quirúrgica, ¿se podría haber localizado el vaso arterial que sangraba considerando que la autopsia NO se encontró NINGUNA LESIÓN ARTERIAL como causa eficiente del sangrado?” **Contesto.** En honor a la brevedad y exactitud conceptual de estos autores, preferimos transcribir literalmente sus expresiones para responder el Punto 18: “Existen diferentes opciones terapéuticas para un traumatismo o una lesión de un vaso, desde un tratamiento conservador hasta la cirugía abierta. Los criterios para el manejo conservador de lesión vascular son; una lesión de baja velocidad [*de sangrado*], mínima interrupción de la pared arterial (<5mm), protusión adherente o distal de colgajos de la íntima, circulación distal intacta y ausencia de hemorragia activa. **La cirugía está indicada si no se cumplen estos criterios**” [...] “En los casos de traumatismos, como el paciente que presentamos, estaría indicada la reparación mediante técnica endovascular ya que se consigue un mayor control del sangrado, se evita una mayor isquemia y es una región anatómica en que la cirugía abierta aumenta el riesgo de lesión iatrogénica de otras estructuras” (González-Pérez, I; Zorrilla-Ribot, P; Andrés Nieto, I. “Traumatismo arterial secundario a artroplastia de cadera. Presentación de un caso”. Hospital General Universitario de Ciudad Real; España. Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología: 2017, 82 (4):317-320). **Punto 19** - Pregunta; "De haberse realizado dicha reintervención quirúrgica, ¿hubiese evitado el fatal desenlace final que tuvo la paciente?" **Contesto.** En el Punto 19, nuevamente se exige un diagnóstico inaccesible sobre una situación clínica pasada -fuera del contexto práctico real- y un pronóstico que se torna artificioso, pues es imposible eludir la conjetura médica. Ante esta situación inefable, nos permitiremos citar al Doctor Armando S. Andruet (h) sobre la Falibilidad del Diagnóstico: “...se impone advertir que no siendo la ciencia médica una ciencia demostrativa y acerca de la cual cabe predicar la necesidad de sus efectos, la falibilidad, que en modo casi impostergable acompaña a todo diagnóstico, es un elemento que no se puede dejar de mencionar y también ponderar; más ello como tal, no autoriza en modo alguno a la misma mendacidad respecto a tal situación”. “En términos generales, la misma falibilidad se acompaña de un notable Juicio de verosimilitud

respecto a lo que se apunta como curso de enfermedad a seguir. Por las mismas razones dichas, la nombrada distancia existente entre el diagnóstico y la certeza, no puede ser utilizada por el profesional instrumento de escapismo permanente para no asumir la realidad de informar al paciente la veracidad de lo que se advierte como dolencia, a la luz de un sano Juicio de verosimilitud médico-profesional". (Armando S. Andruet (h). "Bioética, derecho y sociedad". Páginas 165-166. Alveroni Ediciones; Córdoba, 2004) **Síntesis:** Los profesionales de las denominadas ciencias médicas, deben basarse en caudal de honrada sapiencia para elaborar probabilidades razonables y exponer diagnóstico; pero, a su vez, necesitan poseer el buen arte de manejar las incertidumbres. En la práctica médica no existe la infalibilidad. **CONCLUSIONES.** Adoptaremos un modo objetivo de aportar nuestras opiniones mediante la cita de reducido número de autores expertos y reconocidos en la literatura médica. "Las cirugías de cadera están consideradas de alto riesgo no solo por la posibilidad de trombosis venosa sino también por el sangrado. En promedio estas cirugías pierden entre 500 y 1500CC. Por ello es importante la reposición hematológica, teniendo en cuenta además que son agudas y que se dan en pacientes añosos v con comorbilidades." (Daniel Bulla; Profesor Agregado de Clínica Médica, Universidad de la República; Montevideo. "Manejo del paciente para cirugía de reemplazo de cadera y rodilla". *Archivos de Medicina Interna*, 2009; XXXI; 1:32-36). La cirugía de cadera ha aumentado y es más frecuente con el aumento de la edad. La pérdida sanguínea ocurre como consecuencia de la fractura y también como consecuencia de la cirugía, por lo que la transfusión sanguínea de glóbulos rojos se utiliza con frecuencia" (Brunskill, S.; Shokoohi, A.; Pulford, E. y otros. "Transfusión de glóbulos rojos para pacientes sometidos a cirugía de fractura de cadera". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015. Issue 4). "En todos los casos, la hemorragia es una causa importante de muerte temprana y prevenible. La hemorragia suele ocurrir, inicialmente, desde un sitio vascular o tisular, y a partir de uno o varios vasos responsables". [...] "La hemorragia por falla hemostática se caracteriza por la aparición de un sangrado difuso en el lecho quirúrgico, sangrado en sitios donde los tejidos se encuentran "razonablemente aproximados" [sic] y más allá de la expectativa del cirujano o por el babeo tisular [sic] continuado una vez controlado el sangrado vascular" (Fondevila, C.; Marun, S., "Sangrado crítico". *Hematología*, Volumen 20, Número Extraordinario del XII Congreso del Grupo CAHT; 213-223, 2016). "Las lesiones arteriales tras artroplastia de cadera suponen una grave complicación. El riesgo de lesión vascular aumenta por la proximidad de las estructuras, las tracciones y el uso de instrumentos agresivos". [...] "En cuanto a los mecanismos lesivos, la acción directa de la broca sobre la arteria fue el más frecuente que originó una perforación o una contusión en la pared vascular que desembocaría en una hemorragia o en una trombosis arterial aguda". (Leiva, L.; Arroyo, A.; Gil, J.

y otros. “Traumatismos arteriales en artroplastia de cadera”. Cirugía Española (Sociedad Española de Cirujanos): 2008; 83(3); 123-126). “Cabe destacar la importancia del cuidado de las estructuras vasculonerviosas durante la cirugía de implantación de una prótesis de cadera, con el fin de evitar una lesión iatrogénica. Además, el control posquirúrgico debe ser estricto, se debe considerar la posibilidad de una lesión vascular ante una evolución no adecuada, incluso ante una clínica no bien definida”. (González-Pérez, I.; Zorrilla-Ribot, P.; Andrés Nieto, I., “Traumatismo arterial secundario a artroplastia de cadera, Presentación de un caso”. Hospital General Universitario de Ciudad Real; España. Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología; 2017, 82 (4); 317-320). “Las fracturas de cadera precisan un elevado consumo de hemoderivados. Aproximadamente el 55% de los pacientes es transfundido en el perioperatorio, porcentaje que varía de unos centros a otros. Se recomiendan los siguientes criterios transfusionales; *Anemia aguda en pacientes previamente sanos: Hb <8gr/dl. (Cifra de la paciente Lucia Ortega de Galván al ingreso a UTI; pero no se le realizo transfusión sanguínea) (Protocolo de tratamiento multidisciplinar de pacientes con fractura de cadera- Junio 2015 “Transfusión perioperatoria”; página 55. Hospital Universitario Donostia; San Sebastián).

V. En la discusión final (art. 402 CPP), el Ministerio Público y las partes emitieron sus conclusiones.

El Sr. Fiscal de Cámara, Dr. Sergio Ruiz Moreno, comenzó destacando que los estudios prequirúrgicos de la paciente no evidenciaban complicaciones. Por otra, parte todos coincidieron en que la Sra. Ortega egresó de la intervención lúcida. Valorando la autopsia, indicó que, la misma, no logró identificar el vaso lesionado; aunque sí se describe un sangrado hemoperitoneal, de 750 cc de sangre libre en cavidad. Destaca la meticulosidad con que se realizó la autopsia, extrayéndosele a la occisa, en block, la zona pélvica para profundizar la indagación anatomopatológica; aspecto resaltado por los peritos oficiales. Valora las pericas de los Dres. Díaz Moyano y Borda Márquez. Allí se relata el desperfecto que, durante la intervención, se verificó con el ensamble del mango de fresado al motor, por lo que el cirujano realizó la preparación del cotilo manualmente. Sin embargo, pondera al respecto la opinión del perito traumatólogo Ortiz Morán quien dijo que esto no tuvo consecuencias en orden a eventuales lesiones. Luego pondera la foja quirúrgica de donde se desprende que se verifica la hemostasia en la paciente y que el cirujano Toconás no observó ningún sangrado. Destaca que, si bien durante el acto quirúrgico la paciente se hipotenza, con el suministro de sangre ésta se recupera. Tras la intervención, la paciente es derivada a la Unidad de Terapia Intensiva en donde comienza una nueva crisis; produciéndose, luego, el óbito. El Sr. Fiscal descalifica el acto pericial de parte afirmando que el

mismo adolece de lógica formal; basándose en conjeturas. Ponderando en conjunto las pericias oficiales, el Dr. Sergio Ruíz Moreno epiloga su alegato concluyendo que los 750 cc de sangre libre en el Hemoperitoneo tienen relación causal con el estado de shock hipovolémico que lleva a la paciente a la muerte; pero que no surge que haya una relación entre la cirugía y esa emanación de sangre. **Por tal razón solicita la absolución del acusado.**

A su turno, el abogado patrocinante de la parte querellante, Dr. Esteban Roncaglia, sostuvo que existen elementos que permiten responsabilizar al acusado, Dr. Toconás, por el óbito de la Sra. Ortega, como consecuencia de una mala praxis médica. En tal sentido, el letrado comenzó su alegato efectuando una reseña histórica de lo sucedido, para lo cual valoró diversos elementos de prueba tales como estudios prequirúrgicos (análisis clínicos, diagnóstico por imágenes y electrocardiograma de la paciente); se detiene en el ingreso de la Sra. Ortega a quirófano; ponderando, en particular, que alrededor de las 17 horas, y mientras se practicaba la cirugía, la paciente es transfundida; produciéndose su egreso a las 18:50 horas. Luego es trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva. Analiza un laboratorio que se le practica a la paciente a la hora 19. Sostiene que la Sra. Ortega hace una nueva crisis, falleciendo en la UTI, como consecuencia de un shock hipovolémico. El Dr. Roncaglia, efectúa una serie de consideraciones en relaciones a los deberes del médico en general; tomando como marco de referencia las leyes 17.732, que establece las reglas del arte de curar para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración con las mismas, y la 26.529, que regula los Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Se detiene, en especial, en algunos deberes que le están exigidos a los profesionales de la medicina. Asimismo, hace referencia a cómo actúan las reglas de la imputación objetiva respecto del delito de homicidio imprudente con motivo de la mala praxis médica. Luego de ello, subsume la conducta del acusado Toconás en lo que, según interpreta el letrado, representarían sendos incumplimientos a los deberes médicos constitutivos de una mala práctica profesional. Así, en primer término, achaca la inexistencia de una adecuada información preoperatoria a la paciente; traducida en el déficit del consentimiento. Luego reprocha al cirujano interviniente ya que - afirma - no actuó como debía frente a la emergencia. En este sentido, el letrado apoderado de la parte querellante, señala que frente a la hemorragia que se estaba produciendo, ya durante la cirugía, no realizó las medidas conducentes a evitar el desenlace final. Por último, el Dr. Roncaglia señala que también, el acusado, incumplió un deber médico en la medida que advirtiendo el agravamiento de las condiciones de salud de la Sra. Ortega, cuando ya estaba en UTI, no ordenó la derivación de la paciente en forma oportuna. En conclusión, todos estos aspectos - a su ver - permiten concluir en que el imputado **debe responder penalmente, como autor del delito de homicidio culposo (art. 84 CP)**, por la muerte de la paciente;

requiriendo, en definitiva, se le imponga la pena de un año de prisión en forma de ejecución condicional y cinco años de inhabilitación especial para el ejercicio de la medicina.

Por su parte, los Dres. Felipe Trucco y Federico Ferrer Vieyra, en su carácter de codefensores del imputado Toconás, requirieron **la absolució**n de su asistido. El primero de los nombrados, comenzó ponderando los estudios pre-quirúrgicos que habilitaban la realización de la intervención. Señaló que no está probado que el deterioro del ensamble del mango del fresado haya sido la que provocó una lesión sangrante; causante, a su vez, de la hemorragia. En tal sentido, analizó la pericia practicada por los Dres. Tillard y Ortiz Morán que no permiten arribar a la conclusión sostenida por la querrela. Asimismo, indicó que, de acuerdo a la documentación aportada, el mantenimiento de dicho instrumento correspondía, en todo caso, a la empresa que lo proveía. Por otra parte, refirió que, durante la cirugía se tomaron todos los recaudos para cerciorarse la inexistencia de una hemorragia. Señala que, frente al cuadro de hipotensión, el anestesista transfundió de inmediato a la paciente, mejorando su estado. Por tal razón, expresa, no resultaba, en el caso, previsible la existencia de una hemorragia. Por otra parte, recuerda que el principio de confianza hace que el acusado no deba responder en relación a cuestiones propias del ámbito de la actuación profesional de otra especialidad; como lo es la anestesiología; con lo cual, las características de la transfusión practicada eran de exclusiva responsabilidad de la anestesista que intervino en la cirugía. Refiere, además, que cuando la paciente fue llevada a UTI, por el principio de división de tareas, era a los médicos terapistas a quienes correspondía intervenir; disponiendo lo conducente; más no a su defendido. Expresó, también, que aun cuando se hubiese dispuesto una nueva cirugía de la paciente no es posible conocer con certeza que tal intervención pudiese haber sido exitosa; motivo por el cual, en función del principio del comportamiento alternativo conforme a derecho, sería posible tener certeza en relación a la evitación del luctuoso resultado. A su turno, el Sr. codefensor, Dr. Federico Ferrer Vieyra, objetó que, en el caso de autos, no existiese un consentimiento para el acto quirúrgico. Recordó, al respecto, que si bien al tiempo del hecho, ya estaba sancionada la ley 26.529; la misma recién entraría en vigencia a partir de los de los noventa (90) días de la fecha de su publicación; siendo que ésta fue promulgada de hecho el día 19/11/2009; en tanto que, el hecho aquí juzgado, sucedió el 28/12/2009; con lo cual, las formalidades para la instrumentación de aquél (art. 7 de la aludida ley) no resultaban, al tiempo del hecho, exigibles. Ello es especialmente así porque, la ley anterior, no requería, para todos los casos de intervenciones quirúrgicas, formas especiales para el consentimiento. En mérito de esto argumentos, los referidos letrados epilogaron su alegato, solicitando la absolució

de su ahijado procesal.

VI. Valoración de la prueba:

Agotado el debate oral y público, el estado de inocencia de que goza el imputado (artículo 8.2 de la Convención Interamericana de Derechos Humanos) sólo puede destruirse mediante una sentencia condenatoria “cuyo dictado requiere la certeza positiva respecto de la totalidad de los elementos descriptos en la imputación. Ello implica, por lo tanto, la plena convicción acerca de la existencia del hecho y de la culpabilidad del imputado, debiendo aquél lograrse a través de la valoración de las pruebas regularmente producidas en la causa y de modo tal que la conclusión a que se arribe supere no sólo toda duda razonable acerca de tales extremos, sino también la mera probabilidad sobre su existencia” (cfr. Lino Enrique Palacio, *La prueba en el proceso penal*, Ed. Abeledo – Perrot, Bs. As., 2000, p. 16). Realizado este proceso valorativo concluyo afirmando que las pruebas valoradas no me permiten sostener la existencia de aquella certeza en orden a la responsabilidad del acusado; lo cual me obliga - en virtud del principio *in dubio pro reo* - a decretar **su absolución**. Doy razones.

Antes de comenzar este análisis, debo recordar que el Sr. Fiscal de Cámara también requirió, al emitir sus conclusiones, la absolución del acusado. En este caso, y más allá de que estimo perfectamente fundadas sus conclusiones, lo cierto es que, me encuentro habilitado para ingresar al examen de esta cuestión ya que el querellante sostuvo la acusación. En tal sentido, nuestro cimero Tribunal provincial, siguiendo en esto las directrices de la Corte federal, ha expresado que: “este Tribunal expresamente receptó la doctrina sentada por el máximo Tribunal de la Nación *in re* ‘Santillán’ (...), con relación a la validez del pedido de condena formulado por el Querellante Particular en los casos en que media un pedido de absolución del Fiscal de Cámara (...). Ello, en base a que el art. 18, CN, no hace distingo alguno entre el órgano público o el órgano privado que formule la acusación, por lo que la misma puede ser hecha por todo aquel al que la ley reconoce personería jurídica para actuar en juicio en defensa de sus derechos” (cfr. T.S.J. de Córdoba, Sala Penal, 14/6/2007, Sentencia N° 118, “Rodríguez”).

Sentado lo anterior, me ocupo ahora de los motivos por los que, en mi opinión, el acusado debe ser **absuelto**.

Ha quedado acreditado que la Sra. Lucía Julia Ortega, de 66 años de edad a la fecha de su deceso, fue sometida a una operación programada de reemplazo total de cadera izquierda, el día 28/12/2009, en el Sanatorio privado “Sierras Chicas”, de la Localidad de Unquillo, provincia de Córdoba. Ello se desprende de la denuncia de Lorena Roxana Galván (fs. 1), hija de la fallecida, y de sus declaraciones testimoniales de fs. 68 (durante la investigación penal preparatoria) y en la

audiencia de debate; así como de la historia clínica de la paciente, que se glosa a fs. 17/36 de autos. En esa misma historia clínica se deja constancia de los estudios pre-quirúrgicos y del apto para la intervención; y así lo ratifican en su pericia los Dres. Borda Márquez y Crembil: “(...) la fallecida fue valorada pre-quirúrgicamente por Cardiología, Clínica Médica, Laboratorio (...) [,] valoraciones que no objetivaron contraindicación médica para ser intervenida quirúrgicamente” (fs. 85).

También está comprobado que la cirugía fue realizada por el Dr. Juan Marcelo Toconás, especialista en Traumatología y Ortopedia (ver informe del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, a fs. 185) y su equipo; integrado por el Dr. Racca, el Dr. Garnica, como ayudante, y como anestésista, la Dra. Salvatierra (ver foja quirúrgica de fs. 22 vuelta y foja de anestesia de fs. 24 vuelta). Igualmente está probado que, inmediatamente después de finalizada la cirugía, la paciente fue conducida a la Unidad de Terapia Intensiva del mencionado Sanatorio (ver fs. 24); siendo allí asistida por los Dres. Alberto Samperisi y Luis A. Solis. A fs. 21 (historia clínica) se describe su evolución en la UTI, consignándose: “Evoluciona con nuevo episodio de sudoración profusa y frialdad, malestar generalizado, respiración paradójica sin poder constatar presión arterial, se decide intubación traqueal, extrasístoles ventriculares aisladas que progresan con bradicardia. Se indica atropina y dopamina, progresa con taquicardia ventricular, se realiza cardioversión en dos oportunidades, saliendo de la asistolia. Se optimiza maniobras de resucitación avanzadas durante 55 minutos sin respuesta... óbito a las 22:30 horas”.

El fallecimiento de la paciente se ve corroborado por el pertinente certificado de defunción que se glosa a fs. 4 y por el acta respectiva expedida por el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas (fs. 58).

Finalmente, la autopsia N° 1845/09 (fs. 40), practicada a la Sra. Lucía Julia Ortega, indica: “Signos de cirugía de cadera izquierda reciente, y de punción lumbar (anestesia raquídea). De acuerdo a hallazgos cabe estimar que el Shock Hipovolémico ha sido la causa eficiente de la muerte de Lucía Julia Ortega. El mismo ha ocurrido a partir de una hemorragia originada en la pelvis izquierda. No se identificó el vaso lesionado”.

Ahora bien, en mi opinión - y como lo adelanté - **no existe certeza** que la causa eficiente de la muerte de la paciente **pueda ser atribuida** al acusado Juan Marcelo Toconás.

El núcleo del tipo de injusto del delito culposo consiste en la divergencia entre la acción realmente realizada y la que debería haber sido realizada **en virtud del deber de cuidado que era necesario observar**. Por eso resulta tan importante la determinación del **contenido** de aquella

infracción a ese deber. **Procesalmente**, para afirmar la violación a aquel deber es exigible que se demuestre en qué consistió **su concreto contenido**; requiriéndose, en caso de una intervención plural de profesionales, la descripción del rol que le cupo a cada cual. Ahora bien, este contenido debe estar descrito en la acusación (originaria o ampliada, en la oportunidad procesal correspondiente), **porque es de ella de la que debe defenderse el imputado durante el juicio**.

¿Qué le atribuyó originariamente la acusación al imputado?

Concretamente, que en el marco de aquella operación de reemplazo total de cadera izquierda, para lo cual se utilizó una prótesis híbrida, “(...) el imputado Toconás, en forma imprudente y contrario a la *lex artis*, presumiblemente al emplear el aparato rotatorio durante el fresado quirúrgico y/o mediante la utilización del instrumental destinado a la intervención, produjo en la Sra. Ortega una herida punzante sobre el espacio intervertebral lumbar y un hematoma retroperitoneal en región pelviana izquierda, lo que trajo como consecuencia una hemorragia quirúrgica, que fue advertida por el incoado Toconas, practicándose una transfusión de cuatro unidades de solución fisiológica, una unidad de sangre y 100 centímetros cúbicos de Dopamina, no obstante lo cual la lesión continuó sangrando, circunstancia que no pudo ser detenida por el galeno quien pese a que la paciente presentaba signos y síntomas de colapso circulatorio, motivando su ingreso a la unidad de Terapia Intensiva (UTI) del referido Centro Médico, donde fallece a las 22:30 horas, siendo la causa eficiente de la muerte el shock hipovolémico, ocurrido a partir de la hemorragia originada en la pelvis izquierda”.

Destaco que, durante el debate, ni el Sr. Fiscal de Cámara ni el letrado de la parte querellante, realizó o, en el caso del segundo, instó, **ninguna ampliación de la acusación**; motivo por el cual, la infracción al deber de cuidado que se le reprocha al imputado Toconás, **ha quedado cristalizada en la plataforma fáctica que acabo de transcribir**.

Y es aquí donde estimó que no existe la certeza, que debe primar en esta etapa del proceso, para poder responsabilizar penalmente al acusado. Para llegar a esta conclusión iré analizando los tramos conductuales que se le reprochan a Toconás, confrontando los mismos con la prueba producida e incorporada.

Dice la acusación originaria, **que delimitó el objeto de este juicio**, que el imputado Toconás, “presumiblemente al emplear el aparato rotatorio durante el fresado quirúrgico y/o mediante la utilización del instrumental destinado a la intervención, produjo en la Sra. Ortega una herida punzante sobre el espacio intervertebral lumbar y un hematoma retroperitoneal en región pelviana izquierda, lo que trajo como consecuencia una hemorragia quirúrgica”.

Esta presunción no fue demostrada. Por el contrario, la pericia N° 82/2019, realizada por los Dres. Guillermo Tillard y Ramiro Ortiz Morán, Médicos Forenses de este Poder Judicial, señalaron: “es casi imposible que durante la maniobra del fresado del cotilo se pueda realizar una herida punzante en la columna, primero por la posición de ambos elementos y luego porque no se utiliza un elemento punzante”; consignéndose, además, en la citada experticia, que: “La distancia entre el cotilo y la columna vertebral es de unos 8 a 12 centímetros. Es bastante improbable que desde la columna se produzca accidentalmente un hematoma retroperitoneal en región pelviana izquierda. **No es razonable suponer dicha situación**” (fs. 196).

No desconozco que el perito de parte, Dr. Víctor Hugo Zanetta, a fs. 200 vuelta de su informe en disidencia, señaló que: “habiendo reconocido el cirujano Toconás el repentino descontrol del taladro quirúrgico que utilizaba, nuestra sensación razonable, hace que ponderemos consistente la posibilidad de que este hecho súbito haya lesionado alguno de los tejidos existentes entre la articulación coxo - femoral y la columna lumbar. Mediante este curso de acción brusco, de consecuencias imponderables, se pudo haber accedido al ‘espacio intervertebral lumbar’, sitio de la ‘herida punzante’ descrita por los médicos forenses a folio 40 del expediente”.

Debo analizar esta afirmación porque, evidentemente, se opone a las conclusiones a que arribaran los peritos Tillard y Ortiz Morán, y que transcribiera más arriba y recién valorase.

Esto exige, de mi parte, realizar diversas consideraciones.

Por una parte, es obvio que este caso, en su resolución, exige de una valoración cuidadosa de la prueba científica. La valoración judicial de la pericia se rige por el principio de la libre convicción, y con él “**el de la necesidad de obtener la decisión mediante la crítica racional en la apreciación de todos los elementos de prueba en su conjunto**” (cfr. Julio B. J. Maier, *Derecho procesal penal*, T° III, 2ª edición, Ediciones del puerto, Bs. As., 2011, p. 158. El énfasis me corresponde). Desde luego que el órgano jurisdiccional no puede apartarse de las opiniones emitidas por los peritos (sean oficiales o de parte) en forma libre o antojadiza. En efecto, para apartarse de un dictamen pericial es menester que el juez exponga las razones que justifican su decisión, observando en su razonamiento las reglas de la lógica, de la experiencia y de las ciencias, es decir, las reglas que rigen el correcto pensamiento humano. Con todo, este posible apartamiento debe ser empleado con gran prudencia y cuando el documento pericial carece de fundamentos, o si sus fundamentos son escasos para la comprensión del punto encuestado, o si existe una contradicción evidente, manifiesta, entre las premisas y los hallazgos o entre la regla científica o técnica aplicada y las conclusiones (cfr. Maier, *op. cit.*, T° III, p. 160). Puesto en esta

tarea - y con la sobriedad y prudencia que aquí se exige, coincidiendo con el Sr. Fiscal de Cámara - entiendo que la experticia de parte evidencia vicios, en los aspectos que este Tribunal **puede y debe controlar** (Cfr. José I. Cafferata Nores - Maximiliano Hairabedián, *La prueba en el proceso penal. Con especial referencia a los Códigos Procesales Penales de la Nación y de la Provincia de Córdoba*, Ed. LexisNexis, Bs. As., 2008, p. 96). En efecto, por una parte, el Dr. Zanetta afirma que el acusado “reconoció” el repentino descontrol del taladro. Sin embargo, **la foja quirúrgica no lo pone en esos términos**. Por el contrario, de su lectura sólo se infiere que “se deteriora ensamble de mango de fresa al motor por lo que se prosigue fresado manual” (fs. 22 vuelta). No hay aquí ningún “reconocimiento” de “**descontrol**” en el instrumento utilizado; sino una descripción de una contingencia sucedida en el curso de la operación (**deterioro del ensamble del mango**) **solucionada por el cirujano interviniente**. Pero, además, el perito de parte señaló que, mediante “este curso de acción brusco, de consecuencias imponderables, se pudo haber accedido al ‘espacio intervertebral lumbar’, sitio de la ‘herida punzante’ descrita por los médicos forenses a folio 40 del expediente”. Sin embargo, en debate, el perito Ortiz Morán fue categórico en relación a la etiología de la “herida punzante” aludida, al expresar que: “sobre la pregunta que se le realizó de la herida punzante intervertebral, que ello está mal interpretado porque **la lesión punzante que está descrita en la parte externa, es una punción para anestesiar, es la colocación de la anestesia**” (El énfasis me pertenece). Repárese que, según la foja de anestesia (fs. 24 vuelta) el tipo de anestesia practicada a la paciente fue raquídeo lumbar, siendo el sitio de punción “L3 - L4. Aguja punta lápiz N° 26”. Indudablemente, por lo expuesto, **la conjetura del perito de control no encuentra sustento en las demás constancias de la causa y resultan contradichas por elementos científicos respecto de los cuales, el experto de parte, no se ha hecho cargo**; todo lo cual permite **que me aparte** de aquellas conclusiones; especialmente frente a la coherencia de la pericia oficial que valorara supra y las aclaraciones que, en debate, realizara el propio Dr. Ortiz Morán.

Despejado este aspecto, quiero detenerme en la adjudicación de responsabilidad que pretendió hacer el perito de parte, y con él el letrado de la querrela, en relación al desperfecto del instrumental empleado. Según su ver, ***el mantenimiento*** del mismo dependía del acusado. Sin embargo - **y más allá que, como lo afirmara, no hay evidencia científica que permita fundar en ese desperfecto la hemorragia sufrida por la paciente** - lo cierto es que, el instrumento en cuestión, **a la fecha**, le era entregado al cirujano, para el caso de los afiliados de PAMI (como lo era la Sra. Ortega - ver fs. 33 vuelta -) por la empresa “*Prima Implantés*”, quien, según el informe expedido a fs. 238 (con fecha 18/09/2020), “provee los materiales específicos para todas las cx. de artroplastia de cadera y rodillas correspondientes a los afiliados de PAMI, **desde el 12 de**

Diciembre de 2004 hasta la fecha, incluyendo set de instrumental y alternativas a préstamo, equipos de corte y perforaciones, entregando todo el material estéril en sus respectivos pauche, también se cuenta con asistencia técnica en el momento de la cx., a cargo de un técnico capacitado de nuestra empresa”. El dato es relevante porque, frente a la situación que aquí se describe no es posible imputar al facultativo interviniente aquel desperfecto. Ello porque si se adquirió el instrumental al proveedor y aquél era defectuoso, la responsabilidad recaerá en este último (el proveedor), que es quien, en definitiva, habría creado el riesgo jurídicamente desaprobado; o, en todo caso, cuando como aquí ocurre se trata de una empresa médica, al director técnico del establecimiento, a quien corresponderá velar por que se realicen periódicamente revisiones del instrumental (art. 40, inciso “k”, decreto 6.216, reglamentario de la ley 17.132), las cuales deberán ser llevadas a cabo por personal cualificado para el efecto (cfr. Francisco Bernate Ochoa, “Responsabilidad penal médica, trabajo en equipo y principio de confianza”, *Prolegómenos: derechos y valores*, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Vol. XI, N° 21, enero - junio 2008, p. 75). En uno u otro caso, el imputado aquí sólo se valió de un instrumento, cuya verificación de sus condiciones de funcionamiento, en virtud del principio de confianza, era competencia de otro.

Pero volvamos al origen de la hemorragia que fue la causa eficiente del deceso. En rigor, no sólo no es posible relacionar el uso del instrumento para el fresado con aquella hemorragia padecida por la paciente sino que, de un análisis integral de las pericias practicadas y de las aclaraciones de las mismas efectuadas por los peritos oficiales en debate, no se conoce, **adecuadamente y con certeza**, cual fue la etiología de aquél sangrado.

No hay duda que el óbito de la Sra. Ortega tuvo lugar por un Shock Hipovolémico. Sin embargo, **¿cómo y porqué se produjo aquella hemorragia? Y aquí, nuevamente, faltan respuestas para formar convicción plena.**

En efecto, en la autopsia “No se identificó el vaso lesionado” (fs. 40 vuelta). Por su parte, en el dictamen de los Dres. Borda Márquez y Díaz Moyano, se insiste en que “la paciente sufre intraoperatoriamente un cuadro de hipovolemia (...), la autopsia no pudo determinar el origen de la misma, lesión de algún vaso u órgano abdominal o extra-abdominal” (fs. 54). A su turno, los Dres. Borda Márquez y Julio Ernesto Crembil, señalaron: “El origen del sangrado en la cavidad abdominal no ha sido diagnosticado, esto incluye la autopsia que no objetivó lesión vascular ni de ningún otro órgano, **no podemos arribar a una conclusión que tenga un fundamento médico - quirúrgico estricto**” (fs. 86 vuelta). Y pedidas las aclaraciones pertinentes en debate, el perito Díaz Moyano expresó: **“no hay ninguna relación entre una intervención de cadera con una**

hemorragia intraperitoneal. Ese hematoma tiene una causa, no se sabe cuál, no tiene explicación, porque la cirugía es extraperitoneal. A pregunta aclaratoria formulada por el suscrito, el perito Díaz Moyano dijo: “está acreditado que el shock hipovolémico fue la causa de la muerte; el que se produjo por la hemorragia intraperitoneal. [Pero] **Es muy difícil atribuir** [la hemorragia], **por la ubicación anatómica, a la cirugía; relacionarl[a] con la cirugía**” (El énfasis y los agregados entre corchetes me corresponden).

Quiero detenerme ahora en el argumento empleado por el letrado de la parte querellante - que también abrevó en las conclusiones del perito de control - en relación a qué, la transfusión de sangre que se le practicó a la paciente, durante la intervención quirúrgica, era una suerte de *indicador* que debió haber hecho sospechar al acusado de la existencia de la hemorragia.

Está probado que, durante la cirugía, a la hora 17.30, a la paciente se le efectuó una transfusión de sangre (400 cc.) y suministró Dopamina (fs. 24 vuelta).

Ahora bien: ¿esto era un indicador **cierto** en relación a una hemorragia extraordinaria en curso?

La respuesta al interrogante es significativa porque hace la previsibilidad del sangrado y por lo tanto, a cómo debería haber actuado, en la emergencia, el equipo médico interviniente.

Responder esta delicada pregunta requiere de aproximaciones sucesivas.

Por de pronto no es extraño que en una cirugía de esta naturaleza - de una extensión temporal considerable (dos horas con cuarenta minutos aproximadamente, de acuerdo a lo consignado a fs. 21 vuelta) - suela practicarse transfusiones. De hecho, ante una pregunta aclaratoria del suscrito, así lo explicó, en debate, el perito Traumatólogo: “¿En todas las cirugías de cadera está previsto que se hagan transfusiones?, el perito, Dr. Ortiz Morán, respond[ió]: **que sí, que es algo normal y está previsto protocolarmente**” (Él énfasis y las aclaraciones me pertenecen). Por su parte, en forma coincidente, el médico, especialista en Anestesiología, Norcelo Daniel Cardoso, también señaló en la audiencia: “que la cirugía de cadera requiere de medio litro de sangre, en condiciones normales y manejables en el 95 por ciento de las veces, sin necesidad de pedir más”.

De cualquier manera, la foja de anestesia también da cuenta de una baja de la tensión arterial de la paciente, a esa hora (17.30 hs.).

¿Esto inexorablemente indica - como lo pretende la querella y su perito - que se estaba frente a un grave proceso hemorrágico en curso? No necesariamente. En efecto, el testigo experto Cardoso (recuerdo que se trata de un médico, con especialidad en Anestesiología) en debate explicó: “que en el ciento por ciento de las cirugías se tienen preparadas drogas, que pueden ser **dopamina**

[**recuérdese que a la Sra. Ortega se le suministró esta droga**], epinefrina, adrenalina y otras, porque la anestesia sola consume una unidad importante del volumen del paciente y produce una vasodilatación **y ello hace que baje la presión del paciente, siempre en el 90 por ciento se hipotensa**” (El énfasis me corresponde). De esto se desprende que la etiología de la hipotensión, al menos según esta opinión, puede tener una razón distinta a un sangrado descontrolado.

Más allá de esto, lo cierto es que, producida la transfusión, se advierte la estabilización de la paciente según se desprende de la foja de anestesia (fs. 24 vuelta). De hecho, en su dictamen pericial, los Dres. Borda Márquez y Crembil señalaron: “Durante el acto operatorio no presenta trastornos hemodinámicos (...)” (fs. 83 vuelta).

¿Este cuadro clínico permitía razonablemente hacer suponer al acusado que se estaba ante un cuadro hemorrágico?

Por de pronto, es importante destacar que esta cuestión depende de un análisis que siempre deberá realizarse *ex ante* y teniendo en cuenta la situación concreta en que se desarrolló la acción o la omisión investigada (cfr. Mirentxu Corcoy Bidasolo, *El delito imprudente. Criterios de imputación del resultado*, 2ª edición, Ed. B de F, Montevideo - Buenos Aires, 2005, p. 124). En el sub - lite, **además de lo que acabamos de señalar en los párrafos precedentes [esto es: a) que la anestesia raquídea “sola consume una unidad importante del volumen del paciente y produce una vasodilatación y ello hace que baje la presión del paciente”; y b) que practicada la transfusión intra-operatoria, la Sra. Ortega dio muestras de estabilidad, según la foja de anestesia y la pericia oficial valorada]**, existen una serie de indicios adicionales que permiten sostener que el acusado no pudo prever la existencia de la aludida hemorragia abdominal.

Por supuesto que esta hemorragia no se vinculó con el *campo* operatorio concreto en que se practicaba la cirugía. Esto surge de las diversas pericias y, en particular, de la foja quirúrgica de fs. 22 vuelta, en donde el cirujano Toconás consignó: **“se verifica hemostasia sin sangrado del lecho”**; por lo que no se coloca hemosuctor.

Pero tampoco era previsible el sangrado hemoperitoneal que causó el shock hipovolémico. En tal sentido, en debate, el perito Díaz Moyano, ante una pregunta realizada por el Sr. Fiscal de Cámara en esa dirección, fue categórico al responder: “que no se sabe, que ningún médico lo podrá determinar, nunca se pudo determinar de dónde sangró, ni cuál fue la causa que produjo el sangrado dentro del peritoneo. No lo sabemos”; agregando, enseguida: “no hay ninguna relación entre una intervención de cadera con una hemorragia intraperitoneal. Ese hematoma tiene una causa, **no se sabe cuál, no tiene explicación, porque la cirugía es extraperitoneal.** (...) **Es muy**

difícil atribuir, por la ubicación anatómica, [la hemorragia] a la cirugía, relacionarl[a] con la cirugía”.

Existe también otra cuestión que no puede ser soslayada. Cuando intra-operatoriamente se transfunde a la paciente, ésta se estabiliza. Esto surge de la foja de anestesia y así lo corroboró, en debate, a través de su interpretación de aquella foja que le fuera exhibida, el testigo Cardoso. Entonces, si a pesar de esto (estabilización), algún mecanismo hemorrágico se estaba gestando: ¿A quién correspondía advertirlo? ¿Al cirujano o al anestesista interviniente?

Es indudable que, en casos como el que aquí me ocupa, existen problemas particulares de **imputación** en la hipótesis de **trabajo en equipo**. Una de las cuestiones centrales, que resulta consustancial al trabajo en equipo, consiste en determinar las normas de cuidado que le corresponde observar, conforme a las funciones que cumple, a cada integrante del grupo, para, de ese modo, poder constatar, por un lado, si fueron infringidas o no por el sujeto, y en caso afirmativo, si el resultado lesivo puede imputarse a ese comportamiento descuidado. En el sub - lite, en lo que concierne a la relación entre cirujano y anestesista, la doctrina parte de considerar que existe una **división horizontal de trabajo**. La división horizontal es aquella que se caracteriza porque no existe una relación jerárquica de subordinación entre los diferentes miembros del equipo. Y en lo que concierne específicamente a los actos de anestesia, Silva Sánchez ha expresado que: “se realizan hoy por médicos especialistas (los anestesistas) que colaboran en la actividad médico - quirúrgica en un plano de igualdad con el cirujano, participando en la toma de decisiones más importantes desde su competencia específica. Las expresiones que ponen de relieve los términos actuales de la relación entre anestesista y médico - cirujano son las de trabajo en equipo con ‘**división de tarea horizontal**’, ‘**responsabilidad autónoma**’ y ‘**confianza**’. Ello significa, en primer lugar, que el anestesista es autónomo en el cumplimiento de las obligaciones que le competen antes, durante y después de la operación quirúrgica, mientras que el cirujano es competente para la decisión sobre el sí, el cómo y el cuándo de la operación. Sus competencias no sólo no se interfieren, sino que quedan articuladas por la vigencia del aludido principio de confianza. Según éste, cada especialista puede contar en principio con la colaboración correcta del colega de la otra especialidad” (cfr. Jesús - María, Silva Sánchez, “Aspectos de la responsabilidad penal por imprudencia de médico anestesista. La perspectiva del Tribunal Supremo”, en *DS [Derecho y Salud]*, Vol. 2, Enero-Diciembre 1994, Publicación oficial de la Asociación Juristas de la Salud, Valencia, pp. 41/42). Y de hecho, las diferencias entre las funciones del anestesista y el cirujano han sido enfatizadas en la literatura jurídica por Hernández Gil, quien con cita del Tribunal Supremo español ha dicho: la cirugía es la “rama de la medicina que se propone curar

enfermedades mediante operaciones manuales o con instrumentos y que implica una actuación en órganos y tejidos. Por su parte, la anestesiología y reanimación se caracterizan por emplear y aplicar métodos y técnicas necesarios para hacer al paciente insensible al dolor y para protegerlo frente a la agresión psíquica o somática, así como para mantener sus funciones vitales durante y después de las intervenciones quirúrgicas; así como reanimar a cualquier tipo de pacientes a los que sus funciones vitales se vean gravemente desequilibradas, iniciando y manteniendo la terapia intensiva hasta que se considere superado dicho estado crítico” (cfr. Ángel Hernández Gil, *Responsabilidad por malpraxis médica: análisis del problema a través del análisis de encuestas a Colegios Oficiales de Médicos y Abogados*, Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones, 2005, p. 212). Si se está de acuerdo con estos argumentos, es indudable que, si la anestesista (Dra. Mónica G. Salvatierra, que intervino en la cirugía) consideró estabilizada a la paciente con la transfusión intra-operatoria y nada advirtió al Dr. Toconás sobre eventuales complicaciones, mal puede pretenderse que éste pudiera prever la existencia de una hemorragia abdominal en curso; máxime si partimos de la aludida responsabilidad autónoma de aquél (la anestesista) y la plena vigencia del principio de confianza.

Una de las pericias oficiales, y también lo dice el perito de parte en su informe en disidencia, indicaron que ya estando en terapia intensiva la paciente “ingresa (...) hipovolémica, donde no se realiza la reposición de glóbulos rojos, se le administra solución fisiológica, soluciones expansoras y la medicación para revertir el cuadro de hipotensión” (fs. 85). Ahora bien, por lo ya dicho (principio de confianza) correspondía a los médicos terapistas indicar aquella reposición o, en todo caso, al anestesista (por su responsabilidad funcional postquirúrgica - también referenciada supra -), más no al cirujano que realizó la operación; quien ya no se encontraba en posición de garante respecto de la paciente. Adviértase que la posición de garante - y por tanto el deber de asistencia - se mantiene mientras el paciente estuviese a cargo del médico cirujano (en el sub lite el acusado Toconás), sin embargo, cesa cuando el cuidado de aquél (paciente) pasa a manos de otros facultativos (V.gr. Terapistas); como sucediera en el sub -lite. En tal sentido, no puede soslayarse lo consignado en la foja de anestesia en donde se destaca que la Sra. Ortega ingresa a UTI tras la operación (fs. 24); siendo descrita su evolución, durante aquella estadía, por los Dres. Samperisi y Solís (fs. 21 y vuelta).

Finalmente, y dando respuesta a otra de las argumentaciones del letrado de la parte querellante, éste consideró como una violación al deber médico, que nutre la imprudencia del acusado, la falta de firma en el consentimiento informado, por parte de la Sra. Ortega. Efectivamente, según la constancia de la historia clínica, obrante a fs. 34/35, este acto no está firmado por la paciente y la

verificación de la suscripción de este documento en forma es un deber del profesional actuante. Ahora bien: ¿es suficiente esta situación para imputar a Toconás el resultado mortal?

Nuevamente varias consideraciones se imponen.

Por una parte, el tema de la ausencia de la suscripción (firma) del consentimiento no constituyó una conducta que conformara la plataforma fáctica de la acusación. Si se lee atentamente el requerimiento, se verá que, en la concreta atribución, nada se dijo al respecto.

Sin embargo, lo más importante aquí - porque, justamente ésta es una de las **funciones** primordiales del consentimiento - es que ese deber de verificación de su suscripción guarda conexión central **con la información que se le da al paciente, previa a la práctica médica a realizar**. Indudablemente si el profesional actuante **subroga** (por reprochable paternalismo) la manifestación de voluntad personal del enfermo y no recaba su aquiescencia, no brindándole la información pertinente y practicando la intervención; esta circunstancia puede representar un incremento del riesgo permitido. Pero, para llegar a semejante apreciación, el acusador (en este caso el querellante, ya que el Sr. Fiscal de Cámara instó la absolucón) lleva la carga de la prueba en relación a esa actitud (subrogación del consentimiento, omitiendo información sobre la práctica) del profesional interviniente. **Y es aquí donde tampoco tengo certeza en relación a este extremo**. Es cierto que no hubo **un control** de la suscripción del documento; **el cual se agregó a la historia clínica**, sin la firma de la Sra. Ortega. Pero también es cierto - como lo sostuvo la defensa del imputado en su alegato - que al tiempo del hecho no se encontraba vigente la ley 26.529 (y, en especial, su art. 7º, referido a la **forma** del consentimiento); que entró a regir a los 90 días de su publicación (art. 23); siendo promulgada de hecho 19/11/2009 y habiendo tenido lugar la cirugía el 28/12/2009. El dato es significativo porque, hasta antes de la vigencia de esta ley, había consenso en orden a que, como principio general, la manifestación de voluntad que encarna el consentimiento **no estaba revestida de formalidad alguna** (Cfr. Javier A. Buján - Marcela V. De Langhe, *Tratado de los delitos*, Tº 1, *Delitos contra las personas*, Ed. Ábaco, Bs. As., 1998, p. 323). Sentado lo anterior, considero que en el sub lite, la falta de **suscripción (firma)** **no significa** que la paciente y sus familiares prestasen aquiescencia a una intervención respecto de la cual ignoraban todo. En tal sentido, si bien la hija de la fallecida ratifica en su testimonio que su madre **no firmó** ningún consentimiento, también relató que: “(...) después de llevarle las radiografías, el Dr. Toconás consideró necesaria la intervención quirúrgica, que consistiría en el reemplazo de la cabeza del fémur por una prótesis. Posteriormente se le pidió [a la paciente] que se hicieran los análisis y el electrocardiograma para poder operarla y como estaban todos bien, se fijó [como fecha de intervención], primero, el día 21 de diciembre de 2009” (fs.68. Aclaro que

esta intervención fue suspendida en esa fecha [21/12] y luego trasladada al día 28/12). Es difícil considerar, luego de este relato, que frente a estas consultas previas a la cirugía no se le haya hecho conocer a la paciente los alcances generales de la operación y que ésta haya asentido la misma; máxime cuando la cirugía fue decidida a partir de estudios radiológicos que aportó la propia Sra. Ortega; y cuando, también con antelación a la práctica médica, se realizaron los correspondientes exámenes pre-quirúrgicos; los cuales, no sólo según la interpretación del profesional interviniente, sino también de los peritos oficiales, se tradujeron en un apto para la cirugía.

Por todos los argumentos expuestos hasta aquí, debo concluir que los elementos de convicción valorados **no me permiten** formar *plena certeza* para que el acusado pueda ser responsabilizado penalmente en relación al desafortunado deceso de la paciente; lo que, por aplicación de la regla de *favor rei* (art. 406, 4º párrafo, CPP), **me lleva a decretar la ya adelantada absolución**. Es que, si el juzgador se encuentra con dos o más alternativas fácticas posibles en orden a lo sucedido y, éstas tienen, cada una, una explicación racional, estamos frente a la duda, que beneficia al acusado; esto es: “una indecisión del intelecto puesto a elegir entre la existencia o la inexistencia del objeto sobre el cual se está pensando, derivada del equilibrio entre los elementos que inducen a afirmarla y los elementos que inducen a negarla. Todas ellas igualmente atendibles” (cfr. Cafferata Nores - Hairabedián, *op. cit.*, pp. 7/8).

VII. En orden a la exigencia prevista por el inciso 3º, del artículo 408, del rito local, en los casos de absolución por aplicación del principio *in dubio pro reo* **[como aquí sucediera]**, el tribunal se encontrará “imposibilitado de fijar el hecho acreditado por carecer, precisamente, de certeza acerca (...) de la participación [responsable, en el mismo]. En tal sentido, las garantías tuteladas se resguardan suficientemente si se consigna **[como lo hiciera supra] que el hecho de la acusación no está probado**” (cfr. José I. Cafferata Nores – Aída Tarditti, *Código procesal penal de la provincia de Córdoba. Comentado*, Tº 2, Ed. Mediterránea, Córdoba, 2003, p. 285. El énfasis y las aclaraciones me corresponden). Dejo así contestado este primer interrogante propuesto.

A LA SEGUNDA Y TERCERA CUESTIÓN, EL DR. JOSÉ DANIEL CESANO DIJO:

En consideración a la respuesta dada a la cuestión que antecede, no corresponde responder al segundo interrogante.

Tampoco en lo que concierne a la sanción a imponer ya que, como quedó dicho al responder la primera cuestión, he decretado la absolución del acusado.

Sólo me resta señalar:

- 1.- Que no corresponde la imposición de costas atento lo resuelto en el primer interrogante.
- 2.- Que tampoco corresponde la regulación de honorarios profesionales del abogado patrocinante de la querellante particular, Sra. Lorena Roxana Galván, Dr. Esteban Roncaglia, ni el de los abogados co-defensores del acusado, Juan Marcelo Toconás, por la asistencia técnica de éste, Dres. Felipe Trucco y Federico Ferrer Vieyra, por no haberlos solicitado ni existir base económica para ello (art. 26, *a contrario sensu*, Código Arancelario).

Por todo lo expuesto y normas legales citadas, la Cámara en lo Criminal y Correccional de Séptima Nominación, a través de esta sala unipersonal, **RESUELVE**: **I. ABSOLVER** a **Juan Marcelo Toconas**, ya filiado, por el delito de homicidio culposo que se le atribuía; sin costas (artículos 45 y 84 del Código Penal; artículos 406, 4º párrafo, 411, 550 y 551, *a contrario sensu*, del C.P.P.). **II.** No regular los honorarios profesiones del abogado patrocinante de la querellante particular, Sra. Lorena Roxana Galván, Dr. Esteban Roncaglia, ni los de los abogados co-defensores del acusado Juan Marcelo Toconas, por la asistencia técnica de éste, Dres. Felipe Trucco y Federico Ferrer Vieyra, por no haberlos solicitado ni existir base económica para ello (art. 26, *a contrario sensu*, Código Arancelario). **III.** Protocolícese y notifíquese.

José Daniel Cesano

- Vocal de Cámara -