

///nos Aires, 10 de noviembre de 2011.-

AUTOS Y VISTOS:

Convoca la atención de la Sala el recurso de apelación interpuesto por la defensa de J. E. F. contra el punto I de la resolución de fs. 1582/1594 vta., por la cual se dispusiera su procesamiento en orden al delito de homicidio culposo (art. 84 del Código Penal).

Celebrada la audiencia que prescribe el art. 454 del código adjetivo, concurrió la asistencia técnica del referido a fin de exponer los motivos de su agravio, así como la parte querellante, quien efectuó las réplicas pertinentes.

Finalizado dicho acto y habiendo deliberado el tribunal en los términos de su art. 455, la materia debatida se encuentra en condiciones de ser resuelta.-

Y CONSIDERANDO:

Se encuentra acreditado en autos que el 5 de octubre de 2007 F. F. G. fue intervenido quirúrgicamente en el “S. O. y M. S.A.” por un equipo médico encabezado por el cirujano G. J., sus ayudantes E. H. A., C. A. Z. y J. M. V., el anestesista J. E. F., el neurólogo S. E. K., la instrumentadora M. M. y el técnico en hemoterapia M. O. M., encontrándose este último a cargo de la máquina recuperadora de glóbulos rojos utilizada en esa oportunidad. La operación consistía en retirar el material de osteosíntesis que se había colocado al paciente con anterioridad e implantar otro para fijar su columna vertebral y corregir de esa forma la escoliosis que presentaba.

Asimismo, surge de la historia clínica pertinente que la cirugía comenzó a las 17 y culminó aproximadamente las 23:30 de ese día, tras lo cual el anesthesiólogo F. solicitó una cama para el paciente en la unidad de terapia intensiva, siéndole informado que no había disponibilidad en esos momentos, por lo que debería esperar una hora para que se liberara alguna de las existentes en ese sector. Que ante ello, el facultativo decidió derivar al recién intervenido a una “cama de piso”, tratándose de las instaladas en las habitaciones convencionales del sanatorio. Como referencia, obra textualmente en el libro de pase de guardia “*desde quirófano se solicita cama para UTI, por un Pte. Sr. G. Cdc. de columna se informa que no se dispone por el momento y que lo retenga en quirófano mientras pasa un paciente a*

otra habitación el médico solicitante me responde que él no puede esperar y que el Pte. ya se había despertado que lo pasaría a la habit. común” (cfr. fs. 1112/1114).

Es así que a la hora 0:20 del día siguiente, el internado ingresó al piso asignado presentando una descompensación, lo que motivó un nuevo traslado, alrededor de la una de la madrugada, esta vez a la unidad de terapia intensiva. Fue al ingresar allí que la médica a cargo constató los serios trastornos que presentaba el paciente, por lo que se llevaron a cabo diversas prácticas para intentar su estabilización (cfr. fs. 1115/1116), pero una hora más tarde se consignó en la misma historia clínica (folio 26) que el denominado “hemosuctor de drenaje” estaba “*casi lleno de sangre fresca*”, lo cual condujo a la intubación del afectado y a la colocación de una vía central (ver fs. 1117).

Finalmente, debido al grave sangrado que presentaba, se lo condujo nuevamente al quirófano con el objeto de explorar la zona quirúrgica, siendo que durante la reintervención del joven G. “*se produjo asistolia que culminó con el óbito*” a las 4 del día ya referenciado (ver fs. 1118 y 1120).

El juez instructor consideró en su resolutorio que los antecedentes reseñados permitían inferir que el médico imputado no había obrado de acuerdo a “*lex artis*” desencadenando su actuación el desenlace fatal aludido. Sostuvo además que durante la operación, F. no efectuó los controles necesarios para conocer acabadamente el estado hemodinámico de la víctima con el fin de mantenerlo estable durante y después de la intervención quirúrgica. Adujo que el sangrado postoperatorio que presentara derivó en una cuagulopatía que no pudo ser controlada, provocándole ello un shock hemorrágico que condujo a su muerte.

Ahora bien, luego de repasar este prolegómeno y como resultado de la deliberación precedente, vamos a acordar la homologación del decisorio que ha venido impugnado, por cuanto la adecuada valoración de los elementos probatorios logrados en autos conduce a coincidir con el criterio que adoptara el magistrado de la instancia anterior.

En tal sentido, priva el resultado de la extensa y pormenorizada experticia elaborada por 12 miembros de reconocidas entidades especializadas, tales como el Cuerpo Médico Forense, el Instituto de Rehabilitación Psicofísica y la Facultad de Medicina de la Universidad de

Poder Judicial de la Nación

Buenos Aires, en forma conjunta con los peritos propuestos por las partes, ya que dicho trabajo ha resultado primordial para ilustrarnos acerca de los roles que les cupo a cada uno de los encausados en el transcurso de la operación y la secuencia posterior de acontecimientos que derivaron en el fallecimiento de F. G.

Ello, pues las conclusiones a que arribara la junta médica permiten acreditar, en principio, la responsabilidad que cabe atribuirle al referido F. en el suceso investigado. Como su contenido es eminentemente técnico y a la vez clarificador, se impone la transcripción textual de ciertos trechos que apuntalan la conclusión a que hemos arribado.

En primer lugar, se consigna que el desempeño profesional que atañe al prevenido radica en suministrar “...*la anestesia del paciente para permitir la intervención quirúrgica*”, controlar su “...*evolución...durante la cirugía hasta el final de la intervención...*” y recuperarlo “...*en sus parámetros vitales*”.

Además, el anesthesiólogo “*es el profesional competente para supervisar todo el proceso anestésico durante la intervención y controlar su bienestar y seguridad después de finalizada la misma. En un sentido literal, el Anesthesiólogo elegirá el método más apropiado para que su operación pueda realizarse sin que tenga dolor y cuidar sus condiciones físicas segundo a segundo todo el tiempo que permanezca en el quirófano. Esta atención continuará en la sala de recuperación postanestésica, hasta asegurarse que esté en perfectas condiciones*” (cfrme. cita de fs. 1126/1127).

Complementariamente, se señaló que “*En toda cirugía debe controlarse el estado hemodinámico del paciente. Es el médico anesthesiólogo el responsable de la mencionada tarea ya que cuenta, con los conocimientos y el entrenamiento suficiente para interpretar los parámetros que se informan en los monitores que forman parte de la máquina de anestesia (tensión arterial sistólica, diastólica y media; saturación arterial de oxígeno; presión de dióxido de carbono de fin de espiración; ritmo cardíaco y frecuencia)*”. A su vez se opinó que “*resulta recomendable controlar al paciente con análisis de sangre tales como gases en sangre, hematocrito*”, ya que “*El monitoreo de gases en sangre y la determinación de ácido láctico son útiles para diagnosticar shock oculto, es decir, estado de inadecuada irrigación de los*

tejidos con parámetros vitales aún conservados” (fs. 1135).

Ahora bien, el cumplimiento de estas pautas no pudo verificarse, pues los expertos señalaron que en el parte anestésico secuestrado en autos no surge la realización de un análisis de laboratorio durante la cirugía ni tampoco constancias del control de la diuresis, siendo que de haberse llevado a cabo tales estudios *“se habría tenido un conocimiento más acabado de la hemodinamia del paciente, y se podrían haber efectuado las correcciones pertinentes”*. De otro lado, refirieron que si bien en las constancias de la historia clínica obran los controles hemodinámicos dando cuenta de la estabilidad del paciente, dicha información contradice los hallazgos clínicos y de laboratorio referentes al postoperatorio inmediato, ya que éstos eran *“compatibles con una inadecuada perfusión de los tejidos durante la cirugía”* (cfr. fs. 1135, 1136 y 1143).

Sobre este punto, tanto el médico de guardia L. G. B. de Q. (fs. 624/625) como las enfermeras I. M. M. (fs. 632/632) y H. A. Z. (fs. 511/513 vta.), quienes ese día se desempeñaban en el piso de cirugía, coincidieron en cuanto al real y grave estado del paciente al momento de su traslado a la habitación común por orden del anestesista. Esta última testigo es concluyente al adosar que el imputado F. *“vio como lo estábamos asistiendo al paciente, habló un poco con la familia y se fue, se retiró...no dejó ninguna indicación”* siendo que G. *“estaba hipotenso, pálido, inconsciente”*, por lo que a su criterio al menos aquél o el cirujano interviniente deberían haber permanecido en el nosocomio hasta que se lograra revertir el desfavorable cuadro clínico que presentaba el convaleciente.

Volviendo ahora al contenido de la experticia, también se introdujo allí, como dato de singular importancia, el concerniente a que en la intervención quirúrgica practicada se le transfundieron al sometido *“glóbulos rojos lavados recuperados durante el acto operatorio (autólogos) y glóbulos tojos sedimentados de banco de sangre (homólogos) ambos desplasmatizados, es decir, sin plasma, que es la fracción líquida de sangre que contiene los factores de coagulación, albúmina, electrolitos etc.”* (fs. 1144).

En la misma dirección, se aclaró también que *“Estas proteínas plasmáticas son fundamentales para la vida...contribuyen a la conservación de la viscosidad normal de la sangre, de su presión osmótica y del volumen*

sanguíneo”. Explicaron que “*Cuando se produce una lesión tisular, el organismo trata de compensarla mediante acúmulos de plaquetas que se pegan en la zona afectada para impedir la hemorragia (trombo de plaquetas). Posteriormente, se activan los distintos factores de coagulación para formar el coágulo definitivo (trombo de fibrina)*”. Entonces “*La cuagulopatía por consumo cuando es aguda, se traduce en el laboratorio por una disminución de las plaquetas y de los factores de coagulación en el plasma con prolongación del tiempo de protrombina (TP) y del tiempo de trombo-plastina parcial activado (aPTT) y del tiempo de trombina*”, siendo que su tratamiento “*se efectúa de acuerdo a los parámetros de laboratorio y el estado clínico del paciente y consiste en aportar los factores consumidos mediante la infusión de plasma fresco congelado crioprecipitado fundamentalmente pudiendo agregarse otros preparados comerciales que aportan factores de coagulación*”(fs. 1138).

En lo que atañe al caso específico, los especialistas indicaron que en la documentación médica pertinente consta que en el postoperatorio se manifestó en el paciente una cuagulopatía que fue advertida por los facultativos actuantes, quienes solicitaron los estudios que permitieron confirmar tal sospecha y por dicho motivo comenzaron a reponer los factores de coagulación faltantes mediante el suministro de “plasma y crioprecipitados”. Asimismo, que la “*aparición de la cuagulopatía dilucional, puede prevenirse con la administración de factores de coagulación: trasfusión de plasma, administración de gluconato de calcio, tarea que en el quirófano debía llevar a cabo el anestésista*” (ver fs. 1137).

En otro orden, frente al interrogante planteado por el instructor acerca del motivo de la divergencia que existía entre el cuadro descrito por la médica clínica y los estudios de laboratorio con relación al asentado por el sindicato, coincidieron mayoritariamente en que “*La divergencia surge porque la médica describe un cuadro de descompensación hemodinámica no manifestado por el anestesiólogo, y los datos de laboratorio (acidosis metabólica, incremento del ácido láctico, incremento de enzimas hepáticas) son indicativos de un estado de descompensación hemodinámica que, por su magnitud, se infiere ya estaba presente durante el acto operatorio*” (fs. 1148).

Finalmente, la casi totalidad de los opinantes (con dos

excepciones) convergieron en que *“Los hallazgos clínicos y de laboratorio del postoperatorio inmediato son compatibles con una situación de inestabilidad hemodinámica durante la cirugía y quien tenía a su cargo el manejo hemodinámico del paciente era el anestesista”*; también coincidieron en cuanto a que el *“paciente debería haber permanecido en quirófano asistido por el anestesista hasta tanto la cama de terapia intensiva estuviera disponible”*.

Como puede apreciarse, no siempre nos encontramos, ante el requerimiento de opiniones científicas que deben guiar en estos complejos casos al juez para definir su decisión, con una mayoritaria y concluyente opinión como la que se ha conformado en el contexto de este expediente. Al inicio del presente desarrollo destacamos que la prueba en los supuestos como en el que ahora debemos pronunciarnos, transita esencialmente por las apreciaciones de los expertos que, en este preciso caso y sin ambages, han definido la actuación del médico F. como una defectuosa práctica profesional.

La inobservancia del encausado para con los deberes inherentes a su profesión resulta palmaria -siempre conforme a los pareceres de los versados en esta materia- pues se advierte un deficiente control sobre el estado hemodinámico del paciente, que era esencial para la delicada intervención encarada. Se ha puesto entonces en evidencia que el negligente desempeño del facultativo, al haber obviado los pertinentes análisis de laboratorio durante la cirugía, la determinación inherente a los volúmenes de sangre perdida y líquidos transfundidos durante la operación a la que se sometió G., y la verificación los niveles de diuresis, saturación arterial de oxígeno y dióxido de carbono en el nombrado. Estos notorios descuidos, unidos a su actuación en la inmediata etapa postoperatoria donde procediera a desligarse de la atención a que se veía obligado para corroborar el real estado del enfermo y que hubiera evitado la grave descompensación clínica que sufriera, deben tomarse como consecuencia directa del fatal resultado producido.

Al respecto, el complicado panorama debió ser advertido por el responsable de su atención, desde que a menos de una hora de finalizada la intervención quirúrgica, los médicos que se hicieron cargo de la situación en defecto del anestesiólogo, M. G. D. V. (fs. 520/521 vta.) y L. G. B. de Q. (fs. 624/625) constataron que el paciente *“estaba estuporoso, no*

Poder Judicial de la Nación

respondía...estaba pálido, las manos frías...estaba hipotenso, no llegaba a 70 de presión sistólica” y “el oxígeno estaba muy bajo...tenía las piernas y brazos muy fríos, lo que podría significar que no llegaba bien la sangre, la presión la tenía muy bajita”, lo que muestra a las claras la desidiosa conducta del médico reprochado, pues confronta con las obligaciones que debía observar conforme lo prescribe el art. 19 la ley 17.132 en cuanto les impone a los profesionales en el arte de curar “Asistir a los enfermos cuando la gravedad de su estado así lo imponga y hasta tanto, en caso de decidir la no prosecución de la asistencia, sea posible delegarla en otro profesional o en el servicio público correspondiente”.-

La doctrina y jurisprudencia están acordes con la posición de garante que asume quien ejerce la medicina, pues está sometido a una mayor exigencia de responsabilidad, desde el momento en que tiene bajo su guarda la salud y la vida de las personas. Así, *“el profesional deberá demostrar que ha agotado los deberes de información exigibles para el caso y que lo ocurrido ha sido algo imprevisible, carente de signos conforme con los estudios practicados”* (Yacobucci, Guillermo J., *“Algunos aspectos de la responsabilidad penal de médico en la responsabilidad médica para el tercer milenio”*, Femi, Montevideo, 2000, pág. 143); en concordancia, esta misma sala se ha pronunciado en cuanto *“...la posición de garante que recae sobre los profesionales de la salud, exige de estos que frente a la situación de peligro concreten las medidas a su alcance para neutralizar la afectación del bien jurídico”* (*in re* causas Nro. 345/10 “Luna, Raúl”, rta. el 8/4/10 y Nro. 30.585 “Rossi, Guillermo y otro”, rta. el 30/4/07). Esta carga parece no haber sido observada por el sindicato, lo que lo compromete directamente con el resultado letal que se verificara, validando la resolución de mérito que a su respecto corresponde adoptar en este estadio (artículo 306, CPPN).

Por todo lo expuesto, el Tribunal **RESUELVE**:

CONFIRMAR el punto I del auto de fs. 1582/1594 vta. en cuanto allí se dispone el procesamiento de J. E. F. en orden al delito de homicidio culposo (art. 84 del Código Penal).

Devuélvase, debiendo la instancia de origen practicar las notificaciones correspondientes y sirva lo proveído de muy atenta nota de envío.

Se deja constancia que el Dr. Julio Marcelo Lucini integra este Tribunal por resolución del Acuerdo General de esta Cámara del 17 de diciembre de 2010 (expte. 19546/2010).-

Alberto Seijas

Carlos Alberto González

Julio Marcelo Lucini

Ante mí:

Javier R. Pereyra
Prosecretario de Cámara