

Voces: Homicidio imprudente por motivo de mala praxis médica. Absolución de los facultativos imputados: Valoración de la prueba pericial. Causalidad. Deber de cuidado: momento en que debe valorarse el acto médico. Principio de confianza: responsabilidad médica cuando existen dos altas (traumatológica y clínica). Diagnóstico posterior al acto quirúrgico, durante el postoperatorio.

SENTENCIA NÚMERO DIECISEIS (16):

Córdoba, veintitrés (23) de abril del dos mil veintiuno.

VISTOS: Los autos caratulados "**MANSUR, Ricardo y otro p.ss.aa. Homicidio Culposo**", Expediente SAC n° 1036005, 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**; los **querellantes particulares** Sra. **María Eva Lastra** y Sr. **Claudio Gustavo Acosta** y su apoderado, Dr. **Juan Bautista Martínez**; los imputados **Ricardo Fidel Mansur** y **Fernando Sebastián Soria Díaz** y sus defensores, **Dres. Cristian Ayán** y **Federico Luis Sánchez**, respectivamente; cuyas condiciones personales, surgidas del interrogatorio de identificación y de lo informado por el actuario son: **RICARDO FIDEL MASUR**, argentino, D.N.I. N° 14.838.842, nacido en Córdoba Capital, el 21 de octubre de 1961,

de profesión médico, recibido en la Universidad Católica de Córdoba en el año 1987, especialista en Pediatría. Es hijo de Salomón Fidel Mansur y de María Avendaño. Al momento del hecho prestaba servicios en la Clínica SANAGEC; actualmente lo hace en el Hospital de Niños y en la Clínica Vélez Sarsfield. Es casado y tiene 3 hijos, de 26, 24 y 20 años. No consume alcohol ni drogas y es sano. No posee antecedente penales, lo que es ratificado por la actuaria, según constancias de autos. Prontuario policial N° 936623 AG; y de **FERNANDO SEBASTIÁN SORIA DÍAZ**, argentino, D.N.I. N° 25.802.243, nacido en la ciudad de Salta el 15 de mayo de 1977, de profesión médico, se recibió en la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2002, especialista en Traumatología, al momento del hecho trabajaba en la Clínica Sanagec; actualmente lo hace en el Sanatorio Infantil, en la Ciudad de Salta y en algunas clínicas privadas. Es hijo de Enrique Humberto Soria y de María Ester Díaz, viven ambos. Divorciado, vive en pareja y tiene 3 hijos, de 6 años, de 4 años y de 1 mes. No consume alcohol ni drogas y es sano. No posee antecedente penales, lo que es ratificado por la actuaria, según constancias de autos.

DE LOS QUE RESULTA: El auto de elevación a juicio (fs. 301/313) les atribuye de los acusados Ricardo Fidel Mansur y Fernando Sebastián Soria Díaz el siguiente hecho: Con fecha 15 de junio de 2010 el menor Lucas Ezequiel Acosta, de 14 años de edad, ingresó a la Clínica Sanagec, sita en Boulevard Guzmán N° 65, de esta ciudad de Córdoba, donde fuera sometido a una intervención quirúrgica de pie plano rígido/calcanoescafoides, quedando internado en el citado nosocomio hasta el día 17 de junio de 2010. Que con posterioridad a la cirugía, y durante su internación, habría presentado un cuadro de cefaleas, náuseas y vómitos pese al cual los Dres. Sebastián

Soria Díaz (médico traumatólogo que lo interviniera quirúrgicamente) y Ricardo Fidel Mansur (médico pediatra a cargo de la guardia) habrían otorgado el alta médica al menor Acosta, omitiendo disponer previamente una punción lumbar con el objeto de cultivar y examinar el líquido cefalorraquídeo, impidiendo de ese modo el diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana que presentaba y que finalmente le provocara la muerte a causa de una insuficiencia cardiorrespiratoria provocada por una meningitis inespecífica (leptomeningitis), congestión y edema cerebral, congestión y edema agudo de pulmón, congestión hepática, esplénica y renal, con fecha 20 de junio de 2010” (fs. 301/318).

Y CONSIDERANDO: Que el Tribunal se ha planteado las **siguientes cuestiones a resolver:** **1) ¿Existió el hecho delictuoso y fueron responsables los acusados?; 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. 301/318, le atribuye a **Ricardo Fidel Mansur y Fernando Sebastián Soria Díaz**, la coautoría del delito de **homicidio culposo** (arts. 45 y 84, primer párrafo, 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. En la audiencia, informados 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 Mansur, previo asesoramiento de su defensa, dijo que era su voluntad prestar declaración. En esa oportunidad *negó los hechos y expresó que haría dos aclaraciones. En primer lugar, con respecto a las cefaleas que presentó el menor dijo que las mismas son muy comunes en las cirugías y post punciones raquídeas ó post punciones anestésicas; aclarando que su opinión es respaldada por un informe realizado a su pedido, el cual adjunta, por una especialista en Anestesiología, la Dra. Tania Aguirre, del Hospital de Niños, donde la profesional refiere que, en los últimos diez años, ella ha visto complicaciones de cefalea después de una anestesia raquídea y en los últimos diez años no ha tenido una sola infección, en el Hospital de Niños ni tampoco en el Hospital Infantil, relacionada con un cuadro de meningitis o de infección post punción raquídea. Sí ha tenido cuadros de cefalea post punción; esto también lo dice el informe o la pericia civil neurológica, la cual afirma que es muy común la cefalea tras una cirugía. En segundo término quiere dejar en claro que se dice que la cefalexina que ingirió Lucas Ezequiel enmascaró el cuadro de una meningitis decapitada y por eso no tuvo fiebre. Al respecto, refirió el acusado que adjuntaba un informe que hizo la máxima autoridad en infectología de Córdoba y quizá del país el Dr. Eduardo Glatstein quien afirma que la cefalexina no atraviesa la barrera hematoencefálica, no ejerce ninguna acción en el líquido céfalo raquídeo y por lo tanto no enmascara ni decapita una meningitis. Durante el transcurso del debate, el acusado solicitó prestar nuevamente declaración, oportunidad en la que manifestó: Que hay algo que no se ha tenido en cuenta en el debate ni está explicado por escrito y es que la cefalexina, de acuerdo al formulario terapéutico del hospital Garrahan, tiene efectos adversos. Así como la anestesia raquídea tiene sus efectos adversos la cefalexina tiene 3 efectos*

adversos principales que son: el vómito, la náusea y la cefalea (leyó el contenido de la página 54 del formulario); que quiere dejar constancia que no solamente una anestesia raquídea, que es el hecho previo, sino también el medicamento dado pudo originar esta sintomatología que tuvo Lucas Ezequiel. En el libro Anestesia y Reanimación, obra de especialistas de la Universidad de Paris (leyó las páginas 323 y 325) figuran también estas posibles complicaciones de la punción raquídea. Quiere dejar en claro que las la cefaleas, las náuseas y vómitos también son posibles efectos vinculados con un cuadro post anestésico como el que aquí se llevó a cabo. Ambos libros, describen que en este tipo de procedimientos estoy alterando una barrera anatómica y provocando una fisiología. En la raqui-anestesia tengo que atravesar piel, tejido subcutáneo, ligamentos, duramadre, entrar al líquido cefalorraquídeo, esperar a que salga, colocar un anestésico que tiene como función alterar el nervio espinal para que no haya dolor, no haya movimiento, no haya sensibilidad. Claramente ambas cuestiones anatómicas y fisiológicas que se alteran dan este tipo de cuadro.

Al hacer uso de la ultima palabra dijo: *“agradeció al Tribunal por la corrección con que fue tratado. No cometí ningún hecho culposo actué de acuerdo a la ciencia medica, que vi que todo estaba bien, que dios ilumine su dictamen”*

En la misma oportunidad e 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 Fernando Sebastián Soria Díaz**, previo asesoramiento de su defensa, dijo que era su voluntad prestar declaración: *“Negó los hechos.*

Aclaró que estuve consultando la causa civil y en la pericia oficial esta el Dr. Ortiz Morán y Lozano y consta que actué según la ciencia y mi especialidad”. Durante el transcurso de la audiencia de debate, el acusado solicitó prestar nuevamente declaración, oportunidad en la que manifestó: Yo transcribí en la Historia Clínica lo indicado por mi jefe en ese momento, el Dr. Rojas; cumplía sus órdenes, solo hice eso como médico tratante. Al momento del alta al paciente tengo contacto con él, estaba con la madre, no le encontré ningún otro síntoma ni signos que me hicieran pensar que tuviera una complicación de gravedad, cumplí con las indicaciones de mi jefe, le di el alta. Cuando escribo en la Historia Clínica consigno que se otorgó el acta desde el punto de vista traumatológico; estoy cumpliendo con la indicación de mi jefe. Al hacer uso de la última palabra expresó: “reafirmo mi inocencia. Siempre me desarrollé de acuerdo a las artes medicas””.

IV. Elementos probatorios: En el debate se ha producido la siguiente prueba:
Testimoniales: 1. María Eva Lastra. D.N.I. N° 23.736.772 –madre de la víctima y querellante particular- expresó: Que fueron a la consulta con el Dr. Rojas y éste le dijo que su hijo tenía un pie plano rígido, que se podía mejorar con cirugía. Que en ese momento su hijo tuvo miedo. Pero que, al año siguiente, como le dolía la pierna y la cadera, volvieron a la consulta con el Dr. Rojas y pusieron fecha para la operación. Se hicieron los análisis y un electro para ver si estaba bien. Que al Dr. Soria Díaz se lo presentó el Dr. Rojas, quien le dijo que estaría en la cirugía; pero que él (por Rojas) era el maestro o el cirujano que lo guiaba y quedaron conformes, porque el Dr. Rojas iba a estar. Al terminar la cirugía su hijo salió asustado y le comentó que había una señora que, cuando le iba a poner la anestesia, lo agarró y que lo bajó de los hombros y sintió que lo había lastimado y que también le habían

lastimado la espalda. Antes de la cirugía, el Dr. Rojas le avisó que le pondrían anestesia local porque no necesitaban una completa. Detalló que su hijo se sintió mal, tenía dolor de nuca, náuseas, dolor de ojos, esa noche vomitó verde, se quedó su hijo mayor a cuidarlo y él le contó que Lucas vomitaba verde. Le pusieron *Reliveran*. No sabe quién era el médico de guardia. Aclaró que cuidó a su hijo encontrándose presente en la clínica desde que salía del trabajo, al medio día, hasta última hora; momento en que su hijo mayor se quedaba, por la noche, a cuidado de su hermano. Que Lucas le decía que la enfermera venía a ponerle un calmante, que no iban los médicos a verlo, hasta que llegó el Dr. Soria y Rojas y la dicente le comentó que su hijo estaba mal y ellos le respondían que estaba asustado, que estaba anñado, que ya se le iba a pasar; que no pidieron nada, incluso lo dejaron unas horas más en la clínica; pero nunca lo controló ningún pediatra. A solicitud del apoderado de la querrela, Dr. Juan Bautista Martínez se dejó la siguiente **constancia** de los dichos de la testigo: “**Que no acudió ningún médico, que eran únicamente las enfermeras y que le daban los medicamentos suscriptos por los médicos y que no acudió ningún pediatra**”. Afirmó que desde la cirugía lo visitaron a la tarde y dijeron que los malestares se le iban a pasar; que estaba asustado; que no hacía falta hacer estudios médicos, y repetían que era el estado de susto y la anestesia que le había caído así y le decían que: “son cosas que pasan”. Después que Soria le puso el yeso y la dicente le dijo que su hijo estaba con malestar, dolor de nuca y ardor de ojos, y que Soria le dijo que, en la casa, se le iba a pasar, éste no prescribió algún medicamento, solo el antibiótico de la operación, del que no recuerda el nombre. Que le dieron el alta después del almuerzo, como a las 4 de la tarde; pero de la Clínica se fueron como a las 7 u 8 de la noche y Lucas tenía dolor de nuca, ardor de ojos, náuseas y vomito, y

fue a la guardia y le dijeron que recién le estaban dando el alta. Recordó que se había cortado la luz y no había ascensor para bajarlo. En la casa Lucas no tomó más que un té, quería estar en su cama, seguía con las molestias. El viernes comió apenas, almorzó un puré; siguió con estos síntomas, luego del almuerzo le dolía el estómago; le dio otro té, vomitó lo que había comido, y le decía “ya me va a pasar”. Que la dicente le dijo a su hijo que fueran al hospital de niños, pero Lucas no quiso y amaneció muerto a las 9 de la mañana. Que no intentó comunicarme con Soria Díaz porque ellos no le dieron ningún teléfono para comunicarse. Le prescribieron paracetamol y el antibiótico que seguramente era *cefalexina*. Tenían cita para la próxima semana con el Dr. Rojas. En la sala reconoció al Dr. Soria Díaz, como uno de los profesionales que lo habían atendido a su hijo, pero dijo que al Dr. Mansur nunca lo había visto ni se había comunicado con él. A preguntas formuladas por el defensor del acusado Soria Díaz, Dr. Federico Sánchez, dijo: Que el Dr. Rojas, que era el jefe de traumatología, le presentó al Dr. Soria Díaz y dijo: “yo soy el maestro, le dijo Rojas a Soria”; aclarando que en ese momento lo estaba presentando y diciéndole que él iba a hacer la operación de su hijo, que era el Dr. Soria quien lo operaría; que además su hijo le dijo que estaba el Dr. Soria en la operación y que él se la hizo. El Dr. Rojas fue el cirujano principal de la operación. Que el Dr. Rojas le dijo que se iba de alta, pero Soria fue mas tarde y le dio los papeles. Que su hijo, en algún momento se ponía bien, que las nauseas se le habían ido, no se si era para tranquilizarla, pero después lo veía con arcadas y se sobaba la nuca, y le decía “*no me lleves a ningún lado*”. Cuando estaba en su casa, decía que le dolían los ojos, la nuca y que de a ratos le daban nauseas y vómitos. Que el día sábado quería salir a ver sus amigos pero no lo dejó y a la noche le agarró dolor de nuca y nauseas. A solicitud de

las partes se dejó la siguiente **CONSTANCIA** de los dichos de la testigo:
Que no era un chico que se quejaba, siempre fue muy sano. Manifestó que tenía obra social, pero no tenía servicio de emergencias, que llamó varias veces al Número 136 y le dijeron que ya se llegarían y no aparecieron. Aclaró que, en aquel momento, era empleada doméstica y trabajaba todos los días, en el horario de 8:00 a 12:00 ó 13:00 horas y, luego de salir de trabajar se iba a ver a su hijo. Reiteró que Rojas era el maestro de Soria. Lucas no quería volver a la clínica, porque decía que lo habían lastimado. Cuando le dieron el alta no le dieron ninguna instrucción, como síntomas de alarma, solo le dijeron que ya se le iba a pasar. Rojas y Soria me dijeron eso y que la cirugía había estado perfecta, reiterando que primero fue Rojas el que le dijo que estaba de alta y a las 2 horas llegó Soria y trajo los papeles de alta. Rojas lo vio a Lucas, no lo revisó pero fue a la salita y dijo que todo había salido bien. A las 16:00 horas aproximadamente vino Soria.

2. **Claudio Gustavo Acosta**, D.N.I. N° 22.220.093, –padre de la víctima y querellante particular-. Relató que en las consultas y en la cirugía no había estado, que la que hizo todo fue su esposa y le iba comunicando. Que regresó de viaje el día viernes y a Lucas lo operaron un día jueves, que ese viernes estaba de alta y en la casa; que le comentaba que había salido con dolor de nuca y ardor en los ojos. Que lo vio bien para ser un chico recién operado, que estaba animado y no se quejaba del dolor en la pierna. Que estuvieron charlando, y después se fue a dormir. Que el día el sábado salió y cuando volvió Lucas estaba sentado con los hermanos, había desayunado, hasta ese momento era normal, pero quejándose siempre de ese dolor, de esa molestia. Que no conoció al cirujano de la operación. Que el sábado a la noche su esposa le hacía a Lucas masajes en al nuca. Que prácticamente lo echaron de

la clínica, le dijeron que el dolor en la nuca y dolor en los ojos era normal. No recuerda si hablaron de llevarlo a un centro medico.

3. **Daniel José Rojas**, D.N.I. N° 12.995.733, médico especialista en Ortopedia y traumatología. Actualmente trabaja en SANAGEC y al momento del hecho también lo hacía. Relató que conoció al niño en el consultorio de la clínica y lo operó. A solicitud de las partes se dejó la siguiente CONSTANCIA de los dichos del testigo: “le di el alta y no lo vi mas”. Explicó que el Dr. Soria trabajaba con él, ayudaba a operar y fue el ayudante en la cirugía que se le hizo a Lucas Acosta. Que como cirujano, ningún otro medico estuvo en la cirugía, sólo el anestesista. Manifestó no recordar cuantos días estuvo internado, señalando que él da el alta traumatológica al otro día o a las 48 horas de la cirugía. Aclaró que dar el alta traumatológica no significa que el paciente se haya retirado de la clínica porque queda a control del área de los médicos de piso. Recordó que lo controló al paciente internado pero el alta en sí o sea considerar que está para irse, no recuerda si lo hizo él o alguien que estaba con él. Que durante la internación al paciente lo evalúan en su evolución otros médicos. Afirmó no saber si, en este caso, fue evolucionado, lo lógico y habitual es que sí, pero en este caso debe hacerlo el área de Pediatría. Dijo que no detectó síntomas de meningitis bacteriana. Que vio al niño una sola vez en el post operatorio y que nunca vio ni advirtió ningún síntoma. Que la anestesia raquídea es la que se aconseja en este tipo de patología y que las medidas de asepsia son rutinarias. En esta operación no recuerda haber visto algo distinto de lo que se hace siempre. Que el alta puede firmarla el ayudante en representación suya. A solicitud de las partes se dejó la siguiente CONSTANCIA de los dichos del testigo: “Que es habitual que el ayudante realice el post operatorio y no el cirujano en jefe”. Aclaró que la

indicación del alta es del cirujano jefe y es el asistente medico el que controla y firma. Que él lo controló, vio que estaba bien y otorgó su consentimiento para que se le diera el alta. El alta traumatológica no es el alta de la clínica. El alta debe darse en conjunto, en este caso debe hacerlo el pediatra. En general no es necesaria la firma del jefe en la historia clínica. Debe hacerse un control clínico antes del alta. A solicitud de las partes se dejó la siguiente CONSTANCIA de los dichos del testigo: *“hace 30 años que soy traumatólogo y nunca ningún paciente tuvo meningitis”*. Expuso que las cefaleas post quirúrgicas existen en la práctica y se pueden deber a la anestesia y un síntoma de la anestesia raquídea es la cefalea post quirúrgica. Reiteró que no vio nada anormal, ningún síntoma que indicara que el niño podía tener meningitis, que esta enfermedad tiene muchos síntomas muy fáciles de advertir, pero en ese paciente no se advirtió nada. Esos síntomas serían proceso agudo, intenso, fiebre, con rigidez a nivel de la nuca y cefaleas. A solicitud de las partes se dejó la siguiente CONSTANCIA de los dichos del testigo: *“Ningún síntoma de meningitis fue advertido, el chico estaba solo en el momento en que yo lo vi, sin familiares, y se había levantado una vez de la cama y es muy común que tenga cefaleas, que se levantó a los saltos, haciéndolo en una pierna, porque con la pierna operada no podía hacerlo. A esto no lo vio, sino que él me lo dijo. Podría haber tenido cefalea por eso”*. Manifestó que podría advertir un cuadro de meningitis, pero no hacer el diagnóstico. Recordó que Lucas no tuvo fiebre. A solicitud de las partes se dejó la siguiente CONSTANCIA de los dichos del testigo: *Si hubiera advertido una sintomatología como la que se dijo, no lo haría sino que consultaría con quien debería*. Que solo tuvo contacto con la madre de Lucas, a ella le explicó los posibles riesgos de esta cirugía, generales, lo habitual, lo

que se hace con todos los pacientes, como dolor, sangrado y fiebre en general. Que no se explica tanto, porque crea miedo. La *cefalexina* es un antibiótico dentro de la familia de las cefalosporinas de amplio espectro, que cubre un gran porcentaje de gérmenes que pueden complicar las cirugías traumatológicas. Toda *cefalexina* es una cefalosporina, pero no al revés. A solicitud de las partes se dejó la siguiente CONSTANCIA de los dichos del testigo: “*la cefalexina pertenece a la primera generación de las cefalosporinas; de rutina en toda cirugía ortopédica es la cefalosporina de primera generación la indicada habitualmente*”. Que Soria Díaz era médico especialista, que la cefalea puede pasar pero no es común cuando se usa la anestesia raquídea, no sabe decir cuanto pueden durar las cefaleas, pero pueden ser extensas. A solicitud de las partes se dejó la siguiente CONSTANCIA de los dichos del testigo, luego de haber leído el Sr. Fiscal de Cámara una parte de la pericia realizada en sede civil: “*De haber advertido los síntomas leídos por le fiscal no hubiera dato el alta*”. Dijo no conocer a la Dra. Otino. Los síntomas que leyó el fiscal pertenecen al alta clínica, no son síntomas traumatológicos. Explicó que si se advierte que el paciente tiene algún otro problema, se conversa con algún otro médico del área. Luego de leídas algunas constancias de la historia clínica como los cuidados de enfermería correspondientes a los días 18/6 y 17/6 dijo que a los dos días que tiene fiebre y vómitos, puede ser que ameritara algún análisis, dice que eso es del área clínica, que esos síntomas no son de la cirugía traumatológica. Es normal que haya tenido 5 consultas pediátricas en 2 días de internación. Para saber si hay meningitis bacteriana hay que tener todos los síntomas, o alguno específico, más allá de una punción lumbar; dijo no saber bien, por no ser su especialidad, pero hace mucho tiempo ha visto meningitis; pero en la

actualidad no sabe cómo se trata ni cómo se diagnostican. En este caso él es el cirujano jefe, Soria Díaz fue el ayudante, para el alta es necesario que haya una evaluación de ambos, es necesario contar con las 2 altas, la traumatológica y la clínica, pero pueden no ser simultáneas. Que no vi los síntomas que leyó el fiscal. Que el desdoblamiento entre jefe y ayudante para el alta, es una cuestión de práctica y de organización; los controles post operatorios los hacen los ayudantes, pero la orden del alta es del jefe. En este caso tuvo en contacto con Soria Díaz. Con relación a la aplicación de una anestesia local antes de introducir la aguja de la punción dijo que actualmente ello no se hace porque la aguja de la punción es muy fina y que antes, hace años, cree que tampoco.

4. Se receptaron declaraciones de manera conjunta a los distintos peritos que intervinieron en la causa, a saber: Peritos Médicos Forenses oficiales Dres. Luis Defagot, Héctor de Uriarte, Rolando Cosacov (especialista en neurología), Ramiro Ortiz Moran (especialista en traumatología), Jose Carlos Losano (especialista en neurología). Perito de control, Dr. Jose Antonio González (especialista en infectología), propuesto por el imputado Fernando Soria Díaz. A los fines de que sean más claras las opiniones requeridas a los expertos, se planteó el interrogante propuesto y la respuesta dada por los profesionales; consignándose, en cada caso, quien formulaba la pregunta y la identificación del perito que daba la respuesta.

El Sr. Fiscal dirige su pregunta a los peritos oficiales que realizaron la autopsia: ¿coinciden con el diagnóstico de la causa eficiente de la muerte?

Responde el perito De Uriarte: aclaró que las autopsias, en estos casos (sospecha de mala praxis médica) son parte de un proceso más amplio. La

conclusión que refiere a una insuficiencia cardiorrespiratoria, se consigna a los fines de documentar este mecanismo. Son autopsias en desarrollo y esa conclusión se pone para inhumar el cuerpo y con, posterioridad, y para completar la misma se hacen los análisis anatomopatológicos. Lo que se hace en este procedimiento es la primer parte, o sea: es la visión macroscópica y el intento de encontrar el mecanismo de muerte con los pocos antecedentes que se tienen en ese momento, para enviar, luego, el material a anatomía patológica. Después la autopsia puede tener distintos cursos de desarrollo, de acuerdo a lo que pide la Fiscalía; requiriéndose, a veces, una ampliación. El resultado anatomopatológico no es un estudio que tenemos enseguida, aparece 2 ó 3 meses después. Entendió que el Dr. Spitale pone las conclusiones de los hallazgos. En este caso, el enfoque al realizar la autopsia era encontrar causas macroscópicas, por eso estudiamos y nos enfocamos en el trombo-embolismo pulmonar, que es algo muy infrecuente que se genere en pediatría, por una cirugía ortopédica. Buscamos otros mecanismos de muerte y cuando enviamos el material se obtuvo este resultado anatomopatológico. Con respecto, en particular, a la causa eficiente de la muerte, se efectúa una presunción con los aspectos macroscópicos y microscópicos y, después, se realiza la presunción diagnóstica y, en este caso, sin duda que la informe anatomopatológico refleja una inflamación de los tejidos meníngeos. El Dr. Spitale podría tener mas certeza sobre estos hallazgos, lo que él describe es inflamación. Lo único específico que encontramos al realizar la autopsia fue líquido libre en abdomen, en pleura y peritoneo y esto también es inflamatorio. La meningitis que describe el Dr. Spitale la vemos ahora, no la vimos en ese momento. Como primer dato es una conclusión valida que la meningitis aguda llevó a la muerte del paciente.

La misma pregunta es formulada por el Sr. Fiscal de Cámara y es dirigida, ahora, a los otros peritos oficiales, respondiendo los Dres. Cosacov, Ortiz Morán y Losano, en forma coincidente a que la causa eficiente de la muerte fue una meningitis.

El perito de control Dr. González solicitó la palabra y expresó: Que no está de acuerdo con esa conclusión; agregando que es el informe de Spitale el que dice que hay una leptomeningitis inespecífica, y al definirla como inespecífica esto es igual a una inflamación. La inflamación también se objetiva en los distintos envoltorios de los otros órganos. El paciente tenía inflamación en múltiples órganos y no se puede asegurar que sea la causa eficiente de la muerte. Que la meningitis aguda es una entidad que se diagnostica a través de la clínica, el paciente tiene síntomas agudos y a lo largo de la historia clínica del paciente en ningún momento tuvo signos ni síndromes meníngeos, que pudiera motivar el deceso final como causa efectiva de muerte. El perito Dr. Cosacov agrega: Que la meningitis se cursa muy frecuentemente con septicemia, que probablemente haya sido eso, porque se encuentra inflamación en todos los órganos, o sea que no es infrecuente, y que lo más esperado que pudiera haber habido es una septicemia.

Pregunta formulada por el Sr. Fiscal de Cámara: Este grado agudo o generalizado de inflamación ¿tenía aptitud para causar la muerte? independientemente del nombre que se le ponga.

Responde el perito Dr. Cosacov: Si, tenía aptitud. Esto fue una meningitis decapitada.

Responde el perito Dr. Losano: En forma afirmativa (en el sentido que la causa eficiente de la muerte fue una meningitis); agregado que esto parece ser así por la anatomía patológica.

Aclara el Dr. Cosacov: Una meningitis decapitada significa que a esa meningitis en curso se le ha puesto antibióticos; lo que hace que el cuadro meníngeo sea mucho más tenue o más sutil que el que puede presentar una meningitis común. La meningitis es tan aparatosa que en 24 ó 48 horas, si no es tratada, da demasiados síntomas, puede ser letal; si se le agrega antibióticos puede prolongarse. De hecho del 30 o 40 % de las meningitis que se reciben en una guardia son bacterianas decapitadas; es un cuadro desgraciado para la medicina. Comienza con un cuadro febril y se medica con antibiótico que borra por un tiempo prolongado esa meningitis; cree que eso es lo que pasó acá, se fue diluyendo en 2 o 3 días. Para colmo el paciente tenía una punción lumbar que da cuadros de cefaleas. Eso se debe haber superpuesto.

El perito Dr. Losano dijo: Que el antibiótico cefalexina no es un antibiótico que pase la barrera hemato-encefálica; que el paciente tuvo cefaleas en el primer y segundo día de internación y después no tuvo más; hubo un vómito alimenticio y no tuvo fiebre. Lo que resalta el Dr. Cosacov de lo aparatoso de las meningitis bacterianas, son paciente con cefaleas muy intensas y fiebre muy alta.

Pregunta formulada por el Dr. Ayán: La cefalixina ¿es un antibiótico?

A lo que todos los peritos respondieron en forma coincidente en el sentido de que sí lo es; agregando que pertenece al grupo de las cefalosporinas,

describiendo que existen cefalosporinas de primera, segunda y tercera generación.

Pregunta formulada por el Dr. Ayán ¿En qué se diferencian?

Responde el perito Dr. Lozano: Si se tiene que tratar una meningitis usaría una cefalosporina de 3ª generación, que pasa la barrera hemato-encefálica y puede tener efecto; hasta donde conoce la cefalexina es una cefalosporina de primera generación que actúa sobre los tejidos blandos, por ejemplo los involucrados en la cirugía, reduciendo la posibilidad de infecciones; pero no pasa la barrera de la sangre al cerebro; es poco probable que haya sido una meningitis decapitada. Lo que pasa es que la meningitis no dio síntomas durante la internación y supone que tampoco después porque cuando el paciente está mal, aunque le den el alta, los familiares no se lo llevan, debe haber sido algo oligo-sintomático, para que no salte a la vista de los médicos la inflamación.

Pregunta formulada por el Sr. Fiscal de Cámara: Si esta primera sintomatológica, que empezó después de la operación (mas precisamente el día 15/6 a la noche), con vómitos y dolor de cabeza ¿se relaciona con el cuadro que derivó en la muerte del paciente, cinco días después?

Responde perito Dr. Cosacov: dice que las cefaleas y los vómitos pueden ser tranquilamente por la post punción y que tal vez en ese momento haya sido ininterpretable o interpretado como un cuadro post punción; que uno tiene que pensar que ya había empezado la meningitis. Agregó que es cierto que la cefalexina no es el antibiótico de elección para una meningitis pero con que pasara algo de antibiótico al cerebro ya cambiaría el cuadro; pero, además, esa

barrera que no permite el arribo de antibióticos al cerebro, cuando hay una inflamación se rompe, o sea que es posible. Que cree que visto todo el cuadro clínico es una meningitis decapitada por ese antibiótico.

Responde el perito de control, Dr. González: La meningitis bacteriana decapitada es un cuadro que tiene signos y síntomas evocadores del cuadro meníngeo: rigidez de nuca, fiebre, vómitos, cefaleas que no calman con los antiinflamatorios, que cede poco y nada con los corticoides y que, además, produce alteraciones de la conciencia. La meningitis decapitada es una definición clínica, no histopatológica y bajo ningún punto de vista este antibiótico puede decapitar un síndrome meníngeo que clínicamente se va a diagnosticar.

Ante estos dichos el Sr. Fiscal interroga: A partir de esta opinión, ante la rotura de la membrana cerebral y el posible paso del antibiótico ¿podría haber causado el efecto de que el proceso se prolongara durante los días que se prolongó (del 15 al 20)?

Responde el perito Cosacov dice que es correcto lo que afirma el fiscal, y que sostiene que esto ha sido una meningitis decapitada con un antibiótico que si bien no es el que se usa para la meningitis, fue suficiente.

El Sr. Fiscal de Cámara recuerda los dichos vertidos en la víspera por el Dr. Rojas quien dijo que, en su experiencia, los síntomas de la anestesia pueden prolongarse por varias horas. Frente a ello pregunta: estos síntomas ¿pueden prolongarse por 2 o 3 días?

Responde el perito Dr. Cosacov: Sí, pueden prolongarse los síntomas por varios días, porque en el lugar donde entra la aguja de la punción, puede

quedar abierta la membrana y por ahí pierde un poquito de líquido y pueden durar semanas y meses el dolor de cabeza.

Pregunta formulada por el Sr. Fiscal de Cámara: con respecto a los síntomas, sostiene que su descripción en la Historia Clínica se contrapone mucho con los que dijeron los familiares, en el sentido que el paciente empezó con vómitos muy severos, que solo le dieron Reliveran y cortaron la ingesta de alimentos y no desaparecieron ni a los 3 días que lo llevan a la casa; también dolor de cabeza, dolor de nuca y ojos que no están reflejados en la HC; es más: al momento del alta los familiares dicen haberle dicho a los médicos si no sería mejor dejarlo internado. Señala el Sr. Fiscal de Cámara que existe una diferencia en lo que es el documento (historia clínica) y lo que es la testimonial. Por ello formula la siguiente pregunta: de las hojas de enfermería que se encuentran agregadas a la historia clínica ¿puede inferirse que hayan continuado esos síntomas hasta, incluso, el momento del alta?

Respuesta del perito de control, Dr. González: Hay un correlato entre la acción terapéutica de los colegas que evalúan el post operatorio con el relato de enfermería: en ningún momento tuvo fiebre, sí experimentó episodios de vómitos que se interpretaron como efecto colateral a la acción de la anestesia raquídea y recibió *Diclofenac*, que es un antiinflamatorio, y, además, se le suministró *Dexametasona*. Así el paciente revierte los signos y el día 17, día del alta, tiene una evaluación clínica pediátrica por parte del Dr. Mansur donde se señala que el paciente tenía una escala de Glasgow de 15 en 15; y esto está relevando el grado de conciencia que tenía el joven: estaba lúcido, orientado y sin síntomas de alarma. Un paciente que está larvando una meningitis difícilmente tenga un Glasgow de 15/15.

Respuesta del perito, Dr. Ortiz Morán: La hoja de enfermería es bastante coincidente con lo que decía la historia clínica: se hace referencia a una cefalea, a partir del día 16, con un vómito, sin mayor precisión; el 16 a la noche no presentó vómito y el 17 hay cefalea, se indica medicación y ya es la última evolución.

Respuesta del Perito Losano: No hay registro de elevación de la temperatura, que es lo que llama la atención, es decir está normal, según la hoja de enfermería.

Pregunta formulada por el Sr. Fiscal de Cámara: Según la historia clínica aparecen estos síntomas al día siguiente a la operación, es decir la primera noche y al día siguiente; al otro día, al momento del alta ¿no tendría más estos síntomas?

Responde el perito, Dr. Ortiz Morán: no están referenciados.

Pregunta formulada por el Sr. Fiscal de Cámara: Volviendo al grado de conciencia, en un cuadro de meningitis que habría comenzado el día 15/6 a la noche ¿es coherente que, al momento del alta, el 17/6, ese grado de conciencia esté perfecto (Glasgow en 15/15)?

Respuesta del perito, Dr. Cosacov: Sí, es posible; incluso es posible una mejoría transitoria por unos días. Hemos tenido pacientes con 15 días de fluctuación. Según las constancias de la historia clínica es compatible y coherente con una meningitis decapitada. Es un hecho desgraciado, es un cuadro muy tramposo y de difícil diagnóstico, porque es engañoso, son signos equívocos porque en este caso se superponen las molestias de una punción con una meningitis; pero eso fue lo que pasó, fue una confusión.

Pregunta formulada por el apoderado de la querrela Dr. Bautista Martínez dirigida al Dr. Cosacov ¿Cuál es su especialidad? Y ¿es necesario que se den en una enfermedad tan grave como la meningitis todos los síntomas como fiebre, rigidez de nuca, las cefaleas, los vómitos, para que un profesional se coloque en estado de alerta y prevenga esa situación?

Respuesta del Perito, Dr. Cocacov: Soy neurólogo. No hace falta que esté completo todo el cuadro en ninguna enfermedad. En la meningitis casi siempre está completo, pero en este caso están borrados parte de esos síntomas por lo decapitado.

Sr. Fiscal de Cámara: Estos síntomas prolongados desde el día 15 al día 17, siendo que no fue un dolor de cabeza de una noche o un vómito de una noche ¿no eran suficientes para tener un llamado de alerta?

Responde el perito, Dr. Cosacov: Para tener un estado de alerta hay que tener una sospecha, por eso hablaba de lo desgraciado de este cuadro, porque si este muchacho no hubiera tenido antibióticos alguien lo hubiera alertado seguramente; pero en este contexto parte de estos síntomas fueron imputados a la parte anestesiológica y ahí fue el problema.

Responde el perito, Dr. Losano: Como neurólogo, cuando hay una sospecha de meningitis, el único estudio relevante es realizar una punción lumbar, sacar el líquido y analizar. El problemas con este paciente, por lo que se lee en la historia clínica, es que los médicos interpretaron que era una cefalea post punción, y si es así y le hacen un “agujerito más” - en alusión gráfica a la punción lumbar -, este procedimiento agravaría el cuadro o sea que no solo con eso no alcanzaba para diagnosticar una meningitis, sino que hasta podría

haber sido perjudicial. Tampoco hay una historia previa del paciente, no se sabe si tenía migrañas o algún otro tipo de dolor de cabeza primario.

Pregunta formulada por el Sr. Fiscal de Cámara: Si no estaba indicada la punción lumbar, entonces: ¿no hubiese sido lo indicado mantenerlo internado para ver como evolucionaba respecto a estos síntomas prolongados en dos días?

Responde perito, Dr. Losano y a solicitud de las partes se deja la siguiente CONSTANCIA, de sus dichos: *“Si yo hubiera tenido un paciente con cefalea que no se resuelve y persiste no le doy el alta, pero lo que dijo la historia clínica es que previo al alta no tenía esa sintomatología. Por lo general cuando los familiares ven mal a un paciente, no lo quieren llevar de alta”; “no entiendo porque se lo llevaron de alta y no se lo trajo de nuevo”.*

Pregunta formulada por el Dr. Bautista Martínez: *Teniendo en cuenta la pericia oficial, quisiera que el Dr. Cosacov se explique respecto del punto 5 en relación a la procedencia de otorgar el alta porqué, según su experticia, no fue adecuado otorgar el alta.*

Respuesta del perito, Dr. Cosacov: La pregunta está hecha en relación a lo que decía la familia, a lo que decía la progenitora y si tomamos lo que ella dice como real, no estaría indicada el alta y eso dice el punto 5 (lo lee) o yo entendí mal.

El Sr. Vocal aclara la pregunta: ¿si de acuerdo a lo que dice la HC se estaría en condiciones de dar el alta o no?

El letrado defensor del acusado Soria Díaz, Dr. Sánchez acota que considera contrario lo que acaba de expresar el perito Cosacov y la lectura del punto 5° de la pericia oficial.

Respuesta del perito, Dr. Cosacov: textual *“Sí, creo que me equivoqué”*, porque había interpretado la pregunta como en base a lo que decía la progenitora, pero no conozco las pautas que le dieron a ella. Respecto de que si era o no oportuno darle el alta, reitera que esto es un cuadro equívoco y si uno piensa que este paciente tenía una cefalea post punción y había tenido hasta ese día, incluso el mismo día 17, algunos informes que dicen que tenía dolor en todo el cuerpo y si uno piensa que es un síndrome post punción, podría aceptarse el alta. Los signos y síntomas podían ser interpretados de una u otra forma. Yo veo el cuadro entero y entiendo que este ha sido una meningitis en todo momento, pero en ese momento si interpretó que era post punción, no sería inadecuado decirle que se vaya a su casa y haga reposo. El error mas común cometido en este tipo de patologías, llegan para ser tratados por otra cosa, pero pasa 1 día o 10 días se diagnostica. **No es medicamento grosero el error de interpretación en el síntoma.**

Coincidieron con esta afirmación los peritos oficiales Dres. Ortiz Morán y Losano. El perito de control, Dr. González, aclaró que es especialista en medicina interna e infectología, dijo que de acuerdo a la HC el paciente recibió tratamiento adecuado por lo que se considera un evento colateral a la anestesia raquídea. En ningún momento el paciente evidenció signos y síntomas conformes al síndrome meníngeo. El paciente mejora asintómicamente, no encuentra una falta a esa condición. Explicó las distintas formas que adquiere la meningitis y dijo que ésta no era una

meningitis decapitada. Además describió cuales eran las formas de contraer esta enfermedad entre las que mencionó a las vías aéreas.

Pregunta formulada por el Dr. Cristian Ayán: ¿se podría decir que adquirir una meningitis por vía aérea u oral es el mecanismo más común?

Respuesta de todos los peritos: **coincidieron que si es el mecanismo mas común.**

Pregunta formulada por el Dr. Cristian Ayán, ¿no es lo más común adquirir una meningitis por una anestesia raquídea?

Todos los peritos coincidieron en que no es común ni frecuente una meningitis por una anestesia raquídea.

Pregunta formulada por el Dr. Cristian Ayán: ¿la evolución de un paciente con una meningitis contraída por vía aérea y la evolución de un paciente con una meningitis contraída por anestesia raquídea es idéntica?

Todos los peritos coincidieron en que no es igual la evolución de la enfermedad adquirida por vía aérea, que por vía anestesia raquídea. El perito Cosacov dijo que probablemente no, pero que es algo discutible.

Pregunta formulada por el Dr. Ayán al Dr. González: ¿Por qué considera que no es igual la evolución de una meningitis contraída por vía aérea que una contraída por anestesia raquídea?

Respuesta del Dr. González: Porque, por fisiopatogenia, la complicación -que está referida en literatura- con una anestesia raquídea implica la llegada del germen a través del acto de punción; por lo tanto, en tiempo y forma, la meningitis se va a poner de manifiesto en forma elocuente.

Responde el perito Dr. Lozano comparte la apreciación del perito González y agrega que tendría que ser una catástrofe clínica que entrara por la anestesia raquídea, tendría que ser muy evidente en sus signos, incluso mas grave. Que este chico lamentablemente y como dijo el Dr. Cosacov no tuvo la clínica, y eso quiere decir que no tuvo fiebre, por ejemplo, que no tuvo los síntomas que hacen pensar en un proceso meníngeo, ni tuvo rigidez de nuca y raquis, según la HC y la cefalea que es atribuible a otras causas.

El perito, Dr. Cosacov dijo **que** en general cuando entra el germen por el líquido es mucho mas aparatoso y violento el cuadro, que cuando entra por la vías aéreas, pero también depende de la carga microbial. **A solicitud de las partes se deja la siguiente CONSTANCIA de los dichos del perito:** *“En general las meningitis por punción son mas severas, que las que se presentan por vía aérea, pero depende de la carga microbial”*.

Pregunta formulada por el apoderado de la querrela Dr. Bautista Martínez: ¿Existe la posibilidad de que el niño hubiera contraído un virus intrahospitalario? Respondiendo el perito Ortiz Morán: que sí existe la posibilidad y el perito Dr. Cosacov: que si existe esta posibilidad pero que es improbable.

Respuesta del perito, Dr. Losano: No es posible que el paciente hubiera contraído una infección intra-hospitalaria por la evolución y la clínica.

Respuesta del perito de control, Dr. González: Que coincidía con los dichos del Dr. Losano; que es improbable que esto haya sucedido y que el paciente no haya tenido signos y síntomas del síndrome meníngeo.

Pregunta formulada por el apoderado de la querella: Si esto es así ¿cuál fue la causa del fallecimiento de este menor apenas dos días después de darle el alta?

Respuesta del perito Cosacov, a solicitud de las partes se deja la siguiente CONSTANCIA de los dichos del perito: *“la causa es una meningitis por la punción. No hay prueba jurídica, es una cosa conjetural, conjeturamos que entró por allí porque no hay otra vía y porque nadie vio el germen”*.

Pregunta formulada por el Dr. Federico Sánchez: *si nadie vio el germen ¿existía la posibilidad, al tiempo de la muerte, de realizar un cultivo para esclarecer ese germen?*

Respuesta del perito Dr. De Uriarte: Nosotros, al realizar la autopsia, tomamos líquido céfalo raquídeo –eso figura en el protocolo- el que quedó en resguardo; quedando a disposición de estudios que se requirieran en otra oportunidad. Desconoce si se realizaron. Agregó que los estudios bacteriológicos *post mortem* podrían haber dado resultados de difícil interpretación, ya que se trabaja con instrumentos colonizados, en una sala con altas posibilidades de contaminación y que no está aséptica.

Los peritos oficiales, Dres. Ortiz Morán y Losano estuvieron de acuerdo con la opinión del Dr. De Uriarte; en tanto que el perito de control, Dr. González aclaró que los gérmenes viven a la temperatura del cuerpo humano entonces *post mortem* se degradan.

Pregunta formulada por el Dr. Federico Sánchez: En el entendimiento de que existen distintos gérmenes que producen una meningitis ¿qué significa

que el anatomopatólogo haya puesto en su informe que se trató de una meningitis inespecífica?

Respuesta del perito Dr. De Uriarte: Es una meningitis inespecífica porque no puede se pudo decir cual; no se pudo especificar cuál fue el mecanismo bacteriológico específico que produjo esa meningitis.

Pregunta formulada por el Sr. Fiscal de Cámara: Vuelvo sobre los síntomas y le preguntó al perito Dr. Ortiz Morán ¿Cómo interpreta atribuirle a la anestesia esos síntomas, es un error grosero o es entendible?

Respuesta del perito oficial Dr. Ortiz Morán: Es entendible porque no había ningún indicio de sospecha siquiera de que el paciente tuviera una meningitis, aunque se prolongaran los síntomas al día siguiente. Es correcto haberle dado el alta así y corresponde a la práctica médica común.

Respuesta del perito de control, Dr. González: El paciente tiene un diagnóstico de cefaleas post punción, tiene indicado reposo absoluto, sin almohada, y tuvo la medicación indicada, el antiinflamatorio. Cuando un paciente se va de alta se dan las recomendaciones verbalmente o por escrito y que ante cualquier síntoma debe retornar.

Pregunta formulada por el Sr. Vocal al Dr. Ortiz Morán en su especialidad en traumatología: Para este tipo de cirugía la anestesia empleada ¿ha sido la correcta?

Respuesta del perito Ortiz Morán: Es correcta la anestesia utilizada de acuerdo a la edad del paciente, sobre todo en pacientes pediátricos es recomendable la anestesia raquídea. No hay descrito ningún síntoma de alarma con relación a la cirugía traumatológica.

El perito oficial, Dr. De Fagot realiza aportes en relación a lo dicho por el Dr. De Uriarte.

Pregunta formulada por el Dr. Cristian Ayán dirigida al perito de control, Dr. González: En su experiencia médica ¿ha visto y ha sido frecuente encontrarse con meningitis derivadas de punción raquídea?

Respuesta del perito de control, Dr. González dijo no recordar haber participado de interconsulta con ese diagnóstico de meningitis. Lo mismo expresaron los peritos oficiales, Dres. Lozano y Ortiz Morán. Por su parte, el perito Dr. Cosacov expresó que había visto dos o tres casos en sus 44 años de profesión.

El perito de control, Dr. González agregó, antes de finalizar, que podría haberse tratado de una muerte súbita.

El perito de Uriarte acotó y a solicitud de las partes, se dejó CONSTANCIA de sus dichos, sobre esta apreciación del perito de control Dr. González: *“que una condición de la muerte súbita es que haya ausencia de otras variables. Pero en este caso observamos liquido libre en pleura, contenido mucoso amarronado en el estomago y eso no es el escenario habitual de la muerte súbita. No le veo a estas características macroscópicas aspectos típicos de la muerte súbita”*. El perito De Fagot coincidió.

Documental

a. Estudio de la Historia clínica, examen externo, autopsia e informe del Perito Oficial de Lucas Ezequiel Acosta (fs. 699/700), realizado por el

medico especialista en pediatría e infectología Dr. Eduardo Glatstein. Las conclusiones de dicho estudio rezan: Cuando ocurre algún evento en tiempos próximos a la cirugía, lo más frecuente es que se piense en complicaciones debido a ese procedimiento. El accionar se correspondió con la práctica habitual teniendo en cuenta que el paciente no tenía antecedentes epidemiológicos ni clínicos de meningitis, la sintomatología se podría explicar por otras causas que ocurren en el período postoperatorio.

b. Transcripción de la consulta realizada a la médica cirujana Dra. Tania Aguirre (fs. 701/702 y 703/704) por parte del imputado Ricardo Fidel Mansur. La profesional realiza una enumeración y explicación de los síntomas de una meningitis y de los efectos de las anestias raquídeas según su experiencia de más de 20 años de ejercicio de la profesión en distintos nosocomios de esta ciudad. Cita literatura sobre las cefaleas post punciones titulada “*Cefalea post-punción lumbar- del autor Javier Francisco Torres Zafra*”.

c. Fotocopias certificadas de las páginas 54 y 55 del Formulario Farmaco-terapéutico del año 2016 del Hospital de Pediatría Garrahan (fs. 706/707). En las citadas páginas se detallan los alcances del antibiótico Cefalexina, así como sus efectos terapéuticos y adversos.

d. Fotocopias certificadas de la página 325 de la revista de la Asociación MAPAR (departamento de Anestesiología – Reanimación Hospital de Bicetrem, Paris) (fs. 708/709). En las citadas páginas se describen los incidentes y complicaciones inmediatas y tardías de la anestesia post punción.

Con la conformidad de las partes, a pedido del Ministerio Público, se incorporó por su lectura el siguiente material probatorio:

A. Testimoniales:

a. Adrián Adán Ávila Oficial Sub Inspector de policía- (fs. 1, 2), prestada ante la Unidad Judicial Décima con fecha 20 de junio de 2010. Declaró que se desempeña como jefe del móvil policial matrícula 5587, teniendo como Chofer al Sargento González, Rubén Edgardo. Que en la fecha indicada, siendo alrededor de las 10:24 hs. son comisionados por la central, informándoles que en el domicilio de Manzana 26, casa 14, de B° IPV, camino a Villa Posse, habría una muerte de etiología dudosa. Que una vez en el lugar, encontró a una ambulancia del 136. Que el Dr. Leño, David, MP 19254, se encontraba en el lugar del suceso realizando actividades de protocolo y reanimación. Acto seguido, el dicente entrevistó a ACOSTA, CLAUDIO GUSTAVO, DNI N° 22.220.093, de 39 años de edad, con domicilio en el mismo lugar, quien le manifestó ser el padre del menor ACOSTA, LUCAS EZEQUIEL, de 14 años de edad, DNI N° 39.933.742, quien el día 15 de Junio de 2010 fue operado del tobillo derecho, en la Clínica SANAGEC, de B° Centro. Que Acosta le manifestó que el día de ayer el menor estuvo con dolor de cabeza, vómitos y dolor de nuca. Que llamó al N° 136 (Servicio de Emergencias Médicas) no pudiendo comunicarse con él por lo que le suministró a Lucas unos calmantes vía oral, ya que el mismo seguía con fuertes dolores de cabeza y que siendo las 03:00 hs. de hoy, se despidió del menor el que aparentemente se encontraba mejor, quien se durmió al rato. Que a posteriori todos los integrantes de la familia se fueron a descansar y ésta mañana, siendo aproximadamente las 10:00 hs., cuando fueron a despertar a Lucas encontraron a éste descompensado y que no reaccionaba. Que el

progenitor llamó al N° 136 y a la Policía a los efectos de dar conocimiento de lo sucedido. Ingresó al domicilio, luego a la habitación donde se encontraba el menor, la que es precaria, no habiendo signos de violencia y observó el desorden propio de la habitación en la cual conviven seis hijos. Que el cuerpo del menor estaba tendido sobre la cama, decúbito dorsal (boca arriba), vestido con un buzo de color verde, pantalón largo de jogging de color negro; sus brazos estaban al costado del cuerpo; a la altura del hombro izquierdo pudo notar que el mismo estaba mojado con vómito. Tenía color morado y el medico, una vez culminada su tarea, le hizo de la Ficha de Atención Pre hospitalaria (Información del paciente) quien le diagnosticó una probable bronco aspiración.

b. Gustavo Javier Araoz -Sargento de policía- (fs. 16), declaró con fecha 3 de agosto de 2010 como comisionado de la causa, y constató el domicilio de la Clínica SANAGEC, sita en Bv. Guzmán N° 65 de B° Centro de esta ciudad.

c. Augusto Cesar Romero –comisionado policial- (fs. 23) declaró con fecha 5 de agosto de 2010, quien diligenció la orden de allanamiento en la Clínica Sanagec, procediendo al secuestro de la Historia Clínica N° 982999 a nombre de Acosta, Lucas Ezequiel, compuesta de una carpeta de color amarillo con 18 fojas.

d. Arístides Guillermo Molina–comisionado policial- (fs. 26). Declaró con fecha 7 de agosto de 2010 y dijo que entrevistó a Claudio Gustavo Acosta – padre del damnificado-, quien al ser entrevistado manifestó exactamente todos los dichos vertidos en la denuncia por personal policial.

e. María Eva Lastra –madre de la víctima- (fs. 35/37), declaró con fecha 31 de agosto de 2010 y relató: Que está casada con Claudio Gustavo Acosta, con quien tuvieron 7 hijos. Que en el año 2009 comienzan a tratar a su hijo Lucas

debido a que tuvo un golpe en el pie, en los consultorios de Osecac sito en la avenida Sabattini, donde lo atendió el Dr. Soria. Que él le diagnosticó pie plano, por lo que lo derivó a la Clínica Sanagec, donde fue asistido por el Dr. Rojas, que indicó que Lucas debía operarse. Que Lucas no quiso operarse en un primer momento pero como comenzó a tener problemas de cadera que le causaban dolor, Lucas decidió operarse. Que fue así que fijaron la operación para el 15 de junio de este año y que por ello se le practicaron todos los estudios pre quirúrgicos, análisis clínicos y electrocardiograma en la misma Clínica Sanagec (...). Que el mismo Dr. Rojas le indicó que se cuidara mucho de resfriarse o tener fiebre en los días previos a la operación para no tener complicaciones con la anestesia, por eso se cuidó mucho. Que todo estaba en condiciones y que incluso Lucas había bajado de peso, lo que era conveniente para la recuperación. Que se presentaron el día 15 de junio a las 7 hs. y lo operaron a las 8 hs. Que le hizo el ingreso una pediatra cuyo nombre no recuerda, la que llenó toda la ficha de ingreso. Que pese a que la dicente le preguntó al Dr. Rojas qué tipo de anestesia le iban a realizar a su hijo, éste le respondió que eso lo determinaba el anestesista, al que no conoció. Que al terminar la operación Lucas salió muy asustado, comentándole a todos que los médicos “lo habían lastimado en la columna, que el Dr. Soria lo había empujado hacia abajo y que el anestesista lo había retado por eso”, que la dicente le explicó que era porque le habían realizado la anestesia en ese lugar, pero como su hijo insistía con eso, a la tarde habló de ello con el Dr. Rojas, quien le dijo que era el modo en que se practicaba la anestesia peridural, que seguramente estaba impresionado por eso, pero que estaba bien. Que Lucas no se quejaba de dolor en el pie, sino que comentaba esto de la espalda. Que salió de la sala de operaciones alrededor de las 11, 30 hs. y le informaron que no iba

a ingerir alimentos hasta la noche, por el tema de la anestesia. Que permaneció con su hijo todo el día, hasta las 1 hs. del día siguiente, que esa tarde tipo 17 hs. cuando le llevaron el te, Lucas manifestó que no quería tomarlo porque tenía náuseas y le dolía un poco la nuca. Que cuando fue el Dr. Soria, le explicó que era normal en el postoperatorio. Que a la hora de la cena le llevaron la comida, pero como estaba con náuseas, Lucas no la comió y se la llevó la enfermera. Que solo lo revisaron las enfermeras y el Dr. Soria, a quienes le comentó los síntomas de Lucas (dolor de nuca y náuseas) pero no les dieron importancia. Que atento que estaba en una habitación frente a la enfermería, se le indicó que no era necesario que se quedara un familiar a hacerle compañía. Que a la mañana siguiente, la señora que estaba acompañando al paciente de la cama de al lado, le comentó que durante la noche Lucas se había levantado al baño y se había mareado y como había vomitado, ella había llamado a una enfermera. Que la enfermera le dijo lo mismo y que había consultado con el médico de guardia que le había indicado que le colocara *Reliveran* en la vía que tenía en el suero. Que tanto esta señora como su hijo le dijeron que ningún médico había subido a revisarlo, sino que aparentemente habían indicado el *Reliveran* a la enfermera. Que Lucas seguía vomitando, que eran chorros bastante fuertes y un líquido amarillo, no vomitaba comida. Que su hijo le dijo que a la noche había vomitado lo mismo y la enfermera le dijo que era propio de la anestesia, que ya se le pasaría. Que pese a que la dicente le solicitó que llamara a un médico pediatra, recién fue uno a la tarde, el pediatra de guardia, que le preguntó lo que le pasaba, respondiéndole Lucas que le dolía la cabeza, la espalda y los ojos y que tenía vómitos. Que la médica le dijo que cuando él se había levantado para ir al baño, el movimiento le había causado las náuseas y los vómitos pero no lo

revisó, solamente habló con él y atribuyó el malestar a que su hijo estaba “impresionado con la operación”. Que las enfermeras y la declarante controlaron varias veces la temperatura de Lucas y sólo tuvo unas líneas el mismo día de la operación y nada más. Que la noche del 16 se quedó a cuidar a Lucas su hijo mayor, Rubén Lastra de 18 años. Que al día siguiente la llamó por teléfono a su trabajo y le contó que Lucas seguía descompuesto y con dolor de cabeza, que había llamado varias veces a la enfermera pidiéndole que viniera un médico, pero que ésta le dijo que le repitiera el *Reliveran* y un medicamento para la gastritis, pero que los médicos estaban ocupados y subirían mas tarde. Que en la tarde del día 17 de junio la dicente estuvo con Lucas y como a las 14 hs. cuando vino el Dr. Rojas, el que le dijo que se iba de alta. Que ella le preguntó si no era necesario que se quedaran unos días más ya que todavía estaba con dolor de cabeza y descompuesto, pero le dijo que su hijo estaba “muy mañoso” y que ya se le pasaría en la casa. Que a eso de las 18 hs. vino el Dr. Soria y le dijo lo mismo: que se fuera a su casa, que allí estaría mas tranquilo, a pesar que ella insistió en que su hijo no estaba bien. Que cuando fue el Dr. Rojas le indicó que debían regresar el día jueves siguiente parar control, que siguiera con los antibióticos y si le hacía falta los calmantes, que le controlara la fiebre y que ya se le iban a pasar los vómitos, que eran consecuencia de que se había levantado al baño. Preguntada que tipo de medicación se le indicó, dijo: que Cefalexina cada 8 hs. y Paracetamol cada 6 hs. si lo necesitaba, lo que siguió tomando todo el tiempo ya que estaba dolorido. Que incluso preguntó si no tenía que revisarlo el pediatra antes de retirarse, pero le dijeron que no hacía falta porque ya tenía firmada el alta. Que alrededor de las 20 hs. se retiraron a su casa, que Lucas seguía con nauseas y dolor de cabeza, en la zona de la nuca y [atrás de] los ojos. Que los vómitos

[se] le habían pasado, pero que no había comido nada en todo el día. Que esa noche la pasó incómodo por el dolor en la nuca, hasta que se durmió. Que al día siguiente Lucas le dijo que se sentía mejor y quedó al cuidado de Rubén hasta el mediodía, que llegó la declarante; que Lucas estaba más tranquilo y dijo que se sentía mejor y comenzó a comer, aunque liviano; que pasó esa noche tranquilo, aunque le dolían los ojos. Que lo mismo ocurrió el día sábado, que al mediodía estaba mejor, que incluso se quería levantar y salir a la casa de sus amigos; pero como no podía pisar le dijeron que se quedara sentado o que caminara con muletas para que no hiciera fuerza con el pie. Que alrededor de las 16 hs. se acostó de nuevo a dormir la siesta y a la tarde tomó un mate cocido y se levantó un rato. Que a la noche no quiso cenar y dijo que le dolía de nuevo un poco la nuca. Que a partir de la medianoche, como seguía quejándose de dolor de nuca, trató de llamar al 136 pero no pudo contactarse. Que llamó a la policía y le dijeron que no irían porque [no] eran un servicio de emergencias, pero que de todos modos le solicitó que le enviaran el médico, ya que Lucas no quería ir al Hospital de Niños. Que finalmente se acostó y le dijo a Lucas que cualquier cosa la llamara ya que Rubén se quedaba levantado. Que alrededor de las 3 hs. le pidió agua a Rubén y algo para poder hacer pis sin levantarse. Que Lucas también le pidió que le hiciera unos masajes en el cuello y la nuca porque le dolía. Que Lucas se quedó mejor y Rubén se acostó cuando lo vio dormido. Que al día siguiente, cuando se levantaron, su hijo Agustín de 12 años fue a verlo a Lucas, quien no le respondía y le dijo que tenía una “mancha fea en la cara” por lo que se acercó y observó que estaba frío y tenía un poco de moco con sangre que salía de la nariz y una baba en la boca. Que trataron de reanimarlo pero sin poder ayudarlo. Que Lucas no tenía granos en la espalda, ni tampoco en la zona de la

anestesia, no tenía acné en ningún lado. Que cuando Lucas estaba en la clínica estaba como contracturado, con la espalda “dura”, pero en su casa se puso mejor, estaba mas tranquilo y no le dolía tanto la nuca, aunque el sábado a la noche le volvió el dolor.

f. Claudio Sebastián Arias Oficial Sub Inspector –comisionado- (fs.43). Declaró con fecha 8 de septiembre de 2010 y dijo que se constituyó en la Clínica Sanagec para citar a los Dres. Susana Valeria Quiroga, Sebastián Soria Díaz, Ricardo Mansur, Julio Cesar Pacheco y Andrea Catalani, para que se presenten ante la Fiscalía de Instrucción. En ese lugar fue atendido por una persona que se identificó como Giacomelli - empleado-, quien se comprometió a notificar a los nombrados de la citación cursada.

B. Documental, instrumental e informativa

1. **Acta de allanamiento (fs. 24)** confeccionada por el Oficial Ayte. Augusto Romero, en la que hace constar que se constituyó en la Clínica Sanagec sita en Bv. Guzman N° 65 de Barrio Centro de esta ciudad y procedió al secuestro de la Historia Clínica N° 982999 a nombre de Acosta, Lucas Ezequiel, compuesta por una carpeta de color amarillo con 18 fojas.

2. **Cooperación técnica de policía judicial (fs. 107/113).** contiene las fotografías del cuerpo de la víctima e informe de medicina legal.

3. **Planilla Prontuarial e informe del Registro Nacional de reincidencia del imputado Ricardo Fidel Mansur (fs. 137 y 497).** En ambos documentos consta que el nombrado no registra antecedentes penales computables en su contra.

4. **Planilla Prontuarial e Informe del Registro Nacional de reincidencia del imputado Fernando Sebastián Soria Díaz (fs. 615 y 496).**

En ambos documentos consta que el nombrado no registra antecedentes penales computables en su contra.

5. **Historia Clínica N° 982999 (última fs. del primer cuerpo de actuaciones). Confeccionada en la Clínica Sanagec.** A fs. 1 obra la orden de internación suscripta por la madre del paciente Sra. Maria Eva Lastra. A fs. 2 surge la fecha de ingreso de Acosta, Lucas Ezequiel que es el **día 15/6/10 a las 6:00 hs.**, su DNI N° 39.933742, de 14 años de edad, nacionalidad argentino, domiciliado en Manzana 26, Casa 14 de Barrio IPV. Médico Tratante: Dr. Rojas, diagnóstico: Pie plano rígido. A fs. 3 consta la ANAMNESIS: realizada con fecha **15/6/10 a las 07:15 hs.**, Cirugía programada de pie plano rígido. A fs. 6 surge la inspección general del paciente en la que se consigna: Pte. lúcido,...vigil,... normocefalo, movilidad conservada, diagnostico presuntivo: cirugía programada de pie plano rígido derecho. A fs. 7 consta la EVOLUCION del paciente, realizada **el 15/6/10 a las 15:00 hs.** de la que surge: paciente que regresa de cirugía traumatológica, lúcido, orientado en tiempo y espacio. Compensado hemodinámicamente... suficiencia cardiorrespiratoria. Se encuentra con mucho dolor en región de la cirugía por lo que se indica nubaína 0, 1 ampolla...1 día con buena respuesta. Se intenta hablar con los padres, que no se encuentran en el sanatorio Fdo. Dra. Tania Morales medica pediatra. **A las 19:00 hs. del mismo día** consta: Paciente que se encuentra estable. Sin dolor: tolerancia. Se mantiene conducta. Fdo. Dra. Tania Morales. A fs. 8, **el día 16/6/2010** surge una anotación que reza: “Diagnóstico postquirúrgico “Pte. cursando 1° día postcx, vigil, afebril, dolorido, con vómitos alimenticios desde la noche por lo cual queda en RG, luego de haber tolerado por la tarde R1 R2.... abdomen plano, blando, depresible. Indica...basal, diclofenac... ranitidina, cefalexina...RG”

firmada Dra. Silvana Valeria Quiroga –medica cirujana-. El mismo día surge una anotación suscripta por el imputado Soria Díaz que reza “Pte. cursa 1er. día post quirúrgico de cirugía de pie plano rígido derecho. Refiere cefalea. herida cubierta con vendaje seco. No dolor en pie derecho. Continúa con...hidrataciones. Se evaluará alta el día de mañana”. Fdo. Sebastián Soria Díaz –medico cirujano- ortopedia y traumatología. **A fs. 8 vta. día 17/6/2010**, deja constancia: “2° día postquirúrgico pie plano rígido. Paciente refiere cefalea...cranearna, afebril, regular tolerancia oral, Glasgow 15/15. Ansioso se quiere ir a la casa. ...dolor en todo el cuerpo, se indica diclofenac, resto indicaciones sin cambios. Fdo. Dra. Andrea Catalani. **En la misma foja y con la misma fecha** se observa una anotación que reza: “Pte. cursa 2° día post quirúrgico de ortopedia... tobillo derecho. Buena evolución. Herida seca. Se realiza curación plana. Se realiza control de yeso, sin dolor. Se indica alta traumatológica- control a 07 día por c. ext. traumatología. Fdo. Sebastián Soria Díaz – médico cirujano ortopedia y traumatología-. **En la misma foja y el mismo día a las 18 Hs.** surge la siguiente anotación “Paciente con buen estado general, estabilizado con signos vitales...tolerancia alimentaria aceptable... **Alta Médica**. Se recomienda movilización y vendaje MMII. Control traumatológico. Fdo. Ricardo F. Mansur Pediatra”.

A fs. 9 con el título de FOJA QUIRURGICA surgen las siguientes anotaciones: Acosta, Lucas Exequiel, fecha de operación 15/6/10. Cirujano: Dr. Rojas. Ayudantes Dr. Alzan y Dr. Soria. Anestesista: Dr. Pacheco. Tipo de Anestesia: Raquídea. Instrumentista: Verónica. Diagnostico preoperatorio: pie plano rígido. Barra calcáreo-escafoides. Diagnóstico operatorio Ídem. En lo sucesivo, se describe el procedimiento realizado en el pie, la posición en la que fue puesto el paciente, que se realiza bajo anestesia raquídea, que se cierra

por planos hasta la última piel. Que se coloca bota corta de yeso, previo vendaje de la herida. Fdo. Sebastián Soria Díaz. **A fs. 10** se glosa la FICHA ANESTESIOLOGICA confeccionada con fecha 15/6/10 en el nombre del cirujano: Rojas. Anestesista: Pacheco. Inducción Agente anestésico: Bupivacaína 0,5 % hiperbárica Método: Bloqueo raquídeo. Control de signos vitales, monitoreo... Comentario: Se realiza asepsia... en la región toracolumbar sacra con solución de yodo...con aguja N° 27 punta lápiz con introducción a nivel L4 se inyecta 13 mg. De Bupivacaína, lográndose buen estado analgésico; cursa intraoperatorio dentro normalidad. Tensión arterial estable 110 mg. /80; monitoreo intraoperatorio sin particularidades, oximetría de pulso 100% O2. Terminada cirugía se indica: reposo absoluto por 24 hs., Resto s/p. Fdo. Dr. Julio Pacheco –medico anesthesiologo-. **A fs. 11** surgen las INDICACIONES MEDICAS: **fecha: 15/6/10** XCSV; dieta liviana al mediodía y completa a la noche; sol. fisiológica 14 got. s Dext. 5%; cefalexina 1 ampolla c/8 hs.; calmar dolor; pie en alto. Fdo. Dr. Sebastián Soria Díaz. Nubaína 10 mg. EV 15, 1 dosis. Luego 6 mg. de nubaína Fdo. Dra. Tania Morales. **Fecha 16/06/10** CSV. Cefalexina 1 ampolla c/8 hs., Metociopramida 1 amp. c/8hs. solución fisiológica mas 2 amp. Diclofenac; ranitidina 100 mg. c/8hs., reposo gástrico; dexametasona 8 mg. (única dosis). Fdo. Dra. Susana Valeria Quiroga –medica cirujana-. **A fs. 12** continúan las indicaciones médicas; surge con fecha 17/6/10 CSV... cefalexina 1 g. c/8 hs.; método: ... ranitidina 50 mg. c/ 8 hs.; líquido; dipirona: 600 mg. (...). Fdo. Dr. Ricardo F. Mansur –pediatra-. En la misma foja a las 13 hs. surge anotación que reza: indico diclofenac 1 amp. en SF 100. 17/6/10 18:00 hs. Alta médica. Fdo. Dra. Andrea Catalani –medica especialista en pediatria- y Dr. Ricardo F. Mansur Pediatra. **A fs. 13 surgen los CUIDADOS DE ENFERMERIA: fecha: 16/6**

a las 22:30 hs. Observaciones: ranitidina 100, cefalexina 1 gr. Dxts% mas agregados. 17/6 hora: 8:00 Hs. Observaciones: Presenta cefalea, ranitidina 100 mg. dipirona 600 presenta cefalea se comunica Dra. de guardia indica... mas 1 amp. diclo. TURNO MAÑANA: 17/06/10 niño afebril, normotenso, presenta cefalea se comunica Dra. de guardia indica medicación, ingesta escasa diuresis (+) Tita Raquel. TURNO NOCHE: 16/6/10 Pte. continúa con dos planes. ATB. no presentó vómitos (Paola). A fs. 14 surge con fecha 16/6 hora: 06:30. Temperatura: 36,7 Pte. continúa c/vómitos alimenticios. Se avisa M...; reliveran 1 amp. Ranitidina; a las 9:30 hs., fisiología; dicoflenac; a las 12:00 hs., Temperatura: 37 ° cefalexina 1 grm.; a las 13:00 hs.: Temperatura: 37°. Pte. dolorido. A las 15:30 hs., Temperatura 36, 5° Reliveran 1 amp. se avisa Dra. de guardia pediatra. A las 16:00 hs.: Ranitidina 100 mg. A las 19:30 hs., Dexametasona. A las 20:00 hs., cefalexina 1 gr. TURNO MAÑANA: 16/6/10 Pte. c/vómitos durante la mañana Dra. indica reliveran y ranitidina... Pte. c/sed. TURNO TARDE: 16/6/2010 Pte. Normotenso, c/ vía periférica... mas diclo c/cefalea en el turno c/vómitos. Lo examina Pediatra de guardia. **A fs. 15, día 15/6/2010** Hora: 07:30 Temperatura: 36,5° Pte. que ingresa para CX se canaliza; a las 11:40: regresa de CX; a las 12:00 hs.: diclofenac 500; a las 20:30 hs. dexamenasona, fisio mas 2 diclo; a las 20:30 cefalexina 1 grs. a las 24 Hs., nubaina 6 mg. A las 5,50 hs. Pte. c/vómitos se avisa a pediatría.... **A fs. 16, día 16/6/2010,** hora: 06:00 Observaciones: Nubaína 6 mg. **A fs. 17** constan los valores que resultan de los análisis clínicos que llevan fecha 04/06/10; es decir los estudios pre-quirúrgicos, sin ninguna observación. Finalmente **a fs. 18** se agrega la EPICRISIS: Fecha de ingreso 15/6/10. Fecha de egreso: 17/6/10. Día de estadía: 03. Antecedentes de la enfermedad: pie plano rígido doloroso. Diagnóstico Presuntivo al ingreso: pie plano rígido.

Evolución Se realizó cirugía...pie derecho. Observaciones: Control por consultorio de traumatología. Complicaciones post operatoria: no. Fdo. Dr. Sebastián Soria Díaz.

6. **Acta de defunción (fs. 492).** Emitida por la Dirección del Registro del Estado Civil y Capacidad de las personas de esta ciudad de Córdoba, hace constar el día 20 de junio de 2010 en el domicilio sito en Manzana 26, casa 14 de Barrio I.P.V. de Córdoba Capital falleció Lucas Exequiel Acosta debido a una insuficiencia cardiorrespiratoria, cuyo certificado de defunción fue expedido por el Dr. Luis Defagot MP 19110 [Médico] forense.

7. **Fotocopias simples de la demanda de daños y perjuicios formalizada por Acosta Claudio Gustavo y María Eva Lastra en contra de la Clínica Sanagec, la obra Social de Osecac y de los médicos Fernando Sebastián Soria Díaz, Ricardo Fidel Mansur y Julio Cesar Pacheco (fs. 408/421).** Presentada con fecha 5 de octubre de 2012 por el Dr. Eduardo Javier Amiras. Surge de la misma que los actores reclaman a los demandados una suma de dinero por los daños sufridos a raíz de la mala praxis médica en la que incurrieron lo que provocó la muerte de su hijo menor de edad Lucas Exequiel.

8. Autos caratulados “Acosta, Claudio Gustavo y otros c/Clínica Sanagec y otros” Expte. SAC 5613681. Causa que se tramita por ante el Juzgado de 1ª Instancia Civil y Comercial de 2da. Nominación, compuesta por 5 cuerpos de actuaciones, de cuyo contenido resulta la demanda reseñada en el punto 7, supra referido, reservada *ad effectum videndi*.

9. Informes de la Clínica Sanagec (fs. 474 y 697/698). En el primero, de fecha 17 de octubre de 2017, el nosocomio, a través de su director médico el Dr. Ricardo Chercoles, comunica que habiendo realizado una búsqueda en los

registros de los días 15, 16 y 17 de junio de 2010 del personal médico, enfermería y administrativos que prestaron servicios, no se encontraron los mismos atento a que ha cambiado el sistema de ingreso y egreso del personal. En relación a los Dres. Ricardo Fidel Mansur y Fernando Sebastián Soria Díaz, los mismos no forman parte del plantel médico desde hace 5 años a la fecha. En el segundo, el mismo director médico indica que, las Dras. Tania Morales y Valeria Quiroga, no prestan servicios en esa institución desconociéndose datos de contacto.

10. Informe del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (fs. 499), emitido por su presidente, Dr. Andrés De León de fecha 11 de septiembre de 2019, en el que pone en conocimiento del tribunal que los Dres. Ricardo Fidel Mansur MP 18992/7, especialista en Pediatría, y Fernando Sebastián Soria Díaz, MP 28636/9, especialista en Cirugía Traumatológica, no registran en la Entidad denuncias por su labor profesional.

11. Traducción al castellano del documento *International Journal of General Medicine* (fs. 505/510) efectuada por la Traductora Pública Nacional en Inglés Patricia McGarry MP 697. Dicho documento se titula Cefalea por punción pos dural; sus conclusiones rezan: Aunque no ponga en riesgo la vida, la CPPD conlleva morbilidad sustancial al restringir las actividades de la vida cotidiana. Los corrientes tratamientos no invasivos, que incluyen reposo en cama, líquidos, analgésicos, cafeína y sumatriptán, solo disminuyen el malestar. El parche de sangre epidural sigue siendo el tratamiento invasivo de elección, con aproximadamente un 70% de éxito prolongado después de la inyección inicial. El beneficio del parche sanguíneo profiláctico no es tan claro, pero merece consideración en quienes

corren más riesgos de cefalea, como las parturientas, y después de una perforación dural accidental con una aguja de Tuohy. El cierre quirúrgico de la rotura dural sigue siendo una opción de último recurso.

12. Fotocopia certificada de la libreta de familia de Claudio Gustavo Acosta y María Eva Lastra en donde consta la defunción de Lucas Ezequiel Acosta el 20 de Junio de 2010 (fs. 61/62).

13. Informe médico N° 1031239 de la Sección Medicina Legal de la Dirección de Policía Judicial suscrito por la Dra. Silvia Paulini, con fecha 20/6/2010, en donde consta el examen ectoscópico de quien en vida fuese Lucas Ezequiel Acosta.

C. Pericial: **a. Pericia de Autopsia (fs. 29)** de Lucas Ezequiel Acosta practicada por los médicos forenses Luis Defagot y Héctor De Uriarte, con fecha 20 de junio de 2010. De la misma resultan las siguientes consideraciones y conclusiones: EXAMEN EXTERNO: Cadáver de sexo masculino 14 años de edad. Livideces cadavéricas y ventrales fijas. Corneas transparente. Rigidez cadavérica parcial. Presencia de bota de yeso corta (hasta rodilla) derecha, extraída la misma se observa 2 puntos de sutura a nivel de talón y sutura de puntos separados de 10 cm. aproximadamente a nivel de cara lateral externa de pie derecho. Salida de sangre por nariz y boca. Se observa con dificultad, una lesión puntiforme a nivel de región lumbar. NECROPSIA: A) CABEZA: levantado cuero cabelludo sin lesiones. Huesos del cráneo sin lesiones. Cerebro sin lesiones. CUELLO: estructura osteo-mio-cartilaginosos sin lesiones. Vías aéreas superiores y digestiva libres. B) TORAX Y ABDOMEN: PULMONES: congestivos. CORAZON: forma y tamaño compatible con lo normal. HIGADO: congestivo. ESTOMAGO: mucosa congestiva. Pliegues borrados. Contenido mucoso amarronado.

Presencia de líquido hemático diluido en pleura y peritoneo. Asas intestinales dilatadas. BAZO: congestivo. RIÑÓN: congestivos. Se disecciona vena femoral derecha no observándose trombosis venosa profunda. **Se retira**: cuña de hígado, riñón y bazo, block cardiopulmonar, cerebro completo, vías aéreas y digestivas, losange de piel de región lumbar (donde se observa lesión puntiforme) y 3 cm de vena femoral para anatomía patológica. **Se extrae**: sangre, orina, contenido gástrico, humor vítreo y líquido cefalorraquídeo para estudios químicos toxicológicos. Se realiza placa de tobillo y pierna derecha.

CONCLUSIONES: De acuerdo a los hallazgos de autopsia cabe estimar que LA INSUFICIENCIA CARDIORESPIRATORIA ha sido LA CAUSA DE LA MUERTE DE LUCAS EZEQUIEL ACOSTA.

b. Informe de Anatomía Patológica (fs. 33/34): Efectuado por el perito médico patólogo forense Dr. Luis Santos Spitale con fecha 28/7/2010. Realizado sobre material biológico correspondiente a órganos extraídos del cadáver de Acosta, Lucas Ezequiel, de 14 años de edad, durante la autopsia realizada por los médicos forenses Defagot y De Uriarte. Sus hallazgos y conclusiones son las siguientes: ESTUDIO MACROSCOPICO: Block Cardiopulmonar: Timo: presenta lóbulos prominente, sin quistes, necrosis ni hemorragia. Corazón completo: Mide 13,5 x 10 x 7,5 cm. y pesa 366 grs. con pericardio liso y lipomatoso...Ventrículo izquierdo de 16 mm. de espesor, tabique de 15 mm. y ventrículo derecho de 5 mm. Miocardio sin lesiones macroscópicas evidentes. NO se observan malformaciones congénitas ni valvulopatías. Pulmones: Presenta lóbulos normales y pleura lisa. Al corte el parénquima se halla muy congestivo y edematoso, sin áreas de consolidación. No se observan émbolos en “silla de montar”. Hígado: Trozo de 5 x 3 x 3 cm. superficie externa lisa. Al corte, parénquima de colorido rojizo. Bazo: Trozo

de 4 x 2,5 x 1 cm. con cápsula rugosa. Al corte parénquima de aspecto congestivo. Riñones: Trozo que mide 4, 5 x 3 x 1 cm. Decapsula con facilidad sin arrastrar parénquima. Presenta superficie externa lisa y relación corteza-medula conservada. Rotulado: “zona de punción peridural”: Losange de piel que mide 1,5 x 1,5 cm. presenta colorido uniforme y tejido celular subcutáneo con lesiones. Rotulado: Vena Femoral: Trozo de vaso sanguíneo que mide 3,5 cm. de longitud x 1 cm. de ancho. Muestra pared elástica sin infiltración hemática ni trombosis. Cerebro completo: Muestra piamadre congestiva y parénquima sin lesiones de necrosis ni de hemorragia evidentes. Al corte la sustancia blanca muestra petequiado rojizo; no se observan quistes ni formaciones tumorales. Cerebelo completo: Presenta meninges congestivas y parénquima conservado al corte. Duramadre: Trozo que mide 10 x 4 x 0,1 cm. sin lesiones macroscópicas. Aparato laríngeo: muestra pared laríngea con luz permeable sin cuerpos extraños. Tejidos blandos sin evidencias de hematoma ni de infiltración hemática. Los cortes histológicos muestran en: Timo: Presenta abundante tejido adiposo que reemplaza al 65 %del parénquima. Corazón: presenta pericardio lipomatoso y miocardio conservado. Pulmón Muestra extenso edema agudo intraalveolar, vasos congestivos y hemosiderófagos en las luces alveolares. Hígado: Muestra marcada congestión sinusoidal por sectores mas acentuada nivel controlobulillar. Los hepatocitos se hallan conservados. Bazo: Exhibe congestión de la pulpa roja. Riñón: Presenta congestión de los vasos intersticiales y de los glomérulos. Se evidencia marcada autolisis del epitelio tubular. Rotulado Zona de punción peridural: presenta histoarquitectura conservada, sin signos de inflamación, de necrosis ni de hemorragia. Rotulado Vena femoral: Sin lesiones microscópicas ni evidencia de émbolos. Cerebro: Piamadre congestiva con

napas de infiltrado inflamatorio polimorfonuclear. A nivel del parénquima cerebral se observa congestión y edema celular, con ensanchamiento de los espacios vasculares de Virchow-Robin. Cerebelo Muestra congestión e infiltratorio polimorfonuclear a nivel de la piamadre superficial y de los surcos. El parénquima se halla conservado. Duramadre: Secciones de tejidos con arquitectura conservada. Incluye una placa de exudado que se interpreta con material de arrastre de la cuchilla. Aparato laríngeo: presenta tejido muscular y adiposo conservados, sin signos de inflamación ni de extravación eritrocitaria. Se evidencia tiroides con histoarquitectura conservada.

CONCLUSIONES

- Meningitis aguda inespecífica (leptomeningitis).
- Congestión y Edema Cerebral.
- Congestión y Edema agudo de pulmón.
- Congestión hepática, esplénica y renal.

c. Pericia Médica Oficial (fs. 99/102) practica por los peritos oficiales Dr. Rolando Cosacov (neurólogo) y la Dra. Perla Wior, con intervención de peritos de parte Dr. Jose Antonio González (propuesto por la defensa del imputado Soria Díaz) y Dra. Alejandra Viotto. La labor fue conjunta, se realizó con fecha 2 de noviembre de 2010 y se hicieron las siguientes comprobaciones: CLINICA SANAGEC HISTORIA CLINICA ACOSTA, LUCAS. 14 años. 15/6/10 Motivo de consulta: cirugía programada pie plano rígido.

Obesidad (86 kg).

Foja Quirúrgica: 15/6/10. Diagnostico preoperatorio: Pie plano rígido. Barra calcaneoescafoidea.

Anestesia: Raquídea.

Operación Indicada: Osteotomía de la barra. Artrodesis subastragalina.

Paciente que regresa de cirugía lucido. Orientado en tiempo y espacio.

Compensado hemodinámicamente. En suficiencia cardiorespiratoria. Se encuentra con mucho dolor en región de la cirugía por lo que se indica Nubaina con buena respuesta.

Se intenta hablar con los padres que no se encuentran en el sanatorio.

Paciente que se encuentra estable. Sin dolor.

Indicaciones: Hidratación+ 2 amp. diclofenac +1 amp. Cefalexina c/8hs.

El 16/6/10 paciente cursa primer día postoperatorio. Vigil, lucido, afebril, dolorido, con vómitos alimenticios desde la noche.

R1R2 normofonéticos, no soplos. Murmullo vesicular presente. F.R. 20.

Abdomen plano, depresible. R.H.A.+. Diuresis +. Catarsis

Se suspende Nubaina.

Indicaciones: C.S.V. Diclofenac. Metoclopramida SOS. Ranitidina.
Cefalexina

E.V. Reposo gástrico.

Traumatología: refiere cefalea. Herida cubierta con vendaje seco. No dolor en pie derecho. Se evaluara alta el día de mañana.

El 17/6/10 segundo día posquirúrgico. Refiere cefalea. Glasgow 15/15. Ansioso. Se quiere ir a la casa.

Buena entrada bilateral de aire. Sin ruidos patológicos.

Dolor en todo el cuerpo. Indica Diclofenac.

Traumatología: buena evolución, herida seca se realiza curación plana. Se realiza bota corta de yeso. Sin dolor. Alta traumatológica con control en siete días por consultorio externo.

El mismo día 17 a las 18 hs. paciente con buen estado general. Alta médica. Se recomienda movilización y vendaje en miembros inferiores.

A fs. 29 Protocolo de Autopsia. Dres. Luis Defagot y Héctor De Uriarte

Examen externo: presencia de bota de yeso corta derecha, extraída la misma se observan dos puntos de sutura a nivel de talón y sutura de puntos separados de 10 cm aproximadamente a nivel de cara lateral externa de pie derecho.

Salida de sangre por nariz y boca.

Se observa con dificultad una lesión puntiforme a nivel de región lumbar.

Necropsia: Cabeza: sin lesiones. Cerebro sin lesiones. Pulmones congestivos, hígado congestivo. Estomago: mucosa congestiva. Pliegues borrados. Contenido mucoso amarronado. Presencia de líquido hemático diluido en pleura y peritoneo. Asas intestinales dilatadas. Bazo congestivo. Riñones congestivos.

Se retira material para anatomía patológica.

Se extrae material para estudios químico toxicológico.

Se realiza placa (rx) de tobillo y pierna derecha.

Conclusión: "La Insuficiencia Cardiorrespiratoria ha sido la causa de la muerte".

Informe Anatomopatológico. Dr. Luis Spitale. **Conclusiones:** Meningitis aguda inespecífica (Leptomeningitis). Congestión y edema cerebral. Congestión edema agudo de pulmón. Congestión hepática. Esplénica y renal.

Respondiendo preguntas de oficio

I- Etiología de la muerte y si la misma tiene relación con el diagnóstico, tratamiento a que fue sometido y ejecución del mismo.

La etiología de la muerte fue una meningitis aguda, presumiblemente bacteriana, por su evolución y hallazgos de autopsia. No tiene vinculación directa con el diagnóstico traumatológico de pie plano. Si tal vez con el procedimiento anestésico llevado a cabo para la corrección quirúrgica del mismo.

2-Detallar riesgos, complicaciones, efectos secundarios, y consecuencias del tratamiento médico, anestesia y medicación brindada al menor, si las mismas son riesgosas para la vida, y/o salud del paciente y si existen técnicas alternativas de menor riesgo.

Los riesgos y complicaciones ante una cirugía como la realizada son múltiples y comprenden desde pequeños problemas, dolores, fiebre, infecciones hasta trombosis, embolias, hipoxias y la misma muerte. No obstante se considera la misma de bajo riesgo y es la empleada de rutina en esos casos. Lo mismo puede decirse para el procedimiento anestésico seguido.

Entre los efectos secundarios muy comunes de este tipo de anestesia podemos citar los vómitos y las cefaleas, conocidos como cefaleas post-punción. Entre otros, uno de los riesgos de este tipo de anestesia, es la infección ya que implica introducir una aguja y líquidos en el espacio raquídeo o periraquídeo rompiendo la barrera de defensa natural dermo- epidérmica y ello habría sido el origen más probable de esta meningitis.

3-Establecer el patógeno responsable de la meningitis aguda inespecífica (leptomeningitis) causante del óbito del menor

No se estableció el agente patógeno ya que no hubo cultivo del líquido cefalorraquídeo.

4-Determinar diagnóstico y tratamiento indicados frente a los síntomas que presentaba el menor en el post operatorio (cefalea, náuseas y vómitos) y si es aconsejable indicar métodos adicionales de diagnóstico frente a dicho cuadro.

No hay referencias frente a un diagnóstico a los vómitos y cefaleas que presentó el menor. El tratamiento fue sintomático con anti-eméticos (anti-vomitivos Metoclopramida) reposo gástrico y analgésicos (Diclofenac).

El menor presentó en el post- operatorio-Síntoma y signos de meningitis - cefalea, náuseas y vómitos. El método apropiado para su diagnóstico frente a dicho cuadro era de una punción lumbar con el objeto de examinar y cultivar el líquido cefalorraquídeo.

5- Expedirse en relación a la procedencia o improcedencia de otorgar el alta a un paciente en el cuadro que presentaba Lucas Ezequiel Acosta y respecto de las pautas de alerta al alta informadas a la progenitora.

Otorgar el alta al menor no fue adecuado. Se le recomendó movilización y vendaje en miembro inferior. Se desconocen las pautas de alerta al alta informadas a la progenitora.

6-Determinar si dados los síntomas que presentaba el menor al momento de ser dado de alta era posible anticiparse a la ocurrencia del cuadro clínico presentado y evitarlo.

Al momento de ser dado de alta era posible un diagnóstico de meningitis o al menos de su sospecha. No era ya posible evitar su ocurrencia aunque sí y probablemente su desenlace fatal.

7- Todo otro dato de relevancia para la resolución de la causa.

Las meningitis bacterianas como la padecida por la víctima, suelen ser cuadros muy violentos, debilitantes y postrantes, que evolucionan en horas o a lo sumo en 1 ó 3 días por lo que es muy difícil que puedan pasar desapercibidos. Y si bien en algún caso puede no diagnosticarse una meningitis, la noción de la existencia de una enfermedad sería impide el alta precoz. Ello no sucedió en este caso. La explicación a ello se debe buscar en una circunstancia particular, cual es el uso de un antibiótico (cefalexina... c/8hs) desde el primer día del post operatorio. Este antibiótico, a esa dosis, usado con fines traumatológicos, fue suficiente como para atenuar, desdibujar, tapar o arrastrar la meningitis, pero no como para eliminarla, con lo cual ésta siguió su curso fatal. Ello se conoce con el nombre de meningitis “decapitada” que es lo que habría dificultado el reconocimiento de la misma. Así, especulamos, la cefalea y náuseas, y ausencia de fiebre, probablemente fueron atribuidas a efectos secundarios de la anestesia raquídea, perdiendo de vista el diagnóstico de la

meningitis subyacente. Es necesario un alto grado de sospecha para el diagnóstico de la misma ya que los signos y síntomas de una meningitis “natural” debieron haber estado atenuados o desdibujados por esta circunstancia.

d. Informe Pericial en disidencia (fs. 114/117) confeccionado por el perito de parte Dr. Jose González (propuesto por el imputado Fernando Soria Díaz) de fecha 23 de noviembre de 2010:

En base a las constancias de autos y ante las mismas preguntas formuladas en la pericia oficial, el perito dictaminó:

A la pregunta N° 1 respondió: En disidencia con informe de peritos oficiales.

La etiología de la muerte del menor es **desconocida**, no pudiendo establecerse la misma según autopsia y demás estudios efectuados según constancias de autos. Los hallazgos histopatológicos refieren una **“inflamación de las leptomeninges inespecífica”**.

Atento lo expresado precedentemente, no hay relación causal con diagnóstico traumatológico – pie plano – y, menos probable, con el procedimiento anestésico -anestesia raquídea- que se requirió para la corrección quirúrgica del mismo.

A la pregunta N° 2 respondió: En disidencia con informe de peritos oficiales. En medicina, toda acción conlleva riesgos inherentes al tipo de prácticas que se realiza, no existiendo el riesgo “0”. 2.1 Los riesgos de complicaciones mas frecuentes de la cirugía efectuada en este paciente son: a. Dolor pos operatorio, fiebre, infección del sitio quirúrgico, dehiscencia de la

sutura, tromboembolias periféricas (TVP) tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA). Ese tipo de cirugía es el procedimiento convencional para dicha anomalía (pie plano rígido) y considerado de bajo riesgo.

2.2 Procedimiento médico. Al ser necesario suministrar medicación a través de una canalización venosa, los riesgos de la venopunción son: irritación de la venoclisis, irritación de la vena canalizada (flebitis) infección del sitio de la canalización, trombosis (oclusión) de la vena canalizada.

2.3 De la anestesia raquídea: cefaleas pos-punción lumbar (mas común 7%) asociadas a náuseas y vómitos; dolor de espalda en el sitio de punción lumbar; síntomas neurológicos transitorios, anestesia espinal total, hematomas espinal o epidural, absceso epidural (0.05 a 0.7%) meningitis, aracnoiditis, paro cardíaco, retención urinaria y toxicidad por droga.

2.4.- De la medicación recibida.

El paciente recibe durante su internación medicación habitual de acuerdo al procedimiento y la sintomatología presentadas según consta en Historia Clínica.

a. - Antibiótico profilaxis, cefazolina, dosis, intervalos de dosis, y vías correctas sin evidenciar intolerancia y/o reacción alérgica.

b. - Analgésicos: Diclofenac para tratamiento de la cefalea post punción lumbar. Dosis adecuadas sin presentar efectos colaterales adversos

c.- Antieméticos: metoclopramida para evitar los vómitos, dosis adecuada sin efectos adversos.

e.- Corticoides: Dexametazona 8 mg. Antiinflamatorio esteroideo para tratar la cefalea post punción, dosis única sin efectos adversos.

A la pregunta N° 3 respondió: Del material biológico correspondiente a órganos extraídos del cadáver de menor Acosta, Lucas Ezequiel -informe anatomopatológico- de su descripción macroscópica y microscópica surgen las siguientes conclusiones: a.- **meningitis aguda inespecífica -leptomeningitis-**; b.- Congestión y edema cerebral; c.- Congestión y edema agudo de pulmón; d.- Congestión hepática, esplénica y renal. Por ello, **no puede establecerse por este procedimiento** el patógeno y/o agente responsable que la produce, siendo **imposible** determinar el origen de dicha inflamación, la que puede ser producto, tanto de agentes **infecciosos** -bacterias, virus, parásitos u hongos-, como de agentes **no infecciosos** -químicos, medicamentosos, tóxicos, etc.-, evidencias médico-legales del caso **no puede indicarse patógeno ó agente responsable** de la meningitis inespecífica y, mucho menos, que la misma haya sido la causa de la muerte, más aún, teniendo en cuenta la conclusión de la autopsia (fs.29 vta.) ella se debió a una insuficiencia cardiorrespiratoria.

A la pregunta N° 4 respondió:

En disidencia con informe de peritos oficiales. El paciente experimenta vómitos y cefaleas como efecto colateral más frecuente relacionado al tipo de anestesia recibida (raquídea), por lo cual recibe tratamiento sintomático como sucede habitualmente en estos casos: Analgésico (Diclofenac), antieméticos (metoclopramida) y antiinflamatorio esteroideo (dexametosa) en dosis única. En ningún momento el paciente experimentó síntomas neurológicos de alarma clínica propios del síndrome meníngeo, como: **a.-** rigidez de nuca, **b.-** fotofobia (intolerancia a la luz), **c.-** fiebre y **d.-** depresión de la conciencia,

como se desprende de datos referidos en la Historia Clínica. Así no se puede sospechar clínicamente que el paciente esté cursando una meningitis y, por lo tanto, **no corresponde** realizar otros procedimientos diagnósticos, como punción lumbar para análisis del líquido cefalorraquídeo: físico- químico y bacteriológico, en cuanto dicha práctica, sin estar debidamente justificada, conlleva riesgo mayor de generar potenciales efectos adversos, indeseables, improcedentes e innecesarios según la evolución clínica (durante la internación) que presentó el paciente.

A la pregunta N° 5 respondió:

En disidencia con informe de peritos oficiales. Según consta en Historia Clínica el paciente evoluciona favorablemente, revierten los síntomas relacionados a la cefalea y vómitos post punción lumbar y al momento del alta sanatorial se encontraba asintomático desde el punto de vista clínico, no evidenciando su herida quirúrgica ninguna alteración, por lo -cual, el alta médica sanatorial clínico quirúrgica fue procedente. Recibiendo las recomendaciones habituales: movilización y control por consultorio externo traumatológico. Cabe aclarar y desde el punto de vista cronológico, que el paciente traumatológicamente no evidenciaba ningún tipo de complicación, por lo tanto, se encontraba en condiciones de alta quirúrgica, siendo la valoración clínica la que resuelve definitivamente el alta sanatorial. Aspectos estos últimos omitidos de evaluar por peritos oficiales.

A la pregunta N° 6 respondió:

En disidencia con informe de peritos oficiales. El paciente al momento del alta sanatorial no presentaba sintomatología alguna, menos aún, síndrome

meníngeo por lo cual resulta imposible anticiparse a una patología inexistente y, tampoco, el desenlace fatal.

A la pregunta N° 7 respondió:

En primer lugar, es falaz y maliciosa la afirmación de los peritos oficiales de que el menor padeció una **meningitis bacteriana**, ya que surge de las constancias de autopsia, de los estudios anatomopatológicos y de sus afirmaciones (respuestas 1 y 3) que, **al no realizarse cultivos específico, es imposible establecer ese diagnóstico etiológico.**

Este paciente, fue sometido a una cirugía traumatológica por pie plano rígido, con valoración pre quirúrgica adecuada, siendo la obesidad el único factor de riesgo. Recibió el tipo de anestesia que corresponde a estos casos por ser menos riesgosa, padeciendo un efecto colateral adverso y frecuente -cefalea y vómitos post punción lumbar-; recibiendo para ello tratamiento médico adecuado con lo cual la sintomatología cede. Jamás experimentó en su evolución signos o síntomas evocadores de meningitis, por lo cual, no correspondía efectuar otros procedimientos diagnósticos.

Durante su internación recibió antibiótico profilaxis para la prevención de la infección del sitio quirúrgico según protocolos nacionales e internacionales, adecuados al tipo de cirugía, siendo la cefalosporina de primera generación (Cefazolina Igr. EV cada 8 horas) pre y post operatorio el antibiótico de elección efectivo contra un espectro de gérmenes, limitados a los de piel que pudieran infectar la herida. Por sus características farmacocinéticas este antibiótico **no atraviesa la barrera hematoencefálica** por lo cual **no alcanza niveles en líquido cefalorraquídeo**, siendo de esta manera inefectivo e

ineficaz para tratar infecciones del sistema nervioso central (meningitis bacteriana), menos aún, **para atenuar o disimular** una potencial y menos frecuente complicación infecciosa asociada a la anestesia raquídea.

Como ya se mencionara el paciente **nunca padeció síntomas evocadores de meningitis** y, de haberlos tenido, la administración previa de antibiótico profilaxis no hubiera bastado para evitar la progresión de los mismos, y menos aún, para establecer su diagnóstico clínico y de laboratorio.

El término de **meningitis decapitada** se usa para definir un cuadro clínico compatible con **meningitis bacteriana aguda de la comunidad** cuyo agente etiológico no puede ser recuperado en cultivos de líquido cefalorraquídeo -por métodos microbiológicos habituales- por haber recibido el paciente previamente antibióticos -distintos a la cefalosporina de primera generación- que logran concentraciones suficientes en el líquido cefalorraquídeo como para inhibir su crecimiento y desarrollo ulterior, evitando así la **identificación** de los mismos. En consecuencia, son insostenibles científicamente las afirmaciones de los peritos oficiales.

Para finalizar, en condiciones habituales, al realizarse una punción lumbar para inyectar el anestésico al espacio subdural, pequeñas cantidades de sangre que podrían ser arrastradas por la aguja al espacio subaracnoideo ó/el propio fármaco anestésico, pueden bastar para provocar una irritación o inflamación de las meninges en forma inespecífica (leptomeningitis), sin que esto constituya una patología en sí, y que puede ser responsables de los hallazgos histopatológicos de la autopsia, resultando de esta manera imposible la determinación etiológica de la muerte desafortunada de este niño.

e. Informe Pericial (fs. 119/121) confeccionado por la perito de parte Dra. Alejandra Viotto –especialista en anestesiología (propuesta por el Dr. Julio Pacheco).

En base a las constancias de autos y ante las mismas preguntas formuladas en la pericia oficial en las referencias N° 1, 2, 3, 4, 5 y 6, la perito dictamino:

A la pregunta N° 1 respondió: Según consta en informe de autopsia la muerte del menor Lucas Acosta no tiene relación causal con el diagnóstico traumatológico, como así tampoco con el acto anestésico.

A la pregunta N° 2 respondió: Cualquier tipo de acto quirúrgico anestésico conlleva riesgos para la vida del paciente como así también las complicaciones, sobre todo en pacientes obesos, como es el caso de Lucas Acosta, por ejemplo, insuficiencia respiratoria, metabolismo enlentecido para ciertas drogas, con el depósito prolongado de las mismas en tejido graso, dificultad para la intubación endotraqueal, entre otras mas graves como embolias, trombosis y posibilidad de muerte. En los últimos 10 (diez) años el uso de la anestesia espinal, es cada vez mas frecuente en la práctica especializada. La anestesia espinal es esencialmente utilizada en procedimiento infra umbilicales extra peritoneales como hernioplastias, cirugías genitales externas o de miembros inferiores. Las complicaciones mas frecuentes encontradas son la anestesia espinal alta, la obstrucción respiratoria, la cefaleas post punción y a hipotensión arterial con bradicardia intra-operatoria (1). Las cefaleas post punción dural con las agujas 27 G punta lápiz (las de menor calibre en el mercado) sólo tienen un riesgo de

incidencia menor al 3%. Cabe aclarar que a menor calibre de la aguja de bloqueo espinal disminuye el riesgo de incidencia de cefalea.

A la pregunta N° 3 respondió: En el paciente Lucas Acosta no se puede establecer ni el agente patógeno ni la vía de ingreso del mismo, causante de la leptomeningitis. Seguidamente enumera las posibles causas y factores de leptomeningitis, mencionando las de etiología infectovirales, bacteriana, parasitaria y no infecciosa, concluyendo que en el paciente Lucas Acosta no se pudo establecer microorganismo ni agente patógeno, ya que no hubo cultivo ni otro tipo de análisis del líquido cefalorraquídeo, como así tampoco de sangre, orina etc.

A la pregunta N° 4 respondió: Según consta en foja de enfermería y de evolución médica, el menor comienza con dolor post quirúrgico el día 15/6/10, le administran nubaína, repitiéndose las mismas a las horas 24 y 06 de la mañana del día siguiente. El día 16/6/10 por la mañana el paciente comienza con vómitos alimenticios, indicándole ranitidina y metoclopramida (recordemos que la nubaina es un potente analgésico emetizante), conjuntamente sigue con su tratamiento de reposo gástrico y analgésicos como diclofenac. No se puede asegurar que los signos y síntomas que presento el menor de cefalea, nauseas y vómitos, fueran de meningitis. El paciente no tenía fiebre, fotofobia, ni otros signos de irritación meníngea. Sí tenía en sus antecedentes personales quirúrgicos: 1- Bloqueo subaracnoideo (causante de cefalea entre el 1 y el 3% de los casos) 2- Administración de nubaína (emetizante, aumentando la posibilidad de cefalea post-punción dural) 3-Administración de drogas antiinflamatoria no esteroideas (daines) como diclofenac, ibuprofeno y antibióticos.

A la pregunta N° 5 respondió: El paciente Lucas Acosta al momento del alta médica, se encontraba en buen estado general, según consta en la historia clínica. No presentaba cefaleas, vómitos ni ningún otro signo meníngeo, aún cuando ya no se le administró más la medicación antiemética. Se desconocen las pautas de alerta al alta informadas a los progenitores.

A la pregunta N° 6 respondió: al momento de ser dado de alta el menor, no era posible sospechar un diagnóstico de leptomeningitis.

f. Ampliación de la Pericia Médica oficial (fs. 255/256) practicada por los peritos médicos forenses oficiales Dres. Rolando Cosacov y Perla Wior, con la participación conjunta de los peritos de control Dr. Jorge Perea (propuesto por la querella) y Alejandra Viotto –medica especialista en anestesiología- (propuesta por el Dr. Julio Pacheco, quien practicó la anestesia a la víctima).

Se responde a los siguientes puntos:

1.

a) Que se entiende por alta sanatorial, hospitalario o clínica

Se entiende la autorización o conformidad médica para la descarga o salida de un paciente de la clínica y hospital.

b) Que se entiende por alta quirúrgica

En un sentido amplio, el alta quirúrgica o traumatológica suele ser sinónimo de alta médica. En un sentido más estricto hace referencia a que la parte quirúrgica ó traumatológica está evolucionada y puede el paciente

abandonar el establecimiento o no, dependiendo de la opinión de otro especialista que tiene a cargo el paciente. Como ejemplo, un paciente diabético a quien se le practica un acto quirúrgico y se considera buena la cicatrización y evolución de la cirugía puede en lo que respecta a ello abandonar la internación aunque la evolución de su diabetes quedará a cargo de un diabetólogo o clínico que según la evolución de su diabetes le dará o no el alta.

c) que se entiende por alta traumatológica

Vale la respuesta anterior.

d) en el caso de autos como se resuelve definitivamente el alta sanatorial, hospitalaria o clínica.

Consta en la historia clínica: el 17/06/10 Traumatología y ortopedia: se indica alta traumatológica. Control en siete días traumatología. Dr. Sebastián Soria Díaz. El mismo 17 dice: alta médica. Control clínico y traumatológico Dr. Ricardo Mansur, pediatra.

2. Para especialista en infectología: determinar si el antibiótico pre y post operatorio recibido por el menor es el adecuado para el tipo de cirugía al que fue sometido a cuyos efectos se solicita la asignación de profesionales especialista en la materia.

El antibiótico indicado Cefalexina está indicado en este tipo de procedimiento.

3-

a) cual es/son los procedimientos médicos anestésico/s indicado/s para una cirugía traumatológica como la llevada a cabo en autos

La anestesia raquídea, troncular, local o general son todos procedimientos aceptables e indicados para el caso en cuestión. La elección de uno u otro depende de preferencia del paciente, del anestesista o el cirujano.

b) Indicar cuales son los cuidados indicados desde la ciencia medica como los adecuados para evitar el riesgo de infección y posterior meningitis en un procedimiento anestésico como el llevado a cabo en autos.

Consisten en la asepsia del campo anestésico, si hay introducción de agujas como en el presente caso y del instrumental y de todo producto que se introduzca en el organismo a través de las mismas.

c) Indicar cual fue el procedimiento anestésico llevado a cabo en autos por el medico anestesista.

El paciente ingresa con diagnóstico de Pie plano rígido derecho. Se realiza osteotomía de la barra Artrodesis subtragalina el 15/6/10. Bajo anestesia raquídea. El agente es Bupivacaina 0,5 % hiperbárica.

f. Determinar procedimiento/s anestésico/s para la cirugía traumatológica de autos teniendo en cuenta las características físicas y personales del menor Lucas Acosta.

El procedimiento anestésico practicado a Lucas Acosta fue adecuado, como se respondió un punto 3. a.

Se desconoce alguna característica personal que pudiera haber desaconsejado el mismo.

Informe si para últimos puntos de pericia agregados a la ampliación de pericia forense (apartados 2, a, b), c) y d) se requiere la intervención de profesionales de la salud especializados en la rama ANESTESIOLOGICA o si por el contrario dichos puntos de pericia pueden ser respondidos por los peritos médicos que ya fueron asignados por la pericia medica forense (Dres. Wior y Casacov)

No es necesario especialistas en anestesia para responder las preguntas de la ampliación.

g. PERICIA MEDICO LEGAL (fs. 519/523 fotocopias simples) realizada en sede civil en el marco de la tramitación de los autos caratulados "Acosta Claudio Gustavo y otros c/clínica Sanagec y otros –ORD. DS y PJS. Mala praxis (P. del actor) Expte. 2766781/36, confeccionada por la médica legista Haidé M. Zubiat, en base a las constancias de la causa y de la HC. CONCLUYE: Habiendo realizado el análisis de autos, de la HC del menor Lucas E. Acosta, esta perito considera que el menor Acosta debería haber permanecido internado en el nosocomio previendo una posible meningitis en curso, aplicando medidas preventivas, realizando los estudios pertinentes: tomografía axial computadas (TAC) de cerebro, punción lumbar con estudios: físicos, químicos, microbiológicos y serológicos e iniciar terapia antimicrobiana correspondiente, lo que podría haber evitado el desenlace fatal.

h. PERICIA OFICIAL (fs. 524/527 fotocopias simples) realizada en sede civil en el marco de la tramitación de los autos caratulados

"Acosta Claudio Gustavo y otros c/clínica Sanagec y otros –ORD. DAÑOS Y PERJUICIOS", practicada por los médicos forenses Ramiro Ortiz Morán y José Carlos Lozano.

RESPUESTAS NEUROLOGICAS

Puntos de pericia más importante 1. Para junio de 2010 ¿Qué patología portaba el niño que ameritaba cirugía? respuesta: anormalidad ortopédica de pie (pie plano rígido).

2. ¿la cirugía fue realizada de acuerdo a la *lex artis*? respuesta: esta debe ser respondida por especialista en la materia.

8. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la meningitis aguda bacteriana? Respuesta: son cefaleas, vómitos (aun sin ingesta de alimentos pues son debidos al aumento de la presión intracraneal), fiebre y signos de irritación meníngea como rigidez de nuca y raquis.

9. ¿Qué relevancia tiene la fiebre dentro del cuadro clínico de meningitis? respuesta: Que un paciente con cefalea tenga fiebre debe hacer considerar que pueda tratarse de una meningitis. No conozco que pueda darse una meningitis bacteriana sin fiebre alta (40° C.). La ausencia de fiebre no aporta fundamento para sospechar meningitis.

10. ¿Resulta habitual que un paciente porte meningitis sin fiebre? respuesta: Es muy infrecuente (durante la internación no se describe que haya tenido fiebre). En una meningitis bacteriana la fiebre, y fiebre alta, es la regla, y por implantación del germen responsable a través de una punción lumbar dentro del líquido cefalorraquídeo (LCR) cabría esperar un cuadro catastrófico, con muchos signos, gran compromiso

neuroológico y rápida evolución. Peor con un germen intrahospitalario (con resistencia a múltiples antibióticos).

11. ¿Qué manifestaciones clínicas portaba el paciente dentro de su internación? respuesta: Las relacionadas a su discapacidad neurológica de base, las locales en la zona de la cirugía, y cefalea que interpreto se consideró (en ausencia de signos de infección o deterioro neurológico) como benigna (por ejemplo relacionadas a la anestesia raquídea).

12 ¿Manifestaba rigidez de nuca, signos de Kerning y Brubsinsky, alteración del sensorio, convulsiones, manifestaciones en la piel u otros signos característicos de meningitis? respuesta: No se consigna que el paciente padeciera signos de Kerning y Brubsinsky, alteración del sensorio, convulsiones, manifestaciones en la piel u otros signos característicos de meningitis.

13 ¿Cuál era el estado del paciente cuando se le otorgó el alta sanatorial? Respuesta: Al momento del alta sanatorial había sido evaluado médicamente de manera clínica por médico pediatra, y no se describen anormalidades que hagan presumir una patología neurológica aguda grave como por ejemplo una meningitis.

14. Si en un paciente que no tenía los signos de la pregunta 12 y se encontraba afebril ¿debía ser sometido a una punción lumbar? respuesta: Un paciente afebril, sin signos de irritación meníngea (rigidez de nuca y raquis, signos de Kerning y Brubsinsky) ni alteración del sensorio, convulsiones, manifestaciones de piel u otros signos característicos de meningitis, no hay razón para realizar una punción lumbar diagnóstica: realizar en esas circunstancias implicaría realizarla en las muy numerosas condiciones en que

surge cefalea como en cualquier cuadro de cefalea primaria (por tensión muscular, migraña) o secundaria a procesos benignos (por ejemplo una gripe) con exceso de riesgos en relación a los beneficios esperables, y si se tratara de la cefalea post punción lumbar, empeoraría el cuadro y retrasaría la mejoría.

15. Si un paciente al que se le administra antibióticos que no atraviesan fácilmente la barrera hematoencefálica ¿puede enmascarar un cuadro infeccioso bacteriano meníngeo? respuesta: Los antibióticos que no atraviesan la barrera hematoencefálica (no pasan desde la sangre hacia el cerebro y las meninges) como la cefelaxina utilizada en este paciente, no pueden enmascarar un cuadro de meningitis.

16. El experto mencionado en el examen cadavérico ¿arrojó resultado positivo de cultivo líquido cefalorraquídeo o de meninges? Respuesta: No hubo informe de que se realizara cultivo del LCR ni de meninges.

17. En caso de haber dado negativo o en ausencia de cultivo positivo (no solicitado) ¿es correcto afirmar un diagnóstico de meningitis aguda bacteriana? Respuesta: “meningitis bacteriana aguda presumible” es a mi juicio un diagnóstico incorrecto porque la existencia de meningitis deja de ser una presunción al documentarse con la necropsia su existencia (la necropsia informa la existencia de meningitis), pero no hay datos que permitan conocer la causa, así que el hecho de que sea bacteriana es una conjetura sin fundamento documentado.

18. ¿Cómo define el Sr. perito lo vertido como “meningitis bacteriana aguda presumible”? Respuesta: La anatomía patológica de la autopsia muestra signos de meningitis (“lepto meningitis aguda inespecífica). Pero para

presumir la existencia de una meningitis [bacteriana] deben estar presentes síntomas intensos que no se dieron en este paciente.

19 ¿Se define meningitis bacteriana solo por cultivo positivo de LCR?
Respuesta: No. el diagnóstico de meningitis no se define solamente por cultivo de LCR. De hecho la mortalidad y las secuelas aumentarían si se espera el resultado del cultivo a las 48 hs. para iniciar el tratamiento, pues un factor pronóstico fundamental es su comienzo precoz. La meningitis se diagnostica clínicamente y por la clínica se toma la decisión de tratarla “a ciegas” (sin saber aún el germen que la causa y si los antibióticos prescritos pueden eliminarlo): el aumento de la presión dentro del cráneo (hipertensión endocraneana) causa el dolor de cabeza intenso (cefalea intensa) y los vómitos. La reacción inflamatoria que se pone en marcha para combatir al germen causa la fiebre súbita y alta (40° centígrados), y eso lleva a sospechar el diagnóstico de meningitis. Entonces con lo que se realiza el examen físico que muestra rigidez de nuca y raquis y esto lleva a considerar la relación beneficio-riesgo de realizar una punción lumbar. De ser esta realizada las características del líquido cefalorraquídeo (LCR) macroscópicamente dan una idea inicial del diagnóstico (si es claro como cristal de roca o si es turbio, la presión a la que sale, etc.) que luego son (o no) corroboradas con el laboratorio (bacteriológico, físico-químico y citológico) y según la sospecha etiología pueden ser necesarias otras determinaciones.

20. Si el paciente fue dado de alta el 17/6/10 y permaneció mas de 2 días en su domicilio ¿cómo es posible que Lucas E. con una meningitis aguda bacteriana francamente evolutiva como para provocar el deceso del paciente, no alertara ser internado por los familiares? Respuesta: En un paciente a quien los familiares lo ven mal de salud, suelen no aceptar el alta, no siendo

infrecuente los familiares del paciente [que] se nieguen a retirarlo de la institución de salud si no lo ven en buen estado o creen que no podrán brindarle los cuidados necesarios en el domicilio. Y si hubiera estado 2 días en la casa con síntomas y signos de meningitis (dolor de cabeza intenso, vómitos reiterados y fiebre muy alta), es menos comprensible aún como no lo llevaron nuevamente a la clínica. La única explicación que se me ocurre es que el paciente no tuviera los síntomas que alertarían y harían sospechar el diagnóstico, tanto en la clínica (si es que empezó allí la enfermedad) como en la casa del paciente, y por eso no consultaron nuevamente. RESPUESTAS TRAUMATOLOGICAS fs. 527.

No consta en la documental médica complicaciones secundarias a la cirugía traumatológica propiamente dicha. La cefalea post anestesia raquídea es un síntoma frecuente. De ahí la recomendación del reposo absoluto. El Dr. Soria Díaz participó como ayudante en la cirugía y esto es precisamente una ayuda a las órdenes del cirujano responsable que, en este caso, sería el Dr. Rojas.

Según la documental médica el Dr. Soria Díaz actuó conforme lo indica la ciencia médica y de acuerdo con su especialidad.

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

[OMISSIS]

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 acusado, debiendo aquél lograrse a través de la valoración de las pruebas regularmente producidas en la causa (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 - con certeza que aquí se exige - que las conductas endilgadas a los prevenidos sea constitutiva de una mala praxis médica, a cuya consecuencia se produjo el lamentable deceso del niño Lucas Ezequiel Acosta; lo cual me obliga a decretar la **absolución de ambos acusados**. Doy razones.

Antes de comenzar este análisis, debo recordar que el Sr. Fiscal de Cámara también requirió, al emitir sus conclusiones, la absolución de ambos imputados. En este caso, y más allá de que estimo perfectamente fundadas sus conclusiones, sin perjuicio de las aclaraciones que realizaré al argumentar la postura de esta Sala, lo cierto es que me encuentro habilitado para ingresar al examen del suceso ya que el querellante particular sostuvo la acusación. En tal sentido, la casación 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”).

[OMISSIS]

La prueba del hecho, metodológicamente, exige que con carácter preliminar me ocupe de dilucidar diversas cuestiones fácticas que constituyen el marco contextual inexorable para poder adentrarme a valorar las conductas profesionales *stricto sensu* de ambos facultativos.

Está plenamente acreditado que en las circunstancias de tiempo y lugar que establece la acusación, el menor Lucas Ezequiel Acosta, de 14 años de edad al momento del hecho, falleció. Esto se comprueba a partir de: a) el acta de defunción (fs. 492), emitida por la Dirección del Registro del Estado Civil y Capacidad de las personas de esta ciudad de Córdoba, en donde se hace constar que el día 20 de junio de 2010, en el domicilio sito en Manzana 26, casa 14, de Barrio I.P.V. de esta ciudad de Córdoba, falleció Lucas Ezequiel Acosta debido a una insuficiencia cardiorrespiratoria; b) la copia fiel de la libreta de familia en donde se anota la defunción, el día 20 de junio de 2010, del menor Acosta (fs. 62); c) el Informe médico N° 1031239 (Cooperación Técnica N°350693), de la Sección Medicina Legal de la Dirección General de Policía Judicial, suscrita por la Dra. Silvia Paulini en donde se consigna: “Examen ectoscópico del cadáver [de Lucas Ezequiel Acosta]: Trasladado a Instituto de Medicina Forense y examinado ectoscópicamente, se constató: talla aproximada de 1,72 m.; de unos 95 – 100 kg de peso; de piel trigueña; cabello castaño; sin barba y sin bigote; con aseo e higiene personal. Venda por herida quirúrgica en pierna derecha. (...) Datos de interés criminalístico: Se constató (...) Ausencia de signos de violencia física actual” (fs. 111); y d) Autopsia N° 870/2010, practicada a quien “en vida se llamara: LUCAS EZEQUIEL ACOSTA”, suscrita por los Sres. Médicos Forenses, Dres. Luis Defagot y Héctor De Uriarte, y en donde se concluye que, de acuerdo a los hallazgos “cabe

estimar que LA INSUFICIENCIA CARDIORESPIRATORIA ha sido la CAUSA DE LA MUERTE de LUCAS EZEQUIEL ACOSTA”.

También está plenamente probado que el niño Lucas Ezequiel Acosta fue sometido a una intervención quirúrgica, con fecha 15 de junio de 2010, en la Clínica Sanagec, sita en Boulevard Guzmán 65 de esta Ciudad de Córdoba. Esto surge de: a) Declaración testimonial de la Sra. María Eva Lastra (fs. 35/37 y sus dichos en debate) en donde, la progenitora del menor refiere: “que fijaron la operación para el 15 de junio de este año [2010] y que por ello se le practicaron todos los estudios pre quirúrgicos, análisis clínicos y electrocardiograma en la misma clínica Sanagec (...)”; b) por la Historia Clínica y, en especial, la foja quirúrgica (fs. 9 [agregada al expediente principal]) en donde se consigna: “Fecha de Operación: 15/06/2010”. Dicha documental también permite tener por probado diversas circunstancias vinculadas con el acto quirúrgico; concretamente: b.1) Diagnóstico preoperatorio: Pie plano rígido. Barra calcaneoescafoides. Diagnóstico operatorio: Ídem.; y b.2) que se le practicó anestesia raquídea; consignándose en la ficha anestesiológica (fs. 10 de la Historia Clínica) que el agente anestésico fue Bupivacaína 0,5 % hiperbárica y el método empleado fue el “Bloqueo Raquídeo”. Asimismo en la misma ficha se consigna como comentario: “Se realiza asepsia antisepsia en la región tronco lumbar sacra con solución de yodo (...), luego punción raquídea con aguja N° 27 punta lápiz con introducción a nivel L4. Se inyecta 13 mg. de Bupivacaína 0,5 %”.

Igualmente está acreditado con certeza que la cirugía en cuestión fue practicada por el Dr. Daniel José Rojas, en carácter de cirujano jefe, con la ayuda del acusado Sebastián Soria Díaz, médico cirujano traumatólogo. Esto se desprende de la foja quirúrgica (que forma parte de la historia clínica - ver fs. 9 de esa documental-) y lo declarado por el propio Rojas en debate.

Está probado, por la historia clínica mencionada, que, en razón de la cirugía y como postoperatorio, el menor permaneció internado en el citado nosocomio hasta el día 17/6/2010; momento en el cual se le dio el alta hospitalaria.

Está acreditado que la causa eficiente de la muerte fue una meningitis inespecífica (lectomeningitis); que le provocó una insuficiencia cardiorrespiratoria. Aquí hay que hacer una digresión: la autopsia refiere que la causa eficiente de la muerte fue aquella insuficiencia (ver autopsia transcrita supra). Sin embargo, en debate, el perito De Uriarte explicó que la operación por ellos realizada, especialmente en estos casos en donde se indaga una supuesta mala praxis médica, debe complementarse con estudios posteriores. Por eso este experto dijo en la audiencia que se trató de una autopsia “**en desarrollo**” y que, “para completar la misma se hacen los análisis anatomopatológicos”. Lo que se realiza, en este primer procedimiento, - dijo el experto - es “la visión macroscópica y el intento de encontrar el mecanismo de muerte con los pocos antecedentes que se tienen en ese momento, para enviar, luego, el material a anatomía patológica. Después la autopsia puede tener distintos cursos de desarrollo, de acuerdo a lo que pide la Fiscalía; requiriéndose, a veces, una ampliación”. El mencionado informe anatomopatológico fue practicado por el Dr. Luis Santos Spitale - quien, aclaro, no pudo comparecer a debate en virtud de la emergencia sanitaria y encontrarse en grupo de riesgo - arribando a las siguientes conclusiones: “Meningitis aguda inespecífica (leptomeningitis). Congestión y Edema Cerebral. Congestión y Edema agudo de pulmón. Congestión hepática, esplénica y renal” (ver fs. 33/34). A preguntas del Sr. Fiscal de Cámara, quedó claro que, a partir de la integración de ambos estudios (necropsia e informe anatomopatológico), el deceso del menor tuvo como causa eficiente una meningitis aguda inespecífica (leptomeningitis); que epilogó en la insuficiencia cardiorrespiratoria. Me detengo aquí para formular algunas precisiones.

Por una parte, debe destacarse que, entre los peritos oficiales intervinientes hubo **plena coincidencia** en orden a esta causa de muerte (meningitis aguda inespecífica, que generó la insuficiencia cardiorrespiratoria). En la audiencia así lo expresaron, además de los médicos forenses que tuvieron a cargo la realización de la autopsia (Dres. De Uriarte y Defagot), los restantes profesionales intervinientes, sea en el juicio penal como en el civil (Dres. Cosacov, Ortiz Morán y Losano). No desconozco que hubo una opinión en discrepancia, representada por el Dr. González, perito de control de la defensa. Éste dijo en debate que la meningitis aguda es una entidad que se diagnostica a través de la clínica, el paciente tiene síntomas agudos y a lo largo de la historia clínica del fallecido en ningún momento tuvo signos ni síndromes meníngeos, que pudieran motivar el deceso final como causa efectiva de muerte. Esta opinión debe ser descartada porque no se sustenta con otras constancias de la causa; concretamente: a) que alguno de los síntomas que describieron los peritos como propios de la meningitis - **aunque no exclusivos de ésta (luego volveré sobre este punto en extenso)** - sí se dieron (por ejemplo: cefaleas, náuseas o vómitos) y b) que según lo dijo el perito Cosacov en debate “no hace falta que esté completo todo el cuadro en ninguna enfermedad”; lo que significa que, de acuerdo a las circunstancias, habrá casos en que toda la sintomatología que menciona la bibliografía científica para la meningitis podrá estar presente y en otros no; **sin que esto signifique que la patología deje de ser tal**. En suma: el perito de parte **combina dos aspectos del análisis claramente diferenciables desde una perspectiva lógica**: uno es cómo se diagnostica una meningitis y otra, distinta por cierto, es que, como en el caso no estuvieron presentes todos los síntomas no es posible sostener que la causa de la muerte fuese la grave inflamación meníngea, que documenta el informe anatomopatológico. Este último tramo del razonamiento del perito de control, por lo expuesto supra, es el que resulta objetable. Aclaro que, como surge de la argumentación que vengo explicitando, mi

crítica a esta opinión experta se ha desenvuelto dentro de los estándares que la doctrina procesal, desde antaño, viene elaborando en este aspecto. Es que, la eficacia probatoria que haya de reconocerse al dictamen pericial estará subordinada, entre otras, a la siguiente circunstancia: “las deducciones motivadas del perito tienen que concordar con los datos de los elementos de comprobación obrantes en el proceso” (cfr. Gustavo A. Arocena y otros, *La prueba en el proceso penal*, Ed. Astrea, Bs. As., 2009, p. 344); lo que en este caso supone una concordancia con los demás estudios expertos que aquí se verificaron y la documental que refleja los actos médicos desarrollados, evaluados en su integridad y no sesgadamente como sucede con la opinión analizada.

Otro aspecto que debo dilucidar se vincula con algunas hipótesis que surgen de la pericia realizada por el Dr. Cosacov y la Dra. Perla Wior (fs. 99/102). Más específicamente: que en este caso la meningitis pudo haber sido de tipo bacteriana; que la infección estuvo asociada con el acto anestésico y que se trató de una meningitis “decapitada”. Así lo explicaron los mencionados profesionales al señalar: “Las meningitis bacterianas, como la padecida por la víctima, suelen ser cuadros muy violentos, debilitantes y postrantes, que evolucionan en horas o a lo sumo en 1 ó 3 días por lo que es muy difícil que puedan pasar desapercibidos. Y si bien, en algún caso, puede no diagnosticarse una meningitis, la noción de la existencia de una enfermedad sería impide el alta precoz. Ello no sucedió en este caso. La explicación a ello se debe buscar en una circunstancia particular, cuál es el uso de un antibiótico (cefalexina... c/8hs) desde el primer día del post operatorio. Este antibiótico, a esa dosis, usado con fines traumatológicos, fue suficiente como para atenuar, desdibujar, tapar o arrastrar la meningitis, pero no como para eliminarla, con lo cual ésta siguió su curso fatal. Ello se conoce con el nombre de meningitis ‘decapitada’ que es lo que habría dificultado el reconocimiento de la misma. Así, especulamos, la cefalea y náuseas, y ausencia de fiebre, probablemente fueron atribuidas a efectos secundarios de la anestesia raquídea,

perdiendo de vista el diagnóstico de la meningitis subyacente. Es necesario un alto grado de sospecha para el diagnóstico de la misma ya que los signos y síntomas de una meningitis ‘natural’ debieron haber estado atenuados o desdibujados por esta circunstancia”. Y en esa misma experticia los peritos oficiales también señalaron: “(...) uno de los riesgos de este tipo de anestesia [raquídea], es la infección ya que implica introducir una aguja y líquidos en el espacio raquídeo o periraquídeo, rompiendo la barrera de defensa natural dermo- epidérmica y ello habría sido el origen más probable de esta meningitis”. En realidad estas apreciaciones no están acreditadas con certeza. Y digo esto porque dichas opiniones fueron rebatidas tanto por el perito de control como por otro perito oficial. En efecto, ya en su dictamen en disidencia (fs. 114/117), el perito de parte, Dr. González, expresó: “En primer lugar es falaz (...) la afirmación de los peritos oficiales de que el menor padeció una meningitis bacteriana, ya que surge de las constancias de autopsia, de los estudios anatomopatológicos y de sus afirmaciones [de los propios peritos oficiales] (respuestas 1 y 3) que, al no realizarse cultivos específicos, es imposible establecer ese diagnóstico etiológico. (...) Durante su internación recibió antibiótico profilaxis para la prevención de la infección del sitio quirúrgico, según protocolos nacionales e internacionales, adecuados al tipo de cirugía, siendo la cefalosporina de primera generación (Cefazolina 1 gr. EV cada 8 horas) pre y post operatorio el antibiótico de elección efectivo contra un espectro de gérmenes, limitados a los de piel que pudieran infectar la herida. Por sus características farmacocinéticas este antibiótico no atraviesa la barrera hematoencefálica por lo cual no alcanza niveles en líquido cefalorraquídeo, siendo de esta manera inefectivo e ineficaz para tratar infecciones del sistema nervioso central (meningitis bacteriana), menos aún, para atenuar o disimular una potencial y menos frecuente complicación infecciosa asociada a la anestesia raquídea”. El perito oficial Dr. Losano, por su parte, tanto en su informe presentado en el expediente civil como en debate, coincidió con

esta última apreciación. En efecto, en su experticia consignó que: el término “‘meningitis bacteriana aguda presumible’ es (...) un diagnóstico incorrecto porque la existencia de meningitis deja de ser una presunción al documentarse con la necropsia su existencia (la necropsia informa la existencia de meningitis), pero no hay datos que permitan conocer la causa, así que el hecho de que sea bacteriana es una conjetura sin fundamento documentado”. En debate, el mismo galeno indicó: “Si se tiene que tratar una meningitis usaría una cefalosporina de 3ª generación, que pasa la barrera hematoencefálica y puede tener efecto; (...) la cefalexina es una cefalosporina de primera generación, que actúa sobre los tejidos blandos, por ejemplo los involucrados en la cirugía, reduciendo la posibilidad de infecciones; pero no pasa la barrera de la sangre al cerebro; es poco probable que haya sido una meningitis decapitada”. Pero además, **y en estos aspectos**, el dictamen de los peritos Cosacov y Wior se muestra parcialmente contradictorio. Y digo esto porque, si en su informe conjunto ambos profesionales afirmaron que “no se estableció el agente patógeno [de la meningitis] ya que no hubo cultivo del líquido cefalorraquídeo”; mal pueden sostener, luego, la afirmación de que el cuadro meníngeo del paciente fuese bacteriano. Nuevamente - insisto en esto - que mi apartamiento en el punto, respecto de este dictamen, transita por los andariveles del control jurisdiccional admitido para este tipo de prueba; el cual, en este caso, se fundamenta en una contradicción detectada entre puntos del mismo informe que analizo.

Asimismo, y avalando la cuestión que vengo analizando, tengo en cuenta lo afirmado en debate por todos los peritos (oficiales y de parte), incluido el propio Dr. Cosacov, cuando a preguntas de uno de los defensores, coincidieron en que **la vía aérea u oral es el mecanismo más común de la producción de la meningitis; y que “no es común ni frecuente una meningitis por una anestesia raquídea”**. Este dato, también es relevante porque, sí - como lo piensa cierta doctrina - “la causalidad puede ser

comprobada, bajo ciertas circunstancias, también en virtud de una relación estadística significativa entre acción y aparición de determinados resultados” (cfr. Helmut Frister, *Derecho penal. Parte general*, Ed. Hammurabi, Buenos Aires, 2011, p. 196), cuando todos los expertos coinciden en afirmar - como aquí sucedió en debate - que la anestesia raquídea, como hipotética vía de ingreso de un agente patógeno, es poco frecuente, este extremo habla claramente de la ausencia de una relación estadística significativa.

Sintetizando esta parte del análisis: estimo que está probado que la causa eficiente de la muerte del menor fue una meningitis inespecífica (que epilogó en la insuficiencia cardiorrespiratoria); pero considero que no hay elementos de convicción suficientes para determinar de qué tipo de inflamación meníngea se trató (si fue o no bacteriana); en caso de serlo (bacteriana), cuál fue la vía de ingreso; ni para afirmar que se trató de un cuadro meníngeo “decapitado”.

Ingreso, ahora, en el análisis de las conductas atribuidas a los acusados. Previo a ello estimo conveniente realizar algunas precisiones conceptuales.

a) El núcleo del tipo de injusto del delito culposo consiste en la divergencia entre la conducta (activa u omisiva) históricamente 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. Tal criterio ha sido sostenido por esta Sala en precedentes anteriores

(cfr. "TOCONAS, Juan Marcelo p.s.a. Homicidio Culposo" [SAC n° 1039116], Sentencia N° 48, 18/10/2020, del registro de esta Cámara).

¿Qué le atribuyó originariamente la acusación a los imputados?

Concretamente: que “con posterioridad a la cirugía [programada], y durante su internación, [el niño intervenido quirúrgicamente] habría presentado un cuadro de cefaleas, náuseas y vómitos, pese al cual los Dres. Sebastián Soria Díaz (médico traumatólogo que lo interviniera quirúrgicamente) y Ricardo Fidel Mansur (médico pediatra a cargo de la guardia) habrían otorgado el alta médica al menor Acosta, omitiendo disponer previamente una punción lumbar con el objeto de cultivar y examinar el líquido cefalorraquídeo, impidiendo de ese modo el diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana que presentaba y que finalmente le provocara la muerte a causa de una insuficiencia cardiorrespiratoria provocada por una meningitis inespecífica (leptomeningitis), congestión y edema cerebral, congestión y edema agudo de pulmón, congestión hepática, esplénica y renal, con fecha 20 de junio de 2010” (fs. 301/318). Por su parte, el letrado apoderado de la parte querellante sostuvo esta acusación originaria en términos similares a los que describiera la Sra. Fiscal de Instrucción y que contiene el auto de citación; agregando, junto a los síntomas de alarma que refirió el Ministerio Público Fiscal de la instancia - y que debieron conducir a los facultativos a disponer estudios específicos previos al alta -, la presencia de “dolor de nuca [y] dolor de ojos”, para lo cual valoró los dichos de la progenitora del menor fallecido.

Aquí quiero detenerme un instante porque, el letrado defensor de Mansur sostuvo que sólo debía estarse a los síntomas descritos por la Fiscal de Instrucción ya que, agregar otros signos - cual serían el dolor de nuca y de ojos -, conculcaría el principio de congruencia. Entiendo, al respecto, que la garantía invocada tiene por objeto evitar

la introducción de factores de sorpresa que impidan el adecuado ejercicio del derecho de defensa. Por eso, la casación local ha dicho que la razón de este instituto finca en “la posibilidad de contradecir la atribución de la totalidad de los hechos delictivos y de sus circunstancias con valor penal que, en conjunto, constituyen el objeto del juicio”; aclarando que “no toda diferencia menoscaba esta facultad del imputado; sólo concurre tal perjuicio cuando la diversidad le restringe o cercena la factibilidad de presentar pruebas defensivas” (cfr. T.S.J. de Córdoba, Sala Penal, Sentencia N° 31, 20/5/2002, “Nicolini”). Por eso, considero, que no se trata de un principio desarrollado para satisfacer puras exigencias de simetría sino que, su vulneración exige una tensión con aquella garantía y su demostración efectiva por parte de quien la invoca. Y, en este sentido, no advierto que se haya producido, con estos síntomas mencionados, tal conculcación. Digo esto porque la propia pieza requirente ya los mencionaba, al valorar la testimonial que se le recibiera, en esa sede, a la progenitora del menor, Sra. María Eva Lastra, según se consigna a fs. 260 (“que Lucas seguía con náuseas y dolor de cabeza, en la zona de la nuca y hacia los ojos”) con lo cual, mal puede argumentarse que su mención provoque un estado de indefensión.

b) La segunda precisión que quiero formular es que a los efectos de determinar una infracción al deber de cuidado, “el análisis deberá realizarse *ex ante* y teniendo en cuenta la situación concreta en la que se desarrolló la acción” (cfr. Mirentxu Corcoy Bidasolo, *El delito imprudente. Criterios de imputación del resultado*, 2ª edición, Ed. B de F, Montevideo - Buenos Aires, 2005, p. 124). Este criterio, es pacíficamente afirmado por la doctrina judicial (Cfr., entre otros precedentes: Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, Sala VII, “T., F. J.”, c. 29.493; Cámara de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, Sala VI, 19/6/2014, c. 6.245, “P. C. L.” [Decisorios extractados en José Daniel Cesano, *La responsabilidad penal médica. Mala praxis. Aspectos sustantivos y procesales*, Ed. B de F, Montevideo - Buenos

Aires, 2018, p. 9, nota 10]; Cámara en lo Criminal y Correccional de 7ª Nominación de Córdoba, “Toconás”, ya mencionado; etcétera).

Ciertamente, lo recién expresado, **se proyecta también sobre las características que debe tener el acto pericial que pretenda analizar estas cuestiones.** Bien lo ha dicho J.L. Romero Palanco: “Necesario es analizar las circunstancias en que se encontraba el propio profesional, teniendo en cuenta no sólo los medios a su disposición **justo en el momento de prestar asistencia, sino también la mayor o menor complejidad que pudiera haber ofrecido el cuadro clínico.** La actuación pericial **debe tomar en consideración las circunstancias concurrentes al tiempo mismo de haberse prestado la asistencia,** viendo si ésta se llevó a cabo o no con la oportuna diligencia y analizando, sobre todo, si se aplicaron o pusieron a disposición del paciente todos los medios de que disponía o pudo haber dispuesto el médico al tiempo de prestar aquélla para poder llegar a un diagnóstico y/o tratamiento precisos (...)” (cfr. “La pericia médico - legal en los casos de responsabilidad médica”, en *Cuadernos de Medicina Forense*, n° 27, enero de 2002, Asociación de Médicos Forenses de Andalucía, p. 24. El énfasis me pertenece). Dicho en otras palabras: respecto de esta criminalidad (homicidio imprudente con motivo de una mala praxis médica) el perito debe limitarse a realizar una explicación detallada y basada en los conocimientos de su ciencia, **de cuál era la conducta esperada ex ante, en el facultativo,** de acuerdo al medio en que se desarrolló el acto médico.

Me veo obligado a realizar esta precisión porque, el letrado apoderado de la parte querellante, a mi juicio, sobrevaloró la pericia practicada en el expediente civil, por la médica legista, Dra. Haidé M. Zubiati; experticia que - como bien lo señaló la defensa del imputado Mansur - según lo consignado por la propia profesional que la realizó, tomó en consideración, entre otros aspectos, **“el lapso de tiempo transcurrido desde**

el alta hospitalaria (17 de junio) hasta el fallecimiento del menor” (fs. 519 vuelta); extremos temporales que no se condicen con la necesaria apreciación *ex ante* a la que me acabo de referir. Esta razón es suficiente para devaluar sensiblemente el valor de aquella prueba; que reflejan conclusiones escuetas y, además, sin explicaciones que la acompañen.

Hechas estas consideraciones generales - las que, en mi opinión, deben contextualizar el análisis para este caso - me detendré ahora en las conductas particulares de ambos acusados.

Primeramente - por razones metodológicas en orden a una adecuada argumentación - me ocuparé de la situación del imputado Fernando Sebastián Soria y Díaz y, luego, de la de Ricardo Fidel Mansur.

Según ya quedó probado, Soria Díaz fue el cirujano “ayudante” en la intervención del menor fallecido (ver foja quirúrgica, incorporada en la historia clínica, a fs. 9). El Cirujano Jefe era el Dr. Daniel José Rojas. En esa condición (cirujano ayudante), durante el postoperatorio, controló a Lucas Ezequiel Acosta. Según la historia clínica lo hizo: el 16/06 y el 17/6 (ver fs. 8 y vuelta de la mencionada documental). En dichas intervenciones este facultativo consignó: “[Paciente] cursa 1° día post- quirúrgico de cirugía de pío plano rígido. Refiere cefalea. Herida cubierta con vendaje seco. No dolor en pío derecho. Continuar con iguales indicaciones. Se evaluará alta el día de mañana” (16/6) y “[Paciente] cursando 2° día post quirúrgico (...) Buena evolución. Herida seca. Se realiza curación plana. Se realiza bota corta de yeso. Sin dolor. **Se indica alta traumatológica**. Control en 07 días por C[onsultorio] Ext[erno] Traumatología” (17/6). (El énfasis y los entre corchetes me corresponden).

Por su parte, en debate, quien ocupó el rol de cirujano jefe, el Dr. Daniel José Rojas, con respecto a la tarea que le cupo en el post operatorio al acusado Soria Díaz dijo: “Que es habitual que el ayudante [en este caso Soria Díaz] realice el [control] post operatorio y no el cirujano en jefe”; aclarando que “la indicación del alta es del cirujano jefe y es el asistente medico el que controla y firma. Que él [por Rojas] lo controló, vio que estaba bien y otorgó su consentimiento para que se le diera el alta. **El alta traumatológica no es el alta de la clínica.** El alta debe darse en conjunto, en este caso debe hacerlo el pediatra” (Énfasis agregado).

Esta declaración evidencia una **diferenciación: no es lo mismo el alta traumatológica que el alta hospitalaria.** Y de hecho, el examen de la historia clínica pone de relieve claramente esta distinción; ya que, inmediatamente debajo del alta traumatológica, el mismo día (17/6), pero a las 18 horas, el coimputado Ricardo F. Mansur, en su carácter de médico pediatra, otorga el “Alta Médica”.

Que no es lo mismo el alta traumatológica que el alta hospitalaria es algo que también aclararon los peritos oficiales, Dres. Cosacov y Wior en la ampliación de su experticia, cuando señalaron: “Se entiende [por alta sanatorial, hospitalaria o clínica] la autorización o conformidad médica para la descarga o salida de un paciente de la clínica [u] hospital. (...) En un sentido amplio, el alta quirúrgica o traumatológica suele ser sinónimo de alta médica. En un sentido más estricto hace referencia a que la parte quirúrgica o traumatológica está evolucionada y puede el paciente abandonar el establecimiento o no, **dependiendo de la opinión de otro especialista que tiene a cargo el paciente**” (fs. 255/256. El énfasis me pertenece).

Con cuanto vengo argumentando considero que está adecuadamente probado que, cuando el imputado Soria Díaz concedió el alta traumatológica, este concepto se utilizó – siguiendo la terminología de la experticia recién glosada – **en un sentido estricto;**

esto es: analizando la evolución de la intervención quirúrgica que le fuera practicada al menor fallecido; dejando el alta hospitalaria bajo la responsabilidad del médico clínico; en este caso, el pediatra que se encontraba, ese día, como encargado de la guardia del internado.

Y esa alta, desde el punto de vista de la competencia del profesional interviniente (cirujano traumatólogo), nada tiene de objetable. Repárese que, según lo transcribiera más arriba, en las dos oportunidades que el acusado Soria Díaz vio a Lucas Ezequiel, la evolución de la cirugía se mostraba favorable: “Herida cubierta con vendaje seco. No dolor en pie derecho” – se anotó el día 16/6 – y “Buena evolución. Herida seca. Se realiza curación plana. Se realiza bota corta de yeso. Sin dolor” – según se consignó el día 17/6 –. Esta valoración es confirmada por el cirujano jefe – Dr. Rojas – quien dijo en debate: “Que él [por Rojas] lo controló [a Lucas Ezequiel], **vio que estaba bien** y otorgó su consentimiento [a Soria Díaz] para que se le diera el alta”. Aclaro que está fuera de toda duda que ambos profesionales visitaron al paciente durante su post operatorio. Y digo esto porque, más allá que en la historia clínica sólo constan las anotaciones del imputado Soria Díaz, Rojas reconoció haber realizado, también, esa visita; y la progenitora del menor lo confirmó en su declaración en debate, cuando dijo: “que llegó el Dr. Soria y [el Dr.] Rojas”.

El acto médico se encuentra compuesto por diferentes etapas, en cada una de las cuales existen obligaciones para los profesionales intervinientes. En tal sentido, se ha expresado que aquéllas etapas comprenden: el diagnóstico, el tratamiento y el post tratamiento (cfr. Francisco Bernate Ochoa, *Imputación objetiva y responsabilidad penal médica*, Ed Universidad del Rosario, Bogotá, 2010, p. 103). En esta última (post tratamiento), el profesional ya ha intervenido sobre la humanidad del paciente, y la obligación que le compete es la de asistencia y seguimiento de la evolución de la salud

del usuario (Cfr. Bernate Ochoa, op. cit., p. 159). En el sub lite, la situación juzgada transita sobre este último momento del acto médico. Ahora bien, la complejidad, variedad y especialización de fases por la que atraviesa el acto médico “hacen aconsejable, tanto por razones operativas como de garantía para el paciente, un reparto de funciones entre los distintos facultativos y colaboradores que participan en una misma actividad” (cfr. María del Carmen Gómez Rivero, *La responsabilidad penal del médico*, 2ª edición, Ed. Tirant lo Blanch, Valencia, 2008, pp. 398/399). Y si bien originariamente este criterio se vinculó para deslindar esferas de responsabilidad entre el cirujano y el anestesista, puede afirmarse que “se ha extendido después a prácticamente cualquier momento de la actividad sanitaria al compás de la progresiva especialización de conocimientos, hasta el punto de que hoy en día puede afirmarse que la prestación sanitaria descansa decididamente sobre los esquemas de división de funciones o trabajo en equipo entre los diferentes profesionales” (cfr. Gómez Rivero, op. cit., p. 399). Y en este ámbito de intervención conjunta de varios especialistas, cobra relevancia el principio de confianza; en cuyo mérito, cada participante en una actividad puede y tiene que confiar en que la actuación del resto de los intervinientes será correcta, de tal modo que sólo cuando existan motivos fundados para desconfiar en la conformidad a cuidado de la actuación de terceros, podrá dejar de invocarse dicha presunción por el resto de los intervinientes. Este reparto de tareas puede ser formal - personal, “cuando cada uno de los integrantes es citado a título personal (aunque más no sea por el empleador o locador de servicios que tengan en común). Y en tal carácter se acopla al funcionamiento de una estructura (...) organizada de tinte institucional” (cfr. Paula Inés Argnani, *Responsabilidad penal del médico*, Ed. Astrea, Bs. As., 2013, p. 127). En el presente caso, en la estructura institucional organizada por la clínica prestataria, el alta hospitalaria fue concebida como un acto complejo en donde confluyeron dos profesionales, con ámbito de competencia funcional autónoma: el

cirujano, a cargo de la intervención (en el sub - lite, en la especialidad de traumatología y ortopedia) y el clínico pediatra. Esto es tan así que, en la historia clínica - una de cuyos asientos especialmente **obligatorios**, según la ley 26.529 (texto según modificación de la ley 26.812), de acuerdo al artículo 15, inciso g), son “[los] ingresos y [las] altas médicas” - se consignaron - de acuerdo a lo arriba probado - ambas altas: primero la traumatológica (suscrita por Soria Díaz) y, luego, la hospitalaria (firmada por el imputado Mansur). Sí, como lo he indicado, la evolución de la cirugía era la adecuada (“Buena evolución”, se consigna en la historia clínica) nada hay de reprochable en el comportamiento del facultativo que la suscribiera. De hecho, el perito oficial, especialista en traumatología y ortopedia, Dr. Ortiz Morán, en la experticia practicada en el expediente civil, concluyó: “Según la documental médica el Dr. Soria Díaz actuó conforme lo indica la ciencia médica y de acuerdo con su especialidad” (fs. 527). Desde luego, y por las razones que habré de desarrollar seguidamente, tampoco existieron motivos para desconfiar en la actuación de los otros profesionales que intervendrían, en el control propio de su competencia (clínica pediátrica) al paciente fallecido; a resultas de cuya intervención se daría, finalmente, el alta sanatorial.

Debo detenerme ahora en quien suscribió el alta hospitalaria de Lucas Ezequiel Acosta. Éste, según quedó acreditado con la documental analizada (historia clínica), fue el acusado Ricardo Fidel Mansur; médico especialista en pediatría. Éste profesional sería, según su *expertise*, quien se encontraría en mejores condiciones de detectar, clínicamente, el cuadro meníngeo que se venía incubando en el niño; si tal detección hubiese sido posible (**obsérvese que hablo en potencial por los argumentos que seguidamente habré de desarrollar**).

La acusación originaria - sostenida por el acusador privado al emitir sus conclusiones - sostiene que se omitió “disponer previamente [al alta]” - y frente al

cuadro que el menor presentaba en el post operatorio (cefaleas, náuseas y vómitos) - “una punción lumbar con el objeto de cultivar y examinar el líquido cefalorraquídeo, impidiendo de ese modo el diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana que presentaba y que finalmente le provocara la muerte a causa de una insuficiencia cardiorrespiratoria” producida por aquella. Ya he dicho que no está probado el agente patógeno que provocó la meningitis, con lo cual no es posible afirmar con certeza que ésta (la meningitis) haya sido de tipo bacteriana. Sin perjuicio de ello, también consideré comprobado la existencia de una meningitis inespecífica y que entre ésta y aquella insuficiencia - según lo explicaron los peritos forenses en audiencia - existió un nexo causal que explica el deceso de Lucas Ezequiel. Hecha esta aclaración, lo importante es determinar si el galeno acusado (Mansur) no ejecutó las conductas que, según la buena praxis profesional, debieron realizarse para detectar tempestivamente el cuadro meníngeo y, al hacerlo, no otorgar el alta hospitalaria del paciente y dar inicio a la terapéutica correspondiente para intentar conjurar esa dolencia (meningitis inespecífica). Tal evaluación, desde luego - y según lo desarrollé más arriba - debe valorarse *ex ante* y, además, teniendo presente que, en última instancia, se trataba de diagnosticar una patología, en un contexto del tramo final de un acto médico (post operatorio) ya producido (esto es: la cirugía traumatológica).

El diagnóstico puede ser caracterizado como el reconocimiento e identificación de patologías conforme a sus síntomas (Cfr. M. Akida, *La responsabilité pénale des médecins du chef d’homicide et de blessures par imprudence*, Librairie Générale de droit et jurisprudence, Paris, 1994, p. 110) o la “calificación que da el galeno a la enfermedad de determinado paciente, según los signos que advierte” (cfr. Oscar E. Garay, *Código de ética de los médicos. Comentario ético, bioético y jurídico. Doctrina. Jurisprudencia. Legislación*, Ed. Ad - Hoc, Buenos Aires, 2000, p. 83). Lo decisivo, por tanto, es descubrir, a partir de la percepción de aquellos signos o síntomas, la

conurrencia de una eventual patología. Se trata de un procedimiento - al decir de Carlos María Romeo Casabona - que tiene un “significativo componente conjetural” (Cfr. “La responsabilidad penal del médico por mala práctica profesional [I]. Aspectos generales”, en *El médico y el Derecho Penal*, Tomo II - Volumen 1º, Rubinzal - Culzoni Editores, Santa Fe, 2011, p. 280), en el sentido que se trata de un juicio que se forma de algo a partir de indicios u observaciones que se derivan de algunos síntomas.

Y aquí cabe el siguiente interrogante: ¿pudo el imputado Mansur, a partir del relevamiento de los síntomas o signos que surgían del cuadro clínico del paciente, mientras permanecía internado, diagnosticar la existencia de la grave inflamación meníngea?

De acuerdo historia clínica (fs. 7/8), durante el lapso temporal que duró el post operatorio y la internación consiguiente, la evolución del paciente se describe de la siguiente manera: 15/6/10 (15 horas): paciente que regresa de cirugía traumatológica, lúcido, orientado en tiempo y espacio. Compensado hemodinámicamente, suficiencia cardiorrespiratoria. Se encuentra con mucho dolor en región de la cirugía por lo que se indica nubaína 0,1 ampolla, 1 día, con buena respuesta (Fdo. Dra. Tania Morales, médica pediatra). Mismo día, 19 horas: paciente que se encuentra estable. Sin dolor, se mantiene conducta (Fdo. Dra. Tania Morales). Día 16/6/2010: paciente cursando 1º día post cirugía, vigil, afebril, dolorido, con vómitos alimenticios desde la noche, por lo cual queda en reposo gástrico, abdomen plano, blando, depresible. Se indica: diclofenac, ranitidina, cefalexina (Fdo. Dra. Silvana Valeria Quiroga –medica cirujana-). Mismo día: paciente cursa 1er. día post quirúrgico. Refiere cefalea. Herida cubierta con vendaje seco. No dolor en pie derecho. Se evaluará alta el día de mañana (Fdo. Sebastián Soria Díaz –médico cirujano- ortopedia y traumatología). Día 17/6/2010: 2º día postquirúrgico pie plano rígido. Paciente refiere cefalea, afebril, regular tolerancia

oral, Glasgow 15/15. Ansioso. Se quiere ir a la casa. Dolor en todo el cuerpo. Se indica diclofenac, resto indicaciones sin cambios (Fdo. Dra. Andrea Catalani). Mismo día: paciente cursa 2º día post quirúrgico. Buena evolución. Herida seca. Se realiza curación plana. Se realiza control de yeso, sin dolor. Se indica alta traumatológica-control en 7 días por consultorio externo (Fdo. Sebastián Soria Díaz – médico cirujano - ortopedia y traumatología). Mismo día (a las 18 horas): “Paciente con buen estado general, estabilizado con signos vitales...tolerancia alimentaria aceptable... **Alta Médica**. Se recomienda movilización y vendaje MMII. Control traumatólogica Fdo. Ricardo F. Mansur Pediatra”.

Por su parte, la foja de cuidados de enfermería refleja, durante el pos operatorio y en lo que aquí interesa, los siguientes signos: “Presenta cefalea”; “Presenta cefalea, se comunica [a] doctora de guardia”; “niño afebril, normotenso, presenta cefalea, se comunica a la doctora de guardia”; “No presentó vómitos”; “Temperatura: 36,7”; “Paciente continúa c/vómitos alimenticios”; “Temperatura: 37°”; “Temperatura: 37°”; “Paciente dolorido”; “Temperatura 36, 5°”; “Paciente con vómitos durante la mañana”; “Paciente normotenso”; “con cefalea en el turno, con vómitos. Lo examina Pediatra de guardia”; “Temperatura: 36,5°”; “Paciente con vómitos, se avisa a pediatría”.

Del cotejo de ambas documentales se pueden realizar cuatro afirmaciones, como inferencia del proceso de valoración probatoria: a) que los síntomas objetivamente consignados fueron: **principalmente cefaleas, náuseas y vómitos** y, **en una ocasión**, una de las facultativas intervinientes informó “**dolor en todo el cuerpo**”; b) que durante este proceso, el personal de enfermería dio aviso de aquellos signos a los pediatras a cargo; lo que motivó el control por parte de las doctoras Tania Morales (en dos oportunidades), Silvana Valeria Quiroga (en una ocasión), Andrea Catalani (en una oportunidad) y del doctor Ricardo Fidel Mansur (en una ocasión); esto es, Lucas

Ezequiel fue evaluado en cinco oportunidades por integrantes del Servicio de Pediatría; a lo que se agrega los ya referidos controles traumatológicos realizados, en dos ocasiones, por el Dr. Soria Díaz y en una oportunidad por el Cirujano Jefe, Dr. Daniel José Rojas; c) que durante esos días de internación no registró fiebre; y d) que, entre otra farmacología, se le suministró el antibiótico Cefalexina. El suministro de este antibiótico se ve corroborado, además, por la foja de “Indicaciones Médicas” (que obra a fs. 11/12 de la historia clínica) y del propio testimonio, en debate, del Dr. Daniel José Rojas. Este medicamento, explicó también Rojas - en coincidencia con los peritos -, se suministra, por protocolo, con finalidad preventiva, para este tipo de cirugías.

Previo a continuar el análisis de este aspecto, quiero detenerme en dos signos que señaló el apoderado de la querella, sobre la base de la testimonial de la progenitora del menor y que también había mencionado el requerimiento fiscal originario, al valorar dicha prueba: dolor en la nuca y en los ojos. Estos signos, como lo acabo de expresar, tienen **como única fuente de conocimiento** aquella deposición de la Sra. María Eva Lastra **pero no se reflejan en la historia clínica del paciente**. En este sentido debo destacar que, en debate ante una pregunta puntual del Sr. Fiscal de Cámara a partir de cierta discordancia entre los síntomas indicados por la progenitora del menor y las constancias de la historia clínica, se interrogó a los peritos sí, las fojas de enfermería corroboraban lo consignado en aquella documental (historia clínica) o no; a lo que dos expertos (uno de control y otro oficial) respondieron lo siguiente: “Respuesta del perito de control, Dr. González: **Hay un correlato entre la acción terapéutica de los colegas que evalúan el post operatorio con el relato de enfermería**: en ningún momento [el paciente] tuvo fiebre, sí experimentó episodios de vómitos que se interpretaron como efecto colateral a la acción de la anestesia raquídea y recibió *Diclofenac*, que es un antiinflamatorio y, además, se le suministró *Dexametasona*. Así el paciente revierte los signos y el día 17, día del alta, tiene una evaluación clínica”

pediátrica por parte del Dr. Mansur donde se señala que el paciente tenía una escala de Glasgow de 15 en 15; y esto está (...) [revelando] el grado de conciencia que tenía el joven: estaba lúcido, orientado y sin síntomas de alarma. Un paciente que está larvando una meningitis difícilmente tenga un Glasgow de 15/15” y la “Respuesta del perito, Dr. Ortiz Morán: **La hoja de enfermería es bastante coincidente con lo que decía la historia clínica**: se hace referencia a una cefalea, a partir del día 16, con un vómito, sin mayor precisión; el 16 a la noche no presentó vómito y el 17 hay cefalea, se indica medicación y ya es la última evolución”. Por tal motivo centraré mi análisis en lo que se considera la prueba central en este tipo de investigaciones (por mala praxis médica); esto es: la aludida historia clínica; documento que considero ha sido confeccionado de acuerdo a las exigencias del Capítulo IV, de la ley 26.529 (y su modificatoria); prueba que, por lo demás, no ha sido cuestionada por ninguna de las partes en este proceso.

Retomo, entonces, mi análisis. Los signos verificados por el paciente durante la internación post operatoria (ya que todo lo que sucedió desde el alta y hasta su deceso no hace a la investigación de las conductas profesionales) fueron: **vómitos**, **cefaleas** (signos reflejados, como se viera, **en varias oportunidades**) y, **en una ocasión** (según lo constató la Dra. Catalani), la referencia a dolor en todo el cuerpo.

Ahora bien, cuando se le preguntó a los peritos - me refiero concretamente a los neurólogos, a cuyo ámbito de incumbencia corresponde la patología que afectó a Lucas Ezequiel - cuáles eran los principales síntomas de una meningitis, el Dr. Losano dijo: “(...) cefaleas, vómitos (aun sin ingesta de alimentos pues son debidos al aumento de la presión intracraneal), fiebre y signos de irritación meníngea como rigidez de nuca y raquis”; especificando que: “**No conozco** que pueda darse una meningitis bacteriana sin fiebre alta (40° C.). La ausencia de fiebre no aporta fundamento para sospechar meningitis. (...) Es muy infrecuente [que un paciente curse meningitis sin fiebre]

(durante la internación no se describe que haya tenido fiebre). En una meningitis bacteriana la fiebre, y fiebre alta, es la regla, y por implantación del germen responsable a través de una punción lumbar dentro del líquido cefalorraquídeo (LCR) cabría esperar un cuadro catastrófico, con muchos signos, gran compromiso neurológico y rápida evolución. Peor con un germen intrahospitalario (con resistencia a múltiples antibióticos)". Asimismo, este experto manifestó: "No se consigna que el paciente padeciera signos de Kerning y Brubsinsky, alteración del sensorio, convulsiones, manifestaciones en la piel u otros signos característicos de meningitis" (fs. 524/527). Por su parte, los Dres. Cosacov y Wior señalaron: "El menor presentó en el post- operatorio -síntoma y signos de meningitis - cefalea, náuseas y vómitos. El método apropiado para su diagnóstico frente a dicho cuadro era de una punción lumbar con el objeto de examinar y cultivar el líquido cefalorraquídeo" (fs. 99/102).

De lo expresado hasta aquí pueden, efectivamente, verse - cotejando estos informes periciales con lo documentado en la historia clínica - algunos signos que, según los propios expertos, pueden asociarse con esa patología (concretamente: vómitos, náuseas y cefaleas). Sin embargo, **y aquí voy ingresando a la cuestión central**, estos signos no eran únicamente compatibles con aquella patología; y para diagnosticar clínicamente la misma faltaba otra sintomatología; tal como: fiebre elevada, signos de *Kerning* y *Brubsinsky*, alteración del sensorio, convulsiones, manifestaciones en la piel, que la documental no refiere que el paciente tuviera durante su internación. A ello se agregan dos circunstancias - una de ellas señaladas por los peritos - y la otra por el propio acusado Mansur al ejercer su defensa material (y documentada, como evacuación de citas, por copias certificadas de la bibliografía científica que la respalda) y que, en mi opinión, resultaron coadyuvantes para que se descarte la posibilidad de que el menor estuviese cursando un síndrome meníngeo. Me refiero, concretamente: a) a los efectos post punción, derivados de la anestesia raquídea y b) a los efectos

colaterales del antibioterapia preventiva utilizada - según protocolo - para este tipo de cirugía (la cefalexina).

En efecto, en debate, el perito neurólogo Cosacov expresó: “(...) el paciente tenía una punción lumbar que da cuadros de cefaleas. Eso se debe haber superpuesto”; aclarando, luego, que: “las cefaleas y los vómitos pueden ser tranquilamente por la post punción [raquídea del acto anestésico]”. Y, por su parte, los Dres. Losano y Ortiz Morán ratificaron esta valoración cuando, en su dictamen, respectivamente, consignaron: “[la] cefalea (...) se consideró (en ausencia de signos de infección o deterioro neurológico) como benigna (por ejemplo [las] relacionadas a la anestesia raquídea)” (Opinión del Dr. Losano); y que “La cefalea post anestesia raquídea es un síntoma frecuente” (Apreciación del Dr. Ortiz Morán - fs. 527 -).

Por su parte, las fotocopias certificadas de las páginas 54 y 55 del *Formulario Farmacoterapéutico* del año 2016 del *Hospital de Pediatría Garrahan* (fs. 706/707), referida por el acusado Mansur en su declaración indagatoria e incorporada como prueba, sin objeción de partes, detalla las características del antibiótico Cefalexina, así como sus efectos adversos: “Náuseas, vómitos, diarrea leve, reacciones alérgicas, prurito, cefaleas, sobreinfecciones micóticas. Nefrotoxicidad (2%)” (p. 55).

En cuanto a la anotación de la Dra. Catalani (de que el menor refería “dolor en todo el cuerpo”), más allá que - según lo descrito por los peritos - no aparece como un síntoma específico del síndrome meníngeo (signos que he detallado más arriba), el experto Cosacov también lo asoció como un posible efecto del proceso anestésico cuando, en audiencia, nos dijo: “tenía dolor en todo el cuerpo y si uno piensa que es un síndrome post punción...”, el alta tampoco habría sido objetable.

En suma: de toda la múltiple sintomatología que presenta un cuadro meníngeo - en debate los peritos hablaron de una sintomatología florida o aparatosa - sólo se encontraron presentes en forma reiterada, en este caso, las cefaleas, los vómitos y las náuseas; signos que se superponen tanto con los efectos de la post anestesia raquídea como con los producidos por el consumo del fármaco suministrado. Pero además, debo resaltar que, según se consigna en la historia clínica, a las 18.00 horas del día 17/6, aquellos signos (cefaleas y náuseas) habían remitido; ya que, al momento de dar el alta, el acusado Mansur consignó: “Mismo día (a las 18 horas): “Paciente con buen estado general, estabilizado con signos vitales...tolerancia alimentaria aceptable... Alta Médica. Se recomienda movilización y vendaje MMII. Control traumatológico”. Justamente por eso, el perito Losano en debate dijo: “Si yo hubiera tenido un paciente con cefalea que no se resuelve y persiste no le doy el alta, **pero lo que dijo la historia clínica es que, previo al alta, no tenía [ya] esa sintomatología**” (El énfasis y el entre corchete me corresponden).

Frente a este cuadro, no hay elementos de prueba que permitan sostener que el acusado Mansur haya podido sospechar que Lucas Ezequiel cursaba un síndrome meníngeo. Y al ser esto así el alta sanatorial no resultó objetable.

Repárese que, lo que acabo de fundamentar sobre la prueba legalmente incorporada y producida, guarda también correlato con la versión que diese el galeno en debate, al ejercer su derecho de defensa material, y en donde declaró: “En primer lugar, con respecto a las cefaleas que presentó el menor, dijo que las mismas son muy comunes en las cirugías y post punciones raquídeas o post punciones anestésicas (...); y. luego, en la ampliación de aquel acto, a su pedido, añadió: “(...) la Cefalexina, de acuerdo al formulario terapéutico del hospital Garrahan, tiene efectos adversos. Así como la anestesia raquídea tiene sus efectos adversos la Cefalexina tiene 3 efectos adversos

principales que son: el vómito, la náusea y la cefalea (...); que quiere dejar constancia que no solamente una anestesia raquídea, que es el hecho previo, sino también el medicamento dado pudo originar esta sintomatología que tuvo Lucas Ezequiel (...); [aclarando, además, que] en la raqui-anestesia tengo que atravesar piel, tejido subcutáneo, ligamentos, duramadre, entrar al líquido cefalorraquídeo, esperar a que salga, colocar un anestésico que tiene como función alterar el nervio espinal para que no haya dolor, no haya movimiento, no haya sensibilidad. Claramente ambas cuestiones anatómicas y fisiológicas que se alteran dan este tipo de cuadro”.

A esto agrego dos circunstancias de valor probatorio que entiendo significativas.

La primera es que las cefaleas pueden manifestarse por un cierto tiempo después de realizada la punción anestésica. Y esto lo destaco porque, si bien al momento del alta - como ya lo dije - la historia clínica refleja una remisión de aquellos síntomas (“Paciente con buen estado general, estabilizado con signos vitales...tolerancia alimentaria aceptable...”, consigna la citada documental); lo concreto es que, durante parte de la internación y con posterioridad a la intervención, esas dolencias se evidenciaron. Sin embargo el perito Cosacov, en debate, explicó - dando razones científicas para ello - que aquellos síntomas “pueden prolongarse (...) por varios días” después del acto anestésico.

La segunda se refiere al reproche que le hizo el requerimiento de la Fiscal de Instrucción - y que compartió el acusador privado - a que, previo al alta no se le realizó una punción lumbar, como estudio específico complementario, para descartar la meningitis. La crítica al actuar médico, en este sentido, no es de recibo. Ello es así por dos razones.

Por una parte, y conforme ya quedó probado más arriba, la existencia de cefaleas, náuseas y vómitos, frente a la ausencia de otros síntomas específicos, no era suficiente para fundar la sospecha de un síndrome meníngeo, cuya confirmación hubiese exigido aquella punción. El cuadro no estaba completo por ausencia de otros signos que exige una patología de ese tipo (especialmente fiebre); y de hecho Mansur, en su descargo, claramente nos dijo que tal sintomatología se asoció a la anestesia raquídea y a un efecto adverso de la antibioterapia practicada; interpretación razonable, de acuerdo a las constancias probatorias que he analizado supra.

Pero, además - y este es el segundo motivo al que me refiriera -, en el caso de un paciente al que se le ha practicado una anestesia raquídea, la punción, cuya omisión se enrostra, podría haber agravado más aún aquellos síntomas que los propios peritos adjudicaron a esta forma de procedimiento anestésico. Lo dijo con precisión el perito Losano en su informe escrito (fs. 524/527) cuando expresó: “Un paciente afebril, sin signos de irritación meníngea (rigidez de nuca y raquis, signos de Kerning y Brubsinsky), ni alteración del sensorio, convulsiones, manifestaciones de piel u otros signos característicos de meningitis, **no hay razón para realizar[le] una punción lumbar diagnóstica**: realizar[la] en esas circunstancias implicaría (...) [efectuarlas] en las muy numerosas condiciones en que surge cefalea, como en cualquier cuadro de cefalea primaria (por tensión muscular, migraña) o secundaria a procesos benignos (por ejemplo una gripe) **con exceso de riesgos en relación a los beneficios esperables, y si se tratara de la cefalea post punción lumbar, empeoraría el cuadro y retrasaría la mejoría**” (el énfasis y los entre corchetes me corresponden); opinión que fue ratificada y ampliada en debate por el mismo profesional al explicar que: “Como neurólogo, cuando hay una sospecha de meningitis, el (...) estudio relevante es realizar una punción lumbar, sacar el líquido y analizar. El problema con este paciente, por lo que se lee en la historia clínica, es que los médicos interpretaron que era una cefalea post

punción, y si es así y le hacen un ‘agujerito más’ - en alusión gráfica a la punción lumbar [diagnóstica] -; **este procedimiento agravaría el cuadro (...) [y] (...) podría haber sido perjudicial**” (el énfasis y los agregados entre corchetes me pertenecen).

Por eso, como lo ha indicado Bernate Ochoa al analizar la posición de garante del galeno (op. cit., p. 285), la medicina es “(...) **una ciencia inexacta en la que las señales que envía el paciente pueden ser interpretadas de diferentes maneras (...)**” (los subrayados me corresponden).

Otro aspecto que me veo obligado a aclarar es que, al sostener la acusación, el abogado apoderado de la parte querellante refirió que, en el punto 5° de la pericia practicada por los Dres. Cosacov y Wior, estos concluyeron: “Otorgar el alta al menor no fue adecuado”; en tanto que, en el punto 6° del mencionado informe, los mismos profesionales afirmaron: “Al momento de ser dado de alta era posible un diagnóstico de meningitis o al menos de su sospecha. No era ya posible evitar su ocurrencia aunque sí y probablemente su desenlace fatal”. Sobre tal base, y de manera decisiva, el letrado construyó los argumentos centrales de los que derivó la responsabilidad de ambos acusados. Sin embargo, las bondades del debate oral aclararon el extremo. En efecto, en la audiencia, al ser interrogado el Dr. Cosacov sobre estos puntos de su dictamen manifestó que: “(...) **“Sí, creo que me equivoqué”** [textual], porque había interpretado la pregunta como en base a lo que decía la progenitora, pero no conozco las pautas que le dieron a ella. Respecto de que si era o no oportuno darle el alta, reitera que esto es un cuadro equívoco y si uno piensa que este paciente tenía una cefalea post punción y había tenido hasta ese día, incluso el mismo día 17, algunos informes que dicen que tenía dolor en todo el cuerpo y si uno piensa que es un síndrome post punción, podría aceptarse el alta. Los signos y síntomas podían ser interpretados de una u otra forma. (...) sí interpreto que [aquella sintomatología] era post punción, no sería inadecuado

decirle que se vaya a su casa y haga reposo”. (Los agregados entre corchetes me pertenecen). La aclaración del Dr. Cosacov es por demás elocuente y me exime de mayores comentarios al respecto.

Aclaro, finalmente, que las expresiones del apoderado de la querrela en relación a la pericia oficial realizada por los Dres. Losano y Ortiz Morán, en el sentido que se trató de una experticia “especial” - por oposición de la realizada por la médica legista Haidé M. Zubiati – debo decir que, tal adjetivación en nada empaña su valor probatorio. **Todo lo contrario**: si se analiza el expediente civil – requerido *ad effectum videndi et probandi* - se puede apreciar con claridad que, la mentada pericia (la de los Dres. Losano y Ortiz Moran) fue realizada por los citados profesionales por indicaciones del **Comité Consultivo y Operativo en Prácticas Médico Sanitarias y Bioética** (ver al respecto el oficio dirigido a dicho Comité a fs. 802, del expediente Civil); órgano que, por su notoria especificidad y jerarquía, se caracteriza por la solvencia de sus dictámenes; lo que en este caso luce evidente frente a la coherencia interna, fundamentación científica y lógica con que ha sido elaborado. No en vano, la doctrina más calificada ha sostenido la necesidad del “estudio de la idoneidad científica (...) [que] tienen por finalidad establecer la medida de la seguridad que el corolario de la peritación puede ofrecer para la decisión, en especial, para el método de la sana crítica racional en la valoración del conjunto de la prueba incorporada al procedimiento. (...) [Ese] estudio posee tanto o mayor importancia en aquellos casos en los que la peritación arroja opiniones diversas y contradictorias de los varios peritos intervinientes en ella” (cfr. Julio B. J. Maier, *Derecho procesal penal. III. Parte general. Actos procesales*, Editores del puerto, Bs. As., 2011, pp. 160/161).

En función de lo expuesto, y según las circunstancias fácticas que entiendo probadas, considero que el coimputado Mansur también debe ser absuelto, porque su

actuar no representa una violación al deber objetivo de cuidado; ya que: a) los signos previos al alta (cefaleas, náuseas y vómitos) fueron adjudicados a la confluencia de dos factores: anestesia raquídea y farmacoterapia administrada; interpretación razonable de acuerdo a la opinión de los peritos; con lo cual, la concesión de aquella (alta clínica) no era objetable; b) a las 18 horas del día del alta, aquella sintomatología había remitido; y c) la realización, con carácter diagnóstico, de una punción lumbar para estos casos no sólo no resultaba justificada con los signos experimentados sino que, además, en el sub lite, hubiese sido contraproducente.

VII. En orden a la exigencia prevista por el inciso 3°, del artículo 408, del rito local, y a los efectos de su cumplimiento (esta norma no distingue, en su letra, respecto de que la sentencia sea condenatoria o absolutoria [cfr. Cafferata Nores – Tarditti, *Código procesal penal...*, op, cit., T° 2, p. 285]), considero haber probado lo siguiente: con fecha 15 de junio de 2010 el menor Lucas Ezequiel Acosta, por entonces de 14 años de edad, ingresó a la Clínica Sanagec, sita en Boulevard Guzmán N° 65, de esta ciudad de Córdoba, donde fue sometido a una intervención quirúrgica de pie plano rígido/calcanoescafoides, quedando internado en el citado nosocomio hasta el día 17 de junio del mismo año. Que con posterioridad a la cirugía, y durante su internación, habría presentado un cuadro de cefaleas, náuseas y vómitos. Que producida el alta hospitalaria, con fecha 20 de junio de 2010, Lucas Ezequiel Acosta falleció como consecuencia de una meningitis aguda inespecífica (leptomeningitis), que epilogó en una insuficiencia cardiorrespiratoria. Que el Dr. Sebastián Soria Díaz, dentro de la órbita específica de su competencia (cirujano especialista en traumatología y ortopedia) y de acuerdo a los principios de división de funciones que rigen el trabajo en equipo, se limitó a acordarle el alta traumatológica; situación que, dada la buena evolución constatada de la cirugía, era la que médicamente correspondía. Por su parte, el alta hospitalaria (o clínica) fue dispuesta por el Dr. Ricardo Fidel Mansur, médico pediatra.

Que al proceder de tal manera (otorgar el alta sanatorial), el Dr. Mansur también obró de conformidad a lo que médicamente correspondía por cuanto: a) los signos que había presentado el menor, previos al alta (esto es: cefaleas, náuseas y vómitos), fueron adjudicados, por el citado profesional, a la confluencia de dos factores: efectos de la anestesia raquídea y farmacoterapia administrada; interpretación razonable de acuerdo a la opinión de los peritos y demás documental agregada y valorada; y b) porque a las 18 horas del día del alta, aquella sintomatología había remitido, según consta en la historia clínica. Finalmente, en orden al estudio específico cuya no realización se le achaca (punción lumbar), considero probado que su realización, con carácter diagnóstico, para este caso, frente a los signos constatados, no sólo no resultaba justificada médicamente sino que, además, hubiese sido contraproducente. 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 absolucón de ambos imputados.

Sólo me resta señalar:

1.- Que no corresponde la imposición de costas atento lo resuelto en el primer interrogante.

2.- Que corresponde - por haberlo así solicitado - la regulación de honorarios profesionales del abogado de los querellantes particulares, Sra. María Eva Lastra y Gustavo Acosta, Dr. Bautista Martínez, por su labor realizada tanto durante la

investigación penal preparatoria como en debate; la que de acuerdo a los criterios de ponderación de los artículos 29, 39, incisos 1° y 2°, 89, 2° párrafo, y 90 del Código Arancelario, determino en la suma de pesos equivalentes a ochenta (80) JUS.

No corresponde regular los honorarios profesionales los Dres. Cristian Ayán y Federico Luis Sánchez, por la defensa técnica de los Sres. Ricardo Fidel Mansur y Fernando Sebastián Soria Díaz, respectivamente, por no existir petición de parte ni base económica para ello (art. 26 de la Ley Provincial N° 9.459). Tal es mi voto.

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. Rechazar el planteo de prescripción de la acción penal formulado por los Dres. Cristian Ayán y Federico Luis Sánchez, a favor de sus asistidos Ricardo Fidel Mansur y Fernando Sebastián Soria Díaz, respectivamente. **II.** Absolver a los acusados Ricardo Fidel Mansur y Fernando Sebastián Soria Díaz, ya filiados, del delito de Homicidio Culposo, hecho único del Auto de Elevación a Juicio, sin costas (arts. 411, 550 y 551 *a contrario sensu* del C.P.P.). **III.** Regular los honorarios profesionales del Dr. Juan Bautista Martínez en su carácter de apoderado de la parte querellante en la suma de pesos equivalentes a ochenta (80) JUS (arts. 29, 39, incisos 1° y 2°, 89, 2° párrafo, y 90 y concordantes de la Ley 9.459). **IV.** No regular los honorarios profesionales los Dres. Cristian Ayán y Federico Luis Sánchez, en su carácter de defensores de Ricardo Fidel Mansur y Fernando Sebastián Soria Díaz, respectivamente, por no existir petición de parte ni base económica para ello (**art. 26 de la Ley Provincial N° 9.459**). **V.** Regístrese y notifíquese.

Cámara en lo Criminal y Correccional de 7ª Nominación. Sala Unipersonal. Juez: José Daniel Cesano. **SENTENCIA FIRME**

