

SENTENCIA. En la Ciudad General Roca, provincia de Río Negro, a los diez días del mes de febrero del año dos mil veintiséis, el Tribunal unipersonal integrado por el juez del foro de jueces de la Segunda Circunscripción Judicial de Río Negro, Emilio Stadler, dicta sentencia integral en el legajo individualizado como **MPF-RO-04544-2024**, caratulado: “**M J A K S/ HOMICIDIO CULPOSO**”, en relación a la audiencia de juicio cuya primera fase fue realizada los días 26, 27 y 28 de noviembre de 2025, y la segunda, de cesura, el día 3 de febrero de 2026; en la que intervinieron, los querellantes A E T y H D M (progenitores de la víctima N V M T) con el patrocinio letrado de los Dres. Miguel Zeballos Díaz y Agustín Aguilar; por la Defensa Técnica del imputado el Dr. Juan Ignacio Scianca y por la Fiscalía el Dr. Gastón Britos Rubiolo.-

IMPUTADO: Se encuentra imputado en la presente causa: M J A K, ...- A quien se le atribuye el siguiente **HECHO**, admitido en la audiencia de control de acusación: Ocurrido en la ciudad de General Roca, en la Clínica ..., sita en calle ..., en el lapso de tiempo desde el día 11/07/24 a las 08,28 hs. y hasta el 18/07/2024 a las 14:14 hs., durante el tratamiento quirúrgico programado -de hernia diafragmática-, al niño N V M T, de cuatro años de edad. En esa oportunidad, el médico anestesiólogo M J A K, por su impericia y negligencia, y por no tomar en cuenta la rigurosidad debida que indica el protocolo de actuación, causó la muerte del niño V, a raíz de una encefalopatía hipóxico isquémica, ocurrida durante el acto quirúrgico programado, atento que omitió como anestesiólogo a cargo, vigilar y prestar la atención anestésica en forma continua. Durante la cirugía, el niño V, registró a las 10:50 hs. del día 11/07/24 un período anormal, conforme surge de la planilla del monitor multi-paramétrico, por un lapso de 10 minutos carente de registros de presión arterial y pulsioximetría, produciendo una taquicardia, todo lo cual le generó al menor una hipoxia, que debió ser advertida por el médico anestesiólogo, en su deber de detectar contingencias precozmente como la ocurrida.

Como consecuencia de su accionar, el niño N V M T, sufrió muerte encefálica y finalmente el día 18/07/24 falleció. Hecho que ha sido calificado legalmente como: HOMICIDIO CULPOSO, en carácter de autor (arts. 45 y 84, CPenal).-

PRIMERA FASE DEL JUICIO:

I.-ALEGATOS DE APERTURA:

La FISCALÍA, en la palabra del Dr. Britos Rubiolo, conforme lo establece el art. 176 del CPP, presentó el caso, fijando el hecho y la calificación legal tal como fueran precedentemente transcriptos.

Seguidamente oraliza las **CONVENCIONES PROBATORIAS** que constan en el auto de apertura a juicio, a saber:

Que personal del Gabinete de Criminalística de General Roca, en fecha 18/07/2024 a las 14:18 hs, se constituyeron en el Sanatorio ..., sito en calle ... de esta ciudad, intersección margen Norte-Este, junto al Fiscal, y procedieron a efectivizar la orden de allanamiento y secuestro autorizado en el mismo día, respecto a la Historia Clínica de N V M T, ... , hijo de A E T y de H D M, como de toda otra documentación relacionada con la atención médica brindada al menor, desde su llegada al mismo y hasta la fecha y horario de realización del allanamiento requerido. Procediendo a secuestrar: del Área Restringida de Unidad Quirúrgica, en el cual personal referente Sra. V C, exhibe dos libros de actas internos, procedieron a ilustrar mediante fotografías las fojas correspondientes conforme indicaciones del fiscal, yaciendo FOJA N°103 de libro de Acta Interno donde consta INGRESO/EGRESO de paciente M T V, reproduzco textual constancia: FECHA: 11/07/24 HORA DE INGRESO: 08:30 – HORA DE INICIO 08:50--HORA FINALIZACIÓN; 10:45 PACIENTE M T V (...) INTERVENCIÓN: HERNIA DIAFRAGMATICA/

FRENOPLASTIA VXP-CIRUJANO; C. - AYUDANTE: P INSTRUMENTISTA: N-CIRCULNATE: J-ASISTENCIA: A, GALCAJAS INFI (SOE)89L + CAJA.ULP-GASAS 20 COMPRESAS: 6 SUTURAS-- OBSERVACION ILEGIBLE--* **PACIENTE QUE ENTRA EN PARO, SE REALIZA RCP, SE UTILIZA ADRENALINA-*QUIROFANO SIN CARDIO DESFIBRILADOR SALE INTUBADO, VA A NEO--.** Continuando documentando el LIBRO DE GUARDIA INTERNO desde FOJA N° 78 de Fecha (11/07/24) a FOJA N° 84 a la fecha, donde figura observación del paciente.- Seguidamente se trasladan al Sector de ADMISIÓN, puerta Nro.04, donde personal referente del área Sra. P, M, entrega y se secuestra la historia clínica de M V que CONSTA DE 266 FOJAS, como así también la copia del mapa prequirúrgico que CONSTA DE 2 FOJAS, y un ÚLTIMO REPORTE de M V que consta de 1 FOJA (todo de acuerdo al Reporte Nro. 227 "IP-GC" FECHA 18/07/24 - Acta de Inspección Ocular y Fotografía N° 727).-

Que la Dra. S E en su carácter de PRESIDENTA de la Asociación de Anestesia y Analgesia de Río Negro, informa en fecha 05/08/2024, que el Dr. M J A K, ..., tiene domicilio Laboral en el Sanatorio ..., sito en calle ... de General Roca (R.N.), Nro. de Tel. ...-

Que del ESTUDIO TOXICOLOGICO, confeccionado por la Dra. en Bioquímica ORNELLA M. HERRERO, con funciones en el Laboratorio Regional de Investigación Forense (Ministerio Público Fiscal de la Provincia de Chubut), en relación a las muestras remitidas de quien en vida fuera N V T M, se realizó los siguientes análisis: INVESTIGACIÓN DE ETANOL: Metodología: Cromatografía gaseosa con detector de ionización en llama. Muestreador automático por espacio cabeza (Muestra: 2369.S.01 – Resultado: No detectado), (Muestra: 2369.H.01 - Resultado: No detectado) -Límites de detección 0.03 g/l, Límite de cuantificación 0.1 gl;

INVESTIGACIÓN DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS: Metodología: inmunocromatografía de flujo lateral para compuestos relacionados a: cocaína (COC), anfetamina (AMP), cannabis (THC), metanfetaminas (MET), morfina (OPI), barbitúricos (BAR) y benzodiazepinas (BZO). Muestra: 2369.S.01 - Resultado: COC: No detectado / BZO: No detectado / MET: No detectado / THC: No detectado / AMP: No detectado / BAR: No detectado / MOP: No detectado (Concentración de corte: COC: 50NG/ML; AMP: 50 ng/ml; THC: 12 ng/ml; MET: 50 ng/ml; MOP: 40 ng/ml; BAR: 100 ng/ml; BZO: 100 ng/ml) Metodología: Extracción en fase sólida. El extracto seco fue derivatizado empleado MSTFA, para su análisis final por cromatografía gaseosa acoplada espectrometría de masas. Muestra: 2369.S.01 - Resultado: No se hallaron sustancias de interés toxicológicos.

CONCLUYENDO QUE: I.- En la muestra de sangre analizada, que dice pertenecer a M T N V: - No se ha comprobado la presencia de etanol; -No se demostró la presencia de estupefacientes ni psicofármacos, con la metodología aplicada; -No se hallaron otras sustancias de interés toxicológicos por la metodología empleada; II.- En la muestra de humor vítreo analizada, que dice pertenecer a M T N V -No se ha comprobado la presencia de etanol.-

Que del ESTUDIO HISTOPATOLOGICO, confeccionado por la

Dra. María Verónica HERRERO DUCLOUX, con funciones en el Laboratorio Regional de Investigación Forense (Ministerio Público Fiscal de la Provincia de Chubut), en relación a las muestras remitidas de quien en vida fuera N V T M, se analizó 2 baldes traslúcidos de plástico, uno con el "cerebro en formol al 20% y el otro con "bloque cardiopulmonar, hígado, bazo, riñón derecho con glándula suprarrenal y riñón izquierdo con glándula suprarrenal". Respecto al bloque cardiopulmonar el cual mide en conjunto 22x21x12cm y pesa 735 gramos, se disecan los órganos en particular para su estudio. 2370-A: Corazón que mide 9.5x7x6 cm y pesa 158 gramos, repleto desangre endurecida en su interior. El estudio de corazón se encuentra muy dificultado por la cantidad de sangre solidificada y adherida a las estructuras internas, impidiendo el estudio de las válvulas cardíacas. Los ostium de las coronarias están normosituados y permeables y las coronarias permeables en los trayectos examinados. En el miocardio ventricular no se observan alteraciones macroscópicas. Se observa un espesor de pared ventricular izquierda de 1 cm al igual que en el tabique y de 0.3 cm en el ventrículo derecho. 2370-B: Pulmón derecho que mide 11x11x7 cm y pesa aproximadamente 186 gramos, presenta pleura lisa y brillante, coloración ligeramente parénquima de aspecto esponjoso que resume a la compresión abundante liquido claro, con cambios de coloración similares a los descriptos en pleura. 2370-C: Pulmón izquierdo que mide 13x10x6 cm y pesa aproximadamente 194 gramos, superficie pleural lisa y brillante con colocación heterogénea con áreas parduzcas y otras más pálidas. Corte seriado, parénquima con características similares al del pulmón derecho. 2370-D: Fragmento laringotraqueal abierta longitud en su cara posterior que mide 9 cm, con lengua incluida en la pieza que mide 8x4x3cm, no presenta lesiones microscópicas. Se disecciona el hueso hioides el cual no presenta lesiones. Se realizan

cortes seriados al fragmento laringotraqueal no encontrándose alteraciones macroscópicas. 2370-E: Dos fragmentos renales con un fragmento fibroadiposo adherido remitido como glándula suprarrenal. Uno de ellos mide 4x2x1 cm y el fragmento fibroadiposo 5x3x0.5 cm respectivamente y el otro mide 5x3x3 cm y 5x2x0.5 cm respectivamente. 2370-F: Fragmento hepático que mide 6x4x2 cm y un fragmento de bazo que mide 6x3x3x cm. No presentan alteraciones macroscópicas en superficie externa ni de corte. 2370-G: Cerebro que mide aproximadamente 17x17x10 cm y pesa 1597 gramos, la superficie externa presenta borramiento de surcos, se encuentra friable, con vasocongestión meníngea notable. Al corte seriado parénquima friable más notable en la parte de la base y en el lado derecho con puntillado de aspecto congestivo en sustancia gris y sustancia blanca. Que las muestras seleccionadas se procesan con técnicas de rutina, se incluyen en parafina, se cortan con micrótopo de rotación y se colorean con Hematoxilina Eosina. Que se concluye que hay hallazgos histopatológicos vinculables a: 1) Picnosis y eosinofilia de células de Purkinje cerebelosas y en neuronas de región talámica, hallazgos vinculables a hipoxia cerebral (evolución mayor a 6-9h) – Edema intraalveolar pulmonar bilateral con compromiso de un 30% de espacios.-

El informe de la Oficina de Investigación y Telecomunicaciones (OITEL) N° 24/1949/OITEL, Elevado mediante NOTA N° 06536/24/RES-APM, confeccionado por el Ingeniero David BAFONI. Se descarta este informe.-

Continuando con su alegato, expresa que con las pruebas que se producirán en el juicio quedará perfectamente acreditado tanto el hecho incriminado como la participación del

imputado, explicando individualmente el objeto de las pruebas admitidas.-

LA QUERELLA, en la palabra del Dr. Zeballos Díaz expresa que se adhiere a lo mencionado por el Fiscal. Agrega que probarán que el niño falleció producto de una encefalopatía hipóxica isquémica en el marco de una cirugía programada en el Sanatorio ..., que ingresó caminando y falleció por una negligencia y falta al deber de cuidado del anestesiólogo. Lo que dice M, que es la primera que da cuenta que el niño estaba cianótico. Falta de atención del imputado al anoticiarlo de la situación que estaba pasando. El enfermero M, a quien dejaron a cargo en algunos episodios de la operación, de la capnografía y de la cuestión respiratoria mecánica que es solamente del anestesiólogo. La respiración es pura responsabilidad del anestesiólogo, M A. Vamos a lograr que tenga una condena por su conducta por homicidio culposo. El niño ingresó solamente por una hernia diafragmática, todos los prequirúrgicos normales, su vida truncada por no cumplir con las normas de la asociación de anesthesiologos, y del Ministerio de Salud de Río Negro, que dicen que el anestesiólogo en todo momento debe atender, llegó 8,20 horas, era más temprano la operación, tendría que haber cumplido con el deber de cuidado.-

LA DEFENSA, por parte del Dr. Scianca, manifiesta que: lo que el fiscal sostiene es que aquí en un lapso de tiempo...tuvo lugar una taquicardia en el paciente, que dio lugar a una hipoxia que debió ser advertida por el anestesiólogo, en su deber de evitar este tipo de contingencias. No dice cómo debió ser detectado. Es impreciso en esto. La defensa entiende que este acto quirúrgico fue debidamente monitorizado con instrumentos acordes a la legislación vigente y aptos para la detección de los eventos que acontecieron sobre el final de la cirugía. Lo que sucedió no fue producto de desatención sino que se trató de un evento abrupto que ocurrió sobre el final de la cirugía, estando presente el anestesiólogo. A las 10,50 el anestesiólogo estaba en el quirófano y el equipo para monitorizar al paciente funcionaba correctamente. Pese a la rápida respuesta de todo el equipo que intervino y todos los medios que se pusieron a disposición no fue suficiente para evitar este resultado.-

II.-PRODUCCION DE PRUEBA:

TESTIMONIALES de la Fiscalía y Querella: A E T; VIRGINIA SUSANA ANSOLA; F C C; F O D; J O M; N S L; C L M; S A B; M G W; A C G; V J G T; A A A; D C y ARIEL HORACIO BUSTOS DIAZ.-

TESTIMONIAL DE LA DEFENSA: V J G T.-

Luego de ello se continuó con la última etapa de esa primera fase del juicio: “la clausura”.-

III.-ALEGATOS DE CLAUSURA

En primer término fue oído el **Ministerio Público Fiscal**, en la palabra del Sr. Fiscal, Dr. Britos Rubiolo. Expresa: se ha acreditado la teoría del caso de la acusación. V ingresó al quirófano, fue sedado y nunca más estuvo consciente hasta su fallecimiento. Voy a dividir el alegato en tres etapas. Primera: madre y el Dr. C, diagnóstico previo, necesidad de intervención quirúrgica. No era de complejidad la operación, también por lo que dijo la Dra. G, sino hubiesen estado avisados en la terapia, y no fue así. Dos consentimientos informados firmados por la madre, por la cirugía y el anesthesiólogo. Firmado por el imputado, a quien no conocía la madre, una práctica un poco equivocada. No deja de ser un contrato, se le garantizaba a V y a sus padres que el anesthesiólogo en todo momento del acto anestésico tenía que estar presente al cuidado del niño. Segunda etapa: ya en el día de la operación, todos los testigos coincidentes de cómo ingresó; el control del equipamiento previo al inicio; cómo fue la sedación; los instrumentos utilizados, todos contestes en que el anesthesiólogo brinda autorización para que comience el acto quirúrgico, luego de corroborarse el estado óptimo de la anestesia. La máquina, el monitor del anesthesiólogo, todos coincidentes que los servicios se venían realizando y utilizando, y ese mismo día siguió usándola el propio imputado, sin registrar ningún tipo de problema. Se explicó, por B y el bioingeniero que este equipamiento tenía parámetros que podían ser tabulados, dada la instrucción por parte del anesthesiólogo, donde podía poner un mínimo y un máximo para que le reportara alarma. También se podían anular esos parámetros para que no se activara ningún tipo de alarma. Las alarmas podían ser sonoras o visuales y casualmente la alarma sonora podía ser reducida en su volumen. Estos datos son importantes al analizar por qué no se escuchó el ruido de una alarma al momento de este grave hecho que ha ocurrido durante la cirugía. Tampoco hubo ningún tipo de controversia respecto de la ubicación de esta máquina, que era cerca de una pared, el sector de los cables permitiría un pequeño paso para una persona, pero no era el camino habitual, y es más, todas las personas indicaron que por ese lugar, por atrás de la máquina no pasó nadie. Esto nos lleva a dar a entender que nadie accidentalmente pudo haber desconectado ese monitor. Ese monitor estaba a cargo del Dr. A, quien estaba a su lado, debería haber estado y controlado en todo

momento que estuviera prendido y en funciones de acuerdo a los parámetros que él mismo debió haber tabulado en esa máquina. La cirugía se practicó con personal idóneo, se utilizó el instrumental habitual, no surgió ningún informe que en esa cirugía haya sucedido algún inconveniente. Lo dijo el Dr. C y lo ratificó el Dr. Bustos, sobre lo exitoso de esa operación. Ahora me voy a detener respecto al rol del anestesiólogo durante esta cirugía. Tenía que controlar el monitor que estaba a su exclusivo cuidado, es un medio indirecto, que no es infalible, pero siempre el médico tiene que controlar visualmente al paciente. Ambas son obligaciones, en este caso del anestesiólogo. Todos los testigos han indicado que este tipo de situaciones como la cianosis se observa casualmente en la cara del paciente, en el sector de los labios, y casualmente también se indicó que el campo de la cirugía cubría la cara del paciente, por lo cual esa cuestión debió también ser controlada por el médico anestesiólogo, para poder tener con certeza que V respiraba correctamente durante toda la cirugía. Nunca se puede delegar en una máquina lo que debe hacer una persona, especialmente un profesional que como se ha dicho, tiene miles de cirugías, por lo cual es inviable suponer que se puede delegar en una máquina exclusivamente la verificación del diagnóstico, en este caso de la oximetría, del CO₂, de todo lo que analiza y mide ese equipamiento específico. Entiendo que de lo que surgió por varios testimonios la conducta del Dr. A ha sido inapropiada, no ha cumplido el estándar necesario de acuerdo a los protocolos que se han explicado por Bustos, D, B, fueron explicando las normas y el comportamiento activo que debía haber tenido respecto a la situación, al cuerpo, a la visión de V, como también respecto al monitor que tenía que controlar. Esta conducta no lo fue y esto se observó cuando se indicó por varios testigos que en dos oportunidades salió a hablar por teléfono y también para buscar un cargador para el teléfono celular. No entiendo cuál era la urgencia de dejar a un joven sin ningún tipo de remplazo de otro profesional anestesiólogo, y no de otra persona que no tenía ese cargo, para utilizar o recargar un teléfono. También fue visto durante la cirugía viendo el teléfono celular, cuando tenía que haber estado mirando la cara de V o la pantalla del monitor que estaba a su cargo. Por eso es que digo que no se ha cumplido el estándar necesario, esperable, para el médico, en este caso, que aceptó cuando firmó ese consentimiento informado. Y todo esto lo podemos prever especialmente en el último momento de la cirugía, cuando V estaba anestesiado y recibiendo exclusivamente por un respirador el oxígeno para poder tener su vida. Esas dos actividades son exclusivas del anestesiólogo, la visión en la cara de V, o en el cuerpo, en el brazo, en algún lugar que podía haber tenido acceso, como

así también de la pantalla. Y ésto, ¿qué fue lo que provocó?, que luego de la obstrucción que se ha demostrado a través de una mucosidad, de un coagulo de sangre, generó un tapón en la punta del tubo, donde se pasaba el oxígeno, por esa cuestión es que V finalmente sufre un paro cardíaco y esto con un transcurrir prolongado. Porque nadie quiso, hay que poner en contexto, todos trabajan en la Clínica ..., hay por detrás una demanda civil, entonces nadie quiere situar tiempos, eso lo entiendo, pero fue un tiempo prolongado, todos los testigos terminaron diciéndolo, y eso es lo que llevó a que exista una hipoxia, que generó en este caso que provoque por el paso prolongado del tiempo la muerte de las neuronas cerebrales de V, lo que llevó a que el día 18 terminara decretándose su muerte cerebral y luego de los requisitos legales su desconexión. Ahora yendo ya a la cuestión del tiempo de esta urgencia que ocurrió en el quirófano. A tuvo que pedir ayuda a sus tres compañeros y también a la terapeuta G. Luego de su intervención es que se pudo inicialmente dar solución a la cuestión cardiovascular. Le hicieron masajes en su corazón y le suministraron adrenalina para reactivar su circuito cardiovascular y de esta manera se generó una taquicardia. Una vez que sucedió esta cuestión, que fue un paro cardíaco, así fueron llamados los tres anesestesiólogos, los tres cuando fueron llamados desde sus respectivos quirófanos, a los tres les dijeron que había un paro. El mismo A, cuando se advierte la situación de cianosis dijo hay un paro. Esto debe quedar claro, porque no existió en este caso una bradicardia severa, como manifestó el Dr. C, que no fue en ese sentido tan claro, respecto al paro que todos escucharon que existió, y se verificó en la pantalla del monitor. También en ese momento hay que resaltar que se acreditó que el monitor en esa parte final de la cirugía se desconectó, pero que ante la sola conexión del monitor por un enfermero, no necesitábamos a un ingeniero para hacer esa conducta, el aparato se encendió, largó los valores que estaban vigentes en ese momento, rápidamente y en ese momento es que se dan cuenta del paro y tuvieron que poner en alerta a todo el equipo del ..., dejar otros pacientes, para tratar de revertir este cuadro. Es decir, el aparato funcionaba correctamente, no fue controlado de que estaba apagado, porque funcionó correctamente durante esa cirugía. Fue un error humano, en este caso, y no de la máquina. Cuando se trató de fijar tiempos, se habló que desde el momento de la cianosis, esto es una reconstrucción de todas las diferentes apreciaciones subjetivas de cada uno, transcurrieron aproximadamente entre cinco a diez minutos, hasta el momento del cambio del tubo que permitió el ingreso del oxígeno en V. Digo como mínimo, porque al momento de la detección de la cianosis, ya estaba la cianosis, por lo cual tuvo que

haber transcurrido un tiempo prudencial de falta de oxígeno para provocar esta cianosis. Por eso es adecuado el tiempo a lo que ha dicho el Dr. Bustos, cuando dijo que de acuerdo a los reportes que eran cada diez minutos, no podía precisar si eran solamente diez minutos o de diez a veinte, por la manera en que se controlaba ese registro, cada diez minutos y no cada cinco como lo establecen los protocolos. Respecto al daño por esta conducta inapropiada fue intenso, lo dijo B, la literatura médica que así lo certifica, desde el inicio ya hay secuelas y va progresando. Cada cuerpo tiene su variabilidad, pero a los 5 minutos ya hay un resultado dañoso muy grande, que puede provocar la muerte. Ninguno de los médicos puede aclarar cuando concretamente ocurre esto porque cada cuerpo tiene una variabilidad, pero indicaron que a los cinco minutos en promedio, de acuerdo a esta literatura médica, se provoca un resultado dañoso en el cerebro, en este caso de V, muy grande. Cuando en el día de hoy, esto es una cuestión sorpresiva, nos enteramos, quiero hacer una aclaración y esto es muy importante, se le consultó al Dr. Bustos cuando hace la autopsia, que él explica que observa la foja anestésica, también la historia clínica para dictaminar en su autopsia, él habla de una muy baja frecuencia cardíaca, explicó toda esa cuestión, y también dijo que tenía un dato de 210 de una frecuencia que asociaba a una taquicardia de acuerdo a todo ese registro. Pero luego, cuando él realiza la ampliación, con los testimonios de los intervinientes, allí indicó que no existió taquicardia en el inicio, él dijo y lo concluyó de esta manera, existió paro cardíaco. Cuando le leí la información de esta frase de los diez minutos de carencia de registro sobre dos factores, la oximetría y otro factor más, que es exactamente como está relatado en el hecho consignado en el alegato de apertura, en ese momento se consideraba que había una taquicardia de acuerdo a lo que él informó, pero en realidad fue paro cardíaco, y luego de acuerdo a la secuencia fáctica más probable, cuando llegan los tres médicos reanimadores le aplican la adrenalina y se produce la taquicardia, la adrenalina fue la reactiva, que se provoquese esta taquicardia. Esto fue advertido en este momento del juicio, que es mi primera intervención en este legajo, que genera una aclaración que luego la voy a hacer respecto al hecho. G responde que la elevación de esta frecuencia cardíaca era consecuencia de esta adrenalina, al igual que Bustos, y que no era el origen de la hipoxia. Ella entendió junto al equipo, B y W, asumimos, dijo, que fue prolongada la hipoxia por la afectación cerebral que se constató. La única persona que misteriosamente no observó la cianosis y vio un aspecto blanquecino, no sé si fue por su llegada posterior, pero también lo hizo G y B, fue W, el otro anestesista, que es misterioso porque no observó ese color en la piel, es la única

persona que no lo observó y que misteriosamente vino a dar una explicación diplomática, justificatoria y hasta defensiva de la conducta del anestesiólogo, pese a que cuando le consulté cómo él daba esa versión si él no estuvo en los momentos previos, entonces cómo sabía si había una conducta positiva o negativa, activa u omisiva, respecto de A al cuidado de V, entonces dijo que él no podía certificarlo, entonces se descargó la valoración que hizo en defensa de su colega. Cuando hoy mencioné que solucionaron el problema C, de lograr la sobrevida cardiovascular de V a través de esta aplicación de la adrenalina, cuando lograron esto pudieron avanzar hacia los problemas A y B, esto era la ventilación y la oxigenación. Si no le hubieran aplicado la adrenalina y revertir ese cuadro cardíaco V fallecía en ese instante en la camilla. Por eso es que siguieron buscando el problema de base que fue la obstrucción de la punta del tubo endotraqueal, por ese coagulo. Y la tercera etapa de este alegato es respecto al postoperatorio, V no evolucionó como esperaba el equipo médico. No se advirtió falla cardíaca y pulmonar. La hipoxia que se provocó en la cirugía. Ansola de Ofavi dijo que hubo una estafa emocional a la familia, fueron prorrogando lo que había ocurrido. Se le dieron esperanzas hasta que llegó el jefe de neo de sus vacaciones y le dicen lo que estaba pasando en ese momento. Ante las faltas de respuestas y este ocultamiento tuvo que pedir la historia clínica, observa el diagnóstico. Existió una estafa emocional para con la familia y la víctima. Fueron muy pocos casos como este según todos dijeron. L dejó de trabajar por el estrés postraumático consecuencia de este hecho. Por eso digo la estafa emocional que ocurrió con la familia de la víctima, el momento de la desconexión en brazos de su propio hijo. En el hecho como se oralizó al inicio, se debe modificar la palabra “taquicardia” por “paro cardíaco”. Con la prueba se acreditó la impericia de un profesional médico altamente especializado, que en el ejercicio de su función, para lo cual fue contratado, generó la pérdida de V por el cual debe responder a título de homicidio culposo.-

QUERRELLA: expresa el Dr. Agustín Aguilar que lo que ocurrió ese día no fue un accidente inevitable, tampoco un riesgo propio de un acto médico, sino el resultado directo de una actuación negligente y contraria a los deberes más elementales que rigen el ejercicio de la anestesiología. Se ha demostrado que el imputado incumplió los estándares básicos de su especialidad, no actuó conforme a lo establecido en el contrato de consentimiento informado que mencionó la mamá del nene; omitió controles indispensables durante la cirugía, no evaluó adecuadamente el estado del paciente, y no

monitoreó de manera continua los parámetros vitales, reaccionando tardíamente ante signos evidentes de la hipoxia que ni siquiera fueron detectados por él. Todo ello en un contexto en que la vida de V dependía literalmente de su atención y vigilancia. En cuanto al hecho concreto, voy a hacer un breve repaso, era un niño sano, al que le detectan la hernia diafragmática, que más allá de esa patología tenía una vida normal. Ingresó sano, con parámetros y prequirúrgicos normales, que entra caminando, como mencionó D. Cirugía programada, de riesgo moderado, de una duración estipulada de una hora y media o dos como mucho. Y los padres le entregan al equipo médico la salud de su hijo confiando plenamente en ellos. El anestesista tenía el control absoluto del equipamiento vital, monitor multiparamétrico, capnógrafo, respirador. En cuanto a deber objetivo de cuidado del anestesista, el imputado tenía deber reforzado de vigilancia, continua, teniendo en cuenta el estado del paciente, y del funcionamiento obviamente del equipamiento. En esto los testigos fueron contestes, especificaron D y Bustos sobre las normas que regulan la profesión y este control constante. También mencionaron que el anestesista es el guardián de la vía aérea y de la vida del paciente durante la cirugía. Entonces ese deber incluye verificar el equipamiento antes de iniciar la anestesia, confirmar las alarmas activas, supervisar en forma directa y constante la saturación, la frecuencia cardíaca, y responder frente a algún imprevisto inmediatamente, porque tal como lo mencioné es el encargado de verificar estos parámetros. Los enfermeros y las instrumentadoras declararon la forma en que ingresó el niño en la sala de cirugía, relataron los momentos previos, el estado de V al ingresar; que pese a su corta edad era consciente que iba a ser sometido a una cirugía, por lo cual estaba nervioso al entrar. Relatan que todo estaba perfecto como para iniciar la cirugía. Todos los monitores y los controles de rutina. M fue claro con esto, si no está todo en perfectas condiciones no se puede comenzar. Y tanto el equipo de los cirujanos como el anestesista todos dieron el okey como para comenzar. Relatan que el anestesista realiza un procedimiento como si fuese inflar un globo para dormir a los niños, y es el encargado de intubarlo porque como lo mencioné anteriormente es el encargado del control de la vía aérea. C dice que él tiene control de todos, menos del anestesista, porque tienen roles bien diferenciados, es como el clínico dentro del quirófano. Según lo que nos dice Bustos y surge de la foja de anestesia, la anestesia se comienza 8,30 y termina 11,20 de esa mañana. Durante la cirugía, si bien son un equipo, cada uno tenía su rol establecido de acuerdo a la distribución de las tareas conforme a su especialidad. M es el enfermero y tal vez era el que tenía menos responsabilidades ahí adentro. Desde

su visión podía estar más atento de lo que estaba sucediendo. Es el que lo ve salir dos veces a A durante la cirugía. L dice que no recuerda pero no puede afirmar si estuvo todo el tiempo adentro el anestesista. C lo mismo, tampoco puede estar en esas cuestiones. M sí lo vio salir al final de la operación, es cierto que lo ve salir por poco tiempo, y la respiración de V estaba a su cargo. Es más, también lo vio usar el celular en más de una ocasión, lo dice L esto. Y creo que fue M, dice que lo ve buscando un cargador afuera de la sala de cirugía. Es lógico que no todos hayan podido observar lo mismo, por eso que hablé de la distribución de sus funciones, porque tienen su atención en otro lado. La pregunta que se hace esta querrela es: qué hacía A durante la cirugía?, si era compatible con alguien que está concentrado en su trabajo. Quiero destacar algo que dijo D en su declaración, la base es el control. Hay una razón por la cual hoy se encuentra acá el anestesista y no el resto del equipo. La cirugía, como acto quirúrgico, fue perfecta, inició en tiempo y forma, hasta cerraron los puntos, lo que fue verificado por D y por Bustos, que lo ponen en la autopsia y en la ampliación de los informes. La reanimación después del hecho también fue hecha en tiempo y forma. No pudieron evitar el resultado por lo que había pasado antes de la reanimación, el daño ya estaba producido con el tiempo que había pasado, el tiempo que había pasado era suficiente para tornarlo irreversible y mortal. No sabemos cuánto tiempo estuvo sin poder respirar bien V, porque quien estaba a cargo de controlar esa vía aérea y de controlar todos esos parámetros, estaba con su celular, o estaba saliendo de la sala o estaba preocupado por cargarlo. A tal punto que a esta altura no sabemos si el monitor se encontraba prendido o no, estaba a cargo de él. Lo que sí sabemos es que el aparato estaba a su cargo. Me llama la atención el recelo con que cuidan los anestesistas esos aparatos, que los ponen propiamente los anestesistas, no son de la clínica. B nos explica que los compran los anestesistas, entiendo que a través de su colegio, y no solo se encargan de comprarlos sino también de mantenerlos. Eso también lo ratificó el bioingeniero A que realiza el mantenimiento de la maquinaria que se utiliza en el La máquina funcionaba perfectamente, no tenía ningún tipo de desperfecto técnico. A tal punto que se siguió utilizando en las cirugías posteriores, ese mismo día. Entonces, lo que desde esta querrela planteamos es que si el imputado hubiese estado atento a su trabajo conforme a los protocolos que mencionó Bustos y que mencionó D, hay tres opciones, la primera es detectar algún desperfecto en la máquina, si es así proceder a hacer un análisis clínico del paciente, como dijo B. La segunda, detectar que la máquina estaba apagada, tan simple como volver a enchufarla y si se demora mucho, volvemos a lo mismo, realizar

un análisis clínico, y la tercera opción es cuando detecta una anomalía en cuanto a los valores que da la máquina, porque no satura correctamente avisar, hoy Bustos nos dijo suspender la cirugía, o actuar como lo hizo G que es corregir esa obstrucción rápidamente. Ninguna de estas tres opciones, que hubiesen hecho a la buena práctica, sucedieron. De ser así hoy la historia sería distinta. También surgió la pregunta, atento a lo que declaró A hoy si esos monitores multiparamétricos que tienen un registro de 120 horas, si fue apagada, generando así la pérdida de la información, que hubiese sido importante para este juicio, o reseteada, perdiendo así la información. Por qué digo que la omisión genera la muerte?, porque cuando uno realiza el test del curso causal hipotético, si el imputado hubiese cumplido con su deber básico, chequear el equipo y monitorear, la caída de saturación se hubiera detectado en segundos y no en minutos. Esta omisión es tan burda que A no lo advierte, no advierte que el paciente no respiraba. Y no lo advierte porque es M que relata y es clara, cuando dice que ve la manito azul del nene, porque estaba todo tapado y lo único que tenía afuera del campo era la mano, y le advierte de esto al anestesista. Acá se podría haber actuado de otra forma, pero la respuesta del anestesista fue que era por la posición. Ella insiste que no le gustaba, le indica a L y por eso apuran el procedimiento, ahí es cuando descubren el campo y advierten que la cianosis era generalizada, y ahí arrancan con la reanimación. La conducta omitida es la causal determinante para el resultado y hace al tipo penal que se le está endilgando. No se trató ni de un caso fortuito ni de fallas que sean impredecibles. Los testimonios lo descartan de plano. La secuencia de los hechos que relató Bustos es: detectan la cianosis, el monitor estaba desconectado, descubren la cianosis generalizada, paro cardíaco, verifican que los pulmones no expandían, aplican salbutamol y es infructuoso, y advierten que el tubo estaba obstruido. Cambian el tubo y la recuperación, la saturación y esas cuestiones se normalizan. Este evento comienza a las 10,40 y termina a las 11, ahí es donde dice Bustos que hay una ausencia de registro en la presión arterial, de la capnografía y luego registra el pulso a 210, que refiere a la aplicación de la adrenalina y este cambio de tubo. En cuanto a la previsibilidad: es previsible que no chequear estos monitores multiparamétricos, uno asume un riesgo que es mayor al de la operación; es evitable con mínimos estándares de práctica profesional, según lo que declaró B, que la monitorización es una forma continua en cuanto al oxígeno, ritmo cardíaco, temperatura y capnografía; el anestesista debe tener un rol activo dentro del quirófano, ver el campo y ver el monitor, entiendo que acá no hizo ni una cosa ni la otra. Agregó B, la monitorización es dinámica y activa, si sale debe avisar

para que se controle al paciente, por más que sea un minuto o dos. Acá voy hacer un paréntesis, algo que me llamó la atención durante el debate, yo tengo a la operadora de frente y veo con la atención que observaba cada testimonio, que el video esté correctamente, el audio. Y en algún punto tenía un paralelismo con la función de A. Y hoy mismo, en el momento en que se cortó, enseguida avisó, pegó el grito “no está grabando”. Ese hubiese sido el esperar profesional de alguien que no tenía bajo su responsabilidad un juicio, o la grabación de un juicio, que implicaría la nulidad, o sea hacerlo de vuelta, sino la vida de un niño. Entonces entiendo que el tipo penal del delito culposo fue probado. Que la cirugía fue violatoria del deber de cuidado, y que hubo una relación determinante entre esa violación del deber de cuidado y la causación del resultado, tal como es exigido por la doctrina. Al alegato realizado en la apertura por la Defensa, hizo unos planteos, que los voy a contestar. El primero dice que la acusación sostiene que entre las 10,50 tuvo lugar bradicardia que dio lugar a una hipoxia. Entiendo que esa circunstancia ha quedado acreditada. Dice que los equipos funcionaban correctamente y que el paciente fue debidamente monitorizado, de acuerdo a los equipos vigentes. Que los equipos hayan funcionado correctamente entiendo que no hace más que responsabilizar al anestesista. Y en cuanto a la segunda afirmación creo que ha quedado demostrado de que no fue así y que la mera observación de la instrumentadora, de la mano del nene, advirtió ese cuadro, que se podía haber advertido mucho antes, si se prestaba atención a estos monitores a los que se hizo referencia. La lógica nos indican que las máquinas son más precisas que la mera observación del ojo humano, en este caso de la instrumentadora. Sostuvo que no hubo desatención y que se trató de un evento abrupto y que tuvo lugar estando presente A. Reitero, me remito a lo que afirmé antes, estas salidas, este uso del celular, entiendo que sí hubo desatención y que fue debidamente acreditado. También dijo la Defensa que las maniobras realizadas a posteriori fueron correctas, pero no fueron lo suficiente para evitar el resultado. No se pudo evitar el resultado por lo que había pasado antes por la desatención del anestesista. En cuanto al daño, V después de esta circunstancia, agonizó durante varios días, hasta que luego es desconectado. Se acreditó la muerte a causa de encefalopatía. Me impactó la forma en que se enteró la madre, cómo se le ocultó información. Recién cuando le entregan un certificado para el trabajo entiende lo que estaba pasando. También me llama la atención que A no haya participado de la reunión donde le dan la triste noticia final a la madre, de que el cuadro era irreversible y que no había ninguna posibilidad y que había que desconectarlo. En esa reunión estaba el equipo médico, G, A, C, pero no

se encontraba A. También me llamó la atención algo que dijo L que A ese mismo día siguió operando, L no, después de 16 años de profesión, al día de hoy ya no pudo volver a trabajar. También escuchamos lo declarado por la licenciada de OFAVI, la que acompañó y acompaña hasta el día de hoy a la madre, el complejo proceso de duelo que atraviesa y que ese proceso tiene que ver con la forma con la que le dieron la información, sintiendo una estafa emocional o traición, y menciona esa energía que pone en el proceso penal, entiendo que no en busca de venganza sino de justicia, por esa vida truncada, que tenía un nombre, una familia, un futuro, y que la imprudencia de un profesional causó un daño irreparable. Entiendo como conclusión, como hace el Ministerio Público, que lo descripto se encuentra tipificado en el art. 84, homicidio culposo, que hemos probado el nexo causal directo, con lo cual se solicita que se lo declare culpable al imputado en esos términos, en calidad de autor.-

DEFENSA: Expresa el Dr. Scianca, yo contrariamente a lo que afirman la fiscalía y la querrela estimo que el hecho que se le imputó a mi defendido no fue acreditado finalmente. Desde mi punto de vista y obviamente que admito que hay otros puntos de vista, no he encontrado durante el desarrollo de este juicio ninguna prueba que demuestre una desatención como la que describió la fiscalía en el control de acusación, y que en definitiva es la descripción del hecho que nos trajo al juicio. Es decir, lo que se le imputó. ¿Qué es lo que se le imputó?, se le imputó que 10,50 del día 11 de julio de 2024 en un contexto de cirugía, hubo una desatención por parte del Dr. M A que se evidencia por una caída durante este período de tiempo de parámetros de pulsioximetría y presión arterial, que no fue advertida por el anestesiólogo y que esto dio lugar a una taquicardia. Bueno, yo creo que ha quedado demostrado que esto no es lo que ocurrió, en los hechos. No hay ninguna duda acerca de cuál fue la verdadera causa de la hipoxia que derivó en el fallecimiento del paciente, y esta causa no fue una taquicardia, sino que fue el taponamiento repentino y abrupto del tubo endotraqueal, que aseguraba la vía respiratoria del paciente durante la intervención quirúrgica. Esto no se me ocurre a mí, lo ratificó el perito, el representante del Cuerpo de Investigación Forense. Tampoco fue la caída de los valores lo que ocasionó la taquicardia, siguiendo el esquema de la acusación, de la Fiscalía, dado que también quedó demostrado que la taquicardia se produjo como consecuencia de la aplicación de una droga que se llama adrenalina. Y lo que justamente produce esta droga es el aumento del ritmo cardíaco del paciente que se conoce como taquicardia. La taquicardia tampoco ocasionó la hipoxia. Esto se ha visto

que no tiene ningún tipo de fundamento. Hasta acá, estas breves palabras que he pronunciado tendría que ser ya suficiente para sobreseer al imputado, porque lógicamente no se lo puede condenar de lo que no se le acusó. Esto todos sabemos que es por los límites que establece el principio de congruencia, que debe guiar la labor del juez. Qué sucede, la Defensa ingresó a este debate para defender al Dr. A de una imputación que consistía en una desatención, no cualquier desatención, una desatención específica que fue detallada, que fue detallada por la Fiscalía, que tenía que ver con la falta de observación de determinados parámetros, que estaban asentados en una foja anestésica. Y que debía observar de un monitor del que se valía. ¿No?. Dice la Fiscalía que esto derivó en una taquicardia que provocó una hipoxia, y resulta que ahora viene la Fiscalía y nos dice que la hipoxia fue por una causa distinta. Se habló de un montón de causas, de hipótesis, sospechas, cosas que no han sido para nada comprobadas. Pero bueno, como sea, no fue la causa que señaló la Fiscalía, fue otra totalmente distinta. Vinimos a defendernos de una causa distinta. Que ha ido variando y ha ido encontrando un cauce de acuerdo a cómo se iban produciendo los testimonios. Hemos estado medio navegando en la oscuridad nosotros acá, ¿no?. La taquicardia que según la fiscalía causó esta hipoxia y que ya se ha visto que no la causó, se lo voy a aclarar igualmente, fue consecuencia de la droga, como ya le dije. Y no fue precisamente esto durante un momento de desatención como apunta la fiscalía. Cuando se le suministra esta droga al paciente era todo lo contrario, era un momento de máxima atención y de tensión incluso, porque estaban realizando de hecho maniobras de reanimación cardiopulmonar a raíz de un paro cardiorrespiratorio. Pero volviendo ya al hecho concreto que se fijó en el control de acusación como causa de esta hipoxia, es decir la supuesta omisión de cuidado por no haber advertido esta caída de los registros de presión arterial y de pulsioximetría a las 10,50 del día de la cirugía, y que causó, supuestamente la taquicardia, toda la prueba que se produjo durante el debate indica que lo que el fiscal vio en realidad, y que valoró como una ausencia de registros y desatención, en realidad es la foja anestésica, no es el registro ni la grabación de un registro, el monitor no registró nada, o sea, mejor dicho, no grabó lo que registró. Lo que vio fue el reflejo en una foja anestésica. Una foja anestésica que la completa el propio anestesiólogo, y que sin lugar a duda no lo hizo durante la cirugía, lo hizo cuando finalizó su actuación. Y aún cuando se habló durante el debate y podría interpretarse a partir de lo que declaró el perito D, que debió registrar cada cinco minutos en lugar de diez minutos, porque así lo indicaba la norma, esto no fue lo que causó el resultado. La hipoxia no se produjo

porque el anestesiólogo luego de finalizada la cirugía asentó en la foja anestésica en lugar de cada cinco minutos, vamos al tema puntual, esto no tiene ninguna relación con el hecho, no es causa del hecho. Esto no fue lo que causó el resultado, que no haya anotado cada cinco minutos. Esto no es causa del hecho, sí. Lo que se debe comprender y que es lo que quiero dejar establecido es que el anestesiólogo documentó en esta foja anestésica variables que necesariamente debió registrar del monitor multiparamétrico. Y lo que sí registró fue capnografía y frecuencia cardíaca. Omitió presión arterial y pulsooximetría, y esto es lo que le imputan como una causa de desatención y que provocó en definitiva en taquicardia que derivó en hipoxia. Bueno, la omisión de documentar estos valores es lo que se le imputó, pero esto no implica necesariamente falta de registración porque el monitor, ya nos explicaron todos que registra continuamente, verdad. Ahora resulta que el fiscal introduce esto que el monitor se apagó, esto nos enteramos ahora, durante, no le imputó que se apagó y que tendría que haber estado mirando. Bueno, se apagó, no se sabe por cuánto tiempo, nadie lo supo decir, pero podemos presumir durante cuánto tiempo, porque el perito nos dijo que el episodio podría haber tenido lugar cuando se movió al paciente durante las curaciones. Es decir, nunca pudo haber estado 20 minutos apagado, ni diez, ni cinco, porque desde que se realizaron las curaciones hasta que se detectó la hipoxia no pasó más de un minuto o un minuto y medio. Entonces fue un breve período y de hecho, bueno, esto surge del testimonio de un testigo que la verdad a mi parecer dejó bastante que desear, porque entró en fuertes contradicciones, no recordaba absolutamente nada. Lo que sí dice el testigo que fue antes de ocurrir la cianosis que detectaron lo del monitor. Esto según la cronología de los hechos probados, ¿no?. Ahora, volviendo al registro del monitor, me refiero al registro del monitor y no a la documentación del registro, quiero que quede clara esta distinción, una cosa es el registro del monitor y otra cosa es la documentación del registro, que es lo que hace la foja anestésica, ¿no?. Lo que si quiero destacar es que el monitor o registra o no registra. No hay una posibilidad intermedia, no puede registrar dos valores sí y dos valores no, o registra todo, y lo explicó el técnico, creo que fue, o no registra nada, porque todo pasa por una única pantalla. Lo que se documentó respecto de este período particular, es decir de las 10,50 desde lo que toma la fiscalía para realizar su imputación fue precisamente lo acontecido durante un procedimiento de reanimación cardiopulmonar, y esto es incuestionable que pueda haber deficiencias en esta registración incluso, porque no se puede hacer en el momento. Más allá si debió hacerlo cada cinco minutos o cada diez, lo cierto es que no

pudo hacerlo durante la emergencia. Y en este sentido lo que quiero es citar el punto 6 de la guía profesional que aplica para parámetro de conducta para profesionales de la anestesiología y que es la Resolución 642 del 2000, del Ministerio de Salud de la Nación, que indica que la prioridad es atender la urgencia y no llenar una foja anestésica durante la urgencia. De esta forma destaco que los valores referidos por la Fiscalía para fundar su acusación necesariamente debieron ser registrados por el monitor multiparamétrico. Tal vez en este caso lo que pudo haber ocurrido es una deficiente documentación, como lo señalé recién, pero el evento no fue en absoluto lo que causó el desastre del desenlace. Además, y esto ya es una cuestión de lógica pura, el hecho de no tener documentado rigurosamente el lapso de tiempo del evento crítico, habla a las claras que el anestesiólogo estaba ocupado y preocupado en la atención del paciente y no en el traslado al papel del evento. La falta de documentación en tiempo real no aparta precisamente al profesional del cumplimiento del buen obrar médico, sino que habla más bien del adecuado entendimiento de la *lex artis*. Quiero por último señalar sobre este aspecto de la foja de anestesia que si el Ministerio de Salud a través de una normativa le dice al profesional que en situaciones de urgencia debe tomar preeminencia las medidas de resucitación cardiopulmonar no puede luego venir el propio Estado y reprocharle por lo que le ha eximido la normativa de priorizar. No se puede cuestionar esto. También se habló durante el debate de una supuesta ausencia del anestesiólogo durante el procedimiento quirúrgico. Esto tampoco fue materia de imputación. Lo que quiero aclarar sobre este tema es que esta ausencia, que parece algo absolutamente relevante según lo que indica la fiscalía y la querrela, no fue durante la emergencia, ni siquiera fue en los instantes previos al evento, sino que esto ocurrió mucho tiempo antes y además fue por escaso tiempo, menos de un minuto, esto es lo que nos terminó diciendo M, primero dijo que eran 15, todos nos agarramos de la cabeza, cómo es que se fue 15 minutos, después bajó a 5, y después cuando le hicimos escuchar la grabación dijo que fue por menos de un minuto. Luego, vino por suerte C M, que estaba ahí presente un poco más atenta y se ve que recordaba mejor y nos dijo que fue menos de un minuto, y que no alcanzó ni a salir, se fue a la puerta, agarró un cargador, volvió, y no fue en un momento crítico, ni siquiera inmediatamente previo. Es decir que esta breve ausencia, no guarda ningún tipo de relación causal con el evento que ocurrió al final de cirugía, aunque bueno, más allá de que no fue imputado, debía mencionarlo. Tampoco considero que haya probado la fiscalía que el anestesiólogo tuviera que haber monitorizado al paciente de una forma distinta a como lo hizo. Y acá

voy a un punto bastante interesante que necesitamos aclarar. Cuando se le formularon cargos la fiscalía no le imputó nada a A con relación a los campos quirúrgicos, no le dijo la desatención se produjo porque tuviste que levantar los campos quirúrgicos para verificar clínicamente al paciente, no. No le dijo eso la fiscalía. Le dijo tendrías que haber advertido los campos, lo dijo genéricamente, bueno, genéricamente hay un montón de normas que describen genéricamente conductas, pero hay que precisarlas, porque estamos en un ámbito de acusación de un delito, entonces tiene que saber de qué se defiende, no lo precisó, no. Ahora resulta que no le reprochó haber dejado a la vista las extremidades y el rostro del paciente para realizar el control clínico y ahora lo introduce en este debate. Sin perjuicio de esto, quería hacer esta aclaración, igualmente quiero mencionar que si bien la norma indica que durante el procedimiento quirúrgico debe utilizarse una adecuada iluminación y exposición del paciente para poder valorar su coloración, lo dice así, también esta misma norma indica que el anestesiólogo puede apartarse de estos requerimientos en situaciones especiales. Esto lo dice el punto 5 de la guía que mencioné recién, esta famosa resolución del Ministerio de Salud. En este caso las declaraciones que se brindaron en el debate coinciden que se trataba de una situación especial, que le permitía al anestesiólogo apartarse. Porque no podía haber iluminación por el contraste, como nos dijo el cirujano, que le provocaría con la lectura de los monitores, es una intervención sumamente precisa, no podía haber iluminación. Tampoco podía haber exposición física, porque estamos hablando de una persona que no mide más de un metro, a la que le estaban realizando una intervención quirúrgica desde el tronco superior y obviamente no puede estar destapado, ya lo dijeron todos, creo que no hay dudas sobre esto. Y además por la imposibilidad del anestesiólogo de interrumpir la operación. Si bien esto tampoco fue objeto de acusación formal, en la audiencia de control, carece de lógica absolutamente. Basta preguntarnos cada cuánto debería haber destapado al paciente para verificar si estaba atravesando un proceso de hipoxia. Si esto pasa en un minuto o dos, como nos han dicho que una obstrucción abrupta de la vía respiratoria puede producir una hipoxia en uno o dos minutos, sí, en algunos casos, bueno, cada cuánto debo destaparlo al paciente, cada un minuto, cada dos minutos, cada tres minutos, mientras están los cirujanos realizando suturas internas, en las vísceras, cada cuánto lo tengo que destapar. Qué era lo que esperaba, qué espera la Fiscalía que haga, porque no es que va el anestesiólogo, destapa cuando se le ocurre, tiene que pedirle permiso, avisarle mínimamente a los cirujanos, bueno. Las características de esta conducta sin duda impediría la continuidad de la cirugía.

Perjudicaría en la concentración de los cirujanos, y sobre todo perjudicaría la conservación de la esterilidad del acto quirúrgico. Es impracticable lo que le pide la fiscalía. Lo que le pide ahora, no, no se lo pidió antes. Entonces, si el paciente está totalmente tapado, cuál es la alternativa que tiene el anestesiólogo, es la monitorización de los parámetros vitales por la vía instrumentos como el monitor multiparamétrico. No tiene otra opción. Este dispositivo, el monitor multiparamétrico es el que se utilizó en la cirugía y todos declararon que funcionaba correctamente. Que era apto para monitorizar los valores que estaban en juego, y además que podía ser visto por todos, más allá de la responsabilidad que por supuesto le cabe al anestesiólogo. Que por supuesto no es una responsabilidad objetiva, sino subjetiva y de medios, no de resultados. Monitorizó de acuerdo con la norma y quedó demostrado que los medios entonces eran acordes y aptos para la monitorización durante el desarrollo de la cirugía. Pero bueno, también se demostró durante este debate que estos medios no son infalibles. Tienen retardos, porque son medios indirectos, precisamente por definición nos han dicho acá que pueden tener ciertos retardos. A mi me gustaría utilizar una analogía para poder explicar cómo funciona esto. Supongamos que uno toma una manguera, la conecta a una fuente de agua, libera el suministro de agua y desde que la manguera se cierra repentinamente, hasta que el suministro de agua deja de salir en el otro extremo de la manguera, transcurre un tiempo, transcurre un tiempo, esto es lógica pura, no sucede inmediatamente esto. Bueno, esto pasa lo mismo con estos valores. No es inmediato, el Dr. Bustos nos aclaró este punto y habló de un delay (latencia) de hasta dos minutos, hasta dos minutos. Nos dijo además que el evento fue abrupto, inevitable e impredecible. Son palabras del perito. De acuerdo con la definición medicolegal de esta palabra. Los monitores no llegaron a sonar. La fiscalía no probó con el grado de certeza obviamente que exige para merecer una condena mi defendido que las alarmas hayan sido apagadas. Hablaron de la posibilidad de que las alarmas puedan ser apagadas. Bueno, nos explicó el técnico que puede ser, que todo puede ser, pero no probó que fue. Nadie lo vio apagando las alarmas, entonces no le pueden imputar haber apagado las alarmas cuando nadie lo vio hacerlo, ¿sí?. Pero lo interesante de esto es que la cianosis fue descubierta incluso antes de los dos minutos de delay que podría tener el monitor para registrar la obstrucción del tubo, de acuerdo a lo que nos señalaron los expertos. A partir de este momento se actuó muy rápidamente. Hubo un diagnóstico inicial del doctor A de que podría tratarse de la posición. Claro, al paciente no lo está viendo, lo acaban de ver, ven la manito, dice bueno, puede ser la posición. Pero no es que se fue a

tomar un té después y volvió. Porque esto parece, cuando se lo presenta esto ante usted, pareciera que le avisaron y se fue a jugar al fútbol. Bueno, no fue así. Se actuó rápidamente, todos coinciden que esto fue en fracción de segundos lo que ocurrió. ¿Y por qué sugirió esto?, bueno, porque el monitor no le había indicado ninguna alarma. ¿Se da cuenta?. Lo que sí está claro es que se comenzó a actuar inmediatamente. Allí el monitor se apagó. En principio M dijo que ahí fue cuando se apagó el monitor. El perito Bustos dice que la desconexión se produjo en realidad cuando movieron al chiquito, pero fue todo inmediatamente ahí en el momento. No es que estuvo 20 minutos apagado el monitor. Pero lo encendieron inmediatamente y quedó claro que antes estuvo prendido, porque sino simplemente no habría marcado los valores que sí marcó y que se registraron en la foja y que la fiscalía tomó para su imputación. No podemos dividir esta prueba, ¿no sé si se entiende?, o marcó los valores para todo el mundo o no los marcó para nadie. ¿No sé si se entiende?, están dividiendo la prueba. Además los testigos dijeron y fueron claros que el monitor estuvo prendido todo el tiempo y que era visible para todos. También quedó demostrado que la rapidez de la hipoxia es relativa y, como nos explicaron aquí, tiempos cortos pueden producir daños graves y viceversa. Se llegó a hablar de un minuto. Entonces el monitor no sonó, el anestesiólogo estuvo allí en el momento del evento, porque no estaba ausente, estaba presente, se actuó con rapidez, pero bueno, no fue suficiente para evitar este resultado. Si el monitor no sonó y el anestesiólogo estuvo presente, yo entiendo que no se le puede imputar una responsabilidad. Lo que le solicito entonces es que dicte el sobreseimiento de mi defendido. En primer lugar porque el hecho no ocurrió. El hecho que le imputó la fiscalía a mi defendido no ocurrió. Y además, añadido, que lo que ocurrió, aún cuando no fue lo que se le imputó al Dr. A, fue algo inevitable, impredecible, y el Dr. A no hizo nada distinto de lo que hubiera hecho cualquier otro anestesiólogo. Nada más.-

ULTIMA PALABRA AL IMPUTADO: no agrega.-

Se informa que el VEREDICTO será dictado el día 3/12/2025, a las 12,30 horas.-

IV.- VEREDICTO PRIMERA FASE DEL JUICIO: El día indicado se procedió a la lectura del veredicto, cuya parte resolutive dice: “...RESUELVO: I.- DECLARAR culpable, penalmente responsable al imputado M J A K como autor del delito de HOMIDICIO CULPOSO (arts. 45 y 84, CPenal)...”.- **V.- AUDIENCIA DE CESURA:** El día 3 de febrero de 2026 tuvo lugar la audiencia de cesura. De todo ello dejaré constancia al abordar la tercera cuestión de la fundamentación.-

VI.- FUNDAMENTACIÓN INTEGRAL DE LA SENTENCIA:

Se plantearon las siguientes cuestiones:

PRIMERA CUESTION: ¿La Acusación logró probar el hecho y la autoría responsable objeto de reproche?

SEGUNDA CUESTION: ¿Cuál es la calificación jurídica aplicable al caso?

TERCERA CUESTION: ¿Cuál es la pena a imponer al caso en concreto, costas y temas accesorios?

A LA PRIMERA CUESTION EL DR. EMILIO STADLER, DIJO: Demás está decir que, salvo la última, las respuestas a estas cuestiones ya han sido adelantadas por el suscripto en oportunidad de informar el veredicto relativo a la culpabilidad penal del imputado. Por lo tanto, los párrafos que siguen constituyen el fundamento lógico y jurídico de esas decisiones, con más la concerniente a la pena que corresponde imponer al prevenido.-

DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA: aclaro que a los fines de la autosuficiencia de la presente sentencia y para una mejor comprensión, seguidamente habré de transcribir, de la manera más fiel posible, las declaraciones testimoniales que se produjeron en el juicio, a instancias de las partes, ello sin perjuicio de citar en el apartado de las conclusiones los párrafos que considere estrictamente necesarios.-

DECLARACIONES TESTIMONIALES de la Fiscalía y de la parte Querellante: A E T: denunciante y progenitora del niño N V M T. Conozco al imputado del día de la operación. P.¿Cómo surge el diagnóstico?, en 2023, V tuvo un episodio de fiebre, radiografía de tórax elevación en diafragma, derivaron al doctor C, era una hernia diafragmática y no era de urgencia operarlo. No le complicaba su día a día. Al año 2024

le volvemos a realizar el control. El doctor dice que es momento de operarlo, ya tenía 4 años, iba al jardín. Programamos todo, tomografía, prequirúrgico, el doctor dijo que iba a programar para el 11 de julio. Se autorizó en la obra social. El 11 de julio voy a las 6 de la mañana con V y mi hermana, estuvimos esperando hasta que llega C a las 8. Vamos al quirófano. Una chica que me toma los datos, nombre, altura, peso, si era alérgico, que iba a durar ...y nada más de eso, V entra despierto. Lo dejo en silla de ruedas en el ingreso al quirófano. Vuelvo a la habitación a esperarlo y pasan 3 horas. Pregunté y me dijeron que no tenían novedades del quirófano. En eso “...viene el doctor C, me pide que salga al pasillo y en el pasillo me dice que V había tenido un poco de bradicardia en el quirófano y por protocolo lo iban a llevar a terapia”. Me acompaña hasta el ingreso a terapia, hasta la neo del sanatorio, sale el Dr. F S y me explica como tenía que prepararme para entrar, que iba a estar intubado, muchas sondas, que llame a alguien para que entre acompañada, llamo a mi hermana y espero en el pasillo hasta que me digan, para esto ya eran las 11,30 y la cirugía había empezado 8,30 [no puede continuar con el relato porque llora con profunda angustia]...me quedé ahí, en el sanatorio, ese día siempre lo trataron por un mal despertar. Me preguntaron si él había tenido algo con la anestesia, como si no la toleraba bien, como que era un mal despertar, que le iban a ir bajando los sedantes de a poco para ver su reacción, en la tarde empiezan a bajar la sedación, V empieza a tener movimientos raros, apretaba su mano, después movimientos bruscos en las piernas, él nunca abrió los ojos, cuando le hacían los controles para ver sus pupilas, él no tenía las bolitas, él tenía sus ojos blancos. A la noche bajaron sedación completa y empezó a tener convulsiones, él nunca había hecho una convulsión, se movía para todos lados, era lo mismo que había tenido durante el día, que solamente tenía los movimientos en sus manos y en sus piernas, a la noche ya era todo el cuerpo, todo su cuerpo saltaba. Volvieron a subir la sedación, le hicieron tomografía, no, resonancia, me dicen a las dos que me vaya a mi casa, que el viernes iba a ser un día muy largo, que había que ver qué es lo que había pasado. Yo me voy a mi casa a dormir, vuelvo a las seis de la mañana, cuando ingreso estaba el cambio de guardia, la limpieza, todo, entonces me piden que espere afuera. Llega el Dr. C se asoma por la puerta y me dice que V parecía que había tenido una hipoxia en el quirófano y que los médicos están haciendo todo para revertirlo. Yo no entendía, cómo un poco de bradicardia, cómo un poco de bradicardia había llevado a una hipoxia. No sé cómo yo entendía esos términos, pero yo entendía que la hipoxia era que el cerebro no se oxigenaba, ¿cómo había llevado ese poco de bradicardia a esa hipoxia?. Y yo le

preguntaba, que por qué, que cómo, y me decía no no no, no sé, no sé, me dice, yo no te puedo decir nada, decía, yo le preguntaba que por qué no se despertaba, y él lo único que decía es “no sé qué pasó, mi cirugía está perfecta, no sé qué pasa, no sé por qué no se despierta”. Yo le decía, sos médico, no me podés estar diciendo no sé, no me digás no sé, algo pasó, vos tenés que saber. Y me decía no no no, no sé qué pasó, no sé por qué no se despierta. Cuando yo le digo dame una explicación porque esto no puede ser así, explicame algo, no, yo no te puedo decir nada, yo no te puedo decir nada. Y ahí es donde le consulto, y el anestesista le digo, porque vos no me decís nada, dónde está P?, P es mi ayudante nomás. Bueno, era tu quirófano, le digo, dame una explicación. La única persona que yo veía era a él. No sé, me dice. Es tu quirófano, no me podés decir que no sabés, y ahí es donde me dice que era A. Le digo a mi hermana que consulte por el Dr. A. Me dice está en cirugía, y bueno, ahí quedó. Sigo insistiendo en que yo quería verlo a él, porque el único que se comunicaba conmigo era el Dr. C y los médicos de terapia que lo trataban por un mal despertar y nada más de eso. En eso, la primera vez que hablo con el Dr. A, él viene, se presenta en la sala, donde estaba yo con V, él ingresa y me dice “bueno, las mismas máquinas que yo tengo en el quirófano son como estas, y yo le digo: no, a mi no me hablés de las máquinas, no me hablés de nada, a mi decime qué pasó con mi bebé, porque ¿cómo un poco de bradicardia está haciendo que mi hijo no se despierte, que haya habido una hipoxia?, él agarra y dice: “no mamita, tu hijo no tuvo un poco de bradicardia, tu hijo tuvo bradicardia cero, es un paro”, así me dijo. Recién ahí fue cuando apareció la palabra “paro”, en el mal despertar y en los días que veníamos pasando con V. Y me dice, “pero no te preocupes porque fue un minuto, yo solamente con medicación, cuando mi reloj marcó un minuto él ya estaba restablecido”, me dijo, agarró y se retiró. Ya empezaron a hablar con un neurólogo de Cipolletti que daba las instrucciones por whatsapp. Le bajaban la sedación pero tenía movimientos más bruscos que antes. Yo ya nunca volví a mi casa. Dormía ahí. El domingo empieza con una diabetes insípida. El lunes todos los estudios y llega el doctor G y dijo las cosas como son. Decían que ya se va a despertar, pero G dijo no, estamos frente a una hipoxia y a un paciente crítico y grave. Se empieza a dudar de la muerte encefálica. Antes G estaba de licencia, se incorporó ese día lunes. Hasta que no esté despierto no sabemos que secuelas pueden haber. Le hicieron un encefalograma y dijeron que había actividad pero no mucha. Nunca un diagnóstico concreto de lo que estaba pasando. El certificado que me dieron decía que estaba por encefalopatía. Todos los días venía C y decía no sé que pasó, mi cirugía está perfecta, no sé qué pasó. Le

hacen una resonancia y viene la Dra. G llorando, la veo de costado. Volvemos a terapia y empezaron a llegar todos los médicos. Que llame a mis familiares. Hacen ir a la sala de médicos, estaban todos los médicos (que menciona) decilo bien, le digo, habla bien, y ahí dijo que era una muerte cerebral, necesitaban 24 horas por protocolo, faltaba un estudio más para poder declarar la muerte cerebral. Todos lloraban. Yo decía acá falta alguien, ¿dónde está A?. Seguían sin decirme nada. Era todo raro. Me acuesto con V y me quedo con él. Al otro día me vengo a la Fiscalía a hacer la denuncia. Le armaron un velorio dentro del sanatorio. Me pasa a V a upa. Le saca el respirador. Su piel empezó a cambiar de color. Empiezan a llamar de Fiscalía que había empezado el allanamiento en el sanatorio. Me dicen que me vaya a mi casa y que le traiga ropa. Viendo la historia clínica me doy cuenta que la situación es distinta a lo que me iban diciendo...le exhibe un documento, sí es mi firma, fecha 11/7/2024 M T N V y DNI, consentimiento informado para práctica anestésica...riesgos comunes a cualquier tipo de anestesia...lee un párrafo, el despertar ...estará en todo momento con él o la niña...firma doctor A K M J., no puso la firma adelante mio. P. ¿tuvo algún inconveniente con el imputado durante el proceso?, sí, en el aniversario hacíamos una pegatina en el sanatorio como siempre, fotos de V y del doctor A, voy llegando al sanatorio, A pasa, se acerca sacando fotos y mirándome, me dice que deje de hacerlo o ya sabía lo que iba a pasar. Cagándose de risa y me sacaba fotos. Yo fui a la comisaría.-

QUERELLA: P¿qué día te facilitaron la historia clínica?, el lunes a la mañana.-

DEFENSA: P.¿quién le dijo que era un mal despertar?, la doctora D C; P.¿en dónde fue?, en terapia. P.¿En cuántas oportunidades vio a A?, dos veces, en la habitación y cuando vino a darme el parte, el día sábado y el día domingo. P.¿C le dijo hipoxia o paro?, dijo hipoxia, nunca dijo paro, solo que su cirugía estaba perfecta, que solamente miraba el monitor y el pecho de V, adaptado a su área.-

VIRGINIA SUSANA ANSOLA: soy licenciada en psicología y formo parte de la Oficina de Atención a la Víctima hace 18 años, formada en psicología forense, clínica y en victimología. Me recibí en el año 1992, desde el 2007 en el Poder Judicial. El inicio de la intervención el 18 de julio cuando los padres fueron a la fiscalía a hacer la denuncia, la asistencia más directa fue en horas de la tarde, era feria, me convocaron para asistir a los padres, en la decisión de desconectar a V. Me acerqué al ..., hubo necesidad de acompañamiento más intenso. Instancias como la autopsia. Difícil para los padres. Pero pudo entender la importancia para la investigación. Más intervención con

A, pero también con D. Acompañarla para que pudiera soportar los tiempos de un proceso penal. Saber la verdad de lo que le ocurrió a su hijo. No fue una muerte esperada por una enfermedad, sino de manera traumática, súbita, sin poder prepararse, y con muchas preguntas y muchos interrogantes. Para poder comprender qué fue lo que sucedió. Al no tener la respuestas desde los inicios de qué había ocurrido con su hijo es lo que demoró el duelo inicial. Relato muy repetitivo de parte de ella. Desde el día que lo internaron al día que le informan que había que desconectarlo. Repetía una y otra vez detalles. Algo que repetía es que los médicos le decían ya se va a despertar, ya se va a despertar. Y que eso no sucedió. Siempre presente estos sentimientos de que fue como estafada, traicionada, como una estafa emocional, ambos preguntaron todo el tiempo, porque no comprendían qué estaba sucediendo, ligado ese sufrimiento a esa impotencia de haber sido estafados. Esto fue al inicio. Después todas las energías fueron direccionadas al proceso penal, para poder ir reconstruyendo lo sucedido. Poder hablar y que signifique un acto reparatorio. Que se inicie un verdadero duelo como debía ser.-
QUERELLANTE: P.¿cuántas veces la entrevistó?, una o dos veces por mes la vi. Fue un abordaje no habitual pero sí necesario, por la demanda de atención y un proceso complejo.-

F O D: Preguntado por la parte querellante: soy médico recibido en el año 1978, desde 1980 practico cirugía convencional, y desde el año 1992 pionero en cirugía paraloscópica en la Patagonia, en aquél momento fue todo un cambio radical en lo que es técnica quirúrgica. En esta causa fui invitado a participar como perito de parte, cuando se hizo la autopsia, contacto con toda la historia clínica del paciente, y además participé en la elaboración de este documento junto al Forense y médicos de las demás partes. Se elaboró este documento en conjunto. Primero veedor en la autopsia del cadáver, adherí a la autopsia del doctor Bustos. En la autopsia no hubo observaciones de relevancia. El niño fue intervenido quirúrgicamente 7 u 8 días antes, proceso evolutivo de las heridas quirúrgicas, en la parte cerebral es imposible a simple vista ver algún deterioro, lo que se leía en la historia clínica en la evolución de terapia intensiva. No hay hechos de relevancia en la cirugía que puedan haber provocado o colaborado para el fallecimiento de este niño. 9 a 10 minutos antes de finalizada la cirugía, de los pocos registros que hay, hay un aumento importantísimo de la frecuencia cardíaca, que puede obedecer a muchas causas, que no fue ni informado, ni manifestado ni controlado. Ese detalle sucede aproximadamente entre 8 a 10 minutos que finalice el acto quirúrgico.

Luego tuvimos acceso a las distintas declaraciones de todos los participantes, los otros anestesiistas, la declaración del cirujano, el ayudante del cirujano, el Dr. P, y del personal participante, instrumentista, circulante, etcétera. Surgen muchas discrepancias. Es indudable que un paro cardíaco es una emergencia sea donde sea, más aún en un paciente intraoperatorio y en un niño como el que estamos hablando, eso genera una situación caótica y desesperante, con lo cual nadie, y en eso coincido, está con el reloj contR tiempos de lo que sucede. No obstante esto y en las charlas que hicimos para elaborar este documento, junto con los otros médicos, yo la primer pregunta que le hice al Dr. V que conoce las instalaciones del sanatorio ..., es “cuánto tiempo puede tardar la médica de terapia infantil, que fue llamada al proceso?” y él, como mínimo establecimos un minuto o un minuto y medio, dado que está en otro piso. Se declara el paro después que la instrumentista destapa al niño, más o menos le da, le manifiesta al anestesiista que el brazo del niño estaba marmoleo pálido o cianótico, el anestesiista hace caso omiso, aduciendo que está dentro de las posibilidades, que era por la posición. No hubo una interpretación clara de la observación de lo que dijo la instrumentista. Luego que lo destapan todo, ahí se corrobora correcta y fehacientemente que el niño estaba cianótico o azul y se pega la voz de alarma. A partir de esta voz de alarma aparece P haciendo masaje cardíaco; el Dr. B empieza a comandar este procedimiento; aparece el otro anestesiista y comandan la situación. Todos constatan que el chico estaba en paro cardíaco. Que el masaje no era efectivo, no había pulso. Hasta que aparece en escena la terapeuta infantil, que lo ausculta y constata que no hay buena entrada de aire a los pulmones, uno de los anestesiistas, creo que B, dice que corroboró que el tubo estaba adentro de la traquea. Al no haber ingreso de aire, a la Dra. se le ocurre, sugiere cambiar el tubo endotraqueal. El tubo endotraqueal es un elemento tremendamente importante en cualquier cirugía, es probable que, como sucedió en este caso, por razones naturales y normales que se pueda obstruir, por moco, por sangre, como está declarado y como está. No es acusatorio de nada, pero sí marca de que no hubo control. Cambiado el tubo, el niño empieza a ventilar mejor, empieza a ingresar oxígeno, perdón aire, porque lo estaban perfundiendo, a los pulmones y sale del paro cardíaco. Desde la alarma de la instrumentista hasta que le cambian el tubo como mínimo no pasaron menos de 4 a 5 minutos. Pero la pregunta que no tiene respuesta es ¿cuándo fue el paro?, ¿cuánto antes?, desde que la instrumentista da la voz de alarma, hasta que se le cambia el tubo, como mínimo pasaron de 3 a 5 minutos, siendo generosos en el tiempo rápido que se hizo todo; ahora la pregunta es, ¿el paro desde cuándo estaba?, esa es la que no tiene

respuesta y ahí está lamentablemente la falta de oxígeno en el cerebro de este niño que produce el deterioro, más allá que después sale del paro cardíaco y que no tuvo recuperación. P. ¿cómo te alertas de la obstrucción del tubo endotraqueal para que no llegue a una hipoxia, cuáles son las herramientas del médico o del anestesiólogo?, hasta la venida del oxícapnógrafo, los anestesistas se manejaban con el control visual del paciente, y uno de los lugares donde se observaba la coloración azulina del paciente es o en las uñas y el otro lugar frecuente es en los labios, son los dos primeros lugares que toman la coloración cianótica. Con la llegada del oxícapnógrafo y del oxímetro de pulso, hay un contralor más tecnológico que el visual, la oxigenación normal está arriba del 90 o del 94 por ciento, cuando el individuo está cianótico está muy por debajo de esto. Verlo visualmente se decía que estaba por debajo de los 80, lo cual ya está creando un estado de baja oxigenación en el cerebro de cualquier individuo. A partir de estos aparatos, el oxímetro de pulso está marcando siempre arriba de 90 o 94 por ciento en forma instantánea, dicen que igualmente hay una demora entre la falta de oxígeno y la aparición en la circulación periférica, los labios o las uñas, entre 60 y 90 segundos. Es decir, si se hubiese controlado con alguno de estos dos elementos, que seguramente el niño los tiene en el acto quirúrgico y estaba el oxícapnógrafo, como máximo al minuto se tendría que haber detectado que no había buena oxigenación. Al no haber buena oxigenación las consecuencias son las que acabo de decir, mala oxigenación del cerebro y si se extiende en el tiempo el paro cardíaco. P.¿quién debe controlar todo ese mecanismo?, normalmente eso es expertis del anestesista, toda la vía aérea, incluye lo que estamos hablando, durante todo el acto quirúrgico, obviamente la vía aérea incluye lo que estamos hablando, la oxigenación, la cianosis, el color azulino. FISCAL: P. ¿qué protocolos existen que regulen este tipo de actividad?, de la Asociación Argentina de Anestesia, tiene un protocolo, donde dice claramente cuáles son las funciones del anestesista, cuáles son los controles que debe efectuar, incluso lo pusimos acá. Debe controlar la frecuencia cardíaca, debe monitorear la oxigenación del paciente, la intubación, si está adecuada y todo el proceso cardiorespiratorio del paciente. Eso está a cargo del anestesista. P.¿tiene que estar presente en todo momento?, es lo que corresponde, no es la práctica. Incluso le digo más, una cosa que no se estila es la visita preanestésica, el anestesista debería de rutina, revisar al paciente uno o dos días antes de la cirugía, valorar su estado cardiorespiratorio, él hacerse cargo, no solamente del informe del cardiólogo que normalmente los cirujanos aportamos, como parte de los elementos prequirúrgicos. Correspondería que el anestesista haga el acto preanestésico,

revisarlo, conocerlo al paciente, auscultarlo y ver la capacidad respiratoria. Porque le permite saber o cómo obrar en el acto quirúrgico, a la diferencia entre un estado normal o alterado, o estar previsto en tal o cual situación. Lamentablemente es una práctica que no se estila. P.¿cuál es el organismo que regula esto?, la Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Reanimación, es FAAAAR [lee las disposiciones pertinentes], debe vigilar y prestar atención anestésica en forma continua...durante los procedimientos anestésicos la organización explica que debe monitorizarse la oxigenación, la ventilación, la circulación y la temperatura. P.¿este informe lo hicieron de manera conjunta todos los peritos?, exacto, lo que dije hace un ratito, los otros médicos y el médico forense. P.¿no hubo ninguna objeción a este informe?, esto lo firmamos todos, yo lo firmé el 19/12/2024, lo vine a firmar acá, creo que el resto lo debe haber firmado también. He operado niños, pocos porque no era mi métier, inicialmente cuando llegué a Roca y en la residencia operé niños. P.¿cuántos de los pacientes que ha operado han tenido esta consecuencia de cianosis e hipoxia?, no es infrecuente, también depende de la patología de la persona que uno opera, si yo entro con un paciente con un cuadro agudo séptico, muy infectado, las posibilidades de que el paciente entre en estado crítico son más altas. Un paciente sano, que normalmente en la jerga decimos “un paciente que entra caminando”, o sea que entra sano, las probabilidades son muchísimo más bajas, salvo alguna situación crítica dentro del acto quirúrgico, por ejemplo estoy operando un abdomen y rompo una arteria grande o una vena grande y eso puede provocar un cataclismo en el paciente, uno pega el grito, el anestesista hace lo que tiene que hacer, porque es parte del trabajo, accidentes intraoperatorios siempre ocurren, el tema es estar atentos para solucionarlos. P.¿la consecuencia de este daño en el cerebro?, convengamos lo siguiente, normalmente es variable el número, como todo lo que es en medicina, la falta de oxígeno en el cerebro entre 3 y 5 minutos en el 99 por ciento de las personas produce daño. Hay casos de gente que sobreviva a falta de más tiempo de oxígeno. P.¿el tipo de patología por la cual se iba a operar a V, es indicador de este probable desenlace de la mucosa?, la patología no es nada extraordinaria, patología no frecuente pero no rara, la apertura del tórax en general en cirugía es un hecho importante que aumenta la gravedad del acto quirúrgico, si bien, como en este caso y gracias a la cirugía video asistida, mejoró muchísimo la agresividad, porque no se abre el tórax, pero el cirujano necesita achicar el pulmón, colapsar ese pulmón, para tener espacio para poder operar. está con un pulmón y medio o un pulmón y un cuarto, y el anestesista lo tiene que controlar. El problema es el

contralor. No es ningún hecho extraordinario la mucosidad, hasta una respuesta natural del paciente. El tema es el contralor. No es frecuente un tapón mucoso, pero es esperable, no es un hecho extraordinario, está dentro de las probabilidades; por algo la médica de terapia lo sugirió. Por ahí la terapeuta está más acostumbrada, es más esperable en ese punto que los anestesiistas, porque el paciente permanece más tiempo con tubo, es más probable la aparición de moco. P. ¿si puede explicar taquicardia, bradicardia severa y paro cardíaco?, taquicardia es aumento de la frecuencia cardíaca; bradicardia es baja frecuencia cardíaca y paro cardíaco es la asistolia o ausencia de pulso. Más, menos o nada. Bradicardia severa en un chico estamos hablando abajo de 60, 50 latidos por minuto, normalmente el chico tiene mayor frecuencia cardíaca que el adulto, y el adulto mayor tiene menos todavía, lo normal en un adulto es entre 60 y 90 latidos por minuto, bradicardia en un adulto es por debajo de 60, el chico generalmente tiene un poco más de frecuencia cardíaca, tiene más acelerado el pulso, por eso una bradicardia de 50 o 60 en un chico es importante, y si usted me pregunta de 20 o 30 es casi paro cardíaco, casi asistolia, siempre estamos hablando de frecuencia cardíaca por minuto. P. ¿encontró alguna contradicción con la historia clínica cuando escuchó los testimonios?, no, yo lo que quiero marcar es lo siguiente en la historia clínica, en algún momento se habla de que el chico responde rápidamente, y en otro que no responde tan rápidamente. Yo en un momento dije nadie está con un reloj controlando cuando hay una situación de este tipo, esto es una realidad, me ha tocado vivirla y la entiendo, uno de los anestesiistas, creo que el último, de origen alemán, el dice se recuperó rápidamente, pero hay un contrasentido en que todos los otros no dicen lo mismo, no está especificado lo que yo hacía el análisis de los tiempos, y la otra cosa importante que yo la tenía marcada por acá, es que en un momento, la Dra G, que yo creo que debe ser un error dice “el niño tenía 160 latidos en el monitor y 70 de saturación en su oximetría”, si estaba con 70 estaba con hipoxia, me suena que no está bien el dato, y por otro lado el Dr. B percibió entrada de aire, hay muchas contradicciones entre los propios médicos. Supongo que todos estarían tremendamente ansiosos por recuperarlo al chico, porque ningún médico quiere que se le muera un paciente. Pero los tiempos no me cierran, sobre todo en los tiempos previos a lo que tenemos claramente demostrado que es a partir de que la instrumentista declara que el chico estaba cianótico y en paro. Lo previo hay cinco a diez minutos que yo no tengo explicación, que en mi apreciación ahí estuvo el paro, pero es una apreciación, no lo puedo asegurar como lo otro. Lo otro lo puedo estimar y tengo un desarrollo de los tiempos, en base a lo que se hizo y en base a

lo que está escrito. En la historia clínica está ese documento, del oxicapnógrafo, que marca una disparada de la frecuencia cardíaca, entre 8 a 10 minutos antes de que termine el acto quirúrgico.- DEFENSA: P.¿cuando se refiere a la historia clínica, a cuál documento puntualmente se refiere?, yo tuve acceso a la historia clínica del sanatorio ..., con los papeles que estaba de la parte de enfermería, no la tengo acá a mano, pero está en el expediente seguramente, incluso el Forense también lo marca, hay una tira donde está el registro del oxicapnógrafo, y más o menos, si yo no recuerdo mal, la cirugía está estipulado que terminó a las 10 de la mañana, bueno, 9,45, unos diez o quince minutos antes hay una violenta subida de la frecuencia cardíaca que nadie repara. Creo que es el registro del oxicapnógrafo. P.¿usted sabe qué es una foja de anestesia, esto tiene algo que ver con este documento?, no, yo no lo vi en la foja de anestesia. No recuerdo haberlo visto. No recuerdo haber visto la foja de anestesia. P.¿podría explicar qué es la foja de anestesia?, es el informe de los hechos y de los actos que hizo el anestesista, lo que utilizó, tipo de drogas, elementos, si tuvo inconveniente o no lo debe dejar asentado. Esto lo registra el anestesista. Normalmente se realiza una vez terminado el acto quirúrgico. P.¿El protocolo de actuación, la norma que contiene la conducta que se espera del anestesiólogo, dice algo si el paciente debe estar tapado o destapado?, el protocolo dice también y que esto es de práctica, lo dije hace un momento, **siempre el anestesista se debe resguardar una parte del cuerpo para él observarlo en forma manual.** P.¿me puede decir en qué parte del protocolo dice esto?, no lo tengo acá, pero es la práctica habitual y de uso frecuente, el anestesista debe verificar manual y con los aparatos. Y si el paciente como en este caso está muy cubierto, porque es chico, se debe reservar, y le digo más, se lo dice una de las instrumentistas o circulantes, que se reservó la cara y la mano del niño para verificarlo, tendría que buscarlo pero lo leí anoche. Porque es norma dejar una parte del cuerpo, aunque esté cubierto. P. ¿usted se refiere a la resolución 642 del 2000 del Ministerio de Salud?, no, no me refiero a eso. Yo me refiero a la práctica habitual. **Expresa el Defensor: yo tengo aquí abierta las normas de vigilancia transoperatoria, este documento y en ningún lugar dice eso.** Refiere el testigo: *Entonces según ese documento al paciente lo debemos tapar y el anestesista no mira nada, eso es lo que usted me está planteando?. Yo le digo que en cuarenta años nunca lo escuché eso. No lo tengo eso que usted dice.* P.¿lo que pasa es que si no conoce el protocolo no le puedo preguntar nada más sobre eso?, le leo lo que el protocolo de la Asociación Argentina de Anestesia de vuelta?, contesta el defensor: sí por favor. Expresa el testigo: ahora lo perdí, en línea con lo expresado la Federación

Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Reanimación, expresa que debido a los cambios en el estado del paciente durante la anestesia el médico anesthesiologo debe vigilar y prestar atención anestésica en forma continua durante los procedimientos anestésicos. La organización explica que debe monitorizarse la oxigenación, la ventilación, la circulación y la temperatura. P.¿muy bien, tengo presente esa norma, pero no dice lo que usted me está diciendo que dice, ese es el inconveniente?, si me da un minutito lo busco, esto es declaración del Dr. B, dice respecto de las alarmas el profesional comentó que las mismas deberían asumirse como complementarias al juicio clínico. Juicio clínico se entiende que está viendo al enfermo, le aclaro, lo dice el Dr. B. P.¿no no, yo le pregunto la norma, le estoy preguntando por la norma?, agregó B, que hay situaciones que provocan que a veces la monitorización se pierda, pero que el anestesista puede ver directamente al paciente y no guiarse directamente por el aparato con otros métodos, como la verificación de la exalación en el tubo, entre otros. Lo dice el Dr. B, colega y que participó. **Yo le digo con 40 años de cirugía que todos los anestesistas le miran los deditos y la boquita al paciente.** P.¿lo dice protocolo eso, que tiene que mirarle los deditos y la boquita?, le aclaro que no lo tengo yo porque no soy anestesista. Yo le hablo de la experiencia de 40 años, sino le sirve. P.¿si me sirve y también tengo mucho respeto por su trayectoria, pero concretamente le estoy preguntando si está el protocolo?, le digo de vuelta lo que dice el colega y la Federación, se lo vuelvo a leer?, sí doctor, si es necesario. P.¿cómo se debe realizar esta monitorización?, al lado, y quiere que le lea las veces que se fue?. P. no, no. Quiere que le lea las veces que se fue a hablar por teléfono, o no lo leyó. Vamos doctor, doctor, entonces si usted no lo leyó se lo aclaro, todos dicen que salió dos o tres veces, entonces por más monitoreo o por más normas que pongamos, no cambia. No me charle doctor. Soy crecido. A ver. Si usted quiere que yo le diga el protocolo no lo conozco, no se lo voy a decir. Pero también reconozca que el anestesista, y no se lo dije, no se lo quise decir, para no ofender al anestesista, pero los colegas y la instrumentista dos veces por lo menos salió a hablar por teléfono. Las que le constataron. Entonces no hubo control, por más aparato y por más normas que pongamos si el anestesista no está no hay control. P.¿le agradezco este dato, es algo que vamos a conversar durante el debate y se va a aclarar debidamente, pero yo le estoy preguntando por otra cosa, igualmente quédese tranquilo, no se lo voy a volver a preguntar, ya entiendo que usted no conoce el protocolo?, no lo conozco. P.¿el cirujano que declaró hoy acá, que estuvo a cargo de la intervención quirúrgica, nos explicó en una oportunidad, no lo entendí bien, tuve que

volver a preguntarle, que en este caso no hubo intubación selectiva del paciente, quiere decir que se operó con los dos pulmones en funcionamiento, no es que tuvieron que colapsar un pulmón?, no, muy poco se colapsa, por lo que yo tengo entendido. Por lo que vi en la foja quirúrgica fue el colapso mínimo para poder llegar al campo quirúrgico. Normalmente el pulmón se expande por presión negativa. Al abrir el tórax esa presión negativa se pierde, por ende hay como mínimo un pequeño colapso del pulmón. Porque esa presión negativa se perdió y la caja torácica no lo arrastra, a eso hay que agregarle lo que necesitó el cirujano seguramente para poder llegar a la parte inferior, hay que correr el pulmón, seguramente el lóbulo inferior un colapso tuvo. Yo diría un 20 o un 30 por ciento de colapso, más el colapso natural por abrir el tórax, sea la cirugía que sea, cualquier orificio que permita ingresar aire. Seguramente le preguntaron al cirujano por qué se ponen los tubos de drenaje bajo agua. Precisamente por la presión negativa. P.¿cómo bajo agua?, cuando uno cierra un tórax, para poder volver a recuperar esa presión negativa de la que estoy hablando, se colocan drenajes, tipo sifón, a agua afuera. Es de rutina. Porque permite la salida del aire y no la entrada. Entonces cuando se expande el pulmón, sale oxígeno, uno ve que burbujea el drenaje, por eso la presión negativa. El agua sirve de tapón, sale el aire pero no vuelve a entrar. P.¿usted ha colocado trampas de este tipo?, sí. P.¿cómo hace usted para verificar que esa trampa funciona correctamente?, burbujea, y el agua sube hasta cierto punto pero no vuelve. P.¿usted puede irse de la cirugía sin controlar eso?, no, porque es parte de la secuencia lógica de la cirugía y de la recuperación del postoperatorio. P.¿si usted ve que está burbujeando, qué significa eso?, significa que el pulmón está expandiendo y sacando aire. Ahora si burbujea mucho puede ser que esté pinchado el pulmón. La base es el control. P.¿tengo una emergencia y el paro es una emergencia, cómo deben actuar los que están presentes?, y en general hay protocolos, depende del personal que esté y cada institución tiene un protocolo, yo creo que en este caso cuando se dio la voz de alarma el ayudante empieza a hacer masajes, los otros anestesistas vienen, hay alguien que se hace cargo, como aparentemente aparece que el Dr. B se hizo cargo de la reanimación, que es atendible que el anestesista que estaba en ese momento estaría sumamente golpeado, shockeado, lo entiendo y otro médico se hizo cargo y siguió los lineamientos, alguien avisó a la terapeuta, yo diría que el proceso posterior está dentro de parámetros lógicos y normales, el momento posterior a que se dictamina el paro, la medicación, los participantes, uno se hizo cargo como acabo de decir, se llamó a la médica de terapia. P.¿lo que no entiendo es dónde entra el cambio de tubo?, el cambio

de tubo se produce a partir de la llegada de, yo hice hincapié en los tiempos, porque la que indica el cambio de tubo es la médica de terapia, cuando llega lo ausculta y constata que no hay buena entrada de oxígeno, a lo cual lo sugiere, probablemente la médica terapeuta pensó más en el moco y en la sangre porque ellos tienen más tiempo a la gente con tubo que el anestesista, pero pide el cambio de tubo a pesar que le dice el Dr. B que estaba ventilando bien. Ante el cambio de tubo el chico empieza a mejorar en su coloración y empieza a salir del paro cardíaco. Y ahí es donde yo hice el cálculo estimativo del tiempo que pasó entre la voz de alerta de la instrumentista hasta que el chico se recupera del paro, y la pregunta que yo me hice es antes de que se detectara el paro, cuánto tiempo pasó?., esa es la pregunta que yo no tengo respuesta.-

F C C: primer audio del día médico de cabecera del niño, conozco al imputado del trabajo, no tengo parentesco ni amistad. Soy cirujano general, cirujano infantil, me recibí en 1989 de médico, en el 1994 de cirujano general y en el 2000 de cirujano infantil. Hace casi 30 años que estoy en la zona. Me formé en la ciudad de Córdoba. Trabajando en la parte pública y privada, son 200 o 300 cirugías al año durante 30 años, ahora estoy con el Dr. P. A V lo vimos en el hospital inicialmente, por una malformación del diafragma, lo veo por consultorio externo. Se ve la evolución durante uno o dos años. No se evacuan bien los mocos, del pulmón afectado, eso hace que se acumulen y predispone a infecciones pulmonares, es la consecuencia más frecuente de una hernia diafragmática congénita, del lado derecho, el hígado compensa, la cirugía es la última instancia, después de dos años casi tres, se realizaron nuevos controles y se decidió la cirugía. Toda cirugía se informa a los padres de la magnitud. Uno trata que la comunicación sea efectiva. De los beneficios y de los riesgos. P.¿la operación era compleja o no compleja?, la cirugía como compleja es de mediana complejidad, fue por video toracosopia, menos invasiva y mejor recuperación; no es frecuente pero en ese tiempo habíamos hecho en forma convencional en el tórax, la metodología y la capacitación por video lo hemos hecho 3 o 4 veces, las primeras acompañados por otro cirujano, no es una cirugía de alta complejidad pero tiene sus detalles, el equipo quirúrgico está en condiciones de realizar este procedimiento. De estas cirugías hay 4 o 5 por año. Lo que se trata de hacer es plegar esa membrana para que quede plana, para que no haga un movimiento paradójal, entonces el pulmón se puede expandir. Plegar, es como una bolsa, que se pliega y se pone plano. La hicimos con el Dr. P. Se coloca una cámara y nos permite ver dentro del tórax. Se hacen unos nudos adentro del tórax. Se

decidió hacer los puntos por fuera. Explica el procedimiento de la operación. Una vez que el paciente está intubado se lo pone de costado, con el tórax derecho hacia arriba, la cámara a nivel de la axila, mirando hacia el diafragma, hacia abajo. Entonces eso se mira en una pantalla de un televisor y a través de estas pinzas y de estas agujas que se colocan de afuera se introducen los hilos y se pliega el diafragma. P.¿dónde está la camilla, dónde están los monitores, dónde están posicionados el resto de las personas que intervinieron?, en la cabecera del paciente está el anestesista y por detrás de él los monitores del control de los signos vitales. El paciente una vez intubado se lo coloca de costado; yo estoy como detrás del paciente y el ayudante delante. En los pies del paciente se coloca el monitor para ver las imágenes, uno está mirando hacia los pies del paciente, hacia el televisor, está la instrumentadora, el circulante. Se colocan paños que aísla el lugar donde se va a hacer la incisión, con pervinox. Todo tapado, no vemos más al niño, excepto la liberación de 10 por 10 centímetros, que está libre para realizar la cirugía. En la cabecera está el anestesista con los monitores. Desde donde estoy yo puedo ver el monitor del anestesista. P. ¿las luces cómo quedan?, y, se trata de apagar porque hace contraste con el televisor y no se puede ver, es decir, se definen mucho más las imágenes en el televisor cuando las luces están tenues, con baja intensidad. Cuando termina la operación se encienden las luces. La instrumentadora tiene una luz particular para ver su instrumental. Está bastante oscuro. En cirugía convencional está mucho más iluminado. La mesa anestésica tiene monitores, que controlan un montón de variables, como ritmo cardíaco, oximetría, capnografía, a veces temperatura, depende, tiene un montón de variables, de acuerdo a las cirugías se colocan para tener un control mayor, la tensión arterial, normalmente se ponen todos, pero bueno, de acuerdo a la complejidad de la cirugía, normalmente el que decide eso es el anestesista porque es el que aprovecha los datos, son datos que tiene el anestesista para controlar al paciente cuando está dormido. O sea la oximetría, la capnografía son todos datos que él los necesita para hacer su trabajo, la anestesia. P.¿ese equipo de anestesia, quién controla esos aparatos?, la responsabilidad es en principio del anestesista, yo estoy haciendo otra actividad que a veces me es imposible, en este tipo de cirugía la manualidad era más demandante técnicamente que en una cirugía convencional. Casi en todas las cirugías operamos los dos cirujanos, siempre de a dos o tres. Hay comunicación con el anestesista para coordinar el procedimiento. P.¿la máquina del anesthesiólogo tiene alertas, alarmas, ruidos, avisos?, sí, seguro que sí, hay de sonido y lumínicas, todos los monitores tienen sus alarmas de acuerdo al parámetro que va registrando, se los

configura y si se va de esos parámetros se activa la alarma. P.¿y el volumen se puede subir, bajar o mutear?, entiendo que sí. La intubación siempre la hace el anestesista, se lo conecta a un respirador o manualmente, de acuerdo a la cirugía. En este caso de acuerdo a la laringe se define las características del tubo, más fino o más grueso. Empezó aproximadamente a las 8,30 a 8,45, mientras el anestesista hace la preparación nos cambiamos, y nos ponemos en la posición adecuada. Cuando está en plano anestésico nos dice cuando empezar. A estuvo presente al inicio. P.¿Quién se ocupa de ver que todo funcione?, yo me ocupo de lo que yo voy a usar, el monitor, el instrumental adecuado para el procedimiento quirúrgico. El anestesista con lo que necesita para el monitoreo cuando el paciente está relajado, de acuerdo a lo que va a necesitar. El anestesista sabe lo que hace. Yo empiezo la cirugía cuando está todo en condiciones, sin ninguna incidencia ni inconveniente. En este caso se pudo desarrollar la técnica prevista, no hubo ningún sangrado, sin ningún momento crítico. Con la cámara se ve el campo quirúrgico, en superficie de cinco centímetros o diez, no se ve el corazón, no es lo común en el 90 por ciento de la cirugía, no se ve el resto de la cavidad torácica, excepto lo que yo quiero ver específico, la cámara tiene mucha definición, el lugar donde yo voy a hacer el punto. En corazón o pulmón no hubo ningún corte indebido por la cirugía, no sería lo común lesionarlo, en ningún momento hubo riesgo de lesionar al pulmón. P. ¿Hubo durante la cirugía alguna incidencia en la máquina del anesthesiólogo?, no. P.¿si hubiera dejado de funcionar en algún momento, usted podría haber seguido con la cirugía o aborta la cirugía?, eso me lo define el anestesista, a veces el monitoreo lo puede seguir haciendo clínicamente, entiendo, de acuerdo a las características de fallo se verá si lo puede recuperar, normalmente sí, y si hay algún fallo lo recupera al problema y la cirugía se sigue haciendo, o sea el monitoreo del paciente se puede hacer clínicamente y también por los monitores que tiene sensores, pero si algún sensor deja de funcionar, por ejemplo, a veces para hacer el registro electrocardiográfico tiene unos sensores que se pegan a la piel, puede ser que se despeguen, entonces no se ve un buen registro porque está despegado, se lo pega y se sigue la cirugía, no se altera, normalmente se pueden solucionar estos déficit de control de monitoreo, que son transitorios la gran mayoría de las veces. **P.¿el anesthesiólogo tendría dos fuentes, la máquina y lo físico?, claro, exacto, el paciente y los datos que le informa los monitores y los distintos sensores que colocó en el paciente para tener el control.** Se usa intubación común, no selectiva, que ventilaba los dos pulmones. P.¿A fue designado previamente?, los cirujanos no definimos el anestesista,

eso lo define el servicio de anestesia o el jefe de quirófano, no sé quién lo designa, no era una urgencia, era programada tres semanas antes habían reservando el lugar para esa fecha. El anestesista se define días antes. P.¿El anestesista durante el desarrollo de la operación estaba parado o sentado en la cabecera?, no, en general no tiene que estar en un lugar particular, si está cansado se sentará que está al acceso de los monitores y del paciente, o sino se para, no es que tiene que estar en una posición específica, se mueve de acuerdo a lo que necesite, no tiene una posición específica en el quirófano, mientras tenga el control de los monitores y del paciente puede moverse en todo el quirófano, no tiene un lugar puntual. P. ¿el sector donde está la máquina, me imagino que tendrá cables atrás, está apoyado sobre una pared, ese día no, dónde estaba ubicado?, no, no está en el medio de una pared, que está entre la cabecera del paciente y la pared, y entre el monitor y el paciente está el anestesista habitualmente, al costado, de acuerdo al quirófano, en este caso entre el monitor y el paciente estaba el anestesista, que es la posición donde tiene el control de la vía aérea y del paciente, donde está la cabeza del paciente que es donde él controla. Por atrás del monitor del anestesista, como están los cables, no puede pasar una persona. P.¿sabe si el anestesista estuvo presente durante toda la operación?, entiendo que sí, puntualmente en esta cirugía yo estaba muy concentrado en lo que estaba haciendo, no es la función ni estaba prestando atención dónde estaba el anestesista, no lo vi, no tenía percepción, sí entiendo que estaba en el quirófano, pero no estaba concentrado dónde estaba, qué estaba haciendo o si salió o no salió, eso yo no lo puedo saber porque estaba concentrado en lo que estaba haciendo. P. ¿usted puede asegurar que estuvo siempre adentro?, no, no lo puedo asegurar. P.¿Si tiene una urgencia o debe ir al baño, quién se queda?, en general es variable, depende la complejidad de la cirugía, no puedo yo hacerme cargo, quien se queda a cargo lo designará él. No es lógico que me diga salgo miralo vos, no puedo prestar atención a las dos cosas. Yo tengo responsabilidad de mi procedimiento y de mis colaboradores, ayudante, instrumentadora, el circulante. Dentro de mi función de mi equipo sí soy responsable. Yo no puedo controlar algo que, por otra parte yo no lo sé. Son roles bien diferenciados, absolutamente. P.¿En la cirugía A le dijo a ud me voy al baño o hacer una llamada?, no. P.¿existía desfibrilador?, no tengo registro de que existiese o no, no sabría decirlo en este caso, normalmente hay. P.¿quién sería responsable de que haya?, el encargado de la reanimación, del manejo clínico del paciente mientras está anestesiado es el anestesista, es como un terapeuta que sostiene al paciente, no solamente como anestesista sino como clínico, es el clínico del momento del quirófano. P.¿Quién

controla que esté el desfibrilador?, todos lo necesitaríamos, pero el que tiene la capacitación para manejarlo es en definitiva el anestesista. P. ¿Quién controla la existencia de los tubos para la anestesia?, en principio el anestesista. Yo no me ocupo si hay o no. El que ve el número de esos tubitos es el anestesista. P.¿en algún momento ingresó otro anesthesiólogo?, no recuerdo, no estuve prestando atención durante la cirugía. P.¿Lo vio realizando otra actividad?, no estaba prestando atención a eso. P. ¿Cómo termina la cirugía?, aviso que terminamos, cuando terminé le aviso al anestesista, para que vaya ajustando la medicación, cubrimos la zona del tórax con apósitos, se expone al paciente y lo vimos cianótico, de color azul pálido, producto de una mala circulación, se lo ve a todo el paciente desnudo y ahí se lo ve a todo el paciente cianótico, generalizado a todo el cuerpo, manos, cara, lengua, en todo el cuerpo. Desde el punto de vista quirúrgico el procedimiento se pudo hacer sin ninguna complicación, no hubo ningún evento de duda, no había ningún punto de sangrado, habíamos completado la técnica quirúrgica en forma adecuada, de acuerdo a lo previsto. P.¿Quién advierte primero que estaba cianótico?, cuando sacamos todos los campos lo vimos cianótico inmediatamente, como estaba de costado lo pusimos boca arriba para identificar la causa de la cianosis, de esa mala circulación, hipoxia, vemos en el monitor que había una bradicardia, una función cardíaca de menor frecuencia de lo normal, y se empiezan las maniobras de reanimación, simultáneamente se llama a otros colegas anestesistas y a la terapeuta para que asistan a la recuperación del paciente. Todo eso mientras sacábamos todos los campos quirúrgicos, todos los cables que habíamos usado para la cirugía, se hace la reanimación cardíaca, identificar cuál es la causa por la cual no tiene esa buena oxigenación, y al poco tiempo, los otros colegas que vinieron, el Dr. B, el Dr. W, que están a diez metros, veinte metros, llegaron inmediatamente, asistiendo, con el Dr. P hicimos las maniobras de reanimación, y casi inmediatamente también llegó la terapeuta y entre todos se inició las maniobras de reanimación. La terapeuta es A C G. P.¿cuando usted ve la pantalla del anesthesiólogo ve una bradicardia?, paro cardíaco es cuando no hay registro cardiográfico de la función cardíaca, en este caso tenía una frecuencia muy baja, 30 latidos por minuto quizás, había 30, 20, una bradicardia extrema, limitando con el paro cardíaco, pero como tenía registro uno no podía decir que había paro, había registro muy bajo. El valor esperable es 110, 120, 130 son valores aceptables de acuerdo al momento quirúrgico. P.¿en este caso se le fueron sacando las drogas de la anestesia?, no lo sé, supongo que sí. P.¿quién le hizo la reanimación?, éramos varios médicos, P, B, W, A, yo, después vino y tratamos de

coordinarnos para la reanimación, se empezó con un masaje cardíaco, a pesar de que tenía función, pero para mantener una circulación adecuada a pesar de esa bradicardia e identificar cuál era la causa por la cual no tenía una buena ventilación adecuada, parecía una hipoxia, no se puede saber si es una hipoxia o una mala circulación, todo eso se valoraba en la medida en que estábamos reanimando y viendo cuál es la causa de eso. Se le colocó adrenalina mientras se realizaba el masaje, no ventilatoria porque ya estaba intubado, y se le realizaba respiración manual porque uno quiere darle mayor seguridad. No se utilizó el desfibrilador porque en ese momento no era necesario y se identificó que no ventilaba bien, se auscultan los pulmones y se ve que no le llegaba aire en forma adecuada. Se sospecha de una obstrucción de este tubo, se saca el que tenía y se coloca uno nuevo, y el chico recuperó inmediatamente la coloración y la frecuencia cardíaca, fue segundos después del remplazo del tubo, donde el paciente se recupera casi en forma inmediata, en cuanto al color desaparece la cianosis y la frecuencia cardíaca sube a valores normales. P.¿cuántos segundos, minutos, horas tardó en recuperar el color?, no, casi inmediatamente, 10, 15, 30 segundos entre que se cambió el tubo y recuperó la frecuencia cardíaca y el color. Era el problema el tubo, que en realidad tenía un tapón, una obstrucción, en la punta del tubo, secreciones mucosas, sanguinolentas, que habían obstruido parcialmente o totalmente el tubo, por lo cual el aire que le ponían de afuera no le llegaba en forma adecuada a los pulmones. En el momento de la cirugía el niño no tenía ningún cuadro de tos, de fiebre, por eso se lo programó con tiempo para cuidarlo, de que no se infecte y no tuviese una acción aguda que agravara la cirugía. El Dr. B cuando llegó se encargó de guiar la reanimación y del control del paciente en ese momento. Alguien tiene que comandar, controlar y dirigir para que no haya un desorden, y eso lo hizo el Dr. B. Pero todo pasó muy rápido. P.¿cuál es la causa de la hipoxia?, yo no lo puedo definir exactamente, lo que sí fui testigo, como todo el equipo, de que hubo mucha relación entre el cambio del tubo endotraqueal y la recuperación del paciente. Puede ser por varios factores la cianosis, pero definitivamente lo que sí hay es una relación muy directa en la recuperación del paciente. Estábamos todos haciendo reanimación, ya le digo, buscando qué opciones tenía, cuál era la causa, mientras se mantenía el paciente en reanimación, pero sí hubo una causa muy evidente de recuperación una vez que se cambió el tubo endotraqueal. Pueden ser varias causas por las cuales puede haber hipoxia o mala circulación o la cianosis, pero sí hubo una relación muy directa entre el cambio del tubo y la recuperación inmediata del paciente. P.¿cuando le pusieron adrenalina o le hicieron masaje cardíaco se recuperó el paciente?,

fue todo casi simultáneo, mientras se mantenía la reanimación del paciente se hacía todo lo necesario para ver cuál era la causa, una causa es que no le llegaba bien el aire que se le insuflaba a los pulmones. En eso sugiere la terapeuta, puede ser que el tubo esté tapado, se le cambia el tubo y se recupera inmediatamente. Obviamente debe haber influido toda la reanimación cardiopulmonar que estábamos haciendo y la medicación que se le hizo, todo junto. P.¿si no hubieran cambiado el tubo, con la adrenalina y con el masaje cardíaco, no se hubiera producido la hipoxia, hubiera alcanzado?, no lo puedo decir porque no sé la magnitud del tapón, uno no puede saber cuál puede ser la consecuencia funcional al estar tapado, el tapón puede ser 100 por ciento de obstrucción, puede ser del 50 por ciento, puede ser valvular, es algo que yo no lo puedo saber. Lo único que puedo decir por haber estado ahí es la relación de la recuperación con el cambio de tubo, probablemente asociado al resto de las maniobras de reanimación, no puedo saber qué hubiese pasado, sé que cuando se cambió se recuperó. No sé qué hubiese pasado si no se hubiese cambiado. P.¿tenía un problema del corazón V?, no. P.¿tenía un problema de pulmón?, no. P.¿instantes previos a que se descubre la cianosis la máquina advirtió alguna alarma, algún ruido sonoro, usted escuchó?, no. Nadie me informó y yo no escuché nada. P.¿en algún momento tuvo paro cardíaco V?, cuando lo pusimos en posición y vimos el monitor estaba con esto que yo le digo, una bradicardia extrema, es una frecuencia cardíaca muy baja. En ese momento, independientemente que haya un paro cardíaco o no, se inicia la reanimación con masaje cardíaco, eso hace que uno ya pierde el control porque interfieren las maniobras de reanimación, de resucitación con masaje cardíaco, con el registro cardíaco que se ve en el monitor, los movimientos que hacemos se traducen en el monitor y no sabemos si hay paro o no hay paro. No puedo decir que haya habido paro cardíaco, sí una bradicardia extrema porque tenía latido. Si hubo paro, por lo menos yo no lo pude ver. P.¿cuántos anestesiólogos tenía V en ese momento?, tres, en un momento creo que pasó el Dr. T, pero éramos muchos ya. Y ya le digo fue algo muy rápido, al cambiarse el tubo se recuperó inmediatamente y ya lo pasamos a la terapia intensiva. P. ¿Cuántos pacientes han tenido hipoxia durante una cirugía?, como esta situación ninguno. No, esta situación así nunca me pasó. P.¿cuánto tiempo cree que pasó entre que tal vez se obstruyó el tubo y la hipoxia?, no puedo saberlo. Hay muchos factores, no hay un tiempo definido, es muy variable. El tiempo es imposible de saberlo. En este caso no lo sé, no puedo saberlo. P.¿y en este caso, de acuerdo al daño que provocó la hipoxia en el cerebro, fue instantánea, duradera, muy prolongada la hipoxia?, no lo sé, no puedo

saberlo. P. ¿cuándo estima usted que pudo haber ocurrido el desenlace que algo dejó sin oxígeno y se provocó la hipoxia, al inicio, durante o al final de la operación?, no, no lo sé eso, interpreto que por supuesto no debe haber sido al inicio porque una hora y media o dos horas que duró la cirugía no puede estar hipóxico, eso es claro, pero cuánto tiempo antes de darnos cuenta no lo puedo saber. P.¿por qué no podía una hora y media estar hipóxico?, y no, porque probablemente no se hubiera recuperado tan rápido, no puede estar hipóxico tanto tiempo. No sabría decirle cuánto tiempo es el mínimo y cuánto tiempo es el máximo, pero no puede estar dos horas sin oxígeno. P.¿y el problema cuál era, que el aire no entraba o que no salía?, bueno eso uno no podría saberlo tampoco. Esa obstrucción del tubo no siempre es del cien por cien, puede ser que entre y que no salga, puede ser que salga y no entre. Es algo que tampoco se puede saber. P.¿quién estaba en mejores condiciones de advertir alguna señal de que estaba cianótico?, definitivamente el anestesista, que es el que controla la hemodinamia del paciente y los signos clínicos, yo no podría. P. ¿se usó algún tipo de guía cognitiva durante este desenlace?, no, de hecho no fue necesario, el tiempo fue muy corto en esto de reanimarlo una vez que detectamos la cianosis, entre el inicio de la recuperación y la resolución no tengo presente el tiempo pero fue muy rápido, si se prolonga en el tiempo sí se empiezan a hacer otros protocolos, pero en este caso que la recuperación fue tan rápida, no necesitó más que el inicio de una reanimación cardiopulmonar estándar. P. ¿cuánto tiempo estima usted que pasó entre que levantan los campos y lo observan cianótico, hasta el momento efectivo que se recupera?, puedo especular, nadie estaba prestando atención al reloj, pueden haber pasado 3, 5 minutos máximo, aproximado, no tengo presente. P.¿luego de esto cómo fue su intervención hasta los días finales de V, si siguió interviniendo, si tal vez visitaba a la familia, cómo fue ese desenlace, cómo la mamá se entera de todo lo que pasó?, inmediatamente el paciente pasa a la terapia, me encuentro con la mamá, para explicarle lo sucedido, le digo que durante la cirugía había habido una bradicardia extrema y que por eso iba a pasar a la terapia intensiva y definitivamente esperábamos que esto sea algo transitorio y se recuperara, pero bueno, la evolución no lo dio así, estuvimos ahí con el equipo de terapia intensiva, todos los días del postoperatorio y bueno, en la medida que va pasando el tiempo se estaba definiendo que el daño había sido más severo que lo que sospechábamos inicialmente y se fueron dando evidencias del daño cerebral que terminó en la muerte. P. ¿esta última información quién se la suministró, usted, alguien más, a la mamá?, estaba yo con la mamá, en el transcurso de los días estaban los padres, otros familiares...al tercer día le

sacamos el tubo pleural que no había cumplido función, porque no hubo ninguna necesidad del tubo, y nada, en la medida que teníamos información de los interconsultores, neurólogos, terapeutas, trataba de informar a la mamá que ya desde el punto de vista quirúrgico ya no tenía mucho más por hacer.- QUERELLANTE: P.¿si el tubo tendría una obstrucción sonarían las alarmas?, las alarmas se definen de acuerdo a parámetros, el tubo de por sí no le va a dar una alarma, lo que le va a dar una alarma va a ser las consecuencias de esa obstrucción, que sería la falta de oxígeno o la acumulación de anhídrido carbónico. P.¿faltaba oxígeno?, sí. P. ¿porque sino no entraría en hipoxia, bien?, ok. P.¿entonces, si había un tapón que se fue gestando durante la operación, hubo una hemorragia?, no. P.¿esa obstrucción el capnógrafo lo detectaría, en el sentido, con las alarmas, que está entrando poco oxígeno?, en principio hay dos cosas, una el oxígeno y otra el anhídrido carbónico, son mecanismos distintos y hay alarmas en los monitores que registran las variaciones del nivel de oxígeno en sangre. Los monitores informan esas modificaciones, ya sea del nivel de oxígeno en sangre o la cantidad de anhídrido carbónico, que sería capnografía. P.¿esta modificación que hubo la detectó, no las marcó?, no sé, yo no escuché las alarmas, no puedo decirle si lo detectó o si no lo detectó. P.¿si no se escuchan las alarmas, qué otro mecanismo hay para saber si está cianótico?, más allá que suenen las alarmas o que no suenen las alarmas, habitualmente, ya le digo yo estoy hablando como médico, con mi función, yo opero a los chicos y el anestésista hace la anestesia, normalmente los monitores en forma general registran un valor de acuerdo a lo que tiene de oxígeno en el aire, no escuché las alarmas. P.¿se revisó si el niño estaba cianótico?, eso yo no lo sé, porque yo estaba operando. P.¿está bien, pero ahí no estaban terminando la operación, cuando se dieron cuenta?, pero ya habíamos terminado. P. ¿pero nadie se fijó entonces si el niño estaba cianótico, si le faltaba oxígeno?, sí sí, por eso se inició la reanimación. P.¿sí, pero después que sucedió, y antes?, no, yo no estaba, estaba operando, por lo cual en este caso es el anestésista el que hace el control, yo no lo podía hacer porque estaba haciendo el procedimiento. P.¿pero usted tiene la salud del niño en las manos, usted no pudo corroborar eso?, pero yo no hago anestesia, yo hago cirugía. P.¿usted dijo que estaba a cargo de la operación, pero se desliga del anestesiólogo, pero si usted está terminando una operación, usted se dio cuenta que el niño estaba cianótico?, como dije antes, cuando le sacamos todos los campos quirúrgicos ahí nos dimos cuenta que estaba cianótico. P.¿quién se dio cuenta, usted?, yo me di cuenta cuando le saqué todos los campos y lo pude exponer al paciente a mi visión, antes yo no lo veía al paciente,

porque tenía reducido el campo adonde yo tenía que trabajar. P. ¿usted escuchó en algún momento por parte de alguna de las instrumentadoras que el niño estaba cianótico?, no. P. ¿usted solo se dio cuenta u otros más también se dieron cuenta de lo que había sucedido?, en el momento que yo me di cuenta todos nos dimos cuenta, antes yo no sabía y no escuché nada ni a nadie que me anticipara que estaba cianótico, fue en el momento que yo lo descubro y lo veo al paciente, porque antes no lo podía ver. P. ¿cuáles son los dos tipos de monitoreo a los que hizo alusión?, hay un monitoreo clínico y un monitoreo por sensores. Esos monitoreos están a cargo del anestesista. P. ¿qué determina que el anestesista lo realice de acuerdo a los monitores o de acuerdo al monitoreo clínico?, no sabría decirle, es a criterio del anestesista. P. ¿usted vio al anestesista realizarle un monitoreo clínico durante la operación?, no estaba pendiente de lo que hacía el anestesista, no lo veo, no tengo una visión directa hacia el anestesista, está como a mi espalda, y todo el procedimiento lo hicimos mirando hacia otro lado, yo no vi qué estaba haciendo y si lo hizo no me dijo nada respecto a eso. P. ¿puede nombrar quiénes estaban en la cirugía?, sí, el Dr. P, yo, C la circulante, N la instrumentadora, de circulante estaba J y el anestesista por supuesto. P. ¿hizo referencia a otras cirugías en las cuales se detectaron hipoxias, es así, quién las detectó?, sí, pero es en otro tipo de cirugía, en tales casos la hipoxia es consensuada, se controla juntos. P. ¿los valores de esa hipoxia controlada los obtiene usted o el anestesista a través de la observación de?, los valores son determinados por los sensores diseñados para definir el valor de oxígeno o anhídrido carbónico, eso uno puede clínicamente definir pero son mucho más sensibles los sensores del monitor, es más fiable que la clínica, pero los dos son necesarios. P. ¿el monitor es más fiable que la clínica?, tendría. P. ¿en ese trabajo que usted dice, no hay una bilateralidad en la comunicación?, siempre. P. ¿qué pasó en este caso que no hubo bilateralidad en la comunicación?, no sé, porque yo no supe. P. ¿en el caso que usted comentó como ejemplo, habló de una bilateralidad entre el anesthesiólogo y el médico quirúrgico, yo le pregunto si en este caso hubo esa bilateralidad?, siempre hay bilateralidad en la medida que lo necesitamos, sino cada uno hace su trabajo y si hay algo que informar lo informamos, sino no, no entiendo que no haya habido bilateralidad por alguna “x” causa, quizás no fue necesario, porque quizás yo no necesité informarle nada y quizás él no tenía nada que informarme. Eso puede ser que haya pasado. Yo no entendí que por algo en particular no hubiese esa comunicación. P. ¿usted dijo que tendría que ser más fiable el monitor que lo clínico?, sí. P. ¿y si la máquina falla, como se suple eso?, con la clínica. P. ¿y eso usted lo observó?, no puedo,

porque yo no lo veo al paciente porque está todo tapado y no tengo acceso al paciente, al pulso, la tensión, la textura de la piel, el color, no puedo acceder porque estoy aislado del paciente.- DEFENSA: P.¿cuánto hace que conoce al Dr. A, aproximadamente?, no tengo presente, pero yo estaba antes que él, antes en el valle, él vino después, no sabría decir cuánto tiempo. P.¿podría decir cuántas cirugías ha practicado con el Dr. A?, no. P. ¿puede decir cómo ha sido trabajar con él?, lo normal de una relación de colegas. P.¿en la cabecera se ubica el anestesiista y allí se ubica el monitor multiparamétrico, es correcto?, sí. P.¿en este tipo de cirugía por dónde ingresan ustedes al paciente?, por la axila, la cámara se pone en el tercer espacio intercostal y se dirige hacia el diafragma que está desde arriba para abajo, hacia los pies. P.¿quiere decir que su ubicación con respecto al paciente dónde está?, el paciente está de costado y yo estoy del lado de la espalda, en este caso el paciente estaba sobre el costado izquierdo, con el costado derecho hacia arriba y yo estoy del lado de la espalda mirando hacia abajo. P.¿usted explicó que durante la cirugía la ventilación fue simultánea, me podría explicar cómo son los tipos de ventilación que se utilizan?, en niños más grandes o en adultos se puede utilizar ventilación selectiva, si quiero operar el pulmón derecho, ventilo solamente el pulmón izquierdo, para que ese pulmón no invada el campo quirúrgico y pueda ver donde opero. En esta cirugía no era imprescindible, porque yo no necesitaba tanto lugar o tanta compresión del pulmón, porque yo iba a trabajar sobre el diafragma por video, entonces no necesitaba una intubación selectiva, más allá de que era muy difícil porque no hay tubo ni acá ni en otro lado. P.¿cómo hacen durante la cirugía para detectar el movimiento del pulmón, lo detectan, la pregunta es, es detectable?, sí y no, sí porque lo veo al pulmón como para ver al campo quirúrgico en su totalidad, una vez que ya definimos el tipo de la malformación nos acercamos tanto al diafragma donde se ve solamente el diafragma, no veo ni el corazón ni el pulmón. P.¿pero la impronta de la respiración, el movimiento del pulmón, ustedes lo pueden percibir de alguna manera mientras están operando, saben si el pulmón está funcionando o no está funcionando?, al principio sí, pero luego cuando nos acercamos ya no lo vemos, porque está retirado del lugar del procedimiento. P.¿ustedes lo ven cuando ingresan, pueden verlo cuando salen?, sí. P.¿y cuando usted retiró los instrumentos con los que estuvo trabajando vio el pulmón funcionando, estaba funcionando o no estaba funcionando?, sí, lo que pasa es que yo no puedo definir, o sea la excursión del pulmón no es completa, porque todavía no lo recuperé de la anestesia, entonces yo puedo ver movimientos pero no una expansión completa, porque me ocupa el campo, sí puedo ver que se mueve y me

pareció que se movía, no lo tengo presente en este momento, porque como no había ningún inconveniente y no habíamos estado cerca del pulmón no presté atención en el pulmón, sí prestaba atención donde había hecho el procedimiento quirúrgico. P. cuando le consultó la querrela creo que fue, usted dijo que al tercer día retiraron un drenaje pleural, creo que le llamó usted, qué es un drenaje pleural, para qué sirve, cuándo se coloca?, en este caso como nosotros invadimos el tórax, el pulmón está dentro del tórax y no hay aire fuera del pulmón, entre el pulmón y el tórax, cuando nosotros invadimos para poner la cámara, para poner los trocates, de alguna forma entra aire, que es controlado, y para sacar ese poco aire que tiene entre el tórax y el pulmón, se saca, pero para estar seguro, más con la reanimación que habíamos hecho, se deja un tubo de control por cualquier cosa, porque si filtra alguna laceración del pulmón que no hayamos detectado, alguno de los orificios del tubo filtre o entre un poquito de aire, es un control de seguridad, de testear que las cosas dentro del tórax estén bien, un sangrado que no hayamos visto, se deja de rutina, 48 horas para estar seguro de que está todo en orden, si llega a haber algo que no detectamos en el momento de la cirugía ese tubito que está en el espacio pleural nos detecta que algo puede estar pasando y anticipando la evolución de algo que no pudimos controlar. P.¿usted dijo que es controlado el aire que le colocan a la cavidad, cuando usted refirió que ingresan aire para trabajar en la cavidad durante la cirugía, para trabajar cómodos, quién coloca ese aire?, lo ponemos nosotros, es de dos milímetros, se coloca y después no se pone más, queda abierto, es para identificar, porque necesitamos una visión más importante, más amplia del tórax y por eso se pone a una presión de dos milímetros de mercurio, una vez que vimos el campo, ya no aportamos más para producir un desplazamiento del pulmón, simplemente se lo deja cuando uno tiene una circulación libre porque ya entramos y sacamos los tubos, de hecho en esta técnica puntualmente necesitamos mucho menos control. P.¿y cómo hacen ustedes para verificar si la colocación de este drenaje pleural fue adecuada, si funciona no funciona el drenaje, cómo lo controlan?, lo controlamos en el postoperatorio se hacen radiografías de tórax, para controlar que no haya aire que comprometa o que no salga. Tenía un neumotórax mínimo porque forma parte de la expansión del pulmón, que se resolvió espontáneamente sin ninguna...tenía un poquito de aire que quedó, pero era normal para este tipo de técnica quirúrgica. P.¿cuánto tiempo transcurrió desde que colocaron el drenaje, que es donde entiendo que finaliza la intervención suya, y que realizaron las curaciones al paciente, usted lo puede estimar esto?, nada, porque en el momento que ponemos el tubo se ponen los apósitos. P.¿en su

experiencia la taquicardia podría haber ocasionado una hipoxia, en este caso clínico puntual?, la taquicardia es una respuesta del corazón a distintas situaciones, no sé si la taquicardia daría hipoxia, falta de oxígeno en sangre, sino probablemente sea al revés, la falta de oxígeno en la sangre al principio da una taquicardia y después empieza a claudicar el corazón, sería ese el mecanismo. Yo tengo poco oxígeno a los distintos sensores que tiene el organismo y el corazón late más rápido para dar más sangre y ver si le llega más sangre y si era problema de cantidad de sangre para que le llegue oxígeno a estos puntos, cuando no es eso, el corazón se cansa y empieza a claudicar, ese sería el mecanismo de la hipoxia, de la taquicardia con relación a la hipoxia. Pero una taquicardia que de hipoxia tendría que haber un mecanismo hemodinámico en donde el corazón funciona y no le llega sangre, puede ser una ruptura de corazón, de una válvula, un mecanismo que no sería este el caso. P.¿usted observó alguna conducta que podría calificar de negligente, alguna desatención, alguna imprudencia de parte del Dr. A durante la cirugía?, no, como yo le dije no estaba prestando atención a lo que hacía el Dr. A. P.¿se habló también de un taponamiento del tubo endotraqueal, es frecuente esto que ocurra en este tipo de operaciones, de la forma en que ocurrió?, de la forma en que ocurrió probablemente sea infrecuente, pero el tema que haya secreciones en el tubo endotraqueal es algo que es factible, que es posible y no sé si es frecuente, pero se puede dar dentro de lo normal, y se aspira. P.¿cuando ocurrió el taponamiento de este tubo, el reemplazo fue inmediato desde que detectaron el problema, había tubo disponible o tuvieron que salir a buscarlo esto?, no presté atención, en ese momento estaba haciendo masaje cardíaco, cada uno tenía una función distinta, el que estaba a cargo del manejo de la vía aérea, que son distintas etapas de la reanimación cardiopulmonar era en este caso el Dr. B, el anestesista, y al lado estaba el Dr. W y la terapeuta, que estaban a cargo de la parte ventilatoria, yo estaba encargado de la parte hemodinámica, junto con el Dr. P de la reanimación cardíaca.-

J R M: he trabajado con el doctor K, relación solamente laboral. En el momento del hecho era enfermero circulante, desde el año 2009 en quirófano, desde julio o agosto del año pasado estoy como enfermero en la guardia, pedí el cambio y me lo facilitaron. P.¿Cuál era su tarea ese día en la cirugía?, como enfermero circulante, mi tarea es preparar la cirugía, verificar que el paciente esté en ayuno, verificar el peso para que el doctor calcule la dosis anestésica, y ya es como rutinario, tengo que verificar todo el quirófano, fijarme que todo funcione a la perfección, monitores, aparatos eléctricos,

luces, camillas, que esté todo dispuesto para la cirugía, antisépticos, gasas, guantes, todo lo que tiene que ver con el buen funcionamiento del quirófano. Verifico que estén en funcionamiento todos los aparatos eléctricos. Si algo funciona mal o no funciona lo informo a mi superior. En este caso entré a las 6 de la mañana, verifiqué que estuviera todo. Era la primera cirugía que estaba. Que todo funcione. La camilla, el electrobisturí, los monitores, las luces cialíticas, las luces internas, alumbrado del quirófano, aspiraciones completa, aire comprimido, oxígeno. Verificando las perillas y prendiendo y apagando los aparatos eléctricos, todo funcionaba. Monitores me refiero a los que estaban sobre la mesa de anestesia. Prendido y apagado de los monitores y el censor de la oximetría, yo prendo el monitor, verifico que todo esté conectado, que esté conectado el cable del oxímetro y pruebo con mi dedo que tiene que dar una determinada saturación, que es entre 95 y 98 o 99, 100 por ciento de oxígeno. Verifico todas las funciones de la camilla. Verifico que la aspiración esté conectada, que funcione, que aspire. Se le informa al anesthesiólogo que verifique su máquina y su funcionamiento, porque eso le compete a él. Verifico que estén todos los tubos endotraqueales, en cantidad, forma y las ramas de laringo esenciales que se utilizan para abrir la boca e introducir el tubo, verifico que haya el número de tubos en cantidad con balón y sin balón, de acuerdo al criterio médico que elijan; solamente estoy encargado de verificar que los tubos estén, en este caso hay un táper que se llama táper de niños, se verifican que estén todos los tubos. En este caso sólo había una rama número 3 y la teníamos nosotros, me refiero al largo, estaban todos los tubos completos, pero solo había una unidad del cuatro y medio, solo uno, que fue el que se utilizó, no había reemplazo, había una sola unidad disponible. Eso se le informó al anesthesiólogo, al imputado. P.¿había desfibrilador?, no había desfibrilador, porque había habido una urgencia en paralelo, una cirugía infantil del otro lado, en paralelo, y el desfibrilador lo tomó la jefa del quirófano, yo no puedo decir nada porque soy un subordinado, tomó el desfibrilador y se lo llevó para el otro lado, hay 30 o 40 metros de distancia entre el quirófano de materno infantil que es donde ocurrió el hecho, a los quirófanos grandes, A,B,C, A las 8,20 se recibe al paciente, se le pregunta al enfermero si el paciente estaba en ayuna y cuánto pesaba, no me acuerdo si contestó el enfermero o la enfermera, y dijo que pesaba 18,800 kg, a lo que informamos enseguida al anesthesiólogo, que estaba en ayuno de aproximadamente 12 horas. Mi compañera C, que se desempeñaba como circulante también y yo lo recibimos. Acompañamos al paciente, lo entramos en silla, llorando, estaba como asustado, no me voy a olvidar nunca de esa cara, lo acompañó la madre,

tiene 4 años, estaba asustado, el Dr. P que era ayudante de la cirugía, porque el titular era el Dr. C, estaba P y ayudó a levantarlo, lo puso sobre la camilla y le hablaba, trataba de convencerlo junto con la instrumentadora. Se lo trató de calmar, tenés que inflar una bolsita le decía el médico. No quería ponerse la máscara. Tiene un gas anestésico que duerme al paciente. El Dr. P le coloca la vía. Se durmió el paciente con ese gas anestésico. Se siguió monitorizando los controles vitales si funcionaban, la oximetría se ve en todo momento, porque si se llega a deprimir hay que bolsearlo, el gas anestésico lo que produce es que no baja la oximetría en algunas situaciones, en la mayoría de las situaciones. Mientras el doctor P colocaba la vía periférica. Ya el Dr. A toma la posta para su intubación y se procede a la intubación, él intubó, el monitor andaba porque sino no puede ver la saturación, el monitor funcionaba, saturaba perfecto, yo también tengo que estar mirando en ese momento de la intubación la oximetría por si llega a fallar, hasta ahí estaba todo bien. Se intubó al paciente, a los 5 o 10 minutos el Dr. revisó las mangueras y decía que había algún percance, no lo recuerdo bien, las mangueras anestésicas, creo que tenía un problema con la hipercapnia, ya ahí dejó de asistirlo porque ya estaba intubado el paciente, entonces yo vuelvo a terminar de pasarle cosas a la instrumentadora. Corrí un poquito la torre del monitor, que el gas, que el CO2 esté lleno, en este caso era una hernia diafragmática y supuestamente no se iba a utilizar según el Dr. C. Se comunican entre ellos, está todo bien, podemos arrancar, sí ya está, dijo A. Yo seguí ubicando la torre, tengo que conectar el lápiz electrobisturí, prender la torre, acomodar las luces sobre la zona de incisión, el paciente estaba de cubito lateral izquierdo, acomodar al paciente por donde iban a ingresar. Hasta ahí estaban todas las cosas dadas. El resto de las luces de la sala quedan tenues. Hizo las incisiones correspondientes. Yo no estoy atento a la cirugía, sino atento a que no le falte nada. En el momento que encienden la cámara en la cavidad ahí se apaga la luz de arriba para que a ellos no les produzca reflejo en el monitor. Yo me ubico a los pies del paciente. Torre de video de VLP, están hacia los pies, del lado izquierdo. Yo estoy atrás de la torre. Los monitores del anestesiólogo están sobre la cabecera del paciente. A salió en una circunstancia del quirófano, no sé si en dos, no estoy seguro. Salió a atender el teléfono y no duró más de 5 minutos la salida de él. Pero no pasó por el frente mio. Su salida fue por el otro lado. P.¿usted cómo sabe que habló por teléfono, sonó el teléfono?, no no, adentro del quirófano no sonó, no lo sé, yo lo único que vi es que el Dr. A salió y por una mirilla que se ve, no vi lo que estaba haciendo afuera, solamente lo vi con el teléfono, nada más, afuera del quirófano. P.¿y en ese momento ingresó otro

anestesiólogo?, no no no, en ese momento no. P.¿durante la cirugía ingresó otro anestesiólogo?, no, no que yo recuerde. P.¿y en este momento de la salida del anestesiólogo, le encomendó su tarea a alguien, se la delegó?, no lo sé, no lo escuché, en ningún momento escuché va a venir el doctor tanto o el doctor tanto, no lo escuché. No se me informó tampoco. P.¿en su salida, había alguna persona de todos ustedes mirando los monitores?, hasta 30 minutos se podría decir que sí porque estábamos viendo oximetría, empezaba la cirugía, y saturaba bien, entre 95 y 96, después no recuerdo, después no volví a observar la oximetría, pero en ese momento sí. P.¿le consulté concretamente cuando usted ve que sale esos 5 minutos, alguien ocupó su zona?, en ese momento no lo recuerdo porque en ningún momento me pidió que observara la oximetría, salió sin avisarle a nadie y no dejó a cargo a nadie tampoco. “mirá la oximetría mientras estoy afuera” no nos dijo nada. P.¿y él en esa zona, cuando él está en el lugar, está sentado, está parado?, en ese momento estaba parado porque no había lugar donde sentarse en ese lugar, no había lugar para sentarse, creo, estoy seguro, no había lugar para sentarse, no había banco. P.¿sabe si en algún momento utilizó el teléfono adentro del quirófano?, no, adentro del quirófano no lo utilizó. P.¿qué otras personas intervienen durante la cirugía?, los dos cirujanos, uno que es el principal, y otro ayudante, la instrumentadora N L, el anestesiólogo Dr. A, y en este caso habíamos dos circulantes, yo que soy enfermero circulante y mi compañera C M que es instrumentadora que también su título la habilita para officiar de circulante en el quirófano. P. ¿durante la cirugía cuando ya está trabajando el cirujano, cómo está el paciente, si tiene algo que lo tape?, el paciente queda tapado por los campos, no se ve nada, lo único que está monitorizado es por los constantes vitales que están en el monitor, saturometría, oximetría, la hipercapnia, que es la cantidad de monóxido de carbono que elimina, bueno, eso lo ve el doctor. P.¿qué campo tiene el cirujano?, el campo quirúrgico tiene una visión, serán 15 cm por, es chico, parte intercostal de un nene de 4 años, así que más de 10 o 15 cms no tiene, lo que ve y lo que le interesa, no era una cirugía compleja, era una hernia diafragmática programada, él ve por video todo lo que ocurre. P.¿cuántos años de enfermero tiene usted?, yo tengo 17 años de enfermero, que trabajo en la empresa desde el 2009. P.¿El cirujano controla en los hechos las máquinas del anestesiólogo?, a veces se tienen que consultar ellos, no es mi rol eso, yo lo que observo que ellos se preguntan por la oximetría, cómo está, todo bien, en otras cirugías, no en esta, puedo seguir, es verbal, es la comunicación que existe entre ellos. El cirujano no puede perder la vista del campo quirúrgico. En este caso

estaba todo bien hasta la mitad de la cirugía, ninguno de los dos observó la oximetría, yo hago mea culpa, tampoco observé que el monitor no funcionaba. P.¿qué horario sería mitad de la cirugía?, yo no sé si era mitad de cirugía, pero debo calcular que si la cirugía terminó diez y cuarto, debe hacer unos, la salida del doctor se ubica entre diez menos veinte y diez menos cuarto, más o menos, nueve y media a diez menos cuarto, en ese momento salió. P.¿imaginémonos que hay un horario determinado donde termina la cirugía?, diez y cuarto se da por terminada la cirugía, y se empiezan a retirar los campos, que fue cuando ocurre todo esto. P.¿cuánto tiempo antes salió el anesthesiólogo a hablar por teléfono?, debe haber sido como más de media hora. P.¿y en qué momento antes del final de la cirugía usted recuerda esta situación de que no se miró la oximetría, que no la miró nadie?, cuando se retiraron los campos fue eso, él se dio cuenta, que no se dio cuenta él tampoco, sino que se dio cuenta, la, no sé si él se dio cuenta, la cirugía termina diez y cuarto, se retiran los campos y el paciente, mi compañera ayuda a retirar los campos. P.¿yo lo que le estoy preguntando, no importa si es a la diez a las once, eso está en la historia clínica, yo lo que le pregunto es cuánto tiempo antes, desde qué momento antes, si media hora antes o una hora antes, quince minutos antes, no sé, usted dijo que miró más la oximetría, por eso le pregunto, cuánto tiempo transcurre antes de que termine la cirugía que nadie miró?, claro, yo calculo que aproximadamente más de media hora. P.¿usted tiene algún grado de responsabilidad de controlar el monitoreo visualmente?, ayudamos, pero en realidad mi responsabilidad no está en observar los controles vitales, simplemente que a veces por repetición, capaz que sale el doctor y siempre dice voy a salir por cinco minutos, voy al baño, me mirás el monitor?, sí, nosotros atendemos la oximetría, pero es con previo aviso. Y después, durante la intubación, que él está de espaldas al monitor y nosotros seguimos observando la oximetría para que se desenvuelva bien la intubación. Es como un complemento en ese momento. Cuando sale algún médico dice salgo cinco minutos voy al baño, me podés mirar, sí, está perfecto y ha pasado que cuando sale en esas circunstancias la oximetría se viene abajo y uno tiene que salir corriendo buscando al doctor, eso pasó a veces, puede pasar. Ese día no me pidió que controle la oximetría cuando salió. La cara del paciente estaba tapada. Se tapa todo el paciente, solamente se deja a la vista el campo quirúrgico. P. ¿Suele mirar el anesthesiólogo la cara del paciente?, a veces suelen mirar, a él no lo vi en ningún momento, en este caso. P.¿El monitor del anesthesiólogo tiene alarmas?, si, creo que sí, debe tener, porque todos los monitores están equipados con alarmas, es sonora, en ningún momento escuché la alarma del monitor. Desconozco si

se puede mutear o reducir el volumen. P.¿cuando levantan el campo qué ocurre?, bueno, a esa hora que son las diez y cuarto se da por terminada la cirugía, supuestamente se da por terminada la cirugía porque se retiran los campos, entonces empezamos a retirar los campos, yo soy encargado de poner la ropa sucia, los campos que se van retirando, adentro de las bolsas, a veces se los tira al piso y del piso yo los levanto y los pongo adentro de las bolsas, y había que colocar, como el paciente estaba en decúbito lateral izquierdo, había que colocarlo supino, boca hacia arriba, y en este caso, cuando se retiran los campos, yo voy juntando la ropa y mi compañera observa que el paciente estaba cianótico y en sus extremidades eran azules, cianótico se dice cuando falta oxígeno, los capilares se ponen azules por una falta de oxígeno, se llama cianosis. Mi compañera es C M. Al retirar los campos le dice, doctor doctor está muy cianótico el paciente, le dijo, y el doctor lo ve, mira si está puesto el dedal, mira el monitor y se da cuenta que estaba apagado, y ahí me dice “J, el monitor, fijate”, yo me voy a fijar y el monitor estaba apenas desenchufado, lo enchufé de nuevo y empezó a funcionar, empezó a andar. Lo enchufé de nuevo y lo prendí, de la electricidad, que es el cable de 220 que alimenta desde atrás, estaba apenas corrido, no es que se desenchufó por arte de magia, alguien pasó y lo empujó, enchufo el monitor y empieza a funcionar, y el doctor dice “el paciente está en paro”. Revolucionó a todo el mundo, en esto el Dr. A pide ayuda, dice andá a avisarle al doctor tanto que venga. El Dr. P empieza a hacer RCP, hasta que la oximetría sube, para esto el Dr. A pidió ayuda para que fueran a buscar a uno de sus colegas, y llegaron dos anestesiólogos, el Dr. B y el Dr. W. P.¿cuando usted dice paro, vió los valores de la oximetría en ese momento?, sí, estaba abajo de 40, 50, por ahí, casi no marcaba, empezó a censar 40, 50, cuando empezó a bolsear P, fue lo que vi, después yo me dediqué a ir a buscar el carro de paro, cargar la adrenalina al toque, que es lo que siempre hacemos, por reflejo, me pongo a buscar la adrenalina, para esto ya se revolucionó todo, llegó otro enfermero, la jefa, el enfermero venía con el carro de paro pensando que no había, y había carro de paro acá, yo ya cargué la cosa y le digo al doctor W cuánto aplica, me dice una en diez, y bueno, se la cargué y se la dejé ahí, acá tiene doctor, para esto ya lo habían revertido, no sé qué inyectaron, si inyectaron adrenalina en ese momento yo estaba cargando no lo vi. Yo me dedicaba a buscar las cosas del paro en ese momento. Para esto se revolucionó, fueron cuestión de un minutos o dos, llegó el doctor y llamaron de urgencia a una médica especialista de la terapia, que no me acuerdo el nombre, la terapia neonatal, y no mejoraba la oximetría, había subido hasta cierto punto nada más, no hasta lo ideal, de 90 para arriba, para esto

tomó la posta el Dr. B, él dirigía, es una situación de emergencia, hizo cargar la adrenalina, para esto ya había llegado la médica de neo, y la médica de neo no encontraba la vuelta por qué el paciente estaban tan altos los valores que ellos ven en los monitores, que no le era acorde, entonces dice debe ser la vía aérea, y el doctor le dice debe ser el tubo, y el Dr. B o no se quién, no lo vi, no percaté, pero sé que desentubaron e intubaron nuevamente, para eso se corrió, porque no había en ese momento los tubos que se necesitaban, yo había mencionado 4 y medio, se fue a buscar un tubo al otro lado, a farmacia, que queda a 30 o 40 metros, y trajeron la rama de laringo número 3, que se utiliza para la intubación, que había una sola y se la habían llevado para la otra cirugía infantil que estaba del otro lado. Se trajo todo de vuelta y la médica dijo debe ser la vía aérea, el tubo, lo desentubaron e intubaron nuevamente, el tubo que extrajeron estaba tapado por un coagulo, o sea, ingresaba oxígeno al paciente pero no podía salir el monóxido de carbono, o no sé cómo funcionará, eso no es función mía. Yo lo que vi es que cuando intubaron nuevamente el paciente volvió a la oximetría normal, pero para esto ya había pasado un lapso de determinado tiempo sin oxígeno. P.¿cuánto tiempo?, y, yo calculo, no sé, desde que se apagó el monitor, no sé cuánto hace, pero para esto el paciente ya estaba cianótico, cuánto pasó desde que se vio al paciente cianótico y se intubó nuevamente, deben haber pasado unos diez minutos, calculo, diez minutos largos, en ese momento. P.¿ese tapón usted sabe o alguien dijo qué tenía ese tapón?, un coagulo de sangre tenía, en la punta. Y eso lo que no permitía era o la entrada de aire o la salida de aire, cuando se reemplazó el tubo empezó a recuperar su saturación nuevamente. P.¿esta médica terapeuta que usted dice que sugirió el cambio de tubo?, A se llama, el apellido no lo recuerdo. P.¿cuando ella llega pregunta?, sí, pregunta enseguida, para esto tenía el Dr. B la posta, estaba con el paciente, miraba el tubo si estaba muy introducido o poco, y cuando ella le dijo debe ser el tubo y vamos a probar dijo, tenés todo?, bueno, estaba todo ahí, sacó, desentubó e intubó nuevamente, cuando intubó nuevamente el paciente recuperó automáticamente la oximetría. Los colores, la cianosis se le fue. Eso es lo que recuerdo, hasta ahí. No recuerdo que haya preguntado la médica, yo estaba abocado a buscar los materiales. P.¿cuando su compañera detecta la cianosis a quién le avisa, en qué parte del cuerpo fue?, ella cuando estaba destapando los campos ve al paciente que estaba muy blanco, muy blanco, lo vemos y ya se notaba la cianosis periférica en las extremidades, porque es en las zonas donde más se nota, en la zona periorbicular, en la cara, en la zona de los párpados, en la punta de las manos, en la punta de los pies, entonces ella observa esto y

le dice al doctor A, y ahí fue cuando se desencadenó todo. Y ahí es cuando el doctor empieza a revisar y mira los monitores y el monitor estaba apagado, J, me dice, el monitor está apagado, yo estaba en la otra punta, del otro lado, me acerco a ver el monitor a ver qué pasaba, primero reviso si está prendido, miro el cable y estaba enchufado, reviso atrás del monitor y estaba desenchufado un poquito así, dos centímetros. P.¿a su criterio o lo que escuchó, en algún momento estuvo en paro cardíaco V?, sí, sí sí, está en paro dijo el doctor A, esto fue a segundos de que ya prendí el monitor, él dijo está en paro, y el doctor P empezó enseguida a hacer RCP, hasta que pudieron conectar la máquina, pero no pudieron solucionar hasta que no vino la doctora y le dijo eso, hasta que desentubó e intubó nuevamente. P.¿en su larga experiencia, ha visto otros casos donde un paciente queda cianótico?, no, no he tenido esa experiencia. P.¿y el monitor del anesthesiólogo lo usan todos, se venía usando, se continuó usando?, después a continuación hubo otras cirugías, con ese aparato, y días anteriores también se usó, toda la semana, porque estuve yo ahí y el monitor funcionaba. Las cirugías posteriores fue el mismo día, a minutos, no recuerdo si el doctor A continuó con las cirugías o si fue otro anesthesiólogo. P.¿escuchó algún reporte de alguna falla de esa máquina?, no escuché nada, yo sé que se continuó con cirugía y el monitor anduvo perfectamente. No hubo ningún problema.- QUERELLANTE: P.¿cuánto tiempo más o menos quedó el aparato desconectado o no se visualizaba si funcionaba el capnógrafo o la oximetría?, si la cirugía terminó diez y cuarto, y se empezaron a retirar los campos, que fue cuando se vio al paciente como estaba en ese momento, ahí se descubrió que el monitor no funcionaba, yo calculo que 25 o 30 minutos, que no se controló el monitor. P.¿vio si más allá del monitoreo A hizo algún control clínico?, no, no lo vi hacer ningún control clínico, o estaría ocupado en mis tareas, pero no lo vi. P. ¿Quién tiene que controlar la oximetría o el capnógrafo?, el anesthesiólogo a cargo de la cirugía. P.¿cuando sale el Dr. A que usted dice que parece que va a atender una llamada, dejó a cargo a alguien o de manera automática ustedes tienen quedarse custodiando, cómo funciona eso?, cuando salió de la sala, en el caso que nos pidiera se vigila la oximetría, es por favor, no es por obligación. No entra dentro de mi competencia controlar eso. P.¿A quién debió haber llamado?, la verdad no puedo emitir juicio, no lo sé, tendría que habernos dicho a nosotros que iba a salir, yo no soy encargado de eso, está incurriendo en falta porque está haciendo abandono del paciente. DEFENSA: P.¿cuánto tiempo estuvo ausente A?, la verdad que no puedo calcular el tiempo, pero debe haber sido 10 o 15 minutos afuera, más o menos. P.¿es raro porque en la declaración que usted prestó

ante la Fiscalía que todos hemos tenido la oportunidad de ver...?, la verdad no lo recuerdo muy bien. Siendo que la Defensa expresa la existencia de una contradicción el testigo sale de la sala mientras las partes cotejan la declaración anterior. Como las partes admiten que hay contradicciones, se permite que se lean al testigo. En este estado se le explica al testigo el procedimiento, se procede a hacerle escuchar la parte de una declaración previa, se escucha una declaración previa, *“puedo asegurar que a esa hora el Dr. A salió en dos oportunidades, salió a atender el teléfono, 9,45 y 9,50, puede haber sido un poquito antes, calculo yo por el tiempo de cirugía y cuando terminó, salió a atender o a realizar una llamada pero no estuvo afuera más de un minuto”*. Expresa el testigo: es mi voz, sí. Pude entender bien lo que dije en ese momento. P.¿quiero que el testigo me aclare, porque hay una diferencia notable entre lo que declaró el día 20 de julio, muy cercana a la fecha del hecho y lo que usted declaró en esta audiencia, primero dijo que estuvo afuera 5 minutos, luego dijo que 15, es una diferencia importante, me importaría que la aclare?, puede ser, no lo recuerdo muy bien, si es mi declaración y mi voz y ha sido reciente seguramente fue así. Pero no lo recuerdo bien. Entonces la declaración refuerza que fueron 5 minutos, si es mi primer declaración y la más cercana al hecho, debe haber sido eso, ahora me escucho que dije que salió dos veces, si dije que fueron dos veces fueron dos veces, no recordaba la segunda vez ahora, eran dos veces que salió. P.¿y en cuanto al tiempo entonces?, el tiempo no lo recuerdo mucho, pero es seguro que es lo que dije en mi primera declaración. Se lo hace escuchar otro tramo de su declaración previa, si es que alguien se quedó cuidando en la sala cuando A salió. Se escucha el siguiente audio: *“P.¿si hubiese surgido algún problemita en ese horario?, la máquina hubiese sonado, hubiese saltado, enseguida, aparte nosotros observamos que el anestesiólogo ...cuando sale nosotros somos los que observamos y la oximetría estaba bien hasta ese momento. P¿cuando él sale queda alguien a cargo mirando eso?, soy yo y la instrumentadora, supuestamente somos nosotros, pero el encargado de la oximetría es él, pero es un trabajo en equipo, no es un trabajo de una sola persona. P.¿en ese momento él había dejado a alguien a cargo, habitualmente cuando sale el anestesiólogo, más allá que por compañerismo, tiene que quedar otro anestesista en el lugar?, si es mucho tiempo sí, seguro, pero en este caso simplemente fue por una llamada y no fue más de un minuto o atender una llamada...no fue más de un minuto que estuvo afuera”*. Expresa el testigo: sí, es lo que declaré. Vuelvo a repetir, cuando sale el anestesista nos avisa a nosotros para que miremos la oximetría, pero en este caso no avisó a nadie, cuando yo lo vi estaba afuera, estaba por entrar, no lo vi salir tampoco.

Fueron en dos oportunidades, me llama a mi la atención, sí sí, lo dije la primera vez, fueron dos oportunidades que salió el doctor. No lo recuerdo muy bien, ha pasado un tiempo desde lo que pasó, fue así como dije en la primera declaración. Aclara el Fiscal que la declaración que se acaba de reproducir no fue la del 15 de junio, sino la del 15 de agosto del 2024, la segunda declaración que hizo en la Fiscalía. P.¿quiere decir que usted dijo que A no avisó cuando se fue?, no, no avisó. P.¿pero también dijo que miraron la oximetría y en ese momento estaba bien?, sí, pero fue al inicio de la cirugía. P.¿estamos hablando del momento en el que salió, ustedes miraron o no miraron la oximetría?, no, yo no miré la oximetría. No miré porque el doctor en ningún momento avisó que iba a salir, por eso no miré. Cuando lo vi a él, en ese momento estaba ocupado, estaba con mis obligaciones, así que no estaba pendiente del monitor. Yo aparte de todo lo que tengo que hacer que preparar para la cirugía, también tengo que verificar los datos, juntar las gasas que se van desechando, estoy atento a la cirugía, que a ninguno de la parte quirúrgica le falte nada, que la instrumentadora tenga su librito al lado, que tenga bien conectado, que ningún cable esté tirante, soy el encargado del control de la temperatura, todo eso tengo que estar mirando, estar atento a eso, estar atento a la cirugía. Se escucha otro tramo de la declaración previa del testigo, “...*todos miramos la oximetría, todo el equipo de cirugía miramos la oximetría. P.¿en ese momento nadie vio que estaba desconectado y que no estaba funcionando la oximetría y todo lo demás que marca*”, yo sinceramente estaba atento a otras cosas, a los campos, al cirujano, a registrar, a levantar gasas, y yo circulo...”. Aclara el testigo que eso de que todos miramos la oximetría es en el momento que no estamos con otras obligaciones, pero en ese momento yo hago un mea culpa, no estuve atento porque estuve ocupado en mis otras tareas, eso me va a remorder la consciencia siempre. P. ¿entonces si como usted manifestó todo el mundo mira la oximetría, todos pueden ver la oximetría, por qué usted afirma entonces que durante 25 minutos nadie miró la oximetría, usted habla por usted y los demás o por usted?, en ese lapso se supone que el monitor tiene una alarma y en ese momento estaba apagado, así que yo soy corto de vista, tengo que acercarme a dos o tres metros para ver realmente la oximetría, pero hasta ahí veo bien, pero en ese momento estaba atento a mis otras obligaciones, no a ver la oximetría. P.¿y los demás, a usted le consta que los demás no estaban viendo la oximetría, cómo le consta?, la instrumentadora estaba en su trabajo, sacando los campos, asistiendo al cirujano, el cirujano le pregunta, miró así y ahí fue que pasó lo que pasó. P.¿pero recién usted dijo que todos ven la oximetría, eso es lo que no

entiendo?, todos podemos ver la oximetría si no estamos haciendo nuestras obligaciones, el monitor está ahí para cualquiera, y si detectamos alguna anomalía enseguida la informamos, en cuantas cirugías he estado yo que el paciente ha estado saturando, bueno, no es el caso, no tiene sentido recordar esas cosas. P.¿desde el fin de la cirugía, desde que finalizó la cirugía, hasta que detectaron la cianosis en el paciente, usted sabe cuánto tiempo transcurrió, más o menos, puede recordarlo?, sí, finalizó la cirugía, que serían las once menos cuarto, se ve la cianosis, mi compañera le informa enseguida el estado del paciente, el doctor verifica el estado del paciente, se coloca al paciente en decúbito ventral, mira el oxímetro que pasa mira el monitor, y el monitor estaba apagado. P.¿pero sabe cuánto tiempo transcurrió entonces, desde que finalizó la cirugía hasta que detectaron la cianosis?, tres minutos, cuánto cuesta sacar los campos y verificar la cianosis, que ya tenía su tiempo, porque cianosis no se desencadena en un minuto ni en dos. P.¿los monitores son visibles para todos?, sí. P.¿cuando finalizó la cirugía el monitor estaba encendido o estaba apagado?, estaba apagado, porque sacás los campos y al verificar la cianosis, el doctor verifica el oxímetro, mira el monitor y el monitor está apagado, me dice “J el monitor está apagado”. Yo me acerco a verificar el monitor, por el otro lado, porque no se puede pasar por ese lado del monitor, me acerco por el otro lado, por el lado izquierdo, me meto hasta atrás como puedo, veo que está enchufado, después verifico la conexión de 220 con el monitor y estaba desenchufado, enciendo el monitor y funciona, esto ha sido cuestión de dos o tres minutos, no ha sido ni dos o tres minutos. P.¿antes de que los cirujanos retiren sus instrumentos el monitor estaba apagado o encendido?, no, no me di cuenta, no estuve atento a eso.-

C L M: compañera de trabajo del imputado. Soy licenciada en instrumentación quirúrgica, solo compañeros de trabajo con el imputado; trabajo hace 12 años en el sanatorio ..., en horarios rotativos, en el período en que pasó esto y estaba embarazada de cinco meses, cumplía la función de instrumentadora circulante. El día 11/7/2024 ingresé a las 8, en cuanto llego al quirófano pregunto a la instrumentadora N L, si le faltaba algo para la cirugía, al enfermero J M, en ese momento 8,15 llega el anestesiólogo M A. Le pregunté si podía pedir al paciente, para esto ya estaban los cirujanos, el Dr. C y el Dr. P. Pido al paciente, V N T, llega con su mamá en silla de ruedas y el camillero y la enfermera. Le pregunto si está en ayunas, si tenía cirugías anteriores. Si había orinado, que no lo hacía desde la noche anterior, lo anoté y lo comuniqué. A al lado mio. La mamá me dijo que nunca se había sometido a ninguna

operación y que no tomaba ninguna medicación. Le doy las gotitas, la cofia al paciente, la mamá lo entrega, el nene estaba tranquilo pero se le caían las lágrimas. Cuando lo ingreso al quirófano viene el Dr. P y lo lleva en la silla de ruedas porque yo no podía hacer fuerza, lo traslada desde la silla de ruedas hasta la camilla. Le di un marcador al nene y empezó a dibujar en un globo. A le dice que va a empezar a inflar un globo. Yo me corro de al lado y voy con la instrumentadora a darle las cosas que requería para la cirugía. Le colocaron la vía, no recuerdo si P o A. Sonda vesical dijeron que no, porque era una cirugía corta. Repetí nuevamente todo lo que me había dicho la mamá. Cuando comienza la cirugía yo salgo del quirófano a buscar unas suturas, volví, ya estaban las luces apagadas cuando volví. No estuve en la conexión de todo lo que era la cámara, y todo eso. Ya salí a buscar, a la instrumentadora le faltaban cosas entonces salí a buscar, primero suturas, después a buscar un drenaje, una manguera. En un momento me quedo adentro del quirófano, yo al estar embarazada no podía estar mucho en contacto con los gases anestésicos, me quedo en quirófano y observo la cirugía, en un momento. Pero después tuve que salir otra vez a buscar el drenaje y cuando volví las luces del quirófano ya estaban encendidas. P.¿a qué hora recordás vos que inició la operación?, 8,50, porque lo registré en el libro de actas. P.¿a qué hora terminó técnicamente la cirugía?, aproximadamente yo anoté 10,45, pero habrá terminado 10,40, con certeza entre todo lo que pasó no registré. Antes de finalizar la cirugía salí a buscar el drenaje, fue a las 10,30, el drenaje es lo último que se pone en la cirugía. Hasta ese momento que salí a mi parecer venía todo bien en la cirugía. Yo venía observando lo que es la técnica quirúrgica que nunca la había visto, estaba observando los puntos que le venían dando. Y a mi parecer sí, venía todo bien. P.¿cuando vos salís estaban todavía los cirujanos con el paciente?, sí sí, porque estaban en cirugía todavía, estaban las luces apagadas, la cirugía estaba en curso. P.¿y el anestesiólogo dónde estaba?, estaba sentado junto a la mesa de anestesia, él tenía la mesa de anestesia mirando en dirección hacia él. La mesa de anestesia está en la cabeza del paciente, y el doctor estaba en la cabecera del paciente con la mesa de anestesia en dirección mirando hacia él, no hacia el resto, estaba oblicuo. P.¿vos pudiste ver al salir los valores de esa pantalla?, no, me acuerdo que en un momento miré, que le dije al enfermero, pero curiosa, por mirar, le dije si estaba bien la presión, porque era 90, 90 34, el enfermero me dijo que estaba todo bien, y listo, después salí a buscar el drenaje. P.¿es tu responsabilidad mirar esos valores?, no, P.¿de quién es?, del anestesiólogo. Habré tardado cinco minutos en buscar al drenaje, que era lo último que necesitaban para la cirugía. Al volver entrego el drenaje, faltaba la

manguera para colocarle la ampolla bitubulada, vuelvo a buscar la manguera al quirófano central y cuando vuelvo al quirófano las luces ya estaban encendidas, la cirugía ya había terminado y estaban dando los puntos de piel. Antes de esto, perdón me salteé una parte, cuando voy hacia la instrumentadora para circularle, ayudo al Dr. P a posicionar al paciente, porque iba de costado, decúbito lateral izquierdo, entonces ayudé a posicionarlo, a ponerle rollitos, campos para que no haga decúbito, y lo que sí su mano izquierda quedó hacia el lado afuera de la camilla. Pregunté en ese momento si le poníamos algo para protegerlo, el Dr. A me dice que no porque de ese lado no se iba a poner nadie porque iba la torre. Bueno, me quedé en la cirugía con eso de que la mano estaba libre, estaba afuera de la camilla. Una vez que pusieron el drenaje, hicieron campo, suturaron la piel y ya estaban las luces encendidas me acerco para ayudar a la instrumentadora a curar la herida y ponerle las cintas, lo primero que hago es descubrir la mano del paciente, y la veo azul, entonces le doy aviso al anesthesiólogo. Y el Dr. me dice que es por la posición de la mano del paciente. En ese momento le dije a la instrumentadora que se apurara. La instrumentadora estaba con el Dr. C hablando de la técnica quirúrgica, de los puntos, que era algo que estaban haciendo, entonces le volví a decir fuerte “N apurate”. Cuando la instrumentadora termina de cubrir la herida yo pongo cinta rápido y lo descubro al paciente y estaba todo azul. Dije N apurate. Lo descubro al paciente y estaba todo azul. En ese momento el Dr. P dijo, “qué pasó?”, el Dr. A estaba bolseando al paciente; el enfermero dice “se apagó el monitor”. Hacia atrás va el enfermero y enchufa el monitor. Y en ese momento me acuerdo que la instrumentadora corrió la mesa, estaba con el instrumental y el Dr. P empezó a reanimar. Fue cuando el Dr. A me dijo que fuera a pedir ayuda, a algún anesthesiólogo del otro sector. Salí al pasillo, le grité a mi jefa M, que fuera del otro lado a buscar un anesthesiólogo. En ese momento vino el Dr. B. Le grité yo al enfermero J M “el carro de paro”, y el carro de paro estaba ahí adentro, igual mandé a pedir el otro paro de carro del otro sector, que no era necesario, en ese momento lo mandé a pedir. Y bueno, el Dr. B llegó y mandó a pedir por otro anesthesiólogo, el Dr. W, que también vino, y desde ese momento mi jefa me pidió que me quedara afuera del quirófano, por el estado en el que estaba. P.¿vos no viste todo lo que pasó después?, yo estuve afuera, la puerta atrás del quirófano. Yo sé que vino la neonatóloga, no recuerdo el apellido ahora, después no recuerdo más nada, no es que no recuerdo es que no lo vi, no estuve ahí, me dijeron que salga del quirófano. Estuve en el momento que hicieron reanimación, contaron cada dos minutos, para que hicieran el cambio, pero después no vi más nada, no estuve ahí. Salí,

me dijeron que salga del quirófano. P.¿contame en detalle esa cuestión de los dos minutos, cómo es?, el Dr. P me dijo en ese momento que fuéramos contR dos minutos para hacer el cambio entre el masaje de personas que se hacían los masajes. P.¿cuántas veces?, no, no recuerdo. No recuerdo porque en un momento también yo salí, al pasillo, a gritar que trajeran otro tubo, y después ya me quedé afuera. P.¿por qué pediste otro tubo?, porque el enfermero me dijo que solamente había un solo tubo, y mandé a pedir otro tubo y la rama laringo que se la habían llevado hacía un momento hacia el otro sector. P.¿ahora te voy a pedir de la mejor manera que te acuerdes, tiempos, **desde el momento que vos advertís el brazo azulado hasta el momento que ingresó el tubo que pidieron a la sala, cuánto tiempo pasó?, exactamente no lo sé, habrán sido 5 minutos, pero no lo digo con certeza** . La cirugía terminó menos cuarto. El Fiscal le recuerda las distintas secuencias que previamente había mencionado la testigo, y le pregunta cuánto tiempo pensás vos que ocurrieron toda esta cantidad de actos?, **cinco minutos, entre cinco y diez minutos, pasó todo muy rápido**. P.¿la aparición de la Dra. G, ingresó al quirófano antes o después del tubo?, no, fue antes, ella llega antes del recambio del tubo, ella llega primero. P. ¿observaste alguna conducta que no sea una actividad anestesióloga por así decirlo, del anestesista, durante el desarrollo de la cirugía?, no, solamente él salió una vez, me preguntó si tenía cargador, le dije que no y salió, pero salió ahí nomás, abrió la puerta y ahí afuera estaba la chica que le dio el cargador y volvió a entrar. P.¿cargador de qué?, celular. P.¿para qué?, no sé. P.¿era necesario que busque un cargador en ese momento?, dentro del quirófano se usa celulares. P.¿y qué era más importante?, esa es una cuestión personal, yo no puedo decir por qué salió a buscar el cargador. P.¿cuánto tardó en salir y volver?, nada, porque es ahí, abrió la puerta y se lo dieron. P.¿vos saliste a buscar la ampolla 10,30 y regresaste, lo tocaste a V?, no, no lo toqué porque durante la cirugía no me acerqué, yo estaba no estéril, V estaba entre campos estériles. P.¿y no advertiste su temperatura?, no, no me acerqué, yo en el único momento que me pude acercar es una vez que terminó la cirugía, ahí sí me pude acercar para cubrir la herida y levantar los campos. P.¿y en ese momento que te acercaste, lo pudiste tocar?, fue cuando vi la mano azul. P.¿y qué temperatura tenía ahí, estaba caliente, estaba frío?, recuerdo el color azulado. P.¿ese detalle no lo tenés presente?, no, la temperatura no. No porque de hecho en quirófano siempre se manejan temperaturas frías, yo siempre estoy con las manos frías, no no, no recuerdo. P.¿el monitor del anestesiólogo en la parte trasera tiene cables?, sí. Atrás del monitor y de los cables hay un espacio libre y después está la pared. Las mangueras

tienen buen espacio de vuelo. P.¿alguien pasa por ahí?, no, nadie pasa. P.¿tuviste algún otro caso de tu experiencia de situaciones como esta?, no nunca. P.¿luego que te quedaste afuera, tuviste alguna participación más respecto de los días de V?, ese día después seguimos con cirugías normalmente. P.¿con esa misma máquina anestesiólogo?, sí, en ese mismo quirófano, el mismo equipo. P.¿funcionó bien?, a la cirugía siguiente sí, a mi parecer, yo no soy anestesióloga, no me meto en ese entorno, pero a mi parecer la cirugía que siguió después funcionó todo bien. P.¿nadie reportó que no funcionara?, no.- QUERELLA: A ese mismo día siguió con cirugías y él participó. P.¿cuando lo nota al niño cianótico, dónde se encontraba en ese momento el Dr. A?, en la cabecera del paciente. P.¿se acercó a observarlo si era cianótico o si era una cuestión de la posición?, sí, se paró y se colocó al lado mio, dijo que podía ser por la posición del paciente, que había quedado con la mano fuera de la camilla. P.¿pero vos fuiste la primera que observó todo esto?, sí. DEFENSA: P.¿en qué momento de la cirugía ocurrió esta salida del Dr. A?, no, fue cuando estaban dando los puntos adentro, en la hernia, y no salió, fue a la puerta nada más y le alcanzaron desde la puerta el cargador. No lo vi salir en otra oportunidad. No vi que estuvieran usando el celular cuando finalizó la cirugía ni cuando descubrieron la cianosis tampoco. P.¿Desde que finalizó la cirugía hasta que detectaron la cianosis cuánto tiempo transcurrió?, es que en realidad la cirugía se finaliza cuando se sacan todos los campos y se cubre la herida, pero desde que hicieron los últimos puntos hasta que descubrí la mano así, y, nada, menos de un minuto. P.¿y antes de descubrir la cianosis, qué estaba haciendo A?, estaba al lado de la cabecera del paciente, sentado mirando el monitor, no sé si estaba mirando el monitor, pero estaba sentado con el monitor mirando hacia él. P.¿En qué momento se apagó el monitor?, no, eso no lo sé, porque yo estaba mirando al paciente, desde que descubrí la mano del paciente estaba apurando a mi compañera para que cubra la herida, pero no vi cuando se apagó el monitor, solamente lo escuché al enfermero que dijo “se apagó el monitor”, o el doctor, no recuerdo quién, pero el enfermero era el que estaba más hacia el lado y enchufó el monitor. P.¿y antes de ese instante a usted le consta si el monitor funcionaba correctamente, si era visible?, no, no lo recuerdo, porque yo, como les comentaba entré al quirófano y ya estaban las lucen encendidas y me acerco a cubrir la herida, no miré la parte de la máquina de anestesia.-

N S L: al imputado lo conozco del trabajo, soy licenciada en instrumentación quirúrgica y desarrollaba mi trabajo en el sanatorio ..., no estoy más desde que pasó lo que pasó.

Tengo diagnóstico de estrés post traumático a partir de este caso. Estoy con certificado, y como ya pasó mucho tiempo estoy con reserva de puesto, nada más. Ese día yo era la instrumentadora de la cirugía. Se prepara el quirófano con el material que se necesitaba, insumos, cosas que se iban a necesitar para la cirugía. Y después instrumentar en el tiempo quirúrgico. Abocada a la parte quirúrgica no anestésica, mantener la esterilidad, vestir al cirujano, ayudar a colocar los campos, asistir al cirujano con instrumentos y materiales. Están los monitores de anestesia y el monitor de la torre de video, porque la cirugía era vía laparoscópica. P.¿es tu rol controlar algún dato del monitor de la anestesia?, no, eso lo hace el anesthesiólogo. A V lo recibieron mis compañeros porque yo ya había empezado a armar la mesa con las cosas que requería para la cirugía, me acuerdo que entró y como yo estaba de espalda a la puerta no escuché que lo entraban, me giré para saludarlo, y nada, lo saludé y después mis compañeros junto con el anesthesiólogo se encargaron de todo lo que era la parte de inducción, intubación y eso, mientras yo seguía preparando la mesa. Una vez la anestesia, se avisa que ya está y se inicia la cirugía. P.¿al inicio se reportó algún problema respecto a V, de máquinas, cuestión de oxígeno, algún problema?, no. P.¿durante el desarrollo de la operación, no al final, en la parte quirúrgica salió algo mal?, no, fue una cirugía super cuidada, super delicada, como lo requería un niño, se trabaja con material delicado, con espacios muy reducidos, es todo muy delicado y se trabajó así, no hubo ningún inconveniente. P.¿recordás el horario de inicio y de finalización?, ingresó un poco más tarde, ingresó como 8,30, habrán sido 15 o 20 minutos hasta que se lo prepara, se anestesia y arranca la cirugía, 8,50 tengo entendido que es la hora de inicio y la finalización 10,30 creo. El anesthesiólogo es el que intuba al paciente. P.¿y durante el procedimiento estuvo siempre presente?, no lo sé. P.¿por qué?, porque yo estaba abocada a la cirugía, o sea, como yo tenía de frente la torre y de costado la mesa de anestesia y la parte donde ellos se ubican ahí, a veces lo veía y a veces no. P.¿vos podés asegurar que siempre estuvo ahí?, no, en ese lugar no. P.¿durante la cirugía estuvo siempre operando la máquina o lo viste haciendo otra actividad que no sea de anesthesiólogo, en los momentos que lo hayas visto te pregunto?, solo lo vi usar el celular. P.¿qué tiempo?, no sé, no estás midiendo esos tiempos, yo estoy abocada a otra cosa. P.¿y en qué momento durante la cirugía lo viste con el teléfono, al inicio, al medio?, en el desarrollo de la cirugía. P.¿en una sola oportunidad lo viste con el celular o más de una vez?, más de una vez. P.¿Algún aparato dejó de funcionar durante la cirugía?, no. P.¿Durante la cirugía observaste que haya ido otro anesthesiólogo que no sea el doctor A?, durante la cirugía no. Por lo menos que yo

lo haya visto. Como te digo yo tenía la puerta de espalda. P.¿cuando finaliza la cirugía, con la mayor cantidad de detalles que puedas recordar?, cuando finalizó la cirugía dentro de lo que es mi trabajo también corresponde realizar la curación de la incisión quirúrgica, de la herida quirúrgica, lo estaba curando, le tapé las incisiones con gasa, porque hasta último momento y hasta que no se tapan las incisiones vos no contaminas el campo, para prevenir infecciones, hice la curación, le puse gasa y en eso vino el doctor C, me habla algo sobre la cirugía, sobre los puntos que habíamos hechos porque verdaderamente fue todo muy minucioso, y me habló algo del punto y yo giré la cabeza para mirarlo, y en eso mi compañera, que me estaba circulando a mi, se llama C, que es otra instrumentadora que estaba circulando ese día, me dice “N, dale”, vuelvo la cabeza y ella me hace señas con la vista, como yo ya había tapado las incisiones con gasa, ella ya podía como expandir un poco el campo quirúrgico como para poder poner las cintas digamos, para fijarlo, y lo miramos así y estaba como todo morado, pero nosotros le llamamos por ejemplo rash de alergia, así cuando es como un marmolado, pero en rojo en este caso era morado. Entonces sacamos los campos y le avisamos a él, al anestesiólogo, y nos dijo que estaba así por la posición, en que estaba, porque estaba en decúbito lateral, como lo requería la cirugía, y bueno, nos dijo eso, que era por la posición, terminó de poner la cinta mi compañera y yo lo primero que atiné fue a ponerle una manta porque pensé, no sé, frío, hipotermia, pero era mucho, no era el morado de frío. Después se le dio posición al paciente, boca arriba digamos. P.¿qué pedazo del cuerpo estaba morado?, todo el cuerpo. O sea lo notamos al principio al expandir en esa parte, porque el campo quirúrgico era muy chiquito, y bueno después al destapararlo estaba todo así. Corrí la mesa, iba a empezar a sacar el corto punzante, que es lo primero que sacás cuando terminás, y en eso el anestesiólogo dijo que estaba en paro. Ahí recuerdo que me giré y le dije, “cómo que está en paro?”, ahí empezamos a activar de acuerdo a lo que requería de un paciente en paro. No teníamos cardiodesfibrilador en el quirófano, mi compañera C, que en ese momento estaba embarazada, se iba ir a los otros quirófanos a buscarlo y le dije “no corras voy yo”, y así como estaba, con el camisolín de la cirugía, los guantes de la cirugía y todo, corrí hacia el otro lado, está cerrado por una puerta de madera y ventana de vidrio, y estaba trabada, así que grité que me pasaran el cardiodesfibrilador que el paciente estaba en paro, escuché de atrás una voz de alguien, que calculo que era C, que me dijo entrá. Porque esa puerta permanece con llave. Yo le pedí a la gente que estaba del otro lado, corrieron a buscar el desfibrilador y en eso me abrieron la puerta a mi, yo entré, y terminé entrando al otro

quirófano, donde estaban con otra cirugía, para esto la primera persona que me había escuchado agarró el desfibrilador y yo cuando me lo fue a dar se lo saqué de las manos y fui al quirófano. Para esto antes de irme, el anestesiólogo había pedido que llamáramos al otro lado, que viniera alguien a ayudarlo, no sé quién llamó, pero cuando yo volví con el desfibrilador, ya estaba viniendo gente del otro lado. Recuerdo haber visto al Dr. T en un principio, llegó el Dr. B, W, llegaron otros compañeros enfermeros, las jefas, el Dr. B preguntó qué había pasado, no había explicación, lo auscultó, pidió adrenalina, en ese momento ya era como mucho caos, mucha gente. Él dijo adrenalina y lo volvió a repetir, adrenalina, yo le dije te estoy escuchando, qué querés, y en eso vi a mi compañero J que se tiró al piso y agarró el carro de paro y empezó a cargar, entonces entendí como que él ya le cargaba la medicación y eso, dentro de lo que es la asistencia, digamos. Después al rato llegó la pediatra de neo, preguntó qué había pasado, el anestesiólogo A le dijo que había entrado en paro, porque esa información era la que tenía él, el Dr. B no había estado en la cirugía, él llegó a asistir después; y le preguntaron al Dr. A y él dijo que había entrado en paro, y hace cuánto le dijo hace cuánto le dijo, y le respondió “hace 5 minutos”, “¿cinco minutos?”, dijo la pediatra, “bueno, no, un minuto, fue cuando lo dimos vuelta”. Ahí hablaron con el Dr. B, la Dra. lo auscultó, otra vez, refirió que no había mucha entrada de aire, entonces decidieron cambiarle el tubo. También en ese momento teníamos inconvenientes porque había otra cirugía simultánea, de otro paciente pediátrico, en otro quirófano, con el tema del laringo, y los otros tubos para poder cambiarlo, alguien, no sé quién, nos trajo del otro lado el táper de niños, que es donde se manejan esas cosas. P.¿no lo tenían en ese momento?, no, se lo habían llevado porque habían cirugías simultáneas, en qué momento lo trajeron no sabría decirte, pero sé que lo trajeron después. P.¿hasta ese momento cómo lo veías a V en su cuerpo, el color?, no mejoraba mucho. La doctora se puso firme en su postura de cambiarle el tubo, le cambiaron el tubo junto con el Dr. B, cuando lo sacaron estaba toda la punta tapada con sangre. Y después de que terminaron de cambiarle el tubo el Dr. A se dio vuelta y dijo “acá hay un tubo”, no me acuerdo, un ejemplo, cinco y medio, no me acuerdo qué tubo le pusieron. Me acuerdo que lo miré y le dije “ya le cambiaron el tubo”. Después de eso la Dra. lo volvió a auscultar, el Dr. B también, y nada, se preparó todo para enviarlo a la neo. P.¿respecto de esto que me mencionás del Dr. A, para que se entienda lo que estás diciendo, qué número de tubo tenía colocado V en ese momento?, yo no recuerdo que tubo tenía, porque, como te digo, yo no asistí en la intubación, yo estaba armando la mesa, no sé qué tubo le

pusieron. P.¿acá hacías referencia cuando él dijo “acá está el tubo”, que ya se había colocado?, claro, como que él estaba buscando un tubo para cambiarle. P.¿y no advirtió que ya lo habían cambiado?, estaba de espalda buscando el tubo. P.¿algún otro detalle, hubo alguna mejoría luego de cambiarle el tubo, cómo fue?, cuando se dio vuelta al paciente, el Dr. A advirtió que la máquina se había apagado, la máquina de anestesia se había apagado, pero eso era cuando le estábamos dando posición, cuando se lo puso boca arriba. Cuando se advierte el color se termina la curación y todo, y después hay que ponerlo boca arriba. P.¿Tiempo desde que advierte el color y lo dan vuelta y el paro?, no sé decirte tiempo, habrán sido desde que nosotros advertimos hasta que el paciente se dio vuelta y hasta que se avisó que estaba en paro, pasaron unos minutos, entre 3 y 4 minutos, o sea porque es dar vuelta el paciente, pensando no, de que advertimos eso, lo terminamos de destapar, yo lo tapé, se dio vuelta el paciente, pasó lo de la máquina, esto de que dejó de funcionar, por lo que entendí después se había desconectado, me acuerdo después que como te decía, corrí la mesa para descartar el corto punzante y eso, y que él avisó, sí, habrán sido cuatro minutos. P.¿desde el momento en que advierten esta coloración, hasta que cambian el tubo, y comienza alguna mejoría, cuánto tiempo pasó?, la verdad yo no miré el reloj. P.¿según vos, según tu cabeza?, habrán pasado 10 minutos, no sé, lo saco también calculando en que llaman a la neo, le avisan a la doctora y que la doctora baja, cuando ella llegan y pide explicaciones para ver cómo actuar, y hasta que deciden cambiar, sí, habrán sido diez minutos, por ahí algún minuto más. Cuando le cambian el tubo los valores del monitor yo no los leo, la coloración se notaba un poco mejor, por lo que dijeron tenía mejor entrada de aire, yo no lo ausculté, no sabría decir, sí hubo una mejoría a partir de ese momento, leve, ya estaba estable y lo llevaron a la neo. Mi rol termina ahí, solamente en la cirugía, no continué con V los días siguientes. Después todo lo que había pasado, nada, no se entendía, por lo menos yo no lo entendía, había estado todo bien. De hecho hablé en ese momento con los cirujanos, como repasando si se quiere llamar así, fue limpio, no pasó nada, no hubo nada extraño. Fue todo muy cuidado. Yo ya no tuve más acercamiento a V, seguía viendo el caso por la historia clínica, pero yo no lo fui a ver nunca [como en otros pasajes de su declaración la testigo trata de disimular la angustia cercana al llanto, se hace una pausa porque le cuesta seguir su relato]. P.¿qué antigüedad tenías como instrumentadora para ese momento?, 16 años. P.¿alguna vez viviste un caso así?, sí, pero no tan extremo. Sí de que han quedado secuelas, pero no así. De situaciones quirúrgicas que han sucedido en otro momento. P.¿por algo

anestesiólogo?, no lo sé determinar. P. ¿escuchaste que se usara alguna guía o algún manual durante ese problema?, sí, perdón, estoy un poco nerviosa y por ahí no me acuerdo de todo, cuando vino el Dr. B y en cierto modo si se quiere decir y tomó el mando, pidió la guía y todos entendimos al pedir la guía que quería la guía EGGCHMAN que es lo que se utiliza para intubar. Entonces, de la gente que había venido del otro lado se fueron a buscarlos, pensando que era esta guía EGGCHMAN pediátrica que estaba del otro lado, la trajeron y dijo que no, que lo que necesitaba era la guía de procedimiento ante un paro. Tengo entendido que cuando se entendió que guía era la que pedía, alguien la fue a buscar pero yo no tengo registro de eso. P.¿esa guía es para regular cómo proceder ante un paro cardíaco?, sí.- QUERELLA: C M fue la que me dijo que el niño estaba cianótico, era la que me circulaba a mi. Yo pongo la gasa para poder cubrir la herida y que no se contamine, y ella ya ahí podía expandir un poco el campo, para que le de lugar a poder pegar la cinta, como yo en ese momento en cierto modo había terminado la curación, quedaba que ella fijara la cinta, al expandir es donde me dice, y expandimos más. P.¿fue solo ella la que detectó esa situación?, sí. P.¿cuando ustedes transmiten eso al anestesiólogo, él dónde se encontraba?, A cuando le dicen eso estaba en la cabecera de la camilla, porque la cirugía ya terminaba y cuando termina la cirugía corresponde despertarlo, la extubación y todo eso que le corresponde a él. P.¿dijiste que había dicho el Dr. A que era una cuestión de posición?, sí, porque el paciente estaba decúbito lateral. P.¿lo dijo desde la cabecera o se acercó a verlo?, desde la cabecera.- DEFENSA: P.¿cuando finalizó la cirugía usted recuerda si A estaba utilizando el celular?, en el momento en el que él estaba en la cabecera que nosotros, o sea que yo tengo el registro de verlo, esto que estaba haciendo la curación y demás y le avisamos, él estaba en la cabecera y no lo vi con el celular, en ese momento no. P.¿cuando descubrieron lo de la manito de V?, responde la testigo: ¿cómo lo de la manito de V?, P.¿que vieron que la manito estaba cianótica?, no, por eso, no fue desde la manito, es lo que le comentaba recién. P.¿cómo cómo?, que es desde el campo quirúrgico. P.¿claro pero cuando destaparon, primero detectaron ustedes, vos explicaste que detectaron primero que la manito tenía algo y después vieron el brazo, cómo detectaron la cianosis ustedes, o sea tu compañera en realidad?, entiendo que fue al expandir el campo, y ahí ya empezamos a sacar los campos y se ve todo. P.¿en ese momento, vos advertiste que haya estado usando el celular o en el instante previo en ese momento?, como te digo, en ese momento él estaba en la cabecera porque ya terminaba la cirugía y correspondía despertarlo, no lo vi con el celular en ese momento. P.¿y

después de haberle avisado que se dio esta situación, que dijo que podía ser la posición o algo por el estilo, estuvo utilizando el celular?, que yo haya visto no. P.¿y entonces vos pudiste ver qué estaba haciendo en ese momento, cuando ustedes le avisaron de la manito, perdón, cuando dijo que podía ser la posición, el primer diagnóstico que pudo dar cuando le avisaron que estaba cianótico, que dijo que podía ser la posición, qué estaba haciendo él en ese momento, o qué fue a hacer en ese momento después?, después dimos vuelta al paciente. P.¿y ahí, cuánto transcurrió hasta que dijo que estaba en paro?, es lo que le contesté a él, que habrán sido, no sé, 3 minutos, 4. P.¿qué hizo durante esos 4 minutos A?, es lo que les expliqué, yo me dediqué a tapanlo, sé que él estaba ahí, pero no estaba registrando sus movimientos en sí, estaba como dije en la cabecera del paciente. Él estaba contrario al monitor, porque estaba mirando al paciente. Hacia el lado del paciente. P.¿y desde el final de la cirugía, hasta que se detectó la cianosis, cuánto tiempo transcurrió?, habrá sido un minuto como mucho, porque termina la cirugía y se comienza a hacer la curación de la herida, para que lo puedan despertar enseguida. P.¿cuánto tiempo duró la búsqueda del desfibrilador?, no sé, habrán sido tres minutos, es todo estimativo. Es todo estimativo, por lo menos en mi caso yo no estaba mirando cuánto tiempo transcurría entre cada movimiento. P.¿llegaron a utilizar el desfibrilador?, no, porque tampoco tenía las paletas pediátricas. P.¿hubiese sido necesario utilizarlo?, eso lo determinan ellos. Es una cuestión médica, ellos determinan como revertir el paro. P.¿hay alguna razón por la cual el paciente debe estar tapado?, porque se prepara la zona quirúrgica, se realiza un embrocado pervinox o clorhexidina para limpiar la zona y después se colocan campos estériles para preservar la esterilidad del campo, y solamente queda una ventanita, que es donde se trabaja. P.¿por qué en este tipo de cirugías no dejan un área destapada más allá del área donde van a trabajar, otra parte destapada, por qué lo tapan completo?, por una cuestión de esterilidad...sino corría riesgo de contaminación. P.¿si el paciente está todo tapado, cómo hacen para controlar los signos vitales si no lo están viendo?, porque tienen conectado el monitoreo, electro, para saturación, a veces queda descubierta alguna mano, o ellos mismos se acercan a ver, tocar, si tienen que acomodar por ejemplo un electrodo, lo que fuese que haga falta. P. ¿el monitor, para quién es visible ese monitor, quiénes pueden acceder a la lectura de ese monitor, quiénes lo ven?, por como estaba ubicado el monitor ahí, todos. Depende adónde se ubique también el anestesiólogo, a veces lo puede estirar un poco para verlo mejor o algo. P.¿en esta caso concreto todos lo podían ver al monitor?, sí, más o menos, yo por ejemplo, yo tenía atrás la mesa de

anestesia. P.¿alguien advirtió algo anormal en el monitor?, no. P.¿sonó alguna alarma?, no. P.¿cómo es el funcionamiento de esto, suena si hay algo anormal, si detecta algo?, sí. P.¿la iluminación de la sala cómo era?, se apagan las luces porque se trabaja por video, porque se entra con cámara en la cavidad, con luz, y para ver mejor los monitores se apagan las luces, podés llegar a dejar alguna luz prendida para que no quede totalmente oscura, y porque yo por ejemplo en la mesa de anestesia necesito luz, generalmente si apagan todo se deja una cialítica prendida que alumbraba a la mesa para que yo pueda ver el instrumental y seguir trabajando. P.¿has escuchado alarmas vos, no en esta operación sino en otras operaciones?, sí. P.¿son audibles, se escuchan bien?, sí. P.¿y en este caso vos escuchaste alarmas?, no. P.¿vos recordás algún evento previo a esta situación donde el anestesiólogo le haya dado aviso a los cirujanos de alguna situación anormal?, no, anormal no recuerdo. P.¿sabe lo que se denomina trampa de agua?, no sé si se está refiriendo al drenaje. P.¿sí, drenaje pleural, qué es un drenaje pleural, para qué lo usan?, se usa para ver si hay algún tipo de débito extraño después de la cirugía. P.¿y en qué momento lo colocan eso?, al finalizar. P.¿y cómo verifican el buen funcionamiento de la trampa de agua?, porque la trampa de agua es un frasco que tiene una varilla larga, digamos, a una parte, y eso tiene que quedar, eso lo armamos todo estéril, y esa varilla larga que está adentro tiene que quedar cubierta de fisiológico y antes de conectarlo vos lo das vuelta para ver que no pierda, y después cuando lo conectás, si burbujea y demás. P.¿y si burbujea qué significa, cuando burbujea funciona o no funciona?, al principio sí en este caso porque estaba en cavidad, pero después bueno, es ver si tiene alguna fuga. P.¿no no, está bien, pero en el momento final de cirugía digamos, cuando colocan la trampa de agua y hay burbujas, qué significa, qué el pulmón está en funcionamiento o que no está en funcionamiento, que está expandiendo o que no está expandiendo el pulmón?, NO RESPONDE. P.¿o sea, el burbujeo de la trampa de agua se puede traducir en un funcionamiento del pulmón, quiere decir que está funcionando?, es por eso como te digo cuando lo bajamos generalmente burbujea un poco, y después eso lo van controlando los médicos. P.¿y en este caso burbujeaba?, no me acuerdo.-

ARIEL HORACIO BUSTOS DIAZ: Médico Forense del CIF de esta ciudad, 2018 en Poder Judicial de Río Negro y desde el 2020 como subdirector de esta sede, y con cargo docente en la Facultad de Medicina. P.¿cuántas intervenciones tuvo en el marco de este legajo?, tres informes. El procedimiento de autopsia fue a requerimiento fiscal a causa

de la muerte del niño N M T, ingresa a la morgue el día 18/7/2024, pedimos todo el historial clínico y la documentación que se nos pudiera dar en ese momento para tener información completa, además si había algún tipo de imputación poder dar aviso a consultores técnicos de parte y dar tiempo para eso, así que se concretó el inicio de las actuaciones el 20/7/2024, esa autopsia se hizo en compañía del Dr. Uzal, médico forense de la Cuarta Circunscripción Judicial; y como consultor técnico de la parte querellante se presentó el Dr. F D. Antes revisamos toda la documentación, empezando con lo que da inicio o sustancia al legajo que es la denuncia hecha por parte de la familia de N, después nos fijamos en algunos documentos agregados a la historia clínica. Lo primero que hallamos es un documento registrado a las 14,31 del 18/7/2024, expresando diagnóstico definitivo de muerte bajo criterio encefálico y desconexión al respirador; sin embargo, en el certificado de defunción vimos una constancia del fallecimiento o de la muerte bajo criterio neurológico a las 14,14 hs del 18/7/2024. En la historia clínica observamos que N fue admitido a las 7 de la mañana del día 11 de julio, por un diagnóstico incidental de hernia diafragmática derecha; incidental en el sentido de que era asintomático y con motivo de estudiar otra cosa se descubre este trastorno, que amerita ser resuelto porque puede traer complicaciones a futuro, con desplazamiento hacia la cavidad torácica del hígado, del riñón del lado derecho y de la glándula suprarrenal. Los controles prequirúrgicos habían dado normales y en el examen físico inicial únicamente dio la particularidad de una hipoventilación, falta de ingreso de aire en la base del pulmón derecho, algo lógico con esta patología. La foja quirúrgica del 11/7 no da ninguna anomalía. Ingresa a partir de las 8, da nota del inicio de las intervenciones a partir de las 8. Habla de la inserción de un troquer principal, de un troquer mayor que es por donde va el tubo de toracoscopia en un sector del hemitorax derecho, otros ingresos de tubos accesorios laterales. Se insufla la cavidad pleural de ese lado, con dióxido de carbono, se sutura el diafragma a la pared posterior, previo reducción de las partes herniadas y se da fin a la cirugía, anotada a las 11 de la mañana. Luego hay una foja anestésica que está fechada el 11 de julio, donde se registran administración de fármacos (que menciona), que son fármacos propios de la actividad anestésica y para prevención de infecciones. Hay una planilla de multiparámetros, que registra presión arterial y pulso cada diez minutos. Inicia los registros la foja anestésica a las 8,30, finaliza a las 11,20. Desde las 8,30 hasta las 10,40 los parámetros están en rangos normales, con saturación de oxígeno que va de 99 a 100 por ciento; presión arterial sistólica del niño que va de 90 a 100, la presión arterial

diastólica de 50 a 60, la frecuencia cardíaca de 90 a 100 y los registros capnométricos están en rango normal, entre 35 y 45, salvo dos episodios, que están registrados a las 9,20 y 9,30 donde suben a 60, pero es algo transitorio y pasa. Y luego a las 10,50 hay 10 minutos sin registros de presión arterial ni de saturación de oxígeno, con una capnometría que cae a 25 y una frecuencia cardíaca que de repente está anotada en 210 por minuto. Posteriormente a las 11, 11:10 y 11:20 la frecuencia cardíaca aumenta a 130, la presión arterial sistólica a 120 y la diastólica a 60. Esa foja tiene un apartado de consideraciones, donde registra intubación inicial no dificultosa, constatación de la altura del tubo de manera acertada vía auscultatoria, colocación en decúbito lateral izquierdo para la cirugía, el niño se operó del lado derecho, control de la altura del tubo nuevamente habiendo logrado el decúbito lateral izquierdo. Y caída de parámetros al momento de culminar, cuando el niño vuelve a la posición supina, es decir mirando hacia arriba, con inicio de reanimación cardiopulmonar exitosa, masaje, colocación de adrenalina, recuperación de parámetros con una frecuencia cardíaca 120, cambio de tubo y observación de un coagulo en la punta del tubo y pase a terapia intensiva. Vimos que seguía una planilla de verificación de seguridad de quirófano que no nos transmitió mucha información. Y vimos asientos evolutivos de la unidad de terapia pediátrica, que se iniciaron a las 14,17 con estabilización del niño en conexión a respiración mecánica; una tomografía inicial hecha esa noche a las 23,08 sin alteraciones. Intento de despertar al niño de manera infructuosa; a las 23,55 aplicación de Naloxona, que es una sustancia para revertir la medicación sedante, en donde se vio que el chico pudo haber despertado un poco, pero hacía retroversión ocular y convulsiones, por lo que se debió aplicar Lorazepam, que es un sedante. Se observó acidosis metabólica. Empezaron la aplicación de antibióticos. El día 12 de julio suspendieron la sedación para tratar de despertar al chico. El chico hacía alguna respuesta ocular, con retroversión de la mirada al llamado de la mamá, y se vieron que los ojos tenía las pupilas contraídas, que prendía muy fuertemente las palmas de las manos y daba patadas. Así que se volvió a aplicar Lorazepam, se agregó un cóctel de antiepilépticos (que menciona) y se agregó magnesio por haber detectado hipomagnesemia. El día 12/7 a las 11,34 se hace una resonancia magnética con anestesia que muestra hiperintensidad simétrica de glándulas basales, indicadora de encefalopatía hipóxico-isquémica. Ahí se hace el diagnóstico, de la encefalopatía de N. Ese mismo día se intentó iniciar nutrición por sonda nasogástrica. Se registró un débito por ración, indicando probablemente algo de hemorragia digestiva por la zona nasogástrica; las pupilas se vieron un poquito más reactivas, se vio que

bajaba mucho el potasio. Para el día 13 a la mañana el niño registró fiebre. El cirujano viendo que el pulmón había expandido bien y había colocado un tubo de avenamiento pleural al finalizar la cirugía, cerró en ese momento el tubo de avenamiento, que es algo normal que se hace después de una cirugía torácica para que el pulmón se vuelva a expandir. Agrega un antibiótico por una anomalía que indica inflamación en los análisis, y asociado a la fiebre indica antibióticos de amplio espectro. Los médicos de terapia indican Levetiracetam continuo porque hacía convulsiones repetidas. Se vio que el chico empezó a hacer edemas de miembros inferiores, hinchazón de miembros inferiores por retención de líquidos, fiebre, algunas ronchas en el rostro y el 15 de julio notaron un gran aumento de la actividad diurética, el volumen de orina que producía N, eso asociado a disminución severa del estado de presión arterial y alteración del sodio y el potasio, con lo cual primero tuvieron que expandirlo con solución de ringer y aplicar Noradrenalina, que es un fármaco que sirve para aumentar la presión y aumentar la actividad cardíaca. El 15/7 el cirujano tratante como venía bien la expansión del pulmón decide retirar directamente el tubo de drenaje pleural, ahí no hubo ninguna dificultad. Observaron hiporeactividad de las pupilas, e interpretaron este cuadro de aumento grande de la diuresis como diabetes insípida, que es una entidad que se producen lesiones cerebrales graves porque hay un déficit de secreción de hormona antidiurética, es un indicio de que algo no está bien a nivel del tálamo, concretamente del tálamo o de la hipófisis, acá se sospechaba por la tomografía que el problema podría llegar a estar en el tálamo, que suele ser indicio de una enfermedad grave. Para tratar este trastorno se indica un análogo de esa hormona que está en falta, por la lesión cerebral, que se llama desmopresina, así que empezó con ese tratamiento. Pero se vio que no evolucionó de manera adecuada y ya para el día 17 el chico empezó a mostrar una hipotensión marcada, hipotermia marcada, disautonomía o vasodilatación marcada, la diabetes insípida ya de manera intratable, por la cantidad de diuresis que se producían, y se llegó a sospechar ya una muerte encefálica, para entonces. Entonces empezaron a hacer estudios instrumentales, y se vio un electroencefalograma sin actividad que fue asociado a un eco doppler, una ecografía doppler transcraneana, que también se vio sin actividad, así que en ese contexto se suspendió la medicación. El día 17 de julio a las 13,48 hay un resumen del neurólogo que da cuenta de todo esto. Se repite a las 12 horas, el estudio. Se da información esa tarde a la familia, de la muerte bajo criterio encefálico. Pero por algún motivo que desconozco la certificación de la muerte se hace al día siguiente. Bueno. Esa es toda la información previa al inicio de la autopsia. Como datos positivos

de la autopsia qué observamos: coloración azulada en las manos a predominio de la mano izquierda; un pequeño moretoncito que le llamamos equimosis, en el pulpejo del primer dedo de la mano derecha, que suponemos debe ser para algún tipo de punción para algún tipo de monitoreo, habitualmente se hace para glucemia; venopunturas, o sea, signos de accesos venosos en varias partes del cuerpo; impronta de los electrodos con los cuales había sido monitoreado; las incisiones quirúrgicas recientes, suturadas, todavía no cicatrices; que estaban colocadas en diferentes lugares del hemitorax derecho, algunas adjudicables al proceso quirúrgico y otras al tubo de drenaje pleural que se hace al terminar la cirugía. Palidez y edema en una membrana que está por debajo del cuero cabelludo, eso es propio de una sobrecarga de líquidos que este chico seguramente tuvo para tratar de mejorar esta pérdida de líquido que se producía por esta diabetes insípida que mencioné con anterioridad, lo cual esperábamos que se encuentre, esperábamos encontrar edemas en varias partes del cuerpo. Vimos que el cerebro estaba muy inflamado, con borramiento de surcos, nos dio un peso de 1560 gramos, que es muy aumentado para la edad del chico, para tener una idea en un adulto un cerebro no pesa más de 1200 gramos. Vimos un poco de líquido en la cavidad pleural izquierda, unos 75 cm, no es de mucha relevancia y en el contexto de este edema generalizado, que nosotros llamamos anasarca, era esperable encontrar. La cavidad pleural derecha con escaso líquido. Vimos la sutura realizada por cirugía toracoscópica de la cúpula diafragmática derecha, en buen estado, simplemente vimos una pequeña solución de continuidad por donde pasaba una membrana serosa del retroperitoneo hacia el tórax, pero sin ningún tipo de comunicación entre cavidad torácica y peritoneo, así que nos pareció que el procedimiento había sido exitoso en eso, y las vísceras que estaban herniadas en su momento estaban en cavidad abdominal, como correspondía. En el peritoneo nos encontramos con 50 cm cúbicos de líquido seroso, también esperable dentro de este contexto, y en estómago encontramos unos 30 cm cúbicos de un líquido blanco amarillento con grumos blanquecinos que se lo atribuimos a restos de alimentación que el chico venía teniendo. Y llegamos a determinar las causales de la muerte. Nos impresionó una encefalopatía hipóxico- isquémica, por incidente obstructivo de la vía aérea, el tubo endotraqueal, en acto quirúrgico programado. [A partir de este momento, en la continuidad del testimonio, menciona las muestras que fueron tomadas para los estudios complementarios]. A una pregunta de la Fiscalía manifiesta que: la cianosis está por el tiempo que dure la insuficiencia respiratoria, en este caso la coloración azulada que mencionó es atribuible a toda la descompensación

que sufrió en cascada en el momento de la internación y no por la intervención quirúrgica. Continúa diciendo: el resultado de estos estudios complementarios a nosotros nos llegó para mayo de este año en curso, pero el informe estaba hecho a fines de diciembre, no agrega nada el resultado, lo que agrega es una confirmación del diagnóstico previo hecho por imágenes y por contexto clínico. Es decir, en el cerebro vieron edema, congestión, que nosotros ya sabíamos que estaba, por el peso que habíamos registrado y además la médica patóloga observó congestión cerebral, son hallazgos que indican el diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica, eso fue encontrado a nivel del cerebelo y a nivel del tálamo, eso justifica el cuadro de diabetes insípida, que suponemos por depresión de hormona antidiurética que se había visto en vida, vinculables a hipoxia con un curso evolutivo superior a 6-9 horas, no puede arriesgar otra data, simplemente que no es aguda, más de 6 a 9 horas y de ahí en más no había informado ningún límite superior. Los pulmones los observó con edema, o sea hinchados y con contenido líquido, eso explicaría la cianosis al momento de hacer la autopsia, que no es la misma cianosis que después los testimonios dan al momento que se descubre esto en el momento quirúrgico. Vio este edema con compromiso en casi todas las partes del pulmón. El corazón también lo vio congestivo. Y el estudio toxicológico que también se hizo en el mismo laboratorio de Chubut, no observó presencia de lo que buscan ellos, etanol, o sea alcohol, estupefacientes ni fármacos psicotrópicos indicadores de abuso de sustancias, nada de eso. Este es el último informe, lo adelanté porque es parte de la autopsia, que serían dos informes. El tercer informe que nosotros lo elevamos el día 19 de diciembre de 2024 se hizo en conjunto con consultores técnicos de parte, estaba el doctor V, como representante de cirujanos, el doctor C como representante del anestesista y el doctor D que ya venía participando desde el momento de la autopsia. Ese informe se inicia con los testimonios, con una escucha y una transcripción de los testimonios recabados a personas que estuvieron o que presenciaron ese acto. Si mal no recuerdo estaba el enfermero circulante; dos anestesistas que acudieron estando en otra sala, en ayuda o por pedido de ayuda del anestesista practicante; una instrumentadora quirúrgica principal; una instrumentadora quirúrgica circulante, que estaba embarazada en ese momento y que por eso hacía las tareas de circulación y que debía salir de la sala por ejemplo cuando se empezaba a dar el sevoflurano para la anestesia; la médica de guardia de terapia intensiva, y hay un pequeño testimonio de otra médica que recibe el turno de terapia intensiva ese día, que no da mucha información porque es la única que no estuvo en el momento que ocurrió

el hecho que se investiga. Es muy largo todo, yo lo que traté fue sacar puntos que me parecieron relevantes de esos testimonios, que tenemos transcritos en el informe tan largo que hicimos con los otros colegas. Me había olvidado, y un bioingeniero, que se dedica al mantenimiento y que revisó el aparato multiparamétrico, el monitor multiparamétrico, que es el que primero escuchamos, por eso empezamos por ahí. Qué puntos relevantes encontré: los propietarios del monitor son los anestesistas, la guarda es el sanatorio, el bioingeniero, el equipo multiparámetros guarda 120 horas de corrido de memoria. [En este estado le expresa el Fiscal -al testigo- que toda esa información ya ha ingresado a través de los testimonios correspondientes. Dice el testigo que bueno, entonces directamente pasamos a los puntos relevantes, que es la respuesta que nosotros ofrecimos a los puntos de pericia]. Teníamos puntos ofrecidos por la Fiscalía, por la querrela, y puntos ofrecidos por la defensa. Se nos preguntó por la composición, las distintas técnicas que se podría abordar esa cirugía en cuestión [que menciona]; se nos preguntó por las ventajas y desventajas de la técnica utilizada [que menciona]; se nos preguntó sobre la cianosis; explicamos que es una definición de color de la piel, un color púrpura azulado, que da cuenta de una mayor cantidad de hemoglobina que es lo que contienen los glóbulos rojos que transportan el oxígeno en la sangre oxigenada a todos los humanos, hay mayor cantidad de hemoglobina no oxigenada y eso da la cianosis, que se observa sobre todo en situaciones del hecho vascular, donde hay una circulación un poco más fina y es más fácil de detectar. Hay dos tipos, una cianosis central y una periférica. Concretamente acá nosotros en este caso por los testimonios sospechamos que esto se trataba de una cianosis central, que ocurría cuando la saturación de hemoglobina es insuficiente, directamente. Y la causa más frecuente en niños la explicamos como de causa respiratoria. Una cuestión puntual sobre la cianosis, la cianosis es de hallazgo tardío en una situación de hipoxia, es de hallazgo tardío. En un monitoreo continuo como puede ocurrir en quirófano o en terapia intensiva lo primero que ocurre cuando hay una obstrucción en la vía aérea es una disminución marcada de la capnometría, es decir, de la cantidad de dióxido de carbono expirado que uno puede llegar a medir, eso es lo primero que ocurre. Después lo que uno puede llegar a ver es una señal de aumento de la presión del circuito aéreo, de la vía aérea, que se ve en el monitor, o en el parámetro del respirador. Después lo que uno ve es una disminución abrupta de la saturación de oxígeno de la hemoglobina, es un hallazgo más tardío que la capnometría inicial. Después lo que uno ve es bradicardia, que en el caso de los niños se produce en general por estimulación que produce la hipoxemia sobre

barorreceptores, que son unos sensores que tenemos en algunos lugares del cuerpo, corazón, cuello, pulmones, esa bradicardia en los chicos es riesgosa y puede generar paro cardíaco, es de alto riesgo de paro cardíaco. Y en último lugar aparece la cianosis. Se nos preguntó sobre el tiempo de cianosis y, en esa secuencia, sobre el tiempo en el que aparece una cianosis una vez que puede producirse una obstrucción y ese tiempo está medido más o menos entre sesenta segundos y unos tres minutos en un chico de esta edad, con posibilidad de que sea hasta cuatro. Teniendo en cuenta lo siguiente, hay mayor vulnerabilidad en el momento de la anestesia. En el momento de la anestesia además de que los niños tienen un menor calibre de vía aérea, que eso hace que haya más resistencia de aire y demás, la anestesia hace que los reflejos propios defensores o los mecanismos defensores del sistema respiratorio funcionen con menor adecuación. La secreción mucosa que produce la vía respiratoria habitualmente en una persona despierta tiene una depuración normal que en proceso anestésico está deprimido y además no hay reflejo de tos, por la narcosedación propia de la anestesia. Eso da un poco más de vulnerabilidad y puede hacer que los tiempos de aparición de cianosis se adelanten un poco a lo habitual que le acabo de mencionar. Pero no encontré específicamente que me de la data de tiempo respecto de niños anestesiados. Lo general descripto es que se extienda entre 60 segundos y 3 minutos, con posibilidad de que se extienda hasta 4. P.¿pero desde qué momento empieza el cronómetro?, desde la obstrucción, antes de la cianosis está todo lo que le acabo de mencionar, disminución del dióxido de carbono, medible, dióxido de carbono expirado, aumento de la presión visible en el respirador, del circuito respiratorio, disminución de la saturación de oxígeno de la hemoglobina, bradicardia previa a paro cardíaco y recién ahí la cianosis. Bradicardia es frecuencia cardíaca enlentecida. Desde el inicio de la obstrucción hasta que llega a la cianosis tenemos un rango que puede ser medible en personas que no están anestesiadas entre 60 segundos a tres minutos, se puede presentar antes en personas que están anestesiadas, en niños, estamos hablando de niños. Antes de eso ocurre todo lo otro que le acabo de mencionar, la cianosis está al final de esa secuencia. También se nos preguntó sobre el contenido estandarizado de monitores multiparamétricos, ahí nosotros encontramos evidencia actualizada, tomamos las de tres organizaciones importantes, una la organización americana de anestesiólogos (ASA), la otra es la organización mundial de la salud (OMS) y finalmente la Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Reanimación (FAAA). El monitor multiparamétrico para el ASA tiene que tener: registro electrocardiográfico, presión

arterial, temperatura, registro capnométrico, que es el dióxido de carbono espirado, fracción inspirada de oxígeno, que es la cantidad de oxígeno que uno hace ingresar al cuerpo, que se puede llegar a regular con los aparatos que se utilizan para respiración mecánica. La ONS agrega la exigencia de señales audibles. El ASA, además, recomienda control de pulso y presión cada cinco minutos. Y finalmente a esto, la FAAA recomienda enfáticamente la presencia del anestesista durante todo el acto quirúrgico, pudiendo a juicio clínico abandonar la sala solamente en una situación de urgencia, dejando a alguien a cargo. Se nos preguntó sobre el campo visual de los cirujanos en el momento de una toracoscopia y si podían ver la expansión del pulmón cuando está respirando, contestamos que en principio sí, al momento de ingresar uno puede ver la expansión del pulmón si no hay intubación selectiva; si la intubación va directamente al otro pulmón que no se está operando en ese caso no se vería. En este caso uno sí podría llegar a ver mientras se insuflaba el movimiento del pulmón, pero después al dirigir el toracoscopio al sitio que se tiene que intervenir, pierde el campo visual y uno como cirujano deja de ver el pulmón que está en movimiento, porque va directamente a la sutura. Todo ese tipo de monitoreo corresponde a la anestesia. Se nos preguntó qué se hace ante una sospecha de obstrucción de la vía aérea, contestamos que había varios procedimientos, pero que el procedimiento seleccionado había sido el adecuado en vista que los otros llevan mucho más tiempo, así que el reemplazo del tubo nos pareció adecuado. Se nos preguntó causas de obstrucción del tubo, explicamos algunas cuestiones fisiológicas de inmadurez que tienen los chicos y que recién algo de esto mencioné, hay inmadurez anatómico fisiológica, labilidad funcional, vías aéreas más pequeñas, aumento de la resistencia al flujo de aire, la caja torácica de los chicos tiene más cartílagos entonces es más flexible, la frecuencia respiratoria es más alta, hay mayor demanda metabólica de oxígeno. La demanda de oxígeno de un chico de esta edad, proporcionalmente es del doble de la de un adulto. Se mide en mililitros por kilo por hora. Y vimos también que el hecho de tener una hernia diafrágica, quitándole espacio a la expansión del pulmón derecho también le daba un factor más de vulnerabilidad, disminuyendo la reserva funcional que puede hacer que este chico se defienda ante una noxa. Se nos preguntó sobre la posición del paciente en cirugía, lo explicamos, en decúbito lateral izquierdo con la posición del lado a operar hacia arriba. La posición del anestesista en el momento de la cirugía, explicamos que es cercano a la cabecera o con acceso a la cabeza del paciente y a los brazos, que es donde pasa la medicación. Se nos preguntó sobre los dispositivos de ayuda cognitiva, esto depende de

cada servicio, yo considero, consideramos que todos los médicos debemos estar entrenados para situaciones de urgencia. Para los cursos de urgencia están los cursos básicos de estaciones, que los hacemos todos los que queremos entrenarnos y considero que cualquier médico de guardia externa de terapia intensiva o del ambiente quirúrgico debería tenerlos acreditados (los que menciona). Los protocolos de actuación la mayoría de las veces se memorizan, y quienes hemos estado en servicio, en hospital rural, en terapia intensiva, haciendo guardia, a cargo de un terapeuta, memorizamos estos protocolos, pero a veces tenemos algunas ayudas cognitivas para cuando ocurren contingencias adentro de un servicio, que son ayudas rápidas, para que no se omitan detalles. Eso puede pasar y depende de cada servicio. Acá entre nosotros trabajó el anestesista consultor de parte y habló de la admisibilidad de ayuda cognitiva en el servicio de anestesia. Así que contestamos a favor de eso. Se nos preguntó sobre la mortalidad de un suceso como este, cuál es la mortalidad general estadísticamente. Explicamos que el paro intraoperatorio ocurre entre un 3 y 22,9 por ciento cada 100.000 cirugías, en occidente, por lo menos, que es donde encontramos mayor evidencia, con tasas de mortalidad que van del 12 al 17 por ciento cuando se detecta paro cardíaco, y con reanimación la recuperación neurológica es baja, es del 10 al 30 por ciento. Por qué es tan baja, porque no es solamente lo que ocurre en el momento que se detecta una afectación neurológica producto de la hipoxia, sino que después del momento del paro se producen y circulan algunos mediadores inflamatorios de acción retardada que pueden llegar a traer más noxa que no esté identificada al principio. Recordemos que en este caso la tomografía inicial no daba nada, es menos sensible la tomografía para detectar cambios, pero la resonancia que se hizo después sí. Y hasta ahí tengo mi resumen. A preguntas manifiesta: lo que se registra en ese lapso de diez minutos, el último registro normal es a las 10,40; lo que se registra de las 10,50 a las 11, por eso yo no sé decirle si fueron 10 o 20 minutos, donde ocurrió, porque hay registros cada 10 minutos. Hay ausencia de saturimetría, que es la saturación de oxígeno en la hemoglobina, se toma generalmente en vía periférica, en algún dedo habitualmente, puede ser oreja, la verdad que no sé dónde se colocó. Hay ausencia de registro de presión arterial, hay un esfigmomanómetro que está conectado al monitor multiparamétrico y hace los registros cada 10 minutos según esta planilla, no cada 5 como recomienda el ASA; hay una depresión marcada de la capnometría, que pasa a 25 mm. de mercurio, y un registro de pulso de 210 por minuto, eso sería la taquicardia. Sin embargo, por los testimonios dedujimos que al momento del arribo de los médicos que

fueron llamados en urgencia, observaron un paro en asistolia, sin registro cardíaco. Así que asumimos que esa taquicardia anotada, lo más probable es que hubiera sido reactiva a la administración de adrenalina, que también surge de los testimonios. Hubo un inicio de reanimación, una constatación de paro en asistolia, una aplicación de adrenalina, una respuesta a la adrenalina y ahí viene el registro de 210, eso es lo que nosotros interpretamos, que no sale de la foja sino de contemplar el todo, junto con los testimonios que escuchamos y que transcribimos. La primera vez que sale una mención de una necesidad de reanimación, primero uno no detecta pulso, pero eso no está anotado, lo primero que se hace es buscar el pulso, no está anotado, se hace mención a un paro en asistolia, visto por el monitor, administración de adrenalina, lo cual es lógico y una respuesta a la adrenalina. Se pide el cardiodesfibrilador, pero es un ritmo no desfibrilable, no es necesario el desfibrilador para tratar este tipo de paro, es necesario en otro tipo de paro, no es el único tipo de paro que puede aparecer. Si bien lo fueron a buscar, porque estaba en otra sala y demás, no le dimos mucha relevancia a eso porque el paro estaba en asistolia. El niño respondió con taquicardia y después queda con taquicardia de menor cuantía hasta que llega a la terapia intensiva y se empieza a estabilizar. La taquicardia es aumento de la frecuencia cardíaca. La presión arterial también sube, responde el chico y sobre todo interpretamos que tiene más respuesta con el cambio del tubo porque al momento de registrarse el aumento de presión arterial, que había dejado de registrarse, es el momento en que también mejora la saturación de oxígeno de la hemoglobina y lo interpretamos como después de la secuencia de cambio de tubo. La pulsimetría, que no sé dónde lo tenía colocado el chico, mide indirectamente por espectrometría, que es un método luminoso que tiene que estar en contexto de oscuridad, por eso la luz puede llegar a alterarlo, mide indirectamente la cantidad de oxígeno que carga la hemoglobina de la sangre circulante, de los glóbulos rojos en sangre circulante. Y cuando baja es una medición tardía, lo primero que baja es la baja de capnometría. Explica que inicialmente se mencionó la taquicardia porque la única información que tenían en ese momento era la autopsia y la historia clínica. Luego, con los testimonios tuvieron información que este paro fue en asistolia, recién la obtuvimos con los testigos, si hubiera sido con taquicardia no hubiera sido un paro, o para que sea un paro en taquicardia tendría que haber sido lo que se llama fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso, y esto no fue lo que ocurrió, sino un paro en asistolia y la taquicardia como reactiva a la adrenalina, esto no estaba en la historia clínica. Del enfermero circulante, si no me equivoco, surge que al momento de

detectarse la cianosis, que es detectada por las instrumentistas, detectan la cianosis, dan aviso al anestésista tratante, y según el enfermero circulante el monitor estaba desconectado. Este enfermero observó que el cable a pared estaba bien y lo que estaba fallando era la terminal del cable que daba al monitor. Interpretamos que al momento del cierre, muy probablemente, donde se voltea al niño ya para descomplejizarlo y sacarlo, creemos que pudo haber existido una desconexión al monitor multiparamétrico, no hubo sonido de alarmas, se encuentra la cianosis, se empieza la secuencia de reanimación, viene el personal de urgencias, observa que se estaba reanimando, lo primero que ven en el monitor es que hay paro en asistolia, viene la médica terapeuta, observan que los pulmones del niño no expandían, y no había auscultación positiva de ingreso de aire. Interpretan que podría haber existido una obstrucción. Uno de los médicos reanimadores da una dosis de salbutamol, que es infructuosa, no soluciona el problema, verifican la colocación del tubo, estaba en vía aérea según lo que dicen los registros y proceden a cambiar el tubo. Ven en el que estaba en uso una columna de moco y sangre en una de las partes, en la parte más terminal, y colocan el tubo nuevo y ahí se recupera. Para eso ya se había administrado una dosis de adrenalina y el chico había respondido con 210 de frecuencia. Y después del cambio del tubo mejorando la saturación de oxígeno. Esa es la secuencia que podría llegar a ofrecerle como interpretación. No está en el informe porque no nos preguntaron. P.¿cuando se menciona 10 minutos carente de registro de presión arterial y pulsimetría, dígame si eso sería una bradicardia extrema, severa, una taquicardia, o un paro cardíaco?, en el primer informe lo que vemos solamente por la planilla es una taquicardia. Lo que hoy interpreto es lo que recién le dije, la secuencia que le di. Es paro en asistolia, no es bradicardia ni taquicardia. De los testimonios sale que es asistolia y por eso hay respuesta a la adrenalina. QUERELLANTE: P.¿me quedó una duda respecto de estos diez minutos de ausencia de marcación de la oximetría, cuando ocurre eso, se dan las alarmas por el capnógrafo, empieza a detectar que hay una falla o que hay un problema?, deberían darse las alarmas y los testimonios indicaron que eso habitualmente da, las alarmas deberían sonar. Y es una recomendación de la Organización Mundial de la Salud. P.¿debería sonar, no?, sí. P. ¿significa que por diez minutos o veinte, dijo usted, esas alarmas tendrían que haber sonado?, sí, en este hecho sí. P.¿esto significa que por 10 o 20 minutos no hubo control?, no le puedo contestar esa pregunta, porque no lo sé, no tengo los elementos suficientes. Lo que surge de uno de los testimonios es que al momento de detectarse la cianosis y la situación de emergencia

estaba desconectado el monitor. P.¿en base a ello, quién debería haber estado controlando?, esa es función del anestesista. P.¿tendría que haber estado controlando el capnógrafo para ver cómo estaban las frecuencias?, en principio el capnógrafo, sí, hubiera detectado. P. ¿en caso que el capnógrafo no hubiese sonado, bien, por “x” cuestiones, volumen muy bajo, cómo sería otra forma de poder observar esta situación?, la secuencia que yo ya indiqué es, primero el capnógrafo, sí, segundo un registro de aumento anormal de presión del circuito de respiración; tercero la saturación de oxígeno; cuarto el electrocardiograma que marca bradicardia y último último la cianosis que fue lo que detectaron las instrumentistas. P.¿es común también hacer un análisis clínico de la situación, como para corroborar si no escucho o si se perdió esa frecuencia, me acerco, voy y observo al campo quirúrgico, destapo y veo si hay?, no, de hecho se detiene la cirugía, si el anestesista detecta una situación así, tiene la obligación de detenerla y potestad de detenerla. Los cirujanos tienen que responder. P.¿usted dijo como que no hubo registro por diez o veinte minutos?, yo no se lo puedo asegurar, porque en la planilla de anestesia que está hecha cada diez minutos los parámetros, el último control normal es a las 10,40, entre las 10,50 y las 11 está esta anomalía, entonces yo no le puedo asegurar si esto se trata de diez o veinte minutos, está en ese rango. P.¿pero por lo que usted ha dado en su informe, en base a las normas de la Federación como de la Asociación son cinco minutos?, el control cada cinco minutos lo da el ASA, que es la asociación americana de anestesistas. P.¿quién es el responsable de controlar la vía aérea?, en cirugía es función del anestesista. P.¿los cirujanos pueden detectar un cuadro de cianosis en este tipo de operaciones?, no creo que sea posible, tienen un campo quirúrgico muy escueto, que además está pintado con solución antiséptica, de color ocre, amarillento, no es posible ver bien el color en ese aspecto, y están focalizados en el campo quirúrgico, no es función de los cirujanos justamente por eso. DEFENSA: P.¿dijo que en la cámara no pueden ver el pulmón?, no, en principio cuando ingresan sí. P.¿y cuando salen?, es posible que lo hagan, pero no es algo que se tenga que hacer de rutina. P. ¿este procedimiento quirúrgico usted juzga que cumplía con los requisitos de seguridad y de monitoreo intraoperatorio que establece la legislación?, bueno, por lo que hemos estado nosotros buscando, no. P.¿en qué sentido?, los controles específicos de la planilla figuran cada diez minutos y encontramos recomendaciones que es cada cinco. P.¿y en todos los casos es cada cinco?, efectivamente, en todos los casos. P.¿y la planilla qué es, la transcripción de qué?, es la foja anestésica, es el registro de lo que el anestesista ve, lo que el anestesista va viendo

de lo que le da el equipamiento anestésico, concretamente el monitor multiparamétrico y el respirador. P. ¿bien, y quién lo llena eso?, el anestesista. P.¿en este caso se llenaba cada diez minutos, eso significa que en el lapso de diez minutos ocurrió lo que ocurrió, durante esos diez minutos no hubo registro de estos valores?, ha habido un registro cada diez minutos y entre un registro y otro, en un lapso de 20 minutos hay un registro donde están todas estas anomalías que le acabo de mencionar. P.¿una cosa es lo que registra el monitor y otra cosa lo que se transcribe en la planilla, el monitor usted dijo que registra en forma permanente, no deja nunca de registrar?, no debería. P.¿la planilla se llena cada 10 minutos, en qué momento la llena el anesesiólogo?, cada diez minutos. P.¿y en este caso, que se vivió una situación catastrófica, un paro cardiorespiratorio, es posible que el anesesiólogo llene la planilla durante esos minutos en que ocurrió el evento?, lo desconozco. P.¿no, si es factible?, no creo que lo haya hecho, probablemente lo haya hecho después, no sé, no lo sé, si hay una urgencia uno suspende lo que estaba haciendo hasta que atiende la urgencia. P.¿la norma dice algo al respecto?, no que yo haya leído. P.¿cuáles son las prioridades frente a un paro cardiorespiratorio?, es una norma médica no anestésica, no dice nada al respecto, si hay una urgencia el médico tiene que atender eso y no llenando la planilla, puede ser que la llene después, eso es una obviedad para cualquier acción médica señor. Si hay una urgencia en este momento yo tengo que suspender mi declaración y atenderlo a usted si usted tiene una urgencia. P.¿en este caso es posible que todo lo que se llenó en la foja, que es el único reflejo que tenemos de todo lo que sucedió, porque el monitor no grabó absolutamente nada, nosotros nos guiamos en este proceso solamente por lo que dice esa foja anestésica?, sí. P.¿esa foja se llenó después?, parecería que sí, pero no es un dato objetivo que yo pueda sacar de mi examen. P. ¿desde que se sacan las cámaras hasta que se realizan las curaciones del paciente, que fue cuando se detectó el estado cianótico del paciente, cuánto tiempo transcurre?, nos preguntaron cuánto tiempo tardó el personal quirúrgico en hacer las suturas y si no me equivoco lo pusimos más o menos en un minuto y medio, y luego está la curación. P. ¿cuando los cirujanos retiran sus instrumentos y finalizan la cirugía, ellos tienen posibilidad de saber si el pulmón está funcionando?, en ese momento no, y no va a funcionar ese pulmón porque está colapsado, lo que colocan es una trampa, siempre va a estar colapsado el pulmón, no hay forma que no esté, no hay forma, no hay forma, porque se insufla con dióxido de carbono y hay aire dentro de la cavidad pleural, no hay forma de que ese pulmón no esté colapsado, no tiene a donde ir, así que aunque no haya intubación selectiva ese pulmón no va a tener nunca el tamaño normal, tiene

que ser expandido como cualquier neumotórax con un tubo de avenamiento, sin lugar a duda. Sí, se produce un neumotórax, hay aire dentro de la cavidad pleural. P.¿cómo extraen entonces el aire y toda la secreción?, se coloca un tubo de avenamiento, un tubo de drenaje pleural y eso va por la parte de afuera conectado a una trampa de agua, que hace que el aire vaya de manera unidireccional por un tiempo que es variable en cada persona, hasta que se expanda totalmente. P.¿y cómo verifican los médicos si es correcto el funcionamiento?, lo colocan y se van, y luego van viendo en el día a día si esa trampa de agua sigue o no burbujeando hasta donde van viendo también con control radiológico que se expanda, y después se retira. P.¿si en el momento que lo colocan advierte que no burbujea, qué significa eso?, eso no está figurando eh, si no burbujea quiere decir que no hay respiración efectiva, tiene que estar burbujeando. P.¿entonces sería lógico que los médicos controlen si burbujea o no?, sí, claro. P.¿quiere decir que en ese momento cuando los médicos retiraron sus instrumentos quirúrgicos ese pulmón debía estar funcionando?, y, si vieron burbujeo sí, pero lo desconozco porque no consta. P.¿y desde ahí, hasta que realizaron las curaciones y detectaron la cianosis pasaron apenas, a lo sumo un minuto y medio?, sí, es lo que nosotros estimamos, por la sutura, cuando detectan la cianosis. P.¿el monitor multi-paramétrico que es en el que todos se guían para constatar los valores, es visible para todos?, el anestesista coloca la mesa anestésica y el monitor para su visión, y los cirujanos lo que colocan para su visión es la torre de toracoscopia, en este caso, y el resto del personal sí, tiene que estar al tanto de esto. P. ¿es posible que haya estado apagado 20 minutos y que nadie lo haya visto, justo en un momento final de cirugía, que nadie haya visto que se apagó el monitor 20 minutos?, como ser posible es posible, como probable yo creo que es poco probable. P.¿diez minutos?, poco probable, pero tal vez puede ocurrir. P. ¿pero había cinco personas dentro del quirófano?, sí, pero supongo que cada uno abocado a su rol., pero sí, es visible para todos. P. ¿la obstrucción que ocurrió en el tubo endotraqueal es algo frecuente que ocurra, en la forma en que ocurrió?, no, nos preguntaron, no es algo frecuente, es un incidente inesperado y fortuito. P. ¿y en qué momento cree usted que se dio este incidente?, lo desconozco, estamos todos acá para investigar eso, pero seguro hasta las 10,40 no, estaba todo bien. P.¿esta hipoxia fue a nivel central o periférica?, no tenemos datos suficientes como para poder contestar esto, pero dados los testimonios opinamos, inferimos que lo más probable es que haya sido central, aparte cómo ocurrieron las cosas, de saturación de hemoglobina, es central. Hay una cosa más, uno de los testimonios que si no me equivoco es de la médica terapeuta que llega, da cuenta

de que la saturación marcaba en ese momento 70 por ciento, así que inferimos que es central. P.¿y si fue una hipoxia a nivel central, podría existir algún retardo en los valores, por ejemplo de la oximetría de pulso?, la oximetría de pulso tiene retardo. P. ¿qué retardo tiene?, cuando nos preguntaron esto en los puntos de pericia contestamos evidencia que da unos 60 segundos y evidencia que daba hasta dos minutos, no más de dos minutos, por lo menos lo que dice la evidencia hablando específicamente de saturación, pero le recuerdo que el hallazgo de cianosis tiene un rango de tiempo que le acabo de mencionar y que la saturación va antes. P.¿bien, o sea el rango de cianosis entonces puede ser entre uno y tres minutos?, sí, sesenta segundos a tres minutos. P.¿y esto que tendría que haberse dado antes tendría que ser en un rango de uno a dos minutos?, sí, probablemente, no más de dos minutos. P.¿quiere decir que hasta aproximadamente dos minutos lo que haya sucedido podría no haber sido detectado por el monitor multiparamétrico, aún estando prendido?, sí. P.¿y esos dos minutos son suficientes para causar una hipoxia, de un paciente de estas características, en este contexto quirúrgico, con este estrés?, sí, esto es muy variable, como también lo explicaron los colegas en sus testimonios, puede haber un paro que dura muy poquito y la secuela es muy severa, o viceversa, esto puede ser muy variable, sobre todo en los chicos, pero interpretamos que los chicos pueden ser más vulnerables a esto y si hay bradicardia o paro hay mucha vulnerabilidad y hay menos tolerancia que un adulto a esto. El cerebro de los chicos es más sensible, se ve directamente en la autopsia, pero como le digo puede ser suficiente como para ocasionar semejante daño y en algunos casos puede pasar lo mismo y no generarse tanto daño. P.¿de qué manera podría haberse monitorizado una taquicardia durante este lapso de diez minutos, el monitor este, usted dijo que marca distintos valores, los marca todos en el mismo lugar, en la misma pantalla?, sí, en la misma pantalla. P.¿entonces no entiendo cómo hicieron para detectar algunos valores que sí están registrados o asentados en la foja anestésica y otros no, de dónde los sacaron?, no lo sé. P.¿porque los indica el monitor?, sí. P.¿si el monitor estaba apagado podrían haber obtenido estos valores asentados?, no, pero si los perciben en ese lapso cuando se descubre, que el monitor estaba apagado, según el testimonio, no estoy diciendo que haya sido así, según el testimonio es una evidencia indirecta la que le estoy dando, si lo detectan, lo conectan y en ese lapso de diez minutos ...(lo interrumpe). P. ¿qué información tiene sobre esto?, el del bioingeniero, dos anestesistas que acudieron en ayuda, había un tercer, T ...(lo interrumpe), P.¿no, perdón, tal vez no me interpretó la pregunta, cuántos testimonios dan cuenta de que el monitor se apagó?, uno.

P.¿de quién es ese testimonio?, del enfermero circulante. P.¿cuál es el nombre?, no sé, lo tengo anotado, si quiere me fijo. Expresa el abogado: no hace falta, sabemos quién es en realidad. Le contesta: no hay problema, lo busco, pero el informe lo tiene usted. P.¿le voy a hacer una pregunta directamente de su opinión profesional, usted cree que otro anestesista en lugar del Dr. A podría haber evitado esto?, es una pregunta subjetiva, no es a lo que me dedico. Manifiesta el Defensor: bueno, no hace falta que me conteste entonces.-

S A B: con A somos compañeros de trabajo en el Sanatorio Médico anesthesiólogo, hace 15 años, perteneciente a la Asociación rionegrina de Anestesia, Analgesia y Reanimación y también soy miembro de la Federación Argentina de Anestesia, Analgesia y Reanimación. Tenemos protocolos de trabajo. Chequeo previo, si tiene enfermedades, patologías, si está en ayuno. Hablamos con los familiares. Se le explica a los familiares, los riesgos que tiene. Checklist, lista de chequeo, antes de empezar la cirugía. Alergias, medicación que tome, ayuno, se controla la mesa de anestesia. Se le avisa al médico cirujano cuando esté en condiciones de empezar. ...se lo posiciona y empieza la cirugía. P.¿cómo funciona esa ventilación mecánica?, colocamos un tubo endotraqueal y uno setea la máquina de acuerdo al peso del paciente, la frecuencia respiratoria y va controlando cómo ventila el paciente. Tenemos arriba un monitor, que es el monitor multiparamétrico, en donde tenemos una monitorización continua, de la saturación de oxígeno, de la frecuencia cardíaca, del ritmo cardíaco, de la presión arterial no invasiva y de la capnografía. En el sanatorio ... hay varios monitores. Tenemos 4 quirófanos, todos con mesa de anestesia y todos con monitores, también tenemos en hemodinamia con mesa de anestesia y monitor. Además monitores hay en toda la institución, como en las terapias y en las unidades coronarias, como en todos lados, cada paciente con un monitor. Los monitores de anestesia generalmente los compramos nosotros, el grupo de anestesia, y nuestras máquinas. La misma gente que nos provee los monitores se encargan del mantenimiento, siempre el técnico al teléfono, se llama M. Es el técnico encargado de hacer los chequeos. Que esté todo bien en condiciones. Antes de iniciar la operación probamos la máquina, lo hacemos nosotros. Agarro una bolsa reservorio, la conecto y simulo como que estoy ventilando un paciente. Miro los monitores, miro como trabaja. El chequeo del monitor multiparamétrico uno lo hace cuando está conectado con el paciente, es decir, conectando el sensor del oxímetro de pulso, con el manguito de presión no invasivo,

cuando está intubado con la capnografía, hay cosas que se hacen cuando está dormido. Incluso si yo me lo pongo en el dedo, pruebo. Pruebo antes el funcionamiento. La capnografía no lo podría hacer, porque tengo que intubar al paciente, recién lo veo cuando está intubado. Lo dormimos, administramos drogas. Lo mantenemos dormido al paciente, con hipnosis, analgesia, relajación muscular, bloqueo neurovegetativo, eso sería la anestesia por definición. Después, cuando largamos la anestesia, la monitorización es en forma permanente, en forma continua, tenemos el multiparamétrico, y con el multiparamétrico tenemos la saturación de oxígeno, como le dije, en forma continua, tenemos el electrocardiógrafo, que nos marca el ritmo cardíaco, las formas de las sondas del QRS, la presión no invasiva, la capnografía y la temperatura también. Todo eso es lo básico para hacer una anestesia. Monitorización permanente. Tenemos un rol activo en el quirófano, uno está depende de la situación, puede estar sentado mirando el monitor, pararse, ponerse detrás de los cirujanos, mirar el campo, puede moverse, depende de la situación y de la cirugía, el rol de la monitorización es dinámico y continuo. P.¿puede delegar por ejemplo en un enfermero “mirame la máquina” durante una cirugía?, eso le expliqué bien a la Fiscal, nosotros el monitoreo es en forma continua y permanente, una cirugía promedio dura dos horas, tres horas, hora y media, hay de más y de menos. Si yo no tengo ninguna urgencia la monitorización es permanente, continua, salvo que tenga alguna urgencia, si tengo que ir al baño, o esté descompuesto, o me sienta mal, si es así lo que hago es, le aviso obviamente a un colega, que es lo que hago yo generalmente, me voy al baño, por favor me mirás un ratito el paciente, ayer pasó con M, con mi colega, sí, se lo miré, vino, un minuto, dos minutos, eso. Para mí es importante aunque sea un minuto, es delegar en ausencia a un profesional. P.¿las máquinas tienen alarmas, cómo son las alarmas?, sí, tienen, los monitores tienen alarmas sonoras y visuales. Los monitores multiparamétrico creo que tienen volumen, no lo recuerdo en este momento. La ventilación mecánica uno lo está viendo y si suena te marca, hace un ruidito que te avisa. Lo que se configura en el monitor multiparamétrico es ponerlo en modo pediátrico o adulto, eso sería lo básico y se adapta a adulto, pediátrico y neonatología. En este caso un niño de 4 años yo lo pondría en el modo pediátrico. Con el cirujano es una comunicación fluida, bidireccional, los roles están bien marcados, por supuesto, el cirujano tiene que encargarse de la técnica quirúrgica y de su cirugía y de operar, y nosotros tenemos que encargarnos de la monitorización y del control de la vía aérea, así como de la ventilación mecánica. Ahora bien, tenemos una comunicación y depende lo que esté

pasando, obviamente yo puedo hablar con el cirujano, ejemplo, y nos pasa frecuentemente, en una hemorragia yo puedo decirle al cirujano mirá, porque estoy viendo el campo, estoy viendo la aspiración, está sangrando el paciente, por favor si podemos resolverlo, porque ahí yo no puedo hacer nada. Y el también a mi me puede hacer comentarios, mirá S noto que la saturación cayó, está todo bien?, te fijaste?, es un rol activo y de comunicación. En este caso no participé en la cirugía, yo estaba en otro quirófano, en otro sector, haciendo otra cirugía pediátrica, no sabía absolutamente nada qué se estaba operando. No sabía nada. Estaba trabajando en otro sector, haciendo otros pacientes pediátricos, con la doctora A C, estoy esperando a mi paciente para que venga, con todo preparado, cuando recibo el llamado de una emergencia de ayuda, que necesitaban otro anestesiólogo por un supuesto paro en el quirófano de materno infantil. A lo que inmediatamente le doy aviso a la jefa de enfermería de que por favor me detenga el paciente mio, que lo frenen, que iba a ayudar una emergencia. Salí corriendo, llegué y la imagen que tengo es, ni bien llego lo veo al Dr. P que estaba haciendo compresiones cardíacas, hacia la cabecera lo veo al Dr. A que estaba ventilándolo con la bolsa, fue lo que me llamó la atención, intuí yo mentalmente que algo no andaba bien, enseguida me puse a disposición de P, le digo P, me dejás un segundo que compruebe que esté en paro, sí, me tomo el tiempo que dicen las guías, cinco segundos, hay guías que hablan de diez, evalué el pulso carotideo del paciente pediátrico, no lo tenía, tenía una coloración pálida, miro el monitor y estaba con una línea isoelectrica, eso para nosotros sugiere un ritmo asistolia. D P.¿qué es asistolia?, el electrocardiograma tiene un ritmo sinusal que es una onda “P”, una onda “QRS” y una onda “C”, esas son las ondas que vemos cuando nos dan un electrocardiograma, bueno, yo el paciente vi que estaba en línea isoelectrica, que coincide con el paro, es un ritmo de paro cardíaco. Inicio reanimaciones, indico cargar adrenalina, uno en diez, esto fue todo muy rápido. Llega el Dr. W, también estaba el Dr. T, indico una adrenalina de uno en diez, que es una dilución de una ampolla en diez, le hacemos dos centímetros de adrenalina, esa es la droga indicada para esa situación, para ese tipo de paro. Lo indican todas las guías, claro, son las guías de soporte cardiovascular en pediatría avanzada, las produce la Sociedad Argentina de Pediatría. Continuando, realizamos dos centímetros de adrenalina, realizando compresiones cardíacas de alta calidad, que es RCP, en el medio del pecho, y a los segundos de hacer la adrenalina vemos que recupera QRS, es decir, recupera ritmo, en menos de un minuto. P.¿estaba casi en paro cardíaco?, no no, no lo vi en casi, estaba en paro. P¿paro sería cero?, sí. P.¿cuál sería el valor normal para un

paciente pediátrico?, por eso, cuando le hago la adrenalina recupera QRS, recupera frecuencia cardíaca. P.¿hasta la óptimo sería?, sí sí, claro. Por eso una vez que recuperamos ritmo sinusal, es decir frecuencia cardíaca, me voy con lo siguiente del protocolo, que es el A y el B, nosotros tenemos un protocolo mental que lo vamos repasando mientras vamos trabajando, C es circulación, A es vía aérea y B es ventilación. Una vez resuelto el C, hay que pasar al A y al B, seguimos trabajando con el A, le digo a M por qué no lo pasás a ventilación mecánica, y de paso te liberás las manos y seguimos trabajando y nos seguís ayudando. M lo pasa a ventilación mecánica y ahí es donde notamos que la presión pico y que el fuelle del ventilador no ciclaba correctamente, es decir, hacía como una especie de resistencia. Hablando en términos vulgares es como un pistón que se movía con dificultad. Pido un estetoscopio, lo ausculto al paciente en forma bilateral, y noto que la disminución de entrada de aire era clara. Entonces siguiendo con esta secuencia de A B, de resolver el problema de vía aérea, pedí un salbutamol, le hicimos salbutamol, que uno también va descartando de lo más simple a lo más complejo, en pediatría es común el broncoespasmo, le hicimos salbutamol y no respondía. En ese instante, en ese momento, segundos antes o segundos después, llega la terapeuta también, que habían llamado, también lo ausculta, dice al equipo “este paciente no está intubado”, yo le digo que está intubado pero que le entra muy mal, me dice “no, no está intubado”, el debate fue breve, lo debatimos, me dice “no ventila, para mí no está intubado”, entonces yo ante la duda voy, hago la laringoscopia, doy la vuelta enseguida, con un laringoscopio que tiene un mango y una rama, uno lo mete en la boca del paciente y puede ver la vía respiratoria, la glotis y puede ver todo, está debajo de la lengua, cuando miro le digo “sí A, está colocado correctamente, está en la vía aérea, eso es seguro”, pero no conforme con eso, porque cuando las cosas no andan bien es como decir empezamos de nuevo, le sugiero vamos a cambiar el tubo. No puedo decir que fui yo, lo charlamos, es un equipo. Todo partió del debate que tuvimos, de tratar de resolver, yo le digo lo voy a cambiar. Saco el tubo que tenía puesto, me pasan un tubo nuevo, me lo pasaron ahí, habré demorado quince segundos, me pasan el tubo que creo que era número 5, y lo coloco. Escucho de este lado que dicen acá estaba el problema, estaba el tubo tapado, miro así y veo una columna de moco y sangre en el tubo. Colocamos ese tubo endotraqueal, chequeamos la ventilación y era normal, la saturación de oxígeno era 98 por ciento, la frecuencia cardíaca era normal, la presión arterial no invasiva era normal, y la capnografía era normal, revertimos el cuadro. P. ¿desde que le avisan en el otro quirófano, hasta que resuelven este problema, cuánto

tiempo transcurrió?, fue todo muy rápido, yo estimo que no fueron más de 3 a 5 minutos, no más que eso. P.¿cuando llega y lo ve a V y luego de que se cambia el tubo, de qué color estaba?, al llegar yo lo vi pálido, grisáceo, con aspecto de palidez, cuando cambiamos el tubo recobró la coloración de un paciente normal. P.¿La palidez a qué se debe?, porque estaba en paro, cuando uno está en paro no tiene circulación sanguínea. P.¿Qué efectos produce en el cuerpo un paro cardíaco?, cuando corremos con el paro uno trata de hacerlo lo más rápido posible y por eso hace la reanimación artificial para suplir lo que el corazón hace que es oxigenar a órganos vitales, perfundir, darle llegada de sangre a órganos vitales como son cerebro y corazón. Si no le llega oxígeno al cerebro se muere el cerebro. P.¿en cuanto tiempo de acuerdo a la literatura?, esa es la gran pregunta, y la literatura habla entre 3 y 5 minutos, no le puedo precisar, hay colegas que te cuentan que tuvieron experiencia de poco tiempo y otros que estuvieron más tiempo y no pasó nada, es una pregunta que es más para los peritos que para mí. Los libros hablan de un tiempo de 5 minutos. El tiempo sería cero, a medida que pasa el tiempo la neuronas van sufriendo. Yo no puedo asegurar que en 5 minutos recupero todo o nada, empieza a haber lesión neuronal. La neurona sin oxígeno desde cero empieza a sufrir. Aquí en el minuto recuperamos circulación. Después seguimos con el otro trabajo que es el aéreo. No pregunté cuánto tiempo hacía que estaba en paro cuando yo llegué. No tengo la menor idea, nunca lo supe. Cuando el fuelle no cicla el problema es de entrada de aire. Yo le digo que cuando cambiamos el tubo la saturación fue normal, la oxigenación era normal y el paciente recuperó la coloración. Cuando resolvimos el tema cardíaco se siguió con la vía aérea porque el paciente no ventilaba bien, no ciclaba correctamente el ventilador, porque algo había que no dejaba ciclar el ventilador. Era el tubo tapado. Se trabajó rápido y bien en lo que yo estuve, de lo otro no puedo hablar porque no estuve. Los anestesiólogos somos especialistas en reanimación, de hecho el título lo dice. QUERELLA: P.¿en caso de haber una obstrucción en el tubo, el capnógrafo daría aviso de que no está ingresando el aire correspondiente, prendería las alarmas el capnógrafo?, CONTESTA: ¿si yo tengo una obstrucción aguda, el tubo totalmente tapado? P.¿no, o que deja entrar poco aire?, si deja entrar aire tengo capnografía todavía, por eso la pregunta es si lo tengo al tubo totalmente tapado o si no lo tengo totalmente tapado. P. ¿cómo estaba el tubo?, cuando nosotros lo vimos estaba totalmente tapado. P.¿ahí sonaría el capnógrafo?, lo que pasa es que cuando yo fui no teníamos capnografía, no había nada porque estaba en paro. P. ¿pero no creo que esa mucosidad o esa sangre que encontraron después se haya

generado en el mismo momento, se haya generado cuando ustedes sacan el tubo?, el momento en el que se generó eso no lo puedo saber. P.¿pero en su práctica cuando se tapa el tubo, el capnógrafo da aviso de que hay una obstrucción?, si se tapa como yo lo vi en forma aguda, no tengo capnografía, no tengo nada. P.¿pero no da las alarmas, no te avisa a vos que está faltando la oxigenación?, es lo que dije, como yo lo ví, que no movía el fuelle y levantaba la presión pico, me estaba avisando que estaba obstruido sí, que algo no andaba bien claramente. P.¿usted con su experiencia si ve que no anda bien, si ese pistón como usted dice, no está funcionando, el capnógrafo avisa y aparte el anestesiólogo tiene que estar atento a ver si esto realmente está funcionando?, sí, sí. P.¿y si está en ese pico significa como que no hubo un control?, lo que pasa es que yo hablo de lo que yo hice cuando llegué, yo no puedo hablar de mi colega, y que no estuve. Serían todo suposiciones, conjeturas. P.¿si eso no funciona da las alertas?, sí, claro; si a mi me alertó justamente que el fuelle no se movía y que la presión pico estaba aumentada, sí. P.¿cuáles son las dos formas que le da la Asociación de Anestesiólogos y además la Federación, para poder alertar que el paciente no está perdiendo oxígeno, porque una es la motora, como dijimos y la otra cuál sería?, la saturación de oxígeno. P.¿sí sí sí, pero eso es con la mecánico, y después cual es la otra forma para poder corroborar que no está cianótica una persona?, sí, mirándolo al paciente. P.¿usted dijo que la muerte es un proceso que se va dando, me lo puede explicar?, la muerte para la medicina es un proceso, nunca es un instante, por más corto que sea es un proceso que se va dando, y en lo civil es un instante, se pone una hora. Son los distintos ciclos que se van dando, el proceso fisiopatológico que se va dando. DEFENSA: P.¿qué cantidad de anestésicos practicó usted mientras trabaja como anestesiólogo?, fueron 15 años en forma ininterrumpidas, con un promedio de 60, 70 u 80 por mes. P.¿840 por año?, no saqué la cuenta, pero puede ser. P.¿cuánto tardó usted en tomar contacto con el paciente desde que le avisan de la emergencia?, fui rápidamente, no lo sé, 10 segundos, 20 segundos. P.¿que es la adrenalina?, es una droga, que toca cuatro receptores, es droga de elección en el paro cardíaco, depende qué paro, qué ritmo, y lo que provoca es darle flujo al miocardio y elevar la frecuencia cardíaca. P. ¿la taquicardia qué es?, es un aumento de la frecuencia cardíaca por encima de lo normal. P.¿usted dijo que en este caso aplicaron adrenalina en qué momento?, ni bien comenzamos la reanimación, y ni bien yo inicié RCP indicamos la dosis de adrenalina, es decir, antes del minuto teníamos la adrenalina colocada, y habíamos recuperado el ritmo, como le dije. P.¿en ese momento el paciente hizo una taquicardia?, y habrá estado 140 o 160 de frecuencia cardíaca. P.¿Una hipoxia,

usted podría definir qué es una hipoxia?, sí, es la disminución de oxígeno a nivel de los tejidos. P.¿en este caso puntual como consecuencia de la aplicación de adrenalina, se podría haber generado una hipoxia?, no no no, la adrenalina es justamente una droga para recuperar la actividad cardíaca. P. ¿me quedó claro que los tiempos en que se puede producir una hipoxia son relativos, que no puede dar precisión, lo que le pregunto es si los tiempos de la hipoxia pueden sufrir alguna variación en pacientes pediátricos respecto de lo que sucedería en pacientes adultos?, el paciente pediátrico es más sensible todavía a la hipoxia, porque fisiológicamente tiene menos reserva de oxígeno y más consumo metabólico de oxígeno, entonces se instala más rápido todavía. P. ¿qué sucede con un paciente pediátrico frente a una hipoxia?, por las características fisiológicas de su aparato respiratorio, tienen mayor consumo metabólico de oxígeno y menor reserva de oxígeno. P.¿entonces en relación a los tiempos de hipoxia usted se refería a pacientes pediátricos o a pacientes adultos?, no, yo hablé recién de la lesión neuronal, puedo citar un médico legista de referencia para mí, Fraracho, y él habla de cinco minutos de hipoxia y lesión neuronal. Pero está claro que el pediátrico es más sensible, más susceptible, digamos, desatura más rápido. P.¿entonces cuál podría haber sido la causa de la taquicardia?, en este paciente la adrenalina que le hicimos nosotros. P.¿no me quedó claro el hecho de que ustedes no hayan ido directamente a ver el tubo endotraqueal si estaba tapado, por qué no fueron directamente y le cambiaron el tubo, por qué no se dieron cuenta antes que el tubo era el problema?, primero que es un proceso complejo, y segundo que seguimos un protocolo, A, B, C, si el paciente está en paro y no tiene pulso primero la prioridad es recuperar la circulación, darle sangre a ese cerebro y a ese corazón. Y después seguimos, si bien se trata de hacer todo junto, lo hicimos así porque en ese momento resolvimos la circulación y después pasamos a resolver la vía aérea. Esto es lo que indica el protocolo. P.¿El monitor multiparamétrico lo ven solamente ustedes o lo ve todo el mundo adentro del quirófano?, no, está arriba de la máquina de anestesia, lo puedo ver yo pero lo pueden ver todos. P.¿las alarmas son audibles para todo el mundo?, sí sí, se escuchan sí. P.¿cómo documentan ustedes la información que les va suministrando el monitor multiparamétrico?, depende de cada paciente y de cada situación, hay pacientes y situaciones donde uno tiene tiempo, está relajado, y que mientras va trabajando y va viendo el anesmiólogo va anotando en la foja anestésica, nosotros tenemos un sistema informatizado en el ..., y vamos cargando lo que vamos viendo y lo que va pasando lo vamos cargando. Salvo que haya una emergencia, un evento crítico donde tenés que ocuparte obviamente del paciente y dejar

eso para anotar después. P.¿cómo monitorizan ustedes la oxigenación de la sangre del paciente durante una cirugía?, con la saturación de oxígeno, es un dispositivo que se coloca en uno de los dedos, de la mano puede ser, y en el monitor multiparamétrico te va marcando en forma continua que porcentaje de saturación tiene el paciente, lo normal es tener entre 97 y 98 por ciento, eso nos indica que el paciente está oxigenándose bien, que tiene buena saturación del oxígeno con la hemoglobina, es una medida indirecta obviamente. P.¿esta medida indirecta ofrece una medición en tiempo real?, no es en tiempo real, es indirecta, pero es una medida fehaciente de lo que está pasando con el paciente. Tiene segundos de delay, lo tiene. P.¿en este caso donde ustedes detectaron una obstrucción completa del tubo endotraqueal, el oxímetro de pulso podría haber tenido un delay e indicar la falta de oxigenación; cuánto tarda el oxímetro de pulso en avisarme lo que ocurrió?, y el delay descripto también es teoría, a veces son segundos, 30 segundos, 40 segundos, un minuto, depende, pero también depende de otras condiciones, de la temperatura del paciente, de la perfusión que tenga el dedo, es un método indirecto digamos, no deja de ser tecnología. P.¿lo importante, en conclusión es que no es en tiempo real esto?, no, no es en tiempo real. P.¿cuál es la modalidad respecto al uso de los campos quirúrgicos cuando uno está interviniendo a un paciente pediátrico y concretamente le pregunto si es que usted tiene experiencia cuando se está dando tratamiento a una hernia diafragmática?, y hay una diferencia con los campos, y con las cirugías, todo depende de las cirugías y del paciente, en este caso al ser un paciente infiero yo, pequeño, obviamente se lo tapa todo y se deja solamente la parte a intervenir, que es la parte del tórax. P.¿y ustedes, dado que necesariamente deben valerse del monitor, si tuvieran que hacer un análisis clínico podrían destapar al paciente?, sí, sí sí sí. P.¿cuándo ustedes juzgan que es conveniente hacer ese análisis clínico?, depende, si no tengo más registro de saturación de oxígeno, bueno, pido permiso, veo el dedo a ver si se me desconectó el cable, por ahí se desconectó el cable y nada más. P.¿cómo pido permiso, no es que usted va y destapa directamente al paciente?, no, digo, lo hablo con los cirujanos, digo quiero chequear acá, si el oxímetro está colocado o no, es una forma de ética, moral, a veces lo hago sin avisarle, depende, no es algo formal. P.¿la frecuencia durante una operación de dos horas, por ejemplo, cómo juzgan ustedes, cuántas veces tienen que destapar al paciente para ver?, y depende del paciente y depende de la situación, porque si yo tengo en el multiparamétrico una monitorización que es continua, y yo veo que está siempre en 98, siempre en 99, no es necesario que lo mire. P.¿qué es un drenaje de tórax?, lo colocan generalmente los

cirujanos al final de la cirugía para de alguna manera ayudar a que ese pulmón siga expandiéndose bien, y para sacar secreciones y aire. P.¿cómo verifican si funciona correctamente o no, si fue efectiva la trampa de agua?, tiene que colocarse en sentido de declive y burbujear, no soy cirujano, es lo que uno mira. P.¿si el pulmón no estuviera funcionando la burbuja esa se produciría?, y no debería, no soy cirujano, insisto, tiene que burbujear, no es algo que coloco yo, que hago yo, pero sí, sirven para eso digamos. P.¿en una toracoscopía que se monitoriza, ven en algún momento el pulmón ustedes? Sí sí, en el video sí, se ve las veces que quiera verlo.-

M G W: tengo relación laboral con el imputado, solemos trabajar juntos, desde 2012 en el ..., hago anestias en general, de todo tipo. Ese día yo finalizando una cirugía, en la puerta del quirófano central, a unos metros el quirófano de materno donde estaba ese niño, vino la jefa, L, y que dice que me llamaba el doctor A, por un código justamente de una parada cardíaca. Llego inmediatamente, 10 segundos, no más de eso. P reanimando con compresiones cardíacas. En la cabecera A. El Dr. B, que había llegado segundos antes. Era una hernia diafragmática congénita que estaba siendo abordada por vía torácica. Después le pregunté al Dr. A si esto era reciente, si esa parada cardíaca era reciente. Lo que observo yo, en el monitor, es una desaturación, una ausencia de saturación arterial de oxígeno y de capnografía y escucho que el Dr. B dice que no tenía pulso, es decir, toma el pulso, no tenía pulso. Y en ese momento hay un intercambio de roles. A toma un rol sobre vía aérea. B empieza a liderar esa reanimación. Yo me dispongo y me indica también a mí, uno se hace como chiquito en ese momento, entendiendo los roles, hemos tenido otras situaciones semejantes, y en ese momento yo me dispongo a estar como reanimador en la administración de las drogas. Llego en el primer ciclo de la reanimación, que son dos minutos. Rápidamente el Dr. B indica adrenalina, la carga un enfermero. Estaba también el doctor C, detrás de P. No recuerdo quién era la instrumentadora y los enfermeros. Pero sí que estaba a mi derecha un enfermero que me alcanza la adrenalina y yo cargo 2 ml de adrenalina, y hago la indicación que me dice el Dr. B; yo no puedo precisar en cuantos segundos hubo restablecimiento de la circulación espontánea, que se constituye en salida de la para cardíaca, entre 15 y un minuto el monitor mostraba ya saturación arterial de oxígeno y empezaba a, no le puedo indicar qué valores había, pero iban en ascenso, para finalmente el paciente salió con una saturación arterial de oxígeno aceptable. Dentro del primer ciclo en los dos minutos, eso es lo que yo observo. Inmediatamente atrás mio,

casi en simultáneo llega la Dra. G, que es neonatóloga y el doctor T. La Dra. G, siendo experta, dice “el paciente está extubado”. [a partir de este momento explica en términos similares a lo declarado por el Dr. B]. Se cambia el tubo y el paciente vuelve inmediatamente a ventilar. El tapón mucoso se encontró una vez que se sacó el tubo. Cuatro expertos en ese momento, y en un tiempo finito, como son segundos a uno o dos minutos. P.¿, viendo la cara de V cuando llegaste y cuando le cambiaron el tubo, cómo fue variando el aspecto de V con el cambio de tubo?, cuando yo llegué el paciente estaba pálido, como muchas de las situaciones de paro que nosotros tenemos también en el quirófano, porque se establece rápidamente la parada, no había cianosis central, él no tenía, central digo, porque en una situación de insuficiencia respiratoria o de parada cardíaca, podríamos suponer una cianosis alrededor de la boca, de la lengua, no de los extremos distales por ejemplo, no buscaría nunca una cianosis central por ejemplo en un dedo, en una mano, por ejemplo, la buscaríamos en la boca, por ejemplo, pero no en los dedos, porque puede confundirse con una cianosis periférica. La periférica es la que se puede dar por vaso constricción. La cianosis central es una cianosis que aparece frente a la ausencia del oxígeno, a situaciones que pueden ser mecánicas, que no esté ventilando el paciente, o el paciente puede estar en parada cardíaca, por una falla de bomba, por una situación de shock. Ahora la periférica es justamente cuando por ejemplo hay mucha extracción de oxígeno, una infección, una sepsis, y que pueda muchas veces los dedos justamente estar vasoconstriccionados también. P.¿para usted no había ninguno de los dos tipos de cianosis?, ninguno de los dos tipos. P.¿pero lo vio de un aspecto blanco?, sí, porque imagínese que en el momento que yo llego, ya el niño estaba destapado y con compresiones cardíacas, si algo de eso hubiésemos visto, eso nos hubiese alertado en esa situación. P.¿ya cuando hacen el cambio de tubo, cómo lo viste?, seguía con una palidez, no que hubo un cambio por ahí, no puedo decirlo tampoco con precisión, si la coloración realmente cambió digamos a un color rosado, algunos lo hacen, algunos no, no es lo que yo vi. P. ¿cómo algunos lo hacen?, claro, algunos pueden enseguida ponerse rubicundos porque justamente se restituye la circulación, pero no puedo decir eso porque no lo vi, yo vi un paciente pálido, que inmediatamente a la maniobra de reanimación y al cambio de tubo uno se centra sobre todo en los parámetros, había capnografía, había saturación arterial de oxígeno, sí, (...). P.¿de acuerdo a la palidez o al tiempo de la recuperación puede calcular un tiempo de paro?, no, no le puedo decir eso, porque desde que yo llegué, según lo que nos relata el Dr. A, esto había sido inmediato, sé que era el final de una cirugía, cuánto más antes, no lo sé. No puedo

precisarlo porque no es lo que yo vi. No estuve en esa cirugía, estuvo el doctor, yo lo que puedo decirle es que desde el proceso iniciado de la reanimación, entre 40 segundos y el minuto hubo salida de la parada cardíaca, y en el tiempo total hasta que se cambió el tubo fueron entre dos y cuatro minutos, lo cual habla de una reanimación, a mi modo de ver como experto en esto, que está correctamente realizada. P.¿desde que a usted le avisan que había un paro, transita toda la sala, llega rápidamente, comienza a intervenir, están los dos ciclos, tal vez cuatro minutos, hasta que cambian el tubo, hasta ese momento, cuánto tiempo pasa, desde que le avisan?, yo tardo desde los quirófanos centrales hasta ahí 10 segundos, el Dr. B había llegado antes, y yo incluyo esos segundos dentro de los cuatro minutos, porque no hubo demora en nada, por lo que le pregunté al Dr. A ya estábamos frente al primer ciclo de reanimación, es decir, frente a los dos minutos. P.¿en los cuatro minutos usted incluye también el cambio de tubo?, sí, todo. P.¿qué consecuencia le puede traer esta falta de oxígeno al cerebro?, cuanto más tiempo pasa más allá de los diez minutos, veinte minutos, baja muchísimo la supervivencia. Obviamente que ese órgano por delante sufre, sufre con consecuencias fatales, secuelas, inclusive puede haber la fatalidad. Hay un alias de la medicina que no la podemos manejar evidentemente nosotros. Hay paros que uno, por más cortos en el tiempo que sean, como este, que fue muy rápida la actuación durante la parada, de que pueden dar secuelas incluso la muerte, y otros que tenemos más tiempo y que no dan secuelas. Hay una variabilidad que es propia de las ciencias biológicas, de la medicina, el cuerpo humano es el que varia, no en este caso ha sido la actuación. Déjeme por favor decirle que yo lo que creo en este caso también, que claramente se constituye en un accidente, que es un evento, que por más previsto, lo abrupto, lo súbito tiene una calidad que lo hace indistinguible, que es la inevitabilidad, no es culpa de nadie que ese tubo se haya tapado, el médico no tiene la responsabilidad de la hipoxia que se estableció en este caso, no porque la hipoxia es un evento fisiopatológico que se desarrolla y en todo caso el médico tiene que bregar por tratar de vigilar y monitorizar de que eso no ocurra, pero es inevitable que podamos hacerle frente, por ejemplo a un evento de hipoxia, se comprende. P.¿usted sabe o participó de los momentos previos a su llamado, sabe todo lo que pasó antes?, no. P.¿Sabe lo que hizo o lo que no hizo A?, no. P.¿no, porque usted está dando una valoración general que incluye esos momentos?, sí. P.¿usted ha sido demandado civilmente por este caso?, no.- QUERELLA: P.¿quiero pedirle algunas aclaraciones por esto mismo que acaba de decir al final de su locución, respecto de cuestiones que valoró, si uno no controla la capnografía al momento de realizar una

operación, donde uno lleva el control de la respiración de en este caso de un niño, y deja a otras personas en custodia de esa capnografía, está cumpliendo con el debido deber de cuidado. Aclara: usted está llevando una respiración mecánica, y esa respiración mecánica es controlada, quién es el que la debe controlar constantemente, según sus normas?, bueno, el control de la respiración, como usted dice es claramente del anestesiólogo, pueden participar también, es un equipo no, el equipo quirúrgico, pero principalmente la función a través de la monitorización de los distintos parámetros es el anestesiólogo. Por eso lo que yo quise decir, y vuelvo un poquito para atrás, de que esto, por más previsto, es un evento que, digo a nosotros nos llevó un tiempo total, como dije, atendiendo la parada, entre dos y cuatro minutos, tres anestesiólogos. Permítame terminar. Hago esta valoración porque me parece importante no obviar que esto se da al final de la cirugía, y que yo por supuesto que no estuve previamente y que no puedo decir de acá para atrás si el Dr. A estuvo monitorizando la respiración, como usted dice con las distintas variables, previamente, no estoy diciendo esto, yo lo que quiero decir y marcar claramente que un evento abrupto, súbito, inevitable muchas veces, porque no es frecuente que todos los días con un pediátrico nosotros tengamos este tipo de situación y por supuesto de desenlace. P.¿más allá de la capnografía otra forma de observar si el paciente está en una situación crítica, si falta oxígeno, cuál es la otra manera de ustedes poder corroborar que el niño no está cianótico?, es que usted está diciendo cianosis y en realidad es la respiración, estamos hablando de eso. P.¿por eso, si el niño está morado, y esto es causa de falta de respiración, del funcionamiento mecánico del respirador, cómo podría corroborar si el niño está siendo realmente administrado esa respiración?, la cianosis es un signo tardío, dije que yo no vi un paciente cianótico, un paciente pálido, que coincide con un paro cardíaco inmediato, que estaba en reanimación, que no es lo mismo un paro cardíaco sin reanimación. Y por otro lado, por supuesto la cianosis es un signo visible a la semiología médica a través de la visualización. P.¿usted dijo que se encontró una mucosidad con un poquito de sangre, eso fue al momento de sacar o ya se dio en el medio de la operación, o al final de la operación?, no, claramente al final de la operación, ya habiéndose terminado la cirugía, y que después del primer ciclo de reanimación, finalizando el primer ciclo, no lo puedo precisar, habiendo restituido circulación, seguir por el V, la ventilación, se buscaba justamente la causa, eso lleva un proceso de diagnóstico (...), fueron entre dos y cuatro, claro, esto es sumamente un evento crítico atendido en tiempo más que expedito, pero sino, no, debo decir esto, yo estoy acá para colaborar con la justicia, pero quiero decir que como médico sino se le

está exigiendo al médico infalibilidad. Y bien sabemos que los eventos críticos de esta magnitud, o que si vamos a decir que esto sí o sí tiene que salir, no todos los paros cardíacos salen, algunos salen, otros por más cortos que sean tienen secuelas o no y otros son largos y no tienen secuelas. P.¿usted sabe hace cuánto estaba ese tapón?, no, no lo puedo precisar. P.¿y si estaba ese tapón, la capnografía tendría que haber dado aviso que no estaba entrando oxigenación a los pulmones?, no, no necesariamente. Todo lo que es capnografía, saturimetría, hay características fisiológicas que tiene el paciente pediátrico, tiene tres cosas que explican esto que usted me está preguntando, una que duplica o triplica el consumo de oxígeno del adulto, y por el otro lado también, tiene menor volumen de reserva pulmonar, es como que tiene un tanque de oxígeno más chico que el adulto, el pulmón es más chico que el adulto. Eso hace que un pediátrico tenga probabilidad de llegar al paro con mayor rapidez. Muchas veces vemos que estas paradas cardíacas anteceden a todos los monitores, por ejemplo la saturimetría tiene entre cinco y diez segundos, dependiendo del oxímetro de pulso, tiene un delay, hablando de la saturación arterial de oxígeno. P.¿pero usted cree que un tapón se va hacer en diez segundos?, un tapón puede aparecer en cualquier momento, le digo yo, como usted dice puede ser eso, ahora déjeme a mi decirle, al final de la cirugía este tapón se hace ahí, y por eso para mí lo abrupto de que se establece el paro, y que no da aviso, en este caso a través de la monitorización.- DEFENSA: P.¿qué relación hay entre la adrenalina y la frecuencia cardíaca de un paciente?, aumenta la frecuencia cardíaca. P.¿la taquicardia qué es?, es un aumento de la frecuencia cardíaca. P.¿hubo en este caso taquicardia?, sí, vi taquicardia inmediatamente a la aplicación de adrenalina, fue inducida farmacológicamente. P.¿pudo haber generado la taquicardia una hipoxia?, no. P.¿cómo documentan los anestesiólogos la información que suministra el monitor multiparamétrico?, sin lugar a dudas en un evento crítico como este siempre la atención primordial es sobre el paciente, no tenemos en tiempo real la posibilidad de escribir todas las variables, las curvas, que marca el monitor multiparamétrico, presión arterial, saturación arterial de oxígeno, capnografía, etc. no, todo lo que hacemos nosotros lo bajamos, por ejemplo en el sanatorio ..., de manera digital en la historia clínica. También se hace de manera manual, en papel.-

A C G: conozco al imputado solamente del trabajo, soy medica pediátrica, terapeuta infantil, en el ..., hace cuatro años. Estaba trabajando, hubo un cambio de médicos, íbamos a hacer un cambio, me avisan y voy corriendo, miro el monitor, tenía 160 de

frecuencia cardíaca, estaba pálido pero no cianótico, no lo veía muy mal por decir así, esa frecuencia es por la adrenalina, pero sí el 70 de saturación que no es normal. Pido un estetoscopio, mientras voy preguntando qué pasó, qué cirugía era, cuántos años tiene, como para ir indagando, ir armando en la cabeza qué es lo que está pasando. Cuando me pasan el estetoscopio lo ausculto, no entra aire, les digo no entra aire, cambiame el ambú, porque estaban usando un ambú mientras ventilaban al paciente, que es un ambú que usan los anestesiistas en quirófano, no tiene mucha presión, nosotros en reanimación y en terapia intensiva usamos otro estilo de ambú con más presión. Lo cambian las enfermeras y cuando empiezan a bolsear con el ambú que utilizamos nosotros le digo no expande, no ventila, no lo escucho, y estaba justo el Dr. B en la vía aérea, todo esto está pasando al mismo tiempo, laringoscopizando, con el aparato que usamos para abrir la vía aérea, revisando y me dice “querés que le cambie el tubo?”, le digo sí, ya, cambiáselo, en ese momento se cambió el tubo e inmediatamente cuando se puso el tubo nuevo el paciente saturó 100. Y me pasa el tubo a mi porque él estaba en la vía aérea y cuando agarro el tubo había un tapón de secreciones, entonces le comunico al equipo “estaba tapado el tubo”, “controlemos signos vitales”, empiezo a dar órdenes a enfermería como para poder estabilizar al paciente. Pero fue la solución. Seguí preguntando varias cosas más, porque no te quedás con que fue eso y listo. Empezás a preguntar para ver si no hay otra causa del paro. Pero el paciente una vez que se cambió el tubo se estabilizó, entonces pedí que se controlaran signos vitales, esperé un rato a ver que no caiga ningún signo vital. Porque uno sabe que después de un paro, por más que se reanime, puede volver a caer en paro, entonces esperé un buen rato, que esté estable y bueno, lo acomodamos y lo llevamos a terapia. En terapia ya me estaba esperando mi colega, con todo el servicio de enfermería. Se pasó de camilla, se conectó monitores y se continuó con el tratamiento. P.¿consultó a la llegada por el tiempo del paro cardíaco?, no recuerdo ya, fue hace mucho, no me acuerdo si pregunté cuando recién entré o cuando empezamos a estabilizar signos vitales, empecé a preguntar cuánto fue el tiempo de paro, qué drogas le hicieron pregunté también y qué cirugía era. Uno entiende que era una cirugía menor, porque no estaba avisada la terapia intensiva que se iba a hacer la cirugía, entonces yo no conocía al paciente. Cuando es una cirugía que va a tener cierta complejidad o que el paciente tiene cierta complejidad la terapia siempre está avisada y siempre estamos al tanto, yo no estaba al tanto del paciente, no estaba al tanto de la cirugía que se iba a hacer, entonces empecé a indagar en todo eso. Y en medio de todo eso pregunto cuánto tiempo de paro. Me contestan 10 minutos, no

me acuerdo bien quién fue, sinceramente yo no trabajo en quirófano, era una voz masculina, y me dicen no no, un minuto, se corrigen. Me sonó más un minuto porque entre que me llamaron y yo llegué debe ser menos de un minuto y el chico ya tenía 160 de frecuencia cardíaca, ya no estaba en paro, entonces me sonó más un minuto. De todas manera uno pregunta, pero a la práctica no cambia, lo que vamos a hacer. Hubo un paro, no importa si fueron diez minutos o un minuto, uno lo pregunta, lo tiene en cuenta como médico pero en realidad el tratamiento y el protocolo postparo es el mismo. P.¿no tiene una consecuencia que sea 10 o 1 para el resultado?, y uno entiende en la teoría, en el libro, en lo que estudia, que más tiempo de paro cardíaco es más daño a nivel orgánico, cerebro, pulmón, corazón, pero la verdad que en la práctica he tenido pacientes reanimando dos horas y salen sin secuelas y pacientes reanimando cinco minutos y salen con muchas secuelas. Entonces es como que uno lo tiene en cuenta, el tiempo, pero no me va a cambiar en lo que voy a hacer, uno toma el paro como grave y se trabaja como grave. Uno entiende que más tiempo de hipoxia, que es la falta de oxígeno al tejido, más secuelas. Pero después puede pasar que no. Intervine en la terapia de V en los días posteriores. Entendemos que hubo falta de oxígeno y nos empezamos a preparar para ver qué secuelas habían quedado. Se hace manteniendo al paciente sedado. Y con signos vitales normales para que el cerebro no tenga estrés de más. Intentamos bajar la sedación. En el cerebro algunas células mueren y otras quedan en penumbras, se hace el tratamiento tratando de salvar eso. Primer día convulsiones, que son signos de daño neurológico. Luego empieza con diabetes que nos marca que es más grave. Se hace un electroencefalograma, la mañana siguiente se hizo eco doppler transcraneal que daba indicios de muerte encefálica. Son varios pasos hasta que se confirmó la muerte encefálica, se sigue el protocolo. Se pone hipoxia, paro cardíaco y fallo multiorgánico. Le exhibe un documento, dice que es el certificado médico de defunción, está mi firma y sello, fecha de defunción 18/7/2024, es el nombre del paciente que estamos hablando M T, causa de la muerte: puse, postoperatorio de hernia diafragmática, encefalopatía hipóxico isquémica, muerte encefálica. Lee nuevamente y dice: puse, *“paro cardiorrespiratorio sintomático, debido a muerte encefálica, encefalopatía hipóxico isquémica, postoperatorio de hernia diafragmática”*.-

QUERELLA: P.¿cuánto tiempo crees que estuvo en paro?, uno asumiría con ese daño y el desenlace fatal que tuvo que el tiempo de hipoxia fue bastante, el tema es que no puedo decirte cuánto, uno asume, no puedo afirmarlo, porque vuelvo a lo mismo, en la teoría uno entiende eso, pero después en la práctica podemos tener pacientes de dos

minutos de reanimación y terminan en muerte encefálica también, porque va a depender del paciente. Un niño soporta más una hipoxia que un adulto. Entonces que el tiempo de la hipoxia fue prolongado es lo que uno asumiría por las consecuencias que tuvo, no lo puedo afirmar, que fue bastante sí.- DEFENSA: P.¿la reserva de oxígeno de un niño es menor que la de un adulto?, en realidad no se puede comparar, en número sí, pero en realidad no se puede comparar porque el tamaño de requerimiento de oxígeno de todos los órganos es distinto al de un adulto, así que no es un ser humano pequeño, es otro tipo de paciente, comparado con el adulto. No sé si me explico. En cuanto a capacidad sí, pero los órganos necesitan otra cantidad de oxígeno comparado con la de un adulto. P.¿un chico puede aguantar más la respiración que un adulto?, no, depende de cada paciente, de cada persona. También depende de cada paciente el tiempo de hipoxia que puede soportar. A otras preguntas responde: taquicardia es aumento de la frecuencia cardíaca, por arriba de lo que uno espera para la edad. Cuando yo miré el monitor era 160. Rápidamente habían hecho una dosis de adrenalina antes que yo entrara al quirófano. No es de riesgo esa frecuencia cardíaca para la edad de ese paciente. P.¿esta frecuencia cardíaca que observó pudo ser causa de la hipoxia?, no, estaba en paro y por eso hicieron la dosis de adrenalina, porque ellos me llaman porque el paciente estaba en paro, no lo constaté al paro porque no estuve en ese momento, pero cuando yo llego tenía 160 por la medicación. “Y fue rápido el tratamiento, inmediatamente se vio que el tubo estaba tapado” y demás, no es la causa la frecuencia cardíaca.-

D C: trabajo en la misma institución que el imputado, soy médica pediatra especialista en terapia intensiva de niños, desde junio de 2017 en el Sanatorio Con V, ese día ingresé a las 14 horas, a la terapia intensiva y ahí fue mi primer contacto con el paciente, me refiero el día 11 de julio, que fue el primer día que V entró a la terapia intensiva. Cuando ingresé al trabajo se me hizo el pase de guardia, me comentaron como todos los días, de los pacientes que están internados. Recibí la información de que era un paciente que había cursado una cirugía, que había tenido una bradicardia extrema, que es sinónimo de paro cardiorespiratorio en el quirófano, que había revertido rápidamente, en minutos, con masaje cardíaco y una dosis de adrenalina. Y bueno, nada, que se habían quedado solicitado los laboratorios de inicio postquirúrgico que habitualmente hacemos en la terapia cuando entra un paciente. Que el paciente había venido ventilado bajo sedoanalgesia, estaba conectado al ventilador, y bueno, nada, que la idea, como había sido corto el tiempo del paro, o de la bradicardia extrema, que como

le digo son sinónimos, la idea era despertarlo para poderlo extubar y retirarlo del ventilador. Pasaron las horas y no despertaba, en un momento abrió los ojos ante el estímulo auditivo de su mamá, intentó mover sus piernas, su familia me comenta en ese momento que en un estudio previo, en una resonancia bajo anestesia había tenido un despertar tardío. Entonces, teniendo en cuenta eso trato de revertir la sedoanalgesia, con medicación y como no revertía seguimos esperando, porque cada paciente es diferente y los niños metabolizan de manera diferente las drogas. A las 4 horas de haber ingresado yo a trabajar empiezo a ver como un despertar anómalo, por lo menos no frecuente a lo que solemos ver, V abrió los ojos intempestivamente y hacía como movimientos de temblor con los miembros superiores. Entonces decido hacer una tomografía para descartar las complicaciones más groseras, que son el sangrado o la hipoxia severa, una tomografía computada de cráneo. Sospecho sangrado en la cabeza o algún evento de hipoxia por lo pasado en el quirófano. En la tomografía no se veía ninguna lesión aguda. Siguió con estos movimientos. Decidimos seguir con el protocolo de convulsiones o estatus convulsivo. Una vez pasado el tiempo se pasó medicación. Persistía el cuadro. Otra medicación y ante la persistencia de que cedía y el cuadro volvía se realiza goteo continuo de midazolam, madrugada del día siguiente. Al día siguiente se llama al neurólogo y se hace una resonancia magnética de cerebro. Esto fue a la mañana siguiente. Ese día ya no estuve pero lo sé por el relato por la historia clínica, por los informes y demás. El neurólogo solicita resonancia y electroencefalograma, y goteo continuo de midazolam por 48 horas y recién ahí intentar despertar al paciente. En el momento de esos estudios yo no estaba presente en el sanatorio, así que es todo por referencia de la historia clínica y de los informes. En la resonancia magnética se ven lesiones compatibles con hipoxia en el sistema nervioso central, a nivel de los ganglios de la base del sistema nervioso central; es la que define lo que se observa en las imágenes. A las 48 horas se lo intenta despertar y nuevamente con movimientos distónicos, convulsivos. Se consulta nuevamente al neurólogo y se agrega medicación y 24 horas para que accione. P.¿por el estado del corazón y del pulmón?, estaba ventilado como medida protectora para el sistema nervioso central, no porque él no pudiese respirar por si mismo, sino por el protocolo para darle reposo al sistema nervioso central; el sistema cardíaco estaba con signos vitales normales; y sin requerimiento de drogas vasoactivas para eso. No se evidenció ninguna falla cardíaca en el postoperatorio. Se solicita hacer un eco doppler transcraneal, que valora el flujo sanguíneo a nivel cerebral, que lo hace la Dra S y ella observa signos de daño severo del

sistema nervioso central. No compatible los datos como para diagnosticar muerte cerebral. Luego empieza con trastornos hidroelectrolíticos que se suelen asociar cuando hay daños del sistema nervioso central. Se lo medica, administrando líquidos y demás. Ante el estudio de la Dra. S se decide suspender el goteo de midazolam para ver la respuesta neurológica, porque las drogas son depresoras del sistema nervioso central, al suspender esa medicación no observamos respuesta neurológica del paciente. Tenemos que seguir un protocolo que determina el INCUCAI, cuánto tiempo sin sedoanalgesia tiene que haber para diagnosticar la muerte cerebral, se intentó despertarlo, todos los procedimientos clínicos que hay que hacer, se informó a la familia con todo el equipo y el cirujano. Se aguardó el tiempo necesario hasta el diagnóstico de muerte encefálica para hacer la desconexión del paciente. P.¿Alguna vez despertó conscientemente?, siempre estuvo bajo drogas, respondió al estímulo auditivo de la voz materna, en ese momento pareció reconocer la voz de su mamá, pero no puedo decir si estaba consciente, la apertura duró minutos, no recuerdo si fijó la vista en la mamá, intentó respuesta hacia la voz de la madre, no es algo que pueda aseverar. Tenía medicación circulante. Esto fue el primer día. Luego de eso con goteo continuo de midazolam, no espera que esté consciente, puede estar reactivo, si lo toco, pero no consciente. Son medidas protectivas para el sistema nervioso central. P.¿La hipoxia puede ubicarse cuándo se produjo?, no es algo que pueda determinar con un estudio, se ve la imagen fotográfica de lo que está. Lo que uno sabe es que cuando hay un daño neurológico tiene el daño puntual del momento y después algunas neuronas que luego se pueden recuperar, entonces el paciente puede salir de esa situación. P.¿V tuvo un problema cardiovascular o pulmonar en la internación?, no, solamente luego de los trastornos electrolíticos, requirió administrarle líquido y drogas inotrópicas, pero no por falla cardíaca. P.¿Cuándo se produce una hipoxia?, hay muchos factores que pueden causar una hipoxia, por problemas respiratorios, problemas cardíacos, problemas neurológicos, médicos, anestésicos, quirúrgicos, hay miles de causas de hipoxia. P.¿Qué le dijeron a usted cuando le dan los antecedentes?, que es la bradicardia extrema, es el motivo de una posible hipoxia cerebral, por eso se tomaron las medidas que se tomaron. Lo que interpreté en ese momento que se debía al evento que había sufrido durante la cirugía. Bradicardia es cuando el corazón late a menos latidos de lo estipulado, en el caso de pediatría tomamos como bradicardia extrema cuando es por debajo de los 60 latidos por minutos. No me comentaron el valor de la bradicardia. Sí que tuvieron que hacer masaje cardíaco y pasar una dosis de adrenalina, que eso se hace ante un PCR o ante una

bradicardia extrema. Una consecuencia de la adrenalina puede ser taquicardia, porque es una droga de reanimación. Subió a la terapia intensiva con frecuencia cardíaca normal. P. ¿por el cambio de coloración en el momento de la cirugía?, en el postoperatorio no, en quirófano no fui yo la que bajó, no lo puedo constatar a eso. Me dijeron de la bradicardia extrema en el momento de la finalización de la cirugía. En el momento de bradicardia siempre hay cambio de color, de pálido a cianótico, pero yo no estuve. No puedo hablar de cosas que no vi. La cianosis es cambio de coloración de la piel que se relaciona con la baja de oxígeno en sangre, es un parámetro que lo vemos en el monitoreo, se coloca generalmente en las extremidades, dedos de pies o de las manos, la saturación es parte del monitoreo, como la frecuencia cardíaca y la tensión arterial. P. ¿ver al paciente azul induce a algo?, sí, en V no vi ningún episodio de cianosis, es un dato clínico, localizada en los labios o generalizada, no es siempre de la misma manera. P. ¿La bradicardia extrema qué consecuencia le trajo a V?, sé que hubo una hipoxia y la consecuencia final, la medicina no es una ciencia exacta, yo puedo estar expuesto por pocos minutos a la hipoxia y tener un daño severo, así como no, y puedo estar en un tiempo más prolongado en hipoxia y tener secuelas pero no la muerte cerebral, los pacientes pediátricos tienen mayor plasticidad neuronal. Hizo bradicardia extrema, se pasó medicación, empiezo a ver la clínica que describí, hago tomografía, en ese momento no se veía daño, pero sí en el estudio más fidedigno, se continúa viendo este despertar anómalo, etc. La bradicardia puede ocasionar la muerte, daño neurológico o nada. P. ¿la cianosis puede ser la consecuencia de un paro cardíaco?, sí, puede ser un dato clínico, pero que vea cianosis no es sinónimo que voy a tener un paro cardíaco, puedo estar cianótico y no estar en paro cardíaco. La cianosis se ve cuando hay una hipoxia. Y la hipoxia puede provocar daño neuronal. Yo desconecté al paciente por muerte cerebral, yo no pongo la causa de la muerte, uno va poniendo los diagnósticos, encefalopatía hipóxico-isquémica, diabetes insípida, trastorno electrolítico y la muerte cerebral. La desconexión se hizo con la presencia de los familiares del niño, con el abuelo, la mamá, el papá, la tía, que por ahí entraba y salía, se lo dimos a la mamá en los brazos, les explicamos, hasta que se desconecta al paciente y se constata la parada cardiorrespiratoria.- B QUERELLANTE: desde el primer momento que comencé a intervenir le comenté a los padres que algo no andaba bien, por eso fuimos a hacer la tomografía y demás, y después diariamente se le da un informe a la familia con todo lo que iba sucediendo, la terapia intensiva tiene esto de mucho dinamismo, lo que yo digo ahora en cinco minutos puede cambiar, entonces cada vez que íbamos viendo que las

cosas no iban bien se lo íbamos informando, y cuando obtuvimos el eco doppler transcraneal ahí se hizo una reunión en equipo para informarle a la familia sobre la sospecha de la muerte cerebral, que como dije antes hay que esperar un cierto lapso para corroborarla. En ese equipo estaban el doctor G G que el es jefe de la terapia intensiva en ese momento; el Dr. F S, otro de mis compañeros terapeutas; el Dr. M A que es el neurólogo; el Dr. F C y yo. P.¿usted habló de la plasticidad neuronal, significa que hizo la diferencia entre los adultos y los menores, podría desarrollar bien eso para que nos quede claro...cuánto tiempo se estima que un niño puede estar sin oxígeno?, la plasticidad neuronal es una condición del cerebro de un paciente pediátrico, es un cerebro que está en evolución y en crecimiento, por lo tanto, las neuronas son células que tienen poca capacidad reproductiva y en el niño, como justamente está en crecimiento, eso es diferente al adulto, eso no tiene nada que ver con como va a responder el paciente a una hipoxia. Lo que si a veces vemos que los pacientes responder de diferente manera ante igual noxa. Si tengo un adulto las consecuencias de una hipoxia son más predecibles que en un niño. Es la variabilidad que le aporta la edad.-

A A A: conozco al imputado del trabajo, ninguna amistad, soy bioingeniero del ...; ingeniería aplicada a la medicina, equipamiento, diseños de áreas, etcétera; en este caso tenemos un servicio de ingeniería del que soy encargado, ante fallas vemos las soluciones que le podemos dar. Trabajo de 8 a 14 hs, de lunes a viernes, a mi me contrata la institución. Todo equipamiento crítico y no crítico, monitores, incubadoras, salas de máquinas, aire comprimido, etc., este año se incorporó otra persona, el año pasado era solamente yo. Monitores multiparamétrico en general, en quirófano fue adquirido por los anestesiistas, tengo prioridad en el equipamiento del sanatorio, en los monitores es mantenimiento correctivo. Hay más de 50 monitores de equipamiento. Debería haber uno por quirófano. No les brindo asistencia a esos equipos como prioritarios, no están dentro del equipamiento del sanatorio. En 2024 tampoco lo hacía. A mi no han acudido. Las mesas de anestesia las incorporan los propios anestesiistas. Tienen sus propios proveedores. Alguna consulta me pueden haber hecho, pero nada más, cambio de algún sensor, de un cable, pero muy rara vez. Nunca reparé un monitor paramétrico, sí ayudé a embalarlo para mandarlo al proveedor. En este caso llamé al proveedor y me dieron información del almacenamiento de datos; sensor, broche a dedo; tiene alarmas, se pueden apagar, quedan inhabilitadas, accesible con el menú del

monitor, lo setean del menú. Hice unas pruebas básicas del monitor y todo funcionaba correctamente, alarmas activas, no encontré información interna porque ese monitor se había apagado; guarda hasta 120 horas de corrido, la información que pude obtener era nada. 120 horas sin haber apagado el monitor; no tenía memoria externa expandible. Lunes 21 llegué y empecé a interactuar; me pidieron que vea el monitor para ver si podía obtener alguna información y ahí me puse en contacto con esa empresa; después los devolví al servicio del quirófano correspondiente. Desconozco valores de referencia, pero serían 94 y 100 para adultos para oximetría, para que en caso extremo suenen las alarmas audiovisuales. También se pueden anular los parámetros. La sonora se puede silenciar o bajar el volumen. Se puede silenciar por 60 segundos. Se puede bajar el volumen pero no hasta cero, siempre es audible, del 1 al 5, para eliminarlo se silencia por unos 60 segundos. QUERELLA: DEFENSA: P.¿le consta si alguien hace el mantenimiento del equipo?, dije que no lo hacía yo, porque es equipamiento que no es prioritario del equipo del santorio. Si se silenció debe quedar registrado en esas 120 horas que mencioné, debería figurar en los eventos del monitor. Depende de cada profesional los parámetros configurados. Cuando lo prendí funcionaba correctamente.-

TESTIMONIAL DE LA DEFENSA:

V J G T: Secretaria de la Asociación Rionegrina de Anestesia, Analgesia y Reanimación. P. ¿Podría dar cuenta de la cantidad de procedimientos anestesiólogos que facturó el Dr. A a través de los distintos convenios a la entidad que usted representa?, sí, lo sé, nosotros tenemos un sistema de autogestión digital en el cual cada socio carga cada procedimiento anestesiólogo que hace, que luego son enviados a la asociación con el parte anestesiólogo que hace, puede ser en forma digital o en papel, y eso después se le da a la obra social para ser facturado efectivamente. Cada procedimiento que nosotros cargamos en el sistema de autogestión queda registrado y genera un historial, después se puede acceder donde figura la cantidad de procedimientos realizados desde que tenemos este sistema, que es desde el año 2016, y así se puede acceder a la cantidad de procedimientos que realizó cada asociado, ese documento que yo firmé, que es mi firma, de ahí surgen los datos. P.¿bien, y cuántos procedimientos tienen registrados que ha realizado el Dr. M A?, hasta que se firmó, que fue en junio de este año eran 7.443 procedimientos, que es el documento que yo firmé.-

CONCLUSIONES:

Nos encontramos frente a la imputación de un delito culposo, dirigida hacia un profesional de la salud, concretamente, de un médico anestesiólogo, en el marco de su actuación durante la intervención quirúrgica que se le realizó al niño V M T y que a raíz de los sucesos acaecidos se produjo su muerte (el resultado típico del art. 84, CPenal).-

La actividad médica, como no podría ser de otro modo, se encuentra fuertemente fomentada por el derecho cuando se desarrolla dentro de los parámetros debidos. Precisamente uno de los aspectos fundamentales que debe abordar esta sentencia consiste en dilucidar si la conducta asumida por el imputado durante el hecho que se le atribuye resulta configurativa del delito por el que ha sido acusado. Dicho en forma clara y sencilla, si la muerte del paciente V M T se produjo por su culpa, es decir, siguiendo las palabras de la plataforma fáctica de atribución, si la muerte del paciente ocurrió “...por su impericia y negligencia, y por no tomar en cuenta la rigurosidad debida que indica el protocolo de actuación...”.-

El imputado, por el rol que desempeñaba en la cirugía (responsable de la anestesia general del paciente, con todo lo que ello implica y trae aparejado) se encontraba en una clara posición de garante respecto de la vida y de la salud del paciente, lo que implica que tenía el deber jurídico de actuar de determinada manera para garantizar la incolumidad de ese bien jurídico. Esa vinculación del imputado con el paciente resulta de la ley 17132 de Ejercicio Legal de la Medicina; de la que destaco el art. 19, que señala que dichas obligaciones estarán vigentes “sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes”, así como el primer párrafo del art. 22, al decir: “Las anestias generales y regionales deberán ser indicadas, efectuadas y controladas en todas sus fases por médicos, salvo casos de fuerza mayor...”; de forma contractual a través del consentimiento informado acreditado en el juicio, y por la circunstancia de haber asumido y desempeñado ese rol. Asimismo, entre las demás disposiciones legales vigentes se encuentra la **Resolución del Ministerio de Salud nro. 642/2000 del 8/8/2000**, que aprueba el anexo correspondiente a la guía básica para la vigilancia transoperatoria y procedimientos diagnósticos en anestesiología.-

Por la importancia que reviste para la debida solución del caso, a continuación habré de transcribirla en forma completa y textual:

“EL MINISTRO DE SALUD RESUELVE:

Artículo 1° — Apruébase la GUIA BASICA PARA LA VIGILANCIA

TRANSOPERATORIA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN ANESTESIOLOGIA, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2° — Incorpórase la GUIA BASICA PARA LA VIGILANCIA TRANSOPERATORIA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN ANESTESIOLOGIA que se aprueba en el artículo precedente al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA AN MEDICA.

Art. 3° — Difúndase a través de la Coordinación General del Programa la citada guía, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de la misma en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 2° precedente.

Art. 4° — La guía que se aprueba por la presente Resolución podrá ser objeto de observación por las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y por las Entidades Académicas, Universitarias, Científicas de Profesionales dentro del plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial y en caso de no ser observada entrará en vigencia a los noventa (90) días de dicha publicación.

Art. 5° — En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente guía para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA dicha adecuación, la que recién entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su registro a nivel nacional a través del acto administrativo correspondiente.

Art. 6° — Agradecer a las entidades participantes FEDERACION ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ANESTESIOLOGIA; ASOCIACION DE ANESTESIOLOGIA DE BUENOS AIRES y FUNDACION PARA EL ESTUDIO, INVESTIGACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

Art. 7° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — H J. Lombardo.

ANEXO

GUIA BASICA PARA LA VIGILANCIA TRANSOPERATORIA Y
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN ANESTESIOLOGIA

Esta guía se aplica a cualquier paciente bajo anestesia general, regional, local, sedación o vigilancia monitorizada al cuidado de un médico anesthesiólogo.

Este conjunto de normas se refiere únicamente al monitoreo anestésico básico, que es uno de los componentes del cuidado anestésico.

Estas normas pueden excederse en cualquier momento basadas en el juicio del anesthesiólogo responsable del paciente y tienen la intención de lograr una atención de alta calidad del mismo. No obstante, su aplicación no puede garantizar un resultado específico.

En ciertas circunstancias raras o inusuales, 1) algunos de estos métodos de vigilancia pueden ser clínicamente impracticables y 2) es posible que el uso adecuado de los métodos de monitoreo descriptos no puedan detectar un curso clínico desfavorable. Además, pueden ser inevitables breves interrupciones de la vigilancia.

En situaciones excepcionales, el anesthesiólogo responsable puede no utilizar los requerimientos marcados con un asterisco(*). Se recomienda que cuando esto ocurra deje constancia (incluyendo las razones) en la historia clínica del paciente.

Bajo circunstancias de urgencia toman preeminencia las medidas de resucitación cardiopulmonar.

Estas normas no son obligatorias para el cuidado de la paciente en trabajo de parto o en la conducción del tratamiento del dolor.

Estas normas están sujetas a revisión periódica para adecuarlas a la evolución de la tecnología y de la práctica médica.

ACLARACION: Obsérvese que "constante" se define como "repetición regular y frecuente en una sucesión uniformemente rápida", mientras que "continuo" significa "prolongación sin interrupciones en el tiempo".

"Debe" es la condición obligatoria para cumplir la norma respectiva. "Debería" es una condición muy conveniente pero no obligatoria. "Puede" es una condición que se adopta si se la cree oportuna.

NORMA I

El anesthesiólogo debe evaluar al paciente antes del acto anestésico y documentar sus hallazgos en la historia clínica. Dicha documentación puede ser obviada en los casos de emergencia.

NORMA II

En el quirófano debe estar presente un médico con certificado de especialista en anestesiología durante el proceso de conducción de toda anestesia general, regional, local, sedación o vigilancia monitorizada.

Debido a los rápidos cambios en el estado del paciente durante la anestesia, el médico anesthesiólogo debe vigilarlo y proporcionarle atención anestésica en forma continua.

En el caso de que hubiera un riesgo conocido directo para el anesthesiólogo la vigilancia

deberá adecuarse a la circunstancia.

Si una urgencia requiriera la ausencia temporal del anestesiólogo, quedará a juicio del mismo comparar la misma con el estado del paciente a su cuidado y la selección del personal que deja como responsable durante su ausencia.

El médico anestesiólogo no debe efectuar procedimientos anestésicos simultáneos salvo en situaciones de emergencia.

NORMA III

Durante los procedimientos anestésicos se debe monitorizar la oxigenación, la ventilación, la circulación y, de acuerdo a la norma III d, la temperatura de los pacientes.

El anestesiólogo debe documentar los hallazgos en la historia clínica, pudiendo ser obviado en casos de emergencia.

OXIGENACION OBJETIVO

Proporcionar una concentración adecuada de oxígeno en el gas inspirado y/o en la sangre durante todo el proceso anestésico. METODO

Gas inspirado: durante toda administración de anestesia general utilizando una máquina de anestesia debe medirse la concentración de oxígeno en el sistema ventilatorio mediante un analizador de oxígeno provisto de una alarma sensible a bajas concentraciones.

Oxigenación de la sangre: durante todo proceso anestésico debe utilizarse un método cuantitativo de valoración de la oxigenación, como la oximetría de pulso.* **Una adecuada iluminación y exposición del paciente son necesarias para valorar su coloración.**

VENTILACION OBJETIVO

Asegurar una ventilación adecuada del paciente durante todo el proceso anestésico.

METODO

A todo paciente que recibe anestesia se le debe evaluar continuamente la ventilación.

Debería vigilarse cuantitativamente el contenido de CO₂ y/o el volumen de gas espirado. Se consideran útiles los signos clínicos cualitativos como la excursión torácica, la observación de la bolsa reservorio y la auscultación de los ruidos respiratorios.

Al efectuar la intubación endotraqueal u otro método alternativo, debe verificarse su correcta colocación mediante la valoración clínica e identificación del CO₂ en el gas espirado.

Debe ser analizado en forma continua el anhídrido carbónico de fin de espiración mediante algún método cuantitativo como la capnografía, capnometría o espectroscopía de masas desde que es colocado el tubo endotraqueal hasta la extubación o hasta que se produzca la transferencia a un sector de cuidados postoperatorios.

Cuando la ventilación es controlada por un ventilador mecánico, debe existir un dispositivo que en forma continua detecte la desconexión de alguno de los componentes del sistema respiratorio. El dispositivo debe tener una señal audible cuando se exceda su umbral de alarma.

Durante la anestesia regional y la vigilancia monitorizada, debe evaluarse la ventilación mediante la observación continua de los signos clínicos cualitativos.

CIRCULACION OBJETIVO

Controlar la función circulatoria del paciente durante todo el proceso anestésico.

METODO

A todo paciente bajo el cuidado de un médico anesestesiólogo se le debe controlar en forma continua la actividad eléctrica cardíaca mediante un osciloscopio.*

En todo paciente al que se realiza un proceso anestésico se debe determinar y valorar la presión sanguínea arterial y la frecuencia cardíaca cuando menos cada cinco minutos.

A todo paciente que recibe anestesia se le debe evaluar continuamente la función circulatoria mediante, al menos, uno de los procedimientos siguientes: palpación del pulso, auscultación de los ruidos cardíacos, vigilancia de la presión intraarterial, ultrasonido de pulsos periféricos y pletismografía u oximetría de pulso.

TEMPERATURA CORPORAL OBJETIVO

Controlar la temperatura corporal durante todo el proceso anestésico.

METODO

Cuando se desean, esperan o sospechan cambios en la temperatura corporal, ésta debe ser medida en forma continua”. FIN DE LA NORMA.-

He destacado en negrita, aquellos aspectos de la disposición que adquieren mayor relevancia para la resolución del caso.-

Ahora bien, sin perjuicio de establecer los deberes objetivos de cuidado que se desprenden de la mencionada disposición, el análisis de la conducta juzgada también entraña la consideración de otros factores, a los que seguidamente me habré de referir.- Las características del paciente que fue objeto de la intervención quirúrgica, así como su estado de salud en ese momento: V N M T era un niño que tenía 4 años de edad. Pese a la patología que presentaba, una hernia diafragmática que fue diagnosticada en el año 2023, ello no le complicaba su día a día (palabras de su madre). En el año 2024 fue controlado por el Dr. C, en su condición de cirujano, diciéndole a su madre que era momento de operarlo. Dijo en este sentido el Dr. C: “...*En el momento de la cirugía el niño no tenía ningún cuadro de tos, de fiebre, por eso se lo programó con tiempo para cuidarlo, de que no se infecte y no tuviese una acción aguda que agravara la cirugía*”. Al decir del Dr. D: se trataba de “...*Un paciente sano, que normalmente en la jerga decimos “un paciente que entra caminando”, o sea que entra sano, las probabilidades son muchísimo más bajas...*”. En tanto que el Forense expresó: “...*Los controles prequirúrgicos habían dado normales y en el examen físico inicial únicamente dio la particularidad de una hipoventilación, falta de ingreso de aire en la base del pulmón derecho, algo lógico con esta patología...*”. Sin embargo, también señaló que: “...*explicamos algunas cuestiones fisiológicas de inmadurez que tienen los chicos y que recién algo de esto mencioné, hay inmadurez anatómica fisiológica, labilidad funcional, vías aéreas más pequeñas, aumento de la*

resistencia al flujo de aire, la caja torácica de los chicos tiene más cartílagos entonces es más flexible, la frecuencia respiratoria es más alta, hay mayor demanda metabólica de oxígeno. La demanda de oxígeno de un chico de esta edad, proporcionalmente es del doble de la de un adulto. Se mide en mililitros por kilo por hora. Y vimos también que el hecho de tener una hernia diafragmática, quitándole espacio a la expansión del pulmón derecho también le daba un factor más de vulnerabilidad, disminuyendo la reserva funcional que puede hacer que este chico se defienda ante una noxa...”. En el mismo sentido se expresó el Dr. W: “...hay características fisiológicas que tiene el paciente pediátrico, tiene tres cosas que explican esto que usted me está preguntando, una que duplica o triplica el consumo de oxígeno del adulto, y por el otro lado también, tiene menor volumen de reserva pulmonar, es como que tiene un tanque de oxígeno más chico que el adulto, el pulmón es más chico que el adulto. Eso hace que un pediátrico tenga probabilidad de llegar al paro con mayor rapidez...”. En perfecta correspondencia con lo anterior, dijo el Dr. B: “...el paciente pediátrico es más sensible todavía a la hipoxia, porque fisiológicamente tiene menos reserva de oxígeno y más consumo metabólico de oxígeno, entonces se instala más rápido todavía. (...) por las características fisiológicas de su aparato respiratorio, tienen mayor consumo metabólico de oxígeno y menor reserva de oxígeno. (...) Pero está claro que el pediátrico es más sensible, más susceptible, digamos, desatura más rápido” .-

De manera que, si bien en el caso concreto no existía un riesgo quirúrgico especial, el tratarse de un paciente pediátrico implica y trae aparejado un plus de atención, de cuidado y de contralor por parte del anesestesiólogo, justamente por la mayor vulnerabilidad que presenta el paciente. Esto se relaciona con lo expresado por la norma transcrita, al decir: “...3. Estas normas pueden excederse en cualquier momento basadas en el juicio del anesestesiólogo responsable del paciente y tienen la intención de lograr una atención de alta calidad del mismo...”. Se

advierte claramente que esta disposición aludía al concepto del art. 902 del viejo Código Civil (derogado), en cuanto a que cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias de los hechos. Por otra parte, aquí el anestesiólogo no ha tenido la visita preanestésica con el paciente (nos indicó el Dr. D que en la práctica no se realiza). De manera que la única evaluación que realizó, en los términos de la **norma I**, ha sido durante los minutos previos al inicio de la cirugía y seguramente viendo los estudios preoperatorios realizados.-

La calidad del imputado: se trata de un médico anestesiólogo de dilatada experiencia, según él mismo acreditó en este juicio, lo que, por esa misma razón crea una lógica expectativa sobre su apego a la *lex artis* médica aplicable en su especialización.-

Las características de la cirugía a la que estaba siendo sometido V: ya ha quedado dicho que no se trató de un procedimiento quirúrgico de emergencia, sino de una cirugía programada con suficiente antelación, de hernia diafragmática, llevada a cabo a través de la técnica quirúrgica de videotaracoscopía. Según refirió el Dr. C, se trata de una intervención de mediana complejidad. En este sentido la terapeuta infantil, Dra. G, expresó: “ *Uno entiende que era una cirugía menor, porque no estaba avisada la terapia intensiva que se iba a hacer la cirugía, entonces yo no conocía al paciente. Cuando es una cirugía que va a tener cierta complejidad o que el paciente tiene cierta complejidad la terapia siempre está avisada y siempre estamos al tanto, yo no estaba al tanto del paciente, no estaba al tanto de la cirugía que se iba a hacer, entonces empecé a indagar en todo eso...* ”.-

Conforme a estos datos, interpreto que no se trataba de una intervención quirúrgica que a priori pudiese implicar, en situaciones normales, un riesgo de vida para el paciente, como podrían ser otras de mayor complejidad o por tratarse de un paciente que se encontrara en precarias condiciones de salud-

Las características del centro asistencial donde tuvo lugar la intervención quirúrgica de referencia: nadie ha controvertido que el Sanatorio ... de esta ciudad, donde se llevó a cabo la cirugía de V es uno de los centros asistenciales de mayor complejidad de la ciudad y de la provincia; lo que aquí quedó plenamente acreditado de manera palmaria a través del relato de los distintos profesionales que se desempeñan en el mismo. Por otra parte el Bioingeniero A puso de manifiesto la existencia de más de 50 monitores multiparamétricos en toda la clínica, sin contar con los que utilizan los anestesiólogos, que son adquiridos por ellos, encargándose también en forma particular de su control y mantenimiento. Asimismo, también se ha acreditado el perfecto funcionamiento del monitor multiparamétrico de anestesiología que utilizó el imputado durante la cirugía. El mismo que, por otra parte, se venía empleando y que incluso se siguió utilizando en las cirugías que continuaron ese día en ese mismo quirófano.-

También ha quedado suficientemente explicitado (principalmente a través de los testimonios de los Dres. D, Bustos Díaz, B y W) los distintos signos vitales que debe reflejar el monitor multiparamétrico que utilizaba el imputado, el cual dispone de las correspondientes alarmas sonoras y visuales para el caso que se produzca alguna alteración significativa en los signos vitales del paciente. Conviene aclarar que en el juicio nadie ha cuestionado o indicado alguna deficiencia, anomalía o mal funcionamiento de estos aparatos tecnológicos que han servido de soporte para el monitoreo anestésico durante la cirugía que estoy analizando.-

La cirugía: V fue ingresado al quirófano alrededor de las 8,15 hs. del día 11 de julio de 2024, realizándose el checklist quirúrgico correspondiente. Sin que se haya registrado ningún incidente previo, se realizaron los preparativos necesarios para la inducción anestésica; la colocación de la vía periférica; la intubación por parte del anestesiólogo; la colocación de los campos quirúrgicos; y la preparación del instrumental que necesitaban los cirujanos (C y P, este último como ayudante) para llevar a cabo la

cirugía programada, por video toracoscopía.-

Expresa el Forense que conforme a los datos de historia clínica: “... Hay una planilla de multiparámetros, que registra presión arterial y pulso cada diez minutos. Inicia los registros la foja anestésica a las 8,30, finaliza a las 11,20. Desde las 8,30 hasta las 10,40 los parámetros están en rangos normales, con saturación de oxígeno que va de 99 a 100 por ciento; presión arterial sistólica del niño que va de 90 a 100, la presión arterial diastólica de 50 a 60, la frecuencia cardíaca de 90 a 100 y los registros capnométricos están en rango normal, entre 35 y 45, salvo dos episodios, que están registrados a las 9,20 y 9,30 donde suben a 60, pero es algo transitorio y pasa. Y luego a las 10,50 hay 10 minutos sin registros de presión arterial ni de saturación de oxígeno, con una capnometría que cae a 25 y una frecuencia cardíaca que de repente está anotada en 210 por minuto. Posteriormente a las 11, 11:10 y 11:20 la frecuencia cardíaca aumenta a 130, la presión arterial sistólica a 120 y la diastólica a 60. Esa foja quirúrgica tiene un apartado de consideraciones, donde registra intubación inicial no dificultosa, constatación de la altura del tubo de manera acertada vía auscultatoria, colocación en decúbito lateral izquierdo para la cirugía, el nene se operó del lado derecho, control de la altura del tubo nuevamente habiendo logrado el decúbito lateral izquierdo. Y caída de parámetros al momento de culminar, cuando el niño vuelve a la posición supina, es decir mirando hacia arriba, con inicio de reanimación cardiopulmonar exitosa, masaje, colocación de adrenalina, recuperación de parámetros con una frecuencia cardíaca 120, cambio de tubo y observación de un coagulo en la punta del tubo y pase a terapia intensiva...”.-

Con respecto a la cirugía, en sentido estricto, el Forense expresó: “...Vimos la sutura realizada por cirugía toracoscópica de la cúpula diafragmática derecha, en buen estado, simplemente vimos una pequeña solución de continuidad por donde pasaba una membrana serosa del retroperitoneo hacia el tórax, pero sin ningún tipo de comunicación entre

cavidad torácica y peritoneo, así que nos pareció que el procedimiento había sido exitoso en eso, y las vísceras que estaban herniadas en su momento estaban en cavidad abdominal, como correspondía...”. Esto corrobora y resulta conteste con lo declarado, principalmente por el Dr. C (cirujano principal) y por la instrumentadora L, en el sentido que se trató de una cirugía limpia, super cuidada, donde se pudo realizar el procedimiento quirúrgico de conformidad a lo previsto, sin ningún tipo de complicaciones.-

Causa de la muerte: no se halla controvertido que la causa de la muerte de V, según concluyó el Forense, se ha debido a *“encefalopatía hipóxico-isquémica, por incidente obstructivo de la vía aérea, en el tubo endotraqueal, en acto quirúrgico programado”*.-

A esa conclusión se arribó luego de haber analizado la totalidad de la información médica disponible (datos de la historia clínica); la necropsia realizada, así como los estudios complementarios llevados a cabo. Por otra parte, esta es la causa de la muerte que se desprende del certificado médico de defunción, según leyó durante el juicio la Dra. A C G, que lo suscribió: *“paro cardiorrespiratorio sintomático, debido a muerte encefálica, encefalopatía hipóxico isquémica, postoperatorio de hernia diafragmática”*.-

El momento de la cianosis: en mi criterio, se trata de uno de los aspectos más importantes para la debida resolución del caso, pues como adelanté en el veredicto, fue el primer síntoma clínico que fue advertido en el paciente durante la cirugía. El siguiente fue directamente que el niño se encontraba en paro cardiorrespiratorio, dándose inicio a las maniobras de reanimación.-

Estamos hablando del momento en el que fue detectada la cianosis generalizada en el cuerpo de la víctima, no del momento en el que se instaló esa condición.-

De la misma forma, descubierta la cianosis y una vez restablecido en su funcionamiento el monitor multiparamétrico el imputado determinó y

avisó en la sala que el paciente se encontraba en paro, siendo imposible saber desde qué momento se encontraba en esa condición. De ahí la relatividad de los cálculos temporales que se realizan para establecer cuánto tiempo estuvo el niño bajo la carencia de oxígeno, producida por el taponamiento del TET (tubo endotraqueal).-

En cuanto a la cianosis, el médico Forense explicó que: *“...es una definición de color de la piel, un color púrpura azulado, que da cuenta de una mayor cantidad de hemoglobina que es lo que contienen los glóbulos rojos que transportan el oxígeno en la sangre oxigenada a todos los humanos, hay mayor cantidad de hemoglobina no oxigenada, eso da la cianosis, que se observa sobre todo en situaciones del hecho vascular, donde hay una circulación un poco más fina y es más fácil de detectar. Hay dos tipos, una cianosis central y una periférica. Concretamente acá nosotros en este caso, por los testimonios, sospechamos que esto se trataba de una cianosis central, que ocurría cuando la saturación de hemoglobina es insuficiente, directamente. Y la causa más frecuente en niños la explicamos como de causa respiratoria...”*.-

Ahora bien, habida cuenta que el Forense hizo alusión a que arribaron a esa conclusión a partir de los testimonios, para establecer la correspondencia de esa conclusión con la prueba que efectivamente se ha producido durante el juicio, necesariamente debo analizar el contenido de esos testimonios, en función de lo que hayan expresado durante el debate aquí realizado.-

En todos los casos se trata de personas que han estado presentes en el quirófano en el momento que esta condición cianótica del paciente fue detectada.-

En primer lugar el cirujano principal, Dr. F C, a quien se le preguntó: *“... ¿Cómo termina la cirugía?, Responde: aviso que terminamos, cuando terminé le aviso al anestésista, para que vaya ajustando la medicación, cubrimos la zona del tórax con apósitos, se expone al paciente y lo vimos cianótico, de color azul pálido, producto de una mala circulación, se lo*

ve a todo el paciente desnudo y ahí se lo ve a todo el paciente cianótico, generalizado a todo el cuerpo, manos, cara, lengua, en todo el cuerpo...”. Más adelante se le preguntó: ¿Quién advierte primero que estaba cianótico?, Responde: “...cuando sacamos todos los campos lo vimos cianótico inmediatamente, como estaba de costado lo pusimos boca arriba para identificar la causa de la cianosis, de esa mala circulación, hipoxia...Se sospecha de una obstrucción de este tubo, se saca el que tenía y se coloca uno nuevo, y el chico recuperó inmediatamente la coloración y la frecuencia cardíaca, fue segundos después del remplazo del tubo, donde el paciente se recupera casi en forma inmediata, en cuanto al color desaparece la cianosis y la frecuencia cardíaca sube a valores normales”.- Continúo ahora con la persona que detectó la cianosis, la instrumentadora que ofició de circulante, C M, ella refirió: “...Una vez que pusieron el drenaje, hicieron campo, suturaron la piel y ya estaban las luces encendidas, me acerco para ayudar a la instrumentadora a curar la herida y ponerle las cintas, lo primero que hago es descubrir la mano del paciente, y la veo azul, entonces le doy aviso al anestesiólogo. Y el doctor me dice que es por la posición de la mano del paciente. En ese momento le dije a la instrumentadora que se apurara. La instrumentadora estaba con el Dr. C hablando de la técnica quirúrgica, de los puntos, que era algo que estaban haciendo, entonces le volví a decir fuerte “N apurate”. Cuando la instrumentadora termina de cubrir la herida yo pongo cinta rápido y lo descubro al paciente y estaba todo azul. Dije N apurate. Lo descubro al paciente y estaba todo azul...”.- Sobre esta misma cuestión, la instrumentadora quirúrgica N L, expresó: “...cuando finalizó la cirugía dentro de lo que es mi trabajo también corresponde realizar la curación de la incisión quirúrgica, de la herida quirúrgica, lo estaba curando, le tapé las incisiones con gasa, porque hasta último momento y hasta que no se tapan las incisiones vos no contaminas el campo, para prevenir infecciones, hice la curación, le puse gasa y en eso vino el doctor C, me habla algo sobre la cirugía, sobre los

puntos que habíamos hechos porque verdaderamente fue todo muy minucioso, y me habló algo del punto y yo giré la cabeza para mirarlo, y en eso mi compañera, que me estaba circulando a mi, se llama C, que es otra instrumentadora que estaba circulando ese día, me dice “N, dale”, vuelvo la cabeza y ella me hace señas con la vista, como yo ya había tapado las incisiones con gasa, ella ya podía como expandir un poco el campo quirúrgico como para poder poner las cintas digamos, para fijarlo, y lo miramos así y estaba como todo morado, pero nosotros le llamamos por ejemplo rash de alergia, así cuando es como un marmolado, pero en rojo, en este caso era morado. Entonces sacamos los campos y le avisamos a él, al anestesiólogo, y nos dijo que estaba así por la posición, en que estaba, porque estaba en decúbito lateral, como lo requería la cirugía, y bueno, nos dijo eso, que era por la posición, terminó de poner la cinta mi compañera y yo lo primero que atiné fue a ponerle una manta porque pensé, no sé, frío, hipotermia, pero era mucho, no era el morado de frío. Después se le dio posición al paciente, boca arriba digamos. P.¿qué pedazo del cuerpo estaba morado?, todo el cuerpo. O sea lo notamos al principio al expandir en esa parte, porque el campo quirúrgico era muy chiquito, y bueno después al destaparlo estaba todo así...”.- Por último, el enfermero circulante J M, dijo: “...se da por terminada la cirugía porque se retiran los campos, entonces empezamos a retirar los campos, yo soy encargado de poner la ropa sucia, los campos que se van retirando, adentro de las bolsas, a veces se los tira al piso y del piso yo los levanto y los pongo adentro de las bolsas, y había que colocar, como el paciente estaba en decúbito lateral izquierdo, había que colocarlo supino, boca hacia arriba, y en este caso, cuando se retiran los campos, yo voy juntando la ropa y mi compañera observa que el paciente estaba cianótico y en sus extremidades eran azules, cianótico se dice cuando falta oxígeno, los capilares se ponen azules por una falta de oxígeno, se llama cianosis. Mi compañera es C M. Al retirar los campos le dice, doctor doctor está muy cianótico el paciente, le dijo, y el doctor

lo ve, mira si está puesto el dedal, mira el monitor y se da cuenta que estaba apagado, y ahí me dice “J, el monitor, fijate”, yo me voy a fijar y el monitor estaba apenas desenchufado, lo enchufé de nuevo y empezó a funcionar, empezó a andar. Lo enchufé de nuevo y lo prendí, de la electricidad, que es el cable de 220 que alimenta desde atrás, estaba apenas corrido, no es que se desenchufó por arte de magia, alguien pasó y lo empujó, enchufo el monitor y empieza a funcionar, y el doctor dice “el paciente está en paro” .-

Estos elementos de convicción, reitero, recabados durante el juicio, sustentan de manera irrefutable la conclusión pericial sobre la presencia de cianosis central en el paciente. Conclusión que, por otra parte, no ha sido controvertida durante el juicio.-

El monitor multiparamétrico en el momento de detectarse la cianosis: La presencia de la mentada cianosis es importante porque inmediatamente después, no del aviso que le dieron al anesthesiólogo sobre la primera observación de C M en la mano del paciente, que desestimó ligeramente por la posición del brazo, sino cuando se descubrió completamente al paciente, observándose la cianosis generalizada que presentaba en su cuerpo, recién en ese momento el imputado advirtió que el monitor multiparamétrico se encontraba apagado y una vez restablecido en su funcionamiento pudo alertar a los presentes en la sala que V se encontraba en paro cardiorrespiratorio.-

Vale decir, el imputado no se percató por si mismo que el monitor multiparamétrico se encontraba apagado, recién tomó consciencia de esa situación en el momento de tomar contacto visual con la cianosis generalizada que presentaba el niño en todo su cuerpo. Recién ahí, reitero, ante la necesidad de observar los signos vitales del paciente, advirtió que el monitor estaba apagado, lo que le transmitió al enfermero y una vez restablecido su funcionamiento, al ver de inmediato los parámetros del paciente alertó que se encontraba en paro cardiorrespiratorio.-

Lo verdaderamente trascendente es que, según concluyó el Forense, “...la

cianosis es de hallazgo tardío en una situación de hipoxia, es de hallazgo tardío. En un monitoreo continuo como puede ocurrir en quirófano o en terapia intensiva, lo primero que ocurre cuando hay una obstrucción en la vía aérea es una disminución marcada de la capnometría, es decir, de la cantidad de dióxido de carbono espirado, que uno puede llegar a medir, eso es lo primero que ocurre. Después lo que uno puede llegar a ver es una señal de aumento de la presión del circuito aéreo, de la vía aérea, que se ve en el monitor, o en el parámetro del respirador. Después lo que uno ve es una disminución abrupta de la saturación de oxígeno de la hemoglobina, es un hallazgo más tardío que la capnometría inicial. Después lo que uno ve es bradicardia, que en el caso de los niños se produce en general por estimulación que produce la hipoxemia sobre barorreceptores, que son unos sensores que tenemos en algunos lugares del cuerpo, corazón, cuello, pulmones, esa bradicardia en los chicos es riesgosa y puede generar paro cardíaco, es de alto riesgo de paro cardíaco. Y en último lugar aparece la cianosis”.-

Para que no quedase ninguna duda al respecto, más adelante nuevamente expresó: “...antes de la cianosis está todo lo que le acabo de mencionar, disminución del dióxido de carbono, medible, dióxido de carbono espirado, aumento de la presión visible en el respirador, del circuito respiratorio, disminución de la saturación de oxígeno de la hemoglobina, bradicardia previa a paro cardíaco y recién ahí la cianosis”.-

La causa de la hipoxia: se ha podido acreditar durante el juicio que la causa de la hipoxia que derivó en el paro cardiorrespiratorio de V ha sido la obstrucción con mucosidad y sangre, que se alojó en la punta del TET que tenía colocado a los fines de proveer a su ventilación mecánica.-

Esta obstrucción recién fue detectada y solucionada (luego del reemplazo del tubo) en el contexto de las maniobras de reanimación iniciadas a partir del momento en el que se detectó que el paciente se encontraba en paro cardiorrespiratorio.-

Así, surge que inmediatamente que se dio el alerta del paro se iniciaron

distintas maniobras de RCP. Concretamente A comenzó a ventilar manualmente a V con un ambú, mientras que P inició el masaje cardíaco. Enseguida dieron la voz para que concurrieran en ayuda otros anesthesiólogos del sanatorio y la terapeuta pediátrica. El primero que se hizo presente fue B, quien se puso al frente del procedimiento. Seguidamente lo hicieron T y W, o viceversa. En último término se hizo presente la terapeuta G.-

B dijo que al llegar, luego de comprobar el pulso carotídeo, no lo tenía, mira el monitor y estaba en una línea isoelectrica, un ritmo asistolia, que coincide con el paro, es un ritmo de paro cardíaco; iniciaron reanimaciones y le hicieron dos centímetros de adrenalina, continuando con el masaje cardíaco. En menos de un minuto recuperó QRS, ritmo cardíaco. En ese momento B le dice a A que ponga al paciente en ventilación mecánica, *“y de paso te liberás las manos y seguimos trabajando y nos seguís ayudando..M lo pasa a ventilación mecánica y **ahí es donde notamos que la presión pico y que el fuelle del ventilador no ciclaba correctamente**, es decir, hacía como una especie de resistencia. Hablando en términos vulgares es como un pistón que se movía con dificultad. Pido un estetoscopio, lo ausculto al paciente en forma bilateral, y noto que la disminución de entrada de aire era clara.”*. Siguió diciendo que como en pediatría es común el broncoespasmo, le hicieron salbutamol y no respondía. En ese momento o inmediatamente antes llega la terapeuta que habían llamado (se refiere a la Dra. G), quien **también ausculta a V**, diciendo *“este paciente no está intubado”*, yo le digo que está intubado pero que le entra muy mal, me dice *“no, no está intubado”*, el debate fue breve, lo debatimos, me dice *“no ventila, para mí no está intubado”*, entonces yo ante la duda voy, hago la laringoscopia, doy la vuelta enseguida, con un laringoscopio que tiene un mango y una rama, uno lo mete en la boca del paciente y puede ver la vía respiratoria, la glotis y puede ver todo, está debajo de la lengua, cuando miro le digo *“sí A, está colocado correctamente, está en*

*la vía aérea, eso es seguro”, pero no conforme con eso, porque cuando las cosas no andan bien es como decir empezamos de nuevo, le sugiero vamos a cambiar el tubo. No puedo decir que fui yo, lo charlamos, es un equipo”. Una vez que B cambió el tubo endotraqueal, escuchó decir “acá estaba el problema, estaba el tubo tapado”, viendo una columna de moco y sangre en el tubo. Agregó: “...Colocamos ese tubo endotraqueal, chequeamos la ventilación y era normal, la saturación de oxígeno era 98 por ciento, la frecuencia cardíaca era normal, la presión arterial no invasiva era normal, y la capnografía era normal, revertimos el cuadro” [por lo visto en este caso no hubo ningún delay, retardo o latencia para obtener esos datos de inmediato]. Siguió diciendo: “...**Cuando el fuelle no cicla el problema es de entrada de aire. Yo le digo que cuando cambiamos el tubo la saturación fue normal, la oxigenación era normal y el paciente recuperó la coloración. Cuando resolvimos el tema cardíaco se siguió con la vía aérea porque el paciente no ventilaba bien, no ciclaba correctamente el ventilador, porque algo había que no dejaba ciclar el ventilador. Era el tubo tapado...**”. También aclaró B que los anestesiólogos son especialistas en reanimación y que de hecho el título lo dice. Se le preguntó *¿pero no da las alarmas, no te avisa a vos que está faltando la oxigenación?, es lo que dije, como yo lo ví, que no movía el fuelle y levantaba la presión pico, me estaba avisando que estaba obstruido sí, que algo no andaba bien claramente. P.¿usted con su experiencia si ve que no anda bien, si ese pistón como usted dice, no está funcionando, el capnógrafo avisa y aparte el anestesiólogo tiene que estar atento a ver si esto realmente está funcionando?, sí, sí P. ¿si eso no funciona da las alertas?, sí, claro; si a mi me alertó justamente que el fuelle no se movía y que la presión pico estaba aumentada, sí...*”. Se le preguntó si las alarmas son audibles para todo el mundo?, respondió: “sí sí, se escuchan sí. P.¿cómo documentan ustedes la información que les va suministrando el monitor multiparamétrico?, depende de cada paciente y de cada situación, hay pacientes y situaciones donde uno tiene tiempo,*

está relajado, y que mientras va trabajando y va viendo el anestesiólogo va anotando en la foja anestésica, nosotros tenemos un sistema informatizado en el”. Esto último también lo dijo W, empero, en esta causa no hemos visto los registros informatizados del monitor multiparamétrico que se utilizó durante la cirugía de V. Ni los registros anteriores al paro (lo que es previsible al haberse apagado el monitor), ni tampoco los posteriores.-

Sobre el tema de las alarmas también se le preguntó al Forense, concretamente, si al producirse la obstrucción del TET deberían sonar las alarmas, a lo que expresó: *“...deberían darse las alarmas y los testimonios indicaron que eso habitualmente da, las alarmas deberían sonar. Y es una recomendación de la Organización Mundial de la Salud. P.¿debería sonar, no?, sí. P.¿significa que por diez minutos o veinte, dijo usted, esas alarmas tendrían que haber sonado?, sí, en este hecho sí. P.¿esto significa que por 10 o 20 minutos no hubo control?, no le puedo contestar esa pregunta, porque no lo sé, no tengo los elementos suficientes. Lo que surge de uno de los testimonios es que al momento de detectarse la cianosis y la situación de emergencia estaba desconectado el monitor. P.¿en base a ello, quién debería haber estado controlando?, esa es función del anestesista. P.¿tendría que haber estado controlando el capnógrafo para ver cómo estaban las frecuencias?, en principio el capnógrafo, sí, hubiera detectado. P. ¿en caso que el capnógrafo no hubiese sonado, bien, por “x” cuestiones, volumen muy bajo, cómo sería otra forma de poder observar esta situación?, la secuencia que yo ya indiqué es, primero el capnógrafo, sí, segundo un registro de aumento anormal de presión del circuito de respiración; tercero la saturación de oxígeno; cuarto el electrocardiograma que marca bradicardia y último último la cianosis que fue lo que detectaron las instrumentistas. P.¿es común también hacer un análisis clínico de la situación, como para corroborar si no escucho o si se perdió esa frecuencia, me acerco, voy y observo al campo quirúrgico, destapo y veo si hay?, no, de hecho se*

detiene la cirugía, si el anestesista detecta una situación así, tiene la obligación de detenerla y potestad de detenerla. Los cirujanos tienen que responder. P.¿usted dijo como que no hubo registro por diez o veinte minutos?, yo no se lo puedo asegurar, porque en la planilla de anestesia que está hecha cada diez minutos los parámetros, el último control normal es a las 10,40, entre las 10,50 y las 11 está esta anomalía, entonces yo no le puedo asegurar si esto se trata de diez o veinte minutos, está en ese rango. P.¿pero por lo que usted ha dado en su informe, en base a las normas de la Federación como de la Asociación son cinco minutos?, el control cada cinco minutos lo da el ASA, que es la asociación americana de anestesistas. P.¿quién es el responsable de controlar la vía aérea?, en cirugía es función del anestesista...”.

Como hemos visto este taponamiento con secreciones y sangre en el TET que tenía colocado V para la ventilación anestésica, con la consiguiente falta de ingreso de aire a su organismo, fue produciendo consecuencias adversas en su salud, que necesaria e inexorablemente debieron ser detectadas y reflejadas por el monitor multiparamétrico, dando cuenta de la alteración de sus signos vitales y disparando las alarmas correspondientes. Nadie escuchó las alarmas, y es precisamente porque hay evidencia suficiente de que el monitor multiparamétrico en ese momento estaba apagado, como seguidamente veremos.-

En efecto, en el curso de la declaración testimonial del médico Forense, Dr. Bustos Díaz, la Defensa le preguntó “...¿ cuántos testimonios dan cuenta de que el monitor se apagó?, Respondió: uno. Tras lo cual el Dr. S volvió a preguntar: ¿de quién es ese testimonio?, Respondió: del enfermero circulante...”.-

Desconozco el contenido de los testimonios a los que pudo acceder el Forense, puesto que tratándose de prueba que se produjo en el juicio, las partes le pidieron que omitiera mencionar esas constancias. De cualquier forma, como anteriormente lo hice, lo importante es lo que se haya podido escuchar en el juicio a partir de la recepción de esos testimonios, y

de acuerdo a esto estoy en condiciones de aseverar que no ha sido únicamente el enfermero circulante J R M quien dio cuenta que al tiempo de descubrirse la cianosis el monitor se encontraba apagado.-

En efecto, veamos en primer lugar lo que dijo C M: “...***el enfermero dice “se apagó el monitor”.*** ***Hacia atrás va el enfermero y enchufa el monitor.*** ***Y en ese momento me acuerdo que la instrumentadora corrió la mesa, estaba con el instrumental y el Dr. P empezó a reanimar. Fue cuando el Dr. A me dijo que fuera a pedir ayuda...***”. Mas adelante se le pregunta: “...¿***En qué momento se apagó el monitor?, no, eso no lo sé, porque yo estaba mirando al paciente, desde que descubrí la mano del paciente estaba apurando a mi compañera para que cubra la herida, pero no vi cuando se apagó el monitor, solamente lo escuché al enfermero que dijo “se apagó el monitor”, o el doctor, no recuerdo quién, pero el enfermero era el que estaba más hacia el lado y enchufó el monitor...***”.-

La instrumentadora N L también se refirió a la presente cuestión, dijo concretamente: “...***cuando se dio vuelta al paciente, el Dr. A advirtió que la máquina se había apagado, la máquina de anestesia se había apagado, pero eso era cuando le estábamos dando posición, cuando se lo puso boca arriba. Cuando se advierte el color se termina la curación y todo, y después hay que ponerlo boca arriba...***”. Más adelante reiteró lo dicho, cuando fue preguntada: “...¿***Tiempo desde que advierte el color y lo dan vuelta y el paro?, no sé decirte tiempo, habrán sido desde que nosotros advertimos hasta que el paciente se dio vuelta y hasta que se avisó que estaba en paro, pasaron unos minutos, entre 3 y 4 minutos, o sea porque es dar vuelta el paciente, pensando no, de que advertimos eso, lo terminamos de destapar, yo lo tapé, se dio vuelta el paciente, pasó lo de la máquina, esto de que dejó de funcionar, por lo que entendí después se había desconectado, me acuerdo después que como te decía, corrí la mesa para descartar el corto punzante y eso, y que él avisó, sí, habrán sido cuatro minutos...***”.-

Consiguientemente, no me cabe la menor duda que el monitor multiparamétrico estuvo apagado, no sabemos por cuánto tiempo, pero sí que ello recién se advirtió, no por el propio contralor del anesthesiólogo, sino luego de haberse constatado la cianosis generalizada que presentaba el cuerpo de V. Digo correctamente que ello “se advirtió”, no que ocurrió, porque en rigor no sabemos desde qué momento estuvo apagado el monitor, pues nadie ha podido decirlo. Algo similar a lo que ocurre con la cianosis y con el paro cardiorrespiratorio. Sabemos cuando se advirtió sobre ello, más no el momento exacto en que ocurrió. Nótese, a mayor abundamiento, que se le preguntó al Dr. C: “...¿cuándo estima usted que pudo haber ocurrido el desenlace que algo dejó sin oxígeno y se provocó la hipoxia, al inicio, durante o al final de la operación? , respondió: *no, no lo sé eso, interpreto que por supuesto no debe haber sido al inicio porque una hora y media o dos horas que duró la cirugía no puede estar hipóxico, eso es claro, pero cuánto tiempo antes de darnos cuenta no lo puedo saber...Preguntado: ¿quién estaba en mejores condiciones de advertir alguna señal de que estaba cianótico?, respondió: definitivamente el anestesista, que es el que controla la hemodinamia del paciente y los signos clínicos, yo no podría”.-*

Como vemos, el hecho de que no exista precisión sobre tales aspectos reconduce en forma directa y necesaria a la actuación negligente del anesthesiólogo. Por el rol especial que desempeñaba en el quirófano, era el único responsable del control de la vía aérea del paciente, de vigilar en todo momento su correcta ventilación. Y no es precisamente porque lo haya dicho el Dr. C, los peritos y los anesthesiólogos que han depuesto en la causa, el motivo de esa estricta vigilancia surge explícito de la propia Resolución transcrita al comienzo, al decir: “...Debido a los rápidos cambios en el estado del paciente durante la anestesia, el médico anesthesiólogo debe vigilarlo y proporcionarle atención anestésica en forma continua...” (Norma II), aclarando que “continua” significa “prolongación sin interrupciones en el tiempo”.-

Aquí estos rápidos cambios en el estado del paciente, efectivamente se produjeron ante la obstrucción del TET. En rigor, tampoco en este caso no sabemos en qué momento exacto se produjo ese taponamiento, si fue de manera progresiva, afectando paulatinamente el flujo de aire, o si fue en un solo momento. Va de suyo que en el primer caso las anomalías se hubiesen prolongado por mayor espacio de tiempo. Por aplicación del principio in dubio pro reo, debo asumir “*favor rei*” que ese taponamiento se produjo en un solo momento, obstruyendo totalmente el flujo de aire. A partir de ese momento, ante la falta de oxígeno, se fue generando la hipoxia y consiguientemente la cianosis generalizada que finalmente fue advertida de manera tardía.-

Los interrogantes que reiteradamente han realizado las partes tendientes a encontrar precisiones sobre el tiempo a partir del cual el niño estuvo padeciendo esta hipoxia, jamás puede arrojar un dato exacto o certero. Justamente porque la omisión de vigilancia y de contralor estricto por parte del imputado (tanto a través del monitor multiparamétrico, como en forma clínica, mirando, observando, auscultando, etc.), no permitió detectar de manera precoz, desde el comienzo, las anomalías que fue sufriendo la víctima a partir de la falta de oxígeno como consecuencia del taponamiento del TET. En suma, se desconoce cuánto tiempo antes de la detección de la cianosis comenzaron las anomalías en los signos vitales del paciente. De ahí que el Forense haya expresado que la cianosis es un hallazgo tardío.-

Sí es posible establecer con algún grado de aproximación el tiempo transcurrido entre la primer advertencia de C M sobre la cianosis en el brazo y el momento en el que se produjo el cambio del tubo endotraqueal y con ello la mejora inmediata en los signos vitales del niño. Pero esta secuencia, reitero una vez más, no es decisiva a los fines de la imputación. De cualquier forma haciendo una interpretación muy favorable al imputado, es posible sostener que entre la detección de la cianosis y el cambio del tubo endotraqueal no pasaron menos de diez

minutos, lo que como hemos visto constituye una eternidad en este tipo de emergencias.-

De manera que, no abrigo la menor duda que si el anestesista hubiese realizado el monitoreo del paciente de acuerdo a lo que indica el protocolo de actuación que surge de la normativa citada al comienzo, hubiese detectado de manera precoz las gravísimas anomalías que se fueron produciendo en su salud del niño hasta llevarlo al paro cardiorrespiratorio y finalmente a su muerte a raíz del daño neuronal que produjo la hipoxia en su cerebro.-

El imputado no controló a través del monitor multiparamétrico, toda vez que, como hemos visto, recién advirtió que estaba apagado cuando luego de que el cuerpo del paciente fuera descubierto en su totalidad, surgiendo la cianosis generalizada que presentaba en su cuerpo, fue necesario el aparato para controlar sus signos vitales. Tampoco tuvo una conducta diligente cuando C M le dio el primer aviso sobre la cianosis en el brazo, lo que desestimó ligeramente por la posición del paciente (esto fue lo que la Defensa encuadró como “*el primer diagnóstico de A*”). Si en ese momento, aún cuando también resulta tardío, hubiese observado al paciente, principalmente si lo hubiese mirado, auscultado y controlado clínicamente, se hubiesen ganado minutos vitales. Empero, no hay absolutamente nadie que lo haya visto durante la cirugía, ni en el momento que le avisó M, ni tampoco con anterioridad, analizando clínicamente al paciente; mirándolo, auscultándolo.-

Habida cuenta que en este tipo de delitos el derecho no impone el cumplimiento de obligaciones inútiles, para que se pueda imputar el resultado disvalioso que se atribuye, además de acreditarse la violación normativa a los deberes objetivos de cuidado (en este caso la falta de vigilancia y de control reforzado que la situación ameritaba) también es necesario probar que una actuación alternativa ajustada a derecho (esto es: el paciente correctamente monitorizado por quien tiene en cabeza ese deber jurídico), se hubiese podido evitar el resultado disvalioso que

efectivamente se produjo. En ciertos casos esta respuesta puede ser sencilla, como por ejemplo cuando se trata de la amputación equivocada de un miembro. Pero en otro tipo de situaciones puede ser compleja, justamente por tratarse de una situación hipotética contrafáctica. Llegado a este punto, la pregunta que se debe formular en el *sub examine* es: ¿de haberse detectado precozmente la obstrucción del TET, se hubiese podido evitar la muerte del paciente?: no tengo dudas que sí. Así lo acreditan las actuaciones del Dr. B y de la Dra. G, quienes en escasos minutos pudieron detectar y solucionar la contingencia producida por la obstrucción del TET. Pero claro, para ello auscultaron al paciente, detectaron la falencia en el ingreso de aire, que el fuelle no ciclaba correctamente y finalmente reemplazaron el TET, restableciéndose los parámetros del paciente en forma inmediata. A los fines de este análisis hipotético es obvio que no corresponde computar el tiempo que demandó la primera secuencia de reanimación, hasta sacar al niño del paro cardíaco mediante el suministro de adrenalina. Ello así porque, si el imputado hubiese vigilado al paciente en debida forma como indica el protocolo de actuación, detectada y solucionada la contingencia de la ventilación, el paciente no hubiese llegado al paro.- El imputado, pese a que es especialista en reanimación, no actuó de manera diligente antes que se detectara la cianosis, ni inmediatamente después hasta el paro, ni tampoco a posteriori.-

Está muy claro que el núcleo de la conducta descuidada, negligente, por la falta de la debida vigilancia, que no deja de ser al mismo tiempo imperita, porque dejar de hacer lo que se debe hacer así lo es, es anterior al momento en el que se descubre la cianosis. Lo que ocurre a posteriori no es determinante a los fines de la configuración del delito, pues ya en ese momento se había producido la causa directa e inexorable para el desenlace fatal. Pero aún así (como otras circunstancias y descuidos que aquí se han mencionado) sirven para ponderar la actuación total del imputado, su desidia y su falta de apego al cumplimiento estricto de las

obligaciones a su cargo.-

¿Qué es lo que hizo?, nada hasta que se vio la cianosis generalizada, lo que lo llevó a necesitar el monitor multiparamétrico, cayendo en la cuenta que estaba apagado. Cuando el enfermero lo encendió y A determinó la situación de paro cardiorrespiratorio dio la voz de alerta y pidió ayuda. Desde ahí empezó a bolsear al paciente con un ambú, hasta que B le dijo basta. Cuando se trataba de auscultar para determinar el problema y solucionar la ventilación, como lo hicieron sus colegas de manera muy rápida. Tal era la desconexión del imputado con lo que estaba ocurriendo que, según nos indicó L, “...después de que terminaron de cambiarle el tubo el Dr. A se dio vuelta y dijo “*acá hay un tubo*”(…) *Me acuerdo que lo miré y le dije “ya le cambiaron el tubo”...*”. De manera que, antes de descubierta la cianosis no advirtió que el monitor (su principal y esencial herramienta de contralor) se encontraba apagado, y luego, durante las maniobras de reanimación, mientras él seguía buscando un tubo para el remplazo, el tubo ya había sido cambiado.-

Al pronunciar el veredicto sostuve, y lo ratifico ahora, que “...se han verificado numerosas situaciones que, si bien no se ha demostrado que cada una de ellas, por si solas, haya impactado de manera concreta y directa sobre el hecho enrostrado, necesariamente ponen de manifiesto un perfil de actuación descuidado, que se apartan ostensiblemente de las obligaciones objetiva a cargo del anestesiólogo. Así, que haya salido del quirófano durante la cirugía; que haya utilizado su teléfono celular en el quirófano; de la ausencia del desfibrilador cardíaco en la sala, al igual que la rama del laringoscopio; de la falta de registración de los datos suministrados por el monitor multiparamétrico, o de su registración irregular, en función de los tiempos que indica la normativa; etcétera. Circunstancias éstas que aportan únicamente un valor, si se quiere indiciario, sobre el desempeño del prevenido en el contexto del hecho que se le atribuye”.-

En mi opinión existe un directo nexo de determinación jurídica entre la

conducta omisiva del imputado en el marco del hecho que se le atribuye, generando un peligro prohibido y como consecuencia directa del mismo la producción del resultado disvalioso que se le atribuye, la muerte de V M. En función del rol que desempeñaba en el quirófano, durante la cirugía, asumió la posición de garante de los distintos aspectos puestos de manifiesto por la norma transcripta al comienzo y consiguientemente de la salud y de la vida del paciente. De manera que el nexo que une su conducta con el resultado acaecido es claramente de evitación. No se le atribuye no haber evitado la obstrucción que se produjo en el TET que tenía colocado el niño, que obviamente es un hecho fortuito y por lo tanto imprevisible, que, por ende no hay forma de que el imputado lo pudiese haber impedido en cuanto a su producción. Esto está muy claro. La imputación es porque apartándose groseramente de los deberes más elementales que tenía a su cargo, cuyo núcleo radica en la monitorización continua del paciente, no detectó de manera precoz todas las anomalías que se fueron produciendo en los signos vitales de V [a partir del momento en el que se produjo la mentada obstrucción], que lo llevaron al paro cardiorrespiratorio y algunos días después a su muerte con criterio neurológico, muerte cerebral, a partir del daño irreversible que produjo en su organismo la carencia de la debida oxigenación -hipoxia- durante la intervención quirúrgica a la que fue sometido.-

De la prueba producida durante el juicio no ha surgido circunstancia alguna que le haya impedido al imputado actuar dentro del marco normativo. La contingencia que se produjo (la obstrucción del TET) y las consecuencias que de allí derivaron era perfectamente detectable en tiempo oportuno. Sin perjuicio del contralor clínico que indica la norma (también omitido) el imputado contaba con los dispositivos tecnológicos adecuados para advertir las anomalías que estaban sucediendo, cuyas alarmas -como ha quedado debidamente acreditado- se encuentran predisuestas

precisamente para avisar de manera inmediata la ocurrencia de

situaciones de este tipo. Ninguna persona que estuvo en el quirófano en esas circunstancias escuchó ni vio las alarmas, sonoras ni lumínicas, sencillamente porque el monitor multiparamétrico a cargo del imputado se encontraba apagado.-

En concreto, si imagino la conducta del imputado dentro del marco normativo, sin violar el deber de cuidado, no se habría producido el resultado muerte. Ello así por cuanto no bien se produjo la obstrucción del TET el monitor multiparamétrico hubiese indicado las secuencias puestas de manifiesto por el Forense, con tiempo suficiente para solucionar la contingencia, sin llegar al paro cardiorrespiratorio del paciente. Digo “tiempo suficiente” porque, reitero, así se desprende sin la menor hesitación de las declaraciones de B y de G. Una vez solucionada la parada cardíaca y abocados a la solución de la ventilación (que dentro del marco normativo hubiese sido el único problema que debía solucionar A, advertido precozmente), la corrección de la ventilación, mediante el remplazo del tubo, hemos visto que se realizó muy rápidamente. Ello permite sostener que si el imputado hubiese actuado con la diligencia que le exige la norma, hubiese podido detectar y solucionar la contingencia producida, evitando así el gravísimo deterioro que se produjo en la salud del paciente, hasta llevarlo a su muerte.-

El imputado incurrió en una conducta omisiva contraindicada por el protocolo que rige su actuación durante una cirugía, del que se desprende su deber jurídico de actuar: controlar, vigilar, monitorear de manera constante al paciente. Y, por el contrario, la infracción a ese deber objetivo de cuidado es no haber controlado como la norma exige. Existe una clara relación de causalidad (*conditio sine qua non*) y de determinación jurídica (*conditio per quam*) entre la infracción al deber objetivo de cuidado verificada y el resultado típico, la muerte de V, toda vez que esta última puede ser reconducida normativamente a la conducta indebida puesta de manifiesto por el imputado. El nexo que une la conducta omisiva del imputado con el resultado es claramente de

evitación. El imputado no hizo lo que el deber jurídico extrapenal le imponía hacer (controlar estrictamente al paciente) para evitar el resultado disvalioso que finalmente aconteció.-

RESPUESTAS A LA DEFENSA: Voy a tratar de responder a los numerosos planteos realizados por la enjundiosa Defensa técnica del imputado. Inicialmente debo decir que en su enorme mayoría se trata de defensas formales, en las que reiteradamente hace alusión a la violación al principio de congruencia, sosteniendo que su asistido no fue acusado por determinados extremos y circunstancias, que recién en los alegatos finales los acusadores los incluyeron, siendo que en su momento no formaban parte de la acusación.-

Sostuvo en tal sentido que conforme a los términos de la acusación la taquicardia causó una hipoxia, siendo que la causa de la hipoxia, que derivó en el fallecimiento del paciente, se debió al taponamiento del TET. También refirió que ahora introducen que el monitor se apagó y que tendría que haber estado mirando. Que también se ha incluido en la imputación una supuesta ausencia de su asistido durante el procedimiento quirúrgico. Tampoco se le había imputado nada con relación a los campos quirúrgicos, que debería haberlos levantado para verificar clínicamente al paciente; concretamente, no se le reprochó no haber dejado a la vista las extremidades y el rostro del paciente para realizar el control clínico.-

En primer lugar debo señalar que no existe una fórmula preestablecida para confeccionar la plataforma fáctica de atribución que finalmente ha quedado plasmada en el auto de apertura a juicio. Se busca que el hecho atribuido contenga las circunstancias de tiempo, lugar y modo, que le permita al enjuiciado conocer adecuadamente la imputación que se dirige hacia él, posibilitando de esta manera que pueda ejercer en debida forma su legítimo derecho de defensa, tanto material como técnica. En función de ello, ese relato del hecho debe resultar comprensible y de allí se debe desprender de manera coherente la conducta típica que se le atribuye.-

No se discute que durante la intervención quirúrgica en cuestión el

imputado intervino en su rol profesional de anestesiólogo. En este contexto se le atribuyó formalmente, que “...*por su impericia y negligencia, y por no tomar en cuenta la rigurosidad debida que indica el protocolo de actuación, causó la muerte del niño V, a raíz de una encefalopatía hipóxico isquémica, ocurrida durante el acto quirúrgico programado, atento que **omitió como anestesiólogo a cargo, vigilar y prestar la atención anestésica en forma continúa...***”.-

Lo consignado en ese primer fragmento de la descripción del hecho, es suficiente para que el imputado pudiese tener total y cabal conocimiento que se le atribuyó la muerte del niño N V porque la causa de su deceso (encefalopatía hipóxico isquémica) se produjo por haber omitido él, como anestesiólogo a cargo, vigilar y prestar la atención anestésica en forma continua al paciente, esto así por no tomar en cuenta la rigurosidad debida que indica el protocolo de actuación.-

Ahora bien, luego de ese primer párrafo que, como dije, ya es suficiente a los fines de una debida imputación, se agregó otro párrafo, que dice textualmente: “... *Durante la cirugía, el niño V, registró a las 10:50 hs. del día 11/07/24 un período anormal, conforme surge de la planilla del monitor multi-paramétrico, por un lapso de 10 minutos carente de registros de presión arterial y pulsioximetría, **produciendo una taquicardia**, todo lo cual le generó al menor una hipoxia, que debió ser advertida por el médico anestesiólogo, en su deber de detectar contingencias precozmente como la ocurrida. Como consecuencia de su accionar, el niño N V M T, sufrió muerte encefálica y finalmente el día 18/07/24 falleció*”.- De todo este párrafo, que es absolutamente claro, lo único equivocado en función de la prueba producida durante el juicio, es la expresión: “*produciendo una taquicardia*”. Sin embargo, no es correcto, como alegó la Defensa, que se le atribuyó sin más que la taquicardia ocasionó la hipoxia, pues para ello omite considerar tanto el comienzo del párrafo como también su conclusión. En el comienzo del párrafo se consignó “...*Durante la cirugía, el niño V, registró a las 10:50*

hs. del día 11/07/24 un período anormal”. Y, concluye diciendo: “...todo lo cual (que subrayo) le generó al menor una hipoxia, que debió ser advertida por el médico anestesiólogo, en su deber de detectar contingencias precozmente como la ocurrida”.-

Significa que lo único que es erróneo del párrafo es “*produciendo una taquicardia*”, lo que de ninguna manera podría llevar a una confusión sobre el hecho imputado, cuya inclusión no modifica en lo más mínimo el sentido de la imputación.-

Interpreto el planteo simplemente como un subterfugio legal, que, por otra parte, el motivo de la inclusión de esa expresión (“*produciendo una taquicardia*”) quedó suficientemente aclarado por el Médico Forense que declaró en el juicio, explicando que ese dato consignado en el primer informe, después de la autopsia, se debió a la interpretación de la información obrante en la historia clínica, toda vez que de este documento no surgía que se trató de un paro en asistolia. Luego, ya contando con los testimonios de varias de las personas que participaron en la intervención quirúrgica, pudieron tomar conocimiento que la “*taquicardia*”, que efectivamente registró el menor, fue como causa reactiva a la dosis de adrenalina que se le suministró con motivo del paro cardiorespiratorio, en asistolia, que sufrió. Aclaró, sin embargo, que “*...para que sea un paro en taquicardia tendría que haber sido lo que se llama febrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso, y esto no fue lo que ocurrió, sino un paro en asistolia y la taquicardia como reactiva a la adrenalina*”. Por lo demás, la existencia de este error ya fue anticipada por el Fiscal durante su alegato de clausura, dando las razones correspondientes.-

Como vemos, no es que no haya existido una taquicardia, ésta efectivamente existió, pero no ha sido la causa de la hipoxia, la que se produjo como consecuencia de la obstrucción del TET que tenía colocado V, impidiendo su adecuada ventilación.- Esta obstrucción del tubo endotraqueal también surge informada desde el primer informe de autopsia, y tampoco es preciso que obre consignada de manera expresa en

la narración del hecho en la acusación. Ello así por cuanto, como ya expliqué anteriormente en detalle, la acusación que se le dirige al imputado no es no haber impedido la obstrucción del TET, sino no haber detectado la mentada secuencia de anormalidades que se fueron produciendo a partir de ese momento y que a la postre lo llevaron al paro cardiorrespiratorio y algunos días después a su muerte.-

De manera entonces que no es la hipoxia ni el paro cardiorrespiratorio lo fortuito. Lo único fortuito, imprevisible y por lo tanto inevitable es el taponamiento del tubo endotraqueal. Pero no se puede confundir la causa con su consecuencia. Que el taponamiento haya sido inevitable no significa que sean inevitables los efectos letales que ese taponamiento produjo. Justamente la negligencia que se le atribuye radica en la circunstancia de haber omitido sin causa justificada el cumplimiento de los deberes objetivos que tenía a su cargo, esto es la vigilancia y el estricto contralor del paciente, lo que de no haber ocurrido (nexo de evitación) hubiese permitiendo la detección temprana, oportuna, precoz, de la contingencias en cuestión. Esa falta de control impidió conocer en tiempo oportuno el taponamiento del TET, posibilitando realizar las acciones necesarias para evitar consecuencias posteriores como las que efectivamente se produjeron.-

Aquí, dicho esto de manera certera e indudable el imputado no se enteró, no solamente del tapón, sino de ninguno de los parámetros que estaban dando cuenta de las consecuencias que estaba produciendo ese taponamiento del tubo endotraqueal en la salud del niño. Ya hemos visto, porque lo relató en detalle el Forense que el hallazgo de la cianosis -que, por cierto, tampoco fue obra del imputado-, es un descubrimiento tardío de lo que estaba aconteciendo con la salud del paciente.-

Sobre los registros consignados en la plataforma de atribución: En la descripción del hecho se consignó: “...Durante la cirugía, el niño V, registró a las 10:50 hs. del día 11/07/24 un período anormal, conforme surge de la planilla del monitor multi- paramétrico, por un lapso de 10

minutos carente de registros de presión arterial y pulsioximetría, produciendo una taquicardia, todo lo cual le generó al menor una hipoxia, que debió ser advertida por el médico anesthesiólogo, en su deber de detectar contingencias precozmente como la ocurrida...". Ya he dicho que este párrafo podría perfectamente haberse suprimido sin alterar en lo más mínimo el sentido de la imputación. Está muy claro, como sostiene la Defensa, diría que hasta resulta una obviedad, que los registros consignados en la planilla anestésica no fue lo que causó el resultado. Simplemente ha sido una forma de explicar la existencia de las anomalías que se fueron produciendo a partir de la hora consignada. Además, el lapsus linguae o desliz freudiano, en el que incurre el Defensor, al decir *"el monitor no registró nada, o sea, mejor dicho (se corrige) no grabó lo que registró"*, es del todo correcto, no hay prueba fehaciente que lo anotado tenga algún anclaje con la realidad, más aún cuando se ha probado que en el momento más crucial, cuando se detectó la cianosis del paciente, el monitor se encontraba apagado. En cualquier caso la irregularidad del registro de los parámetros, cada diez minutos, como dije en el veredicto, pone de manifiesto, junto a otras circunstancias, un claro perfil de actuación descuidado y desapegado a los protocolos imperantes en la materia.-

Lo mismo cabe decir respecto de la ausencia del imputado en el quirófano durante algunos momentos de la cirugía. Sostiene la Defensa que esto no fue durante la emergencia, ni siquiera en los instantes previos al evento, y además fue por escaso tiempo. Sumo aquí la utilización del teléfono celular durante la cirugía. Se le preguntó a M, ¿antes de descubrir la cianosis, qué estaba haciendo A?, respondió: *"estaba al lado de la cabecera del paciente, sentado mirando el monitor, no sé si estaba mirando el monitor, pero estaba sentado con el monitor mirando hacia él..."*. Y este es el punto, el deber objetivo de cuidado que recae sobre el imputado en su rol específico de anesthesiólogo durante una cirugía no implica simplemente estar presente, sino hacerlo de manera activa,

monitoreando al paciente en la forma que indica la normativa señalada, *“debido a los rápidos cambios en el estado del paciente”*, con el objeto de detectar la presencia de anomalías en forma precoz. Esa vigilancia debe ser realizada por dos vías, a través del control de los datos que le suministra el monitor multiparamétrico y mediante el control clínico correspondiente. Más allá de la mera presencia del imputado en el quirófano, ya hemos visto que recién advirtió que el monitor estaba apagado cuando se descubrió la cianosis generalizada que presentaba el cuerpo del paciente. De manera que, aún cuando haya estado presente en el quirófano y cerca del monitor, lo cierto es que no lo estaba controlando. Lo propio ocurre con relación al control clínico. Se ha probado que en ningún momento el imputado realizó un control clínico sobre el paciente. Ya hemos visto que la normativa indica, en cuanto a la oxigenación de la sangre: *“durante todo el proceso anestésico debe utilizarse un método cuantitativo de valoración de la oxigenación, como la oximetría de pulso. Una adecuada iluminación y exposición del paciente son necesarias para valorar su coloración”*. Recordemos que este es el punto en el que se produjo el cruce de opiniones

entre el Defensor del imputado y el testigo-perito D.Y no cabe ninguna duda que aunque no recordase el artículo de la reglamentación le asiste razón al perito.-

Sobre esta cuestión el Defensor sostuvo que de acuerdo al artículo 5 de la Resolución en cuestión el anesthesiólogo puede apartarse de estos requerimientos en situaciones especiales. En este caso, según la esforzada Defensa, la situación especial sería la técnica quirúrgica implementada, conforme a la cual para no dificultar la visión del monitor del cirujano, por el contraste, no podía haber iluminación en el quirófano. Veámos si es correcto lo que argumenta la Defensa. El punto 5 de la resolución 642/2000 dice lo siguiente: *“En situaciones excepcionales, el anesthesiólogo responsable puede no utilizar los requerimientos marcados con un asterisco (*)*. Se recomienda que cuando esto ocurra

deje constancia (incluyendo las razones) en la historia clínica del paciente.”. Sin perjuicio de que en este caso no se ha dejado constancia alguna en la historia clínica, que indicase la imposibilidad de exponer alguna parte del paciente para valorar su coloración, solamente pueden ser soslayados los requerimientos marcados con asterisco. El requerimiento que hace alusión a una adecuada iluminación y a la exposición del paciente para valorar su coloración, carece de asterisco, de manera que se trata de una exigencia que no puede ser soslayada bajo ninguna circunstancia, lo que por sí solo echa por tierra la argumentación defensiva. Al margen de ello, la excusa planteada resulta casi pueril. Nótese que así como la instrumentadora quirúrgica dijo que ella posee una iluminación especial, enfocada a su sector, para no dificultar la visión del monitor que utiliza el cirujano, lo propio cabe decir para el anestesiólogo. A todo evento, si fuese imposible utilizar una iluminación adecuada para realizar el mencionado control, el anestesiólogo debería plantearle la situación al cirujano, más nunca soslayar el cumplimiento del mencionado requerimiento, que, como hemos visto de las distintas declaraciones no solo es normativo sino también es de práctica habitual resguardar alguna zona del cuerpo del paciente donde poder observar su coloración en forma permanente. Lo que el imputado ha omitido por completo. Y no solo eso, sino también los restantes controles clínicos que recomienda la normativa dirigida hacia él. No lo hizo jamás antes de detectarse la cianosis, y tampoco después, contrariamente a lo que hicieron los médicos que concurrieron a la emergencia después del paro, fundamentalmente auscultando al paciente.-

También el Sr. Defensor hizo alusión a que es impracticable el control que exige la norma. Si este era el caso debió haber planteado la inconstitucionalidad de esa disposición, lo que no hizo. Tampoco ha aportado prueba alguna que le otorgue cierta verosimilitud a su planteo, de manera que el argumento no va más allá de ser una mera declamación.-

Más adelante la Defensa expresó que los medios de monitoreo no son infalibles y que tienen retardo, son medios indirectos, utilizando la analogía de una manguera. Expresó en tal sentido que el Dr. Bustos habló de un delay de hasta dos minutos y que la cianosis fue descubierta antes de esos dos minutos de delay que podría tener el monitor para registrar la obstrucción del tubo. En mi criterio se trata de un argumento efectista pero que básicamente constituye una falacia, sustentada en una verdad a medias. El Forense se refirió únicamente al retardo de la oximetría de pulso, que está mucho después de la capnografía. Expresamente respondió el Forense: “...cuando nos preguntaron esto en los puntos de pericia contestamos evidencia que da unos 60 segundos y evidencia que daba hasta dos minutos, no más de dos minutos, por lo menos lo que dice la evidencia, hablando específicamente de saturación, pero le recuerdo que el hallazgo de cianosis tiene un rango de tiempo que le acabo de mencionar y que la saturación va antes...”. Por lo demás, eso de que la cianosis fue descubierta antes de los dos minutos de delay y que todo ocurrió en fracción de segundos, responde únicamente a la propia imaginación del Sr. Defensor, que contrasta abiertamente con la prueba producida durante el juicio. Como ya dije anteriormente, es imposible saber a partir de qué momento se instaló la cianosis generalizada en el cuerpo de V y, de la misma forma, a partir de qué momento entró en paro cardiorrespiratorio. Y esto es así porque una vez que se produjo la obstrucción del tubo endotraqueal no hubo alarmas de ningún tipo, sencillamente porque el monitor multiparamétrico se encontraba apagado.-

En base a todo lo expuesto doy por acreditada la acusación tal como ha sido formulada. El resto de la prueba y alegaciones de las partes, debidamente ponderadas, no modifican esta conclusión.-

A LA SEGUNDA CUESTION EL DR. EMILIO STADLER, DIJO:

En base a los argumentos vertidos al tratar la primera cuestión, considero que la calificación legal propuesta por los acusadores es correcta, por lo

que la conducta desarrollada por el imputado en el momento del hecho resulta configurativa del delito de HOMICIDIO CULPOSO, en calidad de autor (arts. 45 y 84, CPenal).-

A LA TERCERA CUESTION EL DR. EMILIO STADLER DIJO:

AUDIENCIA DE CESURA: se llevó a cabo el día 3 de febrero de 2026, produciéndose la siguiente prueba, de la Fiscalía, testimoniales de **G M G D A**: conozco al imputado del ámbito laboral, del Sanatorio ..., soy médico pediatra neonatólogo hace 18 años, encargado del servicio de neo y pediátrica; cuando ocurrió yo estaba de licencia, vuelvo el lunes posterior al suceso de V y tomo conocimiento del caso. V internado en la UTI pediátrica. Siempre damos un informe a todos los padres, a la mañana y a la tarde, detallado de la situación, junto al resto del equipo, acerca del estado de salud de V, al haber pasado 4 o 5 días desde que se internó se va teniendo más información, fue un informe claro sobre la gravedad y el riesgo de vida. Obviamente la reacción de angustia y desesperación de la familia, pero la realidad era esa. P.¿Esa información ya la manejaba la familia o fue a partir de su informe?, no estuve previamente, por lo que hablé con mis compañeros era un informe de gravedad del cuadro, pero a medida que pasan los días se tiene más información.

S A V: soy la hermana de A la mamá de V. Era mi ahijado y mi primer sobrino, relación cercana, vivíamos en el mismo terreno, V todos los días estaba con nosotros. Era un nene feliz, sano, pese a la patología que tenía, bueno, sobre todo bueno, no tenía maldad, amaba a sus tíos, a su mamá, a su abuelita, a su papito, mi hermana fue mamá chica, era mimado, pero no caprichoso, era bueno, se levantaba todos los días y se quedaba con mi mamá, cuando ella no podía lo cuidaba yo, era un nene feliz. P.¿Cambió tu vida con lo sucedido con V?, me cambió a mi y a toda mi familia, ya no somos felices, ahora es vivir con el alma rota, todos los días aprender a vivir con el recuerdo y con el dolor.

Querella: P.¿cómo se manejó el Dr. A con ustedes?, mal, él le informó a

mi hermana lo del paro que tuvo V, porque nadie le había dicho. Después tuvo una reunión con nosotros, él apareció una mañana, al mediodía, nos dijo que no sabía qué había pasado, no nos supo dar una explicación, después no lo vi nunca más. Lo vimos una vez, porque lo pedimos. Nunca pidió disculpas.

M O: soy maestra jardinera en el jardín nro. ... , fui la maestra de V en salita de 4, naranja. P.¿Cómo era V?, nunca faltaba, llegaba con sonrisa y muy contento al jardín, el grupo lo quería mucho, eran chiquitos de 3 y de 4 años, muy unidos, se conocían todos, V fue elegido abanderado, jugaban mucho, tenía una campera como astronauta; después de haber ocurrido ésto apareció la bufanda de V y la teníamos como si estuviera V adentro de la sala. Me sentí acompañada de esta forma. Lo de V fue durante las vacaciones de invierno. Un día antes de retomar las clases fue el entierro de V, era muy fuerte volver el lunes como si nada hubiera pasado, se armó por ETAT como un protocolo de pérdida, nunca estamos preparados para esto. No sabía cómo recibirlos. La mayoría ya sabía lo que había pasado o venían a preguntarme, teníamos que decirles que nunca iba a volver. Un momento fuerte. Lloraban. Compañeros que no querían volver al jardín. V siempre estaba, la silla, donde ponía la mochila. Plantamos un árbol en recuerdo de V, y que hicieran dibujos recordando a V. Querella: P.¿sigue trabajando usted hoy en día?, estoy en tratamiento psiquiátrico con antidepresivos, es producto de todo, en algún momento el cuerpo habla.

M D L M L: la mamá de V iba con mi hija al secundario, de ahí la conocimos y la adoptamos como hija, V fue nuestro nieto, teníamos un vínculo de amor con él. V era nuestro nieto del corazón, era de nuestra familia, como su mamá. Relación frecuente de trato. V era puro amor y felicidad. No había llantos ni gritos, era un nene muy dulce, un tierno. Nos enseñó lo que era el verdadero amor. Me mandó un audio el día de la operación, me dijo que me extrañaba y que me quería mucho. Fue la última comunicación que lamentablemente tuve con él. P.¿Como

impactó?, nos destrozaron, la angustia de no tenerlo, hoy estamos muertos en vida, es difícil llegar a ciertas fechas importantes, su cumpleaños, nuestros cumpleaños, las fiestas, los viernes salía feliz de mi trabajo porque sabía que lo iba a buscar para que se quedara con nosotros. Defensor: P.¿usted participó en algún reclamo de justicia por V?, sí, estuve en todas, en tres manifestaciones, eran gritos de justicia, es lo que siempre pedimos y saber la verdad, fue mucho manoseo el tema de decirnos la verdad lo que pasó con V. No podíamos entender por qué una operación tan sencilla, todos los estudios daban bien, era sano, fuerte, con toda la vitalidad, que A me diga al nene lo llevaron a terapia no lo podía entender, nunca supieron explicar lo que había pasado. P.¿por el contenido gráfico de las manifestaciones?, lo que se vio en los medios, fotos de V pidiendo justicia y fotos de A, no recuerdo qué decían esos carteles en relación a A. P.¿Dónde fueron?, en la Av Roca y Tucumán, de ahí hasta la Chacabuco y 9 de julio y volvíamos, marchas tranquilas, al grito de justicia.-

Seguidamente la Fiscalía oraliza el informe del RNR según el cual el imputado no registra antecedentes penales.-

Prueba de la Defensa, testimoniales de

D E M: A es el padrino de mi hijo y yo el padrino de uno de sus hijos, llegué a Roca hace 10 u 11 años y empecé a trabajar con él, es mi amigo. Tiene sus hijos, se hace cargo, tiene a sus papás en San Juan y los ayuda económicamente. Él vive en la casa que construyó con su ex pareja y ahora él está ahí, nos juntamos con él y con sus hijos. Él es anestesiólogo en el ..., se formó en Córdoba, vino a la zona primero a Cipolletti y después a Roca. Yo soy cirujano y me ha dado anestesia y nunca tuve un problema, siempre hizo muy buenos trabajos. Siempre son varias cirugías por día. P.¿Qué reflexión hizo A de lo ocurrido?, muy afectado y dolido por la situación. P.¿Estado de salud de A?, tratamiento por cáncer, cirugía hace un par de años y tuvo una nueva lesión. P.¿el proceso lo ha afectado?, sí, en forma negativa, hizo disparar más su enfermedad.

P.¿cómo lo afectaría una Inhabilitación prolongada?, es el sustento de sus hijos y de su familia. P.¿Reclamo público de los familiares?, lo que uno ve en las noticias.- Fiscal: P.¿A hizo algo con la familia de la víctima?, se pudo a disposición, salir y hablar con la familia. No lo he visto usar el celular en las cirugías. Tiene un hijo de 12 y otro de 9; sé de su enfermedad porque somos como familia, por lo conversado.-

A R C: en 2023 me mudé a Roca y comencé a trabajar en el sanatorio, tenemos relación laboral y también relaciones sociales y amistad, colaboró conmigo. Hemos compartido reuniones, festejos, cumpleaños, él siempre al lado de su familia y de sus hijos. Desde que lo conozco creo que está divorciado y luego se mudó a su domicilio actual, estable. P.¿Desempeño profesional?, en mis cirugías siempre ha trabajado correctamente, nada que objetar, muy colaborador y predispuesto. P.¿Personalidad con las demás personas?, siempre lo vi estable y sonriente, no puedo decir nada malo, siempre con buenas relaciones con la parte médica, nunca una relación tensa o algo, siempre lo vi bien. P.¿Lo escuchó hablar sobre lo ocurrido?, una o dos veces y lo vi angustiado, lo vi muy mal. Sé que está con tratamiento oncológico, de un melanoma, controlando las amígdalas, tiene una hipertrofia; sé quien es su oncóloga pero no recuerdo el nombre, pero la ubico. P.¿se produjo algún cambio reciente en su enfermedad?, sí, en las amígdalas, desde mediados de año, en diciembre vino a mi consultorio y lo revisé; se inició el tratamiento. Presentaba una hipercaptación, iba a hablar con su oncóloga, porque está marcando probable sitio tumoral. P.¿Fue afectado por este proceso?, sí, se fue aislando después de este hecho. P.¿una inhabilitación que le impida trabajar traería consecuencias negativas en su vida?, creo que sí, es el único sostén de sus hijos y no tiene otra profesión.-Fiscal: P.¿por su especialidad médica?, otorrinolaringología. P.¿si cuando operaba con usted usaba celular?, no recuerdo que en el quirófano usara celular, cuando yo opero no se usan celulares, están atentos a todo.- Querella: está separado de la madre de sus hijos, desconozco si ella trabaja.-

C P R: A es paciente desde julio de 2025, soy médica oncóloga, lo controlo cada 15 días, tiene un melanoma por recaída de su enfermedad y está haciendo un tratamiento oncológico, en julio o agosto del año pasado cuando lo conocí tuvo la recaída de su enfermedad. P.¿Sabe del proceso judicial?, sí, desde la esfera pública, él también me ha transmitido. P.¿cree que el proceso pudo haber influido en la evolución de su enfermedad?, todas las situaciones de estrés pueden influir negativamente en todas las patologías oncológicas. P.¿Es una enfermedad grave de riesgo vital o progresión importante?, no hago futurología, hoy está controlada, en el futuro no lo sé, la recaída lo pone en mayor riesgo, pero no sabemos lo que va a pasar. Fiscal: el 10/7/2025 fue primera consulta, en esa fecha fue la recaída.-

M E C: es compañera de trabajo del imputado, hace más de diez años, concretamente hace 13 años, ese tiempo en el sanatorio como anesthesiólogo, con buen desempeño en su actividad. P.¿Personalidad y trato con los demás?, tranquilo, buen compañero, nunca lo escuché hablar sobre lo que ocurrió. Sí lo he visto angustiado, triste, por lo que ocurrió. P.¿Padece una enfermedad?, sí, el ambiente es chico y él nos contó. P.¿Lo afectó este proceso?, sí, mucha angustia, tristeza. P.¿una pena de inhabilitación podría afectarlo?, sí, porque tiene familia.- Fiscal: sé que tiene dos hijitos.

C L V F: lo conozco hace 13 años, del sanatorio donde yo trabajo, es responsable a nivel profesional, siempre trabajamos juntos en el quirófano, siempre llegó a horario, trabajamos en las cirugías. No sé si tiene personas a cargo. Es de una personalidad muy tranquilo. P.¿lo ha escuchado hablar de lo ocurrido?, no. Lo veo triste por lo ocurrido. Padece enfermedad oncológica, sé que está tomando medicación, muchas nauseas y bajones. Lo veo muy triste y cabizbajo, comparado con la persona que era. P.¿cómo lo afectaría una pena de inhabilitación?, sé que tiene dos hijos, no sé con quién se quedarían, ahora sé que viven con él.- Fiscal: no sé si trabaja la madre de sus hijos. P. ¿Él utiliza su teléfono

celular durante las operaciones?, no.-

G D A: lo conozco desde el 2012 cuando ingresa a trabajar al sanatorio. Es anestesiólogo. Hace 5 o 6 cirugías por día. En diciembre dejó de trabajar por un pedido de la gerencia del sanatorio, yo fui con él a la reunión con la gerencia. El motivo es por la trascendencia de lo que ocurrió. P.¿Profesional actual?, no trabaja. No sé si ha buscado otros trabajos. P.¿lo ha afectado este proceso?, mal en sus ingresos económicos y en lo profesional, sin duda.

A M O: lo conozco del año 2012, trabajamos en el sanatorio, compañeros de trabajo, vive solo, está separado, tiene dos hijos, tiene domicilio estable, hace dos años él volvió a vivir en la casa que ocupaba con su ex esposa. Es anestesiólogo, más o menos hace 16 años. P.¿Desempeño profesional?, buen compañero de trabajo, responsable, no teníamos quejas en la forma de trabajar. P.¿Personalidad, trato?, como todos los que trabajamos en el quirófano, uno convive muchas horas, termina siendo como una familia porque pasamos muchas horas trabajando, buen trato, siempre presto a ayudar y a colaborar en todo. P.¿Habló de lo que ocurrió?, sí, que venía todo bien, que se produjeron algunos eventos durante la cirugía, algunos cambios en los monitores, de gran pesar por como terminó la situación. Padece una enfermedad, tiene un melanoma, fue postpandemia, y que se hace la primera operación, en 2021 o 2022. primero era de seguimiento pero luego detecta metástasis, el año pasado, por eso está en tratamiento, fue después de las vacaciones de invierno. Pudo haber afectado la evolución de la enfermedad este proceso. P.¿Consecuencia de inhabilitación?, como a cualquiera de nosotros, la forma de ganarnos el pan, una cosa espantosa. Yo continúo en el ..., él no trabaja más desde diciembre, dejó de trabajar por toda esta situación, por decisión del sanatorio.- **Fiscal:** la mamá de los chicos es fonoaudióloga. No lo he visto usando el teléfono celular. Yo soy anestesióloga. Uso celular para hacer cálculos de las dosis.-

L E C Q: somos amigos, lo conozco hace 5 años, primero en lo laboral,

del hospital, charlas de amigos y todo eso. Él vive con sus dos hijos de forma periódica, cuando le toca, porque está separado, vive solo realmente. Es responsable de sus viejos, de sus padres, de los gastos, ellos viven en San Juan, también de sus hijos. Sus padres son personas mayores, que están grandes. Yo soy kinesiólogo. Vive en la ..., creo que no ha tenido problemas con los vecinos. Él es medico anestesiólogo. Excelente desempeño profesional como cualquier trabajador de la salud. P.¿por su personalidad?, bien, bien, como cualquier compañero. P.¿Lo escuchó hablar sobre lo ocurrido?, preocupado por la situación, lo compartió mucho con nosotros, le afectó mucho, la parte emocional, un día más triste que otro, se cerraba a no charlar tanto, estas cosas no son fáciles de afrontar. Sé que padece una enfermedad por un melanoma, está medicado, se agravó, no charla mucho de esto, desde noviembre para acá más está con más síntomas. P.¿Este proceso lo afectó?, sí, plenamente seguro de eso, los problemas se somatizan por ese lado, se reactivaron las células y todo eso. P.¿que repercusión tendría una prolongada de inhabilitación, en su proyecto?, obviamente, todos necesitamos trabajar, sería un desastre, es así. Ahora está afuera del sanatorio, por esta situación. Fiscal: P.¿sabe a qué se dedica su ex esposa?, psicopedagoga, algo de eso, no sé si trabaja en la actualidad. Desde noviembre, octubre, del año pasado está con el problema oncológico. Supongo que vive de ahorros, su trabajo se vio afectado.-

No habiendo otras pruebas que producir se continúa con los **alegatos**

FISCALÍA: L estaba con estrés postraumático por su intervención en esta cirugía, con una larga licencia psicológica. La declaración de la madre de V, fue desgarrador lo que ha tenido que vivir después del procedimiento quirúrgico, del ocultamiento de lo que había ocurrido, no fue clara la información que se le proporcionó a la familia. Ella tuvo que pedir la HC. La forma como se tuvo que despedir de su propio hijo, siendo una madre primeriza. En el desarrollo del proceso, la colocación de pancartas, la vio el doctor, se acerca y comienza a hostigarla. No es

entonces que se puso a disposición de la familia. En vez de pedir disculpas fue a provocar a una madre que estaba pidiendo justicia. Dejaron de ser felices en su familia. Nadie pidió disculpas de lo ocurrido. Generó un impacto emocional muy fuerte para toda la familia. Él dejó de trabajar por política empresarial. Su enfermedad está controlada. Agravantes: edad, no es una persona joven, su calidad especial, profesional especializado, anesthesiólogo, larga trayectoria en intervenciones quirúrgicas. La edad de la víctima, de tan solo 4 años. Es imposible que tenga una maldad, pero se ha señalado la alegría y la felicidad que tenía. Con relación a la culpa en el hecho: tenía tecnología disponible a su alcance, con tan solo observar el monitor o ver en su cuerpo se podría haber detectado lo que estaba pasando en su cuerpo. Lo pudo ver la instrumentadora que no era su función. Era fácilmente detectable, solamente con ver a la persona. Esto no se realizó. Tampoco atento a la desconexión del monitor. Utilizaba su teléfono celular. Salió a buscar un cargador sin dejar sustituto. Su falta de respuesta para con el paciente, de intentar arreglar lo que había provocada, se demuestra más su grado de impericia en este caso, porque no pudo detectar lo que estaba pasando, necesitó tres anesthesiólogos más y la doctora G, quienes pudieron solucionar rápidamente pero en un momento tardío. Él la única respuesta fue estar con el ambú, respuesta insuficiente. Va a contramano con ser especialista en reanimación. La extensión del daño no solo a la víctima sino también a la familia, a la abuela de corazón, a quienes ha destruido como familia, al igual que en el ámbito educativo. **Atenuante**: exclusivamente el comportamiento durante este juicio y que no registra antecedentes penales. Que se lo condene a la pena máxima que permite la competencia de este Tribunal unipersonal, de tres años de prisión de ejecución condicional e inhabilitación especial para ejercer la medicina por el término de diez años.-

QUERRELLA: vamos a adherir a lo expresado por el Sr. Fiscal. No tuvo la primera entrevista con el paciente, tampoco firmó en presencia de la

familia el consentimiento informado, le avisaron de la cianosis y dijo que era el brazo. Ya ahí estaba demostrando el desprecio por la vida, lo tomó como algo sin importancia. Desde ese momento L no pudo intervenir más en operaciones. En la reanimación A estaba como bloqueado. Nunca se acercó a la familia para acompañarlos, por lo menos desde la ética profesional y moral. Durante el proceso jamás pidió disculpas, jamás se acercó a la familia, no desde lo formal, sino de lo vivencial. Ni el imputado ni a través de la Defensa. Destrozó a una familia. Toda la comunidad conmovida por lo que ocurrió, fue muy grave lo que ocurrió en ese quirófano. También agravante por la edad y la educación, era un profesional, mayor responsabilidad que una persona común, tiene protocolo de actuación y normas que cumplir. La defensa no comprobó que el Sr. A es el sostén de su familia, podría haber comprobado con un informe social. Sí como atenuante que no tiene antecedentes penales. Veo como agravante no haber pedido las disculpas. Porque el bien afectado fue la vida. Nos adherimos a la petición del Fiscal.-

DEFENSA: la mayoría de los agravantes han sido tratados extensamente durante el juicio de responsabilidad. Atenuantes que existen en este caso: sostiene su inocencia por eso no pide disculpas, todavía se encuentra amparado por la presunción de inocencia. No puede ser tomado como un agravante. Que se ubique la pena en el mínimo legal, tanto en la prisión como la inhabilitación especial. Subsidiariamente lo sea solamente para el ejercicio de la medicina pediátrica, porque es el único medio de vida de A. Lo que produjo el proceso en su vida debe ser tenido como atenuante. Profesional de amplia trayectoria que carece de antecedentes. 7500 cirugías, es un número enorme. Sin antecedentes durante todo ese tiempo. Hecho aislado en toda la carrera profesional. Condiciones personales no estamos frente a alguien indiferente por lo que ocurrió, está enfermo y se agravó su enfermedad por este proceso, agravamiento de enfermedad preexistente, su ánimo, su salud y su vida cotidiana profundamente afectado por este hecho, es sensible y empático, hizo propio el dolor de lo

sucedido, no es lo mismo la indiferencia que la empatía. Viene sufriendo una pena de facto, a partir del veredicto dejó de ser contratado como anesthesiólogo. Nadie lo quiere contratar, su nombre estigmatizado por este caso. Debe ser tenido en cuenta para que la pena final no resulte excesiva. No necesita una pena ejemplificadora para tomar dimensión del daño, ya se tradujo en enfermedad y en escarnio público. Que haya sido un niño es más doloroso y conmovedor, pero tratándose de un delito culposo lo que debe primar es el grado de imprudencia en el hecho. En este caso la imprudencia que se le atribuyó consistió en no haber prestado la debida atención, no haber observado el monitor multiparamétrico. ¿Durante cuánto tiempo?, no es lo mismo que abandonar a un paciente a su suerte. Todo lo del celular, la salida del quirófano fueron tomados como indicios de la desatención, no fueron la causa determinante del resultado. Que se valore el grado de imprudencia por sobre el resultado. Sus antecedentes y el sufrimiento que ya está soportando. Que sea solamente para el ejercicio de la medicina pediátrica. Cualquier pena superior sería desproporcionada y excesiva.-

ULTIMA PALABRA AL IMPUTADO: es muy difícil transitar todo esto, que se esté hablando de uno, yo me considero y siempre he sido una persona más bien introvertida, no de exponerme, por lo cual me afecta doblemente todo esto, de escuchar un montón de cosas de supuestos, suponemos una cosa, suponemos tal otra, cuando yo soy el que estuvo en el hecho, el que participó directamente, sé lo que pasó, escuchar lo que le pareció a la gente y no poder decir nada porque obviamente no estoy en calidad de testigo sino de acusado, pero yo hoy estoy escuchando muchas cosas que las siento de la misma manera, de que lo está expresando la familia, acá no se olviden de que también soy una persona, más allá de lo profesional, de la trayectoria y de todas las cosas que se están hablando, también de este lado se vivió un sufrimiento, una incertidumbre en los días posteriores a lo que pasó, un hecho que es totalmente doloroso, principalmente para la familia, pero la incertidumbre la vivimos todos. Es

un hecho que sucedió, se manejó de la mejor forma que se pudo manejar. Por ahí dicen el expertis, sí, perfecto, nosotros somos expertos reanimadores, lo somos, nos preparamos para eso, practicamos para eso, lo simulamos, de hecho yo tengo una gran cantidad de simulaciones, pero no es lo mismo lo que pasa en la vida real, el hecho es desesperante. Y cuando dicen “él no pudo resolverlo”, no, sí que lo resolví, porque en el primer instante de cualquier protocolo de reanimación lo primero que hay que hacer es pedir ayuda, no encargarse solo en un hecho crítico. Acudieron en mi ayuda. Cada uno tomó un rol. Yo tomé el rol de ventilación, que lo ponen como que yo manejé un ambú nada más, era imprescindible el rol de ventilación, ya que lo primero que detectamos fue una hipoxia. Después lo que me adjudican es que yo tenía que saber el diagnóstico. En ningún lado, en ningún protocolo de reanimación, donde lo busquen, nadie está obligado a saber exactamente cuál es el diagnóstico. Lo sacamos entre cuatro profesionales. Era tan difícil saberlo en ese momento, es algo que no ocurre frecuentemente, es muy difícil determinarlo. Primero se trata el hecho y después se hace un diagnóstico, por ahí no se determina nunca el diagnóstico del paro, lo pudimos resolver en ese momento y se actuó. Otra de las cosas que lo ponen como un agravante, yo fui el primero que salió y habló con la madre y que le dije lo que realmente había pasado, porque yo estaba ahí presente, y no tenía más para decirle en ese momento, porque de ahí es pasar el proceso, que tampoco lo han tenido muy definido la gente de terapia, yo iba todos los días y muchas veces por día a buscar el parte, como iba la familia, entonces yo no tenía qué decirle a la familia, porque me informaban a mí de la misma manera que le informaban a la familia, yo dejo de participar de esa etapa. Entonces yo no tengo más que decirles, más que explicarles, y cuando pidieron mi presencia estuve, y realmente estaba a disposición si me querían preguntar, lo que pasa es que desde la terapia, el mismo G G que estuvo acá, estuve permanentemente en contacto con él, él me decía que la familia estaba hostil, no quieren verte, no vengas porque la

situación se va a empeorar. Entonces, desde ese punto de vista yo estaba, lo que pasa es que me frenaba desde muchos lugares, yo recibía el parte igual que cualquiera de los familiares, por lo tanto no podía dar una explicación exacta de lo que estaba pasando porque no lo podía saber. Escuchar cosas así como decir que el monitor estuvo apagado, sí, es verdad, se apagó durante cinco segundos en nuestra cara y se volvió a prender, en el momento de la reanimación, no fue que el monitor estuvo apagado durante una hora, como se dijo acá en un momento, porque yo me guio por el monitor, es como ver televisión con la tele apagada, es imposible. Escuchar todas esas cosas obviamente que me han afectado, y sin poder defenderme, sin poder decir nada. Por ahí hablaban de hostigamiento, yo el hostigamiento lo tuve, sin embargo me quedé callado, no dije nada, no presenté denuncias. El hecho que dicen, pegaron panfletos por todos lados diciendo que yo era un asesino, autor material del homicidio de un chiquito de cuatro años, pegado en la puerta de mi trabajo, en la puerta de mi casa, en el club donde mis hijos practican deportes, que no sé cómo los ubicaron, pero mis hijos los vieron, y yo me enteré meses después, porque mis hijos no me quisieron decir, para cuidarme. Una foto con mi nombre diciendo que yo era un asesino. No hice nada, me tuve que quedar callado, pero obviamente me afectó muchísimo. Otra de las cosas que escuché aquí fue la seño de V y estoy totalmente de acuerdo, que el cuerpo habla, y mi cuerpo también habló después de todo esto, no solamente la seño que quedó destruida con este hecho. Yo no quiero que me vean, con todo lo que se fue diciendo en los medios con animosidad y difamación, quedar como una persona fría, distante, que no le afectó esto, que yo seguí mi vida, pero mi vida se paró también desde ese momento, se paró profesionalmente, como persona, como padre, y la voy llevando, como puedo. Y no tengo dudas que V era el niño más dulce del mundo, no tengo ninguna duda, no se olviden que yo fui la última persona que habló con V, yo fui el último, él se durmió con mi cariño, yo lo calmé, le hice cariño porque él entró llorando, a una

sala quirúrgica, a despedir a los padres, con la enfermera, nos dio una cierta emoción ver cómo lloraba V al entrar, y sin embargo yo lo hablé, yo lo calmé, lo animé, él habló conmigo, fue la última persona que habló con V, conversamos, le dimos un globito mientras lo preparábamos, calmándolo y se durmió, no la vivieron solamente ustedes, lo vivimos todos los que estuvimos en el quirófano. Si bien hay gente que tuvo que dejar el trabajo porque les afectó, a todos nos afectó. Yo en ese momento no pude dejar de trabajar, por una cuestión de falta de personal, yo en ese estado también necesitaba dejar de trabajar y me aparté por una semana, dos semanas, pero me volvieron a llamar porque necesitaban que yo esté. Entonces todas estas cosas yo no quiero que queden de lado, que la tristeza, que el dolor, que todo lo que se ha vivido no es de un solo lado, y del otro lado solamente frialdad o distancia. Yo solamente por educación y por no tratar de embarrar y de buscar justicia en esto, pero de una forma paciente y callada. Y no con los medios, con declaraciones difamantes. Porque eso empezó mucho antes que la familia, empezó desde otro sector, que para mi quisieron lavarse las manos de entrada. Yo acepto la responsabilidad que yo tengo porque yo fui partícipe de esa situación, como decía mi abogado recién, no puedo pedir disculpas de algo que yo acepto responsabilidad, pero sé que no soy el único responsable, a lo cual a mi la justicia me señaló como el único responsable, siendo que somos un equipo, un equipo que empieza desde el sanatorio y hasta la última persona que participa. Entonces yo quedé como el único culpable, el único responsable y obviamente la familia necesita tener un culpable, necesita tener a alguien, para descargarse. Y yo eso lo entiendo, lo entiendo desde siempre. Entonces yo necesitaba que me escuchen un poco, que vean que de este lado la vida también se acabó de cierta manera y se afectó, y no solamente yo, la mía, la de mi pareja, la de mis hijos, la de mis padres, amigos, y nos pueden hacer nada, es una situación que nadie la hubiese querido vivir nunca. Yo no tengo mucho más para decir, necesitaba decir estas palabras, y en esta situación yo siento que estamos

en el mismo barco, y el dolor lo compartimos todos, si bien es mi trabajo, y que puede pasar, por suerte no me pasó nunca antes, no crean que lo de V a mi no me afectó, para mi V ha marcado un antes y un después, en muchas cosas, que sepan, que se queden tranquilos en ese sentido, que yo estuve con V, lo clamé, le hice cariños, le hablé, y realmente me afecta mucho que yo fui el que escuchó sus últimas palabras, nada más.-

CONCLUSIONES DE LA PRESENTE CUESTIÓN: Llegado el momento de decidir qué calidad y qué cantidad de pena se va a imponer al imputado, sabido es que corresponde analizar las características especiales del hecho al momento de su comisión, y que no forman parte los elementos típicos configurativos del ilícito atribuido; la actitud concomitante y posterior al delito asumida por el imputado; sus circunstancias personales, y las de la víctima, todo ello siguiendo como parámetro las pautas previstas en los arts. 40 y 41 del Código Penal y que resulten ajustadas a la culpabilidad del imputado.-

En ese sentido, nuestro STJ tiene dicho que: *“...la determinación del monto de la pena aplicable debe seguir los parámetros correspondientes para tal fin. Concretamente, la ponderación de las constancias conducentes del proceso para seguir las pautas vinculadas con la pena, que “es la herramienta que emplea el derecho penal para ejercer su función de control social de carácter formal. Se trata de una temática que exige la máxima prudencia en los jueces y en cuya individualización judicial deben liberarse de los prejuicios personales, las simpatías y las emociones, y orientar su sentencia exclusivamente atento a criterios objetivos de valoración. Además, hemos establecido que la argumentación de la imposición de pena –dentro de la escala penal aplicable- de acuerdo con el art. 40 del Código Penal manda a merituar la totalidad de los atenuantes y agravantes que surgen de las constancias de la causa; el inc. 1° del art. 41 reconoce cuatro elementos posibles, mientras que el inciso siguiente se refiere a diez, más el conocimiento “de visu” del imputado, la víctima y las circunstancias del hecho en la*

medida requerida para el caso” (Se. 190/06; 131/07; 45/08; 134/08 y 190/08 STJRNSP, entre otras)...” (“Yacopino”, sent. nro. 299 del 23-12-2010). Asimismo, respecto del punto de arranque en la graduación, rige la doctrina legal del STJ, en el sentido que debe: “(...tenerse presente que en la tarea de individualización y determinación de la pena, la enumeración de circunstancias objetivas y subjetivas contenidas en la ley de fondo (arts. 40 y 41 C.P.) constituyen parámetros de ponderación a los fines de cuantificar el monto de la pena. Así, frente a la conminación de la escala del minimum y el maximum, esto es, frente a los topes mensurativos, el magistrado debe partir de un punto central (equidistante de ambos extremos) y a partir de allí correrse de un lado a otro motivado por los diferentes aspectos que la normativa le señala, sea para agravar, sea para atenuar la individualización de la sanción a imponer” (STJRN Se. 94/14 “Brione”).-

Necesario es señalar, además, que la graduación de la pena, sin perjuicio de procurar que resulte lo más objetiva posible, lejos está de ser un procedimiento matemático. Es decir, no se halla reglado o cuantificado cuánto se debe subir o cuánto se debe bajar por las agravantes o atenuantes que resulten aplicadas, dependiendo en cada caso de la trascendencia que le asigne a cada una de ellas. De allí que el STJ haya expresado que: “...resulta imposible construir una regla general a priori sobre los criterios eminentemente valorativos para determinar la pena aplicable dentro de la escala de los tipos legales, a la vez que se aconseja que la intervención del Superior Tribunal sea prudente y limitada a la función casatoria (STJRNS2 Se. 7/16, “Cifuentes Caro”)...” (Se. 249/16, 12/10/2016; voto del Dr. Barotto).-

Con este marco, siendo en la especie la escala punitiva en abstracto de 1 año a 5 años de prisión y de 5 años a 10 años de inhabilitación especial, el punto medio o equidistante al que hace alusión la doctrina del STJ como punto de arranque, en el caso de la prisión es de 3 años, y de siete años y seis meses de inhabilitación especial.-

Ahora bien, personalmente considero que deben ponderarse como atenuantes: la circunstancia de que el imputado no registra antecedentes penales, lo que tiene una especial relevancia al tratarse de una persona que ya tiene 46 años de edad. Especialmente cuando por largos años ha ejercido una profesión altamente riesgosa, siendo el presente un hecho que aparece aislado en su vida. Además, varios profesionales de la medicina que han depuesto durante este juicio han referido conocerlo hace varios años, destacando su responsabilidad y espíritu de colaboración durante el dilatado ejercicio de su profesión.-

También valoro como atenuante que se trata de una persona de trabajo; que tiene hijos menores y que, pese a que no viven con él de forma permanente (ya que sus padres se encuentran separados), cumple regularmente con sus obligaciones paternas. De la misma forma, aquí se ha dicho que contribuye económicamente al sostenimiento de sus padres, que se domicilian en otra provincia.-

Respecto de la impresión personal que he tenido del imputado, sin perjuicio de haber cumplido adecuadamente con sus cargas procesales y de haberlo observado respetuoso durante el juicio, se ha mostrado con cierta frialdad frente a un hecho tan doloroso. En función de lo que han sido sus manifestaciones finales, aquello posiblemente se deba a las características de su personalidad y no necesariamente por sentir indiferencia al dolor de los demás, lo que efectivamente dijo que le produjo y de cuya sinceridad no tengo razones atendibles para dudar, además de haberme impresionado como sincero. Pese a que coincido con lo sostenido por su asistente técnico, en el sentido que el imputado aún goza del estado de inocencia que le garantiza el art. 18 de la Constitución Nacional, y así será hasta que esta sentencia eventualmente quede firme, y que, por lo tanto, no puede computarse como agravante la falta de arrepentimiento o de disculpas hacia las víctimas extendidas del caso, igualmente considero que sus últimas palabras contribuyeron a ello, aclarando que nada de cuanto dijo lo he ponderado como elemento de

cargo a los fines de establecer su responsabilidad en el hecho. Va de suyo que los acusadores no han podido ponderar estas circunstancias por cuanto sus alegatos fueron anteriores. En este mismo contexto, pese a que frente a un suceso de tal dimensión y consternación, los familiares del pequeño V, principalmente sus padres, no encontraron una adecuada información y repuesta por parte de los profesionales involucrados, destaco que a estar a los dichos de su madre, fue el imputado quien primero le transmitió que V había sufrido un paro durante la cirugía, alertándolos sobre la verdadera gravedad de lo acontecido durante la cirugía.-

Considero que no debe computarse como atenuante la tramitación del proceso, puesto que se ha desenvuelto dentro de los márgenes de la normalidad, especialmente en cuanto al tiempo de su desarrollo. Por iguales razones, las contingencias extraprocesales que se han producido con motivo de las marchas en demanda de justicia, por un evento ciertamente conmovedor, pese a que hayan producido efectos perjudiciales para el prevenido, tampoco constituyen circunstancias que deban ser meritadas como atenuantes. Lo mismo cabe decir en cuanto a su enfermedad, por tratarse de una patología previa al hecho y al inicio del proceso.

Circunstancias **agravantes**: seguramente el aspecto más relevante en la determinación de la pena, que se pretende sea justa y equitativa, tenga que ver con la consideración del hecho, abarcando tanto la extensión del daño producido como el aspecto subjetivo de la imputación, puntualmente a la intensidad de la culpa puesta de manifiesto por el imputado durante el hecho.-

Si bien a los fines de la subsunción legal, esto es, de la configuración del delito (homicidio culposo), carece de relevancia la calidad de la víctima, en tanto cualquier persona, por la sola circunstancia de serlo, merece la misma consideración y dignidad, aún cuando se trate de un anciano moribundo, con escasa expectativa de vida, no ocurre lo mismo a la hora

de ponderar la extensión del daño causado, exclusivamente a los fines punitivos. Desde ya que el dolor y consiguientemente el daño que produjo la pérdida de V resulta inconmensurable, tratándose de un pequeño de tan solo cuatro años de edad, que además tenía las cualidades personales que señalaron los testigos que depusieron durante la audiencia de cesura, lo que valoro en este aspecto. No obstante ello, al encontrarnos frente a un delito culposo, cuyo resultado disvalioso no es querido por el autor, el principal reproche radica en la dimensión de la culpa. Conforme ha quedado dicho al tratar la primera cuestión de esta sentencia, no en todos los homicidios culposos que quedan atrapados en la figura del art. 84, CPenal, su autor asume una posición de garante, en el sentido de tutelar bienes jurídicos. Cuando así ocurre, como en este caso, la responsabilidad es muy superior y, por ende, también la pena (confr. Patricia S. Ziffer, “Lineamientos de la Determinación de la pena”, Ed. Ad-

Hoc, p. 139). Además, es bien sabido el criterio general según el cual el incremento de la pena resulta directamente proporcional al nivel de desprotección que en cada caso haya tenido la víctima. No es necesario demasiada argumentación para comprender que quien ha sido sometido a una inducción anestésica no puede ejercer defensa alguna frente a cualquiera de las formas que pueda asumir la culpa de quien se encuentra en posición de garante, quien debe actuar en salvaguardar de la salud y en última instancia de la vida del paciente, y, faltando a sus deberes más elementales, defrauda la confianza depositada en él.-

En función de todo lo expresado, siendo que la pena de prisión requerida por los acusadores se encuentra exactamente en el punto medio o equidistante de la escala punitiva aplicable, lo que implica un verdadero equilibrio entre las circunstancias atenuantes y agravantes tomadas en consideración, considero que la misma resulta razonable y especialmente proporcional al delito cometido.-

Con respecto a la inhabilitación especial para ejercer la medicina, los acusadores han requerido la pena máxima de diez años. Considero que la

misma resulta excesiva, toda vez que, en mi criterio, debe ajustarse a la misma proporcionalidad que se ha tenido en consideración a los fines de la pena de prisión. La circunstancia de que en esta última se hayan encontrado con el tope de tres años de prisión, en función de la competencia del suscripto, procurando compensar con la inhabilitación especial, no es un argumento válido, pues eso ha sido debatido y decidido en una instancia procesal anterior, con amplia intervención de las partes. De manera entonces que siguiendo la misma línea de ponderación que respecto de la pena de prisión, considero que resulta equitativa la inhabilitación especial para ejercer la medicina por el plazo de siete años y seis meses.- Los argumentos de la Defensa, en pro del mínimo de inhabilitación, vinculado a factores atinentes a lo que se suele denominar como “sensibilidad a la pena”, no pueden ser receptados favorablemente. Siempre las penas, ya sean de prisión o de inhabilitación producen consecuencias negativas de distinta índole para quienes deben sufrirlas, y también especialmente en su entorno familiar, ello no implica, ni mucho menos, que deban eliminarse o reducirse en los términos requeridos, por fuera de la normativa aplicable. Está previsto respecto de la pena de multa tener en consideración la “situación económica del penado”. También respecto de la ejecución de la pena de prisión, en ciertos casos (enfermo terminal, mujeres embarazadas, etcétera). Pero no en esta materia.-

La Defensa ha producido prueba y peticionado que la inhabilitación lo sea únicamente para ejercer la medicina en el ámbito pediátrico, sin suministrar mayores argumentos para justificar semejante pretensión. Si bien es cierto que en la especie la víctima ha sido un niño de 4 años de edad, esta condición no altera sustancialmente la índole del reproche, vale decir que la violación al deber objetivo de cuidado por el que ha sido encontrado responsable, produciría el mismo impacto y consecuencia frente a un paciente adulto.-

Con relación a la ejecución condicional de la pena de prisión, así ha sido requerido por los acusadores, de manera que en los términos del art. 191,

CPP es la modalidad que dispondré en la parte resolutive.-

Corresponde imponerle las costas procesales por su condición de perdedoso y las reglas de conducta del art. 27 bis., CPenal, por el plazo de tres años.-

Por todo ello;

FALLO: I.- CONDENANDO al imputado M J A K, filiado al comienzo del presente pronunciamiento, a la pena de TRES (3) AÑOS de prisión de ejecución condicional, con más SIETE (7) AÑOS y SEIS (6) MESES de INHABILITACIÓN ESPECIAL PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE MÉDICO y las costas del proceso, como autor penalmente responsable del delito de HOMICIDIO CULPOSO (arts. 26, 29, 45 y 84, CPenal).-

II.- Durante el término de TRES (3) AÑOS deberá cumplir las siguientes reglas de conducta: a) fijar y mantener domicilio, del que no podrá ausentarse por tiempo prolongado (más de 15 días) sin autorización de la autoridad competente; b) no cometer nuevos delitos; c) presentarse mensualmente ante el Instituto de Asistencia a Presos y Liberados de esta ciudad dando cuenta de sus condiciones de vida; y d) abstenerse del consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de consumir estupefacientes. Todo ello bajo apercibimiento de revocarse la condicionalidad de la pena impuesta (art. 27 bis., CPenal).--

III.- REGULANDO los honorarios profesionales de los Dres. Miguel Zeballos Díaz y Agustín Aguilar, por la labor desarrollada en la causa como abogados de los querellantes, en la cantidad de SETENTA (70) JUS, en forma conjunta, y los del Dr. Juan Ignacio Scianca, por la Defensa técnica del imputado, en la cantidad de SESENTA (60) JUS; en todos los casos teniendo en consideración la naturaleza del hecho investigado, la complejidad de la causa, la calidad y extensión de las labores profesionales desarrolladas y el resultado obtenido (arts. 6, inc. b, d y e y 8 de la ley G nro. 2.212). Notifíquese a la Caja Forense.-

IV.- Remítase la presente a la Oficina Judicial para su debido registro, comunicación y demás efectos. Firme que sea deberá formarse

cuadernillo de ejecución de sentencia; practicar el cómputo de pena; especialmente deberá comunicarse la inhabilitación especial dispuesta a los organismos y reparticiones pertinentes; proceder a las notificaciones y comunicaciones de ley, para su posterior remisión al Juzgado de Ejecución con las siguientes constancias del legajo: a) de la sentencia; b) del cómputo de pena; c) de los antecedentes del condenado; d) de los datos de los querellantes y/o de sus representantes, a los fines del art. 11 bis. de la ley 24.660, debiendo otorgársele la participación correspondiente en el marco de la ejecución (conforme art. 258, sgtes. y cctes., CPP y Acordada 15/2019-STJ).-

Firmado digitalmente por STADLER Emilio Seferino

Fecha: 2026.02.10

11:47:25 -03'00'