

En la ciudad de General Roca, a los 12 días de mayo de 2023. Habiéndose reunido en Acuerdo los Sres. Jueces de la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial y de Minería de la Segunda Circunscripción Judicial de la Provincia de Río Negro, con asiento en esta ciudad, para dictar sentencia en los autos caratulados: "**ORTIZ PABLO Y BRITES GLORIA C/ NIZZ HUGO Y FERNANDEZ CLAUDIA S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (ORDINARIO)**" (Expte.n RO-70528-C-0000), venidos de la Unidad Jurisdiccional UNO, previa discusión de la temática del fallo a dictar procedieron a votar en el orden de sorteo practicado, transcribiéndose a continuación lo que expresaron:

EL SR. JUEZ DR. GUSTAVO ADRIAN MARTINEZ, DIJO: I.- Llega nuevamente el expediente a los efectos de resolver los recursos interpuestos contra la sentencia definitiva de primera instancia y que en nuestra anterior intervención, motivaron a que, por mayoría, dispusiéramos como medida para mejor proveer, la realización de una pericial médica.

Entendíamos que con ella tendríamos aclarado las muchas incógnitas que surgen de un proceso que no ahondó en el esclarecimiento de los hechos a punto tal que ni siquiera se produjo pericial médica alguna, resolviéndose la cuestión sobre la base de la prueba que en tal sentido se produjo en el fuero penal con un muy acotado rango de exploración en tanto allí se centraron en lo ocurrido con la víctima en sus últimas horas.

Sigo entendiendo que tal pericial del modo ideado, es fundamental para la solución del caso, pero, lamentablemente el informe presentado por el perito designado muy lejos estuvo de cumplir con las expectativas, evidenciando que éste no pudo o no quiso cumplimentar lo que de modo muy claro le fue solicitado.

II.- Es importante recordar los motivos que expusimos junto al Dr. Soto en la sentencia de fecha 22/02/2022, para disponer la realización de una nueva pericia, así como las precisiones que hicimos respecto a cómo debía encararse ésta.

Expresamos allí al disentir con el primer voto del Dr. Maugeri, que: "1.- De ordinario los procesos en los que se juzga la responsabilidad médica, resultan complejos y más aún en medios relativamente pequeños como el nuestro. En las grandes urbes con infinidad de profesionales que no se conocen entre sí y variadas instituciones asistenciales y académicas, los recursos humanos para el abordaje del caso desde la experticia médica -peritos, consultores y asesores de parte- suelen ser suficientes. No ocurre lo mismo en medios más pequeños como el nuestro, llegando incluso para el actor neófito muchas veces directamente imposible conseguir adecuada asistencia

profesional médica para el juicio. Es algo que hemos siempre de ponderar procurando solución especialmente mediante la aplicación de la regla de la carga dinámica de la prueba. En este tipo de causas es necesario que tanto las partes como fundamentalmente el tribunal sean adecuadamente nutridos de información objetiva sobre tan compleja ciencia que le es ajena -la medicina- de modo de tener reales oportunidades de arribar a una decisión razonablemente fundada y con aspiraciones de justa. Sin esta información, desde luego que podrá haber un fallo pero a lo sumo con una fundamentación aparente cuya eventual justicia será exclusivamente aleatoria. 2.- En el caso que nos ocupa hay una orfandad probatoria significativa y muchas dudas que entendemos nos privan de la posibilidad de cumplir con la manda impuesta por los arts. 3 del CCyC y art. 200 de la Constitución Provincial. No se produjo prueba pericial médica en el proceso civil lo que más allá del reproche formal que cabe formular a ambas partes como se expone en el voto del estimado colega que nos ha precedido en el orden de exposición, la realidad es que nos priva de información esencial. Se ha juzgado prácticamente solo a partir de los informes de quien integraba el Cuerpo Médico Forense Dr. Scattena, y del informe del Hospital Garrahan, advirtiéndose de un análisis minucioso de éste último que se centra casi en exclusividad en el lo que ocurrió en las últimas horas de vida de la niña, soslayando la atención inicial tanto en la guardia del Hospital Ernesto Accame en la madrugada del día 19/12/2007 (02,30 hs), como en la Clínica Santa Catalina con la Dra. Carcar en la mañana de ese mismo día. Entre que la niña fue vista por la Dra. Carcar y el momento en que es llevada de urgencia al Hospital donde se decide su derivación a General Roca y fallece, transcurrieron horas. El dato cierto que no ha sido discutido es que tenía una extensa neumonía de aparente origen viral y probable shock séptico. Y entonces una pregunta que nos hacemos y para la que no encontramos respuesta en autos, es si es posible tan rápido desenlace? Si no ha podido hacerse algo? Si se evaluó adecuadamente a la niña para su diagnóstico? De la abundante información que puede encontrarse en Internet sobre neumonías en niños, no encontramos casos como éste con un desenlace tan rápido desde que se hacen presente los primeros síntomas y signos de la enfermedad. Es importante se nos ilustre también respecto de las técnicas de diagnóstico, desde las propias del examen clínico en el consultorio, hasta las de imágenes y laboratorio; cuales deberían ser y con que urgencia se solicitan. Obviamente conocer si se implementaron éstas? Proponemos se realice una pericial médica que abordando en profundidad el caso teniendo en cuenta la historia clínica y demás elementos de convicción existentes tanto en el expediente penal como en el presente,

nos ilustre sobre la enfermedad de la niña y tratamientos que se implementaron; sobre qué medidas pudieron adoptarse para un mejor diagnóstico y tratamiento; cuál es el momento en que debe sospecharse que ya estaba presente la neumonía ponderando también la información estadística al respecto; si la auscultación -corazón, pulmones, vientre- era conveniente como método de diagnóstico y si consta se hubiere practicado indicando en su caso en qué momento; que elementos y/o técnicas eran los que se utilizaban para medir el nivel de oxígeno en sangre y si se utilizó alguno; ilustrarnos sobre la importancia de este estudio en neumonías u otras enfermedades del sistema respiratorio; estadísticamente cuál es el nivel de mortalidad en neumonías en niños en nuestro país y sus causas. Se formulan estas incógnitas puntuales, pero interesa al tribunal conocer con la mayor amplitud sobre todo lo que pueda ser de utilidad para realizar una composición sobre cómo sucedieron los hechos, sus causas y si el resultado pudo ser otro. En ese marco se expedirá también respecto del reproche formulado por el integrante del CMF Dr. Scattena respecto de la utilización de diazepam cuando se verifica depresión respiratoria sin la adopción de otras medidas como el suministro de drogas vasoactivas. 3.- Creemos que un compromiso con la niña, aún fallecida, de esclarecer el hecho y contribuir eventualmente para que a otros no les ocurra lo mismo, debe llevarnos a realizar la pericia que aquí debió producirse y en lo posible llenar los vacíos de información que se nos presentan así como aclarar sobre las contradicciones que observamos. Con el alcance amplio perfilado en el punto 2, es entonces que nos expedimos para que la Cámara disponga la realización de una pericial médica como medida para mejor proveer (art. 34 inc. 2 y cctes. Del CPCyC)”.

III.- Estaba claro entonces que nos generaba muchas dudas la tan rápida evolución de un cuadro infeccioso y en particular la neumonía diagnosticada en la necropsia, por lo que pedíamos se nos ilustrara respecto de la evolución de este tipo de enfermedades incluyendo estadísticas al respecto. La determinación del probable curso temporal de la enfermedad obviamente nos permitiría enfocar en las distintas atenciones que recibió y evaluarlas.

Consideramos fundamental se nos informara también respecto de las prácticas de diagnóstico de modo de ver qué es lo que los médicos debieron hacer en cada caso. Interrogábamos incluso “si la auscultación -corazón, pulmones, vientre- era conveniente como método de diagnóstico y si consta se hubiere practicado indicando en su caso en qué momento”.

Pero nada de esto fue atendido por el perito que, como puede extraerse de la atenta

lectura de su informe, omite ilustrarnos respecto de lo que es conveniente y/o necesario que realice un médico clínico o pediatra cuando se presenta en su consultorio un paciente que muestra o refiere a síntomas como fiebre, dolor de garganta, vómitos. La Dra. Carcar realizó un diagnóstico de faringitis pero no sabemos que técnicas de diagnóstico practicó para hacer tal diagnóstico y descartar otras patologías más graves como la neumonía finalmente identificada con la necropsia.

En el informe pericial se insiste en un proceso de tres horas, lo que ya en nuestra anterior intervención entendíamos como fuera de toda racionalidad. Y en todo caso debía el perito argumentar al respecto y traernos la información estadística que pedíamos.

Lo lógico es suponer que la enfermedad tuvo un curso de varios días sin que fuera advertida, por lo que debía enfocarse en conocer por qué motivo no pudo ser diagnosticada. Se trató de un excepcional caso de patología silenciosa o se omitió o fallo en la anamnesis y exploración clínica. Se cumplió con la exploración clínica del modo aconsejado por la buena práctica médica?

El perito remarca constantemente que no aparecía la sintomatología propia de la neumonía para que los profesionales que intervinieron pudieran sospechar de tal patología, pero no nos dice qué fue lo que hicieron para la identificación de la enfermedad y si omitieron o cometieron algún error al respecto.

Era y es muy importante determinar posibles omisiones en la práctica de diagnóstico, para lo que el perito obviamente debía ilustrarnos adecuadamente respecto del protocolo a seguir para el diagnóstico y lo que surge de la HC. No callar respecto a aquello y dar por sentado que se siguieron las prácticas de diagnóstico correctas, pues precisamente el perito debe seguir el método cartesiano. Recuerdo en este sentido el Decálogo Médicolegal del Prof. Nerio Rojas (biblioteca de la Corte Suprema), particularmente su regla 5, "Seguir el método Cartesiano". Expresa al respecto el afamado legista: "Hay que seguir el método cartesiano. El método aconsejado por el filósofo Descartes es, en realidad, excelente para cualquier investigación científica. Consiste, como es sabido, en seguir estas cuatro reglas esenciales: 1º No admitir jamás como verdadera ninguna cosa que no aparezca evidentemente como tal y evitar la precipitación o la prevención. 2º Dividir las dificultades en tantas partes como sea posible para resolverlas mejor. 3º Dirigir ordenadamente el pensamiento, comenzando por lo más sencillo y fácil para llegar a lo más complejo. 4º Hacer enumeración completa y revisiones sin omitir nada. Este era el filósofo de la "duda" inteligente, lógica, exploradora. Es la actitud del sabio

en la marcha de su investigación. Debe también ser la del perito en la solución del problema médicoforense”.

IV.- He buscado información sobre esto y francamente hay muchísima, por lo que me resulta más extraño que no se nos informara al respecto, cuando fuimos muy precisos en nuestro requerimiento.

Me permitiré en este punto citar solo algunos artículos de los que he hallado y que contienen información que no debiera haberse omitido, porque por sobre todo, se trata de cuestiones bastante elementales y sobre las que se advierte consenso en la biblioteca médica.

Jonathan Gleadle, en un práctico y fácilmente entendible manual (Jonathan Gleadle, “Historia clínica y exploración física en una mirada”, 2da. Edición, al que se puede acceder en <http://www.untumbes.edu.pe/bmedicina/libros/Libros12/libro145.pdf>), enfatiza en que “el propósito de realizar la historia clínica y exploración física es conocer el problema médico del paciente y generar un diagnóstico diferencial. A pesar de los avances en las pruebas diagnósticas modernas, la anamnesis y la exploración física aún son cruciales para establecer un diagnóstico exacto. Luego se expone en las técnicas de palpación, percusión, auscultación, medición de tensión arterial y ritmo cardíaco, etc., etc.

En otro muy interesante y entendible artículo titulado “Introducción a la Exploración Clínica” (por L. Lorente, M. Durán, M. A. Aller, J. Arias, <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-54484/11%20Exploraci%C3%B3n%20Resumida.pdf>), se expone: “1. Introducción. La exploración nos sirve para confirmar la orientación diagnóstica que nos ha dado la anamnesis. Mientras que la anamnesis en determinadas circunstancias puede ser recortada, esto no se debe hacer con la exploración, por el riesgo de ignorar otros diagnósticos que, probablemente, ni el enfermo sabe que tiene. Consejos para Realizar una Correcta Exploración Clínica 1. Siempre realizarla lo más completa posible. 2. Poner siempre los cinco sentidos en marcha. 3. Hace falta tiempo, la prisa y la superficialidad van en contra de los detalles. 4. Para encontrar algo hay que buscar y esto hacerlo con empeño. 5. Cuantos más conocimientos tengamos más fácil es percibir las enfermedades. 6.....”. Los autores refieren luego a los distintos tipos de exploración, pudiendo ver que la comprobación de la frecuencia cardíaca así como la auscultación no está ausente en ninguna de ellas. (ver la página en detalle).

Referente a la Neumonía, de la prestigiosa Clínica Mayo extraigo: “Síntomas. Los signos y síntomas de la neumonía varían de moderados a graves y dependen de varios factores, como el tipo de germen que causó la infección, tu edad y tu salud en general. Los signos y síntomas moderados suelen ser similares a los de un resfrío o una gripe, pero duran más tiempo. Los signos y síntomas de la neumonía pueden incluir lo siguiente: Dolor en el pecho al respirar o toser - Desorientación o cambios de percepción mental (en adultos de 65 años o más) - Tos que puede producir flema – Fatiga - Fiebre, transpiración y escalofríos con temblor - Temperatura corporal más baja de lo normal en adultos mayores de 65 años y personas con un sistema inmunitario débil) - Náuseas, vómitos o diarrea - Dificultad para respirar (ver <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pneumonia/symptoms-causes/syc-20354204>).

Uno de los datos que me parece también interesante destacar es que todas las páginas de Internet que he consultado, incluyen entre probables síntomas de la neumonía, los vómitos, sin embargo no advierto mención de ello en los informes periciales.

Muy importante y esclarecedor particularmente para un caso como el que nos ocupa, es esta “Respuesta del grupo colegiado de consulta de la Organización Panamericana de la Salud. Sobre el código CIE-10 (Código Internacional de Enfermedades edición 10 edición), que puede consultarse en <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/1107-shock-septico-de-origen-pulmonar/>.

La transcribo íntegramente: “Shock séptico de origen pulmonar CONSULTA | 17 Feb 2019 | Autor: Felvill Villalona Institución: Ministerio de Salud Pública Cargo / Puesto: Epidemiólogo País: República Dominicana Codificación del Shock Séptico de Origen Pulmonar RESPUESTA DEFINITIVA GRUPO COLEGIADO 11 May 2019. Estimado Fevill: En el índice Alfabético, no existe una entrada directa para codificar el Shock Séptico de Origen Pulmonar; esto no significa, que la CIE-10 no contemple un código para asignar a este diagnóstico. Previo a la búsqueda que haremos en el Índice Alfabético (Volumen 3) de la CIE-10, es necesario hacer algunas consideraciones: • El choque séptico es un tipo de shock que se produce como resultado de una respuesta inflamatoria generalizada del organismo debido a una infección. • Es una Sepsis, en la que los trastornos de los sistemas cardiovascular, metabólico y a nivel celular son tan profundos que aumenta de manera significativa la mortalidad. • La sepsis grave y el choque séptico constituyen un importante problema de salud que resulta del daño

inducido por la respuesta inmunológica del huésped a una infección grave¹. • La sepsis ocurre cuando el síndrome respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) es concomitante con un foco infeccioso, ya sea probable o confirmados². • La sepsis grave se define como sepsis más disfunción orgánica, hipoperfusión o hipotensión. • Si no se trata la condición subyacente que genera la infección, se puede evolucionar al estado de choque séptico³. • Entre los principales focos infecciosos a los que se ha atribuido la sepsis grave y choque séptico se encuentra, en primer lugar, la neumonía (aproximadamente la mitad de los casos registrados), seguida de infecciones intraabdominales, de las vías urinarias e infecciones primarias del torrente sanguíneo⁴. Derivado de lo anteriormente mencionado, el código a asignar a Shock (Choque) Séptico de Origen Pulmonar es: J18.9 En la CIE-10, Vol. 3 se busca como Sepsis: Sepsis (generalizada) (ver también Infección) A41.9 Por referencia cruzada, nos manda a ver infección; al buscar éste término en el Índice Alfabético, encontramos: Infección, infectado (a) (oportunist) B99 – pulmón (ver también Neumonía) J18.9. Concluyendo: El código a asignar a Shock Séptico de Origen Pulmonar es: J18.9, que corresponde a Neumonía. Saludos cordiales. Amanda Navarro, Adriana Orellano, Moderadoras, Grupo Colegiado. 1 Cohen J. The immunopathogenesis of sepsis. *Nature* 2002;420(6917):885-891. 2 Angus DC, van der Poll T. Severe sepsis and septic shock. *New Engl J Med* 2013;369(21):2063.. 3 Gómez-Gómez B, Sánchez-Luna JP, Pérez-Beltrán CF, Díaz-Greene EJ, Rodríguez-Weber FL. Choque séptico. Lo que sabíamos y lo que debemos saber... Artículo de revisión *Med Int Méx.* 2017 May;33(3):381-391. 4 Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. *Intensive Care Med* 2013;39(2):165-228”.

Resalto esto porque además de no habérsenos informado -siendo un dato obviamente importante- semejante incidencia de la neumonía en el choque o shock séptico, paradójicamente en el informe pericial, al contrario de lo informado por el Garrahan y las otras opiniones médicas colectadas, se minimiza y hasta pone en duda el diagnóstico de Neumonía que se realizara tras la necropsia. Obviamente que sin argumentar el perito al respecto y mucho menos citar bibliografía en apoyo.

V.- En mi opinión está claro que hay una decisión de no adjudicar responsabilidad a los médicos que han intervenido y a partir de allí se ha construido un informe que omite cuestiones centrales que podían apontocar un reproche, así como se da importancia a otras que nada tienen de importante pero que potencialmente pueden ser muy aptas para

desviar los cuestionamientos, así como también se introducen hipótesis absurdas con igual potencialidad además de la de traer confusión.

Me he detenido ya en mostrar las omisiones que respecto a las prácticas de diagnóstico trae el informe, cuestión que como vimos sí era y es verdaderamente importante.

Paradójicamente, como decía en el informe, se acuerda importancia a lo que carece de relevancia para la solución del caso.

En este sentido puede verse que en torno a este tema, en el informe aparece cinco veces la palabra “importante” (siete veces en total contando las dos que se encuentran vinculadas a la administración de diazepam).

1.- Se utiliza por primera vez al iniciar el capítulo “Consideraciones Médico Legales”, expresando: “Es importante destacar que en toda la documentación médica, sumarial e informes periciales, no surge cual fue la causa verdadera de la muerte de Sabrina Tamara Ortiz. No ha quedado claro, ni aún luego de la autopsia cuales fueron las causa o el motivo por el cual la niña que estaba en general, aparentemente bien, con un cuadro febril, comienza con un cuadro dramático que termina con su vida en solo 3 horas. Este cuadro que se instala de forma brusca, repentina, súbita, y que, en el curso de 3 horas, la lleva a la muerte luego de un estado febril de tan solo unas 48 hs. de evolución, sin otras alteraciones y con un aparente buen estado clínico general, no llegado a tener en toda la investigación un diagnóstico etiológico fehaciente de la causa inmediata de defunción.”.

Al respecto está planteando algo falso o que no guarda correspondencia alguna con las constancias de la causa. Pues como nadie a discutido, excepto el perito Hamdam, de la necropsia surgió el diagnóstico de un shock tóxico producto de una sepsis con inicio en una neumonía. Esto es lo que por otra parte puede corroborarse a partir de la restante información médica como que el cincuenta por ciento de las sepsis se vinculan con pulmonía, que cuanto menos se evidenciaba una infección en las vías aéreas superiores que suele verse en el inicio de una neumonía, etc., etc.

2.- El párrafo siguiente que se vuelve a destacar como importante es el siguiente: “Es importante destacar que la baja saturación de oxígeno en sangre (Hipoxemia) no es patrimonio exclusivo de una enfermedad pulmonar, sino que existe en otros procesos patológicos como en la anemia, hipovolemia por hemorragia, los diferentes estados de shock, las enfermedades neuromusculares que causan parálisis (como la miastenia gravis o el síndrome de Guillan-Barré), o en las intoxicación con gases tóxicos, por monóxido de carbono, o por determinadas drogas, cianuro, alcohol, sustancias

psicoactivas y otros, que pueden impedir la unión del oxígeno a la hemoglobina o impedir la captación de oxígeno por los tejidos. Los signos y síntomas respiratorios bien definidos que hacen diagnóstico una neumopatía (o sospecharla), tanto viral como bacteriana, han sido descriptos en las “Consideraciones Médicas Previas”, y los signos clínicos que definen la presencia o sospechas de Neumonía no se encuentran como observados, ni diagnosticados como existentes en toda la documentación médica y sumarial del Expte. durante las 48-72 horas previas a su deceso. La neumonía aparece diagnosticada solo en el estudio histopatológico post-mortem”.

Al respecto, en lo que concierne al primer párrafo, nada tienen de importante las otras causas que se citan como generadoras de hipoxemia. No puede desconocer el perito que cualquiera de esas patologías no han estado presentes (no hay datos para sospechar de ellas y sí, por el contrario, muchos para descartarlas). Y si por caso se hubieren presentado tales patologías, la omisión de diagnóstico por parte de los profesionales que intervinieron, sería aún más grave. Se introduce así, una información que no es relevante acordándole importancia y presentándola de una forma que debiera saberse que -al menos para el neofito- genera confusión e induce a error, pues se muestran hipótesis que, además de muy raras, se sabe que en el caso no convergen.

En cuanto al segundo párrafo, el hecho que no surja que se hubiere observado los signos propios de la neumonía, debe llevar a suponer que a los médicos se les pasaron tales signos y no que la patología era otra.

Remarco al respecto que el perito nada aporta para hacer suponer que el diagnóstico final de neumonía sea erróneo. Debió en consecuencia partir de ese dato cierto (la neumonía) e interrogarse qué fue lo que pasó para que no se hiciera un diagnóstico antes. Ninguna neumonía principia y concluye con la muerte en cuatro horas. Su evolución debe haber llevado varios días y no fue diagnosticada pese a la intervención de varios médicos y en especial la Dra. Carcar a quien reconoce que se le consultó por la fiebre y no por la fractura (esta otra patología fue atendida por otra profesional).

3.- Por tercera vez aparece la palabra “importante” en el párrafo que he de transcribir seguidamente, aunque cabe destacar que es un párrafo de bibliografía copiada por el perito en su informe. Es decir que la importancia no la acordó el, sino quien redactó el artículo que allí se copia. Igual la transcribo y comentaré, mostrando que lo que aquí se consigna si es por el contrario, verdaderamente importante.

El párrafo es: “El diagnóstico clínico de neumonía es a veces incierto, porque existen diversos cuadros no infecciosos que pueden remedarla. El cuadro clínico suele variar

con el agente productor. El inicio de la neumonía viral se caracteriza por un cuadro previo de catarro de vía aérea superior, con rinitis, fiebre o febrícula apareciendo posteriormente el compromiso de la vía respiratoria inferior con dificultad respiratoria y aumento de la frecuencia respiratoria. Estos son signos clínicos que asociados a un buen interrogatorio sobre antecedentes personales y familiares y al examen minucioso del enfermo hacen que el médico decida avanzar en los estudios (radiografías) para certificar el diagnóstico. Lo importante es saber que no todo niño con tos y fiebre presenta neumonía pero para descartar su presencia se hace necesaria la valoración por el médico. Los estudios radiológicos se solicitan si al auscultar el paciente el médico encuentra ciertos sonidos que justifiquen su pedido o si existe un claro indicio de enfermedad pulmonar en el paciente (no solo tos). El pedido desmesurado e innecesario de radiografías no es recomendable, ya que una radiografía implica a exponer al paciente a rayos que pueden afectar su salud. En síntesis para el diagnóstico de una neumonía se necesita un cuadro clínico determinado y el eventual pedido de radiografías si es realmente justificado.”

Dije que esto sí es información importante, aunque no parece que hubiere sido utilizada por el perito para sus conclusiones.

Véase que – además de los vómitos que ya vimos que fue un signo de la neumonía del que en el informe nada se dice- se está señalando que la existencia de fiebre o febrícula, más una infección en las vías aéreas superiores está presente en el inicio de la enfermedad. Y si bien nos dice que no todo niño con esa sintomatología tendrá neumonía, es de sospechar y corresponde al médico evaluar tras una correcta anamnesis y rigurosa exploración clínica, respecto de la que venimos insistiendo en que consistió y si se realizó bien o no.

4.- La cuarta vez que aparece la palabra importante y tercera en que es utilizada corresponde a este párrafo: “También es importante destacar que en la asistencia en la Terapia Pediátrica los especialistas han descripto el hallazgo de Hepatomegalia y Esplenomegalia en la menor: “Llama la atención a nivel abdominal Hígado a 4 cm del reborde costal y punta de Bazo palpable”, que ha sido escrito en la Historia clínica del Sanatorio Juan XXIII, a fs. 41/43.

Al respecto no explica el perito el porqué de la importancia. No obstante, es claro que habiendo derivado el proceso infeccioso en una sepsis, es de prever el compromiso de múltiples órganos. En otro orden, podría ser interesante saber en su caso si consta en que antes se hubiere hecho palpación abdominal en la niña y si ello era parte de una

correcta exploración clínica.

5.- Y la quinta vez que aparece aquel término -cuarta en que lo utiliza el perito-, es en el siguiente párrafo: “Es importante destacar que aparecen en sangre y contenido gástrico “Cafeína” e “Ibuprofeno” que no han sido administrados por los médicos asistentes.

Al respecto me pregunto cuál es la importancia de esto. Alguna de estas sustancias pudo haber causado la muerte de la niña? N son además sustancias comunes en el tratamiento de patologías como las que se consignaron que presentaba la niña dolores por el trauma y por la infección aérea superior.

Es de destacar por otra parte, que la cafeína además de estar presente en muchos medicamentos para la supresión del dolor, integra la alimentación en muchos hogares y no surge se le hubiere prescripto que no use.

Me permito consignar un listado de medicamentos de uso muy común para patologías como la que presentaba la niña (el esguince y la infección aérea) que contienen cafeína y que el perito no puede desconocer:

ACTRON COMPUESTO 267 mg/133 mg/40 mg Comp. efervescente; ACTRON COMPUESTO 267 mg/133 mg/40 mg Comp. efervescente (IP); ACTRON COMPUESTO 267 mg/133 mg/40 mg Comp. efervescente (IP); ANALGILASA 500/10/30 mg Comp. recub. con película; ASPIRINA PLUS 500/50 mg Comp.; BIODRAMINA CAFEINA Comp.; CAFERGOT 1 mg/100 mg Comp.; CAFIASPIRINA 500/50 mg Comp.; CAFINITRINA 1/25 mg Comp. sublingual; CALMAGRIP Comp.; CALMAGRIP FORTE Polvo para sol. Oral; CALMANTE VITAMINADO PEREZGIMENEZ Comp.; CINFAMAR CAFEINA 50 mg/50 mg Comp. recub.; DESENFRIOL C GRANULADO EFERVESCENTE Polvo sobre; DOLALGIAL IBUPROFENO/CAFEINA 400 mg/100 mg Comp. recub. con película; DOLVIRAN Comp.; DOLVIRAN Sup.; DURVITAN 300 mg Cáps. dura de liberación prolongada; EXCEDITE 250/250/65 mg Comp. recub. con película; FRENADOL COMPLEX Granulado para sol. Oral; GELOCATIL PLUS 500 mg/65 mg Comp. recub. con película; GENCEBOK 10 mg/ml Sol. para perfusión; GRIPPOSTAD CON PARACETAMOL/CAFEINA Cáps. Dura; HEMICRANEAL 400 mg/100 mg/2 mg Sup.; HEMICRANEAL Comp.; ILVICO Granulado para sol. Oral; ILVICO COMPRIMIDOS Comp. recub.; INTERGRIP Polvo para sol. Oral; NORMOSTOP CAFEINA 50 mg/50 mg Comp. recub. con película; OPTALIDON 500 mg/75 mg Sup.; OPTALIDON Grag.; PEYONA 20 mg/ml Sol. oral y para perfus.; RESFRIOL Cáps. Dura; RINOMICINE Comp.; RINOMICINE Comp. recub.; RINOMICINE Polvo para

susp. Oral; SALDEVA FORTE 500/15/50 mg Comp.; SALVARINA Cáps. Dura; SARIDON 250 mg/150 mg/50 mg Comp. (IP); SARIDON 250/150/50 mg Comp.; YENDOL Granulado para susp. Oral.

En nuestro país, IBUPIRAC PLUS MAX es un medicamento bastante utilizado en aquéllas patologías que sabemos que se puede comprar en las farmacias sin receta y contiene ambas sustancias (Ibuprofeno y cafeína).

Hago hincapié de todos modos en que ni el ibuprofeno, ni la cafeína pudieron haber desencadenado la muerte y si siquiera el perito trae información respecto a que pudiera haber coadyuvado a ella, con lo que no es un dato importante y además, como otros que he remarcado, confunde e induce a error al tribunal.

V.- He desarrollado la crítica a amplios pasajes del informe pericial, más para que no quede duda alguna en cuanto a la ausencia de respuesta a lo que se le solicitó al perito en nuestra anterior interlocutoria, transcribiré a continuación lo que se consigna al respecto en la pieza que comentamos:

“Respuesta a lo requerido en la sentencia de fecha 22 de febrero de 2022:

SABRINA TAMARA ORTIZ, de 7 años de edad, con antecedentes personales de asistencia en consultorios externos de la Clínica Santa desde el año 2001 por diferentes patologías, en su mayoría cuadros respiratorios de cuadros febriles, con tos, catarro bronquial, broncoespasmos, sinusitis y otras consultas por vómitos, diarrea, dolor abdominal (comer tierra y papel en el año 2002), infecciones urinarias, otitis, piodermitis, rinofaringitis, Alergia de piel y a la Azitromicina (antibiótico) y alergia de piel y otros.

Fue asistida por la Dra. Soto entre las 02 y 03 hs. de la madrugada del día 19/12/07, con temperatura elevada 39,5 °C, y del examen físico no encuentra otro signo, ni síntoma más que la temperatura, sin antecedentes tampoco en la familia con fiebre, por lo que indica Dipirona (media ampolla) y deriva en interconsulta a pediatría para que sea atendida el mismo día sin que tuviera turno.

El día 19/12/2007, es atendida por la Dra. Carcar, en consultorios externos de la Clínica Santa Catalina, con diagnóstico de un cuadro de esguince hace 36 hs. Fiebre de 24 hs. Odinofagia, Abdomen sin particularidades, Buen estado general, Tobillo doloroso sin signos de flogosis, levísima congestión de faringe. Pautas de control.

En horas de la tarde del día 19/12/07 es atendida por la Dra. Tagliafichi con diagnóstico de Traumatismo de tobillo – yeso.

Acorde a los dichos de su padre en la denuncia penal, presentó un cuadro febril siendo atendida al día siguiente por la Dra. Carcar, sin que la médica detectara dolencia alguna. Aparentemente siguió bien sin fiebre, el día 19/12, a la tarde le colocaron un yeso que le picaba y que no se sentía bien y como no se podía dormir la tuvo en sus brazos hasta que la llevó a la cama para que se durmiera, a las 22 hs. no notándole nada raro. A las 24 hs. se despertó con el grito de su esposa que decía que la nena estaba mal y helada con los labios y la frente morada por lo que la llevaron inmediatamente al hospital.

Acorde al registro de la hoja de enfermería del hospital de Allen y del informe del enfermero Abel Ardile, Sabrina Ortiz ingresó el día 20/12/07, siendo las 01,15 hs. la menor es traída por sus padres con cianosis periférica especialmente focalizada en rostro, leve febrícula, pulso muy irregular, se le coloca oxigenoterapia, hidratación parenteral a goteo rápido. Fue evaluada por médico de guardia la Dra. Claudia Fernández, la Dra. Filippelli y el pediatra Dr. Niz, pero con el correr de los minutos el cuadro desmejora y se decide inmediata derivación al Sanatorio Juan XXIII.

La Dra. Claudia Analía Fernández manifiesta que la niña Sabrina Ortiz ingresa por guardia con un cuadro de cianosis generalizada con predominio de cara, se le realiza la atención inicial, oxigenoterapia con máscara de oxígeno al 100%, una vía periférica y examen físico para descartar alguna patología aguda que esta descompensando a la paciente en el momento, ya que los familiares no aportaron ningún tipo de información, lo único que refieren es que fue atendida a la tarde por la Dra. Carcar quien no le encontró nada grave y además referían que estaba bien y paso a estar en el estado en que llegó al hospital. Cuando llegó la niña hablaba cuando se le requería y respiraba espontáneamente y que como la piel estaba marmórea, le colocó oxígeno.

La Dra. Mariela Silvia Filippelli, manifiesta que cuando la ve tenía puesto un suero y oxígeno y la comienza a examinar y auscultar, tenía lividez en la piel y rostro cianótico y le pareció que estaba intoxicada aunque hablaba y decía "... me quemo por dentro ..." mientras se agarraba el abdomen, pero pese a ello respiraba bien, en el examen que realizó a la menor no advirtió que tuviera soplos o ruidos agregados, no crepitantes (en pulmón), ni rales, ni frotos y cuando llegó el Dr. Niz se apartó del caso y fue a atender al paciente por el cual la habían llamado.

El Dr. Niz al momento de examinarla la observa desconectada con cianosis facial y ungueal, sin estridor, pupilas simétricas con respuesta a la luz, taquicardia, con entrada bilateral de aire conservada, distendida y con piel marmórea. No se recaban datos positivos para intoxicación. Medicación en guardia: Dipirona + Dexamentasona, y

Diazepan ¼ de ampolla, ya como ya se había decidido la derivación, suben a la ambulancia con el enfermero Ardile y la mamá. La menor fue asistida durante todo el traslado, controlada con oxímetro y con administración de oxígeno en forma permanente.

A las las 02,10 hs. del día 20/12/07, cuando ingresa a Terapia Neonatal y Pediátrica del Sanatorio Juan XXIII presentó “Paro Respiratorio” con cianosis generalizada, hipotermia, manchas hipostáticas en miembros, sin pulsos periféricos, se intuba inmediatamente, se aprecian pupilas isocóricas arreactivas y a los 5 minutos de ventilación presenta “Paro Cardíaco”, se comienza reanimación básica, se realizan drogas vasoactivas, se continua con las maniobras de reanimación durante 40 minutos sin respuesta positiva, constatándose el fallecimiento a las 02,55 hs.

Es opinión de este perito, si bien no surge del Expte. la causa fehaciente que llevó al deceso a la menor, con todo lo manifestado en la pericia, pienso que muy probablemente la causa de la muerte Sabrina Tamara Ortiz, haya sido por un cuadro de “Shock Séptico Tóxico”, producido por microorganismos y sus toxinas, que invadieron el organismo provocando una respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), inestabilidad hemodinámica y fallo multiorgánico fulminante.

Considero que la muerte de la menor tiene relación de causalidad directa con un proceso infeccioso por un agente patógeno virulento, agresivo, invasivo, probablemente a punto de partida pulmonar u otro que no ha podido determinarse.

También considero que el agravamiento y desenlace fatal de Sabrina Tamara Ortiz, en solo 3 horas (desde el comienzo de su estado crítico), tiene relación directa con un proceso patológico y no con el accionar de los médicos que la asistieron.

De todo el cuadro clínico acreditado en el Expte. y de la atención ambulatoria brindada en consultorio por las médicas, Dra. Soto y Dra. Carcar, en la mañana del día 19/12/2007, no surge la existencia de una enfermedad que requiera otro tipo de intervención más que la medicación sintomática que se le ha brindado, pautas de control e interconsulta médica. En opinión de este perito la conducta y el comportamiento médico que han tenido la Dra. Soto y Dra. Carcar, al momento del examen, ha sido adecuado y conforme a las leyes del arte de curar, no observando en su accionar la existencia de los elementos de la “culpa médica” (negligencia, imprudencia, impericia, inobservancia de los deberes a su cargo), más allá de la posterior evolución que ha tenido la menor.

La misma opinión me merece las conductas médicas realizadas por la Dra. Fernandez,

la Dra. Filippelli, el Dr. Niz y los enfermeros Ardiles y Escales, en la guardia del Hosp. de Allen el día 20/12/07, siendo su comportamiento profesional adecuado y conforme a las leyes del arte de curar, utilizando todos los recursos disponibles en ese momento en la guardia del Hospital, y que por el estado crítico y grave de la menor ha sido acertada la decisión de su derivación urgente a un centro de mayor complejidad.

En la evaluación de todos los registros de signos, síntomas, de los controles de los signos vitales y exámenes médicos realizados en las primeras horas del día 20/12/07, no surge la descripción de la existencia de algún síntoma o parámetro necesario que indique que haya presentado un cuadro de “Depresión Respiratoria”-

Si bien la oximetría de la menor indicaba una hipoxemia irregular, fluctuante en la menor, la misma no es exclusiva de una insuficiencia respiratoria, ya que tiene varias etiologías posibles para su producción como ha sido descripto “ut supra”, en las Consideraciones Médicas Previas.

Considero que la indicación de suministrar Diazepan no puede ser cuestionable porque no ha tenido “Depresión Respiratoria”, siendo la dosis administrada adecuada, terapéutica, que no ha tenido influencia demostrable en el deceso de la menor.

Acorde al pedido de fs. 187 y del informe del Hospital de Allen a fs. 206, en relación al equipamiento y nivel de complejidad de hospital se adjunta para mayor ilustración al Tribunal, el “Reglamento de las Áreas Programas”, de las estructuras de los distintos niveles de complejidad, las Misiones y Funciones generales y específicas de los integrantes del Equipo de Salud en dichas Áreas. Resolución N° 745/86, del CONSEJO PROVINCIAL DE SALUD PUBLICA”.

VI.- Se ve claro entonces que no se ha cumplido con lo que se solicitó y con el informe comentado, antes que contribuir a ilustrar al tribunal para resolver el caso, se omite lo central y se introduce información que no es gravitante y con potencialidad de inducir a error, particularmente por la forma incompleta y sesgada en que se la presenta.

No pienso en intencionalidad alguna. Antes bien, no dudo de la honestidad e integridad del Dr. Hamdan sobre quien guardo especial respecto, mas evidentemente el informe no cumple con los estándares mínimos para su aceptación, dejándose sin atender lo que se pidió e introduciendo información que en nada contribuye a la correcta solución del caso, sino todo lo contrario.

Creo que en gran medida ha jugado en contra su amplia experiencia en el Cuerpo Médico Forense con actuación en el ámbito penal, en el que la responsabilidad médica se la aborda desde una óptica muy distinta a la de nuestro fuero, partiendo de un

principio de inocencia y regla “in dubbio pro reo” que aquí no convergen, además de la exigencia de un nexo subjetivo sin duda mucho más acotado.

En tal sentido viene al caso, lo que dijéramos en la causa “BUSTOS c/ MONDRAGON” (sentencia de fecha 25/07/2022 correspondiente al Expte. 23255-15).

“En otro orden se advierte la construcción de un lenguaje y racionamiento que se endereza a que no haya posibilidades de atribuir responsabilidad por el acto médico. Se analizan los riesgos de las prácticas médicas y en especial las quirúrgicas, como si siendo tales excluirían de responsabilidad a los facultativos, establecimientos médicos y las aseguradoras contratadas por éstos. En este sentido por caso, que en un procedimiento policial en el que se utilizan armas de fuego se causen heridas, es sin duda un riesgo; y desde lo estadístico seguramente mayor que en cirugías como la que nos ocupa. Sin embargo, no por eso se va a eximir de responsabilidad al policía que causó la muerte o lesiones y mucho menos al Estado por la actividad de éste, sin analizar en concreto su comportamiento específico y todas las circunstancias del caso”.

Creo por otra parte que puede haber mucho de ese espíritu de cuerpo y actitud corporativa mal entendida que en nuestro país se encuentra tan enraizada. Así no solo deja sin respuesta aquellos interrogantes que de ser contestados podrían cambiar la conclusión exoneratoria que quiere imponer, sino que también introduce información que no debería desconocer que antes que aclarar confunde.

El espíritu de cuerpo se lo ha definido como ese sentimiento fundamentalmente de orgullo, que nuclea por ideales compartidos y no por el afán de proteger intereses sectoriales como lamentablemente observamos aquí. Probablemente el país en que más se ha arraigado esto, no siendo los médicos una excepción sino por el contrario probablemente uno de los mejores ejemplos.

Y digo esto porque no solo es una realidad como funciona en los hechos aquello de defender a los colegas, sino que sin tapujos se lo ha llevado al plano normativo. Es decir que no es solo un problema de conductas estando bien las reglas, sino que las reglas mismas debieran ser modificadas y mientras ello no ocurra estar atentos a lo que puede esperarse de observancia.

Véase que mientras que la defensa de los ideales y de la institución está bien clara en el Código Internacional de Ética Médica, procurándose sanear las malas prácticas, en nuestro país la corporación médica pone el acento en la defensa de sus integrantes llegando al extremo de incitar al encubrimiento de las malas prácticas y los colegas que en ellas incurrían.

Así puede verse del Código Internacional de Ética Médica (adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949): “Deberes de los médicos en general: EL MEDICO DEBE tratar con honestidad a pacientes y colegas, y esforzarse por denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional, o a los que incurran en fraude o engaño”. Mientras que por el contrario del “Código de Ética Médica” (Confederación Médica de la Rep. Argentina, 1955) podemos extraer: Art. 27. “El gabinete del médico es un terreno neutral donde pueden ser recibidos y tratados todos los enfermos, cualesquiera sean los colegas que lo hayan asistido con anterioridad y las circunstancias que proceden a la consulta. No obstante, el médico tratará de no menoscabar la actuación de sus antecesores”. ?Art. 31. “Durante las consultas, el médico consultor observará honrada y escrupulosa actitud en lo que respecta a la reputación moral y científica del de cabecera, cuya conducta deberá justificar siempre que coincida con la verdad de los hechos o con los principios fundamentales de la ciencia, en todo caso, la obligación moral del consultor cuando ello no involucre perjuicio para el paciente, es atenuar el error y abstenerse de juicios e insinuaciones”. ?Art. 34. “Todo médico debe: ?... ?b) Defender a los colegas perjudicados injustamente en el ejercicio de la profesión...”. Art. 52. “El médico que por cualquier motivo de los previstos en este Código, atienda a un enfermo en asistencia de un colega, debe proceder con el máximo de cautela y discreción, en sus actos y palabras, de manera que no puedan ser interpretadas como una rectificación o desautorización del médico de cabecera, y evitará cuanto, directa o indirectamente, tienda a disminuir la confianza en él depositada”. ?Art.104. “Constituye falta grave difamar a un colega, calumniarle o tratar de perjudicarlo por cualquier medio en el ejercicio profesional”. ?

Ya solo esta última fase “falta grave.... tratar de perjudicarlo por cualquier medio” muestra el muy distinto enfoque y distorsión del espíritu de cuerpo que caracteriza al Código Ético de la Confederación Médica Argentina en comparación con el sano proceder que impulsa el Código Internacional al exigir a los galenos, “esforzarse por denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional”. No se por cual de estos códigos han jurado o a cuál de estos prometen observar quienes aquí intervienen, tal vez sería hora de interiorizarnos al respecto en el futuro.

VII.- Me extendí en estos comentarios sobre los cánones de ética médica y algunas apreciaciones personales, por cuanto no quiero se malinterpreten mis palabras. La crítica en modo alguno se dirige al profesional y mucho menos a la persona del perito,

por quien mantengo un significativo respecto en lo humano y en lo profesional. La crítica es a su labor en el caso en el que ciertamente no ha podido llenar su cometido y no creo pueda hacerlo a esta altura.

Se mantiene las necesidades y motivaciones expuestas en nuestra anterior intervención para la producción de la prueba pericial médica que se omitió en la instancia de origen, por lo que he postular la nulificación de la prueba pericial de marras y la designación de un nuevo perito a los mismos fines.

Propongo además que al nuevo perito se le haga saber que en caso de necesitar del auxilio o colaboración de especialistas, lo comunique al tribunal en tanto se considera primordial la producción satisfactoria de esta prueba. TAL MI VOTO.

EL SR. JUEZ DR. VICTOR DARIO SOTO, DIJO: Compartiendo en lo sustancial los argumentos expuestos por el Dr. Martínez que sufraga en primer término, adhiero a su propuesta de solución del caso. MI VOTO.-

EL SR. JUEZ DR. NELSON W. PEÑA, DIJO: Que atendiendo a la coincidencia de opinión de los dos primeros votantes, se abstiene de emitir su opinión (art.271 C.P.C.).- Por ello y en mérito al Acuerdo que antecede, la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial y de Minería,

RESUELVE: Declarar la nulidad de la prueba pericial médica producida y disponer la designación de un nuevo perito quien deberá cumplir con lo requerido en la interlocutoria de fecha 22/02/2022, con la aclaración expuesta en el último punto del primer voto.

Regístrese y notifíquese de conformidad con lo dispuesto en la Acordada 36/2022-STJ, Anexo I, Artículo N° 9.-

GUSTAVO ADRIAN MARTINEZ

JUEZ DE CÁMARA

VICTOR DARIO SOTO

JUEZ DE CÁMARA

NELSON W. PEÑA

JUEZ DE CÁMARA (EN ABSTENCIÓN)

Ante mi:

PAULA CHIESA

SECRETARIA

NVP