

**DENUNCIO LICENCIA. OFREZCO PERICIAL MEDICA.**

**EXCMA CAMARA EN LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO-SALA I**

**JUICIO: SALAZAR ALFREDO ALEJANDRO Y OTRA C/ SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD (SIPROSA) Y OTROS S/ DAÑOS Y PERJUICIOS– EXPTE. 522/22.**

**LUIS EMILIO RODRIGUEZ VAQUERO**, abogado por Eugenio Pedro Castagnaro, MP 3296, Libro I, Folio 270, a V.E. respetuosamente digo:

1. Por el presente vengo a denunciar que el suscripto estuvo con licencia desde el día 21/05/2025 hasta el día 05/06/2025 inclusive en los términos de la ley 7035. Adjunto constancia expedida por el Colegio de Abogados de Tucumán

2. Sin que el ofrecimiento de esta prueba signifique mellar la validez de las pruebas rendidas en la causa penal identificada como ALBURQUERQUE HECTOR Y CASTAGNARO EUGENIO PEDROS/ HOMICIDIO CULPOSO – ART. 84 PAR 1 VIC. S.L.S. con trámite ante la Unidad Fiscal de Homicidios N° 2 del Centro Judicial Capital, esta parte viene a ofrecer prueba pericial médica a efectos que se sortee un perito médico con especialidad en pediátrica para que con los elementos obrantes en la historia clínica, la derivación del CAPS y demás documentación que luce agregada en la causa penal antes indicada, se expida acerca de los siguientes puntos de pericia:

- 1) El paciente fue derivado con diagnóstico de Abdomen Agudo por Dr Mayta. ¿Coincide con el diagnostico formulado al ingreso en HNJ (Hospital del Niño Jesús)?
- 2) ¿Las derivaciones desde atención primaria a centros de mayor complejidad se realizan para ofrecer al paciente posibilidad de estudios complementarios y ser evaluado por especialistas?
- 3) ¿Es esto lo que se hizo en el HNJ? (evaluación por especialistas y realización de estudios complementarios)
- 4) El diagnóstico y descripción con el que fue derivado el paciente (firmado por Dr. Mayta): ¿Reflejan la sintomatología que ese mismo médico declarara a Fiscalía, un año después de los hechos?
- 5) Es posible que un paciente con abdomen en tabla y con reacción peritoneal, sin mediar tratamiento, evolucione espontáneamente y presente al ingreso al HNJ: abdomen blando, con dolor abdominal en marco colónico a la palpación. ¿Cómo figura en la HC?

- 6) Analizando los datos objetivos de la historia clínica al ingreso y en las distintas evoluciones que tuvo el paciente realizadas por distintos médicos especialistas en pediatría y cirugía infantil. ¿Qué resulta más confiable desde el punto de vista médico: éstas evaluaciones registradas en la HC o la declaraciones telefónicas del estado clínico del paciente realizadas a la Fiscalía por el Dr. Mayta un año después del hecho?
- 7) ¿Presentaba el paciente al ingreso al HNJ signos y síntomas clínicos típicos e inequívocos de apendicitis aguda?
- 8) En base a los hallazgos clínicos al ingreso y en la evolución: ¿era posible diagnosticar apendicitis aguda?
- 9) ¿Los estudios complementarios realizados son los correctos para diferenciar abdomen agudo médico de quirúrgico?
- 10) ¿Algunos de estos estudios complementarios permitió hacer diagnóstico de certeza de apendicitis aguda o abdomen agudo quirúrgico?
- 11) La ecografía abdominal fue realizada por médica especialista en diagnóstico por imágenes pediátricas, 24 hs luego de que ingresó el paciente: ¿hay algún indicio de apendicitis en el informe?
- 12) Con todos los exámenes complementarios realizados desde el ingreso, la evolución clínica que tuvo el niño en las primeras horas, habiéndose diagnosticado Neutropenia y fiebre en un paciente con enteritis: ¿Existe algún problema con diferir la ecografía 24 hs. teniendo en cuenta que no hay ecografista de guardia en HNJ y que finalmente el informe de la ecografista resultó negativo para apendicitis?
- 13) En marzo 2022 el HNJ NO CONTABA con TOMOGRAFO, teniendo en cuenta que ingresó un paciente neutropénico febril, con signos de sepsis: ¿considera que era absolutamente necesario derivar a un medio privado para hacer una TAC en ese momento?
- 14) ¿Cuáles son los riesgos de derivar de urgencia a un paciente de 2 años, con las características clínicas de éste niño, para realizar una TAC, sabiendo que requiere de anestesia general entre otras maniobras invasivas? ¿Tenía sentido hacerlo?
- 15) ¿Es frecuente la aparición de apendicitis a la edad del paciente?
- 16) ¿Hubo algún hallazgo patognomónico de apendicitis aguda?
- 17) ¿Es frecuente que un cuadro apendicular debute con neutropenia y fiebre?
- 18) ¿Es frecuente que un cuadro apendicular sea la causa de sepsis a pseudomona aureginosa en un paciente sano?

- 19) Esta condición de neutropenia y fiebre, con plaquetopenia: ¿condiciona la evolución del paciente? ¿Y la mortalidad?
- 20) ¿Son correctos los diagnósticos diferenciales planteados en HNJ?
- 21) ¿El tratamiento instaurado ante abdomen agudo con neutropenia fue el correcto según los protocolos vigentes en pediatría?
- 22) ¿Es necesario contar con coprocultivo positivo para diagnosticar sepsis a pseudomona, teniendo 2 de 2 hemocultivos positivos?
- 23) Los medios de cultivo de coprocultivo de uso habitual y los utilizados en HNJ (según el informe de bacteriología impreso en la H.clínica): ¿favorecen crecimiento de gérmenes atípicos como pseudomona?
- 24) El informe bacteriológico COPROCULTIVO negativo para Shigella, salmonella, vibriones, aeromonas y escherichia coli: ¿Implica que también los es para pseudomona? ¿Se puede afirmar que no había pseudomona en M fecal, o simplemente que no creció éste germen que requiere de medios especiales y de otros tiempos de incubación?
- 25) ¿De haber existido un coprocultivo positivo a pseudomona, cambiaría en algo el diagnóstico o tratamiento?
- 26) El paciente falleció a las 60 hs de haber ingresado, teniendo hemocultivos positivos para pseudomona: ¿era necesario solicitar coprocultivo específico para pseudomona (germen de crecimiento muy lento en coprocultivo)?
- 27) ¿Es necesaria la presencia de diarrea para diagnosticar ENTERITIS del neutropénico?
- 28) Y los estigmas gangrenosos y en piel: ¿son necesarios o si quiera frecuentes en un paciente neutropénico con ENTERITIS?
- 29) ¿Es frecuente la presencia de ENTERITIS en un paciente neutropénico?
- 30) ¿Los resultados de las Rx de abdomen, tacto rectal, laboratorios y ecografía son consistentes con el diagnóstico de ENTERITIS en un paciente neutropénico?
- 31) ¿Fue correcta la solicitud de interconsultar con hematología ante un niño de 2 años que debuta con dolor abdominal, vómitos, fiebre, imágenes de ENTERITIS/TIFLITIS, y neutropenia?
- 32) ¿Se podría haber tratado de un debut leucémico o de alguna enfermedad hemato oncológica?
- 33) ¿La patología antes mencionada tiene indicación quirúrgica?

- 34) HNJ cuenta con sistema de hemocultivos automatizados, "Bactalert". Utilizando ésta tecnología se detectó crecimiento bacteriano y se identificó bacilos gram negativos por tinción a las 30 hs del ingreso aproximadamente. ¿Los tiempos de positivización son los standares? ¿Es ésto posible y correcto?.
- 35) Con esa información se realizó rotación antibiótica a piperacilina tazobactam. ¿Es esto correcto?
- 36) A más de 48 hs de ingresadas las muestras se identificó seudomona: ¿son los tiempos standares de identificación contando con la tecnología adecuada?
- 37) ¿La rotación antibiótica basada en el aislamiento de pseudomona y la evolución del paciente está dentro de las recomendadas en las normativas?
- 38) ¿Cuál es la frecuencia y gravedad de la sepsis a pseudomona de origen extrahospitalario, en un paciente neutropénico?
- 39) El informe de la biopsia donde se describen estructuras parasitarias (Oxiuros): ¿induce a suponer que la inflamación del apéndice sea secundaria a ésta causa?
- 40) Teniendo en cuenta que la biopsia estudia tejidos y células, con material conservado en formol, donde no se propicia el crecimiento bacteriano: ¿es correcto esperar que el informe de anatomía patológica haga alguna referencia a la presencia de seudomonas?
- 41) Es decir que la ausencia de seudomona en la pieza de AP no tiene ninguna importancia y ninguna implicancia en el caso. ¿De hecho, sería lo lógico no encontrar presencia de bacterias en una muestra de biopsia?
- 42) En un paciente neutropénico con 5 días de evolución ¿cuáles serían los hallazgos esperables en la laparotomía, en la biopsia y en la autopsia si el origen de la sepsis hubiese sido apendicitis aguda?
- 43) ¿Los hallazgos de la laparotomía exploratoria referidos en protocolo quirúrgico son propios de una apendicitis aguda o peritonitis a foco apendicular en un paciente neutropénico con apendicitis de 5 días de evolución?
- 44) ¿Los hallazgos en la biopsia son los esperables para un paciente neutropénico con apendicitis de 5 días de evolución?
- 45) ¿Los hallazgos de la autopsia son los esperables para un paciente con peritonitis a foco apendicular?

46) ¿Es posible determinar que el origen de la sepsis a pseudomona sea un foco apendicular?

47) Según lo analizado: ¿es posible suponer que los hallazgos anatomopatológicos en el apéndice del paciente, sean una consecuencia de la sepsis a pseudomona y no el origen de la misma?

Designo como perito de parte al Dr. Guillermo Fagalde, MP 6465

PROVEER DE CONFORMIDAD POR SER;

JUSTICIA