

IMPUGNO JUNTA MEDICA. PARCIALIDAD MANIFIESTA.

Unidad Fiscal de Graves Atentados Contra las Personas

CAUSA: AUTOR DESCONOCIDO S/ HOMICIDIO CULPOSO, VICTIMA: S.L.S.

MENOR DE EDAD; LEGAJO S-016475/2022

FEDERICO IRAMAIN, abogado, M. 2796, L. H, Fio. 150, por la parte Querellante, en autos respetuosamente dice:

En tiempo y forma impugno junta médica realizada en la presente causa por:
a) no estar debidamente fundada, b) lo más grave, por ser de una parcialidad manifiesta, por prescindir de elementos de pruebas pertinentes y conducentes que acreditan fehacientemente la mala praxis denunciada. Hubo en definitiva un notorio y mal intencionado ocultamiento de los hechos y de la mala praxis que causó el fallecimiento del menor Loan Salvador Salazar, conforme lo evidencio y fundamento a continuación:

ANTECEDENTES

01-03-22 El niño Salazar Loan Salvador, de 2 años de edad, concurre con sus padres al CAPS de la Ramada por un cuadro de dolor abdominal, vómitos e hipertermia, siendo asistido por el Dr. Ruben Mayta quien deriva al niño a la guardia del Hospital de Niños con diagnóstico de Abdomen agudo.

En la testimonial del Dr. Ruben Mayta, manifiesta que el niño fue asistido momentos antes de su retiro de la guardia el día 01-03-22, antes de las 08.00 hs, y derivado inmediatamente, el mismo día al Hospital de Niños en la ambulancia del servicio por presentar al examen físico un abdomen doloroso, muy defendido y contracturado, con reacción peritoneal, principalmente en fosa iliaca derecha y en el resto del abdomen, que no se dejaba tocar, con vómitos y fiebre.... con diagnóstico presuntivo de abdomen agudo apendicular, que a su criterio revestía gravedad.

01-03-22 El niño ingresa al Hospital de Niños a horas 09.15 de la mañana por dolor abdominal, vómitos y fiebre de tres días de evolución.

Se destaca en la historia clínica de ingreso que el niño presentaba un abdomen blando??, depresible??, doloroso a la palpación en marco colónico y afebril??, lo cual contrasta con la derivación, en la cual presentaba intenso dolor, defensa y contractura abdominal. Con semejante cuadro de apendicitis, es imposible el diagnóstico del Hospital, que el abdomen se haya presentado blando y depresible, **La defensa abdominal** es un reflejo, es decir, una respuesta automática del cuerpo que ocurre como respuesta a un estímulo doloroso, como la palpación en una zona del abdomen donde hay inflamación, irritación peritoneal (inflamación del revestimiento del abdomen) o una lesión interna.

La defensa abdominal se manifiesta como una tensión en los músculos abdominales, que pueden estar endurecidos o contraídos al tacto y su presencia es indicativa de una patología abdominal que requiere atención médica, como apendicitis, peritonitis, úlcera perforada, entre otras, lo cual fue corroborado posteriormente al realizarse la extirpación del apéndice y su estudio anatomopatológico.

En otras palabras, el niño Salazar Loan Salvador, **SI** presentaba defensa y contractura abdominal por un cuadro de apendicitis, tal cual se expresaba en la derivación **del Dr. Ruben Mayta**

Laboratorio de ingreso con Glóbulos blancos 520 x mm³ y VSG 100 mm/hora.

Se realizan 2 radiografías de abdomen y dada la gravedad del cuadro al momento de la derivación, **No se realiza** al ingreso Ecografía abdominal ni TAC abdominal a fin de evaluar la patología que presentaba el niño, desconociendo la causa de esta omisión que desconcertantemente no es evaluada por la Junta Médica.

Se informa en otra parte de la historia clínica (tratamiento realizado) que el niño presentaba palidez terrosa por lo cual se solicita Urocultivo, coprocultivo y Hemocultivo x 2 obteniéndose las muestras para dichos estudios.

Examen por servicio de cirugía, descarta patología quirúrgica.

Se decide su internación en Unidad de Terapia Intermedia con diagnóstico de abdomen agudo en estudio, Neutropenia febril, para evaluación, estudio, control y tratamiento.

Cabe destacar que en la Historia clínica, existe ausencia evolución en guardia y de horario de ingreso a la Terapia Intermedia, con un registro de control, recién a las 16.30 hs, con regular estado general, diuresis (-) y palidez terrosa, estado similar a hs. 22, con dolor a la palpación en fosa iliaca derecha(región del apéndice), anomalía y situación que es omitida por la Junta médica.

En dicho servicio se realiza tratamiento antibiótico empírico y el mismo día, según resultado de laboratorio de fecha 01-03-22, se recibe resultado del hemocultivo donde se informa presencia de Pseudomona, rotando el tratamiento antibiótico indicado empíricamente al ingreso.

Esta información resulta dudosa e inverosímil por cuanto una vez que se detecta crecimiento bacteriano, en un hemocultivo, se necesita tiempo para identificar el tipo de bacteria y determinar la sensibilidad a los antibióticos aún utilizando métodos automatizados. Por otra parte, la Pseudomona puede tardar más que otras bacterias en desarrollarse y la identificación y determinación de la sensibilidad a los antibióticos pueden agregar más tiempo al proceso general. La junta médica debió valorar estos hechos y no lo hizo.

No consta en la historia clínica de la Terapia Intermedia, el horario de la rotación antibiótica.

Continuando con el evolutivo, se constata que el dolor abdominal persiste, acompañado de distensión abdominal, ruidos hidroaéreos negativos, mal estado general, tendencia al shock, por lo cual se decide realizar una ecografía abdominal, evaluación quirúrgica y derivación a Unidad de Terapia intensiva con diagnóstico de shock refractario a volumen.

Respecto de la ecografía abdominal, la misma es realizada el día 02-03-22 a hs 17.00, por la Dra. Assis Florencia, que informa negligentemente “colon distendido con contenido líquido interasas en poca cantidad” sin detectar el grave cuadro de apendicitis gangrenosa existente en ese preciso momento. Este hecho confundió la interpretación del cuadro clínico retardando la necesaria intervención quirúrgica, que recién se realizó al día siguiente a las 13.00 hs., permitiendo la evolución y agravamiento del proceso infeccioso. Nada se informa de este hecho en la junta médica.

A hs. 21.30 el cirujano que examina al niño, decide mantener conducta expectante. El día 03-03-22 el ingreso a Terapia Intensiva, a hs 10.45, se expresa, paciente con diagnóstico de Sepsis enteral por Pseudomonas, en mal estado general con marcada distensión abdominal....mal perfundido con reticulado marmóreo, extremidades frías, pulsos periféricos débiles y grave compromiso del medio interno.

Como se deduce, ya se había rotulado que el niño presentaba un cuadro de Sepsis enteral por Pseudomonas, diagnóstico totalmente erróneo por cuanto **no presentaba episodios de diarrea ni estigmas** gangrenosos propios de esta patología y reforzando lo expresado, en informe de laboratorio del día 03-03-22, el Dr. Assa Jose Daniel informa examen directo de materia fecal con menos de 5 leucocitos por campo, sin reacción inflamatoria y Cultivo NEGATIVO para diversos gérmenes. No se detecta pseudomona aeruginosa. Estos hechos no pudieron ser omitidos en la Juanta Médica.

Ante este gravísimo estado, es nuevamente examinado por cirujano y recién, en horas del mediodía del día 03-03-22, se decide realizar una laparotomía exploradora, la cual se lleva a cabo a hs 13.00, después de más de 48 hs del ingreso al hospital, cirugía llevada a cabo por el Dr. Hector Alburqueque, medico cirujano Jefe del servicio de Cirugia Sala 6, quien en el protocolo quirúrgico **destaca “apéndice cecal pálido”**. Esta expresión hace referencia a un apéndice cecal que fue extirpado por sospecha de apendicitis aguda, pero que, tras un examen histopatológico, resultó ser normal, sin evidencia de inflamación, indicando que la extirpación del apéndice fue innecesaria.

Cabe destacar que esta manifestación del Cirujano interviniente contrasta con el posterior **análisis anatomopatológico del apéndice** realizado por la Dra. Paz Maria Elvira Josefina, quien expresa en su informe:

Examen Macroscópico: apéndice cecal de 5 cm con serosa opaca, rugosa y gris (indicativo de una inflamación grave).

El significado específico de estos hallazgos:

Opaca: Indica una inflamación que puede estar relacionada con la acumulación de líquido, pus o tejido inflamado.

Rugosa: Indica que la superficie de la serosa se ha vuelto irregular, posiblemente debido a la inflamación o a la formación de tejido cicatricial.

Gris: Puede indicar una necrótica (muerte) del tejido, lo que sugiere una apendicitis más grave.

En el Examen Microscópico: apendicitis aguda gangrenosa, con peritonitis fibrinoleucocitaria, meso apendicitis (indicativo de compromiso peritoneal) y presencia de estructuras parasitarias compatibles con oxyurus vermicularis, detalle este último que no fue considerado, cuando es bien sabido que se producen cuadros de apendicitis gangrenosa por obstrucción con parásitos intestinales de este tipo y que seguramente fue la causa de la apendicitis.

Este informe es contundente y echa por tierra todas las apreciaciones en cuanto a que el niño no presentaba un cuadro de apendicitis, resultando totalmente extraño que los integrantes de la junta médica, pretendan desvirtuar dicho informe, en una clarísima y cómplice actitud.

Después de la intervención quirúrgica realizada el día 03-03-22 a hs 13 con finalización a hs. 14, el cuadro siguió con una evolución desfavorable culminando con el fallecimiento del niño a hs. 21.40, del mismo día, 60 horas después del ingreso al hospital.

En razón de lo manifestado precedentemente, resulta totalmente inadmisibles, rayando con una actitud cómplice y parcializada, el análisis y las conclusiones de las juntas médicas de fechas 12-02-25 y 09-04 25 en las cuales diferentes especialistas médicos concluyen, a todas luces, erróneamente que:

.- con los elementos obrantes en autos se trataba de una enteritis (infección intestinal) de tratamiento médico, cuando en realidad se trataba de un abdomen agudo quirúrgico por una apendicitis, intencionalmente ocultado en el protocolo quirúrgico, pero claramente demostrado en el examen anatomopatológico.

.- que no se podía, con los elementos obrantes (clínica, laboratorio, evolución informe anatomopatológico del apéndice), determinar que existía una apendicitis aguda.

.- que no hubo un retardo en la realización de la laparotomía.

.- que la realización de la misma no representaba una urgencia.

.- que no existe responsabilidad de todos los médicos actuantes, especialmente los cirujanos.

.- que realizada la laparotomía, la misma permitió confirmar el diagnóstico de enteritis (infección intestinal), cuando en el protocolo quirúrgico no se describen o mencionan lesiones macroscópicas características de este cuadro.

- .- que el proceso inflamatorio del apéndice (apendicitis) fue secundario a la septicemia, cuando en realidad la apendicitis, no diagnosticada, fue la responsable de la peritonitis, septicemia, shock séptico, falla orgánica múltiple y muerte del niño.
- .- que el niño, Salazar Loan Salvador, de 2 años y 9 meses de edad, falleció por un cuadro de shock séptico con falla orgánica múltiple secundario a una sepsis generalizada a foco enteral (enteritis) por pseudomonas, lo cual es absolutamente inconsistente.

Del análisis de la documentación médica obrante, la junta médica:

- .- no realizó comentarios respecto a la diferencia entre el cuadro médico de derivación al hospital, del Dr. Mayta, con un abdomen doloroso con defensa y contractura y el examen en el hospital donde se expresa abdomen blando y depresible.
- .- no menciona las falencias en la historia clínica del hospital en la que no consta evolutivo en la guardia desde las 9.15 hs del ingreso hasta la derivación a Unidad de Terapia Intermedia. Tampoco existe documentado horario de pase e ingreso a la Terapia Intermedia, con un registro de control, en Unidad de Terapia Intermedia, a las 16.30 hs, con regular estado general, diuresis (-) y palidez terrosa, estado similar a hs. 22, con dolor a la palpación en fosa iliaca derecha(región del apéndice)
- .- NO destaca, porque no se hizo la ecografía abdominal al momento del ingreso y recién se hizo a hs 17.00 del día siguiente y el no haber realizado una TAC de abdomen, ante la gravedad e incertidumbre del cuadro.
- .- NO resalta el error diagnóstico de la Ecografía abdominal realizada, el día 02-03-22 a hs 17.00, por la Dra. Assis Florencia, quien no detectó el grave cuadro de apendicitis gangrenosa existente en ese preciso momento, permitiendo la evolución y agravamiento del proceso infeccioso.
- .- NO destaca la falta de episodios diarreicos y estigmas dermatológicos característicos para configurar el cuadro de enteritis por pseudomonas y el resultado negativo del coprocultivo informado por el Dr. Assa Jose Daniel el día 03-03-22, donde no se detectó pseudomonas.
- .- NO explica que un “apéndice pálido”, como se expresa en el protocolo quirúrgico, significa en el lenguaje quirúrgico, un apéndice sin patología, extirpado sin necesidad, en franca contraposición o discrepancia con el estudio anatomopatológico que informa apendicitis gangrenosa con peritonitis fibrinoleucocitaria, meso apendicitis (indicativo de compromiso peritoneal) y presencia de estructuras parasitarias compatibles con oxyurus vermicularis y que en este punto existe una clara intencionalidad de ocultar lo sucedido
- .- NO explica, como está descrito en la literatura médica, que se producen cuadros de apendicitis gangrenosa por obstrucción con parásitos intestinales de este tipo y que seguramente esto fue la causa de la apendicitis.

EN SÍNTESIS, EL NIÑO SALAZAR LOAN SALVADOR:

- .- FUE DERIVADO CORRECTAMENTE, POR UN CUADRO CLÍNICO DE ABDOMEN AGUDO CON DOLOR ABDOMINAL, DEFENSA, CONTRACTURA, VÓMITOS, Y FIEBRE

.- NO RECIBIÓ LA ASISTENCIA MÉDICA CON LA CELERIDAD QUE AMERITA SU GRAVE CUADRO CLÍNICO.

.- NO SE REALIZÓ DE MANERA OPORTUNA UNA ECOGRAFÍA ABDOMINAL.

.- LLAMA PODEROSAMENTE LA ATENCIÓN LA VELOCIDAD CON LA QUE SE DETECTÓ, EN EL HEMOCULTIVO, LA PSEUDOMONA AERUGINOSA, EL MISMO DÍA DEL INGRESO, CUANDO ES UN ESTUDIO QUE NECESITA UN MÍNIMO DE 24 HS, UTILIZANDO SISTEMAS AUTOMATIZADOS.

LA TOMA DE LA MUESTRA SE REALIZÓ EL 01-03-22, PROBABLEMENTE EN HORAS DEL MEDIODÍA, SIENDO CASI IMPOSIBLE QUE LA DETECCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y PRUEBAS DE SENSIBILIDAD, HAYAN ESTADO LISTA EL MISMO DÍA COMO SE DEDUCE DEL INFORME DE LABORATORIO, DE FECHA 01-03-22, OBRANTE EN EL EXPEDIENTE

.- ANTE LA INCERTIDUMBRE QUE PUDIERA HABER EXISTIDO SE DEBERÍA HABER REALIZADO UNA TAC DE ABDOMEN Y NO SE REALIZÓ.

.- EL INFORME DE LA ECOGRAFÍA REALIZADA TARDÍAMENTE A LAS 17 HS DEL DÍA SIGUIENTE, INCREÍBLEMENTE NO DETECTA APENDICITIS CUANDO AL DÍA SIGUIENTE SE EXTIRPA UN APÉNDICE GANGRENOSO CON UNA PERITONITIS ASOCIADA, SEGÚN INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

.- EXISTIÓ UN CLARO ERROR DIAGNÓSTICO EN LAS EVALUACIONES QUIRÚRGICAS COMO ASÍ TAMBIÉN EN LA CONDUCTA TERAPÉUTICA.

.- EN NINGÚN MOMENTO SE TRATÓ DE UNA ENTERITIS (INFECCIÓN INTESTINAL) POR PSEUDOMONAS YA QUE NO EXISTÍAN MANIFESTACIONES DE EPISODIOS DIARREICOS Y ESTIGMAS DERMATOLÓGICOS, PROPIOS DE ESTA PATOLOGÍA, NI ALTERACIONES ANATÓMICAS MACROSCÓPICAS VISIBLES EN LA CIRUGÍA.

.- EL RESULTADO DEL CULTIVO DE MATERIA FECAL, DIO NEGATIVO PARA PSEUDOMONAS

.- NO FALLECIÓ, SEGÚN LO EXPRESADO POR LA JUNTA MÉDICA, POR UN CUADRO DE SHOCK SÉPTICO CON FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE SECUNDARIO A UNA SEPSIS GENERALIZADA A FOCO ENTERAL (ENTERITIS) POR PSEUDOMONAS.

.- LA CAUSA REAL DEL FALLECIMIENTO EN EL HOSPITAL FUE POR UN CUADRO DE SHOCK SÉPTICO CON FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE DEBIDO A UNA PERITONITIS APENDICULAR QUE NO RECIBIÓ EL OPORTUNO Y ADECUADO ESTUDIO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, AFIRMACIÓN QUE SURGE CLARAMENTE DEL MINUCIOSO ANÁLISIS DE TODOS LOS ANTECEDENTES OBRANTES

Por lo tanto solicito:

1.- Se tenga por impugnada las Juntas médicas y valore por lo expresado la parcialidad y ocultamiento de la misma de la mala praxis denunciada.

2.- Siendo insuperables y groseras las falsedades y contradicciones de lo informado por la Junta médica se designe nueva junta médica, con personal médico de otra Provincia, para dictaminar la verdad de todo lo acontecido.

3.- Se procese por encubrimiento a los profesionales actuantes, en la Junta Médica, según el Art. 277 del Código Penal.