

MINISTERIO PÚBLICO FISCAL TUCUMÁN

UNIDAD FISCAL DE ATENTADOS CONTRA LAS PERSONAS 2

CONSTANCIA DE ENTREVISTA

LEGAJO: S-016475/2022

**PERSONAL MEDICO A DETERMINAR (HOSPITAL DE NIÑOS) S/ HOMICIDIO
CULPOSO - ART. 84 PÁR. 1 VICT: S.L.S.**

San Miguel de Tucumán, 13 de marzo de 2024

Se deja constancia de la entrevista realizada en las siguientes circunstancias:

Personas entrevistada: DR. MAYTA RUBEN

Carácter: TESTIGO

Medio de entrevista: TELÉFONICA AL 3815614784

Fecha y hora: 13/04/2024 A HS. 12:40 APROXIMADAMENTE.

Información relevante: En el día de la fecha, personal de esta UFI se comunica con el Dr. Rubén Mayta, médico cardiólogo que al momento de los hechos investigados en la presente causa, brindó atención primaria a la víctima en autos, en el CAPS de La Ramada de Arriba, y ordenó el inmediato traslado del menor hacia el hospital de Niños. Se encuentra la Dra. María del Carmen Reuter, titular de esta Unidad Fiscal y el instructor de la causa, Julio Haddad, dando comienzo con la entrevista:

FISCAL (en adelante F.): Dr. La presente entrevista es a los fines de que nos cuente sobre la atención brindada a un paciente, Salvador Loan Salazar. ¿Podría decirnos usted en qué lugar trabajaba el primero de marzo del año 2022?

Dr. Mayta: En el CIC, la ramada de arriba. Eso es dependiente del área operativa ramada. Ahí trabajo como médico de guardia y también trabajo en consultorio de cardiología.

F.: ¿Usted qué especialidad tiene?

Dr. Mayta: En cardiología.

F.: ¿Usted recuerda haber atendido al nenito Loan Salvador Salazar?

Dr. Mayta: Sí, sí, recuerdo muy bien. Es un caso bastante recordado por los vecinos de ahí porque aparentemente el niño falleció después de que pasó varias dificultades.

F.: ¿Usted nos podría hablar qué recuerda? ¿A qué hora lo ha atendido? ¿Quién lo ha llevado? Lo que nos pueda contar.

Dr. Mayta: Mire, yo hago guardia los días lunes a la noche de 12 horas y el miércoles 12 horas. Y salgo al día siguiente a las 8 de la mañana. Entro de 8 de la noche hasta 8 de la mañana. Ese es más o menos mi trabajo ahí en la guardia de la Ramadas de Arriba. Entonces yo era un lunes, perdón, un martes a la mañana. Recuerdo bien. Yo salía de la guardia el día lunes de noche. Salía de guardia, pero a esa hora, más o menos, tipo 8, 8 menos 10, podrá ser, no recuerdo bien. Pero ya me estaba despidiendo y entonces la enfermera me dice, doctor, hay un chiquito que si lo puede ver. No lo veo bien y que la madre quiere que lo vea el médico. Entonces yo me fui a verlo y evidentemente sí era un niño, estaba con su madre ahí. Ellos creo que son de La Cruz, una localidad un poco más allá. Había venido con su madre en su propios medios, un vehículo. El chiquito estaba acostado en la camilla, estaba consciente, estaba lúcido. Así que comencé a interrogarlo y es un niño que tenía un dolor de abdomen y la madre me refería ese problema abdominal. Entonces fuimos a evaluarlo. Entonces en el interrogatorio le pregunto desde cuánto tiempo tiene el dolor y ella me dice que ya no es de ahora, sino de algunos días atrás. Y recordando más o menos, ella, recordando más o menos, recuerdo que eran dos días de evolución más o menos el dolor. Lo cual me llama la atención y entonces comienzo y le pregunto qué otros síntomas tiene aparte del dolor. Y ella me refiere que había tenido fiebre el día anterior y había tenido vómitos. Entonces aparentemente le ha dado algunas medicaciones, algunos calmantes. La madre pensando que era cosa sencilla, ha visto, pero el chiquito seguía mal. Entonces esa mañana cuando llega, el chiquito había decaído y previamente la mamá había referido que el chiquito había vomitado antes de venir a la guardia. Entonces eso más le preocupa a la madre como no cedió el dolor y estaba vomitando, entonces lo trae a la guardia por ese motivo. Entonces yo lo reviso y encuentro un abdomen doloroso, un abdomen que estaba defendido, estaba contracturado regionalmente, que significa que tenía la contractura a nivel de la fosa ilíaca derecha. Pero el dolor no solamente era focalizado a esa fosa, sino más bien estaba como irradiando el resto del abdomen, lo cual sigue que el chiquito tenga esa sensación de dolor difuso, pero el dolor más puntual,

más específico, más intenso era en esa zona. Entonces yo le... y además había tenido un vómito y estaba con fiebre en ese momento. Estaba con fiebre. Y eso me llama más la atención, por eso estructuro un cuadro clínico con todos los síntomas y no me queda duda de que era un abdomen agudo, probablemente de origen apendicular por la zona en la que estaba el dolor.

F.: ¿Cuál ha sido su diagnóstico doctor?

Dr. Mayta: Abdomen agudo, ese siempre es el diagnóstico con el que enviamos a un paciente derivado para que el médico especialista lo reevalúe y entonces concluya o confirme el diagnóstico. Entonces abdomen agudo de causa apendicular, más o menos esa fue la derivación.

F.: ¿Apendicitis aguda?

Dr. Mayta: Aguda, sí, sí, pero como había... doctora, nosotros en medicina nosotros tenemos un nivel de gravedad, eso es lo que más nos llama la atención para poder derivar. Porque mucha gente, muchos pacientes vienen con dolor en fosa ilíaca, un dolor leve, de unos 10 pueden ser 3 y tampoco vamos a rompernos los vestidos por un dolor así, tratamos de evaluar, tratamos de ver los antecedentes desde cuándo que está así. Pero en este caso lo que llama la atención es la contractura regional y es una reacción peritoneal focalizada, que significa que ya el abdomen, ya no solamente el apéndice en este caso está afectada, está inflamada, está infectada, sino también otras estructuras del abdomen que se encuentran alrededor del apéndice. El peritoneo, ¿no es cierto?, es una fascia que se afecta y se inflama cuando un órgano también está infectado, está inflamado. Entonces esa inflamación alrededor del apéndice genera una contractura de la zona, un dolor no solamente focalizado sino irradiado al resto del abdomen. No es solamente una inflamación del apéndice, sino que ya también otras estructuras del abdomen están comprometidas y están inflamadas, y por eso el dolor es mucho más intenso y el abdomen se afecta en su... en su... gran parte del abdomen está afectado, no solamente la zona de la apéndice, ¿me entiende? Entonces eso nos lleva la atención en cuanto al dolor, el dolor, y eso es lo que genera la reacción peritoneal localizada, localizada, uno comprime el abdomen, duele, y cuando saca de golpe duele mucho más. En este caso pasaba eso y también estaba muy defendido, es decir que no se deja ni tocar al paciente, o sea, le duele tanto que apenas le toca ya hay una retirada de la pancha, o sea, no quiere que le toque porque le duele mucho, a eso voy, o sea, está defendido el abdomen. Todos esos parámetros uno evalúa y entonces dice, no, este paciente no está bien, este paciente tiene un cuadro agudo, delicado, grave, que

necesita ser evaluado por un cirujano, por eso uno manda el diagnóstico de abdomen agudo de causa apendicular.

F.: El diagnóstico entonces de usted, ¿cuál ha sido doctor para la derivación?

Dr. Mayta: Abdomen agudo de causa apendicular, o en otros casos que es lo mismo, síndrome de fosa ilíaca derecha, pero el diagnóstico que nosotros hacemos siempre es de abdomen agudo, porque ese es el término más comprometedor, o sea, que califica más, ¿me entiende? Entonces, en resumen, un paciente que viene con vómitos, un paciente que no tolera los alimentos y vomita, un paciente que está con fiebre o que tuvo fiebre y está con fiebre al momento de la consulta, y un abdomen que tiene un dolor bastante importante en la zona de la fosa ilíaca derecha, donde está la apéndice, y que además tiene contractura y defensa y reacción peritoneal localizada, es un paciente que está delicado, grave, ¿me entiende, Dra.? Entonces, por eso se los manda al paciente. Ahora, el paciente no estaba tampoco, como tal vez se puede imaginar, descompensado. Desde el punto de vista de los parámetros vitales, hemodinámicos, llámese presión arterial, llámese frecuencia respiratoria, llámese signos de hidratación o deshidratación, el paciente estaba consciente, no estaba descompensado.

F.: Doctor, era un paciente que no estaba descompensado, pero ¿tenía síntomas de gravedad a nivel abdominal?

Dr. Mayta: Claro, exactamente, no estaba descompensado. El paciente estaba conteniendo su infección, probablemente, y en las próximas horas eso seguro se tenía que complicar, si no se le daba atención inmediata.

F.: ¿Puede repetirnos esto último?

Dr. Mayta: Le digo que un paciente que estaba conteniendo su gravedad, su cuadro, o sea, el abdomen estaba en ese tiempo donde en cualquier momento se iba a descompensar, en cualquier momento se iba a agravar, en cualquier momento se iba el abdomen a poner mucho más delicado y cuando hay una... eso ocurre cuando hay infección, es todo el peritoneo del abdomen y entonces hay una peritonitis generalizada y entonces el paciente ya no... ya está grave.

F.: Según la situación que Ud. está describiendo ¿Cuál considera que debería ser el proceder médico una vez en el hospital?

Dr. Mayta: Mire, nosotros no somos cirujanos, nosotros evaluamos al paciente, conocemos un poco la conducta a seguir, pero en realidad el que toma la decisión es el cirujano. Yo envío un paciente con abdomen agudo, no para que lo vea el clínico, sino

para que lo vea el cirujano, en todo caso el clínico lo recibe y lo llama al cirujano para que lo vea, pero el cuadro, digamos, requería que rápidamente el cirujano haga un diagnóstico de la derivación, o sea, corrobore que si es así o no y él tome la decisión que tiene que tomar, o sea, intervenir quirúrgicamente a ese paciente.

F.: Usted de acuerdo en su conocimiento, a su ciencia y saber, ¿el niño debía ser intervenido inmediatamente para salir de ese estado de gravedad abdominal?

Dr. Mayta: Totalmente. Vuelvo a repetir, en ese estado de cuadro que yo lo evalué, lo vi, esto que sí tenía que hacer. Obviamente el cirujano, ¿qué es lo que hace? Primero pide un análisis de sangre de urgencia, eventualmente una ecografía de urgencia, para corroborar lo que más o menos él está viendo en el paciente, y en la parte de urgencia, de hecho que se hace eso, un hemograma de urgencia, una eritrosedimentación de urgencia, son dos elementos que ya suman, para que el cirujano tenga total seguridad, que es un cuadro digamos, muy delicado. Y la ecografía que termina también evaluando algunos aspectos del peritoneo, o sea del abdomen, aparte de ver el apéndice que está infectada, inflamada, a veces se ve líquido en el peritoneo, que es producto de la infección que hay. Pero, como le digo, quisiera que se ponga en mi lugar como médico de guardia, yo como médico de guardia, viendo una situación así, ¿no es cierto?, evaluando, qué sé yo, lo he evaluado en 10, 15 minutos, quizás media hora, interrogando, preguntando, tocando la panza, uno tiene muy poco tiempo para hacer un diagnóstico y decidir. Yo viendo en ese tiempo que la situación es grave, por eso lo derivo, ustedes imagínense en el hospital, tienen todo el tiempo del mundo para poder saber, mediante algún método que puedan hacer, o el cirujano, el especialista. Porque yo, como médico de guardia, llego a esa conclusión, imagínense la experiencia y el conocimiento del cirujano, o sea, tomar el control de la situación y decir, este paciente me hacen ya un análisis, ya una ecografía y rápido un quirófano, para ver si lo meto o no lo meto. Yo trabajé en otras guardias, yo trabajaba siempre como médico de guardia, médico de guardia en sanatorios, en clínicas, en hospitales, y yo trabajo así, o sea, el médico de guardia toma el control de la situación apenas el paciente llega a su servicio. Y depende de él, depende de él de agilizar o no agilizar una situación que él está evaluando si es grave o no es grave, o sea, tiene que tomar el control y ordenar, y de ordenar, y decir, ya quiero que me den un análisis, el bioquímico, ¿dónde está? Entonces lo llaman, lo hacen análisis, a las dos o tres horas, ya tienen el resultado, igual ecografista, ya quiero que me den una ecografía, porque hay ecografía de guardia me parece no sé, no conozco bien la disponibilidad de ecografía, pero sí sé que el análisis de sangre se dispone en cualquier momento del día.

F.: Usted tiene conocimientos sobre si en los hospitales, de estudios pre quirúrgicos, o de imágenes, o ecografías, ¿se hacen todos los días, de lunes a domingos, feriados inclusive?

Dr. Mayta: Sí, yo sé que hay guardias, así como hay guardias médicas, hay guardias de cirugía, guardia de traumatología, donde un traumatólogo o un cirujano está permanentemente las 24 horas cubriendo ese servicio. Ahora, en la parte bioquímica también, porque son hospitales de primer nivel, de tercer nivel, perdón, y en los hospitales de tercer nivel existe toda la complejidad que hay en la medicina hoy en día, si no la hay es por una cuestión ya organizativa, de los directores que no consiguen bioquímicos, médicos para hacer las guardias, pero normalmente se manejan a ese nivel de guardias permanentes de especialidades, el bioquímico, el cirujano, el clínico, el cardiólogo, ¿no es cierto?, la urgencia coronaria, todo está encadenado. Ya, en guardias. Para que el paciente tenga la atención especializada.

F.: Ante el cuadro que presentaba el paciente, ¿Ud. ordenó de manera inmediata el traslado?

Dr. Mayta: Así es, es más, nosotros conversando con el chofer que estaba de guardia ese día, él se va y llega más o menos como a las 9 de la mañana al hospital. Ese es un dato muy importante, porque si bien eso pasó hace dos años, pero por ahí tenemos recuerdos fijos por el caso que ha resonado bastante en la localidad. Él llega a las 9 de la mañana, él como rutina, la derivación que yo hago, el papel de derivación que yo hago, le entrega al personal de admisión. Eso es un dato que ustedes lo pueden pedir. Le entrega al personal de admisión. Yo supongo que el personal de admisión es un tipo administrativo, ¿no es cierto?, que recibe la coordinación que nosotros hicimos mediante el 107, la urgencia del paciente, y él recibe la derivación que yo le hago, y le adosa un formulario que se llama tríptico. El tríptico son datos personales del paciente, y donde está escrito el diagnóstico presuntivo que tienen. Entonces, esas dos hojas abrochadas se las colocan en un lugar determinado que ellos tienen para que el médico, que está de guardia, ¿no es cierto?, viene y dice, a ver, ¿qué hay? Este otro paciente levanta ese papel y llama al paciente para evaluarlo.

F.: Usted en ese papel, aparte de poner su diagnóstico presuntivo, ¿pone qué sugiere?

Dr. Mayta: No, no, doctora. O sea, nosotros mandamos a ver si... Pues, tendría que ver el papel, porque en realidad sí a veces nosotros sugerimos evaluar por el especialista, o ponemos ahí, mandamos al paciente para un centro de mayor complejidad para que se evalúe.

F.: ¿En ese no se acuerda, se ha puesto qué sugería, que lo vea de forma inmediata, un cirujano?

Dr. Mayta: No recuerdo, doctora. Bien. No recuerdo. De hecho que el diagnóstico, por ahí sí algunas palabras son un poco claves para el momento, pero el diagnóstico que uno hace ya de por sí está hablando que es un cuadro.

F.: ¿Cuáles son las consecuencias en el caso de que no se actúe en forma inmediata ante un dolor abdominal de carácter apendicular?

Dr. Mayta: Y bueno, el apéndice que está inflamado, está infectado, se rompen los tejidos que están necrotizando, o sea, se comienzan a necrotizarse, a morirse, a podrirse en otras palabras, se rompe e invade todo el abdomen. Y afecta todo lo que es el, digamos, el peritoneo, que cubre todas las asas intestinales.

F.: ¿Y qué produce en el organismo?

Dr. Mayta: Una peritonitis, ¿no es cierto? Es una afectación de todo el abdomen, eso se llama peritonitis, por eso viene del peritoneo, porque se infecta y se inflama el peritoneo, y ese peritoneo es como una manta, una sábana, que cubre todo el intestino, que va cubriéndolo por todos lados y entonces entra en shock abdominal, en shock, digamos, por el dolor, porque paraliza toda la función intestinal, toda la inflamación que está en el peritoneo paraliza toda la función intestinal de manera que no puede recibir nada del paciente, no funciona el intestino, el intestino, la función que tiene es recibir todo lo que el paciente come, así que todo lo que come vomita, vomita, vomita y hasta que no puede estar con mucho dolor y el abdomen está, el abdomen evoluciona a un abdomen en tabla, se llama así, un abdomen en tabla cuando ya es el peritoneo todo en su totalidad afectado y con el subsiguiente, digamos, evolución, subsiguiente evolución hacia un cuadro de septicemia, septicemia o sepsis, porque la infección ya toma todo el cuerpo, y ahí donde ya entre peritonitis y sepsis hay muy poco tiempo, el paciente se descompensa, que significa que la presión cae, se deshidrata completamente, la infección continúa, y hay una descompensación general, aparte de que todos los órganos entran en falla orgánica, tanto el riñón, tanto el hígado, entran en falla orgánica y comienzan también su proceso de deterioro y el paciente no funciona.

F.: Habiendo dado atención primaria al paciente ¿Ud. considera que el niño ha fallecido por causa de no haberse actuado inmediatamente?

Dr. Mayta: Mire, no sé cómo ha sido la atención, no podría decirle, lo único que me han comentado, incluso la señora fue por el CAPS de La Ramana la semana siguiente de su fallecimiento a comunicarnos, y lo único que sé es que lo han optado parece que

tardíamente y después de la operación aparentemente falleció. No sé cómo lo han atendido, no sé, la verdad no sé, no podría decirle si ha sido falla o ha habido algún percado en el tiempo quirúrgico, no sé.

F.: ¿Qué son las pseudomonas?

Dr. Mayta: Pseudomonas es un germen anaeróbico, eso significa que son gérmenes que se crían o se reproducen en ausencia de oxígeno y generalmente son gérmenes malos, malignos, digamos así, que se crían en medio de tejido necrótico, ¿entiende?, o que producen necrosis, producen necrosis, o sea cuando la pseudomonas invade el órgano comienza a necrosar, comienza a matar células, es muy agresivo, mucho más que otro tipo de gérmenes.

F.: ¿Pero eso se produce cuando ya hay una infección?

Dr. Mayta: Claro, porque, no se olvide que cuando el intestino se afecta, comienza a licuarse, a infectarse, así como la apéndice se rompe, doctora, se rompe porque se pudre, se pudre porque la pus, la infección comienza a tomar el apéndice, las paredes, la rompe porque se comienza a necrosar, se rompe y así también, a través del apéndice, a través del apéndice, como el apéndice es un órgano que está comunicado con el intestino, ¿no es cierto?, una pequeña bombucha chiquita que está, cuyo cuello, cuyo cuello está unido al intestino, entonces, a través de esa ruptura, gérmenes del intestino invaden todo el peritoneo y en el intestino hay pseudomonas, seguramente, gérmenes anaeróbicos que hacen que la infección sea gravísima, por supuesto, ¿no? Por eso es que la peritonitis tiene alta mortalidad, por el tipo de infección que tiene, ¿no?, los gérmenes que participan en la infección tienen alta mortalidad y el paciente que hace peritonitis de este origen tiene mucho riesgo de muerte.

F.: Doctor, le estamos muy agradecidos por su tiempo.

Dr. Mayta: Quiero aclararle que yo hablé en cuanto aparte del caso puntual de mi atención en el CIC con este paciente son conocimientos con médicos generales, ¿entiende? Todo lo que hablamos de peritonitis, de pseudomonas, de gravedad, del cuadro, de evaluación, o sea, como valora uno el paciente la gravedad de una peritonitis, todos son conocimientos que todo médico de guardia tiene al momento de evaluar un paciente. Yo no soy especialista.

F.: Totalmente doctor, eso está claro.

Dr. Mayta: De todas maneras, tampoco lo que dije está fuera de contexto, está todo bien. Por ahí algunos especialistas tienen algunos conceptos más específicos, más

exquisitos y por ahí pueden decir, no es tan así como dice el doctor, y pueden decir algunos detalles y justificar.

F.: No doctor, ha quedado claro que usted es médico de guardia y son conocimientos generalistas

Dr. Mayta: Claro, pero tampoco esto es tan fuera de contexto, fuera de foco, porque es la formación que uno recibe. La formación que uno recibe. Yo soy médico de guardia, siempre trabajé como médico de guardia, soy como dicen guardieros y alguna experiencia tengo.
