



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

///nos Aires, 19 de junio de 2018.

AUTOS Y VISTOS:

Para resolver en las presentes actuaciones identificadas bajo el N° **7520/2018** del registro de la Secretaría N° 61 de este Tribunal, y respecto de la situación procesal de **NÉLIDA INÉS PUENTE** (argentina, identificada con DNI 11.917.643, médica, nacida el 19 de enero de 1956 en la localidad de Ezeiza Pcia. de Buenos Aires, hija de Eusebio Omar Puente (f) y de Nélide Tomasa Marfeo (f), soltera, con domicilio en Lomas Valentina 645 de la localidad de Ezeiza Pcia. De Buenos Aires y constituido en Tucumán 1621 piso 7° M de Capital Federal) y de **DIEGO ARIEL BIALOLENKIER** (argentino, identificado con DNI 29.038.034, nacido el 6 de agosto de 1981 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, hijo de Mario Bialolenkier y de Dora Raich, casado, con domicilio en Melincué 2537 1° A y con domicilio constituido en la Av. Córdoba 795 piso 4° of 8 ambos de CABA).

Y CONSIDERANDO:

Hecho:

Que les imputa a los médicos Diego Ariel Bialolenkier y Nélide Inés Puente el provocar la muerte de la Sra. Débora Denise Pérez Volpin al haber obrado en forma imperita, negligentemente y sin observar las reglas del arte de curar, ello en ocasión de realizarle una video endoscopia digestiva alta (VEDA), el día 6 de febrero de 2018, a las 17.20hs. aproximadamente, en el Sanatorio de la Trinidad Palermo -sito en Av. Cerviño 4720 de esta ciudad-.

Específicamente, durante dicha intervención practicada sobre Débora Denise Pérez Volpin, quien no presentaba ninguna deficiencia en su salud o integridad física que impidiera u obstase una práctica de rutina, el Dr. Bialolenkier en su carácter de médico endoscopista, por el modo imperito y negligente en que se condujo durante la ejecución, en el manejo de los instrumentos y en la evaluación y tratamiento de la paciente durante la práctica, provocó diversas lesiones en el interior del tracto digestivo de la paciente –en particular, infiltración hemorrágica del esófago desde su inicio hasta 11 cm por debajo; finaliza a 13 cm por arriba del diafragma; a 4,5 cm por debajo de la horquilla epiglótica hay una solución de continuidad de la

USO OFICIAL

Fecha de firma: 19/06/2018

Firmado por: CARLOS MANUEL BRUNIARD, JUEZ (PRS)

Firmado(ante mi) por: OSVALDO GONZALO VAZQUEZ, SECRETARIO DE JUZGADO



#31198158#209438738#20180619115455021

mucosa, redondeada de 0,3 cm de diámetro, que genera un saco submucoso de por lo menos 3 cm, con infiltración hemorrágica; y demás lesiones que surgen de los informes médicos obrantes en autos—, los que ni advirtió ni trató tempestivamente, lo que sumado a la posterior insuflación de aire causó un barotrauma de planos musculares y subcutáneos de tórax que generaron en la nombrada neumomediastino, neumopericardio, neumotórax bilateral, revistiendo tal gravedad las lesiones que, seguido a las maniobras desplegadas por la Dra. Puente, resultaron en la muerte de la nombrada Pérez Volpin a las 18.15 hs.

Por su parte a la Dra. Puente se le atribuye que, en su rol de anestesista obró negligentemente al desatender el estado y los valores multiparamétricos de la paciente Pérez Volpin mientras el Dr. Bialolenkier realizaba la VEDA, no advirtiendo a tiempo el cuadro que presentaba la misma como consecuencia de la perforación instrumental antes mencionada, siendo que notó tardíamente una desaturación de oxígeno y enfisema facial, obrando imperitamente al no actuar con la diligencia y rapidez que le era exigible dadas las circunstancias conforme a su deber de profesional de la salud, procurando largamente y sin éxito intubar a la paciente continuando insuflando aire a presión mediante máscara laríngea, lo que acrecentó el daño que inició el endoscopista y contribuyó a la generación de las lesiones del estómago, al neumoperitoneo e incrementó el enfisema pulmonar que desembocaron en su fallecimiento. Que, si bien requirió la colaboración de una médica cardióloga y terapistas, a su arribo instantes después de iniciada la crisis, el cuadro que presentaba Pérez Volpin importaba tal gravedad que no lograron revertirlo y evitar el desenlace de su muerte.

Así fue señalado en el informe de fs. 351/412 por los galenos del Cuerpo Médico Forense que la congestión, el edema pulmonar y encefálico resultaron ser la expresión final de la falla cardíaca y que la misma se produjo por barotrauma en el tórax y el abdomen y que la causa del barotrauma tiene su origen en el tórax y es de tipo instrumental. En definitiva que las causales del fallecimiento de Débora Pérez Volpin se encuentran en relación directa a una perforación instrumental del esófago torácico, seguido de insuflación que





provocaron: neumomediastino, neumopericardio, neumotórax bilateral y enfisema subcutáneo de cara y cuello y que las lesiones del estómago son consecuencia del barotrauma intragástrico, producto de las maniobras instrumentales endoscópicas; de las maniobras de reanimación cardiopulmonar; o de su accionar conjunto.

Pruebas:

Tal como surge de fs. 1 se presentó el día 7 de febrero de 2018 siendo las 2.17 hs. ante la Comisaría 23 de la Policía de la Ciudad el Sr. Enrique José Sacco, quien manifestó que el día lunes 5 de febrero siendo las 17.30 hs. aproximadamente su pareja, Débora Denise Pérez Volpin, ingresó a la Clínica de la Trinidad de Palermo sita en Cerviño 4720 de esta ciudad a fin de ser atendida ya que no se encontraba en óptimas condiciones de salud. Ese lunes le realizaron diversos estudios a causa de los dolores abdominales que presentaba permaneciendo internada en dicho nosocomio. Al día siguiente continuaron los facultativos con estudios de diagnóstico; así, a las 17 hs. Aproximadamente, se le practicó una endoscopia y mientras la misma se llevaba a cabo su pareja se descompensó sufriendo a posteriori un paro cardio-respiratorio por lo que los médicos comenzaron las tareas de reanimación por un lapso de 40 minutos no obteniendo resultados positivos.

Sin realizar una imputación directa contra persona alguna, el Sr. Sacco aclaró se hizo presente ante la dependencia policial a efectos a radicar la denuncia dado que el deseo familiar es que se investigue las causales del deceso de la Sra. Pérez para conocer la verdad.

Frente a dicha denuncia, se realizó inicialmente consulta con la Fiscalía en lo Criminal y Correccional nro. 51, ordenándose requerir al nosocomio la historia clínica y epicrisis como también la nómina del personal que formó parte del cuerpo médico al momento de la intervención y la función de cada uno, y enviar el cuerpo a la morgue para la correspondiente autopsia.

Siendo las 4.04 hs. del día 7 de febrero de 2018 se presentó en la Comisaría 35^a. la Dra. Nélide Inés Puente, quien se desempeñó como anesthesióloga en el estudio endoscópico que se le realizó a la Sra. Débora Pérez Volpin,

USO OFICIAL



a efectos de proponer peritos de parte para participar de la autopsia a realizarse.

En horas 3.44 hs. el personal de la comisaría 35^a de la Policía de la Ciudad se comisionó en la Clínica La Trinidad Palermo, confirmando que la intervención que involucró a Pérez Volpin fue practicada por la Dra. Nélidea Puente (anestesióloga) y el Dr. Diego Bialolenkier (endoscopista). Asimismo, se les hizo entrega de la epicrisis y copia de la historia clínica (ver fs. 9 y fs. 12).

Siendo las 8.30 hs. del día 7 de febrero de 2018 se realizó la primera consulta con este Juzgado dando conocimiento de la denuncia existente; frente a lo cual se requirió se envíe la copia de la historia clínica a la Morgue Judicial y se remitan las actuaciones a esta sede judicial.

Arribado el sumario al Tribunal se ordenó para ese mismo día el allanamiento del Sanatorio de la Trinidad Palermo a los efectos de lograr el secuestro del original de la historia clínica completa de Pérez Volpin, de los libros de enfermería de la institución y nómina del personal médico interviniente. Así también se dispuso la delegación de la investigación en cabeza de la Fiscalía en lo Criminal y Correccional nro. 51 de conformidad con el art. 196 del C.P.P.N.

El día 8 de febrero de 2018 los representantes de la parte querellante le hicieron saber a la Fiscalía de la posible existencia de imágenes fílmicas relacionadas con el estudio de endoscopia que fuera practicado a la damnificada.

En función de ello la Sra. Fiscal devolvió las actuaciones al Juzgado el día 9 solicitando se realice un nuevo allanamiento en la Clínica de la Trinidad, esta vez en miras de obtener las filmaciones y/o imágenes que podrían haber sido registradas por el equipo utilizado a los efectos de realizar el estudio de endoscopia. Ese mismo día, la querrela petitionó también que durante dicho allanamiento se secuestre el aparato endoscópico utilizado.

Así pues este Tribunal ordenó inmediatamente a la Dirección General de Prevención e Investigación de Delitos Tecnológicos de la Policía de la CABA se practicase en la fecha un nuevo allanamiento a fin de lograr el secuestro de todas las imágenes obtenidas en la colangiorresonancia





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

magnética y tomografía de abdomen y pelvis, realizada a la paciente Débora Pérez Volpin, el día 5 de febrero del año 2018; y, todas las imágenes (fotográficas o fílmicas) obtenidas durante en el procedimiento de endoscopia aquí bajo estudio. También que se secuestrase el aparato endoscópico utilizado en dicho procedimiento y la realización de un relevamiento de todas las máquinas de endoscopia existentes en el Sanatorio (y Anexo) y cotejar en cada una de ellas si existían las imágenes solicitadas. Las actuaciones labradas oportunamente obran glosadas a fs. 92/107.

Que conforme surge de esas diligencias se logró la obtención de las imágenes de la colangiorresonancia magnética de abdomen y pelvis, de la tomografía computada de abdomen y pelvis.

Con relación al procedimiento de endoscopia, el director médico del sanatorio aseveró que en el sector de quirófano de urgencia no está previsto que los equipos almacenen imágenes, sino que los profesionales simplemente observan en un monitor para luego volcar los hallazgos en un informe por escrito. Tampoco fotografías ya que las mismas son obtenidas en la última parte del estudio y en este caso el procedimiento fue interrumpido abruptamente.

Por otra parte, fueron analizados los equipos obrantes en el centro de endoscopia de la clínica ubicado en el edificio contiguo determinando que no existían imágenes almacenadas que se relacionaran con el hecho, como así tampoco se hallaron al ser analizado el ordenador portátil perteneciente al Dr. Etchepare donde se almacena la información de las endoscopias realizadas.

Se procedió al secuestro del equipo endoscópico que habría sido parte del procedimiento médico realizado a Pérez Volpin el cual no estaba en uso, ya que había sido franjado y precintado con el nro. 33 desde la noche misma del evento investigado, según dichos del Director Médico.

La Fiscalía a cargo de la pesquisa ordenó a fs. 163, y a sugerencia de la querrela, una serie de medidas de prueba a realizar en la sede del Sanatorio en cuestión con la intervención de la Dirección de Delitos Complejos de la Policía de la C.A.B.A.

USO OFICIAL



Así a fs. 191/200 obra una memoria con los registros de las cámaras de Seguridad con filmaciones requeridas por la Fiscalía actuante aportada por la firma Galeno S.A.

También prestó declaración testimonial Carlos Gabriel Ugarte Andia (fs. 244) quien ratificó la declaración de fs. 175/6 y manifestó que en ocasión de hacerse presente en el Sanatorio fotocopió el libro denominado "report de instrumentadoras" y además obtuvo fotos con su celular (agregadas a fs. 242/3). Con relación a los inconvenientes técnicos sobre los registros del monitoreo refirió que interpretó en ese momento que eran soluciones que el Director Médico debía aportar y así se le notificó. Que consultó al respecto al personal policial técnico que se hizo presente y formaban parte de los problemas de copiado de registros informáticos y que no contaban con los elementos técnicos para hacerlo. Que hizo la aclaración ya que en el acta no se volcó específicamente una respuesta a lo requerido por la Sra. Fiscal en el punto 8) de la diligencia ordenada el día 26 de febrero del año en curso.

Asimismo, declaró a fs. 254 el Oficial Mayor Leonardo Sebastián Borgogno quien asistió a los dos procedimientos en el Sanatorio de la Trinidad Palermo por lo que manifestó que recorrió dentro de las instalaciones del nosocomio los sectores a los que se le solicitó lo hiciera por motivos específicos y siempre acompañado por personal del lugar. Señaló tener presente el área de quirófanos los que están identificados mediante números. Con relación a las cámaras allí instaladas expresó que específicamente apuntan a la parte externa, fuera del área propia de los quirófanos. Con respecto a lo requerido por la Fiscalía en el punto 8) de la medida ordenada el día 26 de febrero de 2018 manifestó que él en forma personal no buscó el equipo de monitoreo como se solicitó y que no recuerda que Ugarte se lo haya dicho en algún momento. En estos casos, cuando se requiere colaboración para capturar registros de archivos, manifestó que no cuentan en la División con Discos Externos para hacer las copias de los discos que tengan las computadoras. Para ello deben secuestrar los equipos a registrar y en la



División hacer la copia o resguardo y se solicita siempre los discos externos en todos los casos a la Dependencia Judicial.

Obran a fs. 552/576 constancias relativas a la prueba técnica pericial de los equipos secuestrados durante el procedimiento documentado a fs. 92/107.

A fs. 277/89 se agregó la documental aportada por el Sanatorio de la Trinidad Palermo relativo a las anteriores internaciones y atenciones médicas de Pérez Volpin.

Declaraciones testimoniales:

A fs. 270/2 prestó declaración testimonial Miriam Eliana Frías, quien manifestó desempeñarse como instrumentadora en el Sanatorio de la Trinidad Palermo. El día en que se llevaba a cabo el estudio a Pérez Volpin se ocupó de acondicionar la sala donde se efectuaría asignándole las tareas la jefa del servicio Sra. Claudia Balceda. Señaló que la sala nro. 6 tiene una torre de anestesia, una mesa de operaciones, una mesa de Finochietto y una mesa accesoria para apoyar los medicamentos o elementos. En el quirófano, al menos en la planta quirúrgica, hay un solo endoscopio del que los endoscopistas se ocupan de traer. Agregó que por lo general en la sala 6 se realizan las endoscopías.

Que esa tarde arribaron al lugar los profesionales entrando el doctor la torre dentro del quirófano que es donde están dos endoscopios, uno para zona alta y otro para zona baja. En el lugar estaban los tres, los dos profesionales y ella. Luego llegó la paciente acompañada por quien le hizo el "check list", la instrumentadora de nombre Guadalupe, quien luego se retiró. Ubicaron la camilla en el centro, entre la torre de anestesia y la torre de endoscopia. Se presentaron, chequeó la pulsera de identificación, le preguntó su apellido y la paciente le respondió. Luego los dos profesionales intercambiaron unas palabras con la paciente mientras ella seguía abocada a sus tareas. Le solicitaron a la paciente que se ubique sobre el hombro izquierdo, le pusieron el mordillo, el oxímetro de pulso, el monitor cardíaco y la anesthesióloga sedó a la paciente sin ver con qué droga lo hizo.

Manifestó Frías que el estudio comenzó con luz a plena y al poco tiempo que comenzó la anesthesióloga no sabe si escuchó o vio una alerta y acomodó el oxímetro, el dedal que tiene puesto la paciente y seguido a ello le refiere

USO OFICIAL



“llama ya a la cardióloga” lo que también le refirió el endoscopista. Salió y se cruzó a Balceda a quien le avisa de la emergencia. Se dirigió a la farmacia que está en la misma sala de quirófano que está a uno o dos metros, tomó un tubo endotraqueal y volvió a la sala avisándoles a sus compañeras que le traigan el carro de paro. Cuando regresó la paciente ya estaba en posición de cúbito dorsal (boca arriba) y el endoscopista ya no estaba con el endoscopio dentro de la paciente. Ingresó y detrás suyo lo hizo la cardióloga Agustina. La anestesióloga estaba en la cabecera de la paciente tratando de intubarla y el endoscopista dentro de la sala.

Que detrás de Agustina ingresó a la sala Claudia y luego las chicas con el carro de paro y el set de intubación dificultosa. Se fue al lado de la Dra. Puente y ella lo que hacía era tratar de intubarla con el laringo, se le dificultaba o no lo podía colocar. Hasta ese momento que entró la paciente estaba normal, con la misma cara con que ingresó. Que la anestesista además de intentar intubarla aspiraba y como no logra colocar el tubo endotraqueal le colocó la máscara laríngea. A todo esto, ya habían ingresado dos terapistas. Con la máscara laríngea, aparece el Dr. Botto con un fibrolanrigo, le quitan la máscara y Botto intenta intubarla con este elemento y al lograrlo le coloca el tubo endotraqueal. A todo esto, a la paciente se la seguía reanimando. Sin saber cuál de los dos terapistas, pero la mujer le coloca una segunda vía además de la que tenía en el brazo izquierdo, esta vez en la ingle derecha. Entre los dos terapistas y la cardióloga se rotaban para la reanimación sumándose la técnica de anestesia. Estuvieron unos 20 o 30 minutos tratando de reanimarla.

Agregó que en este tipo de estudios es normal que en un determinado momento se apague la luz para mejorar la visión del monitor. En esta ocasión cuando salió a buscar el Propofol la luz estaba encendida y al regresar apagada, considerando que transcurrieron entre dos o tres minutos. Que cuando salió a buscar el Propofol el estudio ya había comenzado y para cuando recibe la orden de buscar la cardióloga estaba encendida. Que todo fue muy rápido y con mensaje urgente. Cuando el Dr. Botto le colocó el tubo





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

endotraqueal lo conectó a la torre de anestesia que le suministra oxígeno. Las maniobras de reanimación siguieron y en un momento la mujer terapeuta dijo que estaban todos de acuerdo que siendo las 18 hs. la paciente se dio por fallecida. En ese momento vio a la paciente con la cara hinchada, llamándole ello la atención. Todo el personal médico se retiró y se quedó con sus compañeras Morota y Grismado para poner en condiciones a la paciente. Que el endoscopio quedó en la sala 6 siendo que a la paciente la llevaron a la sala 7.

Frías agregó que quien se encarga de conectar el oxímetro y el equipo de monitoreo es la anesthesióloga, recordando que en este estudio en particular estaban conectado el monitor y el oxímetro. Que tiene conocimiento que los registros de monitoreo se guardan en el mismo monitor que quedan registrados o grabados por 24 hs, la que se encarga de la torre es Mónica, la técnica en anestesia. Que no sabe la información que se registra en el monitor. Agregó, al ser preguntada si hay respaldo en enfermería o donde que quede registrada la información del monitoreo, que en Secretaría hay un respaldo, pero no sabe si ahí queda registrado. Con relación a la máscara laríngea que se coloca a la paciente dijo que por su posición no vio concretamente cómo se le colocó. Que a la paciente no se le realizó desfibrilación. Agregó no recordar si el aparato de endoscopia empleado quedó en la sala 6. Con relación al mismo expresó que no lo vio chequear, pero sí lo vio encendido en su pantalla, no teniendo conocimiento que tuviera alguna falla previa al estudio ni escuchó al Dr. Bialolenkier manifestar algún problema con el aparato y durante el estudio. Agregó que durante las tareas de reanimación la Dra. Puente pidió un abocath y no lo vio emplear. Por último, que en el sanatorio en este tipo de estudios se emplea el equipo endoscópico secuestrado y no presencié otros estudios en que se utilizaran otros donde se tomaran muestras fotográficas.

Prestó declaración testimonial a fs. 299/300 Patricia Soledad Moronta de Müller quien refirió que el día en cuestión estando en la farmacia se enteró de lo que ocurría cuando la instrumentadora Eliana salió del quirófano nro. 6 donde se estaba haciendo la endoscopia para buscar a

USO OFICIAL



la cardióloga. Con una compañera fue a buscar el carro de paro y con ella lo llevaron al quirófano en cuestión porque se dio cuenta que se trataba de una emergencia. Cuando ingresaron a la sala vio a la anesthesióloga, Dra. Puente y al endoscopista Bialolenkier. También ingresó la cardióloga Agustina y otras instrumentadoras -Andrea y Erika. Después se acercaron dos terapistas más, un hombre y una mujer. Cuando ingresó con la cardióloga se comenzó con las maniobras de reanimación. Agustina además pidió adrenalina, prendió el desfibrilador. Por su parte cargó la primera ampolla de adrenalina. Llegó Mónica, la técnica en anestesia, no recordando si lo hizo junto con los terapistas. Luego, cuando alguien lo pidió, tomó el tiempo cada dos minutos para suministrar la adrenalina y después de la primera ampolla sólo se abocó a tomar el tiempo y de la adrenalina se ocuparon sus compañeras. Ella cargaba la adrenalina y tomaba el tiempo avisando al cabo de dos minutos.

Refirió que para las maniobras de reanimación se turnaban, en principio la cardióloga cuando estaba sola y luego los terapistas. Todo el tiempo se continuó con las maniobras hasta que los médicos consideraron el tiempo suficiente, no recordando quien determinó que cesaran ni cuánto tiempo se prolongaron. Agregó que dentro de las maniobras de reanimación se colocó una vía central en la femoral, en la ingle encargándose de ello la terapeuta. Al final quizás se hizo presente el Dr. Botto quien entró para poder intubar a la paciente. El quirófano es chico, había muchas personas y no vio la tarea que realizó el Dr. Botto que se puso a la cabecera de la paciente al lado de la anesthesióloga. Cuando terminaron se quedó junto a las otras instrumentadoras realizando las tareas de limpieza de la paciente y retirando los elementos.

Narró que al momento en que ingresó al quirófano vio a la Dra. Puente ventilando a la paciente y la primera persona que realizó las tareas de reanimación fue la cardióloga.

Que al entrar eran tres o cuatro chicas con el carro de paro. Diego estaba allí sin hacer algo sobre la paciente. El endoscopista, no estuvo en todo momento dentro del quirófano. Recordó haberlo visto al principio. Que había





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

mucha gente y cada uno cumplía un rol. En general las maniobras de reanimación están a cargo de los anestesiólogos, cardiólogos, terapeutas que a su entender eran suficientes.

Narró la testigo que cuando entró al quirófano vio a la paciente con la cara hinchada. En cuanto a las maniobras que vio, era el RCP masajes, tratar de intubarla, colocándose una máscara laríngea siempre a cargo de la Dra. Puente que procuró intubarla y finalmente le colocó la máscara. Agregó que a su arribo las luces estaban prendidas y la paciente con una máscara facial. La maniobra es ventilar e intentar intubar. Dijo no recordar cómo se conectó la máscara laríngea, sólo que la tenía puesta. Que los monitores de la torre estaban funcionando. Al ser interrogada si ese monitor de la torre de anestesia guarda información respondió afirmativamente pero no sabe por cuánto tiempo. Agregó que recuerda haber encendido el desfibrilador del carro de paro, pero no se utilizó.

Por su parte a fs. 301/2 prestó declaración testimonial la instrumentadora Andrea Liliana Villalba quien relató que aquella tarde se realizaba una endoscopia en el quirófano nro. 6. Debido a que no tenían trabajo sus compañeras Alejandra Ramírez, Andrea Sánchez y Soledad Moronta se dirigieron a merendar. Siendo alrededor de las 17.30 hs, se encontraba en la farmacia cuando salió su compañera del quirófano nro. 6 pidiendo un cardiólogo, aclarando posteriormente que lo hizo rápido. La subjefa, Silvia de los Santos, fue en su búsqueda en tanto que ella, dándose cuenta de la urgencia, fue a buscar el set de intubación dificultosa y Moronta llevó el carro de paro. Al llegar al quirófano nro. 6 la Dra. Puente estaba en la cabecera de la cama tratando de intubar a la paciente llamándole la atención que esta última estaba toda hinchada, refiriéndose a los brazos y cara. El Dr. Bialolenkier estaba comenzando con las maniobras de reanimación de RCP. Luego ingresó la cardióloga, Agustina, y ella cambió con el Dr. Bialolenkier y se encargó de asignar el rol de cada uno dirigiéndose a su compañera Moronta que tomaba el tiempo cada dos minutos para pasarle la adrenalina y su compañera Grismado comienza a cargar las ampollas de adrenalina, en tanto ella se ocupaba de que no faltara nada.

USO OFICIAL

Fecha de firma: 19/06/2018

Firmado por: CARLOS MANUEL BRUNIARD, JUEZ (PRS)

Firmado(ante mi) por: OSVALDO GONZALO VAZQUEZ, SECRETARIO DE JUZGADO



#31198158#209438738#20180619115455021

Refirió que ese quirófano se utiliza generalmente para endoscopías por lo que se lleva lo básico. No se lleva equipo de ropa, no hay sutura para fijar la vía central y generalmente no tienen el set de vía central por el tipo de estudio y se va a buscar a farmacia, si bien se supone que en el carro de paro hay. Aclaró que no vio quién trajo el set para la vía central. Luego ingresaron tres terapistas, dos mujeres y un hombre. Mientras seguían con el reemplazo de los profesionales en las maniobras de RCP y la terapeuta le puso la vía central a la paciente. Posteriormente ingresó el Dr. Botto y la Dra. Puente ya le había colocado la máscara laríngea. Botto ingresó para colocarle un tubo endotraqueal y para ello empleó un instrumento fibrolaríngeo. Estuvieron por aproximadamente una hora con las maniobras de resucitación hasta que se declaró la hora de la muerte, a las 18 hs. aproximadamente. Al momento de salir ya habían preparado a la paciente, le habían retirado la sonda vesical, la vía central y el abbocath, que es lo que se coloca para pasarle la medicación, aclarando que cuando ingresó ya estaba colocado en la paciente.

En el lugar estaban la Dra. Fuentes, el Dr. Bialolenkier, sus compañeras Soledad, Erika y la jefa Claudia Balceda. Dos segundos después que ingresó hizo lo propio la cardióloga Agustina. Mientras hacían las maniobras de resucitación uno de los terapistas pidió colocar la vía central lo antes posible y la Dra. Puente dijo que le había colocado la máscara laríngea porque no le pudo colocar el tubo endotraqueal.

Manifestó que cuando ingresó a la Sala las luces estaban todas encendidas, no recordando si estaba con bigotera nasal o máscara facial. Cuando ingresó con el set apartó a Puente una máscara laríngea, no recordando donde estaba conectada ésta. Que la Dra. Puente utilizó una máscara Ambu.

Al ser interrogada si cuando ingresó los monitores de la mesa estaban encendidos contestó afirmativamente, agregando que estaba desaturando y todos los médicos lo estaban observando. Emitían además sonido tipo alarma y estaban titilando en rojo como valores anormales. Refirió que el Dr. Bialolenkier estaba del lado izquierdo de la paciente.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

Agregó que desde que ingresó al quirófano hasta que llegó el Dr. Botto habrán transcurrido unos quince minutos. Él traía el fibrolaringeo que es similar al laringoscopio excepto que tiene una fibra óptica muy finita. Al momento de entrar la paciente estaba de cúbito dorsal y estaba en asistolia y en paro. Todas las veces que miró el monitor la paciente no tenía ritmo cardíaco.

A fs. 670/1 prestó declaración testimonial Silvia Cristina de los Santos, instrumentadora quirúrgica. Refirió que ese día, siendo alrededor de las 17 hs., se encontraba en la secretaría del quirófano cuando vio salir de la sala nro. 6 - que era donde le estaban haciendo el estudio a la paciente Pérez Volpin- a una de las circulantes, Eliana Frías. Que Frías solicitaba la ayuda de un cardiólogo de planta concurriendo de inmediato la Dra. Agustina Ramos. También asistieron las instrumentadoras Moronta y Villalba más su jefa Claudia Balceda, optando por permanecer del lado de afuera de la puerta colaborando cuando tuvo que convocar al terapeuta. Acudieron tres entre ellos el Dr. García Eilicequi, subdirector de la clínica y además terapeuta.

Refirió que contando a Bialolenkier y Puente había seis o siete personas en el quirófano. Mencionó que procuraban intubar a la paciente, pero no se podía y en un momento dado entró el Dr. Botto, pero no vio qué hizo. Agregó que en un momento que se asomó vio a la paciente muy edematizada en su cara y cuello. Todo ocurrió muy rápido. En otro momento cuando se asomó para ver si necesitaban algo le respondieron que ya no había nada más por hacer.

A fs. 273/4 prestó declaración testimonial Mónica Gabriela Assanelelli Martínez, quien refirió desempeñarse como técnica en anestesiología en el Sanatorio de la Trinidad. Tras relatar que tomó conocimiento de los procedimientos a realizarse el día 6 de febrero del año en curso en las salas 1 y 6 expresó que encontrándose en el comedor fue llamada por teléfono de cirugía convocándola por una emergencia. Rápidamente se dirigió al quirófano siéndole indicado que fuera al quirófano nro. 6, donde sabía era donde se haría la endoscopia, ignorando quien era la paciente ni el estado del estudio.

USO OFICIAL



Expresó Assanelelli Martínez que cuando ingresó a la sala 6 la paciente estaba en paro cardiorrespiratorio y los médicos haciendo la reanimación correspondiente. Se dirigió hacia el lado de la cabecera donde estaba la anesthesióloga, Dra. Puente, para asistirle, siendo que en ese momento estaba ingresando una máscara laríngea a la paciente. Se dirigió pues al carro de paro que estaba dentro del quirófano para chequear la medicación y estar preparada para lo que pudieran solicitar. Dentro del quirófano estaban presentes tres médicos terapeutas a los que no conocía: la cardióloga, la circulante de sala Eliana y tres instrumentadoras que estaban asistiendo en la emergencia. Mientras continuaban con las maniobras de resucitación, el médico terapeuta le dio la instrucción de que cargue ampollas de adrenalina y había una instrumentadora que tomaba el tiempo para ir inyectando dicha medicación. La anesthesióloga terminó de colocar la máscara laríngea que consiste en un dispositivo que va dentro de la boca y sirve para ventilar directamente a la paciente aclarando que no ingresa a la tráquea, sino que queda dentro de la boca. En determinado momento vio al Dr. Botto que logró intubar a la paciente.

Que para las maniobras de resucitación se turnaban los terapeutas y la cardióloga y se continuaba inyectando adrenalina a medida que el médico terapeuta así se lo indicaba. En determinado momento los médicos terapeutas decidieron terminar con las maniobras dado que la paciente no mostraba signos de salir de ese estado de shock. Salió de la sala, permaneció un rato afuera y luego ingresó para cumplir con sus tareas respecto de los materiales. Posteriormente siguió con sus funciones retirándose a la sala 1 donde debían colocar un marcapasos. -

Al ser preguntada la testigo por la parte querellante respecto de si al ingresar a la sala 6 estaba funcionando la torre de anestesia contestó afirmativamente por la luz, por el indicador de algunos parámetros. El monitor funcionaba bien. Con relación al aspecto de la paciente expresó que parecía hinchada y ese fue el estado final cuando terminaron las maniobras de reanimación. En cuanto a la coloración, cuando terminó la reanimación dijo que "era como oscura". Con relación a la función del





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

USO OFICIAL

endoscopista al momento de su ingreso a la sala manifestó que no reparó en él, pero sí vio que estaba allí. Que la máscara laríngea se conectó a la máquina de anestesia, que es respirador que tiene las conexiones de oxígeno y tiene un monitor que es para aspirar a los pacientes. Para describir su funcionamiento manifestó que el oxígeno que sale (por un solo lado) es a través de un rotámetro que indica la cantidad de litros por minuto que se le aporta al paciente. Que durante o antes de la intervención la anesthesióloga fija, de acuerdo al peso del paciente, el nivel de oxígeno. Se setea el rotámetro para ese peso. El método utilizado con la paciente es un sistema abierto o manual (que no está conectado al respirador) de manera que se utilizó la máscara laríngea que está conectada a la bolsa manual de ventilación. Que no sabe si la Dra. Puente logró intubar a la paciente. Que en esta oportunidad no sabe si se intentó la traqueotomía ni escuchó nada al respecto. Que como no sabe si la paciente tenía aire en su cuerpo y dijo ignorar si se intentó drenarlo. Que el fibrolaríngeo es un instrumento para hacer fibroscopías o intubar pacientes y que no había uno en la sala hasta que el Dr. Botto ingresó con él.

Refirió además la testigo que no reparó en el estado de la paciente durante la reanimación siendo que de ello se encarga la anesthesióloga o los médicos. Dijo no recordar si se utilizó un abocath pero que le suministró drogas a la paciente por la vía que ya tenía. Que culminadas las tareas de reanimación no recuerda comentarios de la Dra. Puente ignorando por qué se suscitó la crisis de la paciente. Que al momento de llegar a la sala la paciente estaba de cúbito dorsal y las luces allí estaban prendidas. Que había allí un laringoscopio, pero no lo vio utilizarlo a la Dra. Puente.

A fs. 483 prestó declaración testimonial Erica Grismado, técnica instrumentadora en el Sanatorio de la Trinidad desde hace un año. Refirió que el 6 de febrero de 2018 llegó a su trabajo a las 14 hs. siéndole asignado quirófano en este caso el nro. 4 lo que significaba que debía preparar la guardia. Entre cirugía y cirugía fue a merendar con algunas de sus compañeras al comedor ubicado en el segundo subsuelo tras lo cual subieron al área de quirófano.

Fecha de firma: 19/06/2018

Firmado por: CARLOS MANUEL BRUNIARD, JUEZ (PRS)

Firmado(ante mi) por: OSVALDO GONZALO VAZQUEZ, SECRETARIO DE JUZGADO



#31198158#209438738#20180619115455021

Agregó que, al tomar el servicio, supo que había una VEDA, pero no reparó en el nombre de la paciente. Estando allí vio pasar desde la farmacia donde se encontraba a la paciente Pérez Volpin por el pasillo ya que minutos antes habían pedido camilleros para buscarla de su habitación. Transcurrieron unos minutos, se cruzó con su compañera Eliana que venía a buscar materiales desplazándose rápido. Le dijo que necesitaba un cardiólogo. Aclaró que en la farmacia estaba con su compañera Andrea Villalba. Eliana sacó un tubo endotraqueal y Andrea la valija de intubación dificultosa y juntas las tres fueron al quirófano. Se encontraron con Soledad que arrastraba el carro de paro para el quirófano nro. 6 donde estaba Pérez Volpin.

Refirió que en el quirófano estaba, en la cabecera, la anesthesióloga Dra. Puente y el Dr. Diego Bialolenkier masajeando a la paciente. Detrás suyo arribó la cardióloga, la Dra. Ramos. Agregó que al momento de su arribo al quirófano la paciente estaba con secreciones en la boca, estaba cianótica e hinchada o edematizada. Su función fue la de cargar la adrenalina para que se la suministran a la paciente. Ramos preguntó qué le habían suministrado y Puente le contestó que sólo Propofol y entonces la cardióloga dio la indicación de suministrarle adrenalina. A todo esto, Ramos reemplazó a Bialolenkier con los masajes. Llegaron entonces los terapeutas, un hombre y una mujer y también la técnica en anestesia Mónica. Que las tareas eran dirigidas por Ramos. Que mientras estuvo la paciente no reaccionó a las maniobras de resucitación y no miró el monitor ni los valores. Que la Dra. Puente le puso a la paciente la máscara laríngea ya que no la pudo intubar. Con la terapeuta que estaba frente suyo le pusieron la vía central en la femoral izquierda y siguieron con la reanimación, inyectándole más adrenalina. Después de unos minutos entró el Dr. Botto y la intubó él y para ello empleó un fibrolaríngeo, aclarando que Botto no llegó enseguida, pasó un rato. Tras ello siguieron masajeando a la paciente y la terapeuta que había puesto la vía central dijo "...me parece a mí que no hay mucho más por hacer, pero los que deciden son Uds.", dirigiéndose a Nélica Puente. Puente dijo que ya estaba. Hacía más de 40 minutos que la estaban reanimando. Salieron los terapeutas y se quedaron las





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

instrumentadoras a preparar el cuerpo, el cual luego llevaron al quirófano 7 para que limpieza aseara la sala. Como a las 20.45 hs. le tomaron la guardia, se cambió y se marchó a su domicilio.

Frente a las preguntas formulada por la querella respecto de si recuerda si la paciente estaba con bigotera nasal o máscara facial respondió que no y que la Dra. Puente estaba tratando de intubarla. También refirió no recordar adonde estaba conectada la máscara laríngea. En cuanto a Bialolenkier lo vio masajeando a la paciente y luego se corrió y permaneció parado. Que al momento de su arribo al quirófano la luz estaba encendida, la máquina de anestesia estaba funcionando a partir de las luces encendidas del monitoreo. Estaba la torre de endoscopio, una mesa donde apoyan los materiales, la camilla de operaciones que la corren a un costado ya que sitúan en ese lugar la camilla con la paciente.

Agregó la testigo que con anterioridad participó de otros estudios endoscópicos y que se utilizó el mismo equipo que en esta ocasión. Que en los otros estudios dijo recordar que funcionaba bien y no hubo problemas. Nunca, mientras participó de estudios, este equipo filmó o sacó fotos, tratándose de un endoscopio viejo. Que en el quirófano no hay otro, ignorando si hay equipos más nuevos en otro lugar del sanatorio siendo éste el único en esa área. Que por lo general las endoscopías las hacen en los consultorios de Sinclair donde son por turnos. Que de acuerdo con lo que le dijeron el caso de Pérez Volpin era un caso de urgencia y por eso la subieron a quirófano.

Luce a fs. 581/4 declaración testimonial Claudia Esther Balceda, instrumentadora quirúrgica que trabaja desde hace unos 18 años en el Sanatorio La Trinidad Palermo. Refirió que esa tarde en particular se encontraba en su oficina ubicada en un pasillo central con vista al quirófano nro. 6. En determinado momento vio salir de allí a la instrumentadora Farías preguntando por un cardiólogo por lo que fue en búsqueda de la de planta, la Dra. Agustina Ramos. Cuando ingresan al quirófano ya estaban allí dos o tres instrumentadoras junto al carro de emergencias. Se trataban de Soledad Moronta, Erica Grismado y Eliana Frías siendo que

USO OFICIAL



ésta última estaba del lado de la cabeza de la paciente a quien no reconoció ya que la Dra. Puente estaba trabajando sobre ella.

Refirió que alcanzó a ver el miembro superior izquierdo de la paciente apoyado sobre el apoyabrazos no viendo que éste tuviera vía. El Dr. Bialolenkier estaba ubicado del otro lado de la camilla de la paciente. Ramos se puso a la par de él y comenzó a masajear a la paciente con masajes de resucitación. Intercambió ésta con la anesthesióloga algo respecto del tema de la intubación endotraqueal pero no vio dicha escena. Las instrumentadoras prepararon la carga de adrenalina y al poco tiempo Ramos pidió que llamen a los terapeutas, por lo que se dirigió a la Secretaría y le pidió a la Subjefa Silvia de los Santos que llame urgente a terapia tras lo cual regresó a la sala. En un momento dado una de las chicas, sería Erica Grismado, le pidió que reforzaran la droga de adrenalina para tenerla preparada. Tras un breve tiempo ingresaron dos médicos de terapia, un hombre y una mujer. El médico se quedó del lado donde estaba el carro mientras que la médica se ubicó al lado de Ramos. Manifestó creer que el médico sustituyó a Agustina Ramos con los masajes en tanto la médica con la anesthesióloga, hablando algo respecto de la vía aérea dado que le preguntó si intentó con la máscara laríngea y allí fue cuando tomaron una que estaba apoyada en un set de intubación dificultosa e intentaron colocarla, no alcanzando a ver quién lo hizo. Luego de ello la médica terapeuta pidió para colocar una vía central, que le coloca del lado izquierdo de la paciente, siendo Moronta quien la auxilia en dicha tarea ubicándola en el femoral. Mientras se continuaba con el ciclo de masajes, administrando adrenalina al tiempo que Soledad cronometraba el tiempo de colocación de las inyecciones.

Agregó que, en algún momento, no pudo precisar tiempo y por sugerencia de quién, ingresó el Dr. Botto con una instrumentadora de su equipo yendo el mismo hacia la cabecera de la paciente. Aguardó que el médico que hacía el masaje cesara para poder emplear el fibrolaringoscopio logrando colocarle el tubo endotraqueal si bien esto no lo vio desde su posición. En algún momento uno de los terapeutas comentó que la paciente recuperó la saturación y también





alguno hizo encender el desfibrilador, pero finalmente nunca fue usado. Que continuaron con las maniobras sin que hubiera diferencias por lo que en determinado momento se decidió cesar con las mismas. Se retiró el carro de emergencias. Por su parte salió de la sala y se fue a la parte de la Secretaría. Le habían dado aviso de la situación al Dr. García Elezegui, subdirector del Sanatorio reuniéndose con los médicos que habían estado en la sala 6. F. Frías se quedó a ordenar y reacondicionar a la paciente observando en ese momento que estaba muy hinchada y coloración cianótica. Refirió que para las endoscopias en general se utiliza el quirófano nro. 6 y hay una sola torre para estas.

Con relación al equipo de endoscopia refirió que una vez utilizado es limpiado, descontaminado y se guarda en las valijas, no siendo las instrumentadoras sino el endoscopista el encargado de esto. Dijo no recordar si este equipo fue utilizado nuevamente luego de este procedimiento y que ningún profesional haya hecho mención a algún defecto sobre su funcionamiento. Al día del hecho funcionaba con normalidad. Que se guarda el registro de la intervención o estudio durante 24 hs. y luego se resetea automáticamente y si se necesitan guardar datos se imprime desde la central de monitoreo el o los datos que se precisen. No se efectúa back up. La central de monitoreo es un CPU con una pantalla que está en la Secretaría de quirófano donde se advierten el registro de los monitores de los 8 quirófanos. Posee una pantalla grande con imagen subdivida que muestran el registro de cada quirófano y cada paciente. Tanto el monitor como ese CPU guarda la información por 24 hs. Al serle exhibidas las fotografías reconoció en las mismas el procesador de endoscopio mencionando, que son todos iguales, independientemente de la marca.

Con relación a los profesionales manifestó que cuando ella ingresó al quirófano el procedimiento endoscópico había finalizado ya que la torre estaba corrida hacia un rincón del quirófano. El Dr. Bialolenkier estaba al lado de la paciente, pero dijo no recordar qué estaba haciendo. Con relación a la Dra. Puente dijo que no le constaba si en alguna oportunidad había tenido algún problema. Que se enteró a través de Silvia, la sub-jefa, quien le comentó que Puente

USO OFICIAL



haciendo un procedimiento endoscópico tuvo una dificultad con el manejo de la paciente y llamaron a uno de los médicos de terapia para que la auxiliara o le sugiriera cómo realizar ese manejo. Que es infrecuente que los profesionales de terapia se introduzcan en los procedimientos de quirófano.

Prestó declaración testimonial Agustina Ramos a fs. 653/5, ocasión en que manifestó cumplir sus funciones de médica cardióloga en la unidad de cirugías ambulatorias los días martes en el Sanatorio de la Trinidad Palermo. El día del hecho, 6 de febrero de 2018, siendo las 17.30 hs., luego de haber terminado sus tareas, pidieron por ella por teléfono por una situación de emergencia. Ante ello se dirigió al sector de quirófanos, más concretamente el nro. 6 y al ingresar al mismo estaba el Dr. Bialolenkier y la Dra. Puente y una paciente de sexo femenino de cubito dorsal desnuda, con la cara cianótica y presentaba una gran hinchazón en rostro y cuello. Que Puente estaba en la cabecera. Preguntó qué había pasado siéndole contestado "*...no sé, hizo un edema terrible*". Que estaba intentando controlar la vía aérea de la paciente, procurando intubarla. Por el lado del endoscopista estaba simplemente parado guardando la sonda del endoscopio. Le preguntó por lo sucedido y le dijo "*...la anestesista le había dicho que parara el estudio porque la paciente había comenzado a desaturar con lo cual había retirado la sonda del endoscopio...*". Le refirió que no hubo complicaciones.

Que había otros circulantes de quirófano, había mucha gente. Que chequeó a la paciente y dado que no había pulso, diagnosticó que la paciente estaba en paro cardio respiratorio ante lo cual inició las compresiones torácicas pertinentes y pidió que la conecten al monitor del carro de paro para ver qué ritmo tenía. Le indica a Puente que controle la vía aérea mientras realizaba las maniobras de compresión. Tras dos o tres ciclos de RCP le pide al endoscopista que continúe él y pasa a controlar el carro de paro. Pide entonces refuerzos a los médicos de terapia intensiva quienes acuden rápidamente y junto a ellos controla el paro cardiorrespiratorio. Cuando conecta a la paciente al monitor del carro de paro nota que el ritmo era la asistolia continuando con las maniobras de RCP con compresiones torácicas y suministro de adrenalina. A las 18.15 hs. ante la





falta de éxito consensuaron entre los médicos dar por finalizadas las tareas de reanimación. Durante todos estos minutos, entre las 17.30 y las 18.15 hs. el ritmo cardiaco de la paciente fue de asistolia. Con relación a la vía aérea a la Dra. Puente le fue muy dificultoso controlarla. Sobre el final de la reanimación acudió un médico con un dispositivo que logro intubarla.

Refirió que con el correr de las maniobras la coloración azulada empeoró y comenzó con distensión abdominal. Que a la palpación de cuello y rostro la paciente presentaba crepitaciones lo que les hacía sugerir que había aire debajo de la piel. Asimismo, que cuando ingreso al quirófano estaba encendido el monitor de la torre de anestesia con un saturómetro de pulso y no había actividad, había una línea lo cual reforzaba más que estaba en paro. Describió las diferencias entre el monitor del carro de paro y éste.

Con relación a la labor de Puente refirió que ésta intentaba intubar a la paciente con un laringoscopio, intentando buscar la vía aérea, luego canalizar la tráquea y de ese modo controlar externamente la parte respiratoria de la paciente. También se encontraba con una máscara Ambu. Por protocolo lo que se hace es insuflar con aire en la paciente hasta lograr cierta saturación que le permita el tiempo para poner el laringoscopio, visualizar la tráquea e intubarla orotraqueal. Eso es lo que procuraba hacer la anesthesióloga. Los intentos fueron fallidos suponiendo por la magnitud de la hinchazón en el rostro y la lengua de la paciente por lo cual intentar encontrar la tráquea de la paciente no es fácil.

Que ese procedimiento de intentar intubarla duró desde que llegó hasta que cesaron las maniobras. Solamente al final, primero con la máscara laríngea y luego con el fibroscopio se pudo intubarla, pero eso ya fue al final. No se hizo otro procedimiento de intento de drenaje de aire. Creyó ver al ingresar que la paciente presentaba en el área del segundo espacio intercostal izquierdo para esternal un elemento punzante pero no lo pudo definir con exactitud. Al ser preguntada respecto de si hubiera sido necesario punzar para drenar el aire refirió que sí, para el caso de que se sospechase de un neumotórax hipertensivo, que en ese momento no aparentaba ser la causa.

USO OFICIAL



Agregó que más tarde escribió en la historia clínica de la paciente y para ello ingresó con su usuario y contraseña.

Prestó a fs. 672/5 declaración testimonial Cinthia Daniela Gazzano, quien manifestó ser médica del servicio de terapia intensiva. Explicó que ese día, siendo alrededor de las 18 hs., la supervisora de enfermería Ana Bantar la fue a buscar dado que la necesitaban en quirófano porque había una paciente con un paro cardíaco. Que también fue el cardiólogo.

Le indicaron adonde dirigirse y cuando ingresó al quirófano en cuestión lo primero que vio fueron las piernas del paciente con una coloración azul violáceo, señalando que el cuerpo de ese ser humano estaba tan deformado que incluso después de haber estado, no sabe cuánto tiempo, no se sabía de qué sexo era. Que la coloración era anormal y la deformación era anormal. El médico endoscopista se encontraba parado con el endoscopio en la mano de espaldas a la pared y al preguntarle por lo ocurrido le manifestó *"no sé, fueron 5 minutos, entré y salí..."*. Se colocó al costado derecho de la paciente mientras la anesthesióloga intentaba intubarla preguntándole si no se podía o no la veía -en referencia a la vía aérea- respondiéndole ésta *"es imposible, no se ve nada"*.

Refirió que al ver el monitor lo único que recuerda es una línea de base que sería la saturación de oxígeno. Para entonces su compañero estaba masajeadando y le pregunta a la doctora si le parecía probar con otro manejo de la vía aérea ofreciéndole de colocarle una máscara laríngea. Alguien entonces le entrega tres, toma una de ellas y se la pasa a la doctora quien se la coloca, inflan un balón, la doctora comenzó a *"ambucear"* y en ese momento al ver al monitor vio la línea de base que indicaba como primer número un 53% que es la saturación de oxígeno que tenía la paciente. Le preguntó entonces a la doctora si tenía un laringoscopio óptico que es el que tiene una cámara en la parte superior y se usa para vía aérea dificultosa, pero cree que ésta no le contestó. También le preguntó si tenía una *"froba"* o si había llamado a un cirujano para una traqueotomía de urgencia y no le respondió o no lo recuerda. Al girarse en el monitor ve que la línea de saturación ya marcaba 100% y entonces ya preguntó por las posibles causas del paro. Refirió que la





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

paciente tenía sangre saliendo de las dos narinas por lo que lo primero que pensó es en un sangrado producto de la endoscopia razón por la que preguntó siéndole contestado que no, que había sido un procedimiento muy corto, sencillo o rápido por lo menos. -

Agregó la testigo que cuando llegó lo primero que preguntó fue hacía cuanto que estaba en paro la paciente respondiéndole que hacía unos 15 minutos más o menos. Al poco tiempo se hizo presente otro doctor quien finalmente logro intubarla cree con un instrumento suyo. Mientras tanto seguían con los masajes a la paciente, pero ésta no salía del paro. Sistematizó el carro del paro mientras la anestesióloga intentaba colocarle una sonda nasogástrica, pero cree no lograron hacerlo. Solicitó un catéter de vía central para el manejo de drogas e intentaron hacer una colocación de una femoral derecha y al no ser posible lo hace su compañero de su izquierda y usó ese acceso para las drogas principalmente. Luego una chica que hacía los masajes en un momento dado dice "bueno, paremos acá" y se suspendió la reanimación en ese momento. En el interín, unos minutos antes habían llegado las Dras. Marina Casella y Cecilia Di Filippo. Ahí fue que Marina le refirió que se trataba de Débora Pérez Volpin, siendo recién entonces que se entera quien se trataba la paciente. Luego de esto tuvieron una charla con el Dr. García Elisequi y no podían establecer qué había pasado.

Con relación a la paciente refirió que cuando en su momento vio a ésta sangrando de las narinas notó que su rostro estaba completamente deformado, hinchado y luego al tocarlo determinó que no era edema sino aire, más precisamente se trataba de un cuadro de enfisema subcutáneo. Todo el cuerpo estaba así. Que cuando arribó al quirófano, por lo que le dijeron, ya llevaba 15 minutos en paro y luego las maniobras de reanimación continuaron por unos 35 o 40 minutos. Al ser preguntada si hay posibilidad de sobrevida en una paciente durante esos lapsos contesto que sí, dependiendo las maniobras de reanimación y dependiendo la patología de base.

Interrogada respecto del monitor manifestó creer que era el único que vio. Que había equipo desfibrilador, no recordando si estaba conectado o se conectó después.

USO OFICIAL

Fecha de firma: 19/06/2018

Firmado por: CARLOS MANUEL BRUNIARD, JUEZ (PRS)

Firmado(ante mi) por: OSVALDO GONZALO VAZQUEZ, SECRETARIO DE JUZGADO



#31198158#209438738#20180619115455021

Manifestó que la paciente, desde que llegó, nunca tuvo un ritmo desfibrilable, siempre fue de paro. Posteriormente describió las características de una máscara laríngea, la acción de intubar y la froba, aclarando que ésta no se utilizó por lo que cree en el caso.

Prestó declaración testimonial Diego Cabrera Argaña a fs. 601/2 manifestando que se encontraba aquella tarde en la sala de médicos de cuidados intensivos cuando se presentó la jefa de enfermería solicitando un terapeuta urgente en quirófano porque había un paro cardio respiratorio. Allí se dirigió llegando en primera instancia su compañera Cynthia Gazzano. En el quirófano estaba la anestesista a la cabeza de la paciente, Diego Bialolenkier del otro lado. Estaban en una situación de paro cardio respiratorio que estaba tratando de ser reanimado. La paciente no tenía pulso, estaba con el abdomen muy distendido, cianótica. La anestesista estaba tratando de intubarla. El ritmo de paro era de asistolia y nunca fue desfibrilable. Que se abocó a comprimir varias veces y le colocaron una vía femoral. Su compañera fue a la vía aérea para colocar una máscara laríngea. Que cuando llegó vio una paciente muerta, dado que no tenía pulso y no respiraba. Que cuando ingresó, por el enfisema, no la reconoció como a Pérez Volpin. Se reanimó el tiempo prudencial, por media hora o 40 minutos y se dio por obitada. Agregó que antes de ello ingresó otro anestesista al que no conocía con un tubo de menor calibre que logró intubar a la paciente.

Agregó que dentro del quirófano la alarma que indica desaturación del paciente es el monitor y depende como esté seteado el aparato comienza a sonar. Si se setea a 91 suena a 90. Que los valores de ritmo en que se usa desfibrilador son taquicardia ventricular, sin pulso y fibrilación ventricular. Al serle exhibido el informe de tira seleccionado página 38 de 60 no pudo identificar alguno de los que mencionó y no puede decir si es asistolia ello ya que es difícil definirlo en una sola tira. Manifestó por otra parte que enfisema subcutáneo es aire en el tejido celular subcutáneo comprobándolo porque cuando se lo toca, crepita.

Al ser preguntado respecto de las maniobras de intubación refirió que consisten en introducir un





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

laringoscopia en la boca, en la oro y laringofaringe y tratar de ubicar la glotis que es el inicio de la laringe y una vez detectado pasar el tubo endotraqueal por ese orificio. Dijo no saber si se usó mandril. También que en las maniobras de reanimación es importante ventilar y que, de haberse detectado el neumotórax hubiese sido necesario punzar.

A fs. 608/9 prestó declaración testimonial Hugo Alberto Botto, quien refirió desempeñarse como médico consultor en endoscopia respiratoria pediátrica en el Sanatorio de la Trinidad. El día en cuestión, 6 de febrero del año en curso, se encontraba preparando un estudio endoscópico en el quirófano nro. 2 cuando ingresó una instrumentadora solicitándole en forma urgente que fuera a traqueotomizar a la paciente Pérez Volpin. Tomó entonces un laringoscopio de adultos llamado Holinger, la fibra óptica, la fuente de luz propia y se fue corriendo con el aspirador, que es rígido. Ingresó al quirófano nro. 6, conectó todo, la fuente de luz, la aspiración en el canal de aspiración que es una manguera que viene de la torre que permite aspirar y observar lo que está haciendo. Chequeado ello, extrajo la máscara laríngea que estaba colocada en la paciente, solicitó a quien hacía el masaje cardíaco que se detuviera para lograr la quietud que necesitaba para colocar el laringoscopio, aspiró el contenido sanguinolento abundante, inmediatamente localizó las cuerdas vocales, colocó el tubo endotraqueal 6.5, insufla el balón y pregunta si entra aire en ambos hemitórax. Aclaró que no tenía acceso a los monitores dado que está en la cabeza de la paciente sin poder observar los registros de la misma, oximetría ni ningún otro. Interroga si entraba el aire en ambos pulmones y había capnografía siéndole contestado por alguien afirmativamente. Allí dio por concluida su tarea. Juntó todo su instrumental y se retiró de la sala. En ese momento alguien dijo "minuto 28", considerando que habrá demorado entre uno y un minuto y medio en intubarla.

Agregó el testigo Botto que la paciente estaba completamente desfigurada, no podía reconocerla y que sabe que cuando se deforma es porque hubo fuga de aire el que se mete generalmente en los intersticios del cuello y si hay sangre se hace dificultosa la intubación. Más las

USO OFICIAL

Fecha de firma: 19/06/2018

Firmado por: CARLOS MANUEL BRUNIARD, JUEZ (PRS)

Firmado(ante mi) por: OSVALDO GONZALO VAZQUEZ, SECRETARIO DE JUZGADO



#31198158#209438738#20180619115455021

deformidades de la arquitectura laríngea o bucales, máxilo faciales, pueden confundir o dificultar la intubación. Cuando hay aire éste busca los intersticios para salir y generalmente hace enfisema, va hacia el cuello o hacia cualquier otro lado. Posteriormente describió las características del aspirador rígido y del laringoscopio utilizados, aclarando que al esófago no se puede entrar con este último instrumento ya que la rama no es tan larga como para ello. En cuanto al tubo endotraqueal éste sí podría ingresar al esófago y si fuera así lo haría hasta el tercio superior del mismo. Si se advierte que la intubación es esofágica se retira y se pone en vía aérea. Agregó, ante las preguntas de la querrela, que ello no ocurrió durante su intervención y desconoce si pasó en el caso. Frente a las preguntas de la defensa refirió ignorar hacia que pared se dirigiría en caso de una intubación esofágica.

Refirió ante las preguntas de la defensa de la imputada Puente que era necesario ventilar y si por alguna razón no puede ser intubada y no tiene otro elemento se coloca una máscara laríngea que es un dispositivo supra-glótico no ingresa en la vía aérea, bloquea el esófago y tiene un balón que insufla el aire que ingresa a la vía aérea, existiendo distintos tamaños que se adecúan a cada paciente. También refirió que una traqueotomía, por muy rápida que sea, se demora unos 10 a 15 minutos. Que en el caso no se le ocurriría practicarla, más por las condiciones de la paciente. Asimismo, al ser interrogado respecto de si, para el caso de que la vía aérea esté cerrada y se coloca una máscara laríngea si existe otro procedimiento más idóneo a realizar y qué sucede en ese caso, refirió el profesional que el único es intubarla con laringoscopio y tratar de poner un tubo más chico, pero siempre intubarla.

A fs. 585/9 prestó declaración testimonial Sebastián Alfredo Cecchi Gallo, médico especializado en gastroenterología y nutrición quien refirió que el día en cuestión estuvo trabajando en estudios programados de endoscopía en lo que se denomina TMC Trinidad Medical Center. Al finalizar sus tareas, alrededor de las 18.30 hs. se dirigió a buscar su moto cruzándose con un directivo de la institución, Carlos Deluca, quien le comentó que había





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

fallecido la paciente Pérez Volpin y que no se sabía qué había pasado. Que sabía que los días martes en la guardia estaba el Dr. Bialolenkier por lo que por una cuestión de solidaridad decidió subir y se dirigió al quirófano del 2do piso siendo que Bialolenkier se encontraba en el nro. 8 junto a López Laplace, notándolo muy angustiado y shockeado. Que le dijo Bialolenkier que había hecho lo correcto dándole algunas palabras de aliento siendo que le preguntó si había hecho alguna maniobra distinta a lo convencional contestándole éste negativamente, que todo había estado normal. Luego llamó el Director, Dr. Martingano quien convocó a Bialolenkier y a López Laplace quien es el coordinador de guardia.

Como debía limpiarse el endoscopio ofreció de ayudarlo lavándolo con detergente enzimático como se estila y luego lo volvió a dejar en la torre de endoscopía. El Director le dijo a Bialolenkier que buscara un abogado y que había que hacer una nota para presentar a la prensa y hablar con los familiares. También dijo que Puente debía completar la historia clínica cosa que se lo hizo saber a la nombrada a quien encontró en una habitación de terapia intensiva. Que se marchó del sanatorio a las 22 hs. aproximadamente.

Manifestó que, al día siguiente, cuando terminó de trabajar a eso de las 13 o 13.30 hs. subió al quirófano a probar el endoscopio ya que el Dr. De Luca le había dicho que no se habían quedado tranquilos con el aparato. Fue así que probó el endoscopio que estaba en la torre la que a su vez estaba en el pasillo del área de quirófano. Para probarlo fue al quirófano 8, lo enchufó, lo probó que tirara aire y que funcionara bien y lo volvió a guardar. No notó nada extraño en el equipo, estaba normal. No probó si registraba o grababa, pero hasta donde sabe siempre que se hicieron estudios de urgencia (guardia) no se graban ni sacan fotos de los estudios. Hace unos 3 años por lo menos que no saca fotos y que los registros los hace digitalmente el médico tratante al final del estudio. A preguntas por parte del querellante mencionó cómo realiza el chequeo del aparato previo a realizar un estudio en el sector de programados. Al tomar vista del equipo aportado por la Clínica y al ver el procesador refirió que entiende que se trata del equipo que probó. Por otra parte, refirió desconocer si existe la

USO OFICIAL

Fecha de firma: 19/06/2018

Firmado por: CARLOS MANUEL BRUNIARD, JUEZ (PRS)

Firmado(ante mi) por: OSVALDO GONZALO VAZQUEZ, SECRETARIO DE JUZGADO



#31198158#209438738#20180619115455021

posibilidad que físicamente se realice una conexión para insuflar aire en un procedimiento endoscópico por fuera del procesador.

Detalló el testigo el procedimiento de un estudio endoscópico, desde su inicio hasta su finalización. Manifestó que desde que ingresa con el endoscopio ve la intervención, por más que no se distienda. El aire se insufla cuando no se distiende el esófago o el estómago, cuando el órgano no está bien distendido se ingresa el aire, siendo ello criterio del endoscopista. En los casos de endoscopia alta casi no hay resistencia porque es un camino recto. Por lo general el estudio no demora más de 10 minutos. -

Al ser preguntado respecto de cómo se accede estando en el quirófano a los datos que registra la computadora explicó que hay una en el pasillo que se ingresa con usuario y contraseña y en el registro de la paciente y se redacta el parte quirúrgico a partir de preguntas y luego la descripción del estudio se vuelca directamente. Agregó que entre las 19 y 19.30 hs. Bialolenkier junto con López Laplace evolucionaban el parte quirúrgico, siendo que Francisco lo ayudaba con el teclado. También agregó que en el caso de que accidentalmente se produzca una perforación hay que llamar al cirujano para que la cierre y mantener al paciente clínicamente estable hasta que llegue el profesional. En caso de que sea grave, llamar a los terapeutas.

Posteriormente dio cuenta del proceder respecto del mantenimiento de los equipos de endoscopias y de las características de las piezas que lo componen. Con relación al desempeño mecánico del regulador que se tiene en la mano refirió que el mismo sólo permite que se active el ingreso de aire o no y la presión la da el procesador. Para retirar el endoscopio, desde que indican que el paciente desatura, serán unos 5 a 10 segundos. Finalmente refirió que desde su experiencia que se produzca con el uso del endoscopio una lesión en la cara anterior del esófago es difícil. En condiciones normales del endoscopio de entrar derecho prácticamente es imposible que ocurra en cara anterior a esa altura. Retirado en endoscopio, desconoce si en el proceso de reanimación algún otro elemento puede producir esa lesión.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

Prestó declaración testimonial a fs. 232/3 Yamila Nahir Vázquez, instrumentadora quirúrgica del Sanatorio de la Trinidad quien manifestó que al día siguiente de la intervención que es materia de investigación ingresó a tomar guardia, como lo hace habitualmente entre las 21.00 y las 7.00 hs. Señaló que entre las 22.00 y las 22.30 hs. estando en la zona de quirófanos atendió un llamado telefónico del Dr. Matingano quien le impartió ciertas instrucciones las que debía anotar en el "report de cirugía". Le indicó que fuera a la torre de endoscopia donde están los dos únicos endoscopios, aclarando que se trata de una única torre que hay en quirófano tratándose de un monitor donde hay distintos aparatos y dos valijas con los endoscopios explicando que son los únicos dos que hay en el sanatorio, uno para vía alta y el otro para vía baja o colonoscopia.

Siguiendo las instrucciones impartidas guardó las dos valijas y las precintó para posteriormente guardarlas en un armario con llave la que después tuvo consigo. Posteriormente anotó en el "report de quirófano" la acción realizada y cuando hizo el pase de guardia entregó la llave a la instrumentadora que la seguía a las 7.00 hs.

A fs. 647 declaró testimonialmente Andrea Verónica Sánchez, instrumentadora quirúrgica, quien refirió que el día en cuestión se encontraba en una intervención en el quirófano nro. 1. En determinado momento, como a los 20 minutos de iniciada la misma, salió de su quirófano en busca del chaleco plomado y cuando lo hizo vio al endoscopista que estaba reanimando a una paciente en el quirófano nro. 6. Vio mucho movimiento y se preocupó. Que regresó a su quirófano y continuó con su cirugía y cuando ésta finalizó, estando en la farmacia se comentó lo ocurrido. Le comentaron que la paciente había entrado en paro y había fallecido. Agregó también que escuchó el comentario de que "había que poner el endoscopio bajo llave" sin recordar quien lo dijo.

A fs. 606/7 prestó declaración testimonial Juan Martin Chaves, técnico en electro medicina desempeñándose como tal en el Departamento de Bioingeniería de la empresa Biotrust Services Technology. Menciona que su función es el mantenimiento de equipos para la empresa en la que trabaja en el Sanatorio de la Trinidad de forma exclusiva. Asiste todos

USO OFICIAL



los días hábiles al mismo en el horario de 9 a 15 hs. atendiendo los equipos de quirófano, terapia, guardia y departamento de enfermería. Le fue exhibido el informe agregado a fs. 28 que reconoció como suyo. Agregó que el monitor multiparamétrico se ubica en la sala del quirófano y pertenece al quirófano nro. 6. Cada sala tiene uno similar, siendo este el que registra los parámetros del paciente, refiriéndose al electrocardiograma, saturación de oxígeno en sangre, presión no invasiva y temperatura, siendo dicho equipo el que se usó durante el estudio de Pérez Volpin.

Agregó que el día de los acontecimientos fue llamado alrededor de las 20 hs. desde el servicio de quirófano para poder imprimir los parámetros de la paciente. Si bien normalmente debería poder imprimir es normal que ocurra que requieran de su servicio técnico para poder hacerlo. A las 21 hs. arribó, hizo la impresión y se retiró. Que el día en que hizo el informe detalló que tenía un retraso de 23 minutos con respecto a la hora actual no pudiendo recordar cuando hizo la última impresión de manera que ignora desde cuando el equipo tenía tal retraso. Posterior a su informe no corrigió él éste retraso que apuntó, pero por parte de la empresa cualquiera puede hacer el mantenimiento del equipo.

Manifestó que cada seis meses hace las pruebas funcionales y de seguridad en los equipos multiparamétricos y de reportarse una falla se concurre a verlo. Los 23 minutos de retraso se observan de la revisión de la pantalla y en la impresión. El monitor multiparamétrico está vinculado a una central de monitoreo ubicada en la Secretaría de quirófano y de la cual se imprime.

Al serle exhibidas las impresiones, cuando en la primera hoja se inició el registro a las 17.18 hs. ese es el primer horario que el multiparamétrico registra. Considerando entonces los 23 minutos de retraso a ese horario 17.18 hay que sumarle esos 23 dando así el inicio del registro, aclarando sobre el final de su declaración que no hay que sumarle sino restarle esos 23 minutos. Las indicaciones gráficas indicadas en la planilla como asterisco corresponden a los parámetros del paciente, que no hay registro y aclaró que puede no estar conectado a la paciente el monitor





multiparamétrico. La central de monitoreo no guarda los registros del multiparamétrico, sino que los conserva por 24 hs. el monitor multiparamétrico. Que no es habitual la impresión. Explicó que monitor se enciende desde ese mismo equipo, no desde la central donde sólo se visualiza. Cuando revisó el equipo no apreció fallas de conectividad. Agregó que tiene sistema de alarma que funciona cuando sale de los límites que están prefijados, pero pueden ser modificados por el operador. El sistema funcionaba correctamente.

A fs. 591 prestó declaración testimonial Sergio Fernando Etchepare quien realiza endoscopias en el Sanatorio de la Trinidad los días lunes y martes, aclarando que los martes de 12.30 a 18 lo hace en consultorios externos. El día del hecho estando en su trabajo no se enteró de lo que había ocurrido sino recién en su casa por la noche por la radio. Que sobre el hecho no pudo aportar nada ya que no conversó con el Dr. Bialolenkier y desde hace más de diez años que no se desempeña en el área de quirófanos que es donde se hacen las urgencias o pacientes internados.

A fs. 619 fue escuchada Diana Milena Lozano Davila quien refirió ser instrumentadora quirúrgica, quien manifestó trabajar para el staff del Dr. Mengo y que el día en cuestión siendo las 16.30 hs. asistió a éste durante una intervención que finalizó a los 30 minutos aproximadamente. Cuando salió del quirófano supo que una persona había fallecido en el MIC que es la zona donde pasan los pacientes ambulatorios. Luego supo que a esa persona le habían practicado una endoscopia, pero en ningún momento en contacto con esa persona.

Declaró testimonialmente a fs. 620 Francisco Mertel, quien se desempeña como médico anesthesiólogo perteneciendo al grupo del Dr. Mengo quien realiza cirugía vascular en el Sanatorio de la Trinidad de Palermo. El día 6 de febrero del año en curso concurrió al sanatorio y trabajó en el quirófano nro. 1. Que se enteró que había ocurrido un óbito en una endoscopia y cuando finalizó la intervención supo quién era la paciente fallecida. Sólo se enteró de la noticia, no tuvo conversación del tema con nadie.

Prestó declaración testimonial a fs. 636 Gustavo Eduardo Mengo manifestando que llevo a cabo una intervención programada en el quirófano nro. 1 el día en cuestión y que

USO OFICIAL



cuando terminó la misma se enteró por las instrumentadoras le comentaron que había "fallecido el paciente de la endoscopia". Recién se enteró quien era la persona fallecida cuando llegó a su casa. Cuando concurrió al sanatorio tras el suceso no comentó ni recibió comentarios respecto de lo acontecido.

A fs. 538 Humberto Claudio Anachuri, técnico en esterilización, prestó declaración testimonial, refiriendo conocer los equipos de endoscopia y no reciben de estos equipos algún elemento de los mismos o el equipo para esterilizarlos. Los equipos van al área de quirófanos y los individualizan. Todos los equipos reciben el mismo tratamiento, doble envoltura, un testigo indicador químico, una tirita de papel que refleja que ha sido esterilizado y está en condiciones de ser utilizado. Tal es su función, y no la de esterilizar los materiales que se utilizan para estudios de endoscopias. Por su parte solo vio equipos empleados para estudio de endoscopias por gráficos o por videos, no por haberlos visto en persona.

Prestó declaración testimonial a fs. 594 Marina Inés Cassella, médica clínica quien refirió haber examinado a la paciente Pérez Volpin y revisado los estudios que motivaron su internación junto con la Dra. Cecilia Di Filippo. Como no lograron arribar a un diagnóstico consideraron que tenía que seguir con los estudios y para ello se comunicaron con el hepatólogo, Dr. Asis, en forma telefónica quien compartió la indicación de hacerle una endoscopia digestiva alta y pedirle serologías para determinar patología hepática por lo que dijo recordar. Aclaró que nada de lo que le sucedía a Pérez Volpin era de urgencia, pero sí eran estudios que se debía realizar para poder darle un diagnóstico. Que fue informada la paciente de los estudios que se le efectuarían. Se enteró del resultado de la tomografía al ser informada telefónicamente. Ni bien se enteró que la paciente estaba en paro, junto con Di Filippo, fueron al quirófano. Tras ver la situación Cecilia informó a la familia lo que estaba sucediendo. Agregó que dentro de la sala estaba el Dr. Bialolenkier, la Dra. Puente, la Dra. Gazzano -médica de terapia-, el Dr. Diego Cabrera -cardiólogo- y mucha más gente que no conocía.





Manifestó que vio a la paciente ya que participó de un ciclo de reanimación notando que estaba toda edematizada, color violeta y tenía mucha distensión abdominal. Uno podía saber que tenía enfisema subcutáneo, pero no podía precisar los motivos de éste. Luego arribó un médico cuyo nombre no conoce y fue el que la intubó a la paciente. Hasta entonces tenía una máscara laríngea colocada y tenía una vía central. Así permaneció hasta que se declaró la hora de la muerte y se retiró.

Afirmó que existió una reunión entre el Director del Sanatorio, Dr. Martingano y el Dr. Cavallo, los médicos que intervinieron en la reanimación y se expuso en forma secuencial lo que había ocurrido. Agregó que entre todos los que habían asistido a la paciente había mucha sorpresa, era una situación incomprensible ese desenlace luego de un estudio de baja tasa de complicación.

Continuó Cassella manifestando respecto del tratamiento brindado a Pérez Volpin durante la internación haciendo mención a los valores hepáticos del laboratorio. También refirió que la paciente tenía alteraciones de bilirrubina, estaba icterica. Refirió también, al ser interrogada al respecto, que el síndrome coledociano se caracteriza por el aumento de valores de bilirrubina, fosfatasa alcalina y transaminasas a determinar la causa existiendo la posibilidad de que se relacione con la existencia de piedras en la vía biliar.

A fs. 597/600 prestó declaración testimonial Francisco Benjamín López Laplace quien efectúa consultas clínicas sobre gastroenterología en el Sanatorio de la Trinidad. Refirió que vio a la paciente a las 13 hs. pero volcó su intervención en la historia a partir de las 14.34 hs. Detalló su consulta con la paciente, los síntomas que presentaba considerando que se encontraba apta para realizar el estudio de endoscopia y anestesia explicándole el pensamiento médico que quería descartar con el mismo. Habló con los terapeutas y con el endoscopista Bialolenkier retirándose del sanatorio a las 13.30 hs. aproximadamente y a las 18.45 hs. lo llamó éste diciéndole que la paciente tuvo una complicación y que falleció. Ante ello se dirigió al sanatorio arribando a las 19.30 hs. aproximadamente

USO OFICIAL



conversando con el endoscopista quien le refirió "...hice todo correctamente, entré y salí...". Que estuvo a su lado cuando completó la historia clínica, tecleando el registro con lo que Bialolenkier le iba diciendo, con el usuario de él ya que por estar compungido y angustiado no podía hacerlo. Le dijo que escribiera "*entré con distensibilidad dificultosa hasta segunda porción duodenal*" tratándose de un retardo del tiempo en la distensión, no que no se distendió según lo que le explicó Bialolenkier. Aclaró posteriormente que ello no es una complicación en una endoscopia. Que complicación sería una hemorragia, una perforación, una laceración en la mucosa, etc. y en patologías predisponentes del tubo digestivo puede aumentar el riesgo de provocarlas. Que el manejo del endoscopio siempre es del operador y aún en manejos adecuados con patología predisponente puede producirse una complicación. Sin ella, el riesgo es muy bajo.

Frente a las preguntas sugeridas por el letrado de la defensa manifestó que el endoscopio, cuando se inicia el estudio, se introduce hacia la cara posterior del esófago porque anatómicamente uno sigue la lengua con el aparato hasta el punto ciego que es donde progresa y cae trasladándose por cara posterior atravesando el esfínter esofágico superior hacia esófago superior. Que desconoce la posibilidad que hay de causar una lesión en la cara anterior del esófago. Que, de suspenderse el procedimiento, retirar el instrumento demoraría entre 10 a 15 segundos.

Refirió que la desaturación - disminución del oxígeno en sangre- puede ocurrir por causas pulmonares, causas vasculares, tóxicas, medicamentosas, cardiológicas, neurológicas siendo ejemplo de éstas últimas las convulsiones. La endoscopía puede indirectamente a través de dolor provocar un reflejo vaso vago. Ante las preguntas de la querrela respondió que no tenía conocimiento que la paciente tuviera una úlcera en el esófago pero que ha realizado endoscopias en pacientes con úlcera y también en quienes tienen patologías predisponentes no ocurriéndole que provocase alguna lesión. En una VEDA o una VCC el aire puede ser insuflado y salir por boca o por ano, independientemente de la región explorada.



Aclaró que si una perforación está ubicada a 4 cm. de la epiglotis el aire puede, en primera medida, ir al mediastino, planos musculares del propio esófago, planos grasos y piel. De alojarse el aire en esas cavidades los efectos pueden ser mediastinitis, edema de piel y tejido celular subcutáneo. Ese aire puede generar un barotrauma que este término es un genérico, en cuenta a la consecuencia física, de una cavidad que ya tiene el espacio ubicado con otros órganos. Ese estado puede generar una insuficiencia cardíaca o respiratoria que puede desembocar en el óbito del paciente. -

Con respecto al endoscopio afirmó que la presión de aire no se regula, se insufla aire o se deja de insuflar. El volumen está en función del tiempo.

Pericias médicas:

Con la participación de los peritos de parte propuestos por la defensa de Puente, de Bialolenkier, de Galeno S.A. y de la querrela se llevó a cabo la autopsia de la fallecida. Que conforme sus conclusiones la causa de la muerte de la nombrada determinada macroscópicamente fue congestión y edema pulmonar, neumomediastino, neumoperitoneo (ver fs. 53/68).

Asimismo, se informó que, si bien la congestión y el edema pulmonar son la expresión final de una falla cardíaca, la misma es la consecuencia del barotrauma generado por el mediastino y el neumoperitoneo, los cuales estarían en relación con las maniobras instrumentales endoscópicas practicadas en la vía digestiva, dado el hallazgo de las lesiones descriptas en esófago y estómago.

A fs. 306/338 se incorporó a la causa el informe histopatológico y a fs. 351/412 ampliación de la autopsia correspondiente a Débora Denise Pérez Volpin realizada en junta médica los peritos forenses y los peritos de parte.

Tras señalar en el mismo que, conforme la bibliografía citada, el neumomediastino, el neumoperitoneo y el enfisema subcutáneo son complicaciones conocidas después de la realización de procedimientos como la endoscopia digestiva alta, indicaron que el procedimiento de intubación esofágica, la sobre distensión gástrica por aire y la utilización de endoscopios de calibres gruesos son los

USO OFICIAL



factores de riesgo más comunes para que se produzca una desaturación con complicaciones cardiológicas y respiratorias.

Asimismo, que la explicación fisiopatológica de estas complicaciones está en relación directa a las conexiones anatómicas entre las fascias profundas del cuello, mediastino y retroperitoneo, e insuflaciones de aire continuo durante el procedimiento endoscópico. Cuando ocurre una perforación, fluye aire libre del duodeno al espacio retroperitoneal y luego se extiende al hiato diafragmático que causa neumodiastino, neumotórax y cervical enfisema subcutáneo. En esos casos sin perforación abierta, se postula que el trauma a una pared duodenal por el endoscopio causado por aire insuflado bajo presión para ingresar a la mucosa y seguir por las fundas perineural y perivascular para entrar en el mediastino. En el caso de Débora Pérez Volpin no se ha comprobado la presencia de perforación en duodeno, pero sí a nivel del estómago, con la idoneidad suficiente para que se produzca la salida del gas hacia la cavidad abdominal y generar el neumoperitoneo que ha sido comprobado durante la autopsia.

Explicaron que, en las vías respiratorias, la presión intraalveolar aumenta durante la intubación. Si el aumento de presión excede el del tejido circundante, el aire de los alvéolos rotos pasa al hilio pulmonar y mediastino, desde el cual puede extenderse a lo largo de planos fasciales para causar enfisema subcutáneo en la cara, el cuello, el tórax o el abdomen. El trauma en la faringe, la laringe, la tráquea, el esófago y el tracto intestinal proximal puede causar una perforación con fuga de aire en el mediastino o retroperitoneo y luego en el tejido subcutáneo y la cavidad pleural.

Durante la autopsia practicada no se identificaron lesiones macroscópicas de la vía aérea superior. En el caso en cuestión la histopatología ha confirmado que no existieron lesiones en la vía aérea por intento de intubación. La utilización de una máscara laríngea como método de ventilación de excepción, no ha dejado lesiones traumáticas sobre la vía aérea superior.



Las tres punciones detectadas en la cara anterior del cuello, a nivel cricotiroidoideo, interesan hasta los planos musculares, sin ingresar a la vía aérea. Las mismas son compatibles con maniobras avanzadas de ventilación del tipo cricotiroidoideotomía por punción, la cual está indicada en casos de urgencia ventilatoria.

Señalan que el neumoperitoneo en asociación con la reanimación cardio pulmonar (RCP) es poco frecuente. Se han establecido varios mecanismos propuestos que implican altas presiones de insuflación causando traumatismos torácicos y abdominales, con ruptura gástrica, neumoperitoneo, neumomediastino y neumotórax. La anormalidad suele ser encontrada en la laparotomía en caso de sobrevida o en la necropsia.

En tal informe sostienen también que presiones ventilatorias excesivamente altas solamente, una combinación de compresión extendida y ventilación o incorrecto posicionamiento de la mano, especialmente sobre el esternón o parte superior del abdomen, se han postulado como hechos contribuyentes y que en este caso en particular no puede descartarse que las lesiones de la mucosa gástrica estén en relación directa a maniobras de reanimación. La ruptura gástrica puede ocurrir, más frecuentemente en la curvatura menor, que conduce a neumoperitoneo.

Agregan que el neumomediastino y neumotórax por una laceración pleural o ruptura esofágica puede ser un camino alternativo para la fuga de aire a través del diafragma y que posteriormente se genere el neumoperitoneo.

Que en el caso en análisis las lesiones gástricas se produjeron con la paciente en paro respiratorio o en el periodo perimortal lo que explica el escaso sangrado peritoneal y la infiltración hemorrágica localizada del estómago y del epiplón menor, por falta de circulación sanguínea efectiva. Comparativamente, se observó durante la autopsia mayor infiltración hemorrágica en las zonas lesionadas del esófago torácico, respecto de áreas gástricas comprometidas lo cual permite establecer una cronología lesional teniendo en cuenta la irrigación de cada órgano.

Señalaron que los procedimientos endoscópicos superiores pueden causar insuficiencia respiratoria por

USO OFICIAL

varios mecanismos, como neumomediastino y neumotórax, por la sobrepresión de las vías respiratorias que se desarrolla durante el procedimiento, o en caso de perforación del tracto digestivo proximal, a través del paso de aire hacia el entorno extraluminal. Que tal como lo sostienen los autores europeos, americanos y asiáticos una endoscopia alta puede causar enfisema subcutáneo, neumomediastino y neumotórax por la sobrepresión de la vía respiratoria durante el procedimiento o, en caso de perforación del tracto digestivo proximal, a través del pasaje hacia las estructuras circundantes extraluminales y el tejido cutáneo hasta la cavidad pleural.

Agregaron que, en el caso bajo estudio, la lesión esofágica descrita durante la autopsia se ubica a 4,5 cm. por debajo de la unión faringo esofágica, en el tercio proximal esofágico o porción torácica superior. Las lesiones gástricas descritas en la necropsia se ubican en el cuerpo del estómago sobre la curvatura menor gástrica.

Asimismo, sostienen los galenos que la reanimación cardiopulmonar (RCP) sigue siendo la mejor manera de restablecer la circulación espontánea en un paciente con paro cardíaco. Entre las complicaciones que puede causar la técnica que describen fracturas de costillas y/o esternón, neumotórax, lesiones de órganos sólidos incluyendo laceraciones del hígado y contusiones cardíacas, no pudiendo descartarse que las maniobras de reanimación realizadas sobre la fallecida hayan producido o contribuido a la aparición de las lesiones descritas. Que la dilatación masiva del estómago puede ocurrir si las ventilaciones se realizan con una vía aérea incorrectamente posicionada por la alteración anatómica que genera el barotrauma torácico. La hipoxia podría incrementar aún más la resistencia pulmonar de las vías respiratorias y disminuir la complacencia, aumentando la probabilidad de insuflaciones gástricas. Todos los casos reportados de perforación gástrica relacionada con RCP han resultado en perforación a lo largo de la curvatura menor del estómago, generalmente adyacente a la unión gastroesofágica.

Sostuvieron que en el caso bajo estudio no puede descartarse un mecanismo de producción único endoscópico para el ingreso de gases a presión; o una combinación de aumento





de volumen gástrico por el estudio endoscópico, compresión cardíaca vigorosa y ventilación asistida con máscara laríngea, en la reanimación avanzada, lo que elevó la presión intragástrica causando las lesiones observadas durante la autopsia.

Que las infiltraciones de sangre observada a nivel de las lesiones torácicas, comparativamente con las lesiones gástricas, permite afirmar que son lesiones vitales y de producción contemporánea entre sí. El grado de hemorragia perilesional permite establecer una cronología de producción primaria esofágica y luego gástrica.

Con los aportes bibliográficos y los hallazgos coincidentes de autopsia resultó posible establecer una secuencia fáctica de los hechos: a las 17.20 hs. se da inicio al procedimiento instrumental endoscópico. Tiempo en el que se produce una solución de continuidad por efracción de la mucosa esofágica (cara anterior a 4,5 cm por debajo de la horquilla epiglótica). Pasaje de gas al mediastino con neumomediastino, neumopericardio y neumotórax bilateral. Le sigue la infiltración gaseosa por barotrauma de planos musculares y subcutáneos de tórax. Se produce una desaturación de 99% a 90% advertida por la anesthesióloga. Enfisema subcutáneo ascendente de tórax, cuello y cara. Aumento de presión de la vía digestiva que produce efracciones múltiples de la mucosa gástrica por distensión, pasaje de gas a la cavidad conformando un neumoperitoneo. En ese tiempo se produce la infiltración hemorrágica del epiplón menor. Líquido serohemático libre en cavidad peritoneal por pasaje desde el estómago lesionado siguiendo la vía de pasaje que lo hiciera el gas. Evolución al paro cardio respiratorio a las 17.25 hs. Se inicia RCP aumentando la presión en el tracto digestivo, sin respuesta a maniobras básicas y avanzadas. Se constata el fallecimiento a las 18.15 hs. La congestión, el edema pulmonar y encefálico son la expresión final de la falla cardíaca. La misma se produce por barotrauma en el tórax y el abdomen. La causa del barotrauma tiene origen en el tórax y es de tipo instrumental. Posteriormente involucra el abdomen.

Indican que los hallazgos de la autopsia, en relación a las causales de muerte, son coincidentes con los

USO OFICIAL



mayores riesgos que presenta esta intervención y que así se lo representa el Dr. Diego Bialolenkier en el consentimiento medico terapéutico obrante en la historia clínica cuando en forma manuscrita se escribe que los mayores riesgos del procedimiento son: hemorragia-perforación, aclarando que el consentimiento informado no está foliado y carece de las firmas del médico, de la paciente y de los familiares o testigos. Asimismo, la Dra. Nélide Puente describe en el parte anestésico del día 6 de febrero de 2018 a las 23.33 hs. se explica el procedimiento y sus riesgos, la paciente aceptó realizar el procedimiento.

Concluyeron los médicos en su dictamen: que las causales del fallecimiento de Débora Pérez Volpin están en relación directa a una perforación instrumental del esófago torácico, seguido de insuflación que provocaron: neumomediastino, neumopericardio, neumotórax bilateral y enfisema subcutáneo de cara y cuello.

Que las lesiones del estómago son consecuencia del barotrauma intragástrico, producto de las maniobras instrumentales endoscópicas; de las maniobras de reanimación cardio pulmonar; o de su accionar conjunto.

Que no se detectaron patologías preexistentes de causas inflamatorias, infecciosas, vasculares y/o neoplásticas, idóneas para producir o contribuir con la muerte.

Que los hallazgos en la autopsia permitieron inferir que, las maniobras de reanimación básicas y avanzadas que se realizaron, eran las indicadas para el caso, si bien las mismas no fueron efectivas. La gravedad de las lesiones no permitió revertir el resultado muerte.

Que la congestión, el edema pulmonar y encefálico son la expresión final de la falla cardíaca.

El tiempo de sobrevida, luego de producido el barotrauma, se estima en menos de diez minutos por hipoxia generalizada y enclavamiento encefálico y que se trató de una muerte violenta.

Finalmente se dejó constancia que el Dr. Glorio aportó copia del consentimiento informado donde se observa que la práctica VEDA (Video Endoscopía Digestiva Alta) está



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

firmada por la paciente y el endoscopista en foja que no fue remitida al momento de la autopsia.

Por su parte los peritos de parte Dres. Roberto Ricardo Glorio, Cristina Lavolpe y Julio Ravioli agregaron que la lesión descrita en el esófago se atribuye en este informe al endoscopio utilizado en el procedimiento, siendo dicha conclusión hipotética, ya que aún no se ha realizado pericia técnica sobre el endoscopio utilizado como para poder afirmar con rigor científico que la lesión fue producida por el mismo. Por ese motivo consideraron que, hasta tanto no se produzca dicha prueba pericial técnica, no resulta posible probar lo informado en las conclusiones por los peritos oficiales.

A fs. 488/494 los peritos de la parte querellante, Dres. Reyes Toso y Da Ruos presentaron fundamentos respecto de su disidencia con el punto 4 del informe confeccionado por los peritos oficiales, donde se concluyó que los hallazgos de la autopsia permiten inferir que las maniobras de reanimación básicas y avanzadas realizadas eran las indicadas para el caso si bien no fueron efectivas y que la gravedad de las lesiones no permitió revertir el resultado muerte. Sostuvieron los mencionados profesionales que existen varias circunstancias que permiten afirmar que las tareas de reanimación realizadas ante el cuadro de evidente perforación con el que se encontraron los médicos intervinientes estuvieron lejos de ser las adecuadas.

Afirman en primer lugar que en el consentimiento informado y suscripto por la paciente se describieron como riesgos probables del estudio endoscópico hemorragia y perforación y que partiendo de dicha premisa conocidas tanto por el endoscopista como por la anesthesióloga. Asimismo, en el caso se evidenciaron enfisema facial importante más desaturación de oxígeno, tal como surge del relato de la anestesista en la historia clínica. Entonces, ante un riesgo probable y evidencia de que aquel riesgo se había producido las maniobras de reanimación avanzadas deben estar orientadas hacia aquel evento probable (perforación).

Para el caso, si se hubiera auscultado a la paciente, y se hubiera comprobado silencio bilateral inmediatamente debido considerarse un neumotórax bilateral

USO OFICIAL



generador del colapso bilateral. En dicha situación de emergencia la realización de punción torácica o colocación de abocath en ambos hemitórax constituye el mejor mecanismo para transformar el neumotórax. Dicho procedimiento justamente es el que se omitió en la reanimación cardiopulmonar.

Sostienen pues que las maniobras de reanimación avanzada realizadas no fueron las adecuadas, mucho menos las indicadas para estos casos y, además, no fueron suficientes. Que en el caso la anestesia se centró en continuar insuflando aire, en un neumotórax hipertensivo, con colapso pulmonar, generando una mayor acumulación de aire en el tubo digestivo, que contribuyó a la generación de lesiones de estómago, así como al neumoperitoneo y acrecentó el enfisema subcutáneo. Este hecho contribuyó al desenlace final.

En suma, afirman que partiendo de las premisas adecuadas: 1) riesgos probables y 2) signos evidentes de acaecimiento de riesgos probables concluyen que las maniobras de reanimación básicas y avanzadas que se realizaron fueron insuficientes para el caso. Ello pues la paciente no fue evaluada adecuadamente para el cuadro que presentaba y por ende la asistencia brindada desde un comienzo no fue ajustada a la norma del arte de curar para estos casos.

A fs. 495/533 obra informe elaborado por el perito médico de parte por el Dr. Diego Bialolenkier, Dr. Roberto Glorio expresando su disidencia parcial al informe pericial realizado por los médicos Forenses. En él señaló que la afirmación realizada en las consideraciones medico legales del citado informe donde se expresa que el neumomediastino y el neumoperitoneo los cuales estarían en relación con las maniobras instrumentales endoscópicas practicadas en la vía digestiva, dado el hallazgo de las lesiones descripta en esófago y estómago no pueden afirmarse atento a que a nivel macroscópico y como resultado de la autopsia realizada no se evidenció perforación completa de la pared a nivel del esófago ni del estómago de manera tal que no puede sustentar académicamente lo planteado.

Tras reseñar los datos asentados en la historia clínica de Pérez Volpin de la que a modo de resumen sostiene que la paciente ingresó por guardia a las 18.52 hs.





claramente no se trataba de una paciente sana y el cuadro que padecía requirió varios estudios para su diagnóstico preciso, entre ellos la endoscopia digestiva superior.

Agrega que del análisis de la historia clínica surge que el medico endoscopista realizó el procedimiento endoscópico con absoluta normalidad con progreso hasta la 2da. porción del duodeno a cuyo nivel se presentó distensibilidad dificultosa y en ese momento ocurre la desaturación que desencadena el cuadro, resultando plausible considerar que el barotrauma sea consecuencia de las maniobras prolongadas (50 minutos) e infructuosas de la reanimación.

Señala también que si bien en el informe tanatológico se asocia la perforación esofágica con la desaturación de oxígeno se citó para ello bibliografía que no se condice con dicha afirmación.

Agregó que si bien en el informe tanatológico final se dijo que la presión mecánica o neumática durante la realización de una endoscopia alta es la responsable de la perforación del tracto digestivo y que la presión mecánica aparece al aplicar tensión sobre un punto de fijación del intestino por ejemplo cuando un endoscopista intenta avanzar con el endoscopio con fuerza y además que la perforación no instrumental debida a insuflación de aire es muy rara y se cree que ocurre en áreas donde existe debilidad de la mucosa destacó que el endoscopio es un instrumento de un material blando, flexible.

Afirma que de la documental disponible no surge que el endoscopista hubiera ejercido presión mecánica y que durante el procedimiento que duró 5 minutos no se usó ningún instrumental como por ejemplo las pinzas para hacer una biopsia. Por otra parte, que el aparato tiene visión frontal de manera que el endoscopista ve a través del monitor todo lo que hace a medida que avanza.

Discrepa al sostener que la lesión esofágica supuestamente provocada durante el procedimiento se evidenció en la cara anterior del esófago lo que no se condice con el mecanismo habitual de lesión que pudiera producir un endoscopio ya que las que produce el mismo debiera

USO OFICIAL

comprometer la cara posterior del esófago y no la cara anterior del mismo.

Por otro lado en dicho informe se plantea la posibilidad de la presión neumática como responsable de la perforación del tracto digestivo pero que debido que el aire que se insufla es mínimo y se da por corto tiempo, y dado que el tubo digestivo no es cerrado ello no explica como habiendo una solución de continuidad de 3 mm hubiera pasado tanta cantidad de aire hacia afuera del tubo digestivo como para ser capaz de producir por sí mismo todo lo que determinó el desenlace final (neumomediastino, neumotórax, enfisema subcutáneo, etc.). Afirma que ni siquiera pensando en un efecto de presión negativa generado por el supuesto aire inicial que haya comprometido el mediastino se puede sostener que todo el aire hallado en el cadáver fue como consecuencia de la insuflación de aire por el endoscopio y que cabría entonces preguntarse cuál sería la cantidad de aire requerida y en qué tiempo podría producir la muerte de una persona.

Indicó que si bien en las conclusiones se afirmó que las causales del fallecimiento de Pérez Volpin están en relación directa a una perforación instrumental del esófago torácico seguido de insuflación que provocaron neumomediastino, neumopericardio, neumotórax bilateral y enfisema en cara y cuello, al decir "perforación instrumental" no sólo involucra al endoscopio sino también al laringoscopio o la guía metálica que fueron utilizadas para intubar a la paciente. Al respecto señala que el endoscopio, dadas sus propias características, en caso de producirse una perforación del órgano ello es inmediatamente advertido por el endoscopista al tener visión frontal y la muerte no ocurre en forma inmediata, sino que lo que hace que un paciente con perforación de este tipo agrave es la infección. Por otro lado, con respecto al laringoscopio, elemento utilizado por el médico anestesista en las maniobras de reanimación para mantener una vía aérea, si efectivamente en el caso se realizaron varios intentos de intubación sería lógico deducir que queden rastros de ello a dicho nivel y atento a que ello no ocurrió es posible colegir que los intentos referidos no fueron en la vía aérea sino en el esófago lesionando la cara anterior.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

Otro instrumento a considerar indica es el denominado "mandril", guía metálica flexible que se introduce en el tubo endotraqueal para facilitar su deslizamiento.

Alude el perito de parte que cuando en el informe final tanatológico se refiere a una perforación instrumental del esófago torácico dicha afirmación resulta confusa e imprecisa. En este caso la lesión evidenciada se presentó en el esófago superior o cervical. En la autopsia si bien nivel macroscópico se evidenció una solución de continuidad en la cara anterior del esófago cervical y la extensión de la misma fue intramural dado que afectó sólo mucosa y submucosa, al realizar la microscopia se constató en el esófago la solución de continuidad que involucra en profundidad todas las capas del órgano y por lo tanto el compromiso es transmural, siendo remarcable que ello solo se pudo evidenciar en el estudio microscópico.

Agregó el profesional que pese a lo afirmado en las conclusiones en cuanto a que las maniobras de reanimación básicas y avanzadas eran las indicadas al caso no explica ni la razón para tal aseveración ni tampoco si fueron correctas. Finalmente, si bien dice que la muerte fue violenta en medicina legal ello puede ocurrir solo por homicidio, suicidio o accidente.

Finalmente indica que no se han evaluado detalladamente los antecedentes médicos de la paciente (epilepsia, pérdida de conocimiento, episodio de amnesia global, lesiones cerebrales) y que no se puede descartar que el episodio inicial de desaturación fuera provocado por una respuesta adrenérgica aumentada, reflejo vasovagal, aspiración salival, broncoespasmo asociado e interferencia en la vía aérea superior, etc.

A fs. 629/33 los peritos designados por la defensa de la anesthesióloga Puente formularon algunas consideraciones acerca del informe de ampliación de autopsia producido en Junta médica con los forenses. Allí remarcaron que no existe posibilidad alguna de sobrevida de un cuadro de asistolia sin maniobras de reanimación (ventilar con oxígeno al 100% y masajear), aclarando que toda maniobra de reanimación puede ocasionar algún daño colateral por efecto de las mismas (fracturas costales, distensión gástrica, etc.). Señalan la

USO OFICIAL



importancia de tener presente la secuencia temporal de los hechos. Al inicio del procedimiento endoscópico se produjo una solución de continuidad en la mucosa esofágica por la que ingresó el aire que ocupó las cavidades y a su entender también al torrente sanguíneo. Ello desencadenó la descompensación hemodinámica de la paciente que motivó la puesta en marcha de la animación.

Señalaron concretamente que la máscara laríngea fue, en la emergencia y en conjunto con las demás maniobras de reanimación avanzada, el mejor dispositivo para resolver la crisis de la vía aérea y la ventilación de la paciente, no habiendo otro recurso aplicable de forma inmediata.

En razón de ello los peritos de parte mencionados entienden que las lesiones a nivel del estómago, si bien podrían ser adjudicables en parte a la ventilación manual y al masaje cardíaco enérgico, tienen que ser ubicadas en su real contexto: una paciente en asistolia en la que no existían otras alternativas mejores a los medios de sostén que se estaban realizando.

Los peritos médicos Dr. Julio Ravioli y Cristina Lavolpe a fs. 656/668 amplían su informe y formulan interrogantes respecto de la autopsia y su ampliación.

A fs. 676/699 obra el informe complementario ampliatorio de la autopsia nro. 361/2018 correspondiente a Débora Pérez Volpin en el cual se fueron contestando los puntos de la pericia.

Concretamente ratificaron las conclusiones detalladas en el informe de fecha 11 de abril de 2018. En cuanto a lo informado en el ítem 4) de fs. 405 señalaron que las maniobras de reanimación no fueron efectivas en cuanto a que no modificaron el resultado final -falleciendo la paciente- y ello no se relaciona con el tiempo que se tardó en aplicarlas sino con la gravedad del caso.

Asimismo, que el drenaje de tórax es una maniobra avanzada indicada para el colapso pulmonar pero la gravedad del caso (neumotórax, neumopericardio, neumomediastino y neumoperitoneo) no permite afirmar que su realización resultara efectiva. Señalaron también que no surgían contraindicaciones para la práctica del estudio endoscópico.





Indican que la pared anterior del esófago es aquella en contacto con la vía aérea y el pericardio y la pared posterior del esófago aquella que está en contacto con la columna vertebral. A la pregunta si de acuerdo a las características y ubicación de la lesión encontrada en el esófago no resulta posible indicar con certeza científica qué instrumentos pudieron haberla causado, sí que se trató de una perforación instrumental. Con relación a la descripción de las características y el material constitutivo del endoscopio expresando que no le corresponde a dicha junta dar una respuesta técnica.

Señalaron, ante los interrogantes, que una endoscopia digestiva alta no implica necesariamente desaturación del paciente. Que no les corresponde precisar cuál es la presión de aire que normalmente ingresa al cuerpo en el marco de una endoscopia de ese tipo y no es posible mensurar por estudio de autopsia qué cantidad de aire ingresó específicamente en el cuerpo de la occisa. También señalaron que durante la endoscopia la paciente estaba con la boca abierta, siendo que la salida de aire por la boca es una de las vías posibles, pero ello no descarta que un gas atravesase un órgano perforado. Lo cual ha sido comprobado por estudio histopatológico como barotrauma.

Que, frente al interrogante si la lesión detectada pudo haber sido causada por el uso de laringoscopio, mandril o tubo endotraqueal, señalaron que este tipo de procedimientos (VEDA) no se realiza con intubación endotraqueal. Señalaron también que los antecedentes clínicos y quirúrgicos de la paciente no contraindicaban la realización del mencionado estudio. Con relación al interrogante relativo a los antecedentes de reflejos vasovagales de la paciente reafirmaron las causales del fallecimiento obrante en su anterior informe donde se concluyera que se trató de una muerte violenta.

Indican los peritos que no existe diferencia entre la ubicación esófago cervical y esófago torácico, de acuerdo a definiciones anatómicas y anatomopatológicas. Respecto del interrogante de variación en la tasa de mortalidad entre una perforación espontánea y una instrumental señalaron que no le corresponde a dicha junta dar respuesta a ello. -

USO OFICIAL

Que en este tipo de procedimiento anestésico es habitual la sedación consiente o también conocida como general endovenoso sin intubación. Se mantienen habitualmente bajo ventilación espontánea. A los pacientes sedados y que conservan la ventilación espontánea se le coloca un aporte de oxígeno en las narinas, también llamada bigotera. Agregaron que la dosis del Propofol utilizada en el caso se halla dentro de las habituales para este tipo de procedimientos.

El monitoreo anestésico en este tipo de procedimiento consiste en oximetría de pulso, cardioscopio para observar la actividad eléctrica del corazón y tensión arterial no invasiva. Según lo que obra a fs. 7 de la historia clínica la Dra. Puente utilizó el monitoreo electrocardiográfico y pulsioximétrico. Dichos monitores detectaron la complicación de la paciente figurando que a los 5 minutos de comenzado el procedimiento se verificó desaturación abrupta (90%). Es correcto como primera medida, ante la caída de saturación de oxígeno, mejorar la misma mediante la asistencia ventilatoria con máscara fácil y bolsa reservorio de oxígeno.

También señalaron los peritos, ante los interrogantes, que de presentar un importante enfisema de cara y cuello el paciente se dificulta todo tipo de procedimiento. Ante una situación de ventilación inefectiva con máscara facial debe procederse a asegurar la vía aérea mediante intubación orotraqueal. Que, en base a lo que consta a fs. 7 apartado parte anestésico de la historia clínica, la Dra. Puente intentó la intubación de la paciente y que dadas las condiciones era verosímil que la intubación orotraqueal se tornara dificultosa y/o virtualmente imposible. También que, ante dicha situación, se hace necesario que se implementen otros métodos que hagan posible la ventilación y oxigenación tal como la máscara laríngea, constando en la historia clínica su utilización. Al serle colocada, según consta, se obtuvo adecuada ventilación y recuperación de la oximetría (99%).

Indicaron en su informe que no existen lesiones por intentos de intubación endotraqueal en el caso. Las tres punciones verificadas a nivel del cuello de la paciente podrían corresponder con cricotiroideotomía por punción. Los





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

intentos se encuentran avalados e indicados ante la imposibilidad de ventilar al paciente que cursa una emergencia como en el del caso.

Los peritos señalaron que las maniobras de reanimación efectuadas eran absolutamente necesarias para brindarle oportunidades de supervivencia a la paciente, al margen de que pudieran ocasionar efectos colaterales indeseables. Las mismas, incluida la utilización de máscara laríngea fueron iniciadas después de verificarse el enfisema masivo, la desaturación y paro.

Asimismo, contestaron afirmativamente a la pregunta respecto si la perforación esofágica y el neumotórax/neumomediastino/enfisema subcutáneo se desarrollaron previamente a cualquier intento de intervención instrumental en la vía aérea de la paciente por parte de la Dra. Puente.

Contestaron también afirmativamente, ante la pregunta de si la infiltración de aire en los tejidos del cuello pudo constituirse como un factor contribuyente al desenlace debido a la compresión de las estructuras vasculares. Que pudo contribuir a agravar el cuadro.

A fs. 725/734 el perito de la querrela, Dr. Héctor Carlos Davi, formuló disidencia parcial y aclaraciones. En el mismo señaló que si bien en respuesta al punto 1 fueron ratificadas las conclusiones del informe ampliatorio no se hacen referencia a las nuevas pruebas aportadas (registros cardiográficos y el informe técnico derivado del monitor multiparamétrico). Señalan primero una ausencia de registro, lo que evidencia que no se encontraba conectado. Luego una disociación eléctrica y no un ritmo sinusal, demostrando una anormalidad del ritmo cardíaco. A las 17.22:57 registro de asistolia seguido de un registro de fibrilación ventricular, siendo ese el momento exacto para realizar cardioversión o desfibrilar. Señaló que, en esa etapa, de haber tenido presente las posibles complicaciones del estudio endoscópico por parte del endoscopista y la anestesióloga se hubiese tenido que enfisema en esclavina se correlacionaba con una muy posible perforación esofágica o gástrica. De haberse auscultado el tórax de la paciente y ante el registro de silencio bilateral se tiene que pensar en un neumotórax

USO OFICIAL



bilateral generador del colapso bilateral, invariablemente ese era el momento para la realización de punción torácica o colocación de abocath en ambos hemitórax, pues ese constituye el mejor mecanismo para transformar el neumotórax hipertensivo en normotensivo, con posterior toracocentesis y drenaje bajo agua.

Agregó el perito de parte en su presentación que dado que en el informe multiparamétrico se hace la salvedad sobre un retraso de 23 minutos con respecto a la hora actual surge que Pérez Volpin no permaneció en asistolia durante toda la reanimación como así tampoco desde el inicio de la endoscopia permaneció bajo monitoreo electrocardiográfico. Que presentó episodios de fibrilación ventricular que pudieron ser revertidos con cardiodesfibrilación. Por otra parte, no existe congruencia entre el tiempo del registro cardiográfico (17 minutos con 34 segundos) y el total de la intervención (55 minutos).

Por otra parte, señaló que tanto el aire que ingresó por la endoscopia como aquél que lo hizo durante las insuflaciones de la anestesia contribuyeron al resultado "barotrauma" y ello se dio en 55 minutos y no en cinco. Agrega que del informe surge que el Dr. Hugo Botto logró en menos de un minuto intubar a la paciente en tanto que Puente no pudo realizarla acusando de ello a la alteración de la anatomía siendo que para el momento en que intervino Botto la misma debió encontrarse mucho más avanzada.

Recalcó que el logro de la intubación de la paciente no obra en la historia clínica, lo que sumado a la falsa afirmación de asistolia permanente y de conexión inicial del cardiógrafo permiten afirmar que se está frente a una historia clínica poco fidedigna. Destaca que no surge del registro que obra agregado en autos el cambio abrupto de saturación (de 99% a 90%) sino que aquello son sólo los dichos de la anestesista. En los registros la saturación comienza con 67%.

Con relación a la pregunta nro. 10 indica que ante solo la desaturación de oxígeno el profesional se dedicara a mejorarla con maniobras de ventilación, pero si la desaturación es sólo una señal más (junto con el enfisema, por ejemplo) de algo muchos más grave (como sería una





perforación en una endoscopia) concentrarse sólo en la ventilación aparece como una reacción pobre, insuficiente e inservible.

Señala también que los peritos oficiales en sus respuestas se hacen eco de lo indicado en una historia clínica contradictoria e insuficiente. Que estos señalaron que la anestésista logró recuperar la saturación sin siquiera observar cómo fueron evolucionando los valores en los registros multiparamétricos, cuál fue su valor inicial, cuando desaturó, cuando recuperó la saturación y en qué valor lo hizo.

Finalmente formula aclaración respecto a la pregunta nro. 24 y concluye que la anestesióloga no puede afirmar que constató el cuadro cuando sonó la alarma del pulsioximétrico y luego prendió las luces y vio el rostro de la paciente, cuando la vigilancia clínica en anestesiología implica presencia continua del profesional, inspección de piel, mucosas, sangre campo quirúrgico, movimientos del tórax, observación, integridad del circuito respiratorio, auscultación pulmonar periódica, interrogándose qué hacía la anestesióloga durante el procedimiento endoscópico.

Por su parte a fs. 736/9 los Dres. Salgueiro y Sabino, peritos designados por la defensa de la Dra. Nélidea Puente, formularon algunas consideraciones complementarias. Señalaron que no puede afirmarse que se tratara en el caso de un neumotórax hipertensivo que las maniobras de reanimación hayan aumentado la magnitud del mismo. Que según determinó el Cuerpo Médico Forense el mecanismo de generación del neumotórax fue el paso de aire súbito, al inicio del procedimiento, por la perforación esofágica hacia una cavidad cerrada como es el mediastino y el tórax. Ello ocasionó la pérdida de la presión negativa intratorácica fisiológica con el consiguiente colapso pulmonar. En este caso el pasaje de gas fue desde el mediastino hacia el tórax por lo que, una vez que se retiró el endoscopio, el gas continuó redistribuyéndose en el resto de los compartimentos (neumomediastino, neumoperitoneo, enfisema subcutáneo). Por ello, una vez que se pudo instalar el dispositivo supraglótico, mediante la ventilación se logró elevar la

USO OFICIAL

saturación de oxígeno, vale decir que el neumotórax no impedía la expansión pulmonar. -

Señala que el equipo que reanimó a la paciente si bien sospechó que podía existir un neumotórax lo consideraron como no hipertensivo, no adoptando ninguna conducta terapéutica respecto al mismo. También afirma que, si bien es obvio que un endoscopio no puede ocasionar la desaturación de un paciente, sí la lesión por éste producida, con el consiguiente ingreso de aire (barotrauma).

Por otra parte, formula sus apreciaciones en torno a lo respondido al punto 9 del cuestionario y con relación al nro. 22 de fs. 621/2 señala que las maniobras de reanimación no solo estaban indicadas, sino que eran absolutamente necesarias para tratar el cuadro emergente que presentaba la paciente, independientemente de su resultado final.

Agregó el perito de parte que no están en condiciones de descartar que el aire que haya ingresado también al torrente sanguíneo (embolia gaseosa) impactando de esta manera a distancia en el cerebro y las meninges, siendo este un mecanismo de muerte factible al que no se le consignó mayor relevancia.

A fs. 742/772 el Dr. Roberto Glorio, perito médico de parte por el Dr. Bialolenkier, señaló que ocurrido el evento inicial (neumotórax) un drenaje torácico podría haber sido de gran utilidad al encontrarse la paciente con los pulmones colapsados y podría haber evitado el desenlace fatal y que el profesional encargado de la reanimación de los pacientes bajo efecto anestésico es el médico anesthesiólogo. Agrega, la reanimación no consiste exclusivamente en ventilación y masaje cardíaco, sino en determinar las causas del paro cardiorrespiratorio y brindar el tratamiento electivo y efectivo, acorde a la etiología. La detección del neumotórax hipertensivo en una paciente con enfisema facial es función exclusiva del médico anesthesiólogo.

Agregó que en relación a la pregunta nro. 5 se efectuó una descripción confusa que no corresponde con lo taxativamente solicitado. Con respecto a la pregunta realizada por esa parte respecto a con qué instrumento pudo haber sido causada la lesión encontrada señala que sólo dos de los tres instrumentos que pudieron haber ingresado al tubo





digestivo tienen capacidad lesiva: el laringoscopio y el mandril. Es improbable que el endoscopio provocara una perforación esofágica por cuanto se trata de un instrumento blando, de textura lisa, flexible y cuya sonda tiene un diámetro promedio de 9 a 11 mm y la punta roma. Sumado a ello, el endoscopista tiene visión frontal con el instrumento. Si la perforación hubiese ocurrido durante el sangrado ello habría sido visto en forma inmediata. Agrega que la lesión fue evidenciada en la cara anterior del esófago lo que no se condice con el supuesto mecanismo de lesión que hubiera provocado un endoscopio.

Indica que el informe presentado no explica la mecánica de la causación de la supuesta perforación instrumental del esófago y sólo sugiere que la producción de la lesión se debió al instrumento "endoscopio". Tampoco si la lesión fue un desgarró, una perforación o un corte y cuáles son las características del objeto lesionante idónea para producirla.

Agregó que en el informe tanatológico se asocia la perforación esofágica con la desaturación de oxígeno y se cita bibliografía que no se condice con lo que expresa taxativamente el artículo utilizado.

Detalla también que en dicho informe ante la pregunta nro. 3 la misma no fue contestada limitándose a remitirse a que ello ya fue contestado y citando la bibliografía. Sin embargo, señala que la lesión que produce un endoscopio debiera comprometer la cara posterior del esófago y no la cara anterior del mismo, a diferencia de lo sucedido en el caso. En términos probabilísticos, la lesión en cara anterior de la pared esofágica ocurre con otros instrumentos, no con el endoscopio.

Por otro lado, manifestó que las causas de desaturación brusca aplicados al caso pueden ser múltiples: efecto adverso de la droga usada en la anestesia, reflejo vasovagal, broncoespasmo asociado e interferencia en la vía aérea superior, perforación instrumental.

Dado que el tubo digestivo es un tubo abierto y el aire se elimina tanto por la boca como por el ano, ni pensando en un efecto de presión negativa generado por el supuesto aire inicial que haya comprometido el mediastino se

USO OFICIAL



puede sostener que todo el aire hallado en el cadáver fue consecuencia de la insuflación del aire por el endoscopio. En cuanto a la pregunta nro. 9 señala que la misma claramente no fue contestada en el informe.

También señala que se intentó realizar intubación orotraqueal y ello no resultó posible por "alteración de la anatomía". Es decir, ocurrida la desaturación se inició de inmediato masaje cardíaco, pero ello resultó insuficiente para restablecer la actividad cardíaca dado que no se pudo lograr una vía aérea que oxigene la sangre. Dicha situación lleva irremediablemente a la anoxia definitiva de los tejidos y en particular afecta la célula nerviosa cuya sobrevida en condiciones de anoxia y a temperatura de 36.5/ 37° no supera los 6 a 8 minutos y es irreversible. Asimismo, y con relación a las preguntas nro. 10 y 11 no se efectuó un adecuado análisis de los antecedentes médicos de la paciente.

En definitiva sostiene que del informe pericial presentado surge que a través de la autopsia se constató una lesión perforante en la cara anterior del esófago cervical que se consideró "instrumental" pero de la valoración del caso efectuada por los forenses surge que: no resulta posible indicar qué instrumento la causó, no resulta posible afirmar que la desaturación fue por la endoscopia, el informe no explica el mecanismo por el cual el endoscopio podría haber producido la perforación del esófago. Por otra parte, si se piensa en la posibilidad que el endoscopio causó la perforación esofágica ello, en base a la bibliografía académica resulta más que excepcional dado que el riesgo de perforación con endoscopia flexible es del 0,006 al 0,06%, la supuesta lesión provocada por el endoscopio debería haber afectado la cara posterior del esófago, no la anterior. Pero, aún si se planteara que el instrumento endoscopio causó la perforación, es excepcional que ocurra la muerte de una persona a partir de ello ya que la perforación que compromete el esófago cervical tiene una mortalidad del 0 al 20%. Además, la mayor mortalidad se produce cuando la perforación es "espontánea" en comparación con la "instrumental", sumado a que el mecanismo que hace que un paciente con perforación del tubo digestivo se agrave es la infección.

Defensa material:

Fecha de firma: 19/06/2018

Firmado por: CARLOS MANUEL BRUNIARD, JUEZ (PRS)

Firmado(ante mi) por: OSVALDO GONZALO VAZQUEZ, SECRETARIO DE JUZGADO





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

A fs. 783/7 prestó declaración indagatoria **Diego Ariel Bialolenkier** quien se remitió al descargo por escrito glosado a fs. 777/782 y formuló algunas aclaraciones.

Tras realizar un detalle de sus antecedentes como médico, expresó en dicho descargo que la VEDA (video endoscopia alta) había sido dispuesta en el marco de distintos estudios que permitieran llegar a un diagnóstico médico de la paciente Pérez Volpin, habiendo sido la misma consensuada entre la nombrada y el coordinador de urgencias endoscópicas, Dr. López Laplace. Que cuando arribó al sanatorio tomó contacto con la paciente a quien evaluó clínicamente explicándole las características y pasos del procedimiento y los riesgos propios del mismo y comprobado que no había contraindicación alguna para la realización del estudio procedió a hacerle firmar el formulario de consentimiento informado.

Que luego se dirigió al quirófano a preparar la torre de endoscopia para el procedimiento en tanto Puente hizo lo propio respecto de la torre de anestesia. Una vez la paciente en el quirófano -a las 17.15 hs- verificó el correcto funcionamiento del endoscopio. Tras ello ubicó a la paciente en posición de cubito lateral izquierdo y le colocó en la boca el mordillo y luego, mientras la anesthesióloga procedía a sedar a la paciente, lubricó la punta de la caña del endoscopio.

Una vez verificada la correcta sedación por parte de la anesthesióloga -siendo ya las 17.20 hs- dio comienzo al estudio y procedió a ingresar por la cavidad bucal bordeando la base de la lengua e ingresando sin dificultad a la cavidad esofágica de la paciente. Aclaró que al decir "sin dificultad" se refiere a que no tuvo que realizar varios intentos para acceder a la cavidad esofágica, sino que lo logró en el primer intento y sin bloqueos u obstrucciones. Con una leve insuflación y con una correcta visualización logró progresar sin dificultad hacia la cavidad gástrica. Allí se detuvo unos segundos a insuflar un poco más de aire a fin de distender el estómago que suele estar colapsado y por su volumen requiere un poco más de insuflación para lograr una mayor distensión y así visualizar el píloro que es el orificio que da acceso al duodeno. Logrado el objetivo sin

USO OFICIAL



dificultad accedió al bulbo duodenal. En esa última parte, cuando quiere evaluar la segunda porción del duodeno, notó cierta dificultad en la distensión del órgano lo que requiere de una mayor insuflación para permitir la correcta visualización del duodeno, dado que ese era el objeto final y esencial del estudio.

Agregó que mientras ingresa y va progresando por el tracto digestivo (esófago-estomago-duodeno) está prestando atención principalmente al monitor y visualizando perfectamente cada sector recorrido sin haber percibido en modo alguno ninguna lesión ni complicación, actual o preexistente. Aclaró que dicha percepción no es sólo visual sino táctil también ya que en el curso del procedimiento no sólo ve por donde va avanzando, sino que si existe un bloqueo o dificultad en el ingreso ello lo siente manualmente en la caña.

Que fue en el momento en que estaba insuflando el duodeno cuando repentinamente la Dra. Puente le indica que suspenda el procedimiento porque la paciente estaba desaturando. Ante la necesidad de compensar hemodinámicamente a la paciente inmediatamente suspendió el estudio y cuidadosamente retiró la caña del endoscopio dando así fin al procedimiento, cuando solo habían transcurrido cinco minutos desde su comienzo.

Señaló que se puso a la paciente en posición decúbito dorsal y Puente dio comienzo a las tareas de compensación intentando intubarla para revertir la desaturación resultando que la paciente rápidamente progresó hacia un paro cardiorrespiratorio. La anestesióloga pidió inmediatamente la colaboración del cardiólogo y de personal de personal de terapia intensiva que se encontraba en el área anexa al quirófano. En tanto arribaran colaboró realizando masajes cardiacos para luego dar un paso al costado para dejar lugar a los especialistas en las tareas de RCP. Hasta donde pudo percibir la anestesióloga utilizó el denominado AMBU (bolsa o dispositivo manual) para proporcionar ventilación con presión positiva. Luego, al no revertir la desaturación, intento reiteradamente intubarla para introducir un tubo endobraqueal lo que le resultó imposible por lo que se dispuso a colocarle una máscara laríngea.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

Finalmente, y casi al final del proceso de reanimación, el Dr. Botto un otorrinolaringólogo infantil, logro intubarla mediante un fibrolaringoscopio pediátrico.

Agregó que desde que la paciente entró en paro cardiorespiratorio y durante todo el proceso de reanimación se mantuvo asistólica o sea sin ritmo cardíaco. Finalmente, a las 18.15 hs. se decretó su óbito.

Finalmente, respecto de su desempeño, señaló que el estudio endoscópico no tuvo ninguna particularidad ni complicación ni ninguna característica que lo hiciera salir de la normalidad. Que no tuvo evidencia de perforación endoscópica en ningún momento aclarando que es casi imposible no visualizar y/o percibir una lesión perforativa teniendo una visión frontal del conducto u órgano a través de la punta de la caña del equipo. Que de esa manera la instrumentación endoscópica no tuvo ninguna complicación, no generó lesión ni salió de modo alguno de los cánones, estándares y/o protocolos que rigen dicho procedimiento.

Con relación a los informes de los médicos forenses en la autopsia y la ampliación de esta señaló que ninguna lesión existente en la cara anterior del esófago superior puede ser causada por la punta de la caña del endoscopio ya que por la forma de ingreso a la boca a la cavidad esofágica al ingresar se desliza por la base de la lengua y va por la cara posterior del esófago. Que resulta absolutamente improbable que la lesión ubicada en la cara anterior del órgano fuera causada por el endoscopio, máxime tratándose de un esófago sano o sin patología previa como fuera descripto en la microscopía.

Por otra parte, el endoscopio no tiene ninguna punta filosa ni cortante que pueda generar una lesión. Por el contrario, es de un material flexible y con punta roma (redondeada) que carece de vértices cortantes como para producir una perforación o lesión como la descripta en los informes de la autopsia.

Señaló que es imposible que la cantidad de aire que insufla el endoscopio pudiera generar o insuflar la cantidad de aire que se dice fue encontrada en el cuerpo de Pérez Volpin. Que la presión que insufla es siempre la misma, el botón de insuflación es simplemente de on-off. Que como mera

USO OFICIAL



hipótesis si insuflara de más, como el aire solo sale para adelante, saldría solo por dos lugares, ano o boca. Aun asumiendo como mera hipótesis la existencia de una perforación esofágica milimétrica el aire tendería a salir por la boca que está abierta en vez de presionar hacia el orificio de diámetro milimétrico, por mera lógica física. Y agregó, que aun en la mera hipótesis de perforación esta no genera la muerte de la paciente de forma abrupta o inmediata.

Finalmente formulo algunas aclaraciones con relación a lo asentado por él en la historia clínica, destacando que no ha existido contradicción alguna entre lo informado en el parte quirúrgico en un primer momento y la evolución de la historia clínica de las 19.43 hs.

También señaló que lo que motivó la suspensión del procedimiento endoscópico fue la desaturación anunciada por la Dra. Puente y que la sacar el endoscopio y colocar a la paciente en posición decúbito dorsal y tras intento de corregir el proceso de desaturación es cuando empieza a visualizar el proceso de enfisematización de la paciente. Que hasta entonces, y tal como lo afirmó también la instrumentadora Frías, la paciente estaba normal.

Finalmente, en su declaración indagatoria se remitió a dicha presentación efectuando algunas aclaraciones. En particular ahondó que mientras la paciente estuvo de cubito lateral siempre tuvo la misma cara, no notó ninguna modificación. Al quitar el endoscopio era normal, al igual del ingreso y que recién se puso cianótica al momento de la reanimación. Asimismo, al ser interrogado respecto de si puede explicar que es lo que refirió desconocer el motivo de la desaturación. Que está seguro que él no provocó ninguna lesión durante la VEDA ni tuvo ninguna complicación durante el procedimiento. También señaló que al finalizar la VEDA no tenía el volumen que presentaba al finalizar las tareas de reanimación y que ese ingreso de aire no puede estar relacionado con el equipo endoscópicos, sino por las tareas de reanimación que en este caso demandaron 45 minutos.

Por su parte a fs. **790/794** Nélida Inés **Puente** prestó declaración indagatoria oportunidad en que manifestó remitirse al descargo oportunamente aportado en autos (ver fs. 122/126) y asimismo hizo entrega de un escrito a fin de





que formara parte integral de su descargo y que fue glosado a fs. 788/9.

En él detallo que al advertir la desaturación solicito se suspenda el procedimiento notando un marcado enfisema de cara y cuello con cianosis. Tomo la máscara y bolsa reservorio de oxígeno para intentar elevar saturación y solicito ayuda de otros profesionales dado el marcado deterioro hemodinámico de la paciente. La ventilación con mascara facial y bolsa reservorio le era sumamente dificultosa dado que no podía ingresar ni una gota de aire pues la obstrucción de la vía aérea que presentaba hacía imposible -debido a la alteración anatómica de los tejidos- lograr que ingresara el oxígeno para elevar la saturación en sangre del mismo. De inmediato tomó el laringoscopio para intubar a la paciente. La laringoscopia fue sumamente dificultosa dado que había un gran edema de lengua y de los tejidos de la cavidad oral en sumamente friables. Sumado a ello en la cavidad oral había sangre y secreciones que impedían visualizar las estructuras de la vía aérea para colocar un tubo. Intentó mejorar la visualización con aspiración de las secreciones, pero aun así la alteración anatómica de la paciente se lo impedía. Ante la imposibilidad de intubar opto por la colocación de la máscara laríngea lo que le permitió elevar la saturación de oxígeno de la paciente. No obstante, la vía aérea no la tenía debidamente asegurada dado que con cada ventilación y los bruscos movimientos del masaje cardiaco la máscara tendía a desubicarse por lo que debía sostenerla con sus dedos ajustándola a la faringe. Intentó acceder a la vía aérea de la paciente a través de la punción del espacio cricotiroideo sin lograr el efecto deseado ya que nuevamente la anatomía distorsionada no se lo permitió. A pesar de las dificultades le fue posible ventilar con oxígeno puro (100%) y corregir el estado de desaturación a través de la colocación de la máscara laríngea. Que ya avanzada la reanimación concurrió al quirófano el Dr. Botto quien con un laringoscopio especial logro introducir el tubo a nivel de la tráquea de la paciente. Que, pese a sus esfuerzos, el empeño y la premura puestos en la reanimación avanzada por todos los

USO OFICIAL



profesionales que intervinieron no revirtió el cuadro de paro cardiaco.

En su declaración indagatoria negó la imputación realizada. Agregó que durante el procedimiento la luz del de negatoscopio se encuentra encendida la que da una luz de penumbra que le permite ver la vía de la paciente, como respira, las características morfológicas de la paciente. Ésta estaba girada hacia el endoscopista y se encontraba de espaldas a ella y de su lateral derecho. Que el cambio de las características morfológicas lo advierte cuando el instrumental le indica la desaturación de 99% a 90%, lo que sucede en un instante. En este caso pasó porque la paciente dejó de respirar. Que pensó que se le había salido el dedal, para ello toca la panza de la paciente y buscó tomar su mano; allí notó que la panza estaba dura y al destaparla la vio "inflada". Entonces en ese momento le advierte de ello a su colega, aclarando que fue anómalo y repentino.

Aclaró que al colocar la anestesia toca la mandíbula de la paciente y controla la respiración con la mano. Cuando observó el oxímetro y advirtió la desaturación, la destapó y ya estaba inflada, por ello vuelve a tocarla para controlar la respiración y ya no lo hacía. Allí se coloca en la cabecera de la paciente y la ve que ya estaba cianótica (corroborando lo que le decía el oxímetro). Allí le dice a Diego que saque el endoscopio y que la ayude a ponerla boca arriba y le saque el mordillo y en ese momento la paciente tenía el labio y el ojo hinchado. Frente a ello pensó que estaba haciendo una reacción alérgica, por eso le pidió a la instrumentadora le ponga dexametasona, tomó la máscara e intentó ventilarla, explicando que ésta infla el pulmón y éste solo se desinfla (exhala). La intentó ventilar (intento de bolsear) por medio de la máscara. Al colocarle la máscara en su cara sintió que su piel crepitaba (aire debajo de los tejidos), aclarando que es rápido el tiempo que se tarda a que ello suceda. Pese a su intento no logró oxigenarla.

Frente a los reiterados intentos optó por intubarla (hasta ese momento no había entrado en paro) para lograr la oxigenación porque ya estaba en 67% y sino oxigenaba iba a entrar en paro. Agarró el laringoscopio, pero nota que ahora





la paciente estaba hinchada y con sangre y secreciones. Por ello debe aspirar (había sangrado negro y por ello era imposible de visualizar las 2 cuerdas vocales para poder intubar) aclarando que si no logran ver las cuerdas vocales no pueden intubar ya que corren el riesgo de ir para otro lado. La sangre era negra y se llenaba constantemente. Pensó que no debía poner un tubo en un lugar donde ella no veía; y que hasta que le colocara los instrumentos, iba a perder mucho tiempo precioso y era necesario recuperar la saturación de oxígeno. Por eso desistió de intubarla.

Cuando llegó la cardióloga no supo decir si ya estaba en paro porque estaba muy metida en intentar oxigenarla. Pidió la máscara laríngea que es difícil de introducir. Para entonces habían llegado los terapeutas y ya estaba a cargo de todo la cardióloga. Destacó que llegaron rapidísimo, no hubo demora alguna. Le puso la máscara, le pone la bolsa y la empieza a ventilar e inmediatamente recuperando la oxigenación que sube hasta el 99% (ya estaban haciendo el masaje RCP). Al ser interrogada respecto de si concibieron la posible perforación dadas las complicaciones posibles en este estudio y si no se les ocurrió realizar un drenaje de los pulmones con el Abbocath, expresó que no se pensó en un neumotórax, porque el neumotórax a presión se produce por un mecanismo de rotura del pulmón. Que el aire llegó al cerebro, por una embolia gaseosa producida por un traumatismo en el esófago, hay vasos abiertos y si entra aire se produce la embolia gaseosa mencionada. Sin embargo, al momento que ocurría la crisis ello no se lo representaron.

Agregó que cuando retiró el endoscopio Bialolenkier no le dijo nada sobre una posible lesión y/o diagnóstico sobre que ocurrió. Por ello infirió inicialmente que podría tratarse de una reacción alérgica. Frente a las manifestaciones vertidas en su descargo por el endoscopista en cuanto a que él no perforó y que actuó perfectamente ignorando el porqué de la desaturación y que todo lo que ocurrió fue a consecuencia de la actividad de los demás profesionales aclaró Puente que cuando la paciente desatura ya estaba inflada. Que hasta ese momento ella sólo había colocado monitores y cánula nasal) y que cuando le saca el mordillo la paciente ya tenía aire, su piel crepitaba y que

USO OFICIAL



eso se lo hizo notar a su colega. Esto era evidente para cualquier persona.

En cuanto al cuadro que ocurrió, pensándolo retrospectivamente, concluyó que hubo una perforación en el esófago por donde ingresó aire y que no hay otro lugar por donde entre el aire para pasar al mediastino sino por la lesión y por el aire insuflado del aparato endoscópico. Agregó que la membrana del esófago "es muy finita casi una piel de cebolla a esa altura". Concluyó que el aire provocó el barotrauma al ingresar por ese orificio.

Posteriormente brindo detalles de donde se obtiene el aire del aparato, refirió desconocer de dónde obtiene la máquina el aire que insufla. También aclaró al ver la valija secuestrada y la caña endoscópica, que es nueva, está sin uso y no puede afirmar si es o no la misma que se utilizó durante el procedimiento dado que todos los equipos son iguales no reconociéndolo.

Explicó que una reacción alérgica puede producir cianosis, porque produce inflamación de la glotis y puede desaturar. También agregó que la paciente estuvo todo el tiempo en asistolia, desde el momento en que comenzó el paro, que desde que la dio vuelta entró en paro y nunca salió de éste. El endoscopista luego de sacar el endoscopio comenzó los masajes de RCP para solucionar la crisis, mientras ella intentaba intubarla, pero al estar muy inflada no encontraba la parte anatómica para poder realizarlo. Al intentar realizar la cricotiroidotomía ya estaba la cardióloga y la paciente estaba saturada. Agregó que se trataba de una paciente que si bien estaba en paro como estaba saturada debió "haber salido", pero ahora concluye que ello no ocurrió porque tenía aire en el cerebro.

Con respecto a la inflamación del abdomen y lo informado por el CMF sobre las lesiones que allí tenía (barotrauma, entre otras, por las maniobras de reanimación) dijo no saber si es posible que las mismas fueran provocadas durante la endoscopia. Que no se pensó que la paciente tenía un neumoperitoneo, pensó que el aire estaba dentro del estómago. Que no había ingresado a la paciente hasta ese momento y ella nunca la tocó antes de la desaturación. Para entonces se encontró con una garganta inflamada que le





USO OFICIAL

impedía ver donde estaban las cuerdas vocales por la inflamación y el sangrado. Esa inflamación ocurrió mientras estaba el tubo del endoscopio en el interior de la paciente siendo una posibilidad que el mismo tubo tapara la salida del aire por boca frente a la inflamación de la laringe. Que ella ignora cómo se produjo la lesión en el esófago, pero sí puede afirmar que no era preexistente ya que habría habido una hemorragia visible previa al estudio. Mientras ella estuvo en la sala sólo le puso la máscara laríngea y Botto la entubó y por ello ningún otro elemento pudo haber llegado hasta la zona de la lesión más que el equipo endoscópico. Aclaró que desde que comenzó a intentar saturara nunca aplicó aire a presión, solo por la máscara, la cual se gradúa por la bolsa (control manual, no se suministra aire por otro medio), que la resistencia de la bolsa no es superior a la del pulmón y nunca puede lesionar el mismo. Aclaró también que la máscara no fue la Ambú sino la facial codo-bolsa. Que cuando se logró intubarla se la conecta al respirador que regula la presión y cantidad de aire que ingresa. Está intubada a los pulmones (sino el monitor capnógrafo no registra la cantidad de CO₂), si estuviese mal intubada (al estómago, por ejemplo) el equipo no registra el CO₂. Que no hubo ninguna vía directa que ventilara aire a presión al interior del cuerpo de la paciente (por ejemplo, de la pared). También agregó que el oxímetro que se coloca en el dedo de la paciente estuvo siempre conectado, sino salta inmediatamente la alarma y que es impensado que ello no fuera así, dado que esa es la primera conexión que hay con la paciente y que brinda la información vital sobre su oxigenación. Finalmente, aclaró que una vez puesta la máscara laríngea el aire únicamente puede ir a los pulmones porque bloquea el esófago, así que el intercambio es entre la máscara y los pulmones, pero no con el resto de los órganos.

VALORACIÓN PROBATORIA:

Que llegado el momento de valorar en conjunto los elementos reunidos, entiendo que se encuentra acreditado en autos que la Sra. Débora Denise Perez Volpin ingresó el 5 de febrero del año en curso, a las 19:00 aproximadamente, a la Clínica Trinidad de Palermo, presentando un cuadro de

epigastralgia (dolor abdominal); y, por la evolución del cuadro, se decidió que permaneciera internada.

Le fueron realizados varios estudios de diagnóstico como ser: estudios de laboratorio, ecografía abdominal, Rx de torax, electro cardiograma, tomografía axial computarizada abdominopelviciana y colangio resonancia.

Al día siguiente y pese a contar con el resultado de dichos estudios, no se logró arribar a un diagnóstico, por lo cual la médica clínica Marina Inés Cassella, previo consultarlo con el hepatólogo Dr. Assis, concluyó la necesidad de realizar una video endoscopia digestiva alta (VEDA), lo que así indicó.

Por ello, el Dr. Francisco Benamín López Laplace, gastroenterólogo, realizó en horas del mediodía la consulta de la paciente, considerando que se encontraba apta para realizar el estudio endoscópico y someterse a la anestesia necesaria; lo que comunicó a los terapistas y al Dr. Bialolenkier.

Ahora bien, habiendo quedado claro que la nombrada no presentaba patologías preexistentes de causas inflamatorias, infecciosas, vasculares o neoplásticas idóneas para producir o contribuir a su muerte, tal y como se desprende del informe elaborado por los médicos forenses a fs. 351/412 (punto 3 de las conclusiones); y que de acuerdo a lo expresado en sus correspondientes declaraciones testimoniales por parte de los Dres. Casella y Lopez Laplace resultaba indicado, con el objeto de determinar la patología, que se sometiese a dicho estudio para el cual se encontraba apta, tanto en lo relativo a la endoscopia como a la anestesia; corresponde el análisis de la conducta desplegada por los profesionales a cargo de dicho procedimiento –el médico endoscopista Diego Ariel Bialolenkier y la médica anestesista Nélide Inés Puente– y establecer si es que a sus procederres puede imputársele la muerte ocurrida.

En tal sentido, debe ponerse de resalto, que para analizar los elementos de juicio reunidos en torno al óbito acaecido, debe efectuarse la confrontación de los informes periciales con la vista de las fotografías y el registro audiovisual del cuerpo, y así verificar si es que reflejan





aquello a lo que se hace alusión en los testimonios y en los descargos de los imputados.

Ello así, porque se trata de encontrar una explicación a lo ocurrido a Débora Denís Perez Volpin en las circunstancias de la causa; el cómo y por qué, en los minutos transcurridos entre su ingreso al quirófano en que se haría el estudio, durante su realización e intentos de reanimación, se transformó en el cuerpo hinchado e irreconocible, que en las imágenes obtenidas, yace sin vida sobre la plancha de la morgue judicial.

Con relación a Diego Ariel Bialolenkier entiendo que el descargo por éste efectuado no logra, al menos en esta etapa del proceso, desvirtuar las pruebas que lo incriminan como responsable del fallecimiento de Pérez Volpin.

En concreto, los galenos del Cuerpo Médico Forense señalaron que la causa de la muerte se debió a congestión y edema pulmonar y encefálico, neumomediastino, neumoperitoneo.

Asimismo señalaron que justamente el neumomediastino, el neumoperitoneo y el enfisema subcutáneo son complicaciones conocidas de la realización de procedimientos como la endoscopia digestiva alta.

A su vez se ha comprobado a través de las experticias médicas que la mencionada Pérez Volpin presentó infiltración hemorrágica del esófago desde su inicio hasta 11 cm por debajo, finaliza a 13 cm por arriba del diafragma; a 4,5 cm por debajo de la horquilla epiglotica una solución de continuidad de la mucosa redondeada de 0,3 cm de diámetro que genera una saco submucoso de por lo menos 3 cm con infiltración hemorrágica, acompañando la misma en un area de 5 cm x 3 cm, infiltración hemática con múltiples efracciones lineales de la mucosa ubicadas en la cara anterior de la región faringo esofágica. A su vez se constató en el estómago múltiples efracciones -9- agrupadas, longitudinales, lineales, paralelas entre sí.

En definitiva, se menciona la existencia de una perforación a nivel del estómago con la idoneidad suficiente para que se produzca la salida del gas hacia la cavidad abdominal y generar el neumoperitoneo comprobado en la autopsia.

USO OFICIAL

Indicaron asimismo que cuando ocurre una perforación fluye aire libre del duodeno al espacio retroperitoneal y luego se extiende al hiato diafragmático que causa neumomediastino, neumotorax y cervical enfisema subcutáneo.

Ante dichas evidencias las manifestaciones efectuadas por el imputado en cuanto a que no causó lesión alguna en la paciente y que la lesión o perforación milimétrica hallada en el esófago superior no tiene relación alguna con el endoscopio ni fue causada por él, no resultan verosímiles.

En efecto si bien sostuvo Bialolenkier en su descargo que el estudio endoscópico no tuvo ninguna particularidad ni dificultad y ni tuvo evidencias de perforación endoscópica en momento alguno lo que, de haber ocurrido, hubiese apreciado a través de la punta de la caña del equipo por tener ésta visión frontal del conducto u órgano, lo cierto es que los informes médicos revelaron la existencia de una solución de continuidad transmural (perforación) en el tercio superior -esófago cervical- con extensa hemorragia como signo de vitalidad de la lesión, reconociendo ésta una etiología mecánica como puede ser injuria por presión o barotrauma.

Precisamente dicha perforación fue la que permitió el pasaje de gas al mediastino generando neumomediastino, neumopericardio y neumotorax bilateral con la consiguiente sucesión de los hechos a los que me he referido. De las constancias médicas y los informes de los expertos no surge que hubiese existido en el caso otra explicación al cuadro que en definitiva presentó la víctima.

Por otra parte Bialolenkier centró su defensa en que no es factible provocar una lesión con el endoscopio dadas sus características, ya que dicho instrumento posee una punta roma y su caña es de material flexible; asimismo que el aire que el equipo libera no puede provocar ese nivel de lesiones. Así, al momento de prestar declaración indagatoria, realizó una demostración del funcionamiento del aparato al serle exhibida la caña del endoscopio. De allí, y tal como con posterioridad graficó el Actuario en su informe de fs. 825/826 -habiendolo examinado a mí vez-, surgen con claridad y distinción las características del instrumento secuestrado pudiendo apreciarse que en su primer tramo la punta de la





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

caña es rígida y dura, y que si bien el extremo es plano, presenta una protuberancia de aproximadamente 4x2 mm con ángulos rectos.

Así, en oposición al descargo del imputado en cuanto a la supuesta imposibilidad de perforación con el aparato de endoscopio por su flexibilidad, lo cierto es que en los consentimientos informados justamente se hace saber que el riesgo de tal procedimiento es la perforación y la hemorragia. En consecuencia, existiendo dicha posibilidad –informada previamente– y aún cuando ella fuera mínima Bialolenkier debió representarsela. Mal puede concebirse, entonces, como imprevisible para éste la contingencia de la posible perforación.

Por otro lado, aun cuando sostuvo que al tener visión frontal el aparato puede visualizar en el monitor su avance durante el procedimiento, en base a los elementos ya reseñados, entiendo que la violación al deber de cuidado por parte del nombrado profesional ha radicado justamente en no haber advertido ni tratado la efracción producida de la mucosa esofágica, que desencadenó el pasaje de gas al mediastino dando lugar al neumomediastino, neumopericardio y neumotórax bilateral, ello a pesar de resultar un riesgo propio del procedimiento, de contar con los elementos que le permitían visualizar dicha lesión, y de haber presentado la paciente los síntomas propios que indicaban que era esa la causa de su dificultad para distender los órganos que pretendía estudiar, así como del colapso final de la paciente. De haber obrado con la diligencia y los conocimientos que según las reglas de su arte le son exigibles, el desenlace final investigado pudo haber sido evitado.

Sostuvo también el imputado que de haber existido una perforación durante el procedimiento endoscópico el aire debería haber salido por la boca o el ano, no pudiendo ingresar por esa perforación milimétrica; y sin embargo ello se contrapone con lo informado por los galenos del Cuerpo Médico Forense, quienes indicaron que si bien la salida de aire por la boca es una de las vías posibles ello no descarta que un gas atravesase un organo perforado lo cual ha sido comprobado en el estudio histopatológico como barotrauma.

USO OFICIAL



Como ya se adelantó, los galenos del Cuerpo Médico Forense hicieron mención a que el neumomediastino, el neumoperitoneo y el enfisema subcutáneo son complicaciones conocidas después de la realización de procedimientos como la endoscopia digestiva alta encontrando explicación fisiopatológica de estas complicaciones dada la relación directa a las conexiones anatómicas entre las fascias profundas del cuello, mediastino y retroperitoneo, e insuflaciones de aire continuo durante el procedimiento endoscópico. Explicaron que cuando ocurre una perforación, el aire fluye libre causando neumodiastino, neumotórax y cervical enfisema subcutáneo.

También he de destacar que si bien el Dr. Bialolenkier afirmó en su relato haber ingresado sin dificultad a la cavidad esofágica de la paciente, progresando hacia la cavidad gástrica para, luego de insuflar un poco más de aire, progresar al bulbo duodenal y de allí, mediante maniobras endoscópicas, a la segunda porción duodenal donde notó cierta dificultad en la distensión del órgano que requirió mayor insuflación, lo cierto es que no existen elementos probatorios tales como testimonios o registros digitales del procedimiento que pudieran convalidar tales aseveraciones, esto es que efectivamente haya llegado hasta la segunda porción del duodeno de la paciente, como alega.

En conclusión, la defensa del imputado se basa en las siguientes premisas: que el equipo endoscópico, por su flexibilidad, es incapaz de realizar la perforación hallada en la cara anterior del esófago de la paciente; que no produjo ninguna lesión; que el exceso de aire –insuflado por el aparato– debió salir por la boca o el ano; que el estudio se desarrolló sin ninguna dificultad hasta la descompensación de la paciente; y que existe la posibilidad que la desaturación de oxígeno haya sido consecuencia de un reflejo vaso-vagal.

En este sentido ninguna de esas teorías tiene un correlato con las constancias del legajo.

En primer término, el equipo endoscópico sí es capaz de producir una lesión. De hecho, aunque remotamente probable, casi la única causa de complicación sería que este estudio representa, es juntamente la perforación y sangrado





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

del aparato digestivo; lo que así le fue expresamente informado a la víctima al momento de prestar su consentimiento.

En ese sentido es dable remarcar que el único instrumento que ingresó en el cuerpo de la paciente hasta la profundidad donde se encontraron las lesiones fue el endoscopio, no hallándose ninguna en la zona de la garganta (cuerdas vocales, laringe, tráquea o inicio del esófago) que permita aceptar la postura de la defensa en cuanto a que fue otro el instrumental responsable de dichas lesiones. En este plano, la presencia de la perforación en la cara anterior del esófago, tampoco resulta dirimente; dado que, además de que mientras progresa la punta del endoscopio debe insuflar aire porque sus paredes se encuentran naturalmente colapsadas, el extremo de este equipo –que es de un material duro y remata una caña que puede ser mantenida en una posición rígida, incluso a noventa grados o en “U” por su operador, como lo demostró el propio Bialolenkier durante el acto de su indagatoria– tiene una capacidad de maniobra tal que fácilmente puede tocar, rozar y lesionar indistintamente cualquiera de las paredes esofágicas.

El argumento en cuanto a que, según las reglas de arte de la especialidad, el instrumento ingresa siguiendo la parte posterior del esófago –de allí que no podría perforar la cara anterior–, olvida que precisamente, se atribuye al imputado no haber obrado en el caso concreto según las reglas de su arte.

Por otro lado, la simple observación de la punta de la caña del equipo endoscópico permite advertir una protuberancia con ángulos rectos, que contemplada la dureza del extremo, de ser manipulado incorrectamente, aparece como idóneo, tal como fue señalado por los señores médicos forenses en su informe, para producir una lesión como la que se halló en la paciente y por donde, a consecuencia del aire insuflado más la diferencia de presión positiva y negativa que existe en el tracto digestivo y la cavidad torácica respectivamente, el aire inevitablemente ingresó en esta última con el resultado remarcado en las conclusiones de los peritos.

USO OFICIAL



Sumado a ello, entiendo que corresponde descartar de plano el argumento en cuanto a que el aire insuflado por la vara endoscópica no pudo ingresar en la lesión del esófago —ya que debió escapar por la boca o el ano—, de tener en cuenta el grado de inflamación de la zona de la laringe y el sangrado existente, además de la referida presión negativa que existe en la cavidad torácica (que absorbe el aire que pasaba por la lesión del esófago) y que evitaron que el exceso de aire insuflado pudiera salir por la boca y se concentrara en el estómago y el tórax con las consecuencias ya señaladas sobre el cuerpo de Débora Pérez Volpin.

Asimismo, descreo del descargo del imputado en cuanto que el ingreso al cuerpo de la fallecida haya sido sin dificultad. Del propio registro que realizó en la historia clínica remarcó que progresó “con distensibilidad dificultosa del tracto digestivo” (página 5), para luego, en un nuevo registro efectuado con posterioridad a haber conversado con otros profesionales de su especialidad, volcar que ingresó sin dificultad. Esta importante discrepancia en sus propios registros oficiales, me permiten concluir en que el estudio no se desarrolló con la normalidad y facilidad que intenta ahora esgrimir en su defensa.

Es que según esa “facilidad”, no se explica la perforación ni las demás lesiones mecánicas que presentó el esófago de Pérez Volpin y de que da cuenta la autopsia practicada.

Y finalmente, las pruebas reunidas no avalan la teoría en cuanto a que la desaturación de oxígeno en sangre de la víctima haya sido como consecuencia de un reflejo vasovagal; puesto que, de ser así, no se explica por qué ni bien la anestesista advierte la abrupta desaturación, la paciente ya presentaba la piel crepitante, inflamación abdominal, cianótica, con labios y ojos hinchados y con abundante sangrado y secreciones. Ello porque ninguno de esos síntomas se corresponde con la hipótesis planteada por la defensa.

Más aún, aunque consideráramos como hipótesis de estudio válidas las desprovistas teorías de la defensa, el imputado no ha podido explicar qué causó que una paciente sin ninguna patología previa de relevancia para realizar un estudio de diagnóstico inocuo, durante su supuestamente





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

correcta e inofensiva intervención, a minutos de comenzar, presentara el enorme desmejoramiento en su salud que finalmente terminó con su vida.

En definitiva, concuerdo con la conclusión arribada en los informes periciales realizados y considero que el imputado, como consecuencia de un incorrecto manejo del equipo a su cargo, produjo una lesión de tipo instrumental endoscópico en la vía digestiva, que generó el paso de aire a presión en la zona del tórax –lo cual no advirtió ni trató en tiempo oportuno– provocando un barotrauma que derivó en una congestión y edema pulmonar que llevó a la falla cardíaca final de su paciente.

Con relación al accionar de la Dra. Nélica Inés Puente surge de las constancias obrantes en autos que ésta advirtió tardíamente el cuadro que presentaba Pérez Volpin, y en el que había entrado en razón del proceder previo del endoscopista Bialolenkier; y que dicha demora y su posterior desempeño contribuyó al desenlace final luctuoso, verificándose en ese resultado tal infracción al deber de cuidado antes aludido.

En efecto, de las pruebas arrojadas y el propio descargo de la imputada surge que para cuando ocurre la caída de saturación de oxígeno y es interrumpido el procedimiento de la endoscopia, Pérez Volpin ya presentaba enfisema facial, crepitación en la piel y sangrado en la zona de la laringe.

De esta manera surge claramente que Puente durante los minutos previos a ello obvió controlar en forma constante el estado de la paciente, advirtiendo la desaturación de oxígeno recién una vez que el equipo multiparamétrico hizo sonar su alarma. Por ello considero que la médica, confiada en que se trataba de un estudio de rutina en el cual estadísticamente no se registran complicaciones, desatendió los signos vitales de su paciente, recostándose en el equipo que la monitoreaba.

Sin embargo, es precisamente función de la médica anesthesióloga no sólo la elección del método más conveniente para evitar dolor durante el procedimiento sino también velar continuamente por las condiciones físicas de paciente durante todo el tiempo que se prolongue la práctica.

USO OFICIAL



Por su lado Puente en su descargo señaló que a posteriori de observar el oxímetro y advertir la desaturación, notó que la paciente estaba hinchada y que al colocarse en la cabecera de ésta la percibió cianótica y ya no respirando, con el labio y el ojo hinchado; y, atribuyéndole ello a una posible reacción alérgica, ordenó el suministro de un corticoide (dexametasona).

Ahora bien, resulta atendible que en los primeros segundos de advertir -tardíamente- la desaturación de oxígeno, su primera reacción fuera chequear la correcta colocación del dedal del oxímetro; y que, descartada una anomalía en ello y al comprobar la fisonomía alterada de la paciente, pudiera atribuirle el cuadro a una posible reacción alérgica. Sin embargo, al constatar inmediatamente que al tacto su piel "crepitaba" (presencia de aire debajo de su piel) y había sangrado en su cavidad bucal, no resulta excusable que no se hubiera representado que se hallaba frente a una perforación del tracto digestivo; riesgo propio del procedimiento, tal como así le fue informado a la paciente previamente.

Frente a ese cuadro, Puente señaló que, con el objetivo de recuperar la saturación de oxígeno en sangre, optó por colocarle una máscara facial con una bolsa lo cual resultó infructuoso, por lo que intentó intubarla, lo que no le fue posible dado lo alterado de su fisonomía y a la presencia de sangre y secreciones las que le impedían visualizar las dos cuerdas vocales para poder intubar en forma segura, por lo que decidió suministrarle aire por medio de una máscara laríngea.

Sobre esta circunstancia es dable advertir lo alegado en cuanto a que la deformación de la anatomía de la zona de la laringe, impidió a la anesthesióloga intubar y así asegurar que el aire que ingresara fuera únicamente a los pulmones y no al resto de las cavidades del cuerpo. Esta situación anómala se mantuvo hasta que supuestamente logra recuperar la oxigenación al colocarle una máscara laríngea, y el arribo Dr. Botto quien, en menos de un minuto y medio, logró intubar a la paciente y oxigenarla debidamente. De la declaración de éste último surge que para ello utilizó un



“laringoscopio de adulto”, es decir, no se trataba de un instrumental especial o exclusivo.

El descargo en cuanto a que la máscara laríngea correctamente colocada bloquea la tráquea y asegura la llegada de oxígeno a los pulmones para contrarrestar que hubiera introducido más aire al cuerpo de la occisa, pone en tela de juicio el minuto en que se optó por la colocación de aquella, pues reconoció que hasta ese momento utilizó una máscara facial con una bolsa.

De ello deriva considerar que, ante la imposibilidad de intubar, Puente utilizó una opción que, si bien permitió el ingreso de aire al cuerpo, no lo hizo a los pulmones, sino que habría agravado el cuadro de barotrauma que ya había iniciado el endoscopista al perforar la pared del esófago, extendiéndolo a otras partes del cuerpo.

Por ello, resulta de suma relevancia confrontar su relato con las imágenes del estado del cuerpo que llegó a la Morgue Judicial, y corroborar que el grado de deformación que este presentaba sólo puede ser producto de un indebido ingreso de aire que no logró escapar por los orificios del cuerpo. Cabe resaltar al respecto que los únicos dos médicos que ingresaron en el cuerpo de Pérez Volpin fueron primero Bialolenkier (perforando el esófago a la vez que insuflaba aire) y luego Puente “bolseando” aire.

Mas dejada a un lado la cuestión en cuanto a si con su accionar adicionó aire al ya liberado por Bialolenkier en las cavidades del cuerpo de la paciente y que junto con la perforación del esófago, determinó los barotraumas y enfisemas hallados en la autopsia –lo cual tanto ella como el endoscopista niegan haber causado con su accionar–, es importante señalar que hasta la llegada del Dr. Botto, la única médica (por su especialidad) responsable de recuperar la oxigenación de la paciente, era la aquí imputada.

En consecuencia, devine relevante repasar lo descrito en las declaraciones testimoniales (a las cuales ya hice referencia y me remito) brindadas por los distintos profesionales que fueron al auxilio de la crisis suscitada, quienes en su totalidad señalaron que al ingresar al quirófano en forma consecutiva y secuencial se encontraron con una paciente edematizada, en paro cardio respiratorio

USO OFICIAL

(asistolia), con secreciones sanguinolentas por boca y narinas, y que mientras el endoscopista se encontraba en un costado guardando el endoscopio sin brindar ninguna información o diagnóstico que permitiera a la cardióloga o terapistas conocer las causas de dicho cuadro, la anestesista intentaba (sin éxito en el tiempo necesario) intubar y oxigenar a la paciente.

Esos testimonios me llevan a descreer de la diligencia y celeridad en la toma de decisiones en el momento crítico que en su descargo se arroga Nélide Inés Puente.

Es que al revisar el testimonio de Cinthia Daniela Gazzano (fs. 672/5) surge que ingresó al quirófano cuando Pérez Volpin, según se le informó, hacía quince minutos que se encontraba en paro, que fue ella la que sugirió a Puente - que intentaba intubarla sin éxito- probar con otro manejo de la vía aérea ofreciéndole la colocación de una máscara laríngea, que en el momento en que colocan este instrumento, la línea de base del monitor indicaba 53% de saturación de oxígeno de la paciente, que luego llegó al 100%.

Al no encontrar motivos para descreer de esta profesional -quién además, al ver a la paciente, en lo primero que pensó fue en un sangrado producto de la endoscopia, a lo que le contestaron que no-, no puedo dejar de señalar que de sus dichos deriva que la imputada, no solamente no pudo ejecutar una intubación que otro médico, con el mismo grado de dificultad, logró inmediatamente, sino que como alternativa, demoró incluso la colocación de la máscara laríngea que según sus propias explicaciones en declaración indagatoria, al bloquear la tráquea, aseguraría que el aire pasase a los pulmones y la oxigenara, en lugar de a las cavidades del cuerpo como ocurrió en su manejo de la paciente hasta ese momento, lo cual debió advertir y no hizo en tiempo oportuno para salvar su vida.

Por ello, doy crédito al informe pericial que establece la secuencia de los sucesos donde señala que puede advertirse que tras la desaturación advertida por la anestesista le siguió enfisema subcutáneo ascendente de tórax, cuello y cara, aumento de la presión de la vía digestiva que produjo efracciones múltiples de la mucosa gástrica por distensión, pasaje de gas a la cavidad



conformando un neumoperitoneo. En ese tiempo se produce la infiltración hemorrágica del epiplón menor, líquido serohemático libre en cavidad peritoneal por pasaje desde el estómago lesionado siguiendo la vía de pasaje que lo hiciera el gas evolucionando al paro cardio respiratorio.

En definitiva, tras volver la mirada sobre las imágenes de Débora Denise Pérez Volpín obtenidas en la morgue judicial y el informe de su autopsia, concluyo en que la secuencia informada por los Sres. Médicos Forenses se encuentra explicada en las secuelas que presentó el cuerpo y en los testimonios recabados. Asimismo, que ni las impugnaciones ni los descargos incorporados ofrecen otra explicación plausible al cuadro que presentó la víctima, por lo que no justifican en términos de pertinencia y utilidad, diferir este pronunciamiento y, en consecuencia, considero reunidos los requisitos para el dictado de este auto que no requiere que la instrucción se encuentre "completa".

Es por ello que concluyo en que fue aquel incorrecto manejo instrumental ocurrido durante los primeros minutos del procedimiento por parte del Dr. Diego Ariel Bialolenkier, sumado al incorrecto y demorado proceder a posteriori de la Dra. Nélide Inés Puente, los que, con la probabilidad de la etapa (art. 306 del C.P.P.) determinaron el fatal resultado acontecido.

Consideraciones finales:

Entiendo que las constancias arrojadas en el transcurso de la encuesta instructoria, valoradas a la luz de la sana crítica racional (artículos 241 y 263 "in fine" del ordenamiento ritual), permiten tener por acreditada la materialidad del hecho investigado y la participación y consecuente responsabilidad que le cupo a los imputados, por lo que se impone el dictado de auto de procesamiento, en orden al hecho por el cual fueron intimados (artículo 294 de dicho plexo legal), temperamento que no requiere certidumbre apodíctica acerca de la materialidad, autoría y responsabilidad criminal, sino probabilidad (*cfr. Francisco J. D'Albora, "Código Procesal Penal de la Nación", pág. 528 y ss., Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2009*).

En efecto, sobre el alcance del temperamento adoptado, cabe destacar que "...cuando se ordena un

USO OFICIAL



procesamiento, no se emite más que un juicio de probabilidad donde los elementos afirmativos deben ser francamente superiores a los negativos. Es decir, ni definitivos ni confrontados sino suficientes para producir probabilidad y orientar el proceso hacia la acusación" (C.N.Crim.y Correc.Fed., c. 19.665, "ALMADA, Ramon B. S/ procesamiento", rta: 14/02/03).

En el mismo sentido, explica Clariá Olmedo que "...se trata de la valoración de elementos probatorios suficientes para producir probabilidad, aún no definitivos ni confrontados, pero que sirven para orientar el proceso hacia la acusación, vale decir, hacia la base del juicio..." (cfr. "Derecho Procesal Penal", año 1984, Tomo II, pág. 612, Ed. Marcos Lerner). Mientras que, en palabras de Julio B. J. Maier "...Si convencionalmente, llamamos certeza positiva o probabilidad positiva a aquella que afirma el hecho imputado (sus elementos determinantes) y, al contrario, certeza negativa o probabilidad negativa a aquella que se exige a aplicar como inexistente el hecho imputado... es correcto afirmar que sólo la certeza positiva permite condenar y que los demás estados del juzgador respecto de la verdad remiten a absolución, como consecuencia del in dubio pro reo. Adviértase, sin embargo, que ello sucede en la sentencia, pues, durante el transcurso del procedimiento algunos actos y decisiones intermedias exigen tan sólo un fundamente de menor grado: por ejemplo, la decisión que autoriza el encarcelamiento preventivo (auto de procesamiento, de calificación provisional de los hechos o de prisión preventiva según los diferentes códigos) sólo reclama la llamada probabilidad positiva acerca de la imputación; el sobreseimiento parece partir, en principio de la certeza negativa y admitir, incluso, la probabilidad negativa o la duda una vez agotada la investigación, por esta razón, en cambio, la probabilidad positiva funda el progreso de la persecución penal y, por ello, basta para la acusación y la remisión a juicio..." (cfr. Derecho procesal penal, Tomo I, "Fundamentos", Editores del Puerto S.R.L., año 1999, pág. 496).

Y es que, a decir de Alfredo Vélez Mariconde, mediante el auto de procesamiento se pretende habilitar el





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

USO OFICIAL

juicio, teniendo en cuenta que *“el procedimiento oral es infinitamente superior al escrito porque asegura en máximo grado la inmediación, es decir, un contacto directo y simultáneo de los sujetos procesales con los medios de prueba en que deben basarse la discusión plena de las partes y la decisión definitiva del juzgador...la inmediación es un principio lógico que debe primar siempre que sea posible, la oralidad es la forma o el procedimiento de investigación que permite realizar mejor la inmediación, porque la palabra hablada es la manifestación natural y originaria del pensamiento humano, así como la forma escrita es una especie de expresión inoriginal o mediata del mismo, tanto que cuando la segunda es admitida, el acta se interpone, por así decirlo, entre el elemento de prueba (p.ej.: testimonio) y el Juez (de sentencia) que debe valorarlo...”* (vid. *“Derecho Procesal Penal, 3° ed., 2° reimpresión, actualizada por los Dres. Manuel N. Ayan y José I. Cafferata Nores, t. I, pág. 419, Marcos Lerner Editora, Córdoba, 1986*).

Aclarado ello, considero que el tipo culposo no individualiza la conducta por su finalidad, sino por la forma en que esa finalidad se obtiene, que es violando un deber de cuidado; aquí lo que se sanciona es la forma en que la finalidad se obtiene, ecuación que resulta de comparar el comportamiento realizado con el comportamiento debido, verificando en la especie la falta de sujeción de la conducta del autor a los niveles o estándares reguladores que la actividad exige (R. Chia, *“Responsabilidad penal médica”, 1° ed. 2006*).

Hay que verificar si los médicos actuaron en forma diligente -han empleado los medios mandados por su arte- o si, por el contrario, no lo han hecho, frente a lo cual estaremos en condiciones de afirmar que existe efectivamente un disvalor de acción. Por ello, corresponde constatar si respetaron o no la pauta de comportamiento cuidadoso que les era exigida en el caso concreto. Y, de esta forma, determinar si las conductas de los autores generaron un riesgo por encima del permitido, que pueda tomarse como nexo causal entre la conducta y el resultado.

Aquí los profesionales no sólo actuaron en infracción a las normas de cuidado que el caso les imponía y



que le eran exigibles en la situación concreta, además ese obrar causó un resultado típico.

Para determinar entonces si a los médicos aquí imputados se les puede formular un reproche de culpabilidad, debemos evaluar si hubiera podido evitar el resultado típico.

Si bien la prestación médica es una obligación de medios y no de resultados, tales medios deben ser aplicados de conformidad con reglas técnicas y éticas cuya violación puede configurar una conducta penalmente reprimible. Los médicos deben actuar con la celeridad, precaución, y con todos los recursos disponibles que la emergencia requiera, no violando ese deber de cuidado (Cam. Apel. Crim. Concepción del Uruguay, 28/9/00 "M.Z s/dcia.").

Así, contemplándose el aspecto subjetivo por el deber de previsión del resultado, como consecuencia de sus conocimientos generales y específicos como médicos, que los obligan a actuar de otra forma. El resultado de los delitos culposos integra el tipo. (CNCC, Sala I, 27/2/91 "Z.,A. s/h").

La evitabilidad debe determinarse sobre la base de criterios generales, basados en la pregunta que debe hacerse un miembro consciente y sensato del grupo de profesionales del arte de curar, cuando constata la ausencia de condiciones para ejecutar adecuadamente el tratamiento correspondiente; su actuar infringe el deber de cuidado si no entrega al paciente al médico especialista, siendo que el exceso de autoestima es causal de violación de dicho deber (CNCC, Sala I, 20/4/93 "P. de S., C.C." LL 1993-D-521. En este supuesto, la Dra. Puente frente a su incapacidad de hacer lo que correspondía (asegurar la vía aérea en forma debida y segura por medio de la intubación), debió convocar colaboración o bien requerir instrumental más específico aún del que contaba; cosa que recién sucedió 16 minutos después (aproximadamente) de iniciada la crisis cardiorespiratoria de la paciente.

En otro orden de ideas, afirmo la posición de garante en que se encontraban ambos profesionales por cuanto existe una estrecha relación ente ellos (como obligados) y el bien jurídico que deben proteger, toda vez que en ellos estaba el control de la situación. Las conductas precedentes





los colocaron en la obligación de garantizar que hicieran lo necesario para disminuir el riesgo que su injerencia en los intereses de la paciente ha generado por su acción u omisión. De esta forma, quien da comienzo a una intervención debe ponerle fin satisfactoriamente, o si ha puesto a la paciente en situación de empeoramiento provisorio, debe sacarla de ese estado (M. Teragni, "El delito culposo en la mala praxis médica", 2da. Ed., Rubinzal-Culzoni Ed., 2014, pág. 136)

En términos generales, el médico siempre está en posición de garante cuando a su cargo está el tratamiento; y resta sólo comprobar si con su conducta omisiva ha creado o aumentado el peligro en que se hallaban la salud o a vida de la paciente, y si esa misma creación o elevación del riesgo se ha traducido en una consecuencia desfavorable. Es decir, si el resultado se produce por falta del comportamiento que pudo evitarlo.

La responsabilidad médica, derivada de una actuación en equipo, es personal; pero, por las características de este estudio de diagnóstico, es necesario analizar la división de las competencias y tareas, para así poder concluir en una eventual responsabilidad. De esta forma fue aclarado qué funciones desempeñaban los médicos aquí señalados y cuál fue su contribución en el desarrollo del estudio.

La anestesista tuvo a su cargo el cuidado preoperatorio de la paciente y la preparó para la anestesia (sedación). Como también la vigilancia y control de las funciones vitales de la paciente durante y después de la intervención. Así el control de la oxigenación de la paciente era responsabilidad del anestesista; quien, en este caso recién advirtió la desaturación que estaba sufriendo su paciente cuando el monitor multiorgánico se lo indicó mediante la alarma correspondiente.

Por su parte, al endoscopista le competía ocuparse de todos los aspectos del preoperatorio, independientes del acto anestésico y él decide sobre si, dónde, cómo y cuándo realizará la intervención.

Es decir, estamos en presencia de dos profesionales especialistas de igual jerarquía y, por ello, ante el

USO OFICIAL

resultado dañoso que aquí nos trae a estudio, se debe determinar la responsabilidad de cada uno.

Tal como se desprende, mientras el gastroenterólogo es responsable por la planificación y ejecución de la endoscopia, la anestesista lo es por la planificación y ejecución de los procedimientos de insensibilización (sedación), así como por la vigilancia del correcto mantenimiento de las funciones vitales.

Aquí se presentan objeciones en las actuaciones de ambos profesionales desde el punto de vista técnico por apartarse del cuidado debido que les era exigible, tal como así fue manifestado en el párrafo que antecede.

No se reprocha a los profesionales sólo por lo que hicieron, sino por lo que deberían haber realizado. Si su comportamiento fue acorde con el deber de cuidado que le era exigible; y, la existencia de un nexo entre el comportamiento que desconoce ese deber objetivo de cuidado y el resultado penalmente relevante. Habiéndose verificado que el riesgo jurídicamente desaprobado se realizó en el resultado, por cuanto no sólo se ha comprobado la existencia de un nexo causal, y que ese riesgo permite explicar el acaecimiento del resultado.

Cuando se enjuicia un fracaso médico, siempre parece escaso o inadecuado el tratamiento, más hay que tener en cuenta que la ley no castiga el acto imprudente -o negligente- en sí mismo, sino cuando ha ocasionado un resultado delictivo imputable a título de culpa y dicho resultado se halla en relación de causa a efecto con la acción u omisión reprochada (CNCC, Sala IV, 31/5/90 "C., O. s/homicidio culposo" LL, 1991-C-260)

La responsabilidad penal para el autor de un homicidio culposo por vía de la mala praxis demanda la plena comprobación de un nexo de causalidad entre la muerte ocurrida y aquello que fuera ejecutado u omitido por el inculpado. La mala praxis es una intervención y tratamiento no apropiado para el caso concreto, que genera riesgos innecesarios, sea por torpeza o falta de previsión. Como consecuencia de tales fallas de la ciencia o el arte, se pueden producir complicaciones de difícil o imposible control



posterior, que no debieron producirse de haberse aplicado la metodología correcta.

Los profesionales deben poseer un caudal de preparación necesario para emplear la técnica de curación adecuada, evitando daños -entre otros- por ignorancia, omisión de cuidado, falta de diligencia o de pericial. Por ello concluyo que el comportamiento no fue el debido objetivamente para evitar el peligro según las particularidades del caso. En ese marco, el reproche penal surge por no haber sido suficientemente cuidadosos, diligentes y precavidos.

Calificación legal:

Analizando ya si la calificación legal que corresponde asignarle a la conducta que le es reprochada a los imputados, considero que ésta encuadra en un todo en lo previsto y penado por el art. 84 del Código Penal de la Nación.

En efecto, se ha comprobado (con el grado de convicción que este estadio requiere) el nexo de causalidad entre la muerte ocurrida y aquellas conductas reprochadas a los doctores Bialolenkier y Puente, quienes debieron actuar con la celeridad, precaución y recursos disponibles que la emergencia (provocada) requerida.

En este caso, son responsables por el resultado lesivo a título de culpa, al violar el deber de cuidado que les era exigible, por haber causado y contribuido a aumentar el riesgo para la paciente, que pudo ser evitado o al menos solucionado.

Asimismo, en razón a la división de tareas que les era asignado dado las características del estudio y la especialidad de cada profesional, ambos deben responder en calidad de co-autores atendiendo a las acciones indebidas que les son achacadas y a las cuales ya me referí oportunamente.

MEDIDAS CAUTELARES:

Embargo:

Con el dictado de la presente resolución corresponde disponer el embargo sobre los bienes de/los indagado/s "(...) en cantidad suficiente para garantizar la pena pecuniaria, la indemnización civil y las costas" (art. 518 del C.P.P.).

USO OFICIAL



Para ello, tal como así lo entendió la jurisprudencia (vgr. CCrim.Correc. Sala I, causa N° 29.449, "Guevara, Martín s/art. 94 C.P.", Rta. 28/09/06 y CCrim.Correc. Sala I, causa N° 39.878 "Juan José Quiroga s/art. 94 del C.P.", Rta. 01/09/09; entre otros) corresponde detallar el monto de cada ítem que integrará la suma final que más adelante decretaré.

Así pues, estimo que:

a) con relación a la eventual indemnización civil, se fija la suma de UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL de PESOS (\$1.200.000).

b) las costas consisten, conforme el art. 533 del C.P.P., en: la tasa de justicia -art. 6 ley 23.898 y Res. N° 498/91 de la C.S.J.N.; los honorarios profesionales de los abogados y peritos y los demás gastos que se hubieran originado por la tramitación de la causa, que se fija en la suma de a la suma de QUINIENTOS MIL PESOS (\$ 500.000).

Por todo ello, se fijará como monto de embargo el total de UN MILLÓN SETECIENTOS MIL PESOS (\$ 1.700.000).

Libertad provisoria:

El derecho constitucional de "permanencia en libertad durante la sustanciación del proceso penal", emanado de los arts. 14, 18 y 75 inc. 22 de la C.N., sólo puede ceder en situaciones excepcionales y cuando el Tribunal considere que existen causas ciertas, concretas y claras, en orden a que los imputados eludirán la acción de la justicia (art. 280 del C.P.P.).

Es decir, que debe valorarse necesariamente las pruebas que le permitan presumir la existencia de "peligro en la demora". De ahí que, entre los caracteres de las medidas privativas de la libertad, se encuentren la necesidad de un mínimo de prueba, la interpretación restrictiva, la subsidiaridad de la medida y el favor libertatis, con fundamento en la previsión constitucional antes citada.

Se debe atender a las circunstancias objetivas y ciertas que, en el caso concreto permitan formular un juicio sobre la existencia del peligro que genera la necesidad de la medida de coerción.

Existe el deber de comprobar la existencia del peligro concreto en el caso concreto por cuanto se requiere



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO NACIONAL EN LO CRIMINAL Y CORRECCIONAL NRO. 57
CCC 7520/2018

la comprobación efectiva de las circunstancias concretas, objetivas y ciertas, en un caso particular y respecto de cada imputado, que indiquen la existencia probable del peligro procesal.

Por ello, la gravedad del delito no justifica por sí sola una prisión preventiva, sino que deben evaluarse otros elementos (C. 5472 - "M., A.M.L. s/ recurso de casación e inconstitucionalidad" - CNCP - Sala III - 22/12/2004).

En este sentido, la escala penal impuesta para la figura típica imputada, la valoración objetiva de las características del hecho, las condiciones personales de los imputados, la participación activa de ambos en el seguimiento del proceso y la comparecencia de los mismos ante el llamado del Tribunal, me permiten concluir que ni Bialolenkier ni Puente intentaran eludir la acción de la justicia o entorpecer las investigaciones (art. 312 y 319 "a contrario sensu" del C.P.P.).

En fe al criterio esbozado con anterioridad, conforme las previsiones de los arts. 306, 307, 308, 310 y ctes. del C.P.P., es que entiendo que corresponde y es por ello que así;

RESUELVO:

I) DECRETAR el PROCESAMIENTO SIN PRISIÓN PREVENTIVA de Diego Ariel BIALOLENKIER, cuyas demás condiciones personales obran en autos, por considerarlo *prima facie* coautor penalmente responsable del delito de homicidio culposo (art. 84 del C.P.) por el cual fue indagado.

II) Trabar EMBARGO por sobres los bienes y/o dinero del procesado Diego Ariel BIALOLENKIER hasta cubrir la suma de UN MILLÓN SETECIENTOS MIL PESOS (\$1.700.000).

III) DECRETAR el PROCESAMIENTO SIN PRISIÓN PREVENTIVA de Nélide Inés PUENTE, cuyas demás condiciones personales obran en autos, por considerarla *prima facie* coautora penalmente responsable del delito de homicidio culposo (art. 84 del C.P.) por el cual fue indagada.

IV) Trabar EMBARGO por sobres los bienes y/o dinero de la procesada Nélide Inés PUENTE hasta cubrir la suma de UN MILLÓN SETECIENTOS MIL PESOS (\$1.700.000).

V) A las medidas probatorias solicitadas por la defensa, encontrándose delegada la dirección de la pesquisa

USO OFICIAL



en manos del Ministerio Público Fiscal en los términos del art. 196 del C.P.P., firme o consentido que sea el presente, remítanse allí las presentes actuaciones a sus efectos.

Tómese razón y notifíquese.

(PRS)Carlos Bruniard

Juez

Ante mí:

Oswaldo Gonzalo Vázquez

Secretario

En la misma fecha se libraron cédulas a la querrela y defensas. CONSTE.

Oswaldo Gonzalo Vázquez

Secretario

Gabrieliezzi.com

En del mismo notifiqué a la Sra. Fiscal. DOY FE.

Oswaldo Gonzalo Vázquez

Secretario

