

Prueba De La Mala Praxis Operacion De Cataratas Virus Hospitalario

DOMINGO, 10 DE ENERO DE 2021

JURISPRUDENCIA

Prueba de la mala praxis. Operación de cataratas. Virus hospitalario En el marco de un juicio por mala praxis médica, se confirma la sentencia que rechazó la demanda pues no se ha logrado acreditar debidamente la mala praxis invocada en la demanda. En Buenos Aires, Capital de la República Argentina a los 24 días del mes de febrero de dos mil diecisiete, reunidos en acuerdo los Sres. Jueces de la Excm. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala ?F?, para conocer en los autos del epígrafe, respecto de las cuestiones sometidas a su decisión, a fin de determinar si es arreglada a derecho la sentencia apelada. Practicado el sorteo correspondiente resultó el siguiente orden de votación: Sres. Jueces de Cámara Dres. GALMARINI. ZANNONI. POSSE SAGUIER. A las cuestiones propuestas el Dr. Galmarini dijo: I.- El actor solicitó la indemnización de los daños y perjuicios derivados de una supuesta mala praxis en la atención médica recibida de parte del codemandado Pablo Rivera. Relató que, con motivo de padecer cataratas en el ojo izquierdo, fue intervenido quirúrgicamente por el codemandado Rivera el día 11 de junio de 2008 en el Sanatorio Franchin. Expresó que el día 13 de junio de 2008 concurrió para un control a ?Construir Salud? donde fue atendido por el Dr. Collado a quien manifestó que se encontraba muy dolorido, sin embargo lo enviaron a su domicilio. Que más tarde comenzó ver borroso y persistía un fuerte dolor. Seguidamente manifestó que más tarde supo ?que se trataba de una infección por un virus adquirido en el quirófano. Afirmó que tanto Rivera como Collado ?no supieron diagnosticar correctamente la infección ni actuar en consecuencia, sin hacer los cultivos ni indicar la medicación correcta para rebatir el cuadro infeccioso?. A continuación sostuvo que el día 14 de junio de 2008 como el dolor era cada vez más intenso concurrió a la guardia del Sanatorio Franchin donde lo atendió el Dr. Rivera quien le indicó antibióticos pero no ordenó ningún estudio para verificar la existencia del virus intrahospitalario. Que le 15 de junio de ese mismo año fue atendido nuevamente por el Dr. Rivera en la Clínica Santa Lucía, donde quedó internado, fue operado de urgencia debido a la magnitud de la infección que padecía y se le extrajo la lente intraocular colocada en la anterior intervención quirúrgica. Luego de ser dado de alta, sostuvo, continuó colocándose gotas en su domicilio, pero dado que seguía con dolor y lágrimas, se le realizaron infiltraciones, sin embargo el dolor persistía. Afirmó que como consecuencia de las complicaciones descritas perdió la visión de su ojo izquierdo. Con fundamento en los hechos antes expuestos el actor demandó a Pablo Rivera, Obra Social del Personal de la Construcción, y Administradora Sanatorial Metropolitana SA?. La Sra. jueza de primera instancia rechazó la demanda, con costas a cargo del accionante. Apeló el actor, quien expresó agravios a fs.787/800, los que fueron respondidos a fs. 802/806, 808/812 y 814/815. II.- Las críticas que formula el actor contra la sentencia de grado se refieren a la falta de condena contra sus contradictores e insiste en su derecho a obtener una indemnización. A tal fin sostiene que la magistrada no habría valorado correctamente el peritaje médico producido en autos. Cuadra recordar que ?para que quede comprometida la responsabilidad del médico por los hechos cometidos en el ejercicio de la profesión, el paciente debe demostrar la culpa en la realización de la atención médica prestada, la existencia del daño que le hubiere sobrevenido a causa de ese hecho y la relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño experimentado, bastando que alguno de esos requisitos falle para que el profesional quede exento de responsabilidad por las consecuencias de su actividad (conf. CNCiv. Sala ?E?, junio 7/2006, ?B., de L. A. N. c/ C., M. y otros?, LL diario 05/09/2006, p. 5, citado en López Mesa, Marcelo ?Tratado de responsabilidad médica?, pág. 161, Legis- Ubijus, Bogotá, Colombia, junio de 2007). He sostenido que el principio aún rector en materia de responsabilidad médica es el de que incumbe a quien ha sufrido un daño acreditar la relación causal entre la actuación del médico y ese daño, y que el profesional actuó con impericia, imprudencia o negligencia (CNCiv. Sala C, noviembre 11/1999, "Arnedo de Camera Marta c/ Heinsius Ricardo Juan y otros s/ daños y perjuicios" L. 271.739; Sala F, septiembre 23/2004, ?Amato Eleonora c/ Guerrieri Claudio Juan s/ daños y perjuicios?, L. 393.530). En el antecedente de la Sala C he recordado que aun entre quienes propician el criterio de las cargas probatorias dinámicas, se ha advertido que en materia de responsabilidad civil de los profesionales del arte de curar no existen presunciones legales -generales- de culpa. Esto significa que no existe una inversión general de la carga de la prueba, de ahí se ha entendido que la regla es que al paciente le corresponde cumplir con el imperativo procesal. Frente a las dificultades que a veces se presentan para lograr esa prueba, en esta materia cobran valor las presunciones (Roberto Vázquez Ferreyra, "Prueba de la culpa medica", p. 112, ed. Hammurabi, Bs. As., 1991), pero, como pone de resalto este autor, esto no significa que el paciente puede adoptar una posición más cómoda en la contienda, pues a él le corresponde probar todos los hechos indiciarios que luego formarán en el juez la convicción que lo lleve a tener por probada -por presunción hominis- la culpa galénica (op. y loc. cit.). Sentado ello, corresponde analizar las constancias obrantes en autos a fin de verificar la concurrencia en el caso de los presupuestos antes referidos. El perito médico oftalmólogo, Dr. Carlos P. Pujó, luego de analizar la documentación obrante

en autos y examinar al actor, sostuvo en primer lugar que la historia clínica del demandante no presenta irregularidades en su confección. Seguidamente informó que, conforme surge de la documentación antes referida la evolución sufrida por el actor fue: cirugía de cataratas en ojo izquierdo el 11/06/2008, evolución posquirúrgica inmediata dentro de la normalidad para este tipo de cirugía, cuadro de endoftalmitis posquirúrgica diagnosticada el 15/06/2008, cirugía de vitrectomía con inyección intravítrea de medicamentos en el mismo día, internación en el hospital Santa Lucía hasta el 26/06/2008 con aplicación de medicación local y sistémica -según obra en la historia clínica del hospital Santa Lucía (fs. 20/41)- (fs. 424). Asimismo señaló que el actor padeció una infección en el ojo izquierdo denominada endoftalmitis post quirúrgica. Que el paciente fue controlado los días 12 y 14 de junio de 2008 con dolor en el ojo izquierdo, sin otros signos que sugirieran una infección y que los signos clínicos compatibles con dicha patología recién se presentaron el día 15 de junio de 2008 cuando el actor fue atendido en la guardia del Hospital Santa Lucía (fs. 424). Con respecto a la causa de la infección el perito sostuvo que la endoftalmitis representa una respuesta inflamatoria grave de los tejidos oculares. Las etiologías pueden ser múltiples, sin embargo el uso y costumbre ha hecho que el término se reserve para denominar de esta forma a las inflamaciones endoculares graves de causa infecciosa... La evolución de estos cuadros en general es grave con compromiso de la visión en forma importante, si bien ha ido mejorando notablemente el pronóstico con la utilización de antibióticos intravítreos y especialmente con la realización temprana de la vitrectomía. Agregó que los tiempos de presentación son distintos de acuerdo al resultado de la ecuación virulencia de los gérmenes, carga infecciosa de los mismos, defensas del organismo, y pueden ser: hiperagudas (en las primeras 24 hs), agudas (entre las 24 hs. y el quinto día posquirúrgico, la más común), sub-agudas (desde el quinto día hasta el día 20 post quirúrgico) y tardías (más allá del mes) (fs. 424 vta.). Con relación a lo afirmado por el recurrente en cuanto sostiene que la endoftalmitis fue provocada por un virus intrahospitalario cabe ponderar que, conforme lo sostenido por el experto, la forma más común de adquirir esta infección en la cirugía de cataratas es por el desarrollo de la infección a partir de los gérmenes presentes en la flora normal de la conjuntiva, párpados y pestañas, los cuales penetran en el ojo durante la cirugía y desarrollan la infección al fallar los mecanismos de neutralización de los mismos producidos por el propio organismo (fs. 424 vta.). Sentado ello el profesional informó que la probabilidad que la infección haya sido contraída en el quirófano es muy alta, siempre que hace falta la cirugía para que se desarrolle dicha infección, pero con respecto a que la vía de entrada sea el instrumental o la falta de asepsia, si bien es posible, la causa más común en forma contundente, es la presencia de los gérmenes como la flora normal de la conjuntiva y párpados y desde allí contaminan la cámara anterior en el momento de la cirugía (en el 40% de las cirugías) y por la alteración del equilibrio bacteria/ defensa se desarrolla la infección endocular (en 0.17% de las cirugías) (fs. 424 vta.). Sostuvo que según consta en la historia clínica del Hospital Santa Lucía (fs. 28), el agente que desarrolló en los cultivos efectuados fue el estaphylococo Aureus y que la fuente de procedencia más habitual de este germen es la propia flora conjuntivo-palpebral del paciente que es la máxima fuente contaminante en las endoftalmitis post quirúrgicas. Aclaró que si bien se puede encontrar en múltiples lugares como colirios usados, aire ambiental, gotitas de Ulugh, guantes, instrumental mal esterilizado, etc., estas últimas fuentes son de incidencia mínima comparada con la anterior (fs. 428 vta.). A continuación el galeno informó que la forma más eficaz para reducir la presencia de la flora bacteriana conjuntivo palpebral es la asepsia del campo quirúrgico con iodopovidona 5% cinco o diez minutos antes de comenzar la cirugía, lavando el excedente con solución fisiológica y afirmó que hasta el día de la fecha no se han reportado antisépticos capaces de anular todo tipo de vida bacteriana, viral, parasitaria o micótica y que tampoco existe antisepsia capaz de evitar complicaciones infecciosas futuras en el 10% de los casos. Afirmó que en la especie se cumplieron todos los recaudos para evitar la infección y que la misma se desarrolló de todas formas, fue inevitable. Además, sostuvo, que conforme da cuenta la documentación obrante en autos, ninguno de los pacientes operados el día 11/06/2008 presentó endoftalmitis (fs. 429). Señaló que de todos los documentos analizados, especialmente los protocolos quirúrgicos y las distintas historias clínicas, surge que se han tomado las medidas de asepsia y cuidado recomendables (fs. 425). Pero aclaró que no es posible evitar en un 100% las posibilidades de infección post quirúrgica u otras complicaciones (fs. 425). Asimismo afirmó que el seguimiento realizado al actor fue acorde con lo aconsejado en los protocolos de controles postquirúrgicos y que conforme surge de la documentación médica obrante en autos la evaluación clínica no hacía presumir un cuadro de endoftalmitis hasta la consulta del día 15/6/2008 donde aparecen signos inequívocos de infección endocular. Refirió que en el control a las 24 hs de la operación la evolución era normal y explicó que si bien se le puede realizar una autorefractometría, dicho estudio sólo se puede llevar a cabo si los medios internos del ojo están transparentes y sin presencia de células o depósitos. Que en caso de infección en curso estos medios pierden transparencia en presencia de distintos elementos (fs. 425 vta.). También indicó el experto que el dolor que presentaba el actor en el control del día 14/06/2008, si no estaba acompañado de otros signos clínicos (edema corneal, hipopion, Tyndall de cámara anterior o vítreo, depósitos, etc.), no era suficiente para diagnosticar infección. Añadió que en la consulta del día 15/6/2008 en la guardia del Hospital Santa Lucía, ya estaban presentes los signos inequívocos de presencia de infección, según consta en el dibujo de la historia clínica a fs. 22, y allí se decide la vitrectomía. El perito destacó que conforme surge de la historia

clínica, en el caso se hicieron los procedimientos adecuados frente al cuadro que presentaba el actor...Afirmó que se usó la medicación adecuada para estos cuadros, pero nunca se puede asegurar, desde la medicina que el resultado será el esperado o esperable? y que de la documentación analizada no surge que hubiese habido un error de diagnóstico ni actos de impericia de parte de los profesionales que asistieron al actor (fs.425 vta./426). Al responder el pedido de explicaciones formulado por el actor a fs. 444, el perito aclaró que al expresar que la probabilidad de que la infección haya sido contraída en el quirófano era muy alta quiso decir que el hecho definitorio de una infección post quirúrgica es la cirugía realizada en el quirófano, pero la causa más frecuente de la infección es la presencia de gérmenes como flora normal de la conjuntiva y párpados, que al fallar el equilibrio bacteria/defensa se desarrolla la infección. También afirmó que el *Staphylococcus aureus* es un agente presente en la flora bacteriana normal de la conjuntiva y de párpados y no es frecuente en los quirófanos (fs. 495). Por otra parte, a fs. 473/480 el perito médico infectólogo, Dr. Javier. E. Desse informó en qué consiste el tratamiento indicado para la infección que padeció el reclamante y a fs. 517 sostuvo que el tratamiento suministrado al actor fue el adecuado desde el punto de vista microbiológico. También afirmó que la bibliografía demuestra que aun con una adecuada asepsia prequirúrgica y administración de antibióticos profilácticos acorde indicación y procedimiento, la tasa de infección del sitio quirúrgico no se reduce a cero en todos los casos? (fs. 641). El análisis de los peritajes médicos producidos en autos me lleva a concluir en que en la especie no se ha logrado acreditar debidamente la mala praxis invocada en la demanda. Por el contrario el perito médico oftalmólogo resultó concluyente al sostener que la infección post quirúrgica que sufrió el actor fue causada por una bacteria que se encuentra habitualmente en la propia flora conjuntivo-palpebral del paciente que es la máxima fuente contaminante en las endoftalmitis post quirúrgicas y que si bien se puede encontrar en múltiples lugares como colirios usados, aire ambiental, gotitas de Ulugh, guantes, instrumental mal esterilizado, etc., estas últimas fuentes son de incidencia mínima comparada con la anterior (fs. 428 vta.). Asimismo sostuvo el experto que en el caso se cumplieron todos los recaudos para evitar la infección y que la misma se desarrolló de todas formas, fue inevitable?. Sentado ello ha de señalarse que la cuestión debatida en la presente resulta análoga a la resuelta por esta Sala con fecha junio de 2016 en la causa *Payassian, Sema c/ Clínica Oftalmológica de Alta Complejidad SA y otros SA s/ daños y perjuicios* n°36.735/2002. En dicho precedente, de similares características al de autos, se resolvió rechazar la demanda con fundamento en las conclusiones expuestas en los peritajes médicos allí producidos. Tampoco se ha demostrado en la especie una deficiente atención médica en el tratamiento de la infección una vez que esta fue diagnosticada, pues ambos profesionales resultaron contestes en afirmar que el tratamiento suministrado fue el adecuado al cuadro que presentó el accionante. La invocación que realiza la apelante en su memorial de la ley de defensa del consumidor tampoco puede en el caso tener favorable acogida, pues no se trata de una relación de consumo. Es de recordar que cuando se demanda por mala praxis médica, la prueba de la culpa es indispensable porque ella, además de la responsabilidad que implica, contiene también la demostración del incumplimiento de la obligación de prestar asistencia adecuada que toma a su cargo el ente asistencial y, en su caso, la obra social. La prueba de la existencia de esa conducta culposa o negligente corre por cuenta de quien la invoca, debiendo apreciarse la actuación médica conforme a los criterios generales contenidos en los arts. 512 y 902 del Código Civil (CNCiv. Sala *F?* agosto 27/2010, *Hourteillan Horacio Ismael y otro c/ Palacios, Mónica Mabel y otros s/ daños y perjuicios* L.536.580). En el caso concreto los elementos de convicción obrantes en autos dan cuenta de que la actuación profesional desplegada por el médico demandado habría sido la correcta y adecuada a las circunstancias que se fueron presentando. Sentado ello, he de coincidir con la magistrada en que no existen en la especie elementos de prueba con aptitud como para acreditar debidamente la mala praxis médica alegada en la demanda. En mérito a lo expuesto, voto por confirmar la sentencia apelada en cuanto rechazó la demanda. Con costas dealzada a cargo de la actora vencida (art. 68 del Código Procesal). Por razones análogas a las aducidas por el vocal preopinante los Dres. ZANNONI y POSSE SAGUIER votaron en el mismo sentido a la cuestión propuesta. Con lo que terminó el acto. JOSE LUIS GALMARINI EDUARDO A. ZANNONI FERNANDO POSSE SAGUIER Buenos Aires, ... febrero de 2017. AUTOS Y VISTOS: Por lo que resulta de la votación que instruye el acuerdo que antecede, se confirma la sentencia apelada en cuanto rechazó la demanda. Con costas de alzada a cargo de la actora. En atención al monto del proceso, trabajos realizados, apreciados por su importancia, extensión y calidad, etapas cumplidas, resultado obtenido y apelaciones por bajos de fs. 737; fs. 739; fs. 741; fs. 752; fs. 753 y por altos de fs. 737; fs. 760 y alcance de la de fs. 739 y lo dispuesto por los arts. 6, 7, 9, 10, 37, 38 y conchs. de la ley 21.839 y en lo pertinente por la ley 24.432, por encontrarlos ajustados, se confirman los honorarios del DR. GUSTAVO ALBERTO SPOTA, patrocinante y luego letrado apoderado de la parte actora. Asimismo, por ajustados se confirman los honorarios de la DRA. ANDREA CONSTANZA CAPICI, patrocinante del Sr. Pablo Rivera y los de los DRES: CARLA AGOSTINA COLANTUONO y MARCO AURELIO REAL (h), por la representación letrada del Sr. Rivero y *Seguros Médicos S.A.* y, se fijan los de las DRAS: ANA C. IGLESIAS y GLORIA E. FERRARI, letradas apoderadas de *Administradora Sanatorial Metropolitana S.A.*, en conjunto y por las tres etapas del proceso, en PESOS SETENTA MIL (\$70.000.-). Por la labor desarrollada por los peritos: DRES: CARLOS PEDRO PUJÓ y JAVIER

EDUARDO DESSE y CALIGRAFO PÚBLICO MARÍA J. G. J. de GONZALEZ CHANS, apreciados por su importancia y calidad y teniendo en cuenta las apelaciones por altos y bajos y lo establecido por el decreto. ley 20.243 y en lo pertinente por la ley 24.432, se fijan sus honorarios en PESOS VEINTICINCO MIL (\$25.000.-) para cada uno y, por haber sido apelados únicamente por altos, se confirman los honorarios de la LIC. LUCIANA P. AZZALI.- Por la labor de Alzada (art. 14 del arancel), se regulan los honorarios del DR. SPOTA, en PESOS VEINTIDOS MIL (\$22.000.-); los del DR. REAL (h) en PESOS TREINTA Y TRES MIL (\$33.000.-); los de las DRAS: IGLESIAS y FERRARI, en conjunto, en PESOS TREINTA Y TRES MIL (\$33.000.-) y los del DR. J. IGNACIO LUQUIN, letrado apoderado de ?Noble Compañía de Seguros S.A.?, en PESOS TREINTA Y TRES MIL (\$33.000.-).

015802E