

Mala Praxis Medica

JURISPRUDENCIA

Mala praxis médica

Se confirma la sentencia que rechazó la

demanda por daños y perjuicios derivados de una supuesta mala praxis médica, por cuanto los peritajes médicos dan cuenta de que la actuación profesional desplegada por el equipo médico demandado habría sido la correcta y adecuada a las circunstancias que se fueron presentando.

Buenos Aires, Capital de la República Argentina, a los días del mes de septiembre de dos mil dieciocho, reunidos en Acuerdo los Señores Jueces de la Excma. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala ?E?, para conocer en el recurso interpuesto en los autos caratulados: ?G. E. N. C/ E. N. E. M. G. DEL E. Y OTROS? S/ DS. Y PS, respecto de la sentencia corriente a fs. 1012/1026, el Tribunal estableció la siguiente cuestión a resolver: ¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada? Practicado el sorteo resultó que la votación debía efectuarse en el siguiente orden: Señores Jueces de Cámara Doctores GALMARINI. DUPUIS. RACIMO. El Señor Juez de Cámara Doctor GALMARINI dijo: I.- La actora promovió demanda por daños y perjuicios derivados de una supuesta mala praxis médica contra el E. N. -E. M. G. del E. (EMGNE), el Instituto Obra Social del E. (IOSE), G. R., F. B. y J. P. G. A fs. 549 desistió de la acción invocada contra los codemandados F. B. J. P. G. y G. R.

Posteriormente se presentaron por su propio derecho J. P. G. y F. B., contestando la citación en calidad de tercero que le efectuara el codemandado IOSE. Según lo relatado en la demanda, la Sra. E. N. G. el 12 de diciembre de 2003 es intervenida quirúrgicamente en el Hospital Militar Central ?Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich?, en su condición de afiliada al Instituto Obra Social del Ejército. Los médicos a cargo fueron G. R. (cirujano), F. B. (primer ayudante) y J. P. G. (segundo ayudante). El motivo de la intervención fue una eventración mediana infraumbilical, con anillo de 10 cm. sobre cicatriz de cesárea. En la operación se constata, además, hernia umbilical pequeña (anillo de 3 cm.). Se le realiza hernio y eventroplastia (reparación) con cirugía tradicional, sin empleo de material protésico (malla de refuerzo). En forma concomitante se le efectúa una dermolipsectomía con la técnica clásica. Con fecha 15 de diciembre de 2003 es dada de alta con evolución satisfactoria. Posteriormente, por consultorios externos le retiran los puntos de sutura. A fines de enero de 2004 comienza con un cuadro febril intenso. Ante ello, solicita una consulta médica domiciliaria concurriendo una ambulancia de la policlínica Actis, perteneciente a los servicios del IOSE. Éstos constatan que la herida quirúrgica se hallaba abierta con abundante supuración. A la mañana siguiente se dirige al Hospital Militar Central con el fin de consultar a los médicos que la habían intervenido quirúrgicamente. Es atendida por otro profesional que se limitó a recetarle antibióticos para tratar la infección. En definitiva, se produce una reeventración, es decir la reiteración del cuadro preoperatorio, agravado con una alteración seria de la estética abdominal con desplazamiento de la ubicación anatómica del ombligo. La Sra. Juez ?a quo? desestimó las excepciones de falta de legitimación pasiva y prescripción opuestas por el E. N. - E. M. G. del E., con costas. Asimismo, rechazó la demanda invocada por la actora, con costas. El pronunciamiento fue recurrido por la actora, el codemandado E. N. - E. M. G. del E. y la citada en garantía Seguros Médicos S.A. La actora fundó su apelación a fs. 1056/1063, el codemandado E. N. (EMGNE) a fs. 1052/1053. La apelación de la citada en garantía fue desistida a fs. 1054. Responden los agravios de la actora a fs. 1065/1072 el Instituto Obra Social del Ejército, a fs. 1074/1075 el codemandado E. N. (EMGNE) y a fs. 1076/1085 la citada en garantía Seguros Médicos S.A.

II.- Agravios relativos a la responsabilidad: Se queja la actora del rechazo de la demanda. Sostiene que la magistrada no habría valorado correctamente las pruebas producidas en autos. A su vez, el E. N. - E. M. G. del E. se agravia de que la Juez le haya impuesto las costas por el rechazo de las excepciones de falta de legitimación pasiva y prescripción por él opuestas. El principio aún rector en materia de responsabilidad médica es 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 médica", 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.). Por otra parte, he sostenido que en este tipo de procesos la prueba más importante es la pericial médica y aun cuando el dictamen pericial no tenga carácter vinculante para

el juez, éste para apartarse de sus conclusiones debe encontrar apoyo en razones serias, objetivamente demostradas o inferibles de las circunstancias del caso de acuerdo a los hechos comprobados de la causa reveladores de que el dictamen se halla reñido con principios lógicos o máximas de la experiencia o contradice el restante material probatorio objetivamente considerado -arg. art. 477 del CPCCN- (conf., Palacio, "Derecho Procesal Civil", t. IV, p. 720; CNCiv. Sala F, mayo 11/1995, ?Batan de Herrera María Sara c/ Aguirres Esteban Ramón s/ daños y perjuicios?, L. 164.398 y antecedentes allí citados). Sentado ello, corresponde analizar las constancias obrantes en autos a fin de verificar la concurrencia en el caso de los presupuestos antes referidos. De la epicrisis obrante en copia a fs. 53 surge que el 11/12/03 la paciente se interna para cirugía programada de eventración mediana infraumbilical. El 12/12/03 le realizan la intervención referida, más una dermolipectomía. El 15/12/03 se comprueba que la paciente se muestra lúcida, afebril, normotensa, con el abdomen blando, indoloro y que tolera la dieta blanda. Se le otorga el alta médica y continúa con el control por consultorios externos. A fs. 219 se consigna: 18/12/03 paciente cursando posoperatorio de eventroplastia infraumbilical mediana con dermolipectomía parcial. Evoluciona favorablemente, herida quirúrgica limpia, seca, bordes afrontados y sin signos de flogosis. Se realiza curación. Tolerancia dietaria satisfactoriamente. Completa mañana tratamiento antibiótico, control el martes 23/12/03 con el Dr. B. 23/12/03 herida con buena evolución, se retiran hilos de sutura, control en 15 días. 10/2/04 paciente derivado de guardia médica para control de herida que presenta secreciones purulentas a nivel medial. Continúa con antibióticos, se solicita cultivo del material, se aguarda resultado. Luego de ello, surge que regresa nuevamente recién el 17/5/05 presentando eventración mediana supra umbilical grande, multiloculada. Se indica adecuar peso y control en 3 meses. Siendo éste el último registro. En el caso han intervenido sucesivamente dos peritos médicos para responder a los puntos periciales propuestos por las partes. La primera K. B. L. presentó su informe pericial a fs. 747/756. A fs. 765 impugnó la parte actora, ante la falta de contestación del traslado, luego de ordenarse la correspondiente intimación sin respuesta de su parte, la especialista fue removida. Posteriormente, a fs. 848 se designó nuevo perito médico al Dr. G. F. P., quien presentó su informe pericial a fs. 903/905. La actora impugnó la pericia a fs. 911 y la obra social del ejército a fs. 948, el profesional respondió a fs. 919, 967/968 y 976, respectivamente. La perito médica K. B. L. informó que el motivo de la intervención de la actora fue una eventroplastia más dermolipectomía mediana infraumbilical, colgajo y cicatriz que provoca eventración, producto del post operatorio de una cesárea realizada en el año 1996 (ver fs. 747). Explicó que se denomina eventración a la procedencia o salida de las vísceras abdominales por una zona u orificio de la pared abdominal debilitada quirúrgica, traumática o patológicamente. Agregó que también se da como consecuencia tardía de un debilitamiento provocado por traumatismos, o afecciones como raquitismo, obesidad, paludismo, tifoidea, entre otras (ver fs. 751). Señaló que los riesgos de la eventroplastia son el seroma, la infección de la herida, la lesión de estructuras intraabdominales y la recurrencia de la eventración. Estableció que las complicaciones de la dehiscencia son frecuentes y de gravedad diversa y la supuración de la herida es de las más habituales, pero que por lo general no es grave. Asimismo, especificó que las complicaciones mayores son la infección de la malla y la fístula interocutánea ya que pueden provocar una morbilidad prolongada y hacer necesaria la reintervención. Aclaró que el riesgo de recidiva se incrementa notablemente en pacientes que ya fueron sometidos a plásticas fallidas, o con hernias voluminosas u obesos. Por último, si bien estableció que el uso de una malla de contención durante la cirugía reparadora a cielo abierto probó reducir las tasas de recurrencia entre un 5 y 35%, y la experiencia inicial con plásticas con malla por vía laparoscópica y colocación de malla ha sido favorable con tasas de recidiva tan bajas como 1 a 10%, hizo hincapié en que estos estudios reflejan períodos de seguimiento muy cortos, y que además, no hay ninguna publicación sustentada por pruebas sólidas en las que se compare directamente el abordaje laparoscópico con la cirugía a cielo abierto para este problema (ver fs. 755). El perito médico G. P. consideró que los resultados de los estudios prequirúrgicos de la actora estuvieron dentro del rango de normalidad y fueron suficientes para el tipo de cirugía a la que fue sometida (ver fs. 903 pto. b). Explicó que desde el punto de vista clínico se encontraba en una condición de obesidad padeciendo un hipotiroidismo controlado y tratado, por ende sin lugar a dudas su patología eventrógena tenía una clara indicación de resolución quirúrgica debido a que si bien -a la fecha-, dicha patología se había convertido en un proceso crónico, la posibilidad real de que se produzca una complicación aguda como ser el atascamiento y/o la estrangulación del contenido, cambiaba el escenario por el potencial aumento de la morbi-mortalidad que sucede en estas circunstancias. Además, destacó que era ineludible la realización de ambas intervenciones quirúrgicas -eventroplastia y dermolipectomía-, en forma simultánea por cuanto según explicó, la coexistencia de una patología eventrógena como la que presentaba la actora seguramente produciría con el correr del tiempo efectos directos donde dejarlos predispone a potenciales complicaciones en el posoperatorio. En este sentido, agregó que si bien el objetivo principal del acto operatorio fue el cierre anatómico de la brecha eventrógena, el tratamiento integral debía acompañar al tejido dermograso excedente como componente integral de la patología que padecía la actora (ver fs. 903 pto. c y d). Al ser preguntado si las mallas intraabdominales disminuirían la posibilidad de fracasos en hernio y eventroplastias sostuvo que al momento en que fue operada la actora -2003-, los materiales todavía no estaban refinados como en la actualidad. Alegando que la elección del tipo de malla y su colocación estaba sujeta a situaciones de necesidad con un potencial

mayor de infección, rechazo y fracaso. Aclaró que actualmente, las mallas fabricadas con materiales "más inteligentes" generan más confianza en el cirujano para su indicación (ver fs. 904). Respecto a la estética abdominal que presenta la reclamante puso de resalto que cuando se llevó a cabo la dermolipectomía no solo sufría una eventración mediana infraumbilical sino además una hernia umbilical, por ello necesariamente hubo que desinsertar la cicatriz umbilical y reimplantarla junto al colgajo superior en una zona del abdomen segura, lo que explica la razón de que el ombligo le haya quedado topográficamente debajo de lo habitual (ver fs. 905 pto. o) Finalmente al expedirse sobre el seguimiento post quirúrgico, destacó que según consta en la evolución del día 10/02/2004 la Sra. G. había recibido tratamiento antibiótico por lo que se le indicó su continuación y se le realizó un cultivo de material. Por lo tanto, ante la sospecha de infección de la herida quirúrgica consideró que el tratamiento instituido fue el correcto. En este aspecto, concluyó en que de confirmarse que la secreción que manifestara la actora fuera fehacientemente purulenta, de acuerdo con el tiempo de evolución y no habiendo constancia de que haya realizado consultas previas salvo la del día 23/12/03, su evolución fue solapada y pudo presentarse a pesar de un correcto tratamiento antibiótico (ver fs. 968 vta. pto. 9, 13 y 14). 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). En el caso juzgo que no se ha logrado acreditar la mala praxis invocada en la demanda. Adviértase que los peritajes médicos producidos en autos dan cuenta de que la actuación profesional desplegada por el equipo médico demandado habría sido la correcta y adecuada a las circunstancias que se fueron presentando, pues de dichos informes no surge un apartamiento de la apropiada práctica médica en la cirugía efectuada, como así tampoco en el seguimiento postoperatorio. Los cuestionamientos que sobre este aspecto formula la apelante no dejan de ser meras discrepancias carentes de fuerza de convicción suficiente para desvirtuar los fundamentos desarrollados por los peritos, discrepancias elaboradas sobre la base de las apreciaciones parciales y aisladas de las respuestas dadas por dichos peritos. En lo tocante al consentimiento informado, cuadra destacar que el instrumento de fs. 119 es revelador de que consintió las intervenciones llevadas a cabo por los profesionales. Nótese que conforme surge del punto 2 específicamente consintió: "si en el momento de la operación se encontraran condiciones no detectadas con anterioridad y que requieran procedimientos ampliatorios a los originalmente planeados, autorizo a que se me apliquen dichos procedimientos?". Asimismo, no debe soslayarse que a la fecha en la que fue intervenida quirúrgicamente -2003-, regía la ley 17.132 la que sólo exigía el consentimiento informado por escrito para los casos de mutilaciones o trasplantes de órganos (Conf. CNCiv. Sala H, "Pulla, Demetrio c/ Prestaciones Médico Asistenciales y otros?" del 18/10/02), lo que no se adecua al caso de autos. No obstante, lo cierto es que las deficiencias señaladas por la recurrente no bastan para configurar la mala praxis que imputa a los profesionales, pues tal como bien fuera señalado por la Sra. Juez de grado a fs. 1024 vta., sólo deben indemnizarse aquellos daños que posean un adecuado nexo causal entre la ausencia de la obtención del consentimiento informado y el perjuicio que sufre el paciente a causa de tal omisión, circunstancias que no se verifican en la especie. Por último, he de señalar que ha quedado cabalmente acreditado que la complicación infecciosa que sufrió la accionante en manera alguna se relaciona con el obrar negligente de los demandados. En efecto el perito P. a fs. 968 expuso, de suponer que la Sra. G. haya sufrido una infección del tejido celular subcutáneo, este al ser en su distribución abdominal abundante, debido a la obesidad que padecía, habitualmente adolece de suficiente irrigación y ante una agresión quirúrgica se defiende en forma deficiente. Esto se acompaña de los factores técnico-quirúrgico, que constituye el despegamiento voluntario que realiza el cirujano del plano aponeurótico, generando en el cierre o afrontamiento del colgajo dermocutáneo un espacio que habitualmente acumula líquido serohemático, y que el mismo a veces puede contaminarse y/o luego infectarse, por ende, agregó que el uso de antibiótico profiláctico es frecuente a modo de intentar prevenir dichas complicaciones. Con acierto la Sra. Juez ha sostenido que dentro de la amplia clasificación de infecciones que pueden presentarse luego de prácticas médicas, la que sufrió la actora, según las explicaciones del experto, corresponde encuadrarlas entre las llamadas "endógenas", debido a sus particulares condiciones congénitas, pues se trata de una cuestión de índole causal. Más allá de que el tratamiento antibiótico fue el adecuado y por ello no hubo en el caso culpa en el actuar de los médicos, el origen de la infección debidamente encuadrada en el caso como endógena, en tanto no surge que hayan influido elementos externos, llevan a concluir como lo ha hecho la Sra. Juez, con apoyo en la doctrina que cita, en el sentido de que en el caso no podrá responsabilizarse al ente asistencial (fs. 1025 vta./1026). Por lo expuesto, he de coincidir con la magistrada en que no existen en la especie elementos de prueba con aptitud como para acreditar la culpa de los médicos en su actuar, ni la falta del deber de seguridad del centro asistencial, lo que conduce sin más al rechazo de la demanda. III.- Costas: El E. N. - E. A. se queja en cuanto la sentenciante le impuso las costas referidas a las defensas de prescripción y falta de legitimación pasiva que opusiera al

momento de responder la acción. En el caso contrariamente a lo sostenido por el recurrente, el rechazo de la acción principal que entabló la actora no tiene relevancia sobre la imposición de costas suscitada a raíz de la desestimación de las señaladas incidencias, puesto que, precisamente, la demandada resultó vencida sin que exista ninguna circunstancia que permita apartarse del principio general de la derrota establecido por el art. 68 primera parte del Código Procesal. Consecuentemente, habré de proponer el rechazo de los agravios sobre este punto. Por los fundamentos que anteceden y por los expresados por la Sra. juez de grado, que no han sido debidamente rebatidos por la recurrente, voto porque se confirme la sentencia apelada. Con costas de alzada a cargo de la actora vencida (art. 68 del Código Procesal). Los Señores Jueces de Cámara Doctores Dupuis y Racimo por análogas razones a las expuestas por el Dr. Galmarini, votaron en el mismo sentido. Con lo que terminó el acto. JUAN CARLOS G. DUPUIS. JOSÉ LUIS GALMARINI. FERNANDO M. RACIMO. Este Acuerdo obra en las páginas N° a N° del Libro de Acuerdos de la Sala ?E? de la Excma. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil. Buenos Aires, septiembre de 2018.- Y VISTOS: En virtud a lo que resulta de la votación de que da cuenta el acuerdo que antecede, se confirma la sentencia apelada. Con costas de alzada a cargo de la actora vencida (art. 68 del Código Procesal). Regulados que sean los honorarios de primera instancia se fijarán los correspondientes a esta instancia. Notifíquese y devuélvase. Fecha de firma: 06/09/2018 Firmado por: JUAN CARLOS GUILLERMO DUPUIS, JUEZ DE CAMARA Firmado por: FERNANDO MARTIN RACIMO, JUEZ DE CAMARA Firmado por: JOSE LUIS GALMARINI, JUEZ DE CAMARA 035580E