

G., A. N. vs. S., J. y /o quien resulte responsable s. Daños y perjuicios

Juzg. Cont. Adm. N° 2, Corrientes, Corrientes; 13/10/2022; Rubinzal Online; RC J 6604/22

Sumarios de la sentencia

Errores de diagnóstico y tratamiento - Médico - Responsabilidad del cirujano - Responsabilidad de los médicos - Relación de causalidad entre la conducta del profesional y el daño

No se hace lugar a la demanda de daños y perjuicios por supuesta mala praxis, dado que más allá de que la actora tuvo que pasar luego de la operación de la vesícula, por una nueva cirugía para la reconstrucción de las vías biliares, de la prueba producida (historia clínica, pericia realizada por médicos del CMF, informe de la Asociación de Cirugía de Corrientes, testimonios de cirujanos) no surge que haya existido una actuación culposa, negligente o mala práctica médica por parte de los médicos demandados en su primer intervención quirúrgica realizada. Tampoco surge de la prueba que haya sido irregular la prestación del servicio de salud por parte del hospital. En cambio, de la prueba surge que las complicaciones se debieron a un síndrome de mirizzi, que produjo una “estenosis” o estrechez de un conducto biliar por inflamación. Y también a que un clip utilizado en la anterior cirugía había migrado por la pared de la vía biliar. Sobre esto último, de la prueba se desprende que la comunidad médica en general acepta la utilización de esos clips en este tipo de cirugías, aunque puede suceder la eventualidad de que algún clip migre. Además, surge que es poco común que suceda esa migración de un clip (cosa que lamentablemente ocurrió en este caso). Y se probó también que no hay en la actualidad (de acuerdo a la comunidad médica en general) medidas que puedan tomarse para prevenir que eso ocurra.

Errores de diagnóstico y tratamiento - Médico - Responsabilidad del cirujano

De las pruebas analizadas, no surge que exista responsabilidad por parte de los médicos demandados, debido a que todas son coincidentes en que la actora fue operada por un cuadro de colecistectomía (vesícula biliar) mediante la cirugía laparoscópica (que implica la colocación de clips), pero que a raíz del proceso inflamatorio de las vías biliares que sufría (síndrome de mirizzi) la cirugía fue reconvertida en convencional. También se desprende que, por tal motivo y por haber detectado ciertas anomalías, se le colocó un drenaje para realizar luego de la cirugía un estudio de contraste. Las pruebas son coincidentes en que fue correcto desde el punto de vista médico dejar el drenaje, como también que éste permitió detectar que existían inconvenientes y evitó que se agravara el problema. Son coincidentes también las pruebas, como se desprende del relato, en que el síndrome de mirizzi (que produce un cuadro inflamatorio) es difícil de ser detectado antes del procedimiento quirúrgico y también en que genera complicaciones tanto en la cirugía como en el post operatorio. De la prueba también surge que en la segunda cirugía que le realizaron para la reconstrucción de las vías biliares, los profesionales que la operaron observaron una “estenosis” (o estrechez de un conducto) producida por inflamación y, además, encontraron un “clip” (utilizado en la cirugía anterior) que había migrado por la pared de la vía biliar. Las constancias probatorias permiten inferir que el clip pudo haberse desprendido y migrado hasta ese lugar luego del proceso de desinflamación de los tejidos. Por otro lado, de las testimoniales de los cirujanos surge que puede suceder la migración de clips dentro del cuerpo de la persona, y aunque es poco habitual, no existen medidas que se puedan tomar para evitar esa migración de clips. También se desprende de la prueba que la comunidad médica en general acepta como correcta la utilización de clips en este tipo de cirugías. Por otro lado, de la historia clínica de la demandante confeccionada no se desprende que haya existido falta de información adecuada por parte del médico tratante con respecto a los riesgos de la cirugía, teniendo en cuenta la constancia de consentimiento (firmada por la paciente) para la internación en ese lugar como para la intervención quirúrgica. En síntesis, de la prueba no surge que haya existido un actuar negligente, culposo, o no adecuado al arte médica por parte de los demandados en la intervención quirúrgica practicada. Es más, los distintos profesionales coinciden en que la conducta llevada a cabo por los médicos cirujanos en el caso fue correcta.

Errores de diagnóstico y tratamiento - Médico - Responsabilidad del cirujano

En lo que hace a la responsabilidad del Estado por tratarse de un hospital público, se estima necesario señalar que, como ya se analizó, no se ha acreditado en el caso que haya existido un incumplimiento por parte de los médicos demandados (como dependientes del Estado), como tampoco que haya existido en este caso una prestación irregular o defectuosa del servicio de salud (tomando sus prestaciones como obligaciones de medios, no de resultado). En efecto, no surge que estemos alejados del estándar objetivo de diligencia esperable, teniendo en cuenta especialmente la naturaleza de la actividad y los medios que dispone la administración. En síntesis, no se ha probado que las complicaciones de salud que padeció la actora luego de la primer cirugía a la que fue sometida y que derivaron en una segunda intervención quirúrgica hayan obedecido a una anormalidad y/o prestación defectuosa del servicio de salud en el hospital.

Texto completo de la sentencia

VISTO: El expediente arriba citado, que tramita ante este Juzgado N° 2 en lo Contencioso Administrativo, Secretaría única;

RESULTA:

I. A. N. G. demanda a J. S., O. A. y al Estado Provincial -Hospital Ángela Iglesia de Llano y Ministerio de Salud Pública- (fs. 2/9).

Reclama daños y perjuicios por "mala praxis" médica en ocasión de la cirugía que le practicaron el 22 de febrero de 2018 en el Hospital "Angela Iglesia de Llano" de esta capital (colecistectomía videolaparoscópica convertida en convencional) de la que fue dada de alta el 28 de febrero de 2018 con un drenaje, padeciendo en días posteriores fiebre y descenso de peso (fs. 2 vta.).

Dice que, por ese cuadro, fue asistida por los Dres. "Smith" y "Cosimi" en la Clínica "Médicis" donde le cambiaron el drenaje y le realizaron uno percutáneo -directo al hígado- por superar el anterior los treinta días (fs. 2 vta./3).

Aclara que ingresó más tarde -y transcurridos varios meses de la primera operación- al "Hospital Escuela José Francisco de San Martín" para una nueva cirugía para la reconstrucción de las vías biliares, con resultado exitoso, por lo que volvió a su vida normal recién después del día 23 de mayo de 2018 (fs. 3).

Agrega que al momento de la práctica quirúrgica en el Hospital Llano estudiaba y que, además, laboraba en tareas domésticas en su tiempo libre para contribuir al sostenimiento económico de su hogar (fs. 3).

Sostiene que le faltaron explicaciones claras y precisas que le hayan permitido medir el grave riesgo de vida al que se exponía a través de la intervención que le practicaron el 22 de febrero de 2018 (fs. 4 vta.).

Expresa que, como consecuencia del hecho, se le derivaron daños irreversibles, tales como, incapacidad física y psíquica, así como daño moral (fs. 3).

Por la incapacidad física estima una pérdida que cuantifica en \$ 3.306.735,30 -pesos tres millones trescientos seis mil setecientos treinta y cinco con treinta centavos- o lo que en más o en menos se determine según las constancias de la causa (fs. 5).

Agrega que se le generó un daño psíquico que estima en \$ 86.400 -pesos ochenta y seis mil cuatrocientos- o lo que en más o en menos se determine según las constancias de la causa (fs. 5 y vta.).

Por gastos de tratamiento psicológico estima la suma de \$ 144.000 -pesos ciento cuarenta y cuatro mil- (fs. 5 vta.).

En cuanto al daño moral derivado de su condición resultante de la práctica médica por la que sostiene pasó a ser como un "bebé grande" al cual se debía alimentar con ingestas blandas, casi líquidas y cambiar drenajes, además de las cicatrices y dolencias que se derivaron de las múltiples cirugías que dice debió afrontar, estima que le corresponde percibir la suma de \$ 150.000 -pesos ciento cincuenta mil- o lo que en más o en menos surja de la prueba a producirse en la causa -fs. 6-.

Por último, cuantifica gastos de tratamiento médico y gastos de traslado hasta la fecha de la demanda y los que tendrá en el futuro como consecuencia del hecho en la suma de \$ 20.000 -pesos veinte mil- (fs. 6).

Como prueba acompaña:

a) documental detallada en el cargo de fs. 19.

Asimismo, ofrece:

a) declaración de parte de J. S. y O. A. (fs. 387),

b) pericial médica (fs. 387),

c) pericial psicológica (fs. 386),

d) informes de: Hospital Llano (fs. 225/234 vta.)

e) testimoniales (fs. 387).

II. El Dr. J. S. contesta la demanda alegando que no existió "mala praxis" médica. Se remite a las constancias de la Historia Clínica del Hospital Llano y transcribe los datos e informes allí contenidos (fs. 69/79 vta.).

Expresa que la aquí demandante consintió la cirugía practicada en el Hospital Llano (fs. 73 y vta.).

Dice que las cirugías de este tipo pueden tener algunas complicaciones, que son eventualidades que pueden suceder como en toda cirugía debido al riesgo al

que están sometidas. Sostiene que una de esas complicaciones es la que le sucedió a la demandante, ya que el clip utilizado migró por la pared de la vía biliar. Aclara que durante la cirugía se observó que la vesícula y parte de las vías biliares presentaba un proceso inflamatorio tal que hizo necesario reconvertir a cirugía convencional.

Aclara que "durante la cirugía por videolaparoscopia se identificó la vesícula, se colocó un clip de titanio en conducto cístico, el cual terminaba en la vesícula como es habitual, dos en proximal y uno en distal. A pesar del proceso inflamatorio de la vesícula que distorsionaba un poco la anatomía de la misma, se pudo constatar la correcta aplicación de los clips, de hecho se seccionó la vesícula sin ningún inconveniente y sin ninguna complicación intraoperatoria ni posoperatoria, lo cual habla de la correcta aplicación de los clips. La presencia de un conducto biliar anómalo en el lecho vesicular (lo que también figura en el protocolo quirúrgico) hizo sospechar alguna variante en la anatomía de la vía biliar (lo que se conoce como conducto aberrante) y por ese motivo se colocó un catéter en el mismo con el fin de realizar una colangiografía post operatoria, ya que al existir uno podrían existir otros que no hayan estado visibles durante la cirugía..." (fs. 73 vta.).

Continúa relatando que "... varios días (alrededor de 20 días) después de la cirugía se realizó el estudio colangiográfico que muestra un clip ubicado en la vía biliar. Por la existencia de ese clip había que corregir mediante una derivación biliodigestiva para evitar las complicaciones eventuales futuras. Para dicho efecto el Dr. S. comunicó a la paciente y su madre que debía realizarse otra cirugía para esta derivación biliodigestiva para evitar las complicaciones eventuales futuras. Para dicho efecto el Dr. S. comunicó a la paciente y su madre que debía realizarse otra cirugía para esta derivación biliodigestiva y que el Dr. Gustavo Schmidt era un cirujano especializado en este tipo de intervenciones por lo cual el Dr. S. llamó al Dr. Schmidt para derivarle el caso y éste lo aceptó, al igual que fue aceptado por la paciente y su madre quienes se comunicarían luego con ese médico para la realización del procedimiento. Lo cual fue hecho atento que nuestro mandante estuvo presente en dicha cirugía realizada en el Hospital Escuela..." (fs. 73 vta.).

Alega que las consecuencias que denuncia la demandante no se vinculan a su actuación, que no se apartó de la "lex artis" en su especialidad, que siempre explicó a la paciente y a la madre -que es una enfermera del Hospital Llano que conoce- el tratamiento quirúrgico y luego la eventualidad que se presentó.

Y que esa eventualidad vino dada por una reacción anormal del organismo de la paciente dado el proceso inflamatorio de la vesícula y las vías biliares que produjo la migración del clip a la vía biliar. Reitera que no hay relación o nexo

causal entre la atención brindada a la paciente y las consecuencias que se reclaman (fs. 75).

Y que no existe ningún elemento concreto que permita afirmar con seriedad que haya existido culpa, impericia o negligencia de su parte en las atenciones brindadas a la paciente (fs. 75 vta.).

Como prueba acompaña:

a) documental detallada en el cargo de fs. 80.

Asimismo, ofrece:

a) pericial médica (fs. 387),

b) reconocimiento de firma (fs. 257),

c) historia clínica del Hospital Llano (fs. 225/234),

d) historia clínica del Hospital Escuela (fs. 315/331),

e) informes de: Universidad Nacional del Nordeste (fs. 334/340 vta.), Ministerio de Salud Pública de la Provincia (fs. 377/384), Asociación Argentina de Cirugía (12/4/22),

f) testimoniales (fs. 387).

Solicita la citación en garantía de la compañía Seguros Médicos S.A. (fs. 79).

III. O. Rolando A. contesta la demanda (fs. 83/91 vta.).

Expresa que es el Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Llano y que al momento de los hechos también se desempeñaba en esa función (fs. 86).

Agrega que, en tal condición, conoció a la demandante por haber estado internada en ese servicio, participando de las evoluciones diarias, suscribiendo la Historia Clínica con el Dr. Jorge Schuster que en ese momento era jefe de residentes del servicio (fs. 86).

Señala que no participó en la cirugía por la cual la demandante atribuye responsabilidad. Y dice que efectuó los actos médicos acordes con la necesidad de evolución de la paciente, dentro de parámetros normales y esperables, sin ninguna complicación en la internación (fs. 86).

Dice que después no tuvo más participación en la atención de la demandante, desconociendo su posterior evolución (fs. 86).

Por último, especifica los datos contenidos en la historia clínica de la demandante (fs. 86/87).

Como prueba ofrece:

a) informe del Hospital Llano -historia clínica (fs. 225/234),

b) pericial médica (fs. 387),

c) testimonial (fs. 387).

Solicita la citación en garantía de la compañía Seguros Médicos S.A. (fs. 91).

IV. El Estado Provincial contesta la demanda en forma coincidente con los argumentos dados por los Dres. S. y A. en su contestación de demanda (fs.

106/119).

También pide la citación en garantía de Seguros Médicos S.A.

Como prueba ofrece:

a) historia clínica del Hospital Escuela de la demandante (fs. 315/331).

V. Seguros Médicos S.A. -citada en garantía por los Dres. J. S. y O. A. y por el Estado Provincial- contesta la demanda negando en forma genérica los hechos expuestos por la demandante y se remite a lo alegado por sus asegurados J. S. y O. A. en sus contestaciones de demanda (fs. 166/174 vta. y 184/192).

Como prueba acompaña:

a) contrato de seguro de responsabilidad civil -certificado individual de cobertura N° 835 y N° 1562 (fs. 157/162 vta. y 175/180).

VI. Celebradas la audiencia preliminar (fs. 254/258 vta.) y la audiencia final (fs. 387) y producida la prueba ofrecida por las partes, presentaron alegato la demandante, el Dr. A., el Dr. S. y Seguros Médicos.

Luego se pasó para el dictado de la sentencia (fs. 390).

CONSIDERANDO:

I. En primer lugar se recuerda que pueden desecharse las alegaciones y pruebas que sean innecesarias o inconducentes con relación al objeto del proceso (Conf. fallos 262:222, 304:819 y 316:2908, entre otros).

II. De los presupuestos de la responsabilidad por daños. Y de la responsabilidad de los médicos dependientes del Estado

Es sabido que para que se configure la responsabilidad por daños, contractual o extracontractual, tanto en el ámbito del derecho público como privado, se requiere la presencia de cuatro presupuestos comunes:

- la actuación u omisión antijurídica o contraria a derecho (salvo en el caso de responsabilidad del Estado por actividad lícita, que tiene sus particularidades),
- el daño,
- el factor de atribución (ya sea objetivo o subjetivo) y
- la relación de causalidad.

Tratándose de la responsabilidad de médicos dependientes del Estado, se ha dicho que las disposiciones del Código Civil y Comercial pueden ser tenidas en cuenta por analogía en todo aquello que no se encuentre específicamente determinado por ley especial (conf. Pizarro, Ramón Daniel y Vallespinos, Carlos Gustavo, Tratado de responsabilidad civil, Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2018, Tomo II, p. 545).

Ahora bien, el mencionado artículo 1768 del Código Civil y Comercial establece que la actividad profesional liberal está sujeta a las reglas de las obligaciones de hacer y que la responsabilidad es subjetiva -salvo que se haya comprometido un resultado concreto.

También prescribe que cuando la obligación de hacer se preste con cosas, la responsabilidad no está comprendida en la regulación de responsabilidad derivada de la intervención de ciertas cosas y actividades -riesgosas.

La doctrina explica que la disposición de que la responsabilidad sea subjetiva se afina en el hecho de que, en general, el incumplimiento de los profesionales liberales se concreta por su accionar negligente en la prestación del plan de conducta comprometido; así, por ejemplo, de los médicos, quienes no se comprometen a obtener la cura del enfermo, por lo que es preciso que surja o se acredite su culpa para que se patentice un incumplimiento. Y que "... la culpa del experto -valorada en concreto- debe apreciarse en comparación con el parámetro general de conducta que se elabora partiendo de las circunstancias particulares del caso, sin perder de vista que no es la misma diligencia la exigible respecto del hombre medio que la que debe existir en el accionar del experto..." (conf. Herrera, Marisa, Caramelo, Gustavo, Picasso, Sebastián -Directores- Código Civil y Comercial de la Nación comentado, Infojus, CABA, 2015, Tomo IV, p. 504/505).

En cuanto a la segunda parte del artículo, esto es, la exclusión de la regulación de la responsabilidad derivada de cosas o actividades riesgosas, se ha explicado que la previsión tiene en miras, principalmente, el accionar de los médicos que muchas veces pueden encuadrar en alguna de estas figuras, sea que utilizan cosas por sí mismas riesgosas en el desarrollo de su tarea profesional (v. gr. bisturí) o que la actividad que desarrollan es peligrosa en sí misma (v. gr. operación quirúrgica). Y que entonces la exclusión de supuestos como los enunciados precedentemente, que antes se regían por las normas propias de la órbita obligacional, podrían llegar a recaer -indebidamente- en un régimen de responsabilidad que no es adecuado para regular la cuestión. "... Por ejemplo, si el deber de resarcir del médico se rigiera por las normas aplicables a la responsabilidad por el hecho de las cosas viciosas o riesgosas (art. 1757 CCyC y ss.), el factor de atribución aplicable sería objetivo -el riesgo-, lo que resulta absurdo dado el contenido de la prestación comprometida por el experto..." (conf. Herrera, Marisa, Caramelo, Gustavo, Picasso, Sebastián -Directores- Código Civil y Comercial de la Nación comentado, Infojus, CABA, 2015, Tomo IV, p. 505/506).

Entonces, de acuerdo a la regulación citada, para que exista responsabilidad de los médicos intervinientes debe haber culpa o dolo (art. 1724 CcyC). En el mismo sentido la Ley de Responsabilidad del Estado Federal, Ley 26944, también establece que la responsabilidad de los funcionarios o agentes públicos se da por no cumplir sino de una manera irregular, incurriendo en culpa o dolo, sus obligaciones legales (art. 9).

Estas normas se tienen en cuenta porque en la actualidad no hay una ley de la provincia que regule la responsabilidad del Estado y de sus funcionarios por daños a terceros (conf. Art. 115 CCA). Aunque sí hay una norma local que establece que los funcionarios deben responder por los daños que por su culpa o negligencia ocasionen a la hacienda pública (art. 144 Ley 5571). Por lo que siempre observamos normativamente este requisito subjetivo de culpa o negligencia para que los funcionarios públicos deban responder por daños.

La culpa consiste en la omisión de la diligencia debida según la naturaleza de la obligación y las circunstancias de las personas, tiempo y lugar y comprende a la imprudencia, la negligencia y la impericia en el arte o profesión. Mientras que el dolo se configura por la producción de un daño de manera intencional o con manifiesta indiferencia por los intereses ajenos (art. 1724 CCyC).

III. Sobre el hecho y sus circunstancias. El relato de las partes involucradas.

En lo que hace al hecho y sus circunstancias se pueden sintetizar de la siguiente manera.

Las partes concuerdan en que el día 22 de febrero de 2018 la demandante con el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica, fue intervenida quirúrgicamente en el Hospital "Ángela Iglesia de Llano". También en que la cirugía fue programada como videolaparoscópica y fue convertida a cirugía convencional. Y coinciden en que el cirujano fue el demandado Dr. J. S.. Mientras que el demandado Dr. O. A. era entonces el Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Llano.

Asimismo, coinciden en que la paciente fue dada de alta el 28 de febrero de 2018 con un drenaje y en que tras varios meses de la operación ingresó al "Hospital Escuela José Francisco de San Martín" para una nueva cirugía de reconstrucción de las vías biliares.

Sin embargo, difieren en lo que hace a la atribución de la responsabilidad en el hecho.

Por un lado, la demandante sostiene que los Dres. S. y A. son responsables por mala praxis en la cirugía que le practicaron el 22 de febrero de 2018.

Entiende que, a raíz de eso, en días posteriores comenzó a padecer fiebre y descenso de peso, por lo que fue asistida por los Dres. "Smith y Cosimi", quienes le cambiaron el drenaje por uno percutáneo -directo al hígado-, por superar el anterior los 30 días. Y que luego de varios veces tuvo que volver a ser operada -en el Hospital Escuela- pero esta vez para la reconstrucción de las vías biliares.

Dice que el retardo y la modalidad utilizada llevaron a que se generen las consecuencias que alega: incapacidad física y daño psicológico y moral.

Y, por otro lado, entiende que deben responder porque no le brindaron explicaciones claras y precisas que le hubieran permitido medir el riesgo de vida

al que se exponía a través de la intervención quirúrgica.

Por su parte, los demandados alegan que no existió mala actuación o "mala praxis" médica y que la cirugía fue consentida por la paciente.

Agregan que durante la operación se presentaron complicaciones -existencia de un síndrome inflamatorio de mirizzi, la presencia de un conducto biliar anómalo en el lecho vesicular que hizo necesario colocar un catéter y, luego, la migración de uno de los clips que se había colocado en la cirugía, por la pared a la vía biliar.

Y que estas complicaciones fueron las que hicieron necesario realizar otra cirugía. Sostienen que dichas complicaciones son eventualidades que pueden ocurrir en toda cirugía por el riesgo al cual están sometidas.

IV. Lo que surge de la prueba producida.

De la historia clínica de la demandante -remitida por el Hospital Ángela Iglesia de Llano, en copia certificada (fs. 225/234 vta.)-, surge que:

1) el primer registro de ingreso o consulta de la señora G. fue el 17 de febrero de 2018 en el que se expresa "22/02/18 Cirugía Colecistitis Aguda Litiásica" (fs. 225 vta.),

2) existe un consentimiento para procedimiento Diagnóstico o terapéutico, de fecha 18 de febrero de 2018, firmado por la paciente A. N. G. y por el Dr. O. A., Jefe Servicio de Cirugía, con respecto a la operación quirúrgica de Colecistectomía Videolaparoscópica que le iban a realizar, de donde surge que se le habrían informado los riesgos significativos de la operación y las alternativas disponibles, como que ha quedado satisfecha con esas explicaciones y que las comprendió (fs. 226). El consentimiento (igual al de fs. 56 que ya había sido agregado a este expediente) fue exhibido a la demandante A. N. G. en la audiencia preliminar y ella reconoció su firma (ver acta audiencia preliminar y videofilmación).

3) en el parte quirúrgico del 22 de febrero de 2018, firmado por el Dr. J. S., se dejó constancia de lo siguiente: "... Cirujano: Dr. S. J. ... Diagnóstico Preoperatorio: Colecistitis Aguda Litiásica. Diagnóstico Postoperatorio: Colecistitis Aguda Litiásica + Mirizzi Grado 2. Cirugía: Colecistectomía Video Laparoscópica convertida a convencional. Técnica: ... Se realiza semiología abdominal identificando vesícula biliar de paredes engrosadas compatible con proceso inflamatorio tipo mirizzi G2. Se inicia disección roma del cuello vesicular, se coloca clip de titaneo en conducto cístico, dos en proximal y uno distal y se secciona entre ambos. Dadas las características del proceso inflamatorio muy próximo al pedículo hepático se decide convertirla a convencional. Laparotomía: Se realiza incisión paramediana derecha supraumbilical, se explora y completa la colecistectomía y se coloca catéter k33 en un conducto biliar que se encuentra

en zona anatómica no habitual, en celda vesicular a la altura del bacinete, con el objeto de realizar colangiografía en el post operatorio. ... Se deja drenaje tubular en el lecho quirúrgico extraído por contrabertura. ... Paciente recuperada de anestesia pasa a sala general." (fs. 226 vta.),

4) en la historia clínica de fecha 18 de febrero de 2018 -ficha de ingreso- se expresa: "MOTIVO DE CONSULTA: Dolor Abdominal. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: Colecistitis Aguda Litiásica. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES: Pancreatitis Aguda Litiásica" (fs. 227/229),

5) de las fichas de evolución diaria surge: "Fecha: 19/02/18. Comentarios: Se solicita examen cardiovascular que se adjunta a la carpeta ... Fecha 20/02/18 Comentarios: Paciente con evolución favorable ... fecha 21/02/18 "Comentarios: Paciente con evolución favorable, en plan quirúrgico ... fecha 22/02/18 Comentarios: Paciente que cursa día operatorio. Se recupera de anestesia gral. con evolución favorable.... Fecha 23/02/18. Comentarios:Paciente hemodinámicamente estable ...Fecha 24/02/18. Comentarios. Paciente tolera dieta ambula ... Se realiza cura plana de herida quirúrgica... de herida quirúrgica. ... Fecha 25/02/18. Comentarios: Paciente con evolución favorable tolera dieta ambula. Se realiza cura plana de herida quirúrgica. ... Fecha 26/02/18. Comentarios: Evolución favorable. ... Fecha: 27/02/18. Comentarios:En el día de la fecha se retira drenaje ofrecido al espacio de Morrison. ... Fecha 28/02/18. Comentarios: Paciente tolera dieta, ambula RHA(+) platos y catarsis (+). Herida quirúrgica de bordes afrontados sin secreción ni signo de flogosis. Se realiza cura plana. En pase de sala se decide alta hospitalaria con indicaciones y pautas de alarma". (fs. 229 vta./231 vta.).

6) del Epicrisis se desprende "DIAGNÓSTICO AL INGRESO: Colecistitis Aguda Litiásica. DIAGNÓSTICO AL EGRESO: POP de colecistectomía x Colecistitis Aguda Litiásica más Sme. de Mirizzi grado II. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: Paciente que ingresa con diagnóstico de colecistitis aguda litiásica. Se realiza colecistectomía videolaparoscópica con conversión por diagnóstico intraoperatorio de Colecistitis Aguda Litiásica + Síndrome de Mirizzi Grado II. Paciente que evoluciona favorablemente en el posoperatorio. ... PROBLEMAS PENDIENTES: Estudio contrastado por catéter biliar ..." (fs. 232).

7) se agregan análisis y estudios médicos de la señora G. (fs. 232 vta./234).

De la historia clínica de la demandante confeccionada en el Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín" surge que:

1- ingresó al servicio de cirugía el 15 de mayo de 2018 con diagnóstico de "estenosis de vía biliar" (fs. 315),

2- en el protocolo quirúrgico se describe lo siguiente: "... Se accede a zona de lesión quirúrgica previa, identificando clip, el cual se retira ..." y se continúa

explicando pormenorizadamente cómo se realizó la operación (fs. 322),
3- en la ecografía abdominal realizada el 26 de abril de 2018 la Dra. Amalin Aucar, especialista en diagnóstico por imágenes, indicó "Presencia de catéter de drenaje, en hipocondrio derecho proyectándose hacia el lóbulo derecho hepático. Correlacionar con antecedentes. ..." (fs. 324),
4- en el informe radiológico del 16 de marzo de 2018 dice "Amputación total de la vía biliar principal a la altura del Carrefour. Moderada dilatación de la vía biliar contrastada". (fs. 325),
5- se agregan evaluación prequirúrgica y cardiovascular (fs. 327/328),
6- se incorpora formulario de "Consentimiento para procedimiento diagnóstico y terapéutico", suscripto por la aquí demandante (fs. 329).

Por otro lado, de la pericial médica del Instituto Médico Forense, realizada el 28 de marzo de 2022, por la Tocoginecóloga Valeria Yvonne Niz y por el médico Dr. José Luis Galvez -que no ha sido cuestionada por las partes ni en su procedimiento ni en sus conclusiones- se desprende que:

Los profesionales informaron con respecto a los antecedentes y exámenes previos realizados a la aquí demandante, intervención realizada, oportunidad de ésta, complicaciones presentadas, fechas y etapas en que se presentaron, tratamientos aplicados en consecuencia, resultados y causales de cada una de ellas y el estado actual del paciente que "(...) Conforme con la documental médica se realiza tratamiento quirúrgico que inicia por vía laparoscópica y luego se convierte a convencional por el compromiso inflamatorio muy próximo al pedículo hepático según consta en el protocolo quirúrgico con colocación de drenaje en " un conducto biliar que se encuentra en una zona anatómica no habitual" para estudio contrastado de la vía biliar (colangiografía postoperatoria). Se realizó una Colangiopancreatografía endoscópica como procedimiento diagnóstico y terapéutico derivándose luego un drenaje percutáneo y posteriormente reconstrucción de la vía biliar y Hepáticoyeyuno anastomosis en mayo".

Los médicos del Instituto Médico Forense continuaron explicando que "Conforme a la historia clínica y de acuerdo con el cuadro clínico de la paciente se aplicaron los estudios complementarios correspondientes".

Asimismo, consideraron que "la toma de conducta del cirujano fue la correcta para tratar el caso buscando evitar que si este cuadro clínico evolucionaba sería de mayor gravedad".

Destacaron los peritos médicos que "el accionar médico se ajustó al cuadro clínico de la paciente".

Continuaron reseñando que "Conforme historia clínica el diagnóstico de la paciente era de colecistitis aguda litiásica. El tratamiento fue acorde al cuadro

clínico ya que requiere de una intervención quirúrgica".

Describieron la patología expresando que "La colecistitis aguda es el cuadro clínico producido por la obstrucción e inflamación de la vesícula biliar. Es la complicación más frecuente de la litiasis vesicular".

Al ser preguntados sobre los hallazgos que consideren de relevancia o particularidades presentadas en la cirugía de la paciente G. el 22 de febrero de 2018 dijeron que "Conforme con protocolo quirúrgico destaca a la semiología abdominal una vesícula biliar de paredes engrosadas compatible con proceso inflamatorio tipo Mirizzi G2. De acuerdo con la bibliografía "el síndrome de Mirizzi es una inflamación poco frecuente y crónica ocasionada por un cálculo impactado en la bolsa de Hartmann con obstrucción parcial o completa del conducto biliar principal. Es una complicación prolongada de la enfermedad litiasica biliar e infiere un diagnóstico preoperatorio difícil, así como una compleja conducción terapéutica ..." (el resaltado se agregó).

A la pregunta "¿Por qué cuestión se convirtió la cirugía laparoscópica en convencional?" respondieron "Según consta en el protocolo quirúrgico: "dado las características del proceso inflamatorio muy próximo al pedículo hepático se decide convertir a convencional" para completar la extracción de la vesícula".

Además, indicaron que "En el protocolo quirúrgico no describe la constatación de alguna lesión de la vía biliar, si destaca la presencia de un proceso inflamatorio tipo Mirizzi 2 que puede alterar la anatomía por lo que el cirujano decidió la colocación del drenaje en un conducto biliar localizado en zona no habitual para posterior estudio contrastado".

Sobre la pregunta "¿Qué es el conducto aberrante?" dijeron "De acuerdo con la bibliografía médica un conducto aberrante biliar cuando el drenaje de un sector o segmento hepático no presenta comunicación con el resto del árbol biliar y constituye la anomalía más importante y de trascendencia en relación a las lesiones iatrogénicas, por cuanto su ligadura o sección implica una complicación de muy difícil diagnóstico y que exige una reconstrucción quirúrgica compleja".

Respecto de la colocación del drenaje a la señora G. sostuvieron que "Conforme con documental médica obrante el objeto del drenaje fue para estudio posterior de la anatomía de la vía biliar. Este acto médico es ajustado al proceso inflamatorio descrito en el protocolo quirúrgico" el destacado fue agregado).

A la pregunta ¿Existió alguna complicación postquirúrgica de la cirugía convertida a convencional del 22/02/2018? respondieron "Conforme a lo enunciado en la historia clínica se interpreta que no presentó complicación postoperatoria".

Y, cuando se les preguntó ¿Puede un clip utilizado durante la cirugía de colecistectomía laparoscópica migrar posteriormente a ella? ¿Es posible que

haya sido a causa del proceso inflamatorio de la vesícula y las vías biliares? contestaron "De acuerdo a la bibliografía consultada es posible la migración de los clips utilizados en la cirugía laparoscópica y podría estar relacionado al proceso inflamatorio de la vesícula y las vías biliares" (el subrayado se agregó). Por último, consideraron que conforme al protocolo quirúrgico del 22/02/2018 "las técnicas utilizadas fueron las adecuadas para el caso estudiado" (el subrayado se agregó).

Aclararon que luego "... conforme con el seguimiento y los estudios complementarios realizados a la Sra. G. se arribó al diagnóstico de estenosis benigna de la vía biliar que requirió una cirugía de reconstrucción según consta en historia clínica" (el destacado se agregó).

A su vez, del informe brindado por la Asociación de Clínicas de Corrientes -consulta técnica- se desprende que durante el acto quirúrgico, según el protocolo quirúrgico no se constató ninguna lesión de la vía biliar, sino que se constata conducto aberrante donde se pasa catéter.

A la pregunta sobre "¿Qué es un conducto aberrante?" se explicó que "es un conducto secundario que se encuentra drenando un sector o segmento hepático no presenta comunicación con el resto del arbor biliar...".

A la consulta sobre ¿Cuál fue el objeto de dejar un drenaje en la vía biliar? ¿Cómo considera tal acto médico? la Dra. Alicia Fernández, el 4 de abril de 2022, expresó en forma coincidente con la pericia médica que "El objetivo de dejar un drenaje en la vía biliar, es drenar la vía biliar y posterior control por el mismo para ver permeabilidad bajo la administración de contraste iodado. Se considera que fue dejado correctamente" (el subrayado se agregó).

A la pregunta ¿Existió alguna complicación post quirúrgica de la cirugía convertida a convencional del 22/02/2018? ¿En qué consistió la misma? respondió "Según protocolo quirúrgico no existió complicaciones postquirúrgica. Se encontraron con un síndrome de Mirizzi".

Cuando se le preguntó ¿Puede un clip utilizado durante la cirugía de colecistectomía laparoscópica migrar posteriormente a ella? ¿Es posible que haya sido causa del proceso inflamatorio de la vesícula y vías biliares? contestó "Sí, puede migrar, ya que cualquier material empleado en cirugía, siendo un cuerpo extraño al organismo y depende del organismo. Pudiendo haber sido la causa también de inflamación de la vía biliar. Según protocolo quirúrgico del Hospital Escuela José Francisco de San Martín" (el subrayado se agregó).

Con relación a la colocación del clip se le preguntó ¿Dónde se colocaron los clips conforme el protocolo quirúrgico durante la cirugía del 22/02/2018? y respondió "Según protocolo quirúrgico se colocó en el conducto cístico donde tiene que ser colocado".

Y a la pregunta ¿Cómo considera la/s técnicas utilizadas conforme el protocolo quirúrgico del 22/02/2018? contestó "Según el protocolo quirúrgico las técnicas son correctas" (el subrayado se agregó).

Por último, cuando se le preguntó ¿Es posible que una colangitis se produzca posteriormente en la paciente siendo que se dejó drenaje en la vía biliar durante el acto quirúrgico del día 22/02/2018? expresó "Si se puede producir colangitis por mas que se haya dejado drenaje en la vía biliar. Puede taparse el mismo y no drenar. Etc."

De la declaración de parte del demandado O. R. A. surge que él no intervino en la operación (ver videofilmación, 08 min., 44 seg. y ss.).

En su declaración de parte, el demandado Dr. J. S. explicó que la colecistitis aguda consiste en un proceso inflamatorio de la vesícula biliar (ver videofilmación 16 min., 17seg. y ss.).

Cuando se le preguntó si es habitual la colocación de clips respondió que "... sí, en laparoscópica" (ver videofilmación 16 min., 35 seg. y ss.).

A la pregunta ¿pueden tomarse medidas para evitar que un clip migre? dijo "... no hay forma" ... "tal vez dependa mucho de la calidad del clip" y agregó que "pueden fracasar, se pueden soltar" y que "... hoy se están cambiando por otros más seguros que no los tenemos acá y son usados en otro lugar, pero también se pueden soltar..." (ver videofilmación 16: min., 46 seg. y ss.).

Al ser preguntado ¿por qué motivo se le colocó un catéter? respondió "porque cuando se inicia laparoscópica se nota un proceso inflamatorio cercano al pedículo biliar que es una zona de riesgo de la anatomía de la región que uno estaba operando y entonces al ver que había proceso inflamatorio muy cercano se decide convertir en convencional a la cirugía".Aclaró que "... encontramos un conducto biliar que no es el lugar que suele haber.." y que entonces colocaron un catéter para realizar un estudio post operatorio "para verificar si la vía biliar estaba con alguna anomalía..." (ver videofilmación 18 min, 05 seg. y ss.).

También aclaró que en ese momento no había que reconstruir las vías biliares, ya que no había lesión y que se puede descubrir la lesión en el momento de la operación cuando se encuentra salida de bilis, pero que ellos no vieron (ver videofilmación 21 min., 46 seg. y ss.).

A la pregunta si ¿habían detectado síndrome de Mirizzi tipo 2? contestó "eso era lo que sospechábamos, pero la confirmamos dentro de la cirugía" (ver videofilmación 23 min., 15 seg. y ss.).

Dijo que no se produjo lesión de la vía hepática durante la operación (ver videofilmación 24 min., 15 seg. y ss.) y que lo único que sospechaban era una alteración anatómica de la vía biliar y justamente por eso le dejaron un catéter tutor para hacerle un estudio colangiográfico posterior a la cirugía (ver

videofilmación 24 min., 49 seg. y ss.).

Agregó que en este caso tampoco hubo complicación con el catéter que le pusieron (ver videofilmación 25 min., 43 seg. y ss.).

Señaló que la actuación que tuvieron con respecto a esta paciente fue la conducta correcta de acuerdo a ellos y a otros consultados y que las complicaciones en una cirugía pueden surgir aunque uno haga el procedimiento en forma correcta (ver videofilmación 26 min., 18 seg. y ss.).

Aclaró que acompañó a la aquí demandante hasta el momento en el que en el Hospital Escuela se la reopera para hacerle la anastomosis biliar con lo cual se solucionó el problema (ver videofilmación 27 min., 28 seg. y ss.).

Del testimonio del Dr. Gustavo Ernesto Schmidt -médico cirujano del Hospital Escuela- surge conoció a la señora G. porque el Dr. S. le pidió que la atienda en la circunstancia de un problema de salud (ver videofilmación 53 min., 40 seg. y ss.). Se desprende de su testimonial que "desde el 2005 yo me dedico a este tipo de patologías (...) entonces por ahí el recurso de consultarme es bastante frecuente con los médicos de acá de Corrientes..." (ver hora 01:01:56 videofilmación).

Detalló su intervención médica en el caso de la aquí demandante diciendo "... la señorita Antonella llega al servicio de cirugía del Hospital Escuela después de un posoperatorio complicado de un síndrome de Mirizzi que es un proceso inflamatorio muy avanzado de la vesícula, donde la vesícula prácticamente se sella contra la vía biliar principal y hay muchas veces que hace un fístula colecistobiliar se llama entre la vesícula y la vía biliar principal y eso hace de que la cirugía que uno entra a hacer un procedimiento simple se complejice y hay veces que uno tiene que llamar a ayuda de un especialista que tenga más experiencia para poder resolver el problema" (ver videofilmación 54 min., 02 seg. y ss., el destacado fue agregado).

Y, respecto de los actos médicos que llevó a cabo en el caso sostuvo "la cirugía que realicé fue ingresé a la cavidad abdominal y encontré un proceso inflamatorio importante donde no se distinguía la anatomía de la vía biliar, previamente habíamos hecho se llaman drenajes percutáneos de la vía biliar donde uno entra a través del hígado, por fuera, pasa por la piel y entra a través del hígado a los conductos biliares de un lado y del otro y eso lo hacemos siempre para que nos sirva de guía porque en estos procesos inflamatorios de la vía biliar como el síndrome de Mirizzi la anatomía se altera y tenemos que tener una forma de guiarnos mapeando la vía biliar con estos drenajes, incluso sintiendo los drenajes en el intraoperatorio al palparlos y de esa manera pudimos lograr ingresar a la placa inflamatoria que tenía la paciente y se hizo lo que se llama se puentea el proceso inflamatorio con una derivación biliar que

consiste en llevar un lazo intestinal a la placa ya que no está hay que resecar todo el proceso inflamatorio y quedan los conductos biliares sobre el hígado y eso se anastomosa se sutura digamos el intestino con la placa biliar para que todo el líquido del hígado vaya al intestino como lo hacía en circunstancias normales ..." (ver videofilmación 55 min., 06 seg. y ss., el destacado fue agregado).

Señaló que cree que en la primer cirugía se habrán encontrado con un gran proceso inflamatorio y que resolvieron de la manera correcta. Y que el problema que ocurrió "porque lo pudimos constatar" era que "había una migración del clip que uno coloca en el conducto cístico cuando hace la resección de la vía biliar y eso lo pudimos constatar y retirar (ver videofilmación 57 min., 18 seg. y ss., el destacado fue agregado).

Agregó que de acuerdo a la bibliografía mundial si uno realiza la cirugía laparoscópica de la vía biliar "está descripta la migración de clips a la vía biliar y que pueden ocasionar obstrucciones, sumado al proceso inflamatorio que ya tenía esta paciente, que seguramente la anatomía estaba totalmente alterada. Y hay escuelas incluso que no usan clips, directamente hacen suturas con nudos intracorpóreos, de material absorbible, pero no quiere decir que se haya dejado de usar la técnica de usar clips, que esté mal usar clips, porque la gran mayoría de los cirujanos utilizamos clips. Y hay veces que bueno, son imponderables que ocurren y más en estos procesos inflamatorios donde la anatomía está totalmente variable, ¿no?" (ver videofilmación 58 min., 18 seg. y ss., el subrayado se agregó).

Con respecto al término "lesión" desde el punto de vista médico aclaró que "cuando hablamos de lesión, para que se entienda el término médico, lesión no es solamente pensar en una lesión que provoca el cirujano, ¿sí? La lesión en este caso era una lesión inflamatoria (...) y hace de que el cirujano trate de resolver la cirugía de la mejor manera. Y muchas veces ocurren estas cosas. Como le ocurrió a los primeros cirujanos que intervinieron ¿no? Se puede manifestar de muchas formas y una de las formas, cuando se obstruye o migra el clip, que haya suelto un cabo donde estaba el clip y haya bilirragia, o sea, bilirragia es pérdida de bilis a través de un drenaje..." (ver videofilmación 00:59:30 y ss., el subrayado fue agregado).

Luego explicó qué cosas pueden ocurrir en la paciente en el caso de que la "lesión" haya estado en la primer cirugía y enumeró pérdida de bilis a través del drenaje, ictericia, pruritos -lesiones por rascado- (ver videofilmación 1 hora, 1 min., 25 seg. y ss.).

Dijo que después de esa segunda cirugía la señorita G. ".. anduvo perfectamente bien, fue a los controles conmigo, a retirarse los puntos, estaba de alta, estaba

contenta, conforme, y la verdad que después de tres o cuatro controles no me fue a ver nunca más. La madre cada vez que la cruzo sí me habla de que la hija está muy bien (ver videofilmación 1 hora, 01 min., 30 seg. y ss., el subrayado se agregó).

Luego, al ser preguntado sobre los supuestos en que se realiza una reconstrucción de la vía biliar, dijo que "...en el caso de ella fundamentalmente porque hay una estenosis, digamos, por el proceso inflamatorio de la vía biliar y hay que puentear esa estenosis. La estenosis es un estrechamiento, ¿sí? Porque normalmente hay un cañito que va desde el hígado hasta el intestino y ese cañito cuando se estenosa, se estrecha, hay que puentearlo y llevar un asa intestinal por arriba de esa estenosis. En el caso de ella tenía una estenosis de la vía biliar por el proceso inflamatorio..." (videofilmación, hora 1 minuto 6, 25 segundos y siguientes, el destacado se agregó).

Luego aclaró con respecto al drenaje que "... el drenaje fue lo que le avisó al médico que algo andaba mal (...) cuando uno tiene un proceso inflamatorio (...) y no tiene la seguridad de que se resuelva solo (...) se deja un drenaje... (...) hay que dejarlo colocado el tiempo que sea necesario, incluso más de un mes en el caso de que tenga una bilirragia importante (200 ml por día) y hay que dejar el drenaje y pensar que hay algo más (...) como en el caso de ella que tenía una estenosis y hay que llamar o intervenirla de vuelta o llamar a alguien para que resuelva el problema..." (videofilmación, 1:07:48 y ss, el destacado fue agregado).

Al ser preguntado sobre en qué casos se puede realizar una "amputación" de la vía biliar dijo que "... la amputación es un nombre que no está digamos... ningún médico entra a amputar una vía biliar en forma impune ... ese término no cabería... todo tipo de cirugía tiene sus riesgos (...) y eso está estipulado, está descrito ... ningún médico es infalible (...) La amputación de la vía biliar se puede hacer en casos de tumores a propósito. Pero se puede causar una lesión de la vía biliar durante una intervención quirúrgica, sí, puede pasar desapercibida. Si pasa desapercibida se puede resolver más adelante, sí. Si no pasa desapercibida se puede resolver en el momento. También. Pero no es algo que, condenable digamos, está dentro de las posibilidades de cualquier procedimiento quirúrgico, desde el más mínimo al mayor..." (videofilmación, hora 1, minuto 10, 43 segundos y ss.).

Luego, cuando el apoderado de la parte demandante le exhibió el informe radiológico y le preguntó sobre la indicación allí contenida de "amputación total de la vía biliar a la altura del carrefour" dijo "bueno, quizás quiso decir estenosis o stop de pasaje de la vía biliar o del hígado hacia el intestino, eh, quizás el término amputación lo utilizó para eso, la verdad que nosotros no, amputación, lo

interpretamos como una estenosis nosotros, no como una amputación..." (video, 1:13: 11 y siguientes, lo destacado se agregó).

Y aclaró "... estenosis es la estrechez, como que, si yo tengo una pajita de esas que toman los chicos y la giro, hace una estrechez y eso es la estenosis (...) les quiero recalcar que la inflamación genera estenosis..." (videofilmación, 1:18:01 y ss., el destacado fue agregado).

Al ser preguntado sobre qué causas pueden producir un proceso inflamatorio como el que ocasiona estenosis de la vía biliar aclaró que ".. como el caso de ella, el síndrome de mirizzi comienza siendo una colecistitis ¿sí? Es la inflamación de la vesícula. Esa colecistitis, muchas veces hay edema y hay aumento del tamaño de la vesícula (...) eso hace que el peso propio de la vesícula (...) [explica con gestos, ver video] la vesícula al estar pesada (...) se pega a la vía biliar y obviamente genera un proceso inflamatorio entre la vesícula y la vía biliar y la mayoría de las veces la misma piedra por decúbito, porque la piedra hace decúbito, o sea hace presión sobre la vesícula y por ende sobre la vía biliar porque está pegada, genera una comunicación que se llama fístula y eso empeora todavía el cuadro inflamatorio que hace que se genere estenosis entre otras cosas.." (videofilmación hora 1 minuto 19 y ss., lo subrayado se agregó).

Luego, se le preguntó qué motivos pueden producir una lesión de la vía biliar extrahepática y si son lesiones que se producen dentro de la operación quirúrgica o pueden producirse fuera de ella. Explicó que "las lesiones quirúrgicas ocurren dentro de la cirugía. Eso es así. Las lesiones inflamatorias ocurren antes de la cirugía, el proceso inflamatorio ya está instalado y el cirujano trata de resolver eso, de resolver el problema al paciente. Las lesiones quirúrgicas de la vía biliar, le vuelvo a repetir, para nosotros es un dolor de cabeza, pero que pueden pasar, ocurren durante la cirugía y la mayoría de las veces son por alteraciones anatómicas, ¿sí? Y eso, digamos, también está dentro de las posibilidades de cualquier tipo de cirugía..." (videofilmación, hora 1:20:35, el subrayado fue agregado).

Luego aclaró con respecto a la lesión intraoperatoria, que se produce "...fundamentalmente por dos causas: interpretación errónea de la anatomía o variables anatómicas de la vía biliar, porque no solamente tenemos variables anatómicas de la vesícula sino también del cístico y de los conductos hepáticos, tanto derecho como izquierdo, entonces ahí ya tenemos un abanico de variantes anatómicas de la vía biliar. También tenemos variantes anatómicas de la arteria cística y de la arteria hepática que cuando ocurre alguna variante, digamos, el 72 % es la que normalmente tenemos todos, después hay un 22 % de otras, un 6 % y un 2% de otras. Entonces lo que tenemos que tratar de identificar es siempre

que, o deseamos los cirujanos, es encontrarnos con el 72 %. Eh... cuando hay una arteria que cruza por un lugar que no es habitual, supongamos el 2 % muchas veces tenemos lesiones de sangrado, sangrados que tenemos, inadvertidos, o advertidos, perdón, inadvertida la arteria. Uno tiene que tratar de cohibir esa hemorragia y ahí muchas veces ocurren este tipo de lesiones quirúrgicas estamos hablando, ¿sí? Ya cuando ocurren lesiones inflamatorias, el mirizzi que estamos hablando, es algo que no tiene nada que ver con el cirujano sino con lo que le tocó al paciente" (videofilmación hora 1:21:40 y siguientes, el destacado se agregó).

Y especificó que en este caso "... el protocolo hablaba de síndrome de mirizzi y nosotros nos encontramos con un proceso inflamatorio. El protocolo del cirujano anterior ¿no? Y nosotros nos encontramos con un proceso inflamatorio estenótico, o sea que creemos que era un mirizzi...(videofilmación, 1:23:29 y ss). Con relación a la pregunta ¿se pueden tomar medidas para evitar que un clip migre dentro del cuerpo? contestó que no (ver videofilmación 1 hora, 20 min., 02 seg. y ss.). Detalló que "... hay dos escuelas, por decirle en Argentina le voy a nombrar. La gente del Hospital Italiano de Bs. As. no usa clips por esa razón. Utilizan solamente nudos intracorpóreos. La gente del italiano es sumamente top y referente nacional en este tipo de patología. Pero el resto, o sea le puedo nombrar otros hospitales grandes y no solamente los hospitales sino la bibliografía habla de que hay migraciones pero el resto del mundo utilizamos clips. Pueden ocurrir las migraciones pero es muy infrecuente y bueno, cuando le toca a uno es el 100 % ¿no? (videofilmación, 01:24.00 y ss, el destacado fue agregado).

Respecto de la pregunta sobre si ¿normalmente resulta necesaria la utilización de drenajes post colecistectomía? dijo que "cuando uno tiene dudas de que haya quedado un sangrado o, como en el caso de ella un proceso inflamatorio si siempre se deja drenaje porque si hay alguna colección o algo que venga por el drenaje como pasó en el caso de ella es de buen gesto", de hecho, el drenaje fue lo que avisó al médico que algo estaba andando mal" (ver videofilmación 1 hora, 07 min., 15 seg. y ss.).

Aclaró que todo tipo de cirugía tiene sus riesgos (ver videofilmación 1 hora, 10 min., 52 seg. y ss.).

A la pregunta si en los controles que mencionó ¿pudo observar complicaciones que hayan quedado en la paciente luego de esta cirugía y de este proceso inflamatorio que tuvo? contestó que no, gracias a los drenajes percutáneos que le habían hecho y que no tenía problemas intestinales (ver videofilmación 1 hora, 25 min., 02 seg. y ss.).

De la testimonial del Dr. Jorge Nicolás Schuster -médico de especialidad en

cirugía general que se desempeñaba como Jefe de Residentes del Hospital Llano (ver videofilmación 1 hora, 32 min., 05 seg. y ss.)- se desprende que el síndrome de Mirizzi grado 2 consiste en "... una entidad patológica que se presenta en pacientes con patologías biliares crónicas digamos, más específicamente en esta paciente, en la vesícula biliar ya era una paciente que tenía antecedentes de litiasis con cuadros reagudizados de dolor que, bueno, en algún momento no consultó o no respondía bien al tratamiento médico por eso no llegó de manera temprana a la consulta inicial. Entonces en estos tipos de pacientes el síndrome de Mirizzi es un proceso inflamatorio en sí en el que la vesícula biliar tiene tendencia a fusionarse digamos con otras estructuras vecinas por el proceso inflamatorio, en este caso en el síndrome de Mirizzi grado 2 la fusión trata de hacerla a la vía biliar principal, más específicamente al conducto colédoco que es un conducto por donde drena la bilis específicamente (...) lo que le dificulta al cirujano es tener una buena visión de lo que es la anatomía digamos de la vesícula en sí y de las estructuras vecinas por el proceso inflamatorio. Eso puede producir dificultades técnicas y también al ser un proceso ya crónico, tener un porcentaje de complicaciones en el post operatorio" (ver videofilmación 1 hora, 32 min., 32 seg. y ss., el subrayado se agregó).

También explicó con respecto al síndrome de mirizzi que "... es muy complicado detectarlo previamente por estudios por imágenes. Se puede llegar a sospechar pero es algo clínico. El diagnóstico en sí, es en el intraoperatorio, se diagnostica ahí en el momento de la cirugía..." y que "... un síndrome de mirizzi no es algo habitual, la patología de esta paciente no es algo que sea de nuestro día quirúrgico diario, son complicaciones crónicas..." (videofilmación 1:37:10, el subrayado se agregó).

Con relación a la pregunta ¿de qué manera un paciente puede sufrir una amputación de la vía biliar principal? contestó "la principal causa de la amputación puede ser o una asección de la vía biliar o una obstrucción mecánica por algún motivo (...) la estenosis es una obstrucción. Una estrechez de un conducto (...) o sea en una colecistectomía (...) esta es una paciente que había entrado con un cuadro crónico avanzado, con un mirizzi..." (ver videofilmación 1 hora, 42 min., 12 seg. y ss., lo destacado se agregó).

Con relación a la pregunta si ¿es común que en una colecistectomía se realice un drenaje precutáneo? respondió que "en una colecistectomía no no es común, en el procedimiento inicial de una colecistectomía no" (ver videofilmación 1 hora, 42 min., 45 seg. y ss.).

A la pregunta si ¿sabe si se puede tomar alguna medida para prevenir que un clip migre? contestó que "si bien no es lo habitual, no hay una medida para

tomar... más que nada es, cuando se clipa sobre un tejido inflamatorio... eh... y bueno en este caso también fue un tejido inflamatorio... eh... al desinflamarse ese tejido puede hacer que el clip se afloje, el clip se afloja y eso puede llevar a... eh... a la migración, pero no hay una medida que se tome para evitar eso" (ver videofilmación 1 hora, 46 min. y ss., lo destacado se agregó).

Y cuando se le preguntó si ¿sabe si se le informó a la paciente respecto de las complicaciones que podían ocasionarse con motivo de este síndrome de Mirizzi? contestó que "sí, se le informó a la paciente" (ver videofilmación 1 hora, 47 min., 20 seg. y ss.).

En definitiva, de las pruebas analizadas, no surge que exista responsabilidad por parte de los médicos demandados, debido a que todas son coincidentes en que la aquí demandante, el 22 de febrero de 2018, fue operada por un cuadro de colecistectomía (vesícula biliar) mediante la cirugía laparoscópica -que implica la colocación de clips-, pero que a raíz del proceso inflamatorio de las vías biliares que sufría -síndrome de mirizzi- la cirugía fue reconvertida en convencional.

También se desprende que, por tal motivo y por haber detectado ciertas anomalías, se le colocó un drenaje para realizar luego de la cirugía un estudio de contraste. Las pruebas son coincidentes en que fue correcto desde el punto de vista médico dejar el drenaje, como también que éste permitió detectar que existían inconvenientes y evitó que se agravara el problema.

Son coincidentes también las pruebas, como se desprende del relato, en que el síndrome de mirizzi -que produce un cuadro inflamatorio- es difícil de ser detectado antes del procedimiento quirúrgico y también en que genera complicaciones tanto en la cirugía como en el post operatorio.

De la prueba también surge que en la segunda cirugía que le realizaron en el Hospital Escuela para la reconstrucción de las vías biliares, los profesionales que la operaron observaron una "estenosis" -o estrechez de un conducto- producida por inflamación y, además, encontraron un "clip" -utilizado en la cirugía anterior- que había migrado por la pared de la vía biliar.

Las constancias probatorias permiten inferir que el clip pudo haberse desprendido y migrado hasta ese lugar luego del proceso de desinflamación de los tejidos.

Por otro lado, de las testimoniales de los cirujanos Schmidt y Schuster surge que puede suceder la migración de clips dentro del cuerpo de la persona, y aunque es poco habitual, no existen medidas que se puedan tomar para evitar esa migración de clips. También se desprende de la prueba -consulta técnica a la Asociación de Clínicas de Corrientes, pericial médica del Cuerpo Forense y testimoniales del cirujano Dr. Schmidt que la operó luego en el Hospital Escuela y del entonces Jefe de Residentes del Hospital Llano, cirujano Dr. Schuster- que

la comunidad médica en general acepta como correcta la utilización de clips en este tipo de cirugías.

Por otro lado, de la historia clínica de la demandante confeccionada en el Hospital Llano no se desprende que haya existido falta de información adecuada por parte del médico tratante con respecto a los riesgos de la cirugía, teniendo en cuenta la constancia de consentimiento -firmada por la paciente G.- para la internación en ese lugar como para la intervención quirúrgica.

En síntesis, de la prueba no surge que haya existido un actuar negligente, culposo, o no adecuado al arte médica por parte de los demandados en la intervención quirúrgica practicada a A. N. G. el 22 de febrero de 2018. Es más, los distintos profesionales coinciden en que la conducta llevada a cabo por los médicos cirujanos en el caso fue correcta.

Mucho menos se ha probado el nexo causal, ya que no se desprende de ninguna de las pruebas que la operación que le realizaron en el mes de mayo de 2018 sea una consecuencia de una mala praxis en la cirugía del 22 de febrero de 2018, siendo que el nexo causal entre el daño y la presunta infracción debe ser probada por el demandante (conf. art. 377 CPCyC).

En cambio sí surge probada la versión de los hechos de los demandados en cuanto a que esa segunda cirugía, de reconstrucción de las vías biliares, se debió a la "estenosis" u obstrucción de un conducto -en este caso por inflamación, debido a un síndrome de mirizzi- y a la migración de un clip.

En lo que hace a la responsabilidad del Estado por tratarse de un hospital público, estimo necesario señalar que, como ya se analizó, no se ha acreditado en el caso que haya existido un incumplimiento por parte de los médicos demandados -como dependientes del Estado-, como tampoco que haya existido en este caso una prestación irregular o defectuosa del servicio de salud -tomando sus prestaciones como obligaciones de medios, no de resultado.

En efecto, no surge que estemos alejados del estándar objetivo de diligencia esperable, teniendo en cuenta especialmente la naturaleza de la actividad y los medios que dispone la Administración (conf. Perrino, Pablo Esteban, La responsabilidad del Estado y los funcionarios públicos, La Ley, Bs. As., 2015, p. 89, citando a Pizarro Ramón Daniel, Responsabilidad del Estado y de los funcionarios y de los funcionarios públicos, Tomo I, pp. 306/307).

En síntesis, no se ha probado que las complicaciones de salud que padeció A. N. G. luego de la primer cirugía a la que fue sometida y que derivaron en una segunda intervención quirúrgica hayan obedecido a una anomalía y/o prestación defectuosa del servicio de salud en el Hospital Ángela Iglesia de Llano.

Por tales razones, estimo que corresponde rechazar la pretensión de

indemnización planteada por la demandante.

En cuanto al resarcimiento por daño psicológico, gastos futuros de asistencia psicológica, daño moral y gastos de tratamiento médico y de traslado reclamados, al no haberse acreditado la conducta antijurídica que imputaba a los demandados como tampoco el nexo de causalidad entre el daño alegado y dicha conducta, es evidente que no puede prosperar.

RESUMEN:

No se hace lugar a la demanda de daños y perjuicios por supuesta mala praxis. Porque, más allá de que A. N. G. tuvo que pasar luego de la operación de la vesícula, por una nueva cirugía para la reconstrucción de las vías biliares, de la prueba producida -historia clínica, pericia realizada por médicos del Cuerpo Médico Forense, informe de la Asociación de Cirugía de Corrientes, testimonios de los cirujanos Dres. Gustavo Ernesto Schmidt y Jorge Nicolás Schuster- no surge que haya existido una actuación culposa, negligente o mala práctica médica por parte de los médicos J. S. y O. A. en su primer intervención quirúrgica realizada en el Hospital Llano.

Tampoco surge de la prueba que haya sido irregular la prestación del servicio de salud por parte del Hospital Ángela Iglesia de Llano.

En cambio, de la prueba surge que las complicaciones se debieron a un síndrome de mirizzi, que produjo una "estenosis" o estrechez de un conducto biliar por inflamación.

Y también a que un clip utilizado en la anterior cirugía había migrado por la pared de la vía biliar. Sobre esto último, de la prueba se desprende que la comunidad médica en general acepta la utilización de esos clips en este tipo de cirugías, aunque puede suceder la eventualidad de que algún clip migre. Además, surge que es poco común que suceda esa migración de un clip -cosa que lamentablemente ocurrió en este caso. Y se probó también que no hay en la actualidad -de acuerdo a la comunidad médica en general- medidas que puedan tomarse para prevenir que eso ocurra.

En cuanto a los gastos del juicio, se establece que cada parte debe hacerse cargo de los suyos, porque se entiende que A. N. G. pudo razonablemente considerar que tenía derecho como para iniciar la demanda, ya que no surge de la prueba que concretamente se le haya explicado los motivos por los que tuvo que ser sometida a una segunda intervención, especialmente la eventualidad que ocurrió en cuanto a la migración de un clip de la primer cirugía.

V. Por último, corresponde regular los honorarios de la perito psicóloga Micaela Bouloc .

Se constata que ha intervenido confeccionando el informe pericial por lo que entiendo prudente fijar sus honorarios en una suma equivalente al monto mínimo

de 10 "jus" establecido en el segundo y tercer párrafo del artículo 18 de la Ley 5822. En consecuencia, corresponde regularle sus honorarios profesionales en la suma de \$ 37.780,70 (conf. Ac. STJ 12/22, pto. Octavo), con más intereses a calcularse a tasa activa del Banco Nación Argentina -cartera general o similar que la sustituya (conf. art. 56 de la ley 5822).

En cuanto a los gastos y honorarios correspondientes a la pericia psicológica, se establece que están a cargo de la parte demandante, porque los demandados manifestaron su desinterés en la producción de esta prueba (fs. 224) y no fue necesario hacer mérito de esa pericia para rechazar la demanda (art. 302, inciso c, CPCyC).

VI. En cuanto a las costas, entiendo que en este caso existen fundadas razones para apartarse excepcionalmente del principio general de imponer las costas al vencido (conf. arts. 333 y 335, inciso b, del CPCyC).

Considero que es así porque de la prueba producida surge que sí había existido la migración de un clip quirúrgico dentro del cuerpo de la demandante y que eso, además del proceso inflamatorio producido por un síndrome de mirizzi, hizo necesario realizarle una segunda intervención quirúrgica. Ahora bien, la existencia de ese clip que había migrado, permite sostener que la parte pudo razonablemente considerar que tenía razones fundadas para litigar y que actuó con una razonable convicción acerca del derecho que alegaba, motivos que se ha entendido justifican eximir de los gastos del juicio -costas- al vencido (conf. Loutayf Ranea, Roberto G., Condena en costas en el proceso civil, Ed. Astrea, Bs. As., 2013, p. 79).

Se suma a esos motivos la existencia de una situación compleja o dificultosa en lo fáctico, que pudo inducir a la parte a defender su posición, creyendo en la legitimidad de su derecho, motivo que también se ha entendido justifica eximir de la imposición general de costas, porque otra solución podría importar un desaliento para el apropiado ejercicio del derecho de defensa (conf. Loutayf Ranea, Roberto G., Condena en costas en el proceso civil, Ed. Astrea, Bs. As., 2013, p. 80).

Para más, si bien en este caso se desprende que se explicaron a la paciente los riesgos genéricos de la operación quirúrgica a la que fue sometida en primer término -ver consentimiento- lo cierto es que no surge de la prueba que se le hayan explicado concretamente -ni quién le habría explicado y/o en qué contexto-, luego de que surgieron las complicaciones y fue necesaria una segunda intervención quirúrgica, los motivos por los que fue necesario realizar esa segunda intervención, que sí surgieron de la prueba en esta causa, especialmente la eventualidad que ocurrió en cuanto a la migración de un clip de la primer cirugía.

Esto último, si bien no es determinante en cuanto al daño alegado, si inclina la balanza para considerar que la demandante pudo razonablemente considerarse con derecho a litigar.

Por los fundamentos expuestos,

RESUELVO:

1°) NO HACER LUGAR a la demanda.

2°) Imponer las costas por su orden. Intimar a los profesionales intervinientes que acrediten su condición bajo apercibimiento de regularles honorarios como monotributistas.

3°) Regular los honorarios de la perito psicóloga Micaela Bouloc en la suma de \$ 37.780,70 (pesos treinta y siete mil setecientos ochenta con setenta centavos), con más intereses a calcularse a tasa activa del Banco Nación Argentina -cartera general o similar que la sustituya (conf. art. 56 de la Ley 5822).

Los gastos y honorarios de esta pericia están a cargo de la parte demandante.

4°) Notificar por FORUM a las partes y a la perito.

5°) Por Secretaría, notificar a la demandante, A. N. G. el RESUMEN de esta sentencia, por cédula en su domicilio real.

Dra. MARÍA BELÉN GÜEMES.