

SR. CONJUEZ FEDERAL

DR. BRUNO BONETTI .

SECRETARIA PENAL; DR. Carlos R. GARCILAZO.

El que suscribe, Alberto Edmundo BRAILOVSKY, Principal Médico Legista de la Policía Federal Argentina L.P. 2717, M.N. 37.719, en cumplimiento de lo dispuesto por V.S., muy respetuosamente se presenta a fin de informarle sobre los puntos periciales solicitados.

Con las armas del conocimiento y desde el atalaya de la ciencia, he contestado sus preguntas a través de una más amplia investigación pericial, con total fidelidad a sus resultados, que son los que vuelco en el presente trabajo.

Este ha sido el eje de mi orientación en el caso que nos ocupa, al que he considerado, evaluado, estudiado, discutido a fin de arribar a un diagnóstico diferencial y concluido para el posterior análisis de V.S.

Cada ítem lo numeré con caracteres romanos, ubicándolos en la página correspondiente para su mejor localización.

INDICE

ITEM	PÁGINA
I) ANÁLISIS DE LA PRIMERA AUTOPSIA	3
II) DATOS DE INTERÉS DE LA PERITACION DACTILOSCÓPICA	6
III) ANÁLISIS DE LA AUTOPSIA REALIZADA EL 20/4/94 N° 884.	6
IV) EXAMEN PERICIAL DE E. PRUEGER	8
V) RESULTADOS SOBRE LAS 19 MUESTRAS ENVIADAS AL LÁBORÁIORIO QUÍMICO DE LA MORGUE JUDICIAL	13
VI) ANÁLISIS SEDIMENTOLÓGICO	14
VII) LA PERITACIÓN ENTOMOLÓGICA SOBRE LA FAUNA HALLADA	15
VIII) INVESTIGACIÓN MICOLÓGICA DEL TROZO DE CALZÓN	17
IX) INVESTIGACIÓN DE ELEMENTOS DE INTERÉS TOXICOLÓGICO	17
X) INFORME ANATOMOPATOLÓGICO 14.518	18
XI) ANÁLISIS DEL LÍQUIDO PLEURAL	21
XII) ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FORENSES	22
XIII) EL SABAÑÓN FORENSE	30
XIV) EL ERROR SUMATORIO	32
XV) EL CALCULO DEL LITRO Y MEDIO	34
XVI) MI ANALISIS SOBRE EL ITEM: "PERITO DE PARTE FORMULA AMPLIACIÓN"	35
XVII) ANÁLISIS DE LOS PELOS	39
XVIII) PERITACIONES SOBRE CARACTERIZACIÓN DEL ADN	44
XIX) CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA AGRESIÓN FÍSICA	44
XX) EL CONTROL ORGÁNICO DE LAS HEMORRAGIAS	46
XXI) LA MUERTE DE OMAR CARRASCO	53

XXII) UNA CLÁSIFICACIÓN DE LOS HEMOTÓRAX	58
XXIII) EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN SHOCK HEMORRÁGICO	59
XXIV) EL TRATAMIENTO DE UN HEMOTÓRAX	59
XXV) CONSIDERACIONES MÉDICO LEGIS FINALES	60
XXVI) LA CÁMARA DE HOMICIDIOS	72
XVII) LA BÚSQUEDA	75
XVIII) CONCLUSIONES FINALES MÉDICO LEGALES.	75
XXIX) BIBLIOGRAFÍA	76

I.- ANALISIS DE LA PRIMERA AUTOPSIA.- (Fs. 140/141.)

Fue realizada el día 6 de abril de 1994 en las condiciones que su acta consigna. Destaco a continuación los hallazgos de mayor relevancia y que servirán de hilo conductor a todo lo que posteriormente se llevó a cabo.

EXAMEN INTERNO: fracturas de 2a, 3a y 4a costillas derechas, en la parte media de su arco anterior.

Pulmones: en estado de MACERACION y descomposición.

Corazón: en estado de maceración y putrefacción.

Líquido extraído de región pleural posterior de tinte hemático: APROXIMADAMENTE 1500 cm³

Hígado y riñones: total estado de maceración.

Intestino: SIN ROTURAS EN SU ANATOMIA.

Bóveda craneana: NO MARCAS NI SIGNOS DE FRACTURA. Dentro de la bóveda craneana se observan restos encefálicos de consistencia gelatinosa color gris con abundante fauna cadavérica tipo gusanos blancos. TAMPOCO EN SU INTERIOR HAY SIGNOS DE TRUMATISMO CRANEANO.

Radiografía de Tórax frente: NO FRACTURAS ni otras lesiones.

Radiografía de cráneo: no fractura ni otras lesiones.

Data de la muerte: no menor a 15 días.

Frasco N° 1: se toman 200 cm³ de líquido pleural para examen pericial.

Frasco N° 2 : se recolectan 2 cm³ de contenido negruzco de estómago para examen pericial.

Frasco N° 3: porción de cuero cabelludo con pelo para examen pericial.

En Fs. 141 dicen: "llama la atención el tiempo transcurrido del cuerpo en zona descampada poblada de aves de rapiña y roedores. Sólo se encontró como estado de alteración la ENUCLEACION y putrefacción del globo ocular izquierdo."

COMENTARIO MEDICO LEGAL:

1) Los pulmones estaban macerados, lo cual, en el caso del derecho, y por el mismo proceso de maceración y putrefacción, se forman los denominados líquidos putrefactivos, cuya cantidad no se puede determinar pero que se mezclan con la sangre proveniente del derrame pleural, aumentando su volumen final.

También contribuye al aumento del volumen post.-mortem la propia autólisis de la sangre, diferencias de presiones asmáticas y oncótica del plasma, líquidos putrefactivos provenientes de la misma pleura, y sangre proveniente de la ruptura putrefactiva de capilares y otros vasos del pulmón.

La filtración del suero a través de las paredes capilares da lugar a trasudaciones con frecuencia importantes, observadas sobre todo justamente en los pulmones.

2) El ojo izquierdo NO ESTA ENUCLEADO, ya que dicho término implica una necesaria intervención quirúrgica previa, debiendo haberse empleado el término correcto de "desprendimiento" del ojo izquierdo.

3) No se encontró derrame pericárdico, de lo que se infiere indudablemente que el traumatismo de tórax no afectó el corazón, ni los vasos coronarios, ni el nacimiento de la arteria aorta. Tampoco

se encontró traumatismo alguno sobre el corazón, ya que reconociéndose aún perfectamente su anatomía, una zona equimótica hubiese sido observada y reconocida fácilmente a pesar del estado de maceración y putrefacción.

4) No necesariamente se tiene que visualizar una fractura/s costal en una radiografía de tórax frente, lo que depende entre otras cosas de la incidencia de los rayos sobre dichos planos óseos y de la existencia o no de desplazamientos fracturarios que al alterar el eje longitudinal de los arcos costales los haga ostensibles radiográficamente.

Más aún, estadísticamente y según trabajos publicados en los EEUU pasan inadvertidas del 30 al 50% de las fracturas en el examen radiográfico, reduciéndose al 10% en trabajos publicados en nuestro país, particularmente en fracturas de arcos costales anteriores y bajos. Las fracturas “halladas” de la 2a, 3a y 4a, son de arcos costales altos, con menos posibilidades de pasar inadvertidas en el estudio radiológico.

5) No se recolectaron en otros frascos trozos de órganos y que, a pesar del estado de putrefacción es de rutina hacerlo, ya que si bien las investigaciones no solamente se agotan en el estudio anatomopatológico de los tejidos, as una regla de oro Médico Legal el realizarlos, no en ésta autopsia en particular sino en toda autopsia, ya que a pesar de la putrefacción observada macroscópicamente la citoarquitectura de tomas de muestras profundas de los tejidos puede estar conservada, permitiendo arribar a un diagnóstico.

6) La fauna cadavérica del interior del cráneo proviene de la existente en los ojos, la cual pasó a través de los conductos y orificios naturales de los huesos orbitarios.

7) No se efectuó diagnóstico de causa de muerte.

8) Estiman la data de la muerte en un tiempo no menor de 15 días.

9) No establecen estimativamente cuánto tiempo pudo haber estado el cuerpo en zona descampada, pero les llama la atención que no tenga lesiones ostensibles provocadas por aves de rapiña y roedores.

10) Además de otras anomalías que irán surgiendo en el transcurso de la presente peritación, LA AUTOPSIA FUE INCOMPLETA, ya que no se documentó convenientemente a través de fotografías panorámicas y de aproximación el desarrollo de la autopsia en sus distintos tiempos y el estado de los órganos tal cual ellos lo relatan, al igual que la existencia del líquido hemático en la cavidad pleural, ya que la ciencia exige que todo pueda ser corroborado por una tercera persona, y sólo puede ser hecho a través de las fotografías periciales. Esta tarea pericial podía ser fácilmente llevada a cabo por cualquiera de los dos fotógrafos presentes (Sgto. Ayudante de Gendarmería Nacional Antonio VILLASAN y el Agente de la Policía Provincial Juan Carlos CHANDIA) bajo la supervisión y dirección de los dos peritos médicos que realizaban la autopsia (Dres. De la ROSA y VILLAGRA).

Va de suyo que toda autopsia debe ser realizada en forma objetiva, concreta, metódica, sistemática, desapasionada, desprejuiciada, exhaustiva y lenta, expresada científicamente en términos médico legales correctos y universalmente aceptados, a fin de que pueda ser leída y comprendida por cualquier otro médico legista y/o autoridad competente de cualquier parte del mundo.

11) No se realizó la DOCIMACIA HEPATICA Química NI LA HISTOLOGIA, y que hubiese permitido establecer un diagnóstico diferencial entre una muerte rápida y una muerte agónica.

La primera de ellas está basada en la demostración, por métodos químicos sencillos, de la existencia de glucógeno y glucosa intrahepática, siendo la prueba "positiva" cuando ambos están presentes (muerte rápida), "negativa" cuando están ausentes (muerte agónica), y "dudosa" cuando alguno de los dos está ausente.

Hubiese bastado con tomar aprox. 100 gramos de la porción central del hígado, ya que en éste órgano la putrefacción comienza por la superficie y los bordes; si la porción que se extrae para periciar está putrefacta no invalida la prueba, ya que en ese caso se la acidula levemente con ácido acético.

La segunda de ellas (Docimacia histológica), está basada en la demostración de la existencia de glucógeno en la célula hepática, por medio de fijadores especiales (alcohol-formol-acético) y de colorantes específicos (Hematoxilina Delafield y Carmín de Best). Este método da óptimos resultados y la ausencia o escasa cantidad de glucógeno indicará muerte agónica, cálculo que deberá hacerse en base a la abundancia de glucógeno en cada campo considerado o, en caso de escasez, por el número de campos en que se observe o no su existencia.

Si bien en general son consideradas como elementos de probabilidades, son de gran valor para la orientación en el diagnóstico de muerte rápida o agónica.

12) No se tomó ninguna muestra del contenido vesical, (como lo es de buena práctica autopsica) y que hubiese permitido la investigación de drogas, medicamentos, o cualquier otra sustancia de interés toxicológico.

13) No se efectuó en esos momentos el examen pericial de la ropa que O. CARRASCO tenía colocada (pantalón de combate y calzoncillo).

14) No se tomaron muestras de la flora cadavérica (que existía en abundancia tanto en los orificios naturales de la extremidad cefálica, como dentro de la caja craneana, ni del "orificio anal y subescrotal" tal cual ellos relatan haciendo la salvedad que no existe un orificio subescrotal (es decir, debajo del escroto) sino una zona o región subescrotal, y que hubiese permitido hacer un diagnóstico muy preciso de la data de la muerte, habida cuenta que en forma más que evidente NO HALLABAN OTROS ELEMENTOS AUTOPSICOS EN LOS CUALES FUNDAMENTAR UN CRONOTANATODIAGNOSTICO.

15) No se empleó ningún método científico para cuantificar la cantidad del líquido de tinte hemático que hallaron en la cavidad pleural derecha, siendo que especifican QUE UNA VEZ EXTRAIDOS, se separaron 200 cm³, que colocan y rotulan en frasco N 1.

16) Finalmente destaco que el contenido estomacal colocado en frasco rotulado N° 2 nunca fue peritado (NO CONSTA SU INGRESO AL LABORATORIO QUIMICO DE LA MORGUE JUDICIAL), y cuyo estudio hubiese permitido, al igual que el de la orina, determinar la existencia de sustancias de interés toxicológico (incluyendo medicamentos), además de determinar la existencia de restos alimenticios y su identificación.

17) NO BUSCARON NI IDENTIFICARON CUALES ERAN LOS VASOS QUE PODIAN ESTAR DAÑADOS, Y QUE PROVOCARON LA COLECCION PLEURAL DE TINTE HEMATICO, SIENDO QUE ES LO PRIMERO QUE SE DEBERIA HABER HECHO, ya que las hemorragias que en vida se producen son muy distintas si provienen de un vaso importante como la aorta torácica o de una arteria intercostal, de una arteria mamaria o de una vena intercostal.

Así como, por ejemplo, en un orificio de entrada por proyectil de arma de fuego en una autopsia debe seguirse su trayecto intracorporal para determinar la cantidad de órganos dañados, cuando nos encontramos frente a una colección hemática cavitaria, ES UNA REGLA DE ORO MEDICO LEGAL buscar cuáles son los vasos dañados que la produjeron, ya que éstos RESISTEN largo tiempo la putrefacción, y pueden ser hallados e identificados aún varios meses después de la muerte.

Si bien se podrá aducir que lo manifestado lo es en casos excepcionales, no lo representa el caso de O. CARRASCO, que llevaba más de 15 días de muerto pero menos de un mes.

18) Si bien la autopsia se llevó a cabo en un depósito del Hospital Militar de Zapala, no cabe pensar que por tratarse de un Hospital de la importancia que tiene, hayan faltado elementos idóneos para realizar una autopsia completa, y menos aún otros (probetas o tubos) para efectuar mediciones correctas, siendo que además se hallaba presente el bioquímico Dr. José ROCA, tal cual consta en el acta de Fs. 140.

II.- DATOS DE INTERES DE LA PERITACION DACTILOSCOPICA.- (Fs. 620/624.)

En Fs, 623 dice: “La inspección exhaustiva de la superficie de las manos detectó solamente manchas por roce de aspecto sanguinolento en algunas falanges da la mano izquierda, SIN QUE EXISTAN LESIONES DE TIPO ALGUNO.”

Destaco este segundo aspecto pues me está diciendo no solamente que no recibieron traumatismos, sino que tampoco existen signos o lesiones de defensa o ataque.

Las manchas de aspecto sanguinolento se pudieron haber producido en cualquier momento del transporte del cadáver o durante la realización de la autopsia, y que frecuentemente son imposibles de prevenir.

Posteriormente se realizó en el servicio Radiológico Forense de la irgue Judicial un exámen radiológico de las mismas (24/4/94. Fs. 1416.), en el que se informa que no existieron alteraciones osteoarticulares, lo que confirma y reafirma que no solamente en vida no recibió ningún tipo de traumatismo, sino que tampoco post mortem.

III.- ANALISIS DE LA AUTOPSIA REALIZADA EL 20/4/94, N° 884.- (Fs 1053-1058)

Se llevó a cabo en la irgue Judicial y de ella destaco;

EXAMEN EXTERNO: buen desarrollo óseo y muscular. NOTORIA DIFERENCIA DE VOLUMEN por aumento del diámetro del hombro y brazo izquierdos respecto del derecho (Fs.1054).

Cabeza: ausencia de fracturas óseas del macizo facial.

Indemnidad del hueso hioides y de los elementos osteocartilaginosos.

Dentadura: buen estado de conservación.

Momificación parcial.

LECHOS UNGUEALES CIANÓTICOS.

DEFORMACION en hemicara izquierda, que crea asimetría con la mitad opuesta, a lo cual se añade un cambio en la coloración, siendo de aquél lado más oscuro, de tinte negruzco, y que involucra la zona palpebral y periorbitaria.

NO SE PUEDE DETERMINAR EN PULMONES MACROSCOPICAMENTE LA AUSENCIA O PRESENCIA DE LESIONES.

La cavidad pleural derecha contiene 100 cm³ de líquido de marcado tinte hemático en putrefacción y la izquierda 50 cm³.

Vejiga: 2 cm³ de líquido amarillento rojizo que se extrae para análisis.

Pelvis sana.

Órganos genitales: SIN MANIFESTACIONES DE LESION TRAUMATICA.(Fs. 1057).

Peritoneo: contiene 200 cm³ de líquido de putrefacción.

PREVIAMENTE SANO, (Fs. 1059), acorde a ficha castrense individual de salud que lleva fecha de clasificación 3/3/94.

Se reserva riñón, hígado, vesícula biliar, tejido adiposo y líquido serohemático de hemitórax derecho para investigación toxicológica.

COMENTARIO MEDICO LEGAL:

Esta autopsia me permite decir que:

- 1) O. CARRASCO no recibió golpes en el cuello ni tentativa de estrangulamiento (hueso hioides sano, -tal cual veremos más adelante en el estudio histopatológico-), al igual que los elementos osteocartilaginosos.)
- 2) No recibió golpes en su abdomen, lo que coincide con la primera autopsia.
- 3) No recibió golpes en los testículos.
- 4) La falta de lesiones externas post mortem indican que el cadáver permaneció oculto durante bastante tiempo en un solo lugar, ya que cuando debido a distintas circunstancias se lo transporta de un lado a otro para evitar que sea descubierto (y según mi experiencia personal), es inevitable que no se provoquen, aún en forma mínima, excoriaciones por arrastre o desprendimientos de piel, ésta último habida cuenta del avanzado estado de putrefacción que presentaba.
- 5) En el tiempo transcurrido entre ambas autopsias (16 días), debido a la putrefacción se formaron:
 - a) 100 cm³ de líquido de putrefacción en cavidad plural derecha.
 - b) 50 cm³ en cavidad pleural izquierda.
 - c) 200 cm³ en peritoneo.
- 6) Los Sres. Forenses orientan sus conclusiones hacia una muerte de índole traumática en un sujeto previamente sano.
- 6) En Fs. 1059 dicen: “La presencia de sangre en la cavidad pleural, que según el informe llegaba a 1500 cm³, habiéndose extraído parte de tal líquido en la autopsia actual, ofrece un alto valor probabilístico para excluir una causa de origen natural.

DIGO y señalo a V.S. lo siguiente:

En Ciencia, los hechos son “probables” o “tienen la probabilidad”, ya que lo probable es todo aquello que se puede probar, o que hay razones prudentes para creer que se verificará. La probabilidad (calidad de probable), es la fundada apariencia de verdad. Las probabilidades tienen sus respectivas formulaciones matemáticas según se trate por ejemplo de mecánica cuántica,

estadística, matemáticas e incluso empíricas para una serie de ensayos de un determinado acontecimiento.

En cambio, la “probabilística” (si bien la raíz del término proviene del latín probabilis) es todo aquello que proviene de la doctrina del probabilismo, es decir, un sistema de moralidad según el cual, en caso de duda respecto a obligatoriedad de una ley, es lícito seguir la sentencia que favorece libertad, mientras sea sólidamente probable.

Por lo tanto, la aplicación del término (probabilístico) a la Medicina Legal es incorrecto y carece de todo sentido.

Si bien en un contexto general puede llegar a entenderse que quisieron decir “tiene grandes probabilidades”, insisto en que la ciencia, y más aún por la importancia y trascendencia que el caso de autos reviste, debe ser expresada en términos correctos, y así debe ser expresada permanentemente.

También dicen que en esta segunda autopsia “se extrajo parte de sangre que formaba el derrame pleural encontrado en la primera autopsia.”

CATEGORICAMENTE ESTO NO ES ASI, ya que después de los días transcurridos entre las autopsias se formaron nuevamente líquidos de putrefacción en todas las cavidades, tal cual ellos mismos lo dicen taxativamente (ver punto 4 Ut-supra o Fs. 1056 del sumario).

Por lo tanto: ¿Cómo han hecho los Sres. Médicos Forenses firmantes de Fs. 1059 para saber que el líquido que ellos recolectaron de la cavidad pleural proviene del derrame traumático?

Esto sustenta y da lugar a un ERROR SUMATORIO del cual se extraen conclusiones médicas equivocadas, y al cual, por su importancia, le dedico un capítulo aparte en mi peritación.

IV.- EXAMEN PERICIAL DEL Sr. ENRIQUE PRUEGER. (Fs. 1145/1153).

En Fs, 1147 dice: “Las fotos muestran un mayor volumen del hombro izquierdo, lo que ciertamente tiene directa relación con la postura que presentaba el cadáver en el lugar donde fue ocultado.”

DIGO: llama la atención que ésta notable asimetría, observada por el Sr. PRUEGER (que no es médico) a través de una foto, y por los tres Médicos Forenses que realizaron la autopsia en la Morgue Judicial, no fuera observada por las 10 personas que intervinieron en la primera autopsia, de las cuales uno es médico de Policía (Lucio de La ROSA), otro es Médico Forense (Rodolfo VILLAGRA), la tercera es Director del Hospital Militar ZAPALA (Dr. José CARMONA), una cuarta es enfermera profesional (Viviana GONZALEZ), una quinta es enfermero profesional (José Luis RIOS), y las 5 restantes vinculadas circunstancialmente al caso pero sin especialidad médica o vinculada a ella.

De sumo interés es lo que se destaca en Fs. 1146, respecto a que “la víctima presentaba las dos manos percutidas con una sustancia de color blanco y partículas finas”, que no se encontraron en otras partes del cuerpo, y que si bien comparten el color con el hallado en el calzado, en éste último se asentaban en forma de “manchas”.

DIGO: indudablemente, la víctima fue trasladada hasta el lugar donde finalmente se la encontró. Pero allí no fue tirada o arrojada con total indiferencia, sino que fue acomodada con cierto cuidado, y la única forma de poder hacerlo es con el concurso de dos o más personas que carguen con el cuerpo, más la ayuda de otras que colaboren con la tarea de que dicho transporte pase desapercibido.

Si bien la mejor y más cómoda forma de transporte de un cadáver es con una camilla, también se puede hacer ubicándolo en una sábana, cubrecama o similar, donde es fácil colocarlo, cubrirlo, y entre dos personas levantarlo de los extremos de la sábana. En cualquiera de las situaciones, el segundo paso es apoyarlo con cuidado en el piso, y ésta solamente se logra agarrándolo de las manos y los pies. Por lo menos, una lo agarra de las manos y otra de los pies, hecho que se corrobora por no haber presentado el cuerpo de CARRASCO lesiones de arrastre.

Pero: ¿Cómo tomar las manos putrefactas de un cadáver? Razonablemente se lo podrá hacer con un trapo o con algo que brinde una rayar seguridad al contacto con las mismas, como lo sería un par de guantes.

Si bien hay varias clases de guantes, hay una que sobre su superficie presenta partículas finas y blancas como las referidas, y que son los guantes de cirugía. Estos se entalcan a fin de facilitar su colocación en las manos del cirujano. El talco es el silicato hidratado de magnesio, que utilizado en forma de polvo medicinal (o cosmética), se deposita sobre cualquier superficie adoptando la imagen de partículas finas de color blanco.

Lamentablemente dichas partículas no fueron peritadas, lo que hubiese servido para corroborar o no la razonable suposición.

Si hubiesen sido restos calcáreos depositados sobre el terreno (muchos de ellos pueden tener el mismo aspecto macroscópico), se hubiesen depositado en otras partes del cuerpo y no selectivamente sobre las manos. Más aún, el perito dice en Fs, 1146: “La superficie del terreno que limita a la derecha del cuerpo está limpia de partículas sueltas sobre superficie.”

Expresa el perito: “En el lugar se ubicó un billete y un birrete, los cuales tenían indicios de estar manchados con materia fecal”

DIGO: hubiese sido de gran importancia, aunque difícil sin dudas, determinar a quien pertenecía el birrete, ya que como posteriormente se determinó, tal mancha no existía (Fs. 1686, sobre nº 4), y no presentaba ningún elemento de interés analítico pericial.

En Fs. 1148 se describe una mancha de características hemáticas en un tanque, “a la que, por sus bordes nítidos y por no presentar gotas satélites pequeñas se indica que es una mancha por escurrimiento”. Pero si el tanque es de fibrocemento, cualquier sustancia, líquida sobre su superficie penetra dentro de los poros, por lo que para hacer una correcta peritación hay que recortar la mancha íntegra y determinar primero por métodos sencillos (antisuero humano) su especificidad (es decir, si es humana), y en caso positivo intentar su agrupamiento a través de los aglutinógenos que se encuentran en los glóbulos rojos, y que a pesar de destruirse persisten largo tiempo no requiriéndose, como para el caso del ADN, la presencia de glóbulos blancos.

El método debe ser de Absorción-Elución, que es de gran sensibilidad y necesita escasa cantidad de muestra.

En Fs. 1150 dice el perito PRUEGER: “que el cuerpo de CARRASCO podría haber estado provisoriamente en ése lugar (al lado del tanque de agua, donde halló una mancha de sangre), hasta ser ubicado en un lugar fresco, seco y posiblemente oscuro.”

DIGO: ¿Cómo puede ser si CARRASCO no tenía ninguna lesión externa sangrante que haya sido demostrada científicamente?

En Fs. 1152 dice: “La fotografía ilustra un polvo blanco sobre la superficie, el cual corresponde posiblemente a la sintetización de materia orgánica, descarto categóricamente que tal fauna

corresponda a la que se localiza en el excremento humano, y expresar tal posibilidad denota una total falta de conocimiento sobre el tema. Le recuerdo al Sr. JUEZ, que el Dr. ACHAVAL, al observar tales fotografías, descartó de plano que tal fauna corresponda a excremento humano y sí confirma que la misma es lo que se denomina fauna cadavérica.”

DIGO: ésto no es así, ya que la mosca verde (*Phaenicia Sericata*), no es exigente en sus posturas, a diferencia de otras especies. Vale decir que también puede depositar sus huevos sobre excrementos humanos (u otros excrementos), y la fauna resultante será excrementicia y no cadavérica.

Por lo tanto, a falta de un cadáver humano visible en el lugar;¿Cómo hacen el Sr. PRUEGER y el Dr. ACHAVAL para diferenciar el origen de la fauna?

¿Se puede determinar a través de una foto, seria y científicamente, que tal o cual fauna no es excrementicia y sí cadavérica? ¿Qué metodología aplicaron?

LAS CONCLUSIONES:

1) “El cuerpo de O. CARRASCO nunca salió del perímetro del regimiento”, en lo que estoy totalmente de acuerdo.

2) “Posiblemente el lugar donde agonizó y murió sea el tanque de agua o cisterna donde se encontró la mancha de sangre”.

DIGO: si se confirmara el mismo grupo sanguíneo y factor de CARRASCO en la mancha del tanque (además de intentar con su grupo genético), ésta sólo indicaría que su cuerpo estuvo allí, PERO NO SI ALLI AGONIZO Y MURIO.

3) “Existe la elevada posibilidad que el cuerpo fue ocultado en una de las letrinas del baño abandonado”.

DIGO: a falta de elementos indiciarios contundentes que nos permitan tener un “olfato científico” de lo acontecido, tenemos que creer mientras tanto en el “olfato desarrollado” de la perra “diana” de la Policía Federal, pero con ciertas reservas; todos sabemos del poder olfatorio que tienen los perros, y si bien un perro común puede olfatear y percibir olores a 50 metros como mínimo, uno adiestrado puede hacerlo hasta 200-250 metros. Pero a pesar del adiestramiento hay una característica común, innata en todos los perros, y es que ninguno dejaría jamás de olfatear o detectar el olor, de sustancias orgánicas en descomposición. De haber estado el cadáver en el baño abandonado (constituyendo una fuente puntual y constante de contaminación ambiental por sus gases putrefactivos), el intenso olor a podrido, dispersado o no por los vientos, hubiese atraído al perro “falucho” del cuartel a oler las rejas de entrada al baño, sin que hiciera falta su entrada.

Pero creo que se puede llegar a hipotetizar algo sobre la razón del hallazgo “de descomunal cantidad de fauna” sobre el orificio de evacuación y por debajo de papeles manchados con sangre. Hay dos posibilidades;

1) Alguien entró a la letrina, evacuó sus intestinos, y ante la persistencia de los restos excrementicios las moscas verdes efectuaron la ovipostura. Además es necesario que el evacuante haya tenido alguna patología sangrante anal y que su grupo y factor coincida o no con el de CARRASCO, es decir, “B” Rh positivo, lo que constituiría una excesiva coincidencia, ya que el referido grupo no es tan frecuente en el total de la población.

2) El cuerpo de CARRASCO estuvo oculto un corto tiempo en dicho lugar, pero los fenómenos putrefactivos intestinales expulsaron la materia fecal a través de su ano, permitiendo que la misma filtrara sus prendas inferiores (en caso de tenerlas puestas), y se depositara en el piso. Una vez retirado el cadáver se recogió esa cantidad de materia fecal mezclada con otras sustancias

putrefactivas intestinales, siendo arrojada al interior de la letrina ya con fauna cadavérica, la que siguió proliferando. Si con el papel se limpiaron el resto de las suciedades del piso, incluyendo sangre putrefacta proveniente de CARRASCO (NO NECESARIAMENTE DE UNA HERIDA), ésta tendrá que coincidir con su grupo y factor.

TRAYECTORIA: el perito PRUEGER “no logra encontrar razón por la que, habiendo llegado al límite del terreno, no sacan el cuerpo del regimiento.”

DIGO:

en mi experiencia, soamente en las películas los cadáveres pueden ser llevados a cualquier parte sin que nadie lo advierta, incluso a plena luz del día. Los traslados pueden hacerse tanto de día como de noche, pero en cualquiera de las situaciones, además de los que lo llevan hacen falta otras personas que vigilen y controlen la existencia inoportuna de testigos.

Sacarlo de los límites del cuartel podría haber sido una posibilidad; implica también alejarlo, a fin de ocultar el cadáver en otro lugar y ésta alternativa hubiese brindado sustento a la hipótesis de pensar que se fué del cuartel subrepticamente, y en su huida se cayó en alguna parte del terreno provocándose en forma accidental las lesiones mortales, o fue agredido ocasionalmente por otras personas.

Pero entonces, ante semejante coartada: ¿Por qué no lo sacaron?

Esta hipótesis tiene inconvenientes accesorios y que con sana lógica expongo:

- a) alejarlo lo más posible del cuartel sin ser vistos por nadie es mas difícil que dejarlo dentro, ya que toda actividad fuera del regimiento en horas desusadas o no requiere justificativos válidos.
- b) la participación necesaria de varias personas podría ser rápidamente advertida por no ser rutinaria.

Dejarlo dentro del lugar de los hechos, si bien tiene el inconveniente de que el cadáver puede ser descubierto por alguien y se aborte la situación, tiene también sus ventajas;

- a) los que cometieron el ilícito tienen un control total sobre la ubicación del cadáver.
- b) controlado su posible descubrimiento se tiene mayor tiempo para elaborar coartadas
- c) existe un conocimiento total del terreno para un posterior "control" de la investigación criminal, ya que no debemos olvidar que estamos dentro de un regimiento militar.
- d) la existencia del cadáver compromete inequívocamente y con igual responsabilidad a todos los intervinientes, lo que hace que ante tal cadena de encubrimientos sea mas engorrosa la investigación y se diluya todo tipo de prueba.

Si bien finalmente a esta altura de mi peritación queda claro que existe la posibilidad que el cuerpo de O. CARRASCO haya estado un corto lapso en el baño abandonado (mas por presunciones que por demostraciones) voy a dar las razones científicas por las cuales nunca pudo haber sido ocultado allí todo el tiempo, es decir, desde su muerte hasta ser transportado hasta el “cerro gaucho”, y se basan simplemente en un hecho concreto como lo es EL OLOR DE LA PUTREFACCION. Todo libro de física explica un fenómeno universal convertido en ley científica:

- 1) TODO GAS TIENDE A OCUPAR TODO EL VOLUMEN DEL LUGAR.

En el caso de autos, la mayor concentración estaba en el cuerpo, y de acá difundía a todo el ambiente, constituyendo una fuente puntual de contaminación y que disipaba siempre hacia afuera. Colocándonos de espalda al OE., que es de Monde soplan la mayor parte de los vientos en Zapala, viento abajo los olores tienen que haberse percibido por lo menos hasta 100-150 metros.

El ácido sulfhídrico (SH₂) es uno de los principales gases que se forman durante el proceso putrefactivo, y tiene un peso molecular (PM) de 34,08 gr/L a 0° C y presión a nivel del mar, pero es necesario aclarar que su PM. NO TIENE NADA QUE VER CON SU DIFUSION, por responder, al igual que cualquier otro gas, A LA LEY GENERAL DE LOS GASES ya mencionada.

La sensibilidad olfatoria del ser humano para el SH₂ es de 0,002 mgr/L lo que es = a 2 DIVIDIDO 10⁹.

Es decir que, reduciendo dicha cifra a volúmenes, tenemos que 2 milésimas de SH₂ en 1.000.000 de litros (1000 M³), HUBIESEN SIDO PERCEPTIBLES EN UNA HABITACION DE 10 X 10 X 10 metros.

Pero además hay otros gases que se forman en el cadáver por autólisis y producen olor pútrido; NH₃ (ácido nítrico); CO₂ (dióxido de carbono); y N₂ (Nitrógeno).

Además, a partir de la Albúmina, por desanimación y acarotamiento de la cadena de átomos de carbono de la Leucina, Tirosina, Triptofano y Ornitina se llega a la producción de ácido indolpropiónico, Metilindol o Escatol y de Indol, con formación posterior de Carburos de hidrógeno.

Asimismo, también a partir de la Albúmina, de las Lecitinas y los Fosfátidos, por oxidación, hidrólisis y reducción se llega a la formación de Ptomaínas (Cadaverina y Metileptina) y de Putrescina (tetrametileno diamina), todas ellas sustancias que colaboran con tan característico y nauseabundo olor.

Por haber estado presente en la declaración de los peritos durante el desarrollo del Juicio Oral y Público y haber escuchado al perito PRUEGER discurrir sobre éste asunto, me basta una sola pregunta para echar por tierra la hipótesis que expuso sin sustento científico alguno;

¿QUÉ METODO UTILIZÓ para medir el SH₂ que difundía del cadáver y para separarlo de los otros gases que producen olor nauseabundo?

V.- RESULTADOS SOBRE LAS 19 MUESTRAS ENVIADAS AL LABORATORIO QUIMICO DE MORGUE.

M 1: Trozo de camisa, hombro izquierdo.

M 2: Camisa, trozo codo izquierdo.

M 3: Camiseta, parte posterior izquierda.

M 4: Camiseta, parte media anterior.

M 5: Pantalón de fajina, fondillo derecho.

M 6: Pantalón de fajina, fondillo izquierdo

M 7: Pantalón de fajina, zona inguinal.

M 8: Pantalón de fajina, parte interna pierna derecha.

M 9: Pantalón de fajina, parte interna rodilla izquierda.

M 10: Cinturón verde, parte posterior.

M 12: Bota derecha.

M 17: Billeto de un peso.

SANGRE NEGATIVA

SANGRE NEGATIVA

M 11a: Parte delantera de calzoncillo.	}	SANGRE POSITIVA
M 11b: Parte trasera de calzoncillo.		
M 13: Bota izquierda.		
M 14: Papel de filtro del retrete del cuartel.		
M 15: Papel apergaminado de recipiente papel gallinero		
M 16a: Papel higiénico.		
M 16b: Papel higiénico, parte central.		
M 18: Gasa que envuelve el cadáver.		
M 19: Médula ósea cadáver.		

Hasta acá, y acorde al método empleado (peroxidadas) se demuestra que las manchas son de sangre (es decir, sin que el método determine especificidad).

A través del método de Inhibición del suero antiglobulínico humano se demostró que solamente las siguientes muestras de manchas de sangre eran del tipo humano:

M14: Papel de filtro del retrete cuartel.

M 16 a y B: Papel higiénico.

M 18: Gasa que envuelve el cadáver.

M 19: Médula ósea del cadáver

Considerando que las M 18 y 19 son de origen indubitable, sólo quedan las M 14 y M 16 a y b.

El método de los aglutinógenos ABH demostró que las M 16 a y b eran del grupo B, al igual que el grupo sanguíneo de CARRASCO.

Por el método de Fijación-Elución se demostró que el factor Rh era positivo, es decir, coincidente con el de CARRASCO. (B Rh positivo)

VI.- ANÁLISIS SEDIMENTOLÓGICO. - (Fs 1671-1674).

COMENTARIO:

La comparación de las tierras donde fue hallado el cadáver de O. CARRASCO y las halladas en sus prendas permiten afirmar que todo lo acontecido se desarrolló dentro del mismo ámbito geográfico, ya que la mineralogía se mantuvo constante, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.

Me llama la atención lo siguiente;

- En muestra A 1 hay restos de pintura celeste grisáceo y un fragmento de pintura formado por 3 capas (celeste grisáceo , gris claro y verde oliva)
- En muestra A 3 hay abundantes fragmentos de pintura color gris claro y verde oliva y dos fragmentos de revoque con pintura gris.
- En muestra A 4 hay restos de pintura celeste grisáceo y grisáceo, y revoque de pintura color grisáceo.
- En la parte interna de la media N 18 hay restos de pintura celeste y amarillo.

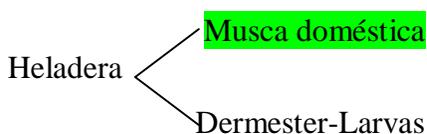
Respecto al tema, el perito de parte Dr. CASTEX dice en Fs. 1009 que “la arena fina y clara hallada en algunas porciones del cuerpo podría arrojar resultados invalorable en cuanto a su estudio, ya que permitiría relacionar diversos ambientes y sus revoques y/o pisos con tal material”

DIGO:

Dado el tiempo transcurrido desde el óbito hasta el hallazgo del cuerpo y en un lugar donde los vientos son frecuentes, esta investigación sería muy dificultosa e inespecífica. De mayor interés son los tipos de fragmentos de pintura, y que en casi todos los hallazgos son del mismo color. A tal efecto me comuniqué con la Licenciada Adelma BAYARSKY el día 11 de Mayo de 1995 a las 14:00 y a las 20:30 Hs. para preguntarle sobre las características de la superficie de los fragmentos de color (ya que podrían pertenecer a un automóvil u otro tipo de transporte), y me comunicó que todos los fragmentos son porosos, es decir, que corresponden a una pared que fue pintada por lo menos en dos oportunidades con esos colores (celeste grisáceo y verde oliva), por lo que una investigación al respecto podría ser de utilidad, es decir, tratar de ubicar qué ambientes fueron pintados con esos colores, y de ser habidos, raspar la pared y realizar el nuevo estudio comparativo lo que sí nos daría una certeza. Si son varios, habrá entonces que correlacionarlo con alguno de los otros indicios recogidos

VII.- LA PERITACION ENTOMOLÓGICA SOBRE LA FAUNA HALLADA.-(Fs. 1675/1677.)

Voy a hacer un resumen de los hallazgos para su mejor entendimiento;

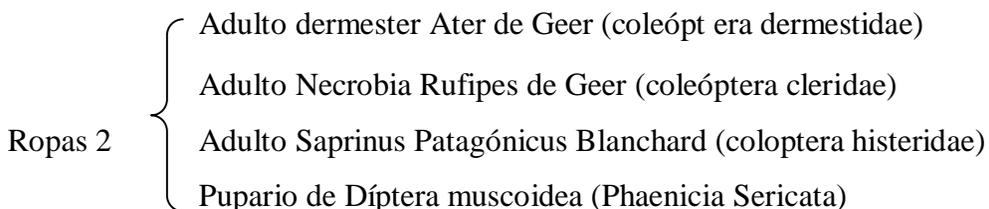


5a Pileta → Musca doméstica.

La mosca doméstica o mosca común es uno de los insectos más conocidos en todos los climas y regiones. En los 2 ó 3 meses que dura su vida media, se reproducen con gran facilidad, ya que la hembra pone cerca de 100 huevos en 10 puestas. Se desarrollan sobre cualquier sustancia y pupan al cabo de 4 a 5 días. El ciclo total de ésta mosca no tarda más de 10 días desde la fase de huevo a la fase adulta. Teniendo en cuenta que de la primavera al otoño pueden desarrollar de 7 a 10 generaciones, se comprende la proliferación asombrosa que alcanzan.

Por las características antedichas carecen de especificidad y su sola presencia en los lugares donde fue hallada no sirve para emitir o vincularlas a alguna consideración médico legal.

Larvas ropa → Phaenicia Sericata Meigen (= Lucilia o mosca verde) al término de su desarrollo. (10-15 mm)



FRASCO A2 → Puparios vacíos atacados por larva viva de dermestes de 3 mm.

Bichos zapatos → 1 adulto de dermestes Ater.

Gusanos externos → Larvas de Phaenicia Sericata al término de su desarrollo.

Gusanos interior → Larvas de Phaenicia Sericata al término de su desarrollo

Para quien no esté interiorizado de los términos usados doy la siguiente explicación;

LARVA; es la forma inmadura de los animales invertebrados y se aplica a los últimos estadios embrionarios comprendidos entre la eclosión del huevo y el adulto o a la formación de la ninfa en los insectos. La misión primaria del estado larvario es facilitar la distribución o diseminación de las especies. PUPA; del latín "pupa", pequeña ninfa. Es por lo tanto la ninfa de los insectos, en especial de los dípteros.

NINFA; forma de desarrollo de los insectos comprendida entre el estado larvario y el adulto. Sintetizando;

Huevo → Larva → Pupa(o ninfa) → Adulto

DATOS BIOLÓGICOS (Fs. 1676);

“La Phaenicia Sericata ovipone sobre cadáveres frescos, por lo común en el segundo día del deceso, pero hay registros de moscas que oviponen antes de la muerte, en caso de heridas.”

DIGO:

No es imprescindible para la ovipostura la existencia de heridas, ya que en el período agónico y previo a la muerte oviponen en los orificios naturales (ojos, boca, orificios nasales, conducto auditivo externo). Incluso hay descrito un caso por los Doctores Werner APT, Hernán PALENZUELOS y Mirta ROJO de la Universidad de Santiago de CHILE y del Departamento de ORL del Hospital de San Fco. de BORJA, Santiago, (Revista TRIBUNA MEDICA, Torno XV – Nº1) en el que describen una miasis auditiva en una persona de 33 años de edad con antecedentes de alcoholismo intermitente. Vale decir, ni muerto ni agónico. Si bien el conducto auditivo presentaba una otitis supurada previa, en la literatura científica se señalan casos de miasis auditiva por Phaenicia sericata en oídos sanos. En este mismo trabajo se refiere que la Phaenicia Sericata (y tal cual lo dije anteriormente) ocasionalmente puede colocar sus huevos en estiércol o sustancias orgánicas en descomposición.

Más adelante la entomóloga expone; “La Phaenicia sericata no ovipone, normalmente, sobre cadáveres cuya temperatura superficial sea inferior a 30° C, lo que implica que el cadáver ha estado expuesto al sol directo en esa etapa.”

DIGO:

Si bien la consideración de la Perito Licenciada Adriana OLIVA es válida, parte de la suposición que el cadáver llegó primero a la frialdad total o por debajo de los 30 C y adquirió nuevamente temperatura con la exposición al sol.

Pero también a dicha temperatura se llega durante el período de enfriamiento cadavérico, entendiéndose por ello el descenso de la temperatura corporal hasta equipararse con la ambiental.

Si tomamos en cuenta que, según BOUCHUT, en las primeras 12 horas de ocurrida la muerte hay una disminución de aprox. 1 C por hora, vemos que a los 30 C se puede

llegar en un tiempo variable posterior al fallecimiento, pero que no puede ser calculado en el caso de autos con exactitud porque no sabemos que temperatura corporal tenía CARRASCO en el momento de su fallecimiento, además de la temperatura ambiente y la ropa colocada, entre otros factores.

Por lo tanto, NO ES NECESARIO que haya estado expuesto al sol directo, ya que la mosca, que es atraída quimiotácticamente al cadáver y desde distancias considerables, no va a esperar para su ovipostura que;

a) el cuerpo se enfríe totalmente.

b) el sol lo recaliente a 30 C.

En Fs. 1676 la Perito dice; “El desarrollo del huevo de dermestes tarda unas 3 semanas, por lo que los huevos pueden haber estado recién puestos al momento de recolectar el material.” , en lo que estoy totalmente de acuerdo, pero DIGO: independientemente de las especies de insectos propiamente cadavéricos, existen otros que sólo lo son accidentalmente, constituyendo una fauna transitoria, como por ejemplo las nariposas nocturnas, 2 adultos de coleópteros Arábidos y la hormiga negra herbívora que fueron hallados.

La Necrobia Rufipes encontrada deposita los huevos sobre cadáveres al aire libre, semidesechados.

Todo lo vinculado al estudio de la fauna cadavérica encontrada, de haber pertenecido al cadáver de O. CARRASCO, (hecho que no puede ser verificado porque del cadáver, NO SE TOMO NINGUNA MUESTRA EN LA PRIMERA AUTOPSIA), permitiría afirmar casi con certeza (ya que la entomología no es una ciencia exacta), que el cadáver de O. CARRASCO estuvo primero y la mayor parte del tiempo en un lugar cerrado y oscuro o semioscuro, y posteriormente trasladado al aire libre.

Un hecho científico indubitable y veraz es que sólo se puede afirmar que la fauna cadavérica es de CARRASCO si se la torná de su cuerpo.(y que hubiese permitido una comparación evolutiva con las encontradas en la letrina, de las cuales tampoco se tomó ninguna muestra del sustrato sobre el que pululaban a fin de intentar establecer si la materia orgánica de la cual se alimentaban era cadavérica humana o de otra naturaleza.)

Basta a tal fin una sola pregunta; ¿Qué estudios y metodología se emplearon para decir que eran de CARRASCO?

Si bien la Phaenicia Sericata es la especie que con mayor frecuencia se encuentra, un cadáver puede ser infestado también con larvas de Calletroga americana, Cochliomya macellaria, Calliphora erythrocephala, Dermatobia hominis, Eristalis tenax, Musea doméstica, Fannia canicularis y Parasarcophaga barbata, entre otras, lo que hace imperativo determinar primero cuál es la especie de larva hallada sobre el cadáver, ya que existen diferencias entomológicas entre ellas.

VIII.- INVESTIGACIÓN MICOLÓGICA DEL TROZO DE CALZÓN-(Fs. 1490).

Se obtuvo el desarrollo de Cándida Albicans, lo que a mi entender no aporta nada importante en la faz investigativa, ya que se trata de una especie de hongo distribuida universalmente.

IX.- INVESTIGACIÓN DE ELEMENTOS DE INTERÉS TOXICOLÓGICO.-(Fs. 1678/1682)

Se efectuó sobre material de peritación extraído en autopsia 831/94.

Sobre hígado, riñón, grasa y líquido gástrico no se encontraron venenos volátiles (ácido cianhídrico, alcohol etílico y alcohol metílico).

No existían venenos metálicos y no metálicos comunes como lo son el arsénico y el mercurio.

No se detectaron analgésicos vinculados al ácido acetilsalicílico (aspirina), ni hipnóticos derivados del ácido barbitúrico, ni meprobamatos (tranquilizantes) u otras drogas relacionadas, ni de otros fármacos de importancia farmacológica. Estos resultados se obtuvieron sobre el material de

peritación recibido de la segunda autopsia, y que consistieron en 250 grs. de hígado, 195 grs. de riñón, 155 grs. de grasa y 4 gramos de líquido gástrico (Fs. 1678).

DIGO:

Como vemos, no existió intoxicación previa ya sea voluntaria o dolosa con las drogas investigadas; no consumía cocaína (surge de los estudios realizados sobre hisopados nasal y del contenido interno de la boca que se efectuaron recién en la segunda autopsia), y no estaba alcoholizado. Es decir, en el momento de la agresión estaba lúcido y no había elementos drogaes que cohibieran o disminuyeran sus fuerzas físicas, y por lo tanto, su capacidad de defensa.

X.- INFORME ANATOMOPATOLÓGICO 14.518;- (Fs.1389/1401).

Primeramente y comenzando por lo más sencillo, EL EXAMEN MACROSCÓPICO DE piel y músculo de ambas regiones lumbares, piel y músculos de ambos brazos, piel de región periorbitaria izquierda, fragmento de aponeurosis craneana y cuero cabelludo, fragmento de pleura parietal posterior derecha e izquierda, músculo dorsal derecho e izquierdo, ambas manos, tejido subungueal, piel supraorbitaria derecha, prominencia periorbitaria izquierda, block cardiopulmonar (corazón y ambos pulmones), bazo, hígado, hemirriñones (todo ello incluido en Fs. 1389/90 y 1392/93) indicó que todas las muestras se hallaban EN AVANZADO ESTADO DE PUTREFACCION, y que fue CORROBORADO por el correspondiente ESTUDIO MICROSCOPICO (tejidos en disgregación putrefactica avanzada) (Fs. 1394/98.). Pero los hechos más importantes se concentran en el estudio de las costillas DERECHAS, por lo que brindaré a V.S. un cuadro sinóptico para su mejor comprensión:

	Fs.1391	Fs.1396/97	Fs. 1483
COST.	EXAMEN MACROSCOPICO	EXAMEN MICROSCOPICO	EXAMEN RADIOLOGICO
1ª	No hay patología ósea		S/L óseas ni del cartilago condrocostal.
2ª	No hay patología ósea		Idem anterior.ř
3ª	No hay patología ósea	Putrefacción del tejido óseo, pero con arquitectura conservada	S/L óseas, con cartílago separado de la costilla correspondiente.* * *
4ª	Desprendimiento de la porción cartilaginosa	Idem 3a. No se reconoce patología.	S/L óseas.Fractura condrocostal desplazada.
5ª	Movilidad en zona de transición osteocondral despegado por putrefac.	Idem anterior.	Sin lesiones.
6ª	Desplazamiento parcial de zona osteocondral.	Residuo eosinófilo en acúmulos aislados en vecindad de trabéculas de región osteocondral.	S/L óseas.Fractura condrocostal desplazada.
7ª	Movilidad osteocondral sin desplazamiento.	Idem anterior .Escaso residuo eosinófilo intratrabecular.	S/L óseas.Fract. condrocostal s/desplazamiento.

8ª	Idem anterior .	Sustancia amorfa eosinófila en espacios intertrabeculares, carilla condral y superficie interna del tejido fibroso periostal.	Idem anterior
9ª	Zona osteocondral conservada.	Tejido óseo conservado, cartílago putrefacto. Ausencia de células a nivel trabecular	S/alterac. óseas ni del cartílago.
10, 11 12ª.	S/P Putrefactas		Sin alteraciones óseas

Las COSTILLAS IZQUIERDAS, tanto macroscópicamente (Fs. 1392) como radiográficamente (Fs. 1483/84) NO PRESENTABAN ALTERACIONES.

Si bien en Fs. 1403 dice: “Fractura desplazada clavicular izquierda que interesa la unión del tercio proximal con los 2/3 restantes, de superficie de sección nítida y regular”, se trata de una lesión post mortem provocada por las maniobras autópsicas de apertura de la caja torácica, que provocaron también una superficie de sección nítida y regular de las costillas izquierdas.

La fractura desplazada clavicular izquierda está descrita en Fs. 1484 (peto esternocostal) como “fractura diastasada”, tratándose del mismo hecho anatómico y radiográfico.

NO SE COMPROBARON FRACTURAS DE ESTERNON, cráneo, maxilar inferior, HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ, TECHOS ORBITARIOS, REGIONES HIOIDEAS Y MALARES.

En el Informe Anatomopatológico de Fs. 1420 se describe una pieza remitida en Frasco “D” (***) “que contiene una porción de costilla del hemitórax derecho fracturada”, aclarándose en el EXAMEN MACROSCOPICO que se trata de un fragmento cartilaginoso de 5 cm de longitud, confirmado por el estudio histopatológico, que refiere “un tejido cartilaginoso costal parcialmente conservado con alteraciones de degradación putrefactiva”, no hallándose la fractura antes mencionada.

Veamos ahora las CONCLUSIONES HISTOPATOLOGICÁS vertidas en Fs. 1399:

Los puntos 1 y 2 ya los describí al comienzo del punto X., y son claros respecto a sus resultados, al igual que el punto 3.

4) “Costillas derechas 6a a 9a con sedimento granular eosinófilo intertrabecular, en el espesor óseo, compatible con depósito hemático en degradación putrefactiva. Escaso en 6a y 7a costillas, con máxima expresión a nivel de la 8a, y moderada a nivel de la 9a costilla, acotando que la condición de estos tejidos no permite demostración técnica absoluta de lo anotado en el presente ítem, debido a que la putrefacción quita especificidad a las técnicas aplicadas.”

DIGO:

1) EL EXAMEN MACROSCÓPICO NO MENCIONA LA EXISTENCIA DE NINGUNA FRACTURA.

2) EL EXAMEN ANATOMOPATOLÓGICO TAMPOCO LAS DEMUESTRA, SIENDO ESTE ESTUDIO EL QUE HACE EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y VERAZ DE LAS PATOLOGIAS O TRAUMATISMOS EXISTENTES AL MOMENTO DE LA MUERTE.-

3) SOLAMENTE EL INFORME RADIOLÓGICO LAS MENCIONA, NO HABIENDO SIDO CORROBORADO DICHO DIAGNÓSTICO POR EL ESTUDIO HISTOLÓGICO, QUE ES FEHACIENTE.

Pero detengámonos en éste último punto;

Ya anteriormente dije que trabajos de médicos argentinos (Dr. Miguel GÓMEZ y Jorge NEIRA – “Traumatismo de Tórax”, publicado en el libro de la Sociedad Argentina De Terapia Intensiva, 1995) refieren que el 10% de las fracturas costales pasan desapercibidas radiológicamente, particularmente de arcos costales anteriores y bajos, lo que también es referido por diversos autores extranjeros o incluso puede hallarse en cualquier libro de Medicina Interna. Pero además, (entre otros James PATE, del Department Of Surgery, College of Medicine, Tennessee. “Lesiones traumáticas de la pared torácica”) dice “NUNCA SE VEN EN LAS RADICORAFIÁS LAS FRACTURAS DE CARTÍLAGOS COSTALES NI COSTOCONDRALES”, siendo un hecho corroborado en la práctica médica diaria.

Por lo tanto: ¿Cómo ha hecho la Radióloga Forense para diagnosticar “Fracturas” de ésta misma naturaleza? ¿Cómo distingue si fueron vitales, postmortem y/o como consecuencia del cizallamiento de las costillas para la apertura de la caja torácica o por desprendimientos durante la manipulación accesorio de un cadáver que, a las luces de todos los estudios realizados (tanto macroscópicos como histológicos), estaba en tan avanzado estado de putrefacción? Quiero dispensar algunas palabras que aclararán definitivamente la cuestión; el estudio anatomopatológico ES EL RESULTADO FINAL, ES EL FUNDAMENTO DEL DIAGNOSTICO. Pero en el caso de autos su redacción puede llevar a errores.

Expresa:” Existen sedimentos granulares eosinófilos COMPATIBLES con depósitos hemáticos en degradación putrefactiva”.

COMPATIBLE significa “acorde con” o “está de acuerdo con” por lo que “los sedimentos granulares eosinófilos” -proposición p-, están de acuerdo a que se trate de “depósitos hemáticos en degradación putrefactiva” -proposición q-

Ambas son compatibles entre si, porque son lo suficientemente generales y vagas para no entrar en conflicto. Pero hay una tercera proposición -r- que dice; “La putrefacción le quita especificidad a las técnicas aplicadas y no permite una demostración absoluta.”, siendo entonces que las dos primeras proposiciones p y q-, son incompatibles con ésta tercera -r-, por lo que la sola lectura e interpretación de p y q sin analizar r da un resultado que es científicamente sospechoso.

De ésta manera queda resuelto cómo debe analizarse el término “COMPATIBLE” tan utilizado ultimamente en Medicina Legal, que es una Ciencia CONCRETA y no una filosofía del “COMO SI, HABRIA O PODRIA.”

Por otro lado, “QUITARLE ESPECIFICIDAD A ALGO” significa técnicamente que no se puede explicar, ni declarar con individualidad, ni determinar de modo preciso el origen de algo, en el caso de autos, el del granulado eosinófilo observado.

Si a pesar de lo expuesto alguien pretende vincular hipotéticamente las granulaciones eosinófilas con la existencia de una fractura previa, cabe hacerle una pregunta; ¿Puede existir una hemorragia intertrabecular sin que exista una fractura?

La respuesta es que NO, excepto que exista una patología previa, como una coagulopatía o una leucemia, enfermedades que no presentaba O. CARRASCO. También puede existir dicha

hemorragia en casos de obstrucción arterial o en presencia de focos sépticos, pero en éstos dos casos se observan huesos largos pero no en huesos planos como las costillas, por ser escasa su médula ósea.

Por lo tanto, desde el punto de vista anatomopatológico lo razonable es una presunción diagnóstica basada en que “los depósitos eosinófilos granulados provenientes de depósito hemático” sean sombras de un conjunto de células que ya han perdido su núcleo, debido al intenso estado de putrefacción. (Si quedan dudas, analizar nuevamente “p”, “q” y “r”, lo que nos lleva nuevamente a plantear la importancia que tiene una correcta expresión terminológica Médico Legal, sobre la cual se han escrito numerosos libros y deja de recalcarse en los textos generales de Medicina Legal.”)

4) SI BIEN QUEDÓ CATEGORICAMENTE DEMOSTRADO QUE NO HABÍA FRACTURAS, NO PUEDE EXCLUIRSE UN TRAUMATISMO PREVIO, ya que la colección de tinte hemático pleural así lo está demostrando, y agrego que no como una posibilidad, sino como una CERTEZA.

5) No existieron traumatismos óseos craneales ni faciales, recordando indemnidad de los huesos del cráneo, macizo facial, maxilar inferior, huesos propios de la nariz y orbitales.

Pero aún en el supuesto de haber existido un traumatismo (Ej; golpe de puño en el ojo), no tuvo ninguna contribución en la muerte de O. CARRASCO.

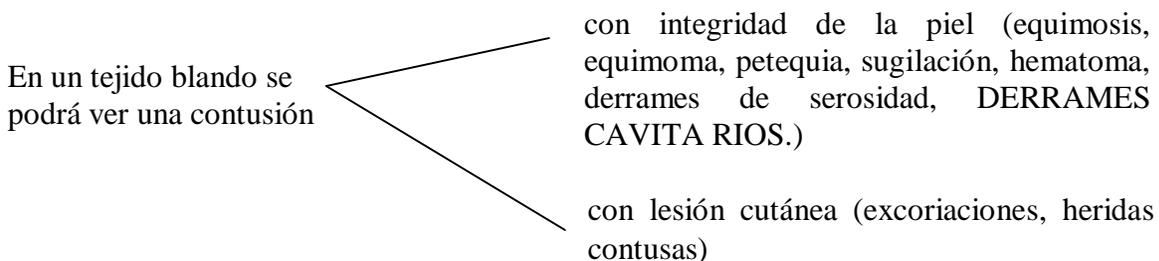
La pérdida sustancia descrita en el ojo izquierdo admite entonces otras posibilidades concretas;

- a) lesión traumática post mortem.
- b) acción de roedores u otros depredadores.
- c) el proceso putrefactivo.
- d) la acción devastadora de las larvas.
- 6) Tampoco existió un traumatismo de la parrilla costal izquierda., ni existió intento de estrangulamiento (indemnidad del hueso hioides.).

CONSIDERACIONES MÉDICO LEGALES:

Una lesión por violencia mecánica puede depender de un objeto que choca contra el cuerpo, del choque del cuerpo con un objeto inmóvil, o del choque de objeto y cuerpo cuando ambos están en movimiento. Las lesiones tisulares o heridas resultantes pueden clasificarse de manera amplia por su localización;

- a) Lesiones de tejidos blandos
- b) Lesiones de huesos.



Una contusión es una lesión causada por una fuerza no cortante que daña pequeños vasos sanguíneos y provoca hemorragia intersticial, con o sin discontinuidad del tejido. En el hueso existen 3 posibilidades; Fisura., fractura y atricción.

A veces, contusiones profundas de músculos esqueléticos (por ejemplo), pueden producirse SIN LESION DE PIEL NI DE TEJIDOS SUBCUTÁNEOS, y de forma análoga, puede observarse un desgarro de hígado y/o de bazo en víctimas de accidente de automóvil u otros, sin lesión

demostrable de la pared abdominal. Así también hay CONTUSIONES DE PULMÓN con o sin desgarro del mismo, SIN QUE EXISTAN FRACTURAS NI LESIONES DE LOS MÚSCULOS INTERCOSTALES (TAL EL CASO DE AUTOS, ya que el estudio anatomopatológico no reveló la existencia de fracturas, ni el músculo intercostal sospechoso de traumatismo presentó lesiones - espacio 7-8 - (Fs 1397), como asimismo ninguno de los dorsales (Fs. 1395). Destaco significativamente que para el caso del músculo dorsal izquierdo, la disgregación “granular eosinófila” NO RECONOCE PATOLOGÍA” alguna, tal lo expresado en el informe de Fs. 1395, ítem 9).

XI.- ANÁLISIS DEL LÍQUIDO PLEURAL.- (Fs. 1471/72).

El informe del Dr. Roberto MINGRONE dice básicamente;

“que se recibe un frasco tipo mermelada, con 250 cm³ de un líquido oscuro sanguinolento, putrefacto, INCOAGULABLE, que no contiene sustancias macroscópicas extrañas.

A la luz polarizada se observaron “numerosas partículas anisotrópicas (birrefringentes)”

“En campo oscuro y contraste de fases no se observaron diatomeas, ni elementos del fitoplancton.”

“No se pudo determinar su dilución, a la filtración se observaron coágulos pequeños, las reacciones químicas para sangre fueron positivas, y en la centrifugación aparecieron restos amorfos y abundantes microorganismos.

DIGO:

1) A tal punto no fue medida por ningún método ni siquiera la cantidad de sangre que se extrajo en la primera autopsia para su posterior peritación, que en Fs. 140 dicen claramente que fueron 200 cc, pero los que se recibieron fueron 250 cc.

2) Es más que obvio que no se iban a encontrar elementos del fitoplancton ni diatomeas, ya que estos elementos se buscan en casos de asfixia por sumersión, careciendo de sentido médico legal que se los buscara en éstas circunstancias.

3) La existencia de pequeños coágulos que solamente se observan a la filtración y que no pudieron ser observados macroscópicamente indican que no son provenientes de lo que fuera en vida de O. CARRASCO la hemorragia original, ya que en el caso de hemorragias agudas intrapleurales es frecuente que se observen grandes coágulos cuando se interviene quirúrgicamente a esa clase de traumatizados, y que una vez formados hubiesen persistido a pesar de la putrefacción.

En la primera autopsia nada se menciona respecto a la existencia de coágulos, lo que constituye otro indicio de que la hemorragia no fue aguda.

4) No se indica por qué causas no se pudo determinar la dilución ni cuales fueron el o los métodos empleados.

5) La abundante cantidad de microorganismos se justifica debido a la putrefacción.

6) El principal estudio que hubiese tenido que llevarse a cabo sobre éste líquido no se efectuó; LA DETERMINACION DE LA EXISTENCIA DE DROGÁS O DE CUALQUIER OTRA SUSTANCIA DE INTERÉS TOXICOLÓGICO.

XII.- ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS FORENSES.-(Fs. 1473/1482.)

Éstas se virtieron en base a las formulaciones del Sr. JUEZ Dr. Adolfo Luis BAGNASCO del Juzgado Nacional Criminal y Correccional Federal N 7, Secretaría N 14 del Dr. Oscar AGUIRRE.

Voy a referirme a los puntos de valor médico legal del oficio del 18 de Abril.

1 a) Causa de muerte.

“Hemotórax agudo como causa inmediata de muerte.” (Fs. 1476) Estiman que “una rápida reducción del volúmen de sangre circulante por hemorragia interna o externa podrá ser bien o mal tolerada.”

“Las pérdidas del 20 al 35 % determinan la aparición de un cuadro de shock moderado con signos y síntomas. que evidencian el déficit de perfusión de los tejidos. Si la reducción del volúmen circulante es superior al 40%, provoca un shock severo.” “De no mediar una terapéutica de reposición del volúmen sanguíneo rápida y suficiente, la muerte es inevitable.”

“CARRASCO pesaba 57 Kgr., y si el volúmen total de sangre (volemia) corresponde a un porcentaje entre el 7 y el 8 % del peso corporal, la volemia de CARRASCO era de aprox. 4.000 y 4.500 cc., y si de la primera autopsia SE RECCGIERON 1500 cc. y de LA SEGUNDA 200 cc., éstos volúmenes corresponden aproximadamente al 40 % de su volemia.”

“En ausencia de patología previa, sospechamos el origen traumático de la hemorragia o desgarro por ruptura de algún vaso torácico de calibre importante, LO QUE NO PUDIMOS CERTIFICAR en la reautopsia por el avanzado estado de putrefacción del cadáver.”

b) Características lesionales en el ojo izquierdo del occiso; En fs 1477 dicen: “No surgen elementos de juicio médico legal que permitan asegurar la existencia de lesiones.”

“A través de las lesiones costales demostradas (radiológica e histopatológicamente) a pesar de no poder sacar conclusiones técnicas absolutas por la putrefacción, éstos signos son altamente significativos de lesión traumática que por sí sola no tiene la idoneidad suficiente para causar la muerte, pero que coincide con el hemitórax donde se observó, EN LA PRIMERA AUTOPSIA, la presencia de un hemotórax de 1500 cc.”

MI ANALISIS MEDICO Y MEDICO LEGAL:

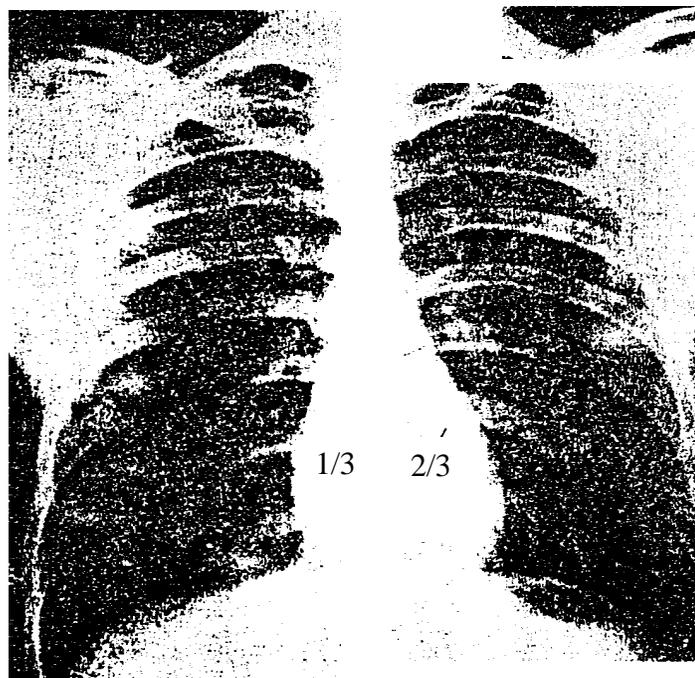
El dicente, habida cuenta de la alta responsabilidad que le fuera conferida en su designación para el análisis del caso de autos, le expresa a V.S. que antes de analizar los puntos anteriores es necesario que explique, y acorde a los conocimientos actuales en la materia, qué es un traumatismo de tórax, y cuáles son las complicaciones sobrevinientes, ya que la muerte no solamente debe ser explicada simplemente a partir de un porcentaje de sangre que se pierde, sino que admite un enfoque médico

mucho más amplio, abriendo un abanico de posibilidades, ya que no todos los seres humanos se mueren de la misma forma, y aun dentro de un mismo individuo pueden ocurrir varios acontecimientos que partiendo de un traumatismo inicial, modifiquen el curso y tiempo de su muerte.

a) Traumatismo de tórax;

la caja torácica es un continente osteocartilaginoso que protege al corazón, los pulmones y los grandes vasos sanguíneos. La parte posterior está formada por las 12 vértebras torácicas y el arco posterior de las costillas. Los costados están formados por las costillas, -separadas unas de otras por los espacios intercostales), y la parte anterior está formada por el esternón y el arco anterior de las costillas. El diafragma forma parte del piso de la caja torácica y separa su contenido del contenido de la cavidad abdominal.

El corazón se sitúa entre los 2 pulmones, en medio del pecho, envuelto en un saco (pericardio). Cada pulmón está recubierto por una membrana serosa (la pleura). El corazón se ubica en forma oblicua entre el cuerpo del esternón y los primeros segmentos de los arcos anteriores costales. Se proyecta más dentro de la caja torácica izquierda que en la derecha, lo que se puede observar en la fotocopia de una radiografía de tórax normal.



Podemos ver entonces que 1/3 del corazón está ubicado a la derecha y 2/3 a la , izquierda de la línea media.

Dicho de otra manera, los órganos centrales de la respiración y circulación, el esófago, los grandes vasos y los troncos nerviosos contenidos en el tórax se hallan protegidos por paredes osteomusculares que les confieren una relativa inmunidad ante los diversos traumatismos.

Cualquier lesión de la caja torácica (con o sin lesión de los órganos internos), puede ocurrir sin que existan lesiones externas observables, y ésto es , debido a la cantidad y calidad de ropa que lleve puesta la persona en el momento del traumatismo.

Como vimos, CARRASCO no presentaba lesiones en piel de hemitórax derecho ni en ninguna otra parte del cuerpo, por lo que ya puedo decir que en el momento de la agresión estaba vestido con algún tipo de prendas, pero sin poder especificar su calidad y cantidad.

En la gente joven, la elasticidad y distensibilidad de la caja torácica es un factor que protege aún más a los órganos internos de lesiones (por supuesto, no provocadas por elementos penetrantes o punzantes, excepto que éste último sea una porción fracturaria de las mismas costillas.)

b) Fractura de costillas;

Hay varios tipos;

1) Espontánea o patológica (enfermedades o tumores de los huesos, metástasis)

2) Iatrogénica (o terapéutica); durante el masaje cardíaco en las maniobras de resuscitación cardiopulmonar, en las cuales el paciente puede presentar múltiples fracturas de costillas y/o de esternón, hemorragia mediastinal u neumotórax (aire en la cavidad pleural).

En general, estas fracturas involucran a las primeras costillas torácicas y del lado izquierdo.

3) Por violencias indirectas: por compresión del tórax (o aplastamiento) en cuyo caso las fracturas son laterales si la fuerza fue aplicada en sentido anteroposterior y serán en su arco posterior (cercanas a la columna dorsal)

Si la fuerza fue aplicada en sentido inverso, es decir, de atrás hacia adelante. Si la fuerza fue sobre ambos costados, las fracturas estarán cerca de la columna y del esternón. En estos casos, los fragmentos desplazados y aguzados de las costillas pueden dañar la pleura subyacente, los pulmones y el corazón.

4) Por violencias directas: se producen en el lugar donde fue aplicada la violencia. Si el golpe fue aplicado con gran fuerza, las costillas fracturadas pueden contusionar el parénquima pulmonar, dañando la pleura, el corazón o los pulmones, resultando un neumotórax o un hemo-neumotórax (aire y sangre en la cavidad pleural).

Las fracturas de las primeras costillas pueden dañar el árbol traqueobronquico o los grandes vasos. En éste caso el golpe debe tener una gran intensidad, ya que a menor radio de curvatura de la costilla, mayor la resistencia fracturaria. Inversamente, a mayor radio de curvatura (como ocurre con las costillas inferiores), es menor su resistencia fracturaria.

La presencia en el caso de autos de HEMOTÓRAX, indica que solamente existió daño de la pleura o de vasos sanguíneos, pero aún no habiéndose detectado la existencia de aire en la cavidad pleural (NEUMOTÓRAX), no pueden descartarse como sustento diagnóstico la existencia de desgarros pulmonares

Tampoco existió en O. CARRASCO daño pericárdico, demostrado por la ausencia de lesiones en el pericardio ni derrame sanguíneo e su cavidad, y que descarta como agravante del cuadro a un traumatismo cardíaco o de arterias coronarias, la aorta o la arteria pulmonar, siendo que en los últimos dos casos el derrame no solamente se limitaría a 1.500 cc, sino que podría llegar a los 2.000 y 3.000 cc DE SANGRE PURA.

También debemos incluir a la vena cava superior, cuya rotura originaría un derrame pericárdico de gran magnitud, con taponamiento-cardíaco y muerte rápida. Además, si el pericardio hubiese estado desgarrado, tendría que haberse encontrado sangre en ambas cavidades pleurales, tal como ocurre con las roturas de la arteria aorta, hecho que tampoco existió en el caso de autos, y que sí es

de frecuente observación en los grandes traumatismos torácicos de los accidentes automovilísticos (impacto del volante sobre el pecho).

No fueron descritas en ninguna de las autopsias zonas hemorrágicas en el corazón que demostraran traumatismos del mismo. Tampoco se describieron anomalías en sus cavidades o cuerdas tendinosas, o en sus válvulas, que pudieran implicar una falla unitaria de origen cardiogénico. Vale decir, el corazón de O. CARRASCO era SANO, con un funcionalismo normal.

Pero lo que es más;

1) NINGUNA FRACTURA FUE DEMOSTRADA HISTOPATOLÓGICAMENTE.

2) LOS Médicos Forenses "SOSPECHAN" la existencia de desgarros o roturas de grandes vasos a pesar que NO PUDIERON COMPROBAR SU EXISTENCIA , pero no agregan ni aclaran que a falta de vasos que sangren, existen otras estructuras que pueden hacerlo, como lo son el mismo pulmón.

Un hemotórax, de acuerdo a su volúmen puede ser considerado



- leve
- mediano
- de gran magnitud

Leve → el derrame ocupa el seno costodiafragmático (300 a 500 cc.)

Mediano → hasta la mitad del tórax (500. a 2.000 cc)

Gran magnitud → todo el hemitórax (2.000 a 3.000 cc.)

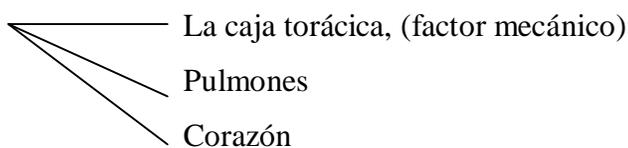
Por lo tanto, en el caso de autos, Y SOLAMENTE SUPONIENDO que hayan existido 1.500 cc.(ya que la cantidad existente de sangre pura del hemotorax EN VIDA tuvo que haber sido necesariamente menor por los fenómenos putrefactivos que ya expliqué) tenemos una primera clasificación; HEMOTÓRAX DE MEDIANA INTENSIDAD.

Hay además un detalle de gran importancia que está descripto en todos los libros de Medicina Interna o Patología Quirúrgica y que frecuentemente visto en la práctica médica; en los hemotórax traumáticos, el hemitórax correspondiente puede estar totalmente libre durante las primeras 24 horas o más, y después sobrevenir el derrame sanguíneo. Se debe a lesiones vasculares que por algún motivo, coágulo por ejemplo, están precariamente bloqueadas , y luego sangran.

Esto da motivo a que un traumatizado severo de tórax que no tenga derrame pleural, deba ser controlado diariamente para evitar dicha complicación, y que en caso de producirse para ser fácil y oportunamente tratada.

Ahora es necesario explicar qué es lo que pudo haber ocurrido después del traumatismo, ya que si bien se producen alteraciones anatómicas y fisiopatológicas similares a las de cualquier otra región, hay un factor especial, la cavidad pleural, que determina en el tórax diferencias sustanciales con respecto a otros traumatizados.

Los órganos cardiorrespiratorios contenidos en el tórax basan su funcionalismo sincrónico en un trípode constituido por



La integridad de éstos órganos debe ser mantenida o restaurada con rapidez, general dentro de las dos primeras horas UNA VEZ HECHO EL DIAGNOSTICO, a fin de evitar la irreversibilidad del proceso. Pero IRREVERSIBILIDAD NO ES SINÓNIMO DE MUERTE INMEDIATA.

Primeramente se produce el dolor agudo del traumatismo, pero en los momentos inmediatos no habrá cambios ventilatorios siendo que en los momentos posteriores y acorde a la magnitud y rapidez con la que se produzca la hemorragia, comenzarán a existir pequeñas alteraciones del intercambio gaseoso intraalveolar.

Clínicamente se produce en esos momentos hipotensión arterial, taquicardia, palidez, enfriamiento y respiración superficial. En el caso de existir desgarros arteriales y/o venosos, se irá coleccionando sangre en la cavidad pleural, que como ya dije será lenta o rápida según el calibre de los vasos dañados, siendo masiva la hemorragia en caso de vasos como la aorta o vena pulmonar. Si solamente se dañaron las arterias o venas subcostales, la colección hemática se irá haciendo en forma lenta considerando que hipotensión secundaria limita la cantidad de sangre expulsada, y a su vez la compresión que ejerce la colección líquida dentro de la caja torácica sobre el resto de los órganos sirve para cohibir alguna otra hemorragia parenquimosa coexistente.

El pulmón, al ir aumentando la cantidad de sangre en la cavidad pleural, sufre una compresión extrínseca (o atelectasia extrínseca).

La dificultad respiratoria que ésto provoca lleva a la víctima a aumentar el trabajo respiratorio, lo cual eleva la presión negativa intrapleural, y como consecuencia de ello hay aumento del dolor.

Se crea entonces una INSUFICIENCIA VENTILATORIA RESTRICTIVA QUE LLEVA A LA HIPOXIA (disminución de oxígeno en los tejidos), o anoxia anóxica, que, DE NO SER TRATADA LA CAUSA, el proceso se torna irreversible.

Pero en O. CARRASCO no podemos pensar que se hayan roto o fraccionado ni las arterias ni las venas subcostales puesto que NO HABIA FRACTURAS COSTALES que las pudieran dañar, COMO ASI TAMPOCO FUE DEMOSTRADA LA EXISTENCIA DE LESIONES EN ELLAS.

El hemotórax SE PUEDE PRODUCIR TAMBIÉN POR LESIONES PULMONARES, pero éste derrame en la cavidad pleural en general es pequeño, pero si llega a ser mayor, lo cual también es muy posible, la expansión del hemotórax provocará un mayor colapso del pulmón, comprimiendo a herida y evitando su continuo sangrado, pero no evitando la insuficiencia ventilatoria

Hablar entonces de un hemotórax de aprox. 1500 cc no significa hablar de una hemorragia masiva que lleve a la muerte inmediatamente, ya que en éste caso el mecanismo de la muerte HABRIA SIDO UNA ANEMIA AGUDA, SIN DAR LUGAR A NINGUN TIPO DE CIANOSIS y que es justamente lo que se observó en los lechos subungueales.

La Cianosis es la coloración azulada de piel y mucosas. Es particularmente evidente en las regiones donde la piel es fina, poco pigmentada y rica en vasos sanguíneos, como labios, nariz, orejas mejillas, lecho ungueal de los dedos de manos y pies y mucosa bucal. En las personas con pigmentación intensa (negros, Enfermedad de Addison, ictericias) a veces apenas se aprecia la cianosis; en tales casos o en casos de duda hay que buscarla en las mucosas (lengua) y en el lecho vascular. Normalmente la sangre contiene 15 gr% de Hb (hemoglobina). La cianosis aparece cuando la sangre presenta coloración anormalmente oscura, debido al aumento de hemoglobina reducida (sin oxigenar) en la sangre capilar, es decir, cuando la sangre capilar contiene más de 5 gr% de Hb reducida. Como la aparición de cianosis depende sólo de la cantidad absoluta de hemoglobina reducida y no de la relación entre la Hb reducida y la oxihemoglobina, esto explica el hecho de porqué enfermos con anemia no presentan cianosis pese a la intensa hipoxemia que puedan tener (no llegan a tener la suficiente cantidad de Hb.), mientras que pacientes con

policitemia (aumento de los glóbulos rojos), pueden presentar cianosis incluso con una hipoxemia muy modesta (al haber muchos glóbulos rojos es mayor la cantidad de Hb, por lo que a pesar de que la sangre se oxigena en los pulmones, el exceso de Hb no se oxigena, aumentando de ésta manera la cantidad de Hb reducida).

En caso de disminución de la Hb. por ejemplo a 10 gr%, para que aparezca cianosis es necesario que la mitad (5 gr%) exista en forma de Hb reducida. En una persona con hemorragia aguda, la hipoxemia no se puede comprobar por la cianosis. Pero no solamente en vida los anémicos son "blancos", sino que también el cadáver de quien fallezca por hemorragia aguda estará BLANCO Y SIN CIANOSIS.

Y la importancia de su observación en **el cadáver es que médicolegalmente INDICA ASFIXIA.**

La cianosis, estrictamente siempre indica hipoxemia. La cianosis central significa hipoxemia arterial y se la observa principalmente en los trastornos de intercambio gaseoso de los pulmones (Insuficiencia respiratoria).

La cianosis periférica se observa en la isquemia arterial y en la éstasis venosa. Esta cianosis, si bien puede ser provocada por el frío en ausencia de otra patología, es más frecuente en los enfermos cardíacos, (Insuficiencia cardíaca derecha, en la que hay déficit de perfusión por éstasis sanguínea), caso que no es el de autos, pues O. CARRASCO tenía un corazón SANO Y SUFICIENTE. Tampoco tenía antecedentes de enfermedad pulmonar (por ejemplo bronquitis crónica, enfisema pulmonar obstructivo), que justificaran la existencia de una cianosis central, provocada por la Insuficiencia respiratoria restrictiva.

Tampoco se demostró en ninguna de las autopsias fractura esternón, y en la que sí es frecuente que se lesione la arteria mamaria interna, lo que hubiese llevado al hallazgo de un mayor volumen de colección pleural de tinte sanguinolento que el hallado en forma aproximada.

Básicamente, como condición para que una cianosis sea objetivada se necesita QUE HAYA LA SUFICIENTE CANTIDAD DE HEMOGLOBINA Y UNA SUFICIENTE CANTIDAD DE SANGRE.

Pero volvamos un poco sobre la importancia de hallar cianosis en un cadáver; Dardo ECHAZU, en su libro "Investigación de la Muerte" (pág. 158. cap. "Aspecto general del muerto por asfixia") dice:

"en general hay que sospechar asfixia cuando el cuerpo está cianótico."

Naturalmente la cianosis es particularmente intensa en ciertas partes, cuya distribución varía según las diferentes causas de asfixia, pero por lo general la vamos a ver en la extremidad cefálica, a nivel de las manchas hipostáticas o livideces cadavéricas, y en las manos, especialmente en las uñas."

SIMONIN, en su libro "Medicina Legal Judicial" capítulo: Lesiones de la Asfixia" (Pág. 204) dice; "Cuando está completo, lo que es raro, el cuadro anatomopatológico de la asfixia se compone de lesiones congestivas y hemorrágicas localizadas en las principales vísceras, pero sobre todo en el aparato respiratorio.

En la parte superior del cuerpo destaca primeramente la cianosis de la cara, los labios, y de las orejas, atenuadas después de la muerte.

La cianosis DE LAS UÑAS ES IGUALMENTE UN BUEN SIGNO DE ASFIXIA."

Como los mismos Forenses destacan en su autopsia, las uñas de O. CARRASCO ESTABAN CIANÓTICAS, hecho que selectivamente ignoraron en todos sus comentarios o referencias.

¿Puede ignorarse un signo de tanto valor médico legal, tanto y más aún cuando es taxativo en los protocolos de autopsia que se utilizan en la Morgue Judicial en el ítem “EXAMEN CADAVERÍCO”?

Sumado a los autores anteriores, el mismo Médico Forense O. RAFFO lo ratifica y cree que es así, tal cual lo manifiesta en el artículo publicado en el Diario Clarín del día lunes 4 de Diciembre de 1995 a través de un reportaje que le realizaron y que fotocopio para mejor ilustración de V.S.

Un sueño mortal

El médico forense **Oswaldo Raffo** aseguró a Clarín que la muerte por inhalar monóxido de carbono en un auto “es común y por eso se recomienda llevar siempre una ventanilla abierta”.

“La sensación del que respira monóxido de carbono —que no tiene color ni olor— es primero un dolor de cabeza y mareo, luego se le duermen las piernas, pierde el conocimiento y entra en coma hasta que muere. Esto se llama “asfixia anémica”: no falta oxígeno en el ambiente, sino en la sangre”, agregó Raffo.

El peligro comienza cuando, por una falla de la ventilación, el monóxido de carbono que produce el motor en combustión entra al auto junto con

el aire acondicionado o la calefacción en lugar de salir por el caño de escape.

El monóxido de carbono es un gas tóxico que, si se respira, se une de **manera irreversible** con la hemoglobina de la sangre. La hemoglobina es el componente sanguíneo que se ocupa de transportar el oxígeno que respiramos por el cuerpo.

“Si el sujeto respira monóxido de carbono, este se junta con la hemoglobina y ya no le permite transportar oxígeno al corazón y el cerebro, los órganos que más lo necesitan”, ilustró.

Como la hemoglobina también es la que da color a la piel, **“la víctima, en vez de ponerse azul, como en una asfixia, se pone colorada”**, agregó.

Resumiendo; la cianosis central es una hipoxemia arterial provocada por disminución de la concentración de oxígeno debida a trastornos del intercambio gaseoso a nivel pulmonar.

La cianosis periférica es también una hipoxemia arterial, pero las causas, además de corresponderse con una central, pueden ser distintas (isquemia arterial o estasis venosos, siendo la isquemia un taponamiento u obstrucción de la arteria que no permite la llegada de sangre y el éstasis la acumulación de mucha cantidad de sangre en un lugar del cuerpo.)

En una persona viva, la cianosis central puede distinguirse de la periférica comprimiendo cualquiera de las uñas, ya que si es central, la uña no cambiará de color al descomprimirla. Si cambia de color, -de azul a rosado-, es periférica.

Clínicamente la experiencia enseña que si es central, la piel está caliente y siempre fría si es periférica.

Pero obviamente en un cadáver no pueden hacerse ninguna de las diferenciaciones clínicas descriptas a partir de una uña cianótica, siendo imposible diferenciar una cianosis central de una periférica, reservándose el último nombre solamente por su ubicación topográfica (las extremidades). Es por eso que ante su presencia siempre debe pensarse en asfixia, y después, en base a la totalidad de lesiones externas e internas observadas, determinar el porqué de su existencia. No obstante quiero agotar el tema de las cianosis periféricas para que no quede ninguna duda al respecto, ya que en mi experiencia en juicios orales, los forenses ante la pregunta de qué es una

cianosis periférica contestan siempre que hay varias enfermedades que la producen (sin mencionarlas) y también el frío, como si la verdad quedara demostrada por sus simples afirmaciones dogmáticas.

Es conocida la cianosis provocada por el frío cuando la temperatura de la piel está entre 15 y 25°C; cursa con estasis por dilatación capilar como con isquemia por estenosis (estrechamiento) arteriolar.

La llamada “Acrocianosis” es frecuente en las mujeres y no está aclarado su mecanismo patogénico. No es dolorosa y constituye más un defecto cosmético que una enfermedad. Pero a veces la acrocianosis es el síntoma de una enfermedad vascular orgánica o general y que por estar totalmente identificadas las voy a nombrar;

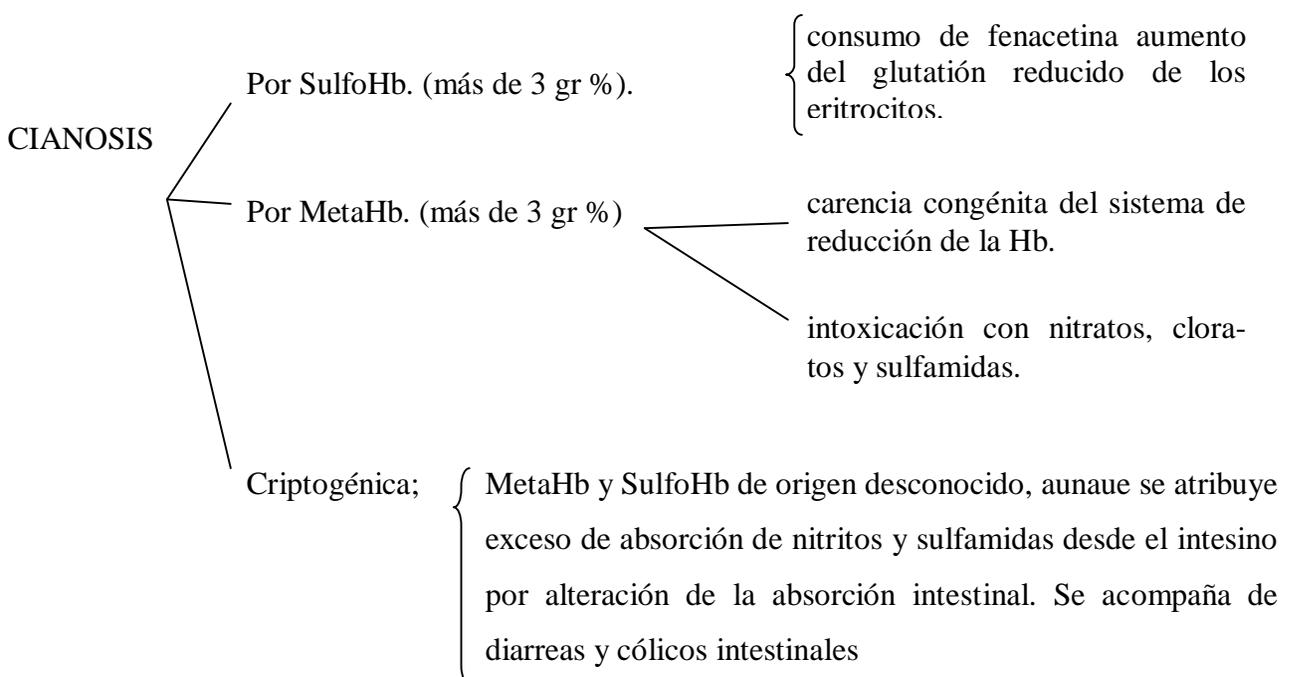
Lesiones por el frío, arterioclrosis, Enfermedad de Buerger, Enfermedad por crioaglutininas, Enfermedad de Reynaud, estenosis severa de la válvula mitral, de la aórtica y de la pulmonar, Shock cardiogénico por infarto agudo de miocardio, Síndrome del escaleno, Costillas cervicales, Tromboangeítis obliterante, Esclerodermia, policitemia, cardiopatías congénitas e Insuficiencia cardíaca en el anciano.

O. CARRASCO no presentaba ninguna de estas enfermedades, por lo que puedo afirmar que la cianosis de sus uñas estaba indicando claramente la falta de oxígeno a nivel del intercambio pulmonar debida a:

- 1) afectación traumática de éste órgano
- 2) la presencia de una no cuantificada pero sí existente cantidad de sangre que en vida se fue acumulando lentamente en su cavidad pleural, y que iba comprimiendo el pulmón derecho.

Reitero que si la hemorragia hubiese sido aguda y masiva no habría existido la cianosis. (Hemorragia aguda; es una pérdida abundante de sangre en un corto lapso de tiempo. Hemorragia masiva; es una pérdida del 40 al 45 % de la volemia.)

Pero no obstante, están descriptas las Seudocianosis, que también le dan a la piel un color azulado, por lo que las voy a explicar;



Fácil es darse cuenta que O. CARRASCO no padecía de ninguna de éstas pseudocianosis ya que no presentaba ninguna de las enfermedades o causas que las provocan, pues va de suyo que hubiese estado cianótico antes de su ingreso al servicio Militar.

XIII.- EL SABAÑÓN FORENSE.-

Habida cuenta de todo lo explicado sobre la cianosis, no quiero dejar pasar por alto una circunstancia que se produjo durante el desarrollo del Juicio Oral y Público el día que declararon los Sres. Médicos Forenses de la Justicia Nacional.

El día anterior a la declaración de los peritos, le había entregado el dicente al Sr. Fiscal Manuel de Reyes BALBOA una serie de preguntas para que le efectuara a los forenses, estando referida una de las primeras justamente a la definición de cianosis periférica y sus causas. Fue la segunda que pudo efectuar, ya que los requeridos dijeron que no tenían por qué constestar preguntas que no se refirieran a la autopsia. (En lo cual también estuvieron de acuerdo los Sres. Jueces integrantes de Tribunal Oral)

Pero el Forense D. CURCI alcanzó a decir que un ejemplo de cianosis periférica era “un sabañón”.- (todo lo que digo puede ser fácilmente corroborado por la reproducción de la videofilmación de la correspondiente sesión declaratoria). Vamos a ver entonces qué es un sabañón y qué es una acrocianosis;

Fig. 19.28 Sabañones. Como respuesta al frío se producen en las extremidades tumefacciones localizadas, dolorosas y de color púrpura. Cortesía del St. John's Hospital para las Enfermedades de la piel.

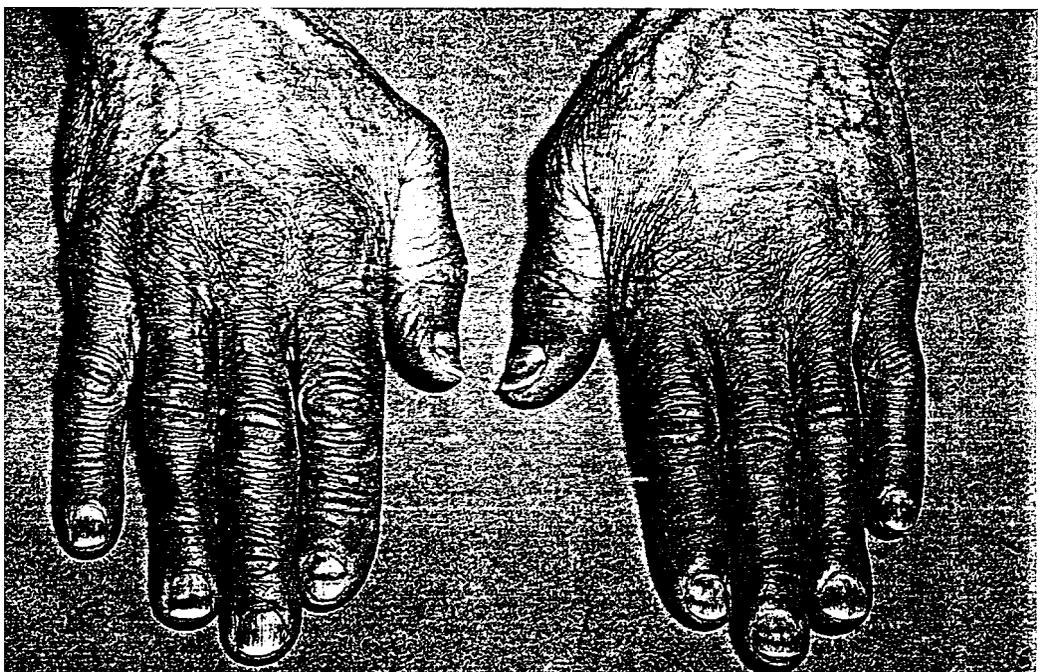
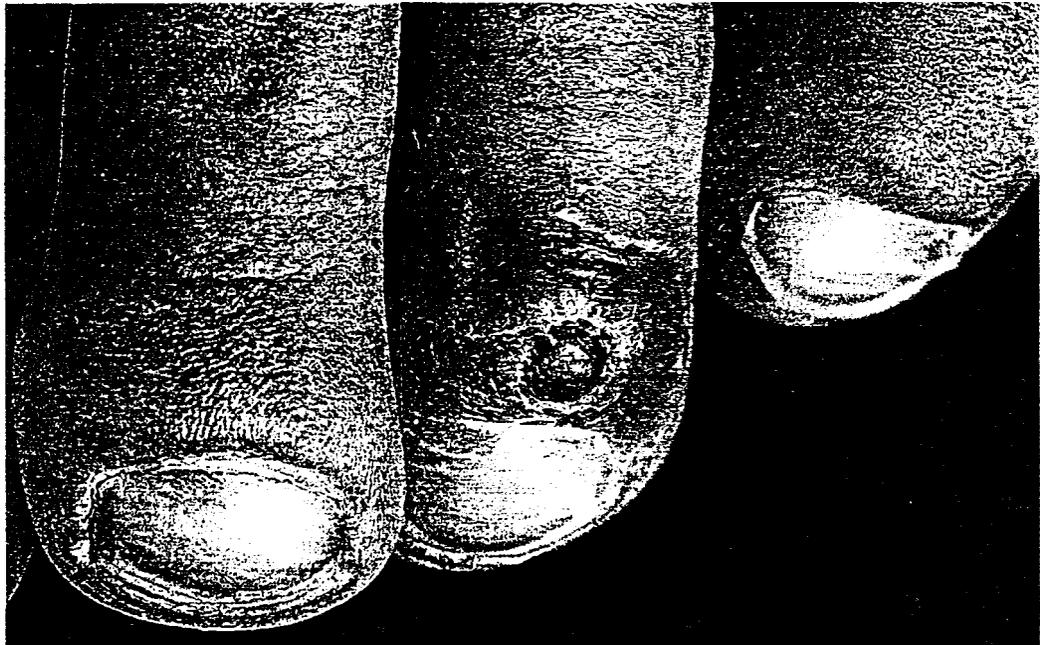


Fig. 19.30 Acrocianosis. Este término es utilizado para describir una persistente decoloración de la piel periférica a causa de la circulación empobrecida. Existe un marcado contraste entre el color de los dedos y el de las muñecas.

Fácilmente podemos advertir ahora que nada tiene que ver un sabañón con una cianosis, ya que el primero es una tumefacción cutánea localizada que generalmente ocurre en los dedos de las manos y pies como reacción al frío, apareciendo ocasionalmente en otras áreas, como las orejas, la nariz y los glúteos. La vasoconstricción prolongada es seguida de hiperhemia (aumento del flujo sanguíneo). Inicialmente las lesiones son pruriginosas, pero con la restitución del calor se toman dolorosas. Son pequeñas y de COLOR ROJO o púrpura. Las mujeres y los inmigrantes de climas cálidos son los más susceptibles a la enfermedad, siendo que las condiciones ambientales de humedad predisponen a los individuos a este trastorno. A veces es también expresión de enfermedades sistémicas, tal como el lupus eritematoso.

En la acrocianosis el color es azulado, pudiendo ocasionalmente producirse en la nariz y las orejas, debido a una deficiencia en la circulación periférica, por lo que siempre la piel estará fría. Es un trastorno frecuente que en sí mismo da lugar a la aparición de muy pocos síntomas.

Ya a la vista de V.S: Ninguna relación existe entre un sabañón y una cianosis subungueal provocada por asfixia, de ahí el nombre con que encabezé el presente punto.

XIV.- EL ERROR SUMATORIO.-

A fin de que V.S. considere lo que expongo, primero es menester la aclaración de un concepto; “la maceración”.

Maceración: es el ablandamiento de una sustancia sólida por haber estado sumergida por algún tiempo en un líquido a la temperatura ambiente, extrayéndose o desprendiéndose de ella las partes solubles.

En la primera autopsia se describen a los pulmones “en estado de maceración y descomposición” (Fs. 140). Es decir, que la maceración está dada por todo el tiempo que haya estado el pulmón derecho en contacto con el medio líquido (la colección pleural), a lo que se agregan los fenómenos líticos putrefactivos.

Estos procesos generan líquidos que si bien la cantidad no se puede estimar, se suman post mortem a los del derrame preexistente, sin que puedan ser diferenciados por método alguno. La cantidad estimada corresponderá entonces a la del derrame pleural propiamente dicho, más la cantidad de líquido que se forme de la maceración y putrefacción. Se infiere entonces que el volumen primitivo del derrame pleural tuvo que haber sido menor.

Esta formación post mortem de líquidos por necrosis de los tejidos es referida claramente en la segunda autopsia, donde después de 16 días se encontraron 100 cc de líquido de marcado tinte hemático en putrefacción en la cavidad pleural derecha, 50 cc en la izquierda, y 200 cc en el peritoneo. (Fs. 1056) Ahora bien, si CARRASCO pesaba 57 Kgr. y el volumen total de sangre es entre el 7 y 8%: del peso corporal, es correcto que la volemia era de 4.000 a 4.560 cc. Pero en Fs. 1476, los Sres. Forenses dicen lo siguiente;

“Si de la primera autopsia se recogieron 1.500 cc Y DE LA SEGUNDA 200 cc, estos volúmenes corresponden, aproximadamente al 40 % de su volemia, “lo cual les permite incluir a la pérdida hemorrágica dentro de las que provocan shock severo”.

Es decir, 1.700 cc son el 37 % de 4.500 y el 42 % de 4.000, promediando un 39,5 %.

Pero llegan a éstos valores SUMANDO EL LÍQUIDO ENCONTRADO EN LA SEGUNDA AUTOPSIA, que es de formación putrefactiva postmortem y no de lo que correspondería al derrame original.

Dar por válida dicha suma convalidaría lo siguiente: 2 ojos + 2 riñones = 4 ojos

La operación correcta hubiese sido sobre 1.500 cc y entonces los resultados hubiesen sido los siguientes:

1.500 cc son el 33 % de 4.500 y el 37 % de 4.000, siendo el promedio 35 %, es decir, un 5: menos, lo cual nos da un shock moderado (acorde a sus propios términos de Fs. 1476).

RESUMIENDO:

Peso de O. CARRASCO; 57 Kg.

VOLEMIA = 7 – 8 % del peso corporal

VOLEMIA TOTAL DE O. CARRASCO = 4.000 — 4.560 cc

1a AUTOPSIA; 1.500 cc (aproximadamente) de derrame pleural.

2a AUTOPSIA; 200 cc

1.700 cc = 40% de su volemia

ERROR; SE SACARON PORCENTAJES SOBRE 1.700 cc

CALCULO REAL; 1.500 cc = 37, 5 % sobre una volemia de 4.000 cc

1.500 cc = 35, 3 % sobre una volemia de 4.500 cc

PROMEDIO = 35, 4 %

DIAGNOSTICO; HEMOTÓRAX DE MEDIANA SEVERIDAD EN UN JÓVEN PREVIAMENTE SANO.

Sabemos que solamente una pérdida brusca del 50 % del total de la sangre provoca colapso y muerte, siendo que una hemorragia MASIVA es un pérdida del 40 al 45 % de la volemia.

Existen hemorragias agudas no masivas como lo son las hemorragias cerebrales, y hemorragias masivas no agudas, como por ejemplo las de las enteritis regionales y los derrames pleurales provocados por cáncer de pulmón.

Asimismo existen hemorragias masivas y agudas como lo son las provocadas por el proyectil de arma de fuego u otro elemento que atraviesa la arteria aorta u otra de gran calibre, (O el típico ejemplo del torero que es corneado en la ingle con la ruptura de la arteria femoral); pero siempre en éstos casos y como dije anteriormente, los cadáveres quedarán blancos.

También se sabe que una hemorragia de

500 cc —————> provoca una disminución de Hb y glóbulos rojos del 10 al 15 %

1 litro —————> provoca una disminución de Hb y glóbulos rojos del 30 %

1.500 cc —————> idem pero del 35% (= a 3.250.00 Glob rojos y 9, 75 gr de Hb (sobre valores normales de 5.000.000 de Glob. Rojos v 15 gr % Hb)

2 litros —————> pérdida del 40-50 % de G.R y Hb

¿Podemos pensar que una persona joven y sin patologías previas fallezca en una hora y media (a 6 como máximo) con 3.250.00 glóbulos rojos y 9,75 gr% de Hb?

DIGO; categóricamente no, por lo que ha existido otra causa de muerte que no ha sido el síndrome hemorrágico que lo llevó a esas cifras de elementos formes de la sangre y de Hb, ni la supuesta pérdida brusca de 1.500 cc de sangre que le provocó (según los médicos forenses) un shock hipovolémico, ya que aún habiendo sido así, el organismo dispone de varios mecanismos de defensa que posteriormente detallaré.

Pero; ¿Cómo sabemos que realmente la cantidad de líquido putrefacto de tinte hemático de la cavidad pleural era de 1.500 cc?.

XV.- EL CÁLCULO DE LITRO Y MEDIO.-

Hay un concepto del Médico VILLAGRA que quiero rescatar, y es que en la audiencia oral y pública dijo que “le llamó la atención la gran dilución” del tinte hemático de la cavidad pleural, siendo que, efectivamente y como demostré, la sangre estaba diluida en líquidos putrefactivos. Ocurre que en muchos libros está descrito el derrame pleural como muy diluido en muertes rápidas, PERO SÓLO ES APLICABLE EN CADÁVERES FRESCOS, es decir, en los que no haya comenzado la **putrefacción, y en los que sí, la cantidad** hallada corresponderá con bastante aproximación a la hemorragia padecida en vida.

Los 1.500 cc salieron de la medición que el Dr. VILLAGRA hizo a “OJO DE BUEN CUBERO” (videofilmado).

DIGO:

La Medicina Legal es una ciencia, y un idóneo debe medir siempre la cantidad de líquidos que se extraen de distintas cavidades. Más aún, para tener validez la medición debe poder ser corroborada por un tercero. En éste caso, los Forenses de la Justicia Nacional avalaron como método científico de medición el “ojo de buen cubero” del médico que había visto fractura de 3 costillas donde no las había. Dicho método, “el ojo de buen cubero”, NO ESTA DESCRIPTO EN NINGUN LIBRO DE LA BIOBLOGRAFIA MUNDIAL QUE SE BUSQUE.

Una simple botella de bebida gaseosa (de litro o litro y medio) -se hallan distribuidas universalmente cuando cierran los laboratorios cercanos al lugar de la primera autopsia- hubiese permitido, a falta de probeta graduada, una medición por lo menos bastante aproximada de los líquidos presentes, incluyendo la correspondiente fotografía pericial, que tampoco se hizo

Explico; con un simple vaso o latita de gaseosa se iba sacando la sangre y se iba colocando en la botella de gaseosa de volumen conocido.

Con “ojo de buen cubero” nunca se puede comprobar un hecho, establecer su veracidad, y dar constancia de él, ya que si estamos hablando de ciencia, el conocimiento debe ser claro y preciso, a diferencia del conocimiento que proporciona el ojo de buen cubero, que es vago e inexacto. Es decir, no estuvo garantizada en ningún momento la objetividad, que es la única forma de demostrar la verdad del hecho. Lo que caracteriza el conocimiento científico es su verificabilidad, es decir, siempre debe ser susceptible de ser verificado (confirmado o desconfirmado). Nada de esto existió.

La veracidad, que es un objetivo, no caracteriza el conocimiento científico de manera tan inequívoca como el medio o el método que siempre debe existir en la Ciencia Médico Legal.

También ha existido un error de percepción en el Médico Lucio de La ROSA, que en la audiencia oral dijo que los 200. cc extraídos se colectaron en un "frasco de mayonesa", cuando lo recibido en el Laboratorio Químico de la Morgue Judicial fueron 250 cc. y en un frasco del tipo “mermelada”

XVI.- MI ANALISIS SOBRE ITEM; “Perito de parte formula ampliación”.(Fs. 1004/09.)

Tomaré los puntos en los que solamente existan disensos sobre lo objetivamente demostrado, ya que los demás quedaron contestados en el transcurso de mi peritación.

Dice en punto 3 b 1); (Fs. 1005) “presencia en el cadáver de al menos dos politraumatismos severos, el torácico y el orbitario y periorbitario izquierdo, y otorgando con liberalidad un tiempo de 6 horas desde el traumatismo a la muerte, solamente por la lectura de la dimensión del hemotórax.”

DIGO:

Solamente se demostró la existencia del traumatismo torácico y en cuanto a la dimensión del hemotórax ya vimos que el mismo sufrió un importante aumento exógeno debido al “error sumatorio” ya comentado, basado en su cálculo inicial “a ojo de buen cubero”.

En punto 3 b 2 supone en realidad “ruptura de vasos de mediano y mayor tamaño”.

DIGO:

Esto tampoco pudo ser demostrado en ninguna de las dos autopsias, siendo que ya descarté la existencia de lesiones de grandes arterias que hubiesen dado, como se observa en la práctica, un hemotórax de gran volumen (3.000 cc). Se apunta a través de suposiciones de demostrar la existencia de una hemorragia masiva vital, pero aclaro a V.S. que los efectos inmediatos de una hemorragia masiva dependen de la rapidez y de la cantidad de la sangre perdida, siendo posible que se pierdan hasta las 2/3 partes del volumen sanguíneo total en un lapso de 24 Hs sin que el sujeto muera.

Los síntomas se deben tanto a la disminución súbita del volumen sanguíneo como a la hemodilución subsiguiente, con reducción de la capacidad de transporte de O₂ de la sangre.

Pero hay otro elemento de importancia, como lo constituye el hecho de que la sangre intrapleural no estaba coagulada (sino al contrario muy diluida), ya que la coagulación, a veces masiva (“COAGULOMA DE VACAREZZA”) pero no de presentación obligatoria, es tanto más común cuanto más brusca fue la hemorragia y mayores las alteraciones tisulares, con efracciones y pérdidas de sustancia. En el caso de autos no existían coágulos. Es decir, la hemorragia no fue aguda.

Estimo que la muerte de O. CARRASCO se extendió mucho más allá de este perentorio de tiempo, hasta 48 horas, según surgirán posteriormente elementos médicos fisiopatológicos y documentológicos que de alguna manera lo confirman.

Punto 3 b 4: refiere “que la desarticulación a nivel del cartílago con el hueso se provoca por una presión ejercida en forma sostenida y que un golpe seco e intenso con elemento romo y/o chato, carente de aristas agudas y que puede o tiende a fracturar una costilla en el sitio del impacto.

DIGO:

presiones sostenidas sobre la caja torácica provocan fracturas laterales de las costillas, punto de menor resistencia al aplastamiento costal si la presión se ejerce con el cuerpo apoyado en un plano duro.

No existieron fracturas, tal cual lo demostró el pormenorizado estudio histopatológico, ni desarticulaciones que puedan ser caracterizadas de “vitales” debido al intenso estado de putrefacción.

Punto 3 b 5 dice: “estamos ante un cuadro de tórax traumático múltiple, que es agudo y necesita de la urgente asistencia en un centro de alta complejidad.”

DIGO:

estamos ante la existencia de un traumatismo de tórax, que requiere asistencia médica, en un lugar donde haya una infraestructura adecuada para realizar los estudios necesarios, los controles habituales, y una intervención quirúrgica en caso de estar indicada.

Punto 3 b 6: relacionan (ya que en el punto 1 de Fs. 1004 dice “que conforme a lo tratado con los colegas peritos Dres J. RAVIOLI y O. CURCI, en presencia de V.S en el día de ayer..”) la acumulación de líquido en el hemitórax derecho a una colección por trauma “INTRAVITAL”.

DIGO:

en todo los diccionarios consultados, tanto enciclopédicos como médicos, desde “INTRA” hasta “INTRAVENOSO” no existe el término “INTRAVITAL”. Si desde la acepción del prefijo “INTRA” como “DENTRO” se quiso significar “dentro de la vida”, tenemos que aceptar que existen también fenómenos “INTRAMORTALES”, lo que no es fácil de aceptar, no solamente porque no exista en los diccionarios, sino porque en MEDICINA LEGAL los sucesos pueden ser “VITALES” o “POS MORTEM.” Estimo sí que el aumento del diámetro del hombro izquierdo y porción proximal del miembro superior homolateral se deben al desplazamiento de líquidos corporales post mortem, ya que una vez que cesa la actividad cardíaca la fuerza de gravedad actúa libremente sobre los fluidos corporales, y al haber estado el cadáver lateralizado sobre el lado izquierdo DURANTE UN LAPSO PROLONGADO, se acumularon en dichas zonas; pero jamás debido a una colección “INTRAVITAL” como la bautizaron.

Punto b 7: los elementos que menciona el perito, “culata o botín”, son Idóneos para provocar lesiones costales como fracturas o desprendimientos articulares, pero no aplicables razonablemente al caso de autos, por lo cual explicaré más adelante.

En cuanto a las hipotéticas posiciones de víctima y victimario barajadas por el perito de parte, si bien son solamente respetables como tales, personalmente apunto a que la víctima recibió un violento golpe de puño estando de pié, y con el victimario de frente o desplazado a su derecha si era diestro, o a su izquierda si era zurdo. Además de su gran violencia, encontró a la víctima desprevenida, ya que la simple intuición o presentimiento de la agresión habrían llevado a saltar hacia atrás, o al hundimiento defensivo de su tórax, aminorando la violencia del golpe y las consecuencias de las lesiones. Sus brazos no presentaban lesiones, lo que indica que la imprevisibilidad y sorpresividad del golpe no le permitió protegerse con ellos. También considero que en base a la misma falta de lesiones nadie lo sujetó por detrás, ya que una defensa instintiva le hubiese provocado alguna excoriación. Un puño cerrado tiene variaciones acorde al tamaño de la mano, pero en general uno de tamaño mediano puede tener de 7 a 8 cm de largo (índice a menique), y de 5 a 7 cm de ancho, lo que sí coincide y es abarcativo de las lesiones encontradas anatomopatológicamente de la 6a a la 9a costilla. Un puño de éstas dimensiones colocado debajo de la tetilla derecha llega al reborde costal, hecho que puede demostrarse fácilmente. La cantonera de goma de la culata de un fusil FAL tiene 4 por 12 cm. (tal la peritación de Fs. 1032 Vta.). Es factible su uso (al igual que cualquier otro objeto) como elemento traumático, pero se trata de un arma de grandes dimensiones cuyo movimiento agresor no hubiese pasado inadvertido a la vista de O. CARRRASCO, y le hubiese dado tiempo para algún movimiento de defensa o protección

instintiva, al igual que un “botinazo”, teniendo la suela de un botín mayor tamaño que un puno cerrado y la cantonera de un fusil FAL.

Punto b 11: estima “vital la lesión del globo ocular izquierdo y la atribuye a un golpe de puño o de un objeto romo y de dimensiones no superiores a una pelota de paleta y/o de golf, incluso un palo de punta roma.”

DIGO:

No pudo ser demostrada su vitalidad.

Tampoco fue demostrada la existencia de un hematoma retroorbitario, que implicaría la rotura de arterias que irrigan el ojo, como lo son la oftálmica, la supraorbitaria, etmoidal posterior, etmoidal anterior, frontal interna, palpebrales, arteria ciliar y lagrimal, junto a sus respectivas venas.

¿Cabe pensar que semejante golpe de puño o la introducción de un palo provoquen tan importantes lesiones oculares sin lesionar las cejas ni el reborde orbitario?

La rotura de las arterias etmoidales hubiese provocado la impregnación hemática del hueso etmoidal y la inundación de sus celdillas, HECHO QUE NO EXISTIÓ en el pormenorizado estudio anatomopatológico realizado.

La protrusión del globo ocular o su desprendimiento se ve en los aplastamientos de cráneo en los accidentes de tránsito, y en algunos suicidios, cuando la persona que se arroja al vacío lo hace desde una altura apreciable y cae de cabeza

La pérdida de sustancia del ojo fue provocada entonces por algún traumatismo post mortem, por la acción e algún roedor, o por la acción de la fauna cadavérica, más abundante a dicho nivel por existir una mayor cantidad de nutrientes larvarios (acumulación de líquidos putrefactivo por la posición), ratificando ahora con mayor amplitud lo que ya había expuesto en puntos anteriores respecto del ojo.

Punto b 12: “el cadáver estuvo apoyado sobre superficie dura y plana, a nivel del pómulo durante un período prolongado, lo cual, por “VIS A TERGO”, implica un aumento de la presión intraocular, incrementada por la gravedad, haciendo salir el ojo aún más, etc...”

DIGO:

existen diferentes mecanismos que facilitan el flujo sanguíneo desde el lecho venoso hasta las cavidades cardíacas derechas, uno de los cuales, el “VIS A TERGO”, o presión de empuje, es el remanente de la presión arterial después que la sangre pasó por todos los capilares. Por lo tanto, su magnitud dependerá del nivel de la presión arterial y de la resistencia periférica, que es la resistencia que ofrecen al flujo sanguíneo las arteriolas, permitiendo asegurar a todos los tejidos una presión de perfusión constante -efecto antigravitatorio-, con posibilidad de ajuste a los cambios posturales, aceleración y desaceleración, etc.

Todos los factores que disminuyan la cantidad de sangre que impulsa el corazón, influirá negativamente sobre esa fuerza. Como vemos, el VIS A TERGO es un concepto solamente aplicable a los SERES VIVOS y no a los cadáveres, careciendo de todo fundamento científico su empleo en éstos últimos.

Punto b 15; “refiere una segunda estancia del cadáver en zona descampada de corto tiempo, inferior a 6 horas, por no haberse encontrado rastros de la acción de vertebrados o invertebrados depredadores.”

DIGO:

Este tipo de lesiones no se provocan de golpe sino de a poco. Pudieron haber existido en el caso de autos lesiones mínimas no observables macroscópicamente por el estado de putrefacción, que a nivel cefálico era tan importante, que según se relata en la primera autopsia “no pudieron unir mediante sutura las incisiones autópsicas en cuero cabelludo.”

¿Cómo podemos saber entonces si en esta zona no actuó ningún depredador?

Si bien por no haber sido halladas en otras zonas corporales se puede decir que el tiempo de exposición en un terreno exterior y al aire libre fue corto, éste no puede ser estimado en forma horaria. De haber existido, tampoco servirían de parámetro para establecer en forma precisa la estancia a cielo abierto, sino que con certeza sirven para decir que actuaron sobre el cuerpo distintos roedores, ya sea un tiempo corto o prolongado, y según sea además la naturaleza de la fauna existente en dicha zona.

Punto b 16: el perito de parte “incluye un tercer lugar donde la víctima pudiera haber estado agonizando hasta su óbito, y hasta un 4to., en donde el occiso pudo haber recibido uno o ambos de los politraumatismos recibidos.

DIGO:

¿Cómo va a recibir en un 4to lugar uno recibido uno o ambos de los politraumatismos recibidos referidos si ya en un tercero había agonizado y fallecido?

Punto b 13; dice el perito que “existió una contusión-conmoción cráneo encefálica importante, lo que obligatoriamente conduce a un edema cerebral y a la ruptura de vasos de variados tamaños, no necesariamente de gran calibre, pero sobre todo capilares -por basculación de la masa encefálica-.” “Tal proceso conmocional pudo conducir a la pérdida de conocimiento del sujeto, con caída, -si se hallaba de pie-, siendo absolutamente imposible saber si el trauma en el rostro-ocular- precedió al torácico o le siguió de inmediato, etc..”(Fs. 1008).

Pero también entre renglones de la misma Fs. Dice que “No pudiéndose hallar dato alguno de ello (es decir, de todo lo que acababa de escribir y reputar como posiblemente cierto), debido a la total desaparición, por putrefacción, de la masa intracraneana.”

DIGO:

ya vimos que no existía ninguna lesión ósea tanto en macizo facial como en el resto del cráneo que brindaran soporte a creer en una lesión encefálica, por lo que todo lo expuesto por el perito carece de fundamento científico, tanto la conmoción y pérdida del conocimiento como los pretendidos golpes previos que le dieran origen. ¿Por qué entonces conjeturar sobre lo que no ha existido?

Por su importancia dejé para el final el punto b 5, (Fs. 1006), donde el perito dice que “existió respiración paradójica o volet, fundamentalmente debido a inestabilidad de la caja torácica debido a su asimetría dinámica post-trauma.”

RESPONDO:

esta afirmación ES INEXACTA Y FALAZ, evidenciando una falta importante de conocimientos médicos, ya que para que haya respiración paradójica (es decir que cuando se inspira el tórax se hunde y cuando se espira se expande, y de allí lo paradójico), DEBEN EXISTIR FRACTURAS COSTALES MÚLTIPLES CON MÁS DE UN FOCO FRACTURARIO EN CADA COSTILLA. Esto determina la existencia de un segmento de pared torácica que queda independiente del otro, llamado “segmento parietal móvil”. Los segmentos parietales móviles son frecuentes en accidentes de tránsito, y ninguna de estas lesiones presentaba O. CARRASCO.

XVII.-ANALISIS DE LOS PELOS. (Fs. 1684/1685).

Resumiendo el cuadro para su mejor comprensión, vemos que se han estudiado sus características, que pueden ser:

- a) inespecíficas generales (largo)
- b) inespecíficas particulares (tipo de pelo, color, punta)
- c) específicas (origen y especie, diámetro, médula y bulbo)

Voy a analizar las de mayor interés, que son b) y c). Dentro de b) tenemos que

ONDULADO { sobre media (vello pubiano) ————— castaño oscuro
 vello pubiano autopsia ————— castaño
 vello calzoncillo ————— castaño

LACIO { Con la ropa ————— castaño claro
 vello calzoncillo ————— castaño oscuro
 pelo heladera ————— castaño claro

Dicen en punto 2: “los pelos de la media encontrados con el resto de la ropa presentan características de cabello que no se corresponden con las del occiso”

b): “El pelo encontrado en la heladera presenta características que no se corresponden con las del occiso.”

DIGO:

ambos pelos, el de la media y el de la piletta, comparten el color (castaño claro), el tipo (son lacios), y no contienen médula, siendo que el de la heladera es similar al cabello, pero no al del occiso.

Como el occiso tenía cabello lacio, la aparición de otro ondulado y de otros 2 de tipo lacio, de los cuales uno no pertenece al occiso y entre sí no comparten características asimilables a una misma procedencia, indicaría que hay cabellos pertenecientes a otras 3 personas.

Pero veamos, por ejemplo, el estudio que se efectuó sobre los pelos de Ignacio CANEVARO (sobre 35. Fs. 4116 y su comparación con los dos pelos hallados en la media.

	PELO MEDIA		PELO CANEVARO			
	1	2	(indubitable)			
DIAMETRO	96, 9	62	83	103	90	90
MEDULA	Segm.	Aus.	Aus.	Seg.	Aus	=us .
INDICE MEDULAR	0, 14			0, 10		
TIPO DE PELO	Lac.	Lac.	Lase.	Lac.	Lac .	Lac .
COLOR	C.C.	C.C.	Cast.	Cast.	Cast	.Cast.
CARACTERISTICAS	Cab.	Cab.	Cab.	Cab.	Cab.	Cab.

- Seg; segmentada.
- Lac; lacio.
- Aus; ausente.
- C.C.; castaño claro.
- Cab; cabello.
- Cast; castaño.

CONCLUSION: “los cabellos contenidos en sobre 35 presentan algunas características coincidentes con los pelos hallados en la media que forma parte de la ropa procedente de la autopsia N 831/94, SIN QUE ESTA AFIRMACION PUEDA SER CATEGÓRICA, debido a la escasez del material”

Como vemos, los peritos han hecho una individualización de los cabellos, que no puede ser más que relativa.

Acá tenemos que el diámetro medio de los pelos media 1 y 2 = 80 micrones

El diámetro medio de los pelos de CANEVARO.....= 91,5 micrones.

A su vez, como a. lo largo de su tallo el cabello tiene diámetros que varían sensiblemente, esto no aporta ninguna certeza. La coloración tampoco, ya que en casi todas las personas en la misma cabeza se pueden encontrar tonalidades diversas. Pero en el caso ejemplificado de CANEVARO, a pesar de haberse arrancado pelos de distintas zonas (frontal, temporoparietal y occipital), mantuvieron constante su color castaño, a diferencia de los pelos 1 y 2, que son de color castaño claro, tonalidades bien diferenciadas por los peritos en Fs. 4122 (castaño, castaño claro y castaño oscuro).

Sobre 6 características que fueron estudiadas, solamente coinciden en que son cabellos y son lacios, lo que equivale solamente a un 33 % de posibilidades de que se trate del mismo pelo.

LOS PELOS DE SUAREZ Y SALAZAR: Como dicen los peritos químicos, del estudio de los pelos de SALAZAR y SUAREZ no se pueden extraer conclusiones definitivas por su semejanza con los pelos de CARRASCO.

Pero encuentro que hay una diferencia notoria que radica en el color, ya que CARRASCO los tenía “castaño oscuro” y los dos investigados mencionados los tienen de color “NEGRO”. Si bien no hay ninguna foto color que patentice esta diferencia, los mismos peritos en el cuadro comparativo de Fs. 4122 (y como dije anteriormente). distinguen certeramente el color “castaño claro” (Pelo media, Sobre N 5), del color castaño oscuro (Vello calzoncillo con características diferentes y cabello de CARRASCO), y del “negro” (Pelo pileta).

Es decir, que es ésta y no otra la característica principal que los aleja de los pelos de la media que se encontró con la ropa, y que es el punto que se investiga. Además, si comparamos el diámetro y el índice medular del cabello de CARRASCO con los de SALAZAR y SUAREZ encontramos que;

	CARRASCO	SALAZAR	SUAREZ
Diámetro	110,4	69 a 76	83 a 103
Índice Medular	0,18	0,11 a 0,15	0,13 a 0,21

Como vemos, ninguna medida se aproxima, excepto el índice medular de SUAREZ.

Pero agrego;

ESTERLEN (citado en el TRATADO DE CRIMINALISTICA de la Policía Federal) asigna los siguientes valores al diámetro medio según sus edades y vemos que;

- a los 12 días 24 micrones
- a los 25 días 55 micrones
- 1 a 3 años 81 micrones
- Pubertad 140 micrones
- Adulto 80 a 100 micrones

Por lo tanto, si volvemos a los valores de los 2 pelos encontrados en la media, vemos que el pelo 1 tiene 96.9 micrones y correspondería a un adulto.

Pero el pelo 2 tiene 62 micrones, es decir, que según los valores de ESTERLEN corresponderían a un anciano (sin que pueda ser corroborado por otros datos).

DIGO:

en ningún momento fue estudiado el "ÍNDICE ESCÁMOSO" de ningún pelo (es decir, el índice de escamas por unidad de longitud) usado para comparar diferentes cabellos, y que hubiese permitido ampliar más el estudio de todos los pelos. En general, los cabellos de una misma persona arrojan valores de índice escamoso muy similares (TRATADO DE CRIMINALÍSTICA DE LA POLICIA FEDERAL, Torno II, Pág. 333), y si bien no existe gran variedad de éstos índices para distintos individuos, es útil en algunos casos para descartar también un cabello de otro origen al que se estudia

Afirmar que tal o cual pelo le pertenece a una persona pero corroborado científicamente es una contradicción.

Tampoco se hizo sobre ninguno de los pelos el estudio de ACTIVACION NEUTRONICA (aplicado desde 1962 por Jarvis y Colabs. de la Universidad de TORONTO) y que permite demostrar y decidir si un simple cabello encontrado en la escena del crimen pertenece o no a un individuo sospechoso. Si las dos muestras del cabello coinciden en 8 elementos (siempre hay presentes de 3 a 10 elementos trazas; selenio, cinc, bromo, cromo, galio, antimonio, arsénico, lantano y samario), la probabilidad de que ambos pertenezcan a 1 mismo individuo es de 99.999.999 contra 1, lo que significa certeza.

Pero no se hizo además una investigación que hubiese arrojado más de luz sobre lo que realmente se está investigando, (de la cual informé en tiempo y forma), y anterior al desarrollo del Juicio oral. Es la determinación del sexo, el grupo sanguíneo y la caracterización del ADN de los dos pelos de la media encontrada entre la ropa, haciendo extensiva ésta investigación al vello pubiano de 50 mm. de longitud identificado en la primera columna como "PELO MEDIA. SOBRE N° 5" (permitiría saber si por su grupo sanguíneo y ADN corresponde a CARRASCO o no), y a los 2 pelos identificados como "VELLO CALZONCILLO CON CARACTERÍSTICAS DIFERENTES", similares al cabello, uno de 32 mm y el otro de 34 mm. que, (excepto el de 34 mm), tienen bulbo, y es sobre éste que se puede determinar el sexo y ADN. Estos estudios requieren una alta especialización, ya que se hacen sobre UN SOLO PELO.

En nuestro medio para poder investigar los puntos que solicito se requiere mínimo de 14 a 20 pelos y las técnicas que aún se utilizan, acorde a los últimos avances en la materia, no arrojarían las precisiones necesarias.

Y si bien en el Juicio Oral el Dr. GARCIA FERNANDEZ y el Dr. LOCANI (ambos del Laboratorio Químico de la Morgue Judicial) dijeron que el estudio de sexo y ADN sobre un pelo NO SE PUEDE HACER, desconocen que en JAPON e INGLATERRA se han logrado desde hace tiempo estos avances científicos.

A tal efecto doy los nombres y dirección de los científicos que la realizan;

- 1) KICHIHEI YAMASAWA y YUMIKO OHBORA. KIOTO PREFECTURAL UNIVERSITY OF MEDICINE.

2) L. A. KING. HOME OFFICE FORENSIC SCIENCE LABORATORY, (SCOTLAND YARD)
The SAND BECK WAY, AV DBY LANE, WETHERBY, WEST YORKSHIRE, ENGLAND.
CP. LS 22 4 DN.

Resumiendo; Habría que enviar a JAPON los pelos debidamente identificados, cada uno en un sobre cerrado y lacrado, y a su vez todo ello en una caja de telgopor, especificando que tienen una antigüedad de 2 años).

Solicitar; 1) DETERMINACION GRUPO SANGUINEO (ABO) utilizando la ABSORTION ELUTION TECHNIQUE.

2) DETERMINACION DE SEXO (SEXING OF HAIR) , usando la Y CROMOSOME FLUORESCENCE, con QUINACRINA HIDROCLORIDE, o algún otro método similar que utilicen en la actualidad.

3) ADN, utilizando la PCR (Polimerase Chain Reaction).

Si la determinación del sexo no hace posible la caracterización del ADN se cuenta con 1 bulbo para cada pelo), indicar que se haga el ADN y no la determinación del sexo. Por supuesto, si fuera posible, que se hagan las 3 determinaciones.

En caso que no puedan efectuar ni SEXO ni ADN, deberán recortar el bulbo (sheath), para enviarlo al laboratorio indicado del SCOTLAND YARD.

Si bien el método de PCR fue utilizado sobre manchas de sangre por el Servicio de Huellas Digitales Genéticas de la Facultad de Farmacia y Bioquímica la técnica sobre 1 pelo es distinta y requiere un gran entrenamiento del personal científico que la utiliza, siendo en JAPON donde se ha logrado esta gran especificidad y avance investigativo. Nunca ha sido realizada en la Argentina, al igual que la determinación de sexo y ADN (por supuesto, sobre 1 pelo)



ALBERTO EDMUNDO BRAILOVSKY
OF. PRINCIPAL MEDICO LEGISTA
L.P. 2.717 - M.N. 37.719
DIVISION MEDICINA LEGAL

XVIII.- PERITACIONES SOBRE CARACTERÍSTICAS DEL ADN.- (Fs. 2126/2131)

Se probó la existencia de ADN humano en;

- 1) Gasa médula ósea de O. CARRASCO.
- 2) Piel y músculo del cadáver ———> Todas las cuales son indubitables, pues proceden de los propios tejidos del cadáver.
- 3) Hueso del cadáver

En las conclusiones del informe dice; (Fs. 2130) “La ausencia de ADN en las restantes muestras podría atribuirse a la inexistencia de células humanas.”

En el punto 2 dice; “El ADN de las manchas de papel higiénico presenta un patrón genético diferente al de CARRASCO, lo cual podría atribuirse a que las manchas analizadas no corresponden al individuo mencionado.”

DIGO:

Si bien las pruebas son de gran sensibilidad y tratan de dar certeza en sus resultados, los términos “podría atribuirse” reducen los resultados a posibilidades no probadas. Si algo es certero científicamente, no tiene posibilidades contrarias hasta tanto las últimas no se demuestren de la misma forma.

Lo mismo ocurre en la formulación; “La ausencia de ADN en las restantes muestras podría atribuirse a la inexistencia de células humanas.”

Una causa muy importante para que el ADN humano no aparezca es la intensa contaminación por microorganismos, por lo que no se hará vidente dicho ADN, sin que su anterior existencia, en las condiciones en que se encontraron las muestras, pueda ser demostrada.

XIX.- CONSIDERACIONES GENERLES DE LA AGRESION FÍSICA.-

Toda agresión física, desde el punto de vista de sus circunstancias y no de su causalidad, puede estar precedida de forcejeos previos, o ser llevada a cabo en forma súbita e inesperada.

Los forcejeos previos permiten a la víctima del ataque ofrecer una determinada resistencia, que podrá adquirir una expresión mínima a través de una renuencia a la pelea (se resiste a pelear), o una expresión máxima a través de una oposición con fuerza física, con lo cual estaremos entonces en presencia de una lucha.

Todos los movimientos físicos tendientes a protegerse, disminuir las consecuencias de la agresión o impedir el ataque constituyen la defensa (es decir, implica movimientos activos de la víctima)

Y es en esta fase de la lucha donde la víctima recibe las llamadas “lesiones de defensa”, ubicadas preferentemente en los miembros superiores.

Como vimos, O. CARRASCO no presentaba ninguna de éstas lesiones, lo que significa que no pudo ofrecer resistencia para defenderse. Tampoco existía impedimento orgánico ni de otra naturaleza (no había alcohol ni otras drogas en sus vísceras que hayan podido ser demostradas por los métodos usados) que minaran su resistencia física y/o embotaran sus sentidos y sus reflejos. Esto adquiere mayor relevancia si pensamos que en base a la naturaleza y ubicación de las lesiones, la agresión física fue llevada a cabo con el victimario frente él, pero siempre dentro de los límites de su campo visual.

Estas circunstancias me llevan a deducir que;

- a) El ataque físico fue súbito e inesperado.
- b) O fue superado físicamente en el caso de un solo agresor.
- c) Existía un estado previo de indefensión psicológica que lo inhibía a una agresión inesperada, ya que hacía 4 días que estaba incorporado al servicio militar, lo que significa sometimiento a un nuevo régimen de vida y a las órdenes impartidas por cualquier superior.

No se objetivaron otras lesiones que permitan suponer claramente que hubo golpes previos o posteriores.

Un golpe de singular violencia en el tercio inferior del hemitórax derecho provoca un dolor que impide cualquier tipo de defensa posterior, ya que por su intensidad puede llegar a impedir momentáneamente los movimientos.

Después del traumatismo O. CARRASCO pudo haber caído al suelo o no, pero sí es seguro que con dificultades para poder desplazarse normalmente.

¿Qué actitud pudo entonces haber tornado el agresor de CARRASCO?

Caben varias, y que, como el término lo indica, no arguye que los hechos conjeturados y los que comentaré hayan coincidido estrictamente con la realidad o que necesariamente haya sido así, sino que, desde un punto de vista lógico “haya sido posible que”, y que se aproximen a la otra realidad, la demostrada científicamente a través de las distintas pruebas periciales que se realizaron.

Es decir, la dilucidación del aspecto ontológico (posibilidad de que pueda ser o no) no se basa en cláusulas solamente modales, sino que es algo físicamente posible, que puede llegar a especificarse, y que nos aportará las condiciones dentro de las cuales éstos hechos hayan existido.

Las conductas humanas individuales son tan disímiles como los seres humanos, frente a un hecho determinado y según la gravedad del mismo, pueden converger, y consensuadamente o no, adoptar una misma forma de proceder.

Si bien ante la cercanía de llamas todos nos alejaríamos, ocurre que si éstas fueron provocadas por un integrante de algún grupo humano que pondría en evidencia una participación más general con culpabilidad compartida, acá las conductas pueden llegar a adoptar por ejemplo la forma de un “pacto de silencio” o del “nadie vio nada”, ya que el resguardo general implica también el individual.

Pero siguiendo ahora la conducta del agresor vemos que;

- a) Tenía primeramente la seguridad de un dominio psicológico previo, es decir, sabía que O. CARRASCO no se iba a defender.
- b) La ausencia total de lesiones externas me alejan de una pelea entre soldados, ya que hubiese ejercido algún tipo de defensa, cabiendo las mismas consideraciones en cuanto a suponer que fue superado numéricamente.

Habida cuenta de que su muerte no fue inmediata caben 3 posibilidades;

- a) Dejarlo dolorido donde estaba
- b) Denunciar lo sucedido
- c) Ocultarlo para que el hecho no trascienda y buscarle algún tipo de ayuda.

Me adhiero a esta última posibilidad ya que, como vimos, CARRASCO no tenía colocadas sus prendas superiores. El examen de un traumatizado no puede ser llevado a cabo con las ropas colocadas sobre el lugar del traumatismo, y por otra parte, el hemicuerpo superior desnudo permite

el acceso visible a venas superficiales para la administración medicamentosa necesaria (también para la administración de sueros o para una canalización venosa en los miembros superiores), o simplemente para controlar la tensión arterial y poder auscultar el corazón y los pulmones.

XX.- EL CONTROL ORGANICO DE LAS HEMORRAGIAS.-

Todos sabemos que una hemorragia aguda, de acuerdo a su cantidad, puede provocar un shock hipovolémico. Al igual que cualquier otro tipo de shock, éste admite la siguiente definición;

Desde el punto de vista clínico es un síndrome multifactorial que se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas que dependen de la claudicación del aparato cardiovascular, de la hipoperfusión periférica, y de los trastornos metabólicos de los distintos parénquimas.

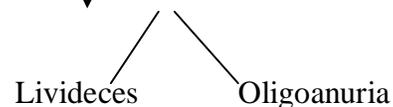
Desde un punto de vista fisiopatológico es la falta de adecuación entre la capacidad circulatoria para entregar oxígeno a los tejidos, y las necesidades metabólicas de éstos (Metabolismo aerobio y producción de energía para mantener las funciones y las estructuras celulares.)

Y tiene la siguiente evolución clínica;

1) Estadio 1: pueden estar asintomáticos, o presentar taquicardia, vasoconstricción periférica con T.A.(tensión arterial) normal o ligeramente ↓

2) Estadio 2: TA ↓ hipoperfusión de los tejidos. Taquicardia

3) Estadio 3: fracaso de los mecanismos compensadores. TA ↓ hipoperfusión



El primer problema a resolver es el mantenimiento de la T.A., que no se encuentra regulada por un único mecanismo sino por varios sistemas interrelacionados que realizan funciones específicas de control. En el caso de una hemorragia importante en la cual disminuye peligrosamente la T.A., el sistema de regulación de la TA tiene que resolver dos problemas. El primero de ellos es la supervivencia, de forma que la T.A. vuelva a un nivel suficiente como para poder sobrevivir al episodio agudo. El segundo es intentar restablecer el volumen sanguíneo, restaurando la normalidad de la circulación, incluyendo una normalización prácticamente total de la TA y no solamente una elevación de la misma hasta un nivel de seguridad.

El control simpático del volumen vascular tiene particular importancia. El aumento del tono simpático de los vasos, en especial de las venas, simplemente disminuye las dimensiones del sistema circulatorio y la circulación sigue trabajando casi normalmente, incluso cuando se ha perdido hasta un 25 % del volumen total de sangre (GUYTON. Cap; La circulación. Pág. 164. Edición 1995).

Explicado más sencillamente; una hemorragia importante resta un determinado volumen de sangre circulante, por lo que se produce un desajuste entre contenido (sangre total) y continente (la totalidad del sistema arterial y venoso).

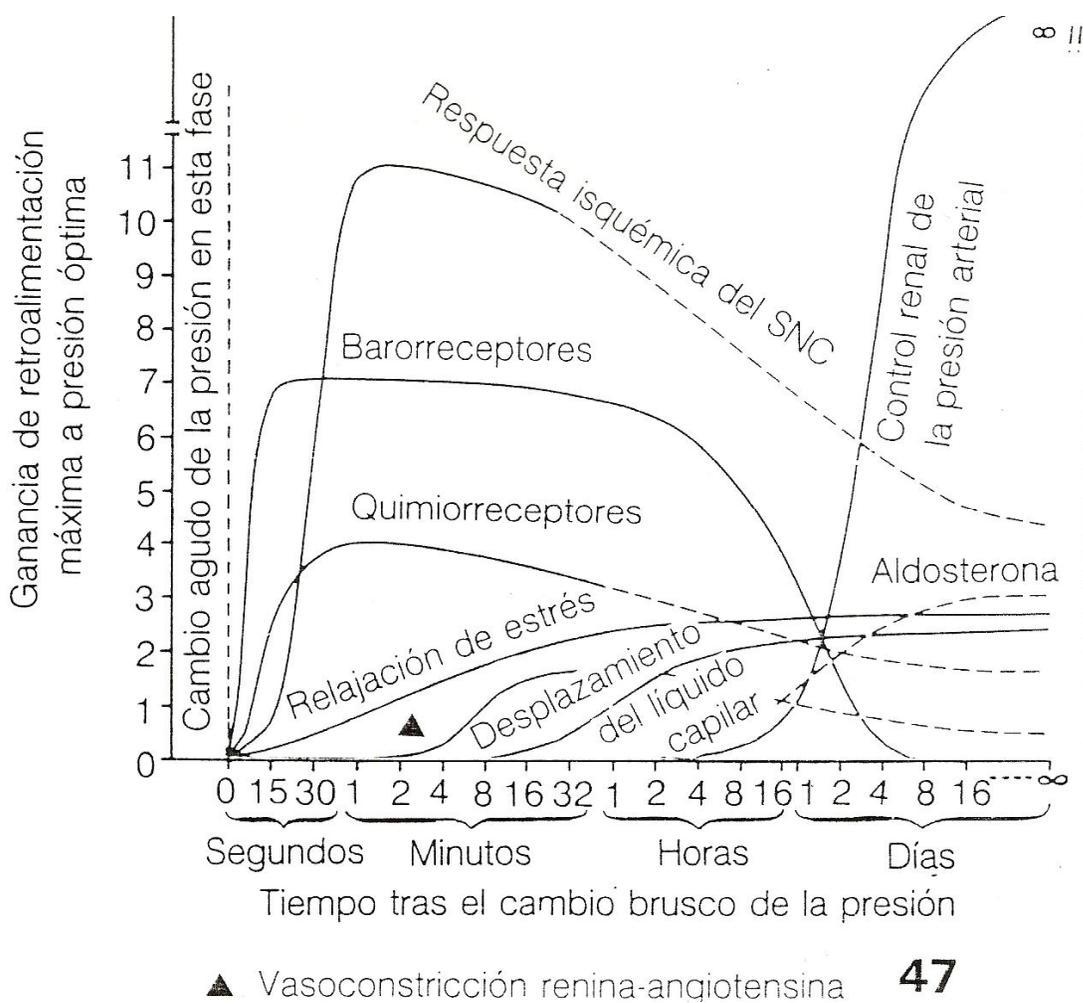
Es decir, que si no existe por ejemplo una transfusión de líquidos que reponga el volumen original en forma inmediata, la única posibilidad que tiene el organismo a través de su regulación nerviosa simpática es achicando el continente, y lo logra principalmente a través de una vasoconstricción importante, tanto de su sistema arterial como venoso. La contracción de casi todas las arteriolas del organismo aumenta la resistencia periférica total, aumentando la TA.

La contracción de otros grandes vasos de la circulación, en particular las venas, determina un desplazamiento de la sangre hacia el corazón, aumentando el volumen de sangre que llega al mismo (retorno venoso), disminuido previamente por la hemorragia. Aumenta secundariamente la fuerza de contracción del corazón, que bombea mayores cantidades de sangre. Este efecto también determina un aumento de la TA.

El propio corazón es estimulado directamente por el sistema nervioso autónomo, aumentando su fuerza de bombeo. Gran parte de este efecto es consecuencia de un aumento de la frecuencia (taquicardia), que a veces puede elevarse hasta 3 veces por encima de lo normal. Así pues, el corazón puede impulsar durante varios minutos por lo menos dos veces más de sangre que la que bombea en condiciones normales, contribuyendo al aumento de la TA.

El mecanismo nervioso de regulación de la TA tiene una rapidez de comienzo de segundos, y aumenta la TA en 5 a 15 segundos.

Si bien lo explicado constituye una primera línea de defensa contra los cambios agudos de la TA., hay otros mecanismos que hay que integrar. Veamos el siguiente gráfico;



Podemos ver ahora la potencia aproximada de los distintos mecanismos de regulación de la TA, a diferentes intervalos tras la aparición de una alteración de dicha presión.

Existen mecanismos de regulación rápida de la Presión Arterial, que actúa en segundos o minutos, como lo son;

- a) los mecanismos de retroalimentación constituidos por los llamados barorreceptores (ubicados en el interior de las grandes arterias y son sensibles a cualquier cambio de presión)
- b) los mecanismos de isquemia del sistema nervioso central
- 3) el mecanismo de los quimiorreceptores (ubicados dentro de las grandes arterias y son sensibles a la falta de O₂ y al aumento del CO₂.)

Como ya vimos, todos ellos confluyen produciendo una vasoconstricción, a la vez que se contraen las arteriolas para evitar el desplazamiento de sangre fuera de las grandes arterias. Todas estas acciones ocurren prácticamente a la vez, tendiendo a incrementar la presión arterial hasta un nivel compatible con la vida.

De acuerdo al gráfico, V.S. podrá ver que hay sistemas de regulación intermedia que actúan entre el minuto y la media hora de producida la hemorragia, y que son

- 1) la vasoconstricción inducida por el sistema renina-angiotensina (la renina es una enzima formada por el riñón y liberada a la corriente sanguínea. La angiotensina es un péptido formado por la acción de la renina sobre una globulina plasmática, el angiotensinógeno.)
- 2) la relajación de los vasos inducida por el estrés. (es una distensión de los vasos que sirve como un sistema tampón para regular la P.A.)
- 3) los movimientos de líquidos a través de las paredes capilares con el fin de reajustar el volumen circulante en función de las necesidades.

Es decir, que en cualquier momento que la presión capilar disminuye, tiene lugar una entrada de líquido desde el espacio tisular hacia la circulación, aumentando el volumen sanguíneo y las presiones.

Estos 3 mecanismos, si bien empiezan a actuar dentro de los primeros 30 minutos, su efecto puede ser muy mantenido, incluso días, en caso de necesidad. En este tiempo, el sistema nervioso puede fatigarse siendo cada vez menos eficaz, lo que explica la importancia de estos mecanismos intermedios de regulación de la P.A.

Los mecanismos a largo plazo, como la intervención del riñón en la regulación del volumen sanguíneo, necesitan que transcurran varias horas para que su eficacia sea significativa. En ocasiones, este mecanismo desarrolla una llamada “ganancia de retroalimentación” igual a infinito, y quiere decir que puede normalizar completamente la P.A. siempre que la eliminación de agua y de sal por los riñones sea normal.

Resumiendo; la regulación de la P.A en caso de una hemorragia aguda comienza con las medidas encaminadas a mantener la vida, donde el sistema nervioso desempeña un papel fundamental, continúa con los sistemas intermedios de regulación de presión y, finalmente, concluye con la estabilización a largo plazo en un cierto nivel de presión, condicionado por el mecanismo riñón-líquidos corporales.

De no existir estos mecanismos en todos nosotros, cualquier pérdida brusca de sangre pondría en peligro inmediato nuestra vida y, ante una hemorragia de 1500 cc, nos moriríamos en un lapso no mayor de 6 horas, “otorgado con liberalidad”, tal cual pretenden todos los demás peritos con O. CARRASCO, ignorando los mecanismos fisiológicos mencionados, pero dando paso a la errónea credibilidad de que dicha inmediatez no permitió ningún tipo de asistencia médica.

Para sustentar aún más la existencia de dichos mecanismos y la imposibilidad de una muerte inmediata en un joven sano, que sólo presentó un hemotórax de volumen no precisado (pero siempre inferior a los 1.500 cc) sin fracturas costales, voy a exponer Historias Clínicas que localicé en el Hospital CETRANGOLO de Vicente LOPEZ y en el Hospital PIROVANO de la Capital Federal, con su correspondiente N°, no pudiendo aportar cientos de ellas debido a la dificultad que por cierto representó obtener las que obtuve sin una autorización adecuada para sus respectivos directores, dependiendo la buena voluntad de médicos que me ayudaron y colaboraron desinteresadamente en la búsqueda de casos significativos.

1) BENJAMIN ACOSTA. HOSPITAL CETRANGOLO. HCL 126.979. Cama 715. 50 años.

INGRESO; 14/3/95.

DIAGNOSTICO; HEMOTORAX.

caída de 4 metros de altura con FRACTURAS COSTALES MULTIPLES de hemitórax derecho (radiográficamente costillas 6a, 7a y 8a, con velamiento del seno costodiafragmático derecho, lo que indica por lo menos la existencia de 500 cc de derrame hemático)

EVOLUCION; 60 horas, durante las cuales deambuló, llegando a la consulta por dolor y disnea (dificultad para respirar)

TRATAMIENTO; drenaje del derrame, con externación en muy buen estado general.

2) MIGUEL RIVERO. HOSPITAL CETRANGOLO. HCL 131.542 68 años.

INGRESO; 8/11/95.

DIAGNOSTICO; HEMOTOTRAX DERECHO POR TRAUMATISMOS DE 1 MES DE EVOLUCION.

COMIENZO; con temperatura de 10 días de evolución, consultando el 28/10 en un sanatorio privado (es decir, 12 días antes de su internación en centro especializado) por la temperatura y disnea que presentaba.

RX y TAC (tomografía computada); derrame pleural derecho.

ANTCEDENTES; tabaquismo de 60 cigarrillos por día y etilismo crónico (2 litros de vino por día)

ANALISIS; Hematocrito 33 % con palidez cutáneo-mucosa.

TRATAMIENTO; se drenaron 2.000 cc de sangre

EXTERNADO: el 20/11 en muy buen estado general.

3) BLAS PAPALEO. HOSPITAL PIROVANO. HCL 60.948 61 años.

INGRESO; 28/9/88 por lipotimia y disnea.

DIAGNOSTICO; Hemotórax traumático

EVOLUCION; 20 días, con caída desde el techo y fractura de antebrazo izquierdo y 6 COSTILLAS (DE LA 6a a la 11a), arco posterior. Curado en su casa con buena evolución hasta el comienzo de la disnea y lipotimia.

TRATAMIENTO; tubo de drenaje con extracción de 1.000 cc de sangre el 29/9, es decir, un día después de su internación. Este día el paciente se niega a ser operado, pero al obtenerse 300 cc más de sangre el día 30, se lo convence de la necesidad de la operación, no obstante lo cual recién se lo

interviene el día 14/10, efectuándose toilette quirúrgica con decorticación por organización del coágulo.

ALTA; 27/10.

4) RITUCCI DE PIZUTIO, Carolina. HOSPITAL PIROVANO. HCL 105.803 77 Años.

El 10/8/94 consulta por disnea.

ANTECEDENTES; traumatismo de tórax por caída y fractura costal 4 semanas antes.

TRATAMIENTO: toracocentesis con 1.000 cc en guardia. El 11/8, es decir, un día después, tubo de avenamiento del que se drenan 500cc más. Es decir, UN TOTAL DE 1.500 cc.

ALTA: 23/8, vale decir, 13 días después, en buen estado general.

5) Pero tal vez el caso más elocuente sea el de un paciente mío, al que atiendo desde hace varios años. Tiene 75 años, su nombre es Alfonso TORTORA, y se desempeña como Vicario de la Casa Provincial de Buenos Aires de la CONGREGACION SALESIANA, de calle Don Bosco 4002, Capital Federal. Con su expresa autorización comento su historia clínica a partir de un accidente de tránsito que tuvo en el año 1972, a la edad de 51 años.

El 24 de enero de 1972, mientras se hallaba en la ciudad de Boulogne Sur Mer, Francia, es atropellado por un automóvil, sufriendo un traumatismo de cráneo con herida contusa en la región parietooccipital y otro en la región torácica, por lo cual es llevado al Hospital Municipal de dicha localidad. Se le efectúan radiografías que dan el siguiente resultado;

Parrilla costal izquierda; fracturas de 4to, 5to, 6to y 7mo arcos costales.

Columna cervicodorsal; integridad ósea.

Cráneo; posibilidad de fractura occipital derecha. Solicitan estudios complementarios.

En las páginas siguientes se ven las fotocopias de los estudios que certifican el diagnóstico.

Estuvo internado 4 días, con intensos dolores costales, y medicado con analgésicos. En otra radiografía que se le efectúa el mismo día ya se ve que se ha formado un hemotórax importante (está a disposición de V.S la correspondiente radiografía si así lo requiere.) Pasados éstos 4 días lo trasladan a la clínica de La Sagrada Familia, de la misma ciudad, donde estuvo internado aprox. 15 a 20 días, tratado con controles periódicos y analgésicos. Después fue llevado a la Casa de San Martín, donde permaneció 10 días más, deambulando muy poco y con intensos dolores en la región torácica. Como continuaba sintiéndose mal (episodios de lipotimia), viajó en avión a Roma, donde permaneció 10 días con (continúa luego de las dos imágenes ilustrativas)

HOPITAL SAINT-LOUIS
BOULOGNE - SUR - MER
SERVICE D'ELECTRO - RADIOLOGIE

Nom : ALPHONSO TORTORA.

Service : D. DEBUSSCHERE

Date : 24.I.72

GRIL COSTAL GAUCHE

Fracture des 4^e 5^e 6^e 7^e arcs costaux.

RACHIS CERVICO-DORSAL . EPAULE GAUCHE

Intégrité osseuse.

CRANE

Possibilité de fracture occipitale droite.

On demande des clichés complémentaires : crâne en Worms Bretton et gril costal inférieur gauche.

DOCTEUR PIERRE LAMORIL

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE
CHIRURGIEN-ASSISTANT DE L'HÔPITAL
MEMBRE ASSOCIÉ DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE
DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

61, RUE DE LA PAIX
62 - BOULOGNE-SUR-MER
TÉL. : 31-39-07

CHIRURGIE GÉNÉRALE
CHIRURGIE OSSEUSE

CONSULTATIONS :
MARDI ET VENDREDI DE 14 H. 30 A 16 H. 30
LUNDI, JEUDI, SAMEDI SUR RENDEZ-VOUS

Monsieur l'Abbé TORTORA :

8 FEVRIER 1972:

" Fracture des 5, 6 & 7^e côtes droites
Hémothorax important - "

Docteur Pierre LAMORIL
CHIRURGE GÉNÉRAL
CHIRURGE OSSEUX
61, Rue de la Paix
BOULOGNE-SUR-MER

— CABINET D'ELECTRO-RADIOLOGIE —

DOCTEUR ALAIN LE MILON
DOCTEUR GUY MERLEN

78, RUE THIERS
BOULOGNE-SUR-MER (Pas-de-Calais)
Tél. 31.51.47
Cabinet Agréé 62 D 19

COMPTÉ-RENDU RADIOLOGIQUE

Nom Révérend Père TORTORA

Date Le 8 février 1972.

N°

Examen demandé par M^r le Docteur LAMORIL

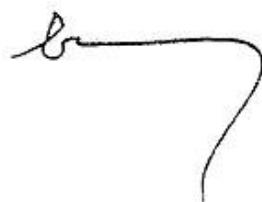
EXAMEN RADIOLOGIQUE DU THORAX

L'examen télévisé et les différents clichés pratiqués de face de profil et en oblique permettent les observations suivantes :

Les 5e et 6e côtes gauches présentent une double fracture au niveau de leurs arcs postérieurs et de leurs arcs axillaires.

La 7e côte présente une fracture au niveau de son arc axillaire.

On note par ailleurs une importante opacité de la base gauche correspondant vraisemblablement à un hémio-thorax.



su familia. Acá sufre nuevas lipotimias (es evidente que por la anemia y la hipovolemia derivada del hemotórax), por lo que llaman a un médico.

Viaja después a Florencia en tren (aprox. 400 KM), y de allí en ómnibus a Pistoia (media hora de viaje, parado). Esa misma tarde vuelve a Roma en ómnibus y tren (repitiendo el trayecto pero en forma inversa), y de acá en tranvía a la Residencia Sacerdotal del Vaticano. Permanece dos días, en los cuales tramita personalmente el pasaje en avión para regresar a Bs. As. Hace el viaje con intensos dolores, y al día siguiente de su llegada es llevado a la Sociedad De Socorros Mutuos, donde se evalúa la posibilidad de una intervención quirúrgica para drenar el hemotórax. No obstante se lo deja dos meses en reposo absoluto en la Parroquia de San Carlos, (donde era cura párroco), y controlado por médicos periódicamente.

En ningún momento escupió sangre. La secuela actual es un paquipleuritis (inflamación crónica de la pleura con engrosamiento de la misma).

Tal cual vemos, el 8 de Febrero persistía el hemotórax, y seguía sin resolverse hasta su llegada a la Argentina, en los primeros días del mes de marzo, al mes y medio del traumatismo. A pesar de las fracturas múltiples (CON DESPLAZAMIENTO FRACTURARIO), y la formación casi inmediata del Hemotórax, pudo hacer todo lo que hizo. No cabe la menor duda de que sangraron las arterias y/ o venas intercostales (dos de las costillas tenían una doble fractura desplazada), además de vasos pleurales, pero sin que existiera lesión pulmonar (ya que no tuvo Neumotórax).

Así también, hay descripto en la bibliografía Argentina un caso de HEMOTÓRAX ESPONTANEO MASIVO de 3.000 cc de 1 semana de evolución, sin que la paciente fallezca. (Revista Argentina De Cirugía. 1993; 65; 204-206).

Saque ahora V.S sus propias conclusiones respecto a si el hemotórax que presentó O. CARRASCO pudo haberlo matado en un lapso de 6 horas, (otorgado con liberalidad) o menos.

Caso contrario, sería importante que alguno de los peritos que han emitido dicha opinión, presenten tan siquiera una sola HCL de algún paciente de 18 años y previamente sano, que sin fracturas costales ni otro traumatismo que no sea el torácico y un hemotórax de escasa magnitud, haya fallecido en dicho lapso.

Pero entonces cabe una pregunta; ¿De qué y cómo falleció?

Es lo que trataré en el próximo punto

XXI.- LA MUERTE DE O. CARRASCO.-

Puede decirse que cuando un fuerte traumatismo actúa sobre el tórax, la mayor parte de su energía es absorbida por las costillas al fracturarse, provocando menos lesiones en el pulmón. Inversamente, cuando no hay fracturas, como en el caso de autos, la energía del golpe se disipa en el pulmón, provocándole mayores daños parenquimatosos.

Es así que se producen daños dentro del tejido pulmonar, que han sido estudiados pormenorizadamente por numerosos autores (la patología se conoce desde hace mas de 25 años, habiendo recibido numerosos nombres en el transcurso del tiempo, como “Pulmón de Da NANG”, “Distress Respiratorio del Adulto”, “Pulmón Blanco de los radiólogos”, “Contusión Pulmonar traumática”, “Pulmón de Vietnam”, “Pulmón de Shock”, “Atelectasia congestiva”, “Atelectasia hemorrágica”, y “Edema pulmonar no cardiogénico”).

La anatomía patológica muestra lo siguiente;

Inmediatamente después del golpe, se forma una hemorragia intersticial por destrucción de los alvéolos pulmonares, sin atelectasias y con formación incipiente de edema.

A las pocas horas aumenta el edema intersticial (entre las células) pero sin infiltración celular apreciable, (presencia de células mononucleares y polimorfonucleares). La arquitectura pulmonar está conservada hasta estos momentos, pero existen ya atelectasias (Compresión de alvéolos).

24 Hs, después del golpe (aproximadamente) se pierde la arquitectura pulmonar, existiendo un edema masivo intersticial, infiltración masiva de células inflamatorias y aumento de las atelectasias.

Como se ve, LA CONTUSION PULMONAR ES UNA LESION PROGRESIVA.

Pero al mismo tiempo que se producen las alteraciones histológicas aumentan simultáneamente las alteraciones fisiológicas. A las 24 Hs comienzan las dificultades en la difusión del O_2 , con la consiguiente hipoxemia (disminución de la saturación de Oxígeno en la sangre) e hipoxia (disminución de O_2 en los tejidos).

A su vez la contusión provoca un aumento de la resistencia vascular pulmonar, disminuyendo el flujo sanguíneo de las zonas lesionadas. El edema intersticial, al aumentar la distancia entre las células, aumenta la distancia de difusión del O_2 y del CO_2 , determinando una retención de CO_2 y una disminución de la saturación de O_2 en la sangre.

La ventilación alveolar depende del flujo de aire que se mueve con la contracción muscular de los músculos respiratorios y el diafragma, y ambas funciones están alteradas en la contusión pulmonar, que además provoca una disminución de la “compliance” (distensibilidad).

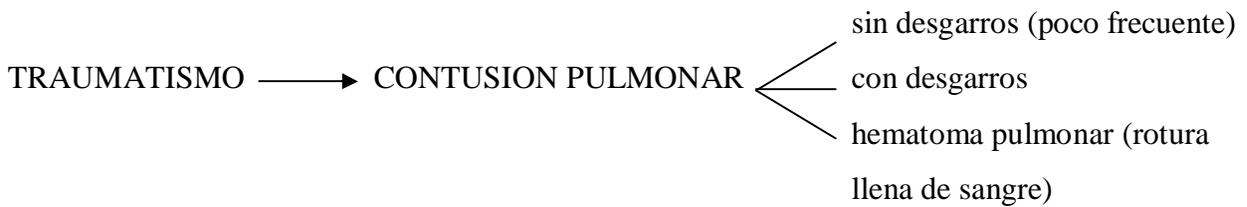
Tenemos que sumarle que los traumatismos de la pleura parietal y en especial de los nervios intercostales provocan intensos dolores, que interfieren con los esfuerzos ventilatorios, produciendo respiración superficial, taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) e hipoventilación, dando por resultado un aumento relativo del espacio muerto (zonas del pulmón en las cuales no hay intercambio gaseoso), disminución de la eficacia de la tos y retención de secreciones. Esta cadena de acontecimientos exagera las contusiones pulmonares y las deficiencias ventilatorias, y termina, de no mediar tratamiento adecuado, en un Síndrome franco de insuficiencia respiratoria.

Los signos más evidentes de esta insuficiencia respiratoria son;

- 1) Taquipnea
- 2) Ansiedad
- 3) Desorientación.

Pero también O. CARRASCO tenía un hemotórax que comprimía aún más el pulmón contundido, aumentando la atelectasia por compresión extrínseca (empeoramiento de la insuficiencia respiratoria, y en mayor o menor proporción ha existido una anemia, por lo que para que haya aparecido cianosis tuvo que haber presentado necesariamente un grado muy importante de hipoxemia. Lamentablemente la cianosis en estas circunstancias es de aparición tardía.

Resumiendo; la CONTUSION pulmonar es un desgarró pulmonar rodeado por hemorragia intraalveolar, observados radiográficamente como una infiltración y consolidación pulmonar, proveniente de un traumatismo cerrado de tórax.



A su vez, los desgarros son clasificados en 4 tipos distintos, según las imágenes de la tomografía computada, el mecanismo de lesión y la localización de las fracturas acompañantes o datos observados durante la operación. Por su importancia médico legal, los voy a mencionar de acuerdo a su mecanismo, ya que en el caso de autos no ha existido ningún estudio tomográfico ni una intervención quirúrgica.

Tipo 1; son resultado de compresión súbita de una pared torácica plegable, que hace que se rompa el pulmón subyacente que contiene aire, de manera muy semejante a la bolsa de papel insuflada que se comprime súbitamente. Estos son los más comunes y en los casos estudiados se produjeron en personas de menos de 39 años de edad, debido a la flexibilidad que presentan has a ese entonces los cartílagos costales. En ocasiones, el desgarro se abre paso por la pleura visceral y produce neumotórax. (Presencia de aire en la cavidad pleural)

Tipo 2; se producen cuando la pared torácica inferior, más flexible, se comprime con rapidez e intensamente. El lóbulo inferior se desplaza a través del cuerpo vertebral, y se produce una lesión por cizallamiento. Los casos estudiados se produjeron también en personas menores de 39 años. (Difiere de la anterior en la imagen tomográfica, pero la mayor parte del tipo 1 y 2 NO SE ACOMPAÑAN DE FRACTURAS COSTALES.)

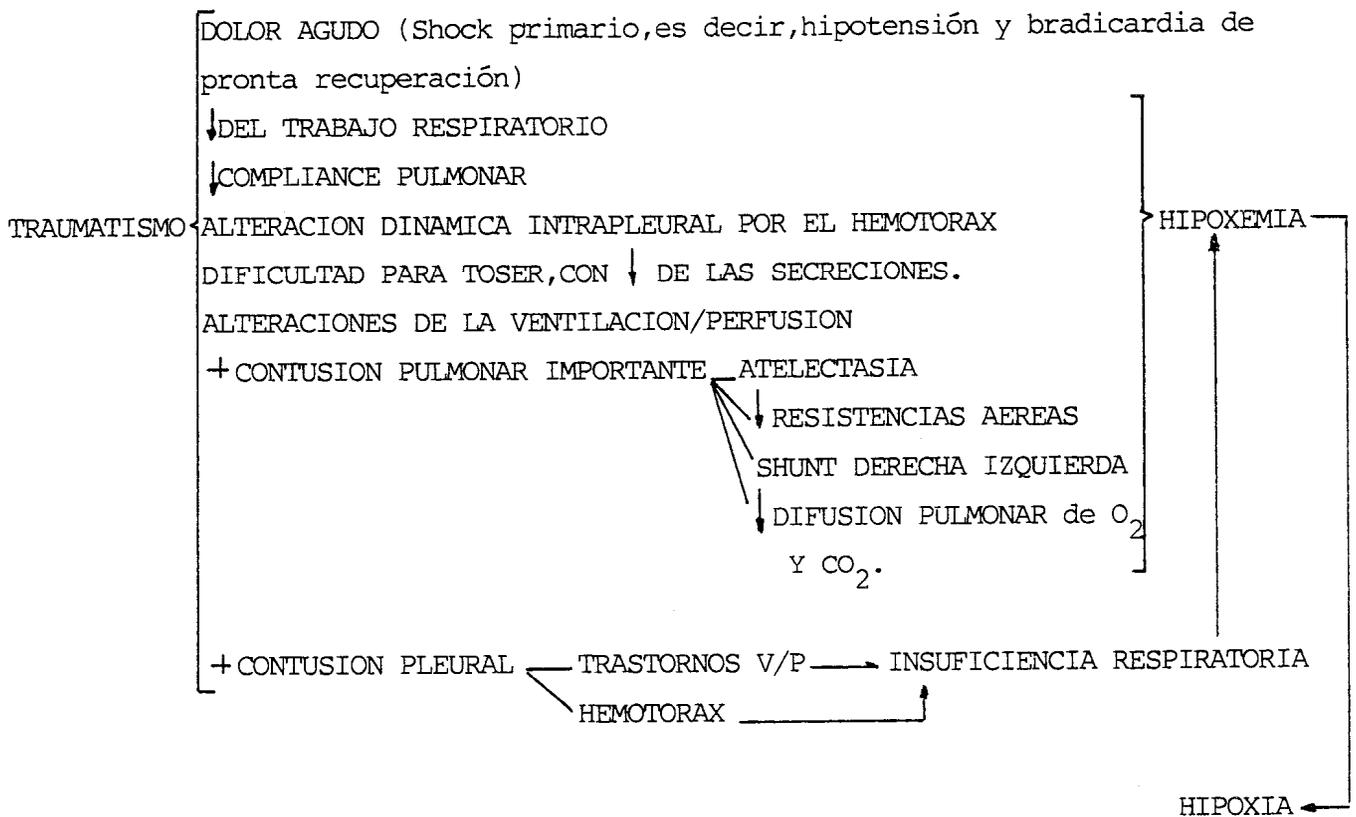
Tipo 3; es el resultado de una costilla fracturada que ha penetrado el pulmón subyacente. El neumotórax (aire en la cavidad pleural) acompaña frecuentemente a éste tipo de desgarros. En realidad, son lesiones penetrantes.

Tipo 4; son resultado de adherencias pleuropulmonares firmes preexistentes, que desgarran el pulmón cuando se comprime o fractura de manera súbita la pared torácica suprayacente. Se pueden confirmar solamente durante las intervenciones quirúrgicas o durante la autopsia. Son las menos frecuentes.

En la valoración inicial de los desgarros mencionados, se ha escrito repetidamente que no suelen encontrarse las alteraciones clínicas y radiográficas del traumatismo pulmonar importante.

Las lesiones de la contusión pulmonar son un acontecimiento dinámico en el cual la hemorragia puede persistir, detenerse o reaparecer, pero no provocan hemotórax masivos, sino de leves a medianos (de 500 a 2.000 cc).

Voy a resumir los fenómenos clínicos posteriores a un traumatismo de tórax como el recibido por
O. CARRASCO



SIGNOS CLINICOS; (con Fisiopatología)

TRAUMATISMO → GRAN DOLOR CON DESPLOME O NO DE LA VICTIMA → FORMACION LENTA Y SOSTENIDA DEL DERRAME PLEURAL (Hemotórax) → COLAPSO DE LOS ALVEOLOS PULMONARES → INSUFICIENCIA RESPIRATORIA RESTRICTIVA → HIPERCAPNIA (aumento del CO₂ en sangre) → HIPOXÉMIA (DISMINUCION DEL O₂ en sangre) → CIANOSIS CENTRAL → IRRITABILIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO → DEPRESION DEL SISTEMA NERVIOSO → CEFALEA (puede ir acompañada de náuseas y/o vómitos) → TRASTORNO DE LA INTELIGENCIA CON ALTERACIONES DE LA IDEACION Y DEL JUICIO → ACIDOSIS RESPIRATORIA (aumento de la tensión arterial de CO₂ con disminución del pH sanguíneo) → ALTERACIONES DE LA VISION → DISARTRIA → INCOORDINACION MOTORA → AUMENTO DE LA CIANOSIS → SOMNOLENCIA → ESTUPOR → COMA → MIDRIASIS (dilatación de las pupilas) → MIOCLONIAS (temblores musculares) → RIGIDEZ DE DESCEREBRACION (coma profundo)

MUERTE.

Como hemos visto a través de puntos anteriores, he realizado distintos diagnósticos diferenciales a través de los cuales quedó descartado el hemotórax y el shock hipovolémico como causal de muerte, y demostrada la existencia de una contusión pulmonar que sobradamente la justifica.

Es una lesión dinámica y potencialmente mortal, que en caso de no comenzar a curar espontáneamente (como se describe en numerosos casos y es una posibilidad concreta en su evolución), su incorrecto diagnóstico y falta de tratamiento adecuado y oportuno conducirá indefectiblemente a la muerte.

La hemoptisis (expectoración sanguínea), es un signo constante en desgarros pulmonares importantes que llegan a los bronquios, necesitándose la acción traumática de fragmentos de costillas fracturadas o grandes esquirlas óseas, y de frecuente observación en graves accidentes de tránsito.

Es decir que no existen posibilidades que O. CARRASCO haya expectorado sangre, pero pensemos por un momento que sí: ¿Cómo es posible entonces que se hayan encontrado gotitas de sangre en algunos lugares en los que pudo haber estado “durante su tan corta agonía”, Y QUE SE MANTUVIERAN FRESCAS DURANTE 6 días HASTA QUE UN SOLDADO LAS VIERA?.

Muy fácil; ¡La temeraria afirmación del perito PRUEGER en el Juicio Oral, donde dijo que “la sangre de un agónico no coagula”!

Sus dichos no encuentran apoyo en ningún libro de medicina que se quiera consultar de la bibliografía mundial, por lo que constituye un notable descubrimiento.

La sangre post mortem no coagula., pero sí la de un agónico, ya que de no ser así, tampoco coagularía dentro de esa misma persona en agonía.

Un paciente en coma 3 ó 4, por ejemplo, que tuviera que ser sometido a una intervención quirúrgica de urgencia, perdería su vida con la simple incisión, desangrándose a partir de una mínima lesión.

La excepción estaría solamente constituida por la presencia de enfermedades hemorrágicas previas como lo son;

Teleangiectasia familiar hemorrágica (Enfermedad de Rendú-Osler), Síndrome de Ehler Danlos, Síndrome de Marfan, Enfermedad de Schonlein-Henoch, Síndrome de Gronbland-Strandberg, Escorbuto, Púrpura de enfermedades infecciosas como la rubeola, escarlatina, difteria, tifus, embolias sépticas de las endocarditis, amiloidosis, púrpuras de los diabéticos hipertensos y nefrópatas, Púrpura senil de Bateman, Caquexis. Trombocitopenias (Enfermedad de Werlhof), trombocitopatías, en los urémicos, cirróticos, síndromes mieloproliferativos y en la macroglobulinemia. Coagulopatías, representadas por la hemofilia A y B, coagulopatías congénitas, hipocoagulabilidad por falta de aporte de vitamina K, por falta de absorción de vitamina K (resecciones intestinales, fístulas yeyunales, esprue, enterocolitis crónicas e ictericia obstructiva).

Hipocoagulabilidad por falta de transporte de vitamina K (en la hipertensión portal). Manifestaciones hemorrágicas del síndrome de coagulación intravascular diseminada (en las complicaciones obstétricas, grandes quemaduras, transfusiones incompatibles, intervenciones quirúrgicas sobre pulmón, próstata o páncreas y anastomosis portocava, infecciones por gram negativos) y fibrinólisis primaria en los cirróticos y cáncer metastásico de próstata.

Como es fácil ver, O. CARRASCO no presentaba ninguna de estas importantes enfermedades, ni su traumatismo de tórax, ni su hemotórax pudo habérselas provocado.

Por otra parte, la sangre post mortem, aunque no coagule, por acción de factores climáticos se deseca con el tiempo, y queda como una costra negrusca de distinto espesor.

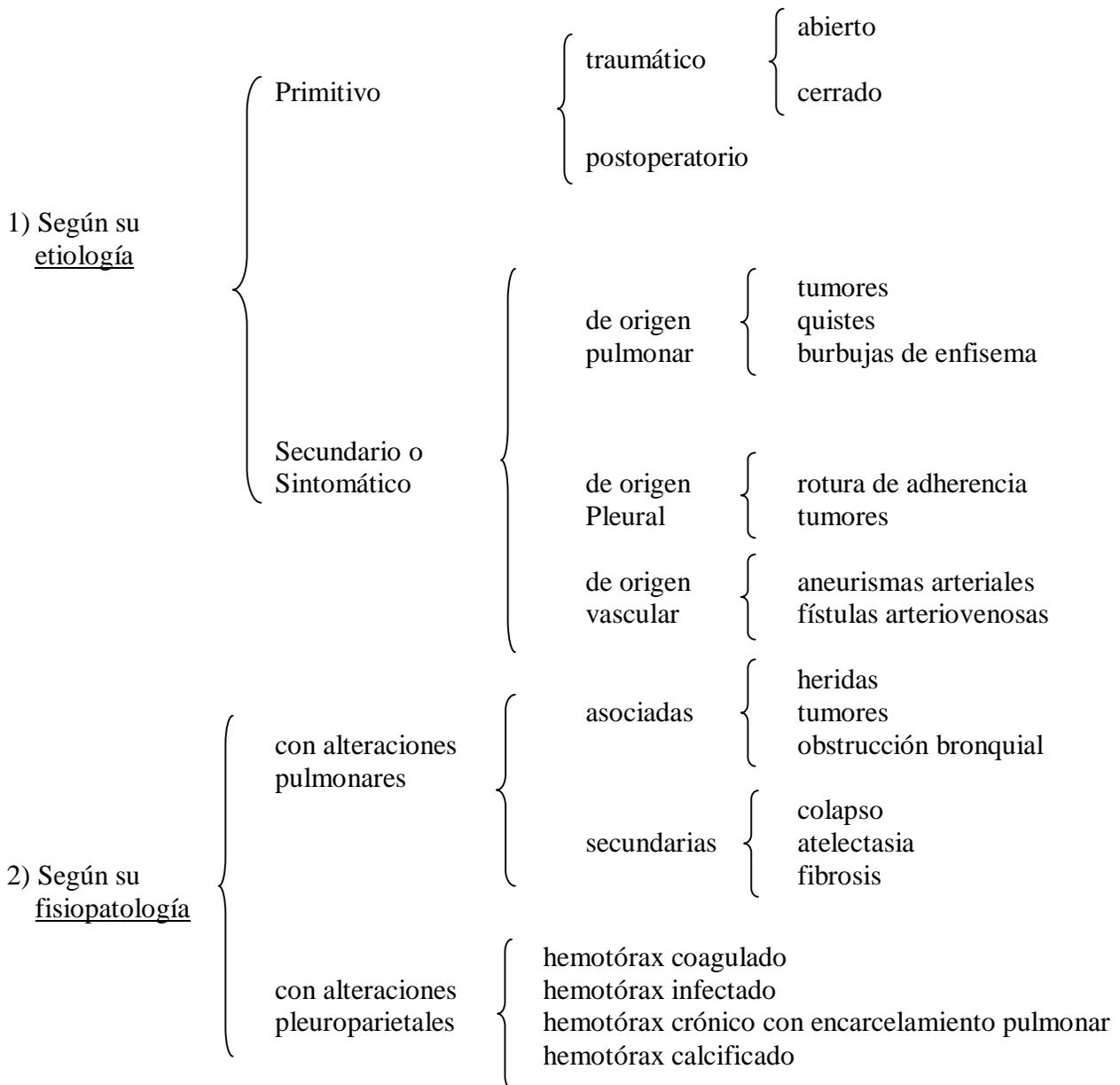
Cualquier mancha o gota de sangre NUNCA PODRA SER IDENTIFICADA COMO TAL A SIMPLE VISTA, ya que hay que recurrir siempre a métodos científicos para poder hacerlo. Basta con colocar sobre un soporte cualquiera una gota de sangre humana, otra de perro, otra de gato, caballo o cualquier otro animal sin que se sepa su orden, y que alguien diga cuál es la humana.

Mucho menos aun saber si provienen de un pulmón desgarrado.

XXII.- UNA ULTIMA CLASIFICACION DE LOS HEMOTÓRAX.

Antes de detallar globalmente la misma, quiero hacer hincapié en un detalle del Juicio Oral, (declaración de los peritos); se dijo (Dr. VILLAGRA), que el hemotórax produce “sensación inminente de muerte”, cuando en realidad lo que produce es disnea (sensación de falta de aire). Una sensación inminente de muerte no es ni más ni menos que un síntoma que algunas personas pueden sentir ante numerosas patologías, pero que nada tienen que ver con la muerte en sí. La presencia de hemotórax permite, como ya lo he demostrado, hablar, y hasta desarrollar las tareas habituales.

Veremos en base al cuadro qué clase de hemotórax padeció a O. CARRASCO;



Como vemos, no existe una clasificación nosográfica de “AGUDO”.

Si por extensión los peritos dicen que fue una hemorragia aguda y de allí trasladan el término al hemotórax, caemos nuevamente en el error de que no determinaron qué vasos se hallaban rotos.

XXIII.- EI TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN SHOCK HEMORRÁGICO.-

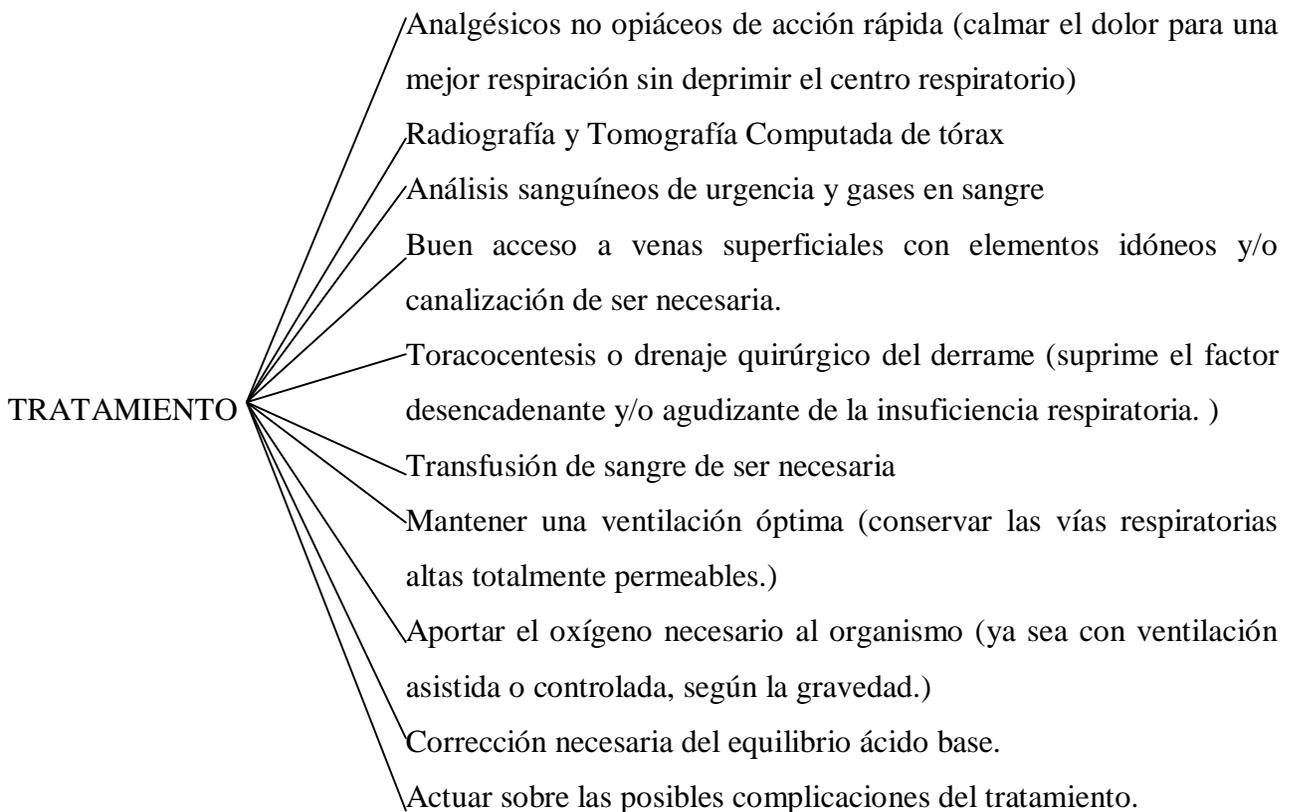
Existen parámetros aceptados médicamente en todo el mundo para decidir el tratamiento quirúrgico de un shock hemorrágico:

1) Pérdida del alrededor de 250 ml./h durante más de 24 Hs.

- 2) Cuando el riesgo de cohibir una hemorragia quirúrgicamente sea leve (arterias superficiales de los miembros.)
- 3) Reiteración de una hemorragia controlada en principio con tratamiento médico.
- 4) Pacientes añosos que toleran mal la hemorragia.
- 5) Cuando la hemorragia provenga de un sector donde el riesgo de una hemorragia masiva esté presente.
- 6) PERDIDA DE MAS DE 2.000 a 3.000 ML en 24 HORAS.

Y LLAMO LA ATENCION EN ESTE ÚLTIMO PUNTO; ¡¿CÓMO PUEDE SER?! ¿NO ES QUE CON 1.500 ML NOS MORIMOS EN UNA HORA Y MEDIA, -según los Forenses-, O EN UN TIEMPO AUN MENOR, -según el perito CASTEX?

XXIV.- EL TRATAMIENTO DE UN HEMOTÓRAX.-

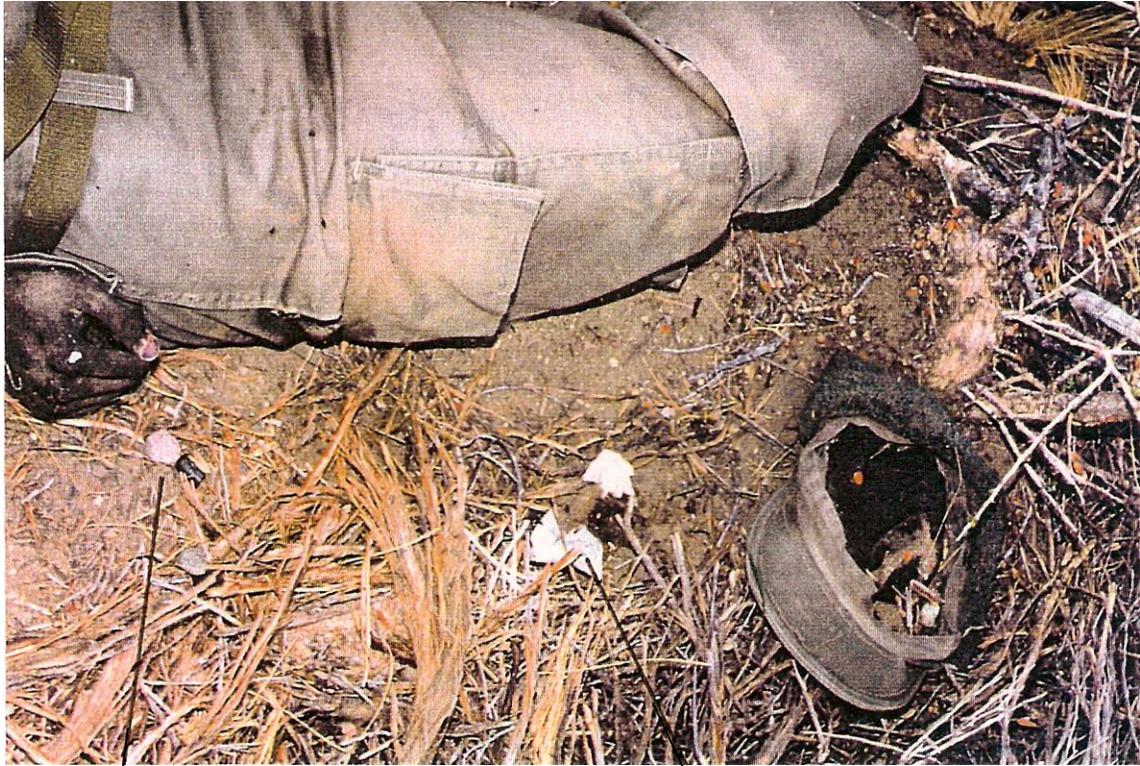


La determinación de gases en sangre y su evolución es el único parámetro objetivo para evaluar el curso de la insuficiencia respiratoria. La evolución de éste cuadro clínico está en directa relación con la formación del médico que lo trate, y con las posibilidades instrumentales del lugar de internación. La aplicación correcta de las medidas que detallamos, hubiesen podido salvar la vida de O. CARRASCO.

XXV.- CONSIDERACIONES MEDICO LEGALES FINALES .-

1) NO SE HIZO EL ESTUDIO MEDICO LEGAL DEL LUGAR DEL HECHO. Esto forma parte de la ineludible responsabilidad del Médico De Policía y/o del Médico Forense que hayan estado presentes, no siendo excusable la falta de luz debido a la hora, ya que entonces debería haberse protegido el lugar y haber retornado al día siguiente para completar la inspección ocular y secuestrar elementos indiciarios, ya que en estos hechos, todo hallazgo puede terminar siendo una

evidencia. La gravedad de no hacerlo queda documentada en una de las fotos que se sacó en el lugar donde fuera encontrado el cadáver;



Como se puede ver, había a pocos centímetros de la mano del cadáver de O. CARRASCO una "virola" para sostener estantes y UNA LLAVE visiblemente apoyada en un trozo de papel blanco, LOS QUE NO CONSTAN en el Acta de Secuestro de Fs. 119, ni en su Certificación Actuarial de Fs. 124.

Cabe preguntarse; ¿De dónde provenían la virola y la llave? La llave aparentemente es de un candado o puede pertenecer a un placard; ¿Acaso de placard de CARRASCO o de alguna de las personas que hasta allí transportó el cadáver e inadvertidamente la perdió?

A veces la fotografía puede demostrar la existencia de objetos existentes en un lugar y que por su escaso tamaño hayan pasado desapercibidos a la inspección visual. Envío a V.S. dos objetos similares a los que muestra la foto, y que con la simple luz de una linterna hubiesen sido fácilmente detectados en esos momentos.

2) LA AUTOPSIA FUE INCOMPLETA. Ya he explicado en el desarrollo de puntos anteriores los fundamentos, pero vale la pena recordarlos en esta síntesis final;

a) No se hizo el estudio pericial de la ropa, de innegable valor médico legal en esos momentos, ya que el manoseo y posterior traslado de las mismas no solamente predispone a contaminaciones exógenas, sino que se pudieron haber perdido otros elementos primariamente adheridos a la tela.

b) No se tomaron muestras de fauna cadavérica para el estudio entomológico (por ser indubitable del cadáver hubiese permitido una data de muerte muy aproximada), ni para la identificación toxicológica (ya que muchas veces tóxicos o medicamentos que no pueden ser hallados en vísceras o líquidos corporales son hallados en las larvas).

c) No se tomaron muestras de vísceras (como es de estilo en toda autopsia), ni para la DOCIMACIA química e histológica (estudio de la agonía) ni para su estudio anatomohistopatológico. Nadie puede ignorar (menos aún un médico de Policía y un médico Forense) que una vez realizada la apertura de las distintas cavidades en el cadáver se produce una contaminación putrefactiva generalizada que acelerará dicho proceso, haciendo posteriormente más difícil cualquier tipo de estudio.

d) No se tomaron muestras del contenido (en forma separada) del duodeno y de los primeros centímetros del yeyuno, ya sea tanto para la identificación de algún resto alimenticio como para su estudio toxicológico.

e) No se punzó la vejiga buscando restos de orina para el estudio toxicológico, como es de rigor.

f) No se midió científicamente la cantidad de líquido de tinte hemático que existía en la cavidad pleural derecha, habiéndose utilizado para ello el método del “ojo de buen cubero”.

Pongo a disposición de V.S. un video que elaboré con la colaboración del S.E.I.T (Servicio Especial de Investigaciones Técnicas) de la Provincia de Buenos Aires, donde a través de material autopsico se pone en evidencia que es imposible una medición visual basada en la experiencia, además de la importante formación de líquidos putrefactivos, las características de una hemorragia aguda y masiva, el color que adoptan los órganos al quedar exangües, la visualización completa del peto esternocostal, y el sangrado inevitable de distintos vasos con los cortes autopsicos.

g) No se tomaron muestras de músculo para realizar estudios toxicológicos, a pesar de que es la estructura anatómica que más tiempo resiste la putrefacción, pudiendo periciarse aun varios meses después de la muerte.

h) No se documentaron los pasos de la autopsia (se sacaron 3 o 4 fotos solamente) a pesar de la existencia de 2 fotografías en el lugar.

3) El forense VILLAGRA y el Médico Policial De La ROSA no mencionan “fracturas” a nivel genérico en su informe autopsico, ya que claramente especifican que la 2a, 3a y 4a estaban fracturadas en su arco anterior medio. En una autopsia, por menos luz que haya y por más pequeño que sea el recinto donde se realiza, no se puede confundir el número anatómico en la individualización de las costillas pues el “peto esternocostal” está a la vista, y el reparo anatómico UNIVERSAL PARA IDENTIFICAR A LA PRIMERA COSTILLA ES LA CLAVICULA, tal como lo muestro en la fotocopia láser color de una de las 3 fotos que solamente se tomaron en la autopsia. (página siguiente.)

No hace falta ningún “medio necesario” para efectuar un diagnóstico preciso de “fractura de costillas en su arco medio anterior” que no sea la simple visualización de las mismas. Si hay dudas, se palpan, lo que no admite equivocación posible a pesar de la escasa luz.

Pero hay un hecho inadmisibile: ¡JAMAS SE PUEDE CONFUNDIR UNA COSTILLA FRACIURADA CON UNA COSTILLA SANA, Y MENOS AUN EN SU ARCO ANTERIOR!, por lo que pongo disposición de V.S. dos costillas humanas que obran en mi poder (una sana y otra fracturada en su arco medio anterior) para que confirme por si misma tal aseveración.

Como vimos, en las radiografías que se efectuaron en el Hospital Militar de Zapala no se visualizaba ninguna fractura (hecho ratificado en los estudios anatomopatológicos posteriores), por lo que la falta de objetivación de las mismas no se le puede adjudicar a la antigüedad del aparato de rayos, que mantuvo intactas su tecnología y la mayor de sus virtudes; ¡NO MINTIO!

4) En audiencia oral, el forense VILLAGRA dijo “que no tocó las zonas lesionadas”.

Pero si no las tocó: ¿Cómo hizo para observar los pulmones, el corazón y los grandes vasos, en una palabra, todo el contenido de la caja torácica?

Si no sacó los pulmones hacia afuera; ¿Cómo hizo para observar si las costillas tenían o no alguna lesión en su arco posterior, y aun los mismos pulmones?

Si no sacó todo el líquido hemático de la cavidad pleural; ¿Cómo hizo para saber si había alguna lesión en la columna o en el arco posterior de las costillas?

Si, como dijeron (tanto VILLAGRA como LA ROSA), volvieron a colocar dentro de la cavidad torácica todo el líquido pútrido (HECHO QUE NO ES DE ESTILO EN LAS AUTOPSIAS): ¿Cómo entregaron a la funeraria un cadáver que sangraba con cualquier movimiento, ya que sabido es que la sutura mentopubiana autópsica ni es quirúrgica ni plástica?

5) NO CONSTA EN EL SUMARIO QUE SE HAYA REALIZADO LA PERITACION SOBRE EL CONTENIDO GÁSTRICO RECOLECTADO EN LA PRIMERA AUTÓPSIA, y que hubiese sido de innegable interés. Solamente digo que la vacuidad estomacal evidenciada me indican que habían pasado de 6 a 8 horas de la última comida de O. CARRASCO.

IMAGEN DE FUERTE CONTENIDO EXPLICITO

Se hizo solamente un estudio toxicológico del contenido gástrico de la segunda autopsia, por lo que si de la primera se había recolectado la cantidad total de lo que había, cabe pensar con total legitimidad que lo que se extrajo en la segunda autopsia era mucosa gástrica autolisada y putrefacta, y difícilmente podemos pensar que se hubiese hallado algún tóxico o medicamento en este material de peritación.

6) En el examen del líquido pleural (Fs. 1471), no se pudo determinar su dilución. Si bien en otro punto de mi peritación le indiqué a V.S. que no se habían especificado las causas (por ejemplo una de ellas puede ser que los valores previos absolutos de la dilución de la sangre de O. CARRASCO no eran conocidos), se podría haber llegado a buscar una forma de determinarlo. La putrefacción convierte a la sangre en un líquido (normalmente es una suspensión), pudiendo variar la cc de hemoglobina, y puede también alterarse su molécula, haciéndola ineficaz para la búsqueda de la dilución. Pero a pesar de la putrefacción no varía el Fe (hierro) molecular, y buscando su cc en el líquido analizado, se podría ver si se diferencia de la cc de Fe normal promedio circulante en la sangre. Como no existen muestras de sangre normal de O. CARRRASCO, se pueden tomar como parámetro de comparación sus valores bibliográficos, o si no, establecerlos a través de varias sangres conocidas y a partir de acá compararla con la muestra enviada, lo cual dará solamente un valor relativo. Los métodos a emplear pueden variar desde los químicos clásicos hasta a los modernos de absorción atómica. Si bien lo que expuse es técnicamente posible, a su vez es engorroso y constituiría un trabajo de investigación básica, alejado de lo que normalmente se hace en el Laboratorio Químico de la Morgue Judicial.

7) O. CARRASCO sufrió un violento traumatismo de tórax, súbito e inesperado. El derrame sanguíneo en la cavidad pleural derecha no fue masivo, y su lenta formación provocó la compresión del pulmón homolateral previamente contuso (contusión pulmonar), con la signo sintomatología y los sucesos fisiopatológicos ya descriptos. Todos estos acontecimientos, sin una atención médica especializada desde los primeros momentos, llevan a la producción de un shock irreversible, conduciendo al traumatizado a una muerte irremediable, segura e irreparable.

8) Un sólo golpe violento de puño, súbito e inesperado, aplicado sobre una persona indefensa y desprevenida, puede ocasionar sin lugar a dudas el cuadro descripto. No tiene relevancia si el golpe de puño se hizo con la mano izquierda o derecha. Importa su violencia y los órganos afectados.

9) No presentaba signos de haber sido canalizado (introducción de un catéter plástico en alguna de las venas superficiales), pero la carencia de las prendas superiores implica que, dentro de las generalidades del tratamiento, se intentó mantener libres a las vías respiratorias superiores para una mejor entrada de aire, además de permitir un examen palpatorio, auscultatorio, radiográfico y cardiológico.

Vale decir, de la cintura hacia arriba estaba desvestido, y si se lo vistió solamente en la parte inferior, es que también previamente de la cintura para abajo se lo había desvestido. Prácticamente no existen casos que para ocultar el cadáver se lo haya tenido que desvestir primero. Si la intención manifiesta hubiese sido matar a CARRASCO y después ocultarlo; ¿Para qué desvestirlo?

Si O. CARRASCO falleció tan rápidamente como se pretende en otras opiniones periciales: ¿Qué finalidad tendría sacarle la camisa y el pantalón?

Si la rigidez se prolonga por razones climáticas, es imposible sacarle una camisa sin romperla. Por lo tanto, un seguimiento secuencial lógico indica que le fue sacada cuando aún estaba con vida.

Una vez comenzada la putrefacción y en presencia de fauna cadavérica, la macabra tarea de desvestir un cadáver o vestirlo, resulta imposible de imaginar, pero sin embargo en esas condiciones le fue colocado un pantalón, tarea que no puede ser realizada por una sola persona sin que se lastime el cadáver. Se necesitó el concurso de más de 2 personas, ya que así me lo dicta la experiencia recogida a lo largo de más de 3 lustros en el examen de este tipo de cadáveres.

En todos los pasos se percibe claramente la concurrencia y participación de más de 2 personas posteriormente al ataque, y aún un número mayor después de su fallecimiento (transporte y ocultamiento del cadáver).

10) No existieron traumatismos demostrables en ninguna otra región corporal que hayan podido agravar la lesión preexistente y la insuficiencia respiratoria.

11) El diagnóstico de muerte real de una persona, excepto que el cuerpo ya esté totalmente frío, en rigidez cadavérica o ya comenzados los fenómenos de putrefacción (diagnóstico de certeza), solamente puede ser hecho por un médico, no solamente por sus conocimientos (auscultación cardíaca, realización de ECG (electrocardiograma), toma de reflejos, EEG (electroencefalograma) etc., sino a los fines legales correspondientes, como lo es llenar el certificado de defunción.

12) La data de la muerte es de 3 a 4 semanas.

13) El clima frío de la región impidió una descomposición más acentuada del cadáver de O. CARRASCO.

14) La momificación parcial indica que permaneció en un lugar donde además de existir un medio cálido, seco y ventilado, no había humedad ni agua.

15) El cadáver estuvo un tiempo prolongado sobre su parte izquierda, ya que así lo demuestra inobjetablemente el aumento de volumen observado en estructuras anatómicas corporales topográficamente coincidentes.

16) No consta que se haya realizado la peritación toxicológica sobre la fauna cadavérica tomada en la segunda autopsia, como asimismo tampoco de contenido vesical extraído.

17) En la segunda autopsia se constata la existencia de “100 cm³ de líquido de marcado tinte hemático en putrefacción” (Fs 1056) pero en el laboratorio químico se reciben 200 cm³ de dicho líquido, lo que denota una nueva desprolijidad en la medición, ya que entre ambos volúmenes hay un 100 % de diferencia.

18) De una peritación documentológica que tuve oportunidad de hacer anteriormente y que continuaré una vez que V.S. complete las piezas documentales que faltarían para una pormenorizada interpretación, surge que O. CARRASCO recibió alguna medicación de tipo corticoidea, analgésica e infiltrativa anestésica.

19) En Fs. 20 está la Ficha Individual De Salud de Omar Octavio CARRASCO, en la que claramente se indica que el día 08/03/94 recibió la vacunación antitetánica. A su vez, la Fecha de Clasificación ha sido enmascarada (ver página siguiente), no obstante lo cual mediante lupa de gran aumento puede verse que el número originario es un 8 (trazo fino), y sobre el cual se remarca un 5 (trazo grueso sobre la S izquierda del 8), para finalmente colocar una U oblicua con convexidad a la derecha sobre la cabeza originaria del 8, para que a “simple vista” parezca un 3. La remarcación surge a partir de que todos los trazos originarios de la fecha fueron hechos con lapicera o birome de trazo fino.

Los caracteres grafológicos son similares a los impresos en la fecha de vacunación, ya que los ceros conservan su inclinación hacia la derecha, el 8 y el 3 son prácticamente iguales, la inclinación del 4 es similar, y el círculo del 9 conserva la misma forma ovoidea y la inclinación a la derecha, lo que me permite decir que fue la misma persona la que escribió ambas fechas, pero no así si fue la que realizó las sobreimpresiones.

Si nos remitimos al consumo de fármacos por parte del personal ambulatorio producidas entre el 5 y el 15 de Marzo/94 (Fs. 804., y que adjunto para su comparación), vemos que se consumieron 374 dosis de vacuna TABDITE, discriminadas a través del Registro Diario (entre las mismas fechas) de Fs. 806 de la siguiente forma,

Día 8	—	1 dosis
Día 12	—	367 dosis
Día 14	—	6 dosis
TOTAL		<u>374</u>

Es decir, indiscutiblemente día 6 se utilizó una dosis, y sobre O. CARRASCO, ya que para el resto de los soldados se utilizaron masivamente el día 12 y otras pocas dosis el día 14. Las matemáticas son claras al respecto.

No caben dudas que el día 8 Omar CARRASCO estaba aún con vida, ya que de nada serviría vacunar a un cadáver (si nos atenemos a la muerte rápida y dogmática a la que nos llevan el resto de las peritaciones). Cabe entonces una pregunta: ¿Por qué y para qué lo vacunaron? Cabe una sola explicación:

Porque estaba oculto en un lugar poco aséptico, y ante el cuadro de insuficiencia respiratoria que presentaba ya se sospechaba de la existencia de un hemotórax que iba a ser drenado ya sea a través de una punción o de un drenaje, pues no se ignoraba la etiología (un traumatismo). Es decir, evitar un tétanos quirúrgico.

35	23612670	515	CARRASCO OTAR OTERO	
UNI 6	UNI 74	CONTEO 15	APELLIDO Y NOMBRES 24	
EXTRACCION DIENTE AUSENTE X TEMPORARIO OBTURACION I			PULGAR DERECHO 	
RECONOCIMIENTO MEDICO GENERAL			ANTROPOMETRIA	
DIAGNOSTICO	CLASIFICACION	NUMERO	FIRMA Y CODIGO	TALLA
				163
				PESO
				57
				PERIMETRO TORACICO
				86
				EXC. RESP.
				INDICE PIGNET
				70
VACUNAS TIPO FECHA TABETE 080394				
FECHA CLASIFICACION FINAL 1 081082				
APELACION. 45 46 48				
DIAGNOSTICO	CLASIFICACION	NUMERO	FIRMA Y CODIGO	SIMILITUD
				FECHA CLASIFICACION
				1
RECONOCIMIENTO MEDICO - AÑO MILITAR 49 48 40				
DIAGNOSTICO	CLASIFICACION	NUMERO	FIRMA Y CODIGO	2 2DO. REC. ARD.
				3 BAJAS INCOMP.
FECHA CLASIFICACION 080394				
Lugar en las libras correspondientes (sólo casos de BAJA)				
LUGAR 60 FECHA 61 62				
FIRMA JEFE D.M.				

FECHA ENMASCARADA



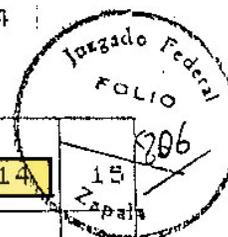
HAY QUE HACER UNA PERITACION GRAFOLOGICA PARA DETERMINAR IDENTIDAD DE LOS FIRMANTES

CERTIFICO que la presente fotocopia es fiel de su original que he tenido a la vista, por lo que doy fe.

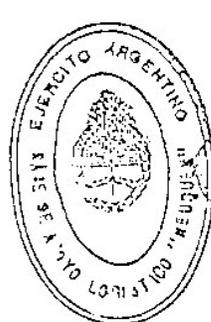
ZARAGA, 24 de MARZO de 1994.

Carlos Raul Garcia Pzo
Secretaria

REGISTRO DIARIO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS ENTRE EL 05/15MAR94
 FOR PERSONAL AMBULATORIO



NRO DE ORDEN	E F E C T O S	5	7	8	9	10	11	12	14	15 Zapala
01	ABRIPSAN COMPRIMIDOS				23			15		
02	AMOXICILINA 500 COMP				20		8			36
03	AMPICILINA 500 COMP	28	10	22	8		40			10
04	ASCORBISAN AMPOLLAS					4				
05	ASPISAN COMPRIMIDOS		10				40			20
06	BROMASAN 3 MGR COMP				10					
07	BENZODIACEPINOSAN 5 COMP		3							
08	BENZODIACEPINOSAN 10 AMP		1							
09	BUSCAPINA COMPRIMIDOS		3		8					
10	CEFALEXINA 500 COMPRIMIDOS								9	
11	DEXA-DEPOSITO=DUCDECADRON				2					
12	DICLOSAN COMPRIMIDOS				28				19	28
13	DICLOSAN AMPOLLAS		7	3	2			4	6	12
14	DIPIROSAN AMPOLLAS					1				
15	DIPIROSAN COMPRIMIDOS				8					
16	DDTBENCILSAN x 100 CC FCO							1		
17	ERITROMICINA 500 COMP			10						
18	EXPECTOSAN COMPRIMIDOS				9					
19	GASTRISAN COMP				20					
20	MENTANINA 80 AMPOLLA			3						
21	LIDOCAINA 2% S/EPI FCO	1								
22	PARACETAMOL COMPRIMIDOS	6	6							
23	PENICILINA BENZATINICA 2.4						1			
24	PIROXICAN COMPRIMIDOS			14	4	10		4		24
25	TABDITE DOSIS			1				367	6	
26	TERRAMICINA 500 COMP								4	6
27	ALCOHOL ETILICO LITRO		1					3		
28	AGUA D'ALIBOUR						100			100
29	POLVO ANTIMICOTICO						200			
30	GASA PIEZA x 40 MTS		1							
31	ALGODON HIDROFILO X 500 GR	2						2		
32	AGUJAS DESC 15/5							223		
33	AGUJAS DESC 25/8	1		100				200	101	
34	BAJALENGUA DESCARTABLES									25
35	JERINGA DESC 5 C/IM		7	6		1		4	6	12
36	JERINGA DESC 10 C/IM	1	1		3	4	1			
37	JERINGA DESC 10 C/EV		20					16	16	30
38	JERINGA DESC 1 CC C/ 15/8			1						
39	GUANTE DE LATEX NRO 7							5		7
40	IDEM NRO 7 1/2 PAR	1						3		
41	IDEM NRO 8							3		
42	IDEM NRO 8 1/2			1				4		
43	HILO DE LINO NRO 100, SOBRE	1								
44	HOJAS P/ BISTURI NRO 23				1					
45	PAPEL P/EGG ROLLO			1						



[Handwritten Signature]
PEDRO RAFAEL CZRUTI
 Teniente Coronel
 Jefe del Reg

ARGENTINO
- H M "Z"



A C T A

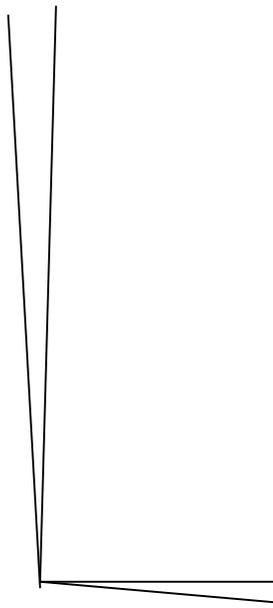
EN ZAPALA, CUARTEL DE LA BASE DE APOYO LOGISTICO "NEUQUEN" A LOS VEINTISIETE DIAS DEL MES DE ABRIL DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO, SE LABRA LA PRESENTE ACTA PARA DEJAR CONSTANCIA DEL CONSUMO DE FARMACOS Y MATERIAL DE CURACIONES POR PARTE DEL PERSONAL AMBULATORIO, PRODUCIDAS ENTRE LOS DIAS CINCO AL QUINCE DE MARZO DEL PRESENTE AÑO, QUE A CONTINUACION SE DETALLAN:

NRO DE ORDEN	E F E C T O S	U/M	CANTI-DAD
1	AGRIPSAN COMPRIMIDOS		38
2	ANOXICILINA 500 COMP		64
3	AMPICILINA 500 COMP		146
4	ASCORBISAN AMPOLLAS		4
5	ASPISAN COMPRIMIDOS		70
6	ASPISAN "C" COMP		8
7	BROMASAN 3 MGR COMPRIMIDOS		10
8	BENZODIACEPINOSAN 3 COMP		3
9	BENZODIACEPINOSAN 10 AMP		1
10	BUSCAPINA COMPRIMIDOS		14
11	CEFALEXINA 500 COMPRIMIDOS		9
12	DEXA-DEPOSITO=DUODECADRON		1
13	DICLOSAN COMPRIMIDOS		75
14	DICLOSAN AMPOLLAS		34
15	DIPIROSAN AMPOLLAS		1
16	DIPIROSAN COMPRIMIDOS		8
17	DDTBENCILSAN x 100 CC FCO		1
18	ERITROMICINA 500 COMP		10
19	EXPECTOSAN COMPRIMIDOS		9
20	GASTRISAN COMP		20
21	GENTAMINA 80 AMPOLLA		3
22	LIDOCAINA AL 2% FCO AMP		1
23	PARACETAMOL COMPRIMIDOS		14
24	PENICILINA BENZ 2.4 AMP		1
25	TERRAMICINA 500 COMP		10
26	PIROXICAN COMPRIMIDOS		56
27	TABDITE DOSIS		374
28	ALCOHOL ETILICO		4000
29	AGUA D'ALIBOUR		100
30	POLVO ANTIMICOTICO		200
31	ALGODON HIDROFILO X 500 GR		4
32	GASA PIEZA x 40 NTS		1
33	AGUJAS DESC 15/5		223
34	AGUJAS DESC 25/8		402
35	JERINGA DESC 5 C/IM		36
36	JERINGA DESC 10 C/IM		10
37	JERINGA DESC 10 C/IV		82
38	JERINGA DESC 1 CC C/15/5		1
39	GUANTE DE LATEX NRO 7		12
40	IDEM NRO 7 1/2 PAR		4
41	IDEM NRO 8		3
42	IDEM NRO 8 1/2		5
43	HILO DE LINO NRO 100		1
44	LIQUIDO ANTIMICOTICO		100
45	BAJALENGUAS DESCARTABLES		25
46	HOJAS P/ BISTURI NRO 15		1
47	PAPEL PARA ELECTROCARDIOG		1

TOTAL DE DOSIS

20) Acorde puede verse en la siguiente foto, existe una pronunciada impronta compresiva sobre la piel del hemitórax inferior derecho, inobjetablemente demostrada a través de las sucesivas fotocopias de aumento.

La única posibilidad de tal depresión, es que haya tenido un vendaje previo compresivo, y que le fue sacado muy posteriormente a su fallecimiento. No es coincidente con ninguna depresión de las costillas subyacentes, y ya sea a través del comienzo de putrefacción (con hinchazón de los tejidos)



y momificación parcial posterior pero con un continuo drenaje postural de los líquidos intersticiales hacia el lado izquierdo, esta compresión quedó perpetuada.

IMAGEN DE FUERTE CONTENIDO EXPLICITO

Pero se impone nuevamente otra pregunta; ¿Por qué se lo atendió fuera del Hospital?

DIGO:

Si lo hubiesen internado, habría hablado e identificado a su agresor. Si se hubiese optado por atenderlo en alguno de los sótanos del Hospital, algún quejido o una llamada daba la posibilidad de ser oída circunstancialmente por alguien, quedando el suceso al descubierto.

Hubo una edificación (casa abandonada en el barrio de suboficiales) que fue demolida un tiempo después de la desaparición de O. CARRASCO, y sobre su terreno se volvió a construir. Sería importante la declaración de los obreros intervinientes (albañiles y demás) a fin de saber detalles originarios de construcción (tipo de paredes, pinturas, ventanas, aireación) y percepción de olores raros.

Si pensamos en una atención paramédica (sabemos que otro informe Forense dice;

“de haberle brindado atención médica, lo fue de un paramédico o similar”. Cabe preguntarse nuevamente si una enfermera puede efectuar un vendaje compresivo de tórax. Creo que sí, pero no todas están capacitadas para hacerlo. Para saberlo es necesario preguntarle a cada una de ellas “¿Como hace Ud. un vendaje de tórax? Una enfermera puede dar una inyección o administrar cualquier medicamento, pero siempre bajo las indicaciones precisas de un médico.

XXVI.- LA CÁMARA DE HOMICIDIOS.-

La hipótesis barajada por el personal especializado de la División Homicidios de la Policía Federal dice que el cadáver estuvo oculto en la cámara de inspección del baño externo de la batería A, cuya tapa observamos levantada en la siguiente foto;



Una vez sacada la tapa, vemos que en su interior hay hojas de árboles amarillentas, pero ni rastros de manchas sanguíneas.



Puede entrar una persona;



Pero esa persona cabe dentro de ella solamente con las piernas semiflexionadas (ver foto de página siguiente). La única posición que admite es la de “sentado”.
¿Cómo habrán hecho para introducir un cadáver allí dentro y que quedara en esa posición? Desde la lógica formal es difícil la respuesta, ya que tendría que haber otra persona previamente dentro para acomodar las piernas del cadáver, que torna imposible que el cadáver entre o que ella salga. (en la foto se advierte que no es tan grande la capacidad de la cámara). Pero hay un hecho que torna IMPOSIBLE; ¡EL CADAVER ESTUVO RECOSTADO SOBRE SU LADO IZQUIERDO! La

acumulación de líquidos corporales se hizo sobre ese sector y no en los glúteos



Aún habiéndolo intentado, el cadáver habría recibido lesiones traumáticas post mortem, ya que tampoco se trata de una abertura de gran tamaño y los bordes son duros y de superficie irregular.

Antes de pasar al último punto de la primera de mi peritación, quiero transcribir palabras de José ORTEGA Y GASSET, de su libro “El Espectador” Torno I, Edit. Revista De Occidente, Madrid, y a las cuales adhiero.

“De todas las enseñanzas que la vida me ha proporcionado, la más acerba, más inquietante, más irritante para mí ha sido convencerme de que la especie menos frecuente sobre la tierra es la de los hombres veraces. Yo he buscado en torno, con mirada suplicante de náufrago, los hombres a quienes importase la verdad, lo que son las cosas por sí mismas, y apenas he hallado alguno. Los he buscado cerca y lejos, entre los artistas y entre los labradores, entre los ingenuos y los “sabios”. ¡Y he hallado tan pocos, tan pocos, que me ahogo!

Sí; congoja de ahogo siento, porque un alma necesita respirar almas afines, y quien ama sobretodo la verdad necesita respirar aire de almas veraces. No he hallado en derredor sino políticos, gentes a quienes no interesa ver el mundo como él es, dispuestas sólo a usar de las cosas como le conviene.”
Renglones abajo culmina; “Hace falta, pues, afirmarse de nuevo en la obligatoriedad de la verdad, en el derecho de la verdad.”

Pero la realidad no puede inventarse, y conjeturar sobre lo que no existe es simplemente suponer, y carece de rigor científico. Lo “supuesto” no existe, y de allí su nombre. La realidad no puede ser mirada sino desde el punto de vista que cada cual ocupa, y en mi caso, como “Perito Oficial”, la he examinado a través de todas las peritaciones y observaciones personales “in situ”, lo que me permitió reconstruir coherentemente partes de la misma.

XXVII. - LA BUSQUEDA.-

Son numerosas las actas de investigaciones labradas a partir de la “Primera Deserción simple” de O. CARRASCO. (Fs. 12, 13, 14, 17, 18, 19, 21) y la de todos los operativos llevados a cabo para ubicarlo (Fs. 25 a la 33; 36, 44 a 48; 50 a la 96; 98 a 103; 11, 113, 114; 327 a 329; 331 a 333; 336, 338 a la 345; 349 a la 352, y finalmente de la 354 a la 356).

El padre de O. CARRASCO se presentó en la Comisaría 22 de Zapala el día 22 de Marzo, (es decir 15 días después de que fuera visto en el cuartel por alguno de sus compañeros), refiriendo que momentos antes había venido desde Cutral-Có para ver a su hijo, incorporado al Grupo de Artillería 161 de Zapala, y que una vez presente en el mismo le informaron que su hijo se había escapado del regimiento el día 6 de marzo. (Fs. 22).

Mientras se lo buscaba a través de medios radiales, televisivos, aéreos, policiales y militares, Omar Octavio CARRASCO ya había agonizado y fallecido dentro de un lugar aún no determinado del regimiento, y su cadáver estaba oculto y muy alejado de la búsqueda vital que se realizaba.

XXVIII.- CONCLUSIONES FINALES.-

1) La colección líquida de tinte hemático encontrada en la cavidad pleural derecha y calculada a “ojo de buen cubero” NO SE CORRESPONDE CON UN HEMOTORAX DEL MISMO VOLUMEN.

2) La hemorragia que sufriera en vida O. CARRASCO no fue aguda ni masiva. Pudo haber presentado algún determinado grado de anemia, pero no un síndrome hemorrágico que lo llevara a un shock hipovolémico, que hubiese sido compensado por los mecanismos de retroalimentación negativa (o de defensa) del organismo.

3) La causa de muerte fue, CASI CON ABSOLUTA CERTEZA, una entidad clínica denominada CONTUSION PULMONAR, de etiología traumática.

4) Al variar la causa de muerte varía también la sobrevida, lo que acorde al diagnóstico anterior ha tenido un período agónico de hasta 48 horas, ratificado con la fecha de su vacunación antitetánica preventiva, y con intensos sufrimientos.

5) Parte de la peritación documentológica de las recetas médicas que pude llevar a cabo me indican fuertemente que recibió en primera instancia asistencia de enfermería y posteriormente asistencia médica.

RESUMIENDO;

- A) CAUSA DE MUERTE; —————> CONTUSION PULMONAR
B) MECANISMO DE LA MUERTE —————> INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
C) TIEMPO DE AGONIA —————> APROX. 48 HORAS PERO NO MAS DE 60
D) CONCURRENCIA A LA IRREVERSIBILIDAD DE LOS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS
- ERROR DIAGNOSTICO
 - VENDAJE COMPRESIVO
 - FALTA DE ASISTENCIA MEDICA PRONTA, OPORTUNA Y ADECUADA.

Es todo, por el momento, cuento tengo que informar a V.S

XXIX.- BIBLIOGRAFIA.-

- 1) ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGÍA. Comisión de Trauma. GOMEZ, M.A. y NEIRA, J. Normas de atención inicial hospitalaria de pacientes traumatizados. Ediciones Asociación Argentina de Cirugía. Buenos Aires 1989.
- 2) BALCELLS GORINA, A.; CARMENA VILLARTA, M.; CASAS SANCHEZ, J.; FARRERAS VALENTI, P.; LAIN ENTRALGO, P.; LOPEZ GARCIA, E.; PERIANES CARRO, J.; SANCHEZ LUCAS, J.G.; VELÁZCO ALONSO, R. PATOLOGIA GENERAL. Edit TORAY Barcelona 1965.
Cap; Equilibrio ácido-base y sus trastornos (pág. 373/384)
Cap; Fisiopatología de la respiración (pág. 461/516)
Cap; Fisiología clínica del circuito menor (pág. 627/647)
Cap; La insuficiencia circulatoria periférica y otras formas del fracaso circulatorio agudo (pág. 648/655)
- 3) BATLLE- BERTOLASI. Cardiopatía Isquémica. Edit. Intermédica. 1980.
Cap.; Conceptos de fisiología circulatoria.(Pág. 23/29)
Cap; Hemodinamia en la Unidad Coronaria.(Pág. 173/186).
Cap; Asistencia circulatoria. Asistencia respiratoria. (Pág. 377/422)
- 4) BRACCO, A.N. Tórax Agudo Quirúrgico. Rev. Arg. Cirugía 1:33, 1960.
- 5) DELLA TORRE, H.A.; GOMEZ, M.A.; GRECO, H.L. y GRINSPAN, R.H. Cirugía Torácica. Manual de Procedimientos. Editorial "El Ateneo". Buenos Aires 1984.
- 6) DI MAIO, D; DI MAIO, V. Forensic Pathology. Editorial CRC. 1993.
Cap; Blunt Force Injuries of the Chest. (Pág. 109/122)
Cap; Time of death. (Pág. 21/41)
- 7) GLINZ, W. Chest Trauma. Springer-Verlag. Berlin. 1981.
- 8) GOMEZ, M.A. Traumatismo de tórax. Editorial "El Ateneo". Buenos Aires 1987.
- 9) GUYTON, A.C. TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA. Edit. Interamericana-Mc Graw-Hill. 1995.
Cap; Control local del riego sanguíneo por los tejidos, regulación humoral.(Pág. 190/199)
Cap; Regulación de la circulación por el sistema nervioso. Mecanismos de regulación rápida de la presión arterial. (Pág. 200/211)
Cap; Shock circulatorio y fisiología de su tratamiento (Pág. 272/280)
Cap; Respiración (pág. 417/429)
Cap; Circulación pulmonar, edema pulmonar, líquido pleural. (pág. 431/439)
Cap; Principios físicos del intercambio gaseoso; difusión de oxígeno y dióxido de carbono a través de la membrana respiratoria. (pág. 440/451)
Cap; Transporte de oxígeno y **dióxido** de carbono por la sangre y los líquidos corporales. (pág. 452/462)
Cap; Regulación de la respiración. (pág. 463/472)
Cap; Insuficiencia respiratoria. (pág. 474/481)
- 10) HADORN, W. De los Síntomas y Signos al Diagnóstico. Edit. Toray. Barcelona. 1967.
Cap; Cianosis. (pág. 30/37)
- 11) KIRSH, M.V. and Sloan. Blunt Chest Trauma, Little Brown & Co. 1977.
- 12) MICHAELS, J. y Colaboradores. Patología Quirúrgica Tomo 3. Edit. El Ateneo. 1965

Cap; Traumatismos Torácicos. (pág. 99/117)

Cap; Afecciones Quirúrgicas de la Pleura. (pág. 119/139) Editorial "El Ateneo" 1965.

13) MIGUERL J., Gherardi, C.; Biancolini, C.; Pálizas, F. S. Asociación Argentina de Terapia intensiva. 1994.

Tema; SHOCK

14) NACLEIRO, E. A.: Traumatismos torácicos. Editorial Científico Médica. Barcelona. 1973.

15) PERIANES CARRO J; LOPEZ GARCIA E; BARRAQUER BORDAS,LL; ORTIZ VAZQUEZ,J. Tratado de Medicina Interna. Ediciones Toray. Barcelona 1982. Torno 2.

Cap; Enfermedades del aparato respiratorio. (pág. 872/942).

Cap; Derrame pleural (pág. 1179/1181)

Cap; Hemotórax. (pág. 1189/1191)

16) TRINKLE, J.K. Management of thoracic trauma victims. Lippincot Harper Boods Div. New York. 1979

17) TUNKEY-LEWIS. Current therapy of trauma. B.C. Decker Inc. Publisher. Philadelphia. 1984.

18) VAZQUEZ M. Tórax Agudo Quirúrgico. Adiciones Ares. Buenos Aires. 1972.

19) WETLI, Charles.; MITTLEMAN Roger.; RAO Valerie. PRACTICAL FORENSIC PATHOLCGY Edit. Igaku-Shoin. 1988.

Cap; The medicolegal autopsy. (pág. 41/43; 61/69)

Cap; Special problems; The descomposed body. (pág. 129/132)

20) GEBERTH Vernon. PRACTICAL HOMICIDE INVESTIGATION. Edit. CRC. Press. 1993.

Cap; The homicide crime scene. (pág. 1/24)

Cap; The autopsy. (pág. 417/458)

21) SIMONIN, C. MEDICINA LEGAL JUDICIAL. Edit JIMS. Barcelona. 1980.

Cap; Fenómenos cadavéricos (pág. 719/731)

Cap; Diagnóstico de la muerte. (pág. 731/734)

Cap; Fecha de la muerte. (pág. 735/744)

Cap; Supervivencia-hipermortalidad (pág. 745/747)

Cap; Operaciones tanatológicas (pág. 778/807)

22) FULTON, L; PETER, Edward. THE PROGRESSIVE NATURE OF PULMONARY CONTUSION.

Surgery. March 1970. Vol. 67, Nº 3, pág. 499/506).

23) RIVAROLA Carlos. EL MANEJO DEL PACIENTE CON CONTUSION PULMONAR Y TÓRAX MOVIL. Prensa Médica Argentina. 1992. Vol. 9; pág. 39/42.

24) MOGHISSI, K. LACERATION OF THE LUNG FOLLOWING BLUNT TRAUMA.

Thorax. 1971. Vol 26. pág. 223/228.

25) PATE, James. LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA PARED TORÁCICA.

Department of surgery. College of medicine. University of Tennessee, Memphis 956 Court Avenue.

26) WAGNER, Robert.; JAMIESON, Peter. CONTUSION PULMONAR.

Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda.

50 West Edmonston Drive

Rockville, Maryland 20852.

27) COMPENDIO DE MEDICINA LEGAL. Hilario VEGA de CARVALHO e Marco SEGRE Editorial SARAVIA. 1978 Capitulo; Diagnose diferencial entre as lesoes produzidas em vida e depois da morte y Diagnose diferencial entre a morte súbita e a morte agonica. Pág. 250 a 254.

28) DIGGING UP BONES. DR. BROTHWELL 3rth edition corrected 1994.

Cap; Injuries and marks on bone and blood stains bones. Pág. 119 a 126.

29) MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGIA. GISBERT CALABUIG.

Cap: Contusiones. Págs. 494 a 501.

30) ATLAS DE DERMATOLOGIA CLINICA. Anthony du VIVIER. N° 10 Cap. 19.

Trastornos de la Circulación. Copyright 1986 Gower Medical Publishing Ltd.

LA PRESENTE PERITACION CONSTA DE 78 FOJAS, NUMERADAS Y DIVIDIDA EN CAPITULOS DEL I AL XXIX.



ALBERTO EDMUNDO BRAILOVSKY
OF. PRINCIPAL MEDICO LEGISTA
L.P. 2.717 - M.N. 37.719
DIVISION MEDICINA LEGAL

SR. CONJUEZ FEDERAL

DR. BRUNO BONETTI

El que suscribe, Alberto Edmundo BRAILOVSKY, Médico Legista M.N. 37.719, Oficial Principal Médico Legista de la Policía Federal Argentina, L.P. 2717, designado Perito Médico en causa. Nro. 1211/96 que se tramita ante el Juzgado Federal De Primera Instancia de la Ciudad de Zapala, habiendo aceptado el cargo en forma legal, y en cumplimiento de lo dispuesto por V.S. muy respetuosamente presento a su consideración la segunda parte de mi peritación, que no sólo continúa sino que amplía puntos periciales oportunamente solicitados y ya presentados en la primera parte de mi trabajo pericial. Con la misma orientación científica he analizado los siguientes elementos;

- 1) Nómina del personal militar perteneciente al Hospital Militar Zapala (Fs 754)
- 2) Nómina del personal civil perteneciente al Hospital Militar Zapala (Fs 755)
- 3) Acta constancia del consumo de fármacos y material de curaciones de las salas de internación producidas entre los días 5 al 15 de marzo de 1994. (Fs. 830)
- 4) Registro diario de consumo de medicamentos en la sala de internación entre el 5 y el 15 de Marzo de 1994. (Fs. 831).
- 5) Acta constancia del consumo de fármacos y material de curaciones de la guardia médica del 5 al 15 de Marzo de 1994. (Fs. 787)
- 6) Registro diario de consumo de medicamentos de la guardia médica entre el 5 y 15 de Marzo de 1994. (Fs. 788)
- 7) Acta del consumo de fármacos y material de curaciones por parte del personal ambulatorio, entre el 5 y el 15 de Marzo de 1994. (Fs. 804)
- 8) Registro diario de consumo de medicamentos por personal ambulatorio entre el 5 y el 15 de Marzo de 1994.(Fs. 806).
- 9) 155 recetas médicas emitidas entre el 5 y el 15 de Marzo de 1994. (Fs. 790/796; 807/829 y 832/843) y 13 emitidas entre el 4 y 6 de Abril/94.
- 10) Fichas individuales de salud de O. CARRASCO y de O. COSTA.
- 11) Ficha de Consultorio Externo de PACHECO S., GOMEZ Ester y ALFARO J.
- 12) Libro de Guardia, entre el 2 y el 9 de Marzo de 1994 (Fs. 799/804)
- 13) Planilla de atención médica del 1 al 9 de Marzo de 1994.(Fs 797)
- 14) Planilla de atención de pacientes por guardia médica , del 2 al 17 de Marzo de 1994. (Fs. 798)
- 15) Historias clínicas de todos los pacientes internados en el Hospital Militar ZAPALA entre el 5 y el 15 de Marzo de 1994.
- 16) Estudio sobre vísceras de O. CARRASCO efectuado en el Laboratorio Químico de Gendarmería, con la colaboración de la Facultad de Ciencias Exactas.
- 17) Libro de Guardia central del 8 al 15 de Marzo
- 18) Planilla de atención médica del 8 al 31 de Marzo
- 19) Libro de guardia del 9 al 31

20) Inventario de efectos de consumo de la guardia médica entre el 6 y el 15 de Marzo de 1994.

21) Análisis sobre los órganos de O. CARRASCO.

OBJETO DE LA NUEVA PERITACION;

Ampliar la respuesta a las preguntas que oportunamente V.S. me efectuara, y detallar cualquier otro elemento de valor pericial que sirva para la investigación que se está llevando a cabo.

ITEMS	TITULO	PAGINA
XXXI	NUEVO OFERTORIO PARA EL LUGAR DEL HECHO	81
XXXI	LA EVIDENCIA DE LO NO OBSERVADO	82
XXXII	CADAVERES QUE SANGRAN	82
XXXIII	RECETAS EMITIDAS	83
XXXIV	LA DESPROLIJIDAD DE CORVALAN	84
XXXIV	LA LETRA DE CORVALAN	86
A)	FUNDMENTOS DE LA PERITACION DOCUMENTOLOGICA	87
XXXIV	LA FIRMA DE CORVALAN	95
B)	FORMA Y PARTE DE LO QUE DEBE SER UNA RECETA	98
XXXVII	LA REGULARIDAD DEL MEDICO AGUIRRE	100
XXXVIII	EL 9 INVERTIDO DE TRONCOSO	106
XXXIX	LA APARENTE PROLIJIDAD DE TEMI	108
	EL USO DE L AGUJA BUTTERFLY	114
XL	EL GANGLION	118
XLI	EL USO DE LOS CORTICOIDES	119
XLII	SAMUEL PACHECO Y SU GANGLION	124
XLIII	RIOSECO Y SU GANGLION	131
XLIV	EL GANGLION DE JORGE VAZQUEZ	133
XLV	OTRAS DOS DE CORVALAN	136
XLVI	LOS ANTIBIOTICOS Y LA VACUNA ANTITETANICA	140
XLVII	UN ROLLO DE PAPEL PRA ECG Y UN BISTURI	143
XLVIII	LAS MATEMATICAS, UNA CIENCIA EXACTA	148
XLIX	LA LISTA DE INTERNADOS Y ANALISIS DE SUS HISTORIAS CLINICAS	160
	ESQUEMA DE LAS RECETAS SOSPECHOSAS Y SUS AUTORES	166
L	EL LIBRO DE GUARDIA DEL 4 AL 8 DE MARZO	177
LI	LA MUERTE DESPUES DE LA MUERTE	186
LII	OTRAS RECETAS PERICIADAS	187
LIII	LOS ORGANOS PERICIADOS DE OMAR CARRASCO	213
LIV	EL PRINCIPIO DEL FIN	214
LV	ALGUNOS PRINCIPIOS, DISTINTOS AL ANTERIOR	214
LVI	BIBLIOGRFIA	217

XXX.- NUEVO OFERTORIO PARA EL LUGAR DEL HECHO.-

Como vemos, han existido otros elementos de incalculable valor que fueron pasados por alto, a pesar de su notoria visibilidad.



Existe una manija que de haber estado previamente en el suelo, habría sido tapada por la camisa; sin embargo, está colocada sobre uno de los pliegues de la camisa. Se repite la existencia de otra virola similar a la que está al lado de la mano derecha del cadáver.

Existe un conector de los denominados “plug”, no hallando explicación de su presencia en dicho lugar.

Claramente se observa una lienza blanca, que muy bien pudo haber sido utilizada en el transporte del cadáver, pero nada se pudo saber acerca de su contextura y procedencia.

La llave con aro a la cual hice referencia en la primera parte de la peritación, estaba depositada sobre lo que a simple vista parecía un pedazo de papel blanco, pero una observación con lupa de 4 aumentos permite ver que dicho “papel blanco” no es sino el billete de un peso que sí se secuestró. Vale decir, observaron el billete pero “no vieron” la llave, lo que metafóricamente podría expresarse como “vieron el árbol pero no vieron el bosque”.

XXXI.- LA EVIDENCIA DE LO NO OBSERVADO.-

Tal como surgió de la segunda autopsia, había un aumento importante de volumen en zonas topográficas izquierdas del cuerpo, evidenciando por mecanismos que ya expliqué, una prolongada ubicación del cadáver en esa posición, o por lo menos con una importante inclinación hacia ése lado. La fijación de los líquidos corporales fue de tal magnitud que no desapareció a pesar de los días transcurridos entre ambas autopsias y del decúbito dorsal del cadáver en el féretro. Acorde a la foto, vemos que hay una proporción de aumento volumétrico de 2 a 1 del hombro y brazo izquierdos respecto de los derechos, DE IMPOSIBLE INOBSERVANCIA a pesar de lo pequeño que sea el recinto donde se hizo la primera autopsia y de una mencionada deficiencia lumínica.



XXXII.- CADÁVERES QUE SANGRAN.-

El perito PRUEGER, con relación a una mancha encontrada en un tanque de agua (de la que supuso con elevada probabilidad que era de sangre) dice en Fs. 1148;

“Indudablemente, lo que sangró allí, estaba tirado, es decir en contacto con el piso, por la posición, de la mancha en relación al lugar podría corresponder una herida que se ubicaría en la cabeza o extremidad inferior, recuérdese que la víctima presentaba una seria lesión en el ojo izquierdo.”

DIGO:

Lo indudable es que, acorde a los detallados estudios anatomopatológicos, la lesión no existía (en una foto ampliada se ve un colgajo putrefacto de piel correspondiente al párpado inferior y región malar izquierda, con una gran destrucción larvaria subyacente, lo que lleva muchas veces a confundir esto último con lesiones preexistentes.)

Pero hay otro hecho categórico que el perito PRUEGER desconoce: una vez avanzada la putrefacción, comienza a fluir sangre putrefacta de fosas nasales y

boca, producto de la desintegración de las mucosas con sus respectivos vasos, y que por la formación de gases son arrastrados al exterior. ESTA SANGRE NO PROVIENE DE NINGUNA HERIDA, pero lleva a confundir al no experimentado.

A tal efecto, expongo a V.S. un caso de observación personal a modo de ejemplo:



XXXIII.- RECETAS EMITIDAS.-

Sobre un total de 155 recetas, confeccioné un cuadro con cada una de las personas firmantes, lo que brinda un panorama de la actividad desarrollada del 5 al 15 de Marzo de 1994.

PROFESIONAL	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Parc.
CORVALAN Jorge (Médico Traumat.)	19	2	1	6	8	1		2	1	4	5	49
TEMI Daniel (Médico Clínico)		4	1	2	4			1		1	1	14
ABRAHAM Antonio (Médico ORL)	1											1
AGUIRRE Emilio (Médico Clínico)	1	5		2								8
CARMONA José (Director Médico)			5	2			3	1	1	1	1	15
KURCHAN Norberto (Médico)		1			2		1				3	7
BORBON Juan (Jefe Laborat.)				1				1	1		1	4
CORONEL Oscar (Médico)										1		1
ARAUJO Martin (Odontólogo)						1				1	1	3
VILLALBA Mabel (Sgto. Cirugía)				1								1
ZAMBELLI Oscar (Médico Traumat.)					1		1		1	1		4
FIRMAS NO IDENTIFICADAS			1	1	5	4	6	2			5	24
SOTO Luis (Sgto. Laborat.)			1	5								6
TRONCOSO María (Subteniente)					1					1	2	4
MARTELLO Gimena (Subteniente. Guardia)							1	3	2			6
MATAYOSKI					1			3	2		1	7
ARENAS Mónica (Capitán. Jefe Laborat.)											1	1
Total=155												

Como vemos, el mayor emisor de recetas ha sido el Médico CORVALÁN, con concentración los días 5, 8 y 9.

El médico TEMI ha emitido más recetas los días 6 y 9.

Llama la atención la única receta emitida el día 8 por la Encargada del servicio de Cirugía y Esterilización, Sargento Ramona Mabel VILLALBA de VERON

El Médico KURCHAN emite una receta el día 6, sobre el cual se remarcó un 7 y finalmente un 8. (de mayor tamaño que el 6 y el 03 originales.)

Llama poderosamente la atención la receta firmada por la Subteniente María Patricia TRONCOSO el día 9, y sobre la cual volveré oportunamente.

No consta en las listas del personal el Mayor Médico MATAYOSKI, que emitió 7 recetas a partir del día 8.

XXXIV.-LA DESPROLIJIDAD DE CORVALAN.-

Voy a pasar revista de todas las recetas emitidas examinando a soldados de la clase 75, en la que deben constar los datos del examinado, el destino, y el diagnóstico que justifique el medicamento solicitado.

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	DESTINO	DIAGNOSTICO	Fs.
5/3	PEREYRA Pablo	RIM 10	F. Tifoidea	833
	AHUMADA Ángel	G.A.161	Traumat. mano izquierda	791
	PEÑA Gustavo	G.A 161	Cortadura dedo índice derecho	807
	PEÑA Gustavo	BÁL.NQN	Herida cortante	808
6/3	VAZQUEZ Jorge	G.A.161	Sin diagnóstico	793
	PACHECO Samuel	G.A 161	Sin diagnóstico	793
7/3	PUENCO Jorge	G.A.161	Crisis histérica.	809
8/3	ORELLANO Marcelo	G.A 161	Sin diagnóstico	809
	COSTA Orlando	G.A 161	Cuerpo extraño en...?	811
	CLACCIO Juan	G.A 161	Sin diagnóstico	810
	CEDORE Raúl	G.A 161	Sin diagnóstico	810
	FRIA Alejandro	G.A 161	Sin diagnóstico	810
	MORÁLES Antonio	G.A 161	Sin diagnóstico	812
9/3	MULLER Gustavo	G.A 161	Síndrome gripal	813
	INENTENDIBLE	GA 161	Bronquitis	813
	INENTENDIBLE	G.A 161	Síndrome gripal	814
	INENTENDIBLE	GA 161	Cólico intestinal	815
	INENTENDIBLE	RIM 21	Sin diagnóstico	815
	INENTENDIBLE	G.A 161	Diagnóstico inentendible	815
	VAZQUEZ Jorge	G.A 161	Sin diagnóstico	817
	PACHECO Samuel	G.A 161	Sin diagnóstico	817
10/3	MORALES Antonio	G.A 161	Gonalgia	818
12/3	HUANQUE Raúl	G.A 161	Sin diagnóstico	821
13/3	MOGNI Diego	RIM 21	Asma bronquial	841
14/3	INENTENDIBLE	RIM 10	Gonalgia	823
	RIQUELME Juan	G.A 161	Síndrome meniscal	823
	RODRIGUEZ F	G.A 161	Uña encarnada	824

15/3	FRÍAS	BAL	GONALGIA	826
	INENTENDIBLE	G.A 161	Gonalgia	1
	INENTENDIBLE	CA.Caz M 6	Dorsalgia	82
	INENTENDIBLE	GA CAZ	Traumatismo	828
	INENTENDIBLE	G.A 161	Gonalgia	828

sobre 32 recetas analizadas, la irregularidad de la letra no me permitió identificar los nombres de las personas atendidas en 10 de ellas.

En 11 no colocó el diagnóstico, correspondiendo 2 al día 6 (VAZQUEZ Jorge y PACHECO Samuel), 4 al día 8 (CLACCIO, CEDORE, FRIAS y MORALES), y en 3 del día 9 (reapareciendo VAZQUEZ Jorge, PACHECO SAMUEL, y otra inentendible de Fs. 815)

La última es del día 12, a nombre de HUANQUE Raúl, que en la planilla de atención por Guardia Médica consta como atendido el día 13 y 14 por aplicación IM, pero a nombre de HUANQUE GUSTAVO.

13/3/94 s/c 75 GA 101 MALINDAL, Samuel Caporasa
 13/3/94 s/c 75 GA 101 CASAPUE JUAN, Aplicacion Ibr
 20/3/94 s/c 75 GA 101 RODRIGUEZ FRIAS, Aplicacion dedo pre 127
 ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

2 14.3.94 s/c 75 GA 161 RODRIGUEZ JUAN, curacion pie 199
 3 14.3.94 s/c 75 GA 161 RIQUELME JUAN, IT
 4 14.3.94 s/c 75 GA 161 HUANQUE GUSTAVO, IT
 5 14.3.94 s/c 75 GA 161 HUANQUE GUSTAVO, IT

En todas colocó el destino de los soldados, EXCEPTO en una, la de COSTA Orlando, del día 8, y que consta en la planilla de atención médica del día 7.

07 MAR 94 s/c 75 BAL PENAS GUSTAVO, curacion
 07 MAR 94 s/c 75 Gpo AET DIAZ CLAUDIA, curacion
 07 MAR 94 s/c 75 GA 4 COSTA ORLANDO, curacion
 07 MAR 94 s/c 75 RINLO ESPINOSA OSCAR, curacion

Vale decir, fue atendido el día 7 por el médico KURCHAN y no por CORVALÁN el 8, ya que volvería a estar anotado en dicha fecha.

Lo mismo ocurre con MORALES Antonio;

09/06/94 s/c 75 GA 161 OREYANO No celo, Dicolson IT
 09/06/94 s/c 75 GA 161 MORALES Antonio, Dicolson IT
 10 MAR 94 s/c 75 GA 161 RODRIGUEZ ALDO, Dicolson IT
 10 MAR 94 s/c 75 GA 161 MORALES ANTONIO, Dicolson IT
 10 MAR 94 s/c 75 GA 161 GONZALEZ JUAN, IT

Como vemos, hay dos fechas de atención médica, (el 9 y 10 de Marzo) en los cuales se le aplicó una inyección de Diclosan IM cada día, mientras que en las dos recetas a su nombre consta atendido en la primera de ellas el día 8 (indicando 3 ampollas de Diclofenac) y en la segunda el día 10 (indicando 1 sola ampolla de Diclosan (es uno de los nombres comerciales del Diclofenac), no encontrando en las planillas que obran en mi poder (fotocopias) que haya comenzado el tratamiento el mismo día 8 ni que haya sido atendido el día 11 y 12 para terminar con el total de ampollas indicadas para su dolor de rodilla. Es decir, por ahora sobran 2 ampollas de Diclosan. (y 2 jeringas con sus agujas)

Nº ① EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - H M Z

Apell y Nomb: Mercedes Bortolan

Grado o Parent: ...

I.O.S.E. Nro: ...

Rpl.

Diclosan
ampolla 1 sola,
Jeringa 5 cc / 100 mg

Diag: ...

ZAPALA: 6/3/1994

[Firma]

②

Mercedes Bortolan

Rpl.

Diclofenac
ampollas 3
Jeringas 5 cc - 3

8/3/94 **(4)**

[Firma]

XXXV.- LA LETRA DE CORVALAN.-

A fin de identificar su letra, expondré 15 recetas con su sello y firma. Llenan el requisito documentológico que fueron hechas a través de un determinado tiempo, existiendo anteriores, simultáneas y posteriores al 9 de Marzo (fecha que tomo solamente como referencia para el análisis caligráfico.)

Casi todos los médicos se caracterizan por su letra irregular, lo que hace que en oportunidades ni un farmacéutico pueda interpretar el texto de las recetas. Jorge CORVALAN no escapa a tal regla, lo que a simple vista puede verse. No obstante ello destacaré grammas similares que servirán no solo para su identificación sino para posteriores estudios comparativos.

A.- FUNDAMENTOS DE LA PERITACIÓN DOCUMENTOLÓGICA.-

Se basa en las características fisiológicas y psicológicas personales que posibilitan la identificación de una escritura. Estas características pasan por ciertas etapas, a saber;

1) Adquisición de un grafismo; la misma se realiza por imitación en el niño. La fluidez que se adquiere en forma progresiva, llega a ser enteramente auténtica o casi inconciente.

2) Fijación y automatización; la imagen del movimiento a ejecutar debe estar íntegramente elaborada antes que se pongan en movimiento los reflejos orgánicos que generados por ella producirán el dibujo de la letra. Es decir, el movimiento a ejecutar debe estar precedido de esa imagen íntegramente representada. Es una etapa regida por la voluntad.

La repetición de un movimiento voluntario hace que el mismo se torne cada vez más fácil, por lo que la imagen representativa interior necesita ser menos elaborada (es decir, hay una disminución de la resistencia psíquica), bastando la concientización de una fracción infinitesimal de ella para desatar los reflejos motores y reproducir el movimiento. Se produce entonces la automatización del movimiento (movimiento inconciente). Esta automatización y afianzamiento se llama Gesto Gráfico, y es propio de cada individuo. El Gesto Gráfico es entonces la característica que cada escritor introduce a su escritura durante la elaboración de su automatismo.

Finalmente cada persona posee una escritura que le es propia y se diferencia de las demás.

Cada personalidad escritural soporta cambios graduales en el curso de la vida del escritor, pero manteniendo elementos básicos de la misma. En el caso de toda la documentación que periciaré, éste es un elemento que no ha variado en ninguna de las escrituras, ya que el lapso de su producción es corto (del 5 al 15 de Marzo). En el caso de existir cambios, siguen siendo individuales en cada escritor.

Las variaciones en la escritura de una persona tienen relación directa con la mayor o menor rapidez de la ejecución y con el cuidado que pone en la realización, y son menores entre escritos realizados en un mismo momento que entre escritos confeccionados en distintos momentos. Si bien la escritura se puede modificar voluntariamente, el esfuerzo realizado para lograr el cambio dejará sus huellas. Aún escribiendo en circunstancias difíciles, se trazan instintivamente formas de letras que son habituales al mismo escritor, -se trazan las letras que son más sencillas y fáciles de construir siguiendo la ley del menor esfuerzo-, pero en caso de una aguda declinación física por diversas enfermedades, la disminución de la calidad de la escritura la afectará globalmente participando todas las propiedades de la misma, y no quedando delimitada al cambio de uno o dos elementos.

Un falsificador, por ejemplo, debe vencer su propio automatismo gráfico y producir por movimientos concientes las formas escritas de un automatismo ajeno, dándose la paradoja que un falsificador no puede ser un hábil escritor altamente automatizado. Un automatismo elevado es prácticamente incontrolable e impide imitar con eficiencia una escritura ajena, ya que en los grados avanzados de automatismo, éste se opone a producir concientemente actos diferentes, pero vez análogos a los automatizados. Por tal acción psíquica se introducen en el texto manifestaciones del propio automatismo del falsificador, y que no puede evadirse de ellas al ejecutar su imitación. Por eso deben buscarse esas manifestaciones en los puntos en que comúnmente decae la atención, como los finales de frases, finales de escrito y rasgos poco aparentes, ya que la falta de inhibiciones

voluntarias o por lo menos la disminución de las mismas permite una mayor actuación de los automatismos.

En el caso de autos ha existido una gran cantidad de elementos suficientemente conocidos para periciar -muchos de ellos indubitables-, lo que me permitió una aceptable comparación de los mismos y la emisión de un juicio final razonable. El examen y comparación de la escritura es básicamente similar a la comparación de dos o más objetos cualquiera para determinar su parecido. De tal manera que, y en base a los fundamentos explicados, lo importante es buscar y encontrar hábitos comunes, sutilezas habituales o no, que se repiten tanto en la letra cuestionada como en la conocida, y la toman inconfundiblemente identificable. Resumiendo, la letra debe estudiarse para determinar la gama de variaciones normales y ver si la escritura cuestionada encaja dentro de dicha gama. Las comparaciones fueron hechas sobre toda la documentación original, y que se hallaba en el Juzgado Federal de ZAPALA, reservando y mostrando en el trabajo solamente las fotocopias para una mejor comprensión de lo realizado sobre los originales. La cantidad analizada permite arribar a conclusiones valederas.

Analicé las características Extrínsecas, como lo son la velocidad, continuidad, retomas, agregados, inclinación de los ejes de escritura, orientación, diagramación, ornamentación, irradiación, proporcionalidad, intervalos, cultura gráfica, errores de sintaxis, de puntuación, de redacción, y de forma o estilo de presentar un texto.

Asimismo analicé las características Intrínsecas, es decir estudio del aspecto particular de cada letra y deduje la espontaneidad, rasgos, signos de puntuación y ortografía, y todos los demás factores que para las Extrínsecas. En las Extrínsecas e Intrínsecas incluí el presionado del elemento escritor, el grosor de trazos y rasgos y los diferentes elementos usados en la escritura (lápiz, bolígrafo o lapicera), raspaduras, y borrados con goma o lavados. Seguiré el siguiente método;

- 1) Análisis Extrínseco de los documentos indubitados
- 2) Análisis Extrínseco de los elementos dubitados
- 3) Análisis Extrínseco comparativo
- 4) Análisis Intrínseco del elemento indubitado
- 5) Análisis Intrínseco del elemento dubitado
- 6) Análisis Intrínseco comparativo
- 7) Evaluación final.

Finalmente: las marcaciones hechas en las fotocopias reproducen lo hallado en los originales y así lo hice para no alterar el denominado "soporte" a fin ce que V.S. pueda solicitar otro tipo de peritaciones sobre las recetas y todo e resto de la documentación, si así lo creyera conveniente.

La receta constituye un documento en el amplio sentido de la palabra.

Es la expresión escrita de la actividad médica global en cada caso, pues es un resumen del diagnóstico, pronóstico y tratamiento realizado por el médico, y permite juzgar objetivamente su

capacidad. Es el último paso en la aplicación de la farmacología a la clínica, e implica el conocimiento de la acción farmacológica, absorción, destino, excreción, toxicología, indicaciones y posología de las drogas.

Por todas estas razones, la receta debe escribirse en el idioma oficial para cada país, siendo que en el nuestro y por imperio de la LEY 17.132, deben escribirse en castellano, DE PUÑO Y LETRA DEL MEDICO, en forma clara -esto último es esencial, pues puede tratarse de un asunto de vida o muerte para el paciente- fechadas y firmadas.

El Decreto LEY 17.132, en el artículo 2, tal cual me lo enseñaron en la Facultad de Medicina cuando cursé la materia Medicina Legal, define el ejercicio de la medicina como alguna de las siguientes circunstancias o actos;

- anunciar
- prescribir
- indicar
- aplicar
- cualquier procedimiento, directo o indirecto de uso en; diagnóstico y/o pronóstico de las enfermedades de las personas, recuperación, conservación y preservación de la salud de las personas, etc.

Es decir, la emisión de una receta es un acto eminentemente médico, que no puede ser delegado en otras personas, siendo tan así que el Artículo 20 en su inciso 22 lo prohíbe taxativamente;

- “Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la medicina delegar en su personal auxiliar, facultades, funciones o atribuciones inherentes o privativas de su profesión”

El Manual de Medicina Legal de A. ACHAVAL, 2^{da} edición actualizada, en su pág. 637 dice;

“Es una forma bastante común de cometer delitos por los médicos en sus vacaciones, o en sus institutos o sanatorios, en las guardias o en medicina del trabajo y control de ausentismo laboral, permitiendo la actuación y prescripciones por parte de auxiliares o colaboradores (psicólogos, enfermeras, etc.).”

También dice en la página 605 que “La primer cualidad del médico ha de ser la honestidad. Sin ella no hay ejercicio digno de la medicina, ni ante el individuo ni ante la sociedad.”

En nuestro caso he hallado la siguiente variedad de confección en las mismas

- 1) Recetas hechas en su totalidad por el médico actuante (1 sola letra y firma)
- 2) Recetas hechas de puño y letra por personal auxiliar médico, solicitando diversos materiales de enfermería, cirugía, curación y atención clínica, en 2 modalidades
 - a) Con sello y firma avalatoria de profesional médico.
 - b) Sin sello y firma avalatoria de profesional médico.
- 3) Recetas de confección mixta (con letra y firma del médico actuante y agregados con letras diferentes, correspondientes a personal auxiliar médico)
- 4) Recetas con fechas adulteradas
- 5) Recetas con firmas adulteradas.

De todo ello brindaré individualmente su precisión, a través del estudio scopométrico.

③ EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - M 2
Apell y Nomb: *Juan Carlos*
Grado o Parent: *1.º*
I.O.S.E. Nro: *CA 03 Ue*

Rp/

Diccionario
apellidos + 4
ponerlos 4.

Diag: *Diccionario*
ZAPALA 5/31 1994

⑤

Dr. JOSE E. CORVALAN
Médico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 74.938 - M. P. 2.097

④ EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - Ca San 6
Apell y Nomb: *Manuel Dean*
Grado o Parent: *1.º*
I.O.S.E. Nro: *CA 161*

Rp/

Prestaciones
4 apellidos

Diag: *apellidos*
ZAPALA 5/31 19

①

Dr. JOSE E. CORVALAN
Médico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 74.938 - M. P. 2.097

ANALISIS EXTRINSECO.-

VELOCIDAD; tiene dos componentes de muy veloz; "r" casi sin meseta
simplificación de la "s" y falta frecuente de cierre de la o y a.



El resto es de escritura Veloz o Normal

- Dimensión de media a grande
- Precisión en colocación de signos de puntuación
- Equilibrio entre uso de ángulos y curvas
- Uniformidad en dirección y espaciamento
- Inclinación leve de ejes de escritura a la derecha
- No hay uniformidad en el desarrollo gráfico
- Barra horizontal de la letra "T" ligeramente desplazada a la derecha

Un elemento de escritura lenta; levantamiento del elemento escritor casi constante después de las mayúsculas.

Estamos por lo tanto ante una escritura de velocidad normal.

El presionado es mediano, con uniformidad en el grosor de trazos y rasgos.

La inclinación de ejes guarda paralelismo.

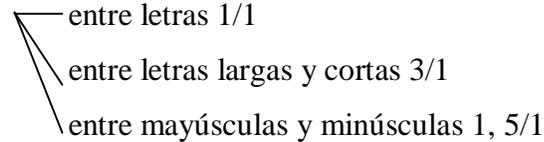
El elemento escritor se levanta sólo al comienzo de cada texto y mayúsculas. ↑

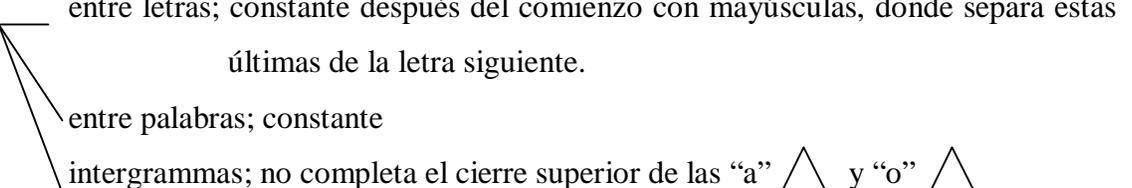
La orientación de la línea de base es horizontal \longrightarrow

La diagramación es medianamente legible y en oportunidades ilegible.

Irradiación; componentes verticales expansivos.

Calibre de escritura; irregular, disminuyendo a medida que progresa el renglón.

Proporción; 

Intervalos; 

entre palabras; constante

intergrammas; no completa el cierre superior de las “a” \triangle y “o” \triangle

Cultura gráfica; buen manejo del elemento escritor.

ANÁLISIS INTRINSECO.-

- Espontaneidad; es espontáneo, ya que su escritura carece de retoques, retomas, sin detenciones frecuentes y sin temblores. En la receta señalizada como (o) vemos que no ha existido sobreimpresión sino que comenzó con la letra “D” (los medicamentos que más receta son Diclosan, Diclofenac, y sobre la marcha indicó Piroxicam, transformando la “D” en una “P”).

-Rasgos Iniciales; curvos (letra “R”, \hookrightarrow “D” y \triangle “P” \hookrightarrow)

-Trazos Iniciales; curvos. Ya indiqué que la “a” y la “o” no completan su círculo en la parte superior

-Inclinación de las letras; hacia la derecha.

-Morfología de las letras; todas curvas y la “m” y “n” en festón.

-Ortografía; correcta.

El ritmo de escritura es idéntico en todos los elementos analizados, ya que la velocidad es normal, existe continuidad en los trazos y tanto éstos últimos como los rasgos conservan el mismo grosor macroscópico.

Elementos particulares de gran frecuencia, casi constantes;

1) La “a”, con lazo en la gramma de escape: *“ae”, “o”, “el”*

2) la “p” con alargamiento del eje superior en bucle elíptico, y con bucle elíptico el inferior, lo que la hace parecer a una “f”.

3) el 7, con bucle en el extremo inferior de la barra vertical. \square

4) el 8, con gramma de ataque a mano suelta superior que forma a veces un 6 superior o inferior, y que completa el 8 sin retoques ni levantamiento del elemento escritor con el resto del círculo, ya sea superior o inferior, según donde termine su rasgo de ataque. \circ

5) el 9, con círculo elíptico e inclinación casi constante de 45 grados a la derecha. \square

El elemento escritor ha sido una birome

Ninguna de las recetas analizadas comparte ninguna característica, tanto extrínseca como intrínseca, con el resto de la numerosa documentación analizada perteneciente a otras personas que trabajan en el Hospital.

CONCLUSION; todas las recetas fueron hechas por el mismo autor; JORGE CORVALÁN

⑤ EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - H M Z
Apell y Nomb: *Alfonso P. ...*
Grado o Parent: *7.4.75*
I.O.S.E. Nro: *...*
Rp/ *ga 161*

Diagnóstico aft + y
pedregos ^{sw} / ojo + y
5

Diag: *Sus recurrente*
ZAPALA 4/31 1994

Jorge E. Corvalán
Médico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 74.539 - M. P. 2.097

⑥ EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - H M Z
Apell y Nomb: *Ricardo Juan ...*
Grado o Parent: *7.4.75*
I.O.S.E. Nro: *...*
Rp/ *ga 162*

Diagnóstico
empollas + y
pedregos ^{sw} / ojo + y

Diag: *Sus recurrente*
ZAPALA 4/31 1994

Jorge E. Corvalán
Médico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 74.539 - M. P. 2.097

⑦ EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - H M Z
Apell y Nomb: *Radigues F.*
Grado o Parent: *7.4.75*
I.O.S.E. Nro: *...*
Rp/ *ga*

Diagnóstico
empollas + y

Diag: *Sus recurrente*
ZAPALA 4/31 1994

Jorge E. Corvalán
Médico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 74.539 - M. P. 2.097

⑧ EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - H M Z
Apell y Nomb: *Ricardo Juan ...*
Grado o Parent: *7.4.75*
I.O.S.E. Nro: *...*
Rp/ *ga*

Diagnóstico
empollas + y
pedregos / ojo + y

Diag: *Sus recurrente*
ZAPALA 4/31 1994

Jorge E. Corvalán
Médico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 74.539 - M. P. 2.097

9 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - H/M 27

Apell y Nomb: *Manfredi*
Grado o Parent: *Capitán*
I.O.S.E. Nro: *64161*

Rpl

Spina

cap + 5
Superior 500
cap + 3

Diag: *Prospita*
ZAPALA: *9/31 1994*

1

[Signature]
Dr. Juan B. ...
Calle ...

11 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - H/M 27

Apell y Nomb: *Manfredi*
Grado o Parent: *Capitán*
I.O.S.E. Nro: *64161*

Rpl

Bursitis
cap + 5!

Diag: *Edema*
ZAPALA: *9/31 1994*

1

[Signature]

12 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - H/M 27

Apell y Nomb: *Jorge*
Grado o Parent: *Capitán*
I.O.S.E. Nro: *64161*

Rpl

[Diagram]
cap + 8!

Diag: *Jalga*
ZAPALA: *9/31 1994*

1

[Signature]
Dr. Jorge R. ...
Calle ...

13
Apell y Nomb: Kris Kestaw
Grado o Parent: Sp/75
I.O.S.E. Nro: Paal 91

Rpl
- Rpl
P. 14 p. 14 ma 500
up x 20

Diag: Keil. cetero
ZAPALA: 51 31 1994

(3)
[Signature]
[Signature]

14
Melano Kucalo
5/75 6A161

Rpl
Didokan
up x 2
p. 14 p. 14 ma 500
[Signature]
[Signature]

15
Lamin Juan
5/75 6A161

Rpl
Didokan
up x 6
Vol. 5 up
up x 3
[Signature]
[Signature]

16
Lino Paul A
5/75 6A161

Rpl
Didokan
up
p. 14 p. 14 ma 500
[Signature]
[Signature]

XXXVI.- LA FIRMA DE CORVALÁN.-

Para el estudio caligráfico de la firma de CORVALÁN y su posterior comparación con las recetas sospechadas, tomé 13 de ellas que van del 5 al 15 de marzo de 1994.

(18) *Receta*
EJERCITO ARGENTINO 832
BAL "NQN" - H M Z
Apell y Nomb: *Tocaino*
Grado o Parent: *S. E. 74*
I.O.S.E. Nro: *275-503/04*
Rp/ *Eritromicina 500 comp*
6
Diag: *Bronquitis*
ZAPALA: *05/04/1994*

(3)
Apell y Nomb: *de Leon*
Grado o Parent: *(S. E. 74)*
I.O.S.E. Nro: *275-503/04*
Rp/ *Urea 2 (dos)*
Diag: *Diabetes*
ZAPALA: *05/04/1994*

(19) EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z
Apell y Nomb: *de Leon*
Grado o Parent: *(S. E. 74)*
I.O.S.E. Nro: *275-503/04*
Rp/ *Urea 2 (dos)*
Diag: *Diabetes*
ZAPALA: *05/04/1994*

(20) EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - Ca Jan 6
Apell y Nomb: *de Leon*
Grado o Parent: *(S. E. 74)*
I.O.S.E. Nro: *275-503/04*
Rp/ *Aspirina comp*
2
Diag: *Arde la Rosa*
ZAPALA: *05/04/1994*

21 EJERCITO ARGENTINO
BAL "ADN" - M H Z (d)
Apellido y Nombre: *Corvalan*
Grado o Parenté: *Subteniente*
I.O.S.E. Nro: *0.A.C.A.3*
Rp/

*Particular y
separables
x 6*

Diag: *Troncoso Verónica*
21/07/1994

(1) *[Firma]*
Dr. Jorge E. CORVALAN
Médico
Ortopedia y Traumatología
M.N. 74.939 - M.P. 2097

Se analizan 13 recetas médicas, de las cuales, las letradas a), b), c) y d) llevan texto de letra correspondiente al médico CORVALAN, tal cual determiné en el punto anterior.

El resto comparte firmas con la subteniente TRONCOSO-e) y f)-, con Mabel VILLALBA de VERON -g), h), i), -con Jimena MARTELLO -j)-, no correspondiendo el texto a la letra de CORVALAN, y las no letradas tampoco comparten la letra del citado médico.

Análisis Extrínseco;

La firma tiene todas sus letras simplificadas no siendo legible el contenido, y aclarada solamente con un sello que especifica; “Dr. Jorge E. CORVALAN, Médico, Ortopedia y Traumatología, M.N. 74.939, M.P 2097.”

El tamaño es mediano, con ángulos y curvas rápidas sin acumulación de tinta. El presionado es mediano y angosto, según el elemento escritor utilizado en el momento de la firma.

Los ejes están inclinados hacia la derecha y guardan paralelismo

Es continua, con orientación de línea de base horizontal (—) o ligeramente ascendida, sin acentuaciones, con movimientos expansivos verticales y horizontales en equilibrio, con caja de escritura disminuida hacia de derecha, sin signaturas entre letras e intergrammas, escasa ornamentación y sustento de base a doble trazo de líneas. (la primera horizontal y la segunda arqueada con concavidad hacia abajo).

22 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z (a)
Apell y Nomb: *[Handwritten]*
Grado o Parent: *[Handwritten]*
I.O.S.E. Nro: *[Handwritten]*
Rp/



Didoran
cup + 2!
2 Jeringas loc de 40cc

Diag:

ZAPALA: 9/9/1994

(3)

[Signature]
D. JORGE B. CORVALAN
Médico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 74.939 - M. P. 2.097

24 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - Ca San 6
Apell y Nomb: *[Handwritten]*
Grado o Parent: *[Handwritten]*
I.O.S.E. Nro: *[Handwritten]*
Rp/

Cefacec - 500 Amp 4 - Quot
Gen Tomina 50 Amp 3
Jeringas ^{5cc} C/ATM. 3

(5)

Diag: *[Handwritten]*
ZAPALA: 14/3/1994

[Signature]
D. JORGE B. CORVALAN
Médico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 74.939 - M. P. 2.097

23 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z (b)
Apell y Nomb: *[Handwritten]*
Grado o Parent: *[Handwritten]*
I.O.S.E. Nro: *[Handwritten]*
Rp/

Aspisan
cup + 3

Diag: *[Handwritten]*

ZAPALA: 9/3/1994

(1)

[Signature]
Dr. JORGE B. CORVALAN
Médico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 74.939 - M. P. 2.097

25 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - Ca San 6 (c)
Apell y Nomb: *[Handwritten]*
Grado o Parent: *[Handwritten]*
I.O.S.E. Nro: *[Handwritten]*
Rp/



Didoran
cup + 2!
Jeringas ^{5cc} C/ATM. 3

Diag: *[Handwritten]*
ZAPALA: 14/3/1994

[Signature]
D. JORGE B. CORVALAN
Médico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 74.939 - M. P. 2.097

Análisis Intrínseco;

La firma es espontánea, ya que no hay retoques, retomas, detenciones o temblores. El rasgo de ataque () es una línea vertical oblicua, que correspondería a una “J” mayúscula simplificada, proveniente de la primera letra de su nombre (Jorge).

Le sigue un desarrollo de varias letras simplificadas angulares ilegibles, con gramma de escape () curvo con concavidad a la derecha e inflexión previa  que se repite en todas las firmas analizadas (carácter constante), a pesar de que a simple vista todas ellas parezcan disímiles.

Este escape se prolonga a la izquierda () trasvasando siempre el comienzo de la “J” (o su eje vertical), y vuelve rápidamente a la derecha, a veces entrecruzando u otras veces no a la primera línea de sustento (que es horizontal), y terminando más allá de la finalización del cuerpo de la firma. Esta segunda línea está siempre arqueada, () con concavidad hacia abajo.

En todas las recetas anteriores se pueden observar con claridad los detalles descritos, siendo el rasgo de ataque y el de escape de una particularidad casi constante.

CONCLUSION; en todas las recetas analizadas la firma es de Jorge CORVALAN.

A los efectos de unificar la marcación y hacer más fluida la lectura de la peritación scopométrica (Análisis Extrínseco e intrínseco), utilicé marcaciones como círculos, flechas, cuadrados, rectángulos, marcación fluorescente, y signos que deberán ser tomados como punto personal de referencia (es decir, no existe una marcación universalmente aceptada, dependiendo del criterio práctico del examinador).-

B.- FORMA Y PARTE DE LO QUE DEBE SER UNA RECETA.-

La “prescripción o receta” es un pedido de medicamentos hecho por el médico a farmacéutico para el paciente, que incluye instrucciones para el enfermo referente al empleo de dichas drogas. La receta consta de 5 partes; a) superscripción o preposición; b) inscripción; c) suscripción; d) instrucción; e) requisitos legales.

a) SUPERSCRIPCION; consiste en el signo R/p, abreviatura de la palabra latina “recipe” que significa “tómese”, equivalente en éste caso a “despáchese”.

b) INSCRIPCION; es la parte más importante de la receta, y contiene los nombres y cantidades de las drogas. Los nombres de los medicamentos pueden ser genéricos o los registrados únicamente para prescribir las especialidades farmacéuticas

c) SUSCRIPCION; se indica la forma farmacéutica de la prescripción.

d) INSTRUCCION; contiene los datos que se suministrarán al paciente para que pueda tomar correctamente el medicamento, indicando cantidad, forma, momento y vía de administración.

e) REQUISITOS LEGALES; ya que la prescripción es UN DOCUMENTO, debe ir fechado y firmado por el médico, sin cuyos requisitos la receta no es válida.

26 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M 2
Apell y Nomb: Blanco Hugo
Grado o Parent: 3e 7d
I.O.S.E. Nro: Ga. 141
Rpl

↓ Dexo no lesion aus
For (aus)

↓ Jeringa 10 ml e/agua
40/8

diag: Alergia
ZAPALA: 01/03/1994

22 [Signature]
Osteofitico

27 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M 2
Apell y Nomb: Alencado Angel
Grado o Parent: Hijo Sarg. Pto
I.O.S.E. Nro: GA. 141
Rpl

Nanda de combu
7 cu

diag: Neuromioma Nerv Iz
ZAPALA: 05/03/1994

[Signature]
Neuromioma Nerv Iz

j EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M 2
Apell y Nomb: Gervasio
Grado o Parent: 3e 7d
I.O.S.E. Nro: Ga. 141
Rpl

↓ Penicilina 500
Alcohol 500
Esterilizado 200
Parvinox 200

diag: [Signature]
ZAPALA: 05/03/1994

[Signature]
Osteofitico

29 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M 2
Apell y Nomb: Juanco Jose
Grado o Parent: 3e 7d
I.O.S.E. Nro: Ga. 141
Rpl

↓ Busca puer comp
3 hrs
Jeringa 10 ml e/agua IM
1 (ml)
Distancia long a p.

diag: Crisis Vertica
ZAPALA: 04/03/1994

[Signature]
Crisis Vertica

XXXVII.- LA REGULARIDAD DEL MEDICO AGUIRRE.-

Voy a establecer identidad caligráfica en 4 recetas con su firma, y utilizaré una quinta a nombre del soldado FRIAS Alejandro para diferenciar la letra del citado médico de otras dos, que a simple vista parecen similares; la de Mabel VILLALBA de VERON y la de Gimena MARTELLO. Posteriormente servirá para deslindar responsabilidades en cuanto a la confección de otras recetas utilizadas para retirar medicamentos y elementos de atención médica de manera injustificada.

VERON y la de Gimena MARTELLO. Posteriormente servirá para deslindar responsabilidades en cuanto a la confección de otras recetas, utilizadas para retirar medicamentos y elementos de atención médica de manera injustificada.

30 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - II M 2
Apell y Nomb: Walter
Grado o Parent: Sold 771
I.O.S.E. Nro: 60 161
Rp/ Guardia Médica
Proxican
comp x 6
Diag: Depresión
ZAPALA: 05/03/1994
Dr. Aguirre
M.P. 1440

31 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - II M 2
Apell y Nomb: Lucas
Grado o Parent: Guardia Médica
I.O.S.E. Nro: 60 561
Rp/ Proxican
comp x 4
Diag: Neuritis óptica
ZAPALA: 31/03/1994
Dr. Aguirre
M.P. 1440

32 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - II M 2
Apell y Nomb: Rodríguez
Grado o Parent: Guardia Médica
I.O.S.E. Nro: 60 164
Rp/ Proxican
comp x 3
Diag: Dolor de oído y garganta
ZAPALA: 06/03/1994
Dr. Aguirre
M.P. 1440

33 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - II M 2
Apell y Nomb: Gilberto
Grado o Parent: Guardia Médica
I.O.S.E. Nro: 60 160
Rp/ Proxican
comp x 4
Diag: Dolor de oído y garganta
ZAPALA: 06/03/1994
Dr. Aguirre
M.P. 1440

Los caracteres de su letra son claros, permiten la lectura de la receta sin dificultad, ha omitido solamente un diagnóstico (el de RODRIGUEZ Fabián), no se omitió el destino de cada soldado (G.A 161 y RIM 10 es lo único que no se corresponde con su letra), los medicamentos indicados se condicen con los diagnósticos emitidos, y la atención fue debidamente registrada en la planilla de guardia.

Nro	*FECHA*	*GRADO*	*DESTINO*	*APELLIDO Y NOMBRE*	*DIAGNOSTICO*	*VEZ*
06 Mar 94	5/c 75	GA 161	MONTECINO, Walter	Dispepsia		
06 Mar 94	5/c 44	GA 161	DIAS, Claudio	Aloncion 5/ diagnóstica		
06 Mar 94	5/c 75	GA 161	RODRIGUEZ, Fabián	Dolor Rodillader		
06 Mar 94	5/c 75	GA 161	LUCA, Alejandro	Dolor Rodillader		
06 Mar 94	5/c 74	GA 161	FERRAS, Alejandro	Traum brazo Izquierdo		
06 Mar 94	5/c 75	RIM 10	TILHEBIA, Oscar	Dolor de oído y garganta		
07 Mar 94	5/c 75	BOL	Leunao JERE	Cuina Inconven		

ANALISIS EXTRINSECO:

Las recetas analizadas llevan el N° 30 al 34, y todas ellas tienen una confección mixta. La Inscripción y Suscripción tienen un tipo de letra, pero el “destino” (I.O.S.E. Nro) -como ya lo indiqué- se corresponde a otro tipo de letra, al cual también se le agregan otros tipos, como la inscripción “guardia médica” y el diagnóstico de la 33 “dolor de oído y garganta”, a los que voy a identificar posteriormente en su autoría.

1) Ritmo de escritura;

a) rasgos de escritura muy veloz

- r con poca meseta
- simplificación de la “o” con falta frecuente de cierre superior 

b) rasgos de escritura veloz

- tamaño mediano
- curvas rápidas sin acumulación de tinta
- falta de arabescos
- barra horizontal de “T” no desplazada
- “p” sin bucles superiores ni inferiores.

c) rasgos de escritura normal

- Movimientos acompasados
- precisión en colocado de puntuación
- equilibrio en el uso de ángulos y curvas
- uniformidad de dimensiones y espaciamento
- inclinación leve a la D de los ejes de escritura 

Por lo tanto; estamos en presencia de una escritura espontánea, de normal a veloz.

- 2) La orientación de la línea de base es horizontal
- 3) Diagramación; legible
- 4) Cajón de escritura constante

5) Proporción entre letras { entre letras; 1/1
 entre letras largas y cortas; 3/1
 entre mayúsculas y minúsculas; 3/1

6) Intervalo { entre letras; el elemento escritor se levanta después de de la “P” y después de las “i”
 intermedias ↑
 entre palabras; constante
 intergrammas; no se observan

7) Cultura gráfica; buen manejo del elemento escritor

ANALISIS INTRINSECO;

La escritura es espontánea, carente de retoques, retomas, sin temblores y sin sobreimpresiones.

- 1) Rasgos y trazos iniciales; curvos
- 2) Inclinación de las letras; levemente a la derecha
- 3) Morfología de las letras; “m” y “n” en ángulo
- 4) Ortografía; correcta
- 5) Todos los trazos conservan el mismo grosor macroscópico
- 6) Elementos particulares de gran frecuencia;
 - a) “c” con gramma de ataque oblicua, a mano suelta inferior
 - b) “s” simplificada, con gramma de ataque vertical superior y bucle inferior ○
 - c) “p” sin cierre en su componente circular horizontal ○
 - d) “a” con gramma de escape normalmente ubicado
- 7) El elemento escritor ha sido una birome

Conclusiones;

La letra de las inscripciones y suscripciones analizada en las recetas, verosímilmente le corresponde a la misma persona. En éste caso al médico AGUIRRE, ya que no solamente está realizando un acto que solamente corresponde a su profesión-prescripción-, sino que lo certifica con una firma que aclara con su apellido -autoría-, y en base a los elementos extrínsecos e intrínsecos analizados.

En la receta 34 se ha modificado la fecha original, -que acorde al libro de guardia es del 6/3 (atención brindada al soldado FRIAS Alejandro)-, a través de una enmienda parcial de los guarismos. □ ←

.-LA FIRMA DEL DR. AGUIRRE.-

La encontramos en las 5 recetas periciadas (30 a 4), con características constantes en todas ellas, excepto en la 31, donde está más desarrollada. Es abreviada, y se observa que está compuesta por las mayúsculas “E” y “A”.

ANALISIS EXTRINSECO;

- 1) Ejes inclinados a la derecha que no guardan paralelismo, ya que divergen hacia abajo y su convergencia superior se entrecruzan. //
- 2) Orientación levemente ascendente. —>
- 3) Movimientos verticales expansivos y horizontales poco expansivos.

4) Calibre; en todas ellas el extremo superior de la “A” sobrepasa a la “E”, ya que su comienzo está por encima de la línea de base de la “E”.

5) Proporcionalidad; 1/1.

No hay intervalos, siendo su trazo continuo desde el comienzo al final. El elemento escritor solo se levanta para trazar una corta línea de base ascendente por debajo del gramma de escape de la “A”.

EXAMEN INTRINSECO:

1) Escritura espontánea

2) Trazos y Rasgos;

a) la “E” comienza con un trazo oblicuo a mano suelta en forma de anzuelo○, continuando hacia arriba hasta que vuelve sobre sí misma formando un bucle angosto↓ a la izquierda; cruza al primer trazo cuando se vuelve hacia adentro para formar la barra intermedia horizontal de la “E”→; de allí se continúa el trazo formando un arco amplia de convexidad izquierda (mitad inferior de la “E”)

La barra inferior horizontal de la “E” la remata en forma de círculo↓, de donde rebota hacia arriba formando un bucle angosto dentro del círculo↓. El rebote ascendente oblicuo es la primera rama de la “A”, que culmina en ángulo agudo↓ al bajar el trazo de la 2a rama de la “A”, que siempre resulta angosta una vez concluida. La finalización de la 2a rama de la “A” ocurre casi siempre dentro del círculo inferior de la “E”, y de allí se dirige a la derecha, saliendo del mismo por un corto espacio; y concluye verticalmente hacia abajo formando un ángulo redondeado de 90°.

Sobre éste último trazo de la letra “A” se cruza la línea de sustento de la firma↑, para lo cual ha levantado siempre el elemento escritor.

b) Debajo de la firma existe en todos los casos la aclaración manuscrita de la misma;

“DR. AGUIRRE, M.P 1440”

c) De la aclaratoria surge en forma característica y constante la letra “D” -de Dr.- con bucle en su base○ y “r” sin meseta √

d) La “A” del apellido forma un bucle en el extremo inferior de la barra descendente, con doble “rr” continuas, finalizando con una “e” en bucle normal, pero sobrepasando en altura al resto de las minúsculas, pues su comienzo no está en la línea de base sino que es una continuación de la meseta de la última “r”

e) Existe un levantamiento constante del elemento escritor después de la “i” (Agui - rre).*

CONCLUSION:

Las firmas y las aclaratorias analizadas fueron realizadas por una misma persona, identificándose a sí misma como Dr. AGUIRRE, M.P 1440.

Ahora estamos en condiciones de diferenciar la letra de AGUIRRE de las de VERÓN y MARTELLO.

40

DE LO GUARDIA 2 AL 3 DE MARZO

0600hs Entrega del personal civil sin sujeción a la Dra. Lidio Jara. Entrega certificado por el personal civil día 02 MAR 93.

Entrega el turno en los siguientes elementos:

Elemento	Miudad.	CA	LABOR.	RECORR.	SG.	HAB.TUR.	KINES.	TOTAL.
Sobacos	17	1	-	11	2	2	1	34
Fuertes	15	-	-	-	1	1	-	17
Ripantos	3	-	-	11	1	-	-	15
Orgánicos	10	-	-	-	2	-	-	12
botas	8	1	-	-	1	-	-	10

Queda una caja de eurocam en la ambulancia. Entrega el turno en los momentos que anteceden.

[Signatures and stamps]

Emisión Central
FEDRO ESPARTE CERRUT
Jefe del Neg.

Supervisor
Soc. del
Subof. 7(8)

Director AGG HMA

34 EJERCITO ARGENTINO
BAL "HON" - II N.º 7
Apell y Nomb: Luis Alejandro
Grado o Parent: GA 361
I.O.S.E. Hno: GA 361

GIMENA MARTELLO

- "a" circular y grama de escape breve
- "o" circular y grama de escape superior y ascendente
- "E" con bucle en barra central
- "n" en festón
- "s" con grama de escape hacia adentro y arriba, hasta contactar con el grama de ataque, formando un triángulo
- "4" abierto

Todas estas características particulares se repiten en forma constante. Permiten una clara diferenciación con la letra del médico AGUIRRE.

Rpl)

[Handwritten notes and diagrams]

Diagn: Terminación
ZAPALA AB B 1994

[Handwritten signature]

0150 Ingresó el Sr. J. A. Alvarado solicitando atención para su hijo Angel por trauma torácico

Se llama a la central y no se obtiene comunicación hasta las 01:09 hrs con el Dr.

0117 Ingresó el Dr. Brokers, atiende al paciente y solicita Rx por mañana, se realiza radiografía.

0125 Retiro médico paciente.

0600 Retiro del personal jurado. Sin novedades.

Próximo el turno con los sig. datos:

	Placard	Lau	Uob. ten	Uision	EA	SG	total
Exborca	23	-	2	1	-	8	34
Fuenda	09	-	1	-	-	6	16
Monho	14	-	-	-	-	1	15
Pujamo	8	-	-	-	-	4	12
Proto	7	-	-	-	1	2	10

Falta Fuenda (01) Responsable Sr. Alvarado

Se recibió 07 pl. novedades nuevas

PEDRO RAFAEL ESPINOSA
 T. 1111
 U. 1111
 U. 1111



Quien firmó
 Pedro J. de Terón
 2012

DE LA GUARDIA DEL SAL 6 DE MARZO
 Martín Elraín Araujo
 Mayor Odontólogo
 APO 16638 - APO 117
 Director ACO HIAZ
 CLAUDIA PERALTA
 Subt. Exp. Prof.
 OF TUR (E)

- “a” breve.
- “c” con gramma de ataque a mano suelta oblicuo descendente.
- “C” con semibucle superior.
- “o” circular completa, sin gramma de escape.
- “s” con grama de escape corto hacia adentro, sin tocar el de ataque.
- “E” con bucle en la rama horizontal superior.
- “n” en arca
- “4” cerrado en su extremo superior.

Estas características particulares se repiten con elevada frecuencia, lo que permite diferenciarlas de las mismas letras tomadas como parámetro de las escrituras de MARTELLO y AGUIRRE.

Como dije al comienzo del ítem, la letra con la que se distingue el destino de los soldados atendidos no es la del Médico AGUIRRE. Tanto el "GA 161 como el RIM 10" tiene una dueña absoluta, que es la subteniente PERALTA. Basta comparar sus anotaciones de la guardia del día 6 al 7 de Marzo (en donde yerra de año en un acto fallido -mas no inconciente ya que en nada se equivoca en las anotaciones siguientes- , colocando 1993 en vez de 1994).con las recetas. Recuadro en negro su "GA 161 y RIM 10" para que a simple vista se compare con los mismos caracteres de las recetas; son un calco casi perfecto. Y diría que es lógico, ya que ambos estuvieron juntos de guardia, y en afán colaborativo muchas veces la enfermera completa algunos datos para ayudar al médico

GUARDIA DEL DIA 06 AL 07 DE MARZO DE 1993
 MEDICO DE GUARDIA: Dr Aguirre
 OFICIAL DE TURNO: Subt Peralta

100015 Me hago cargo del turno con las novedades asentadas en este libro.

100015 Se hace presente al Dr Aguirre para la atención de los soldados del GA 161 y RIM 10 registrados en la planilla de Gu Med

XXXVIII.- EL 9 INVERTIDO DE TRONCOSO.-

Como fácilmente se observa, hay 5 recetas que llevan su firma, de caracteres constantes. (angularidad, inclinación, largo y ancho, desarrollo y escape).

En 3 de ellas hay repartidos cinco números 9, de los cuales cuatro están invertidos, y sus rasgos angulares amplios, coinciden con los de su firma y aclaración de firma.

35 EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN" - H M Z

Apellido y Nombre:.....
 Grado o Parent:.....
 I.O.S.E. Nro:.....

Rpl Centro Asistencia

+ Algodón Sec 1/2

Diag: [Firma]

ZAPALA: 2/27/1993

36

Sup 1º Apoin
GA 161

1 Bisturi nº 23

1



~~107: plie~~
~~resorte~~
S.H

37

Orallana Parcela

8/275 - GA 161

Yungas 10 cm y
8 gms IM

1

~~107: plie~~
~~resorte~~
S.H
9/3/94

38

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - H.M.Z

Apell y Nomb: GUARDIA MEDICA

Grado o Parent:

I.O.S.E. Nro:

Rpl

EMALENOVAS

(15 gual)

Diag:

ZAPALA: 15/03/1994

~~107: plie~~
~~resorte~~
S.H

39

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - H.M.Z

Apell y Nomb: GUARDIA MEDICA

Grado o Parent:

I.O.S.E. Nro:

Rpl

EMALENOVAS

10 (diag)

Diag:

ZAPALA: 15/03/1994

~~107: plie~~
~~resorte~~
S.H



XXXIX.- LA APARENTE PROLIJIDAD DE TREMI.-

Sobre 15 recetas que llevan su sello y firma, en el siguiente cuadro sinóptico para una mejor comprensión vemos que las podemos desglosar en;

FECHA	APELLIDO	JERARQUIA	DESTINO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	REC
6/3/94	VALENZUELA MARIO	Hijo Sub. Of	RIM 10	Diarrea	Internación C.A.	40
	VALENZUELA MARIO	Hijo Sub. Of	RIM 10	Diarrea	Internación C.A.	41
	SAYES Ricardo (Guardia méd.)	Cabo 1	BAL NQN	Dolor muñeca	Antiinflamatorios y vendaje.	42
	BLANCO Hugo (Guardia Méd.)	S/C 75		Urticaria	Antihistamínicos	43
7/3	QUESADA Juan	S/C 74	G.A.161	Sind. gripal	Aspirina	44
	PEÑA Gustavo	S/C 75	G.A.161	Desg. muscul,	Aspirina	45
8/3	RIO SECO (Guardia Méd.)	S/C 75	G.A.161		Jeringa c/ag. IM Jeringa c/ag.EV Jeringa c/ag. SC. Celestone Cronodoce Butterfly N° 19	46
	GÓMEZ María (Guardia Méd.)	Esposa Sgto.	BAL NQN		Jeringa c/ag. IM Dexametasan Celest. Cronodoce amp. Solución Fisiol. 500 cc	47
9/3	SILVA Darío	Capitán	BAL NQN		Cura plana dedo Venda Cambric 10 cm	48
	POLISERI Carlos (Guardia Méd.)	S/C 74	RIM 10	Esguince tobillo.	Venda Cambric 5 cm	49
	PEREYRA Pablo	S/C 74	RIM 10	S. Tifoideo	Cloromycetin = 4 Agua destilada 4 Dextrosa 5% = 4 Sol. Físio. = 2 Jeringa c/ag. EV	50
	BRESSI Pablo (Internado)	S/C 74	RIM 10	Bronquitis	Ampicilina 500=4 Ampicilina 500=4	51 a 51 b
14/3	MORALES Esteban	S/C 74	RIM 10	Lumbalgia	Dioxaflex compr.	52
15/3	ESQUIVEL Lucio	Sub. Of.(R)		Pié diabético	Antibióticos	53

De todas estas recetas, si bien llevan el sello y firma de TEMI, solamente pertenece a su puño y letra la inscripción y suscripción de la receta de MORALES Esteban (53).

Del resto, 8 fueron confeccionadas por la Subteniente PERALTA (recetas de BLANCO, VALENZUELA en dos oportunidades, SAYES, GÓMEZ, BRESSI, POLISERI y SILVA); 3 por la Subteniente TRONCOSO (RIOSECO, QUESADA y PEÑA); 1 aparentemente por el Cabo 1° Raúl TULA y finalmente 1 por la Subteniente Gimena MARTELLO (LUGO Esquivel).

Una característica constante de TEMI es que escribe y firma con lapicera.

40
 GU MED EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN" - Ca San 6
 Apell y Nomb: VALENZUELA, Mario
 Grado o Parent: Hijo. S/C 410
 I.O.S.E. Nro: RIM 10
 Rpl Internado CA

Meclopromasan
 amp 01 (una)
 Jeringa 5ml C/0.5% 01 (una)

(2)

Diag: Diarrea
 ZAPALA: 06 Mar 1994

DANIEL TOBI
 Tit. de 1º Grado E.O.
 M.N. 71065 11.7.1965 B. Lav. 2º D
 J. Par. Com. - O.A. 101

41
 Blacard
 EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN" - II M 2
 Apell y Nomb: Valenzuela, Mario
 Grado o Parent: Hijo. S/C 410
 I.O.S.E. Nro: RIM 10
 Rpl Int CA

Bactusan comp - 02 (dos)

(1) *Blacard*
 Subt Jefe de
 of Tur

Diag: Diarrea
 ZAPALA: 06 Mar 1994

DANIEL TOBI
 Tit. de 1º Grado E.O.
 M.N. 71065 11.7.1965 B. Lav. 2º D
 J. Par. Com. - O.A. 101

* 27 MAR 94 S/C 75 * D.M. 10 * MARTIN YANOS * Ulicaria en la boca *
 * 07 MAR 94 S/C 75 * P.O.L. * COPO, EDUARDO * Domo Inorgánico *
 * 07 MAR 94 * Lino Sáb. 1ro Rinto VALENZUELA, MARIO * Suidroccel *
 T.P.A. 10

EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN" - II M 42
 Apell y Nomb: SAYES, Ricardo
 Grado o Parent: Cbo. 1ro
 I.O.S.E. Nro: BAL NQN
 Rpl Guardia Médica

Piraxican - 05 (cinco)
 comp

Venda Combic - 01 (una)

Diag: Dolor en la muñeca
 ZAPALA: 06 Mar 1994

(2)

DANIEL TOBI
 Tit. de 1º Grado E.O.
 M.N. 71065 11.7.1965 B. Lav. 2º D
 J. Par. Com. - O.A. 101

EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN" - II M 2 4
 Apell y Nomb: BLANCO, Hugo
 Grado o Parent: S/C 75
 I.O.S.E. Nro: BAL NQN
 Rpl Guardia Médica

Alerpru comp - 03 (tres)

Blanco
 Subt Jefe de
 of Tur

Diag: Ulicaria gigante
 ZAPALA: 06 Mar 1994

(1)

DANIEL TOBI
 Tit. de 1º Grado E.O.
 M.N. 71065 11.7.1965 B. Lav. 2º D
 J. Par. Com. - O.A. 101

44
 EJERCITO ARGENTINO ^{Guat Dig} MEDICA
 BAL "NON" - H M Z
 Apell y Nomb: ^{Garcia} ~~Garcia~~ ^{non}
 Grado o Parent: ^{Gr 75}
 I.O.S.E. Nro: ^{GA 161}
 Rp/

Aspirin 2 (dos)auf
 ①

Diag: Sue. Pipol.
 ZAPALA, 07/04/1994
 [Stamp: SBR, 01/02, 1994]

45
 EJERCITO ARGENTINO ^{Guat Dig} MEDICA
 BAL "NON" - H M Z
 Apell y Nomb: ^{Castro} Castro
 Grado o Parent: ^{Gr 75}
 I.O.S.E. Nro: ^{GA 161}
 Rp/

Aspirin comp 3(tus)
 ①
 Diag: ^{Trasceso muscular}
 ZAPALA, 07/04/1994

[Signatures]

48
 EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NON" - H M Z
 Apell y Nomb: ^{Silva} Silva, Dario
 Grado o Parent: ^{Cap}
 I.O.S.E. Nro: ^{BAL NON}
 Rp/

~~Venda Combia~~
~~1ccm~~ 01 (una)

[Signature]
 Subst. Realta
 Of Tur

Diag: ~~Coracion plano dedo~~
 ZAPALA, 07/04/1994

①
 [Stamp: DANIEL FELI, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020]

47
 GOMEZ, Maria esposa ^{Garcia} Garcia
 BAL "NON"

jarro de agua con
 I.H. 01 (una)
 Dexametason - 01 (mg)
 Cromedone sup - 01 (mg)
 S. Fendolipic 2500 - 01 (mg)

Zapala, 08 Marzo de 1994

Guardia
 Medico
 [Signature]
 Subst. Realta

[Stamp: DANIEL FELI, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020]

08/04/94 *Gr 75 *GA 161 *Trasceso muscular *Dario Silva
 09 Mar 94 Cap I *BAL NON *Silva, Dario *Coracion plano

49

EJERCITO ARGENTINO ^{Unidad} BAL "NON" - II M 2 ^{Medica}

Apellido y Nombre: Polivarez, Carlos
Grado o Parent: S/C 74
I.O.S.E. No: RTM 21
Rp/

Unidad Comandancia Orfeon

[Signature]
Subst. results
of test

Diag: Esquema Tobillo
ZAPALA, 09 de Marzo de 1994

(5)

[Signature]
DANIEL TEJN
Médico General E.G.
M.R. 7105 - C.I. 1017 - O.C. 1022
J. Por Lam. O.A. 101

50

ZAPALA

S/C 74 Parayzo Pablo RIM

Chromogricin TAD p - 4 (cuat.)
Nago Dest. bda sup - 4 (cuat.)
Dextrosa 5% - 4 (cuat.)
Fisiologica - 2 (dos)
Jeringas / Agujas EV. - 4 (cuat.)

DIAGNOSTICO: Síndrome
fofoide

09/03/94

159

[Signature]
DANIEL TEJN
Médico General E.G.
M.R. 7105 - C.I. 1017 - O.C. 1022
J. Por Lam. O.A. 101

[Signature]
Subst. results
of test

51(a)

S/C 74 BRESSI Pablo
REM Zapala

Ampicilina Saamg - 4 (cuatro)
Comp.

DIAGNOSTICO: Bronquitis

09/03/94

(0)

[Signature]
DANIEL TEJN
Médico General E.G.
M.R. 7105 - C.I. 1017 - O.C. 1022
J. Por Lam. O.A. 101

INTERNO 3 GRU

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" Ca San 6

51(b)

Apellido y Nombre: BRESSI, Pablo
Grado o Parent: S/C 74
I.O.S.E. No: RTM 10

Rp/ Agripian comp - 04 (cuatro)
Ampicilina 500 mg - 04 (cuatro)

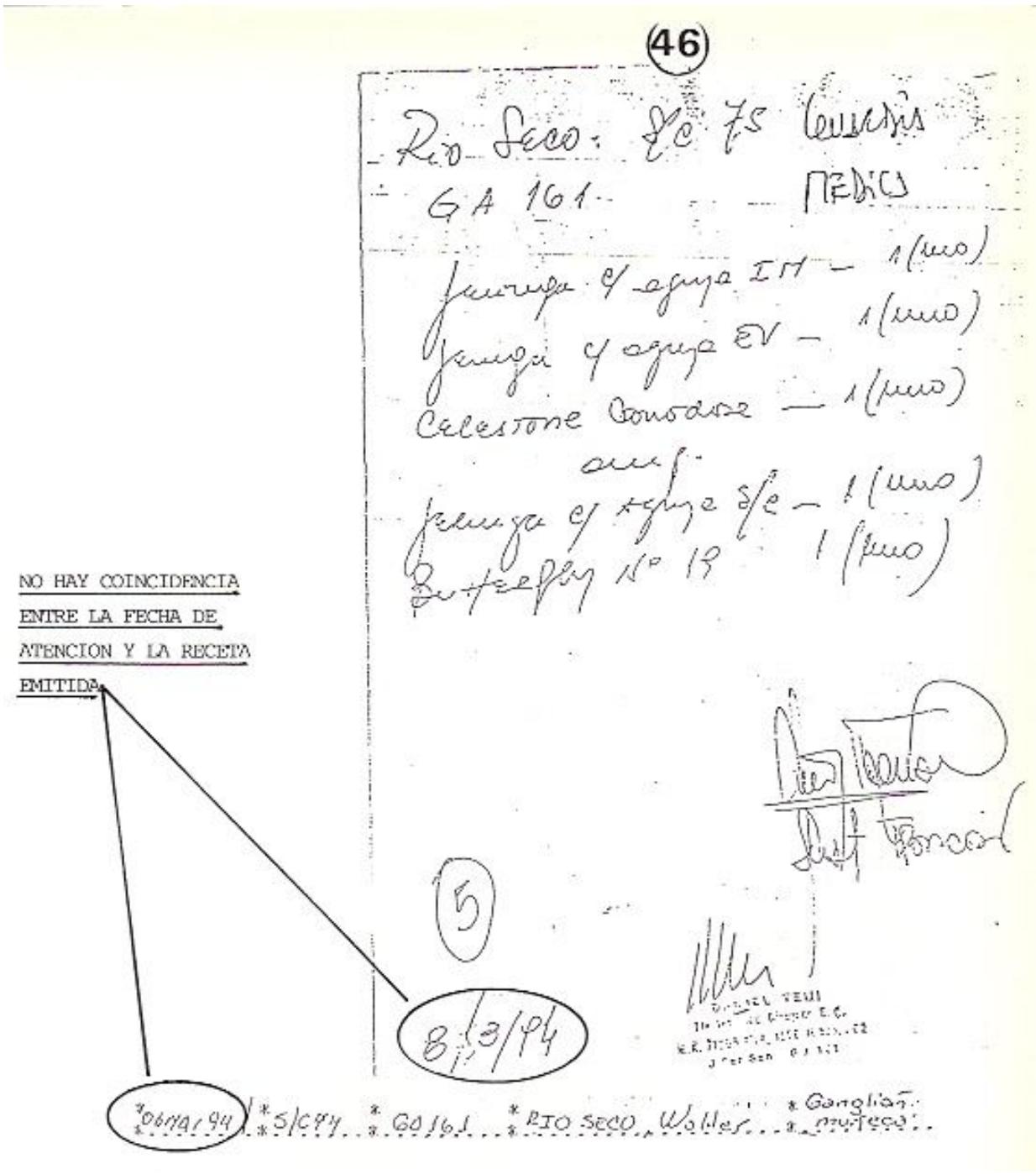
[Signature]
Subst. results
of test

(2)

Diag: BRONQUITIS

ZAPALA, 09 de Marzo de 1994

[Signature]
DANIEL TEJN
Médico General E.G.
M.R. 7105 - C.I. 1017 - O.C. 1022
J. Por Lam. O.A. 101



Es decir que el día 6 consta por planilla de guardia que fue atendido por un “GANGLION”, sin que se mencione qué tratamiento se le aplicó.

En la receta SIN DIAGNOSTICO está inscripto un medicamento, el Celestone Cronodoce inyectable (se trata de un corticoide), que no se utiliza en el tratamiento del ganglión.

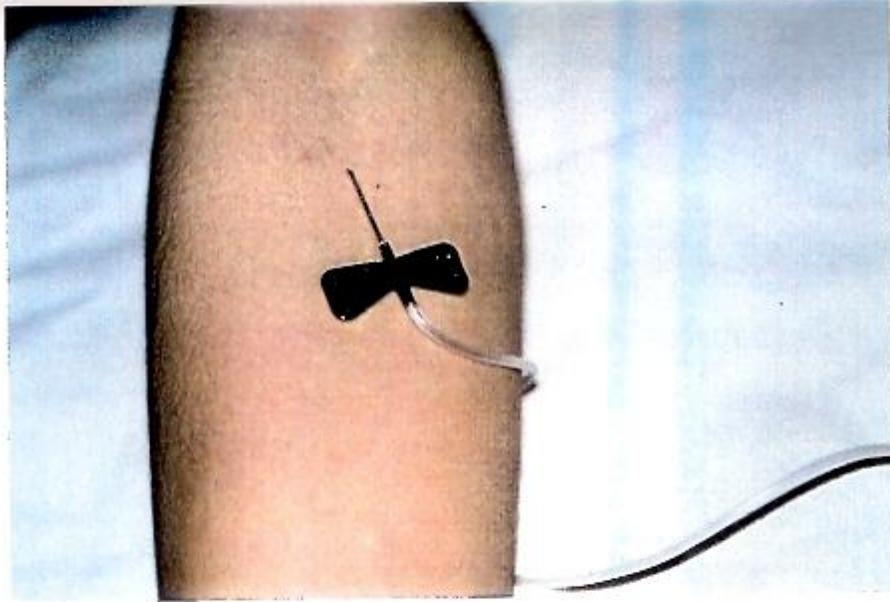
No se entiende tampoco la utilización de 3 tipos de agujas, a menos que se quiera inyectar IM el corticoide, pero como ya dije, no se utilizan en gangliones, ni por aplicación IM ni por infiltración.

La aguja Butterfly tampoco es de utilización en este caso, fundamentando mi apreciación médico científica en las fotos que expondré en la siguiente página.

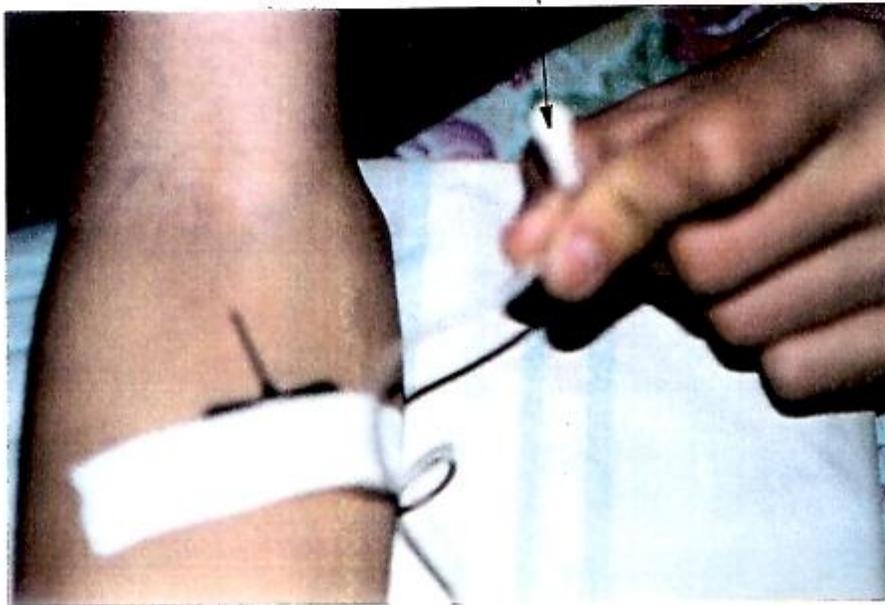
No se entiende por lo tanto cómo un médico pueda llegar a firmar recetas con nombres y apellidos de pacientes QUE NO ATENDIO y con medicaciones e indicaciones para esos mismos pacientes QUE NO HAN SURGIDO DE SU EXAMEN PREVIO, por mas que se trate de un pedido efectuado en su lugar de trabajo. Va de suyo que ha cursado la carrera médica y ha tenido la suficiente experiencia como para darse cuenta en forma mas que elemental que si le presentan una receta con las características mencionadas, no existe ninguna razón para que esos pacientes hayan sido examinados por otro médico y no les haya efectuado la receta en el momento. Además, si por

ejemplo yo no vi a un paciente ¿Cómo sé si con mi firma no se está efectuando una extracción espuria de medicamentos del Hospital?

EL USO DE LA AGUJA BUTTERFLY



a frasco de solución parenteral



PLANILLA DE ATENCION MEDICA

SERVICIO: Otorrinolaringología MES: Mayo de 1993

Dr. Temi
 Estado Federal
 FOLIO
 497

ENRO	FECHA	GRADO	DESTINO	APELLIDO Y NOMBRE	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTOS
28/02	28/02	BAL	SILVA DE ALICIA	Obstrucción		
21/02	21/02	BAL	SANDRAL BARRERA	Diabético		
21/02	21/02	BAL	MICHELLE JUAN	Dolor ocular		
21/02	21/02	BAL	PEREZ RAUL	Dolor ocular		
21/02	21/02	BAL	VIA CALGONDA	Penicilina		
21/02	21/02	BAL	MUNOZ MIGUEL	control T.A. 160/120		
21/02	21/02	BAL	MUNOZ MIGUEL	T.A. 140/100		
21/02	21/02	BAL	TOCOSO RUIZ	Completa T.A.		
21/02	21/02	BAL	BUSTOS OTAR	SINDROME GEPAL		
21/02	21/02	BAL	RAUL PEREZ	IRRITACION OCULAR		
21/02	21/02	BAL	HERNANDEZ	Quemadura		
21/02	21/02	BAL	MARCELO BERON	SUTURA HERIDA		
21/02	21/02	BAL	PIÑILLA HEJON	Dolor garganta		
21/02	21/02	BAL	ESCRIBANA DUBERT	H.F.T.A.		

El comienzo de la Planilla de Atención Médica de Guardia presenta particularidades: no fue corregido el año (1993), pero fue tachado el apellido de un médico (Dr. Oscar SCHETINO) y por encima hay oculto detrás de otra enmienda por tachadura un apellido: Dr. TEMI

Pero cabe hacer el comentario de las siguientes recetas;

48; **SILVA DARÍO**. Fecha; 9/3

Se ha utilizado una venda de 10 cm de ancho y 10 metros de largo para la cura plana de un dedo, cuando las curas planas se hacen (como elemento médico y de enfermería) con gasas. Las vendas son para hacer vendajes y no curas planas.

49; **POLISERI CARLOS**. Fecha; 9/3

Se utilizaron 5 vendas de 10 cm de ancho (un total de 50 metros de largo) para vendar un tobillo, cuando con 5 metros es suficiente.

Finalmente, del examen de las recetas 52 a la 60 no surge ningún elemento importante de juicio, siendo solamente que la inscripción de la 52 y la 56 no llevan la letra de TEMI, y la 52, 54, 55, 57, 58, 59 y 60 han sido completadas de puno y letra de TEMI, tal como vemos a continuación en las fotocopias de las recetas originales.

Comparando la receta 56 con la 57 vemos que TEMI tiene dos tipos distintos pero definidos de firma.

Morales. Esteban	14	03	94
APPELLIDO Y NOMBRES	DIA	MES	AÑO

Rp/ S/C. 74. - 1254 10.

52

Mioxafloy
comp. (8)

Diag: Lumbalgia
14/8/94 = 3 mis

AB

1

DANIEL TERMI
1ra. Div. de Cirujanos E. O.
M. N. 21.775 N.º 1557 M.º 119. 302
3.º de San. Q. A. 1.1

SELLO Y MATRICULA

FIRMA DEL MEDICO

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"-Ca San 6

Apell y Nomb: ... Esteban Morales ...
Grado o Parent: ... S/C 74 ...
I.O.S.E. Nro: ... 6.1147.46 ...

Rp/

54

Buscopius
comp.

comp. x 12.

Diag: Euteritis
ZAPALA: 06/04/1994



Esteban Morales

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"-Ca San 6

5

Apell y Nomb: ... LUGO. ESQUIVEL ...
Grado o Parent: ... Subof. Pr. (R) ...
I.O.S.E. Nro: ... 12.108 ...

Rp/

Lefacar. 500 comp.
4 (cuatro)
Quetiamid. 80 comp. en.
3 (tres)
Jeringas ^{de} / Agujero IM.
3 (tres)

Diag: Pie Diabético
ZAPALA: 15/03/1994



Esquivel
Subt. Exp. Prof.

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"-Ca San 6

Apell y Nomb: ... Corne Farias ...
Grado o Parent: ... S/C 74 ...
I.O.S.E. Nro: ... 6.1147.46 ...

Rp/

Subof. Pr. (R)

55

Buscopius
comp.
3 (tres)

- Retivendin. 3 ampollas
- Jeringas x 10 cc. CA 40/8
- Di. Purgas. (V. 1/8)

Diag:
ZAPALA: 06/04/1994



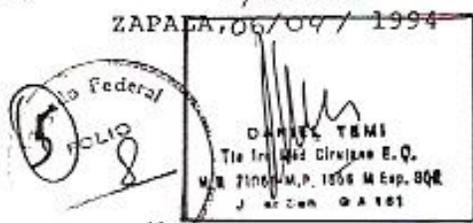
Esquivel
Subt. Exp. Prof.

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"- H M Z.
Apell y Nomb: *YLANES, Mauricio*
Grado o Parent: *Alencuela, Marcela*
I.O.S.E. Nro: *3/C 75* *BAL NQN*

Rp/ **(56)**

Dosis de Tablete
2 (dos)
Jeringa y agujas 2 (dos)
Aguja para coser 1 (una)

Diag: *Recien incorporado sin vacunar*



EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"-Ca San 6
Apell y Nomb: *Peters, Ronaldo*
Grado o Parent: *S/C 75*
I.O.S.E. Nro: *POM 21*

Rp/ **(58)**

Bontratil 200000
1 Anandina
1 Jeringa de 10 cm
1 cl. Agujas 40/8.
X Botria coup
10.

Diag: *Bruceatis aerius*
ZAPALA: 06/04/1994

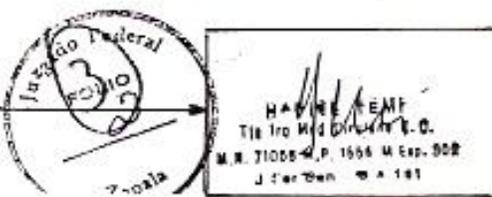


EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"- H M Z
Apell y Nomb: *Burzo, Nestor*
Grado o Parent: *S/C 75*
I.O.S.E. Nro: *RTH 10*

Rp/ **(57)**

Mipronas coup.
2000 x (12) 8.
~~Botria coup.~~
2000 x (una)

Diag: *ZAPALA, 06/04/1994*

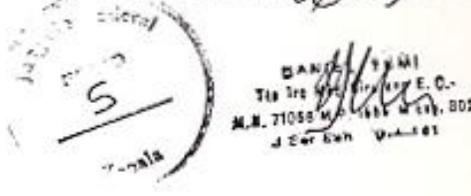


EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"- H M Z
Apell y Nomb: *Terminado*
Grado o Parent: *Amiel, S/C 75*
I.O.S.E. Nro: *COMB 1*

Rp/ **(59)**

Victorou
coup. 2000
x (9)

Diag: *Trisporus k. Orneo.*
ZAPALA: 06/04/1994



60 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON"- H M Z
Apell y Nomb: Parragos, Nestor
Grado o Parent: S/C N
I.O.S.E. Nro: 12410
Rp/ Duplicado

Uchis 5 HUG
COMO
2 UCHIS 2 (NOB)

①
Diag: Curs. Emolion
ZAPALA 06/04/1994



DANIEL IEM -
Ita No. 1000 - Zapala S. G.
M. N. 11-10-1968 - 1000 - Zapala, 3022
J. Per. Sun. 02/1/81

XL.- EL GANGLION.-

Es una lesión quística pequeña (entre 1 y 1,5 cm) que casi siempre se encuentra en el tejido conectivo colagenoso de la cápsula articular o de la vaina tendinosa. Las localizaciones preferentes son las pequeñas articulaciones de la muñeca, donde se palpa como un nódulo firme, no adherido, subcutáneo, del tamaño de una lenteja. Se piensa que los gangliones se originan de un foco de degeneración mixoide y reblandecimiento quístico del tejido conectivo. El tejido mixoide central, quizá debido a la movilización de la articulación, se vuelve quístico y la condensación periférica produce una cápsula colágena envolvente. Se ha comprobado que el antiguo concepto de que estos quistes comunicaban con el espacio articular es erróneo (se pensaba que era una pequeña hernia de la articulación o un divertículo de la sinovial tendinosa y que el líquido sinovial al estar fuera de su espacio anatómico funcional normal se endurecía).

Es decir, no tienen ninguna relación con las sinoviales tendinosas o articulares. Estas tumoraciones duras, pequeñas y redondeadas son más molestas que dolorosas; son inocuas y tienen una significación trivial, más estética que médica.

Se infectan excepcionalmente y aún su presión no despierta dolores intensos.

TRATAMIENTO:

- 1) Antiguamente se les daba un fuerte golpe con el canto de una Biblia.
- 2) Infiltración con anestesia, forcipresión intensa para hacerlo estallar y vendaje de la zona por 4 a 5 días.
- 3) Con una aguja de punción ósea se trata de vaciarlo de su contenido, y se inyecta una solución de hialuronidasa, que es una sustancia irritante que provoca adherencia de sus paredes.

Pero como todos estos tratamientos han demostrado que fracasan y el ganglión recidiva, la única solución es la cirugía, ya que se extirpa fácilmente.

Hay un detalle de importancia; NUNCA puede ser sacado el contenido gelatinoso del ganglión con una aguja IM ó EV, justamente por su consistencia.

XLI.- EL USO DE LOS CORTICOIDES.-

Los glucocorticoides son moléculas de 21 átomos de carbono derivados de la estructura básica fundamental del cicloperhidropentanofenantreno. Todas las hormonas esteroides son sintetizadas en el organismo a partir del colesterol. La hidrocortisona (cortisol) es el principal glucocorticoide circulante producido por la corteza adrenal en el ser humano.

Los distintos compuestos químicos sintéticos se diferencian en la potencia y duración de acción, pero sus efectos clínicos son similares.

Principales efectos biológicos del cortisol;

- a) Incremento de la gluconeogénesis (formación de glucosa a partir del glucógeno)
- b) Disminución de la síntesis y aumento del catabolismo proteico.
- c) Aumento de la lipólisis. (acción lipolítica y antilipogénica)
- d) Inhibición de los linfocitos T. (reducen la respuesta inmune)
- e) Disminución de la migración celular a sitios de inflamación.
- f) Supresión de interleukinas, linfoquinas y prostaglandinas. (antiinflamatoria)
- g) Disminución de la secreción de, STH, TSH, LH -somatotrofina, tirotrófina, hormona luteinizante y folículoestimulante.)
- h) Retención de Sodio.
- i) Disminución de la cantidad de linfocitos, monocitos y células eosinófilas.

Uso terapéutico de los glucocorticoides;

- 1) Como terapia sustitutiva;

{	En la enfermedad de Addison
	En la insuficiencia pituitaria
	En el cese de tratamiento con dosis farmacológicas .de
	glucocorticoides sintéticos.
- 2) Como agentes farmacológicos;

La terapia glucocorticoidea crónica ha sido empleada en diversas situaciones en que sus efectos antiinflamatorios, inmunosupresores o ambos, se han demostrado útiles para controlar las manifestaciones de enfermedad. La lista es muy amplia e incluye entre otras;

- Profilaxis y tratamiento de rechazo en transplante de órganos
- Síndrome nefrótico idiopático del niño
- Sarcoidosis
- Oftalmopatía endócrina
- Tiroiditis subaguda de De Quervain

Ya que en las recetas examinadas se utilizó el Duo Decadrón Inyectable voy a dar una lista completa de sus indicaciones y contraindicaciones, con lo que se completará el listado terapéutico (las mismas rigen también para el Celestone Cronodoce, que también hizo su aparición en algunas de las recetas)

El Duo Decadrón inyectable (fosfato sódico de dexametasona y acetato de dexametasona) se emplea por vía IM, Intramuscular o intralesional. Tras la inyección IM de Duo Decadrón, el alivio

de los síntomas ocurre generalmente en el transcurso de 24 horas, y permanece de una a tres semanas en la mayoría de los casos.

INDICACIONES ESPECÍFICAS;

- | | | |
|--|---|--|
| 1) Trastornos endocrinológicos | { | Hiperplasia suprarrenal congénita
Tiroiditis no supurativa
Hipercalcemia asociada a cáncer |
| 2) Enfermedades reumáticas | { | Osteoartritis postraumática
Sinovitis de la osteoartritis
Artritis reumatoidea y artritis reumatoidea juvenil
Bursitis aguda o subaguda
Artritis gotosa aguda
Epicondilitis
Tenosinovitis aguda inespecífica
Artritis psoriásica
Espondilitis anquilosante |
| 3) Enfermedades del colágeno | { | Lupus eritematoso sistémico
Carditis reumática aguda |
| 4) Enfermedades de la piel | { | Pénfigo
Eritema multiforme grave (Enf. de Stevens-Johnson)
Dermatitis exfoliativa
Dermatitis herpetiforme bullosa
Dermatitis seborreica severa
Psoriasis severa
Micosis fungoide |
| 5) Estados alérgicos (siempre que se requiera el control de afecciones severas/incapacitantes convencional.) | { | Asma bronquial
Dermatitis por contacto que no respondan al tratamiento
Dermatitis atópica
Enfermedad del suero
Rinitis alérgica estacional o perenne
Reacciones de hipersensibilidad a medicamentos.
Urticaria por reacción a la transfusión. |
| 6) Enfermedades oftálmicas | { | Herpes zoster oftálmico
Iritis, iridociclitis
Coriorretinitis
Uveítis posterior difusa y coroiditis
Neuritis óptica
Oftalmía simpática
Inflamación del segmento anterior
Conjuntivitis alérgica
Queratitis
Ulceras marginales alérgicas de la córnea |
| 7) Enfermedades gastrointestinales | { | Colitis ulcerosa
Enteritis regional |

- 8) Enfermedades respiratorias {
 - Sarcoidosis sintomática
 - Beriliosis
 - Síndrome de Loeffler (no tratable por otros medios)
 - Neumonía por aspiración

- 9) Trastornos hematológicos {
 - Anemia hemolítica adquirida (autoinmune)
 - Trombocitopenia secundaria en adultos
 - Erioblastopenia (anemia eriotrocítica)
 - Anemia hipoplásica gigante (eritroide)

- 10) Enfermedades neoplásicas {
 - Leucemias y linfomas en adultos
 - Leucemia infantil aguda

- 11) Estados edematosos {
 - Para provocar diuresis o remisión de la proteinuria en el síndrome nefrótico sin uremia, idiopático o debido a lupus eritematoso

12) Otros Triquinosis con participación neurológica o miocárdica

13) Por inyección intraarticular como tratamiento complementario de sostén a corto plazo durante episodios o exacerbaciones acudas,

- en {
 - Sinovitis de la osteoartritis
 - Artritis reumatoidea
 - Bursitis aguda o subaguda
 - Artritis gotosa aguda
 - Epicondilitis
 - Tenosinovitis aguda inespecífica
 - Osteoartritis postraumática.

- 14) Por inyección intralesional en {
 - queloides
 - Liquen plano
 - Placas psoriásicas
 - Granuloma anular
 - Liquen simple crónico, neurodermatitis)
 - Lupus eritematoso discoide
 - Necrobiosis lipoídica del diabético
 - Alopecia areata

15) Puede ser útil en los tumores quísticos de la aponeurosis o los tendones (síndrome del túnel carpiano, y quiste perlado)

Como pudimos ver, EL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES PARA UN GANGLION NO EXISTE, según la bibliografía brindada por el Laboratorio que lo produce (Duo Decadrón-SIDUS), y tampoco se hallará en ningún libro de la bibliografía mundial que se quiera consultar.

Pero así como tienen indicaciones terapéuticas, existen contraindicaciones, precauciones y efectos secundarios, lo que implica que la falta de conocimientos acerca de los mismos redunde no en un gran beneficio sino en un gran daño.

- Contraindicaciones; {
 - Micosis sistémicas
 - Hipersensibilidad a los sulfitos
 - Administración de vacunas de virus vivos

Precauciones	La mayoría no se puede inyectar por vía EV
	No se emplea como tratamiento inicial en situaciones agudas que amenacen la vida del paciente
	Sensibilidad a los sulfitos
	Pueden provocar atrofia en el lugar de la inyección
	Pueden provocar ruptura ventricular izquierda después de un infarto
	Insuficiencia adrenocortical secundaria por interrupción brusca del tratamiento
	Colitis ulcerosa inespecífica
	Diverticulitis
	Anastomosis intestinales recientes
	Úlcera péptica activa
	Insuficiencia renal
	Hipertensión arterial
	Osteoporosis
	Miastenia gravis
	Pueden aumentar o disminuir la movilidad y el número de espermatozoides
	Pueden enmascarar algunos signos de infección y durante su empleo suelen ocurrir nuevas infecciones
	Paludismo cerebral (prolonga el coma)
	Pueden activar una amebiasis latente
	El uso prolongado puede provocar cataratas capsulares posteriores y glaucoma con posible lesión de los nervios ópticos y favorecer el establecimiento de infecciones oculares secundarias por hongos o virus
	En el hesses simple ocular pueden provocar perforación corneal
Las inyecciones intraarticulares frecuentes pueden dañar los tejidos articulares	
No se pueden inyectar en un sitio infectado	

Es de gran interés saber que la inyección intraarticular de un corticoide puede producir tanto efectos sistémicos como locales.

Efectos colaterales:

Trastornos hidroelectrolíticos	}	retención de sodio y líquidos
		pérdida de potasio, alcalosis hipopotasémica
		hipertensión arterial
Musculoesqueléticos	}	debilidad muscular
		miopatía por corticosteroides
		reducción de la masa muscular
		osteoporosis
		fracturas vertebrales por compresión
		necrosis aséptica de las cabezas femoral y humeral
		fracturas patológicas de los huesos largos
ruptura de tendones		

Gastrointestinales {
 úlceras pépticas con posible perforación o hemorragia
 perforación del intestino delgado o del colon pancreatitis
 distensión abdominal
 esofagitis ulcerativa

Cutáneos {
 deficiencia en la cicatrización de las heridas
 piel delgada y frágil
 petequias y equimosis
 eritema
 aumento de la sudoración

Neurológicos {
 convulsiones
 aumento de la presión intracraneal con edema de papila
 vértigo
 cefalea
 trastornos psíquicos

Endocrinológicos {
 irregularidades menstruales
 Síndrome de Cushing
 detención del crecimiento en niños
 disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono
 hirsutismo
 diabetes, hiperlipemia
 impotencia

Oftalmicos {
 catarata subcapsular posterior
 glaucoma
 exoftalmos

Otros {
 tromboembolismo
 aumento de peso
 aumento del apetito
 náuseas
 malestar general
 fibrilaciones musculares
 ataxia
 hipo
 nistagmo

Como hemos visto (y sin mencionar las interacciones con otros medicamentos), un tratamiento farmacológico con glucocorticoides puede generar múltiples inconvenientes, por lo que siempre un médico debe estimar cuán seria es la enfermedad a tratar y si existen otras alternativas terapéuticas antes del empleo de los mismos.

Pensemos ahora el daño potencial que encierra el tratar a un paciente con glucocorticoides si no se lo indica en forma precisa, y con los conocimientos que el arte médico impone, producto de años de experiencia.

Ahora que hemos tenido una vista completa de las importantes patologías en las que se usan los corticoides cabe una simple formulación del sentido común;

¿Cómo creer que puedan ser usados para tratar una patología nimia y carente de complicaciones como lo es un ganglión?

XLII.- SAMUEL PACHECO Y SU GANGLION.-

Samuel PACHECO, S/C 75 del G.A. 161 nacido en Zapala un 25 de Julio, hace su debut de atención médica el día 6/3/94, cuando es examinado por el medico AGUIRRE, con diagnóstico de “Traumatismo de maxilar inferior” según la planilla de Atención de Pacientes por Guardia Médica, y de “Traumatismo LEVE de maxilar inferior” según la Ficha de Consultorio Externo, tal cual puede verse en las correspondientes fotocopias.

* 06/03/94 * S/C 75 * GA 161 * PACHECO, Samuel * Traumatismo maxilar inferior *

FICHA DE CONSULTORIO EXTERNO

APPELLIDO Y NOMBRES: *Pacheco Samuel*

SEXO: (M) EST. CIVIL: *Sol* FECHA DE NACIMIENTO: *25/07/65*

GRADO O PARENTESCO: *S/C 75* DESTINO: *GA 161*

LUGAR DE NACIMIENTO: *ZAPALA*

IDOC IDENT, CI-LE-LC-DNI: *24.774.363* IOSE Nº: *1* FECHA: *06/03/94*

DOMICILIO ACTUAL: *Bº JARDIN N.º 19 753*

NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA: *DANIEL DAVID PACHECO (miema direccion)*

FECHA: *06/3/94*

Traumatismo leve de maxilar inferior

Raf. Piroxicam

6/3/94 *Aguirre*

Dr. *JUAN NICOLAS AGUIRRE*
Médico Cirujano
N.º P. 1419

Dr. *JUAN B. CORVALAN*
Médico
Ortopedia y Traumatología
N.º 74.668 - M. P. 2.087

Números de CORVALAN

Letra de CORVALAN

Firma de CORVALAN

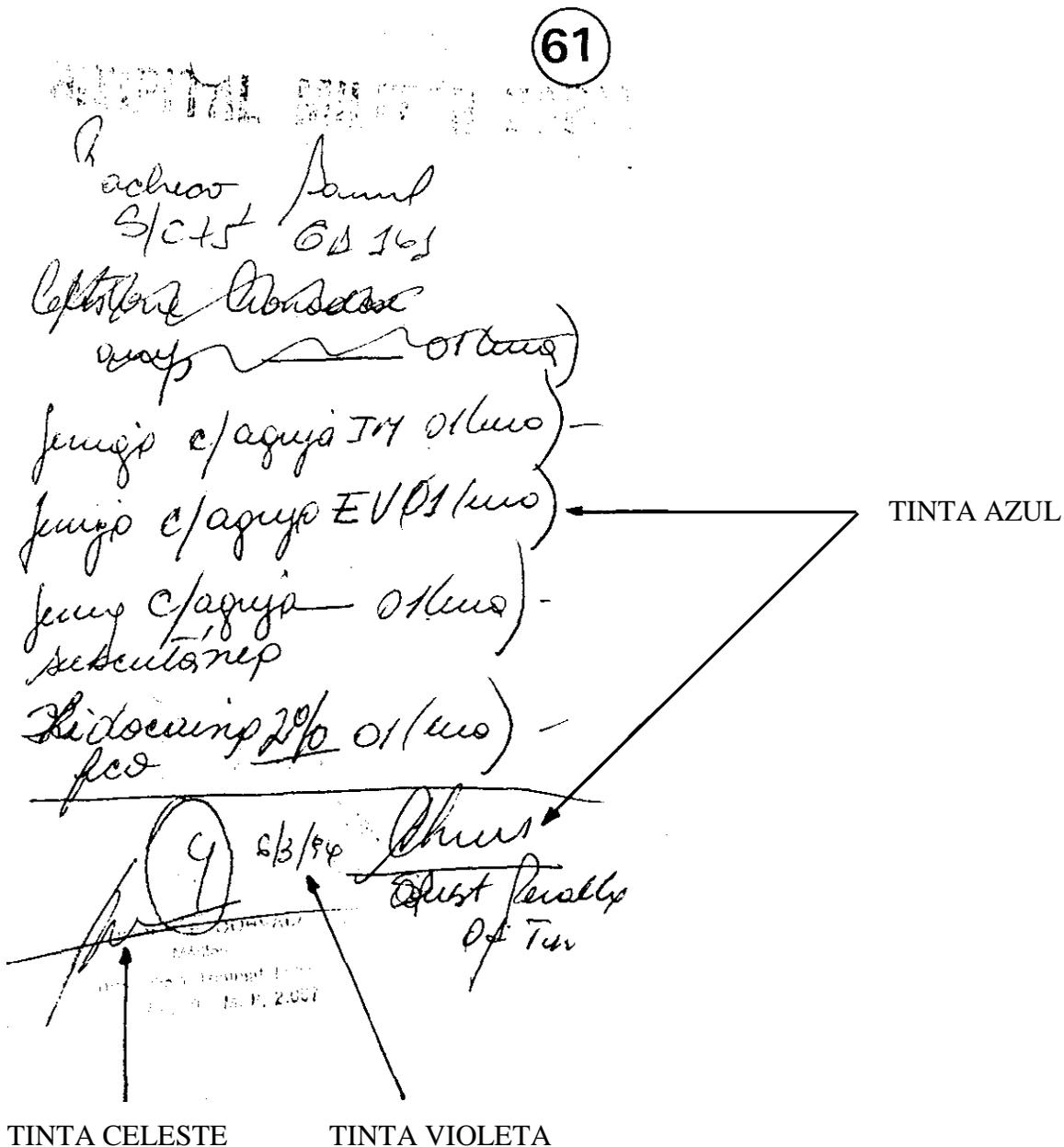
Asimismo, la atención recibida consta en el Libro de Registros de Enfermos de Guardia, pero a nombre de PACHECO Daniel y con el mismo diagnóstico de “traumatismo de maxilar inferior”. Este registro está en la página 86 del citado libro, en el agregado “POR OMITIDO MES MARZO”, tal cual vemos en la fotocopia de la página siguiente.

En la ficha de C.E. AGUIRRE prescribe como tratamiento “Piroxicam”

Este producto está incluido dentro de los denominados AINE (antiinflamatorios no esteroideos) y actúa como un muy buen analgésico a través de su acción antiinflamatoria.

den	Grado	Destino	Fecha	Apellido / Nombre	Diagnostico	Tratamiento
				Par omitido mes Marzo		
	s/c 75	GA 161	04. Mar	Jeguel Luis	Cefalea	
	s/c 75	GA 161	06. Mar	Montecino Walter	Diosipnea	
X	s/c 75	GA 161	06. Mar	Tiia, Alejandro	Traumatismo hombro	
X	s/c 75	GA 161	06. Mar	Vagquez Jorge	Ganglions	
	s/c 75	GA 161	06. Mar	Puy Marco	Onicosis	
	s/c 75	GA 161	06. Mar	Luz, Alejandro	Traumatismo	
X	s/c 75	GA 161	06. Mar	Rodriguez Fabian	Ostealgia	
	s/c 75	GA 161	06. Mar	Diaz Claudio	S/P.	
	s/c 75	GA 161	06. Mar	Vallin Juan	Escuras	
	s/c 75	GA 161	06. Mar	Chavarria Juan	Dolor columna	
	s/c 75	GA 161	06. Mar	Rios Walter	ganglions	
	s/c 75	GA 161	06. Mar	Pacheco Daniel	Traumatismo maxilar inf.	
X	s/c 75	GA 161	06. Mar	Tillera Oscar	Laringitis	
	s/c 75	GA 161	06. Mar	BERRA Gustavo	Dolor muscular	
	Exp. Cap.	BSL	01/03/94	Silva de Alvaro	Hernia	Curación
	Exp. Sang. Bp/te	RE	01/03/94	Sandoval-Gonzalez	Sciabitz	
	s/c 74	GA 161	01/03/94	Quiroz Juan	Dolor ocular	
	s/c 74	BSL	01/03/94	Perez Raul	Dolor ocular	
	Cap. 150	BSL	01/03/94	Lopez Alejandro		Budgetal 2.400.000

El 6 de Marzo, es decir el mismo día que lo atendió AGUIRRE, aparece receta a su nombre, escrita y firmada por la Subteniente PERALTA (Letra y firma le pertenecen) y avalada con el sello y firma del médico CORVALAN, en la que se indica (sin mencionar diagnóstico) Celestone Cronodoce (tachado), 3 jeringas con 3 agujas (para uso IN, EV y SC respectivamente), y Xilocaína al 2% (un frasco). Llamativamente, la fecha se ha inscripto con una tinta de distinto color (casi violeta) a la usada en el texto de la receta y firma de PERALTA (azul), y a su vez también distinta a la tinta del elemento inscriptor utilizado por CORVALÁN en su firma (celeste), detalles que pueden ser observados a simple vista en la receta original y que señalo en la respectiva fotocopia a modo ilustrativo.



La Lidocaína (o Xilocaína) recetada es un anestésico local que se usa muy frecuentemente en infiltraciones. Es producida en nuestro medio con ese mismo nombre por los Laboratorios Richmond, Devege, y Rivero, y bajo en nombre de “Xilocaína” por el Laboratorio Astra, teniendo todas ellas una cantidad de 25 ml por frasco.

Pero ocurre que un traumatismo leve de maxilar inferior NO LLEVA COMO TRATAMIENTO LA INFILTRACION, y sí, por ejemplo, el Piroxicam recetado por AGUIRRE.

El 9/3/94 a este soldado le aparece un GANGLION, registrado como tal en la planilla de atención de pacientes por guardia médica pero como “GANGLIO” en el libro de registro de enfermos de guardia, tal como vemos en las siguientes fotocopias.

Nº de Orden	Grado	Destino	Fecha	Apellido y Nombre	1994	Diagnostico	Tratamiento
01	S/c 75	GA/61	09-03-94	Fajquez Jorge	Quemlo		Tratamiento
02	S/c 75	GA/61	09-03-94	Pacheco Manuel	Quemlo		Tratamiento
03	S/c 75	GA/61	09-03-94	Léiva Raul	Quemlo por ampolla		curación plana.
04	S/c 75	GA/61	09-03-94	Lucas Alejandro	ampolla en pie		curación plana.
05	Solo 12	GA/61	09-03-94	Alfaro Juli	Lumbalgia		AA5
06	S/c 75	GA/61	10-03-94	Rodriguez Abel	muslo femoral		IM
07	S/c 75	GA/61	10-03-94	Morales Antonio	Embarcación		EM
08	S/c 75	GA/61	10-03-94	Queroche Yvanna	hipuq		ATO
09	S/c 74	Rim 10	10-03-94	Morales Esteban	control T.A.		
10	S/c 74	Rim 10	10-03-94	Morales Esteban	Crisis histérica.		
11	S/c 75	GA/61	10-03-94	Alexandro Antonio	Epilepsia		Aspirina
12	S/c 75	GA/61	11-03-94	Christian Pedro	ampolla en pie derecho		curación plana
13	S/c 75	GA/61	11-03-94	Montesinos Damian	uicoris en MHI		curación o curación
14	Cap	BAL	11-03-94	Silva Eduardo	Herida mono derecha		curación plana
15	S/c 75	GA/61	11-03-94	Corio Jose	ampolla en mono		curación plana
16	S/c 75	GA/61	11-03-94	Rodriguez Aldo			Spl casion IM
17	S/c 75	GA/61	11-03-94	Obregón Reinaldo	flexión en mono		curación plana.
18	S/c 75	GA/61	11-03-94	Lucy Alejandra	flexión en pie		curación plana
19	S/c 75	GA/61	11-03-94	Muller Gustavo	Dorsalgia		
20	S/c 75	GA/61	11-03-94	Lancio Nestor	Migraña		
21	Solo 12	GA/62	11-03-94	De la Cruz Tomila	Herida mono derecha		curación

NO. FECHA	GRADO	PARENT	DEST	INDIC	APILL	TIC	NUM	PRE	DIAGN	OST	TRATAM
1	OP. 10/29/75	s/c	75	64-161	V. J. P. R. E. Z. P. R. O. Z.	Ganglion	F. H. I. N. G. A. L. I. O.				
2	OP. 10/29/75	s/c	75	64-161	V. J. P. R. E. Z. P. R. O. Z.	Ganglion	F. H. I. N. G. A. L. I. O.				
3	OP. 10/29/75	s/c	75	64-161	V. J. P. R. E. Z. P. R. O. Z.	Ganglion	F. H. I. N. G. A. L. I. O.				
	OP. 10/29/75	s/c	75	64-161	V. J. P. R. E. Z. P. R. O. Z.	Ganglion	F. H. I. N. G. A. L. I. O.				
	OP. 10/29/75	s/c	75	64-161	V. J. P. R. E. Z. P. R. O. Z.	Ganglion	F. H. I. N. G. A. L. I. O.				

En ambas, el tratamiento anotado es "Infiltración", pero destacando que un "ganglio" es un engrosamiento que se encuentra en el trayecto de un vaso linfático (ganglios linfáticos) o de un nervio. Estos últimos son nódulos que se encuentran en las raíces posteriores sensitivas, de la médula espinal (ganglios espinales), en algunos nervios craneales (ganglios basales), y en el sistema nervioso vegetativo (ganglios simpáticos y parasimpáticos del sistema autónomo). Si bien semánticamente tienen un mismo origen (del latín "ganglion" y del griego "gágglion", anatómica histológica, fisiológica, y médicamente son dos cosas totalmente distintas. Obviamente, han copiado mal al transcribir de una hoja a otra.

La atención médica está registrada el mismo día en la ficha de Consultorio Externo, con letra y firma de CORVALÁN. Con la letra de la Subteniente TRONCOSO se emite una receta avalada por sello y firma de CORVALÁN, indicándose "DUO DECADRON" inyectable (1 ampolla), y debajo, se agrega con lápiz "Jeringa de 10 c/ag. IM (una)".

62

Hecho Samuel
s/c 75 64 161

Duo Decadron
Inyectable
1 amp -
Jeringa de 10 c/ag. IM (una)

El 9 invertido de TRONCOSO

Letra de Troncoso (Birome)

Escrito con Lápiz

P/3/P4

7

S. J. P. R. E. Z. P. R. O. Z.

M. P. 2.047

Consideraciones sobre las irregularidades observadas;

Como vimos, PACHECO Samuel recibió un traumatismo leve de maxilar inferior el 6/3, al cual AGUIRRE lo trató con comprimidos de Piroxicam (no indica la frecuencia de las tomas ni la cantidad total a administrar).

Para la misma fecha y día hay una receta a su nombre con la indicación de Celestone Cronodoce inyectable (tachado), 2 jeringas con agujas (una IM y otra EV) y Lidocaína al 2%.

No hay correspondencia entre el diagnóstico y los medicamentos y elementos de enfermería solicitados, ya que ésta patología NO LLEVA INFILTRACION.

La Ficha de C. Ext. de PACHECO no registra la atención de CORVALAN del día 6, que tendría que existir de su puño y letra, tal cual lo indica la prestación médica que avala la receta.

Si bien en la misma ficha del soldado y en la Planilla de Atención de pacientes por guardia se indica una “infiltración”, un ganglión no lleva dicho tratamiento (como ya hemos visto) excepto que se lo anestesia para posteriormente ejercer forcipresión sobre el mismo con el fin de reventarlo (algunos médicos practican dicho tratamiento); éste tratamiento empírico lleva a que después se vende por unos días la muñeca del paciente, hecho que no sucedió ni está descrito en el caso de autos.

Además; ¿Cómo supieron 3 días antes (es decir, el 6), que iban a tener que “infiltrar” un ganglión del cual hicieron el diagnóstico 3 días después?

Por lo tanto se utilizó el nombre del soldado para retirar dichos medicamentos (Lidocaína y Duo Decadrón) y elementos de enfermería (Jeringas y agujas) de la farmacia.

Si no se le aplicaron a PACHECO (de lo cual no me cabe ninguna duda), es evidente que se utilizaron para la atención de otra persona, ya que es absurdo pensar que hayan empleado este mecanismo desprolijo e irregular para retirar en forma delictiva medicamentos que representan una poca monta económica, y más aún cuando por ejemplo el Duo Decadrón es un producto del cual el Laboratorio que lo elabora brinda muestras médicas en cantidad a todos los médicos a través de sus agentes de propaganda médica (visitadores).

Surge llamativamente un argumento Ad Rem; los firmantes, ambos con jerarquía militar (Capitán CORVALAN y Subteniente TRONCOSO), no iban a jugarse su puesto de trabajo con tal tipo de delito.

A continuación adjunto la fotocopia de la Ficha de Consultorio Externo de PACHECO, para que veamos que después de la “infiltración” de CORVALÁN, es vuelto a ver por TEMI el 22/3 por enterocolitis, el 10/5 por problemas de conducta y el 22/6 por rasgos de personalidad histérica. Es decir, no consta que se haya hecho ningún control de cómo quedó el ganglión después de la “infiltración”.

A PACHECO se le efectuó el día 9 una radiografía de mano derecha (Frente y perfil), en la cual no se observa ningún tipo de patología, y sin que la solicitud del estudio radiológico haya sido asentada en ningún lado. Pero para un ganglión no hace falta una radiografía, ya que el diagnóstico es de resorte exclusivamente clínico, y paradójicamente, con un criterio de realidad que evidencia lo falaz del diagnóstico y tratamiento indicados, vemos que CORVALÁN describe el ganglión en la muñeca IZQUIERDA, y la radiografía es de la muñeca DERECHA, y sin que sepamos para qué o porqué se le indicó dicho estudio.



FICHA DE CONSULTORIO EXTERNO

APPELLIDO Y NOMBRES: Pacheco Sauro
SEXO: (M) EST CIVIL, Sol. FECHA DE NACIMIENTO: 25, JUL, 1955
GRADO O PARENTESCO: 2/a. 75 DESTINO: GA. 461
LUGAR DE NACIMIENTO: ZAPALA "NON"
DOC IDENT. CI-LE-LC-DNI: 24.774.363 JOSE NR. / FECHA: 06/10/94
DOMICILIO ACTUAL: 0° JARDIN 1419 853
NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA: DANIEL DAVID PACHECO (misma direccion)

FECHA

06/3/94 Traumatismo de base en maxilar superior
Prof. Proccian
Dr. NICOLAS PACHECO
C. de Cirujia Plastica
U. N. 24460 - M. P. 2007

10-05-94 paciente con problemas de conducta, por lo que requiere valoración psicologica, que se llevara a cabo en el Hospital civil.
Dr. J. H. CORVALAN
Medico
Urologia y Traumatologia
U. N. 24460 - M. P. 2007

2.694 JMP64
Dosis Plasmolizol 1/2 litro - Dosis 191 PC4.03
Maneja hemeroteca de la pagina 7 cuantas
Caso Priolo

ES COPIA DEL ORIGINAL
DICE:
"Ganglion dorso de muñeca IZQUIERDA."
Dr. J. H. CORVALAN
Medico
Urologia y Traumatologia
U. N. 24460 - M. P. 2007

DICE:

"Ganglion dorso de muñeca IZQUIERDA."

Dr. J. H. CORVALAN
Medico
Urologia y Traumatologia
U. N. 24460 - M. P. 2007

XLIII.- RIO SECO Y SU GANGLION.-

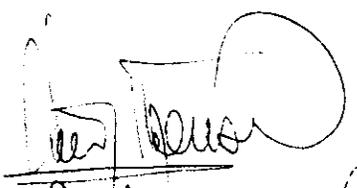
En la Planilla de Atención de Pacientes por Guardia Médica y en el Libro de Registro de Enfermos de Guardia consta atendido el día 6/3 con diagnóstico de “ganglión”.

El día 8, es decir dos días después, aparece una receta médica a su nombre, con inscripción y firma aclarada de la Subteniente TRONCOSO y debajo el sello y firma del médico TEMI.

Se solicitan 3 jeringas con agujas (IM, EV y SC), 1 ampolla de Celestone Cronodoce (Corticoide de similares propiedades al Duo Decadrón), y 1 aguja Butterfly N° 19, sin el aval de un diagnóstico que justifique el pedido.

- Rio seco: de 75 unidades **46**
GA 161 MEDIC

Jeringa y aguja IM - 1 (uno)
Jeringa y aguja EV - 1 (uno)
Celestone Cronodoce - 1 (uno)
amp.
Jeringa y aguja s/c - 1 (uno)
Butterfly N° 19 1 (uno)

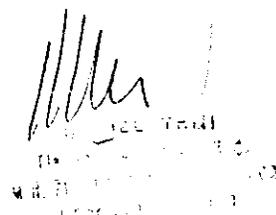

Subteniente Troncoso

(5)

8/3/94

21

↑


HOSPITAL MILITAR
M. D. N. 1000
J. 1000

El 9 invertido de TRONCOSO

La atención médica que avala TEMI (es decir, con su sello y firma certifica que atendió a RIO SECO Walter) del día 8 no está asentada en ningún libro o planilla de registro de pacientes.

Caben las mismas consideraciones que para las anteriores;

Un ganglión no se trata con corticoides, y menos aún se puede llegar a utilizar una aguja Butterfly, que ya he exhibido a V.S. en páginas anteriores, y agregando ahora que es solamente de aplicación endovenosa y sirve para la administración de líquidos por vía parenteral (soluciones glucosadas, solución fisiológica, etc.) y está especialmente diseñada para su fijación en la piel con tela adhesiva, evitándose así que la misma salga de vena ante movimientos imprevistos o involuntarios del paciente y extravasen líquidos con o sin medicamentos a tejidos circundantes con la consiguiente infiltración y edema. El nombre “butterfly” se debe a su forma de mariposa.



A esta irregularidad le caben los mismos comentarios que para las recetas de Samuel PACHECO. Está anotado el día 6/3 en la Planilla de Atención de Pacientes por Guardia Médica y en Libro de Registro de Pacientes por Guardia Médica con diagnóstico de “ganglión”.

* 06/12/94 / s/c 7.5 * GA 161 * PEREZ, Marcos * Micosis Superficial *
 * 06/12/94 / s/c 7.5 * GA 161 * VAZQUEZ, Jorge * Congelión m. nasa *

En ambos registros aparece nuevamente el día 9 y se indica el siguiente tratamiento; "infiltración".

116

Juzgado Federal
FOLIO
798

PLANILLA DE ATENCION DE PACIENTES POR GUARDIA MEDICA

FECHA	HORA	GRADO	PARENT	DESTINO	APELLIDO	NOMBRE	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
06/12/94	s/c	7.5	GA-161	Vazquez Jorge	(Anglio)	Infiltración		
09/12/94	s/c	7.5	GA-161	Vazquez Jorge	(Anglio)	Infiltración		
09/12/94	s/c	7.5	GA-161	Sans Sus	Curación	ne		

Pero para colmo de males, el mismo día 6 había padecido de "artralgias", según el médico AGUIRRE, no constituyendo esto último un diagnóstico sino un síntoma (dolor de las articulaciones, genéricamente), y lo trató con comprimidos de Piroxicam, igual que a PACHECO con el traumatismo leve de maxilar.

63 EJERCITO ARGENTINO FOLIO
 BAL "NON" H N: 2 793
 Juzgado Federal
Zapala

Apellido y Nombre: Vazquez Jorge
 Grado o Parent:
 I.O.S.E. Nro: GA-161

RPI Piroxicam
compr 6
Quedex Midis

Diag: Artralgias
 ZAPALA, 06/10/31 1994

Dr. Aguirre
 111 1440

Esta atención brindada por AGUIRRE en Guardia Médica (subrayado en la receta) no fue anotada en las planillas, no obstante ser coherente desde el punto de vista terapéutico que dolores articulares se traten con 6 comprimidos de Piroxicam. (sería un tratamiento sintomático, ya que no hay un diagnóstico etiológico)

El día 6 aparece una receta, casualmente inscrita y firmada con puño y letra de la Subteniente PERALTA y avalando la atención médica brindada el mismo CORVALAN.

A través de la misma se solicitan 2 jeringas con agujas EV y SC respectivamente, y una ampolla de Celestone Cronodoce (tachado).

(64)

V. Vazquez Jorge
5/25 6/3/83

~~Celestone Cronodoce~~ amp. ~~1/1~~

Jeringa c/aguja EV — 0/1

Jeringa c/aguja subcutánea — 0/1

6/3/83

~~Subt. Peralta~~
Of. Tor

Si se tachó el Celestone Cronodoce; ¿Qué es lo que se pensaba inyectar entonces con las jeringas? Vale decir, quedaron dos jeringas libres para una utilización distinta a la manifestada en la receta.

Para el día 9 hace su aparición otra receta a nombre de VAZQUEZ Jorge, con la inscripción del medicamento (Duo Decadrón inyectable 1 ampolla) y la fecha de puño y letra de TRONCOSO (ver nuevamente sus caracteres y el 9 invertido), y avalando la atención el sello y firma de CORVALAN.

Al igual que con la receta de PACHECO, se agregó con lápiz “Jeringa de 10 cm c/ag. IM.” (si las comparamos son un calco una de la otra); vale decir que estamos muy lejos de la “infiltración” que sugieren las planillas, ya que se solicitan elementos de aplicación INTRAMUSCULAR. Dicho claramente; un ganglión no lleva como ya extensamente vimos una infiltración, Y MENOS AUN LA APLICACION IM DE DUO DECADRON. Ya no dudo que ambos elementos se volvieron a utilizar en otro paciente, por más que alguno de los soldados haya presentado realmente un ganglión.

VAZPUNZ Jorje
 7/27/94

65



Duo Decadron
 Inyectable

LETRA DE TRONCOSO

1 in/3
 1 in/3

ESCRITO CON LÁPIZ

0/3/Pl
 2

JORGE E. CORVALAN
 Médico
 Ortopedia y Traumatología
 M. 74

9 INVERTIDO DE TRONCOSO.

Para ésta receta caben las mismas consideraciones que para la anterior del día 6.

Pero además, si el 6 había tomado Piroxicam por los dolores articulares antes del descubrimiento del ganglión; ¿Para qué hacerle otro tratamiento INNECESARIO Y NO TERAPEUTICAMENTE INDICADO CON CORTICOIDES IM?

Una dosis de 2 inyecciones de Duo Decadrón en el lapso de 3 días constituye una dosis muy elevada de corticoides, incluso en patologías específicas. (y con los peligros que ello encierra.-ver precauciones en el uso de corticoides.-)

Ahora veamos los médicos y el personal auxiliar que estuvieron de guardia los días 4, 5, 6, 7, 8, y 9 de Marzo de 1994 en el Hospital Militar Zapala, según surge del libro de novedades de guardia;

	MEDICO	ESPECIALIDAD	OFICIAL DE TURNO
4 al 5	Lucio De La ROSA	Clínico	Cbo 1° E. VERA
5 al 6	Antonio ABRAHAM	ORL Laringología	Sgto Mabel VILLALBA de VERON
6 al 7	Emilio AGUIRRE	Clínico	Subt. PERALTA
7 al 8	Antonio ABRAHAM	Clínico	Subt. Gimena MARTELLO
8 al 9	Jorge CORVALÁN	Traumatólogo	Cabo 1° SILVA

Surge que el 6 el Capitán Médico CORVALÁN NO ESTUVO DE GUARDIA, pero sin embargo concurrió al hospital para atender a Jorge VAZQUEZ y a PACHECO Samuel no por una urgencia o emergencia sino todo lo contrario, por una patología nimia como lo es un ganglión.

No hay ningún motivo para que E. AGUIRRE, médico de guardia del 6, hubiese dejado de atender a 2 soldados con una patología tan sencilla como un "ganglión", como así tampoco para que la Subteniente PERALTA, enfermera de turno, llamase a CORVALAN para atenderlas estando AGUIRRE de guardia.

Si bien podrá argumentarse que, el ingreso de un médico a la guardia se asienta en el libro de novedades de guardia, el hecho de que el Capitán CORVALAN no esté registrado el día 6 (tal cual lo vamos a ver más adelante cuando analice las hojas de guardia de los días 4 al 9 de marzo), no implica que no lo haya hecho.

La confección de las recetas del 6 indica taxativamente lo contrario, y es un hecho deíctico que pueda omitirse voluntariamente dicha concurrencia.

XLIV.- OTRAS DOS DE CORVALÁN.-

Hay dos recetas que llevan su letra, sello y firma, y que expongo a continuación;

<p>Clonidina Jean 66 S/C/75 GA 161 Rp/ Paracetamol conf 6 Valium 5 ug. conf 23 2 6/3/94</p>	<p>Severo Paul A 67 S/C/75 Ga 161 Rp/ Difenidramina conf 1 Difenidramina conf 1 6/3/94</p>
---	---

Dr. JORGE E. CORVALAN
 Médico
 Ortopedia y Traumatología
 M. P. 74.939 - M. P. 2.C97

JORGE E. CORVALAN
 Médico
 Ortopedia y Traumatología
 M. P. 74.939 - M. P. 2.C97

Dr. Aguirre P. S/C 75	Barz	Tobamasa	Pie curacion
Dr. Aguirre P. S/C 75	GA 161	Cesario	Alejandro
Dr. Aguirre P. S/C 75	GA 161	Fria	Reynaldo
Dr. Aguirre P. S/C 75	GA 161	Alejandro	Pacheco
Dr. Aguirre P. S/C 75	GA 161	Severo	Paul

Una está a nombre de LEIVA Raúl a. y la otra aparentemente a nombre de CLACCIO o CLAMIO JUAN.

En la planilla de Pacientes por Guardia hay anotado un solo RAUL, pero el apellido no coincidiría, ya que con puño y letra de TRONCOSO se ha anotado apellido parecido a "AMORO Raúl" (nuevamente aparece su 9 invertido), siendo coincidente solamente la aplicación de Diclosan IM, pero sin que conste ningún diagnóstico que la justifique. En el Libro de Registro de Pacientes por Guardia, el mismo día hay anotado un tal MULLO Raúl (ver hoja siguiente) con la misma indicación médica, y con la letra de TRONCOSO, de donde vuelve a resaltar su característico 9 invertido. De LEIVA a MULLO hay una gran diferencia, pero muy originalmente tienen un nombre común -Raúl- que los hace parecidos.

LEIVA Raúl reaparece el día 9 (anotado en los dos libros) con diagnóstico "curación por ampolla en pie" y tratado con "curación plana", lo cual es correcto; no así, si es que para un dolor originado en una ampolla se le aplicó un analgésico IM, cuando lo indicado hubiese sido un analgésico por vía bucal, que los hay muchos y muy buenos.

En esta hoja se ha hecho un rallado para encasillar en forma prolija el Grado, Destino, Fecha, Apellido y nombre, Diagnóstico, tratamiento de cada persona atendida. No obstante los casilleros correspondientes al "tratamiento" aparecen vacíos el día 7 y 8. Sin embargo, se ha seguido un orden en los diagnósticos desde el día 3 hasta el 8, donde a partir de FRÍA Alejandro los casilleros correspondientes al Diagnóstico fueron ocupados en su totalidad con las anotaciones que corresponden al tratamiento, quedando vacíos los casilleros correspondientes al tratamiento.

El Diclosan es el nombre comercial de la droga "Diclofenac", que es un antiinflamatorio no esteroideo (similar en sus efectos al Piroxicam), con propiedades analgésicas. El tal CLACCIO registra un antecedente el día 6 de marzo anotado solamente en el Libro de registro de Pacientes por Guardia) como CHAVARRÍA Juan (y que con buena voluntad podría leerse como tal en la letra de CORVALÁN, atendido en esos momentos por un dolor en la columna.

NI CHAVARRIA NI CLACCIO existen en las anotaciones del día 8 (en ninguno de los libros), en el cual el Capitán CORVALAN le indicó Paracetamol (6 comprimidos) y Valium 5 mg (3 comprimidos), sin que exista un diagnóstico a la vista que implique un acertado y justificado tratamiento. El Paracetamol es un analgésico (con propiedades antitérmicas) y el Valium (Benzodiacepina) en un tranquilizante con propiedades miorrelajantes.

Estas nuevas irregularidades cometidas por esos días podrían llegar inscriptas en el quantum de las anteriormente demostradas, y habrían servido para medicar a otra persona, distinta a la indicada en la receta.

LEIVA Raúl reaparece el 17/3 con una nueva aplicación IM, de las cuales, como se ve, no tenía forma de escapar

16/03/98	S/C 75	61101	Bridgeline Juan	IM
17/03/98	S/C 75	RIM 10	Leiva Raúl	Aplicación IM
17/03/98	Ep Ser Ag	Dol	Dellosso Juan	Aplicación IM
17/03/98	S/C 75	CA 101	Olivera Marcos	Aplicación IM
17/03/98	S/C 75	BAC	Delgado Juan	Aplicación IM

EL 9 INVERTIDO DE TRONCOSO

no de Diden	Grado	Destino	Fecha	Apellido y Nombre	Diagnostico	Tratamiento
7	4to Sem	CA 161	07 Mar	Amador Angel "	Trombocitopenia moderada	
"	5to Sem	BAR	07 Mar	Cayo Eduardo	Asma bronquial	
"	4to Sem	RM 10	07 Mar	Valenzuela Heino	Diabete Mellitus	?
(X)	5to Sem	BAR	07 Mar	Rico Gustavo	Desgarro muscular	
"	5to Sem	CA 161	07 Mar	Diaz Claudio	Epilepsia	
"	5to Sem	CA 161	07 Mar	Costa Orlando	Quemadura Extremo	
"	5to Sem	RM 10	07 Mar	Espinoza Oscar	Colicis	
"	5to Sem	BAR	07 Mar	Torresosa Jose	Amnesia pre delirio	?
"	4to Sem	CA 161	07 Mar	Carandine Alejandra	Onfalorquia	
X	5to Sem	CA 161	08 Mar	Fraile Alejandra	Fluoreo IM	
"	5to Sem	CA 161	08 Mar	Quelens Marcelo	Fluoreo IM	
"	5to Sem	CA 161	08 Mar	Quelens Carol	Fluoreo IM	
"	5to Sem	CA 161	08 Mar	Quelens Gustavo	Fluoreo IM	
7	CAP	BAR	07 Mar	Sala David	Quemadura	?
"	5to Sem	CA 161	07 Mar	Quelens Marcelo	Fluoreo IM & Dexam	?
"	5to Sem	CA 161	07 Mar	Quelens Gustavo	Fluoreo IM & Dexam	
CONTINUACION Abril 1994						
11	5to Sem	BAR	18.04.94	Rico Fabian	Trombocitopenia	Dexametasona
12	5to Sem	CA 161	18.04.94	Mercedo Carlos	Diabete Mellitus	
13	5to Sem	BAR	18.04.94	Andrade	Quemadura	Quipal

XLV.- LOS ANTIBIÓTICOS Y LA VACUNA ANTITETÁNICA.-

A continuación expongo dos recetas; una confeccionada de puno y letra del infaltable CORVALÁN (del 8/3 indicando Ampicilina 500 mg X 12 comprimidos) y otra firmada por KURCHAN, con fecha adulterada (un 7 sobre un 8 o un 8 sobre un 7, y un 6 dentro del círculo inferior del 8, lo que en total nos da la superposición de 3 fechas), en la cual indica Vacuna antitetánica, con un agregado no correspondiente a su letra de jeringa 10 cm c/ag.=l”.

La ampicilina es un antibiótico semisintético penicilínico, del grupo de los de espectro reducido y predominantemente bactericida.

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON"- R M 7
Apell y Nomb: *Costa Orlando* (68)
Grado o Parent: *S/C 75*
T.O.S.E. Nro:
Rpl

*Ampicilina 500
cp x 12*

(2)

Diag: *Cefalocitron en
antebrazo*
ZAPALA, 8/3/1994

Dr. J. Corvalán
Médico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 246.6 M. P. 2.097

EJERCITO ARGENTINO (69)
BAL "NON"- R M 7
Apell y Nomb: *Costa Orlando*
Grado o Parent: *S/C 75*
T.O.S.E. Nro:
Rpl

*Vacuna antitetánica
jeringa 10 cm c/ag.=l*

Diag:

Dr. J. Kurchan
M. N. 246.6 M. P. 2.097
ZAPALA 8/103/19

(2)

Las dos recetas están a nombre del mismo soldado y, sugestivamente, las 3 fechas de la receta de KURCHAN representan a coincidencias significativas;

- Día 6 —————> Desaparición de O. CARRASCO
- Día 7 —————> Única fecha en que está anotada la atención de Costa Orlando
- Día 8 —————> Fecha en que fue vacunado O. CARRASCO, según su F.I.S.

Como dije, Orlando COSTA fue anotado solamente en la planilla de pacientes atendidos por guardia (ver hoja de la presente peritación), y no así en el Libro de registro de guardia. El diagnóstico es de “cuerpo extraño” (letra de TRONCOSO), a lo que el día 8 CORVALAN le agrega en la receta por él suscripta y firmada; “en antebrazo”, completando así la región anatómica donde encalló el cuerpo extraño, pero dejándonos la incógnita si era en el izquierdo o en el derecho.

Corvalán certifica inexorablemente que lo atendió el día 8, pero dicho acto médico no está registrado en ninguna planilla.

El tratamiento de un cuerpo extraño que haya penetrado en alguna región anatómica es su extracción. Los antibióticos están reservados para la existencia de infección concomitante, de la cual nada se dice en el diagnóstico, por lo que la sola presencia de un cuerpo extraño no justifica ni a modo preventivo que se le administren antibióticos. La vacuna antitetánica ante el presente caso está justificada, pero;

Si la receta fue emitida con fecha 6, es decir el mismo día 6, se cometió el error de indicarle la vacunación antes de que le penetrara el cuerpo extraño.

Si se le indicó el 8, el médico ha olvidado recetársela el 7, por lo que la atención del 8 tendría también que estar registrada. Se da entonces el hecho de que el día 8 fue examinado por dos médicos (KURCHAN y CORVALÁN) y en ninguna de las dos oportunidades se lo anotó.

Pero el Registro Diario de Consumo de medicamentos del 5 al 15 de marzo por Personal Ambulatorio indica claramente que la TAB DI TE fue retirada el día 8.

NRO DE ORDEN	E F E C T O S	5	7	8	9	10	11	12	14	15
01	AGRIPSAN COMPRIMIDOS				23			15		
02	AMOXICILINA 500 COMP				20		8			
03	AMPICILINA 500 COMP	28	10	22	8		40			
04	ASCORBISAN AMPOLLAS					4				
05	ASPIRAN COMPRIMIDOS		10				40			
06	BROMASAN 3 MGR COMP				10					
07	BENZODIACEPINOSAN 5 COMP		3							
08	BENZODIACEPINOSAN 10 AMP		1							
09	BUSCAPINA COMPRIMIDOS		3		5					
10	CEFALEXINA 500 COMPRIMIDOS								9	
11	DEXA-DEPOSITO=DUODECADRON				2					
12	DICLOSAN COMPRIMIDOS				28				19	28
13	DICLOSAN AMPOLLAS		7	3	2			4	6	12
14	DIPIROSAN AMPOLLAS					1				
15	DIPIROSAN COMPRIMIDOS				8					
16	DDTBENCILSAN x 100 CC FCO							1		
17	ERITROMICINA 500 COMP			10						
18	EXPECTOSAN COMPRIMIDOS				9					
19	GASTRISAN COMP				20					
20	GENTAMINA 80 AMPOLLA			3						
21	LIDOCAINA 2% S/EPI FCO	1								
22	PARACETAMOL COMPRIMIDOS	6	6							
23	PENICILINA BENZATINICA 2.4						1			
24	PIROXICAN COMPRIMIDOS			14	4	10		4		24
25	TABDITE DOSIS			1				367	6	
26	TERRAMICINA 500 COMP								4	
27	ALCOHOL ETILICO LITRO		1					3		
28	AGUA D'ALIBOUR						100			100
29	POLVO ANTIMICOTICO						200			
30	GASA PIEZA x 40 MTS		1							
31	ALGODON HIDROFILO x 500 GR	2						2		
32	AGUJAS DESC 15/5							223		
33	AGUJAS DESC 25/8	1		100				200	101	
34	BAJALENGUA DESCARTABLES									
35	JERINGA DESC 5 C/IM		7	6		1		4	6	11
36	JERINGA DESC 10 C/IM	1	1		3	4	1			
37	JERINGA DESC 10 C/EV		20					16	16	11
38	JERINGA DESC 1 CC C/ 15/8			1						
39	GUANTE DE LATEX NRO 7							5		
40	IDEM NRO 7 1/2 PAR	1						3		
41	IDEM NRO 8							3		
42	IDEM NRO 8 1/2			1				4		
43	HILO DE LINO NRO 100, SOBRE	1								
44	HOJAS P/ BISTURI NRO 23				1					
45	PAPEL P/ECG ROLLO			1						

Consultada la F.I.S. de COSTA Orlando dice;

Nº de Orden 273. S/C 78

Junta Médica 08 (remarcado sobre un 13 previo)

TAB DI TE; 12/3/94

2a Dosis: 25/4/94.

Como evidentemente se ve, COSTA FUE VACUNADO EL DIA 12 con el resto ce los soldados.

Consultada la F.I.S de Omar Octavio CARRASCO vemos que;

ident 5-10-72

SERVICIO DE CONSCRIPCION		FICHA INDIVIDUAL DE SALUD RECONOCIDO POR CUENTA DE FORMULARIO										JUNTA MED. NRO	
0981	74	35	23612670	515	CARRASCO OTTAVIO OCTAVIO								
NRO ORDEN	CLASE	DM	DNI	SORTEO	APELLIDO Y NOMBRES								
REFERENCIAS		DIENTES										PULGAR DERECHO	
CARIAS CURABLES		CARIAS INCURABLES		EXTRACCION DIENTE AUSENTE		TEMPORARIO OBTURACION							
RECONOCIMIENTO MEDICO GENERAL										ANTROPOMETRIA			
EXAMEN	DIAGNOSTICO	CLASIFICACION	NUMERO	FIRMA Y CODIGO		TALLA	PESO		PERIMETRO TORACICO		EXC RES*		
(RADIOGRAFICO NUMERO 0998)						163	57		86		10		
ODONTOLOGICO						INDICE PIGNET		TACNAS		TIPO		FECHA	
ESPECIALS	OPHTALMOLOGIA OT					TABARTE		09039					
						FECHA CLASIFICACION FINAL		031083					
CLINICO						FECHA CLASIFICACION							
CLASIFICACION FINAL JEFE JUNTA						FECHA CLASIFICACION							
2DO. RECONOCIMIENTO MEDICO - AÑO MILITAR										FECHA CLASIFICACION			
EXAMEN	DIAGNOSTICO	CLASIFICACION	NUMERO	FIRMA Y CODIGO		2	2DO. REC. MED.		3		BAJAS INCORP.		
CLASIFICACION FINAL JEFE JUNTA						FECHA CLASIFICACION		030394					
Los datos respectivos: fueron anotados en los libros correspondientes (sólo casos de BAJA)										LUGAR		FECHA	
INIC.	COD.												
FIRMA JEFE D.M.													

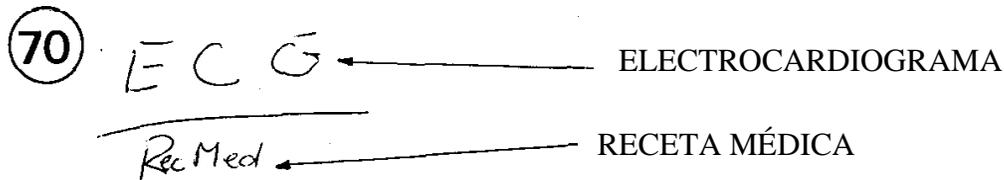
La fecha de clasificación está adulterada, no así la que certifica que fue vacunado el día 8. Clara demostración de que para esa fecha O. CARRASCO AUN ESTABA CON VIDA, y que tanto la vacuna como los antibióticos NO FUERON PARA. Orlando COSTA SINO PARA O. CARRASCO.

El mismo destino han seguido casi con certeza el resto de los medicamentos de las recetas periciadas como sospechosas, y de todos los cuales adelante voy a fundamentar su uso en O. CARRASCO.

XLVI.- UN ROLLO DE PAPEL PARA ECG Y UN BISTURÍ.-

Como vemos en esta misma hoja, ha existido un pedido de 1 rollo de papel para efectuar un electrocardiograma. La inscripción del pedido lleva la letra y firma del Sgto. Mabel VILLALBA de VERÓN, que para más identificación aclara su firma.

No hay diagnóstico que justifique el pedido ni tampoco existe nombre y apellido del destinatario al que se le iba a efectuar tan importante estudio. Aclara debajo de "E C G" que se trata de una "Rec Med", lo que en buen castellano significa Receta Médica, es decir, una nota escrita POR UN MÉDICO en la que prescribe un estudio o indica un tratamiento a seguir, pero en éste particular caso, escrito por una enfermera.



*1 rollo de papel
para ECG*



*08 marzo
Mabel Villalba
Mabel Villalba de Verón
Sgta*

Pero veamos que pasó el día 8 con los pacientes atendidos. La Planilla de Atención por Guardia y el Libro de Registro de pacientes atendidos por guardia son coincidentes al respecto;

S/C 75	GA 161	08 Mar	PRIA Alejandro	Aplicación IM
S/C 75	GA 161	08 Mar	ORELLANO Marcelo	Aplicación IM
S/C 75	GA 161	08 Mar	NULLO Raúl	Aplicación IN
S/C 75	GA 161	08 Mar	MORDEROS Antonio (o similar)	Aplicación IM

El tal MORDEROS (tal como se lee) se transforma el día 9 en MORALES Antonio, que concurre también por una aplicación IM.

Si bien no consta el diagnóstico, tampoco se indica que a alguno de ellos se le haya efectuado un E.C.G.

La ciencia médica no admite el absurdo de tener que efectuarle un ECG a una persona para saber si está en condiciones de aplicársele una inyección IM.

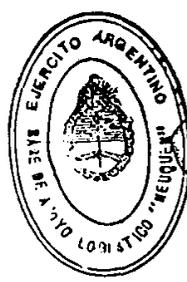
En la página siguiente vemos que el 18 de marzo efectuaron 2 ECG a 2 Soldados, y que dicha prestación siempre es anotada.

no de Orden	Grupo	Destino	Fecha	Apellido y nombre	Diagnostico	Tratamiento
64	5/c75	GA/61	170394	Polarissimo Amador		IT
65	5/c75	GA/61	170394	Ortiz Julio	Infección de la piel por oler.	Curación con Sulfato de Selenio
66	5/c75	BAZ	170394	Del Prado Juan		IT
67	P	GA/61	180394	Fischmann Carlos	E.C.G.	
68	5/c75	BAZ	180394	Episcopo Ramón	E.C.G.	
69	5/c75	BAZ	180394	Salas Pablo	Oricis en pie	Curación
70	6/50	GA/61	180394	Riquelme Domingo	gastrodúctico en mano	curación
71	5/c75	GA/61	180394	Buena Chabela	Lumbalgia	
72	5/c75	GA/61	180394	Pastorelino Amador		IT
73	5/c75	BAZ	180394	Rice Hector	Correa Médica	
74	5/c75	BAZ	180394	Pestal Pablo	Caustica Médica	
75	5/c75	BAZ	180394	depy Francisco		IT
76	5/c75	BAZ	180394	Gonzalez Javier		Curación
77	5/c75	BAZ	180394	Rozas Silvio		Med y IT
78	5/c75	GA/61	180394	Fernandez Javier		Med.
79	5/c75	GA/61	180394	Riquelme Claudio		Curación plane
80	5/c75	GA/61	180394	Silva Gustavo		IT
81	5/c75	GA/61	180394	Liben Jorge		IT
82	5/c75	GA/61	180394	Oli Carlos		IT
			180394	Delgado Anita	Embarazo	IT

REGISTRO DIARIO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS ENTRE EL 05/15MAR94
 POR PERSONAL AMBULATORIO

Integridad
 FOLIO
 806
 Zapata

NRO DE ORDEN	E F E C T O S	5	7	8	9	10	11	12	14	15
01	AGRIPSAN COMPRIMIDOS				23			15		
02	AMOXICILINA 500 COMP				20		8			36
03	AMPICILINA 500 COMP	28	10	22	8		40			10
04	ASCORBISAN AMPOLLAS					4				
05	ASPISAN COMPRIMIDOS		10				40			20
06	BROMASAN 3 MGR COMP				10					
07	BENZODIACEFINOSAN 5 COMP		3							
08	BENZODIACEFINOSAN 10 AMP		1							
09	BUSCAPINA COMPRIMIDOS		3		5					
10	CEFALEXINA 500 COMPRIMIDOS								9	
11	DEXA-DEPOSITO=DUODECADRON				2					
12	DICLOSAN COMPRIMIDOS				28				19	28
13	DICLOSAN AMPOLLAS		7	3	2			4	6	12
14	DIPIROSAN AMPOLLAS					1				
15	DIPIROSAN COMPRIMIDOS				8					
16	DDTBENCILSAN x 100 CC FCO							1		
17	ERITROMICINA 500 COMP			10						
18	EXPECTOSAN COMPRIMIDOS				9					
19	GASTRISAN COMP				20					
20	GENTAMINA 80 AMPOLLA			3						
21	LIDOCAINA 2% S/EPI FCO	1								
22	PARACETAMOL COMPRIMIDOS	6	6							
23	PENICILINA BENZATINICA 2.4						1			
24	PIROXICAN COMPRIMIDOS			14	4	10		4		24
25	TABDITE DOSIS			1				367	6	
26	TERRAMICINA 500 COMP								4	6
27	ALCOHOL ETILICO LITRO		1					3		
28	AGUA D'ALIBOUR						100			100
29	POLVO ANTIMICOTICO						200			
30	GASA PIEZA x 40 MTS		1							
31	ALGODON HIDROFILO X 500 GR	2						2		
32	AGUJAS DESC 15/5							223		
33	AGUJAS DESC 25/8	1		100				200	101	
34	BAJALENGUA DESCARTABLES									25
35	JERINGA DESC 5 C/IM		7	6		1		4	6	12
36	JERINGA DESC 10 C/IM	1	1		3	4	1			
37	JERINGA DESC 10 C/EV		20					16	16	30
38	JERINGA DESC 1 CC C/ 15/8			1						
39	GUANTE DE LATEX NRO 7							5		7
40	IDEM NRO 7 1/2 PAR	1						3		
41	IDEM NRO 8							3		
42	IDEM NRO 8 1/2			1				4		
43	HILCO DE LINDO NRO 100, SOBRE	1								
44	HOJAS F/ BISTURI NRO 23				1					
45	PAPEL F/ECG ROLLO			1						



PEDRO RAFAEL CERRUTI
 Teniente Coronel
 Jefe del Neg.

Como vemos, de farmacia se entregó el rollo de papel para E.C.G. el mismo día 8 en que fuera solicitado.

Asimismo subrayo que el bisturí N° 23 solicitado por TRONCOSO el 9, también se entregó el mismo día de la solicitud.

La receta que sigue es llamativa.

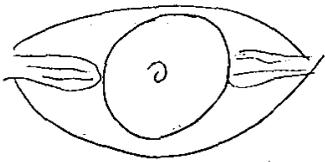
Nuevamente el 9 invertido identifica a la autora de la receta, por mas que no hubiese colocado su firma y aclaratoria. Solicita un elemento de cirugía (bisturí) para el Sgto. José ALFARO del G.A

19-1-93

VEAMOS QUE DICE LA HISTORIA CLINICA.-

OD Ptosis Infratrocular

Doy. Decaplos (10)



Próxima refracción

3593 = Anillo de
Fenol (fuer)



09-3-94. Hace 10 días traumatismo simple
Cráneo (suturado). No hubo ni lagrimeo
de ojo. En condición alta Méjica



CON LA LETRA Y FIRMA DEL MEDICO KURCHAN, éste certifica que lo atendió el 9. Como ya vimos, para el mismo día está registrada su atención en el Libro de registro de pacientes atendidos por guardia pero con diagnóstico de "dolor lumbar", lo que significa que fue por un dolor lumbar que KURCHAN no advirtió, y le terminó haciendo sacar por TRONCOSO unos puntos que tenía en la cabeza (no indica extensión de la lesión ni zona topográfica), por un traumatismo recibido 10 días antes.

V, S.; ESTO HA SIDO UN AGREGADO FAIAZ, YA QUE 10 DIAS ANTES NO ESTA REGISTRADO NINGUN TRAUMATISMO DE CRANEO, Y LA ATENCION DEL 9 FUE AGREGADO DESPUES DEL DIA 5 DE MAYO, DONDE SE LE RECETARON DOS COLIRIOS Y SE LE INDICO UNÁ NUEVA REFRACCION EN 10 DIAS.

A MAYOR ABUNDAMIENTO DE TAN BURDA MANIOBRA, SE DEBERA SOLICITAR PERITACION DE ANTIGUEDAD DE TINTAS

Quien ha hecho guardias médicas, sabe que siempre se deja una boja de bisturí en un frasco con DG6 (antiséptico) justamente para la extracción de puntos de sutura.

A falta de esta prevención, es mejor aún cortar una boja gillette por la mitad, con la cual se extraerán con la misma facilidad y se evitará una erogación innecesaria para tan sencillo acto médico.

DIGO; si en algo estoy equivocado, el capitán ALFARO deberá demostrarlo a través de una buena cicatriz en cuero cabelludo.

XLVII.- LAS MATEMÁTICAS, UNA CIENCIA EXACTA.-

Sumemos Ahora las dosis de TAB DI TE administradas;

DIA 8 — 1
 DIA 12 — 367
 DIA 13 — 6
TOTAL = 374

Es decir, que si la vacuna del 8 no hubiese sido administrada a Omar Octavio CARRASCO el total hubiese sido 367+6-1= 373.

En el presente caso, una simple suma y resta permite apreciar con claridad que las matemáticas constituyen una ciencia exacta. No se necesita un progresivo contraste con la observación y la práctica experimental (como por ejemplo si fuera un fenómeno físico), ni tampoco apelar a la intuición sensible para controlar la verdad de lo expresado. Más allá de ser números naturales, enteros y racionales, constituyen una demostración implícita de su objeto.

A fuerza de seguir observando los números vertidos por la Capitán Farmacéutica Adriana M.L. D'ANDREA COLL, encuentro que el bistori N° 23 que fuera solicitado por TRONCOSO el 9/3 y que fuera asentado como tal en el Registro Diario de Consumo de Medicamentos del día 5 al 15 de marzo por Personal Ambulatorio como "hoja P/bistori NRO 23" (ver abajo), se transforma en "Hoja P/bistori NRO 15 "en la hoja de "Consumo de Fármacos y Material de Curaciones por Parte del Personal Ambulatorio" de Fs. 804 (ver fotocopia siguiente).

NRO DE ORDEN	E F E C T O S	5	7	8	9	10	11	12	14	15
01	AGRIPSAN COMPRIMIDOS				23			15		
02	AMOXICILINA 500 COMP				20		8			36
03	AMPICILINA 500 COMP	28	10	22	8		40			10
04	ASCORBISAN AMPOLLAS					4				
05	ASPIRAN COMPRIMIDOS		10				40			20
06	BROMASAN 3-MGR COMP				10					
07	BENZODIACEFINOSAN 5 COMP		3							
08	BENZODIACEFINOSAN 10 AMP		1							
09	BUSCAPINA COMPRIMIDOS		3		5					
10	CEFALEXINA 500 COMPRIMIDOS								9	
11	DEXA-DEPOSITO=DUODECADRON				2					
12	DICLOSAN COMPRIMIDOS				28				19	28
13	DICLOSAN AMPOLLAS		7	3	2			4	6	12
14	DIFIROSAN AMPOLLAS					1				
15	DIFIROSAN COMPRIMIDOS				8					
16	DDTBENCILSAN x 100 CC FCO							1		
17	ERITROMICINA 500 COMP			10						
18	EXPECTOSAN COMPRIMIDOS				9					
19	GASTRISAN COMP				20					
20	GENTAMINA 80 AMPOLLA			3						
21	LIDOCAINA 2% S/EPI FCO	1								
22	PARACETAMOL COMPRIMIDOS	6	6							
23	PENICILINA BENZATINICA 2.4						1			
24	PIROXICAN COMPRIMIDOS			14	4	10		4		24
25	TARDITE DOSIS			1				367	6	
26	TERRAMICINA 500 COMP								4	6
27	ALCOHOL ETILICO LITRO		1					3		
28	AGUA D'ALIBOUR						100			100
29	POLVO ANTIMICOTICO						200			
30	GASA PIEZA x 40 MTS		1							
31	ALGUDON HIDROFILO X 500 GR	2						2		
32	AGUJAS DESC 15/5							223		
33	AGUJAS DESC 25/8	1		100				200	101	
34	BAJALENGUA DESCARTABLES									25
35	JERINGA DESC 5 C/IM		7	6		1		4	6	12
36	JERINGA DESC 10 C/IM	1	1		3	4	1			
37	JERINGA DESC 10 C/EV		20					16	16	30
38	JERINGA DESC 1 CC C/ 15/8			1						
39	GUANTE DE LATEX NRO 7							5		7
40	IDEM NRO 7 1/2 PAR	1						3		
41	IDEM NRO 8							3		
42	IDEM NRO 8 1/2			1				4		
43	HILO DE LINO NRO 100, SOBRE	1								
44	HOJAS P/ BISTURI NRO 23				1					
45	PAPEL P/ECB ROLLO			1						



A C T A

----- EN ZAPALA, CUARTEL DE LA BASE DE APOYO LOGISTICO "NEUQUEN" A LOS VEINTISIETE DIAS DEL MES DE ABRIL DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO, SE LABRA LA PRESENTE ACTA PARA DEJAR CONSTANCIA DEL CONSUMO DE FARMACOS Y MATERIAL DE CURACIONES POR PARTE DEL PERSONAL AMBULATORIO, PRODUCIDAS ENTRE LOS DIAS CINCO AL QUINCE DE MARZO DEL PRESENTE AÑO, QUE A CONTINUACION SE DETALLAN:

NRO DE ORDEN	E F E C T O S	U/M	CANTI- DAD
1	AGRIPSAN COMPRIMIDOS		38
2	AMOXICILINA 500 COMP		64
3	AMPICILINA 500 COMP		146
4	ASCORBISAN AMPOLLAS		4
5	ASPISAN COMPRIMIDOS		70
6	ASPISAN "C" COMP		8
7	BROMASAN 3 MGR COMPRIMIDOS		10
8	BENZODIACEPINOSAN 5 COMP		3
9	BENZODIACEPINOSAN 10 AMP		1
10	BUSCAPINA COMPRIMIDOS		14
11	CEFALEXINA 500 COMPRIMIDOS		9
12	DEXA-DEPOSITO=DUODECADRON		1
13	DICLOSAN COMPRIMIDOS		75
14	DICLOSAN AMPOLLAS		34
15	DIPIROSAN AMPOLLAS		1
16	DIPIROSAN COMPRIMIDOS		8
17	DDTBENCILSAN x 100 CC FCO		1
18	ERITROMICINA 500 COMP		10
19	EXPECTOSAN COMPRIMIDOS		9
20	GASTRISAN COMP		20
21	GENTAMINA 80 AMPOLLA		3
22	LIDOCAINA AL 2% FCO AMP		1
23	PARACETANOL COMPRIMIDOS		14
24	PENICILINA BENZ 2.4 AMP		1
25	TERRAMICINA 500 COMP		10
26	PIROXICAN COMPRIMIDOS		56
27	TARDITE DOSIS		374
28	ALCOHOL ETILICO		4000
29	AGUA D'ALIBOUR		100
30	POLVO ANTIMICOTICO		200
31	ALGODON HIDROFILO x 500 GR		4
32	GASA PIEZA x 40 MTS		1
33	AGUJAS DESC 15/5		220
34	AGUJAS DESC 25/8		402
35	JERINGA DESC 5 C/IM		36
36	JERINGA DESC 10 C/IM		10
37	JERINGA DESC 10 C/EV		82
38	JERINGA DESC 1 CC C/15/5		1
39	GUANTE DE LATEX NRO 7		12
40	IDEM NRO 7 1/2 PAR		4
41	IDEM NRO 8		3
42	IDEM NRO 8 1/2		5
43	HILO DE LINO NRO 100		1
44	LIQUIDO ANTIMICOTICO		100
45	BAJALENGUAS DESCARTABLES		25
46	HOJAS P/ BISTURI NRO 15		1
47	PAPEL PARA ELECTROCARDIOG		1

Continuando con los registros numéricos, vemos que la farmacéutica el 5 de Marzo (Registro Diario de Consumo de Medicamentos Entre el 5 y el 15 de Marzo/94 de La Guardia Médica) anotó la entrega de un frasco de LIDOCAINA AL 2% S/EPINEFRINA Fs. 788 (ver página siguiente). Asimismo la LIDOCAINA está registrada en el Acta de Constancia del Consumo de Fármacos y Material de Curaciones de la Guardia Médica.

Es coincidente con la receta firmada por el médico CORVALÁN el día 5/3 a nombre de PEÑA Gustavo, Soldado C/75 del G.A 161, por una cortadura en el dedo índice derecho, cuya fotocopia del original expongo.



EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - H M Z

Apell y Nomb: *PERA GUSTAVO*
Grado o Parent: *Soldado 21/75*
I.O.S.E. Nro:

Rpi

- *Penicilina 10 un / 40000 / 1*
- *Aspirina 25/8 . 1 (un)*
- *Xilocaina 2% . 1 (un)*
- *Hilo de Lino Costru n° 100 (un)*
- *Jeringas de tarax 20 1/2 (un)*

diag: *Wernico - pedo un 10 de julio*
ZAPALA: S 1031 1994

[Signature]
[Signature]
20 (b)
15

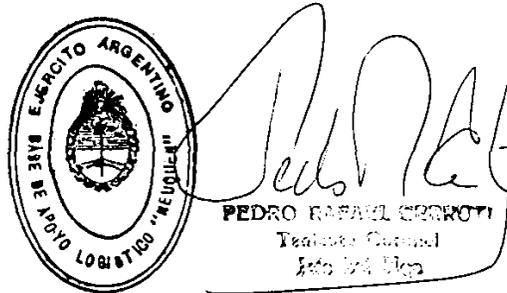
Pero el día 6/3 hay una receta a nombre de PACHECO SAMUEL, S/C 75 del G.A. 161, en la cual la Subteniente PERALTA solicita de puño y letra Celestone Cronodoce (tachado), 3 jeringas con aguja IM, EV y SC respectivamente y LIDOCAINA al 2% = 1 frasco. Esta receta lleva también el sello y firma de CORVALAN, que avala incuestionablemente el pedido, pues certifica el acto médico de estar atendiendo y examinando al soldado. Si nos atenemos a lo manifestado en el acta de Fs. 805;

“IAS RECETAS EXTENDIDAS POR ORDEN CRONOLOGICO AVALAN EL MOVIMIENTO DE LOS MENCIONADOS EFECTOS DE CONSUMO”, falta la anotación en el casillero del 7 de lo solicitado el domingo 6. Si no se entregó por farmacia, la LIDOCAÍNA debería estar tachada, tal cual el CELESTONE CRONODOCE, ya que para este medicamento no está registrada su entrega.

REGISTRO DIARIO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS ENTRE EL 05/15MAR94
DE LA GUARDIA MEDICA

Integrado Pedate
FOLIO
488
Zapala

INRO DE ORDEN	E F E C T O S	5	7	8	9	11	12	14	15
01	AGRIPSAN COMPRIMIDOS							8	
02	ASPISAN COMPRIMIDOS	2	5					6	
03	ANTIHIPTASAN "D" COMP		3						
04	BACTRISAN COMPRIMIDOS		2						
05	BUCOSAN COMPRIMIDOS							4	
06	BUSCAPINA COMPRIMIDOS	6							
07	BUSCAPINA CFTA AMP						1		
08	DEXAMETASAN COMPRIMIDOS	7							
09	DEXAMETASAN AMPOLLAS	2							
10	ESTERELISAN SOLUCION	500							
11	IODOPROVIDONA 5% JABON	500							
12	LIDOCAINA 2% S/EPI FCO	1							
13	METOCLOPRAMIDA AMPOLLAS		1						
14	PIROXICAN COMPRIMIDOS		28					8	
15	AGUA OXIGENADA 10 VOL	500							
16	ALCOHOL ETILICO	500							
17	VENDA DE CAMBRIC DE 7 CM	1	1		6				
18	BUTHERFLY NRO 19			1					
19	JERINGA DESC 1 CC C/15/8		2	1					
20	JERINGA DESC 5 C/IM	1	1						
21	JERINGA DESC 10 C/IM	1	1	1					
22	JERINGA DESC 10 C/EV		2	1			1		



PEDRO RAFAEL CERROTI
Teniente Coronel
Inte. Int. Usp.

Así como la “hoja de bisturí Nro. 23” se transforma en una “hoja Nro.15”, ¿Cómo no pensar entonces que en el caso de la LIDOCAINA ha existido un descuido o ha olvidado su anotación la farmacéutica COLL? El razonamiento que me lleva a la pregunta anterior es el siguiente;

- a) El Celestone Cronodoce está tachado, por lo que no dudo de que así se hace cuando no hay en existencia, y por lo tanto, no fue entregado.
- b) Si la LIDOCAÍNA no fue entregada; ¿Para qué le sirvieron entonces las jeringas con agujas a CORVALÁN si no tenía nada para inyectar en el supuesto y casi seguro inexistente “ganglión” de PACHECO?
- c) Pues entonces nada le inyectaron, por lo que, en este caso, si el soldado manifiesta que sí, estaría falseando los hechos.
- d) Si la LIDOCAÍNA no fue entregada por no haber en existencia o por cualquier otra causa, tendría que estar tachada, al igual que el Celestone Cronodoce.
- e) Si la LIDOCAÍNA fue entregada, ya vimos sobradamente que los “gangliones” no se infiltran, por lo que dicha medicación le fue administrada a otra persona. Pero un hecho interesante se verifica con la entrega de la aguja “BUTTERFLY” y que voy a detallar a continuación de la fotocopia de Consumo de Fármacos y Material de Curaciones de Guardia Médica, que incluyo en la página siguiente como elemento indubitable de peritación que estoy desarrollando.



A C T A

-----EN ZAPALA, CUARTEL DE LA BASE DE APOYO LOGISTICO "NEUQUEN" A LOS VEINTISIETE DIAS DEL MES DE ABRIL DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO, SE LABRA LA PRESENTE ACTA PARA DEJAR CONSTANCIA DEL CONSUMO DE FARMACOS Y MATERIAL DE CURACIONES DE LA GUARDIA MEDICA, PRODUCIDAS ENTRE LOS DIAS CINCO AL QUINCE DE MARZO DEL PRESENTE AÑO, QUE A CONTINUACION SE DETALLAN:

NRO DE ORDEN	E F E C T O S	U/M	CANTI-- DAD
1	AGRIPSAN COMPRIMIDOS	N	8
2	ASPISAN COMPRIMIDOS	N	13
3	ANTIHIASAN "D" COMF	N	3
4	BACTISAN COMPRIMIDOS	N	2
5	BUCOSAN COMPRIMIDOS	N	4
6	BUSCAPINA CPTA AMP	N	1
7	DEXAMETASAN COMPRIMIDOS	N	7
8	DEXAMETASAN AMPOLLAS	N	1
9	LIDOCAINA 2% S/EPI FCO	N	1
20	METOCLOPRAMIDA AMPOLLAS	N	1
21	PIROXICAN COMPRIMIDOS	N	36
22	AGUA OXIGENADA 10 VOL	ML	500
23	ALCOHOL ETILICO	ML	500
24	ESTERELISAN SOLUCION	ML	500
25	IDOPOVIDONA AL 10 %	ML	500
26	VENDA DE CAMBRIC DE 7 CM	N	7
27	VENDA DE CAMBRIC DE 10 CM	N	3
28	BUTHERFLY NRO-19	N	1
29	JERINGA DESC 1 CCC/IM	N	3
30	JERINGA DESC 5 C/IM	N	1
31	JERINGA DESC 10 C/IM	N	2
32	JERINGA DESC 10 C/EV	N	4

ASIMISMO SE ADJUNTA FOTOCOPIA DE LAS RECETAS EXTENDIDAS POR ORDEN CRONOLOGICO, QUE AVALAN EL MOVIMIENTO DE LOS MENCIONADOS EFECTOS DE CONSUMO.

LA PRESENTE ACTA SE CONFECCIONA A EFECTOS DE SER ENTREGADA A LA JUSTICIA FEDERAL DE ZAPALA, FIRMANDOSE TRES EJEMPLARES A UN SOLO EFECTO Y DEL MISMO TENOR, POR PARTE DE LA JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA, CAPITAN FARMACEUTICA DÑA ADRIANA M L D'ANDREA COLL, EL DIRECTOR DEL HOSPITAL MILITAR ZAPALA MAYOR MEDICO D JOSE ANTONIO PEDRO CARMONA Y EL SEÑOR JEFE DE LA BASE TCNL D PEDRO RAFAEL CERRUTTI.-

JOSE A F CARMONA
MY MED
DIRECTOR H M "Z"

ADRIANA M L D'ANDREA COLL
CAP FARM
BAL "RGN" - H M "Z"

La aguja "Butterfly" Nro 19 fue solicitada en una receta confeccionada por guardia el 8 por TRONCOSO (Nro. 46 de mi peritación) para el soldado C/75 RIOSECO, en la que se agrega una ampolla de Celestone Cronodoce (corticoide) y 3 jeringas con agujas (IM, EV. Y SC. Respectivamente). En la misma no fue colocado ningún diagnóstico, pero como recordatorio digo que dicha atención no está registrada en ninguna planilla ni libro de registros, y sí que el soldado está anotado el día 6 de Marzo con diagnóstico de "ganglión".

El uso específico de dicha aguja nada tiene que ver con el tratamiento de un ganglión, ya que solo se usa en la administración de líquidos por vía parenteral y va de suyo que el soldado tendría que recordar vívidamente que fue por un supuesto "ganglión" y le terminaron pasando sueros.

La entrega de la aguja está anotada en los registros de Farmacia el 8, y por un pedido efectuado solo a través de la Guardia Médica del Hospital. No consta que dicha aguja haya sido derivada para la atención de algún paciente internado como hubiese sido más lógico suponer, habida cuenta que ninguno de los diagnósticos de las personas examinadas en la guardia durante el transcurso del 8, hace presumir que la requiriera.

A fin de corroborar lo dicho, expongo en la página siguiente los registros de Farmacia correspondientes al consumo de medicamentos y material de curaciones entre el 5 y 15 de marzo de la Sala de Internación. Por más que busquemos, la "Butterfly" no aparece.

Casi como concatenación he dejado para el final del examen de las recetas sospechosas, una expedida el mismo 8, firmada por la Subteniente PERALTA y el médico TEMI, en la que se certifica la atención de María GÓMEZ, "esposa de sargento Ayudante de BAL NQN".

Se pide 1 jeringa de 5 cm c/ag. IM, un Celestone Cronodoce (tachado), 1 Dexametasan (es también un corticoide) y 1 frasco de 500 cc de solución fisiológica. La cantidad de Dexametasan -01- y la barra previa está escrita con lápiz, y "Dexametasan" y "x 500" están escritos con lapicera de otro color (azul), distinto al resto del texto (Celeste).

(47)

GOMEZ, Maria esposa Sarg Ay BAL NQN

1 jeringa 5 cm
3 agujas
IM

Dexametasan - 01 (una) ← ESCRITO CON LÁPIZ

Cronodose 500 mg 01 (una)

S. Fisiológico 500 cc 01 (una)

La paha, 08 Marzo de 1994

Guardia Médica

Subst Peraltip

DANIEL TEMI
Médico

TINTA CELESTE

TINTA AZUL

REGISTRO DIARIO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS ENTRE EL 03/03/87
EN SALA DE INTERNACION

NRO DE ORDEN	E F E C T O S	5	7	8	9	10	11	12	14	15
01	AGRIPISAN COMPRIMIDOS			4			3	6		
02	AGUA DESTILADA AMP	24	2	3	4	4	4	8		4
03	AMOXICILINA 500 COMP									3
04	AMPICILINA 500 COMP		3	4	4					
05	ANTIHIISTASAN "D" COMP				2					
06	ASPIBAN COMPRIMIDOS					5				4
07	BENZODIACEPINOSAN 5 COMP							1		
08	BENZODIACEPINOSAN 10 AMP						2		1	
09	RUSCAPINA CFTA AMP	6								
10	CEFALEXINA 500 COMPRIMIDOS						4	8	4	4
11	CLORANFENICOL 1 G AMP	12	11	6	4					
12	DEXA-DEPOSITO=DUODECADRON			1						
13	DICLOSAN COMPRIMIDOS						4	6		
14	DIFIROSAN AMPOLLAS	12	1	2			3		3	
15	DIFIROSAN COMPRIMIDOS		1	2						
16	ERITROMICINA 500 COMP	6								
17	EXPECTOSAN JBE									1
18	FTALISAN COMPRIMIDOS	24	2							
19	GENTAMINA 80 AMPOLLA						3	6	3	3
20	METOCLOPRAMIDA COMPRIMIDOS	8								
21	PARATROPISAN GOTAS		1							
22	PENICILINA 1.000.000 FCO	12				4	4	8		4
23	SOL FISIOLOFICA x 500 FCO	6	2	3	2				1	
24	SOL DEXTROSA AL 5% x 500	18	4	4	4					
25	TEOSONA COMPRIMIDOS		2	3		3	3			
26	VENTOLIN FCO		1						1	
27	VENDA DE CAMBRIC DE 10 CM	2								
28	VENDA DE OVATA DE 10 CM	1								
29	ABBOCATH NRO 18	3								
30	ABBOCATH NRO 20	3								
31	AGUJAS DESC 25/8	20				4	4			1
32	AGUJAS DESC 50/8							8		
33	JERINGA DESC 5 C/IM			1			8	6	8	3
34	JERINGA DESC 10 C/IM	18			4		4			5
35	JERINGA DESC 10 C/EV	18	5	4	4		8			
36	GUIA P/SUERO	5								

-----EN ZAPALA, CUARTEL DE LA BASE DE APOYO LOGISTICO "NEUQUEN" A LOS VEINTISIETE DIAS DEL MES DE ABRIL DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO, SE LABRA LA PRESENTE ACTA PARA DEJAR CONSTANCIA DEL CONSUMO DE FARMACOS Y MATERIAL DE CURACIONES DE LAS SALAS DE INTERNACION PRODUCIDAS ENTRE LOS DIAS CINCO AL QUINCE DE MARZO DEL PRESENTE AÑO, QUE A CONTINUACION SE DETALLAN:

NRO DE ORDEN	E F E C T O S	U/M	CANTI-DAD
001	AGRIPISAN COMPRIMIDOS		13
002	AGUA DESTILADA AMP		29
003	AMOXICILINA 500 COMP		3
004	AMPICILINA 500 COMP		11
005	ANTIHIISTASAN "D" COMP		2
006	ASPIBAN COMPRIMIDOS		9
007	BENZODIACEPINOSAN 5 COMP		1
008	BENZODIACEPINOSAN 10 AMP		3
009	CEFALEXINA 500 COMPRIMIDOS		20
010	CLORANFENICOL 1 G AMP		21
011	DEXA-DEPOSITO=DUODECADRON		1
012	DICLOSAN COMPRIMIDOS		10
013	DIFIROSAN AMPOLLAS		9
014	DIFIROSAN COMPRIMIDOS		3
015	EXPECTOSAN JBE		1
016	FTALISAN COMPRIMIDOS		2
017	GENTAMINA 80 AMPOLLA		15
018	PARATROPISAN GOTAS		1
019	PENICILINA 1.000.000 FCO		20
020	PENICILINA BENZATINICA 2.4		1
021	SOL FISIOLOFICA x 500 FCO		8
022	SOL DEXTROSA AL 5% x 500		12
023	TEOSONA COMPRIMIDOS		11
024	VENTOLIN FCO		2
025	JERINGA DESC 5 C/IM		26
026	JERINGA DESC 10 C/IM		13
027	JERINGA DESC 10 C/EV		21
028	IDEM NRO 7 1/2 PAR		2

155

A su vez, la firma de TEMI también es de distinto color al del texto, pero similar a “Dexametasan” “X 500”, lo que, de ser necesario, deberá ser determinado por una peritación química.

La atención de María GOMEZ no está registrada en ninguna Planilla ni Libro de Registros de pacientes por guardia (tampoco en días anteriores ni subsiguientes), lo que es altamente llamativo ya que según la receta se le administró un corticoide IM y se le pasaron 500 cc de solución fisiológica, lo que de por sí impone quedar en observación en la guardia.

Solicitada la Historia Clínica de María GOMEZ (tal el nombre y apellido de la receta), se envía una H.C. a nombre de DIAZ DE GOMEZ, Gladis Ester, casada, esposa de Sargento 1ro del BAL NQN. Pero para la misma fecha, en la receta el esposo era Sargento Ayudante

A continuación adjunto fotocopia de 3 hojas de H.C. de la susodicha Ester DIAZ DE GOMEZ para que se pueda ir comprobando en detalle lo que paso a exponer;

1) Durante el mes de Marzo/94 fue atendida en una oportunidad: el 2.

(resaltado en amarillo)

2) El 2 dice; Motivo de consulta; trastornos del ciclo.

Multigesta. 1 aborto espontáneo. 4 partos por cesárea. Fecha de última menstruación; 10/2/93 Fecha del último parto; hace 7 años. Ha recibido tratamiento hormonal por L.T. (no descifro las siglas). Papanicolau hace 2 años. Flujo; si Prurito; no Sangre; si. Dispareunia. Examen ginecológico; genitales externos normales. Vagina estrecha, elasticidad disminuida, humedad y temperatura normales. Cuello posterior, formado, cerrado. Útero en anteversoflexion de caracteres normales. Fondo de sacos libres. No palpo anexos. Indica PAP. Firma; ilegible.

Vale decir, Gladis E. DIAZ DE GOMEZ no ha sido atendida el día 8, y ninguna de las patologías exhibidas en la H.C. se compatibiliza con la administración de corticoides (Dexametasan de la receta), y menos aún con el pasaje de 500 cc de solución fisiológica.

Dicho de otro modo; La Gladis Ester DIAZ DE GOMEZ existe, es real, nació en Tucumán, tiene un DNI 13.378.340 y habitaba la casa 4 del barrio militar.

María GOMEZ, la de la receta, NO EXISTE, y si bien comparte con la anterior el apellido, no puede hacerlo con el esposo, ya que la Subteniente PERALTA y el médico TEMI le han adjudicado un sargento Ayudante.

Irrefutable testimonio que el 8, además de haber recibido la vacuna antitetánica, se había comenzado con la hidratación parenteral de O. CARRASCO.

FICHA DE CONSULTORIO EXTERNO

 * APELLIDO Y NOMBRES: Díaz de Spínola Gladis Esth.
 * SEXO: M (F) EST CIVIL: Casada FECHA DE NACIMIENTO: 11/09/59
 * GRADO O PARENTESCO: 8º p. Sarg. 1º DESTINO: BAL
 * LUGAR DE NACIMIENTO: Tucuman N. I. N.º
 * DOC IDENT: CI-LE-LO-DNI: 13.378.340 IOSE N.º 276027/01 FECHA: 30.03.93
 * DOMICILIO ACTUAL: Bº Militar Casa N.º 4
 * NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA:

* F E C H A *

 * 20-3-93 * Apnea urinaria. Resultado analisis
 * Uroc. ES. Sgu. y crest. Sp. UROC @ E. Coli.
 * 05-4-93 * Sint. dolores lumbares en reposo o al espuer
 * jo. No Sint. urinarios. No ts.
 * Ant: Bazo (?) tratado con ?
 * alergia (asmetica) antes - (?)
 * Indico. Voltaren 50 y repetición Uroc 20 Dias
 * 29-4-93 * OC Sp UROC negativos
 * persiste dolores con localización hipoc D. Eco Hb. (Sp)
 * 13-5-93 * y CONSTIPACION. Dieta + Botal Magn.
 * Ant: Dolor lumbago Fosa lumbara piriformis. Dura
 * Acentuado. Lmo. Nervado. - dolor tipo colico. -
 * OLIZAPY. HT. susoliclo. Laboratorio - Guirandia
 * UROALTRIX HT. A. Colitricloro Coli - Gram Negativo
 * Prescripción: Cipro. 80. 1 Ampolla. C/ 8HS. -
 * TOTAL - 6 - UROALTRIX. 1/8HS - URO. 1/6HS
 * Control en 7 (siete) Dias. -
 * 25/10/94 * Resultado laboratorio para presentes
 * Uroc. ES. Sgu. y crest. Sp. UROC @ E. Coli
 * Examen. Uroc. ES. Sgu. y crest. Sp. UROC @ E. Coli > 100000.

DANIEL YEMIS
 Tit. Pro. Méd. Cirujano E. G.
 M. N. 71066 M. P. 1666 M. Esp. 802
 1ºer San. 2ºº 901

* FECHA *

25/2/94 * Buleo Ho / reflexo - ps
02.03.94 * H/c: Tumor al Ciel.

* Múltiple, 1 Ab. Epp., 4 P. Grana. F09: 10.02.93
* fop: (Acic) base 7 años. PAC: L.T. - ho neu-
* Le Ho normal. PAP: base 2 años. Flejo: H'.
* Preito: w. Sampa: H'. Discrepancia
* Et fin: gen. ext. unida. N: 10/100 en estudio, clas-
* ficada diseminada, hualosa y temp. revala
* Cuello post. formado, curado, Utas en art
* de caract. unida. P3 mes lita. con fotos
* anexos. Sol PAP. →

11.05.94 * Colico hepatico. (Guiraxinax) post. transcurrido
* FTTINIANO A ROSA LUMINAR. DETECTA -
* GEOGRAFIA. PENAL. DETECTA. S/P. -
* Solicito HETANOGENOS, GEOGRAFIA HEPATICO.

11.05.94
D. N. E. C.
161

24/6/94 * De los colicos en infancia
* unida q' se acutiza y se caracteriza
* repetidos. D.P.: manifestaciones
* fido las. No tach.
* Ho: flagor en B12 crecen
* audibles

28. NOV. 94 * Hipertrofia en Estuola
090591- * Poliautologos. - solicio nota. S. H. U.

9-11-95 * Opulgia Ry: Osteocondromos múltiples
* Guagou en la externa que con...

CONSULTORIO EXTERNO
(Continuación)

* ABR 12 96. - Colicos (Hepaticos a repetición) felicitó
* Estudios DANIELI TEMI
* ABR 19 96. - GASTRITIS DUODENAL (TRASM. 300. + 9/12HS.)
* MAYO 08 96. - Evolución FAVORABLE. CONTINUA TRAT.
* AGOSTO - Pielor AB DANIELI TEMI
* MAYO 10 96: TRANSITO ESOFAGOGASTRODUODENAL BUENO.
* Riesgos EPORREANOS - cuando comen de ciertos duodenitis
* diag: CONFIRMADO - Acto de tratamiento y BUENA
* evolución DANIELI TEMI

XLVIII.- LISTA DE INTERNADOS Y ANÁLISIS DE SUS HISTÓRIAS CLÍNICAS.-

Están resaltados en amarillo aquellos internados de los cuales no enviaron las Historias Clínicas. A su vez, examiné otras, a nombre de ESQUIVEL, Hugo Pedro; VALENZUELA Mario, WAGNER Sandro, PEREZ Eliana y Gustavo Porcel de PERALTA que no están anotadas en el presente registro fotocopiado.

FEBRERO				MARZO						
CAP	APELLIDO Y NOMBRE	DESTINO	NRO DOCUMENTO	FECHA DE INGRESO	DIAGNOSTICO	CIE	FECHA DE EGRESO	EVACUADO Y FECHA	NRO H CLINICA	FECHA DE DEFENSA
1074	GUTIERREZ, Diego	REN 10	23284102	21 Feb 94	Cirugía Hernia Eps	553	03 Mar 94			
1075	BRESSI, Pablo	REN 10	22207399	02 Mar 94	BRONQUITIS	490	10/03/94			
1074	ALVAREZ, Alejandro A	REN 10	23691362	04 Mar 94	ENTEROCOLITIS Resoluble	594	09 Mar 94			
1074	PEREYRA, Pablo	REN 10	23718338	04 Mar 94	FTT, toidea	080	11 Mar 94			
1075	BLANCO, Hugo	REN 10	21381718	06 Mar 94	Urticaria Gigante		08 Mar 94			
1075	COELLO, Eduardo	REN 10	24157952	07 Mar 94	Asma Bronquial	493	11 Mar 94			
1075	DEJAVEDA, Juan	REN 21	24994519	09 Mar 94	En observación		11 Mar 94			
1075	CANEDA, Adan Ariel	GA 361		09 Mar 94	En observación		14/03/94			
1075	LEIVA, Mauro José G	GA 461	24609457	10 Mar 94	En observación	466	14/03/94			
1075	ABRALES, Esteban	REN 10	23911706	10 Mar 94	Crisis Histérica	300	11 Mar 94			
1074	CASTRO, Miguel	REN 10		12/03/94	Lumbalgia Eind. Fisiol	724	15 Mar 94			
1075	Mogni, Diego GERMAN	REN 21	24392177	13/03/94	ASMA BRONQUIAL (MHC)	309	17 Mar 94			
1075	ADAMEK, Luis R	Ca Coj X	23342982	15/03/94	S. GIPITAL DIBUJADA (MHC)	460	21 Mar 94			
1075	PETERS, Rodolfo F.	REN 21	24348559	15/03/94	Bronquitis aguda	490	25 Mar 94			
1075	BOCCAINOSA, José Antonio	REN 10	24817564	15/03/94	BRONQUITIS	494	17 Mar 94			
1075	PURAN, Alfredo	GA 161	24667610	17 Mar 94	TUMOR. ROSILLA	901	30 Mar 94			
1075	HERNANDEZ, Sebastian	GA 161	24667647	18 Mar 94	S. GIPITAL	460	21 Mar 94			
1075	LAZARE, Carlos V	REN 10	24925081	18 Mar 94	LUMBALGIA (MHC)	724	21 Mar 94			
1075	DEL PRADO, Juan Cruz	REN 10	22582626	18 Mar 94	S. Meniscal	724 725 727	23 Mar 94			



160

1) GUTIERREZ Diego. S C/74 RIM 10
 Fecha de Internación; 28/2 Diagnóstico; Hernia epigástrica
 Cirugía; 3/3
 ECG; efectuados el 2/2 y el 1/3 (Dr. Kurchan)
 3/3; Soluc. Dextrosa 5% = 1
 Soluc. Fisiológica 500 cc = 1

Alta; 8/3.

2) BRESSI Pablo. S C/75 RIM 10
 Fecha de Internación; 2/3 Diagnóstico; Bronquitis (Dr. De La Rosa)
 Tratam.; Penicilina 1.000.000 U c/4 Hs IM hasta
 el ,7/3 que continúa con Ampicilina
 500 mg oral

Alta; 10/3.

3) ALVAREZ Ariel. S C/75 RIM 10
 Fecha de internación; 4/3 Diagnóst.; Fiebre Tifoidea (Dr. De La Rosa)
 Indicaciones Médicas;
 Día 4; Dextrosa 5% = 2 L (4 frascos)
 Sol. Fisiol.= 500 cc (1 frasco)
 5; Dextrosa 5% = 2 L (4 frascos)
 Sol. Fisiol.= 500 cc (1 Fco)
 6: Dextrosa 5~ = 2 L (4 fcos)
 Sol. Fisiol.= 500 cc (1 fco)
 7; se suspende la hidratación.
 Planilla de Enfermería;
 Día 4; 23:40 Hs comienza Dextrosa 5%
 5; Dextrosa 5% = 2 L, (4 fcos.)
 Sol. Fisiol.= 500 cc (1 Fco)
 Se coloca Abbocath N° 20 por estar
 tapado el anterior.
 6; Dextrosa 5% = 1,5 L (3 Fcos.)
 Sol. Fisiol.= 500 cc (1 Fco)
 7; Dextrosa 5% = 500 cc(1Fco).

	Indicados	Pedidos	Usados	Sobrante
Total de Dextrosa al 5%	8 L=16 Fcos	10 L=20 Fcos	9 L = 18 Fcos	1 L =2 Fcos
Total de Sol. Fisiológica.	2 L= 4 Fcos.	2 L= 4 Fcos	1,5L= 3 Fcos	500cc=1 Fcos
Abbocath Nro 18	2	2	2	
Abbocath Nro 20	1	4	1	3

Estos elementos sobrantes se deben a la superposición involuntaria de recetas que se efectúan para solicitarlos. Es común que ello suceda en salas de internación, y en general se utilizan en otros internados que los necesiten.

4) PEREYRA Pablo. S C/74
 Fecha de internación; 4/3 Diagnóst.; Tifoidea (Dr. De La Rosa)
 Indicaciones Médicas;

Día 4; Dextrosa 5% = 4 Fcos

Sol Fisiol. = 1 fco.

5;

6; Dextrosa 5% = 16 Fcos.

7; Sol. Fisiol.= 4 Fcos.

8;

9; se suspende la medicación.

Planilla de Enfermería;

Día 4; Dextrosa 5% = 3 Fcos.

5; Dextrosa 5% = 3 Fcos

Sol. Fisiol.= 1 Fco.

6; Dextrosa 5% = 3 Fcos.

Sol. Fisiol.= 1 Fco.

7; Dextrosa 5% = 3 Fcos.

Sol. Fisiol.= 1 Fco.

8; Dextrosa 5% = 3 Fcos.

Sol. Fisiol.= 1 Fco.

	Pedidos	Utilizados	Sobrantes
Total Dextrosa al 5%	20 Fcos	15 Fcos	5 Fcos
Total Sol. Fisiol.	5 Fcos	5 Fcos.	

Alta; 11/3

Respecto a los sobrantes caben las mismas consideraciones que para el anterior internado.

5) BIANCO Hugo. S C/75 BAL NQN.

Fecha de Internación; 6/3

Diagnóstico; Urticaria Gigante

Tratam; Alerpriv (antihistamínico)

Médico tratante; DR Aguirre

Alta; 8/3.

6) COPLO Eduardo. S C/75 BAL.

Fecha de internación; 7/3

Diagnóstico; Crisis asmática

Tratam.; Soluc. Fisiol. para nebulizar

Alta; 11/3

8) GAMBOA Ariel S C/75

Fecha de internación; 9/3

Diagnóstico; Síndrome apendicular

Tratam.; Dieta líquida. Control de signos vitales. Análisis.

Alta; 14/3

9) LEIVA José S C/75 GA 161

Fecha de internación; 10/3

Diagnóstico; Dolor de oído. Laringitis.

Tos. Fiebre. Hemorroides

Tratam.; Penicilina. TAB DI TE el 12/3

Alta; 14/3

Se reinternar el día 22/3 con diagnóstico de Enterocolitis, tratado con antiespasmódicos y Alta el 24/3.

11) CASTRO Miguel Angel. S C/75 BAL

Fecha de Internación; 12/3

Diagnóstico; Lumbalgia. Síndrome febril
Tratam.; Antipiréticos.

Alta; 15/3.

12) MOGNI Diego.

RIM 21

Fecha de internación; 13/3

Diagnóstico; Asma bronquial
Tratam.; nebulizac. con broncodilatador

Alta; 17/3

13) ADAMEK Luis Roberto S C/75 RIM 21

Fecha de internación; 15/3

Diagnóstico; Cistitis a frigore
Tratam.; Penicilina IM y nebulizaciones
por presentar el 18 un síndrome
gripal

Alta; 21/3

14) PETERS Rodolfo Federico S C/75

Fecha de internación; 9/3

Diagnóstico; Disnea de esfuerzo
Tratam.; en observación; y ECG s/p
Diagnóstico; Bronquitis
Tratam.; Antibióticos orales-nebulizac.

Alta; 25/3

15) TOCAIMASA José. S C/75

Fecha de Internación; 15/3

Diagnóstico; Bronquitis aguda
Tratam.; Penicilina 1.000.000 U IM c/6hs
y expectorantes

Alta; 17/3

PACIENTES INTERNADOS NO ANOTADOS EN PLANILIA;

1) LUGO ESQUIVEL Pedro Subof. Pr. (R)

Fecha de internación; 11/3

Diagnóstico; herida infectada dorso pie
derecho. Osteomielitis 1era
y 2a falange
Tratam.; ECG Cefacar 500mg c/6 Hs oral
Gentamina 80 mg IM c/ 8 Hs
Diagnóstico preoperatorio; pie diabético
gangrena 1er dedo derecho
17/3; amputación 1er dedo (Dr. Zambelli)

Alta; 23/3

- 2) VALENZUELA Mario Hijo Sgto. 1° RIM 10
 Fecha de internación; 6/3 Diagnóstico; Gastroenterocolitis aguda
 Tratam; sales de hidratación oral
 Alta; 10/3
- 3) WAGNER Sandro Suboficial RIM 26
 Fecha de internación; 18/2 Diagnóstico; Fractura de fémur izq.
 Tratam.; Cirugía (osteosíntesis median-
 te placa). Durante el mes de
 marzo no recibió hidratación
 parenteral.
- Alta; 18/3
- 4) PEREZ Eliana RIM 10
 Fecha de internación; 11/3 Diagnóstico; Diarrea
 Tratam.; hidratación oral. Antidiarreicos.
- Alta; 11/3
- 5) PORCEL DE PERALTA Gustavo Cabo 1° RIM 21
 Fecha de internación; 12/3 Diagnóstico; Crisis histérica.
 Tratam.; tranquilizantes.
- Alta; 13/3

De las historias clínicas observadas, surge que en todos los casos se efectuó un tratamiento correcto acorde a la patología diagnosticada. El alta médica fue satisfactorio en todos ellos. Entre el día 6 y 9/3 estaban internadas las siguientes personas;

GUTIERREZ Diego (28/2 al 8/3) 1 ECG el 1/3

ALVAREZ Ariel (4/3 al 9/3)

PEREYRA Pablo (4/3 al 11/3)

BLANCO Hugo (6/3 al 8/3)

COPLO Eduardo (7/3 al 11/3)

GAMBOA Ariel (9/3 al 14/3)

PETERS Rodolfo (9/3 al 15/3) 1 ECG el 9/3

VALENZUELA Mario (6/3 al 10/3)

Como vemos, el único ECG efectuado entre el 6 y el 9 fue a PETERS Rodolfo el mismo día 9 de marzo. Pero el rollo de papel para ECG fue solicitado por la Sargento enfermera Mabel VILLALBA de VERON el día anterior, es decir el 8, en receta de puño y letra sin que identificara ni al paciente ni el diagnóstico pero sí la indicación de la prestación que se iba a realizar; un electrocardiograma. Este rollo fue entregado por Farmacia el 8, y no cabe prever que un día antes, ni ejerciendo las elementales “artes adivinatorias” de los comienzos de la medicina, se pudiera saber que un día después Rodolfo PETERS iba a necesitar un ECG. El “Rec Med” de la receta claramente indica que no era para la sala de internación ni la guardia médica, sino para un paciente, pero de GUÁRDIA MEDICA, pues en ese concepto fue entregado por la farmacia. Resta ahora saber que A NINGUN PACIENTE ATENDIDO POR GUARDIA SE LE EFECTUÓ UN ECG. NI EL 8, NI EL 9.

Recién el 18/3 está anotado en la página 78 del Libro de Registro de Pacientes atendidos por Guardia que se efectuaron dos ECG. Uno al Pr. Carlos FLEISHMAN, del GA 101, y otro al Subof My. Ramón ESPINDOLA, del BAL. No existe a su vez ningún diagnóstico que nos aclare por qué les solicitaron a ambos dicho estudio.

Seguramente si se le preguntara a la Sgto. Ramona Mabel VILLALBA (de VERON) por qué o para qué confeccionó dicha receta diría no sin cierta coherencia, que para que dicho elemento no faltara ante cualquier situación médica que requiriera dicho estudio.

Pero lo que extraña, y ya con cierta coherencia, es que la Sargento, Encargada del Servicio de Cirugía y Esterilización de 07:30 a 14:00 haya confeccionado una receta para la Guardia, siendo que en ese mismo horario la Jefa de Guardia Médica y Consultorios es la Subteniente María Patricia TRONCOSO, por lo que dicho pedido tendría que haber sido canalizado a través de ésta última. Tampoco cabe que diga que lo solicitó para la sala de Cirugía, ya que en el mismo horario la Auxiliar Jefe del Servicio de Cirugía es la Subteniente Viviana Antonia GONZALEZ, y por ende el pedido también tendría que haber sido canalizado por ésta última.

Pero Mabel VILLALBA tiene una última oportunidad, y es manifestar que lo solicitó para la Sala de Internación; también fallaría, ya que la Auxiliar Jefe de la Sala General es la Subteniente Claudia PERALTA.

Pero quedan 3 certezas; se expidió de farmacia para la guardia médica, tuvo que haber sido confeccionada de 07:30 a 14:00 (dentro de sus horarios laborales), y no fue utilizado para nadie que haya sido atendido en la guardia. Si el hecho se hubiese hallado aisladamente, podría ser atribuido en última instancia a un error; pero este “error” hay que considerarlo junto a los “demás errores” (incluyendo, entre otros, la falsificación de fechas) cometidos en distintas recetas emitidas solamente entre el 6 y el 9 de Marzo de 1994. Estos “errores” no fueron hallados en ninguna de las recetas emitidas durante el resto del mes.

Ahora cabe preguntarse si es posible que tanto la medicación como el resto de elementos de uso médico consignados en las recetas sospechosas, haya sido utilizado en la atención de Omar CARRASCO.

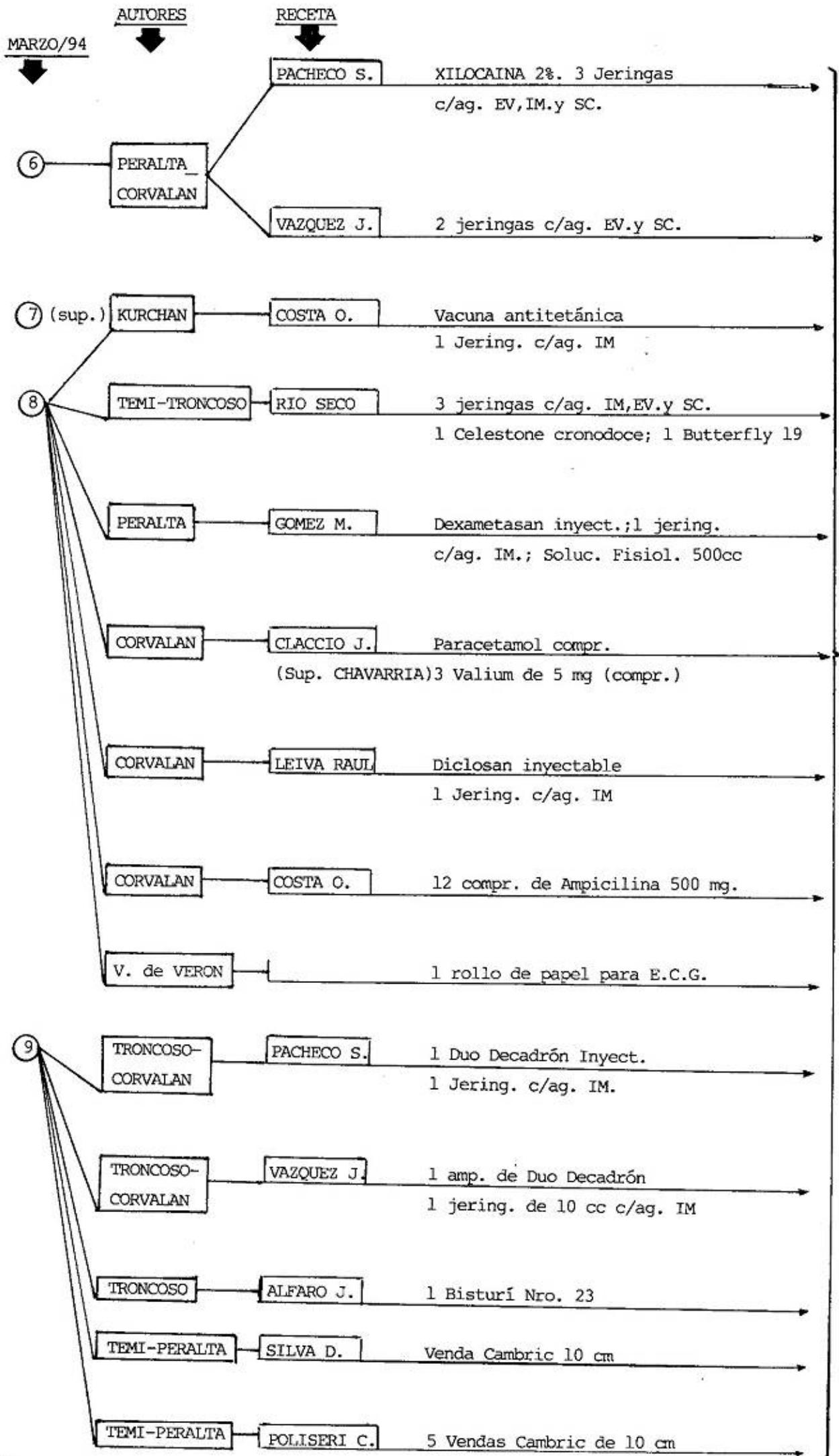
Para que ello se entienda, en la página siguiente hago un esquema de las recetas sospechadas emitidas entre el 6 y el 9.

A partir de acá, y basándome en la signo sintomatología que mínimamente o ampliamente puede llegar a manifestarse en una persona que haya sufrido un traumatismo de tórax con formación lenta y sostenida de un hemotórax de intensidad leve y contusión pulmonar, voy a brindar a V.S. un relato hipotético basado en un razonamiento analógico cualitativo.

Cuando hablo de hipótesis me refiero a una serie de enunciados que antecede a otros constituyendo su fundamento. Si bien las hipótesis son enunciados que se asumen sin prueba experimental, en el caso de autos la prueba la tenemos sin necesidad de ningún experimento posible; el cadáver de O. CARRASCO.

Algunas hipótesis serán explicativas, ya que constituirán la premisa de alguna inferencia aceptable con un enunciado de observación o una conclusión, y otras serán amplificadoras, pues me permiten efectuar de lo que considero fueron los hechos, y a su vez servirán para que V.S. amplíe los conocimientos en la investigación que está llevando a cabo.

ESQUEMA DE LAS RECETAS SOSPECHOSAS Y SUS AUTORES.-



Debemos primeramente asumir la realidad demostrada anatomopatológicamente que O. CARRASCO NO TUVO FRACTURAS COSTALES, lo que nos aleja de la posibilidad de hemorragia aguda y/o masiva debida a lesión de las arterias intercostales o mamaria derecha. Por lo tanto la acción vulnerante del traumatismo actuó sobre el pulmón provocando su contusión y el sangrado de vasos viscerales, que por tener un régimen tensional menor que el de la circulación de los vasos parietales y una mayor facilidad para retraerse, provocan una hemorragia mucho menos copiosa. La efusión de sangre en la cavidad pleural rara vez constituye un hecho aislado, ya que por razones de etiología (el traumatismo), se asocia con alteraciones parietales, viscerales o ambas a la vez, cuya magnitud hará que el hemotórax cobre o pierda jerarquía en el conjunto nosológico.

Posteriormente, el hemotórax, como cualquier otra colección intrapleural, determina alteraciones que afectan principalmente al pulmón y la pleura y, más allá de ésta, la propia pared torácica, incluyendo el diafragma. Ambas categorías de fenómenos se combinan en grado diverso, y de ellos dependen los síntomas clínicos. La hemorragia y las lesiones traumáticas traen aparejado anemia, hipovolemia y shock de diversa magnitud.

El pulmón se colapsa, se altera la ventilación y la irrigación sanguínea; si este colapso se prolonga o se hace permanente, dichas perturbaciones, al principio reversibles, se toman definitivas.

El cuadro clínico del hemotórax se deduce de la etiopatogenia que he referido; hay palidez, hipotensión, taquicardia, disnea y CIANOSIS, configurándose un grave síndrome de INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. La presencia de alteraciones pulmonares concomitantes o consecutivas se reconoce por la aparición de tos, con expectoración hemoptoica (con sangre) en los casos de desgarros pulmonares que lleguen a los bronquios (común en accidentes graves de tránsito).

En resumen, en el estadio agudo, los síntomas del hemotórax corresponden a los del proceso originario más los propios de la hemorragia y el derrame pleural; en el período subagudo predominan los trastornos mecánicos causados por derrame que no se reabsorbe, y en el período crónico se comprueban signos de insuficiencia respiratoria o, por lo menos, una disminución de las reservas respiratorias con inmovilidad y retracción parietal. Abandonado el hemotórax a su evolución espontánea, aunque ésta sea aparentemente favorable por lo que concierne a la causa determinante, el resultado es deficiente y se traduce por una acentuada reducción de la función respiratoria y riesgos potenciales e indefinidos de infección. Hay que destacar que la irritación de la sangre sobre la serosa (pleura) provoca secundariamente exudación, la cual, si es grande y la hemorragia pequeña, transforma el hemotórax en exudado serohemático, con lo cual agrego acá otra causa más que aumenta el volumen del hemotórax, sin que pueda ser referido a cantidades absolutas de sangre.

Al dolor del traumatismo se le agrega el dolor pleural.

En la contusión pulmonar, desde el punto de vista fisiopatológico existe una grave alteración en la oxigenación de la hemoglobina, secundaria al enlentecimiento del flujo sanguíneo por el territorio capilar, al bloqueo del mismo en algunas zonas, al incremento del espesor de las paredes alveolares con dificultad en la difusión del O₂, a la alteración de la relación ventilación/perfusión con alvéolos inicialmente ventilados pero mal perfundidos y, finalmente, a la existencia de zonas sin ventilación ni perfusión.

Los síntomas y signos de la insuficiencia respiratoria (común también esta última en el hemotórax) vienen determinados en gran parte por la enfermedad primitiva, aunque en no pocas ocasiones es difícil separarlos de ella.

Todavía requiere mayor esfuerzo precisar clínicamente las manifestaciones debidas a la hipoxemia (disminución del O₂ en sangre) y las producidas por hipercapnia (aumento de la concentración de CO₂). Los síntomas derivados de la hipoxemia dependen de la intensidad de la misma, de su duración y de la rapidez de instauración.

En un primer momento aparecen manifestaciones características de la irritabilidad del sistema nervioso, como EXCITACION PSIQUICA, y cuando la hipoxemia es mas grave, el mismo se deprime.

Aparecen entonces cefalea, fatigabilidad, trastornos de la inteligencia con alteración de la ideación y del enjuiciamiento, trastornos afectivos con tendencia a la euforia, falta de atención y alargamiento del período de reacción. Posteriormente se presentan alteraciones de la visión, disartria (dificultad articular palabras), incoordinación motora y, por último, somnolencia, estupor y coma.

Como respuestas de carácter compensador aparecen síntomas considerados de estimulación del sistema nervioso autónomo, como lo son las náuseas, vómitos, intensa transpiración (diaforesis), sensación de frío, salivación profusa (sialorrea), hambre y temblor.

El aparato circulatorio responde con vasodilatación periférica que produce el signo de las extremidades calientes, taquicardia, alteraciones del ritmo cardíaco (ARRITMIAS), con frecuentes extrasístoles tanto auriculares como ventriculares.

Los síntomas de la hipercapnia en estadios avanzados son difíciles de separar y, como ya dije, algunas veces coinciden con los de la hipoxemia. En algunos casos se puede presentar broncoespasmo.

La evolución de la insuficiencia respiratoria, en términos generales, viene determinada, al igual que el pronóstico, por la enfermedad fundamental, el mecanismo desencadenante y el estado general del enfermo al presentarse aquella.

Además, debe añadirse la reversibilidad del cuadro, no siempre idéntica y en ocasiones imposible y las medidas terapéuticas que se utilicen en cada caso.

Se puede decir que el pronóstico y la evolución de la insuficiencia respiratoria están en directa relación con la formación del médico que la trata y con las posibilidades instrumentales del centro en que sea ingresado el paciente.

Parte de la clínica del hemotórax y la contusión pulmonar ya la había expuesto en la primera parte de mi peritación, y si bien hay un principio que dice “Entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem” (“No deben multiplicarse o aumentarse las entidades más de lo necesario”) - entendiéndolo por ello que no deben introducirse mas realidades o entidades de las que son menester para dar cuenta de un fenómeno o un proceso- creo que para quien no ejerce la medicina es indispensable una explicación detallada como forma de desplegar algo ante la visión intelectual, con lo cual todo aquello que se presente oscuro y confuso aparezca claro y detallado.

Claro está, un médico hace un reemplazo empírico de la cuestión.

Es decir, no persigo el empleo de mas supuestos, principios o conceptos de los que son necesarios para producir una demostración, pues aunque las demostraciones y explicaciones se llevan a cabo mediante conceptos, tales conceptos denotan siempre realidades, avaladas por la copiosa bibliografía a la que, además de mi experiencia, he tenido que recurrir.

Hecha ésta aclaración, y siguiendo con el tema específico, voy a explicar el método que se utiliza para el tratamiento de la contusión pulmonar y del hemotórax que de ella deviene (de ésta forma se podrá entender qué tratamiento intentó aplicársele a O. CARRASCO).

1) Manejo del paciente con contusión pulmonar;

a) Mantenimiento de una ventilación óptima, conservando las vías respiratorias altas completamente permeables, eliminando las secreciones bronquiales y evitando el broncoespasmo si lo hubiera (pudiendo llegarse a la administración de corticoides -hidrocortisona, de 100 a 200 mg por vía EV o ALGUNO DE SUS DERIVADOS.-

b) Aportar el oxígeno necesario al organismo, a través de la oxigenoterapia.

c) Suprimir los factores desencadenantes o agudizantes de la insuficiencia respiratoria, evitando por ejemplo la exposición de personas predispuestas a ambientes polucionados y a humos, calmando el dolor con analgésicos (vía oral, IM, ó bien INFILTRACION INTERCOSTAL cada 12 Hs), evitando los tranquilizantes en dosis elevadas, ya que deprimirían el centro respiratorio, agravando la insuficiencia respiratoria. En muchos casos, tales pacientes requieren un tratamiento antibacteriano precoz al presentar infección de las vías respiratorias.

d) Tratamiento de la enfermedad fundamental, lo que incluye en muchas oportunidades conformarse con mantener las constantes vitales hasta que se produzca espontáneamente una evolución favorable del cuadro, o también está descrito el uso de grandes dosis de corticoides (Metilprednisolona 30 mg. por cada Kg. de peso por día cada 6 Hs. por sólo 72 Hs.)

e) Hidratación endovenosa restringida, (50 cc por Kg. de peso por día) ya que se corre el peligro de provocar un edema intersticial y alveolar.

2) Tratamiento de los hemotórax grado I o pequeños;

Si no existen factores, por modalidad traumática o por diagnóstico de lesiones específicas, que indiquen cirugía mayor, se tratan con un procedimiento menor, ya sea a través de una toracocentesis (se punza la cavidad pleural y se extrae con jeringa el contenido hemático) o un avenamiento pleural con sistema de drenaje valvular irreversible, lo que permite la reexpansión pulmonar y obtiene hemostasia (detención del sangrado), además de permitir monitorear lo que sucede en la cavidad pleural en las horas siguientes.

3) Tratamiento de los hemotórax grado II o medianos;

a) tratamiento inicial mediante un procedimiento menor; se usa el avenamiento pleural con drenaje valvular irreversible. Si esto fracasa, ya sea porque el pulmón no se reexpande satisfactoriamente o porque persiste la hemorragia, se optará por la cirugía mayor.

b) Tratamiento inicial mediante toracotomía (abertura de la cavidad torácica) amplia, lo que implica un medio quirúrgico adecuado, cirujano de experiencia, seguridad anestésica y condiciones de recuperación postoperatoria satisfactorias.

Veamos ahora la reconstrucción de mi íntima convicción científica, ELABORADA A PARTIR DE LOS DATOS SUMINISTRADOS POR LAS DOS AUTOPSIAS (lo cual elimina la necesidad de mi presencia en su realización, pues con los datos no hago una nueva autopsia, desapareciendo así la tan mentada “autopsia de autopsias” a la que se alude en forma infundada para desestimar la confrontación de otra opinión.

Ejemplo de la inconsistencia del argumento es la presentación del perito PRUEGUER en el Juicio Oral, (que no asistió a ninguna de las 2 autopsias)

Utilicé para mi estudio e investigación criminodinámica los hallazgos macro y microscópicos que surgieron de las mismas, los resultados analíticos y todos los demás elementos periciados, de los cuales dí detalles en la nota de elevación de la presente peritación a V.S.

De todo ello resulta sí, UNA “AUTOPSIA” DEL CRIMEN, PERO NO DEL CADAVER.

Día 6 de Marzo de 1994;

O. CARRASCO recibe por la tarde un violento e inesperado traumatismo en hemitórax derecho, que lo sorprende en estado de indefensión psíquica y física. Por su juventud, la flexibilidad de las articulaciones condrocostales impidió la producción de fracturas, pero no así que dicha fuerza se disipara sobre las vísceras subyacentes a la parrilla costal, es decir el pulmón, produciendo la rotura de vasos pleurales y tal vez parenquimatosos, con la formación lenta y sostenida de un derrame hemático finalmente de grado I o leve, pues las cifras dadas a OJO DE BUEN CUBERO no satisfacen los mínimos requerimientos científicos exigibles para estos casos, y el método no está descrito en ninguna bibliografía MUNDIAL.

Aún si tomáramos como posibles dichas cifras, estaríamos en presencia de un hemotórax grado II, lo cual implica una variación en el tratamiento, como ya vimos. Es importante que señale a tal efecto que para que un derrame tenga las apariencias de hemorrágico, hacen falta solamente 2 cc de sangre en 1000 cc de exudado por lo que ni A OJO DE BUEN CUBERO, aún el mejor del mundo, podría estimarse la cantidad que realmente corresponde al derrame primitivo, que, evidentemente, nunca pudo haber alcanzado la cifra de 1500 cc que simplemente los Sres Forenses presumieron a falta de una medición científica, y sin haber identificado el origen de la hemorragia. Recuerdo que no fue una hemorragia aguda y masiva la que provoca la muerte de CARRASCO, ya que el cadáver estaba cianótico y no pálido o blanquecino, como ocurre en estos casos y V.S habrá observado en el video que presenté oportunamente en el juzgado Federal a su cargo, basado en la realización de autopsias.

Concomitantemente al traumatismo sufre un shock primario (también llamado shock traumático), es decir, bradicardia e hipotensión con o sin desplome al suelo, del cual en general todas las personas se recuperan en poco tiempo.

Todos sabemos del dolor intenso que provoca un golpe en el epigastrio (boca del estómago), teniendo la misma significación -en cuanto al dolor- que haya sido aplicado en el hipogastrio derecho (zona del hígado), o en el tercio inferior del hemitórax derecho.

El dolor es siempre subjetivo, depende del umbral de sensibilidad individual, pero hay zonas corporales en las cuales un traumatismo “siempre duele”. Es decir, a un mismo estímulo doloroso habrá mayor o menor tolerancia, según las personas

A partir de acá caben dos posibilidades; que O. CARRASCO haya podido continuar deambulando, una vez superado el shock primario que el dolor subsecuente y agravado por la lesión pleural y/o pulmonar se lo haya impedido.

En el primero de los casos (no son suposiciones sino posibilidades concretas), es obvio que podría haber huido del lugar, y habría sido visto en otro sitio por algún soldado. Como nada de ello ocurrió, cabe la certeza de la segunda posibilidad.

A partir de estos hechos y ante las consecuencias del traumatismo aplicado es lógico pensar que fue abandonado en el mismo lugar ya que habría sido visto en algún momento, tarde o temprano en dicho sitio por alguna otra persona.

Es decir que o fue conducido al Hospital para su atención o se lo condujo a otro lugar para ocultar lo sucedido y allí solicitar cooperación para su atención.

Si bien ambas son concretas, no existe forma de demostrar la primera posibilidad, pero si ocurrió la segunda, tuvo que haber sido en un lugar cercano al Hospital, ya que la presencia de personal médico o de enfermería fuera de sus lugares habituales de trabajo no hubiese pasado desapercibida. Mientras tanto en la Guardia del Hospital y el mismo día se emitían dos recetas médicas; una a nombre de PACHECO SAMUEL (sin diagnóstico) solicitando Xilocaína al 2% y 3 jeringas con agujas IM., EV., y SC., y otra a nombre de VAZQUEZ J. con pedido de 2 jeringas con agujas EV. y SC.

Habida cuenta que los “gangliones” no se infiltran y que PACHECO declaró que el día 6 concurrió a la guardia pero no fue atendido, la única inferencia posible es que todos éstos elementos fueron utilizados coherentemente en la atención de O. CARRASCO.

Es decir, ante el dolor intenso que presentaba, se optó como primera y efectiva medida la infiltración de los espacios intercostales posteriores correspondientes a la zona traumatizada, previo examen físico que inexorablemente se produjo, ya que para su consunción se le sacó la ropa que llevaba puesta, quedando por lo menos en un primer momento sin su camisa, la cual ya nunca más se le pudo volver a colocar, siendo éste un veraz testimonio mudo que nos brindaría un mes después su cadáver. (Volveré más adelante sobre su pantalón)

A partir de éste momento, el día 7 no encontré ningún movimiento de recetas que me lleve a pensar que hubo una derivación de medicamentos para O. CARRASCO, por lo que, en su “lugar de atención”, continuaba “en observación”. En caso de haber existido, no las logré detectar.

Así llegamos al día 8, donde se produce una verdadera debacle en la confección de las recetas, tal cual queda patentizado en el “ESQUENA DE LAS RECETAS SOSPECHOSAS Y SUS AUTORES” que expuse anteriormente, y que exteriorizan el agravamiento del estado general (empeoramiento de su estado clínico) DE O. CARRASCO. (para estas recetas caben las mismas consideraciones que para las anteriores, ya que no ha existido una correcta y verdadera justificación de su uso en las personas las cuales fueron indicadas).

Así es que se le coloca una aguja Butterfly para comenzar la hidratación parenteral (sacada de la receta de RIO SECO) con solución fisiológica y se le aplica una inyección IM de corticoide-dexametason- (sacados de la receta sin diagnóstico de GOMEZ M.). Es indiscutible que ya habían aparecido problemas respiratorios (dificultad respiratoria o broncoespasmo) o continuaba hipotenso, en estado de shock, aún reversible.

Simultáneamente hacen aparición los analgésicos a través de las receta sin diagnóstico de LEIVA Raúl (Diclosan Inyectable con jeringa y aguja IM) de CLACCIO (o CHAVARRIA) J. (sumando paradójicamente una nueva coincidencia significativa; ¡No tiene diagnóstico!) en la que CORVALAN indica Paracetamol comprimidos (analgésico) y Valium 5 mg por 3 comprimidos, correctamente indicados desde el punto de vista sintomatológico ante el dolor que persistía, pues la continuación de las infiltraciones hubiesen requerido inevitablemente la concurrencia de un médico, no siempre posible y fácilmente detectable fuera de sus horarios y lugar habitual de trabajo.

Como vimos, uno de los síntomas de la hipoxia provocada por la insuficiencia respiratoria es la excitación psíquica con euforia, por lo que nada me impide pensar que los 3 comprimidos de Valium fueron derivados para el tratamiento de dicha sintomatología, pero no del tal CLACCIO sino de O. CARRASCO, optándose por la vía oral, ya que todo médico sabe que por vía IM la absorción es mayor y más rápida, y se podría haber provocado una mayor depresión del centro respiratorio.

Llama la atención que no existe en el libro de la sala de radiología constancia de que se haya efectuado una radiografía (de realización INDISPENSABLE en un traumatismo de tórax), y que si bien en muchos casos no permite la visualización de un hemotórax, hubiese permitido el descubrimiento clásico del infiltrado pulmonar que se observa a las pocas horas de ocurrido el traumatismo, y llegar al diagnóstico radiográfico de “contusión pulmonar”.

Vale decir, que se estaba efectuando un tratamiento sin el aval de los estudios correspondientes y sin que se estableciera un diagnóstico correcto. De allí que lo observado es solamente un tratamiento sintomático y no etiológico, es decir, basado en los síntomas y no en sus causas.

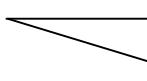
Pero el examen físico tuvo que llevar entonces a la sospecha diagnóstica del “hemotórax”, ya que tres recetas indican fuertemente los pasos que se pensaban dar.

Una de ellas -desde ya sin diagnóstico- solicita una vacuna antitetánica con la correspondiente jeringa y aguja para su aplicación, (receta de COSTA O.), otra un rollo de papel para realizar un electrocardiograma (receta sin nombre ni diagnóstico) y la tercera, en la que CORVALAN le indica antibióticos a COSTA O. (con diagnóstico de “cuerpo extraño”)

Los antibióticos estaban bien indicados si era para una cobertura preventiva (prevención de infecciones ante la acumulación de secreciones en las vías aéreas superiores)

El ECG. encuentra una acabada explicación, ya que, a las 48 horas de haber recibido el traumatismo, su mala evolución clínica habría provocado la aparición de arritmia cardíaca debido a la hipoxia. De no haber sido así, su realización estaría vinculada a una evaluación prequirúrgica.

En el peor de los casos para constatar su fallecimiento.

La vacuna antitetánica puede haber tenido dos explicaciones (como bien vimos O. CARRASCO fue vacunado el 8);  o existía alguna pequeña herida concomitante
o ya se pensaba en la colocación de un drenaje (toracotomía), por lo que dicha vacunación es de rigor.

Pero el 9 una receta acabadamente sin diagnóstico de TRONCOSO le indica un bisturí N° 23 al Sgto 1° ALFARO J. , lo cual, sumado al ECG (que bien pudo haber sido sacado el mismo día 9) y la vacunación del día anterior, no me deja lugar a dudas de que se iba a efectuar una intervención de emergencia, en un lugar inadecuado y sin diagnóstico previo de certeza (excepto que en algún momento se haya extraído sangre de la cavidad pleural a través de una toracocentesis, y se haya optado entonces por esperar, con una infundada expectativa de mejoría en el cuadro clínico general, pero que evitara dicha intervención). También se puede llegar a pensar que, en el peor de los casos, el bisturí se haya pedido para efectuarle una traqueotomía de urgencia ante la notoria dificultad respiratoria.

Simultáneamente el 9 hacen aparición las recetas en donde se hace el desmesurado pedido de una venda Cambric de 10 cm de ancho a nombre de SILVA D. para una cura plana y de 5 vendas (es decir 50 metros de venda) para vendar una muñeca. Si bien una de ellas pudo haber sido empleada para un vendaje de esas características, no pudo haber llevado más de uno y medio a dos metros pudiendo verosímilmente el resto haber sido empleado en la realización de un vendaje de tórax, ante la persistencia del dolor. El ancho es el adecuado para un vendaje de tórax, -la impronta del cadáver en el hemitórax inferior derecho indica que se lo efectuaron-, pero lo único que se pudo haber conseguido es un agravamiento del cuadro hipóxico, pues el vendaje limita aún más los movimientos respiratorios, ya comprometidos por la patología de base.(Contusión pulmonar y hemotórax)

Finalmente, -pues todo indica que así sucedió-, O. CARRASCO fallece sin que se le efectúe ningún tipo de operación el mismo día 9, en el lugar donde ocultamente y con múltiple complicidad se le brindaba un inadecuado tratamiento, a pesar de las dos inyecciones de Duo Decadrón con las que infructuosa y equivocadamente se trató de lograr una mejoría. A la vista está que no se le efectuaron radiografías ni análisis de sangre (gasometría), no se le administró oxígeno (oxigenoterapia), y no se lo hidrató acorde a la patología. (Otra sospecha de que la “Butterfly” se utilizó para conectarla a un frasco de solución fisiológica; posteriormente con seguridad a frascos de solución glucosada, es que en la autopsia se encontró el estómago vacío. Es notorio que el malestar de O. CARRASCO no le permitía comer y aún tomar líquidos, por lo que para evitar su deshidratación y eventualmente poder administrar drogas por vía EV se le colocó la “Butterfly”. Estando con dificultad respiratoria como necesariamente lo tuvo que haber estado, la ingesta de comida conlleva el peligro de que un vómito inunde las vías aéreas, por lo que con la hidratación se suprime provisoriamente la ingesta de sólidos. Como vemos, un estómago autópsico vacío no solamente indica que la última comida fue 6 horas antes)

Además, no había improntas excoriativas circulares en el medio del tórax, por lo que tampoco se le llegó a aplicar desfibrilación eléctrica, ya sea porque no dio el tiempo necesario o porque no se contaba con dicho elemento para intentar la resucitación, pero es otro indicio de que no se hallaba dentro del Hospital.

Pero lo que es peor; el tratamiento correcto se le tendría que haber brindado en un centro asistencial adecuado, en donde oportunas indicaciones le hubiesen evitado crueles sufrimientos a la vez de brindarle una certera posibilidad de recuperación.

Pero; ¿Todo sucedió realmente así? Ya vimos que desde el momento del traumatismo hasta su fallecimiento ha existido un período agónico de 48 a 60 horas. Durante el transcurso del mismo han existido otros testigos mudos representados por las recetas emitidas del 6 al 9 de marzo. Varias de ellas, -casualmente firmadas por un mismo grupo de personas de entre todo el personal del Hospital (3 médicos sobre un total de 15, y 3 enfermeras sobre un total de 16)-, acorde a todas las ampliamente comentadas irregularidades que presentaron, no me hacen sino inferir el empleo final de los medicamentos y elementos de enfermería retirados de la farmacia. Por lo tanto, si bien los hechos no necesariamente tuvieron que haber ocurrido de la manera comentada, constituyen una explicación médica coherente y posible de su utilización en la patología que presentaba O. CARRASCO.

Examinado pormenorizadamente el listado todas las personas atendidas entre el 6 y 9 de Marzo, y las historias clínicas de todos los internados en dicho período, se puede comprobar que ninguno de ellas necesitó corticoides en su tratamiento, ni fue necesario realizar ningún ECG (excepto el de Rodolfo PETERS en sala de internación el día 9), ni tampoco requirieron para su tratamiento una hoja de bisturí.

Caben varias preguntas después de lo expuesto;

¿Pudo una enfermera realizar por sí misma el montaje de las recetas?

Respuesta; NO, pues entonces deberían estar todas las recetas firmadas por la misma enfermera y sin la colaboración de firmas de profesionales médicos.

¿Pudo una enfermera por sí misma indicar y utilizar dichas medicaciones?

Respuesta; NO está capacitada para hacerlo. Ya vimos las indicaciones precisas por ejemplo, de los corticoides, que requieren de conocimientos médicos específicos y una larga experiencia en el arte de curar.

¿Pudo una enfermera efectuar el vendaje torácico?

Respuesta; Sí, pero bajo la supervisión de un médico, ya que, por ejemplo, de no ser así, pudo ser muy compresivo y agravar la insuficiencia respiratoria, en el caso de O. CARRASCO.

¿Puede una enfermera aplicar inyecciones intramusculares sin una indicación médica previa?

Respuesta; NO

¿Puede una enfermera inscribir tantas recetas sin que un profesional médico le indique qué es lo que tiene que inscribir?

Respuesta; NO. Por ende se desprenden las personas que realmente intervinieron en su montaje, ya que la explicación de algunos médicos de que “se las dieron para firmar” e inocentemente lo hicieron sin siquiera preguntar o verificar la exactitud o veracidad de lo que estaban firmando, además de un acto delictivo y de solemne irresponsabilidad en el desempeño de sus funciones, suena como un argumento de escasa consistencia y poca confiabilidad, excepto que puedan probar que realmente fue así, lo que no deja de constituir un delito.

Es una forma elegante de decir; “Yo no fui”, lo que involucra directamente a las enfermeras en la confección de las mismas, pero se conforma un círculo vicioso;

¿Puede una enfermera recetar sin una previa dirección e indicación médica?

Respuesta; NO.

Si queremos ampliar la pregunta sería así; ¿Puede una enfermera recetar analgésicos por vía oral e inyectables, una vacuna antitetánica, anestésicos locales en concentración adecuada (es decir, concentración %), corticoides inyectables, tranquilizantes, la realización de un ECG y una boja de bisturí sin una indicación previa y precisa de un médico?

Respuesta; saque V.S. sus propias conclusiones. Desde ya, las indicaciones referidas implican el examen previo del paciente.

La realidad indubitable de las recetas implican una lógica consecuencia; todo lo sucedido es posible. Las recetas fueron necesarias para la extracción de medicamentos destinados a la atención y tratamiento de otras personas que no eran las indicadas en dichas recetas. Esta necesidad habla de la realidad de la atención de otra persona que no pudo haber sido sino O. CARRASCO.

Esta misma realidad indica que fue vacunado el día 8, a pesar de las 3 falsificaciones de fecha que lleva la receta firmada por el médico KURCHAN, vacuna que indicó para el soldado O. CASTRO, y que sin estar anoticiado de la indicación prescripta para ese mismo día, fue vacunado recién el día 12 con el resto de los soldados, según realidad documentológica también indubitable de su F.I.S.

Restaría saber si el día 7 recibió O. CARRASCO alguna medicación. Considero que sí, y de tipo analgésica, pero no pude detectar recetas al respecto, ya que fue prácticamente imposible debido a las numerosas fallas de anotación en las planillas de atención médica, lo que no me permitió certificar si alguno de los soldados a los que se les aplicó un analgésico IM, los recibió realmente o no.

Anexo a la atención clandestina que estaba recibiendo O. CARRASCO surgen otras preguntas;

¿Pudo haber recibido en algún momento una transfusión de sangre? En base al cuadro clínico descrito, una hemorragia tan poca profusa no requiere dicho tratamiento, sino que la hipovolemia resultante debe tratarse con hidratación parenteral.

Si por otro lado se quisiera atribuir a una transfusión con distinto grupo sanguíneo la causa de su muerte, queda descartada tal posibilidad ya que en casos extremos la muerte se produciría no antes de los 5 a 6 días, y por insuficiencia renal.

¿En qué condiciones se lo atendía?

Si realmente y como creo estuvo oculto fuera del Hospital pero cercano al mismo, no cabe duda que lo examinaba un médico y la controlaba una enfermera, con las limitaciones que impone el “no ser vista” tan frecuentemente fuera del lugar habitual de trabajo, aunque debió existir algún tipo de relevo entre el personal auxiliar involucrado. (Si alguna de ellas-pues todo indica que fueron

enfermeras- tenía que estar en la guardia, por ejemplo, concurría al lugar de atención otra enfermera.)

Esto hace que durante largos períodos O. CARRASCO tuviera que estar solo. Si bien la lesión indefectiblemente empeoraba, no hubo impedimentos por lo menos en las primeras 36 horas para que pudiera gritar o intentar solicitar ayuda a través de su voz -en caso de no poder movilizarse por el dolor-. Esto me lleva a suponer que efectivamente dicha atención no pudo llevarse a cabo en los sótanos del Hospital, y sí en un lugar donde dicho pedido de auxilio no pudiera ser oído tan fácilmente en caso de producirse. Si por las dudas intentara movilizarse quedan dos maneras de evitar su fuga del lugar de atención con el consiguiente descubrimiento de lo que realmente estaba sucediendo;

o estaba atado a la cama, o el lugar estaba cerrado con llave.

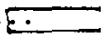
Claro está, todos estos condicionamientos implican una inadecuada e inhumana atención, la cual justifica que por ejemplo no se le haya efectuado una imperiosa y mas que necesaria radiografía de tórax, que hubiese necesitado su traslado en camilla hasta la sala de rayos, y un nuevo involucramiento, en este caso el del radiólogo del Hospital.

Lo mismo acontece para el laboratorio del hospital, pues la forma correcta de diagnosticar y tratar un cuadro de insuficiencia respiratoria es a través del estudio de gases en sangre (gasometría). Si bien la sangre le pudo ser extraída en el lugar y llevada al laboratorio, en los libros de registros que examiné en el mismo Hospital, ningún análisis de esta naturaleza fue realizado entre el 6 y el 9 de Marzo de 1994

L.- EL LIBRO DE GUARDIA DEL 4 AL 8 DE MARZO.-

En él se anotan todas las novedades que se producen en el transcurso de la guardia, tal como se puede ver en las fotocopias de los originales que expongo en las páginas siguientes.

Para una rápida comprensión, destaco algunos hechos;

- 1) Con  indico las recorridas del Tte Coronel CERRUTTI
- 2) El Director accidental a cargo del HMZ era, en esos momentos, el Mayor Odontólogo Martín ARAUJO ... 
- 3) Los relevos completos de guardia se hacen entre las 08:00 y las 08:30 Hs. 

4) Inexplicable y llamativamente (ya que no se explica el porqué y salvo un caso de fuerza mayor) el relevo de guardia del día 8 al 9 (guardia a cargo del Capitán médico CORVALAN) se hizo a las 11:00  Hs., incluyendo una enmienda por superposiciones de horarios en la cual se sobreimprime el número 11 sobre el 08:00, haciendo entonces coincidir el horario con la verdadera hora de entrega de guardia.

Simplyente a las 09:00 dice: “Continúo con la guardia”.

5) El médico ABRAHAM estuvo de guardia del 6 al 7 de marzo, y también es anotado como médico de la guardia del 7 al 8 de marzo por la Subteniente TRONCOSO (vale decir que cumplía 2 días seguidos de guardia).

Pero vemos en la anotación de las 18:10 Hs que el médico de guardia es KURCHAN.....

Queda flotando una gran incógnita;

¿Qué pasó en la guardia del día 8 de marzo, de 08:00 a 11:00 Hs?

La respuesta debería encontrarse en lo que refieran los que debieron prolongar su guardia 3 horas más (Subteniente Enfermera Gimena MARTELLO y la Subteniente TRONCOSO) y los que se hicieron cargo 3 horas más tarde (Capitán médico CORVALAN y el Cabo 1° SILVA).

El siguiente esquema brinda un orden en los turnos de guardia del personal auxiliar;

Miércoles 2	Jueves 3	Viernes 4	Sábado 5	Domingo 6	Lunes 7	Martes 8
MARTELLO	ZAMORA	VERA	VERON	PERALTA	MARTELLO TRONCOSO	SILVA

En todas las guardias se cubre el turno con un solo enfermero/a, pero el lunes 7 aparece como Auxiliar la Subteniente TRONCOSO.

Caben algunas preguntas;

¿En qué casos se cubre una guardia con 2 auxiliares médicas?

¿Cada cuántos días una misma enfermera cubre la guardia?

Si como aparentemente nos indican las planillas es una guardia cada 4 días; ¿Cómo es entonces que la Subteniente TONCOSO no estuvo también de guardia con MARTELLO el miércoles 2?

Si reglamentariamente no le correspondía estar de guardia el día 6; ¿Qué funciones cumplió?

Si todo se cumplió reglamentariamente, tanto en MARTELLO deberá existir una misma respuesta.

Zapala, 29 de abril de 1974



FEDERICO RIVERO
Yanakis Corbelli
Jefe del Turno

06:00 Reunión del personal civil sin moralidad

ELEMENTOS	Prac. de	Funcionarios	T/1	TOTAL
Subidos	31	1	2	34
funcionarios	15	-	1	16
mentón	15	-	-	15
dejenas	11	/ 1 juego Sprint Hab. 1 /		12

Reunión de Subidos que da inicio a la Jornada

Hoyo Entrega del Turno sin moralidad.

Suplente Zumbado
Suplente Zumbado

Martin Ebraín Araujo
Mayor Odontólogo
M.F. 16630 - M.P. 137
Director ACC IIAIZ

J. Domingo...
C6012...
Subc. 2.14

08:30 GUARDIA MEDICA del día 04 al 05 ABR 1974

MEDICO DE GUARDIA: DR. DEL ROSA LUCIO.
SUBOF. SURTIDO: C6012 ENT. GR. VERA EDUARDO.
TURNO HABITACION: SARG. IL. SOSA.

09:30 Se pide la nota indicada procedo a hacer el cargo del turno de turno con las novedades que anteceden este libro.

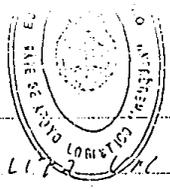
07:00 INGRESA AL HOSPITAL EL SARG. ENT. GR. MEREZ DEL AIR 10. I. C. A. Yendo al S/75 PEREYRA HABER, con cólicos y vómitos, se llama al médico de guardia quien lo atiende y manda a UROLOGIA y LABORATORIO de UROLOGIA PARA PARAMETROS DE URINA. PA. 90-50. T° 37°.

10:00 INGRESA AL DR. ROCA PARA EXTRACCION DE SANGRE DEL S/75 PEREYRA.

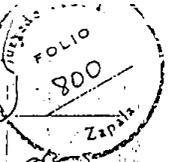
10:30 SE REFINA EL DR. ROCA.

14:00 INGRESA EL S/75 CARLO EDUARDO CON COLICO EPATICO LO VE EL MEDICO QUE INDICA AMP. BUSAPICCO LC.

17:00 INGRESA EL SOLDADO S/75 VITOR con dolor de



PEDRO RAFAEL CERON
Teniente Coronel
Jefe del Reg.



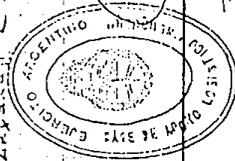
- 1200 MUJER SE LE REALIZA UN LABOJE DE
VOLVO INFERIOR Y SE LE DA AMALGAMOS. -
DESC RECUPERAR LA TEND. -
- 1200 MERICIDA SIN MODERAD. -
- 1230 LLAMA SE RESULTADO DE LABORATORIO DEL PACIENTE
PRESUMIA MUBLO, SE PROSEDE A UNAN UN
DR. DEL ROSA. QUE DA DIAGNOSTICO F. TIFOIDIA.
SIFOIDIA.
- 2000 SE INTERNA EL SEÑOR CRASSI MUBLO DE LA
CIV 10, CON PRINCIPAL DE BLOMQUIRIS Y
INFECCION EN ENTERRADOS EN RIEGROS
INFERIORES. -
- 2030 CENA BUENERA CON MAMA, PAPA, PANHORA
HOSYRE MANA MANA. -
- 2130 INGRESA POR GUARDIA MEDICA EL SOLDADO CLAY
ALBADEZ. CON DIAGNOSTICO PRESUMIVO F. TIFOIDIA. -
- 2200 QLEVO DEL PERSONAL CIVIL SIN MODERAD.
- 2215 INGRESA AL HOSPITAL EL NY MARIJO, NY MARIJO,
PARA CONSULTA A LOS INSIMPE ALEZEP, ALVAZEE
- 2230 SE QERIRAN LOS DOS CAVALLES. -
- 2250 QEROSAR EL NY MARIJO CON EL NY MARIJO Y
EL CAP. CARVALLO HAS DR. ROCA. PARA
EXAMEN DE SANGRE P/REPUDIACION.
- 2315 SE QERIRAN LOS MARIOS Y EL CAP. Y EL DR. ROCA
- 2410 INGRESA DE MUCHO EL DR. ROCA PARA SANGRE
SANGRE PARA UN HEMO CULTIVO.
- 0600 QLEVO DEL PERSONAL CIVIL SIN MODERAD.

ELEMENTOS	PLACARD	UNESCO	HAB. T.	SG	TOTAL
FUNDOS	23	1	2	8	34
SABANAS	11	-	1	4	16
MARCOFAS	15	-	-	1	15
MARCOFAS	0	-	-	-	0

0830 SIENDO LA HOVA INDICADA PROCEDIDA A ENTREGAR

AL TURNO CON LA NOVEDAD ENTREGADA UNA FURTO RESPONSABLE SACO. H. D. CASAS. RESERVA DE NOVEDADES 2500 de P. 1582 LIBRO.

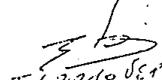
ZARATE, 05 MARZO 1994



 PEDRO RAFAEL ESCOBAR

 Teniente Coronel

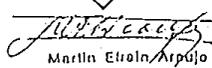
 M.D. 1953



 Domingo Beato

 C. B. 115

 S. S. 01-5 (S)

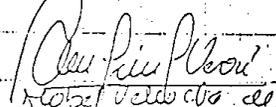


 Marilín Etrohn

 Mayor Odontólogo

 A.M. 10530 - M.P. 117

 Director ACC IIMZ



 Abel Piñero

 Mayor Odontólogo

 S.O. 9

Guardia Médica del día 05 al 06 Mar 94

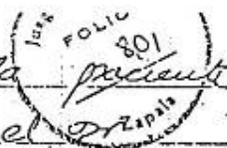
 SURFICIAL DE TURNO: Sarg Habel Vilalba de Jarón

 MEDICO DE GUARDIA: Dr. Antonio Abraham

0830 Me hago cargo del turno con las novedades asentadas en el presente libro.

- 1000 Recorre el J. P. D. C.
- 1010 Se actúa al Sr J. P. D. C. Terol Coratti.
- 1300 Se recibe resultado de análisis proveniente del laboratorio Roca, perteneciente al Sr. J. C. Alkarez del RIM 10.
- 1400 Relevó del personal civil: Sin novedad.
- 1430 Ingreso el Sarg Costa con el S/C 75 Jacobo Diez de la Paz "U.S.U." solicitando atención médica por reacción alérgica.
- 1432 Se llama al Dr. Abraham quien acude inmediatamente y atiende y cuida al paciente.
- 1445 Se actúa al Dr. Abraham y al paciente quien debe permanecer en reposo hasta el lunes.
- 1700 MERIENDA: Té con pan.
- 2000 Ingreso el Mj de la Fuente solicitando atención médica para su esposa.
- Se llama al Dr. Abraham

- 2005 Injuria al Dr. Abraham, atiendo a la paciente
- 202 Se notifica la paciente y tambien el Dr. Peralta
- 2045 Recome al Sr J Bar
- 2050 Se retira el J Bar
- 213 CENA: rickusa ef amor -
- 2205 El Dr De lo Pasa ingresa a contulon a sus pacientes y atiende a los s/c 75 blancos con slegia y tocoimasa con fluido estomac infectada del plaxto de pu de la Bar Ingui Son medicador y cenador, se atenan a la Co
- 2200 Relero del personal civil: Sin mmedor



La parte faltante está incluida en el Item "La regularidad del médico AGUIRRE", y en la misma se puede observar claramente que la firma de la Subteniente PERALTA ha sido falsificada.

PEDRO RAFAEL VARGAS
 Telefonos: 1030115
 1030115

Se llama al enf radiologo de turno Sarg Ay Hoyano quien viene a realizar Rx muñecas al Hijo Subof. ALVARO es visto por el Med de Gu quien diagnostica y medica. Tambien se realizo Rx de muñecas al Cabo S. S. Llama al Sr J Acc Casan, se le dan las novedades.

MENU	CALIDAD	CANTIDAD	CRS
DESAYUNO: de c/pan	suficiente	bueno	✓
ALMUERZO: marineras c/ fideos al pesto, sopa de verdura	suficiente	bueno	✓
MERIENDA: de c/pan	suficiente	bueno	✓
CENA: puré de papas c/churras, sopa de arroz, naranja - manzana	suficiente	bueno	✓

1330hs Se llama al Med Gu para que atienda al niño VALLENZUELA, niño hijo Sarg 1ro. RIMATO diagnostica gastroenteritis aguda. Lo deja internado con interconsulta a Pediatría, queda en C.A hab 2005.

1400hs Relero del personal s/n. V. Mellado (Pres)

1600hs Se hace presente el Dr Coronel a controlar al niño VALLENZUELA, realiza nuevas indicaciones, pide se la realicen mañana los análisis pidiendo los resultados para los 1400hs.

1700hs Se hace presente el S/c 75 BLANCO, Hugo, con reaccion

802

alérgica. Se llama al Med Gu lo aliende y lo interna
diag: Urticaria Gigante

1845 Of de Sem de la Ca de Seru viene a visitar al S/C 74 BLANCO

1845 El S/C 74 PEREYRA recibe visita de sus padres.

2200hs Relevo del personal S/N

0600hs Relevo del personal S/N.

Efectos	PAZTICAPA	LAUSNEPO	SGBL	HAB FUL	CA	KINGO-LOO/10	Lotar
sábanas	14 (catorce)	07 (siete)	10 (diez)	02 (dos)	—	01 (una)	34
fundas	03 (tres)	05 (cinco)	04 (cuatro)	01 (una)	—	—	13
mantas	15 (quince)	—	—	—	—	—	15
pijamas	04 (cuatro)	05 (cinco)	05 (cinco)	—	—	—	14
patos	04 (cuatro)	—	05 (cinco)	—	01 (una)	—	10

Debe 01 (una) funda Sang. J. de reata.

Almohada 07 (siete) hay 05 en el placard.

0800hs Entrego el turno con los cuidados que anteceden.

PEDRO RAFAEL CERRO
 Subst. Peralta
 OF TUENO (e)



Subst. Peralta
OF TUENO (e)

↓
 M. Efraín Araújo
 Mayor Odontólogo
 MN 16628 - MP 117
 Director ACO HMZ

Subst. Anartello
OF TUENO (e)

Turnos del día 07 al 08 (Carga de 1994).

Médico de turno: Dr. Abraham.

Of Tueno: Subst. Anartello Gemena.

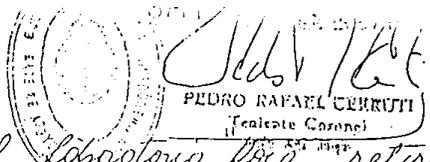
Sur: Subst. Eromoso Patricia.

0800hs Che cargo cargo del turno con los cuidados que anteceden.

0930hs Se surte el desayuno a los ptes s/v.

0900hs Recibo los cargos que se detallan en el acta del libro de Turnos.

1000hs Se le extrae sangre p/ análisis al pte odológico de la Hdo N° 1 del centro asistencial.



- 10.30 hs. El Laboratorio Roca retira muestra de Hsu del feto Valenzuela.
- 11.45 hs. Se llama al RIT 10 para orzas de alta de s/c 79 Gutierrez. Consciendo que el jueves debe venir por unultorio p/ control.
- 12.20 hs. Se llama al laboratorio Roca p/ los analisis del feto Valenzuela cuyo resultado van a estar a partir de las 18.30hs.
- 13.00hs. Almuerzo sin novedad.
- 14.00hs. Rulero de los turnos sin novedad.
- 16.30hs. El 2do J RIT 10. My Vecchiotti visita a los soldados de su unidad internados en el H72.
- 16.45hs. Se retira el My Vecchiotti.
- 17.00hs. Merienda sin novedad.
- 18.10hs. Juego a la Guardia Med. el soldado Jose 754 Copio eduseo. ~~Se envia inmediatamente al~~ Red. de Guardia. Dr. Kurchan.
- 18.30hs. Llego el Dr Kurchan quien diagnostico un caso bronquial e Yuteico al feto.
- 19.30hs. Se llama al medico de Guardia p/ dos feto.
- 20.30hs. Llego al med de guardia e indico observacion a ambos para el siguiente dia. Fuido ~~creando~~ en lo carpeto de guardia.
- 20.45hs. Recorre la ca sau el TFE Cuel Cerrutti.
- 21.05hs. Se retiro el T. Pol. NEG.
- 21.30hs. Ceno sin novedad.
- 22.00hs. Rulero del personal civil sin novedad.
- 22.10hs. Del laboratorio Roca entregan los resultados de los analisis del feto Valenzuela del ca Kds N° 1.

Nota: De la muestra del feto...

Capitán 29
 2010
 PEDRO RAFAEL CERROTTI
 Teniente Coronel
 Jefe del Reg.

para el mes 11 de Marzo
 - So Señora Raquel Pincheiro dejó orado el
 mañanero, martes o p no puede encausar por
 problemas personales.

• Byon en el cobadero: John en polvo e Hilo de
 Costura

- So plaudio del cobadero; esta descompuesta
 antes p/ pedir reparaciones.

0600hs Relero del personal Civil sin necesidad.

Elemento	ALACED	LAUNDERO	S COL	Hob T.	C.A	KINESIOLOG.	TOTAL
baños	17	—	12	2 (dos)	2 (dos)	01 (una)	34
fundos	8 (seis)	—	8 (ocho)	1 (una)	1 (una)	—	16
Montas	15 (quince)	—	—	—	—	—	15
Pijamas	5 (cinco)	1 (una)	6 (seis)	—	—	—	12
Batas	3 (tres)	—	6 (seis)	—	1 (una)	—	10
Toallones	1 (uno)	—	1 (uno)	—	—	—	2
Jarrahauos	2 (dos)	—	3 (tres)	—	—	—	5
Almohadas	5 (cinco)	—	2 (dos)	—	—	—	7

Debe uno Fuudo lo Sang Aldente

0715hs Revoire el HT2 el J. Pal. NQN.
 0745hs Se retiro de HT2 el J. PAL. NQN.
 0800hs Le pasan los comodores al DIR HT2
 0806hs Continuo en lo guardio

1100hs

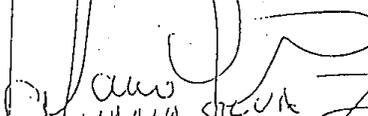
Sobamos	HT	Alacced	Por	Hob. G.	Hob. G	Kinesio	TOTAL
fundos	2	17	8	6	2	1	34
Montas	—	15	—	—	—	—	15
pijamas	—	5	3	3	1	—	12
Batas	—	3	2	4	1	—	10
fundos	1	6	3	3	2 (Tres)	—	16

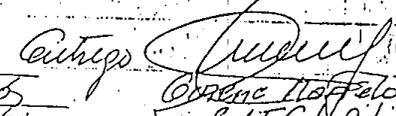
Jowahianas
Tolloues

HT.	Placard.	Lot.	SG.	HT.	CA.	Kinesis	Total
—	2	—	3	—	—	—	5
—	1	—	1	—	—	—	2

1100hs

Entrego lo guardado en los moldados antes mencionados.


 Marilyn Estela Araujo
 Especialista Odontólogo
 MN 16538 - MP 117
 Director AGO IIMX


 Osvaldo Hoffalo
 Subst. en Prof.
 OF TDEUO(S)

\$3,00

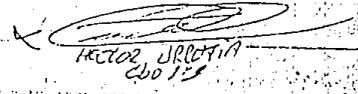
Exams de los alor de Hays
 Exp de turno: como 1^o Silb
 Medico de guardia: Exp Lavodon
 Me hago cargo del turno con los necesitados
 antes mencionados

13,00 Almuerzo: aveja con queso, hife paste mayones

14,00 Relevo del P/cubel s/novedad

15,00 El McQuine, de de alta medico a 5/35
Blanca!

16,45 El 5/75 Blanca es retirado por el Sub-Oficio
semana como no tributaria N° 300.436


 Hector J. P. ...
 2do 159

17,25 Llamo por tel al Director accidental Hy. Araujo
para preguntar sobre los hechos del H.M.Z

17,30 Haciendo: te con pan

20,00 Retiro del H.M.Z 15 (quince) repaldo: 15 (quince) rep
de 15 (quince) meses de hy con copia y p...ll

20,30 Cena: fideos con chucros por tre pros

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Zapala, 29



26/11/94 1994

LI.-LA MUERTE DESPUES DE LA MUERTE; LA FORMALINA.-

Examinando el Libro de CONSUMO DE REGISTRO DE FARMACIA, Anexo 18, en ITEM FORMALINA, se registran los siguientes movimientos:

Pastillas de formalina; Enero a Febrero/94; 10

03/94; 400

08/94; 50

09/94; 100

10/94; 50

11/94; 50

5/7/95; 30

TOTAL = 690

Vale decir, que desde enero/94 hasta Julio/95 se utilizaron 690 pastillas.

Solamente 10 pastillas de enero a febrero/94, y 290 en 7 meses (Agosto, Setiembre, Octubre, Noviembre/94 y Julio/95.)

En 9 meses, si sumamos a la cifra anterior las pastillas utilizadas en Enero y Febrero/94, tenemos una cifra de 300.

PERO MUY LLAMATIVAMENTE SE RETIRARON DE LA FARMACIA 400 EN EL MES DE MARZO, LO QUE NO DEJA DE TENER SU EXPLICACION YA QUE SU UTILIZACION ES SIMULTANEA AL TIEMPO QUE ESTUVO OCULTO EL CADAVER DE O. CARRASCO, para lo cual es necesaria una referencia de las propiedades de la formalina.

El formaldehído es un alcohol del grupo de los aldehídos, con acción antiséptica. También llamado Metanal es un gas de origen sintético y se emplea generalmente en solución al 40% p/v, denominada corrientemente “formol”. Tiene la propiedad de polimerizarse fácilmente, transformándose en paraformaldehído, sólido que se expende en tabletas o pastillas de 500 mg que, por calentamiento, desprende formaldehído gaseoso. La solución tiene acción germicida sobre toda clase de microorganismos, con gran poder penetrante y pierde poca actividad en presencia de materia orgánica. Las propiedades germicidas las ejerce a través de precipitación de las proteínas, llegando incluso a la coagulación de la molécula proteica, por lo que dicha propiedad coagulante y de endurecimiento se aprovecha para la “fijación” de piezas anatómicas, para la obtención de las preparaciones histológicas, siendo el formaldehído el componente principal de los líquidos para embalsamar cadáveres. El formaldehído se comporta como un irritante local para piel y mucosas; en soluciones algo concentradas es capaz de endurecer la piel. Su olor es muy penetrante, y puede provocar una irritación intensa de los ojos -conjuntivitis- y del tracto respiratorio- coriza, bronquitis y aún neumonitis-. Se emplea para desinfección de objetos inanimados.

Si bien las pastillas de formalina eran usadas para desinfectar lugares en donde se producían enfermedades transmisibles, tiene actualmente poca aplicación, pues se considera que no es necesario, siendo suficiente la desinfección de las excreciones y objetos contaminados por el paciente.

Pero no me caben dudas; tal cantidad de pastillas solamente pudieron haberse utilizado para disimular los olores putrefactivos provenientes de la descomposición del cadáver de O. CARRASCO, ya que, como vimos, el olor de la formalina es muy penetrante.

Pero caben más reflexiones;

Si tomásemos por un momento como cierta la hipótesis de que fue atendido en el Hospital, una vez fallecido; ¿Para qué lo iban a ocultar en el autoclave -como en algún momento se supuso-, si podía quedar en el mismo lugar de atención, donde nadie durante 3 días se había percatado de su presencia, hasta tanto se encontrara un lugar donde ocultar su cadáver?

Si falleció fuera del Hospital -y que es mi convicción- ; ¿Para qué lo iban a llevar justamente al mismo Hospital?

En mis años de experiencia en investigación criminal, he tenido oportunidad de comprobar que en la casi totalidad de casos la persona que comete un delito grave no está tan preocupada por el delito que cometió sino por ocultar las prueba de su delito. En el caso de que haya un cadáver resultante, se preocupa de que no sea encontrado rápidamente. Es decir, busca el mejor lugar para ocultarlo, ya sea enterrándolo, escondiéndolo en un placard, etc.

Por lo tanto, no cabe pensar, y utilizando una expresión vulgar, que nadie “se lleve el cadáver a casa”.

Finalmente le colocaron un pantalón, no pudiendo hacer lo mismo con los borcegués y la camisa, ésta última por la intensa putrefacción, aumento desproporcionado del tamaño del brazo izquierdo, y por la rigidez del derecho, impuesta por la momificación parcial. Vale decir, que como también ya dije en otro punto de mi peritación, fue desvestido en vida para poder brindarle asistencia médica. Infiero entonces que durante su agonía que tuvo que haber estado sobre alguna manta o camilla, y debido a las bajas temperaturas que se registran por las noches también se lo tuvo que haber tapado con alguna manta o cubrecama. Así la muerte, queda oculto en ese u otro lugar, hasta que en macabra tarea se intenta vestirlo para hacerlo aparecer públicamente (o como también escuché, para “presentarlo en sociedad”), ya que un rastillaje pormenorizado de la guarnición hubiese permitido descubrir el lugar preciso de ocultamiento, dando así pistas más precisas de los autores.

No obstante, la camisa la dejaron en el cerro gaucho, al lado de la cabeza del cadáver de O. CARRASCO.

Tres preguntas para el final de éste ítem;

¿A quién entregó la farmacéutica Andrea COLL tal cantidad de pastillas de formalina?

¿Lo hizo contra presentación de receta?

¿Las fue entregando de a poco o las dio en una sola entrega?

LII.- OTRAS RECETAS PERICIADAS.-

De la Nro. 71 a la 174. van del 5 al 15 de Marzo y del 4 al 6 de Abril de 1994.

A continuación expongo las fotocopias respectivas, y a través de su estudio no he notado ningún tipo de irregularidad, hallándose casi la totalidad de pacientes anotados en las respectivas planillas de atención médica por guardia, con coherencia entre los diagnósticos y las medicaciones prescriptas.

Médicos como MATAYOSHI y ZAMBELLI , por ejemplo, no han necesitado recurrir a la ayuda de personal auxiliar para la confección de las mismas. Vale decir, constaté las irregularidades (ya vistas) solamente entre el día 6 y 9 de marzo de 1994.

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - CA SAN

71

Apell y Nomb: *Antinora, J. E.*
Grado o Parent: *S. E. 74*
I.O.S.E. Nro: *201*

Corro Miguel Angel 6A 151

72

*Picoxicon
I M 7.5*

Rp/

*Gentamicina 80 mg
(Com E)*
Serungo de San CIA

(Com E)

Diag: *Heridas a ambos pies*
ZAPALA, 8 13 / 1993

(Handwritten signature)
8/3/94

73 EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - Ca San

Apell y Nomb: *Prohanta, J. E.*
Grado o Parent: *S. E. 74*
I.O.S.E. Nro: *201*

Rp/

*Gentamicina 80 mg
(Com E)*
Serungo de San CIA

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z

74

Apell y Nomb: *Miguel Angel*
Grado o Parent: *S. E. 74*
I.O.S.E. Nro: *201*

Rp/

*Gentamicina 80 mg
(Com E)*
Serungo de San CIA

Diag: *Heridas*
ZAPALA, 8 13 / 1993

2. *Heridas* 75

RIM 10

*Lexotanil
Chlortal 3 mg
(Com E) = 60 mg.*

Diag: *Herida profunda*
ZAPALA, 8 13 / 1994

(Handwritten signatures)

se/75
 Rodriguez Alub
 64161

76
 Juzgado Federal
 FOLIO
 818
 Zapala

EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN" Ca San G
 Apell y Nomb: *Huonjos J. J. S.*
 Grado o Parent: *se/75*
 I.O.S.E. Nro: *64161*

Arcebrizon
(4 amp)
Seringa 10cc 1/14 4.1

Dirroccion - 1
IM 75
(comp E)
Seringa 10cc 1/14 1

[Signature]
 10/3/84

Diag: *[Signature]*
 ZAPALA, 10 de Mayo 1984

5 (2)

EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN" - H M Z
 Apell y Nomb: *Montem. D. S.*
 Grado o Parent: *S. J. S.*
 I.O.S.E. Nro: *Rib 10*

78
 Juzgado Federal
 FOLIO
 819
 Zapala

Rpl
Liquido Anticoma
(1 amp)
100 cc
Anticoma Pulv
(1 amp) 200 mg
Tringison P.

Diag: *Medusa*
 ZAPALA, 11/3/1984

[Signature]
 11/3/84

Bocainon Janc Antonio
 - 2/6/75 BAL NQN
 Diag: *Poronguitis*

79

Bocainon Janc A
1 Penicilina 100000 4/1
1 Benzilpenicilina 100000 4/1
1 Ampicilina 100000 4/1
1 Dexametasona 1/10
1 Agua alcoholica 4/1

[Signature]
 11/3/84

EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN" - H M Z
 Apell y Nomb: *Sandoval, H. H.*
 Grado o Parent: *8º Lt.*
 I.O.S.E. Nro: *67.161*
 Rpl

80

*Ampraluna 500
 (E) comp*

*Aspirin
 (E) comp*

Diag: *frontrinitis*
 ZAPALA: *7/31/1994*

(2) 

EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN" - H M Z
 Apell y Nomb: *José S. Tinelli*
 Grado o Parent: *Terc. Brn.*
 I.O.S.E. Nro: *.....*
 Rpl

81

*Ampraluna 500
 (Comp) (E)*

*Aspirin
 comp (E)*

Diag: *frontrinitis*
 ZAPALA: *7/31/1994*



*Sr Muller Justo
 Cuz Ang. Paz
 9a 16.*

82

*Ampraluna 500
 (E) comp*

*Aspirin
 E comp*

4 

107220
 CAPITAL FEDERAL
 Morales Esteban
 S/CYS R. 16.10

83

*Galium 10 mg amp. c. 3
 ferungas ^{sum} & agujas*

Diag: *Crisis histérica e/llanto*
 CHA: *21/03/94*

S
 J. M. Lucas Alejandro
 Gu. 161
 (84)

EJERCITO ARGENTINO (85)
 BAL "NQN" - H M Z
 Apell y Nomb: *Lucas Alejandro*
 Grado o Parent: *S. E. J. T.*
 I.O.S.E. Nro:
 Rpt/

Amoxicilina 500
(E) comp

Amoxicilina 500
(Comp E)

Aspirin
(E comp)

Aspirin
(Comp E)

4
 11/3/84

Diag: *pujate*
 ZAPALA: 11/3/1994
 (2)

EJERCITO ARGENTINO (86)
 BAL "NQN" - Ca San 6
 Apell y Nomb: *Lucas Alejandro*
 Grado o Parent: *S. E. J. T.*
 I.O.S.E. Nro:
 Rpt/

EJERCITO ARGENTINO (87)
 BAL "NQN" - H M Z
 Apell y Nomb: *Lucas Alejandro*
 Grado o Parent: *S. E. J. T.*
 I.O.S.E. Nro:
 Rpt/

Amoxicilina 500
(E comp)

Disociacion
antiflematosis
(Comp E)

Aspirin
(Comp E)



Diag: *ang hys*
 ZAPALA: 11/3/1994

Diag: *Dolor a ripon inferior*
 ZAPALA: 11/3/1984

(2)

(2)

(1)

(2)

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z **(88)**
Apell y Nomb: Valuzuela, Juan
Grado o Parent: SC/FS
I.O.S.E. Nro: Rim 10

Rp/

Siclosaia - Diopaly
Coup = \sqrt{m} oculo

ADquirida
7/3

[Signature]

Diag:

ZAPALA, 9/3/1994

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" Ca San 6 **(89)**
Apell y Nomb: GATICA, JSMAR
Grado o Parent: SC/FS
I.O.S.E. Nro: Rim 10

Rp/

Siclosaia
1 Coup = \sqrt{x} diez

f

[Signature]

Diag:

ZAPALA, 14/3/1994

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z **(90)**
Apell y Nomb: TORNONI, JAVIER
Grado o Parent: SC/FS
I.O.S.E. Nro: 2603 Mb

Rp/

Siclosaia
Coup = \sqrt{m} oculo



[Signature]

Diag:

ZAPALA, 15/3/1994

(91) EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z **(91)**
Apell y Nomb: MONTI, JUAN CARLOS
Grado o Parent: SC/FS
I.O.S.E. Nro: Zapala

Rp/

Retrocursa (Coup)
1 = 10 (unidades)

[Signature]

Diag:

ZAPALA, 08/3/1994

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"-Ca San 6
Apell y Nomb: *Bonifacio Gomez*
Grado o Parent: *S. 1.5. R. 1.4.4*
I.O.S.E. Nro:

92

Rpl

R. H. 10
1.601/201 (comp)
1 = VI (res)

Diag:

ZAPALA: *17/10/94* 1994

①

MATAJADA
M. MED.

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"-Ca San 6
Apell y Nomb: *Roxas Lopez*
Grado o Parent: *S. 1.5. R. 1.4.4*
I.O.S.E. Nro: *10*

93

Rpl

P. Roxas (comp)
1 = IV (res)

Diag:

ZAPALA: *09/13/11* 1994

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"-Ca San 6
Apell y Nomb: *Gonzalez*
Grado o Parent: *S. 1.5. R. 1.4.4*
I.O.S.E. Nro:

94

Rpl

R. H. 10

P. Roxas (comp)
1 = IV (res)

Diag:

ZAPALA: *12/10/94* 1994

①

MATAJADA
M. MED.

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"-Ca San 6
Apell y Nomb: *Membrillo*
Grado o Parent: *S. 1.5. R. 1.4.4*
I.O.S.E. Nro: *6.1.16.82*

95

Rpl

Detachment (comp)
after 3 weeks

Diag:

ZAPALA: *18/10/94* 1994

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H H Z **(96)**
Apell y Nomb: Beno Quinto
Grado o Parent: Cap
I.O.S.E. Nro: 2107019
Rpl



Espectador
I = IX (muo)

Diag: ZAPALA, 09/3/1994

(7)

EJERCITO ARGENTINO **(97)**
BAL "NQN" - Ca San 6
Apell y Nomb: Martinez Pe...
Grado o Parent: Ed 975
I.O.S.E. Nro: R 1110
Rpl

1. 100/200 (corp)
I = III (muo)

Diag: ZAPALA, 15/3/1994

(1)

EJERCITO ARGENTINO **(98)**
BAL "NQN" Ca San 6
Apell y Nomb: Mario Mauricio
Grado o Parent: S/C
I.O.S.E. Nro: EA 161
Rpl



Gastrosan
x 20 unidades
10-

Diag: ZAPALA, 09 de 3 de 1994

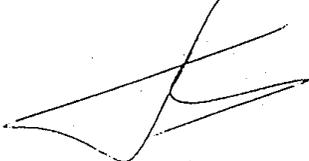
EJERCITO ARGENTINO **(99)**
BAL "NQN" - H H Z
Apell y Nomb: Schwab
Grado o Parent: Ed 975
I.O.S.E. Nro: R 101
Rpl

1. 100/100 (corp)
I = IV (muo)

Diag: ZAPALA, 15/03/1994

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - I M. Z. **(100)**
Apell y Nomb: *Pavelin Lozano*
Grado o Parent: *9/8*
I.O.S.E. Nro: *Co. Coz. 46*
Rpl

Dioxaflex - 100mg
comprim x 20



Diag: ZAPALA, *09/3/1994*

EJERCITO ARGENTINO **(101)**
BAL "NON" - II M. Z.
Apell y Nomb: *Colo Rodriguez*
Grado o Parent: *General*
I.O.S.E. Nro: *Pool N°*
Rpl

Gravit 500
x 8 comprim

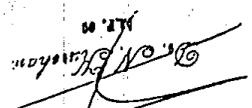


Diag: ZAPALA, *11/5/1994*

EJERCITO ARGENTINO **(102)**
BAL "NON" - Ca San 6
Apell y Nomb: *Jeday Rohit*
Grado o Parent: *...*
I.O.S.E. Nro: *...*
Rpl

Gravit (Aureomicina)
500

x 8 comprim

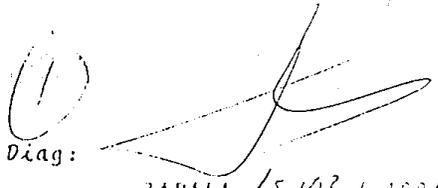


Diag: ZAPALA, *15/3/1994*



EJERCITO ARGENTINO **(103)**
BAL "NON" - Ca 2
Apell y Nomb: *S. Walter*
Grado o Parent: *...*
I.O.S.E. Nro: *...*
Rpl

Aspirin
x 10 (Dose)



Diag: ZAPALA, *15/10/1994*

BAL "NQN" - Ca. San. (104)

Coplo' Eduardo

S/C 75 BAL N99
2141

Zeosona 300 Comp. 03 (tres)

DIAG: Asma Bronquial

Fecha 11/03/94

[Signature]
Gimena Martello
Sub. Enf. Prof.

(106)

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - II M 2

Apell y Nomb: Peral de Peralto

Grado o Parent: Cso 1ro.

I.O.S.E. Nro: 308.864

Rpl

Jerupos^{4m} y aguyo IM.
2 (dos)

Diag: Crisis Histerica

ZAPALA, 13/03/1994.

[Signature]
Gimena Martello
Enf. Prof.

BAL "NQN" - Ca. San. (105)

Apell y Nomb: Gutierrez

Grado o Parent: S/C 79

I.S.E. Nro:

Rpl

Supracilina emp V
8 (ocho)

Divalgexico emp V
PRENDETAROL
6 (seis)

Diag: HERNIA Umbilical

ZAPALA: 051031 1994

(3)

[Signature]
Gimena Martello
Sub. Enf. Prof.

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - II M 2

(107)

Apell y Nomb: Garboa, Adm.

Grado o Parent: S/C 75

I.O.S.E. Nro: 6A 161

Rpl

Doxallex + Doloron emp.
6 (seis)

(1)

Diag: Dolor en FID.

ZAPALA, 12/03/1994.

[Signature]
Gimena Martello
Sub. Enf. Prof.

108 EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN" - H. M. Z.
 Apell y Nomb: ... *M. V. ...*
 Grado o Parent: ... *S/C.H.*
 I.O.S.E. Nro: ... *GA 161*

Rpl

Aguilera 12 compels
Amil 750 comp
10.

(3)
 Diag:
 ZAPALA: *9/11/1994*

Sieben Oscar **109**
Selen Oscar
S/C.H. GA 161

Campesino
GRAN REY 700 comp

M. p. ...

(1)
9/11/94

EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN" - H. M. Z. **110**
 Apell y Nomb: ... *CAMBA* *Idan*
 Grado o Parent: ... *S/C.H.*
 I.O.S.E. Nro: ... *GA 561*

Rpl

Danza 10x comp
Diclosan com *04 (cuatro)*

[Signature]
 Subt Perito
JSGI

Diag: *A. Ap. d. icular*
 ZAPALA: *11/11/1994*

EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN" - Ca San 5 **111**
 Apell y Nomb: ... *MULLER*
 Grado o Parent: ... *CA 10*
 I.O.S.E. Nro: ... *GA 10*
 Rpl *PERISSO*

Aguilera *06/11/94*

[Signature]
 Subt Perito
 OFTOR

(1)
 Diag: *Sindrome Gupal*
 ZAPALA: *09/11/1994*

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z **112**
Apell y Nomb: *Hernández*
Grado o Parent: *Sgt. 1º*
I.O.S.E. Nro: *308-864*
Rpl

Sarg. Roberto Godoy
Aspirin 4 + 4 = 8 (dos)
Browa 4 -
Paroxican 4 + 2 + 2 = 8 (dos)
Aspirin 6.

Diag: **(4)**
ZAPALA, 11/3/1994
Dr. *[Signature]*
Coronel
Médico PEDIATRA
M.P. N. 1081 - M.E. 134

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z **113**
Apell y Nomb: *Parra, Dome*
Grado o Parent: *S/C 75*
I.O.S.E. Nro: *6A 161*
Rpl

B.H. L. Hiosan cpto ramp
1 (uno) J.M.
1 (uno) *1000* *jeruiga / agajo*

Diag: *(Desajustes)*
Dist. estomacal
(2)
ZAPALA, 11/3/1994
[Signature]
Jose Luis Herrero
Subal Juro

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z **114**
Apell y Nomb: *Forcel de Peratte*
Grado o Parent: *Cap. 1ro*
I.O.S.E. Nro: *308-864*
Rpl

Benzydiazepan 10
1 (uno) *Fco amp.*

Diag: **S**
Crisis Histerica
ZAPALA, 13/03/1994
[Signature]

JOSE ANTONIO F. CARRONA
Médico M.P. 4949 - M.P. 619
Zapala

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z **115**
Apell y Nomb: *Perez, ELIANA*
Grado o Parent: *HISA SARG.*
I.O.S.E. Nro: *299562/10*
Rpl

Salas p/ hidratación oral
Prufenagras 1 Fco.

Choralquim amp 1
3 (tres)

Jeruiga 500mg / Agajo 100
Diag: *DIARREA* *3 (tres)*

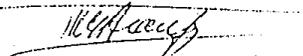
ZAPALA, 11/03/1994

[Signature]
JOSE ANTONIO F. CARRONA
Médico M.P. 4949 - M.P. 619
Zapala

Rp.1 Sc 75 Rinn 10
Terbey Clencis

P. Terramicina 500-
Papona comp = VI
cu

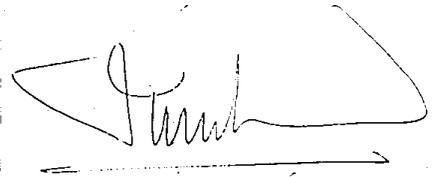
14/3/94
116


Martin Efraim Araujo
Mº Odontólogo
BAL "NON"

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - H H Z (117)

Apell y Nomb: Maschan, ~~...~~
Grado o Parent: S. C. 75
I.O.S.E. Nro: Rinn 10
Rp/

Bicloran
X comp

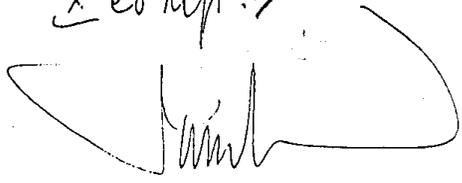


Diag: 15/3/94
ZAPALA: / / 1994

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NON" - H H Z (118)

Apell y Nomb: Gabriel Y. ~~...~~
Grado o Parent: S. C. 75
I.O.S.E. Nro: D. B. L. 16. N.
Rp/

Dioxapler y Aido
San
X comp



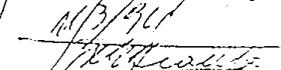
Nº 3-94

Diag: ZAPALA: / / 1994

Fuente ~~...~~ (119)
Sc 75 - (Rinn 10)

Bencitazil = A.
2.400.000 v I fo A.
= I.

Mue ~~...~~

14/3/94

Martin Efraim Araujo
Mº Odontólogo
BAL "NON"

SACH

Rp.1 Calrette ~~...~~
GA/B/ (120)
Papona comp = VI comp.
Terramicina 500 comp -



(121) EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NON" - H M Z
 Apell y Nomb: *P. Gal. le P. Castro*
 Grado o Parent: *C. L.*
 I.O.S.E. Nro: *Rem 10*
 Rp/

EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NON" - Ca San 6
 (122)
 Apell y Nomb: *Figueras*
 Grado o Parent: *SC 75*
 I.O.S.E. Nro: *Rem 10*
 Rp/

Folio
 842
 Zapala

*1 Bazo de doctores 5 mg
 ay
 p/p*

*Agua Distilada
 al tico
 1/20 - 100 ml
 1/20 del 500
 ay x 160 ay*

Diag: *(Signature)*
 ZAPALA: *15/3/1994*
 JOSE ANTONIO J. CARMONA
 My Médico M.N. 49450 - M.P. 845
 Director Hospital Militar Zapala

Diag: *(Signature)*
 ZAPALA: *15/3/1994*
 (Signature)
 Director Hospital Militar Zapala

EJERCITO ARGENTINO (123)
 BAL "NON" - H M Z
 Apell y Nomb: *Seguel Luis*
 Grado o Parent: *SC 75*
 I.O.S.E. Nro: *6A 161*
 Rp/ *Dichosán*
1 Coup = 3 días

EJERCITO ARGENTINO (124)
 BAL "NON" - H M Z
 Apell y Nomb: *Rosario Cipriano*
 Grado o Parent: *SC 75*
 I.O.S.E. Nro: *52161*
 Rp/ *Dichosán*
Coup = 8 días

Diag: *(Signature)*
 ZAPALA, *5/4/1994*

Diag: *(Signature)*
 ZAPALA, *5/4/1994*

Folio
 19

Folio
 20

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z **(125)**
Apell y Nomb: *Caso Cristian*
Grado o Parent: *SC/75*
I.O.S.E. Nro: *CA 161*

Rp/ *Sioxaflex*
Coup = x diez
9

[Signature]
Diag: *ZAPALA, 5/4/1994*

(2) *[Circular Stamp: Juzado Federal]*

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z **(126)**
Apell y Nomb: *Quinzal, Luis*
Grado o Parent: *SC/75*
I.O.S.E. Nro: *CA 161*

Rp/ *Sioxaflex*
Coup = 7m celu
9

[Signature]
Diag: *ZAPALA, 5/4/1994*

(2) *[Circular Stamp]*

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - Ca San 6 **(127)**
Apell y Nomb: *Casalis, Luis*
Grado o Parent: *SC/75*
I.O.S.E. Nro: *CA 161*

Rp/ *Ampicilin 500*
amp x 10
Dia
Piroxicam
amp x 10

Diag: *[Signature]*
ZAPALA: 06/04/1994

[Circular Stamp: Juzado Federal] *[Signature: SUSANA BORGIA]*

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" Ca Sar. 6 **(128)**
Apell y Nomb: *[Signature]*
Grado o Parent: *Cap. 1º*
I.O.S.E. Nro: *[Signature]*

Rp/ *Aspirina*
Coup x 20
Piroxicam
Coup x 10

Diag: *Furunculo*
ZAPALA, 05/04/1994

(5) *[Circular Stamp: CARLOS JAIMES]*

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z (129)
Apell y Nomb: *Quarais*
Grado o Parent:
I.O.S.E. Nro:

Rp/

*Semae, 5 cuco
FEM
Coulter Aug
des lno*

Diag:
ZAPALA: 05/06/1994

al

BAL "NQN" - Ca Ser 6 (130)
Apell y Nomb: *Delgado*
Grado o Parent: *1º S*
I.O.S.E. Nro: *CA 161*

Rp/

*Diagnos
apollas x 4
pung c/afu
x 4*

Diag: *guelbr*
ZAPALA: 5/31/1994

h

*JOSE EL CORVALAN
Medico
Ortopedia y Traumatologia
M. N. 74.949 - M. P. 2.057*

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z (131)
Apell y Nomb: *J. A. D. ...*
Grado o Parent: *Colo 1º*
I.O.S.E. Nro: *131*

Rp/

*Agua distribuida
al 1/3
170 lno*

Diag:
ZAPALA, 5/4/1994

al

*JOSE ANTONIO CARMONA
Médico M.N. 40490 - M.P. 841
Director Hospital Militar Zapala*

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z (132)
Apell y Nomb: *Trigueros*
Grado o Parent: *1º S*
I.O.S.E. Nro: *CA 161*

Rp/

*Diagnos
apollas x 4
pung c/afu
x 4*

Diag: *guelbr*
ZAPALA: 5/4/1994

h

*JOSE EL CORVALAN
Medico
Ortopedia y Traumatologia*

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"-Ca San 8
Apell y Nomb: *Jorge...*
Grado o Parent: *...*
I.O.S.E. Nro: *6A.161*

133

Rp/

Diagnos
apx 4
fractura de codo x 4

Diag: *Jorge...*
ZAPALA: *5/4/1994*

5

Dr. JORGE E. CERVALLAN
Medico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 74.549 - M. P. 2.097 Zapala

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"-H.M.2
Apell y Nomb: *Kalder...*
Grado o Parent: *...*
I.O.S.E. Nro: *...*

134

Rp/

Practicas 20 y
apx x 5

Diag: *Tendinitis*
ZAPALA: *5/4/1994*

5

Dr. JORGE E. CERVALLAN
Medico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 74.549 - M. P. 2.097 Zapala

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"-Ca San 8
Apell y Nomb: *M. Carlos...*
Grado o Parent: *...*
I.O.S.E. Nro: *6A.161*

135

Rp/

Diagnos
apx x 4
fractura de codo x 4

Diag: *Equivaldo*
ZAPALA: *5/4/1994*

5

Dr. JORGE E. CERVALLAN
Medico
Ortopedia y Traumatología
M. N. 74.549 - M. P. 2.097 Zapala

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"-H.M.2
Apell y Nomb: *...*
Grado o Parent: *...*
I.O.S.E. Nro: *...*

136

Rp/

Bursitis
20 (reunite)

Diag: *...*
ZAPALA: *6/4/1994*

9/20
Zapala

...

Apellido y Nombre: PERCYA, Pablo
Grado o Parent: S/C 74
I.O.S.E. Nro:

Rpl
Abocath N° 18
2 (dos)
Dentos 3 (tres)

Diag: En Obstrucción
ZAPALA: 051031 1994

(5)
Enfermero
Sect. Enf. Prof.

Apellido y Nombre: PERCYA, Pablo
Grado o Parent: S/C 75
I.O.S.E. Nro: 210470

Abocath N° 20
I

Diag: T. T. fofolea
ZAPALA: 051031 1994

Nobel Dain
2019

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - II M 2 (139)
Apellido y Nombre: PERCYA, Pablo
Grado o Parent: S/C 74
I.O.S.E. Nro:

Rpl
*Penicilina 1.000.000 amp.
12 (doce)
*Naproxen Comp
3 (seis)
*Solvente amp. 12 (doce)
Jeringas / Agujo I 17
12 (doce)
Agujo H Cargas 12 (doce)
Diag: EN OBSTRUCCION
ZAPALA: 051031 1994

Sect. Macilillo
Enf. Prof.

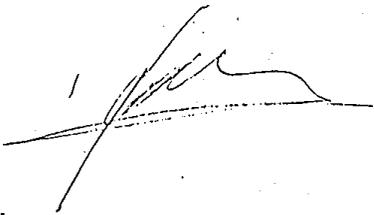
EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - Ca San 6 (140)
Apellido y Nombre: PERCYA, Pablo
Grado o Parent: S/C 75
I.O.S.E. Nro: 210470

Rpl
*Relinerau comp 8 (ocho)
*CLOPOMIZETIN amp. 6 (seis)
*ESTALIZAN comp 12 (doce)
*Solucion DEXT. 5% 500cc
8 (ocho)
*Solucion Fisiologica 500cc
2 (dos)
*JERINGAS / AGUJA I 17
6 (seis)
Diag:
ZAPALA: 051031 1994

*Solvente otro 6 (seis)
*Dipreona Arh 6 (seis)
(177)

BAL "NQN"-Ca San 6
 Apell y Nomb: Alvarez Ariel (141)
 Grado o Parent: S/C 77
 I.O.S.E. Nro: RIM 10
 Rpl

Abvocat No 18 I
 Abvocat No 20 IX

Diag: 

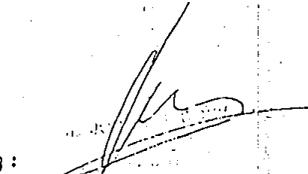
ZAPALA: 05/01/1994

(2)

Alfonsín
 "Héctor" Alfonsín
 Sarg

EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN"- H M Z (142)
 Apell y Nomb: A. L. P. R. S. S. P.
 Grado o Parent: S/C 74
 I.O.S.E. Nro: RIT 10
 Rpl S.C.

2 Eco. de S. Fisiologica
 2 Eco. de DEFROSA S.Y.T
 1 JERINERA de 1000 ML
 1 " " de 2000

Diag: 

ZAPALA DS 103 / 1994

S. J. P.
 JORNADO JEAN
 C-10 112
 S.S. OF. F.

EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN" Ca San 6
 Apell y Nomb: BRESSI Pablo (143)
 Grado o Parent: S/C 75
 I.O.S.E. Nro: RIM 10
 Rpl

Amputación 500 comp. 3 (tus)


 THERESA P.
 Sarg

g: Groupuras
 ZAPALA, 07 de MAR 1994
 (1)

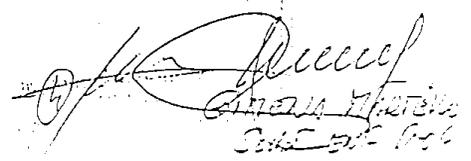
EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NQN"-Ca San 6 (144)
 Apell y Nomb: ALVAREZ Alejandra
 Grado o Parent: S/C 74
 I.O.S.E. Nro: RIM 10
 Rpl

Abvocat No 18
 1 (curat) Zapala

Abvocat No 20
 1 (curat)

Quico 2 (din)

Diag: Pseo Tifoides
 ZAPALA: 05/03/1994


 ALVAREZ
 Sarg

INTERNADO

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" Ca San 6

145
Jorgado Federal
FOLIO
835
Zapala

Apellido y Nombre: Revarez Ariel
Grado o Parent: Sc 75
I.O.S.E. No.: RIM 10

Rp/
1 Chloromycetin comp. (6 hrs)
1 Dipirona comp (1uo)

~~1uo~~

Diag: Enterocolitis
ZAPALA, 07 de MARZO, 1994
JOSE ANTONIO P. CARMONA
My Médico N°N 49420 - M.P. 6
Director Hospital Militar Zapal

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" Ca San 6

146

Apellido y Nombre: Corro
Grado o Parent: Sc 75
I.O.S.E. No.: CA 161

Rp/
TEOSONA 300 2(dos)
Uke tomas glic 1 (uo)

Diag: Chitis Acutis
ZAPALA, 07 de MARZO 1994
JOSE ANTONIO P. CARMONA
My Médico N°N 49420 - M.P. 6
Director Hospital Militar Zapala

INTERNADO SGR
EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN"-Ca San 6

147

Apellido y Nombre: PEDEYRA Pablo
Grado o Parent: Sc 74
I.O.S.E. No.: RIM 10

Rp/
D/A al 5% _____ 04 (cuatro) x
3 Fisiol _____ 02 (dos) x
Chloromycetin 1gr _____ 03 (tres) x
Jeringa 2% / aguja EV _____ 02 (dos) x
Paratropisan (antip) _____ 01 (uno) x
Ftalizon _____ 02 (dos) x
Dipirona comp _____ 01 (uno) x
~~1uo~~

Diag: Tifoidea
ZAPALA: 07 MAR 1994
JOSE ANTONIO P. CARMONA

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" Ca San 6

148

Apellido y Nombre: PELEYRA Pablo
Grado o Parent: Sc 74
I.O.S.E. No.: _____

Rp/
CHLOROMYCETIN 1gr
comp (2 dos)
Jeringa 10 C/ EV - 2
Agua dest - 2

Diag: TIFOIDEA
ZAPALA, 07 de MAR de 1994
JOSE ANTONIO P. CARMONA
My Médico N°N 49420 - M.P. 6
Director Hospital Militar Zapala

PEREYRA, Pablo
 S/C 74 RIN 10
 Internado SGI

Agua Destilada	3 (tres)
D/A al 5%	04 (cuatro)
S Fisiológica	01 (una)
Chloromycetin	03 (tres)
Dipirona amp	02 (dos)
Jeringa c/ agua	04 (cuatro)

FU

149

Zapala, 08 de Mayo de 1994

[Signature]
 Subt Peraltta
 J SGI

134
 JOSE ANTONIO P. CARMONA
 My Médico M.N. 49150 - B. 81
 Director Hospital Militar Zapala

INTERNADO SGI
 EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NON" Ca San 6

Apellido y Nombre: BRESSI, Pablo
 Grado o Parent: S/C 74
 I.O.S.E. NO: RIN 10
 Rps: Grippsan comp 04 (cuatro)
 Ampicilina 500 mg 04 (cuatro)

150

[Signature]
 Subt Peraltta
 J SGI

2

Diag: BRONQUITIS

Zapala, 08 de Marzo de 1994

[Signature]

EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NON" Ca San 6

Apellido y Nombre: ALVAREZ, Ana
 Grado o Parent: S/C 14
 I.O.S.E. NO: RIN 10
 Rps: Internado SGI

Chloromycetin/3gr comp	03 (tres)
Dipirona comp	02 (dos)

151

FOLIO
 838
 Zapala

[Signature]
 Subt Peraltta
 J SGI

2

Diag: Enterocolitis

ZAPALA, 08 de Marzo de 1994

JOSE ANTONIO P. CARMONA
 My Médico M.N. 49150 - B. 81
 Director Hospital Militar Zapala

EJERCITO ARGENTINO
 BAL "NON" Ca San 6

Apellido y Nombre: BLANCO, Hugo
 Grado o Parent: S/C 15 BAL NON
 I.O.S.E. NO: _____
 Rps: Internado SGI

Amprix comp	02 (dos)
-------------	----------

152

[Signature]
 Subt Peraltta
 J SGI

1

Diag: Urticaria Gigante

ZAPALA, 08 de Marzo de 1994

[Signature]
 JOSE ANTONIO P. CARMONA
 My Médico M.N. 49150 - B. 81
 Director Hospital Militar Zapala

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z
153
Apell y Nomb: ... *Coplo, Eduardo*
Grado o Parent: ... *S/C 75*
I.O.S.E. Nro: ... *Intermedio*
Rp/ *Ja 16L*
Teosona 300 comp.
03 (tres)

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z
154
Apell y Nomb: ... *AROLD, Eduardo*
Grado o Parent: ... *S/C 75*
I.O.S.E. Nro: ... *Intermedio*
Rp/ *Ja 16L*
S. Fisidologica — *01 (una)*
Teosona 300 — *03 (tres)*
Comp
Clayton PERAZA
Subt
J. 501

Diag: *Asma Bronquial*
ZAPALA: *10/03/1994*

26
Diag: *ASMA BRONQUIAL*
ZAPALA: *08/03/1994*
JOSE ANTONIO P. CARMONA
My Médico MN 42450 - N. 113
Director Hospital Militar Zapala

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z
155
Apell y Nomb: ... *LUGO, ELQUIVEL Pedro*
Grado o Parent: ... *Subof. P. (Res.)*
I.O.S.E. Nro: ... *12-108*
Rp/ *839*
Quetamina 80. comp. 3 (tre)
Hefocar 500 comp. 4 (cuat)
Jeringo ^{50m} / Aguep IN: 3 (tre)
*Diag: *Pie Diabético**
ZAPALA: *11/03/1994*

156
34/75 Intermedio
Simon Moreno
Gal Nqn
Penicilina 1000000
(v.t.)
Aspiracion
(5 comp)
Jeringo ^{10m} / Aguep 2M
(4 comp)
Aguep 25/8 - 4
Solvente - 4
10/3/94

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - H M Z

Apell y Nomb: *LUGO, G. GUILIELMO* (157)
Grado o Parent: *Subof. Pr (Re)*
I.O.S.E. Nro: *12-108*

Rpl
Cefacar 500 comp. 8 (ocho)
Gentamicina 80 amp 6 (seis)
Jeringos^{5ml} / Agujas IN 6 (seis)

Diag: *Pne Diabético*
ZAPALA, 12/03/1994.

8
[Signature]
ANTONIO MARTELLO
Subof. Pr Prof

(158)
Leiva Mauro José
S/C 75 GA 161

Renicilina 1000000 lds. 04 (Cuatro)
Agua destilada 04 (Cuatro)
Jeringos^{5ml} / Agujas I.M. 04 (Cuatro)
Agujas p/cargar EV 04 (Cuatro)
Agujitas comp. 03 (Tres)

14
Diag: *Gripe - Tos*
Fecha: *14/03/94*

[Signature]
JOSE ANTONIO P. MARTELLO
Médico M.N. 42490 - M.P. 615
Director Hospital Militar Zapala

Continuado
EJERCITO ARGENTINO (159)
BAL "NQN" - Ca San 6
Apell y Nomb: *Castro Miguel*
Grado o Parent: *S/C 74*
I.O.S.E. Nro: *Bal Nqn*

Rpl
Choralgina amp.
3 (tres)
Jeringos^{5ml} / Agujas IN.
3 (tres)

4
Diag: *Lumbalgia y S. Febril*
ZAPALA: 13/03/1994

[Signature]
ANTONIO MARTELLO

EJERCITO ARGENTINO (160)
BAL "NQN" - H M Z
Apell y Nomb: *LEIVA MAURO JOSE*
Grado o Parent: *S/C 75*
I.O.S.E. Nro: *GA 161*

Rpl
Penicilina 1.000.000 amp IN
3 (tres)
Solente amp 2 (dos)
Agujitas comp 6 (seis)
Jeringos / Agujas IN 2 (dos)
Agujas IN 8 (ocho)

Diag: *GRIPE y TOS.*
ZAPALA, 12/03/1994.

[Signature]
ANTONIO MARTELLO

- (Usunshou) (170)
- 1. Guantes de 7 1/2 (pares) 2 (pares)
 - 2. Guantes de 8 (pares) 2 (pares)
 - 3. Servilletas CCC/EV 10 (pares)
 - 4. Manoplas clorox - 16XS - 150 (pares)
 - 5. Alcohol (litros) (excels) 1 (litro)
 - 6. Alcohol 175 - 1 (litro)
 - 7. Toluid. 150g. 150g.
- Zapala, 12 marzo 1994

[Handwritten signature]

EJERCITO ARGENTINO
BAL "NQN" - Ca San 6 (172)

Apell y Nomb:
Grado o Parent: LABORATORIO
I.O.S.E. Nro:
Rpl

Guantes 5 (excels)
para

[Handwritten signature]
Cap. Biol. Horta

Diag:
ZAPALA: 15 / 03 / 1994

Servicio laboratorio (174)

- 1. AGUJAS caja x 100 45x 2 (cajas)
 - 2. GUAANTES NITRIL (pares) 1 (par)
 - 3. Alcohol: 1 litro 1 (litro)
- Zapala, 12 marzo 1994

[Handwritten signature]

BAL "NQN" - Ca San 6 (171)

Apell y Nomb: Seres
Grado o Parent:
I.O.S.E. Nro:
Rpl

10 Jeringas de 10ml
ejercicio 25/8

(10)

Diag:
ZAPALA: 13 / 03 / 1994

[Handwritten signature]
JUAN B. BORBORA
Cap. Biol.

San ho. b HTZ (173)

30 Jeringas 10ml
ejercicio 25/8



(30)

15 / 03 / 94

[Handwritten signature]
Juan B. Borboa
Cap. Biol.

LIII.- LOS ORGANOS PERICIADOS DE ONAR CARRASCO.-

En el mes de julio de 1995 solicité estudio de cromatografía gaseosa y espectrofotometría de masa sobre hígado, grasa y riñón de O. CARRASCO y que aún estaban guardados en la Morgue Judicial. La intención era TRATAR de detectar en ellos la presencia de Betametasona, Dexametasona, Diclofenac , Piroxicam, Lidocaína y/o sus metabolitos.

Lo mismo solicité en jugo gástrico y con los mismos métodos.

Se realizó con la colaboración de Gendarmería Nacional y la Facultad de Ciencias Exactas (Dr. GROSS), después de varias conversaciones que mantuve con el Comandante Principal Alfredo GALIA y la Bioquímica Alejandra BORRA, ambos pertenecientes a la División Laboratorio Químico de Gendarmería.

Sus conclusiones fueron las siguientes;

“En las muestras biológicas recepcionadas, no se detecta la presencia de sustancias farmacológicas y/o sus metabolitos.”

Es necesario hacer algunas aclaraciones, pues representa un método que brinda certeza en caso de ser halladas, no así si sus resultados son negativos.

Equivale científicamente y SIN NINGUNA DUDA, a decir que la ausencia de los citados fármacos en las piezas analizadas no significa que no hayan sido administrados.

Esto se debe a las siguientes causas;

1) existía un avanzado estado de putrefacción, por lo cual, al ingresar al organismo, sus metabolitos sufrieron una alteración en la conformación molecular debido a la combinación con productos derivados de la putrefacción y la acción de fermentos y bacterias. En ese estado, el metabolito no es reconocido como proveniente del fármaco que le da origen, a pesar del sensible instrumental utilizado.

2) de la putrefacción da cuenta una de las columnas, que identifica una gran cantidad de ácidos grasos (100 %).

Se debe a que las grasas neutras son desdobladas en glicerol y ácidos grasos, principalmente el palmítico y esteárico, característicos en los procesos putrefactivos.

3) cuando las dosis administradas son pequeñas, una poca cantidad de moléculas distribuidas en todo el organismo son más fácilmente degradables que a grandes dosis.

4) fue identificada una pequeña cantidad de colesterol, siendo parte de las grasas denominadas endógenas, y no teniendo ninguna significación para lo que se está investigando.

LIV.- EL PRINCIPIO DEL FIN.-

Fs. 43 del Libro de Guardia del 6 al 7 de Abril de 1994, estando de Guardia el Capitán Luis CORREA BELISLE, de 14:30 a 16:30

“Por orden del Sr. Jefe del GA 161 se efectuó un rastrillaje en el Servicio de Semana y la Batería de Instrucción por el perímetro de la guarnición, encontrándose un cadáver en avanzado estado de putrefacción, aproximadamente a 200 metros del límite del mismo”.

LV. -ALGUNOS PRINCIPIOS, DISTINIOS AL ANTERIOR.-

El positivismo absoluto, al cual adhieren algunas personas, establece que tanto las deducciones, teorías y sistemas son verdad si cuanto en ellas y ellos se dice ha sido tornado por visión directa de los mismos objetos, de los fenómenos mismos.

El absolutismo, a su vez, lleva inexorablemente a equivocaciones. Como ejemplo cuento que en el siglo VI A.C, el filósofo griego ANAXIMANDRO aseguraba con toda seriedad que la tierra tenía la forma de un cilindro cuyo diámetro era tres veces mayor que su altura, y que sólo podía ser habitada en su parte superior. Y sin embargo, ANAXIMANDRO tenía contacto directo y diario con esta parte superior, pues allí vivía él también junto al resto de los mortales.

Un moderno ejemplo es el siguiente; el médico de Policía De La ROSA Y el Forense VILIAGRA no solamente estuvieron presentes en la autopsia de O. CARRASCO sino que fueron sus obductores, y, sin embargo, vieron fracturas de costillas donde no las había. Pero continuemos con un poco de historia antigua;

ANAXAGORAS, en el siglo V A.C. aseguraba que el sol era más grande de lo que parecía a simple vista y que, probablemente, tendría un tamaño de 150 Km.

En esa época predominaban las teorías que pretendían interpretar que el sol y todas las estrellas giraban en torno de la tierra (teoría geocéntrica), y, sin embargo, todos veían al sol diariamente.

El error geocéntrico fue defendido por el astrónomo PTOLOMEO, en el siglo II de nuestra era, y esa idea campeó durante toda la Edad Media como si fuera verdadera. Recién en el año 1440 Nicolás KREBS de CUSA presentó la teoría de que la tierra rotaba sobre su propio eje y que realizaba un movimiento de traslación en circuito. En el siglo XVI, COPERNICO y GALILEO pusieron sobre el tapete la cuestión de la rotación terrestre. Posteriormente KEPLER enunció las leyes de las órbitas planetarias y NEWTON descubrió las leyes de la gravitación universal.

Es decir, los triunfos de la ciencia moderna se deben en alto grado al hecho de que hubo pensadores que se emanciparon de las apariencias demostradas por la presencia del objeto para alcanzar las realidades. Después de todo, la ciencia debe ser el verdadero conocimiento de los hechos, pero es indudable QUE LOS FENOMENOS NO SE HAN HECHO PARA LAS TEORIAS (como pretenden algunos absolutistas), SINO LAS TEORIAS PARA LOS FENÓMENOS, lo que nos permitirá aproximarnos lo mas posible a la realidad; caso contrario, no lo escuchemos ni a

KEPLER ni a NEWTON y sigamos pensando que la tierra es cilíndrica.

Otro extremo está representado por Simón NEWCOMB (1835-1909) que siendo profesor de la Universidad de John HOPKINS de Baltimore demostró matemáticamente la imposibilidad de volar con algo más pesado que el aire. Este ejemplo reafirma el dicho popular de que “muchas cosas son imposibles hasta que alguien demuestra cómo se hacen”.

Pero tampoco se puede apelar al reduccionismo científico de opinar “sin medida”, ya que de esta forma se tendría solamente una conjetura y no una evidencia, como la que prevé la investigación. En el caso de autos, las recetas emitidas anómalamente del 6 al 9 de marzo/94 en el Hospital Militar de Zapala constituyen una irrefutable evidencia de que la medicación en ellas prescrita fue utilizada en otro paciente.

La ciencia es el conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable de la realidad fenomenal y, por consiguiente, falible.

La verificabilidad se basa en la experiencia, pero ésta no garantizará que la hipótesis en cuestión sea la única verdadera; sólo nos dirá que es probablemente adecuada, sin excluir por ello la posibilidad de que un estudio posterior pueda dar mejores aproximaciones en la reconstrucción conceptual del trozo de realidad escogido.

No siempre es posible, ni siquiera deseable, respetar enteramente los hechos cuando se los analiza, y no hay ciencia sin análisis, aún cuando el análisis no sea medio para la reconstrucción final de los todos.

Esta es una de las razones por las cuales la ciencia es eternamente valiosa; porque nos recuerda que la corrección de errores es tan valiosa como el no cometerlos, y que probar cosas nuevas e inciertas es preferible a rendir culto a las viejas y garantidas.

Toda hipótesis es cierta en la medida en que una relaciones ciertas, pero su valor está limitado por su utilidad, ya que cuando deja de hacer prever los hechos o los fenómenos, hay que abandonarla por más convincente o seductora que parezca.

Las relaciones deben ser verificables por todos, es decir, las ciencias fácticas tienen que procurar cambiar las cosas deliberadamente para intentar describir en qué medida sus hipótesis se adecuan a los hechos, tal como antes lo expresé.

Las investigaciones de la ciencia no son adivinanzas ni pretextos para respuestas lapidarias. La ciencia debe tener su propia necesidad lógica, por lo que aplicada correctamente es la única calificada para tratar de responder.

Una hipótesis, dice Jonathan COHEN en “THE IMPLICATION OF INDUCTIONS” (1970), “se confirma tanto más cuanto más ejemplos tiene, y se confirma cuando es apoyada por ejemplos en varias condiciones de cambios de las correspondientes variables.”

Henri POINCARÉ, en su libro “CIENCIA Y METODO” capítulo “La elección de los hechos” dice; “La anécdota de la manzana de NEWTON es probable que no sea verdadera, pero es simbólico; hablemos entonces como si lo fuera.

Debemos creer que antes que NEWTON hubo muchos hombres que vieron caer manzanas: sin embargo, ninguno dedujo nada.

Los hechos serían estériles si no hubiera espíritus capaces de escoger entre ellos, discerniendo aquellos detrás de los cuales se oculta alguna cosa y de reconocer lo que se oculta detrás, espíritus que en el hecho bruto verán el alma del hecho”.

Pero no todo debe ser una expresión matemática; pueden emplearse las leyes de la lógica formal para deducir ciertas consecuencias, por lo que las hipótesis podrán verificarse por su capacidad de permitir predicciones válidas. Cuando se siguen las inferencias de teorías dogmáticas o de pobre sustento, se llega, tarde o temprano, a conclusiones absurdas y de contradicciones netas e irreconciliables. Todo debe ser analizado también con espíritu filosófico y en todo enunciado debe existir un rigor lógico.

Es todo, por el momento, cuanto tengo que informar a V.S.



ALBERTO EDMUNDO BRAILOVSKY
OF. PRINCIPAL MEDICO LEGISTA
L.P. 2.717 - M.M. 37.719
DIVISION MEDICINA LEGAL

LVI. -BIBLIOGRAFIA.-

- 1) GRAFOLOGIA Y GRAFOPATOLOGIA. POSADA Ángel. Paraninfo. Madrid, 1977
- 2) TRATADO DE GRAFOSCOPIA Y GRAFOMETRIA. AZNA de PALANCO. Ed. Diana. México
- 3) GRAFOLOGIA. VELS Barcelona. Edit. Vives. 1943
- 4) NOCIONES Y FUNDAMENTOS DE TECNICA PERICIAL. ROCAMORA BATTLE. 195.
- 5) MANUAL DE POLICIA CIENTIFICA Jean GAYET
- 6) TRAUMATISMO DE TORAX. M. A. GOMEZ y Jorge NEIRA. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. 1995. - Pág. 385 a 398.
- 7) EL MANEJO DEL PACIENTE CON CONTUSION PULMONAR Y TORAX MOVIL. Dr. Carlos RIVAROLA. Prensa Médica Argentina. 1992; 79:39-42
- 8) CONTUSION PULMONAR Robert WAGNER y P. JAMIESON. Department of Surgery. College of Medicine. University os Tennessee, Memphis.
- 9) LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA PARED TORÁCICA. James PATE. Prince George's Hospital Center. Maryland. 50 West Edmonston Drive. Rockville. Maryland 20852
- 10) FARMACOLOGIA. Manuel LITTER. 4a Edición. Edit. El Ateneo. 1970 Cap. Antisépticos Orgánicos; Aldehídos; formaldehído y derivados. Pag. 1399- 1402
- 11) CORTICOIDEOTERAPIA. Dr. Oscar BRUNO. Separata Montpellier. 1994
- 12) DUO DECADRON INYECTABLE. IPC-DDCDI-1188. Laboratorio SIDUS
- 13) PATOLOGIA QUIRURGICA. Juan R, MICHANS y Colabs. 2a edición. Torno 2. Edit. El Ateneo. Cap. 14; Tendones, vainas sinoviales y bolsas serosas. pág. 319-340 Torno 3; Traumatismos Torácicos. pág. 99-108 y 114-115
- 14) TRATADO DE MEDICINA INTERNA. PERIANES CARRO J. Edit. Toray. Barcelona
Cap; Insuficiencia Respiratoria. Pág. 928944
Cap; Derrame pleural. Pág. 1179
Cap; Hemotórax. Pag. 1189-1191
Cap; Dificultad Respiratoria del Adulto (Distress). Pág. 933-944
- 15) PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. S. L. ROBBINS y COITRAM. 3a edición Edit. Interamericana. 1987.
Cap; El Aparato Locomotor. "Ganglión" Pág. 1339.

LVII.- EL NUDO GORDIANO

ESTUDIO MEDICO LEGAL DEL LUGAR DEL HECHO

Elegí titular de ésta manera el presente capítulo de mi ampliación pericial, pues implica una expresión figurativa de cualquier nudo apretado e imposible de desatar, ya que Históricamente “gordiano” era el que ataba al yugo la lanza del carro de GORDIO, antiguo rey de Frigia; era imposible desatarlo porque no se encontraba ninguno de los cabos. Según la leyenda, el oráculo había prometido el imperio de Asia al que fuese capaz de desatarlo, y esta profecía se cumplió en Alejandro, que lo cortó con su espada.

El subtítulo se refiere al primero de los nudos gordianos que se presentaron a través de la investigación criminal del caso de autos. Le siguieron otros, que no la profecía sino los acontecimientos científicos se ocuparon de cortarlos, para encontrar los respectivos cabos que permitieran atar los hechos científicamente probados a la realidad hallada.

A fin de tener un mayor y más preciso conocimiento de la importancia e implicancias del tema, comenzaré con su individualización en nuestro Código Procesal Penal, junto a las obligaciones emergentes e indelegables de los peritos designados.

Ya LOCARD (1) hablaba de la importancia de los informes periciales diciendo que “no dependen de un hecho visto a través de un temperamento, sino que constituye un hecho expresado por una técnica y por un hombre; una técnica que debe ser comprobada y un hombre que, por definición, es un perito expertus.”

En el nuevo C.P.P.N. su articulado establece que:

ART. 56. Son obligaciones de los cuerpos técnicos y de los peritos:

a) Practicar exámenes, experimentos y análisis, respecto de personas, COSAS o LUGARES.

ART. 204. Prevé la conducta a seguir cuando es necesario identificar un CADAVER.

ART. 206. Permite al juez ordenar todas las OPERACIONFS TECNICAS Y CIENTIFICAS convenientes en materia de INSPECCIONES Y RECONSTRUCCIONES.

TITULO III. MEDIOS DE PRUEBA. Capítulo I:

Inspección Judicial y reconstrucción del Hecho.

Inspección Judicial;

216. El juez de instrucción comprobará, mediante la inspección de personas, LUGARES y COSAS, los RASTROS y otros efectos materiales que el hecho hubiese dejado; los describirá detalladamente y, cuando fuere posible, recogerá o conservará los elementos probatorios útiles.

217. Si el hecho no dejó rastros o no produjo efectos materiales, o si éstos desaparecieron o fueron adulterados, el juez describirá el estado actual y, en lo posible, verificará el anterior. En caso de desaparición o alteración averiguará y hará constar el modo, tiempo y causa de ella.

Identificación de cadáveres;

220. Si la instrucción se realizare por causa de muerte violenta o sospechosa de criminalidad y el extinto fuese desconocido, antes de procederse al entierro del cadáver o después de su exhumación, hecha la descripción correspondiente, se lo identificará por medio de testigos y se tomarán sus impresiones digitales.

Reconstrucción del hecho;

221. El juez podrá ordenar la reconstrucción del hecho para comprobar si se efectuó o pudo efectuarse de un modo determinado.

Operaciones técnicas;

222. Para mayor eficacia de las inspecciones y reconstrucciones, el juez podrá ordenar todas las operaciones técnicas y científicas que sean menester con el auxilio de peritos.

Conservación de objetos;

231 y 233; reglamentan minuciosamente el secuestro, la conservación y presentación de las cosas que habrán de servir de elementos de convicción, en virtud que de dichas piezas podrán extraerse los indicios necesarios a efectos de poder esclarecer un hecho. Vale decir que podrán servir como medios de prueba, pudiendo el magistrado delegar la medida en las autoridades preventoras en caso de urgencia.

Esta diligencia reviste también una gran importancia, ya que del éxito o fracaso de la misma dependerá el resultado de una determinada comprobación.

Muchas veces, al no haberse individualizado debidamente el material, inventariándolo con prolijidad, o reservándolo de manera adecuada, se llega al dictado de una nulidad que deja a las actuaciones sin las pruebas del delito.

261. Tanto el juez como los peritos procurarán que las COSAS a examinar sean en lo posible conservadas, de modo que la pericia pueda repetirse.

Si fuere necesario destruir o alterar los OBJETOS analizados o hubiere discrepancia sobre el modo de conducir las operaciones, los peritos deberán informar al juez antes de proceder.

Como vemos, los distintos medios de prueba se encuentran regulados legalmente.

ALBARRACIN (2) Dice que: “si el funcionario que se avoca al conocimiento de un hecho delictuoso o de apariencia delictuosa, convoca de inmediato a los técnicos por el medio más rápido y al mismo tiempo arbitra las medidas necesarias para que no se toque o remueva nada en la escena del delito hasta que ellos no hayan actuado, no sólo habrá cumplido con su deber sino que o habrá brindado la oportunidad para que se constate la existencia de un hecho delictuoso y se identifique a sus autores, eliminando toda posibilidad de destrucción desaparición o desnaturalización de los rastros dejados por el o los delincuentes, o su sustitución por los propios, por los del damnificado o por los de los intrusos desprevenidos.”

Es oportuno señalar que en oportunidades existen pocos indicios que los jueces puedan comprobar in situ en casos que revistan una cierta complejidad, ya que, obviamente, superan la simple observación y sus conocimientos.

En modo alguno es posible confundir en este tema la tarea que realiza el magistrado con las que lleva a cabo el perito, ya que el primero tiende a comprobar y recoger elementos de prueba útiles a la investigación, mientras en el caso del segundo la tarea tiene como única finalidad el practicar exámenes relativos a su ciencia, arte o conocimiento especial.

Pero ocurre que otras veces el Médico Legista de Policía es el que llega primero al lugar, y por lo tanto considero que recaerá en él la responsabilidad de la preservación del lugar y el acopio de indicios que necesitará el magistrado, pues con los recursos que brindan las pericias químicas, forenses, scopométricas sobre los rastros dejados por la sangre, sumado a lo expresado por testigos presenciales o conocedores del hecho, se podrá conformar un cuadro de situación que permita seguir eventuales pistas que conduzcan a la resolución del caso subexamine.

Resumiendo: a ULTRANZA se deben cuidar los rastros dejados por el delito, evitando que se desvanezcan o alteren por descuidos involuntarios.

Tal como decía LOCARD en su libro “La Criminalistique”, “En la investigación criminal, el tiempo que pasa es la verdad que huye.”, y de real actualidad, ya que el desarrollo de las investigaciones microscópicas, las huellas dactilares y todo tipo de análisis químicos y bioquímicos produce, hoy en día, grandes resultados, siempre y cuando los rastros del delito SEAN TOMADOS CUIDADOSAMENTE. EN EL PRIMER MEMOENTO.

Asimismo, y al fin de lograr una acabada investigación, no se puede ignorar el aforismo romano “tertrium non datur”, que significa que donde no hay suficiente prueba, no hay prueba.

Podemos ya ir valorando la importancia del estudio médico legal del lugar del hecho, que desarrollaré pormenorizadamente, y tal cual el suscrito lo realiza en cada hecho en que le toca intervenir.

Dictamen y apreciación;

263. El dictamen pericial podrá expedirse por informe escrito o hacerse constar en acta y comprenderá, en cuanto fuere posible:

- 1) La descripción de las PERSONAS, LUGARES, COSAS o hechos examinados en las condiciones en que hubieren sido hallados.
- 2) Una relación detallada de todas las operaciones practicadas y sus resultados.
- 3) Las conclusiones que formulen los peritos conforme a los principios de su ciencia, arte o técnica.
- 4) Lugar y fecha en que se practicaron las operaciones. El juez valorará la pericia de acuerdo con las reglas de la sana crítica.

El perito, como auxiliar de la justicia, ya sea en su actividad privada o desempeñando una función pública, debe emitir un dictamen sobre puntos relativos a su ciencia, arte o práctica, y en casos en los cuales no logre arribar a una conclusión de bases científicas, también lo deberá consignar.

El perito médico, por ejemplo, debe ser un experto calificado, ya que en algunos casos puntuales pueden llegar a constituirse en verdaderos jueces que pueden determinar el destino de una causa judicial.

Lo antedicho se puede observar en juicios originados por una mala praxis médica, ya que es menester poder acreditar en qué punto el profesional se ha apartado de una conducta debida para evitar un daño causado al paciente, y en investigación criminal, es el médico legista el que puede llegar a asumir dicho papel a través del estudio médico legal del lugar del hecho.

Estas son las razones por las cuales algunos autores consideran a la pericia médico legal como un verdadero fallo, ya que el magistrado no la puede contradecir, a menos que cuente con otras pericias, con opinión diferente y que le resulten más sólidas.

En tal sentido, la jurisprudencia ha decidido que, tratándose de una labor realizada por peritos competentes que han examinado con detenimiento, variabilidad y en múltiples ocasiones un tema determinado, en operaciones que han producido resultados concretos, expresando sus opiniones y conclusiones de acuerdo con la sana crítica, si dichas afirmaciones no se encuentran en contradicción con las circunstancias fácticas de la causa, deben los jueces acordarle un pleno valor probatorio.

La sana crítica no significa el aporte de un criterio dogmático, antojadizo o arbitrario, sino por el contrario, un razonamiento constreñido por la fuerza de las pruebas de indicios que el perito haya logrado y su correcta apreciación, “lo que exige siempre un trabajo mental consistente en enlazar, de manera lógica, inferencias y razonamientos, e implica grandes conocimientos del tema investigado, mucha experiencia en la vida, y cualidades intelectuales, racionales e intuitivas.” (3)

La apreciación del informe pericial será tanto menos discrecional en la medida de la solvencia científica o técnica que sustente.

Autopsia necesaria;

264. En todos casos de muerte violenta, o sospechosa de criminalidad se ordenará la autopsia, salvo que por la inspección exterior resultare evidente la causa de muerte.

Como sabemos, la autopsia es una pericia que se lleva a cabo mediante UNA VERDADERA INVESTIGACION practicada CON EL AUXILIO DE MEDIOS TECNICOS, con el objeto de establecer la causa que ha producido la muerte de una persona, ASI COMO LAS CIRCUNSTANCIAS DE MODO, TIEMPO Y LUGAR en que la misma se verificó.

Si bien el perito debe priorizar las circunstancias fácticas por sobre los signos exteriores de violencia, éste análisis se hace casi imperativo en los cadáveres en avanzado estado de putrefacción, donde los signos macroscópicos de violencia pueden ser equívocos.

La experiencia demuestra que en muchos casos que las apariencias sugieren una causa, el dictamen pericial final determina otra totalmente distinta.

Reserva y sanciones;

266. El perito deberá guardar reserva de todo cuanto conociere con motivo de su actuación.

El juez podrá corregir con medidas disciplinarias la negligencia, inconducta o mal desempeño de los peritos y aún sustituirlos sin perjuicio de las responsabilidades penales que puedan corresponder.

Como vemos, se utilizan los términos “LUGAR, COSAS, OBJETOS, RASTROS, ELENENTOS PROBATORIOS, UTILES, IDENTIFICACION DE CADAVERES, AUTOPSIA y RECONSTRUCCION DEL HECHO”.

Fácil es darse cuenta entonces que “lugar” se refiere al “Lugar del hecho”, ya que lugar significa “espacio físico específico” o “espacio ocupado por un cuerpo” y “hecho” quiere decir “acción, suceso, acontecimiento”, o sea, espacio ocupado por un cuerpo en que aconteció o su cedió una cosa. Por lo tanto la acción del perito será aplicar su esfuerzo, conocimiento, entendimiento y cuidado, para llegar al pleno conocimiento de la verdad, analizando todas las cosas u objetos y tomando los indicios que hallare, a fin de poder constituirse en elementos probatorios útiles, y finalmente poder reconstruir los sucesos con la mayor realidad posible.

Indicio es toda señal aparente que permite contribuir al descubrimiento de un hecho oculto, expresa la cosa que sirve de signo e incluye, por intensidad, los vestigios, rastros y huellas. El término “señal” suele también usarse como sinónimo de “indicio”, pero la señal es más patente, y depende más directamente del hecho que el indicio. Una puerta descerrajada es “señal” y no indicio de violencia. La ocultación de la persona a quien se atribuya aquel acto, ya no es “señal” sino “indicio” de su culpa.

En materia judicial tiende a establecer un hecho sin ser su prueba convincente; es entonces toda presunción que podrá ser falsa, pero que por lo menos tiene un carácter de verosimilitud y que puede servir de principio de prueba.

La prueba indiciaria consiste en la reunión e interpretación de una serie de hechos y circunstancias relativos a un delito que se investiga, lo que permite intentos de acceder a la verdad de lo acontecido por vía indirecta.

Y es en la escena del hecho donde SE DEBEN BUSCAR LOS INDICIOS DEL CÓMO Y PORQUÉ del hecho verificado.

Las “circunstancias” corresponden a los pormenores y particularidades del hecho en que se basan las inferencias y deducciones, ya que se infiere y se deducen los hechos y de las pruebas. Es decir; se sacan consecuencias.

Una circunstancia indica tanto mejor un hecho cuanto menos pueda evidenciar otros hechos diferentes.

La “presunción” se refiere a la relación lógica existente entre los indicios entre sí o en la relación a las circunstancias del caso en particular.

Estos conceptos hay que tenerlos siempre en cuenta antes de comenzar la redacción de un informe pericial, ya que de su falta de comprensión implicará una mala sintaxis y una incorrecta interpretación de lo examinado.

De una correcta y prolija recolección de los indicios derivará el mayor o menor éxito de una investigación determinada, ya que el ingenio criminal no es ilimitado y la capacidad de previsión humana tampoco.

Es decir, la conclusión a la que se arribe en torno a la realidad depende de las pruebas, siendo éstas desde el punto de vista jurídico, el conjunto de diligencias tendientes a dilucidar el hecho constitutivo del objeto del proceso, y concierne a cualquier cosa, circunstancia o acontecimiento que permita ser objeto de una verificación judicial.

Un hecho debe tenerse por cierto cuando las pruebas asumen aptitud para animar la convicción de la imposibilidad causal de que las cosas hayan sido de un modo diverso a aquél que se sostiene.

La aplicación de la totalidad de los conocimientos médicos a fin de asesorar el mejor proveer justicia está a cargo de la Medicina Legal, ciencia independiente que constituye el nexo entre la Medicina y el Derecho.

Dentro del campo de la Medicina Legal, surge una rama de muy lejanos antecedentes, de indudable y mayúsculo valor en la actualidad, que es desempeñada por los Médicos Legistas de Policía y, en forma extraordinaria, por los Médicos Forenses de la Justicia. Me refiero al “ESTUDIO MEDICO LEGAL DEL LUGAR DEL HECHO”, denominación que titula el presente capítulo y que implica el apropiado sentido, real valor, y alcance de la tarea QUE DEBE ser

desarrollada por el Médico Legista cuando es llamado al lugar donde se ha encontrado un cadáver, cualquiera sea el lugar y el cadáver.

Es quien debe saber reconocer y examinar acabadamente la escena del crimen, estudio que debe hacer tanto sobre personas -vivas o muertas-, como asimismo, y tal lo voy a desarrollar., sobre ropas, instrumentos, documentos u obro tipo de efectos aptos a los fines de acreditar el corpus criminis relativo al delito de que se trate.

Cuanto más original es un crimen, más fácil será reunir las pruebas del mismo, “ya que la originalidad del delito presenta indicios inequívocos, graves, precisos y concordantes que evidencian el modo de ocurrencia del mismo con el grado de certeza que proporciona el plexo indiciario.” (4).

Al respecto LOCARD dijo que en UNA HORA de trabajo metódico, un perito que sea buen conocedor de las reglas de la observación criminológica (criminalística en la terminología actual), podría resolver eficientemente lo que prima facie aparece como un enigma.

SINONIMIA;

Las denominaciones son múltiples y citaré alguna de ellas;

“Alzamiento de los cuerpos humanos” (Locard) - “Constataciones preliminares” (Coutagne) - “Constataciones sur les lieux et levée de corps” (Derobert) “Descripciones dell’ ambiente” (Rcmanese) - “Diligencia del levantamiento del cadáver” (Casper) - “El lugar de la muerte” (Gresham) - “Escena de los hechos” (Acosta Guzman) - “Examen del lugar del hecho” (Bonnet, Hofman, Moran) “Exámenes de los lugares” (Thoinot, Hofmann) - “Examen du cadavre” (Briand et Chaude) - “Examen juridique du cadavre” (Briand) - “Inspeccao juridica do local do crimen, do cadaver” (Peixoto) - “Inspección jurídica del cadáver” (González Torres) - “Inspección ocular” (Ponsold) - “Inspección y fijación del sitio del suceso” (Cousño Mac Iver) - “Investigación de la escena de la muerte” (Vargas Alvarado) - “Investigation at the scene of death” (Gonzalez y Colabs) - “L’ Etude du cadavre” (Brouardel) - “La levée de cadavres” (Devergie) - “Levantamiento del cadáver” (Fernández Pérez) - “Levantamiento del cadáver (Legrand du Saulle, Giraldo Giraldo, Gisbert Calabuig, Achával, Riquez, González Torres, Barreras y Fernández de Castro y Bachiller, Sánchez) - “Levantamiento del cuerpo” (Fernández Pérez) - “Levantamiento del cuerpo” (Uribe Cualla) - “Levantamiento do corpo ou inspeccao juridica do cadáver” (Favero) - “Levée du corps” (Etienne Martin, Vibert, Lacassagne, Piedelievre y Fournier) - “Levée du cadavre” (Briand) - “Levée du corp” (Rabuteau, Achaval) - “Lugar de los hechos” (Acosta Guzmán) - “Lugar del suceso” (Israel Castellanos) - “Lugar del Hecho” (Israel castellanos) - “Medidas que han de adoptarse al descubrirse un crimen” (Balthazard) - “Observaciones sobre el lugar del suceso” (Símonin) – “Perinescrocopia” (Oscar Freire, Helio Gómez, González Torres) – Punto de crimen” (Hofmann) - “Examen del cuerpo. El médico legista en el lugar del hecho” (Echazú) - “Scene investigation” (Wetli, Mittleman, Rao) - “The homicide crime scene” (Geberth)

Como fácilmente se puede colegir, el estudio médico legal del lugar del hecho es de ecuménica y fundamental trascendencia, SIENDO LA PRIMERA DE LAS ACTUACIONES JUDICIALES EN TODA MUERTE DE CAUSA DUDOSA, ACCIDENTAL, SUICIDIO U HOMICIDIO.

Algunas de sus principales características es que debe ser realizado en forma exhaustiva, dinámica, y científicamente.

Exhaustiva porque el estudio debe ser completo, agotando todas las posibilidades de la riqueza de datos que se nos ofrecen COMO UNICA OPORTUNIDAD EN EL LUGAR DEL HECHO, ya que una vez que cualquier evidencia fue movida o alterada, es imposible restituirla a su posición original, lo que equivale a decir que nunca más podrá ser reconstruido.

Dinámico porque no se trata de una simple toma de datos del lugar a guisa de inventario como algunos creen, sino que el hecho implica la obtención de elementos válidos que serán el soporte de conclusiones médico legales y jurídicas.

Científicamente porque hay que actuar con total saber, aplicando y buscando sólo aquello que admite principios, consecuencias y hechos rigurosamente demostrados y demostrables.

El lugar del hecho constituye una verdadera urgencia médico legal, y comprende el estudio minucioso y detallado del lugar físico en que se encuentra el cadáver (o cadáveres) y de todos y cada uno de los objetos allí ubicados, los que deben ser descriptos correctamente en el informe pericial, con una adecuada toma de fotografías en blanco y negro y en color, tanto panorámicas como de acercamiento, que corroboren lo escrito.

En caso de cadáveres hallados en lugares descampados, es necesaria también una foto aérea en la que puedan percibirse con mayor facilidad los lugares de llegada o de escape y características del entorno, y que también deben ser efectuadas en el lugar.

Asimismo se fotografiará cualquier huella existente de rodado o de pisadas en el caso de que se sospeche de que el cadáver fue transportado.

Este fehaciente relevamiento de todo lo encontrado en la escena donde se encuentra el cadáver es, en la mayoría de los casos, la clave fundamental para esclarecer el hecho en cuestión.

En oportunidades, por diferentes motivos o causas, no se actúa como es debido en el lugar del hecho, pudiendo citarse que;

“En algunos casos no es llamado el médico legista y, sin su presencia, se retira el cadáver del lugar. Otras veces, pese a ser el médico legista el primero en actuar, lo hace con ligereza o en forma inapropiada.

En otros casos, llega el médico legista después que otros han estado y actuado en el lugar, alterando las posiciones y relaciones iniciales y, más aun, retirando objetos del lugar.

Cabe destacar que al decir otros, incluimos a la autoridad policial y/o judicial” (5).

Por lo tanto la forma que metódica y sistemáticamente debe aplicarse al estudio del lugar del hecho es la siguiente:

1) Estudio y descripción del lugar físico donde se encuentra el cadáver, previamente haber tendido el denominado “cordón criminalístico”, es decir, el franjado del lugar a fin de que nadie pueda entrar al mismo y por impericia, imprudencia, o desconocimiento de los deberes a su cargo destruya pruebas fundamentales.

2) Estudio del cadáver en ese mismo lugar, dejando constancia de la posición exacta determinando en qué decúbito está, su precisa relación con el lugar en que se encuentra, la distancia que lo separa de los lugares de acceso, etc.

3) Estudio y descripción de las ropas, ya que, como dice Ramón Fernández Pérez (6) - pág. 62- “El examen de los vestidos y de las ropas representa siempre un tiempo importante del peritaje médico legal. Son ellos los testigos más seguros de la mayor parte de nuestros actos y de los acontecimientos a los cuales asistimos, registrando en su superficie pliegues o tramas de sus tejidos, huellas u otros indicios que sobreviven a los hechos. De tal examen podemos obtener datos:

a) Para la identificación de la víctima, por el color de ellas, la marca de fábrica, talla, el contenido de los bolsillos, etc.

b) Para conocer circunstancias; condiciones del accidente o del crimen, o bien reconstruir las fases de él y establecer la sucesión cronológica de ellas”.

Para cumplir con este paso hay que describir con lujo de detalles toda y cada una de las prendas que viste el cadáver y de todas aquellas que estén cercanas, y sus características tales como la calidad, el estado de las mismas, roturas o desgarros, y si éstos aparentan ser recientes o no. Asimismo se describirán la existencia de manchas, lugar exacto donde se encuentran y sus características (forma, tamaño, coloración, olor, si tienen parecido a algún tipo de mancha característica o de líquidos, secreciones u otras sustancias.

Finalmente hay que destacar que el meticoloso estudio de la forma en que se encuentra vestido el cadáver, sólo de por sí, en muchas oportunidades sirve para aclarar definitivamente un caso.

4) Exhaustivo estudio del cadáver ó cadáveres

En ésta etapa se deben cumplir varios pasos;

a) Desvestir el cadáver en el mismo lugar donde se encontrare, en todos los casos y sin excepción alguna. En tal sentido es coincidente lo que dice José María SANCHEZ (Medicina Legal. Tema II Buenos Aires 1924. Pág. 181 y 182): “Tocante a la investigación de los indicios delictuosos o de muerte por violencia, que es el principal objeto que ha de perseguir el médico, supone el reconocimiento del cadáver despojado de sus vestidos, circunstancia ésta que jamás se ha de olvidar para no incurrir en graves errores.”

b) Realizar el diagnóstico de muerte real

c) Constatar la posición exacta del cadáver, su exacta relación con el lugar, la distancia que lo separa de todos los rastros obtenibles, etc, etc.

d) Actitud del cadáver (posición de los diferentes segmentos corporales)

e) Descripción de sus características para proceder a su posterior identificación (color de piel, tipo y color de cabellos, talla, cicatrices, tatuajes u otras marcas, malformaciones congénitas o adquiridas, estado de sus piezas dentales, etc., así como también cualquier otra característica que se presente.

f) Diagnóstico de la edad aparente de la víctima.

g) Estudio y descripción de los signos de violencia externa de reciente data.

Se debe realizar un meticuloso examen de todas y cada una de las regiones topográficas a fin de culminar con una detallada descripción de las lesiones halladas, incluyendo las características propias de cada lesión (forma, longitud, bordes, diámetro, etc.)

h) Diagnóstico de lesión vital o postmortem.

En el mismo lugar del hecho y en forma macroscópica puede hacerse tal diagnóstico con muy pequeño margen de error.

i) Relación entre la lesión o lesiones existentes con las ropas que vestía el cadáver, para comprobar si existe concordancia o discordancia. Así se puede concluir si la víctima estaba desprovista de ropas al ser agredida o no, y si fue o no vestida posteriormente por su agresor.

j) Establecer el mecanismo de producción de las lesiones y cualquier otra anomalía corporal observada (estigmas laborales, deformaciones anatómicas, etc.)

k) Descripción de los fenómenos cadavéricos observados (deshidratación, rigidez, relajación muscular, livideces cadavéricas, signos de putrefacción y distintos tipos de la misma, procesos de conservación cadavérica, etc.)

l) Cronotanodiagnóstico (o diagnóstico del tiempo transcurrido desde la muerte).

Es un diagnóstico fundamental, clave en el estudio de la investigación del caso criminal. Siempre y en todos los casos es obligación del médico legista informar desde cuándo data la muerte, dato que puede precisarse con poco margen de error dentro de las primeras 36 horas. Pasado éste tiempo y comenzada la putrefacción no existen métodos precisos para determinarla, por lo que la búsqueda de los denominados “marcadores de la escena” y las “evidencias asociadas del medio ambiente” (“Scene Markers and Environmental and Associates Evidence” . Forensic Pathology. DiMAIO y DiMAIO. 1993. Pág. 41) se hace imperativa. A tal efecto dice; “The scene markers and environmental evidence includes uncollected mail or newspapers; whether lights are on or off; how the individual is dressed; any food that is out or dirty dishes in the sink; sales receipts or dated slips of paper in the deceased’s pockets, and when the neighbors last saw the individual or observed a change in his habits. Thus, if the individual typically went for a walk every evening and suddenly is no longer seen, then one might conclude that death occurred on or about the day he failed to take his walk.”

4) Estudio de los objetos del lugar.

Se llama “Objetos” con criterio genérico y Médico Legal, a todo tipo de elementos que puedan encontrarse en el lugar del hecho, desde una minúscula gota de sangre hasta un ladrillo, por ejemplo.

Este estudio comprende;

a) Presencia o ausencia de armas.

b) Estudio y descripción de los objetos que están sobre el cadáver o inmediatos al mismo.

c) Estudio y descripción de los objetos mediatos y alejados del cadáver.

d) Relación de los objetos entre sí.

e) Relación de los objetos con el cadáver.

f) Determinar si alguno de los objetos del lugar pudo haber sido utilizado para dar muerte a la víctima, o contribuir en la misma.

Hay que tener siempre presente que se los debe considerar de importancia médico legal, AUN EL MAS INVEROSIMIL.

5) Toma de muestras de todo rastro, huella o indicio que se halle sobre el cadáver y en la superficie donde estaba apoyado una vez retirado el cuerpo, sus ropas, a su alrededor y en las adyacencias. Por ejemplo, es de fundamental importancia e imprescindible realización el hisopado debajo de las uñas, ya que permitirá encontrar sangre, hilos, etc.

6) Posterior traslado del cadáver para la correspondiente autopsia, pero con los recaudos pertinentes para evitar cualquier lesión postmortem, principalmente en los que se hallen en avanzado estado de putrefacción, debido a que en un traslado inapropiado se corre el peligro de provocar fracturas artificiales.

7) Fotografías periciales en todos los pasos descriptos, tanto panorámicas como de aproximación.

8) Relación de los pasos anteriores entre sí y tentativa de reconstrucción del hecho, a lo que yo llamo “criminodinámica”.

9) Arribo a una conclusión de base científica.

Muchas veces puede suceder que en el lugar no haya luz natural, que en caso de existir sea insuficiente o que se estén disipando las últimas luces del día, siendo probable que debido a ello se escapen detalles de capital importancia.

En éste caso se dejará constancia del hecho, se protegerá y resguardará el lugar, y habrá que volver al día siguiente para realizar el examen a plena luz.

La mención de las condiciones meteorológicas EN ESE MOMENTO (temperatura del lugar, humedad, viento, lluvia, etc.) se hace importante con miras a colaborar con la investigación posterior, fundamentalmente el interrogatorio a sospechosos y/o imputados, y también servirá para aclarar cualquier duda que se presente sobre el estado del lugar, la evolución de los fenómenos cadavéricos, Y EL ESTADO DE LOS OBJETOS HALLADOS.

Vernon GERBERTH (7) le asigna la trascendencia de primer paso de toda autopsia al decir;

“The complete medicolegal autopsy or postmortem examination involves the following steps:

Examination of the crime scene,

Identification of the body,

External examination of the body,

Internal examination of the body,

Toxicological examination of the body fluids and organs.”

PREMISAS DEMOSTRATIVAS BASICAS

1) Como premisa básica demás está decir que se impedirá el acceso o permanencia en el lugar de toda persona ajena al equipo de investigación.

2) La realización de este tiempo pericial constituye una verdadera urgencia médico legal.

3) El lugar del hecho constituye un todo, que siempre indica algo. Algo que puede ser muy poco, pero que siempre será suficiente para llegar al conocimiento de lo que allí ha sucedido, pues de lo que se realice en el lugar y de cómo se realice dependerá que se llegue al conocimiento de éste algo y, a través suyo, a la certeza de lo acontecido.

4) Siempre y en todos los casos el estudio deberá realizarse con absoluta libertad, completa presteza y justicia, conforme a la legislación procesal vigente.

5) El (Médico Legista deberá actuar con absoluta objetividad, veracidad, ecuanimidad, moderación, y precisión en sus conocimientos.

6) La actuación del Médico Legista deberá ser anterior a la intervención de los demás integrantes del equipo investigador, ya que por su formación y amplio criterio, además de mirar, tocar, oír, mover y oler, será el que indique la toma de fotografías periciales y sugerirá la conveniencia de practicar determinados estudios posteriores por los técnicos correspondientes.

7) Mediante el estudio prudente, calmo y lento, deberá evaluar meticulosamente las condiciones del lugar, continente y contenido, cadáver y objetos del lugar, estudiando luego las diferentes relaciones y posibilidades.

8) El objetivo primordial es llegar a un aserto de bases científicas, comprobadas y comprobables, y de ninguna manera a presunciones.

9) Dicha conclusión -con base científica- tiene la finalidad de colaborar con la instrucción a fin de esclarecer el hecho, tratando de que no se cometa ningún tipo de error, ya que uno de los objetos de la instrucción es la comprobación de la existencia de un hecho delictuoso mediante las diligencias conducentes al descubrimiento de la verdad. (ART. 193. Inc. 1.)

10) Hay que tener siempre presente que una vez realizado el levantamiento del cadáver jamás se podrá rehacer la escena original. En caso de que por diversas circunstancias no pueda realizarse el estudio del lugar de los hechos (falta de luz, por ejemplo), se deberá proteger el lugar (franjándolo e impidiendo que nadie más entre al mismo) y volver con la primera luz del día. Todo intento de reconstrucción siempre será mejor que nunca hacerlo.

11) La correcta investigación Médico Legal del lugar del Hecho constituye, como hemos visto a través de lo expuesto y a no dudarlo, “la autopsia del crimen”. La actuación correcta del médico legista en el lugar de los hechos logrará una pericia con la cual se cerrará un caso o bien se iniciará un proceso, es decir, CONSTITUYE DE POR SI UNA PRUEBA JURIDICA.

CONCLUSIONES

EN EL CASO DE AUTOS NO SE REALIZO EL ESTUDIO MEDICO LEGAL DEL LUGAR DEL HECHO.

Sus implicancias finales;

Una actuación incorrecta o una falta de acción llevará inevitablemente al error, y lo que es mucho más grave, privará al juez de los elementos indiciarios que le permitan la resolución del caso, con las implicancias jurídicas que de ello emane.

LVIII. - LA INMEDIATA IDENTIFICACION DEL CADAVER DE O. CARRASCO.-

En Fs. 140, (“ACTA”, renglones 10 a 13) dice; “El cadáver corresponde según documentación acreditada al soldado concripto Omar Octavio CARBASCO clase mil novecientos setenta y cuatro documento nacional de identidad numero veintitrés millones seiscientos doce mil seiscientos setenta.”

Del texto transcrito surgen dos interpretaciones distintas según donde se pongan las comas omitidas;

- a) Colocada después de “corresponde”, se interpreta que el DNI le había sido acreditado a O. CARRASCO y de allí su correspondencia pero no con el cadáver.
- b) Colocada después de “acreditada”, se interpreta al receptor de la documentación como dando crédito que el DNI es el de O. CARRASCO, y por ello, a través de su foto establece la identidad del cadáver.

-Digo a V.S.;

- 1) Llama poderosamente la atención que quien primariamente era buscado por desertor haya huido sin las prendas propias con las que había salido de su casa e ingresó al cuartel, sin sus documentos, y vestido con un pantalón de fajina que no le pertenecía.
- 2) Cabe ver por lo tanto si dicha identificación fue posible a partir de métodos comparativos -que antiguamente se empleaban para tal fin- sin esperar el resultado de la toma de impresiones digitales que, actualmente, junto al estudio del ADN y los avances de la odontología forense son los que establecen indubitablemente la identidad.

Debemos remitirnos entonces a uno de los supuestamente más completos que existía (el método BERTILLON), y que se basaba en la identificación de la persona a partir de las longitudes somáticas humanas, que se consideraban invariables a partir de los 20 años de edad.

- Consta de
- a) un señalamiento antropométrico.
 - b) un señalamiento descriptivo (o sea aquel que con palabras clave describe al individuo), que abarca el retrato hablado y los álbumes y códigos correspondientes.
 - c) señalamiento según las marcas particulares.

a) Medición antropométrica; se basa en la medición de la talla, brazos, talla del tórax o altura del sujeto sentado, longitud y anchura de la cabeza, diámetro bizigomático, longitud del pié, el dedo medio y el meñique del lado izquierdo así como también del codo de igual mitad del cuerpo, descripción del iris, de la frente, nariz, ancho de la oreja derecha, longitud de la oreja derecha, labios, párpados cejas y globos oculares, notándose asimismo la corpulencia a través del cuello.

Hombros, cintura y gordura, los contornos (craneales, frontonasal, nasobucal y facial) y finalmente la coloración del cabello, barba y cejas y longitud del antebrazo izquierdo.

b) Retrato de frente y de perfil de sujeto.

El retrato hablado es la descripción minuciosa de un individuo efectuada mediante palabras convencionales y sin instrumentos. Los álbumes sinalépticos están destinados a coleccionar las fotografías de los delincuentes, sobre la base de las particularidades del retrato hablado. Los códigos se servían de reglas establecidas para transmitir telegráficamente el retrato hablado.

c) Señas particulares, como las cicatrices, nevos y tatuajes.

Con el devenir de la ciencia se comprobó que el desarrollo físico en el hombre no se establece a los 20 años de edad, sino después de los 25 y que la talla se modifica con la edad. Si lo sumamos a las diferencias en las mediciones que podía haber de un operador a otro y que hacían dudoso o aún contradictorio el resultado, vemos claramente que el método era deficiente. Si bien policialmente y en las primeras actuaciones se utiliza la dactiloscopía como base de la identificación humana, en caso de no poder ser establecida por ningún otro método no deben desdeñarse algunos recursos pertenecientes al método antropométrico, como los álbumes fotográficos.

Como ninguna medida fue tomada sobre su cadáver para ser comparada con las medidas antropométricas que constaban en la F.I.S., veamos entonces a través de la página siguiente si fue posible su identificación a partir de la comparación fotográfica (foto de ingreso al cuartel y fisonomía cadavérica).

Un dato concreto de las dificultades que a veces existen en identificar un cadáver lo tenemos en el caso de quien en vida fuera hijo del actual Presidente de la República, Carlos MENEM (h). El cuerpo aún con vida fue encontrado en el lugar del accidente, y llevado posteriormente a un establecimiento asistencial, pero después de su muerte no fue posible la identificación fisonómica debido al avanzado estado de putrefacción, y a pesar de las modernas tecnologías periciales utilizadas para establecer fehacientemente su identidad, aún persisten dudas. ///



En vista a lo expuesto, cabe concluir que el cadáver hallado fue identificado por un método deductivo y otro no deductivo

a) Deductivo; tenía un pantalón de fajina colocado y había una camisa similar cercana al cadáver, siendo el único conscripto que no se hallaba ni había sido visto con vida desde hacía un mes dentro del regimiento, y además tanto en la foto como en el cadáver, el pelo era corto.

b) No deductivo; se sabía con total e indubitable certeza, previa al hallazgo, que era el cadáver de Omar CARRASCO.

LIX.- LOS OBJETOS DEL LUGAR DEL HECHO.-

El principio que existe en toda investigación criminal médico legal fue expuesto a fines del siglo pasado por el profesor Edmund LOCARD, de la Universidad de Lyon, con la frase “todo contacto deja una huella”, lo que significa que un criminal siempre deja algo en el escenario del crimen y, a la inversa, siempre se lleva algo consigo.

Por ejemplo un asesino puede dejar un cuerpo y llevarse una salpicadura de sangre de su víctima; un violador puede llevarse en las ropas, involuntariamente, un pelo del vello pubiano, al tiempo que deja manchas de semen tras él; un conductor que atropella y se da a la fuga puede dejar pequeños fragmentos de pintura y llevarse restos de tierra en la goma de sus neumáticos, etc. Todas esas COSAS, -manchas, huellas dactilares, armas y balas, hilachas de tela y fibra y cualquier otro objeto del lugar-, son los granitos de la ciencia forense.

Si bien muchísimos triunfos se tienen que atribuir a un correcto estudio médico legal del lugar del hecho, ya vimos que también hay fracasos - algunas veces desastres - y, de hecho, todo el campo de la investigación médico legal está cribado de potenciales escollos. En 1956, el doctor Alan MORITZ presentó su alocución “Errores Clásicos en la Patología Forense”, en la que señalaba errores básicos que se cometen con demasiada frecuencia cuando el legista no tiene suficiente experiencia o actúa con demasiada precipitación; entre éstos errores figuran; no examinar el cuerpo en la escena del crimen, no tomar las fotografías adecuadas, no hacer un detallado examen y descripción de las anormalidades externas, realizar una autopsia incompleta, no reconocer o interpretar mal los cambios postmortem, hablar demasiado pronto, demasiado o a personas inadecuadas, y considerar que un cuerpo mutilado o putrefacto es inadecuado para la autopsia. Y por ejemplo tan cierto es éste último punto que es frecuente leer en los protocolos de autopsia que “debido al avanzado estado de putrefacción no se pueden determinar la existencia de lesiones externas o internas o las causales de la muerte.”

Es imperativo agotar toda la imaginación y la tecnología necesaria para ello, y tal es así que el suscripto pudo determinar las causales de la muerte sobre un cadáver totalmente putrefacto, y a 6 meses de producido el óbito (Caso Mario BONINO).

En autos y a efectos de colaborar en las investigaciones realicé una observación detenida con lupa sobre las escasas fotos periciales (tanto del lugar del hecho como autópsicas) contenidas en el sumario.

Pude ver, en derredor del cadáver, la existencia de objetos que no habían sido peritados y que no constaban en el acta de secuestro.

Por lo tanto recurrí a un sencillo método que permitiera, tentativamente, definir por aumento de imagen, la forma de dichos objetos; ampliación foto láser color. (recién a partir del momento en que se me permitió en la Cámara de Casación retirar -y como corresponde acompañado por un empleado del lugar- los cuerpos de la causa donde estaban las fotos referidas.)

Si bien no ignoraba que el procedimiento implica un déficit de imagen, como medio alternativo brindaba una posibilidad más, que podía llegar a corroborar o no la intelectualización que hacía de los mismos objetos a través de mi lupa.

En la página 60 de mi peritación en la foto vemos que lo que se parece se parece a una llave, en la ampliación tiene la pretensión de realmente serlo, ocurriendo lo mismo con una virola para sostener estantes. Se repite el hecho en la página 81 con lo que es un trozo de metal similar a una manija, zapatilla, un plug y una lienza.

V.S seguramente se preguntará por qué no recurrí a métodos más seguros, como por ejemplo la ampliación fotográfica de los negativos u otros que pueden reputarse -equivocadamente- como de mayor certeza, como por ejemplo la digitalización de imágenes, por lo que voy a brindarle dos explicaciones; una técnica y otra no técnica.

1) La Técnica;

El negativo de una fotografía es el film donde llegan por primera vez las imágenes. Está recubierto por una finísima capa polimérica, que es la que le da sus propiedades físicas: solidez y flexibilidad cuando está seco, y permeabilidad cuando está humedecido, a fin de permitir el pasaje de diversas sustancias químicas que reaccionarán con los componentes propios de la película.

El principal componente del polímero son los haluros de plata (microelementos), que tienen distintos tamaños y concentración de acuerdo a la velocidad y sensibilidad de la película. Menor tamaño en las de más alta sensibilidad - y viceversa- y menor cantidad en las de mayor velocidad y viceversa -)

Son fotoquímicamente sensibles, de manera tal que cuando le llegan las diferentes intensidades de luz, determinan en forma latente distintos tonos de grises. Estos negativos, ya con los haluros preexcitados, se colocan en un revelador que los oxida en mayor o menor grado, llevando el color de los grises más oscuros hasta el negro y de los grises más claros hasta el blanco, junto a otros pigmentos del film que determinan la policromaticidad de la toma.

Fundamentalmente, los que determinan la formación de la imagen son los haluros.

Concluida la revelación y el secado, se pasa el film a un fijador para que la oxidación de los haluros no continúe.

Para pasar esta imagen a un positivo, se coloca en una ampliadora que va levantando la imagen hasta el tamaño deseado, ampliando también los haluros y la pigmentación color que tenía el negativo.

Si bien el color que se transmite en esos momentos no es el original (en técnica fotográfica se utilizan solamente 3 colores; Cyan, Magenta y Amarillo), el papel fotográfico donde finalmente se imprimirá la imagen final (que puede ser definido como un film con fondo blanco), tiene también microelementos que están excitados por la sustancia reveladora, y tienen distinto grado de sensibilidad según el papel que se utilice (mate o brillante).

También posee pigmentos y los 3 colores básicos mencionados que son complementarios de los que tiene el negativo.

El papel fotográfico, por así decirlo, los interpreta y se genera la imagen con los colores reales. De hecho, el negativo no tiene los colores reales sino también los complementarios de lo que después se imprime en el papel.

Este montaje de microelementos con en el positivo determina una menor definición con respecto a la toma original

Las denominadas pruebas informáticas son aquellas que emergen de la utilización de las computadoras aunque es necesario hacer varias disquisiciones a fin de poder determinar su auténtico valor probatorio.

La digitalización de una imagen es entonces su tratamiento electrónico computarizado. No solamente se puede hacer sobre una foto sino también sobre una filmación, pero en lugar de los haluros se utilizan los pixeles, que son la intersección de las rayas verticales y horizontales que generan la imagen en la pantalla del monitor de TV. Cada uno tiene un color determinado. Los pixeles se pueden recompagnar (agrupar, separar, mover) electrónicamente, lo que constituye la digitalización posterior de la imagen (o tratamiento de digitalización).

Cuando se levanta la imagen de la foto a través del scanneo y se la transforma en una imagen electrónica estática, se hace respetando la forma original que tiene en la fotografía, en el caso de tener un original “puro”.

Se abre entonces un campo inusitado en cuanto a posibilidades probatorias, pero no de realidad actual incontrovertible, porque aún sigue en territorio de lo opinable la autenticidad de lo que pueda traerse a la mesa de juzgamiento y que se haya logrado por éstos medios.

Si se coloca la imagen en un conjunto de programas (Silicongrafic, por ejemplo), se puede modificar cualquier detalle de la foto. En el proceso de mejoramiento de la imagen, la digitalización puede aportar datos (como sombras, contrastes, etc.), que definan una imagen que no es.

Si bien éste método puede mejorar la imagen, no la intelectualiza, ya que las imágenes de objetos emitidas por la computadora que el mismo digita son solo cosas.

Ante una imagen dudosa, el resultado final del objeto puede corresponder entonces a una intelectualización producto de quien opera la técnica o de quien finalmente ve la imagen. Si bien no es razonable pensar que pericialmente la digitalización sea operada con modificaciones, lo expuesto hace que dicha técnica no pueda ser aportada como prueba ni como resolución de responsabilidades, y menos aún las de tipo penal.

Una cosa es el valor ordenatorio y de archivo que pueda tener un dato registrado en computadora, y traído a la vista de quien lo consulta si éste es el mismo que lo volcara en dicho registro y otra muy distinta es entender que dicho dato tenga validez frente a terceros.

La vigencia “erga omnes” esa validez no esta asegurada de manera alguna. No existe la forma de conferirla en tanto tales datos no se vuelquen en documentación amparada por las disposiciones del Código Civil relativas a instrumentos.

Ejemplo de ello tenemos en firmas registradas de bancos o en los libros rubricados de una sociedad.

Por lo expuesto, la informática, respecto a la validez de los datos que suministra, frente a terceros carece de relevancia y de peso jurídico.

En la computadora, el “borrón y cuenta nueva” se hace instantáneamente y no deja huellas. Pero tampoco sus constancias dejan seguridad.

Lo escrito no es producto de una ocurrencia personal, sino de una correlación con fundadas opiniones vertidas en orden al tema, y de las cuales me valí para no solicitar en momento alguno una digitalización de imágenes sobre las escasas fotos obtenidas del cadáver de O. CARRASCO. Paso a referirlas;

en el N° 3, año I, págs. 6 y 7 de la revista de la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas, leemos que los programas previstos en los sistemas “permiten llevar a cabo funciones tales como MODIFICAR, DESTRUIR, copiar, leer, INSERTAR, usar o negar el uso de la información almacenada en un medio o archivo computarizado” y “estos programas son herramientas poderosas pero SUMAMENTE PELIGROSAS PORQUE PERMITEN LA MODIFICACION DIRECTA DE ARCHIVOS DE DATOS SIN QUE QUEDE NINGUN RASTRO DE SU UTILIZACION”: agrega que “PERMITEN LA INSERCIÓN POSTERIOR DE CODIFICACION ADICIONAL”. El autor de dicho estudio es el DR. Miguel Carlos BLANCO, profesor de auditoría, consejero titular del Instituto Técnico de Contadores, miembro de la Comisión de Sistemas y Procesamiento de datos del Consejo. Denomina a las posibilidades referidas como “puertas trampas dejadas a propósito para facilitar el acceso futuro y la modificación de programas”.

Elías P. GUASTAVINO (“Responsabilidad civil y otros problemas jurídicos en computación”, ed. 1987) dice que “si se introducen errores en la computadora, ésta expedirá errores (pág. 19), y que “los elaboradores electrónicos de datos en el ámbito del derecho auxiliarán pero no reemplazarán a sus protagonistas humanos”. (pág. 18).

En el informe N° 6 de) “Área Auditoría del Centro de Estudios Científicos y Técnicos” de la Federación Argentina de Profesores de Ciencias Económicas, se destacan estos riesgos de los sistemas computarizados:

- a) mayor vulnerabilidad de la organización como resultado de la concentración de la información (Pág. 18);
- b) errores u omisiones, actos fraudulentos, daño intencional ocasionado por individuos (pág. 19);
- c) corrección previa al procesamiento definitivo (pág. 19).

Dice Luis María DESIMONI (en la bibliografía ya citada en (3) y (4), págs. 206 y 207); “Puede que la informática, en el futuro, revestido su funcionamiento de las notas de control y seguridad de que ahora adolece, llegue a ser un aporte informativo y aún probatorio valioso. Pero de momento, apoyarse en ella implica violar las leyes de la prueba.

Lo expuesto tiende a prevenir el encandilamiento informático, tecnología que a diario nos evidencia sus precariedades e inseguridad.

En la vida del hombre común ya diario, el efecto electrónico aparece frecuente e impensadamente. Por ejemplo, cuando una voz electrónica nos hace saber en un intento de llamado telefónico, que el número discado está fuera de servicio, ocurriendo que a la misma hora en ese número se recibieron innumerables llamados. O cuando el conocido tren bala del Japón estuvo al borde del desastre porque una simple cucaracha interfirió los circuitos electrónicos de mando. O cuando unos adolescentes, jugando con computadoras, ingresaron en E.E.U.U. a programas del Pentágono. El derecho procesal Penal -y el juego del derecho penal que por aquél se actúa- no puede asentarse en esas endebles e inconfiables bases. Lo que debe pesar, hasta tanto se de con sistemas de seguridad jurídica, son las disposiciones que rigen la validez de los instrumentos públicos y privados. Al axioma clásico de “escrituras vencen testigos” debemos adicionarle en función preventiva el de “escritos vencen computadoras.” Paso a un ejemplo de un caso personal



EXCORIACIONES

IMAGEN SIMILAR A UNA OJOTA



APARECE UNA PIEDRITA
SOBRE LA ROPA

LAS EXCORIACIONES SE TRANSFORMARON
EN UN HEMATOMA

HA DESAPARECIDO LA SUPUESTA OJOTA

Robusteciendo todo este conjunto de conclusiones de incuestionable lógica y sustento jurídico, Antonio R. H. COGLAN dice en La Ley, t. 1985 -C-, pág. 1126; “el equívoco ha sido confiar a la máquina lo intransferible de la condición humana”.

La justicia tomará entonces como valederos los originales y no su archivo digital.

Este original, en el caso de autos, equivale AL NEGATIVO de la foto. Si bien la gama de colores puede variar si se sobreexpone la foto a nivel de su sensibilidad o de productos químicos, en general la gama de colores no varía.

CONCLUSIONES;

1) Si una imagen se levanta por procedimientos fotográficos convencionales, se obtendrá una duplicación y/o ampliación sin posibilidades de modificar la foto base.

2) LA AMPLIACION FOTOGRAFICA ES UNA PRUEBA NO MODIFICABLE, YA QUE ES UNA IMAGEN FIEL DEL NEGATIVO, y de allí que su valor pericial sea de mayor idoneidad que la digitalización. Va de suyo entonces que sobre una digitalización no puede hacerse una pericia, por lo que puede ser de utilidad solamente para ser comparada con la ampliación fotográfica. Es un elemento de ampliación pero técnicamente sus resultados no son superiores a la mejor ampliación fotográfica convencional que se pueda lograr.

3) La ampliación fotográfica de los negativos originales es un procedimiento idóneo, pues no aporta cambios de contraste, modificaciones de las sombras, o una contundencia en la supuesta forma final del objeto.

Concluida ésta explicación queda claro porqué no digitalicé las fotos.

Pero si la ampliación fotográfica era el método de elección, cabe una pregunta

¿Por qué no lo hice?

Si fueron necesarios tantos renglones para explicar la faz técnica, solamente en uno daré la respuesta no técnica -que es la única que realmente tengo- a dicha pregunta:

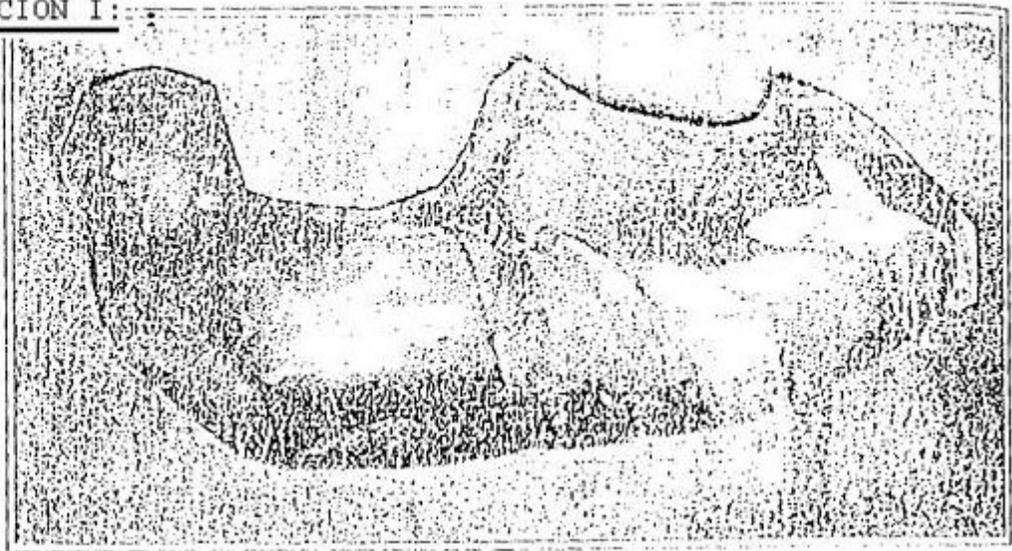
-En ningún momento conté con los negativos.

Pero ya que brindé las explicaciones -que interpreto como suficientes y necesarias desde mi óptica médico legal- pertinentes a los procesos de computación vinculados al derecho y a mi labor específica como perito de V.S., voy a continuar mi trabajo actual con el comentario de un estudio que realizó el perito PRUEGER, aplicando todo lo que hasta ahora he desarrollado, es decir, la computación aplicada a la investigación criminal.

A tal efecto reproduciré en la siguiente página-a través de una fotocopia un gráfico que dicho perito mostró en el juicio oral, y nos conduce hacia las pistas de quién colocó el cadáver de O. CARRASCO en el baño abandonado, y que justamente da el título al capítulo siguiente, intentando así lograr científicamente una continuidad y coherencia pericial en la que “ningún cabo” del próximo nudo gordiano quede suelto.

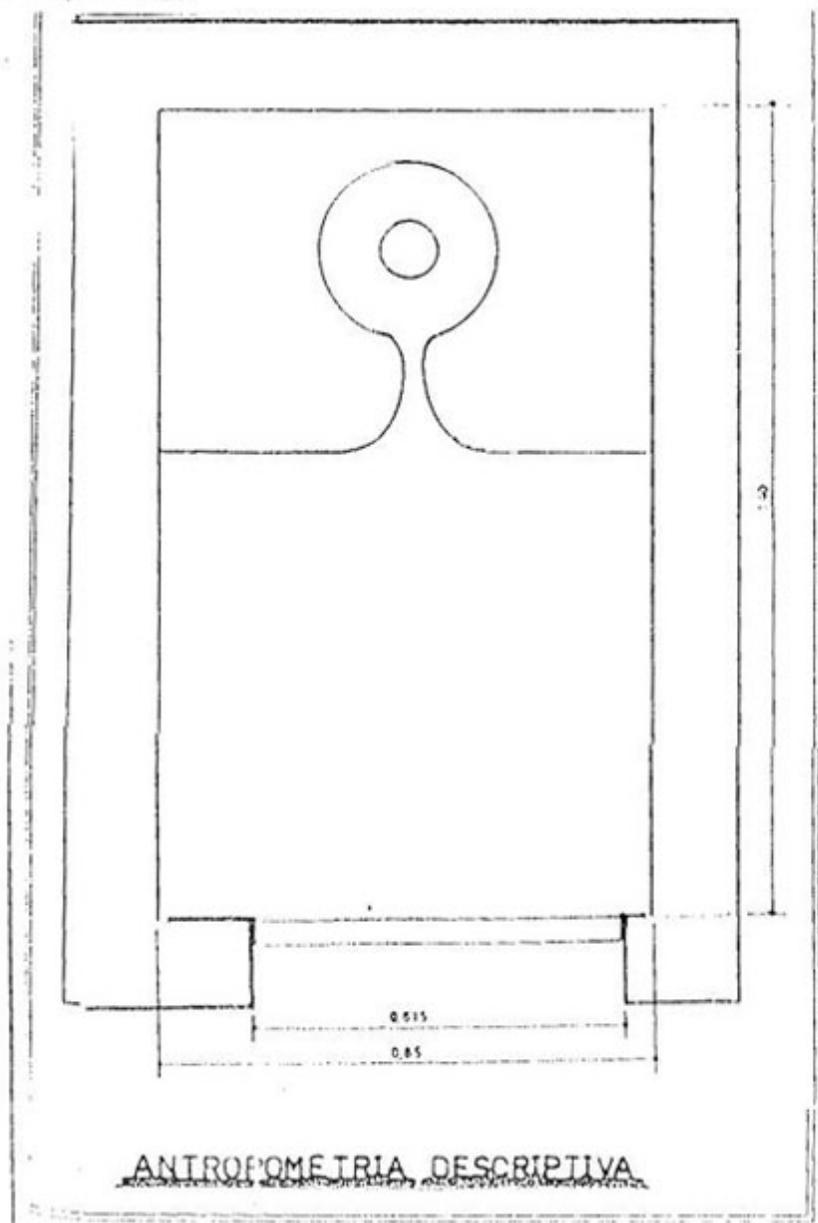
LX - EL BAÑO ANTOPOMÉTRICO Y EL CADAVER INFORMÁTICO

*COMPUTACIÓN I:



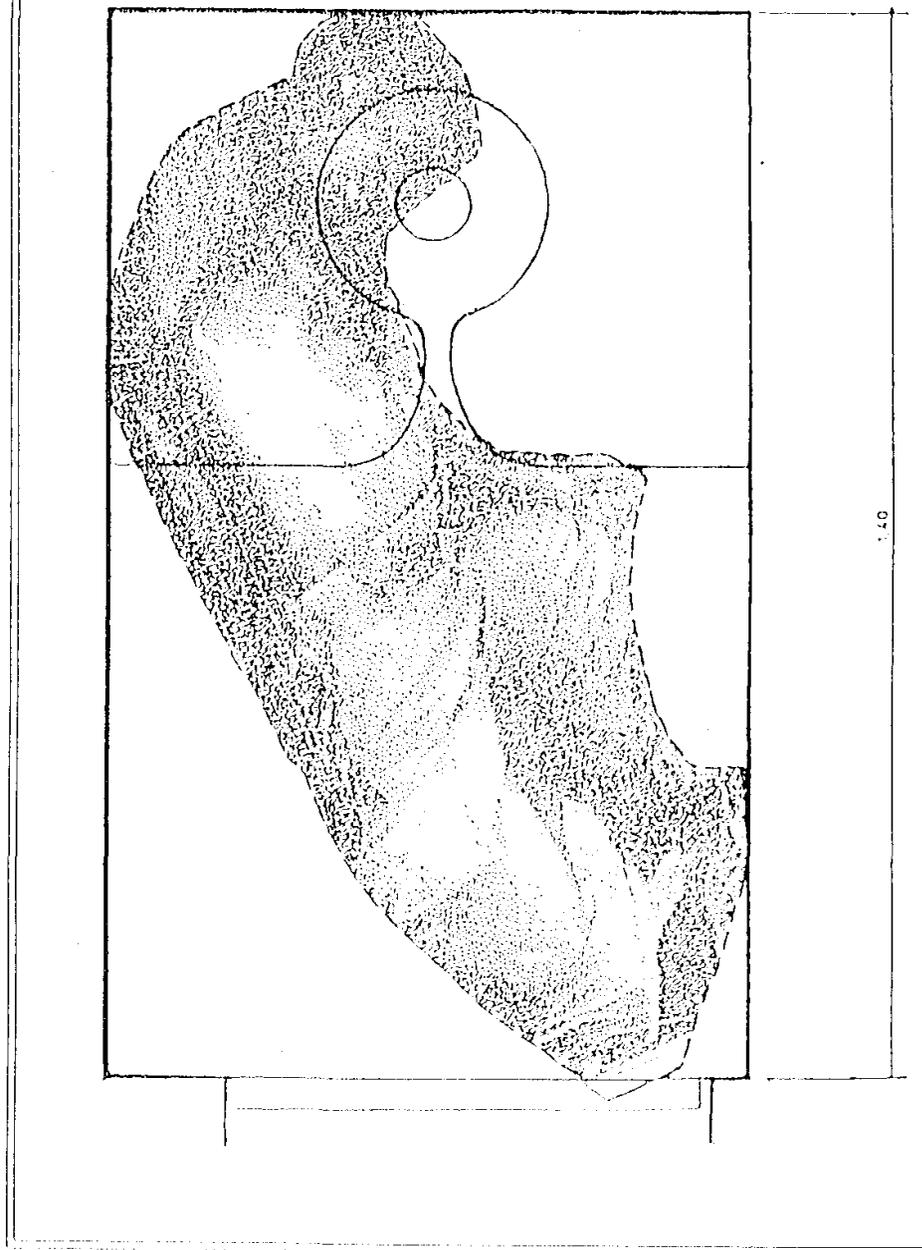
Con su computadora, Prueger escaneó una foto del cuerpo, que conservaba la postura encogida, y midió su longitud: 1,40 metros. Dedujo, por lo tanto, que lo ocultaron en un sitio de superficie pequeña, de hasta 1,40 metros de largo. (La escasa definición de la imagen es propia del sistema originalmente usado).

** COMPUTACION II :



Con un instrumento de ultrasonido, Prueger midió una de las 16 letrinas del baño abandonado. Tenía 1,40 metros de largo

*** COMPUTACION III :



Luego, montó en escala el cuerpo en el plano de la letrina, apoyado sobre el lado izquierdo, con la órbita de ese ojo sobre el orificio. Encajaba como en un molde. Quedaba demostrado que Omar no salió del cuartel, y que su cadáver fue escondido allí

Vamos a comentar ahora los 3 pasos de computación seguidos por el perito:

***COMPUTACIÓN I;**

En Fs. 1147 dice; “En relación a la postura de la víctima, la cual presentaba la cabeza inclinada hacia la izquierda, como apoyada sobre el hombro del mismo lateral, el brazo derecho parcialmente flexionado y alineado al tórax, mientras que el izquierdo superpuesto al miembro inferior izquierdo, y las piernas con un grado de flexión irregular, si comparamos una con relación a la otra. Esta postura fue estudiada y comparada con una persona de 1,63 mtrs. De altura, obteniéndose una relación de distancia longitudinal de 1,41 mtrs. Y de ancho aproximadamente 59 cm”.

Prueger, menciona las piernas del cadáver “con cierto grado de flexión irregular”, lo que induce a pensar en una actitud cadavérica anómala o no observada en otros cadáveres, y más aún en tanto que no explicita las causas.

Voy a analizar el verdadero sentido de las palabras empleadas.

Flexión; es el acto de doblar un miembro por la articulación de modo que se aproximen los extremos distal y proximal., entendiéndose también como la condición de estar doblado.

En su primera acepción se refiere a todos los mecanismos activos que ejercen los músculos y las articulaciones, estableciéndose distintos puntos de palanca en los movimientos y fuerzas a ejecutar. En el ser humano existen diversas patologías que alterando el músculo o las articulaciones provocan limitaciones en la flexión.

Es dinámica, a diferencia de la segunda acepción, que le confiere un carácter estático, es decir, de postura o actitud, por lo que el término puede ser aplicado también sobre cadáveres (actitud cadavérica, de la cual ya hice mención en el capítulo anterior)

Irregular; es un adjetivo que significa que se va fuera de regla o es contrario a ella, que no sucede común y ordinariamente. Es asimismo sinónimo de anómalo o anormal, intermitente, discontinuo, variable y caprichoso.

La flexión, al igual que los movimientos de extensión, son constantes en la escala animal, no contrariando ninguna regla física o anatómica normal tal cual nos movemos diariamente. De existir alguna limitación, deberá ser medida en grados físicos, y en el cadáver a través de medidas correspondientes. Si figurativamente quiso expresar algunos de los diversos estados o valores que, en relación de mayor a menor puede tener una cosa, no explica tampoco cuál de los miembros estaba en mayor o menor grado flexionado sobre el otro.

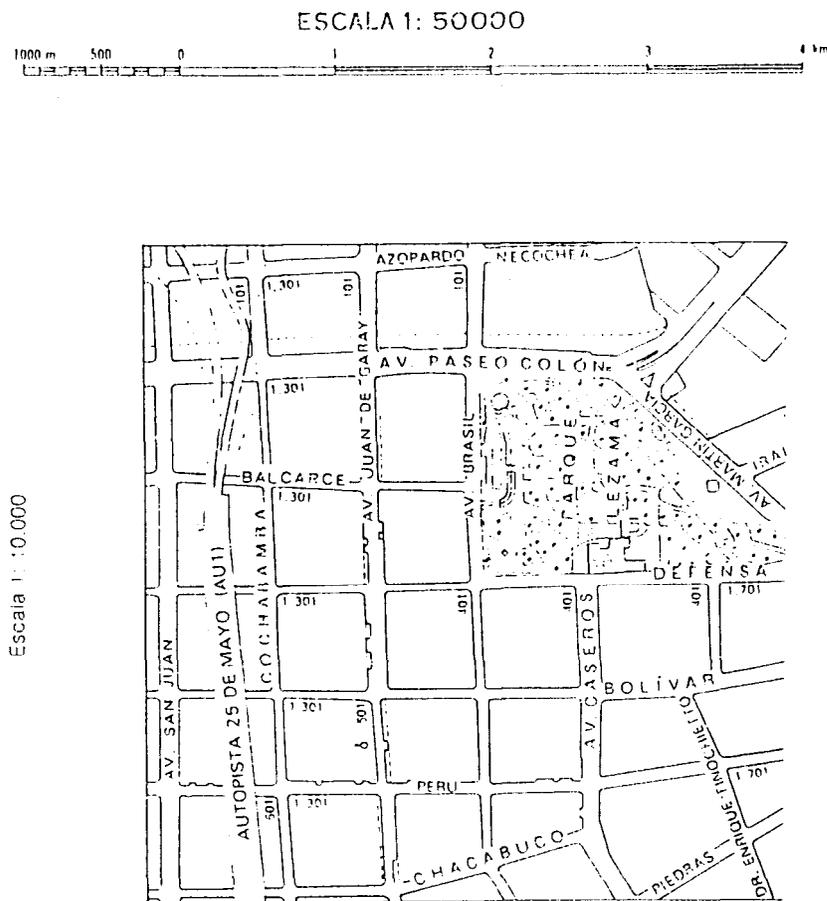
La flexión entonces podrá estar limitada pero JAMÁS ES IRREGULAR. El mal uso científico de las palabras o caprichosamente rebuscadas pueden llevar a un punto de vista distinto y alejado de la realidad. Con respecto a las medidas que menciona el perito, surgen serias y razonables dudas, pues los forenses que realizaron la segunda autopsia, en Fs. 1055 (renglón 1) claramente refieren que “la envergadura no pudo obtenerse”.

Si debido al estado de putrefacción y momificación y con el cadáver indubitable ante sí no pudieron tomar medidas fehacientes; ¿Cómo las logró éste perito? Utilizó un estudio comparativo de O. CARRASCO, pero no con su cuerpo erecto, sino con una persona de 1,63 mtrs. de altura, siendo que era la misma que registraba O. CARRASCO en vida. Atento al trabajo realizado a través de “scanneo” y “escalas” (por lo menos así está referido en el libro “El Ultimo Colimba” de Jorge URIEN BERRI y Dante MARIN, Edit. Planeta. 1995. págs. 308 y 310), comencé a averiguar para qué se utilizan las escalas, por lo que transcribo su definición y usos del “Atlas de Geografía” del Instituto Militar Argentino.

Escalas; “Toda representación, como toda imagen, está en una relación de tamaño (proporción) con el objeto representado, es decir, en una determinada escala, siendo entonces una relación de semejanza entre una distancia en el plano y su correspondiente sobre el terreno.” La escala numérica se presenta como un número fraccionario donde el numerador 1 significa unidad en el plano, reducida tantas veces como lo indica el denominador.

1/5.000 ó 1:5.000. Es decir que una unidad (cm, mm, etc) en el ejemplo equivale a 5.000 unidades (cm, mm, etc) en la realidad.

La escala gráfica es una línea dividida en segmentos numerados, expresados en m y Km que permite, midiendo las distancias en la carta y comparando con dichos segmentos determinar las medidas del terreno



A partir de que la aplicación de escalas es preferentemente para gráficos (dos dimensiones) me pregunté;

Si elijo cualquiera de las manzanas de la ciudad y la hago “scanear” sobre el plano; puedo llegar a las medidas reales tridimensionales de la manzana elegida? La pregunta vale entonces para la foto de O. CARRASCO; a partir de un plano en dos dimensiones; ¿puedo con un “sacanneo” y la aplicación de escalas llegar a determinar la exacta longitud que tenía en el terreno el cadáver O. CARRASCO, con sus piernas flexionadas a distinta altura, una cabeza apoyada en semiflexión sobre el hombro izquierdo y un cuerpo con notorias formas y volúmenes alterados por la putrefacción y momificación?

Para ello es necesario antes que nada tener puntos de referencia, de los cuales el primero es la distancia exacta a la cual se sacó la foto. (Dato que el perito en ningún momento refiere.)

2) Alguna referencia conocida dentro de la foto, como lo sería por ejemplo un centímetro que midiera la longitud de algún brazo, u otro elemento específico fuera del cuerpo, como por ejemplo un diario, etc.

3) Partiendo de la altura real y por “scanear”, se necesita un Software de reconstrucción del cuerpo humano. Cabe destacar que en la República Argentina NO EXISTEN TALES PROGRAMAS NI LA COMERCIALIZACION NORMAL DE LOS MISMOS.

4) Estos programas solamente existen en algunas universidades de empresas tales como “SILICON BODY” que hace animaciones computadas para películas (Ej: Jurassic Park)

5) Contando con el software, el equipo necesario para procesar la información brindada por la foto tiene que estar formado por;

a) Un pentium de 133 MHz con un mínimo de 16 Megas en RAM

b) Un Hard Disc Scaci de 1,0 Giga o más.

Con estos elementos recién es posible obtener la “APPROXIMACION” de las medidas que habría tenido el cadáver de O. CARRASCO.

6) Con un software de “Diseño Gráfico” dicha tarea es TÉCNICAMENTE IMPOSIBLE. Sería de relevancia saber;

1) ¿Qué equipo de computación utilizó el perito Prueger para sus “tan exactas” determinaciones?

2) ¿Qué software utilizó?

3) Autor del Software.

4) ¿Quién lo comercializa?

Todos los datos técnicos los obtuve a través de consultas con profesionales especializados de. “SISTEM’S Inc. S.A” cuyos datos y curriculum envié oportunamente (1/7/96) a quien fuera el Conjuez de la causa, Dr. Bruno BONETTI. De no haber contado el perito Prueger con los elementos mencionados, nos hallaríamos entonces frente a lo que sería un engañoso trabajo informático, ya que por computación, como hemos visto, se puede colocar una foto dentro de cualquier otro gráfico, y resultaría fácil disimular el hecho diciendo que finalmente entró porque se lo lateralizó un poco más, etc, lo cual carecería de toda seriedad científica pericial.

De haber contado con todos los elementos, .las medidas serían solamente aproximadas, y no permitirían formular ninguna conjetura precisa.

** Computación II:

Al pie de un gráfico esquemático que representa las medidas de una letrina se lee como título “ANTROPOMETRÍA DESCRIPTIVA”.

El título nada tiene que ver con lo representado, ya que la “Antropometría” es el estudio de los caracteres métricos cuantitativos o cualitativos del cuerpo humano con la ayuda de la biometría que a su vez es una parte de la biología que aplica los métodos matemáticos y estadísticos al estudio de los fenómenos vitales y al conocimiento cuantitativo de la variabilidad de las características biológicas. En los comienzos de la antropometría, P. Camper midió el ángulo facial para mostrar los diferentes grados de prognatismo en hombres de raza blanca y negra y en orangutanes. En 1843, Retzius introdujo el índice cefálico o relación entre la anchura y longitud, empleando los términos “dolicocefalo” para los cráneos largos y “braquicefalo” para los cortos o redondos.

El estudio de los caracteres métricos del cráneo (craneometría) permite a los antropólogos distinguir importantes grupos raciales.

Como fácilmente observarnos, la “antropometría” nada tiene que ver con las medidas de una letrina.

Se clasifica en {
Artística
Criminal (el Bertillonaje ya explicado)
Médica; ayuda al diagnóstico de ciertas enfermedades.

No existe ninguna “Antropometría Descriptiva”, siendo que lo descriptivo es simplemente el delineamiento o dibujo de una cosa, representándola de modo que de cabal idea de ella, o también

la representación de personas o cosas por medio del lenguaje, refiriendo o explicando sus distintas partes. Si bien el método descriptivo fue adoptado por todas las ciencias, se refiere siempre al acto de decir o señalar todas las partes constitutivas de un objeto y NO a una clasificación científica, tal como pretende el perito.

*** Computación III;

Del estudio de I y II surge claramente este tercer paso de computación, que es el “encaje” del cadáver de O. CARRASCO en el baño abandonado, obteniéndose así una más clara idea de la autoría electrónica que le cabe a la computadora utilizada.

Aclaro a V.S. que bajo ningún aspecto trato de ejercer crítica alguna sobre la persona del perito mencionado, pero sí sobre su traba lo “pericial”.

Siendo yo perito de la matrícula y en la alta función oficial para la que fuera designado tengo la obligación moral y ética de hacerlo, poniendo énfasis no en lo que puede ser un simple error (ya que nadie está exento de cometerlo involuntariamente), sino en todo aquello que lejos de ser una investigación científica sería constituya el punto de partida de una falsa premisa. Como todos sabemos, de una falsa premisa jamás se obtienen conclusiones verdaderas.

El mismo tipo de estudio ya lo había referido Prueger en el informe que el día 4 de Mayo de 1994 elevó al Juez Federal Dr. Rubén CARO (Fs. 1146) donde dice; “el estudio de las fotografías nos indica, que la víctima presentaba las dos manos percutidas con sustancias de color blanco y partículas finas, no se ubica este elemento en otras partes del cuerpo. -ORSERVESE IMAGEN COMPUTARIZADA”

(Es destacable el hecho que observó en las fotos “finas partículas” en las manos y omitió la descripción -aunque somera - de otros objetos de mayor tamaño que estaban ubicados alrededor del cadáver.)

Pero además, el hecho de que el cadáver de O. CARRASCO NUNCA estuvo oculto en la letrina del baño abandonado está sustentado por la concurrencia inobjetable de los siguientes indicios;

A) La fauna hallada NO PERMITE CIENTÍFICAMENTE ESTABLECER si es cadavérica o excrementicia, ya que la Phaenicia Sericata pone huevos tanto sobre restos cadavéricos como sustancias excrementicias, y las larvas resultantes serán idénticas, por lo que la CERTEZA de ser cadavéricas la da su ubicación sobre un cadáver.

B) Los nutrientes larvarios no necesariamente deben ser restos orgánicos putrefactos, ya que las larvas se alimentan también de tejidos necróticos y de sustancias excrementicias.

C) Por los dos puntos anteriores se descarta rotundamente -aún en el plano de las suposiciones- que haya provenido de un cadáver, y menos aún del de O. CARRASCO.

D) No se investigaron las características del sustrato donde asentaba la “abundante fauna”.

E) Se encontraron ninfas en gran cantidad de color rojo (Fs.- 1151) pero inexplicablemente no se encontraron -pues no se refiere tal hecho- gran cantidad de moscas pequeñas sobrevolando la letrina.

F) El huevo de demestres tarda unas tres semanas en alcanzar su estado adulto, por lo que la fecha de postura se remontaría al 14 de abril aproximadamente, es decir que queda demostrado nuevamente que no eran del cadáver de O. CARRASCO.

G) En el supuesto que por cualquier circunstancia el desarrollo se detuvo en la etapa de ninfa y no había moscas estaríamos alrededor de los 14 días de la postura, elevándose la fecha al 21 de abril, arribando a la misma conclusión del punto anterior.

H) El olor nauseabundo de la putrefacción (cualesquiera hayan sido las condiciones meteorológicas) hubiese sido percibido fácilmente, no solo por personas, sino también por el olfato más desarrollado del perro “Falucho” y por ROEDORES. Estos últimos no tenían ningún impedimento físico para llegar hasta la letrina y hubiesen provocado lesiones post mortem características de su accionar, que no existían en el cadáver. (Fundamentos científicos del punto; páginas 12 y 13 de mi peritación)

Lo expuesto se fundamente en el desarrollo que hice sobre el tema en las páginas 15, 16 y 17 de mi peritación

AMPLIACION DE OTROS ASPECTOS NO INFORMÁTICOS DE LA PERITACION DE PRUEGER:

En fs. 1146 y 1147 dice; “en el lugar se ubicó un billete y una gorra, los cuales tenían indicios de estar manchados con materia fecal, se podría decir que no hay confirmación al respecto, pero INDUDABLEMENTE ES TAL VEZ EL INDICIO MAS SENCILLO DE RECONOCER”.

Para sustentar su hipótesis, en fs. 1149, dice;

Lugar donde fue encontrado	——>	Tanque
Billete con materia fecal	——>	Materia fecal
Gorra con materia fecal.	——>	Restos calcáreos color blanco

Resultado de los análisis (Fs. 1462);

En Fs. 1460 se describe que el billete de un peso “presenta dos tipos de manchas nítidas, una sobre la numeración de anverso en su margen izquierda, que corresponde a una adhesión de areniscas, y la segunda sobre el costado derecho de la imagen de Pellegrini, cuya característica pegajosa, tiene incrustaciones de arenillas; de éste lugar se torna un trozo pequeño (muestra Nro 17), cuyo resultado fue (Fs. 1462) ——> QUE NO ERA UNA MANCHA DE SANGRE

A su vez, el birrete —————> NO CONTIENE MANCHAS (Fs. 1686, “Sobre Nro 4”)

Por lo tanto, la comparación indiciaria de los lugares que hace el perito, aseverando que el billete y el gorro tienen materia fecal por ser el indicio más sencillo de reconocer CARECE DE VALIDEZ CIENTIFICA.(no fue confirmada por ningún estudio que la mancha fuese materia fecal en el caso del billete, y en el gorro verde o birrete la mancha NO EXISTÍA

En Fs. 1148, título “Estudio tanque Intce” refiere que; “se observó en la planta baja del mencionado tanque una mancha que por las características MACROSCOPICAS y de reacciones a los REACTIVOS QUÍMICOS DE. ORIENTACION nos indican con elevada probabilidad que tal mancha sea sangre..”

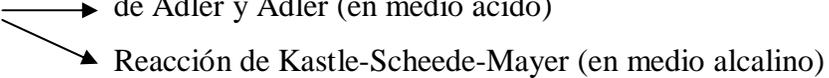
Para analizar científicamente lo expuesto es menester que brinde a V.S. una breve exposición referente al estudio e identificación de las manchas de sangre.

“Los caracteres MACROSCOPICOS de las manchas de sangre son insuficientes para diferenciarlos de falsas manchas que tienen la misma apariencia: manchas de fruta, jugos vegetales, jugos de aceitunas frescas, mancha de tinta roja, de pintura, de lápiz labial, de herrumbre, excrementos de pulgas, .chinchas, mohos, etc. Es pues necesario someterlas a reacciones de identificación tras haberlas disuelto por maceración, en algunas gotas de agua destilada. Para las manchas antiguas es preciso emplear ácido acético glacial o de preferencia amoníaco puro.

Las reacciones de identificación de la sangre utilizadas en medicina legal no tienen todas el mismo valor desde el punto de vista de su especificidad y de su sensibilidad. De aquí la necesidad de clasificarlas, según su categoría probatoria en tres grupos: reacciones de ORIENTACION, reacciones de PROBABILIDAD, y reacciones de certeza.

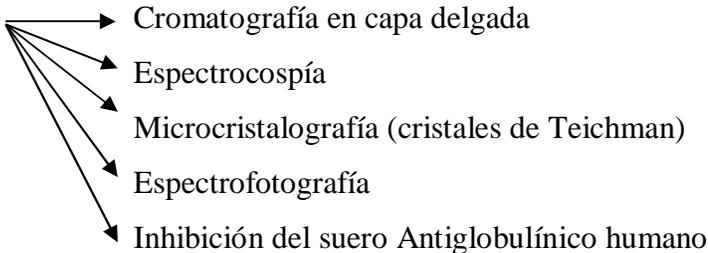
Reacciones de orientación; una gota de agua oxigenada o de hipobromito sódico, depositada sobre una mancha de sangre, hace aparecer un gran número de pequeñas burbujas gaseosas visibles a la lupa; pero ciertas sustancias orgánicas, herrumbre, etc., producen el mismo fenómeno.” (8)

Reacciones de probabilidad; se basa ya en propiedades químicas específicas de la hemoglobina (pigmento ferruginoso tetrapirrólico), que es una las peroxidadas más activas. Pero aparte de la sangre, otras peroxidadas (leche, jugos de frutas, etc.), ciertos catalizadores minerales (sales de cobre, níquel, de cobalto, de hierro, etc.), la mayor parte de los (permanganatos, bicromatos etc.) pueden igualmente dar reacciones de coloración positivas.”

Se citan la Reacción 

Tal cual lo expresan los Sres. Químicos Forenses de la Morgue Judicial en fs. 1461, “son reacciones genéricas de reconocida sensibilidad que señalan o admiten la posibilidad de la existencia de sangre (Diagnóstico presuntivo) y resultan, en cambio, excluyentes cuando ofrecen resultados negativos.”

Reacciones de Certeza; son específicos, ya que señalan la presencia de sangre animal o humana.

Se citan 

La elección final del método queda condicionada a la disponibilidad del

pigmento hemático.

Sin necesidad de ser un especialista en el tema, es fácil advertir que las reacciones de Orientación son inespecíficas (tal cual su nombre lo indica), y que existe un segundo grupo de reacciones que por su especificidad se llaman “DE PROBABILIDAD”, que brindan ya un grado de certeza.

Las reacciones de orientación son hoy de escasa utilidad, y sus citas bibliográficas son más históricas que prácticas, a tal punto que los Sres. Químicos Forenses ni siquiera las citan en el completo estudio que efectuaron sobre manchas de sangre (Fs. 1456 a 1468).

El perito Prueger incurre en los siguientes errores;

- 1) No menciona que reactivos químicos de orientación utilizó
- 2) No menciona los pasos del estudio analítico (tal como no es de rigor hacerlo Ejemplo; fs. 1460. “Estudio analítico” descrito por los Químicos Forenses.
- 3) Le adjudica “elevada” probabilidad de ser sangre a una mancha por caracteres macroscópicos y por la prueba misma de orientación que utilizó por definición no las tiene, ya que, como vimos, puede dar resultados positivos con innumerable cantidad de otras sustancias que no son sangre.

Para hablar de “probabilidad” tendría que haber utilizado las pruebas respectivas.

- 4) En Fs. 1149 determina;

“Lugar que fue encontrado → Tanque
Víctima herida en el ojo → sangre”

No solamente da crédito de que la mancha era de sangre, sino que además determina que provino de la víctima herida en el ojo. Es decir, establece como cierta la herida del ojo de O. CARRASCO, y por lo tanto (carácter transitivo) la sangre era de O. CARRASCO.

Veamos su falta de sustento científico; {

- A) NO DETERMINÓ CON LAS REACCIONES DE CERTEZA SI REALMENTE ERA SANGRE
- B) NO DETERMINÓ SI ERA SANGRE ANIMAL O HUMANA
- C) NO DETERMINÓ GRUPO SANGUÍNEO
- D) NO DETERMINO LA ANTIGÜEDAD DE LA MANCHA.

En Fs. 1147, PRUEGER dice que observa un mayor volumen del hombro izquierdo de la víctima y esto implica una mayor acumulación de líquido por precipitación, esto tiene relación directa con la postura que presentaba el cadáver en el lugar donde fue ocultado. La INFLAMACION mencionada indica una orientación con cabeza y tórax en un plano descendente...etc.”, agregando renglones más abajo que “Indudablemente la INFLAMACION implica que a la distribución espacial debe agregarse una deriva vertical...etc.”

La INFLAMACION es una reacción hística a una irritación, infección o lesión, caracterizada por calor local, tumefacción, enrojecimiento, dolor y a veces pérdida de la función. Es un fenómeno VITAL., que nada tiene que ver con los fenómenos cadavéricos

Una última cita; En fs. 1151 y 1152 Prueger dice; “En la letrina encontramos una cantidad descomunal de fauna, la cual fue fotografiada, posterior a esto y antes de retirar se compara con otras letrinas, las cuales no presentan ningún tipo de fauna, a pesar de encontrarse EN LAS MISMAS CONDICIONES QUE LA INVESTIGADA”.

Las CONDICIONES DE LA INVESTIGADA era que contenía una cantidad descomunal de fauna, por lo que entonces en las demás, por hallarse en las mismas condiciones, también las tenía, afirmando simultáneamente que no había ningún tipo de fauna, estableciéndose UNA, CONTRADICCIÓN INOBJETABLE.

Si sumamos las inexactitudes científicas a las semánticas y sintácticas (y ya pasando por alto las ortográficas, como “escremento” por excremento, por ejemplo) nos encontramos frente a una peritación carente de credibilidad, que no aporta elementos para afirmar o negar un resultado, siendo todo lo expuesto (argumentos suficientes para demostrar las irregularidades surgidas, y que la invalidan para llegar a una conclusión objetiva, careciendo de veracidad y rigurosidad científicas.

Las técnicas deben ser siempre descriptas, ya que son toda una serie de reglas que signan el método, y por medio de las cuales se consigue un resultado claro, una consecuencia como conocimiento objetivo.

Las técnicas sirven para la verificación empírica de las hipótesis científicas, siendo ésta una de las reglas del método científico. Siempre ponen a prueba consecuencias particulares de hipótesis generales, es decir, muestran que hay, o que no hay ningún fundamento para creer que las suposiciones en cuestión corresponden a los hechos observados o a los valores medidos.

El conocimiento científico debe ser claro y preciso, lo más exacto posible incluyendo un análisis lógico de los resultados obtenidos, ya que, si bien en otras ciencias cabe aceptar un enfoque filosófico, no lo es en el caso de autos, donde sus implicancias serán jurídicas.

LXII.- LOS DISTINTOS GRUPOS SANGUÍNEOS DE OMAR O. CARRASCO.

Llama la atención que el grupo sanguíneo de quien en vida fuera O. CARRASCO fuese determinado como perteneciente al “A” Rh positivo (ingreso al servicio militar), y postmortem como “B” Rh positivo en los estudios químicos forenses.

Surge de inmediato una pregunta; Era A o era B?

Si leemos detenidamente las determinaciones forenses vemos que;

(Fs. 1466 y 1467); “De las muestras 16a, 16b, 18 y 19 se pudo establecer que las muestras analizadas SE COMPORTAN COMO PERTENECIENTES al grupo “B” reiterando en las conclusiones (Fs. 1467 y 1468) que “en el material remitido se pudo determinar su naturaleza sanguínea y su origen humano en las muestras N° 14, 16a, 16b, 18 y 19. y el COMPORTAMIENTO de las mismas COMO PERTENECIENTES al grupo “B” para las muestras...etc.”, finalizando que “en cambio, dada su escasa cantidad sólo se pudo demostrar EL COMPORTAMIENTO de su factor Rh positivo para las muestras Nro 18 y 19.”

“Se comporta como perteneciente a” es sinónimo de “se comporta como si fuese” “como que fuese”, vale decir que en el texto claramente se advierte la introducción de una oración comparativa que implica probabilidad.

Es decir, que la certeza clínica fue determinada para el grupo “h” mientras que dicha certeza no se establece fehacientemente en los estudios químicos forenses post mortem.

Para entender lo anterior explico sintéticamente que en la superficie celular de los glóbulos rojos de las diferentes personas hay dos tipos de antígenos (sustancias que estimulan una respuesta inmunitaria a través de la formación de anticuerpos) relacionados entre sí, los tipos A y B. Dada la forma que estos antígenos se heredan, una persona puede tener uno de ellos, ambos o ninguno.

En el plasma de las personas que no poseen uno de estos antígenos en sus glóbulos rojos, existen habitualmente potentes anticuerpos que reaccionan específicamente contra ése antígeno.

Estos anticuerpos se unen a los antígenos de los hematíes (o glóbulos rojos) y provocan la aglutinación de éstos.

Por tanto, los antígenos de los tipos A y B se llaman “aglutinógenos” mientras que los anticuerpos plasmáticos que inducen la aglutinación se denominan “aglutininas”. La sangre se divide o “tipifica” en grupos para su transfusión según la presencia o ausencia de aglutinógenos A y B en los glóbulos rojos.

Cuando los glóbulos no contienen ningún tipo de los aglutinógenos es del tipo “O”. Cuando sólo existen aglutinógenos del tipo A, la sangre es del grupo A.

Cuando sólo tiene aglutinógenos del tipo B la sangre es del grupo B. Cuando existen ambos, la sangre es del grupo AB.

El aglutinógeno y la aglutinina correspondiente no se hallan en la sangre de un mismo individuo ya que su coexistencia tendría por efecto provocar una autoaglutinación.

En clínica, los grupos sanguíneos son fácilmente identificados a condición de disponer de suero anti A y suero anti B, bastando mezclar la sangre con una gota de cada antisuero y se observa a simple vista si ha habido aglutinación (formación de grumos).

Los resultados que se obtienen son interpretados como sigue;

	SUEROS		GRUPO SANGUINEO
	Anti A	Anti B	
Glóbulos rojos a identificar	+	+	AB
Glóbulos rojos a identificar	0	0	0
Glóbulos rojos a identificar	+	0	A
Glóbulos rojos a identificar	0	+	B

+ u 0, representa aglutinación o ausencia de ella.

En medicina legal, la destrucción de glóbulos rojos por hemólisis o su alteración por la desecación no permite el empleo de pruebas directas de aglutinación como la descripta.

Las aglutininas y los aglutinógenos (si bien éstos últimos son más resistentes que las aglutininas), desaparecen progresivamente bajo la influencia de la desecación, de la oxidación, la acción bacteriana, la putrefacción, el calor y la cocción. La acción de agentes químicos enérgicos (formol, ácidos, etc), y la exposición al aire libre. La desaparición progresiva bajo las circunstancias descriptas implica un cambio estructural molecular de los aglutinógenos, por lo que las pruebas destinadas a su detección podrán dar resultado no coincidente con el grupo real sino como perteneciente a otro. De allí que a pesar de haberse utilizado en el caso de autos un método muy

sensible, -Fijación-Elución-Revelación- (Fs. 1465), sus resultados puedan ser referidos solamente a “Se comporta como perteneciente a...”

¿Existe entonces en la actualidad alguna forma de saber a qué grupo realmente pertenecía O. CARRASCO?

Si, y es a través de la herencia de los grupos sanguíneos, por lo que nuevamente brindaré una sencilla explicación para sustentar un estudio que voy a solicitar a V.S.

El fenómeno fundamental de la herencia consiste en que el niño presenta en cada generación los caracteres propios de la especie a la cual pertenecen los padres.

Los caracteres de la especie humana se mantienen en forma notablemente constantes de generación en generación. Todas las diferencias morfológicas, fisiológicas, etc., entre los individuos se reducen en verdad, cuando son hereditarias, a combinaciones de detalle al nivel de las moléculas constitutivas de nuestras células. En el caso de los grupos sanguíneos tenemos la oportunidad de examinar el mecanismo de la herencia a nivel celular.

Cuando se une el óvulo con el espermatozoide, todo el patrimonio hereditario se halla contenido en esa célula inicial denominada huevo, cuyas divisiones posteriores culminarán en ese edificio complejo que es el cuerpo humano.

Cada una de estas células son portadoras de la parte de cada uno de los padres.

Las sustancias contenidas en el núcleo, las más complejas de toda la materia viviente, son las que transmiten los caracteres hereditarios. Estamos ya hablando del famoso ADN (ácido desoxiribonucleico), contenido en los cromosomas.

Estos contienen los genes, que son unidades químicas especializadas que llevan “la información” necesaria para producir una determinada categoría de síntesis dentro de la célula.

En el huevo humano hay 23 pares de cromosomas. En cada cromosoma de dicho par se halla, al mismo nivel, un sitio, un “locus”, ocupado por un gene o una serie de tres genes, que corresponde a esas propiedades. Estos tres genes son A, B y O. El huevo recibe del óvulo uno de los dos cromosomas del par, y el otro proviene del espermatozoide. El individuo recibe, pues, un gene ABO de su madre y otro de su padre. El conjunto de estos dos genes constituye el “genotipo”. Puesto que hay entonces tres genes, hay seis genotipos posibles:

Tres genotipos contienen dos genes idénticos; son los llamados homocigotas:

O/O, A/A y B/B.

Tres genotipos contienen dos genes diferentes; son los llamados heterocigotas: A/O, B/O y A/B.

Pero apenas nos hallamos en el comienzo del desarrollo del individuo, y lo que deseamos conocer es como se establece la correspondencia entre el genotipo del huevo y el fenotipo, es decir, el grupo sanguíneo. Lo que sigue es una grosera simplificación, pero que llevará a comprender lo que realmente sucede.

Un huevo fecundado recibe un gene A del padre y un gene A de la madre. Su genotipo es A/A. La célula se divide en dos células hijas y durante la división cada uno de los cromosomas construye una réplica exactamente idéntica a si mismo.

Una de las réplicas pasa a una célula hija y la restante a la otra, por lo que el número de cromosomas se mantiene constante de una célula a otra, y cada célula hija contiene en suma los mismos cromosomas que la célula madre.

Todos los genes A volverán a encontrarse en las células resultantes de la primera división. Es decir, que el genotipo se conserva y ello sucede durante todas las divisiones que culminan con la formación de órganos y tejidos del individuo adulto.

Si se trata del genotipo B/B, todo lo que precede es válido si se cambia la letra A por la B.

En el caso del genotipo AB los dos genes son capaces de proporcionar la información necesaria para la elaboración de ambas estructuras.

En cuanto al último homocigota, el O/O, no puede conferir a la molécula la estructura A ni B.

Pero si el genotipo es A/O o B/O, existe por un lado un gene formador capaz de la elaboración de la estructura A o B (gene dominante), y por otro lado un gene amorfo, el gene O, incapaz de realizar dicha acción (gene recesivo). Por consiguiente, aparecerá sobre los glóbulos rojos la estructura A o B, pese a la presencia del gene O. Cuando se determina el grupo de una persona, y se advierte por ejemplo que pertenece al grupo A o B, no es posible a priori decir cuál es su genotipo. Pero para el grupo O, se necesita otro gen recesivo O (es decir O/O).

Como ya conocemos los genotipos, veremos la posibilidad de formación de los grupos;

A/A + A/A : Todos los hijos grupo A
 A/A + A/O : Todos los hijos grupo A
 A/O + A/O : A/A ; A/O ; A/O y O/O. Es decir, de 4 hijos 3 serán grupo A y uno O.
 B/B + B/B : todos los hijos grupo B
 B/B + B/O : todos los hijos grupo B
 B/O + B/O : 3 B y uno O
 A/B + A/B : A/A ; A/B ; A/B y B/B. Es decir, 3 AB y uno B
 A/A + A/B : A/A ; A/B ; A/A y A/B, " " , 2 A y 2 AB
 A/O + A/B : A/A ; A/B ; A/O y B/O. " " , 2 grupos A, uno A/B y uno B.
 B/B + A/B : Todos AB
 B/O + A/B : A/B ; B/O ; A/O y B/O. " " , uno A, uno A/B, uno A/B y uno B.
 A/A + O/O : Todos A
 A/O + O/O : A/O ; A/O ; O/O y O/O. " " , dos A y dos O
 B/B + O/O : Todos B
 B/O + O/O : B/O ; B/O ; O/O y O/O. " " , dos B y dos O
 A/B + O/O : A/O ; A/O ; B/O y B/O. " " , dos A y dos B

Conforme a dichas reglas, ninguno de los padres de un hijo del grupo AB puede pertenecer al grupo O.

Así podemos establecer entonces las POSIBILIDADES E IMPOSIBILIDADES HEREDITARIAS, siendo aceptada universalmente la teoría de Bernstein gracias a la matemática.

Padres	Hijos posibles	Hijos imposibles
O - O	O	A - B - AB
O - A	O y A	B y AB
O - B	O y B	A y AB
A - A	O y A	B y AB
A - B	O - A - B y AB	Ninguno
B - B	O y B	A y AB
O - AB	A y B	O y AB
A - AB	A - B y AB	O
B - AB	A - B y AB	O
AB - AB	A - B y AB	O

Solicito respetuosamente a V.S. como prueba pericial, la determinación del grupo sanguíneo de los padres de quien en vida fuera OMAR CARRASCO, a fin de establecer algunas de las posibilidades mencionadas.

La importancia de ello radica que en caso de poder confirmarse que la víctima solamente podía ser del grupo A, serían nulos todos los indicios que trataron de vincular el ocultamiento del cadáver en determinados lugares del regimiento basándose en el comportamiento de la sangre como si fuera B.

En caso de que los resultados indicaran inobjetablemente que realmente era del grupo B, cabe preguntarse solamente con razonabilidad, si no pudo haber pasado que ante un cuadro de hemorragia abundante (con o sin signos de shock), una transfusión con sangre del grupo A haya provocado fenómenos de incompatibilidad severos y la muerte debida a esta circunstancia.

Ottemberg estableció las reglas prácticas que debían observarse para evitar accidentes, y se resumen diciendo que la transfusión puede hacerse cuando los glóbulos rojos del dador no son aglutinados por el suero del receptor, prefiriéndose hacer transfusiones de sangre pertenecientes siempre al mismo grupo y reservando la transfusión del grupo O a los enfermos cuyo grupo NO SE CONOCE y en casos de extrema urgencia, vale decir, que de haber existido la posibilidad de una transfusión de urgencia en O. CARRASCO;

- 1) Lo hubiesen transfundido con sangre O
- 2) En caso de transfundir sangre de otro grupo se mezclan aglutininas anti A o anti B con glóbulos rojos que contienen aglutinógenos A o B respectivamente, produciéndose hemólisis de los glóbulos rojos de la sangre donada. Es muy raro que la sangre transfundida aglutine los glóbulos rojos del receptor, pues la porción plasmática de la sangre donada se diluye inmediatamente en todo el plasma del receptor, disminuyendo con ello el título de aglutininas inyectadas hasta un valor demasiado bajo para causar aglutinación. La hemólisis intravascular inmediata es mucho menos común que la aglutinación seguida de hemólisis tardía. La hemoglobina procedente de los glóbulos rojos lisados se transforma en bilirrubina, que podrá causar ictericia, pero el efecto más peligroso de una transfusión incompatible es muerte por fallo renal agudo, que se produce en un lapso de 7 a 12 días, (sin tratamiento) lo que no se condice con la fecha en que su recibió el o los golpes en el tórax y la fecha que estimé de su fallecimiento.

Referencias bibliográficas: (9), (10), (11), (12)

LXIII.- SINTESIS DE LA PRIMER AUTOPSIA

Realizada el 6 de abril de 1994 a las 21:00 hs.

ENCONTRARON	{	<ul style="list-style-type: none">- Fractura de la 2a, 3a y 4a costillas derechas- Radiografía de tórax Frente SIN FRACTURAS ni otras lesiones- Inexistencia de traumatismo de cráneo y de intestinos.- Pulmones macerados-Inexistencia de derrame pericárdico-Globo ocular izquierdo enucleado-Aprox. 1500 cm³ de líquido de tinte hemático en región pleural posterior
MUESTRAS	{	<ul style="list-style-type: none">- Frasco 1: 200 cm³ de líquido pleural para examen pericial- Frasco 2: 2 cm³ de contenido negruzco de estómago para periciar- Frasco 3: Fs. 141: “pelo pubiano y una porción de cuero cabelludo con pelo para compatibilización pericial en caso de ser necesario.”

QUE ES LO QUE NO SE HIZO Y SE TENDRIA QUE HABER HECHO:

1) No se realizó en esta SEGUNDA OPORTUNIDAD el necesario ESTUDIO MÉDICO LEGAL DE LAS ROPAS, OMITIDO POR PRIMERA VEZ en el mismo LUGAR DE LOS HECHOS.

Tampoco se menciona en qué forma se extrajeron las prendas y quién lo hizo.

2) No se efectuó un pormenorizado EXAMEN EXTERNO DEL CADAVER, pues no miraron NI VIERON la notable desproporción que existía en el hombro y brazo izquierdo del cadáver respecto del resto de las partes anatómicas, ni tampoco observaron la CIANOSIS UNGUEAL, manifiestamente destacada en la segunda autopsia.

3) No realizaron el estudio radiológico completo del cadáver, y que es menester hacerlo a fin de detectar la existencia de otras lesiones (óseas o presencia de fragmentos metálicos como proyectiles, etc.). Solamente se hicieron Rx. de cráneo y tórax.

4) No identificaron vasos intratorácicos, ya sean sanos o dañados. Más aun, ni los mencionan, siendo que resisten la putrefacción largo tiempo. Por si queda alguna duda de ello, ya THOINOT en 1927, lo mencionaba en su libro “Tratado de Medicina Legal (pág. 115);” La primera alteración que experimentan los vasos es la imbibición de su membrana interna. Esta imbibición precoz permanece visible mucho tiempo, habiéndose tornado erróneamente en otra época por un signo de inflamación. Los vasos de los cadáveres putrefactos están ordinariamente, aunque no siempre, vacíos de sangre. Orfila ha encontrado después de 2 ó 3 meses de inhumación, cierta cantidad de sangre negra, fluida o coagulada, en las venas y las arterias. Los vasos, y sobretodo los grandes troncos arteriales, resisten de un modo notable a la putrefacción. En una exhumación de 14 meses ha visto Orfila una Aorta que se reconoció perfectamente.

5) No se realizó la docimasia hepática química ni la histológica.

6) No se tomaron muestras de ningún órgano, siendo que es de fundamental trascendencia en toda autopsia. El examen interno, en palabras de Glaister, debe incluir: “un examen de todos los órganos y todas las cavidades del cuerpo, incluso cuando la causa aparente de la muerte ha sido previamente hallada en uno de ellos, ya que otras pruebas corresponsales de la causa de muerte pueden hallarse en uno o más de los restantes.

Nunca se insistirá demasiado en la importancia de éste punto, ya que la inadvertida omisión de un completo examen puede invalidar fácilmente un informe. A medida que se saca cada órgano, éste debe ser examinado, colocando fragmentos del mismo en un frasco de vidrio para ineludibles estudios posteriores, como lo son el histoanatomopatológico y las pruebas toxicológicas.

7) No se empleó ningún método científico para cuantificar la cantidad de líquido de la cavidad pleural posterior (no mencionan si es la derecha o la izquierda, ya que hay 2, de la misma manera que hay dos pulmones)

Si se pudo determinar volumétricamente el líquido pleural recolectado (200 cm^3) y del contenido negruzco del estómago (2 cm^3) para estudios periciales posteriores NO ESPECIFICADOS, no era óbice entonces poder determinar el volumen total del líquido pleural existente, y que posteriormente se justificó calculado a “OJO DE BUEN CUBERO”, método que puede servir para las artes culinarias por ejemplo, pero inexistente e inadmisibles en cualquier ciencia que se quiera.

8) No se tomaron muestras del contenido vesical

9) No se tomaron muestras de la fauna cadavérica existente

10) No se fotografiaron pericialmente todos los tiempos autópsicos y el estado de los órganos, para poder corroborar lo que solamente se redactó.

11) No establecieron estimativamente cuánto tiempo estuvo el cuerpo en zona descampada.

12) No hicieron el diagnóstico de causa de muerte. En un artículo publicado en el Diario La Nación el día 12 de Octubre de 1992 (Los Secretos de la Morgue II. - “Los cadáveres casi siempre hablan” pág. 10) el Director de la Morgue Judicial, Dr. Heraldo Donnewald dice; “Las autopsias no siempre son totalmente confiables, ya que a veces no se pueden sacar conclusiones terminantes. Por ejemplo, cuando se hace la autopsia de un cadáver putrefacto o exhumado después de cierto tiempo.” Ante la pregunta; Pueden equivocarse los médicos forenses? , responde: “No hay ser humano que sea perfecto. Puede haber equivocaciones, PERO SON MUY EXCEPCIONALES. Además, en toda autopsia trabajan dos forenses, y con ellos colabora un **médico abductor**, con lo cual las posibilidades DE ERROR SE REDUCEN AL MINIMO

En el caso de autos, en la autopsia había un Médico Legista de la Policía (Lucio de La Rosa), un médico Forense (Dr. Rodolfo VILLAGRA), y un numeroso equipo de colaboradores. (Constituido

por el bioquímico José ROCA, la Subteniente enfermera profesional Viviana GONZALEZ y el Sargento primero Enfermero General José Luis RIOS).

13) El frasco con contenido estomacal que hubiese permitido detectar la existencia de medicamentos y/o tóxicos, NUNCA FUE PERICIADO.

14) No se respetó UNA REGLA DE ORO TANTO DENTRO DE LA MEDICINA LEGAL COMO DE LA CRIMINALISTICA, y que es, ANTES DE AMPUTARLE LAS MANOS AL CADAVER, HABERLE REALIZADO UN HISOPADO SUBUNGUEAL (debajo de las uñas), a fin de detectar o no la existencia de elementos (tierra, fibras, pelos, etc..) que brindaran indicios del lugar donde estuvo oculto.

MIS CONCLUSIONES

1) El traumatismo de tórax no afectó el corazón, ni los vasos coronarios, ni el nacimiento de la arteria aorta, no estando mencionado el estado de las arterias mamarias.

2) El ojo izquierdo no estaba enucleado

3) No surge de una autopsia tan incompleta el diagnóstico de causa de muerte, siendo dudosas las fracturas observadas macroscópicamente en tanto y en cuanto en una radiografía de tórax efectuada antes de la realización de la autopsia no se observaban fracturas. Se completa el concepto con las observaciones de THOINOT en 1927 y de total y actual vigencia (pág. 109); “A medida que avanza la putrefacción las costillas comienzan a desprenderse de sus cartílagos”. Desprendimiento putrefactivo no es igual a fractura.

El resto de los fundamentos están explicados en las páginas 3 a 6 de mi peritación, por lo que remito a V.S. a las mismas.

LXIV. - SINTESIS DE LA SEGUNDA AUTOPSIA

Como sabemos, fue realizada el 20/4/94, a los 14 días de la primera.

1) Aún se conservaba la NOTORIA diferencia de volumen por aumento del diámetro del hombro y brazo izquierdos.

2) No había fracturas de cráneo ni de macizo facial.

3) De la órbita izquierda emergen tejidos en putrefacción

4) Lechos ungueales cianóticos

5) No pudieron determinar si existían lesiones pulmonares.

6) Cavidades pleurales con líquido de marcado tinte hemático en putrefacción, al igual que en cavidad peritoneal (200 cm³)

7) Articulaciones condrocostales derechas separadas (la 4ta); luxadas la 3ra, 5a y 6ta.); movilidad articular de la 2da a la 4ta).

EN NINGUN MOMENTO MENCIONAN LA PALABRA “FRACTURA.”

8) Solicitan estudios histopatológicos, tal como corresponde hacerlo.

9) No emiten conclusiones válidas, ya que para hacerlo necesitan correlacionar SOBRE TODO (FS. 1059) los estudios histopatológicos con la primera autopsia.

10) Se efectuó el estudio médico legal de ropas.

11) Realizaron el examen subungueal de ambas manos.

12) Recogieron muestras de fauna cadavérica viva y muerta de las ropas enviadas que fueron remitida para su examen especializado. (Fs. 1479)

Y llegan a las siguientes conclusiones;

a) Tercer cartílago condrocostal derecho NO muestra indicios macroscópicos de fracturas, como así tampoco su estudio histológico (Fs. 1474).

1ra 2da, 3ra y 4ta costillas derechas (porción ósea) NO SE DETECTAN LESIONES ni patología (Exploración visual y palpación) (Vs. 1391).

5ta, 6ta, 7ma, 8va, 9na, 10ma, 11ma y 12ma, NO mencionan fracturas.

b) Suman los 200 cm³ de líquido hemático putrefacto de cavidad pleural a los 1500 cm³ de la primera autopsia, calculados a ojo de buen cubero.

c) Hemotórax agudo como causa inmediata de muerte, a partir de “la SOSPECHA del origen traumático de la hemorragia por desgarró o ruptura de algún vaso torácico de calibre importante”, aunque “NO PUDIERON CERTIFICAR” dichas lesiones. (Fs. 1476)

d) (Fs. 1477) No surgen elementos de juicio médico legal que permitan asegurar la existencia de lesiones en el ojo izquierdo demostrando el estudio tanato-radiológico de cráneo la indemnidad de dichas estructuras óseas (macizo facial y regiones orbitarias.)

e) (Fs. 1478) “Adquiere valor médico legal la existencia de sedimento granular eosinófilo intratrabecular COMPATIBLE con depósito hemático en degradación putrefactiva”, en la 6ta, 7ma, 8va y 9na costillas derechas.

f) Demostración radiológica de fracturas a nivel de la articulación condrocostal de 6a, 7ma, y 8va costillas derechas, pero aclarando en la misma Fs. 1478, “QUE NO PUEDEN SACAR CONCLUSIONES TECNICAS ABSOLUTAS POR LA PUTREFACCION”.

MIS DISIDENCIAS CIENTIFICAS CON LO EXPUESTO

1) El estudio médico legal de las ropas (si bien correcto) fue realizado tardíamente, ya que es imperioso realizarlo en el mismo lugar de los hechos, tal como ya lo expuse ampliamente. El posterior manoseo de las mismas y la conservación en medios que no fueron descriptos, permite no sólo la pérdida elementos fundamentales (ya vimos que hasta el indicio más insignificante es valioso), si no la transposición de las manchas existentes a otras partes de la prenda en la que no existían, y la posterior contaminación bacteriana, lo que le resta validez a los estudios efectuados.

2) Las mismas consideraciones caben para la recolección de material subungueal en cuanto al momento oportuno del referido estudio; después de amputadas colocaron ambas manos en una bolsa de plástico y fueron estudiadas dactiloscópicamente, lo que implica manoseo con contaminación de partículas del lugar de estudio, lo que también le resta confiabilidad a los resultados.

3) No se recolectaron larvas del mismo cadáver para un estudio posterior.

4) No existieron golpes tanto en la cabeza como en el intestino, descartándose través de los estudios histopatológicos la existencia de lesiones en el ojo.

5) La falta de lesiones externas post mortem indican que el cadáver permaneció oculto en un solo lugar.

6) En el tiempo transcurrido entre ambas autopsias se formaron líquidos putrefacción en cavidad pleural derecha que fue sumado erróneamente a la cantidad inicial calculada a ojo de buen cubero, ya que NO EXISTE método científico alguno para poder determinar que dicho líquido putrefactivo era solamente sangre proveniente de una hemorragia. Dicha afirmación, además de ser temeraria, carece de todo fundamento. A tal efecto, si V.S. así lo requiriera, pongo a su disposición las direcciones de los más importantes centros mundiales de investigación médico legal para que efectúe la consulta precedente.

7) Los lechos ungueales cianóticos denotan asfixia

8) NO EXISTIERON fracturas costales, tal como lo especifica el estudio histoanatomopatológico que efectuó el Dr. CAPUTTI sobre cada una de las costillas, siendo éste el diagnóstico final, y que, por lo visto, no fue tenido en cuenta por los Sres. Médicos Forenses al momento de emitir una opinión final. (Fundamentos en páginas 18, 19, 20 y 21 de mi peritación) .

9) Privilegian las imágenes radiográficas de la parrilla costal obtenidas en la segunda autopsia al estudio anatomopatológico, aseverando a través de ellas (sin que efectúen ningún comentario de la primera radiografía en la que no se observaban fracturas y siendo que existió una autopsia previa donde los cortes sobre tejidos óseos putrefactos provocan desprendimientos o luxaciones condrocostales) que existieron fracturas, aclarando simultáneamente que “no pueden sacar conclusiones técnicas absolutas por el avanzado estado de putrefacción”.

El diagnóstico anatomopatológico ES SOBERANO.

10) “SOSPECHAN” el origen traumático de la hemorragia, a la que calificaron de AGUDA. Sospechar de algo es ni más ni menos que aprehender o imaginar una cosa por conjeturas FUNDADAS en apariencias o visos de verdad; ¿Cómo se puede entonces la existencia de una hemorragia aguda -que que provoca la muerte en forma casi inmediata si, -como los mismos Sres forenses dicen- “NO PUDIERON CERTIFICAR la existencia de desgarros o roturas de vasos de gran calibre?

En ciencia, los hechos son “probables o “tienen la probabilidad”, ya que lo probable es todo aquello que se puede probar o que hay razones prudentes para creer que se verificará.

11) Le asignan VALOR MEDICO LEGAL a la presencia de sedimento granular eosinófilo intratrabecular, asignándole compatibilidad con un depósito en degradación putrefactiva, tal cual reza el informe anatomopatológico del Dr. CAPUTI (Fs. 1399) pero también éste último profesional agrega que “la condición de estos tejidos NO PERMITE DEMOSTRACION TECNICA ABSOIUTA respecto de lo expresado, ya que la putrefacción LE QUITA ESPECIFICIDAD a las técnicas aplicadas.”

Categoricamente afirmo que si la demostración técnica no es absoluta por ser inespecífica, NINGUNA conclusión puede sacarse de ella y menos aún de valor médico legal.

12) Veamos finalmente un desarrollo sintético de lo expuesto por los Sres. Médicos forenses de la Justicia Nacional;

Premisa Mayor ———> Hubo fracturas costales múltiples

Premisa menor ———> Hubo hemorragia aguda por rotura de vasos de gran calibre.

Conclusión —————> Muerte rápida

La realidad autopsica y anatomopatológica demuestran que

Premisa mayor —————> No hubo fracturas costales

Premisa menor —————> No hubo hemorragia aguda en vida (no se demostraron roturas de grandes vasos)

Conclusión —————> Muerte agónica con cianosis

Otros fundamentos del capítulo se encontrarán en las páginas 6, 7, 8, y 19 a 38 (inclusive) de mi peritación, por lo que remito a la lectura de las mismas.

LXV.- LAS CAUSAS DE LA MUERTE DE O. CARRASCO.-

En base a todo lo examinado y a la importante bibliografía aportada, digo que existieron golpes (o un fuerte golpe) sobre la parrilla costal derecha, es decir, hubo una agresión física, sin que la víctima opusiera resistencia (no hubo lesiones de defensa).

No hubo la fuerza e intensidad suficientes como para provocar fracturas, pero sí para lesionar el pulmón y la pleura derechos, provocando en el primero desgarros y hemorragia intersticial con edema (CONTUSIÓN PULMONAR) que fueron de una evolución progresiva, y con desgarros capilares pleurales que contribuyeron también a la formación de un hemotórax, con las consiguientes alteraciones fisiológicas a nivel del intercambio gaseoso en los alvéolos pulmonares, terminando en un síndrome franco de insuficiencia respiratoria con cianosis.

Es decir, el hemotórax y el shock hipovolémico como causal de muerte quedan descartados, entre otros hechos ya mencionados, a partir de;

- a) Los 1500 ml -sin medición científica- de líquido sanguinolento putrefactivo, -aun suponiendo que todo el volumen haya sido sangre- no explican desde ninguna óptica médica una muerte rápida.
- b) Ningún vaso de gran calibre fue hallado roto o desgarrado en la primera autopsia, y que de existir hubiese sido fácilmente detectado, ya que resisten largamente la putrefacción.
- c) Existen mecanismos orgánicos activos de defensa que impiden una muerte rápida (en casos como el de autos) y que expliqué ampliamente en las páginas 46, 47, 48 y 49 de mi peritación.
- d) Aporte de numerosas historias clínicas, incluyendo la exposición de un traumatismo torácico de gran severidad sufrido por un paciente de mió mayor de edad.
- e) O. CARRASCO estaba sano al momento del hecho y no tuvo fracturas ni desplazamientos fracturarios que pudieran desgarrar o seccionar grandes vasos, dentro de los que incluyo las arterias intercostales.
- f) No toda hemorragia conduce a un shock hipovolémico.
- g) En las muertes rápidas provocadas por hemorragias masivas los cadáveres estarán blancos, al igual que el lecho subungueal. Es decir, nunca cianóticos.
- h) Resumen de historia Clínica de un hemotórax espontáneo MASIVO de 3 LITROS que mencioné en la página 53 (que ampliaré exponiendo fotocopia del original)

HEMOTORAX ESPONTANEO MASIVO COMO FORMA DE PRESENTACION
DE UN ANGIOSARCOMA PLEUROPULMONAR
COMUNICACION DE UN CASO Y REVISION BIBLIOGRAFICA

Dres. Horacio A. Della Torre * MAAC, Jorge Gaitan ** MAAC, Juan Staneff,
Gustavo A. Burlli, Luis Ricau, Catalina K. de Chiocà y Alicia Bodon ***

SERVICIO DE CIRUGIA. HOSPITAL DEL TÓRAX A. CEIRÁNGOLO. VICENTE LÓPEZ. ARGENTINA.

El hemotórax espontáneo es una entidad clínica poco frecuente, que ocurre en pacientes en aparente estado de salud, y que resulta la manifestación de la efracción de un órgano torácico o de una neoformación que lo ocupa lo que ocasiona hemorragia intrapleural. Son muy pocos los casos comunicados en la literatura mundial¹⁷.

La observación de una paciente con un hemotórax espontáneo de 3er grado como primera manifestación de un angiosarcoma pleuropulmonar es el motivo de esta presentación.

CASO CLÍNICO

H. C., 116293

Mujer de 31 años de edad, casada, dos hijos. Ingresó por guardia el 21/2/1993 en estado de shock, con signos de anemia y descompensación hemodinámica. Una radiografía de tórax evidencia velamiento completo de hemitórax izquierdo. El hematocrito registra 20% de hematíes. Al examen físico se encuentra una paciente ansiosa, pálida, taicárdica, hipotensa, con matidez y silencio auscultatorio en el hemitórax antedicho y edema bimalear.

Mediante toracocentesis se comprueba la presencia de líquido hemorrágico en la cavidad pleural.

* Jefe de Servicio de Cirugía

** Cirujano de Planta

*** Jefe de Anatomía Patológica

*** Médica del Servicio de Anatomía Patológica

Recibido para su publicación el 17 de mayo de 1993. Aceptado el 15 de noviembre de 1993.

Los síntomas de su enfermedad actual empiezan una semana antes de su ingreso con disnea de comienzo paulatino, palpitaciones y dolor sordo en hemitórax izquierdo.

El único antecedente de importancia es un aborto espontáneo en agosto de 1990, que obligó a transfundir 2 unidades de sangre entera. Se decide efectuar avenamiento pleural. Debido a la urgencia no se efectúa durante el mismo biopsia pleural.

Se obtienen 3.000 cc de sangre. Mediante ese acto y la transfusión de 4 unidades de sangre entera se logra la estabilidad hemodinámica, pasando posteriormente a Terapia Intensiva con mejoría general de todos sus signos vitales.

Al día siguiente se efectúa TAC toracoabdominal la que revela un engrosamiento pleural paracardíaco izquierdo sin masa tumoral aparente; en abdomen no se observó ninguna anormalidad.

Una biopsia endoscópica fue negativa. En la evolución posoperatoria aparece hipotermia continua con derrame persistente y falta de resolución radiológica de la imagen pleural. Un cultivo del líquido pleural es positivo para staphilococo aureus y pseudomona aeruginosa por lo que se decide toracotomía para decorticación y toilette pleural lo que se efectúa el 17/3/93. Se encuentra paquipleura con gran cantidad de coágulos en vías de organización y con un "peel" importante que encarcela el lóbulo inferior.

Se efectúa decorticación que resulta muy laboriosa. Se envía muestra del material a estudio anatomopatológico que es informado como angiosarcoma (Informe anatomopatológico N° 1712/93).

La evolución posoperatoria fue satisfactoria realizando a posteriori tratamiento quimioterápico.

DISCUSIÓN

Ellison³⁻⁸⁻¹¹ dividió las causas de hemotórax espontáneo en cuatro categorías:

- 1) como complicación de una gran masa mediastinal.
- 2) como consecuencia de un aumento importante de la presión intratorácica.
- 3) debido a un repentino y sostenido aumento de presión arterial.
- 4) por alteraciones hematológicas.

En la literatura mundial se han comunicado casos de hemotórax espontáneos en diferentes patologías: endometriosis¹⁸, metástasis de tumor gonadal y limoma²², en la hemofilia como única manifestación clínica de la enfermedad¹, fístula arteriovenosa en la enfermedad de Rendu-Osler²⁻⁴, congénitas⁷, como manifestación de hepatocarcinoma por metástasis¹⁴, en la exostosis hereditaria múltiple al horadar una costilla el diafragma²¹, neurofibrosarcoma¹³, angiosarcoma esplénico sin hemoperitoneo¹⁶. En algunos pocos casos no pudo establecerse el diagnóstico de la enfermedad de base⁵⁻⁶⁻²⁴. En 1978 Gómez, Torreá y Chiocca, comunicaron a las XXII Jornadas Argentinas de Cirugía Torácica y Cardiovascular un caso asistido también en el Hospital Cetrángolo en el que un hemotórax espontáneo masivo fue la manifestación clínica de un secuestro de pulmón con tuberculosis.

En cuanto a hemotórax por angiosarcoma en todos los casos las comunicaciones demuestran lo infrecuente de esta afección y las características de verdadera urgencia de la misma. Las observaciones se limitan en general a uno o dos casos llegando a seis la serie más numerosa¹⁵.

Respecto de la topografía, la localización traqueobroncopulmonar constituye el 1% de los hemangiosarcomas, constituyendo los tejidos blandos la localización más frecuente con un 31%¹⁰⁻¹⁹⁻²³.

En el caso presentado los síntomas prodrómicos fueron pérdida de peso, dolor en el hemitórax correspondiente y disnea desencadenándose con un cuadro de descompensación hemodinámica. Una radiografía de tórax de ese momento (Figura 1) muestra un velamiento completo del campo pulmonar izquierdo. Se procedió entonces a un avenamiento pleural de urgencia motivado por el cuadro hemodinámico y la insuficiencia respiratoria aguda. Ante la falta de resolución de la imagen pleural y la fundada suposición (pérdida de peso, decaimiento general) de enfermedad neoplásica, se aceleró la realización de toracotomía amplia.

El angiocarcoma es un tumor mesenquimático producido por la proliferación de células endoteliales atípicas que tapizan espacios de configuración y tamaño variable. Las células atípicas, como se observa en este caso, son

grandes, pleomórficas, poseen un núcleo redondo u ovalado, con nucleolo prominente y muestra numerosas mitosis atípicas y atípicas¹² como se muestra en la Figura 2.

Es un tumor maligno del tejido blando y abarca menos del 1% de todos los sarcomas. Tiene predilección por piel y tejidos blandos superficiales. Los angiosarcomas

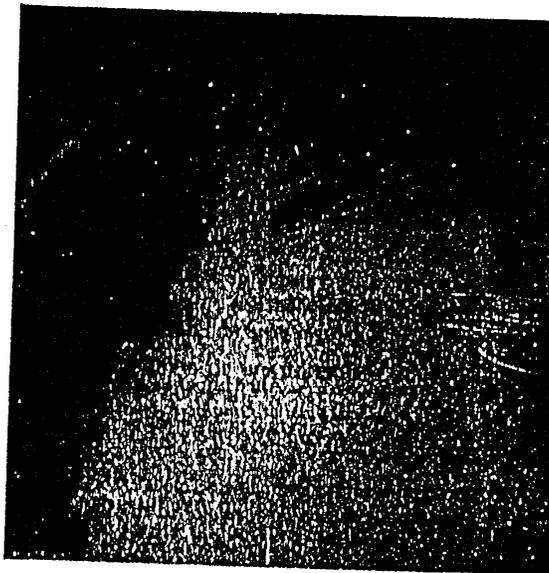


Figura 1: Radiografía de tórax al ingreso

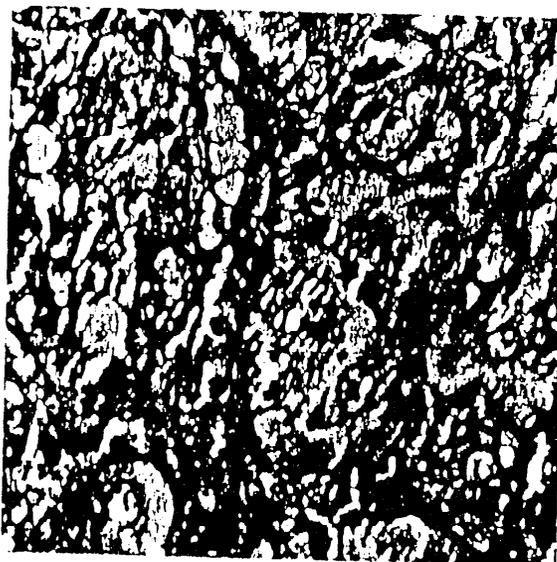


Figura 2: Microscopía de rutina de biopsia N° 1.712/93. Coloración de H. E. (X 60)

partes blandas profundas tienen cierta propensión a ocurrir en las extremidades o en cavidad abdominal, donde forman masas grandes, notablemente hemorrágicas, que pueden llevar a una exanguinación masiva⁹.

Otros tumores vasculares malignos incluyen el sarcoma de Kaposi esporádico y el asociado con enfermedades de inmunodeficiencia adquirida, el angiendoteliooma papilar endovascular maligno y el hemangiendoteliooma epitelioide²⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berlanga L., Dow G., Godoy J. et al.: *Hemotórax espontáneo, terapéutica de la hemofilia*. Med. Priv., 1988; 4(2):29-31.
2. Berlanga L., Suárez J., Dow, et al.: *Fístula arteriovenosa pulmonar en la enfermedad de Rendu Osler Weber. A propósito de un caso*. Med. Priv., 1989; 5(1):3-7.
3. Besuschio S.: *Patología general*. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1992; pág. 269.
4. Blasco Novaltropo M. A., Alted López E., Cantalapiedra J. A., et al.: *Hemotórax masivo, complicación excepcional de la enfermedad de Rendu Osler Weber*. Clin. Esp., 1991; 188:298-300.
5. Costureri F., Oddi A., Evangelisto T., et al.: *Unusual case of spontaneous idiopathic hemotórax*. G. Chir., 1991; 12(1-2):46-48.
6. Dimitri W. R.: *Massive idiopathic spontaneous hemothorax. Case report and literature review*. Eur. J. Cardiothorax Surg., 1987; 1(1):55-58.
7. Dines D. E., Seward J. B. and Bernatz P. E.: *Pulmonary arteriovenous fistulas*. Mayo Clin. Proc., 1983; 58:176-181.
8. Ellison R. T., Cattrao W. M., Fox M. J., et al.: *Spontaneous mediastinal hemorrhage in patients on chronic hemodialysis*. Ann. Intern. Med., 1981; 95:704-06.
9. Enzinger F., Weiss S.: *Tumores de Tejidos Blandos*. Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1985; pág. 457-483.
10. Instituto Nacional de Câncer: *Câncer no Brasil. Dados histopatológicos, 1976-1980*. Ródofo Brumini, Ed. Rio de Janeiro, 1982, pág. 160.
11. Isselbacher K. J., Adams R. D., Braunwald E., et al.: *Principles of Internal Medicine*. Mc Graw-Hill Book Co. New York, 1980, págs. 1269-70.
12. Karpel M. S., Caldwell C., Gaynor J. J., et al.: *Vascular tissue sarcomas. An Analysis of tumor-related mortality*. Arch. Surg., 1991; 126(12):147-81.
13. Lim R., De Souza A. D., Beggs D.: *Neurofibrosarcoma presenting as spontaneous hemotórax*. Br. J. Clin. Oncol., 1990; 44(7):289-91.
14. Lin H. H., Liew Y. F.: *Hepatocellular carcinoma presenting as acute spontaneous hemotórax*. J. Gastroenterol. Hepatol., 1990; 5(3):362-4.
15. Martínez F. J., Villanueva A. G., Pickering R.: *Spontaneous hemotórax. Report of six cases and review of the literature*. Medicine (Balt.), 1992; 71(6):354-3.
16. Millán J., Rodríguez P., Gallego P. y col.: *Rotura espontánea con hemotórax sin hemoperitoneo. Descripción en un paciente con angiosarcoma de bazo*. Rev. Esp., 1988; 183(6):78.
17. Pare J. A. P., Fraser R. G.: *Synopsis of diseases of the chest*. W. B. Saunders Co. Phil., 1983; pág. 702-3.
18. Ripstein C. B.: *Endometriosis involving the pleura*. Thorac. Surg., 1959; 37:464.
19. Robinson H. L., Tracy S. E., Nair N., et al.: *Characterization of angiosarcoma inducing mutation in the erbB gene*. Oncogene, 1992; 7(10):2025-30.
20. Rosai J.: *Ackerman's surgical Pathology*. The Mosby Co. St. Louis, 1989; I (322), II (1586-600).
21. Teixeira F.G., Baril C., Younge D.: *Spontaneous hemotórax in a patient with hereditary multiple exostosis*. Thorac. Surg., 1989; 48(5):717-18.
22. Templeton P. A., Vainnigh J. R., Rodríguez A.: *Mediastinal tumors presenting as spontaneous hemotórax simulating aortic dissection*. Chest., 1988; 93(4):87-90.
23. Wolestin M.: *Malignant Hemangioma of the lung with multiple visceral foci. Report of a case*. Arch. of Int. Med., 1931; 562-71.
24. Yeo T. C.: *Spontaneous neonatal hemotórax. A report of two cases*. Med. J. Singapore, 1988; 29(4):406-09.

Respecto de la cianosis, solamente resta decir que no faltará alguien que replique que en la denominada HIPOXIA DE ESTASIS también hay cianosis.

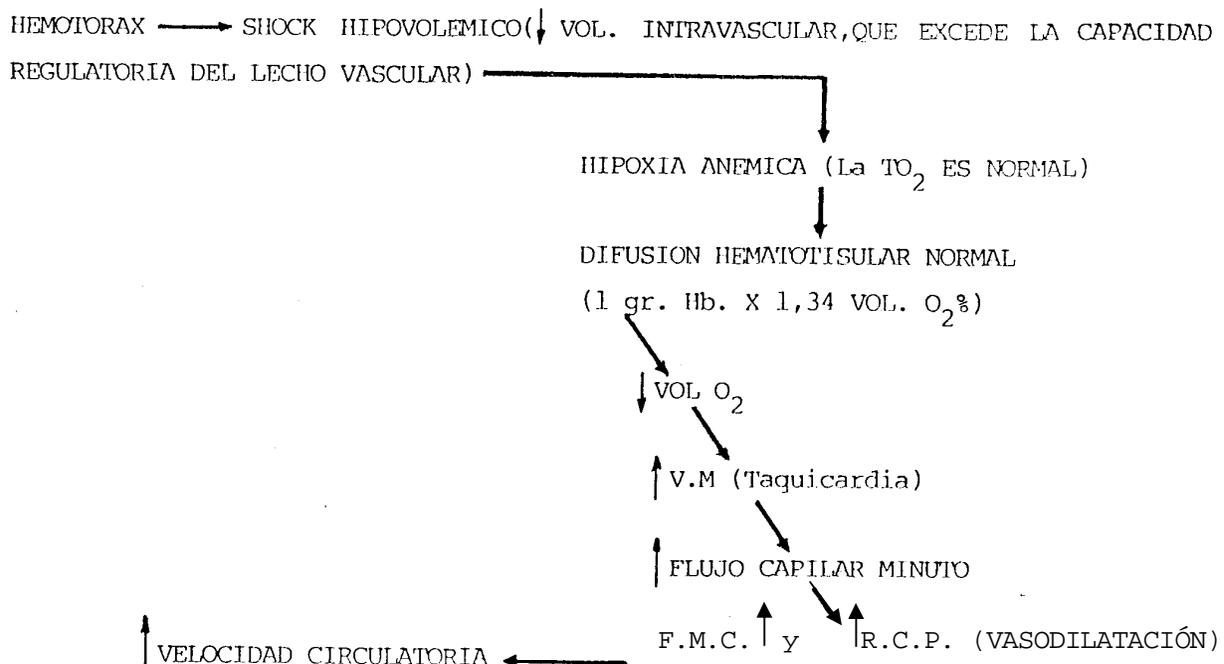
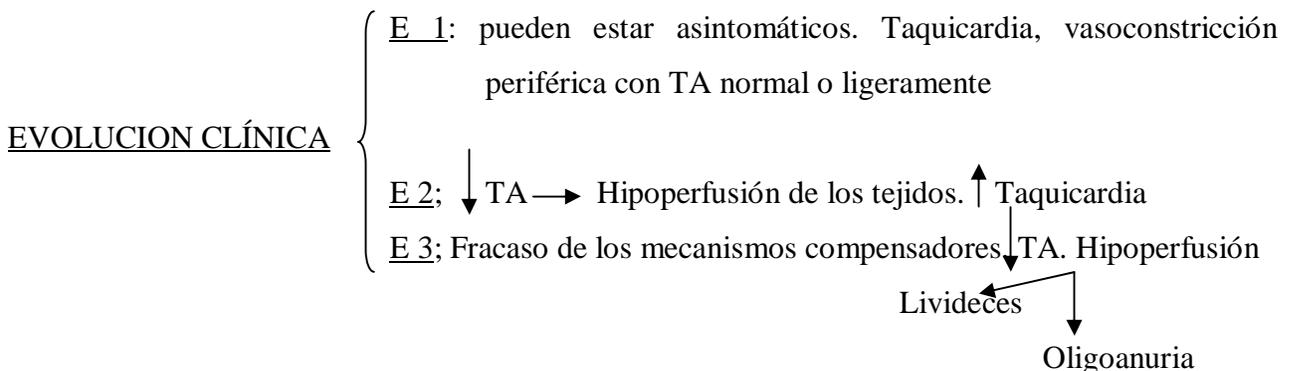
- Es cierto, y se produce debido a un deficiente flujo capilar minuto debido al enlentecimiento de la circulación a través de los capilares tisulares.

Para su diagnóstico es preciso saber que la sangre en estos casos tiene una saturación normal de oxígeno (oximetría), lo que descarta la existencia de cualquier patología pulmonar que ocasione hipoxemia arterial. En el caso de autos había suficiente entidad como para provocar hipoxemia (hematoma pulmonar y hemotórax que comprimía el pulmón) y cianosis, sin que ello implique sino hasta momentos antes de su culminación fatal, un enlentecimiento circulatorio. Recordemos nuevamente de qué manera responde el organismo (mecanismos fisiológicos) ante una hemorragia de gran magnitud y de presentación aguda:

SHOCK

ES UN SINDROME MULTIFACTORIAL QUE SE CARACTERIZA POR UN CONJUNTO DE SIGNOS Y SINTOMAS QUE DEPENDEN DE LA CLAUDICACIÓN DEL APARATO CARDIOVASCULAR, DE LA HIPOPERFUSION PERIFÉRICA, Y DE LOS TRASTORNOS METABÓLOCOS DE LOS DISTINTOS PARENQUIMAS.

FISIOPATOLOGIA; ES LA FALTA DE ADECUACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD CIRCULATORIA PARA ENTREGAR OXIGENO A LOS TEJISDO Y LAS NECESIDADES METABÓLOCAS DE ÉSTOS (Metabolismo aerobio y producción de Energía para mantener las funciones y las estructuras celulares.)



Ante un pérdida sanguínea aguda, el corazón aumenta entonces su frecuencia para que por los tejidos sigan circulando el mismo volumen sanguíneo por minuto, evitando la falta de oxígeno celular.

Pero, por sobre todas las cosas, la cianosis por hipoxia de éstasis es un diagnóstico vital, no aplicable por ende al caso de autos.

LXVI - EL SLIGHT EN EL TINTERO, EL DÍA DE LA VACUNA Y 90 MINUTOS PARA MORIRSE.-

Si bien la primera parte del título parece no corresponder a una peritación médico legal, realmente lo es, ya que el slight -o diapositiva- al cual me refiero forma parte de la siguiente anécdota (no en el sentido de “historieta” sino como el relato de un suceso particular);

Siendo el dicente Perito Médico del Sr. Fiscal del Tribunal (Dr. Manuel Reyes BALBOA) y en base a los elementos que hasta ése entonces obraban en mi poder, preparé una serie de slights que iba a exponer en el transcurso del ya pasado Juicio Oral, referentes a los diversos mecanismos fisiológicos y otras circunstancias vinculadas a los traumatismos de tórax, etc.

Al no producirse tal secuencia (no fui llamado a exponer) guardé a todos ellos en sus respectivas cajas, donde quedaron hasta hace aproximadamente un mes, momento en el cual se me ocurrió volver a verlos a guisa de recordatorio, encontrándome con uno que había quedado allí, en el “fondo del tintero”, y que hasta e ese momento no había expuesto, involuntariamente traicionado por mi propia memoria.

Como su importancia médica es innegable lo reproduciré no a través de un proyector sino con palabras (quedando el referido slight a disposición de V.S. si así lo requiriera) pues completa todos los aspectos periciales que he desarrollado y tal vez pueda brindar algún elemento más en la causa que se investiga.

En el libro “Tórax Agudo Quirúrgico” - Temas- del. Dr. Manuel José Vázquez, dedicado a la memoria del Dr. Ricardo Finochietto.- Ediciones Ares, 1972, página 28 encontré lo siguiente: “Hemos visto en repetidas oportunidades especialmente en los hemotórax traumáticos que el hemitórax puede estar totalmente libre durante las primeras 24 horas y luego sobrevenir un derrame sanguíneo abundante.

Se debe a lesiones vasculares que por algún motivo, coágulo por ejemplo, están precariamente bloqueadas y luego sangran.”

Asimismo en la página 1189 del “Tratado de Medicina Interna” de Perianes-Carro, Edit. Toray. 1980.- leemos en el capítulo “Hemotórax”; “El diagnóstico se basa en los antecedentes traumáticos, producidos algunas veces antes, en el dolor pleural, etc..”

Surge de inmediato una pregunta;

- ¿Pudo O. CARRASCO haber recibido el o los golpes el día 5 con la sintomatología el día 6?

- DIGO: es otra posibilidad bibliográficamente documentada, y que no puede ser dejada de lado.

Pero si fue golpeado el día 5;

- ¿Pudo haber sido observado corriendo como escapando del cuartel el día 6?

- DIGO; SI, ya que no tenía fracturas costales que debido al gran dolor que originan le impidieran una movilidad adecuada. De haber existido el traumatismo el día referido, cambian no solamente

las circunstancias de tiempo, modo y forma sino también el tiempo de sobrevida, que lo acerca más a las 60 horas preestablecidas por mí como un tiempo máximo a partir del traumatismo (y aún las sobrepasarían).

- ¿Pudo haber sido golpeado el día 5 sin que se produjeran daños en el pulmón pero sí dolores, y con otros golpes el día 6 desarrollarse la contusión y el hemotórax?

- DIGO; sí

- ¿En qué varía entonces el resultado final?

- DIGO: En nada, ya que igualmente O. CARRASCO falleció, pero de haberse producido las lesiones el día 5 aumenta significativamente la cantidad de horas en las cuales se le pudo haber brindado el tratamiento adecuado.

Veamos ahora un momento la FIS de O. CARRASCO. (Fs. 80); como taxativamente lo indica, fue vacunado con TAB DI TE el día 8 de Marzo.

Según consta en Fs. 804 (Constancia del Consumo de Fármacos por parte del personal ambulatorio), se utilizaron 374 vacunas, registradas con el Nro de orden 27.

El Registro Diario de Consumo de medicamentos (Fs. 806) .indica que;

El día 12 se vacunaron —————→ 367 soldados conscriptos

El día 14 se vacunaron —————→ 6

El día 8 se vacunó SOLAMENTE a O. CARRASCO ———→ 1

TOTAL 374 dosis, cifra que matemáticamente

hace coincidir el número de dosis consumidas con el número de soldados vacunados.

Vale decir, que el día 14 se vacunó masivamente, quedando sólo 6 conscriptos el día 14.

¿Qué puede justificar entonces que 6 días antes de la vacunación masiva haya aplicado aislada y selectivamente la Tab Di Te a O. CARRASCO?

DIGO; alguna herida importante -que categóricamente no fue demostrada ninguna de las dos autopsias - o la preparación para algún tipo de intervención quirúrgica en algún lugar inadecuado o con poca asepsia, previniendo la aparición del tan temido tétanos quirúrgico.

Volvamos ahora un instante a la primera autopsia; el estómago de O. CARRASCO NO CONTENIA ALIMENTOS, estaba vacío, excepto 2 c.c de un líquido sanguinolento que nunca se perició.

Si bien existen diferencias en el vaciado gástrico digestivo en personas sanas y aún en el mismo individuo ante una misma comida, Di MAIO y Di. MAIO en el libro “Forensic Pathology”, tema “Gastric Emptying and digestion” (pág. 36) dicen; “One way of attempting to determine the time of death is by establishing the time interval between eating and death and then finding out the time the deceased last ate.”

Estudiaron con radioisótopos el tiempo de vaciado gástrico, y observaron que no había diferencias significativas entre los adultos y los jóvenes. “The half emptying time of 277 44 min for an ordinary meal in much longer than most of the studies in the Literature. These studies, however, usually involved smaller meals that were artificial in composition. This study shows that the longer emptying appears to be more closely correlated with the total number of calories in the meal than with meal weight.”

Si tomamos en cuenta que el rancho (almuerzo) del día 6 se efectuó entre las 12:30 y las 13:30, y que O. CARRASCO fue visto por última vez a las 14:30 Hs. teóricamente la agresión se produjo posteriormente al almuerzo (entre las 14:30 y las 15:00 hs), es decir, entre una hora y 1 hora y media después del almuerzo. Si, como dicen los Sres. forenses la muerte se produjo en 60 a 90 minutos, llegarnos a las 16:00 hs. del mismo día. Vale decir, habían pasado tres horas del almuerzo, por lo que se habría encontrado algún resto alimenticio en su cavidad estomacal.

Si tomamos la hora inicial del almuerzo (12:30 hs), vemos que han pasado entonces 4 horas que intentarían justificar el acerto, pero no es así, ya que debemos tener en cuenta lo siguiente; durante la evacuación, el estómago actúa como una bomba, aumentando periódicamente su presión intraluminal, muy superior a la del duodeno, y de ésta manera vacía su contenido al intestino. Las investigaciones de Hunt y Spurell, así como las de otros autores, comprobaron que la evacuación gástrica en el ser humano tiene forma exponencial, ya que cada minuto se evacua un tanto por ciento relativamente constante de la comida remanente en el estómago. Es así que el volumen del contenido gástrico disminuye rápidamente al principio y con más lentitud a medida que transcurre el tiempo.

Se sabe que en el estómago normal influyen diversos factores sobre la evacuación gástrica, actuando algunos de éstos como frenadores fisiológicos de la bomba gástrica, de modo que la frecuencia se hace menor, retardándose el vaciamiento: el DOLOR, cualquiera sea su etiología, tiende a disminuir la actividad motora del estómago.

Una última pregunta cerraría el capítulo: acaecida la muerte; ¿Se conserva la comida en el estómago?

- Contesto con una historia real, extraída del libro “Causa de Muerte” de Frank Smith. Edit. Planeta. 1983. (Página 52 a 54)

“Un domingo por la tarde, en 1913, dos trabajadores que daban un paseo cerca de Winchburgh, West Lothian, atravesaban el Hopetown Quarry, un cráter apagado lleno de agua, cuando vieron un bulto oscuro que flotaba cerca de la orilla. Curiosos, cogieron el bulto con una rama de árbol y descubrieron con horror que se trataba de dos cuerpos pequeños atados juntos con cuerda de persiana. Llamaron a la policía y ésta llevó los cadáveres al depósito de Linlithgow. El procurador fiscal de la localidad pidió un forense experto, y le enviaron a Sydney Smith.

La medicina forense estaba aún en una fase relativamente primitiva como ciencia exacta, y el médico local de policía pensó que no había gran motivo para llevar a cabo una autopsia, ya que los cuerpos estaban muy descompuestos y las facciones eran irreconocibles. Una decisión semejante es, como ya hemos visto, un error cardinal, que aún se comete de vez en cuando, en la actualidad, pero el joven Smith, considerándolo como tal, insistió en hacer la autopsia.

En primer lugar, quitó y examinó las ropas. Hoy en día, las ropas de una posible víctima de asesinato son inspeccionadas por el forense que hace el primer reconocimiento, porque pueden decirle mucho sobre la personalidad, status social, ocupación y costumbres, e incluso sobre el estado mental del difunto. Sin embargo, en este caso particular, Smith no esperaba mucho de las prendas de vestir, debido a que por su larga permanencia en el agua estaban podridas. El patólogo ya había identificado a los cuerpos como los de dos niños, por sus medidas y por las ropas que les había quitado, que eran típicamente las que llevan los muchachitos de la época: camisa, pantalones bombachos, calcetines con ligas y botas.

Dos puntos le llamaron la atención en seguida: las ropas eran de idéntica hechura, lo que parecía significar que los niños eran hermanos o parientes próximos, y que eran de la peor calidad, demostrando esto que las víctimas procedían de clase baja. Entonces Smith descubrió una dramática pista: en el cuello de una de las camisas había una etiqueta borrosa de una lavandería; examinada con lupa, resultó ser de un asilo de Dysart, en Fife.

Desde un punto de vista puramente médico, Smith y su jefe, el profesor Harvey Littlejohn, estaban fascinados por los cuerpos, que habían experimentado una casi completa transformación adipocira. Normalmente, la gran masa humana es semifluida pero cuando un cuerpo permanece sumergido en agua durante un largo período, o es enterrado en tierra húmeda, adquiere de manera gradual la condición conocida como adipocira, un endurecimiento de la grasa que se convierte en una especie de sebo; esta condición es permanente cuando se ha completado. Diversos factores influyen en el tiempo que tarda en establecerse la adipocira, pero una investigación de las condiciones locales puede ayudar al patólogo a establecer una certera opinión sobre el tiempo que ha durado la inmersión. En este caso, Smith calculó que los niños habían permanecido en el agua entre 18 meses y dos años.

Un reconocimiento mas detallado reveló que ambos eran varones, y la estatura y dientes demostraron que sus edades habían sido respectivamente de 6 a 7 años y de 4.

Las cabezas de ambos niños estaban casi peladas, pero algunos mechones de cabello en su parte posterior demostraban que les habían hecho un buen corte de cabello antes de su muerte. El niño mayor tenía un pequeño corte en la parte posterior de la cabeza, pero la adipocira hacía imposible determinar si lo había recibido antes o después de morir. Sin embargo, la adipocira resultó de nuevo extremadamente útil cuando Smith abrió los cuerpos. LOS ESTÓMAGOS de los niños habían sufrido el cambio, y estaban completamente intactos e, increíblemente, ocurría lo mismo CON SU CONTENIDO.

Smith escribió:

En cada estómago había varias onzas de materia sólida, incluso materia vegetal, no digerida y fácilmente reconocible -guisantes enteros, cebada, nabos, patatas y puerro; de hecho, los ingredientes tradicionales del caldo escocés-. Su importancia desde luego consistió en que ayudaba a fijar el momento de la muerte. Suponiendo que los vegetales eran frescos, la última comida de los niños podía situarse a finales de verano o en el otoño de 1911.

Smith calculó que habían comido alrededor de una hora antes de morir, lo que indicaba que los niños vivían cerca de allí, o que no habían recorrido una gran distancia entre la hora de la comida y la de su eliminación. Con la minuciosidad que lo hizo legendario, Smith visitó la cantera situada a una milla al este de Winchburgh. Había probabilidades de que los niños hubieran ido allí, sin sospechar que nunca regresarían. Fueron allí con su asesino. Por lo tanto, debían conocerlo bien. Probablemente era un paciente ¿O tal vez el padre o la madre?

De esta manera, Smith pudo proporcionar a la Policía un considerable número de hechos de los que partir. Provista de esta información, la policía llegó a una pronta conclusión.

Dos niños habían desaparecido realmente del vecindario en noviembre de 1911., aunque en aquella época nadie pensó mucho en ello ya que su padre, un jornalero llamado Patrick Higgins, dijo que se habían marchado a Canadá, a casa de un pariente. Los hermanos tenían 7 y 4 años de edad, ambos eran de pelo oscuro y ambos habían permanecido en el asilo de Dysart mientras su

padre cumplía pena en cárcel por no mantenerlos. Según se descubrió, Higgins había servido como soldado en la India, donde se distinguió en el cumplimiento de sus deberes; después regresó, encontró trabajo en una fábrica de ladrillos y se casó con una muchacha de la localidad.

Sin embargo, poco tiempo después empezó a beber mucho y descuidó a su familia; su esposa murió en 1910, y él entonces confió sus hijos al cuidado de unas mujeres del pueblo, pero dejó de pagar su mantenimiento y los niños acabaron incidentalmente en el asilo. Cuando salió de la cárcel, volvió a su trabajo, recuperó a sus hijos y los llevó a vivir en una choza, junto a la fábrica de ladrillos. Una noche de noviembre, un minero llamado Shields vio a Higgins y a los niños caminando hacia el este, en dirección a la cantera. Mas tarde, Higgins regresó solo y estuvo bebiendo con Shields en una Taberna.

Hablando con otras personas la policía descubrió historias contradictorias y el caso se cerró. Higgins fue detenido y le ahorcaron en Edimburgo en octubre de 1913.”

Hasta acá la historia, pero; ¿En qué se asemeja al caso de autos?

DIGO; la momificación al igual que la adipocira, conserva bastante bien los órganos internos. La última comida de O. CARRASCO fue a mas de 4 horas de su fallecimiento, por lo que jamás pudo haber fallecido en 60 a 90 minutos a partir de la misma.

Si aún persiste alguna duda, ya en nuestros días lo ejemplifico con una noticia aparecida en el Diario La Nación del día 1 de Febrero de 1996, pág. 12, pero que a diferencia de la historia anterior, ésta la presento fotocopiada. (Página siguiente.)

Mientras pescaba lo baleó un francotirador

Penurias: un pescador deportivo fue atacado en Mar del Plata por un hombre que le disparó con una carabina con silenciador:

MAR DEL PLATA.- Una verdadera odisea padeció un pescador deportivo que, baleado por un francotirador, se arrastró hacia la ruta hasta que su agresor simuló ayudarlo y casi lo desbarranca por el acantilado a bordo de un automóvil.

El hecho ocurrió en la madrugada del 17 de enero último, pero sólo se supo ayer. A las 2 de aquel día, Adolfo Paulluk, de 65 años, jubilado, residente en Rafael Castillo, pescaba en los alrededores de la Planta de Tratamiento de Efluentes Cloacales, frente al Parque Peña, muy cerca del Parque Camel. Repentinamente recibió un impacto detrás de la oreja y de inmediato otro balazo le atravesó el pulmón izquierdo, con orificio de salida. Un tercer tiro le pegó en la cadera y le interesó los intestinos.

Aterrorizado y sin saber qué pasaba, se ocultó detrás de su automóvil, un Peugeot 505. Pocos minutos después, arrastrándose llegó a la ruta para pedir auxilio. Allí se le acercó un hombre que le ofreció ayuda. Dijo

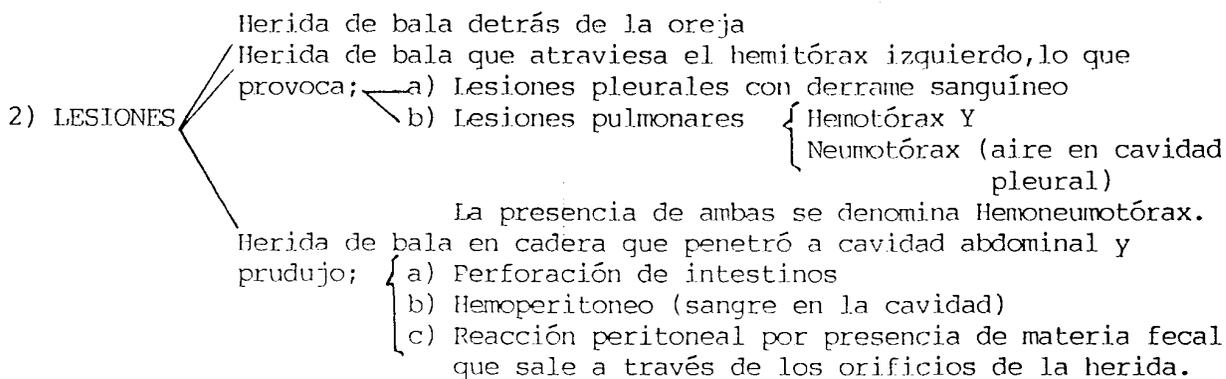
que iría a buscar una ambulancia. Al regresar aseguró que no había podido hablar, y se ofreció a llevarlo en su automóvil. El espanto volvió cuando Paulluk se dio cuenta de que en vez de ir al hospital, el conductor tomaba rumbo hacia el Norte. En cercanías de la Agrupación de Artillería de Defensa Aérea 601, el automóvil se detuvo y su conductor, que no era otro que el agresor original, empujó el vehículo hacia el precipicio de la barranca aprovechando el declive del terreno. Ya casi exánime, la víctima logró accionar el freno de mano y detuvo el vehículo.

Al abandonar el lugar, el agresor se llevó los artículos de pesca y el pasacassettes del automóvil. Luego, con el último aliento, Paulluk llegó otra vez a la ruta, donde se desmayó. A las 6 fue encontrado por conscriptos y fue conducido al hospital en estado delicado.

La comisaría 7a. descubrió que el agresor residía en una vivienda sobre el monte situado frente al lugar en el que Paulluk recibió los tiros. Se trata de Walter Villalba, de 26. Por razones que aún no se han establecido, este hombre comenzó a disparar; desde detrás de unos árboles, con una carabina calibre 22 que tenía silenciador y mira telescópica.

Podernos resumirlo así;

1) VICTIMA 65 Años



3) ACCIONES; Primero se escondió detrás del automóvil, llegó arrastrándose después hasta una ruta para pedir auxilio, lo tiraron dentro de un coche por el precipicio de una barranca, pudo accionar el freno de mano -lo que requiere mucha más fuerza para detener un coche que usando el freno de pié-, nuevamente se arrastró hasta la ruta donde se desmayó y a las 06:00 hs de aquél día fue encontrado por conscriptos que lo llevaron al hospital.

Como se advierte, no murió ni en 30 ni en 90 minutos.

El tiempo transcurrido desde los hechos hasta que es hallado con vida, 4 HORAS, a las que hay que sumarle el tiempo de traslado hasta el hospital y el comienzo del tratamiento (mi experiencia hospitalaria me indica que habrán transcurrido por lo menos 30 minutos más, recepción en la guardia médica, inmediata canalización venosa y administración de expansores plasmáticos,

análisis de urgencia, compensación de su estado clínico hemodinámico, radiografías de tórax y abdomen, traslado al quirófano, anestesia general y comienzo de la intervención quirúrgica.-

LXVII.- DEL CADÁVER OCULTO Y LA PERICIA SEDIMENTOLÓGICA **FALLIDA.-**

En fs. 1671, se Detalla el análisis sedimentológico de muestras enviadas por el departamento del Cuerpo Médico Forense del Poder Judicial De La Nación al Laboratorio del Servicio Geológico, dependiente de la Secretaría de Minería del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos.

En todas las muestras se encontraron sedimentos arenosos de grano mediano a muy fino de diferentes colores, sin que haya podido efectuarse la granulometría debido a la escasez del material enviado (50 gr.)

Dentro de la muestra rotulada como A1 había también un fragmento de pintura formado por tres capas de distintos colores. En la A 3 existían abundantes fragmentos de pintura de color gris claro y verde oliva.

En la parte interna de la media N° 18 había también restos de pintura color celeste en la parte superior y en el anverso amarillo claro.

Otros elementos, como fibras vegetales, pétalos blancos, semillas de cardo, fragmentos de tallos, restos de insectos, hojas, etc., fueron encontrados formando parte de casi todas las muestras.

El lugar donde fue hallado el cuerpo, donde los vientos son frecuentes, hace inespecífica una investigación comparativa para poder detectar el lugar primario de ocultamiento.

Consideré entonces, y tal lo refiero en la página 14 de mi peritación, que sería de mayor interés una peritación comparativa de los distintos tipos de fragmentos de pintura. Me comuniqué con la Licenciada Dra. Adelma Bayarsky, la que no objetó la factibilidad de dichos estudios -mas aún los consideró de mucha importancia-en tanto y en cuanto se pudiera contar con el material original que ya había sido remitido nuevamente a las dependencias respectivas de la Morgue Judicial.

Comuniqué telefónicamente la novedad al Sr. Fiscal., junto al cual., en el primer viaje que hice a Zapala, recolecté fragmentos de paredes de distintos lugares del regimiento, los que fueron conservados y sellados convenientemente.

Al regreso me ocupé de inmediato y personalmente que los mismos llegaran a las manos de la Licenciada.

Elegí hacerlo solamente de paredes, ya que mis sospechas de que el color verde oliva pudiese pertenecer a algún vehículo se desvanecieron al informarme la Dra Bayarsky que todos los fragmentos que había observado eran porosos, es decir, no compatibles con la pintura de automotores.

He aquí los resultados obtenidos, (página siguiente), que si bien no permitieron rescatar algún otro indicio que hubiese sido de gran utilidad también en la causa actualmente investigada, no dejan lugar a dudas de todo el esfuerzo que humanamente se puso de manifiesto en el intento, tanto del suscripto como de la Licenciada Bayarsky, y acorde a los postulados del método científico.



Poder Judicial de la Nación

Neuquén, de Junio de 1.995.-

SECRETARIA DE MINERIA
DIRECCION NACIONAL DEL SERVICIO CELEOLOGICO
LIC. ADELMA BAYARSKY
SU DESPACHO.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. en mi caracter de Fiscal de Cámara ante el Tribunal Oral en lo Criminal Federal del Neuquén, a fin de solicitarle a título de colaboración, tenga a bien analizar, con la mayor urgencia, las muestras de paredes pintadas a efectos de comprobar si las mismas son similares a las que Usted menciona en el análisis sedimentológico de fecha 6 de Junio de 1.994 en autos caratulados: "CANEVARO, Ignacio Rodrigo y otros s/ Homicidio simple y encubrimiento".-

Agradeciendo su colaboración, saludo a Ud. muy atentamente.-

USO OFICIAL

MANUEL de REYES DALBO
FISCAL DE CAMARA
TRIBUNAL ORAL EN LO CRIMINAL FEDERAL
DE NEUQUEN

Buenos Aires 2 de Julio de 1997

Dr.
Alberto Brailóvsky
C/D.

De mi consideración:

Me dirijo a Ud., Perito Médico Legista de la Fiscalía de Cámara del Tribunal Oral en lo Criminal Federal de Neuquén, con el objeto de comunicarle el resultado de la descripción del material recolectado por Ud. y traído personalmente, en sobre lacrado y sellado, al Laboratorio de Sedimentología del Servicio Geológico Minero Argentino.

Debido a la imposibilidad de reunirme con el material original, situación que comuniqué telefónicamente al Fiscal de Cámara Dr. Manuel de Reyes Palboa, no pude establecer ninguna cooperación entre ambos peritos.

Debe agregarse que en la tarea de ubicar el material original, se comuniqué con la Dra. Clara Farayra del Cuerpo Forense, sin ningún resultado positivo.

Sin otro particular saludo a Ud. muy atte.



Lic. Adalma Bayarsly

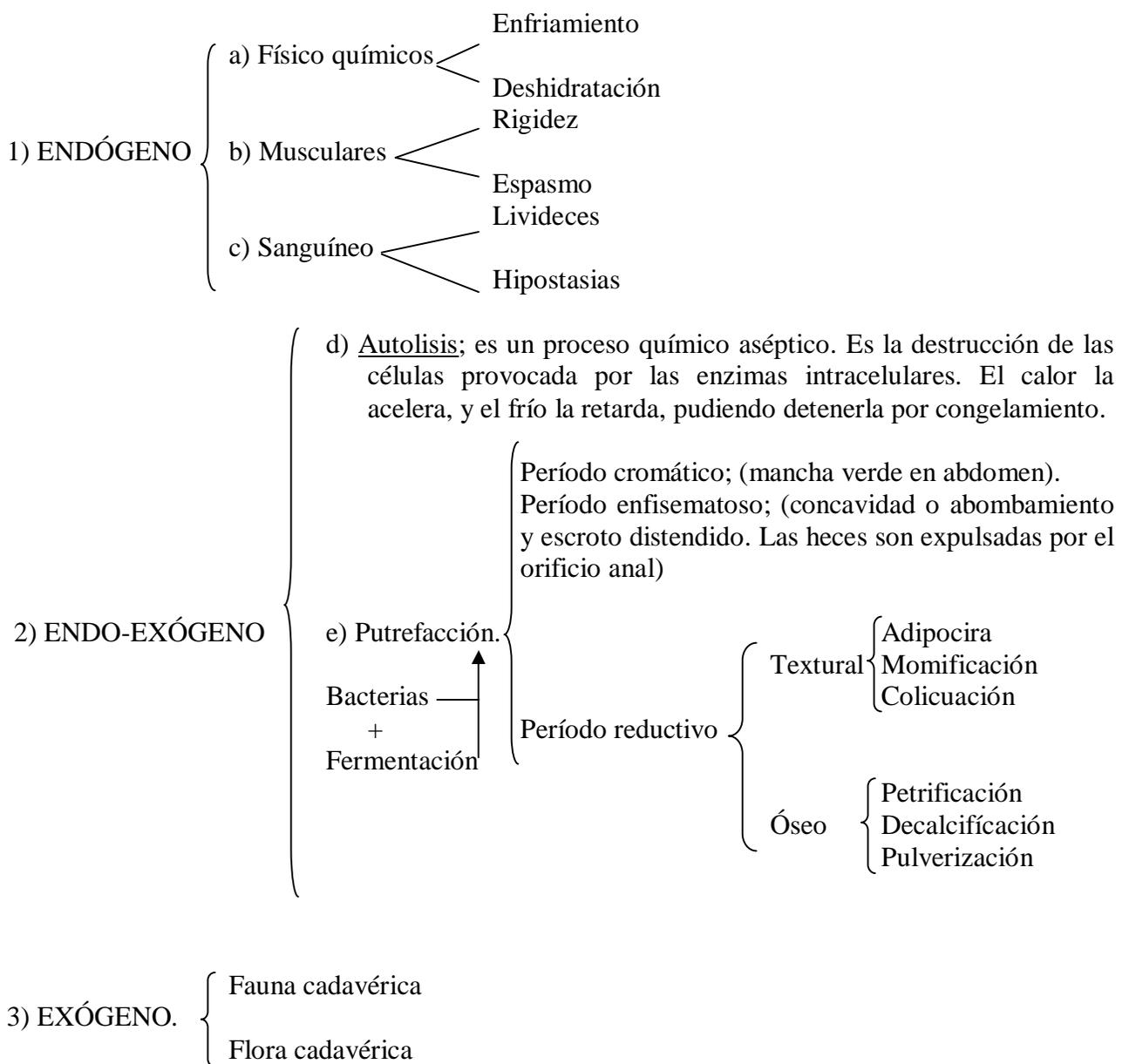
Adjunto descripción del material.

LXVIII.- ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA MOMIFICACION, LA PUTREFACCION, LA BOLSA DE TRANSPORTE DE CADÁVERES, LA FAUNA CADAVERICA Y UNA ÚLTIMA RELACIÓN CON EL BAÑO ABANDONADO.

Como vimos a través de ambas autopsias, la mitad derecha del cuerpo de O. CARRASCO estaba parcialmente momificada y la izquierda en un avanzado estado de putrefacción.

Vamos a ver un poco más detenidamente la producción de ambos fenómenos y su vinculación criminodinámica con los hechos que V.S. investiga.

Después de la muerte, hay una sucesión de fenómenos cadavéricos, es decir, de transformaciones somáticas y viscerales que, acorde a su origen, pueden resumirse de la siguiente manera;



Veamos cómo se entienden algunos de los fenómenos mencionados;

ENFRIAMIENTO; es la disminución de la temperatura corporal hasta equilibrarse con la temperatura ambiental.

Los delgados se enfrían más rápidamente que los obesos, ya que el tejido subcutáneo actúa como aislante reteniendo el calor.

Los cuerpos desvestidos o semivestidos se enfrían más rápidamente, ya que las ropas actúan también como aislante, y también retienen el calor.

El enfriamiento se produce por

- Conducción; absorción del calor por objetos en contacto con el cuerpo.
- Radiación; pérdida en forma de rayos infrarrojos calientes.
- Convección; por movimiento de aire y difusión del calor por conducción.

Como vemos, la pérdida de calor es siempre pasiva, por lo que es fácil deducir entonces que un cuerpo en la sombra perderá más rápidamente el calor.

DESHIDRATACION; es el resultado de la pérdida que por evaporación experimenta el organismo.

La velocidad de evaporación se expresa en la siguiente fórmula;

$$M = KS \frac{P_s - P}{H}$$

donde M es la masa evaporada por unidad de tiempo.

S la superficie que ocuparía el líquido.

H la presión barométrica.

P_s la tensión de saturación del líquido a la temperatura a que se encuentra.

P la tensión del vapor del líquido en el aire.

K es un coeficiente que depende de las unidades empleadas y del estado de agitación de la atmósfera.

Si bien es un cálculo físico aplicable principalmente en experimentación, sirve para deducir ciertamente que a mayor presión barométrica menor será la evaporación y que a menor saturación del ambiente, mayor será la evaporación. Cuando la atmósfera está saturada de vapor de agua las superficies enfriadas se empañan y hasta se recubren de una capa de rocío.

En un ambiente donde $P = P_s$ cesa la evaporación.

Como vemos, nada está librado al azar y servirá para explicar posteriormente algunas de las transformaciones cadavéricas de O. CARRASCO.

LIVIDECES; son las manchas cutáneas que aparecen en las zonas declives corporales como resultado del desplazamiento de la sangre y su acumulación en los pequeños vasos, en virtud de la acción de la gravedad.

Durante las 12 ó 15 primeras horas de ocurrido el fallecimiento es posible que se produzca por el cambio de posición del cadáver, la aparición de livideces en las nuevas zonas declives. Después de 24 horas ya no es posible detener este artificio, aunque en bajas temperaturas puede llegar a las 36 horas, conservando su coloración hasta que los fenómenos de putrefacción les dan un tinte verdoso primero y negruzco después.

La acumulación de sangre en la parte declive de los órganos del cadáver se denomina HIPOSTASIA, siendo en el pulmón donde se hacen más evidentes.

PUTREFACCION; su comienzo depende

- del ambiente
- del cuerpo

El Ambiente; el calor la acelera y el frío la retarda o la detiene.

El Cuerpo; la aceleran la obesidad, la ropa abundante y la sepsis (infección generalizada previa), y la retardan la escasez de ropas o estar desvestido, y la apoyatura del cuerpo sobre superficies metálicas o rocosas, ya que de ésta última forma se provoca un enfriamiento rápido por conducción.

Por otro lado, todos los factores que retardan la acción microbiana retardan la putrefacción. La deshidratación del cuerpo detiene la acción bacteriana.

Lo mismo ocurre en cadáveres que se ocultan a resguardo del ambiente.

Pasando ahora al segundo aspecto de la cuestión que nos ocupa, vemos que existen varias definiciones acerca de la momificación;

DI MAIO Y. DI MAIO, en su “FORENSIC PAHOLCOGY” (Edit. CRC. PRESS 1993. pág 34 dice;

“En climas cálidos y secos, el cuerpo puede deshidratarse rápidamente y entrar a momificarse antes que comience la putrefacción.”

V. GEBERTH, en su “PRACTICAL HOMICIDE INVESTIGATION” (2a edición 1993. pág 183; dice;

“En un lugar cálido y seco con una adecuada y constante circulación de aire seco, los fluidos orgánicos son rápidamente absorbidos, y los tejidos se endurecen por desecación en vez de ir a la putrefacción.”

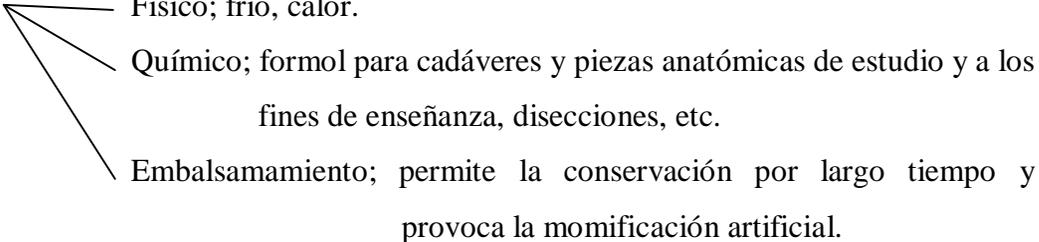
SPITZ y FISHER, en su “MEDICOLEGAL. INVESTIGATION OF DEPTH” (2a Edición 1980. pág.23 y 364) dice;

“En atmósferas secas, el cuerpo se deseca, la piel se endurece y aparece como un parche de cuero rodeando los huesos. El encogimiento y retracción de la piel debido al desecamiento puede ocasionar largas efracciones que pueden confundirse con heridas producidas en vida. Se notan especialmente en ingles, alrededor del cuello y en axilas.”

LEVIT León, en su “MEDICINA LEGAL.” (Edit. Orbir 1969. pág. 81) dice;

La momificación se produce cuando el cadáver es expuesto al aire caliente, seco, de rápida circulación; en esta eventualidad, por la fuerte desecación los tejidos pierden agua rápidamente y se endurecen, anteponiéndose a la putrefacción. Tórnanse coreáceos y se conservan en estas condiciones por mucho tiempo.”

En la momificación intervienen entonces

factores de orden 

- Físico; frío, calor.
- Químico; formol para cadáveres y piezas anatómicas de estudio y a los fines de enseñanza, disecciones, etc.
- Embalsamamiento; permite la conservación por largo tiempo y provoca la momificación artificial.

El componente de todo tejido animal es el agua, y encuentra generalmente pasa del 70% en la mayoría de ellos. Los fenómenos biológicos, tales como la putrefacción, fermentación, y la degradación enzimática no se pueden realizar sino en presencia de ella. De ahí que al desecar los tejidos, como ya dije anteriormente, se supriman todos estos fenómenos. La momificación es pues, un fenómeno de desecación. Cuanto más rápida e intensa sea, mejor será la conservación. La duración puede ser de siglos y milenios.

La desecación se produce también por exposición al sol, o tratamiento en hornos apropiados.

Dardo ECHAZU, en su “INVESTIGACIÓN DE LA MUERTE” (Ed. Policial. Pág. 34) dice;

“La momificación se produce cuando el cuerpo es colocado en un lugar seco, caluroso, pero ventilado por aire seco, y las partes blandas se deshidratan. La momificación en nuestro medio requiere condiciones especiales para su desarrollo, como ser, cuerpos encerrados en baúles

herméticos y dejados en altillos vecinos a chimeneas. En uno de nuestros casos visto en pleno barrio de Flores, sobre un altillo, debajo del cual la gente cocinaba y hacía su vida habitual, encontramos un cuerpo momificado de quien se había suicidado 2 años atrás según se deducía de las evidencias circunstanciales. Sin embargo, la momificación es más probable de encontrar en aquellos lugares de nuestro país donde, lejos de la acción de las alimañas y devoradores, se dan las condiciones de cuerpos enterrados en suelos arenosos calientes y áridos, es decir, de clima más o menos desértico.”

Digo; en el caso expuesto se hizo una transmisión indirecta del calor ya que altillo absorbió y conservó el calor, transmitiéndolo al cadáver promoviendo su desecación. La masa (el cadáver) estuvo alejada de la fuente de calor pero el continente (el altillo) le permitió retenerlo).

Refreshando un poco los conocimientos geográficos encontramos que los climas desérticos pueden ser

- Subtropicales; temperatura media entre 15 y 20 °C
- Tropicales; temperatura media alrededor de los 20 °C

Están caracterizados básicamente por sequedad, calor ambiental y grado higrométrico escaso.

La momificación puede adquirirse entonces naturalmente o espontáneamente (además de la lograda artificialmente como sabían obtenerla los egipcios). Aparece en forma parcial, aislada o fragmentaria, conservando algunas partes del cadáver en medio de la descomposición pútrida general, tal como ocurrió en autos, donde existía momificación parcial. (2a autopsia; Fs.1055 renglón 7-8) principalmente en extremidades (2a autopsia; Fs. 1055, rengl. 17-18) y de dureza pétrea.(autopsia. Fs. 140 rengl. 22-23) ya que el cadáver no se desecó en todas sus partes hasta el punto de aventajar a la putrefacción común, deteniéndola conservando el cuerpo en una forma exterior particular.

Es importante tener en cuenta datos históricos acerca de cómo se han encontrado momias naturales en circunstancias diversas, no por las momias en sí, sino por las circunstancias que permitieron dicha transformación cadavérica.

Así;

a) se han encontrado cadáveres conservados después de dos mil años enterrados en las arenas calientes del desierto del Khorassan (Persia)

También en el desierto del Sahara donde los días son calurosos y las noches muy frías, porque la atmósfera seca no obstaculiza lo más mínimo las radiaciones incidentes durante el día ni las radiaciones reflejadas por las noches.

Básicamente, en las arenas del desierto no se reconoce otra causa de momificación que no sea la exposición del cuerpo en un medio caliente y aireado.

b) En ciertos subterráneos o criptas, citándose los y franciscanos, de Tolosa; de San Miguel, de Burdeos de Palermo; del Cementerio de los Capuchinos, en galerías con gran ventilación); de la catedral de Brema, de la capilla del castillo de Quedlemburg; la iglesia subterránea de Kreuzberg, de Bonn, la cripta del antiguo convento de Kahlemburg, cerca de Viena; la de los Capuchinos de Graz; la sala mortuoria del Hospicio de San Bernardo, en cuyos subterráneos los cadáveres estaban expuestos a una corriente de aire muy fría y violenta, etc. Las momias de los Franciscanos de Tolosa sufrían esta última influencia cuando se exponían al aire del campanario hasta la desecación.

En algunos monasterios de Sicilia la momificación era provocada, para lo cual se exponían primero los cadáveres a la elevada temperatura de una cámara muy caliente y después se acababa la desecación al aire libre. Las momias así logradas se depositaban entonces en los subterráneos del monasterio, que eran totalmente secos.

c) En los cementerios ordinarios, en donde junto a las momias se han encontrado cuerpos que han pasado por todos los grados de putrefacción común, por lo que más allá de las condiciones del suelo que en algún momento fueron expuestas como hipótesis se supuso con mayor razonabilidad la existencia de condiciones previas orgánicas individuales.

Como vemos, no existe una regla fija para predecir qué transformación sufrirá cada cadáver, siendo que cada uno se descompone como puede, y sus lapsos varían acorde a circunstancias a veces endógenas, otras exógenas, y otras tantas mixtas, por lo que lo más indicado es recorrer el camino inverso, es decir, en base a todo lo expuesto y a los fenómenos cadavéricos presentados por O. CARRASCO, deducir lo más acertadamente posible cuáles fueron las variables de su ocultamiento y en qué condiciones se fueron dando.

Por de pronto, puedo deducir que antes de las 36 horas posteriores a su fallecimiento fue colocado sobre su lateral izquierdo y con el plano de sus piernas por encima del de su cabezal, lo que permitió que la mitad izquierda superior de su cuerpo se hiperimbibiera post mortem por efecto de la gravedad (aumento notorio de volumen no solo de la hemicara correspondiente sino también del hombro homolateral) con la consiguiente presencia y predominio de fenómenos putrefactivos, que llegaron al período enfisematoso, evidenciado por la expulsión de heces que mancharon el calzoncillo verde (Fs.1458/59 punto E 11a 11b) que, como única prenda, tenía colocada al momento de la muerte.

La falta de ropa (debido a su asistencia médica) permitió que el aire actuara libremente sobre la superficie corporal permitiendo una más rápida evaporación con la consiguiente deshidratación del lado derecho, lo que permitió la momificación parcial.

El clima reinante durante el mes de marzo del 94 en la ciudad de Zapala fue a todas luces el propicio para que se produjera la momificación parcial derecha y aun no se hallase una putrefacción más avanzada (como la que se encontró en la segunda autopsia) en el hemicuerpo izquierdo.

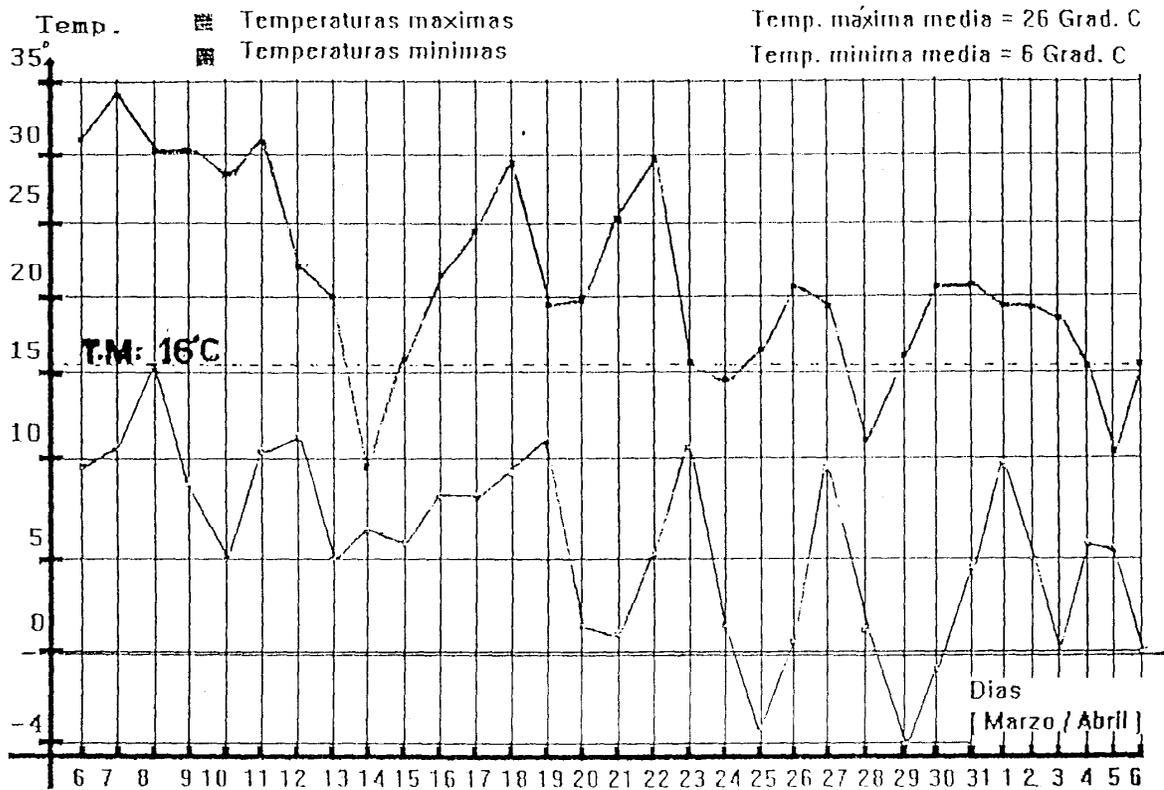
A tal efecto, no solamente basta con efectuar el cálculo de la temperatura media, sino que un gráfico lineal comparativo de las máximas y mínimas nos permite ver (gráfico de página siguiente) que las condiciones climáticas de características desérticas, es decir, caluroso durante el día y frío noche, temperaturas que en forma indirecta, ya sea en un “altillo” habitación se transmitieron al cadáver sirviéndose de ellas como cajas conductoras. Asimismo vale para un sótano Militar donde personalmente constaté que la humedad campeaba en sus paredes.

Zapala, 18 de abril de 1994.

INFORME METEOROLOGICO

DIA	TEMPERATURA °C / HS.		VIENTO	LLUVIA
DOM. 06/03-	Max 31.0 (17:30)	Min 9.8 (6:30)	Calmo	----
LUN. 07/03-	31.5	11.0 (6:00)	NW 10 km.	----
MAR. 08/03-	30.5 (17:00)	15.7 (3:00)	W 18 "	----
MIE. 09/03	30.5 (17:30)	8.0 (7:00)	N 10 "	----
JUE. 10/03	28.5 (17:45)	5.0 (7:00)	NW 12 "	----
VIE. 11/03	31.0 (17:45)	11.0 (6:00)	Calmo	----
SAB. 12/03	23.5 (17:00)	12.5 (7:00)	NW 8 "	----
DOM. 13/03	20.0 (15:00)	5.0 (7:00)	NW 10 "	----
LUN. 14/03	9.5 (15:00)	7.0 (6:00)	SSE 5 "	25.0 mm.
MAR. 15/03	16.8 (17:00)	6.5 (3:30)	S 18 "	7.5 mm.
MIE. 16/03	22.5 (17:30)	8.5 (5:00)	ESE 5 "	----
JUE. 17/03	24.5 (17:00)	8.0 (4:00)	W 5 "	----
VIR. 18/03	29.5 (17:00)	9.5 (6:30)	NW 5 "	----
SAB. 19/03	19.0 (16:00)	11.2 (6:00)	WNW 6 "	----
DOM. 20/03	20.0 (16:00)	3.5 (8:00)	NW 5 "	----
LUN. 21/03	25.5 (16:00)	3.0 (6:00)	NW 6 "	----
MAR. 22/03	29.0 (16:00)	5.5 (8:00)	NW 3 "	----
MIE. 23/03	16.5 (14:00)	11.7 (16:00)	W 45 "	----
JUE. 24/03	14.0 (16:00)	3.5 (5:00)	SW 36 "	----
VIE. 25/03	17.0 (16:30)	-3.5 (7:00)	NW 5 "	----
SAB. 26/03	21.5 (17:00)	1.0 (6:00)	WNW 16 "	----
DOM. 27/03	17.0 (17:00)	9.0 (6:00)	WNW 10 "	----
LUN. 28/03	12.0 (17:00)	3.0 (6:30)	SSE 18 "	----
MAR. 29/03	16.5 (17:00)	-4.0 (6:30)	NW 8 "	----
MIE. 30/03	20.5 (15:40)	-1.5 (8:00)	NW 6 "	----
JUE. 31/03	20.5 (15:30)	1.5 (1:30)	WNW 10 "	----
<hr/>				
VIE. 01/04	19.5 (15:00)	9.5 (7:00)	W 15 "	----
SAB. 02/04	19.0 (16:00)	5.0 (6:30)	WNW 10 "	----
DOM. 03/04	16.5 (16:00)	1.0 (5:00)	NW 15 "	----
LUN. 04/04	15.5 (15:00)	6.5 (7:00)	NE 6 "	----
MAR. 05/04	10.5 (16:00)	5.5 (2:00)	Calmo	----
MIE. 06/04	16.5 (15:00)	0.0 (8:00)	NW 15 "	----

REVISADO por neutisen (26) ASER 20
Morante y otros 16:00



Como claramente vemos, han existido días de elevadas temperaturas y noches muy frías, con una gran diferencia térmica entre la máxima y la mínima, que llegó a los 23, 5 °C el día 10 y 22, de 22,5 °C el 21 y el 9, de 22°C el 30, y de 20, 5 °C los días 25, 26 y 29 de marzo.

Se dieron condiciones climáticas desérticas subtropicales durante todo el tiempo en que el cadáver de O. CARRASCO estuvo oculto.



FIGURE II-11. Mummification of chest and arms. Note the parchmentlike appearance of the skin in these areas. The skull is partly exposed by maggots, the surrounding tissues decomposed and blackened. The body was found in an apartment in the middle of July. Newspapers at the door and other evidence indicated that death had occurred one week earlier.

También se puede apreciar que un cadáver y según las condiciones ambientales ya a la semana puede estar parcialmente momificado. En el caso expuesto fue hallado dentro de un departamento.

Preguntado oportunamente por V.S. si la bolsa de cadáveres que me fuera exhibida fue idónea para ocultar desde un primer momento el cadáver, en base a todo expuesto digo categóricamente que no, ya que el plástico en escaso espesor no es buen conductor del calor y actúa como aislante, lo que no permite la necesaria aireación para la evaporación. Si bien la bolsa tiene pequeños agujeros para mínima ventilación no permiten la libre circulación del aire.

La función es la protección del cadáver durante el traslado e impedir contaminación externa en el caso de los putrefactos a partir del derramamiento o salpicadura de los líquidos saniosos infectados de bacterias, además de la preservación de indicios que puedan encontrarse sobre el mismo. Ante la falta total de lesiones externas que hayan evidenciado aún un pequeño trecho de arrastre, cae de suyo que fue utilizada solamente para llevarlo desde su lugar de ocultamiento hasta el cerro gaucho.

Asimismo, el pantalón bombacha militar de fajina verde oliva que tenía colocado al momento de su hallazgo no tenía grandes zonas de imbibición textural de líquidos putrefactivos como se tendría necesariamente que haber observado ante una postura prolongada de dicha prenda y la posición lateral izquierda del cadáver que hubiese rezumado los líquidos en dicha dirección.

Basta observar los magros hallazgos sobre manchas que presentaba el pantalón (Fs.1457/58 y 1462)

- a) Fondillo derecho ————— Muestra 5 ————— Sangre negativa
- b) Fondillo Izq. parte posterior — Muestra 6 ————— Sangre negativa
- c) Zona inguinal izquierda ——— Muestra 7 ————— Sangre positiva.
- d) Parte interna antepierna Der. — Muestra 8 ————— Sangre negativa
- e) Rodilla izquierda ————— Muestra 9 ————— Sangre negativa

Si bien en el lado derecho las manchas no eran de sangre, las de la zona inguinal izquierda manchaban el pantalón en su anverso en una escasa superficie de 5 por 4 cm, dentro de un halo claro de 75 por 28 cm, advirtiendo a V.S. que al comenzar la primera autopsia el pantalón fue colocado inmediatamente dentro de una bolsa por lo que los dobleces pudieron extender aun mas la mancha original (por impregnación forzosa).

Por lo tanto el pantalón más allá de las fotos color que permiten ver su buen estado de conservación fue colocado momentos antes del traslado del cadáver.

Además, de haber tenido el pantalón colocado desde el principio, le hubiese sido muy difícil a la mosca Fenicia Sericata depositar sus huevos en las proximidades del orificio anal y plagar ésta zona con sus larvas.

A ésta dificultad debemos sumarle la de sortear la bolsa, si en éstas condiciones hubiese sido colocado dentro de ella.

A menos que en un último intento algún perito nos quiera hacer creer que las larvas existentes en la extremidad cefálica se desplazaron hasta la región anal, lo que agregaría un ingrediente de gran poder imaginativo pero de escasa veracidad y seriedad científica.

Pero referente a las larvas, dejé para el final la siguiente consideración;

1) ¿Cómo hicieron las larvas que el perito Prueger encontró a 40 cm. de profundidad en la letrina del baño abandonado para sobrevivir un mes?

El cálculo resulta de que el hallazgo se produjo el 4 de Mayo.

La respuesta es fácilmente deducible si tenemos en cuenta una confirmación de la entomóloga Adriana OLIVA; La Fenicia Sericata ovipone sobre materia fecal humana.

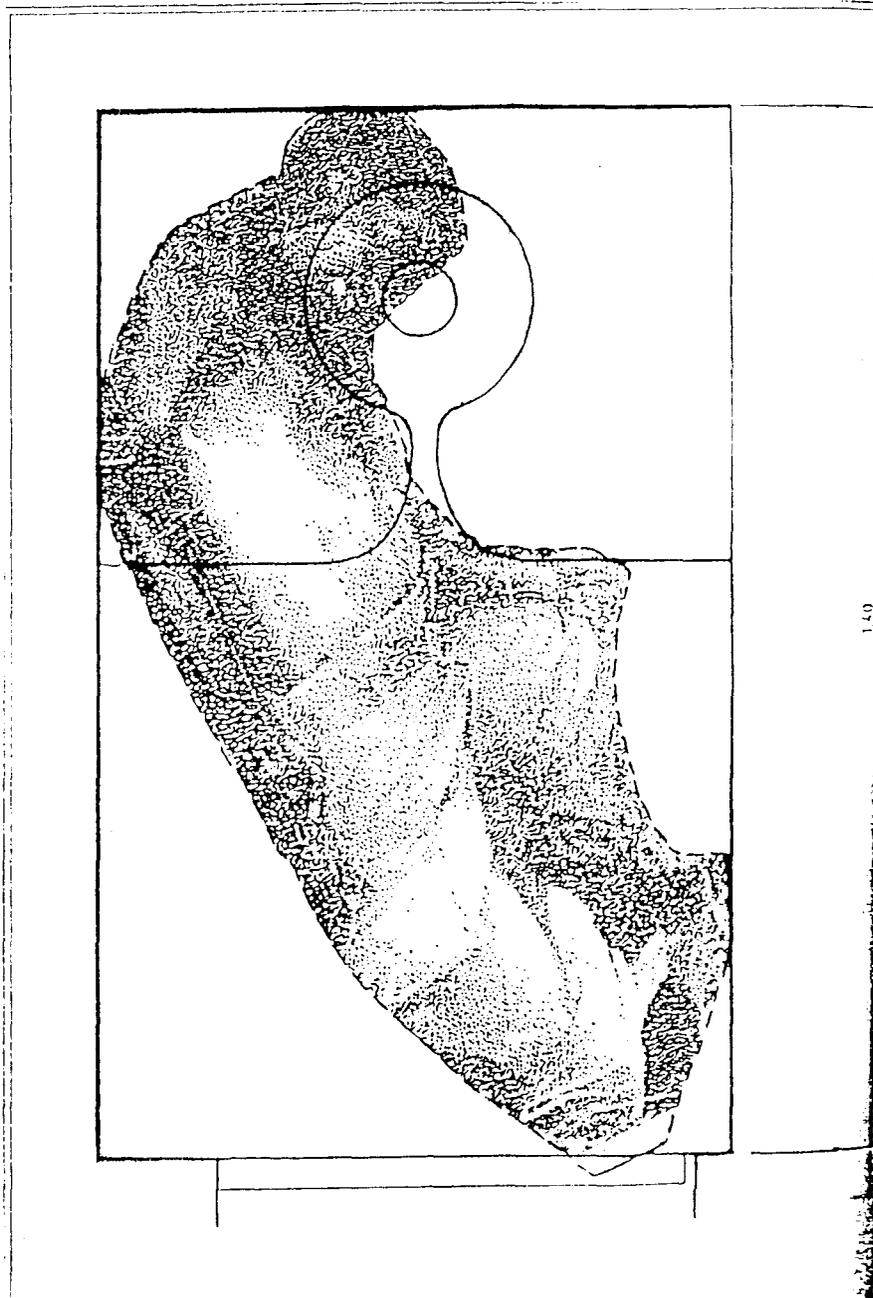
Al respecto, recuerdo a V.S. que el “perito” Prueger en Fs. 1153 dijo;

“La fotografía ilustra un polvo blanco sobre la superficie, el cual corresponde posiblemente a la sinterización de materia orgánica, descarto categóricamente que tal fauna corresponda al que se focaliza en el *escremento* humano, expresar tal posibilidad, denota una total falta de conocimiento sobre el tema. Le recuerdo al Sr. Juez, que el Dr. Achaval al observar tales fotografías descartó de plano que tal fauna corresponda a *escremento* humano y sí confirma que la misma es lo que se denomina Fauna cadavérica.” (SIC).

Me permito destacar a ésta altura de mi peritación que un verdadero conocimiento acerca de la materia fecal humana comienza por saber que “*escremento*” se escribe con “X”, es decir; “EXCREMENTO.” (del latín *excrementum*).

2) Pero hay un detalle de gran trascendencia pericial (y no ortográfico), que el que m permite decir con certeza que el cadáver de O. CARRASCO jamás estuvo en el baño abandonado como lo sostiene el aludido perito;

Para una comprensión total tengo que reproducir un gráfico que el Sr. Prueger mostró en el Juicio Oral.



Según vemos, la cabeza estuvo apoyada sobre su lateral izquierdo y sobre el borde de la letrina. En la zona orbitaria izquierda, principalmente, existía un cúmulo de gusanos que necesariamente a través de la destrucción tisular (y con la rotura de capilares llenos de sangre) tuvieron que provocar el derramamiento de líquidos sanguinolentos putrefactivos que por la simple acción de la gravedad habrían caído dentro de la letrina; ¡NADA DE ESTO EXISTIA! ¡NI UNA! ¡NI UNA MANCHA EN SUS BORDES! También vimos que no solamente por acción de los gusanos los cadáveres pierden sangre (pueden acelerar la putrefacción), sino que por efecto de la misma putrefacción sangran a través de nariz y boca, lo que habría provocado la acumulación de un pequeño charco de sangre debajo del hombro izquierdo; ¡NADA DE ESTO EXISTIO! ; ¡NI UNA MINIMA IMPREGNACION SANGUINOLENTA SOBRE LA SUPERFICIE DE LA LETRINA!

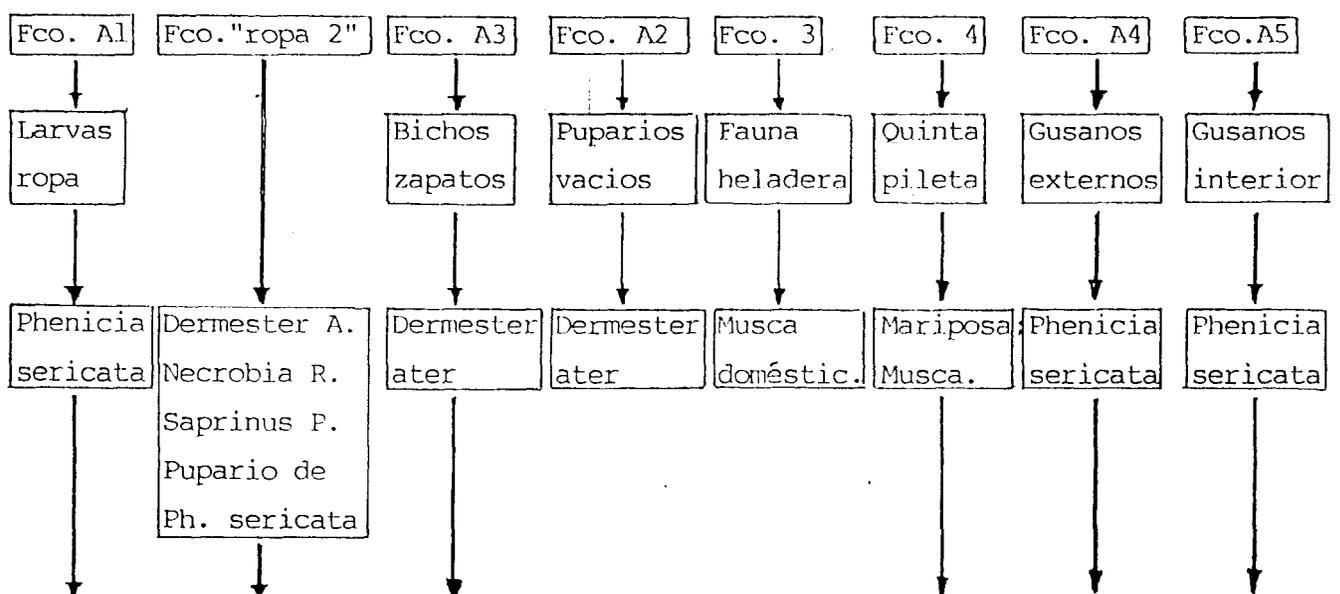
La presencia de estos líquidos es inexcusable, habida cuenta que en la primera autopsia la sutura del cuero cabelludo como del resto del cuerpo fue imposible debido al avanzado estado de putrefacción y dislaceración de los tejidos.

3) De haber existido tan indubitables rastros, no cabe la menor duda que los siniestros autores del ocultamiento del cadáver hubiesen lavado las manchas delatorias, con lo cual las larvas existentes a 40 cm de profundidad hubiesen sido arrastradas por el agua a través de las cañerías.

4) Nada impedía que roedores y otras alimañas se filtraran a través de las rejillas de entrada ni por las ventanas del baño abandonado, con lo cual el cadáver hubiese tenido lesiones provocadas por los mismos. Si pensamos que allí se tiraron las pastillas de formalina y que sus vapores ahuyentaron a los depredadores por su acción tóxica e irritativa, volvemos indefectiblemente a los dos puntos anteriores.

5) Recién a esta altura de mi peritación creo que vamos a estar en condiciones de poder entender fehacientemente los errores interpretativos que surgieron a partir de la peritación entomológica de la Dra. Adriana OLIVA.

Analizó 8 muestras que le enviaron (Fs, 1675/76) y que resumo así;



Muestras obtenidas previas a la 2da autopsia (Fs. 1479). No se precisa de qué parte de la ropa fue obtenida cada muestra.
(20/4/94)

Estas muestras fueron recogidas por el perito Prueger.
(4/5/94)

Ahora analizaremos detenidamente sus resultados.

Como bien se ve, ningún espécimen fue tornado (y reitero conceptos anteriores) de cadáver de O. CARRASCO.

Si pensamos a modo de hipótesis posible que las muestras de Phaenicia Sericata tomadas de las ropas (2a autopsia) provenían del cadáver tenemos que;

a) La Dra. OLIVA (Fs. 1676) en “DATOS BIOLÓGICOS” da los siguientes tiempos de desarrollo para la especie;

temperatura media de 22 °C 12 — 15 días

temperatura media de 15 °C hasta 38 días.

Es decir, que si la autopsia se realizó el 20/4 (no olvidar que las muestras fueron tomadas recién ése día), la muerte de O. CARRASCO se ubicaría en un período comprendido entre el 14/3 y el 6/4 para una temperatura media de entre 15 y 22 °C. No nos olvidemos que en Fs. 1479 los forenses dicen; “Asimismo se recogieron muestras de fauna cadavérica viva y muerta que fue remitida para si examen especializado”. Vale decir, que las que estaban vivas llevaban 14 días de supervivencia entre las ropas y de las muertas nada puede decirse acerca de la fecha en que sucumbieron.

Si tomamos los datos referidos al Dermester ater, vemos que el desarrollo del huevo tarda 3 semanas (Fs. 1676), por lo que retrocedemos al 31/3.

Es decir, que si tenemos en cuenta el tiempo transcurrido entre la primera y 2da autopsia (14 días), las cuentas regresivas no cierran.(excepto que no contemos los 14 días intermedios, para lo cual no existe ninguna justificación técnica ni científica, ya que fue el 20/4 cuando se las recolectó y preservó a través de su fijación en alcohol, tal como anticipé renglones arriba.

Solamente podríamos guiarnos por la presencia de puparios vacíos, ya que implica el desarrollo completo de la larva en mosca; Éstas rompen la envoltura de la pupa, salen al exterior, y pasados unos momentos en los cuales el contacto ambiental seca sus cuerpos y alas, se largan a volar.

Acá tenemos que saber que las pupas, antes de la eclosión del adulto, permanecen quiescentes un tiempo, que puede llegar hasta una semana.

Como tampoco sabemos el tiempo de quiescencia de las pupas halladas, todos los cálculos que queramos efectuar a partir de los hallazgos científicos de la Dra. OLIVA son escasamente estimativos y por la razón fundamental expuesta reiteradamente;

¡NINGUNA de las larvas fue tomada del cadáver de O. CARRASCO!

Llevemos ahora los mismos períodos de desarrollo larvario de Phaenicia sericata a la fecha en que Prueger tomó las muestras (4/5).

Los huevos fueron depositados entonces en el fondo de la letrina entre el 28/3 y el 20/4. Si queremos agregarle 7 días más por las pupas halladas nos remontamos al 21/3. Desde el 21/3 hasta el 4/5 son 45 días, tiempo que aventaja en una semana a los 38 días de plazo máximo dado por la entomóloga (Fs. 1676) para el desarrollo completo de larvas de Phaenicia sericata a una temperatura de 15 °C.

Si las moscas colocaron los huevos el día 21/3, (utilizando los 7 días sobrantes para la máxima quiescencia de las pupas), en el fondo de la letrina no hubiésemos encontrado nada, ya que todas las larvas se habrían convertido en moscas, o, si la nueva pléyade de moscas volvieron a oviponer sobre lo que había en el fondo de la letrina, las larvas encontradas tendrían un menor desarrollo al hallado por la entomóloga.

Esta es una demostración palmaria QUE NADA TENIAN QUE VER CON EL CADÁVER DE O.

CARRASCO.

Es presente capítulo fue una transcripción del que enviara oportunamente al Sr. Conjuez Dr. Bruno BONETTI, incluyéndolo en el cuerpo de ésta peritación para una total ilación del resumen de las conclusiones finales, pues ignoro el Nro. de Folio que ocupa en el sumario.

LXIX.- LAS RECETAS; ¿UN FESTIVAL?.-

Del 5 al 15 de Marzo de 1994 fueron emitidas muchas recetas, de las cuales tuve oportunidad de observar y estudiar detenidamente los originales de 155 de ellas, a partir del momento que el Dr. Bruno BONETTI me designó perito y me facilitó el acceso a las mismas.

Todas acreditan una prestación médica brindada a soldados de clase 75.

El mayor emisor fue el Médico CORVALÁN, con una mayor concentración entre los días 5 al 9, (36 recetas -23, 23% del total examinado-)

En 10 recetas no se identifica el nombre de las personas atendidas debido a la desprolijidad de su letra; en 11 no colocó el diagnóstico que da origen a al tratamiento que indica una a nombre de COSTA Orlando la expidió el día 7, en tanto que en la planilla de atención por guardia médica no consta su atención dicho día; ocurre los mismo con otra a nombre de HUANQUE Raúl, del día 12, cuando en la planilla de atención por guardia fue atendido recién el 13 y 14 pero como HUANQUE Gustavo; lo mismo ocurre con MORALES Antonio, a quien recetó Diclosán IM (antiinflamatorio no esteroide) los días 8 y 10, en tanto que en la planilla correspondiente fue atendido el día 9 y 10. Como en la primera Receta le indica 3 ampollas y en la segunda 1 (Total = 4) y tanto el 9 como el 10 recibió una sola ampolla IM, sobran 2, con sus respectivas jeringas y agujas.

El día 8 emite dos recetas, una a nombre de Raúl LEIVA y otra a nombre de Juan CLACCIO O CLAMIO. En la planilla de pacientes por guardia, y para el mismo día, hay anotado un solo Raúl, pero el apellido no coincide, ya que con puno y letra de TRONCOSO el apellido se lee como "AMORO Raúl", siendo coincidente en ambos la aplicación de Diclosan IM, pero sin que conste -tanto en la receta como en la planilla- ningún diagnóstico que la justifique. En el Libro de Pacientes por Guardia, el mismo día hay anotado -con la letra de TRONCOSO- un tal MULLO Raúl (la misma indicación médica). De LEIVA a MULLO hay una gran diferencia, aunque el nombre sea el mismo. Habiendo analgésicos bucales en la farmacia, CORVAIAN le indicó a LEIVA uno IM, por un dolor en una ampolla del pié. CLACCIO no existe en las anotaciones del día 8 (en ninguno de los 2 libros), no obstante lo cual CORVALAN le indicó 3 comprimidos de Valium 5 mgr., sin que exista a la vista un diagnóstico que justifique un acertado tratamiento, por lo que se puede inferir que habrían sido utilizados en la atención de otra persona.

LEIVA reaparece e las planillas el día 17/3 con una nueva aplicación IM de analgésicos, de las cuales, como se ve, no tenía forma de escapar, máxime cuando en 9 días una ampolla del pié -salvo complicación-tiene el margen de tiempo suficiente para curarse.

Le sigue el Médico TEMI con 11 recetas (7, 09 %), llamándome la atención una de ellas (emitida como duplicado), en la que le receta Valium 5 mgr por una crisis "EMOSIONAL" a Néstor BURGOS. Si bien la fecha de emisión es alejada respecto a las del mes de marzo (6/4), al suscripto, como Médico Egresado en el año 1970 de la U.B.A, le cuesta creer en semejante error ortográfico.

El día 8, la sargento Ramona Villalba de Verón, Encargada del servicio de Cirugía y Esterilización, emite una receta, solicitando un rollo de papel para ECG.

El día 8 fueron atendidas (según la Planilla de Atención por guardia y el Libro de Pacientes atendidos por Guardia) 4 personas, (pág. 143), a las que solamente se les aplicó una inyección IM.

La ciencia médica no admite el absurdo de tener que sacar un ECG para una evaluación cardiológica a fin de saber el riesgo que se corre ante la aplicación de una inyección IM. No obstante la farmacia del Hospital Militar entregó el rollo para ECG el mismo 8, según consta en la planilla correspondiente (pág. 145).

El médico KURCHAN emite una receta el día 6 (sobre el que aparece remarcado un 7 y un 8), recetando la VACUNA ANTITETÁNICA y 1 jeringa con aguja para COSTA Orlando, al cual CORVALÁN lo vio recién dos días después (8/3), y le recetó 12 comprimidos de ampicilina (antibiótico), por un cuerpo extraño en el antebrazo (se ignora si el izquierdo o derecho), pero anotado por TRONCOSO en la planilla de pacientes atendidos por guardia (pág. 113) el día 7 de marzo.

Se dan tres situaciones concretas;

- 1)
 - a) El día 7 Orlando COSTA se clava un cuerpo extraño en un antebrazo.
 - b) KURCHAN, con un gran poder de videncia, ya le indica la vacuna el día 6, pero sin mencionar el diagnóstico, y sin registrar su atención en ninguna de las dos planillas.
 - c) El día 7 CORVALAN lo atiende pero NO LE EXTRAER el cuerpo extraño ya que
 - d) El día 8 le indica antibióticos, sin realizar el tratamiento básico indicado en el punto anterior, y sin registrar en ninguna planilla dicho acto médico. Si le indicó antibióticos es porque había una infección, de la que nada dice el diagnóstico.

- 2)
 - a) Día 6 —————> Desaparición de O. CARRASCO
 - b) Día 7 —————> Única fecha en que está anotada la atención de Orlando COSTA
 - c) Día 8 —————> fecha en que fue vacunado O. CARRASCO.
 - d) La receta de KURCHAN transitó a mano alzada por las tres fechas.

- 3)
 - a) El día 8 Orlando COSTA fue atendido por 2 médicos (CORVALÁN Y KURCHAN), y en ninguna de las dos oportunidades fueron registrados los actos médicos en las planillas correspondientes.
 - b) La vacuna recetada fue retirada de Farmacia el día 8 (Pág. 141). PERO PARA VACUNAR A O. CARRASCO, YA QUE:
 - c) ORLANDO COSTA FUE REALMENTE VACUNADO EL DIA 12 de marzo, TAL CUAL SU F.I.S
 - d) Si recordamos nuevamente el Nro total de vacunas vemos que se entregaron un total de 374, administradas de la siguiente manera;

DIA	8	12	14
SOLDADOS ACUNADOS	1	367	6
APELLIDOS	O. CARRASCO	1 Fue COSTA Orlando	CISTERNA Fernando CHOQUE Héctor Walter HUENCHUN Osvaldo TEJADA David GARCIA Carlos BARRERA VERA Alfredo
CONSTA EN	F.I.S	F.I.S	Receta firmada por MATAYOSHI, del RIM 10 (pág. 148)

El total vuelve a ser 374, por lo que las matemáticas, a la hora de la verdad, siguen siendo una ciencia exacta. De no haber sido administrada la vacuna a O. CARRASCO el día 8, el total sería de 373 (367 + 6 - 1).

Asimismo reitero lo que expresé en la página 149; no se necesita, en el presente caso, un progresivo contraste con la observación y la practica experimental (como por ejemplo si fuera un fenómeno físico), ni tampoco apelar a la intuición sensible para controlar la verdad de lo expresado. Más allá de ser números natural es, enteros y racionales, constituyen una demostración implícita de su objeto.”

Hay 5 recetas emitidas por la Subteniente María TRONCOSO; (con un número 9 invertido muy singular), de las cuales 1 se acompaña de la firma de CORVALÁN.

Llama poderosamente la atención la del día 9, en que solicita una hoja de bisturí Nro 23, para ser empleada en el Sargento 1º José ALFARO, de l G.A. 161, y que consta anotado en la planilla como “Extracción de puntos”. (Pág. 146).

Toda herida cortante o contuso-cortante de importancia lleva un tratamiento; la sutura, cuyos puntos se extraen habitualmente a los 7 días, y en algunos casos a los 10, según los procesos de cicatrización.

Vale decir que previa a una extracción de puntos tuvo que haber una herida y un procedimiento quirúrgico de sutura.

Pues bien; en los últimos días del mes de febrero y en la primera semana de marzo no existe en las planillas dicha anotación, de lo que se infiere que no se le pueden extraer puntos a quien jamás ha sido suturado.

Además, según el Libro de Registro de Enfermos de Guardia (pág. 127), el nombrado José ALFARO fue atendida el día 9 solamente por una “lumbalgia”, y se le recetó aspirina. A través de ésta anotación se ha logrado otro notable avance médico en el tratamiento de las lumbalgias (además de la aspirina); ¡Las lumbalgias se suturan!

El ilógico se trata de salvar en la HISTORIA CLÍNICA DE José ALFARO (pág. 147), donde KURCHAN certifica que lo atendió el día 9 por un traumatismo suturado 10 días antes, DEL CUAL NADA SE REFIERE en dicha Historia Clínica.

Al hallarlo en condiciones le da el alta médica.

Por lo tanto;

1) ALFARO fue atendido el 9 por dolor lumbar

2) KURCHAN, que lo atiende el mismo día, no advierte el dolor lumbar, y lo envía a que TRONCOSO le extraiga puntos de una herida suturada, de la cual nada se refiere en cuanto a su ubicación topográfica y extensión.

No obstante el pedido específico de TRONCOSO de una hoja para bisturí Nro 23, la farmacéutica D Andrea COLL le envía una Nro 15 (tal. cual se observa en la hoja de Consumo de Fármacos y Material de Curaciones por parte del Personal Ambulatorio (Fs. 804 y pág. 150 de mi peritación, con registro Nro 46.).

Asimismo, la aguja Butterfly que entrega el día 8 no fue derivada para la atención de ningún paciente internado, según surge del análisis que efectué de las Historias Clínicas de todos los pacientes que ese día estaban internados, como así tampoco de todas las personas atendidas por guardia médica.

PERO COMO EN TODA HISTORIA, HAY UNA EXCEPCION, y es la supuesta atención brindada a María GOMEZ, esposa de un Sargento Ayudante del BAL “NQN”, a través de la cual se INTENTA JUSTIFICAR el uso de la BUTTERFLY. Veamos cómo;

El médico TEMI y la enfermera PERALTA emiten una receta el 8 a nombre de María GÓMEZ, escrita con dos tintas de diferente color, un agregado con lápiz, y dos letras distintas. Piden una jeringa de 5 cc con aguja IM, una ampolla Celestone Cronodoce (tachado), una ampolla de Dexametasan (corticoide) frasco de solución fisiológica de 500 ml. Todo ello, por supuesto, sin diagnóstico explícito.

La atención de la paciente no está documentada en ningún registro de los que normalmente se utilizaban en el Hospital para atenciones ambulatorias, tanto para dicho día como para los anteriores y subsiguientes.

Solicité entonces la Historia Clínica (a través del Dr. Bruno BONETTI), y me envían una a nombre de DIAZ DE GÓMEZ, Gladis Ester, (la única encontrada con dicho apellido), casada, esposa de Sargento 1º del BAL “NQN”.

Surge que ésta última fue atendida el 2 de Marzo/94 por trastornos del ciclo, sin que conste ninguna atención realizada el 8. Ninguno de los síntomas que exhibe (flujo, a veces sanguinolento, dolor en las relaciones sexuales), lleva como tratamiento corticoides y el pasaje de solución fisiológica.

Conclusión; Gladis Ester DIAZ DE GOMEZ existe, nació en Tucumán y tiene DNI 13.378.340.

María GOMEZ, la de la receta, NO EXISTE, y si bien comparte con la anterior 1 apellido, no puede hacerlo con el esposo, ya que TEMI y PERALTA la “casaron” con un Sargento Ayudante.

Las coincidencias hacen entonces que la Butterfly indicada el día 8 para un “ganglión” de RIO SECO, haya sido utilizada para pasarle medio litro de solución fisiológica a María GOMEZ, QUE NO EXISTE...

Dentro del quantum de irregularidades encontradas, es también muy llamativo que personal de enfermería confeccione recetas con indicaciones médicas, ya que la prescripción es un DOCUMENTO, que debe ir fechado y firmado POR UN MÉDICO, sin cuyos requisitos la receta no es válida.

- EL TRIO DE GANGLIONES DEL 6 DE MARZO.-

El día 8 se le “trata” un ganglión de muñeca a RIO SECO -tal la fecha de emisión de la receta firmada por TEMI y TRONCOSO- en tanto que la atención por planilla consta el día 6 y no el 8. - Las indicaciones (1 jeringa c/aguja IM; otra con aguja EV y una tercera con aguja subcutánea más 1 ampolla de Celestone Cronodoce –corticoide- y 1 aguja Butterfly Nro. 19) NO SE CONDICEN MÉDICAMENTE, EN ABSOLUTO, con el tratamiento real de dicha patología, que es quirúrgico. Poca fortuna tuvo el soldado clase 75 Samuel PACHECO, al haber tenido el mismo día 6 dos tipos de patologías.

Una fue un traumatismo de maxilar inferior (atendido por el Médico AGUIRRE), y la segunda un ganglión -recién con diagnóstico en planilla el día 8-.

Tanto el esmero del Médico CORVALAN y de su colaboradora la Subteniente PERALTA, que dos días antes de efectuarle “el tratamiento” ya le habían recetado los elementos a utilizar, y que son los mismos recetados a RIO SECO, más el agregado de UN FRASCO de Lidocaína (o Xilocaína) al 2% (anestésico local).

Las consideraciones son las mismas ya referidas; un ganglión NO LLEVA ese tratamiento.

Por las dudas, a PACHECO le recetan Duo Decadrón Intectable (corticoide) el día 9, en una receta con firma y sello de CORVALAN, la letra y el 9 invertido de TRONCOSO y un agregado de 1 jeringa con lápiz.

El día 9 le efectuaron una radiografía de mano DERECHA -frente y perfil- que simplemente le adjudico a la mala suerte del soldado, pues no consta diagnóstico alguno y en las radiografías no se observa ningún tipo de patología -

Más aún, CORVALAN ubica al ganglión en la muñeca izquierda, al cual “infiltró con corticoides”. Para no desairar al refrán, el día 6 aparece un tercer “ganglión” en el soldado Jorge VAZQUEZ, que fue “infiltrado” por CORVALAN el día 9, según consta en la planilla de atención de pacientes por guardia médica.

También con poca suerte en su salud, al igual que PACHECO, el mismo día 6 había sido atendido por artralgias (dolores articulares) según el Médico AGUIRRE, recibiendo por parte de éste último un tratamiento adecuado (piroxicam, que es lo mismo que le dio a PACHECO para el traumatismo del maxilar).

Para Vázquez confeccionaron la receta CORVALAN y PERALTA el día 6 de marzo, indicando lo que ya se puede adivinar con facilidad; casi las mismas prescripciones que para RIO SECO y PACHECO, aunque tacharon el Celestone Cronodoce (corticoide) y falta el anestésico, del cual ya tenían un frasco entero obtenido a través de la receta de PACHECO.

Pero si en ésta receta se tachó el Celestone Cronodoce y por lo tanto no fue entregado en farmacia; Con qué lo “infiltraron”?

El ganglión es una patología banal que raras veces ocasiona dolor. Si a Vázquez el día 6 le habían indicado ya antiinflamatorios con notable acción analgésica, (mas que suficiente para calmar cualquier molestia proveniente de un ganglión),

¿Para qué hacerle otro tratamiento innecesario y no terapéuticamente indicado con infiltración de corticoides, con todas las contraindicaciones médicas que dichos productos presentan? (páginas 119 a 123 de mi peritación).

Al respecto, es necesario aclarar que la aguja Butterfly se usa solamente para la administración de líquidos por vía parenteral, por lo que en el caso de RIO SECO se da la ilógica circunstancia de que fue a tratarse “un ganglión” y le terminaron pasando sueros.

La acreditación de que tales elementos (jeringas, agujas y butterfly) y medicamentos (Celestone Cronodoce, Duo Decadrón, y Lidocaína) no fueron utilizados para dichos soldados quedaría demostrada médico legalmente a partir del reconocimiento de los 3 soldados. Como el tratamiento definitivo del ganglión es quirúrgico, si fueron “infiltrados” deben existir nuevamente, ya que recidivan.

Si fueron extirpados quirúrgicamente, debe existir en ellos la secuela, es decir, la cicatriz.

Del Registro del libro de Guardia, surge que el día 6 CORVALAN NO ESTUVO DE GUARDIA, pero concurrió al Hospital Militar para atender a Jorge VAZQUEZ y a Samuel PACHECO no por una urgencia o una emergencia médica, sino por una patología nimia como lo es el ganglión.

Estando ése día el médico AGUIRRE de guardia; Cómo es que nada advirtió en los soldados y ninguno de ellos le hizo referencia a las molestias que les ocasionaban los gangliones?

Agregamos;

-el día 9/3 Darío SILVA fue atendido, y se le hizo una cura plana de un dedo con una venda de 10 cm de ancho por 10 metros de largo.

Además de las desproporcionadas medidas de los dedos de Silva, las vendas son para hacer vendajes y las gasas para hacer curas planas.

-el día 9, a Carlos POLISERI le vendaron un tobillo con vendas equivalentes a 50 metros de largo (5 vendas de 10 cm de ancho), cuando con 3 metros es más que suficiente.

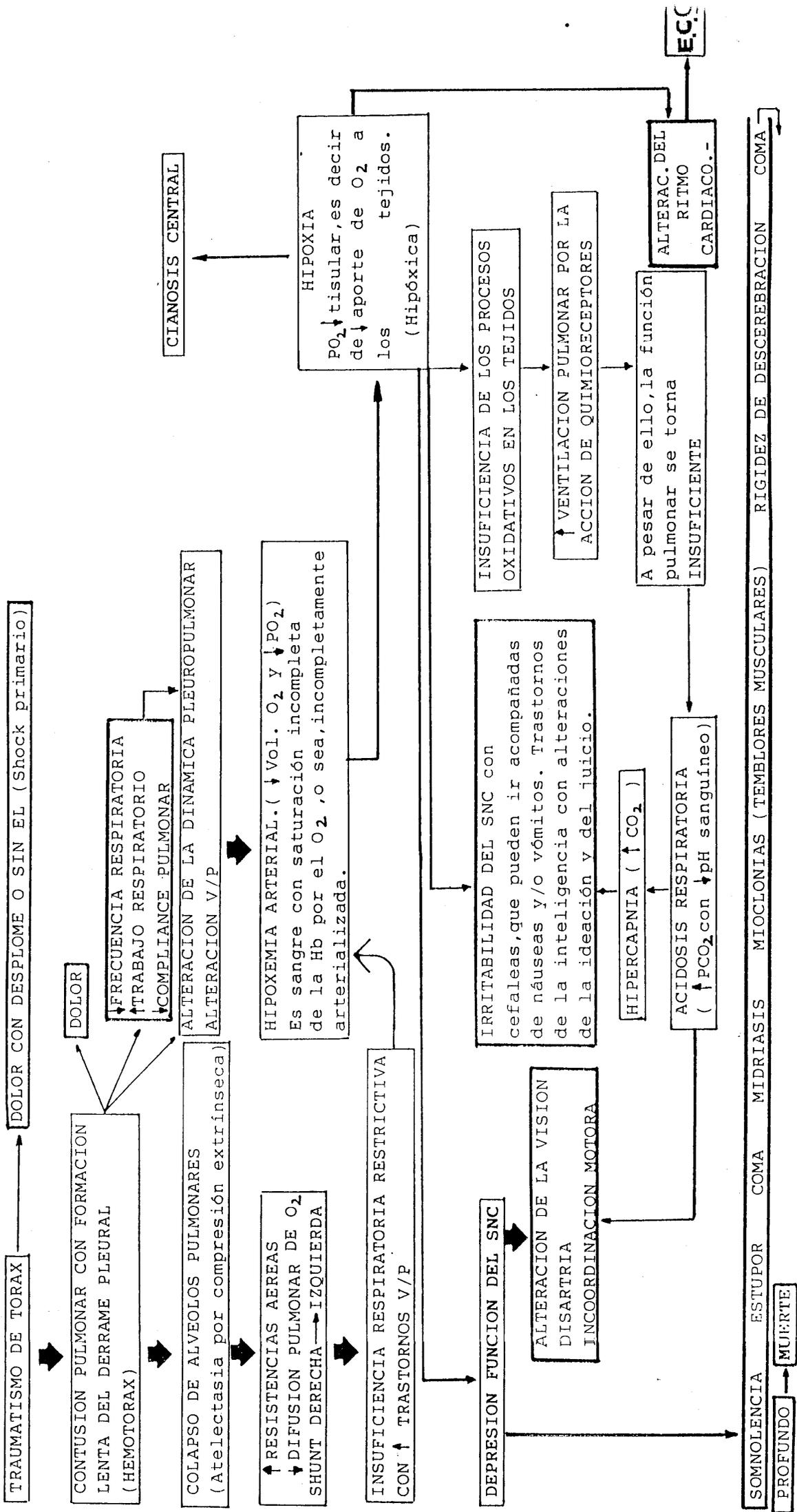
De más está decir que las vendas referidas se indicaron en las respectivas recetas solamente para dichos pacientes y no para varios.

Del estudio de las Historias Clínicas de pacientes internados desde el 28 de Febrero hasta el 10 de marzo del mismo año, surge que a ninguno fue necesario efectuarle un ECG el día 8. (Tampoco fue necesario para ningún paciente atendido por guardia).

Todos los fundamentos del presente capítulo los desarrollé ampliamente DESDE LA PAGINA 83 HASTA la 155 inclusive, pero remito nuevamente a V.S. concretamente a la página 166 para refrescar el ESQUEMA DE LAS RECETAS SOSPECHOSAS Y SUS AUTORES

Del libro de Guardia surge que el 8 de Marzo 2 enfermeras (MARTELLO Y TRONCOSO) permanecieron 3 horas más en la guardia (la guardia terminaba a las 08:00 pero la entregaron a las 11:00), y simultáneamente 3 horas más tarde de lo habitual se hacían cargo el Capitán médico CORVALAN y el Cabo 1º SILVA.

FISIOPATOLOGIA DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y SU CORRELACION SIMTOMATICA



LXX.- EL NEXO ENTRE O. CARRASCO Y LAS RECETAS SOSPECHADAS.

La falta de fracturas nos aleja en el caso de autos de la posibilidad de una hemorragia aguda, y si bien hubo efracción pulmonar, el sangrado visceral se reduce por tener un régimen tensional menor que el de la circulación de los vasos parietales, lo cual facilita la contracción de los vasos con una hemorragia mucho menos copiosa. A su vez, el hemotórax que se va formando determina alteraciones en el pulmón, la pleura, el diafragma y la propia caja torácica, dependiendo de todo ello la aparición de los síntomas clínicos. Es así que, ampliando la comprensión del esquema fisiológico ya presentado, tanto el hemotórax como la contusión y el colapso pulmonar provocan; (podemos ver que los medicamentos sacados de la misma farmacia del hospital a través de las falsas recetas, coinciden con la sintomatología. Es decir, a medida que se presentaban los síntomas lo medicaban. Al lado del nombre comercial del medicamento coloqué la fecha de emisión de las recetas, lo cual nos permite ir observando la agravación clínica de O. CARRASCO.

En todo el mes de marzo, fuera de las fechas indicadas, es decir del 6 a 9, NO HUBO EMISION DE NINGUNA OTRA receta que pudiera ser sospechada.)

TRAUMATISMO (día 5 ó 6) { DOLORES EN AUMENTO. A Partir del día 6 ya se lo oculta teniendo asistencia médica y paramédica clandestina. (o lo que es lo mismo, secreta y ocultamente.)

HEMOTÓRAX {
Palidez
Hipotensión → REQUIERE CONTROLES DE TENSION ARTERIAL FRECUENTES. Taquicardia
Dolor → ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES IM (Jeringas y agujas del día 6, al igual que la LIDOCAINA al 2% (INFILTRADO)
Disnea
Hipovolemia → NO ENCONTRÉ EN LOS REGISTROS DEI LABORATORIO DEL HOSPITAL NINGÚN ANÁLISIS A SU NOMBRE.
Exudación secundaria de la pleura visceral (aumenta el volumen del hemotórax)
Dolor pleural → INFILTRACIONES CON LIDOCAINA (Día 6)

COMPLICAC. PULMONARES {
Alteraciones de la irrigación sanguínea → referidas como alterac. V/P
Alteraciones de la ventilación → referidas como alterac. V/P
Aumento de la disnea → BUTTERFLY N° 19 (día 8) Comienza la hidratación
Riesgo de infección → VACUNA TAB DI TE (Día 8) y ya con presunción de tratamiento quirúrgico ATB (Ampicilina (Día 8) 12 compr. CELESTONE CRONODOCE (Día 8) 1 Amp.

Tos → Aumento del dolor	{	PARACETAMOL (Día 8) FIEBRE? DICLOSAN (día 8) 2 amp. IM DEXAMETASAN y SOLUCIÓN FISIOLÓGICA (Día 8); BRONCOESPASMO?
Shock de diversa magnitud Inmovilidad	{	DUO DECADRON (Día 9) 1 amp. VENDAJE (Día 9)
Insuficiencia respiratoria	{	Excitación psíquica → VALIUM (Día 8) Trastornos del ritmo cardíaco y/o evaluación prequirúrgica
	}	E.C.G
Cianosis →		DUO DECADRON (Día 9) 1 amp.

Desde el punto de vista médico asistencial cabe una pregunta; Se pueden hacer todo este tipo de controles y administración diaria de medicamentos en forma ambulatoria?

Respuesta; lo inadecuado puede ser siempre realizado de cualquier manera, surgiendo de ello impericias, negligencias o imprudencias.

En el caso de autos, al no haber sido internado, la forma de asistencia ambulatoria pudo ser brindada en un lugar tanto cercano como lejano del hospital.

La última posibilidad, objetiva y lógicamente hubiese puesto en evidencia el desplazamiento de personal médico y paramédico a lugares poco usuales o frecuentados por ellos.

La primera posibilidad sería entonces la “mas potable”, por darle algún nombre. En esta dirección me orienté al tomar muestras de las paredes de los sótanos del hospital. Si bien lejana, la posibilidad que me ofrecía la peritación geológica de las pinturas era única e irreproducible.

Grande fue mi sorpresa cuando la Licenciada Bayarsky me adelantó telefónicamente sus resultados; HABIA UNA PINTURA DE TRES CAPAS DE LA PARED DE UNO DE LOS SOTANOS. Lamentablemente, el indicio nunca pudo ser corroborado, y en la actualidad técnicamente imposible, dado que el tiempo transcurrido hace variar la coloración de las muestras.

EL BISTURÍ DEL 9.-

El pronóstico y la evolución de la insuficiencia respiratoria, están en directa relación con la formación del médico que la trata y con las posibilidades instrumentales del centro en que sea ingresado el paciente.

Dos de las indicaciones han sido correctas y pueden considerarse de aplicación general en los traumatismos de tórax; los analgésicos (ya sean por vía bucal o IM) y las infiltraciones intercostales en casos en que haya gran dolor, pues suprimen los factores desencadenantes o agravantes de una insuficiencia respiratoria. Si existió broncoespasmo los corticoides también estuvieron bien indicados.

Los antibióticos, en caso de haber surgido signos o síntomas de infección pulmonar, también estuvieron bien indicados, aunque no podemos saber si la dosis utilizada fue la correcta.

Los tranquilizantes (Valium) y el vendaje compresivo están contraindicados, pues el primero deprime el centro respiratorio y el segundo agrava la dificultad ventilatoria al limitar los movimientos respiratorios.

La hidratación también está indicada, aunque en volúmenes restringidos, ya que se corre el peligro de agravar la enfermedad de base (contusión pulmonar) por la formación de exudado intersticial y alveolar.

Para arribar a un diagnóstico correcto es necesario;

- 1) Sacar varias radiografías de tórax F y P, si es que en la primera de ellas no aparece imagen de derrame pleural y el paciente no mejora o empeora.
- 2) Mantenimiento de una ventilación óptima, conservando las vías aéreas altas completamente permeables, eliminando las secreciones bronquiales que hubiere.
- 3) Oxigenoterapia
- 4) Análisis generales de urgencia (Hemograma y hematocrito)
- 5) Determinación de gases en sangre (Oximetría)
- 6) Toracocentesis (se extrae con jeringa el contenido de la cavidad pleural) para los hemotórax pequeños (Grado I), y avenamiento pleural con drenaje valvular irreversible, en los casos de hemotórax medianos o de Grado II.

También puede iniciarse el tratamiento en el segundo de los casos con una toracotomía (abertura de la cavidad torácica).

CUALQUIERA de la modalidades terapéuticas REQUIERE INDISPENSABLEMENTE una internación en establecimiento con un medio quirúrgico adecuado, un cirujano de experiencia, seguridad anestésica y condiciones de recuperación postoperatorias satisfactorias.

A vistas surge que el malestar de O. CARRASCO llegó en un momento a ser lo suficientemente intenso como para no permitirle comer, pero ya antes de llegar a dicho estado la ingesta de comida trae aparejado el peligro de un vómito que inunde las vías aéreas.

Con la hidratación se suprime habitualmente la ingesta, y acá encontraremos el porqué un estómago autópsico vacío no solamente indica que la última comida fue de 4 a 6 horas antes de morir.

En el lugar de atención clandestino, O. CARRASCO vestía solamente con un calzoncillo, (la falta de la camisa indica que se le mantuvieron los brazos descubiertos para una mejor visualización de las venas y el pasaje de líquidos por dicha vía), y es así como lo encuentra la muerte.

El cadáver es colocado apoyado sobre su lateral izquierdo (gran aumento de volumen en la región corporal homolateral, principalmente el hombro y el brazo, detalle NO advertido por el médico Lucio De La ROSA y el Forense VILLAGRA.)

Es así cuando, -ya sea en estado agónico o posterior a la muerte-, la Lucilla Sericata (mosca verde) coloca sus huevos, que llegan al estado larvario. El pantalón se le coloca momentos antes de transportarlo al Cerro gaucho, ya que todas las larvas estaban entre el calzoncillo y la tela interna del pantalón, y no por fuera del pantalón, lugar al que hubiesen llegado fácilmente a través de las costuras y también, en el caso de autos, a través de la bragueta.

Pero cabe una última pregunta; Todo ocurrió realmente así?

-Respondo; Hay cuatro testigos mudos

- 1) EL CADAVER DE O. CARRASCO
- 2) LAS ROPAS QUE VESTIA
- 3) EL ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO
- 4) LAS FALSAS RECETAS EMITIDAS DEL 6 AL 9 DE MARZO DE 1994.

Agrego dos circunstancias de tiempo modo y forma;

-dadas las características psicológicas de Omar CARRASCO; Pudo alguna actitud o un trastorno de la conducta, o el simple hecho de ser un “tagarna” haber generado una agresión física de tan inusitada violencia que le provocara la muerte en 30 minutos a sólo 3 días de servicio militar?

Por otra parte, si éstos últimos motivos no existieron y la muerte no fue el resultado deseado por el o sus agresores, y aún suponiendo que la misma haya sido inmediata; Para qué ocultar durante casi un mes su cadáver?

El resultado negativo de la cromatografía gaseosa y espectrofotometría sobre hígado y riñón que yo mismo solicité en mayo de 1995, NO INDICA que no se le hayan suministrado medicamentos, pues es un método que SOLO BRINDA CERTEZA en el caso de ser hallados (RESULTADO POSITIVO), ya que los metabolitos putrefactos de las drogas buscadas no son reconocidos como provenientes del fármaco que les da origen, a pesar de la sensibilidad del instrumental técnico utilizado.

Este importantísimo concepto NO FUE VOLCADO por los tres Médicos Forenses de la Justicia Nacional ni en sus escritos ni durante la exposición brindada en el juicio Oral, lo que pone a las claras un relato parcial de tan importante estudio, solicitado por mí oportunamente, y para cuya realización fuera expresamente designado perito oficial por los Sres. Jueces del Excmo. Tribunal Oral en el Criminal Federal de Neuquén con fecha 9 de Junio de 1995 y ratificado el 10 de Mayo de 1995, como consta en la fotocopia de los oficios que adjunto al final de la actual peritación.

LXXI. - INDISCUTIBLE REALIDAD.-

A continuación expongo en su totalidad un trabajo científico realizado en el Castle Hill Hospital de Yorkshire y en el Wessex Regional Cardiothoracic Centre del Southampton Chest Hospital and Harefield Hospital, de Harefield, avalado a su vez por una importante bibliografía.(Hojas A, B, C, D, E Y F).

Las acotaciones sobre el mismo texto sirven a su mejor comprensión. Se verán traumatismos torácicos de gran magnitud (fracturas de múltiples costillas), con gravísimas lesiones pulmonares, hemotórax, neumotórax, ruptura de diafragma, de aorta, de corazón, y en algunos casos con ruptura de vísceras abdominales y otras fracturas, SIN QUE NINGUNO DE ELLOS MURIERA EN UN LAPSO DE 30 a 90 MINUTOS. Más aun, SE SALVARON, es decir, SOBREVIVIERON.

¿Cómo se compatibiliza entonces la muerte de O. CARRASCO en tan perentorio lapso?

Saque V.S. sus propias conclusiones, y puede tener la plena seguridad que no estará equivocado.

La gravedad de las lesiones mostradas surgen no de golpes de puños o patadas sino de accidentes de tránsito en el que existieron violentísimos golpes contra el volante del coche, al que se asociaron

en muchos de los casos expuestos otras lesiones graves (traumatismo cardíaco, rotura de grandes arterias, fracturas de otros huesos, etc..).

Quiero decir que; las lesiones que tratan de demostrar los forenses que tuvo O. CARRASCO y que le provocaron una muerte casi inmediata (Fs. 1476 “desgarro o ruptura de algún vaso torácico de calibre importante”), son patrimonio de los accidentes de tránsito. Los mismos conceptos son válidos para la opinión coincidente del perito de parte Dr. M. Castex, que en Fs. 1006 y tan sólo “a título ilustrativo” nombra “a las ramas de los vasos mamarios internos y sus anastomosis, y hasta una ruptura hipotética del conducto torácico y/o de alguno de los grandes vasos INTERTORACICOS”

Vale decir que al nombrarlos los saca del anonimato forense, pero nos introduce en la perplejidad de estar en presencia de otra autopsia, pues cada ser humano tiene un solo tórax.

Del trabajo científico expuesto surge también que la contusión pulmonar con desgarros y la formación de hemotórax conducen -tal como lo he venido diciendo inexorablemente a la CIANOSIS.

Otras consideraciones, como por ejemplo el tratamiento, ratifican una vez más mis apreciaciones, incluyendo la observación de que en los primeros momentos no se observa radiológicamente el hemotórax, y de allí la importancia del diagnóstico precoz para poder SALVAR la vida del paciente.

Como pudimos ver, ninguno de los golpes que recibió O. CARRASCO en las condiciones expuestas pudo tener la fuerza suficiente como para llegar a romper bronquios y provocar hemoptisis, tal como lo pretende el Forense Villagra, solamente a los efectos de que las gotas frescas de sangre halladas en el baño abandonadas coincidan con dicha patología, con lo que nuevamente se trata de adaptar lo científico a un relato previo de los hechos, pero que finalmente termina siendo incongruente con la realidad médica ecuménica.

Pero su imaginación tiene patas cortas, pues de la única forma que puede llegar a ser creíble es que haya encontrado y documentado una lesión bronquial, cosa .que no hizo, sencillamente porque la lesión no existía.

De todos los pacientes traumatizados murió solamente uno (caso 8), en el que existían desgarros de prácticamente todo el pulmón izquierdo, y aún así, sobrevivió VARIAS HORAS entes de llegar a ser intervenido quirúrgicamente. Del resto, el tiempo transcurrido desde el traumatismo hasta la operación (toracotomía) varió desde las 2 horas hasta los 5 DIAS.

FINALMENTE; el traumatismo que recibió O. CARRASCO no tuvo entidad suficiente para ocasionar lesiones que le provocaran la muerte en forma inmediata, como se pretende, incluso a través de la incorrecta suma de líquidos putrefactivos intrapleurales para lograr un aumento del derrame primitivo calculado a ojo de buen cubero, que permitió decir sin sustento científico alguno que fue producto de una hemorragia aguda.

Vale decir que la que se ha dado en llamar “La historia oficial” se basa desde el punto de vista médico legal en lo siguiente;

TRAUMATISMOS VIOLENTOS EN TÓRAX PERDIDA DE UN OJO FRACTURAS COSTALES MULTIPLES CON RESPIRACION PARADOJAL ROTURA DE UNA GRAN ARTERIA HEMORRAGIA AGUDA CON SHOCK HIPOVOLÉMICO IRREVERSIBLE Y

MUERTE RÁPIDA, TAN RÁPIDA QUE NO HUBO TIEMPO DE QUE NADIE LO ASISTIERA.

He expuesto a V.S., a lo largo de mi peritación y la ampliación presentada, mi DISENSO científicamente sustentado, no sólo por mi experiencia personal sino también por la amplia bibliografía especializada, que avalan mis conclusiones y sirvieron de referentes racionales, además de consultas que efectué a los más destacados especialistas en las distintas áreas periciales por las que transité.

LXXII. - LA SEGUNDA OLEADA.-

Como vimos, el olor cadavérico atrae a diversos insectos, denominados “necrófagos”, que se suceden a medida que la descomposición de las materias orgánicas corresponde a la fase adecuada a sus facultades de asimilación nutritiva. Los necrófagos de cada escuadra obedecen al poder atractivo de ciertas sustancias putrefactas (alcoholes, ácido acético, láctico, alifáticos, y productos amoniacales sobre todo), que excitan los órganos olfativos situados en las antenas de los insectos.

La composición específica de cada grupo de necrófagos y la época de su aparición dependen de cierto número de factores, entre los que deben tenerse en cuenta; grado de descomposición cadavérica, situación del cuerpo (sumergido, al aire libre. etc.) y condiciones climáticas, principalmente temperatura y humedad. La fauna cadavérica está compuesta de unas veinte especies de insectos que forman 8 grupos, en CORRESPONDENCIA con los períodos que entran en escena. Se distinguen cronológicamente y desde la muerte las faunas:

- a) Californiana o grupo californiano, constituido solamente por moscas del tipo agreste, la damésica, la azul de la carne, y la verde (*Lucilia sericata*).
- b) Grupo sarcófaguiano, que también se compone de moscas, principalmente las grises, pudiendo participar también las verdes.
- c) Grupo dermesteriano, que coloniza el cadáver en el momento del desprendimiento de los ácidos grasos volátiles (ácido butírico de olor fuerte), procedente del enranciamiento de las grasas. Se nutren de las grasas, y comprende el género *Dermestes* (en la transformación adipocírica) y el género *Aglossa* (en la transformación momificatoria).
- d) Grupo corinetiano, constituido por pequeñas moscas, coleópteros azules o rojos, y la *Necrobia rufipes* (azules, de patas rojas), y que acuden en el momento de la fermentación caseosa de las materias proteicas, que sigue a la Fermentación butírica de las grasas.
- e) Grupo silfiano, constituido por dípteros de pequeña talla y de coleópteros, atraídos por las emanaciones amoniacales de los líquidos saniosos.
- f) Grupo acariano, que son pequeños ácaros que se desarrollan en las últimas serosidades pútridas y secan el cadáver.

En Fs. 1675, el estudio entomológico encontró la existencia de *Dermestes Ater* y *Necrobia Rufipes*, lo que indica que en el cadáver, además de la momificación, existía enranciamiento de las grasas (fermentación butírica) y fermentación caseosa de las proteínas.

Llegado a este grado de transformación putrefactiva, (y con el olor respectivo), es significativo el hecho que no hayan existido insectos de la segunda oleada que se hallan acercado al cadáver a desovar.

La explicación se encuentra en una ampliación brindada por la entomóloga Forense Dra. Adriana OLIVA, cuyo trabajo adjunto a continuación (Hojas H e I), cuyo principal concepto he recuadrado. No obstante aconsejo leerlo en su totalidad antes de pasar al siguiente capítulo.

La ausencia de la segunda oleada reside entonces en la notable coincidencia existente entre la falta de larvas de moscas grises y el injustificado uso de tantas pastillas de formalina que se hizo SOLAMENTE en el mes de marzo de 1994.

LXXIII.- ASISTENCIA Y VESTIMENTA CADAVERICA.-

Si dentro de todas las inexactitudes halladas algo pudo rescatarse como concreto, es el hecho de que el cadáver de O. CARRASCO no tenía ninguna lesión externa.

Quiero detenerme unos instantes para analizar dicha circunstancia, destacando otra vez un axioma Médico Legal; los hallazgos negativos son también de gran valor.

Al momento aún no determinado de la agresión, O. CARRASCO estaba vestido con su ropa reglamentaria, siendo por lo menos así reconocido por el último testigo que lo vio con vida. Si los agresores desarrollaron tanta violencia a través de traumatismos que, según los forenses, le provocaron lesiones de tal gravedad que le provocaron la muerte en 30 minutos, cabe preguntarse;

- 1) Cómo es posible que no se haya observado ninguna lesión externa?
- 2) Es posible asimismo que después de haber recibido un traumatismo que lo lleva a la muerte en pocos minutos pueda movilizarse por sus propios medios?
- 3) Qué importancia tiene transportarlo con tanto cuidado hasta su lugar de ocultamiento, aún con vida?
- 4) Una vez muerto; ¿Qué sentido tiene ocultar el cadáver desvestido?
- 5) Para qué se cuidó que posteriormente a su muerte el cadáver haya sido resguardado de todo golpe?
- 6) Para qué tratar de volver a vestir el cadáver antes de depositarlo en el cerro gaucho?

Las únicas respuestas lógicas y coherentes son las siguientes;

- 1) No se observó ninguna lesión externa porque el o los traumatismos recibidos por O. CARRASCO, ya sea por su cantidad y por el elemento utilizado, no tuvieron

Laceration of the lung following blunt trauma

K. MOGHISSI¹

Hammersmith Hospital, Royal Post-graduate Medical School, Du Cane Road, London W.12

Laceration of the lung was found in 4.4% of cases of chest injury caused by blunt trauma admitted to two thoracic centres. Criteria for accurate diagnosis are presented. It is suggested that thoracotomy should be considered and carried out as soon as possible when the diagnosis is made. It was found that cases treated with early thoracotomy did not require any pulmonary resection. In others, lack of prompt diagnosis and a conservative approach led eventually to loss of lung parenchyma.

In civilian life chest injuries are responsible for a high mortality and morbidity in victims of road traffic accidents. A good deal has been written about those injuries which result in an unstable chest with paradoxical chest movement and consequent respiratory difficulties and a higher fatal outcome (Barrett, 1960; Windsor and Dwyer, 1961; Sellors, 1961).

More trivial injuries in the form of isolated rib fractures with minor visceral damage are also well documented and easy to diagnose and manage (Brown and Boyd, 1952; Glennie, 1965; Bassett, Gibson, and Wilson, 1968).

Laceration of the lung, on the other hand, has received little attention. This type of injury is not common. Nevertheless it is our belief that it should be diagnosed early and treated by thoracotomy. By so doing, little or no lung tissue need be sacrificed; whereas late diagnosis and a conservative approach lead eventually to surgery with a more substantial loss of pulmonary parenchyma.

In this paper we discuss the diagnosis and management of laceration of the lung caused by blunt trauma to the chest.

SUBJECTS

A total of 182 patients with a variety of chest injuries caused by blunt trauma in two chest surgery centres² in England were studied. These patients were obviously those who required admission to such centres, i.e., their injuries were in some way complicated. A rational, though empirical, classification was adopted for working out these cases (Table I).

Eight patients (4.4%) suffered laceration of the lung, proved by thoracotomy, or postmortem

¹Present address: Castle Hill Hospital, Cottingham, E. Yorkshire.
²Wessex Regional Cardiothoracic Centre at Southampton Chest Hospital and Harefield Hospital, Harefield, Middlesex.

TABLE I
TYPE OF CHEST INJURY IN 182 PATIENTS

Type of Injury	No.	%
With stable chest	156	85.5
Simple (isolated ribs)	48	26.5
Complicated (bony and visceral)	108	59.0
Haemopneumothorax	72	39.5
Lung contusion	16	8.8
Lung laceration	8	4.4
Ruptured diaphragm	7	3.8
Heart or major vessels	5	2.8
With unstable chest	26	14.5
Simple (bony)	21	11.5
Complicated	5	2.8
Thoraco-abdominal	3	1.7
Thoracic and head	2	1.1

examination. All these eight patients had been involved in road traffic accidents. Two patients were pedestrians hit or run over by a motor vehicle. Three patients received their injuries by steering wheel trauma. Three patients were motor-cyclists in collision with a motor vehicle.

Table II presents ages and important symptoms and signs in these patients at the time of admission.

Shock was present in four patients suffering from additional injuries with a considerable loss of blood or body fluid. Cyanosis was not a constant finding and was recorded only in those with multiple injuries. In two patients (1 and 3) cyanosis developed later. This is interesting because these two were treated conservatively at first. Expanding intrapulmonary haematoma and an increasing degree of pulmonary collapse were thought to be the cause of later hypoxaemia and the desaturation of blood.

Haemoptysis of various magnitude was present in every patient with lacerated lung. In four patients (4, 5, 6, and 7) bronchoscopy was performed early (within hours of accident), and blood

223

↓
CYANOSIS

A

TABLE II

SYMPTOMS AND SIGNS OF PATIENTS WITH LACERATED LUNG

Case	Age	Sex	Shock	Cyanosis	Haemoptysis	Surgical Emphysema	Paradoxical Breathing	Injuries
1	23	M	-	(+ late)	+	+	-	Fractured ribs (2-5), laceration RLL
2	50	M	+	+	+	-	-	Fractured ribs (8-11), skeletal fractures, laceration LLL, ruptured spleen
3	20	M	-	(+ late)	+	-	-	Fractured ribs (2-4), laceration LUL
4	11	M	+	+	+	+	-	Fractured ribs, ruptured RUL bronchus, laceration RLL
5	18	M	-	-	+	-	-	Fractured ribs (9-11), laceration LLL
6	14	F	-	-	+	-	-	Fractured ribs (2-6), laceration RML and RLL
7	36	M	+	+	+	-	-	Fractured ribs (6-11), fractured humerus, multiple lacerations, lacerated LLL, ruptured diaphragm
8	40	M	+	+	+	+	-	Multiple visceral injuries, laceration lung, ruptured abdominal viscera and aorta (PM findings)

was seen seeping from a segmental or lobar bronchus corresponding to the site of injury. In three patients bronchoscopy was performed later and localization of the bleeding was less clear. Haemoptysis is thus an important lead and a constant finding in these cases.

Surgical subcutaneous emphysema was present in three patients. Judging from our other cases of chest injury it appears that the presence of surgical emphysema does not always indicate serious pulmonary damage, and its absence does not rule out lacerated lung.

Paradoxical breathing has been constantly absent in all our cases. Table I shows that in our series of 182 cases of chest injury, 26 patients presented with an unstable chest caused by multiple fractures of the ribs or sternum. In none of these was pulmonary laceration recorded. It therefore appears that if at the moment of impact the integrity of the cage is disrupted the major stress is removed: the intrapulmonary tension is not then sufficient to cause laceration. On the other hand, when the chest remains stable following an impact of great force, the major stress is transmitted to the interior. This will increase the intrathoracic pressure which in turn causes the bronchi to burst or the lung to tear, particularly if the glottic 'safety valve' is closed. It is interesting to note that in only one case (case 1) in this series could the tears in the lung have been attributed to a fractured rib penetrating into the lung. In all the others there was clear evidence that the lung had literally burst, and the lacerations were not necessarily near fractured ribs.

RADIOLOGICAL FINDINGS All cases sustained rib fractures, usually in one place—the posterior end. The number of ribs fractured did not exceed five.

Haemothorax of variable size was present in every case. Pneumothorax was also present in all.

The most characteristic radiological features (Figs 1, 2, and 3) were: 1: a shallow pneumothorax. There was only a 3-0-5-0 cm space between the apices of the thorax and the lung in all patients (except cases 4 and 8, who had, in addition to the laceration, either avulsion of a lobe or a ruptured bronchus); 2: haemothorax of varying size but never more than 500-700 ml; 3: a fairly well defined opacity in the lung substance with upward convexity. The lower part of this opacity merged indistinctly with the basal haemothorax, even when the lower lobe was unaffected (Fig. 2).

These radiological findings are, in our experience, diagnostic and can in most cases be differentiated from other injuries such as vascular injuries with a large haemothorax, pulmonary contusion with its patchy infiltration, or ruptured trachea and bronchus, already well documented in the literature (DeMuth and Smith, 1965; Stevens and Templeton, 1965; Chesterman and Satsangi, 1966; Larizadeh, 1966). In our cases, after insertion of an intercostal tube and drainage of haemopneumothorax there was little change in the radiological appearances of the pulmonary opacity, whereas in a simple haemothorax following intercostal drainage the chest radiograph usually shows considerable change and clearing.

INDICATIONS FOR SURGERY Seven patients had a thoracotomy. Four patients (4, 5, 6, and 7—Table III) were operated on within hours of admission. In these, early thoracotomy was performed because of persistent haemoptyses or air leak and the correct diagnosis of laceration of the lung was confirmed; no resection was necessary and debridement, haemostasis, and repair only was carried out. In three other cases (1, 2, and 3—Table III) thoracotomies were performed later. In these, the failure of the lung to expand, evidence of extension of the lung opacity, deteriora-

Como puede verse, la hemoptisis (expectoración con sangre) es patrimonio de gravísimas lesiones pulmonares, asociadas a fracturas múltiples de costillas y ruptura de bronquios.

El cuadro de shock se observó en pocos pacientes, principalmente en los que sufrieron además ruptura de bazo, de otras vísceras abdominales y ruptura de la arteria aorta.

Significativamente, el volumen de los hemotórax no sobrepasó los 700 cc.

B

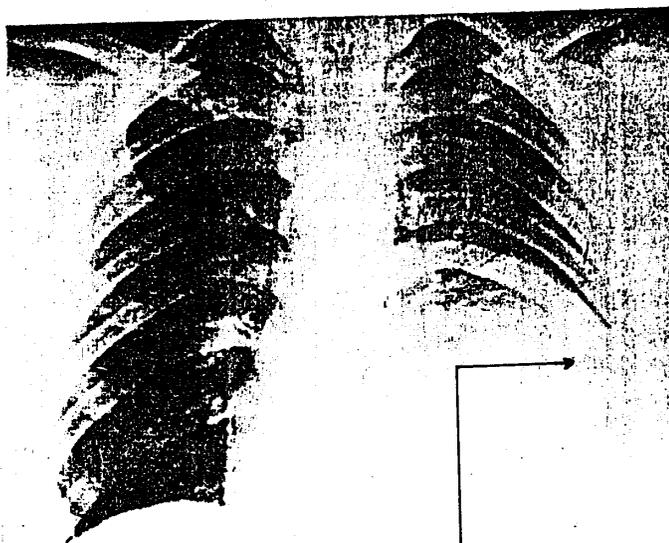


FIG. 1. Case 5. Typical triad of shallow pneumothorax, haemothorax, and a rounded opacity in the substance of the lung.

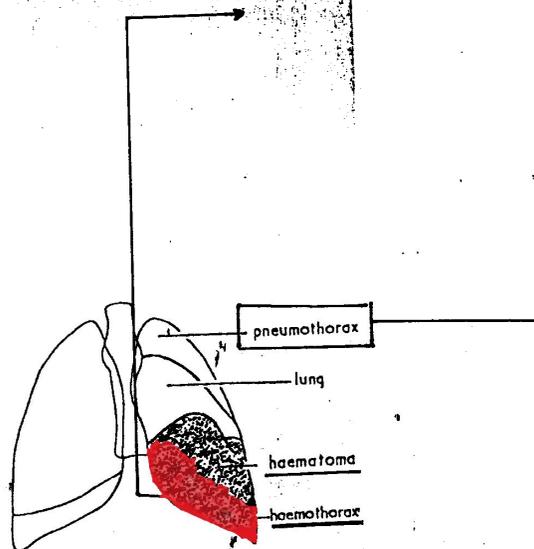


Fig. 1

tion of respiration, and persistent small haemoptyses were the main reasons for stopping conservative treatment in favour of operation. The diagnosis was confirmed at operation in each case.

OPERATIVE FINDINGS The seven patients were operated on by three different surgeons. In each patient a major tear through the lung substance was found. In four early thoracotomy cases (4, 5, 6, and 7—Table III) no resection was required. In the three late thoracotomy cases (1, 2, and 3) a major resection had to be undertaken. It is relevant to record the operative and pathological findings in these three cases.

Case 1 The lower lobe of the lung had a tear leading into a cavity which was full of blood. The whole of the lobe was virtually destroyed. Right lower lobectomy was performed.

Case 2 There was a large tear in the left lower lobe, the basal segments of which were found to be almost completely haemorrhagic, forming a friable mass; no repair could be undertaken and a left lower lobectomy was performed. A report on the specimen removed read: 'The lobe has almost been torn across. The tissue is congested and haemorrhagic.' The histological report was as follows: 'The whole picture is that of haemor-

En muchos casos puede existir también neumotórax (presencia de aire en la cavidad pleural), producto de efracciones pulmonares. Si bien en ningún momento los forenses lo nombraron, tampoco nada se hizo en la primera autopsia para detectar su presencia, para lo cual se requieren técnicas muy sencillas, al alcance de cualquier obductor.

Las radiografías ilustran el hecho de que en vida, con una Rx de tórax en posición de pié, puede hacerse fácilmente el diagnóstico de contusión pulmonar con hemotórax.

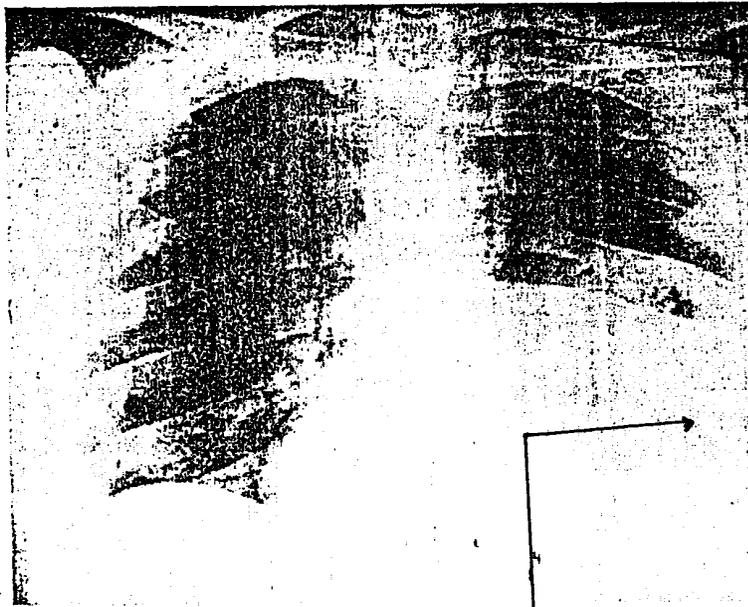


FIG. 2. Case 3. Typical features of laceration; this was in the left upper lobe.

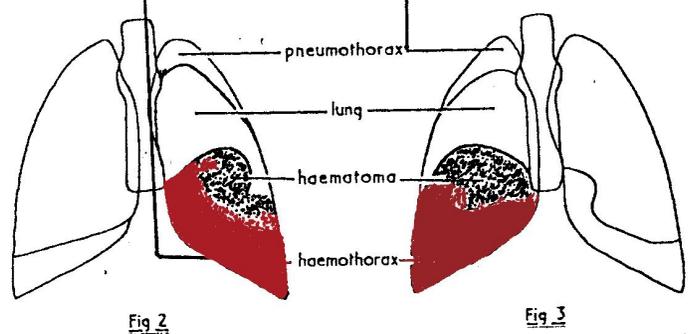


Fig 2

Fig 3

TABLE III
LESIONS AND OPERATIONS IN CASES OF LACERATED LUNG

Case	Hospital Stay (days)	Tracheostomy	Lung Lesion	Delay before Thoracotomy	Operation	Final Result
1	22	-	Laceration RLL	5 days	Right lower lobectomy	Good
2	22	+	Laceration LLL	3 days	Left lower lobectomy	Good
3	35	+	LUL laceration	3 days	Left upper lobectomy	Good
4	14	-	Avulsed upper lobe; lacerated RLL	3 hours	Repair RLL; lobectomy right upper	Good
5	11	-	Lacerated LL lobe	2 hours	Repair	Good
6	13	-	Lacerated RML and RLL	12 hours	Repair	Good
7	25	+	Lacerated LLL	2 hours	Repair	Good
8	Few hours	+	Lacerated LLL and LUL	Necropsy findings	-	Died before operation

Sobrevida después del accidente y antes de que fueran intervenidos quirúrgicamente.

Todo contrasta con los 60 minutos promedio que gentilmente le cedieron los forenses a O. CARRASCO, y hasta las casi 6 horas del perito de parte M. Castex. También es dable observar que con un buen diagnóstico y compensación clínica, la intervención quirúrgica en el lugar correcto y por médicos adecuados y capacitados para ello, brinda en la casi totalidad de los casos una recuperación total.

D

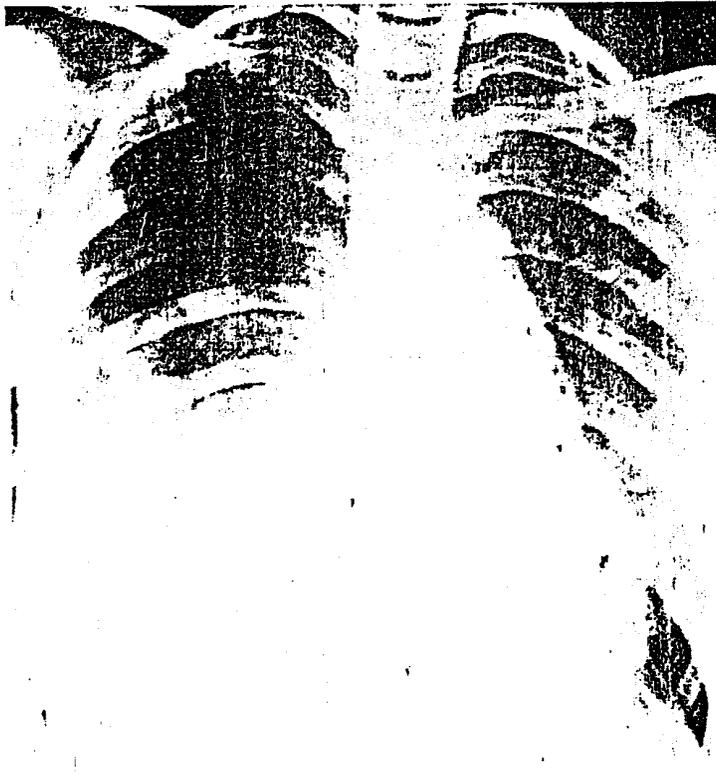


FIG. 3. Case 6. Features of laceration of lung, as described in the text.

rhage. The alveoli are distended with blood with resultant compression of the minor bronchi which are collapsed.

Case 3 There was a laceration of the upper lobe; this was leading to a cavity full of blood and surrounded by a friable mass of shattered parenchyma. A left upper lobectomy was performed. The specimen removed showed a ragged tear in the lung extending towards the hilum and to a cavity 12 x 4 x 2 cm. Histological examination showed a traumatic rupture of a large branch of the pulmonary artery with extensive interstitial haemorrhage.

MANAGEMENT AND DISCUSSION

First aid and emergency measures in these cases are the same as for any major injury. Attention must be paid to relieving airway obstruction,

treating shock, and alleviating pain by appropriate measures. Patients are then best examined and assessed according to the symptoms and signs already discussed.

In our experience it is unlikely that patients with lung laceration will have an unstable chest—this may be taken as a lead.

Patients with an unstable chest often require artificial respiratory help; so do some with extensive multiple associated injuries. Other chest injuries, including those with lung laceration, initially do not usually require any respiratory assistance. After a thorough clinical examination a chest radiograph is taken which will show the typical appearance in cases of laceration already pointed out. In this connexion it is important to recall that on admission the films are usually taken in the supine position, and pneumothorax may not easily be detected until some time has elapsed between the accident and the radiological examination. For the same reason the haemothorax may appear trivial on early films.

As soon as possible an intercostal drain is inserted into the appropriate side of the pleural cavity under local anaesthesia and the haemopneumothorax is drained. This improves the patient's condition temporarily. A second radiograph should then be taken to assess the appearance after pleural drainage. The presence of haemoptysis necessitates bronchoscopy—this should be carried out early, within hours of the accident. Early bronchoscopy has the advantage that it shows the site of the bleeding before changes in the bronchial mucosa have time to develop. Later bronchoscopy necessitates suction of the clot and altered blood before visualization of the bleeding site. In such cases the adjoining mucosa is swollen and inflamed and may contain considerable amounts of thick secretion and blood clot. Once the diagnosis of major lung laceration has been made failure of early improvement in the patient's condition with conservative measures, persistent air leak, haemoptysis, and lung collapse indicate early thoracotomy. On the evidence presented we believe that in the majority of cases an early thoracotomy obviates or reduces to a minimum the need for lung resection. Bleeding into the surrounding segments and the pleura can be stopped and debridement can be satisfactorily carried out by early thoracotomy. The disadvantages of continuing a conservative approach are that a number of patients will require thoracotomy eventually because of continuous air leak, haemorrhage, and respiratory embarrassment, together with increasing radiological evidence of lung collapse. This delay leads to a more extensive resection and less possibility of reparative procedures. In three of our patients (1, 2 and 3—Table III) thoracotomy was performed after conservative treatment had failed. A major pulmonary resection then had to be carried out.

In four patients (4, 5, 6 and 7) the diagnosis of laceration was established within hours of admission. Each patient was treated by an early thoracotomy, in which debridement, haemostasis, and reparative surgery could be undertaken. Only one (case 4) required major pulmonary excision because, in addition to the right lower lobe laceration, there was complete avulsion of the right upper lobe. Right upper lobectomy was performed.

Table III also shows that the duration of hospitalization in our patients has been longer in those at first treated conservatively. These three

patients (1, 2, and 3) were in hospital for a total of 79 days, average 26.3 days per patient, whereas the other four patients (4, 5, 6, and 7) were in for a total of 66 days, average 16.5 days per patient.

CONCLUSION

Our series of eight patients, although modest, shows that diagnosis can be made reasonably accurately at an early stage.

The most constant diagnostic features were a history of severe chest trauma causing fractured ribs, but no flail chest; haemoptysis was always present; shock and cyanosis and respiratory difficulties were mostly present in those with associated injuries. Chest radiographs characteristically showed haemopneumothorax and a large oval opacity in the lung substance. Bronchoscopy indicated the anatomical site of the bleeding.

It is suggested that thoracotomy at an early stage is the treatment of choice.

I am grateful to Mr. K. S. Mullard and Mr. I. K. R. McMillan for allowing me to study their cases at Southampton Chest Hospital. I am also grateful to Mr. J. W. Jackson and Mr. H. C. Nohl-Oser for allowing me to study and include their patient. I should like to thank Miss Stephanie Nichols for secretarial assistance.

REFERENCES

- Barrett, N. R. (1960). Early treatment of stove-in chest. *Lancet*, 1, 293.
- Bassett, J. S., Gibson, R. D., and Wilson, R. F. (1968). Blunt injuries to the chest. *J. Trauma*, 8, 418.
- Brown, R. B., and Boyd, S. A. (1952). Thoracotomy versus thoracentesis for the initial drainage of traumatic hemothorax and hemopneumothorax. *U.S. Armed Forces med. J.*, 3, 557.
- Chesterman, J. T., and Satsangi, P. N. (1966). Rupture of the trachea and bronchi by closed injury. *Thorax*, 21, 21.
- DeMuth, W. E. (Jr.), and Smith, J. M. (1965). Pulmonary contusion. *Amer. J. Surg.*, 109, 819.
- Glennie, J. S. (1965). Thoracic trauma. In *Thorax* ed. d'Abreu, A. L. In *Clinical Surgery*, Edited by C. G. Rob and R. Smith. Vol. 5, p. 11. Butterworths, London.
- Larizadeh, R. (1966). Rupture of the bronchus. *Thorax*, 21, 28.
- Sellors, T. H. (1961). The management of chest injuries. *Thorax*, 16, 1.
- Stevens, E., and Templeton, A. W. (1965). Traumatic nonpenetrating lung contusion. *Radiology*, 85, 247.
- Windsor, H. M., and Dwyer, B. (1961). The crushed chest. *Thorax*, 16, 3.

la entidad suficiente como para hacerlo, pero sí a su vez para agotar toda su energía en el pulmón y dañarlo, ya que en las personas jóvenes las costillas son muy elásticas y soportan fuertes distensiones y/compresiones sin fracturarse. No obstante, para salvar el inconveniente se inventó una lesión en el ojo izquierdo, pues su inexistencia se comprobó a través del estudio (anatomopatológico).

2) De haber recibido un traumatismo de tal magnitud, hubiese caído el suelo sin recuperación posterior, primeramente por la aparición del shock traumático, por el dolor de las supuestas fracturas costales, y ya por el comienzo de la descompensación hemodinámica del hemotórax agudo (tal como los forenses gustan denominar). Como todas las acciones habrían sucedido dentro del baño abandonado, ya caído en el suelo y sin poder levantarse, sus agresores lo ocultaron en la letrina, e inexplicablemente le sacaron el pantalón y la camisa, tal vez en un acto de bondad para que pudiera respirar mejor.

Cabría pensar también que alguien se dirigió al Hospital para llamar al médico de guardia, pero éste delegó su responsabilidad en algún personal de enfermería, tal como se fundamenta en la sentencia final del Excmo. Tribunal Oral, pues no descartan la posibilidad de que hubiese tenido algún tipo de asistencia paramédica. Esto implica a su vez que el o la enfermera, no obstante ver la gravedad del cuadro clínico, ocultó sus hallazgos al médico (el Tribunal descarta la atención médica), a fin de encubrir a los agresores, permitiendo que O. CARRASCO muriera sin la asistencia adecuada.

3) Ninguna, ya que si la finalidad era matarlo; ¿Para qué cuidar que no se lastime más? Si después de todo lo que había sucedido querían que no se lastimara, no tenía sentido quitarle ni la camisa ni el pantalón, ya que estas prendas lo protegían de cualquier otro tipo de lastimaduras (raspones, etc...)

4) Si se piensa que para hacer desaparecer elementos comprometedores caemos en el error paradójico que al lado de su cadáver estaban sus borceguíes, su reloj Seiko, y no se le sacó el calzoncillo, que es más identificatorio que la ropa de fajina.

5) Tal cuidado no cabe pensarse en una actitud tomada por el o los agresores, sino que indica una determinación precisa y a tal efecto. Podemos decir sin equivocarnos que el cadáver recibió, por así decirlo, una atención "asistencial".

6) El cadáver representaba la existencia material demostrativa de que se había cometido algún tipo de delito. Haberlo depositado en el cerro tal cual murió equivalía a encontrarlo vestido; pero la maniobra de colocarle un pantalón -aun sin pertenecer a su talle - indica que el que tenía puesto le había sido sacado antes de la muerte, porque ya vimos que desvestirlo post mortem carece de toda finalidad.

Lo mismo ocurrió con su camisa; le sacaron la que llevaba puesta antes de la muerte, y no se le pudo colocar otra para transportarlo vestido al cerro gaucho, porque los fenómenos putrefactivos y la dureza de los miembros superiores impidieron la culminación de tan macabra tarea, que tuvo inexorablemente que ser realizada por varias personas y con la ayuda de guantes para aislar las manos del contacto con sustancias putrefactivas.



SECRETARIA DE CIENCIA Y TECNOLOGIA

MUSEO ARGENTINO DE CIENCIAS NATURALES "BERNARDINO RIVADAVIA"
e INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACION DE LAS CIENCIAS NATURALES
LABORATORIO DE ENTOMOLOGIA
FORENSE

Buenos Aires, 19 de junio de 1996

Dr Bruno Bonetti
Conjuez Federal
Juzgado Federal de Zapala, Nqn.

De mi consideración:

Con referencia al oficio nº 855/96, cumpla en informarle:

Es sumamente improbable que los vapores procedentes de las pastillas de formalina empleadas habitualmente en hospitales puedan inhibir el desarrollo de larvas de *Phaenicia sericata*.

1) Las larvas de Dípteros en general tienen gran resistencia a medios desfavorables. Aunque su piel es fina y flexible, se halla cubierta por una cutícula impermeable, que demora la entrada de tóxicos hidrosolubles y que puede resistir la acción de los jugos gástricos del hombre o los animales (miasis gástricas). En el siglo pasado, se hallaron larvas de ciertos dípteros sobre piezas anatómicas preparadas. Señalemos que, cuando se guardan larvas de *Phaenicia* en alcohol, se las debe escaldar antes con agua hirviendo para desnaturalizar las proteínas, ya que de otro modo los tejidos internos sufrirían maceración. Esto indica el grado de impermeabilidad de la cutícula a moléculas orgánicas pequeñas.

2) El metanal, formaldehído o aldehído fórmico, conocido con el nombre comercial de formol, es un veneno potente para el metabolismo animal en general, pero su acción requiere que penetre en el organismo, p. ej. por ingestión. La acción insecticida de los vapores es insignificante.

La fumigación con formol era frecuente antes de 1945 (cuando no se disponía de insecticidas clorados u organofosforados), pero se hacía en condiciones drásticas. Harvey y Hill describen el procedimiento como sigue:

"Se coloca formalina en un balde de hierro galvanizado, agregando rápidamente cloruro de calcio envuelto en papel delgado, el que luego se perfora. De inmediato tiene lugar una violenta reacción química, vaporizándose el 80% del formaldehído por el calor de la reacción primaria. (...) Al menos 1137 cm cúbicos de formaldehído y 907 mg de cloruro de calcio se requieren por cada 27 m cúbicos (...) El tiempo de exposición es 24 hs. La persona que abra el recinto después de la fumigación deberá llevar máscara antigás." Resulta obvio que el procedimiento indicado es mucho más violento

Av. ANGEL GALLARDO 470 - Casilla de Correo 220 - Sucursal 5 - 1405 BUENOS AIRES - REP. ARGENTINA
Teléfonos 982-0306 / 5243 / 8595 - FAX 982-4494

H



SECRETARIA DE CIENCIA Y TECNOLOGIA

MUSEO ARGENTINO DE CIENCIAS NATURALES "BERNARDINO RIVADAVIA" e INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACION DE LAS CIENCIAS NATURALES

Agrego además la siguiente información suplementaria, para el caso de que pudiera contribuir a orientar a los Sres. magistrados:

3) La concentración de formol necesaria para matar a un insecto es alta. Leclercq (1990) indica que cuando se usaban larvas estériles para "maggot therapy" en 1930-40, los huevos de mosca (a partir de los cuales se criarían las larvas) se pasaban por formol 10% para desinfectarlos.

4) La evaporación de formalina en pastillas podría repeler a los adultos que, de otro modo, se habrían acercado al cadáver a desovar. Esto sería consistente con la ausencia de insectos de la segunda oleada (moscardones grises).

5) Por si se sugiriera que el cadáver pudiera haber sido rociado con formol, me parece prudente señalar que la *inmersión* en formalina hace retraerse a las larvas en hasta un 30% (Tantawi & Greenberg, 1993). Es decir, si las larvas hubieran sido muertas por contacto directo con formol, la retracción sería evidente en el material de pericia.

Referencias:

- HARVEY, W. N. C. & H. HILL. *Insect pests*. Chemical Publishing Company, Inc., Brooklyn, N. Y., 1941.
- LECLERCQ, M. Utilisation de larves de Diptères - Maggot Therapy - en médecine: historique et actualité. *Bulletin et Annales de la Société royale belge d'Entomologie* 126 (1990): 41-50
- TANTAWI, T. I. & B. GREENBERG. The effect of killing and preservative solutions on estimates of maggot age in forensic cases. *Journal of Forensic Sciences* 38(3), may 1993: 702-707

Saluda a Ud con atenta consideración.

Dra. Adriana OLIVA
Jefa Laboratorio de Entomología Forense
MUSEO ARGENTINO DE CIENCIAS NATURALES
Av. Gallardo 470 (1405) Buenos Aires
ARGENTINA

Más aún, las maniobras para vestir el cadáver fueron realizadas sin que se lastimara su espalda (es imposible vestir un cadáver boca abajo). Y si su espalda no tenía ninguna lesión es porque no se hicieron sobre una superficie dura y/o irregular. ¿Qué elemento lo sustentaba?: sencillamente una cama y un colchón.

La misma cama y colchón que lo protegieron de otras lesiones aún con vida. Y si con vida fue desvestido es por una sola razón; se le brindó asistencia médica a través de pasajes de sueros, tomas de tensión arterial, palpaciones, auscultación pulmonar, inyecciones, infiltraciones, vacunación antitetánica, electrocardiograma y vendaje compresivo torácico, del cual quedó la impronta cadavérica en el tercio inferior de su hemitórax derecho, NO OBSERVADA por La Rosa y Villagra, de la misma forma que NO OBSERVARON la notoria desproporción de tamaño que existía en su hombro y brazo izquierdo respecto del derecho.

Vale decir que no se lo vistió para tener una coartada posterior que justificara una fuga con muerte por congelamiento, o para convalidar el supuesto que había escapado del regimiento, siendo agredido fuera del mismo y falleciendo al reingresar. Abrigar o arropar es tapar. Todo lo que tapa a su vez oculta algo. Así como en vida la vestimenta nos protege del frío, oculta los órganos genitales, tan vinculados al pudor personal.

Se impide advertidamente que algo sea visto. Entonces; - ¿Qué es lo que se trató de ocultar vistiendo al cadáver de O. CARRASCO?

- Respondo; ocultar los signos de atención médica que hubiesen podido ser detectados en un primer momento. Se trató de encubrir la “asistencia médica”, disfrazando la verdad con un pantalón.

Bien sabido es que las primeras acciones de un homicida no consisten en arrepentirse e ir corriendo a inculparse, sino tratar de borrar las huellas de su delito.

A falta de lesiones externas, las huellas del delito no eran sino las de la atención médica, y que es, a través de todas las conclusiones de índole científica a las que arribé en el transcurso de los dos trabajos periciales expuestos, lo que realmente se trató -vana e ingenuamente- de ocultar. Y si siempre todo contacto deja una huella, en el lugar del hecho quedaron también todas las falsas recetas emitidas entre el 6 y el 9 de marzo. Dicho de otra manera a fin de que se entienda el concepto; el arma utilizada en un homicidio culposo de tránsito es el automóvil. El arma utilizada en un homicidio doloso será cualquier tipo de elemento capaz de provocar la muerte (revólver, cuchillo, palo, etc.). El arma utilizada por un médico en una muerte culposa por mala praxis será su negligencia, impericia o imprudencia

¿Dónde podremos hallar las evidencias inmediatas de la errónea aplicación de sus conocimientos, de la no aplicación de los mismos o de sus desconocimientos? -En las Historias Clínicas y en las recetas.

Muy claramente se justifica entonces que no haya existido ninguna Historia Clínica ni ninguna receta a nombre de O. CARRASCO.

El hecho de que se adulteraran tantas recetas y planillas de atención médica del 6 al 9 de marzo, y la seguridad de que sería muy difícil detectarlas –como realmente ocurrió-, los llevó a incurrir en un error. (como siempre ocurre, pues no hay crimen perfecto):

- OLVIDARON rehacer otra F.I.S, en la que no se advirtiera que a Omar Octavio CARRASCO lo habían vacunado el 8 de marzo.

De todo lo expuesto científicamente hasta el momento surge que;

1) HUBO TRAUMATISMO O TRAUMATISMOS DE TÓRAX APLICADOS CON VIOLENCIA, PERO SIN LA JERARQUÍA SUFICIENTE PARA PROVOCAR LA MUERTE, MENOS AUN DE FORMA CASI INMEDIATA.

2) NO HUBO FRACTURAS COSTALES, POR LO QUE JAMÁS EXISTIÓ RESPIRACIÓN PARADOJAL.

3) NO HUBO PÉRDIDA DEL OJO IZQUIERDO, TAL CUAL LO DEMOSTAMON TODOS LOS ESTUDIOS HISTOANATOMOPATOLÓGICOS. SE CONFUNDIERON FENÓMENOS PUTREFACTIVOS CON UNA SUPUESTA ENUCLEACIÓN DEL GLOBO OCULAR.

4) HUBO UNA ERRÓNEA SUMATORIA DE LÍQUIDOS PLEURALES DE LA SEGUNDA AUTOPSIA PARA AUMENTAR EL VOLUMEN INCIERTO ENCONTRADO EN LA PRIMERA.

Quiero detenerme nuevamente en este punto de trascendental importancia, porque voy a exponer a V.S. otras evidencias, que se suman a las ya referidas en mi primera peritación. (pág. 32)

Cabe preguntarse;

- ¿Cómo es posible que nadie haya advertido la maniobra, ya sea tanto en lo escrito como en la declaratoria pública de los Médicos Forenses, a pesar de las advertencias que el dicente ya había formulado al respecto? Tiene una explicación;

Supongamos por un instante que realmente existían 1500 cc. de LÍQUIDO PUTREFACTO CON TINTE HEMÁTICO (entiéndase que no de sangre entera) en la cavidad pleural derecha, y de ellos La Rosa y Villagra tomaron 200 cc. para enviar a que se efectuaran sobre el pericias químicas toxicológicas.

Tenemos entonces que;

$$\begin{array}{r} 1.500 \\ - \quad 200 \\ \hline 1.300 \end{array}$$

Si volvieron a colocar todo adentro, colocaron entonces 1.300 cc. Pues bien; en la segunda autopsia no encontraron los 1.300 cc. sino SOLAMENTE 100 cc. de líquido de marcado tinte hemático en putrefacción (Fs. 1056), SIN QUE NADA SE HAYAN DICHO DE LOS 1.200 RESTANTES.

Hasta acá la resta correcta sería;

$$\begin{array}{r} 1.300 \text{ (que supuestamente introdujeron en la 1ra autopsia)} \\ - \quad 100 \text{ (encontrados en cavidad pleural en la 2da autopsia)} \\ \hline 1.200 \end{array}$$

Inversamente, las sumas y restas correctas serían entonces;

$$1.300 - 100 + 100 = 1.300$$

Pero veamos que hicieron los Sres. Médicos Forenses con los 100 cc;

En Fs. 1476 taxativamente dicen;

“Si el volumen total de sangre (volemia) corresponde a un porcentaje entre el 7 y 8% del peso corporal, la volemia de Carrasco era de aproximadamente entre 4.000 y 4.500 cc. y si de la primera autopsia se recogieron 1.500 cc., Y DE LA SEGUNDA 200 cc., éstos volúmenes corresponden, aproximadamente al 40% de su Si volvemos a las Fs. 1056, los mismos forenses hallaron SOLAMENTE 100 cc. en la cavidad pleural derecha, QUE LOS TRANSFORMARON EN 200 para sumarlos.

La sumatoria correcta sería; entonces;

$$1.500 - 200 = 1.300$$

$$1.300 - 100 = 1.200$$

y finalmente

$$1.500 - 200 - 100 + 100 = 1.300$$

Pero la sumatoria forense fue;

$$1.500 + 100 = 1.700, \text{ aumentándose incorrectamente el porcentaje total de la volemia.}$$

Traigo a colación una composición musical de María Elena WALSH (muy conocida) llamada “El mundo del revés”, donde “dos y dos son tres”.

¿Es posible entonces dicha sumatoria? Sí, pero solamente en el mundo del revés, donde todo es incoherente, tal como pretender que los 100 cc. de líquido putrefactivo hallado correspondan a la hemorragia original para poder así sumarla.

Debemos tener en cuenta además lo siguiente;

Después de una autopsia, y cualquiera sea la técnica utilizada, quedan en comunicación la cavidad torácica y la abdominal al desprenderse las inserciones del diafragma por su cara anterior, que lo une al peto esternocostal.

Esto quiere decir que si realmente en la primera autopsia se hubiesen vuelto a colocar dentro del cadáver los 1.300 cc restantes, deberían haber sido encontrados dentro de las dos cavidades (torácica y abdominal), ya que con los movimientos que se le dan al cadáver para pasarlo de la bandeja (mesa de autopsias) al féretro (en la cual en muchas oportunidades primero se lo sienta en la bandeja), es impensable que el hecho físico no se haya producido.

Valga pensar que los movimientos que se le imprimen al cadáver no son médicos sino prácticos. En el caso de autos tenemos que agregar todos los movimientos de vaivén que se tuvieron que haber empleado para vendarlo, su inhumación, su exhumación y traslado para la segunda autopsia, lo que implica nuevos movimientos de toda índole y dirección.

Pero en Fs. 1056 dicen;

“La cavidad pleural izquierda contiene 50. cc de líquido con idénticas características”

“El peritoneo contiene 200 cc de líquido de putrefacción” (PERO NO DE TINTE HEMATICO)

Si sumamos el total de lo encontrado tenemos que;

En cavidades pleurales



100 cc.de líquido de tinte hemático
+
50 cc de líquido de tinte hemático
150 cc.

En cavidad abdominal



200 cc de Líquido de putrefacción

Separé las sumas porque lo encontrado se trató de dos líquidos putrefactivos distintos, ya que uno tenía tinte hemático y el otro no.

Pero a los fines de lograr un volumen total tenemos que;

$$150 + 200 = 350$$

Ahora.

1.300 (que reintrodujeron) - 350 = 950 cc. que no estaban dentro del cadáver, lo que está indicando a las claras QUE LOS 1.300 cc. NUNCA FUERON INTRODUCIDOS.

Si apelan a decir que se hallarían impregnando las gasas que envolvían el cadáver, caerían en otra falacia, ya que si realmente hubiera sucedido así, al no existir más la separación entre ambas cavidades impuesta por el diafragma, el líquido intraabdominal tendría que haber tenido “MARCADO TINTE HEMATICO”, usando las mismas palabras forenses.

Lograda la fantástica sumatoria arriban entonces a las siguientes conclusiones; Fs. 1476; “SOSPECHAMOS EL ORIGEN TRAUMÁTICO DE LA HEMORRAGIA, POR DESGARRO O RUPTURA DE ALGUN VASO TORÁCICO DE CALIBRE IMPORTANTE, LO QUE NO PUDIMOS CERTIFICAR EN LA REAUTOPSIA POR EL AVANZADO ESTADO DE PUTREFACCION DEL CADÁVER”

Como en ciencia médica los términos utilizados deben tener una claridad y precisión meridiana, del análisis del texto vemos que primeramente se habla de una “sospecha”, es decir, de la aprehensión o imaginación de una cosa por conjeturas fundadas en apariencias o visos de verdad. Implica desconfianza, pues solamente conjeturaron el origen traumático de la hemorragia (provocada a su vez por la rotura de grandes vasos).

En el terreno científico en cambio no se debe hablar de sospechas, supuestos o presuntos, sino de hipótesis, que son las únicas que sirven para explicar hechos o fenómenos.

La existencia de líquido con tinte hemático o sangre en la cavidad pleural OBJETIVA INDUBITABLEMENTE LA EXISTENCIA DE UNA HEMORRAGIA PREVIA, Y, A FALTA DE OTRA PATOLOGÍA QUE LA JUSTIFIQUE, SU ETIOLOGIA SERÁ TRAUMÁTICA.

Para poder asegurar que la hemorragia fue AGUDA Y MASIVA (pues puede ser aguda y de leve, mediana o gran cantidad, siendo solamente en el último de los casos, -también llamada MASIVA- en las que solamente provocan la muerte de forma muy rápida) DEBE DEMOSTRARSE QUE SE ROMPIO UNA ARTERIA DE GRAN CALIBRE, HECHO QUE NO PUDO SER CERTIFICADO POR LOS FORENSES.

¿Cómo se puede emitir un enunciado como cierto -en cuanto a la rotura de arterias de gran calibre- que no haya podido ser demostrado sin lugar a dudas, en forma evidente?

Las hipótesis deben basarse en evidencias y no en SUPUESTOS NI EN PRESUNCIONES, PUES LO SUPUESIO NO EXISTE Y LO PRESUNTO TIENE UNA EXISTENCIA DESCONOCIDA.

Además, los hemotórax pueden tener su origen en roturas de otros vasos que no tengan gran calibre (capilares pleurales) o en los del pulmón, que por tener un régimen tensional distinto a los de de la gran circulación tienen un menor sangrado, hecho QUE FUE IGNORADO POR LOS FORENSES PARA EMITIR OPINIÓN, Y QUE PUEDE SER HALLADO EN CUALQUIER LIBRO DE MEDICINA QUE SE QUIERA CONSULTAR.

Dicho con todas las palabras que mi función de perito de V.S. y mi juramento de decir verdad me lo permiten;

LOS FORENSES BASARON SUS OPINIONES EN SUPUESTOS.

Resumiendo; NO FUE DEMOSTRADA LA ROTURA DE NINGUNA GRAN ARTERIA, POR LO QUE NO PUEDE HABLARSE DE UNA HEMORRAGIA AGUDA.

5) EXISTIÓ ENTONCES, CON UN MAYOR GRADO DE CERTEZA Y CREDIBILIDAD, UNA CONTUSION PULMONAR Y UN HEMOTÓRAX DE LEVE A MEDIANA INTENSIDAD.

6) TODAS LAS LESIONES, Y REITERO QUE TODAS LAS LESIONES -(y no solamente las de la cavidad pleural) MENCIONADAS POR LOS FORENSES Y QUE TRATAN DE EXPLICAR

UNA MUERTE CASI INMEDIATA SIN ASISTENCIA MÉDICA HAN SIDO SOLAMENTE SUPUESTAS, YA QUE NINGUNA PUDO SER DEMOSTRADA ANATOMOPATOLÓGICAMENTE, Y LAS QUE NOMBRAN COMO LAS MÁS IMPORTANTES (RUPTURA DE AORTA Y/O ARTERIA INTECOSTAL) NO HAN SIDO OBSERVADAS EN NINGUNA DE LAS DOS AUTÓPSIAS.

7) LOS MECANISMOS FISIOLÓGICOS REFERIDOS EN MI PERITACIÓN EXPLICAN UN AGRAVAMIENTO PROGRESIVO DEL CUADRO CLÍNICO QUE LO LLEVAN A MORIR AL CABO DE VARIOS DÍAS POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CON LA EXISTENCIA OBJETIVA Y CONCRETA DE CIANÓISIS.

8) UN TRATAMIENTO MÉDICO OPORTUNO Y ADECUADO HUBIESE BRINDADO GRANDES POSIBILIDADES DE RECUPERACIÓN.

9) LA INADECUADA ASISTENCIA MÉDICA QUEDA EXPUESTA A TRAVÉS DE LAS FALSAS RECETAS EMITIDAS Y LA ADULTERACIÓN DE PLANILLAS DE ATENCIÓN MÉDICA POR LOS MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA DURANTE EL 6 Y EL 9 DE MARZO DE 1994, CUYAS INDICACIONES SON FALACES AL NO CORRESPONDER A LAS PATOLOGÍAS MENCIONADAS.

9) LOS MEDICAMENTOS, -VACUNA ANTITETÁNICA INCLUIDA-, TUVIERON ENTONCES QUE SER DERIVADOS PARA ALGUIEN QUE ESTABA SIENDO ATENDIDO FUERA DE LOS CÁNONES HABITUALES DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS.

10) LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INTERNADOS DURANTE DICHO LAPSO INDICAN QUE NINGUNO DE ELLOS RECIBIÓ LOS MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS EN LAS FALSAS RECETAS.

La asistencia brindada queda puesta entonces de manifiesto a través de las recetas y el tiempo de supervivencia, que fue lo suficientemente prolongado Como para llegar a la cianosis, al estado de coma más profundo, y finalmente a la muerte en soledad y a través de grandes sufrimientos. Asistido correctamente desde el primer momento hubiese tenido altas posibilidades de recuperación.

De no recuperarse espontáneamente, -a veces la patología mencionada sigue ése curso-, un tratamiento inadecuado o la falta del mismo lleva indefectiblemente al óbito por insuficiencia respiratoria.

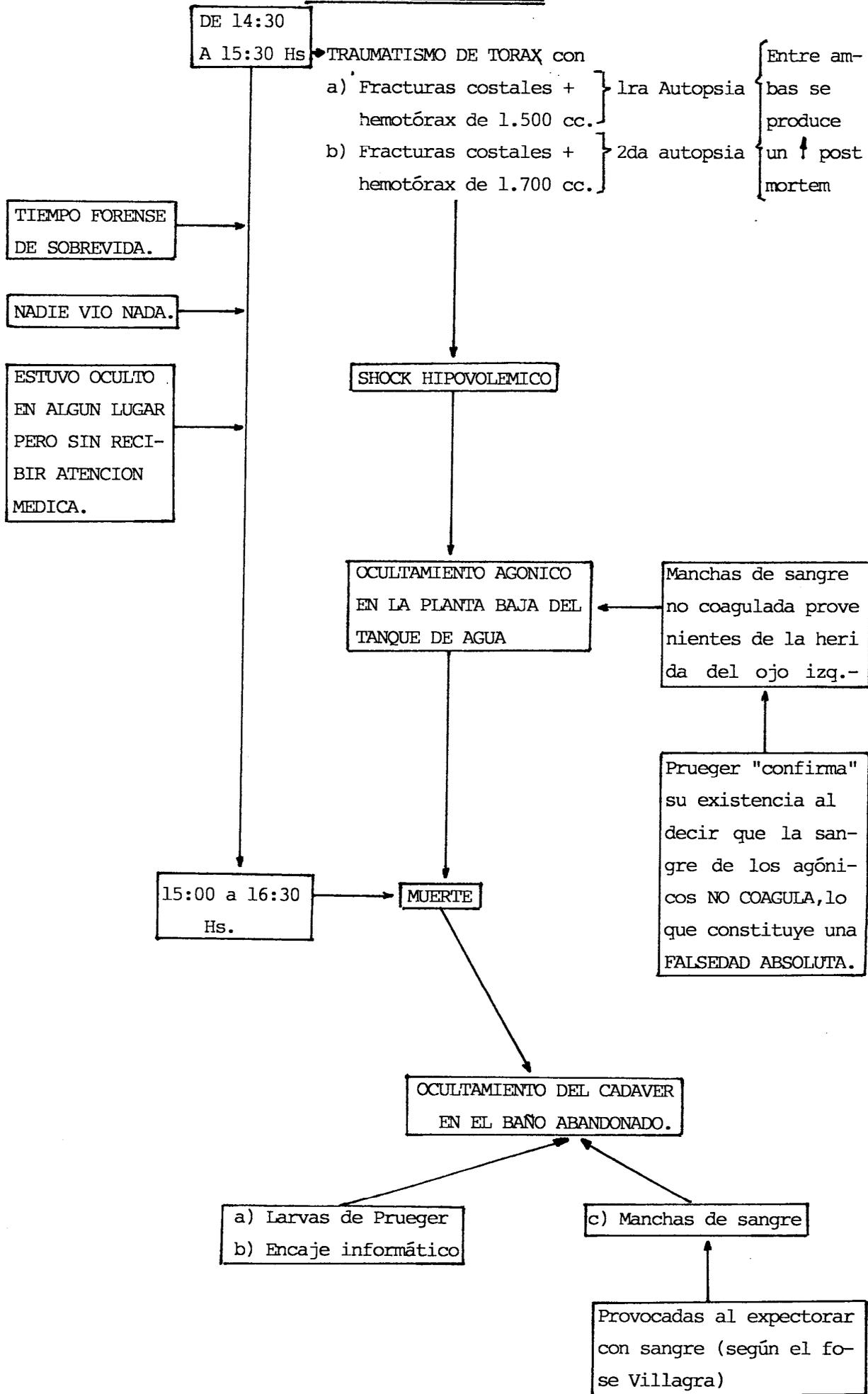
Presento esquemáticamente tres hechos, que después de todas las explicaciones y desarrollos científicos vertidos en mi peritación serán entendidos cabalmente. En el primero podremos ver de qué manera se adaptaron los “hallazgos científicos” a los hechos de la denominada “Historia Oficial”.

En el segundo surgirán las consecuencias jurídicas derivadas de someter y subordinar la ciencia a hechos ficticios, lo que lleva necesariamente a tener que cometer determinados errores, ya que al no ajustarse la historia confeccionada a la realidad fáctica, no habrá a su vez hallazgos científicos verdaderos que la puedan justificar. Dicho de forma lógica, si la premisa mayor es falsa (Historia Oficial) y la premisa menor-(conclusiones médico legales) -también es falsa (ya que para adaptarla y sea coincidente con la premisa mayor se tendrán que modificar determinados enunciados), las conclusiones serán falsas.

El tercer esquema brinda el punto de vista diametralmente opuesto al anterior, es decir, se parte de la realidad científica y de ella surgirá si el relato de determinados hechos ha sido simplemente posible o ciertamente probable. Un trabajo pericial confiable y que permita su validación ante una corte de ley, debe abundar en detalles de precisión y exactitud. Para casos como el de autos es necesario realizar diagnósticos diferenciales que excluyan la existencia de otras fisiopatologías, ejercicio que los forenses no hay realizado en ningún momento. En Fs. 1058 expresan; “De la necropsia efectuada, puede señalarse que la EMISIÓN DE CONCLUSIONES VÁLIDAS requiere no solamente su correlación con la efectuada previamente sino también con los resultados complementarios solicitados, SOBRETUDO LOS HISTOPATOLÓGICOS.” Y son justamente éstos últimos los que no tuvieron en cuenta al emitir sus opiniones, pues IGNORARON su principal resultado: QUE NO HABÍA NINGUNA COSTILLA FRACTURADA. La ejecución de una pericia conlleva la OBLIGACIÓN de aplicar sólidos principios científicos que puedan llevar a la verdad, sin que sobre ésta quepa interpretación parcial alguna. A través de todo mi trabajo pericial he cumplido con dicha obligación, y que es justamente de donde surgen todos los disensos observados. A continuación expondré esquemáticamente las tres posibilidades que se originan a partir del trabajo de los Sres. Médicos Forenses y del que yo he desarrollado, sin que esto implique querer imponer hechos que no hayan sido sometidos a todo tipo de análisis y demostración previa. Las voy a dividir en:

- 1) La ciencia al servicio de los hechos y su trama argumental.
- 2) Las consecuencias variables
- 3) Los hechos científicos veraz prueba de la realidad

DIA 6 de Marzo de 1994.



Como podemos observar, todo lo hallado, tanto en su faz médica como criminalística, confluye y tiene la finalidad de tratar de explicar un relato previo de los sucesos, pues;

1) LAS FRACTURAS NO EXISTIERON, tal como lo especifica el pormenorizado estudio anatomopatológico del Dr. Caputti.

2) LA HERIDA DEL OJO TAMPOCO EXISTÍA, tal como lo demostró el Dr. Caputti.

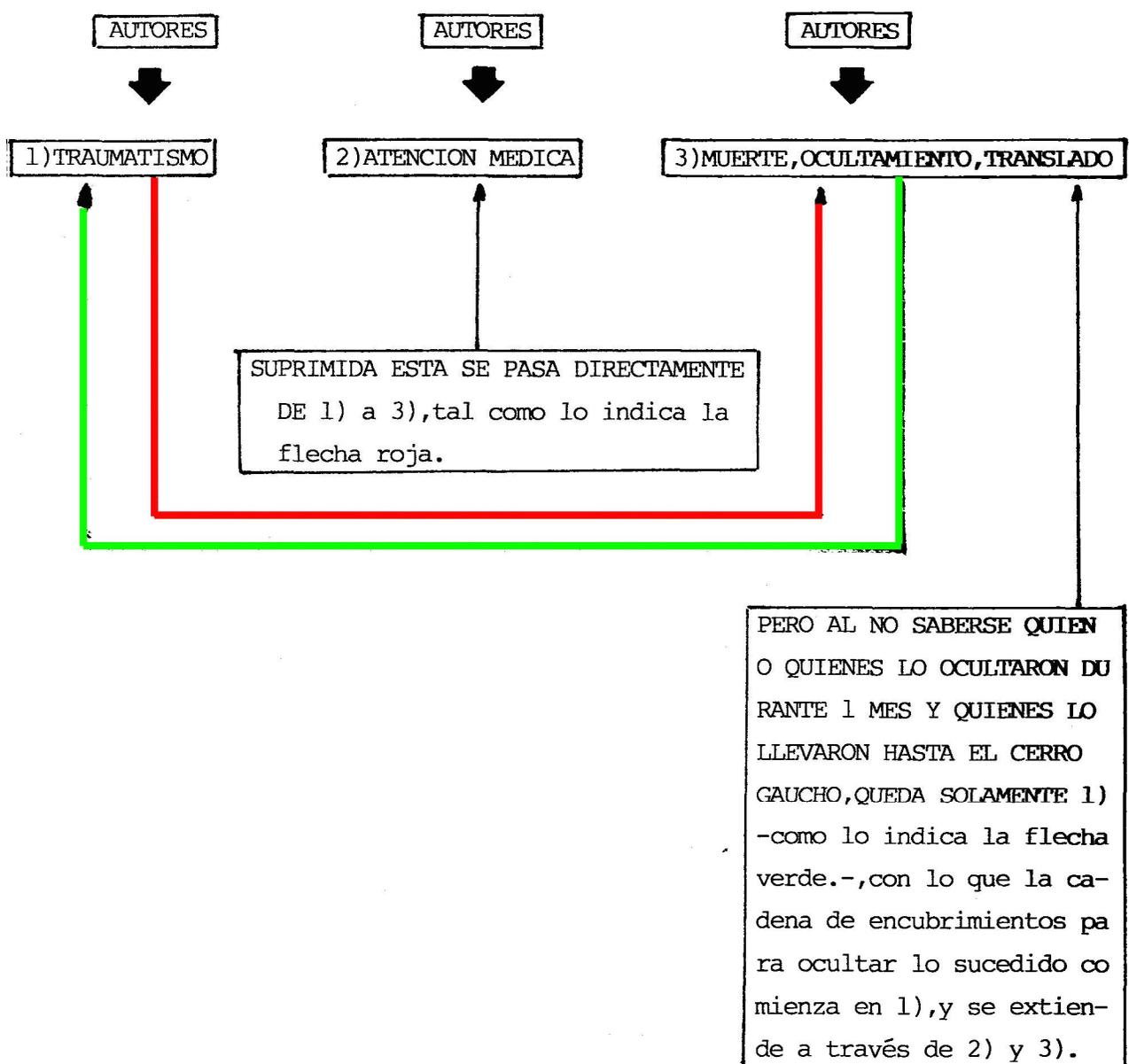
3) NINGUNA LARVA FUE TOMADA DEL CUERPO DE O. CARRASCO Y MENOS AUN LAS DEL BAÑO ABANDONADO.

4) LA EXPECTORACIÓN CON SANGRE SE VE EN LOS TRAUMATISMOS MUY SEVEROS DE LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO, EN LOS CUALES SE PRODUCEN ROTURAS DE BRONQUIOS.

5) EL DIA 8 LE DIERON LA VACUNA ANTITETÁNICA AL CADÁVER.

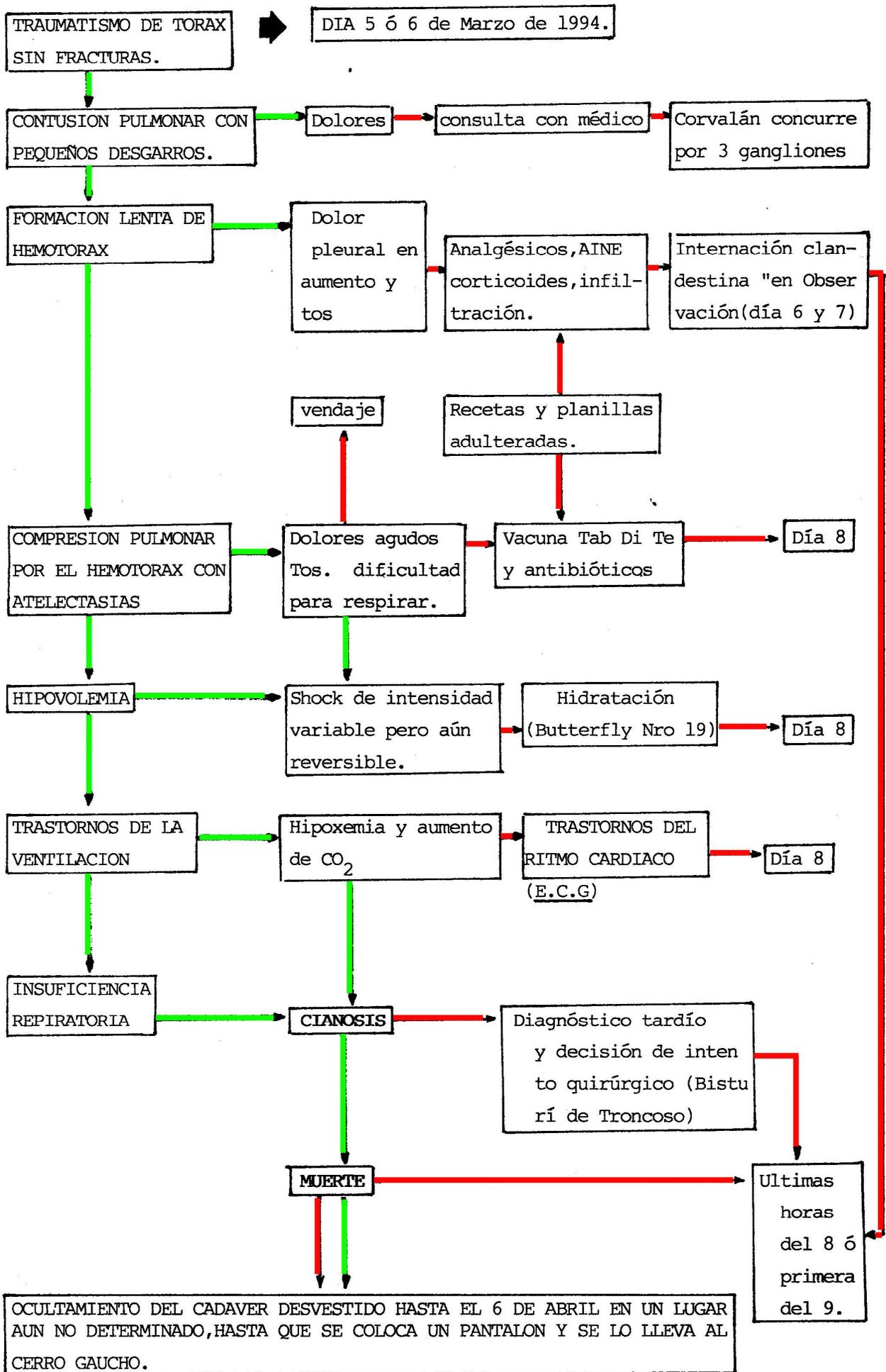
6) LA COMPUTADORA DE PRUEGER NO EXPLICA CÓMO, SI AL CADÁVER LO COLOCARON EN ESA POSICIÓN -VER EL GRÁFICO RESPECTIVO- SE HIZO PARA CERRAR LA PUERTA DE DICHA LETRINA Y POSTERIORMENTE ABRIRLA PARA LLEVARLO HASTA EL CERRO GAUCHO.

2) LAS CONSECUENCIAS VARIABLES.



Flechas verdes — HECHOS DEMOSTRADOS CIENTÍFICAMENTE

Flechas rojas — ACCIONES Y HECHOS RESULTANTES.



Del pormenorizado estudio de las planillas de atención médica y de las recetas falsificadas y/o adulteradas EMITIDAS SOLAMENTE ENTRE EL 6 Y EL 9 DE MARZO, surgen dos relatos que merecen un capítulo aparte cada uno -dentro del ya mencionado festival de recetas-, y que servirán como un compendio final demostrativo del encubridor “truchaje” realizado por modernos discípulos de Hipócrates y alguna de sus fieles enfermeras.

A su vez servirá para que el dicente proponga a V.S. una serie de medidas periciales que pondrán en evidencia una vez más a las patas cortas de la mentira.

LXXIV - SOLDADO EN PELIGRO.-

Para entender la historia es menester que explique previamente algo sobre el “Tétanos”.

El tétanos es una infección tóxica aguda, no contagiosa, provocada por la actividad de la tetanospasmina, potente exotoxina neurotrófica producida por el *Clostridium tetani* o bacilo de Nicolaier.

La enfermedad fue descrita por el ya mencionado Hipócrates, y está muy difundida en todo el mundo, principalmente en las zonas rurales y en los países subdesarrollados.

En los países en que es obligatoria la vacunación en edad escolar y militar la frecuencia ha disminuido grandemente, pero a pesar de los progresos terapéuticos la gravedad de la enfermedad persiste y su mortalidad en los mejores servicios se cifra entre el 35 y el 40% de los casos ingresados.

Las esporas tetánicas se encuentran principalmente en la tierra, hojas, espinas de plantas, etc., produciéndose la penetración a partir de heridas triviales anfractuadas.

La penetración aislada de esporas no basta para provocar la enfermedad, pues son rápidamente captadas por los fagocitos.

Se requiere la presencia asociada DE ALGÚN CUERPO EXTRAÑO (clavo, espina, tierra, cristal, etc.) de gérmenes comunes de la supuración, que desvían la fagocitosis y permiten el desarrollo del *Clostridium*.

El período de incubación varía generalmente entre 2 y 30 días, pero puede ser de horas hasta 1 o 2 días en el tétanos sobreagudo, y de 2 a 5 días en el tétano agudo. Presenta una gran mortalidad en los primeros 4 días, y es máxima en los jóvenes y en los viejos. En ausencia de un foco demostrable de infección el curso tiende a ser más leve.

Tratamiento y profilaxis;

Tiene 4 fases;

- 1) Eliminación del germen (extracción de cuerpos extraños) con amplia limpieza del lugar de la herida.
- 2) Neutralización de la toxina circulante, por lo que es obligatorio dar suero antitetánico por vía IM.
- 3) Simultáneamente desde el primer momento se debe dar también la vacuna antitetánica, con el fin de estimular la formación de antitoxinas propias.
- 4) Administración de penicilina IM de absorción lenta sin esperar la infección de la herida, ya que el *Clostridium* es muy sensible a dicho antibiótico.

Juan R. Michans y Colabs. en su libro “Patología Quirúrgica”, Tomo I, dice claramente (pág. 37) “Cuando es factible descubrir la puerta de entrada, ésta debe ser tratada radicalmente.” Vale decir, EL CUERPO EXTRAÑO DEBE SER SIEMPRE EXTRAÍDO.

Una vez que la toxina se fija en el tejido nervioso, ya ni el suero antitetánico es capaz de desalojarla ni neutralizarla, de donde se infiere que TANTO EL SUERO COMO LA VACUNA DEBEN SER ADMINISTRADOS RÁPIDO E EN TODOS LOS CASOS EN QUE LAS CONDICIONES DEL AMBIENTE SEAN TETANÍGENAS.(Pág. 36 del mismo libro).

Todo esto tiene relación directa -entrando ya de lleno al relato prometido con el “cuerpo extraño” del soldado clase 75 Orlando COSTA, anotado por la enfermera TRONCOSO como atendido el día 7 de marzo en la correspondiente planilla de guardia.(pág. 113 de mi peritación).

El diagnóstico de su puno y letra es simplemente de “cuerpo extraño”, sin especificar la naturaleza ni el lugar anatómico de entrada, y sobre el cual no se realizó ningún tipo de tratamiento, tal como lo indica el espacio dejado en blanco en el ítem respectivo (Tratamiento).

El día 8 aparece una receta firmada por el médico CORVALÁN, en la que medica a Orlando COSTA Ampicilina 500 mgr (12 comprimidos) por el mismo cuerpo extraño del día anterior, pero especificando que es en el antebrazo (se ignora cual de los dos). Dicha prestación médica de CORVALÁN no consta en la planilla por guardia (pág. 113), en la cual TRONCOSO especifica que fueron atendidos solamente FRÍAS Alejandro, ORELLANO Marcelo, AMORO Raúl y MADEROS Antonio.

Con 3 fechas superpuestas aparece entonces la receta del médico KURCHAN, indicándole al mismo Orlando COSTA la vacuna antitetánica.

Si la confeccionó el día 6, debemos admitir su gran poder adivinatorio. (Es decir, un día antes sabía que Costa se iba a clavar un cuerpo extraño)

Si fue el día 7, es coexistente a la atención por planilla de guardia, debiéndose constatar si KURCHAN estuvo de guardia el día 7.

Si fue el día 8, no sabemos el porqué lo vieron simultáneamente dos médicos (KURCAHAN Y CORVALÁN), y cual de ellos estaba realmente de guardia. (Oportunamente solicité al Dr. Bruno BONETTI la peritación de las fechas adulteradas, tanto caligráficamente como también por antigüedad de las tintas utilizadas. Si bien la misma se le encargó a Gendarmería Nacional, no sé cual fue su resultado).

NO OBSTANTE, el día 8 SE LO VACUNÓ A OMAR CARRASCO Y NO A ORLANDO COSTA, QUE SEGUN SU FIS FUE VACUNADO EL DIA 12.

Es IMPRESCINDIBLE solicitar la ficha médica de Orlando COSTA (o cualquier otra documentación donde consten datos clínicos), así como tomarle declaración a efectos de que cuente su propia historia del cuerpo extraño, qué médico lo atendió primeramente, y qué tratamiento le hicieron, pues habida cuenta de lo expuesto referente al “tétanos”, cabe concluir que EXISTIÓ UNA NEGLIGENTE ATENCIÓN MÉDICA, YA QUE A PESAR DEL RIESGO TETANÍGENO DEBIDO A LA PRESENCIA DEL CUERPO EXTRAÑO, NO SE LE EXTRAJO Y NO SE LE APLICÓ SUERO NI VACUNA ANTITETÁNICA EN EL MISMO MOMENTO, EXPONIÉNDOSELO AL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD EN SU FORMA SOBREGUDA O AGUDA MÁXIME CUANDO APARENTEMENTE SEGÚN RECETA DE CORVALÁN EXISTÍA YA UNA INFECCIÓN.

En el Libro de Pacientes Atendidos por Guardia (Pág. 138) aparece registrado el día 16 de Marzo un tal CARRASCO Gabriel del RIM 10 (soldado c/75, con Nro. de registro 49), al cual se le aplicó una inyección IN, con diagnóstico en blanco, por lo cual sería conveniente solicitar la FIS respectiva y su Ficha de Atención Médica, a fin de que pueda deslindar otro error, ya que antes de “Carrasco” aparece “Aco” tachado. Es notorio que quien escribió esta hoja no la estaba copiando de la correspondiente planilla, ya que escribió “Oracio” en dos oportunidades (arriba y abajo de “Carrasco”), en tanto que en la primera de ellas figura correctamente como “HORACIO”. Vale decir, se la estaban dictando, y la audición no sabe de errores ortográficos.

LXXV - UN SOLDADO DE MAS.-

En el Libro de Atención de Pacientes por Guardia, en su parte “OMITIDO MES DE MARZO” - pág. 125-, aparece atendido el 6 de Marzo un soldado clase 75 que no consta en la correspondiente Planilla de Atención por Guardia. Su destino era esos momentos el RIM 10, y se lo identifica como BERRA Gustavo, con diagnóstico de “dolor muscular”. Como vemos, no se trata realmente de un diagnóstico sino de un síntoma, permaneciendo en el misterio la ubicación anatómica del músculo, y el tratamiento instituido.

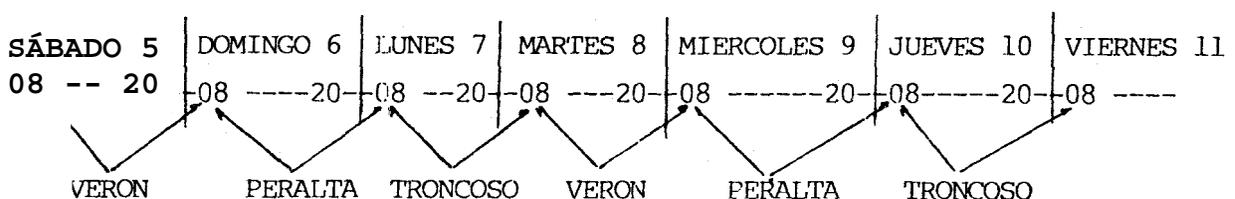
Aparentemente se lo anotó por encima de “liquid paper”, por lo que cabe concluir que debajo existía otro nombre y apellido, ya que de haber sido un simple error se lo hubiese sobreimpreso o corregido de la misma forma que se hizo con RIM 10 e TILLERÍA Oscar y la fecha 01-03-94 de Silva de Alicia, dos renglones más abajo y en la misma hoja.

Cabe pensar que si por alguna interferencia auditiva no se le dictó “PENA gustavo” la escribiente oyó “BERRA Gustavo”; si bien ambos son del mismo nombre, uno es del RIM y otro es del BAL (Peña). Berra tenía un “dolor muscular” y Peña un desgarró muscular”, lo que hace incompatible una equivocación semejante.

Solicito a V. S. la ficha de Consultorio Externo de BERRA Gustavo a fin de corroborar su atención dicho día.

LXXVI - ALGO MAS DE TODOS.-

Creo que el gráfico DE GUARDIAS REALIZADAS (de 24 horas de turno por 48 de descanso) es elocuente en cuanto a las conclusiones que de él se extraigan;



PERALTA; el día 6 firma 2 recetas con CORVALÁN. Una para Pacheco (61) y otra para Vázquez (64). Si bien como enfermera era su día de guardia, ése domingo estaba de guardia el médico AGUIRRE.

El día 8, QUE NO ERA SU DÍA DE GUARDIA, aparece firmando con el médico TEMI una receta (47) para la inexistente María GÓMEZ (Esposa de Sgto Ayudante)

TRONCOSO; el día 9 (QUE NO ERA EL DE SU GUARDIA) firma 4 recetas; la del bisturí (36), la jeringa IM (37), y otra con CORVALÁN para Pacheco (62), y finalmente una con TEMI, solicitando venda para Silva Darío (48).

Para el mismo día 9, (en el que estaba de guardia PERALTA), confecciona otra receta que firma CORVALÁN para VÁZQUEZ Jorge (65).

El día 8, coincidente con su guardia, firma con TEMI la receta para RIO SECO, en la que sacan de farmacia el Celestone Cronodoce y la famosa Butterfly, que como enfermera diplomada NO PUEDE IGNORAR QUE DICHA AGUJA SE UTILIZA SOLAMENTE PARA TRASFUNDIR SUEROS.

La intensa actividad desarrollada por esta enfermera en la confección de las recetas culmina con la que firma nuevamente junto a TEMI solicitando 5 vendas de 10 cm de ancho para POLISERI Carlos por un esguince de tobillo, y cuyo comentario médico legal lo efectué en la página 115 de mi peritación.

Asimismo confecciona el día 9 (QUE NO ERA SU DIA DE GUARDIA), la planilla de atención médica donde anota ficticiamente a Pacheco por “infiltración” (página 124) .

VERÓN: confecciona por ella misma la solicitud del rollo para ECG el día 8 (receta 70)

Vale la pena destacar la abnegación para el trabajo puesta de manifiesto por TRONCOSO, ya que si bien su guardia fue el día 7, permaneció en el Hospital firmando recetas el día 8 y 9, en coautoría con los médicos mencionados.

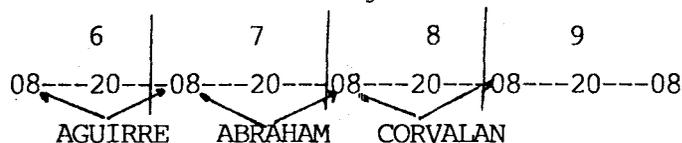
LXXVII - !!! SILENCIO, HOSPITAL !!!

Voy a hacer un resumen del cuadro de pág. 83, que consiste en ver la actividad desarrollada por los médicos CORVALÁN, TEMI AGUIRRE y KURCHAN entre los días 6 y de Marzo, ACREDITADA POR LAS RESPECTIVAS RECETAS EXTENDIDAS EN EL TRANCURSO DE LOS DÍAS CITADOS.

MARZO de 1994.-		DIAS			
PROFESIONAL		6	7	8	9
CORVALAN		2	1	6	8
TEMI		4	1	2	4
AGUIRRE		5		2	
KURCHAN		1			2

} Recetas emitidas que certifican atención Médica

Ahora veamos el cronograma de Guardias médicas;



Surge que a pesar de que la guardia de CORVALAN era el día 8, emitió recetas durante 4 días seguidos, vale decir, concurrió al Hospital para ver pacientes SIN QUE DICHA CONCURRENCIA HAYA SIDO REGISTRADA EN EL LIBRO DE NOVEDADES DE GUARDIA. Atendió pacientes el día 6, que estaba de guardia AGUIRRE y el día 7 que estaba de guardia ABRAHAM.

Lo mismo ocurrió con TEMI, que emitió recetas durante 4 días seguidos, sin que ninguno de esos días haya sido su guardia, NI TAMPOCO SU CONCURRENCIA FUE REGISTRADA EN EL LIBRO DE NOVEDADES DE GUARDIA.

KURCHAN recetó los días 6 y 9, Y TAMPOCO SU CONCURRENCIA SE REGISTRA EN LOS DIAS ALUDIDOS.

Si recorremos la página 180, se ve con claridad que cada atención médica era registrada. (“HS 14:32;” se llama al DR. Abraham; Hs 20:00:”se llama al Dr. Abraham”, que era el médico que estaba de guardia. Asimismo, SE REGISTRA EL INGRESO DEL MEDICO LA ROSA A LAS 22:15 Hs, que ingresa a controlar a sus pacientes”, y que no estaba de guardia ese día.)

Llama la atención que en la guardia del 7 al 8, QUE ESTABA DE GUARDIA ABRAHAM “con la enfermera TRONCOSO (Pág. 182), se llame a KURCHAN para que examine a las 18:10 Hs (Pág. 183) a COPLO Eduardo, haciendo constar que era KURCHAN el médico de guardia. Si realmente estaba de guardia Abraham; para qué llamar a otro médico por una crisis de asma bronquial?

Pero si era KURCHAN el que realmente estaba de guardia; ¿Cómo es que en el encabezamiento, al tomar la guardia, se especifica que el que está de guardia es ABRAHAM, sin haber hecho una posterior corrección?

VALE DECIR ENTONCES QUE:

El día 7 hubo dos médicos de guardia.(KURCHAN Y ABRAHAM)

DIA 6, DOMINGO, LA GUARDIA ESTUVO ATENDIDA POR 4 MEDICOS; -a saber-

- 1) CORVALAN
- 2) TEMI
- 3) AGUIRRE
- 4) KURCHAN

Si recurrimos a la lista de diagnósticos de los soldados atendidos el día 6 encontramos los siguientes;

- a) ganglión (VAZQUEZ jorge) → Lo atendió primero AGUIRRE con diagnóstico de “artralgia” (dolor articular)
→ El mismo día lo atendió CORVALÁN y se transformó en el primer ganglión.
2do ganglión de CORVALÁN

- b) ganglión (RIO SECO)
- c) Micosis (PEREZ Marcos)
- d) traumatismo (LUCAS Alejandro)
- e) Artralgia (RODRIGUEZ Fabián)
- f) s/p (DIAZ Claudio)
- g) Excoriaciones (VALLEJOS Juan)
- i) dolor columna (CHAVARRIA Juan)

i) traumatismo maxilar inferior (PACHECO Samuel)

Lo atendió AGUIRRE con ese diagnóstico.

El mismo día lo atendió CORVALAN sin diagnóstico pero el 9 se transformó en el 3er ganglión.

j) laringitis (TILLERIA Oscar)

k) dolor muscular (BERRA Gustava)

l) traumatismo hombro (FRIAS Alejandro)

m) dispepsia (NONTECINO Walter)

n) diarrea, dolor muñeca y urticaria (VALENZUELA, SAYES y BLANCO) atendió TEMI.

Como fácilmente se puede advertir, ninguno de los diagnósticos presenta la gravedad o severidad para que hayan concurrido a la guardia 3 médicos más. Nos queda ver para qué concurrió KURCHAN;

Muy sencillo; solamente para hacer la receta de COSTA Orlando, solicitando la acuna antitetánica, que es la misma que lleva 3 fechas adulteradas, antes de que COSTA se clavara el cuerpo extraño, y que se sacó de la farmacia el día 8. Respecto de esta receta reitero que ignoro los resultados de la peritación documentológica.

Si damos fe a que la confeccionó el día 7, resulta que su ingreso está anotado para atender a COPLO pero no a COSTA (ver pág. 183).

Si damos fe a que la confeccionó el día 8, resulta que a COSTA lo vieron CORVALAN Y EL, pero NO CONSTA EN EL LIBRO DE NOVEDADES DE GUARDIA SU CONCURRENCIA, además de haber expuesto al soldado al riesgo de contraer un tétanos (como ya expliqué), pues recién se lo vacunó el día 12.

Todas las anormalidades ocurren solamente dentro de los días 6, 7, 8 y 9, y casualmente involucran a las recetas emitidas por los médicos nombrados y solamente por esos días, incluyendo la confección de una falsa historia clínica para justificar -paradójicamente- el uso injustificado de medicamentos para quienes eran sus apócrifos destinatarios;

Cualquiera puede pensar a priori lo extraordinario de que un día domingo los médicos concurren al hospital, sin que fuese su día de guardia, a atender simples patologías, y a su vez ellos decir que su vocación los llamó, pero en mérito a lo ampliamente expuesto, evidenciado documentalmente, - que no admite ninguna explicación médica, científica, racional, lógica y menos aún vocacional-, prefiero llamar a las cosas por su nombre y decir;

¡¡Silencio, Hospital!!

Se puede decir sin temor a equivocarse que las demostraciones científicas son antípodas de toda mentira, ocultamiento o encubrimiento, y una vez demostrada falsedades, no cuesta nada entender las motivaciones de los embaucadores.

LXXVIII - EL FINAL.-

Como perito de la causa, tengo la obligación de decirle a V.S. que no me quedan dudas de que O. CARRASCO recibió atención médica en su larga agonía, con un diagnóstico equivocado y un tratamiento por lo tanto inadecuado que lo llevó finalmente a la muerte.

Parte del mal tratamiento está dado por una internación clandestina en un lugar que no pudo ser determinado, pero que una prueba no incorporada a la causa nos ponía, sobre el indicio de que podría haber sido el sótano que está debajo de la farmacia del Hospital Militar.

No existieron fracturas de ninguna clase en sus costillas y menos aún el imaginario “volet” del que equivocadamente da cuenta el perito Mariano Castex. Existió si un derrame hemático pleural derecho proveniente de una hemorragia de mediana intensidad, y una contusión pulmonar que lo llevó a una insuficiencia respiratoria con cianosis.

No existieron los 1500 cc. calculados a ojo de buen cubero por los médicos Villagra y La Rosa , a los cuales se trató de sumarles en forma espúrea 200 cc más para aumentar el volumen de sangre perdida y poder justificar de alguna manera una muerte más que rápida que impidiera una asistencia médica, pero si una tenue asistencia paramédica, sin que los que la efectuaron comunicaran la novedad en forma inmediata a sus superiores.

Al mismo tenor, cada vez que Villagra realizaba declaraciones a los medios periodísticos, el volumen de sangre que había encontrado iba aumentando, hasta llegar ya a los 2500 cc, y que podrá ser corroborado volviendo a ver las filmaciones televisivas del momento.

Lo mismo ocurrió con la inexistente lesión ocular, imaginada a partir de una putrefacción que le daba tal apariencia, pero que no pudo ser demostrada anatomopatológicamente.

A partir de acá entran en escena las peritaciones de Prueger, de las cuales ya expuse ampliamente sus fundamentos, y que alejaron el cuerpo de O. CARRASCO de la verdadera escena del crimen y aproximaron lo más posible la fecha de la muerte a la que por otros medios llegaron los Sres. Médicos Forenses de la Justicia Nacional.

Valga como ejemplo que ninguna larva fue tomada del cuerpo de la víctima, a pesar de lo cual Prueger en el transcurso del Juicio Oral las hizo nacer, crecer y desarrollarse acorde a postulados geométricos y no biológicos.

Toda la documentación que pericié constituye a mi entender una prueba irrefutable e irrefutable de lo acontecido, y llevan la firma de sus actores.

No me quedan dudas de que Jorge CORVALÁN concurrió especialmente el día 6 al Hospital no para tratar 3 gangliones inexistentes, sino para asistir a O. CARRASCO en su condición de Traumatólogo, por el traumatismo torácico que había recibido (tal vez el día 5, ya que en la madrugada del 6 tenía molestias).

Tampoco me caben dudas de que en un primer momento tuvo que haber sido asistido en la guardia por un médico, -casi con seguridad el día 6-, a partir del cual desapareció de la vista de todos, pero no lo suficiente como para ser visto que estaba como escapando del regimiento.

Ya en esta primera oportunidad (estaba el médico AGUIRRE de guardia) creo que se resuelve su internación clandestina y la “interconsulta dominguera” con CORVALÁN.

El día 7 y el 8 permanece escondido y bajo algunos controles médicos (se lo infiltra, se lo medica con antibióticos, se le hace un vendaje torácico que finalmente dificulta aún más su respiración, y se le efectúa un ECG) y de enfermera, tal como aplicarle algunas inyecciones de antiinflamatorios y analgésicos.

El día 8 recibió la vacuna antitetánica, bastando identificar de la FIS la firma de quien se la aplicó; la vacuna que se sacó de la farmacia a nombre de Orlando COSTA.

En la página 166 de mi peritación hago referencia a las recetas sospechosas y sus autores, quedando patentizado el nombre y apellido de los que intervinieron en la atención médica y paramédica de O. CARRASCO, por lo que sería de trascendente importancia citar a declarar a todos ellos, ya que el resto de elementos que aportó hasta el final de mi peritación no hacen sino reafirmar la veracidad de lo expuesto.

Particularmente al médico CORVALÁN, desde el punto de vista médico legal y pericial habría que solicitarle además que presente alguna bibliografía, nacional o extranjera, donde taxativamente se indique el tratamiento de un ganglión a través de "Infiltración", ya sea con Lidocaína o con Corticoides.

Asimismo sería de importancia citar al anatomopatólogo de la Morgue Judicial Dr. Eugenio CAPUTI, para que diga si en su trabajo pericial de Fs. 1389 a 1401 encontró la existencia de alguna fractura costal derecha de origen traumático, y en caso afirmativo el porqué dicho diagnóstico no consta en su escrito.

De más está reiterarle la presencia del perito Prueger a fin de que de respuesta a los puntos periciales solicitados por el dicente en la página 243. Asimismo deberá explicar, además de lo ya solicitado, cómo a partir de la altura de O. CARRASCO determinó el ancho del cadáver.

Cabe una consideración final respecto a la momificación; tal cual lo referí en la página 276 de mi peritación, para que la descomposición cadavérica haya seguido dicho curso, es necesario que el cadáver esté colocado en un lugar caluroso, ventilado y seco, o enterrado en tierras ricas en nitritos (se forman por acción de las bacterias sobre la materia orgánica nitrogenada) y nitratos (sales del ácido nítrico), o el clima debe estar caracterizado por el calor ambiental, sequedad y grado higrométrico escaso.

El clima reinante en esos momentos era el indicado, pero evidentemente el cadáver no estaba expuesto a cielo abierto. Entonces debemos pensar en las condiciones mencionadas para un lugar cerrado o para un lugar donde existan nitritos y nitratos.

Como el cadáver no fue enterrado, queda solamente la posibilidad de un lugar cerrado, ventilado, y con la presencia de nitratos.

Dentro de una guarnición militar cabe esperar la existencia de explosivos. La mayor parte de ellos está compuesto por nitrato amónico (también llamada pelignita amónica o Gelamón), nitrocelulosa (nitrato de celulosa), nitroglicerina (trinitrina), y nitrato de Potasio.

Algunos de ellos producen vapores, que al respirarse provocan vasodilatación con dolores de cabeza (cefaleas).

Es por ello que en sus lugares de resguardo debe haber ventilación. También tienen una gran poder higroscópico (absorben la humedad ambiente), y a pesar de sus envoltorios, sobre la superficie de los mismos se forman cristales o un fino polvillo (principalmente por el Nitrato de potasio). A este fenómeno se lo denomina comúnmente "transpiración".

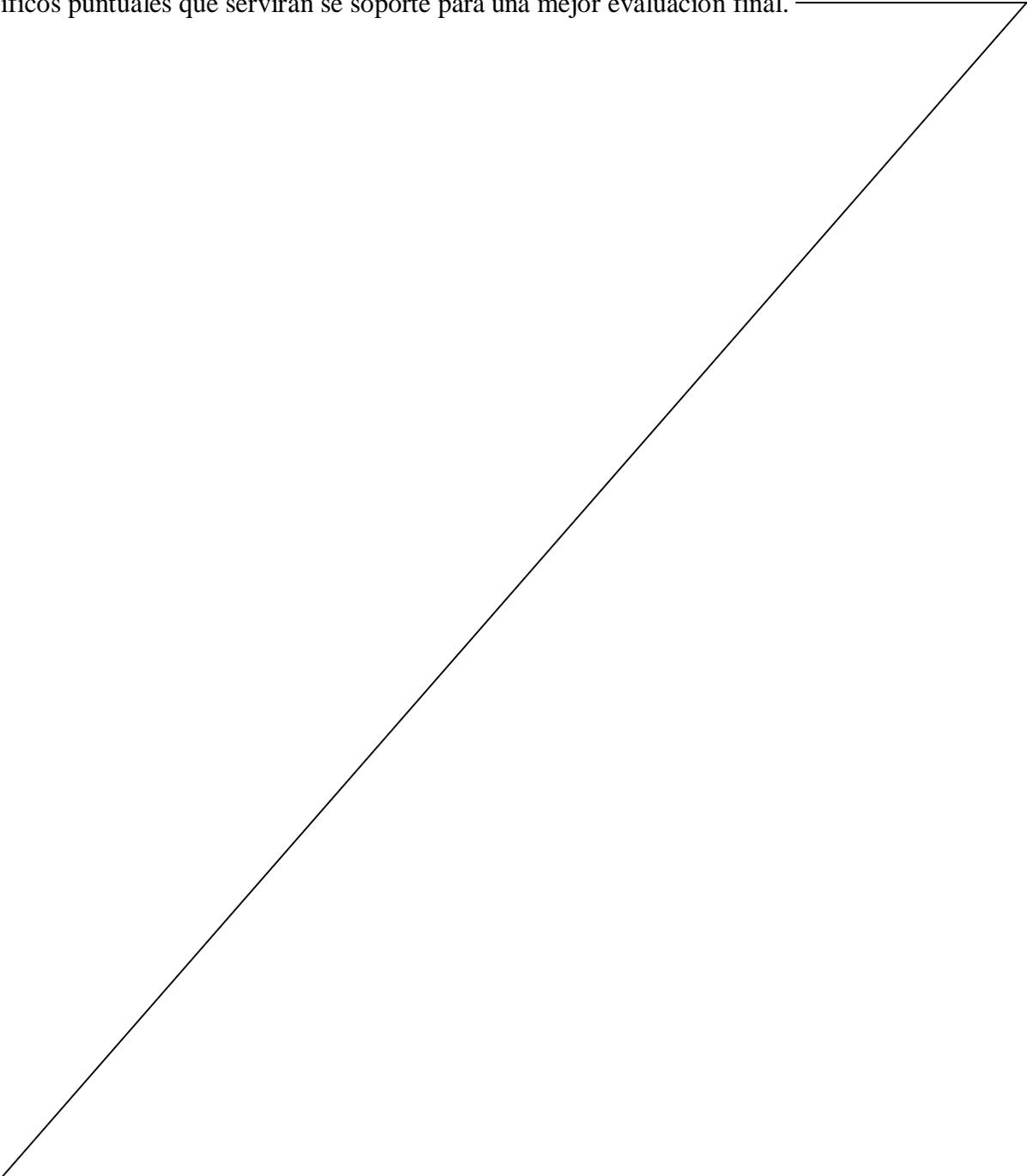
Busqué trabajos en la bibliografía mundial acerca de si existen efectos de éstos vapores sobre un cadáver modificando el proceso putrefactivo, pero no los hallé. Supongo que si los vapores de formaldehído no ejercen ningún efecto tampoco existen explicaciones para que los vapores

nitratados lo ejerzan, excepto que el cuerpo apoye directamente sobre una superficie de cristales nitratados.

Pero si se piensa que en un lugar donde haya una gran cantidad de los mismos existirá sequedad del ambiente, tenemos las condiciones óptimas para que el fenómeno se produzca; es decir

- a) ventilación
- b) sequedad
- c) grado higrométrico escaso
- d) ambiente exterior cálido

En caso de ubicarse un lugar de estas características, como perito de V.S. tendré que examinarlo para determinar si en él fue factible el ocultamiento del cadáver. Si bien la presente peritación amplía a la primera presentada, creo conveniente presentar un cuadro sinóptico de todo lo expuesto (no solamente a través de mi peritación sino de las efectuadas por los Sres. Médicos Forenses), para tener una imagen panorámica y referencial de todo lo manifestado, ya que ha versado no solamente sobre temas médicos y médicos legales, sino también sobre aspectos metodológicos científicos puntuales que servirán de soporte para una mejor evaluación final.



SINOPSIS

	FORENSES Y OTROS PERITOS	DEMOSTRACION	MI PERITACION	DEMOSTRACION
ESTUDIO MEDICO LEGAL DEL LUGAR DEL HECHO	NO FUE HECHO	-----	NO FUE HECHO, ADUCIENDO EXCUSAS INADMISIBLES.	DIJERON QUE POR LA OSCURIDAD. (LA ROSA Y VILLAGRA)
PRIMERA AUTOPSIA	FRACTURAS DE COSTILLAS. ENUCLEACION DEL OJO. DERRAME PLEURAL DERECHO.	OBSERVACION MACROSCOPICA.	INCOMPLETA Y SIN DIAGNOSTICO DE CAUSA DE MUERTE. (Ver pág. 253 a 255)	SIN ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS. NO SE TOMARON LARVAS. NO VIERON DEFORMACION IZQUIERDA DEL CUERPO.
MOMENTO DEL HECHO	DIA 6	GOLPES Y MUERTE CASI INSTANTANEA ESE DIA.	DIA 5 ó 6	EL DERRAME PLEURAL PUEDE COMENZAR 24 Hs. DESP. DEL GOLPE.
TRAUMATISMO	GOLPES. PATADAS, CULATAZO DE FAL.	DIJERON QUE HUBO MULTIPLES FRACTURAS DE COSTILLAS	UN SOLO GOLPE.	NO HUBO FRACTURAS CATEGORICO INFORME ANATOMOPATOLOGICO.
OTRAS LESIONES	HERIDA GRAVE EN OJO IZQUIERDO.	PRESUNTA.	NO EXISTIERON	INFORME A.P.
DERRAME PLEURAL	1.500 cc.	A OJO DE BUEN CUBERO	EXISTENTE PERO EN CANTIDAD INDETERMINADA	NO SE ENCONTRARON ROTURAS O DESGARROS DE VASOS.
TIEMPO DE MUERTE	30 a 90 MINUTOS	SUPUESTA HEMORRAGIA AGUDA.	48 a 60 Hs DE AGONIA.	CONTUSION PULMONAR CON HEMOTORAX
CAUSA DE MUERTE	HEMORRAGIA AGUDA. SHOCK HIPOVOLEMICO.	POR PORCENTAJES (Ver Fs. 1476)	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. MALA PRAXIS.	a) NO FRACTURAS b) CONTUSION PULM. c) CIANOSIS.
ASISTENCIA MEDICA	NINGUNA	MUERTE CASI INSTANTANEA. NO EVALUARON OTRO DIAGNOSTICO E IGNORAN LAS RECETAS FALSIFICADAS.	ASISTENCIA MEDICA Y PARAMEDICA DURANTE TODA SU AGONIA	RECETAS FALSIFICADAS DEL 6 al 9. UNA HISTORIA CLINICA FRAGUADA. FUE VACUNADO EL DIA 8
ASISTENCIA PARAMEDICA	POSIBLE (otros Forenses)	SUPOSICIONES	CATEGORICA	RECETAS FALSIFICADAS DE ENFERMERAS EN COAUTORIA CON LOS MEDICOS.
OCULTAMIENTO	EN EL BAÑO	TRUHAJE PERICIAL DE PRUEGER	EN OTRO LUGAR	FUERTE INDICIO DE SOTANO DEL HOSPITAL POR PERITACION NO INCORPORADA EN LA CAUSA.
ESTUDIO DE ADN EN UN SOLO PELO	DIJERON QUE ERA IMPOSIBLE HACERLO.	DICHO EN JUICIO ORAL POR GARCIA FERNANDEZ Y LOCANI.	SE PUEDE HACER CON TECNOLOGIA Y METODOS ESPECIFICOS.	ENVIE DIRECCIONES DEL SCOTLAND YARD Y LABORATORIO JAPONES.
ETIOLOGIA DEL HECHO	HOMICIDIO	HISTORIA OFICIAL	MALA PRAXIS	TODAS LAS DEMOSTRACIONES CIENTIFICAS DE MI PERITACION.
AVAL BIBLIOGRAFICO.	SOLAMENTE SUS DICHOS.	LEER LA PERITACION REALIZADA POR ELLOS. Fs. 1058 y 1059 Fs. 1476 a 1482		1) HIST. CLINICAS 2) TRABAJOS ORIGINALES (A.M.A) 3) ASESORAMIENTO CIENTIFICO EN LA FUNDACION FAVALORO. 4) 56 BIBLIOGRAFIAS. 5) EXPERIENCIA PERSONAL EN INVESTIGACION CRIMINAL MEDICO LEGAL.

No se trata de confrontar a los autores de ambas peritaciones, sino de que V.S. vea en cuál de ellas se pueden comprobar sistemáticamente todas las alternativas surgidas en la causa de autos y cuáles se pueden eliminar, pues tanto en sus demostraciones como en sus conclusiones difieren completamente.

Esta tarea implica cierta disciplina, ya que nadie puede salir a decir que algo fue de determinada manera porque “alguien” lo dijo. Si bien es admisible no estar seguro de algo, una opinión confiable es aquella que se basa en pruebas, las que deben ser examinadas con mucha atención.

Ninguna hipótesis, por muy sincera que sea, por muy ejemplares que sean las vidas de los profesionales que las emiten, o por el peso de sus antecedentes y títulos, debe ser tomada en cuenta sin su correspondiente prueba, pues caso contrario se podría explicar cualquier discrepancia, incoherencia o inverosimilitud, cayéndose en la falsa ilusión de grandes explicaciones que pueden explicar todo pero que en realidad no explican nada.

Todos los hechos criminales se basan en las pruebas y no en los dichos académicos. Es decir, los argumentos de “autoridad académica” tienen poco peso a la hora de las probanzas factuales.” En la ciencia no hay autoridades; como máximo hay expertos” (Carl SAGAN).

La credibilidad que represente una prueba deberá ser solamente una consecuencia del método empleado. Toda información científica debe ser claramente expuesta, detallada y verificable. Cada argumento debe ser razonado, a fin de reconocer sus falacias o sus inferencias fraudulentas. Las proposiciones que no pueden comprobarse (y/o cuantificarse) ni demostrarse falsas, no tienen peso indiciario ni probatorio, por lo que siempre es saludable preguntarse desde el comienzo si la hipótesis original es falaz.

Siempre hay que evaluar varias hipótesis, y si hay algún hecho que se debe explicar, hay que pensar en las diferentes formas en que podría explicarse. A partir de éste punto hay que pensar si existen pruebas que pueden refutar sistemáticamente cada una de las alternativas consideradas. La que sobrevive, la hipótesis que resiste la refutación científica entre las múltiples hipótesis de trabajo, es la que tiene más posibilidades de ser la respuesta correcta.

Si hay una cadena de hipótesis o argumentaciones, deben funcionar todos los eslabones de la cadena sin excepción, no quedando ningún eslabón suelto, ningún hecho sin explicar coherentemente.

La teoría de la navaja de OCCAM constituye una regla empírica invaluable al momento de juzgar la validez o certidumbre de una hipótesis; si existen dos hipótesis que expliquen el mismo hecho, hay que elegir la más simple, significando con ello la que más se adapte a los hechos, a través del pensamiento crítico y del método científico.

Cuando una afirmación no es explicada convenientemente, hay que buscar las pruebas que la confirmen o la refuten.

En el cuadro sinóptico precedente han quedado inobjetablemente evidenciados los métodos que se siguieron en ambas peritaciones, haciendo mención a las afirmaciones hechas y sus respectivas pruebas.

Será V.S finalmente, como “Perito de peritos”, el encargado de tan ardua y delicada tarea, como lo es la valoración presentada.

Quiero finalizar mi trabajo pericial, recordando la certeza que la venerable escolástica enunciara bajo la fórmula' "testimonium historicum convergentia veram certitudinem gignit" (la convergencia de los testimonios históricos engendra verdadera certeza).

Pero la certidumbre es un acto del espíritu por el cual se reconoce sin reservas la verdad o falsedad de una cosa. Esta certidumbre puede referirse a toda clase de verdades o falsedades, tanto a las de la razón como a las de hecho, y, por consiguiente, puede o no coincidir exactamente con el carácter "claro y distinto" que deben tener las cosas para tener rasgos básicos de certidumbre. Vale decir que certidumbre no equivale siempre a evidencia, queriendo significar con ello que un estado firme de la mente no garantiza correspondencia a la realidad. Tenemos entonces dos tipos de certidumbre; la subjetiva y la objetiva. La subjetiva conlleva un asentimiento, pero no el fundamento del asentimiento. La certidumbre objetiva, por el contrario, conlleva el fundamento del asentimiento, que pasa a ser entonces un testimonio digno de creencia.

Las opiniones de los Sres Forenses han demostrado ser certidumbres subjetivas, tan meramente subjetivas que terminaron siendo aserciones dogmáticas individuales de tono corporativo pero sin razones o fundamentos válidos, componiendo hechos a partir de situaciones imaginarias, pues O. CARRASCO no tenía fracturas, ni tenía heridas en el ojo, el volumen del hemotórax no era de 1.500 cc., ni pudo haberse muerto en 30 minutos, excepto de que haya sido también atropellado por un auto o le haya explotado una granada en la cavidad torácica.

He tratado, a lo largo de mi peritación, de brindar hechos objetivos avalados internacionalmente, intentado dar no una certidumbre evidente sinó algo anterior a ella, que es una tendencia certística de los expuesto, que admite solamente proposiciones completamente seguras como base de cualquier ciencia, excluyendo todo aquello que no pueda ser rigurosamente demostrado, haciéndola digna de creencia.

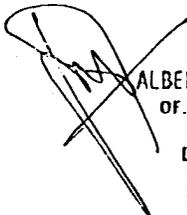
Nicolás Malebranche (1638-1715) decía que la "investigación de la verdad" consiste en la disipación de los errores causados por la excesiva unión del alma con el cuerpo (lo espiritual con lo material). "No debemos esperar salida y verdadera dicha más que trabajando seriamente para evitar dichos errores."

Cuando estos errores se trasladan al plano científico es cuanto más daño pueden causar, ya que no reconocer un error es cometer dos errores.

Además de un enfoque Médico Legal, traté de que mi peritación tuviera una perspectiva humanista científica, esforzándome" por hacer saber todo aquello que se alcance a saber, no renunciando jamás a la verdad ni a la realidad, sino pretendiendo que ambas sean más ricas -o que se reconozca su inagotable riqueza, puesta de manifiesto a través de métodos científicos serios y confiables para que nada fuese "aproximado" sino lo más exacto posible-

Termino el presente trabajo citando una frase del Talmud: "La finalidad no es poseer la verdad, sino descubrirla, analizarla".

He puesto todos mis esfuerzos y conocimientos en ello. Deseo firmemente que sean de utilidad para V.S.


ALBERTO EDMUNDO BRAILOVSKY
OF. PRINCIPAL MEDICO LEGISTA
I.P. 2.717 - M.N. 37.719
DIVISION HOMICIDIOS
E/C DIVISION SEGURIDAD PERSONAL,

BIBLIOGRAFIA

- 1) LOCARD E. : “L’ affaire Dreyfus” Revue Internationale de Criminalistique. 1937. -pág. 81-
- 2) ALBARRACIN R. : “Manual de Criminalística” Edit. Policial. -pág. 22-
- 3) y 4) DE SIMONI Luis: “Prevención Policial y Prueba en Materia Penal” Edit. Policial. 1995. -pág. 122 y 138-
- 5) KVITKO Luis: “Estudio Médico Legal del Lugar Del Hecho” Premio Eduardo Wilde 1980. -pág. 2 a 29-
- 6) FERNANDEZ PEREZ Ramón: “Elementos Básicos de Medicina Forense” México 1977.
- 7) GEBERTH Vernon: “Practical Homicide Investigation” New York 1993. -pág.428-
- 8) SIMONIN C.- “Medicina Legal Judicial” Edit. Jams. Barcelona 1980. -pág.888-
- 9) GUYTON Arthur: “Tratado de Fisiología Médica” Edit, Panamericana. 1995 Cap. “Los grupos sanguíneos” -pág. 400 a 403-
- 10) BONNET Emilio: “Medicina Legal” Edit. Lopez. Cap. “Los grupos sanguíneos” -pag. 291 a 293-
- 11) MULLEC Jean: “Los grupos Sanguíneos” Eudeba 1975. -pág. 5 a 71-
- 12) SIMONIN C.: “Medicina Legal Judicial” Cap. “Los grupos sanguíneos”.

La presente peritación consta de 110 fojas útiles, incluyendo la 289 Bis, y numeradas del 218 al 319, y las nombradas con las letras “A” hasta la “I”.