

Mala Praxis Medica Falta De Realizacion De Estudio Complementario Diagnostico De La Enfermedad

JURISPRUDENCIA

Mala praxis médica. Falta de realización de estudio complementario.

Diagnóstico de la enfermedad Se confirma la sentencia que rechazó la demanda de daños y perjuicios por mala praxis médica, por entender que la falta de realización del estudio que alega la parte actora se debió a que los síntomas no fueron clínicamente visibles en su inicio.

En la ciudad de La Plata, a los 11 días del mes de Mayo de dos mil diecisiete, reunidos en acuerdo ordinario la señora Juez vocal de la Sala Segunda de la Excma. Cámara Segunda de Apelación, doctora Silvia Patricia Bermejo, y el señor Presidente del Tribunal, doctor Francisco Agustín Hankovits, por integración de la misma (art. 36 de la Ley 5827), para dictar sentencia en la Causa 102289, caratulada: "RUSSO, SERGIO GABRIEL C/ FABREGA, RUBENS/ DAÑOS Y PERJ.", se procedió a practicar el sorteo que prescriben los arts. 168 de la Constitución Provincial, 263 y 266 del Código Procesal Civil y Comercial, resultando del mismo que debía votar en primer término el doctor HANKOVITS.

La Excma. Cámara resolvió plantear las siguientes cuestiones: 1a. ¿Es justa la sentencia apelada de fs. 803/814? 2a. ¿Qué pronunciamiento corresponde dictar? A LA PRIMERA CUESTION PLANTEADA EL SEÑOR PRESIDENTE DOCTOR HANKOVITS DIJO: I- El juez de la primera instancia resolvió "...Rechazar la demanda deducida por SERGIO GABRIEL RUSSO, OSVALDO DANIEL RUSSO y NATALIA SOLEDAD RUSSO contra ASOCIACION ESPAÑOLA SOCORROS MUTUOS Y BENEFICENCIA, FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. y RUBEN FABREGA, por resarcimiento de daños y perjuicios a resultas de la prestación asistencial referenciada...; III) Imponer las costas del proceso a los accionantes vencidos de conformidad a la precedente consideración...? (fs. 803/814).

Contra dicha forma de decidir interpuso la parte actora el recurso de apelación que ya en esta instancia se sustenta con la expresión de agravios de fs. 860/865, la cual mereció la réplica de fs. 868/874. A fs. 875 se llamaron los autos para dictar sentencia (art. 263, CPCC).

II- Previo a dar comienzo con la tarea revisora de este Tribunal, cabe señalar que llega consentido por las partes que el presente caso será juzgado a la luz del Código Civil vigente al momento del hecho (arts. 3 CC y 7 CCCN). Dicho ello, visto los términos de la contestación de fs. 868/874 en los cuales se cuestiona la aptitud recursiva del atacante, corresponde decir que la pieza de fs. 860/865 ha superado el examen de suficiencia toda vez que se analizó con un criterio amplio de apreciación en salvaguarda de derechos de mayor jerarquía (art. 18 C.N.; MORELLO, Augusto Mario, ¿Los recursos extraordinarios y la eficacia del proceso?, v. I, pág. 175 a 180; SCBA causa 89.298 Sent. del 15/07/2009).

III- En su recurso, insisten los actores con que la muerte de su progenitor se debió a la falta de realización de un ecocardiograma bidimensional para descartar dilatación aneurística de aorta. Afirman que el error en el diagnóstico inicial y la demora en practicar los estudios complementarios provocaron pérdida de tiempo que desembocó en el luctuoso final (ver fs. 860/865).

IV- Para dar respuesta concreta a los agravios traídos a esta instancia de revisión, en primer lugar, es dable señalar que llega consentido por el recurrente que la responsabilidad médica en este caso no es de resultado o determinada a curar al enfermo sino que solamente es una obligación de medios, es decir, que se compromete a atender al paciente con la debida prudencia y diligencia, actuando con cuidado y previsión (ver sent. a fs. 806/807vta).

En cuanto a la responsabilidad del establecimiento asistencial, también llega consentido que se vale de la actividad ajena de los médicos, única forma de cumplir íntegramente con su obligación y por tanto -en principio- debe responder por ellos (ver sent. esp. a fs. 809).

Cabe agregar que es posible conceptuar a la culpa profesional como aquella que se origina por el obrar de quien ejerce una profesión, al faltar a los deberes especiales que aquella impone, y requiere para su configuración, los mismos elementos comunes a cualquier responsabilidad civil, por lo que cuando un profesional médico incurre en la omisión de las diligencias correspondientes a la naturaleza de su prestación asistencial, ya sea por impericia, imprudencia o negligencia, falta a su obligación y se coloca en la posición de deudor culpable (SCBA. AC. 62097, Sent. del 10-3-98; Ac. 59937, Sent. del 25-11-97; Ac. 56949, Sent. 9-4-96).

De allí que la prueba de la culpa médica es indispensable, por cuanto no cabe imputar responsabilidad al médico si no se acredita la existencia de un error en el diagnóstico y/o tratamiento del paciente (conf. SCBA, Ac. 58966, 15-7-97).

V- En el presente caso, cabe recordar, el día 22/1/98 el Sr. Russo se presentó en la Clínica Mosconi con dolor de espalda, allí fue atendido por el Dr. Fabrega quien ordenó estudios y su internación. Con fecha 24/1/98 se decidió el traslado a un centro de mayor complejidad (Hospital Español) donde falleció a las pocas horas de haber arribado en ambulancia. En el transcurso del pleito, los actores desistieron del proceso y del derecho respecto de la Clínica Privada Enrique Mosconi S.A., en razón de su situación concursal (ver fs. 287; arts. 304, 305, CPCC).

Dicho ello, para dar respuesta concreta a los agravios esgrimidos por los recurrentes, corresponde, en la medida de los agravios, revisar la actuación del Dr. Fabrega. Para resolver la controversia sobre este aspecto fáctico habrá que estar a lo que informan las pericias. Dable es precisar que el dictamen debe

valorarse de conformidad a las reglas de la sana crítica y con sujeción a las normas de aplicación al caso (SCBA, B 50984, sent. del 4-VII-1995, ¿Acuerdos y Sentencias? 1995-II-810; SCBA, B 52359, sent. del 14-XI-2007). Al apreciar esos informes los jueces ejercen facultades propias, no teniendo las conclusiones de los expertos eficacia vinculante (SCBA, Ac. 38915, sent. del 26-IV-1988, ¿La Ley? 1988-D-100, ¿Acuerdos y sentencias? 1988-I-720, D.J.B.A. 1988-134, 345; SCBA, Ac 49735, sent. del 26-X-1993; Ac 56166, sent. del 5-VII-1996; Ac. 61475, sent. del 3-III-1998). En suma, conforme ha resuelto esta Cámara ¿...las reglas de la sana crítica indican que para apartarse del dictamen pericial suficientemente fundado, es necesario oponer argumentos científicos que pongan en duda su eficacia probatoria. Las meras opiniones en contrario, sin esgrimir razones científicas fundadas, son insuficientes para provocar el apartamiento de las conclusiones vertidas por quien es experto en un área de la ciencia o técnica...? (art. 474 del C.P.C.C.; esta Cámara, Sala II causa 109.550 sent. del 22-7-2008; causa 115.511 sent. del 26/03/2013; CNCIV. Sala F, 24/8/82 " Bernal c/ Dirección de Bienestar de la Armada y otra" en E.D. 102-231 y sgtes, citada a pie de página 680 en Bueres-Highton "Código Civil y normas complementarias..." T. 4 A). En su dictamen pericial, el médico clínico de la Asesoría Pericial informó que el cuadro de aneurisma aorta, y en especial el disecante, suele presentarse en forma encubierta y aunque debería considerarse como diagnóstico diferencial en los llamados tórax agudo y/o abdomen agudo, no siempre el médico consultado se orienta al mismo como diagnóstico principal, ya que se puede encaminar hacia vías erróneas que sin duda y lamentablemente, retrasan el real diagnóstico. Las patologías aortas disecantes aneurismáticas son en general gravísimos cuadros clínicos que desencadenan en óbitos inmediatos o bien con pródromos que en algunos casos llegan a permitir el tratamiento quirúrgico, única posibilidad de sobrevida, según los centros y la evolutividad impredecible de la patología (ver pericia clínica médica de la Asesoría Pericial a fs. 492/495vta.). En la ampliación de la pericia se transcribió parte de la historia clínica del centro asistencial Mosconi, de donde surge que el Sr. Russo el día 22 de enero de 1998 fue atendido por el médico Clínico Fabrega, luego por el servicio de traumatología y finalmente por el médico cardiólogo Miguel Chiacchio. El día 24 fue trasladado al Hospital Español (ver fs. 500/503vta.). A su turno, el especialista en terapia intensiva Dr. Carlos Marcelo Pastor transcribió en su integridad las historias clínicas que se originaron a raíz de la internación del Sr. Russo, en un primer momento en la Clínica Mosconi y luego, por traslado en ambulancia, en el Hospital Español de La Plata. Respecto de la H.C. de la Clínica Mosconi consignó que surge que a) el día 22/1/98, presuntamente en horas de la mañana el Sr. Osvaldo Russo fue internado en ese establecimiento médico asistencial b) motivo de internación. dorso - lumbalgia aguda, hipotensión arterial; c) antecedentes personales patológicos: epoc; d) enfermedad actual: paciente de 59 años que estando en su domicilio mientras desayunaba con su familia presenta dolor de aparición brusca en región dorso lumbar que se irradia hacia región anterior de torso y se incrementó en intensidad, razón por la cual es trasladado a ese sanatorio; e) plan diagnóstico: análisis de sangre periférica y orina, ecg, ecc, Rx de tórax de columna dorso lumbo sacra, f) plan terapéutico: hidratación parental, protección gástrica, analgésico; g) estado actual: al ingreso paciente afebril ubicado en tiempo y espacio, con dolor dorso lumbar irradiado a tórax, hipotenso (90-50mmhg) taquicardico 100 por minuto, regular. Se realizó Rx de tórax. No se observan lesiones orgánicas; en Rx columna dorso lumbar. Disminución de los espacios L4-L5 y L-5-S1, con rectificación dorso lumbar. Examen físico: normocéfalo, conjuntivas normo coloreadas, lengua saburral. Cuello simétrico, pulsos presentes, no bocio. Aparato cardiovascular: R1-R2 en los cuatro focos, silencios libres, taquicardia sinusual. Aparato respiratorio: aceptable entrada de aire, rales subcrepitantes distales...basal y apical (epoc). Abdomen: plano, simétrico, sin dolor a la palpación superficial y profunda, no se palpa hígado ni bazo...sp; h) evolución: 22/01/98, 13hs. fue visto por el servicio de traumatología quien informa: dorso lumbalgia con limitación física, escoliosis antálgica, igual plan terapéutico. 22/01/98: hemodinámicamente estable. Asintomático. Ruidos hidroaéreos en cuatro focos agregados. No soplos. TA: 100/70. Pulsos centrales y periféricos presentes y simétricos. Abdomen: Plano, blando, indoloro a la palpación superficial y profunda. Rha: presentes. No se palpa a ..tumoración latente. Pulso femoral presente y simétrico. Ecg: ritmo sinusal regular, FC 60 por minuto, trastornos inespecíficos de la repolarización ventricular difusos. Se sugiere realización de ecocardiograma bidimensional para descartar dilatación aneurismática de aorta. 22/01/98: paciente con mejor estado general, normotenso, sin dolor, hemodinámicamente estable. Continúa en observación 24/1/98: normotenso, R1-R2 en cuatro focos, refiere dolor dorsal que calma parcialmente con analgésicos, igual tratamiento. 24/1/98: 15:15 hs: paciente que refiere dolor lumbar y torácico izquierdo con inquietud psicomotriz. Taquicardico. Hipotenso (¿reacción vasovagal dolor?). Se aumenta plan de hidratación parental con solución fisiológica fuera de plan, se ordena relajante muscular para tratamiento de inquietud para poder evaluar cuadro clínico. 16hs.: paciente relajado, lúcido, colabora con el interrogatorio. Disminución del dolor. TA: 90/70. A febril. Continúa con plan de ringer. 16:30 hs. TA 110/80. Con discreto dolor torácico. Pulsos periféricos presentes. Lúcido. 17 hs: Solicito laboratorio: Hto, blancos. TA: 110/70. Hemodinámicamente estable con dolor discreto de tórax. 17:20 hs: se recibe Hto 36%. Abdomen blando con dolorimiento lumbar y dorsal discreto irradiado al tórax izquierdo. Estable. Se solicita ecografía abdominal y rx de abdomen y tórax. 18hs. Se realiza ecografía abdomen donde no se evidencian elementos patológicos que justifiquen dolor. Rx de abdomen sin particularidades. Se realiza ecografía de abdomen donde

no se evidencia elementos patológicos que justifiquen dolor. RX abdomen sin particularidades. Se realiza placa de tórax donde se visualiza ensanchamiento mediastinal con derrame izquierdo. Se decide su paso a UTI. Se comunica urgente al médico de cabecera. Se constata en rx de tórax ensanchamiento mediastinal y barrido ecográfico que sugiere dilatación aneurismática, lúcido, responde al interrogatorio paso a UTI para mejor control y derivación a centro de mayor complejidad. Ingreso a UTI ... que ingresa 19:30 hs. de sala general con hipotensión arterial, taquicárdico; sudoroso, con estado conciencia conservado. R1 - R2 apagados. TA 80/40. Rx tórax donde se observa mediastino ancho, ecografía abdominal con barrido... donde se observa dilatación aórtica por lo que infiere la presencia de aneurisma de aorta torácica. Se solicita traslado a centro de mayor complejidad. Se inicia hidratación parenteral: Haemacel: 1 unidad y solución fisiológica, mejorando TA 90/60. 20:30 hs. se realiza traslado en ambulancia al Hospital Español... transfusión de sangre una unidad llegando al mismo hemodinámicamente estable sin signo de fallo de bomba TA 100/70, FC: 100 por minuto. Con estado de conciencia conservada. De la historia clínica correspondiente a la internación del Sr. Russo en el Hospital Español se extraen los elementos de interés que se detallan: 1) fecha de hora de ingreso a la unidad coronaria: 24/01/98, 21 hs.; 2) motivo de internación: aneurisma disecante; 3) enfermedad actual: paciente de 59 años de edad, no refiere antecedentes de hipertensión arterial... Hace 48 hs. presentó intenso dolor 9 - 10/10 dorso lumbar; en la fecha es derivado esta unidad con diagnóstico presuntivo de aneurisma disecante de aorta. Se realiza TAC y ETE confirmándose el diagnóstico. Se prepara para cirugía; 4) examen físico: lúcido, FC 100 por minuto, TA 110/60, T. axilar 36, aparato cardiovascular R4 - R1 - R2 no ausculto soplo. Aparato respiratorio: Eupneico, derrame pleural izquierdo. abdomen: SP. Se coloca vesical sonda vesical: buen ritmo diurético. Miembros: pulsos positivos; 5) estudios complementarios: 11 hs.: ETE: disección aórtica a nivel de aorta torácica descendente que se extiende hasta la porción abdominal. Se observa también hematoma intraparietal sobre la cara anterior de aorta descendente hasta el nacimiento de arteria subclavia izquierda. Ventrículo izquierdo hipertrófico con buena función sistólica. Derrame pleural Izquierdo. Laboratorio: hemostasia básica dentro de límites normales, hto 29%, glucemia 1.40gr/l, uremia normal, ionograma normal, fecha: 24/01/98; 21Hs. , tac de tórax y abdomen con contraste ev: se observa aneurisma disecante de la aorta torácica descendente que se extiende a la aorta abdominal, inmediatamente por debajo de la emergencia del tronco celíaco, el mismo presenta trombos murales y en parte irregularidad de la pared. Voluminosa colección hemática en el hemitórax izquierdo con desplazamiento contralateral del mediastino. Epicrisis: Paciente que ingresó con diagnostico presuntivo de aneurisma disecante se relaiza ETE y TAC confirmándose el diagnóstico se comunica a los cirujanos y se prepara para cirugía. A las 5:15 paro cardiorrespiratorio, se realiza maniobra de resucitación cardiopulmonar con resultados negativos. Óbito: 6:30 hs.. Luego de transcribir las historias clínicas, concluyó el perito especialista en terapia intensiva que en el caso particular de autos la disección de la aorta toraco-abdominal, no presentó en su inicio y curso evolutivo signos clínicos objetivos característicos, los cuales hubieran facilitado la interpretación diagnostica presuntiva y permitido la inmediata adopción de medidas tendientes a un diagnóstico de certeza. Asimismo, informó que, en general, los aneurismas disecantes de aorta descendente provocan cuadros clínicos de curso severo y fulminante que culminan en óbito. Un número menor de casos pueden presentarse en forma insidiosa con días de curso evolutivo y permiten aplicar tratamiento quirúrgico. No obstante, la mortalidad global sigue siendo elevada, mayor a un 60% de los casos registrados (ver fs. 518/521vta.). Por su lado, el médico cardiólogo señaló que existen diferentes procesos patológicos que pueden simular una disección aórtica: infarto o isquemia de miocardio, aneurismas no disecantes, pericarditis, dolor musculoesquelético o neoplasias mediastínicas. La confusión diagnóstica es más probable cuando un determinado paciente presenta, además del dolor, otro signo o hallazgo en un estudio que pueda también justificar el dolor, por ejemplo, la existencia de algún tipo de patología en la columna vertebral. Señaló que de la lectura de las Historias Clínicas surge claramente que el Sr. Russo era portador de una disección aórtica aguda tipo B. El motivo de internación fue el dolor de la región dorsolumbar con hipotensión arterial. Afirmó que según la H.C. el paciente fue evaluado el 22 de enero por su médico de cabecera, un traumatólogo y un cardiólogo. Se le efectuaron estudios de laboratorio, radiografía de tórax, radiografías de columna lumbrosacra y electrocardiograma. En estos exámenes iniciales no hay evidencia claras que el paciente estuviera cursando una patología grave que justifique su internación en terapia intensiva. Recién el día 24 de enero, cuando se repite la radiografía de tórax, aparecen signos de dilatación aórtica y derrame pleural que, según consta en H.C., no estaban presentes en la radiografía de tórax del 22 de enero. Este elemento diagnóstico nuevo obliga a trasladar al paciente a una unidad de cuidados intensivos y a una rápida derivación a un centro que pueda resolver esta patología, medidas que fueron tomadas según dice la Historia Clínica. Indicó que la Clínica Mosconi no contaba, al momento de la internación del Sr. Russo, con infraestructura adecuada para efectuar todos los estudios complementarios y posterior tratamiento que requería la patología que afectó al paciente. Por ese motivo, fue derivado al Hospital Español que lo aceptó en conocimiento del diagnóstico presuntivo porque contaba en cambio con los medios necesarios para el estudio y tratamiento del Sr. Russo. Culminó el perito señalando que el motivo que determinó el traslado del paciente de la Clínica Mosconi al Hospital Español fue, según consta en las Historias Clínicas de ambas instituciones, la presunción diagnóstica de disección aórtica aguda (ver

Pericia Medico Cardiólogo fs. 544/549). En base a lo informado por los expertos, puede concluirse que el Sr. Osvaldo Onofrio Russo fue a la Clínica Mosconi el 22/1/98 en horario de la mañana por un dolor en la zona dorsolumbar, allí fue atendido en primer término por su médico de cabecera Dr. Fabrega, luego por el equipo de traumatología y finalmente por el médico cardiólogo Chiacchio quien recomendó la realización de un ecocardiograma, interín se le suministraron vía parenteral protección gástrica y analgesia. El mismo día se le efectuó una radiografía de tórax, que resulta de utilidad en el diagnóstico de sospecha clínica de disección aórtica aunque los datos son inespecíficos y deben sumarse a otra información clínica disponible para decidir la indicación de un estudio más definitivo, pues el ensanchamiento de la silueta de la aorta aparece en la radiografía en el 80% a 90% de los pacientes. El derrame pleural es frecuente, especialmente en el hemitórax izquierdo por disección de la aorta torácica descendente. Los resultados del electrocardiograma son inespecíficos pero pueden contribuir a confirmar o descartar la presencia de isquemia miocárdica aguda que, como quedó establecido previamente, es uno de los diagnósticos diferenciales. En este caso, afirmó el médico especialista en terapia intensiva que la disección aórtica no presentó en su inicio y curso evolutivo signos clínicos objetivos característicos, los cuales hubieran facilitado la interpretación diagnóstica presuntiva y permitido la inmediata adopción de medidas tendientes a un diagnóstico de certeza. El día 24/1 al repetir Rx de tórax aparecen signos de dilatación aórtica y derrame pleural que, según consta en H.C., no estaban presentes en la radiografía de tórax del 22 de enero. Es por ello que pudo confirmarse la sospecha del cuadro de aneurisma disecante de aorta descendente y se decidió el mismo día el traslado al Hospital Español a las 21 hs. y allí se le realizó ecocardiograma transesofágico y tomografía axial computada con contraste, estudios que confirmaron el cuadro presuntivo. Es así que se programó intervención quirúrgica, y para conseguir la prótesis que se colocaría, se fijó la misma a las 6 a.m. del día siguiente. De lo expuesto se desprende que no fue la falta de realización del ecocardiograma bidimensional la causa de la demora en la detección del aneurisma de aorta disecante descendente, sino que los síntomas no fueron clínicamente visibles en su inicio, pues el Sr. Russo comenzó con los síntomas el 22/1 y ellos recién se hicieron visibles en la placa de Rx del 24/1 conforme lo dictaminaran los peritos especialistas en terapia intensiva y cardiología (arts. 375, 474, CPCC). En consecuencia, no existiendo elementos científicos que permitan apartarse de lo dictaminado por los expertos, se concluye que la falta de realización del ecocardiograma bidimensional recomendado por el Dr. Chiacchio no incidió en que el aneurisma no fuera detectado el día 22/1/98 (arts. 384, 474, CPCC). En ese entendimiento, siendo que de la lectura del escrito de expresión de agravios se extrae que se imputa al Dr. Fabrega mala praxis por la falta de realización del ecocardiograma bidimensional recomendado por el Dr. Chiacchio, es que desde ya se adelanta que el recurso interpuesto no ha de prosperar, pues lo cierto es que la Rx de tórax en un primer momento, no mostró el ensanchamiento mediastinal ya que fue recién con la realización de la Rx del 24/1 que se advirtió tal ensanchamiento con la consecuente confirmación del aneurisma de aorta disecante. (arts. 375, 384, 474, CPCC). En efecto, los síntomas recién se hicieron visibles el día 24/1 y el cuadro de aneurisma disecante de aorta resulta ser una enfermedad poco frecuente y potencialmente letal (desgarro de la primera capa de la arteria que está en contacto con la sangre circulante. Esta sangre penetra en la capa media enferma subyacente a la fuerza sistólica de la sangre intraluminal y divide en dos el plano laminar de la media disecando la pared aórtica. El espacio lleno de sangre entre las capas disecadas se convierte en la falsa luz que puede distenderse con la sangre, con lo que el colgajo de la íntima sobresale hacia la luz verdadera, produciendo un estrechamiento de su calibre y una alteración morfológica, v. fs. 544/549). En definitiva, se reitera, de las pericias precedentemente citadas no se puede concluir que existió una mala praxis del Dr. Fabrega por no ordenar la realización de un ecocardiograma bidimensional. Tampoco se observa la existencia de un error en el diagnóstico al ordenar la aplicación de analgésicos que no han incidido en el luctuoso desenlace. Ello, como se dijo, surge aun de la pericia del Dr. Marelli, que la parte recurrente cita en su ataque, pues informó que las medidas terapéuticas realizadas al inicio fueron básicamente las apropiadas (fs. 518/521 vta., esp. fs 520, respecto al punto 1). El Sr. Russo fue atendido por el Dr. Fabrega quien ante el cuadro de dolor lo internó y consultó con traumatología y cardiología, realizando estudios complementarios hasta que los signos clínicos del aneurisma disecante de aorta se hicieron visibles, por lo que en la especie no se evidencia una mala praxis médica, por falta de realización de un estudio ni por el suministro de analgésicos todo lo cual sella la suerte adversa del presente intento recursivo (arts. 260, 261, 375, 384, 474, CPCC). VI- Por las razones precedentemente brindadas se propone rechazar el recurso de apelación interpuesto y, en consecuencia, confirmar la sentencia atacada en lo que ha sido materia de recurso y agravios. Costas de esta instancia a la recurrente en su objetiva condición de vencida (arts. 68, 69, CPCC). Voto por la AFIRMATIVA. La Señora Juez Doctora BERMEJO, por los mismos fundamentos, votó en igual sentido. A LA SEGUNDA CUESTION PLANTEADA EL SEÑOR PRESIDENTE DOCTOR HANKOVITS DIJO: En atención al acuerdo alcanzado al tratar la cuestión anterior corresponde rechazar el recurso de apelación interpuesto y, en consecuencia, confirmar la sentencia atacada en lo que ha sido materia de recurso y agravios. Costas de esta instancia a la recurrente en su objetiva condición de vencida (arts. 68, 69, CPCC). ASI LO VOTO. La Señora Juez Doctora BERMEJO, por los mismos fundamentos, votó en igual sentido. CON LO QUE TERMINO EL ACUERDO, dictándose la siguiente:

SENTENCIA POR ELLO, y demás fundamentos del acuerdo que antecede se confirma la sentencia atacada en lo que ha sido materia de recurso y agravios. Costas de esta instancia a la recurrente en su objetiva condición de vencida (arts. 68, 69, CPCC).
REGISTRESE. NOTIFIQUESE. DEVUELVA. 018051E