

Danos Y Perjuicios Mala Praxis Fallecimiento De Recien Nacido Error De Diagnostico Rechazo De La Demanda

JURISPRUDENCIA

Daños y perjuicios. Mala praxis. Fallecimiento de recién nacido.

Error de diagnóstico. Rechazo de la demanda Se confirma el rechazo de la demanda de mala praxis por error de diagnóstico, incoada a raíz del fallecimiento de la hija recién nacida de los actores, pues no hay ninguna constancia en la historia clínica que permita contestar qué hubiera pasado en el futuro si la derivación se hubiera llevado a cabo con anterioridad a la fecha de su realización; y la malformación cardíaca compleja que presentaba la bebé posee por sí misma una mortalidad muy elevada independientemente del centro donde se trate.

En Buenos Aires, Capital de la República Argentina, a los días del mes de septiembre de dos mil diecinueve, reunidos en Acuerdo los señores jueces de la Excm. Cámara Nacional de la Apelaciones en lo Civil, Sala 2ª, para conocer en los recursos interpuestos en los autos caratulados "V., Angel Horacio y otro c/ CENTRO PEDIATRICO QUILMES S.A. y otros s/ daños y perjuicios - responsabilidad profesionales médicos y auxiliares", el Tribunal estableció la siguiente cuestión a resolver: ¿Es ajustada a derecho la sentencia apelada? Practicado el sorteo resultó que la votación debía efectuarse en el siguiente orden: señores jueces de Cámara doctores Víctor Fernando Liberman, Liliana E. Abreut de Begher y Patricia Barbieri. A la cuestión propuesta el doctor Víctor Fernando Liberman, dijo: I - Por sentencia obrante a fojas 810/827 se rechazó la demanda interpuesta por Angel Horacio V. y Daniela Noemí Díaz, con costas, y se regularon los honorarios de los profesionales intervinientes. Apelaron los accionantes, fundando sus censuras a fojas 889/894. En lo central, cuestionan que no se haya detectado en un primer momento la cardiopatía congénita que padecía la menor y que no se haya efectivizado el traslado a un centro de mayor complejidad ¿mucho antes? (v. fs. 890 vta.). Afirman que la menor no falleció por sus problemas de salud, sino por las equivocaciones y mala praxis que sufrió, ya que -sostienen- no se ha probado lo contrario. II - Antecedentes Los actores relataron que su hija, A. S. V., nació el día 9 de mayo de 2007, y que inmediatamente se hizo evidente que padecía malformaciones, las que consistían en una atresia del esófago y la presencia de una fístula traqueoesofágica. Manifestaron que la atresia esofágica y la fístula traqueoesofágica ocurren en uno de cada 3.000 nacimientos, y que entre el 30% y el 50% de los niños con estas afecciones tienen otros defectos congénitos, como ser cardíacos, de médula espinal y renales. Sostuvieron que por ello resulta de crucial importancia un exhaustivo examen en busca de otras malformaciones, cuya presencia puede llevar a diferir la cirugía digestiva hasta compensar al paciente, mientras se lo alimenta por vía parenteral. Siguiendo con la descripción de los sucesos, dijeron que la niña fue intervenida quirúrgicamente al día siguiente de su nacimiento para poder alimentarla por vía oral y cerrar la fístula, sin tener en cuenta ninguno de los recaudos antes expuestos que, alegan, resultan básicos de la lex artis. Agregaron que el día 24 de mayo se decide re-operarla de su estómago, pero que presentó una arritmia cardíaca, y que, a pesar de ser haber sido medicada, respondió mal al tratamiento; ante lo cual le realizaron estudios cardíacos que constataron la presencia de una cardiopatía congénita compleja, con ventrículo único funcional y atresia mitral. Refirieron que luego se decidió la derivación de la niña a una institución con una complejidad acorde a su patología y fue trasladada al Instituto Cardiovascular Infantil, donde ingresó el 14 de junio de 2007 en estado crítico, con asistencia respiratoria mecánica y claros signos de insuficiencia cardíaca descompensada, que requirió de cirugía cardiovascular de urgencia. Indicaron que allí se constató la persistencia de la fístula traqueoesofágica, no resuelta en el nosocomio de Quilmes, por lo que requirió una esofagoscopia con cirugía posterior. Finalizaron la narración de los hechos diciendo que desde el punto de vista hemodinámico evolucionó con insuficiencia cardíaca progresiva refractaria al tratamiento médico instaurado, falleciendo a consecuencia de las múltiples complicaciones derivada del precario estado de salud con el que fue derivada, muy tardíamente, al Instituto Cardiovascular Infantil. A fin de fundar su reclamo argumentaron que el error fundamental de los demandados fue esperar más de un mes para decidir la derivación de la beba, y recién hacerlo cuando se encontraba ya en un estado de salud lamentable y al borde de la muerte. Sostienen que se despilfarro así la chance de vida por impericia, imprudencia y negligencia de los profesionales actuantes del Centro Pediátrico Quilmes S.A y de la Clínica Brandzen S.A. Por el contrario, los demandados contestaron que los médicos se ajustaron a la buena práctica médica. Interpretan de modo diverso la secuencia temporal relatada en la demanda y sostienen que no hubo demoras en el traslado. La magistrada de la anterior instancia, en base a las pericias llevadas a cabo en autos, entendió no se logró acreditar que la causa probable del fallecimiento de la menor haya sido la falta de realización de un ecocardiograma y el diagnóstico tardío de la cardiopatía congénita; y que ello se debiera a negligencias, impericias, error de diagnóstico o no haber cumplido con un procedimiento que debía ser el indicado al caso, como para imputar responsabilidad a los accionados. En su virtud, concluyó que no se ha logrado demostrar la mala práctica médica alegada en la demanda, ni la configuración de los presupuestos de la responsabilidad civil. III -

Responsabilidad En materia de responsabilidad médica individual, el principio general es que incumbe a quien ha sufrido un daño acreditar la relación causal entre la actuación del médico y el daño, y que el profesional actuó con impericia, imprudencia o negligencia. O, en lo institucional, que han existido fallas o faltas de servicio en relación causal con el daño. Pero analizando la cuestión a la luz de la teoría de las cargas probatorias dinámicas, esta no sería tarea exclusiva del reclamante sino que se exige también a la institución o al profesional de la medicina aportar las pruebas necesarias en estrecha colaboración con el fin de dilucidar la controversia. El art. 512 del Código Civil consagra una regla general que faculta al Juez para evaluar la conducta del agente sin atención a tipos o moldes apriorísticamente fijados. De acuerdo con ello, entonces, la culpa se aprecia en concreto, sobre la base de la naturaleza de la obligación y de las circunstancias de personas, tiempo y lugar. En cuanto a las condiciones personales del agente sólo se computa a los efectos de estimar el mayor deber de previsión impuesto por el art. 902, o cuando se tratase de relaciones creadoras de deberes 'intuitu personae' (art. 909, segunda parte, del mismo cuerpo legal). Así, y con estos elementos concretos, el juzgador forma un tipo de comparación abstracto y circunstancial como específico, que sea representativo -axiológicamente- de la conducta que debió observar el sujeto en la emergencia. Y de la confrontación del actuar debido -idealmente supuesto- y el actuar real, obtiene la conclusión buscada (confr. Bustamante Alsina J., «Teoría General de la responsabilidad civil», N° 812, ps. 250 y 251). Sobre el tema de la culpabilidad por error de diagnóstico, Leonardo A. Colombo sintetizó la orientación de algunos fallos dictados en la Capital Federal (confr. «Culpa Aquiliana, Cuasidelitos», págs.282 y 283), apuntando las siguientes ideas: 1) el médico que se equivoca no es en principio responsable de su error, salvo que éste sea craso e inexcusable; 2) el diagnóstico fallido no es tampoco imputable cuando se tomaron las precauciones necesarias para evitarlo y no se puso de relieve la ignorancia en la materia y 3) no es dable exigir al médico más de lo que puede requerirse al común o promedio de las personas que ejercen la misma profesión y especialidad. También se decidió que el simple error de diagnóstico o de tratamiento no es suficiente para engendrar la obligación resarcitoria, porque en una rama del saber donde predomina la materia opinable, resulta difícil fijar contornos precisos para limitar qué es lo correcto y qué lo que no lo es; por ello sólo es exigible al médico el grado de capacidad y diligencia usual común a los miembros de su profesión (confr. CNCiv., Sala B, diciembre 22/964, J.A. 1965-III, p.67 y sig.). En concordancia con estas ideas, el médico será responsable con base en factor subjetivo de atribución, en caso de que cometa un error objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase. Pero si el equívoco es de apreciación subjetiva por el carácter discutible u opinable del tema o materia, el juez no tendrá en principio, elementos suficientes para inferir la culpa de que informa el art.512 del Código Civil (Buenos Aires, ?Responsabilidad civil de los médicos?, 1ª edición, pág. 237). Sentado ello, en atención a los agravios de la actora y en virtud de la decisión arribada en la instancia de grado, cabe -en primer lugar- hacer algunas precisiones acerca de los hechos origen de la litis y, en su caso, del nexo de causalidad con los daños denunciados imputados a la conducta de los demandados. Aquí se encuentra el quid de la cuestión debatida en la causa. En este sentido, cabe recordar que no se encuentra controvertido en autos la existencia de las malformaciones congénitas con las que nació la menor, la asistencia por parte de los profesionales en el marco de las clínicas demandadas, el descubrimiento de la cardiopatía luego de efectuarse la primera cirugía (de reparación de la fístula traqueoesofágica y anastomosis de esófago). Las cuestiones controvertidas son -en síntesis- las siguientes: a) la demora de la derivación de la bebé a un centro de atención infantil de mayor complejidad; y b) la falta de realización de un ecocardiograma antes de la primera cirugía y el diagnóstico tardío de la cardiopatía congénita. Ahora bien, no caben dudas que en casos como el sub-examen, donde se debate la actuación desplegada por profesionales médicos, la prueba pericial reviste un carácter fundamental a fin de dilucidar la contienda. En la instancia de grado se han producido dos informes médicos. A fojas 628 obra el dictamen elaborado por el Dr. Jorge Arturo Fiorentino, especialista en cirugía infantil; y a fojas 685/687, 722/725 y 757/759 se expidió el restante profesional, Dr. Guillermo Colantonio, de especialidad neonatología. El Dr. Fiorentino, en base a las historias clínicas de la menor, efectuó un relato de la secuencia de los acontecimientos desde el momento de su nacimiento hasta su deceso. Señaló que nació con una atresia de esófago tipo III (atresia de esófago con fistula tráqueo esofágica inferior) el día 9 de mayo de 2007. Agregó que se solicitó interconsulta con cirugía infantil y con cardiología para valorar el riesgo quirúrgico y anestésico, el cual se informó como habitual; y que con fecha 10 de mayo fue intervenida quirúrgicamente, se reparó la fístula traqueoesofágica y se realizó anastomosis de esófago (equipo quirúrgico cirujano Dr. Collar, ayudante Dr. Cataldo, anestesiólogo Dr. Cuevas) (la negrilla es de mi autoría). Indicó que la evolución fue tórpida, identificándose una dehiscencia de la sutura esofágica con fistulización a mediastino, avenando por el tubo pleural material purulento; por lo que se la medicó con triple esquema antibiótico, siendo luego gastrostomizada el día 24 de mayo. Continuó diciendo que el 17 de mayo el Dr. Gustavo Roggiero (cardiólogo) asentó en la historia clínica ?...paciente operado de atresia de esófago...luego sigue algo ilegible...parece decir pulsos ¿lentos?, soplo sistólico...se realiza ecocardiograma (de mala técnica??). Se observa atresia tricuspídea, comunicación interventricular + comunicación interauricular...ventrículo derecho hipoplásico...arteria pulmonar dilatada...no se puede evaluar cayado aórtico pero la tensión arterial diferencial es normal?. Refirió que la interconsulta con cardiología sugirió mediante la

utilización del ecodoppler la presencia de atresia mitral + ventrículo único con doble salida del ventrículo derecho y arteria pulmonar dilatada. Prosiguió narrando que, con fecha 28 de mayo, figura una nueva interconsulta con el Dr. Gustavo Roggiero, donde se lee que el paciente se encontraba compensado y en ARM, que los pulsos eran iguales, el ritmo cardíaco era sinusal con R1 y R2 reforzado y soplo sistólico, que no se ausculta 3er ruido, y que el ecocardiograma evidenciaba una FC de 150 latidos por minuto, siendo el resto ilegible; y se aconseja seguir con igual conducta. Luego, en una nueva interconsulta con cardiología, con fecha 11 de junio, se ordenó seguir con igual tratamiento, pero se solicitó evaluar la posibilidad de realizar cirugía. La secuencia siguió el día 14 de junio, cuando el Dr. Gustavo Roggiero registró ?paciente inestable en ARM y con desaturación. Pulsos palpables y simétricos con hígado a 3 cm del reborde costal. R1 y R2 reforzado con soplo sistólico. Ecocardiograma: Atresia mitral. Foramen oval. Ventrículo único con doble salida del ventrículo derecho. Aorta dilatada, arteria pulmonar dilatada, luego algo ilegible. Termina diciendo seguir con digital, diuréticos y en ARM?. Ante esos hallazgos se solicitó derivación para realizar cirugía cardíaca al Instituto Cardiovascular Infantil del Dr. Rodolfo Kreutzer. Expuso que con fecha 25 de julio y 6 de agosto el Dr. Lisandro Díaz

Beltrán (médico cirujano de dicha institución) informó al director médico de la Obra Social Union Personal que se recibió a la niña V., quien era portadora de una cardiopatía congénita compleja (ventrículo único), atresia mitral en asistencia ventilatoria y en descompensación hemodinámica por insuficiencia cardíaca. Que su estado clínico era crítico, por lo cual se le efectuó cirugía cardiovascular de urgencia, que consistió en corregir la coartación de la aorta, más ligadura de la arteria subclavia y cerclaje de la arteria pulmonar. Adicionó que desde el punto de vista hemodinámico evolucionó con insuficiencia cardíaca progresiva y refractaria al tratamiento médico con signos clínicos que evidenciaban fístula traqueoesofágica recidivada. Que fue llevada nuevamente al quirófano donde se le realizó fibroendoscopia + topicación de fistula + traqueostomía. Que se realizó un nuevo control (ecocardiograma doppler color) donde se constató presencia de una obstrucción subaortica moderada a severa que descompensaba clínicamente a la paciente, por la que requirió una nueva cirugía paliativa para desobstruir el tracto de salida aórtico.

Explicó que desde el punto de vista infectológico presentaba infección de la herida quirúrgica en tórax y perigastrostomía. Que los cultivos rescataron levaduras, por lo que se comenzó tratamiento antifúngico, descartándose otros sitios de impactos sépticos por hongos (abdomen y cerebro). Finalmente dijo que la bebe falleció el día 3 de septiembre de 2007. Hasta aquí el relato de los antecedentes médico legales llevado a cabo por el perito. Luego, efectuó una explicación pormenorizada sobre las secuelas físicas padecidas por la bebé. Dijo que la atresia se produce cuando hay una desviación posterior del septum traqueoesofágico, que hace que la separación del esófago del tubo laringotraqueal sea incompleta, resultando una fístula traqueoesofágica. Agregó que en la mitad de los niños con atresia se descubren otras malformaciones, en particular de la línea media. Señaló que son bastante frecuentes las malformaciones cardíacas, por lo que se considera de vital importancia realizar estudios cardiológicos ni bien se hace el diagnóstico de atresia de esófago con o sin fístula. Agregó que es relativamente frecuente en estos niños el síndrome VATER o VACTERL (de las iniciales en inglés de defecto vertebral - malformación anorectal - defecto cardíaco - fístula traqueoesofágica - anormalidad renal y defectos de los miembros). Manifestó que el manejo y tratamiento es de resorte quirúrgico, debiéndose tomar las precauciones adecuadas para evitar el riesgo de aspiración pulmonar. Añadió que antes de la operación se debe comprobar si existen otras malformaciones, detallando que la ecografía demostrará o no, la anormalidad del arco aórtico (arco aórtico derecho), dato que es muy importante porque si esto se presenta se deberá operar mediante una toractomía izquierda o no derecha como es de rutina. Aseveró que los niños sanos, sin complicaciones pulmonares u otras malformaciones de importancia, deberán operarse en las primeras horas de vida, ya que el peligro de aspiración pulmonar es cierto, aun cuando se instale y aspire en forma continua el bolsón superior esofágico. Indicó, asimismo, que los niños prematuros y los niños con importantes malformaciones congénitas son tratados con nutrición parenteral, gastrostomía y succión esofágica hasta que alcanzan el peso adecuado para la cirugía (lo resaltado me pertenece). En cuanto al relato efectuado en las historias clínicas, dijo que se trata de un paciente con graves malformaciones congénitas cuyo sinergismo -puede determinar- una evolución con posibilidades ciertas de muerte perinatal por causa cardiológica (aquí también la negrita es de mi acción). Opinó que a la luz de los acontecimientos analizados la evolución de la paciente ha sido desfavorable por varias razones, pero fundamentalmente por dos causas que no poseen discusión: 1º) filtrado de la sutura esofágica con mediastinitis, permeabilización de la fístula traqueoesofágica, mediastinitis y sepsis; y 2º) empeoramiento progresivo de la insuficiencia cardíaca debido a una malformación compleja?. Respecto a la patología cardíaca explicó por qué no fue elocuente la sintomatología durante los primeros días de vida. Así, aseveró que durante la vida intrauterina los pulmones no cumplen su función fisiológica más importante que es la hematosis (proceso de intercambio gaseoso entre el aire inspirado y los glóbulos rojos); y que una vez producido el nacimiento la placenta es reemplazada por los pulmones y estos comienzan a realizar el intercambio gaseoso que se deberá adecuar progresivamente a esta nueva función y poco a poco la arquitectura de las paredes arteriolas fetales se modifica. Expresó que al iniciarse la respiración (luego del nacimiento) los receptores para oxígeno del pulmón envían señales para que se desencadene una progresiva vasodilatación de las arteriolas pulmonares, que eso ocurre desde el nacimiento hasta los 4 o

5 meses de vida; por lo que un recién nacido con una cardiopatía compleja puede no tener manifestaciones clínicas de ella, pero que con el transcurrir de los días caen las resistencias pulmonares, baja la presión del circuito menor y se evidencian los efectos que las malformaciones provocan por preponderancia del circuito izquierdo o mayor, como por ejemplo insuficiencia cardíaca progresiva, soplos cardíacos patológicos, cianosis generalizada, desaturación, etc. A su vez, en las conclusiones medico legales, en lo referente al aspecto cardiológico, argumentó -en base a lo explicitado anteriormente-, que los vasos pulmonares se van abriendo (vasodilatación) progresivamente y comienza la recirculación pulmonar con progresivo robo de sangre a la circulación sistémica, lo que obliga a una sobrecarga de trabajo cardíaco para tratar de compensar la ineficacia e insuficiencia cardíaca. Que recién en esos momentos es cuando se manifiestan los síntomas, y la evolución suele ser muy rápida y muchas veces repentina. Acotó que a pesar de las dificultades descriptas, el difícil diagnóstico del tipo de malformación cardíaca compleja que presentaba la menor fue realizado por el médico cardiólogo Dr. Gustavo Roggiero (v. fs. 636) (lo sombreado es de mi acción). Posteriormente evacuó los puntos de pericia propuestos por las partes. Al punto 18 de los accionantes (si es de esperar, de acuerdo a la lex artis, que un profesional médico razonablemente hubiese demorado tanto en derivar a la menor a un instituto especializado), contestó que la derivación de un paciente en período neonatal en asistencia respiratoria mecánica, con una cardiopatía compleja descompensada y en estado de sepsis es una tarea muy riesgosa y complicada. Luego, al expedirse sobre el cuestionario propuesto por la obra social Unión Personal, señaló que las complicaciones inherentes al tipo de cirugía practicada en la menor son todas las que ésta presentó, a saber: filtración anastomótica, refistulización de la tráquea, mediastinitis, infección de las heridas y sepsis (v. fs. 632, pto. 6). A fojas 632 vta. agregó filtración esofágica, infección de la herida quirúrgica y de la fístula gastrocutánea (gastrostomía). A continuación, al contestar el interrogatorio de la citada en garantía, manifestó que hay un tratamiento recomendado para cada tipo de atresia de esófago, y que para el caso en debate la técnica quirúrgica que se realizó es la de elección (v. fs. 632, pto. 8). Asimismo, al evacuar el punto 12 de esa parte (que indique el perito en virtud de las múltiples patologías que presentaba la niña A., cuál era prioritaria al momento de decidir el tratamiento, indicando las consecuencias de su no realización) sostuvo que de las múltiples malformaciones, la prioritaria para realizar corrección era el cierre de la fístula traqueo-esofágica, ya que su persistencia atenta contra la vida, debido a que puede provocar aspiración del contenido gástrico al pulmón, y que la secreción salival también puede aspirarse y generar lesiones a nivel pulmones (v. fs. 632 vta.); anteriormente había aseverado que ello es real y factible aun cuando se tomen todos los recaudos para evitar su producción (fs. 630 vta., pto. 3) (lo destacado me pertenece). A su vez, manifestó que el día 11 de mayo se le realizaron ecografías cerebral y abdominal, señalando que ello no sólo es idóneo sino también necesario para completar el estudio del espectro malformativo del paciente (fs. 633, pto. 11). Al expedirse sobre los puntos periciales propuestos por el codemandado Formoso, dijo que no puede afirmar (con absoluto grado de certeza) que una derivación temprana hubiese modificado el resultado final de la paciente, que las malformaciones que presentaba eran graves y suficientemente significativas como para determinar la mala evolución clínica seguida de la muerte de la menor; mucho más aun teniendo en cuenta que la cirugía realizada presentó todas las complicaciones posibles (v. fs. 635 vta., ptos. 44 y 45) (nuevamente la negrita es de mi acción). Finalmente, en sus conclusiones expuso que se trataba de una paciente polimalformada con severas alteraciones simultáneas. Por ello dijo que no se puede recurrir a las estadísticas vitales de los resultados obtenidos en este tipo de pacientes, ya que son excepcionales y habitualmente de muy mal pronóstico. Que en lo particular, A. sorteó múltiples procedimientos de altísima complejidad pero no sobrevivió a la infección, mediastinitis y sepsis (que son complicaciones gravísimas por sí solas y casi siempre mortales cuando se asocian cirugía esofágica con cardiovascular). Ulteriormente, a fojas 653/654 contestó las impugnaciones efectuadas por la parte actora a fojas 641/643. En lo que creo que merece ser destacado, dijo que los argumentos médicos que se encuentran consignados en la historia clínica no hacen pensar que se privó a la paciente de estudios o aparatología no disponible en la institución. También destacó que la derivación de recién nacidos con ese tipo de patologías graves no es para nada sencillo, debido a la labilidad de las condiciones clínicas que padecen. En esa misma línea argumental, completó que no hay ninguna constancia en la historia clínica que permita contestar qué hubiera pasado en el futuro si la derivación se hubiera llevado a cabo con anterioridad a la fecha de su realización; pero que la malformación cardíaca compleja que presentaba la bebé posee por sí misma una mortalidad muy elevada independientemente del centro donde se trate (la negrita es de mi autoría). Respecto del hecho que no se realizara un ecocardiograma para descartar el arco aórtico derecho, dijo que la operación se realizó y se corroboró que el mismo estaba en posición normal (a la izquierda) (en este caso también el resaltado es de mi acción). Por último, reiteró que la paciente nació con una grave patología digestiva que genera una cierta urgencia para ser resuelta (por posible aspiración y bronconeumonía), y que se operó con estudios clínicos y electrocardiográficos que hacían compatible la cirugía con el riesgo asumido. Respecto a la derivación, insistió en que fue realizada adecuándose a los requerimientos terapéuticos que necesitó la bebé, que cuando se llegó a la conclusión diagnóstica que se requería una cirugía cardiovascular fue derivada al Instituto Cardiológico Infantil para su tratamiento operatorio (aquí también lo destacado me pertenece). El restante profesional, Dr. Guillermo José Colantonio, se expidió a través

delas presentaciones de fojas 685/687, 722/725, 757/759 y 760. En primer lugar quiero dejar sentado que, a mi entender, y en consonancia con algunas de las impugnaciones efectuadas en su momento por los accionados, el informe elaborado por el Dr. Fiorentino luce sobradamente más fundado y con un pormenorizado estudio de las historias clínicas acollaradas a la causa. Ello se evidencia del simple hecho que si bien en el dictamen de fojas 685/687 el Dr. Colantonio plasmó que leyó el expediente en ?1 oportunidad?, omitió responder los puntos de pericia propuestos por los distintos demandados, lo que, mediante impugnación de estos, fue complementado a través de las presentaciones de fojas 722/725 y 757/759. Sin perjuicio de ello, en general coincide con las conclusiones arribadas en el primer peritaje, antes reseñado. En lo que aquí interesa destacar, dijo que la paciente presentaba múltiples malformaciones congénitas que pueden llevar a la evolución tórpida y desenlace que tuvo, ya que dichas malformaciones poseían alta probabilidad de fallecimiento (v. fs.724 vta., ptos. 40 y 44). Los recurrentes, a lo largo de su memorial copian y pegan aisladamente distintas partes de los informes a fin de intentar enrostrar responsabilidad a los profesionales que atendieron a la menor los primeros días de vida hasta su traslado al Instituto Cardiológico Infantil, pero de su lectura integral se colige que el desenlace fatal de la bebé obedeció a las múltiples malformaciones congénitas que padecía y no por fallas en la atención dispensada. Nótese, respecto del achaque relativo a la demora en el diagnóstico de la cardiopatía, que el Dr. Fiorentino fue contundente respecto a que ese tipo de patologías son de difícil diagnóstico los primeros días de vida y que así todo, ello fue efectuado por el Dr. Roggiero (cardiólogo). Asimismo, y en lo relativo a que no se descartó si la menor poseía arco aórtico derecho previo a la primera intervención, el experto en cirugía infantil fue claro en que ello no alteró en nada el procedimiento, dado que el arco aórtico se encontraba en posición normal (a la izquierda). En igual sentido, al responder a las impugnaciones de la parte actora, sostuvo que la malformación cardíaca que presentaba la menor poseía por sí misma una mortalidad muy elevada independientemente del centro donde se trate, pero que, igualmente, cuando se llegó a la conclusión diagnóstica que se requería una cirugía cardiovascular fue derivada al Instituto Cardiológico Infantil para su tratamiento operatorio. Al respecto, corresponde señalar que, dado que el daño que los recurrentes (padres de la menor) intentan imputar a los demandados es por la pérdida de las chances de curación con las que su hija pudo contar; a la luz de la prueba rendida en la causa, entiendo que ello no ha sido acreditado, y que, por el contrario, sí lograron demostrar los codemandados que la atención médica recibida por la menor fue la adecuada y que el desenlace fatal obedeció a la propia naturaleza de las malformaciones de la que era portadora. Por ello creo que en este caso no resulta posible imputar causalmente el resultado final (muerte del paciente) a alguna labor defectuosa de los galenos que la atendieron, pues aquel es producto de un hecho natural, basado en las múltiples malformaciones congénitas con las que nació.

La jurisprudencia, en diversas oportunidades ha señalado que, en los casos en que existe un error de diagnóstico por parte de los médicos tratantes, el daño causado consiste, justamente, en la pérdida de las chances de supervivencia con las que contaba el paciente (SCBA, ?Macchi, Elena María c/ Hospital Dr. Antonio Cetrángolo?, 25/11/2009, La Ley Online; SCJ Mendoza, Sala I, ?Palluchini, Margarita c/ R., Antonio I.?, 3/7/2009, LL Gran Cuyo, 2009-962; Cám. Apel. Civ. Com. Rosario, Sala III, ?Tanoni Pernigotti, Liza y otros c/ Tejerina, W. P. Y otros s/ daños y perjuicios?, 5/9/2011, LLLitoral, 2012-104; Cám. 5a Apel. Civ. Com., Minas, Paz y Trib. Mendoza, ?Alarcón, Mario c/ G.I?, 9/11/2011, La Ley Online; Cám. 2a Apel. Civ. Com. La Plata, Sala III, ?G. V. E. c/ Ministerio de Salud?, 10/8/2010, La Ley Online; ídem . CNCiv, Sala A, ?Torres, Antonio Ricardo y otro c/ Clínica Bessone y otros s/ Daños y Perjuicios - Resp. Prof. Médicos y aux.?, 11/5/2012), circunstancia que no se ha logrado corroborar en estos actuados. Agregó finalmente que, como este no es un juicio ético sino de reparación de daños, con reclamo de indemnización de perjuicios económicos y morales, los actores tenían la carga de probar la relación causal entre el actuar médico que reprochan y el desenlace fatal que les inculpan, lo que insisto no han logrado acreditar. IV. Resumen, costas Por lo expuesto postulo rechazar las quejas y confirmar la decisión de grado en todas sus partes, con costas de ambas instancia a la actora vencida (conf. art. 68 del Código Procesal). Así lo voto. Las señoras jueces de Cámara doctoras Liliana E. Abreut de Begher y Patricia Barbieri, por análogas razones a las aducidas por el señor juez de Cámara doctor Víctor Fernando Liberman, votaron en el mismo sentido a la cuestión propuesta. Con lo que terminó el acto.

VICTOR FERNANDO LIBERMAN- LILIANA E. ABREUT DE BEGHER -PATRICIA BARBIERI - Este Acuerdo obra en las páginas n°... n°... del Libro de Acuerdos de la Sala ?D?, de la Excma. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil. Buenos Aires, ... de septiembre de 2019. Por lo que resulta de la votación que instruye el Acuerdo que antecede, SE RESUELVE: Rechazar las quejas y confirmar la decisión de grado en todas sus partes, con costas de ambas instancia a la actora vencida. Se deja constancia que la publicación de la presente sentencia se encuentra sometida a lo dispuesto por el art. 164, 2° párrafo del Código Procesal y art. 64 del Reglamento para la Justicia Nacional. Notifíquese por Secretaría y devuélvase. Víctor Fernando Liberman Liliana E. Abreut de Begher Patricia Barbieri

043935E