

Danos Y Perjuicios Mala Praxis Medica Error De Diagnostico Ausencia De Responsabilidad Medica Rechazo De La Demanda

JURISPRUDENCIA

Daños y perjuicios. Mala praxis médica. Error de diagnóstico.

Ausencia de responsabilidad médica. Rechazo de la demanda Se revoca el fallo que hizo lugar a la demanda de mala praxis médica, pues de la pericia se desprende que el único método para poder realizar el diagnóstico correcto de la patología que desencadenó la muerte del hijo de la actora es la realización de un ecocardiograma transesofágico o angioresonancia, los cuales en la práctica médica diaria no se realizan de rutina ante un paciente joven, con dolor torácico y menos asociado a tos y fiebre, no siendo una omisión la no realización. En Buenos Aires, Capital de la República Argentina a los 4 días del mes de febrero de dos mil diecinueve, reunidos en acuerdo los Sres. Jueces de la Excma. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala ?F?, para conocer en los autos del epígrafe, respecto de las cuestiones sometidas a su decisión, a fin de determinar si es arreglada a derecho la sentencia apelada. Practicado el sorteo correspondiente resultó el siguiente orden de votación: Sres. Jueces de Cámara Dres. GALMARINI. ZANNONI. POSSE SAGUIER. A las cuestiones propuestas el Dr. Galmarini dijo: I.- La actora promovió la presente acción reclamando la indemnización de los daños y perjuicios presuntamente derivados de la deficiente atención médica que imputó a los demandados y a la cual atribuye el fallecimiento de su hijo. Manifestó que el día 5 de junio de 2009 su hijo I. comenzó a sentir dolores en el pecho que le dificultaban la respiración, por lo cual se comunicó con la obra social (OSECAC) a la que se hallaba afiliado su hijo y solicitó un médico a domicilio. Que concurrió el Dr. Claudio Jara quien luego de revisar al paciente le diagnosticó ?neumonitis? y le recetó antibióticos y paracetamol. Además le indicó que realice nebulizaciones y que guarde reposo. Que el día 8 de junio solicitó nuevamente el servicio médico a domicilio y concurrió el Dr. José Luis Donati, quien sostuvo que I. seguía presentando el mismo cuadro, le indicó que continúe con el antibiótico y le cambió el paracetamol por ibuprofeno, indicándole asimismo que al día siguiente debía realizarse una placa de tórax. Continuó relatando que el día 9 de junio de 2009 acompañó a su hijo a los consultorios de OSECAC donde le realizaron una placa de tórax y fue atendido por el Dr. Vilasó Agara, quien, a pesar de que el paciente manifestaba sentir dolores agudos en el pecho sólo le indicó que guardase reposo por 24 horas. Que cumplido el reposo, I. fue a trabajar al día siguiente y al regresar a su casa le comentó a la actora que continuaba con dolores en el pecho, palpitaciones agudas y dificultad para respirar, ante lo cual se trasladaron a los consultorios de OSECAC, donde lo revisó el Dr. Rodolfo Baldi, quien le efectuó un electrocardiograma, lo auscultó, miró la placa que le habían realizado el día anterior y lo derivó al Sanatorio Mitre. Que al arribar a dicho nosocomio a las 18:00 horas el Dr. Celso Villalobos examinó a I. y dispuso su internación para realizarle estudios (placa de tórax, análisis de sangre, electrocardiograma), luego lo trasladaron a una habitación con suero y medicación y le efectuaron una nebulización. Seguidamente sostuvo que a las 23 horas el personal del hospital le hizo saber que no era necesaria su presencia en la habitación y su hijo asintió manifestando que no presentaba síntomas de dolor y que tenía deseos de dormir, por lo que se retiró hacia su domicilio. Refirió que antes de que se cumplieran dos horas de su arribo a su casa se comunicaron con ella desde el Sanatorio Mitre requiriendo la presencia de un familiar, y que al llegar al hospital le informaron que su hijo había fallecido. Finalmente manifestó que al practicarse la correspondiente autopsia se tomó conocimiento de que el fallecimiento de su hijo fue ocasionado por un mecanismo no violento y a consecuencia final de un paro cardio-respiratorio no traumático, secundario a taponamiento cardíaco por rotura de aneurisma de aorta torácica. Con fundamento en los hechos expuestos demandó a ?Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Afines? (OSECAC), José Oscar Vilasó Agara, José Luis Donati y ?GAM Salud SA? reclamando la reparación de los daños derivados del fallecimiento de su hijo, que según sostiene, guarda relación con una deficiente atención médica que llevó a un error de diagnóstico frente a la patología que presentaba su hijo. Se solicitó la citación en garantía de ?Paraná SA de Seguros?. El Sr. juez de grado rechazó la demanda respecto de José Luis Donati, ?GAM Salud SA? y ?Paraná de Seguros SA? y la admitió respecto de los codemandados José Oscar Vilasó Agara y ?Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles? a quienes condenó a abonar a la actora la cantidad de \$384.375, 25 más sus intereses y las cosas del proceso. Con excepción de las costas derivadas del rechazo de la demanda contra los restantes accionados, las que impuso a la actora. Apelaron la actora y los codemandados Vilasó Agara y OSECAC. La actora fundó su recurso mediante la presentación obrante a fs. 1013/1019, OSECAC expresó sus agravios a fs. 1022/1029 y el coaccionado Vilasó Agara lo hizo a fs. 1031/1038. Los agravios de la obra social y el codemandado fueron respondidos a fs. 1040/1044 y 1046/1048. El memorial de la actora no fue respondido. II.- Agravios relativos a la responsabilidad: El codemandado Vilasó Agara y OSECAC se agravan de la responsabilidad que les atribuyó el magistrado, alegando que en la especie no se ha probado la mala praxis alegada en la demanda, que nada hacía pensar en un aneurisma de aorta, que dicha patología es patrimonio casi exclusivo de

personas de más de 60 años de edad y que la sintomatología que portan los pacientes con ADA nada tenía que ver con la del hijo de la actora. Que no puede responsabilizarse al Dr. Vilasó Agara cuando este siguió la misma línea de los médicos que fueron atendiendo al paciente. Que cuando este último fue revisado por el Dr. Vilasó Agara llevaba 4 días de medicación antibiótica y no tenía los dolores propios del ADA. Hacen alusión al informe expedido por la perito médica actuante en sede penal, del cual surge según sostienen, que "habitualmente la patología que presentaba el joven no se logra diagnosticar o cuando se diagnostica y se interviene el desenlace suele ser fatal debido al tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la indicación de los estudios específicos para esa patología?". El codemandado Vilasó Agara alega además que dicha tesitura se ve avalada por el dictamen efectuado por el Comité Científico de Médicos de la Provincia de Buenos Aires que obra en la causa penal, del cual surge que "el cuadro no imponía diagnosticar una aneurisma de la aorta?". Por su parte OSECAC sostiene que no se ha demostrado un obrar negligente o reprochable de su parte. Que en ningún momento incumplió con las obligaciones a su cargo, pues se suministraron al afiliado todas las prestaciones y asistencias médicas en debido tiempo y forma. Cuadra recordar que "para que quede comprometida la responsabilidad del médico por los hechos cometidos en el ejercicio de la profesión, el paciente debe demostrar la culpa en la realización de la atención médica prestada, la existencia del daño que le hubiere sobrevenido a causa de ese hecho y la relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño experimentado, bastando que alguno de esos requisitos falle para que el profesional quede exento de responsabilidad por las consecuencias de su actividad (conf. CNCiv. Sala 3ª, junio 7/2006, "B.", de L. A. N. c/ C., M. y otros", LL diario 05/09/2006, p. 5, citado en López Mesa, Marcelo "Tratado de responsabilidad médica", pág. 161, Legis- Ubijus, Bogotá, Colombia, junio de 2007). He sostenido que el principio aún rector en materia de responsabilidad médica es el de que incumbe a quien ha sufrido un daño acreditar la relación causal entre la actuación del médico y ese daño, y que el profesional actuó con impericia, imprudencia o negligencia (CNCiv. Sala C, noviembre 11/1999, "Arnedo de Camera Marta c/ Heinsius Ricardo Juan y otros s/ daños y perjuicios" L. 271.739; Sala F, septiembre 23/2004, "Amato Eleonora c/ Guerrieri Claudio Juan s/ daños y perjuicios", L. 393.530). En el antecedente de la Sala C he recordado que aun entre quienes propician el criterio de las cargas probatorias dinámicas, se ha advertido que en materia de responsabilidad civil de los profesionales del arte de curar no existen presunciones legales -generales- de culpa. Esto significa que no existe una inversión general de la carga de la prueba, de ahí se ha entendido que la regla es que al paciente le corresponde cumplir con el imperativo procesal. Frente a las dificultades que a veces se presentan para lograr esa prueba, en esta materia cobran valor las presunciones (Roberto Vázquez Ferreyra, "Prueba de la culpa medica", p. 112, ed. Hammurabi, Bs. As., 1991), pero, como pone de resalto este autor, esto no significa que el paciente puede adoptar una posición más cómoda en la contienda, pues a él le corresponde probar todos los hechos indiciarios que luego formarán en el juez la convicción que lo lleve a tener por probada -por presunción hominis- la culpa galénica (op. y loc. cit.). Sentado ello, corresponde analizar las constancias obrantes en autos a fin de verificar la concurrencia en el caso de los presupuestos antes referidos. De los términos en que quedó trabada la contienda, así como de la documentación médica obrante en autos y de lo informado por la perito médica, surge que el día 5 de octubre de 2009 la actora solicitó un médico a domicilio para que examinase a su hijo I. de 20 años de edad. Concurrió el Dr. Claudio Jara, quien le diagnosticó neumonitis, le recetó antibióticos, paracetamol y le indicó que realice nebulizaciones (fs. 36/37). El día 8 de junio la actora volvió a solicitar servicio médico a domicilio. En dicha oportunidad concurrió el Dr. José Luis Donati quien ratificó el diagnóstico de infección de vías aéreas, le ordenó realizar una placa de tórax y control evolutivo por médico de cabecera, dicho profesional consignó que el actor refería mejoría del cuadro de neumonitis y que el motivo de la llamada era por control clínico del cuadro (fs. 38 y 112). Al día siguiente, el 9 de junio de 2009, la Sra. Negrin acompañó a su hijo I. hacia los consultorios de OSECAC. Allí fue atendido por el Dr. Vilasó Agara, quien le indicó reposo por 24 horas. El 10 de junio de ese mismo año vuelven a los referidos consultorios, donde I. es examinado por el Dr. Rodolfo Baldi, quien le practica un electrocardiograma y lo deriva al Sanatorio Mitre, donde tras ser examinado por el Dr. Celso Villalobos se dispone su internación a las 18:40 horas (fs. 58/59). En la constancia de atención del joven I. E. G. el 10 de junio de 2009 se consignó: "paciente que es traído por la madre por dolor torácico y sudoración profusa refiriendo disnea. Antecedentes de adicción. En tto. con claritromicina por neumonitis. Beab sin ruidos agregados, ACG s/p. Abdomen blando depresible. Ta normal. Paciente que impresiona psiquiátrico, con miedo a ir a trabajar. Indico analgésico y ansiolítico. Evaluación por guardia por dolor torácico?" (fs. 74). De la historia clínica del Sanatorio Mitre surge que el motivo de la internación fue "sind. febril. dificultad respiratoria, decaimiento general". Se consignó: "paciente que ingresa por guardia presentando cuadro de hipertermia, disuria, tos productiva, decaimiento general, que se encuentra medicado en forma ambulatoria. Al examen lúcido: tendencia al sueño. Refiere poliatralgias. Se decide su internación para examen, control y tratamiento?" (fs. 60). El día 11 de junio de 2009 se consignó que el paciente entró paro cardiorrespiratorio y se procedieron a realizar maniobras de RCP básico...constatándose su óbito a las 00:50 hs (fs. 62). Del informe de la autopsia que obra en la causa penal n°7053 cuyas copias obran agregadas en autos surge que el fallecimiento de I. E. G. fue producido "por un mecanismo no violento y a consecuencia final de un paro cardiorrespiratorio no traumático, secundario a

taponamiento cardíaco por rotura de aneurisma aorta torácica? (fs. 407). La perito médica legista actuante en sede penal informó que la presencia de aneurismas en gente joven no es habitual, y siempre está relacionada con la existencia de patologías congénitas que afectan el tejido conectivo, con un proceso infeccioso, consumo de drogas (cocaína) o con un antecedente traumático. El desarrollo de la dilatación aórtica, en cualquier sector, es un proceso que lleva tiempo, siendo asintomático los aneurismas hasta que comprimen estructuras vecinas o cuando se complican con rotura o disección, la cual a nivel torácico suele ocurrir estadísticamente, cuando el aneurisma alcanza tamaños mayores a 5 cm en gente joven, o 5,5 -6 cm en adultos mayores, siendo esos tamaños de indicación quirúrgica electiva, ya que la mortalidad de la patología una vez presentada la complicación es entre el 75% a 90% si no se trata, e incluso siendo diagnosticada, la tasa de mortalidad quirúrgica en la emergencia, es superior al 50%. Relacionada a la complicación, generalmente se halla un factor desencadenante, la más frecuente es la hipertensión severa, traumatismos, vómitos incoercibles, accesos de tos intensa, que determinan lesión en la íntima de la pared y generan la separación de las capas (disección) y/o la rotura. Una vez iniciada la disección, se reporta una mortalidad de 1% a 2% por hora sin tratamiento? (fs. 488). Seguidamente la profesional señaló ¿se puede considerar que concurren dos situaciones patológicas, una previa, probablemente secundaria a una predisposición congénita o no, pero si crónica, que es el hecho de que el causante portaba un aneurisma de aorta ascendente, evidenciable el tamaño del mismo en las fotos de autopsia, el cual se informa de 8 cm por 4 cm, dilatación que en algún grado existía previo al inicio de los síntomas, y la disección de ese aneurisma, es decir la complicación del mismo, que debe haber ocurrido, como mínimo el día en que el causante comienza con la sintomatología de dolor torácico y dificultad respiratoria. Estos síntomas pese a que el dolor es bastante característico, intenso, sostenido, en cara anterior del tórax y/o en zona interescapular pudiéndose irradiar a cuello y extremidades, también se observan en procesos respiratorios infecciosos, pudiendo confundirse, si no se piensa en la patología vascular, con un cuadro respiratorio, incluso pueden ser concomitantes o desencadenantes de la complicación, lo cual dificulta aun más el diagnóstico. La complicación de un aneurisma disecante con rotura hacia pericardio, pleura, o mediastino, suele dar una anemia aguda, pero en el caso de la rotura hacia pericardio, la caída del hematocrito no es tan importante debido al espacio limitado de la cavidad, que en forma aguda puede generar un taponamiento con 220 cc de sangre, pero con un sangrado sostenido, puede llegar a albergar mayores volúmenes hasta provocar el taponamiento, sin dar manifestaciones de shock por hipovolemia. La hipertermia, que en el registro de internación es de 37 grados, es decir una febrícula, puede ser secundaria a hemólisis, pero asimismo suele acompañar procesos infecciosos, lo cual agrega otro elemento de confusión para el diagnóstico, máxime que la frecuencia de uno y otro, no son comparables. La elevación de los glóbulos blancos, corroborada una vez internado el causante, es otro elemento a favor de pensar en un cuadro infeccioso. La evolución sufrida por el causante es la habitual para un aneurisma complicado sin tratamiento. De haberse llegado al diagnóstico, la conducta es quirúrgica de urgencia, debiéndose reemplazar el sector aórtico comprometido con una prótesis con o más reemplazo valvular aórtico, cirugía que requiere equipo especializado, circulación extracorpórea, etc. de alta mortalidad si no es una reparación electiva (programada). El diagnóstico se logra con un alto índice de sospecha, teniéndolo en cuenta entre los diagnósticos diferenciales de los cuadros de dolor torácico y dificultad respiratoria, la derivación o interconsulta con cirugía cardiovascular siempre es posterior a la sospecha clínica del que asiste a los pacientes en primera línea, luego de realizada una radiografía de tórax o luego de una derivación o interconsulta con cardiología o del diagnóstico con ecocardiograma, ecografía transesofágica, tomografía computada o angioresonancia. El electrocardiograma es inespecífico en estos casos. A nivel macroscópico e histopatológico no se comprobó proceso infeccioso pulmonar?. (fs. 488 vta. /489). Sentado ello, la perito sostuvo que la responsabilidad de diagnóstico y tratamiento de una patología es resorte del personal médico y no del paramédico; no surge de la lectura de la historia clínica ni de los hallazgos de autopsia errores atribuibles al desempeño del personal paramédico?, ¿Se puede entender que hubo un error diagnóstico, ya que la sintomatología se interpretó como cuadro respiratorio, siendo evidente que no se diagnosticó la patología que le causó la muerte y que en los diferentes momentos de atención no se pensó o se tuvo en cuenta la patología vascular aórtica entre los diagnósticos diferenciales?, pero aclaró que esta situación suele ocurrir, y generalmente retrasa el diagnóstico si no se piensa en el mismo, debido a la baja frecuencia de aneurismas disecantes en este grupo etéreo, si bien la incidencia no se conoce con claridad, solo los aneurismas torácicos en general (a cualquier edad) tienen una frecuencia de 6/100.000 habitantes, comparado con la frecuencia de neumonía adquirida en la comunidad, la cual sería de 267/100.000? (fs. 489 vta.). Finalmente afirmó: ¿que se hubiera realizado el diagnóstico no hubiese garantizado que no ocurriese la muerte debido a la alta mortalidad, incluso quirúrgica del aneurisma complicado, y a que frecuentemente aun hecho el diagnóstico, no se llega a tiempo para realizar la cirugía? (fs. 489 vta.). Al ampliar su informe la referida profesional reiteró que si bien en el caso no se diagnosticó la patología que le causó la muerte al paciente y que en los diferentes momentos de atención no se tuvo en cuenta la patología vascular aórtica entre los diagnósticos diferenciales, ¿ello es atendible en tanto la frecuencia de una y otra patología, en el grupo etéreo del causante, siendo una patología ya complicada de altísima mortalidad, generalmente no evitable pese al diagnóstico y tratamiento quirúrgico, si se llega al mismo,

una vez iniciada y evolucionada la complicación, debido a que el retraso en la identificación de la patología por la infrecuencia de la misma lleva a que en forma habitual (es decir no en este caso en particular) se realice el diagnóstico luego de 24-48 horas si es que se internó al paciente, y tras una cantidad de estudios con resultados normales o inespecíficos y la persistencia de los síntomas, lo cual motiva estudios de mayor complejidad, donde se detecta la patología y/o la complicación? (fs. 566). Seguidamente afirmó que ?ante síntomas compartidos por diferentes patologías es diferente el rol de cada uno de los asistentes, en los diferentes momentos de atención, ya que aún teniendo en mente entre los diagnósticos diferenciales al aneurisma o disección torácica ante una primera evaluación con un paciente hemodinámicamente estable y con sintomatología que se puede atribuir a algo respiratorio, utilizando solo el sentido común, se acepta que no está indicada ni la internación ni la realización de tomografía y/o angioresonancia? (fs. 566/vta.). Que ?del expediente surgen cinco momentos de atención del Sr. Jiménez I. E., incluyendo la internación, la cual se efectiviza 5 días posteriores al comienzo de los síntomas. Estos diferentes momentos son diferentes circunstancias médicas en un mismo paciente, que no viene respondiendo a la terapéutica instituida en la primera evaluación, por lo tanto el acto médico no debería ser el mismo. Ante la primera evaluación médica, 5/6/09, constancias obrantes a fs. 72-73, se interpreta el cuadro como una neumonitis, lo cual ante la edad del causante y la época del año es de altísima prevalencia, estando bien indicado un tratamiento antibiótico con macrólidos (claritromicina), no requiriendo en principio derivación ni estudios complementarios, si control evolutivo, en por lo menos 48 hs para evaluar la respuesta a la terapéutica. Segunda y tercera evaluación médica, 8/6/09 y 9/06/09, constancias obrantes a fs. 74 y 75, respectivamente, se sigue con la misma interpretación diagnóstica. Aquí es donde ya pasadas 72 horas de persistencia de la misma sintomatología, está indicada la derivación a un centro asistencial en el primer caso (día 8/6/09, para realización de radiografía torácica y evaluación especializada al menos en neumonología si se sostiene la infección respiratoria, y en el segundo caso, consulta en consultorios de OSECAC el 9/6/09, indicación de la radiografía e interconsultas correspondientes (neumonología-cardiología)? (fs. 566 vta./567). El 10/6/09 surge a fs. 76 una indicación de electrocardiograma, y según el relato de la madre fue tras esta consulta que lo deriva al Sanatorio Mitre de Avellaneda. Aquí se desconoce la interpretación diagnóstica del profesional actuante, pero ya se orienta hacia un diagnóstico diferencial de un origen no pulmonar, estando bien indicada la realización del electrocardiograma, más allá de la inespecificidad como así la derivación a internación? (fs. 567). Que ?finalmente el causante es internado el 10/06/09 compensado hemodinámicamente y con sintomatología atribuible a proceso infeccioso con mala evolución; se le indica estudios complementarios habituales, para la patología que parecía evidente, se cambia el esquema antibiótico y se solicita la interconsulta con neumonología. Esta conducta de internación y plan de estudios es adecuada según protocolos médicos actuales, en tanto aun no se le había realizado siquiera una radiografía de tórax, de ser negativos los mismos lo que correspondía es continuar con un ecocardiograma y una tomografía axial computada de tórax. El paciente fallece a las pocas horas del ingreso (7 horas) sin lograr completarse el diagnóstico. Ahora bien, la inmediatez de una tomografía o el saltar otros estudios va a depender de la descompensación clínica y de la sospecha de la patología vascular en tanto paciente descompensado, cosa que acá no habría ocurrido, ni la descompensación ni la sospecha, siendo los pasos habituales ante un paciente con esta sintomatología una vez internado, los que se le realizaron en el Sanatorio, pese al fatal desenlace? (fs. 567). La perito volvió a ampliar su informe explicando que ?ante el síntoma de dolor torácico, los únicos métodos para poder realizar el diagnóstico correcto de aneurisma disecante de aorta ascendente, es decir de la patología que desencadenó la muerte de G., I. E., en cualquier momento de la atención, es la realización de un ecocardiograma transesofágico o angioresonancia. Estos métodos diagnósticos en la práctica médica diaria no se realizan de rutina ante un paciente joven, con dolor torácico y menos asociado a tos y fiebre, no siendo una omisión la no realización ya que estos estudios se indican ante una alta sospecha clínica en un paciente que se le asocia una descompensación hemodinámica, o en la evolución del cuadro cuando no responde al tratamiento instituido a fin de realizar diagnósticos diferenciales? (fs. 577 vta./578). A continuación explicó que ?pasadas 72 hs. de persistencia de la misma sintomatología, sin respuesta al tratamiento instaurado el 5/6/09, lo que se debió indicar (y no se hizo) es la derivación a un centro asistencial en el primer caso (día 8/6) para la realización de radiografía torácica y evaluación especializada al menos en neumonología si se sostiene la infección respiratoria, y en el segundo caso, consulta en consultorio de OSECAC el 9/6, indicación de la radiografía e interconsultas correspondientes. Estos dos momentos de atención son los que hubieran dado la posibilidad de haberse derivado o realizado una radiografía, de descartar la patología infecciosa e iniciar el planteamiento de diagnósticos diferenciales, siempre cuando la patología infecciosa no fuera concomitante del proceso aórtico, lo cual no hubiera permitido el giro diagnóstico? (fs. 578/vta.). Finalmente reiteró que habitualmente esta patología en gente joven no se logra diagnosticar o cuando se diagnostica y se interviene el desenlace suele ser fatal, debido al tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la indicación de los estudios específicos para esta patología (fs. 579). En su siguiente ampliación del peritaje la galeno sostuvo que ?la actuación del Dr. Donati al haber indicado la realización de una radiografía de tórax y control con médico de cabecera ha sido acorde a lo que cualquier médico indicaría, ante la secuencia

sintomatológica, tras 72 horas de antibioticoterapia empírica a un paciente que se atiende circunstancialmente en domicilio, no se lo conoce previamente ni se seguirá atendiendo en forma posterior. La solicitud de radiografía de tórax es tendiente a confirmar o descartar la patología por la cual venía siendo tratado, sin surgir al momento de su evaluación dignos de inestabilidad o descompensación o imposibilidad para la deambulación, como para que el mismo médico se ocupara de la realización de la misma, es decir la prescripción de la radiografía es adecuada realizarla en forma ambulatoria (fs. 651). Posteriormente la experta volvió a ampliar su informe señalando que ?la placa de tórax es un método de diagnóstico inespecífico para la demostración de un aneurisma disecante de aorta ascendente, como tuvo la víctima ya que solo permitiría la sospecha del diagnóstico, si hubiera presencia de sangre en cavidad torácica (hemotórax), sin un antecedente de trauma que lo justifique, lugar hacia donde se rompen las disecciones o aneurismas de aorta descendente, que no fue el caso, ni el aneurisma de aorta ascendente se rompió hacia el tórax?. Refirió que ?la placa de tórax es un eslabón de diagnóstico, ante la sintomatología de dolor torácico, falta de aire, tos, febrícula, y luego de la normalidad de esta, ante la persistencia de los síntomas, se progresan las interconsultas con otras especialidades, como ser cardiología, y/o se deriva para realizar estudios de mayor complejidad. La consulta con cirugía cardiovascular, al no detectarse la complicación, suele ser tardía? (fs. 663). Finalmente obra en la causa penal el dictamen emitido por el Comité Científico del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, los profesionales integrantes de dicha institución, luego de analizar las constancias obrantes en las actuaciones criminales, concluyeron en que ?el actuar profesional del Dr. Vilasó Agara José así como de los restantes profesionales que asistieron al joven G. I. E. fue el correcto, porque no debemos perder de vista que la patología que presentaba el paciente era de muy pero muy difícil diagnóstico, hacemos notar que tan difícil es el diagnóstico que ninguno de los profesionales actuantes pensó en semejante patología, menos teniendo en cuenta los antecedentes del paciente, y que nunca había sufrido signo-sintomatología que hiciera siquiera sospechar tal patología ya que ni siquiera él tomó conciencia que podría tener un aneurisma de aorta ya que en el mes de abril de 2009 fue derivado a una interconsulta con el servicio de cardiología por un soplo cardíaco y el joven G. no consultó al cardiólogo? (fs. 791). Afirmaron que la conducta del Dr. Vilasó Agara ?fue acorde a la patología que él sospecho que era una neumonía? y finalmente sostuvieron que ?lamentablemente cuando un aneurisma da síntomas, muchas veces, las más, es tarde. Véase que a su ingreso al Sanatorio, el cuadro tampoco estaba lo suficientemente florido para dar un diagnóstico diferencial, siquiera pautas signosintomatólogicas que orientaran hacia ese diagnóstico diferencial. Mucho menos puede pretenderse que el accionar del Dr. Vilasó Agara adoptara conducta distinta a la que decidió. Valorar la actividad de un médico jamás puede ser retrospectiva. Es decir, sabiendo de qué murió el paciente, determinar que habría que haber hecho para evitar esa muerte. La actividad médica no puede evaluarse como un álbum de fotografías, de adelante hacia atrás, de atrás hacia adelante, mirar por el medio. Es imposible, el médico va desarrollando su actividad a medida que los sucesos van aconteciendo. Se actuó sobre un cuadro aparente con sapiencia, en forma eficaz y eficiente, el paciente fue bien controlado, los procedimientos utilizados fueron los correctos, pero las complicaciones pueden sobrevenir. Nadie absolutamente nadie sospechó siquiera sobre la existencia de tamaña patología. No estaban dadas las condiciones para ello. Lamentablemente las complicaciones pueden ser atribuibles a múltiples factores incluso propios de los pacientes. La ruptura no tratada tiene una mortalidad próxima al 100% y es más frecuente en los aneurismas secundarios a disecciones agudas o crónicas. En los aneurismas disecantes (agudos y crónicos) el riesgo de ruptura es mayor complicado, es decir, es decir que la posibilidad de tratamiento quirúrgico tiene una mortalidad de casi el 100%, lo que representa un 82% de las muertes en caso de afectación de la aorta ascendente y un 66% en caso de afectación de la aorta descendente? (fs. 792). El peritaje médico producido en este proceso civil poco aporta a la dilucidación del presente litigio, ya que como bien lo señaló el Sr. juez de grado, el profesional designado en autos repitió las afirmaciones expuestas por la perito médica actuante en sede penal (fs. 330/332). El análisis de las constancias antes apuntadas me llevan a concluir en que en la especie no se han aportado elementos contundentes que acrediten una conducta médica inadecuada o una atención deficiente de parte del codemandado Vilasó Agara que haya privado al hijo de la actora de la posibilidad de tratar la patología que padecía y salvar su vida. En efecto, nótese que la segunda vez que el Sr. G. fue atendido en su domicilio, tres días después de la primer consulta tras la cual se le diagnosticó neumonitis y se lo medicó con antibióticos, refirió una mejoría del cuadro de neumonitis, también se consignó que el motivo de este llamado fue para ?control clínico del cuadro?. El profesional que lo atendió en dicha oportunidad -Dr. Donati- le ordenó realizarse una placa de tórax y control evolutivo por médico de cabecera (fs. 38 y 112). Es así que al día siguiente -9 de junio de 2009-, la actora y su hijo concurren a los consultorios de OSECAC, donde según manifestó la reclamante (fs. 10 vta.) le practicaron al Sr. G. una placa de tórax y luego fue revisado por el Dr. Vilasó Agara, quien le indicó 24 horas de reposo. Ahora bien, conforme se desprende de las constancias antes mencionadas, el día 8 de junio el paciente refirió mejoría del cuadro, y al día siguiente concurrió a los consultorios de OSECAC a realizarse la placa de tórax ordenada el día anterior por el Dr. Donati, siendo luego revisado por el Dr. Vilasó Agara. No hay constancias ni referencias sobre que síntomas presentaba I. G. en dicha oportunidad. Asimismo surge de las propias manifestaciones de la actora que al día siguiente, a pesar de la indicación de

reposo antes señalada, I. G. fue a trabajar y cumplió su horario laboral. Es decir, el paciente el día 8 de junio de 2009 refirió mejoría del cuadro, al día siguiente concurrió a los consultorios de su obra social a fin de realizarse la placa de tórax que le había sido ordenada el día anterior, así como el control médico que fue llevado a cabo por el Dr. Vilasó Agara, y al día siguiente asistió a su lugar de trabajo, cumplió su horario laboral y al regresar a su casa le habría manifestado a su madre que padecía dolor torácico, sudoración y disnea, por lo cual volvieron a los consultorios de OSECAC, donde fue atendido por el DR. Baldi. Dicha secuencia permitiría inferir, que al ser examinado por el Dr. Vilasó Agara no habrían retornado los síntomas o que no presentaba el dolor torácico, sudoración y disnea, que sí fueron consignadas en la ficha de atención al causante el día 10 de junio de 2009 (fs. 74). El profesional que examinó al Sr. G. el día 10 de junio de 2009 le indicó analgésico y ansiolítico. No ordenó su internación, como lo refiere la actora, sino que indicó que concurrieran a una guardia por el dolor torácico que refería su hijo (fs. 74). Al arribar a la guardia del Sanatorio Mitre fue atendido por el Dr. Celso Villalobos quien dispuso su internación a las 18:40 horas para examen, control y tratamiento. También surge que el motivo de la internación fue ?síndrome febril, dificultad respiratoria, decaimiento general? (fs. 58/60). Como lo señaló la perito médica actuante en sede penal, el paciente fue internado el día 10 de junio de 2009, ?compensado hemodinámicamente y con sintomatología atribuible a proceso infeccioso con mala evolución?, es decir, al tiempo de su internación, un día después de la atención brindada por el Dr. Vilasó Agara, se seguía manteniendo la hipótesis de que los síntomas que presentaba el Sr. G. se correspondían con un proceso infeccioso. No puede soslayarse lo afirmado por la profesional actuante en sede penal en cuando sostuvo que la presencia de un aneurisma en gente joven no es habitual, que ?habitualmente esta patología en gente joven no se logra diagnosticar o cuando se diagnostica y se interviene el desenlace suele ser fatal, debido al tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la indicación de los estudios específicos para esta patología? (fs. 579). Que el error diagnóstico al confundir la patología que presentaba el causante con un proceso respiratorio infeccioso ?resulta atendible en tanto la frecuencia de una y otra patología, en el grupo etéreo del causante, siendo una patología ya complicada de altísima mortalidad, generalmente no evitable pese al diagnóstico y tratamiento quirúrgico?(fs. 566). Y sobre todo resulta determinante la conclusión a la que arribaron los tres profesionales integrantes del Comité Científico de Médicos de la Provincia de Buenos Aires en cuanto afirmaron que ?el actuar profesional del Dr. Vilasó Agara José así como de los restantes profesionales que asistieron al joven G. I. E. fue el correcto?, que la patología que presentaba el paciente era de muy difícil diagnóstico, más aún teniendo en cuenta que el paciente nunca había sufrido síntomas que hicieran siquiera sospechar tal patología (fs. 791). Tal es así que al ingreso al Sanatorio Mitre ?el cuadro tampoco estaba lo suficientemente florido para dar un diagnóstico diferencial, siquiera pautas signosintomatológicas que orientaran hacia ese diagnóstico diferencial?. Que ante tales circunstancias no puede pretenderse que el Dr. Vilasó Agara adoptase una conducta distinta. Es de recordar que cuando se demanda por mala praxis médica, la prueba de la culpa es indispensable porque ella, además de la responsabilidad que implica, contiene también la demostración del incumplimiento de la obligación de prestar asistencia adecuada que toma a su cargo el ente asistencial y, en su caso, la obra social. Y, como lo señalé anteriormente, la prueba de la existencia de esa conducta culposa o negligente corre por cuenta de quien la invoca, debiendo apreciarse la actuación médica conforme a los criterios generales contenidos en los arts. 512 y 902 del Código Civil (CNCiv. Sala ?F? agosto 27/2010, ?Hourteillan Horacio Ismael y otro c/ Palacios, Mónica Mabel y otros s/ daños y perjuicios? L.536.580). Sentado ello, y conforme al análisis de los elementos de convicción obrantes en autos, juzgo que no existen elementos de convicción suficientes como para tener por acreditada la mala praxis alegada en la demanda y por ello corresponde rechazar la acción interpuesta. En mérito a lo expuesto, voto por que se revoque la sentencia apelada y se rechace la demanda. Con costas de ambas instancias a la actora vencida (art. 68 del Código Procesal). Por razones análogas a las aducidas por el vocal preopinante los Dres. ZANNONI y POSSE SAGUIER votaron en el mismo sentido a la cuestión propuesta. Con lo que terminó el acto. José Luis Galmarini Eduardo A. Zannoni Fernando Posse Saguié Buenos Aires, febrero ... de 2019. AUTOS Y VISTOS: Por lo que resulta de la votación que instruye el acuerdo que antecede, se revoca la sentencia apelada y se rechaza la demanda. Con costas de ambas instancias a la actora. 038523E