CÁMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO COMERCIAL

JUZGADO EN LO COMERCIAL 1- SECRETARIA Nº 2

Ref. Expte.: COM 000182/2024, “PONZONI, NESTOR DANIEL c/ CAJA DE SEGUROS S.A s/ORDINARIO.”

PERITO MÉDICA

Sr. Juez:

Patricia Mariana Corti, Medica, MN 95837, especialista en Medicina General y Familiar, (especialista con Titulo Francés en Geriatría y Gerontología, Higiene Hospitalaria y Medicina Interna) designada Perito Medica de oficio en los autos caratulados Expte. N° COM 000182/2024, “PONZONI, NESTOR DANIEL c/ CAJA DE SEGUROS S.A s/ORDINARIO.”, manteniendo domicilio constituido en la Av. Federico Lacroze 3349, CABA, domicilio electrónico: CUIT 27215095075, Email mc1666090@gmail.com, Tel cel 1176386015 se presenta y con previa aceptación del cargo con las formalidades de la Ley, eleva el siguiente Informe Pericial medicolegal ordenado por V.S.:

1- DATOS DE IDENTIFICACION DEL ACTOR:

Nombre y Apellido: Nestor Daniel Ponzoni.

Documento de Identidad: D.N.I. n° 21.683.733.

Fecha de nacimiento: 23-11-1970.

Edad: 55 años.

Estado civil: Casado.

2- ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y PERSONALES:

Antecedentes personales: Colecistectomía por vía convencional en 1995, Apendicetomía por vía convencional en el 2016, dedo índice mano izquierda con Bent Finger por accidente laboral con moladora en el año 2009, Obesidad desde el 2008, HTA desde el 2019, Presbicia, Hipercolesterolemia e Hipertrigliceridemia desde el 2012, Hipertrofia prostática desde el 2012, Miocardiopatía dilatada 2026. Estado prediabético 2026.

Antecedentes familiares: Padre Cancer de Próstata, Madre fallecida por IAM.

Medicación actual: Ibuprofeno 600 mg 10 cp por mes aproximadamente, AAS 1/d, Losartan 50 1/d, Tamsulosina 1/d, Rosuvastatina 20 mg/d, Gemfibrozil 600 mg 1/d.

Modo de vida: El Sr. Ponzoni vive con su esposa en una casa con patio y jardín. Tiene 2 hijos, Antonella de 35 años y Sabrina de 28, sanas a la fecha y 2 nietos: Zoe y Alvaro. Tiene un gato y un

pájaro. Tiene estudios Primarios completos. Esta desocupado actualmente. No realiza actividad física. Participa poco en las cosas del hogar, cocinando. Es retirado de la Prefectura Naval Argentina luego de 35 años de servicio con el cargo de Ayudante Principal. Fuma 20 cigarrillos diarios desde hace 35 años. No refiere uso o abuso de drogas o alcohol.

3- ANTECEDENTES DEL HECHO Y ANAMNESIS:

Se realizó la entrevista pericial en modalidad presencial el 15-09-2026 a las 17 h, estuvo presente el Consultor Técnico de parte, de la parte demandada, el Dr. Eduardo Mozetic MN 65.124.

Según relata el actor:

No habiendo logrado un acuerdo con La Caja, solicita apoyo judicial por estar en situación de vulnerabilidad por las dolencias que padece y sentirse incapacitado para trabajar.

4- EXAMEN FISICO

Al momento del examen pericial, el periciado llega a la entrevista por sus propios medios. Camina sin uso de medios de sostén. Está orientado en 3 esferas. Atención conservada, juicio crítico conservado, sin labilidad emocional ni cognitiva, fluencia verbal adecuada, angustiado por todo lo que está pasando en relación a su problemática. De aparente normalidad psicofísica, se objetiva tonismo y trofismo conservados en 4 miembros. No posee actitud antalgica al reposo. Es diestro, colabora y participa con el examen físico y al interrogatorio.

Se constata clínicamente:

Peso: 124 Kg

Talla: 1.76 metros

IMC: 40

Cabeza: Facies simétrica y expresiva. No cicatrices. Audición disminuida. Visión usa anteojos para leer. Pupilas isocoricas y reactivas. Motilidad ocular externa conservada y normal. No se evidenciaron alteraciones de los pares craneales. Boca: sin lesiones mucosas, lengua limpia y húmeda, presenta solo 3 piezas dentarias propias con prótesis arriba removible y 4 implantes abajo.

Cuello: simétrico. Pulsos carotideos palpables. Tiroides normal. Sin dolor a las maniobras semiológicas ni contractura cervical.

Aparato respiratorio: Tórax bien conformado, inspiración y espiración elásticas sin anormalidades, eupneico, FR a 16 x', subcrepitantes en base derecha inconstantes. Saturación 97% al a/a. Refiere dolor subescapular izquierdo a la palpación sin alteración de la funcionalidad respiratoria.

Aparato Cardiovascular: Auscultación cardiaca dos (2) ruidos en 4 focos. Silencios libres. Pulsos centrales y periféricos palpables y simétricos. Presión arterial: 180/85, FC 96x´, sin edemas de

miembros inferiores. Tendencia a la taquicardia sin arritmia auscultable.

Abdomen: Simétrico, blando, depresible y no doloroso a la palpación. Matidez hepática conservada desde el 6º espacio intercostal derecho hasta el reborde costal. No se palpan visceromegalias ni adenopatías a expensas de importante panículo adiposo. Ruidos intestinales audibles de tono y frecuencia normal. Sin trastornos del ritmo evacuatorio. Duda sobre matidez periumbilical a la percusión abdominal.

Extremidades: simétricas. A nivel de sus miembros inferiores, sin signos de cajón ni bostezo, sin choque rotuliano, posición en cuclillas posible, marcha en puntas de pie posible, marcha en talones posible. Refiere gonalgia bilateral con dolor cotado en 5/10 por escala numérica de autoevaluación. Pulsos pedios palpables. Signos de Lasegue y Gowelt negativos. No llega a tocarse la punta de los pies. Los tobillos conservan su eje a los movimientos. Dedo índice mano izquierda con Bent Finger.

Aparato neurológico: Atención y Lenguaje normal, orientado autoalopsiquicamente, juicio crítico conservado. Sin signos de foco neurológico ni agudo ni crónico.

Exámenes complementarios aportados a la causa:

-Radiografías de cuerpo entero del 14-11-22 firmado por el Dr. Eduardo Merlo MP 17.706 que informa: RX COLUMNA CERVICAL (F YP) Rectificación de lordosis fisiológica de columna cervical. Signos de múltiples discopatías artrósicas. RX COLUMNA LUMBAR (FYP) Actitud escoliótica con convexidad derecha. Signos de múltiples discopatías artrósicas. Calcificación de pared de aorta abdominal. RX CADERAS (F Y P) Signos avanzados de coxartrosis bilateral. Calcificaciones a nivel de pelvis. RX HOMBROS (F YP) Signos incipientes de artrosis gleno-humeral bilateral. Pinzamientos de espacios subacromiales. RX RODILLAS (F Y P) Calcificación en región de hueco poplíteo bilateral. Signos de artrosis femoro tibio patelar bilateral. X PIES (FYP) Fecha: 14/11/2022 Signos de artrosis a nivel de Hallux bilateral. Múltiples signos degenerativos artrósicos a nivel de interfalángicas distales bilaterales. RX TOBILLOS (F YP) Fenómenos degenerativos osteoartrósicas tibio - peroneo – Astragalinos bilaterales Entesopatia calcánea superior bilateral. RX MANOS (F Y P) Signos de rizartrosis bilateral. Múltiples fenómenos degenerativos artrósicos a nivel de articulaciones interfalángicas distales.

-Laboratorio del 14-11-22 que informa: Hipertrigliceridemia a 2.39 g/dl firmado por la Dra. Susana F. Marchetti MP 3035.

-Ficha odontológica sin fecha firmada por el Odontólogo Prietto Luciano MP 1156 que informa solo 6 dientes propios.

-Ecografía abdominal el 5-11-21 firmada por el Dr. Parra Eduardo Cesar MP: 6495 que informa como positivo: Colecistectomizado.

Exámenes Complementarios solicitados

-Ecodoppler cardiaco del 14-8-26 firmado por la Dra. Pitter Maria Carolina Cardióloga Universitaria M.P 10870 M.N 131.341 que informa: -Patrón de relajación prolongado.-Dilatación de Ventrículo izquierdo.-Motilidad y Función Sistólica del Ventrículo Izquierdo conservada.-Dilatación de aurícula izquierda.-Válvulas estructuralmente conservadas.-Válvula Aortica trivalva.-Cavidades derechas normales.-No Derrame pericárdico.

-Laboratorio del 1-8-26 firmado por el Dr. Fernando Cadea MP 760 que informa como positivo: Glucemia 106 mg/dl, HbA1C a 5.9%, TSH 4.63 uUI/mil.

5- CONSIDERACIONES MEDICOLEGALES

HTA

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica caracterizada por el incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. Esta constituye el principal factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y presenta alta prevalencia en el mundo actual.

La prevalencia de HTA en el varón aumenta progresivamente hasta la década de los 70 en que se mantiene o aún se reduce ligeramente. En mujeres el incremento mayor se produce en la década de los 50, aumentando progresivamente hasta la década de los 80.

La presión arterial (PA) resulta de la interacción de factores genéticos y factores ambientales.

Estos últimos modulan la predisposición subyacente debida a la herencia y a determinados factores que aparecen durante la maduración fetal. En unos individuos predomina el peso genético, mientras que en otros los factores ambientales.

El 95% de las hipertensiones que observamos en la clínica no tienen una etiología definida, constituyen la llamada hipertensión arterial (HTA) esencial, también denominada primaria o idiopática, mientras que el 5% son secundarias a diversas causas entre las que destacan por su frecuencia las inducidas por drogas o fármacos, la enfermedad renovascular, el fallo renal, el feocromocitoma y el hiperaldosteronismo.

La interacción entre variaciones genéticas y factores ambientales tales como el estrés, la dieta y la actividad física, contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial esencial. Esta interacción origina los denominados fenotipos intermedios, mecanismos que determinan el fenotipo final hipertensión arterial a través del gasto cardíaco y la resistencia vascular total. Los fenotipos intermedios incluyen, entre otros: el sistema nervioso autónomo, el sistema renina angiotensina, factores endoteliales, hormonas vasopresoras y vasodepresoras, volumen líquido corporal.

La hipertensión arterial esencial es un desorden heterogéneo, puede haber considerables variaciones en la participación de los factores causales en diferentes períodos y estadios, y en diferentes individuos.

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. En ese sentido, cada vez que el corazón late bombea sangre hacia las arterias, que es cuando su presión es más alta y a esto se le llama presión sistólica. Cuando el corazón está en reposo entre un latido y otro, la presión sanguínea disminuye, entonces se denomina presión diastólica.

En la lectura de la presión arterial se utilizan ambos números, la presión sistólica y la diastólica. En general, la sistólica se menciona primero o encima de la diastólica. Según los valores de la lectura puede clasificarse como sigue:

- 119/79 o menos: presión arterial normal.

- 140/90 o más: hipertensión arterial.

- Entre 120 y 139 para el número más elevado o entre 80 y 89 para el más bajo es prehipertensión, es decir, puede desarrollar presión arterial alta, a menos que tome medidas.

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año en todo el orbe, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión arterial causan anualmente 9,4 millones de defunciones.

Aunque todavía no se conocen las causas específicas que provocan la hipertensión arterial, sí se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren, tales como: dieta con alto contenido de sal, grasa o colesterol, además de las condiciones crónicas (problemas renales y hormonales, diabetes mellitus y colesterol alto), antecedentes familiares de la enfermedad, falta de actividad física, vejez (mientras mayor sea la persona existe más probabilidad de padecerla), sobrepeso, obesidad, color de la piel, algunos medicamentos anticonceptivos, estrés y consumo excesivo de tabaco o alcohol.

Clínicamente, en la mayoría de los pacientes la hipertensión arterial transcurre sin síntomas y, por tanto pasa desapercibida, con el riesgo que eso conlleva, pero existen manifestaciones clínicas como dolor de cabeza, sudoraciones, pulso rápido, respiración corta, mareo, alteraciones visuales, zumbidos en los oídos, rubor facial y manchas en los ojos como objetos oscuros volantes.

El exceso de presión en las arterias mantenida durante años y no tratada, puede conducir a un número elevado de complicaciones como aterosclerosis, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal y accidente vascular cerebral.

El objetivo del tratamiento es disminuir la morbilidad y la mortalidad cardiovascular. Esto se logra mediante la normalización de la presión arterial y el control de otros factores de riesgo cardiovasculares, sin provocar otras enfermedades físicas, psíquicas o sociales. Si el paciente presentara factores de riesgo como hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus y sedentarismo, entonces es necesario corregirlos si se quiere disminuir significativamente el riesgo cardiovascular.

La premisa fundamental para tratar a los pacientes con hipertensión arterial debe ser

individualizar el tratamiento. En algunos casos la normalización de la presión arterial se obtiene solo con modificar el estilo de vida; en otros, es necesario indicar la terapia medicamentosa, pero en ambas situaciones es primordial la educación del paciente.

El objetivo del tratamiento es disminuir la morbilidad y la mortalidad cardiovascular. Esto se logra mediante la normalización de la presión arterial y el control de otros factores de riesgo cardiovasculares, sin provocar otras enfermedades físicas, psíquicas o sociales.

Si el paciente presentara factores de riesgo como hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus y sedentarismo, entonces es necesario corregirlos si se quiere disminuir significativamente el riesgo cardiovascular. La premisa fundamental para tratar a los pacientes con hipertensión arterial debe ser individualizar el tratamiento. En algunos casos la normalización de la presión arterial se obtiene solo con modificar el estilo de vida; en otros, es necesario indicar la terapia medicamentosa, pero en ambas situaciones es primordial la educación del paciente. Se considera que todos los hipertensos necesitan modificar su estilo de vida y entre las principales medidas a cumplir se encuentran las siguientes: controlar el peso corporal, reducir la sal en los alimentos, realizar ejercicios físicos, aumentar el consumo de frutas y vegetales, eliminar el hábito de fumar y limitar la ingestión de bebidas alcohólicas. Se debe comenzar con todos los pacientes con hipertensión de grado I y mantenerla durante 3 meses como única medida terapéutica, si no existen algunas de las condiciones consideradas como riesgo cardiovascular.

Este se indicará desde un principio junto al tratamiento no farmacológico en todos los pacientes clasificados como de grado II, así como en aquellos de grado I con riesgo cardiovascular. El uso de fármacos antihipertensivos siempre debe ir acompañado de las medidas que contribuyen a cambiar el estilo de vida del paciente.

Como principales requisitos para iniciar y mantener el tratamiento farmacológico figuran: edad del paciente, necesidades individuales y dosis, respuesta al tratamiento, enfermedades o factores comórbidos que puedan influir en este último (alcoholismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otros), así como formulaciones terapéuticas de fácil administración y óptima eficacia para garantizar una mejor adherencia al tratamiento.

Las más adecuadas son aquellas que reducen las cifras de presión arterial durante las 24 horas. Lo ideal es mantener más de 50 % de sus niveles de máximo efecto durante el día. Para lograr esto, en caso de que se combinen 2 o más fármacos, se recomienda fraccionar las dosis y distribuirlos en las distintas horas del día, por ejemplo: si se combina un diurético con un betabloqueador se debe administrar el diurético en la mañana y el otro medicamento en la tarde o la noche.

Aunque la hipertensión arterial no puede ser definitivamente curada, existen una serie de hábitos de vida que unidos a la acción de los medicamentos antihipertensivos, pueden llegar a controlarla de forma sustancial y evitar así sus consecuencias. Entre estos se encuentran los siguientes:

- Todo adulto con más de 40 años debe vigilar periódicamente su tensión arterial, principalmente si sus padres o abuelos la han padecido.

- Realizar ejercicios físicos y evitar la obesidad.

- Disminuir el nivel de sal en la preparación de las comidas.

- Reducir al mínimo la grasa animal y llevar una dieta rica en verduras, legumbres, frutas y fibras.

- Limitar la cantidad de alimentos procesados y fritos.

- No fumar y evitar los ambientes contaminados por el humo del tabaco.

- Moderar el consumo de bebidas alcohólicas.

- No ingerir en exceso bebidas excitantes como café y el té, por citar algunas.

La hipertensión es un poderoso factor de riesgo cardiovascular que se agudiza cuando se asocia a colesterol elevado, diabetes mellitus o ácido úrico.

La HTA produce cambios estructurales en el sistema vascular. El gasto cardíaco y las resistencias periféricas provocan en primer lugar cambios funcionales, posteriormente se producen cambios estructurales que perpetúan y acentúan las alteraciones funcionales iniciales. Estos se producen a nivel de:

a) ventrículo izquierdo, mediante el remodelado y posterior hipertrofia ventricular izquierda;

b) arteriolas de resistencia, con remodelado de sus paredes que amplifica la resistencia vascular periférica;

c) microvascular, con disminución de la superficie capilar a nivel de diversos órganos y del músculo estriado (fenómeno de rarefacción vascular), que puede favorecer la resistencia a la captación de glucosa por el músculo y la consiguiente resistencia a la insulina y,

d) aorta y grandes vasos, reduciendo la elasticidad que contribuirá a incrementar más aún el componente sistólico.

El estrés es un factor psicológico importante en el desarrollo de la HTA. Las enfermedades crónicas son las responsables del 60% de las muertes en el mundo, por el impacto que tiene en la sociedad, dos de estas enfermedades han sido consideras pandemias mundiales, estas son la HTA y la DMT2, los países que son más afectos se encuentran en bajo y mediano desarrollo, en estos lugares habita el 80% del total de personas que padecen estas enfermedades, aunado a esto y de manera paradójica estos países reciben menos del 10% de los recursos mundiales destinados al control de estas enfermedades. Esta situación nos lleva a hacer una revisión de los factores psicológicos que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de estas patologías, los cuales se ha visto tienen relevancia en la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen estas enfermedades, por lo tanto también es importante saber cómo se aborda esta problemática desde la perspectiva de la psicología de la salud, y las posibles alternativas de solución que brinda para contrarrestar los efectos de estas enfermedades. Los factores de riesgo más estudiados y relacionados con las

enfermedades crónicas son: sedentarismo, sobrepeso u obesidad, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, colesterol elevado, distrés, etc. Si estos aspectos se modifican, ya sea atenuándolos o cancelándolos, se obtendría una disminución en los índices de morbilidad y mortalidad y en consecuencia, en el costo de los servicios, pero sobretodo se incrementaría sustancialmente la calidad de vida de las personas. Se ha investigado el papel que juegan los factores psicológicos en la etiología de las enfermedades crónicas, lo cual ha llevado a relacionar variables como: personalidad, ansiedad, depresión, estrés, rumiación, hostilidad e ira con el curso y pronóstico de estas enfermedades (Dos Santos & Tolstenko, 2008) (Riveros, Ceballos, Laguna, & Sánches, 2005). Se considera un predominio en personas que padecen enfermedades crónicas de vivencias negativas que son experimentadas intensamente, sin embargo, los resultados exponen evidencia poco clara, que no permiten el acuerdo y comprensión de la interacción de dichos aspectos (Molerio & García, 2004). El factor psicológico más estudiado en relación con la HTA es el estrés crónico el cual suele manifestar respuestas cardiovasculares y neuroendocrinas. De acuerdo a la Sociedad Española de HTA (2008) “las situaciones vitales y el estrés también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la HTA”. Selye (1982) propuso que el estrés puede considerarse como una reacción física y emocional compleja. Identificó 3 fases:

1) se presenta una reacción de alarma en respuesta a un factor de tensión que activa el sistema nervioso autónomo,

2) la fase de resistencia ocurre mientras el cuerpo se aclimata y ajusta al factor de estrés y,

3) la fase de fatiga, si la tensión persiste por mucho tiempo, a los cuales se le agregan factores residuales que pueden llevar a la enfermedad y su progresión.Las investigaciones han demostrado que el estrés excesivo es uno de los factores que contribuyen al desarrollo de diversos males tanto físicos como emocionales. A este proceso lo llamó Síndrome General de Adaptación. Se puede observar los cambios fisiológicos que se producen cuando una persona experimenta estrés, en algún momento determinado o cuando se vuelve crónico, según Selye (Branon & Feist, 2007). Las investigaciones sobre la diabetes e HTA, desde la perspectiva psicológica, proporciona una visión de cuáles son los efectos que la conducta ejerce sobre el control metabólico del organismo y por ende el desarrollo de diversas enfermedades. Se han identificado algunas de las variables psicológicas asociadas con las enfermedades crónicas como son: a) el aprendizaje social y b) la susceptibilidad individual en respuesta a situaciones de estrés; los cuales pueden afectar el funcionamiento biológico.

Es importante destacar la necesidad de un tratamiento integral para las enfermedades crónicas el cual debiera sustentarse en medidas no farmacológicas (modificación de estilos de vida, tanto de dieta como de ejercicio, manejo de las emociones, como la ira, la rumiación y el estrés), y por último un moderado apoyo farmacológico. El tratamiento adecuado tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir complicaciones, mantener la calidad de vida y reducir la mortalidad en las personas que padecen estas enfermedades.

Obesidad

La historia de la alimentación está estrechamente relacionada con la evolución del hombre y el desarrollo de su actividad laboral. los dos acontecimientos que más han influido en el desarrollo del hombre y que han condicionado su modo de vida (cultura, economía, alimentación, relaciones sociales) y su actividad laboral han sido las revoluciones neoliticas e industrial.

La manera en que nos alimentamos puede tener efectos beneficiosos o adversos en la salud cerebral. La Fundación Interamericana del Corazón (FIC) Argentina y Unicef, utilizaron los datos de la encuesta Nacional de nutrición y Salud (Ennys) para determinar los cambios en la relación que existe entre el estado nutricional y el nivel socioeconómico, con una muestra representativa del país para el periodo 2012-2018. Luego cotejaron el patron de consumo declarado con las Guias Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) y un sistema (NOVA) que clasifica los productos según cuan transformados están industrialmente (procesados). El análisis revelo que lo que comen esta lejos de las recomendaciones diarias en la mayoría de los grupos de alimentos de la GAPA, sobre todo el de frutas y verduras, su consumo es apenas el 22% de la cantidad recomendada. Representa solo el 3.3% de la anergia para una dieta promedio de dos mil calorías diarias, comparado con el 16% que recomiendan las guías. El resto de los grupos (lácteos, legumbres y cereales, frutos secos, aceites) oscilan entre el 55,6 y el 63,7% de la proporción diaria recomendada. La única excepción es el grupo de carne y huevo que alcanza el 99% de la recomendación. Los opcionales en dulce en cambio, que no deberían superar el 13.5% del aporte calórico diario, contribuye en la dieta en un 35%. Son los alimentos ultraprocesados ricos en grasas, sodio y azúcar que según los autores desplazaron en todo el pais, edades y nivel socioeconomico a los considerados los más naturales por la baja cantidad de aditivos incorporados.

Con esto también aumento la malnutrición u obesidad en todos los grupos etarios, sobre todo en los grupos con nivel educativo bajo y medio. Estos datos alarman por la doble carga que existe de la malnutrición por exceso y por déficit de nutrientes. Esta forma de mal alimentarse "argentina" que lleva el exceso de nutrientes, aumenta el riesgo de desarrollo de enfermedades no transmisibles (ENT), como obesidad, diabetes y enfermedad renal combinadas, síndrome metabólico o hipertensión, algunos tipos de canceres y otras causas de muerte. La prevalencia de malnutrición por exceso es altísima. La obesidad se vinculó a un aumento de la mortalidad global, principalmente por enfermedad cardiovascular.

Sabemos de la necesidad de cambiar el patrón alimentario y que lejos estamos de las recomendaciones de la GAPA y que mal con el sistema NOVA. Otro escenario de la alimentación en nuestro país se suma por la sanción de la Ley de etiquetado frontal, lo que podria reflejar como en Chile o Mexico, una tendencia positiva. El promedio de consumo de alimentos naturales o mínimamente procesados es tan bajo, que probablemente no se trate de un problema de costos, sino también cultural y de elecciones. También hay un alto grado de perdida y desperdicio de alimentos.

La nutrición desequilibrada, la hipodinamica y el estres son factores bien conocidos que se

identifican con frecuencia como la principal causa del incremento del IMC y de la obesidad. Todos esos factores, en combinación o por separado, también son determinantes para el desarrollo de enfermedades cardiovasculres (HTA, Infarto de miocardio, y enfermedad vascular cerebral, colelitiasis, osteoartritis y ciertas enfermedades del sistema musculoesquelético, dislipemia, hiperuricemia, etc). Los costos médicos directos e indirectos atribuibles a la obesidad se estiman en cifras astronómicas que superan los 51 mil millones de dólares.

El sobrepeso u obesidad está relacionado con el aumento de la morbilidad y la mortalidad.

El enfoque principal de la cuestión debe incluir la dieta, el estilo de vida y las intervenciones del comportamiento como parte de un enfoque individualizado para lograr una pérdida de peso sostenible.

Una de las leyes universales de la biología establece que todo animal ha de pagar un precio de trabajo muscular para conseguir la energía química proveniente de los alimentos, o como dice la Biblia "ganaras el pan con el sudor de tu frente", por lo que la supervivencia dependerá de la llamada "eficiencia de subsistencia" que expresa la cantidad de energía en forma de alimentos que puede adquirir para una determinada actividad física. La sustitución del trabajo muscular por la fuerza mecánica reduce la demanda energética y por ende el cambio en el tipo de alimentos que consumimos, así como la naturaleza y frecuencia de las comidas que ingerimos.

La eficiencia metabólica de conversión de la energía de reserva del organismo está determinada por la masa corporal, la edad, el sexo, los estados fisiológicos, como el efecto térmico del ejercicio y el cambio inducido por la propia ingestión de alimentos.

Hipócrates afirmo "que los alimentos sean tu mejor medicina" y hoy podemos asegurar que de cómo nos sentemos a la mesa dependerá nuestra calidad de vida y la cantidad de años que cumplamos.

La Obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por la acumulación excesiva del tejido adiposo en el cuerpo llegando a poner en riesgo la salud o la vida de quien la padece. Puede ser por exceso de ingesta, por mala ingesta (falsa obseidad), inducida por medicamentos (psicofármacos), entre otras causas. La OMS define la Obesidad cuando el Índice de masa corporal (IMC), cociente entre el peso y la estatura de un individuo al cuadrado es igual o superior a 30 kg/m2. También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal en hombres mayor o igual a 102 cm y mayor o igual a 88 cm en mujeres.

Se considera:

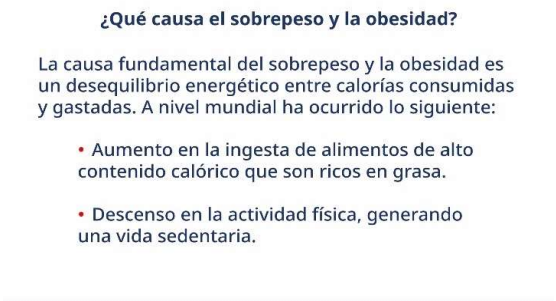
-IMC 25-29= sobrepeso

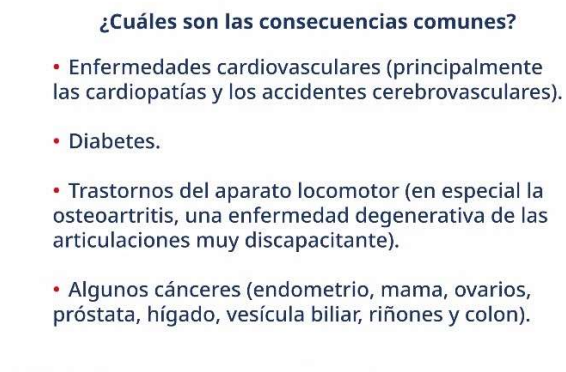
-IMC 30-34.9= obesidad moderada

-IMC 35-39.9= obesidad clínica

-IMC mayor a 40= obesidad mórbida en distintos grados

La Obesidad se ha convertido en una verdadera epidemia trayendo consigo un problema de salud pública a nivel mundial en donde cada año, como mínimo 2.8 millones de adultos fallecen por las consecuencias sobre la salud del sobrepeso o la Obesidad. Asimismo, los distintos tipos de obesidad son responsables de entre el 7 y el 41% de ciertos tipos de cáncer, el 23% de los casos de cardiopatía isquémica y el 44% de los casos de diabetes, la cual afecta actualmente a 347 millones de personas en todo el mundo. En Argentina 6 de cada 10 adultos presentan exceso de peso. Mas del 50% de la población Argentina tiene exceso de peso. Esto aumenta el riesgo de tener más de 200 problemas de salud como por ejemplo diabetes, Hipertensión arterial, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedad renal, del hígado, reflujo gastroesofagico, depresión, infertilidad, incontinencia de orina al esfuerzo, irregularidades menstruales y algunos tipos de cáncer. Produce además efectos sociales ya que el paciente obeso sufre discriminación y falta de respeto. Este prejuicio es tan intenso que cruza las barreras de la edad, religión, raza y nivel socio-económico, sufriendo de estrés social. La epidemia de obesidad es un fenómeno ampliamente estudiado en las últimas décadas, pero aun asi incompletamente comprendido, cuyo control se encuentra lejos del nivel deseable si consideramos las cifras crecientes de prevalencia observadas a nivel mundial. Si bien se han incrementado las acciones preventivas sobre los ambientes obesogenicos, existen escasos reportes del impacto de las iniciativas implementadas. Se identifican estrategias preventivas de obesidad recomendables, en general multisectoriales, multidisciplinarias y apoyadas en estructuras gubernamentales. Se señala como tópico emergente el enfoque sindemicoglobal de la obesidad, desnutrición, cambio climático y otras epidemias convergentes. se reconocen como desafíos regionales, la obesidad infantil y doble carga de malnutrición.





La Obesidad Mórbida es una enfermedad crónica, compleja, multifactorial y progresiva cuya gravedad afecta la calidad y expectativa de vida del individuo que la padece.

Miocardiopatía dilatada

La combinación de dilatación y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo o de ambos ventrículos, de origen idiopático o específico, define a la miocardiopatía dilatada. Constituye una causa importante de morbimortalidad cardiovascular por insuficiencia cardíaca congestiva o arritmias. Estudios de prevalencia estiman por lo menos tasas del 2-3% de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, y del 1,5% de ICC en la población general. Se han identificado más de 5 locus genéticos en la miocardiopatía dilatada familiar. Mecanismos patogénicos que contribuyen al desarrollo de la miocardiopatía dilatada idiopática incluyen el papel de algunos virus, anormalidades genéticas, respuestas inmunológicas e incremento de apoptosis miocárdica. Se define como miocardiopatía dilatada (MD) a la combinación de dilatación y de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo o de ambos ventrículos. Su origen puede ser idiopático o específico (de origen isquémico, hipertensivo, inflamatorio y otros). La MD se puede expresar clínicamente como un hallazgo casual de cardiomegalia, o ser responsable de arritmia, embolismo, insuficiencia cardíaca o de muerte súbita. La MD idiopática se presenta con una tasa anual de 5 a 8 casos por 100.000 personas, y es menos frecuente que las MD de origen específico. En sujetos del sexo masculino y de raza negra es 2,5 veces más frecuente. Debido a la alta prevalencia de la cardiopatía isquémica en la población general como causa de disfunción sistólica, es común agrupar a los pacientes con MD en dos grupos de acuerdo con la presencia o no de enfermedad coronaria obstructiva, como MD de causa isquémica o no isquémica. En la práctica clínica diaria, con frecuencia se diagnostica como MD a los pacientes en insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) por disfunción sistólica.

El diagnóstico definitivo de MD idiopática se hace por exclusión. Una cuidadosa historia clínica con examen físico, electrocardiograma y radiografía de tórax continúan siendo fundamentales. La ecocardiografía se ha impuesto como el método no invasivo más común mente utilizado para reconocer la dilatación ventricular y la disminución de la fracción de eyección características de esta condición. Típicamente se encuentra hipocinesia global con pobre engrosamiento parietal, pero pueden haber trastornos segmentarios de la contractilidad en vez de hipocinesia global, y ello está aso ciado a un mejor pronóstico. Si la dilatación se limita sólo al ventrículo izquierdo, el

pronóstico es más favorable. Comúnmente hay también agrandamiento auricular. En Estados Unidos se estima la aparición de unos 450.000 casos de ICC por año (en su mayoría de ori gen isquémico) con unos 250.000 fallecimientos anuales. En encuestas de prevalencia de disfunción sistólica realizadas en la población general utilizando ecocardiografía modo M se observaron tasas del 2-3% en adultos de 25 a 75 años, y del 4-6% en mayores de 65 años5. La prevalencia de ICC se ha estimado en un 1,5%, alcanzando 2-5% en mayores de 65 años. Estu dios epidemiológicos sugieren la aparición de 2-3 nuevos casos de ICC por 1.000 personas/año, y de 10-20 por 1.000 en mayores de 65 años6. La ICC representa un 5% de admisiones médicas en sujetos de > 65 años. Si se sospecha isquemia miocárdica será necesario practicar prueba de esfuerzo o ecocardiograma de dobutamina y/o angiografía coronaria en caso de duda. La detección de perfusión miocárdica anormal y disfunción ventricular segmentaria por medio de talio 201, o SPECT con tecnecio-99m-sestamibi antes y después de ejercicio puede identificar un origen isquémico. Sin embargo, en la MD no isquémica también pueden existir defectos regionales de perfusión, aunque en menor número y severidad.

6- CONCLUSIONES MEDICOLEGALES

Luego de revisar al paciente, y realizar el examen físico, evaluando la historia clínica e implicación medicolegal presentados en autos, puedo concluir que el Sr. Ponzoni Nestor Daniel presenta un cuadro polipatológico con patologías varias que representan una Incapacidad Física Total y Permanente del 66.6% (69%) según el Baremo para el fuero civil de Covello Keklikian y el método de la capacidad restante.

Entendiendo esto de la siguiente manera:

Capacidad total 100%

Por Artrosis poliarticular.....pag 104 cod 4904……20%

Por HTA.....pag 37 cod 2601…….10%

Por Miocardiopatia dilatada……pag 31 cod 2103……..20%

Por Obesidad.....pag 17 cod 1202…….35%

Por Perdida de piezas dentarias.....pag 43 cod 3116…….10%

Por dedo indice mano no habil ……pag 108 cod 5054……..8%

De determinar V.S. por ciertos los dichos de la demanda, mediante el análisis del resto de las pruebas (testimonial, documental, pericial técnica, etc.) y solo en tal supuesto verificado, desde la perspectiva médica estarían dadas las condiciones de causalidad entre lo patológico detectado y aquello por lo que aquí se reclama.

7- PUNTOS DE PERICIA

De la parte actora: Se designe perito médico de oficio, Luego de revisar al actor y sus antecedentes médicos, el galeno deberá evaluar cada uno de los aparatos y sistemas y de valerse de los pertinentes estudios complementarios, el auxiliar de la justicia deberá arribar al grado de incapacidad. Dejamos debidamente anotado que la evaluación de las secuelas deberá ajustarse al Baremo Médico - Covello Keklikian, con exclusión de cualquier otro, excepto que resulte más beneficioso a la parte actora. Efectuadas las aclaraciones precedentes, deberá el/la perito/a contestar el siguiente cuestionario en relación a la parte actora:

1. Realice una anamnesis y establezca los antecedentes personales de la persona demandante y su peso, talla e IMC actual.

Ver Antecedentes y Examen físico.

2. La persona demandante presenta lesiones de sistema músculo esquelético: evaluación clínica e imagenológica de Columna Vertebral / Cintura escapular / Pelvis / caderas / rodillas / tobillo y pies. Así como de miembros superiores en su totalidad desligando patologías de origen traumático y degenerativo que en virtud de su edad puedan haberse hecho presentes.

Ver Examen físico y Examnes complementarios.

3. Es portador de discopatías lumbares (afección / etiología / tratamiento / minusvalías que produce en su calidad de vida).

No presenta alteración funcional al examen físico ni a las distintas maniobras semiológicas.

4. Sufre de discopatías cervicales (afección / etiología / tratamiento / minusvalías que produce en su calidad de vida).

No presenta alteración funcional al examen físico ni a las distintas maniobras semiológicas.

5. Presenta patologías / limitaciones / lesiones en una o sus caderas / coxalgia bilateral / coxartrosis bilateral.

No presenta alteración funcional al examen físico ni a las distintas maniobras semiológicas.

6. Presenta patologías / limitaciones / lesiones en sus rodillas. En particular gonalgia bilateral / gonartrosis bilateral.

Si bien refiere gonalgia bilateral no presenta alteraciones semiológicas a la exploración física.

7. Presenta patologías / limitaciones / lesiones en sus brazos / manos. En particular artrosis bilateral.

Presenta signos de artrosis y dedo en Bent Finger en índice de mano izquierda.

8. Presenta patologías / limitaciones / lesiones en sus pies. En particular artrosis.

Según la interpretación de las imágenes radiológicas si.

9. Presenta patologías / limitaciones / lesiones en sus tobillos. En particular artrosis.

No hay limitación funcional si hay hallazgos radiológicos.

10. Presenta patologías / limitaciones / lesiones en sus hombros. En particular omalgia bilateral invalidante / artrosis.

No hay alteración funcional si hallazgos radiológicos.

11.Resulta obeso. Manifieste si constituye factor de riesgo para otras patologías.

Si. Ver Consideraciones medicolegales.

12.Presenta dislipemia. Indique en qué grado en caso de corresponder.

Si. La misma se encuentra a la fecha controlada con medicación.

13.Presenta antecedentes de colecistectomía.

Si.

14.Presenta deterioro auditivo, y su porcentaje de pérdida auditiva en ambos oídos.

No lo refirió.

15.Presenta presbicia, y/o astigmatismo, y/o cualquier otra patología en los ojos.

Utiliza anteojos de cerca y de lejos. Se interpreta como presbicia.

16.Presenta mal estado de salud bucodental, pérdida de piezas dentarias y enfermedad periodontal.

No hay evidencia a la fecha de enfermedad periodontal pero solo tiene 3 dientes propios.

17.Si existe alguna patología denunciada en la presente demanda que se haya omitido mencionar en los puntos anteriores que genere incapacidad, informando su valor.

Si. Dilatacion de cavidades izquierdas a nivel cardiaco.

18.Si la totalidad de las incapacidades, en su sumatoria, alcanzan o superan el 66% de la capacidad física del actor.

Si.

19.Si al margen de cualquier reglamentación que limite el acceso a la fuerza por razones de edad, el actor se encuentra en condiciones de superar un examen de salud de ingreso y en su caso, con que tipo de limitaciones.

Los exámenes preocupacionales están relacionados directamente con la tarea que se asignara a un trabajador, su propósito es determinar la aptitud del postulante conforme sus condiciones psicofísicas para el desempeño de las actividades que se requerirán es decir, para la cual se lo contrata y para prevenir agravamiento de lesiones existentes desconocidas producto de la tarea que va a desarrollar por lo que es imposible predecir esta cuestión.

20.Informe el galeno actuante, previo establecer la personalidad de base de la persona demandante, si la ausencia de cumplimiento de sus obligaciones por la aseguradora -traducida en insumo de esfuerzos, tiempo y actividad-, ha generado angustia, preocupación y zozobra.

Personalidad neurótica sin afectación evidente al interrogatorio por la ausencia de cumplimiento.

De la parte demandada: Se designe perito médico legista único de oficio a los fines que teniendo en cuenta las constancias de autos y mediante examen presencial al reclamante, se servirá informar:

1) Cualquier afección que posea la ahora reclamante, debiendo señalar en forma clara y mediante el método de la capacidad restante y el Baremo Médico – Covello Keklikian, el porcentaje de incapacidad permanente del reclamante al momento del cese de la relación laboral (01/01/2023). Resulta relevante que la incapacidad sea establecida, con la mayor precisión, para ese momento y no otro. Deberá para cada secuela ponderada estimar su grado y consignar el punto del baremo en que se encuentra incluida. Se solicita al Sr. Perito excluir del cálculo de incapacidad que efectúe y en consonancia con el artículo 6 de la póliza:

a) Enfermedades - y sus secuelas - que hubieran sido diagnosticadas antes de la entrada en vigencia del seguro, en caso de aplicar enfermedades preexistentes.

No presento.

b) Enfermedades Profesionales, según informa el Decreto 658/96,

Accidente de moladora con dedo índice izquierdo en Bent Finger.

c) Patologías Psiquiátricas y/o Psicológicas. Asimismo, se solicita al Sr. Perito excluir del cálculo cualquier afección que sea reversible por tratamientos médicos de cualquier tipo, según también lo que surge de la póliza.

No se evidenciaron.

2) Se servirá informar si el reclamante se encontraba o no, al momento del cese de la relación

laboral (01/01/2023) impedida de realizar cualquier tarea remunerada, ya sea en relación de dependencia o por cuenta propia y, en caso afirmativo, desde qué fecha.

No me consta el estado de salud del actor al momento del cese laboral. Sin embargo, eso dependerá de los exámenes preocupacionales. Los exámenes preocupacionales están relacionados directamente con la tarea que se asignara a un trabajador, su propósito es determinar la aptitud del postulante conforme sus condiciones psicofísicas para el desempeño de las actividades que se requerirán es decir, para la cual se lo contrata y para prevenir agravamiento de lesiones existentes desconocidas producto de la tarea que va a desarrollar por lo que es imposible predecir esta cuestión.

3) Se servirá el Sr. Perito señalar, con total claridad, que afecciones, limitaciones y/o incapacidades existían al momento del retiro (01/01/2023) y cuales resultaron posteriores al mismo.

Ver antecedentes médicos.

Que es todo por lo que puedo informar por lo que doy como presentado el Informe Pericial.

Quiera V.S. proveer de conformidad,

SERA JUSTICIA

Dra. Patricia Mariana Corti

MN 95.837

Signature Not Verified
Digitally signed by PATRICIA MARIANA CORTI
Date: 2026.09.29 15:56:22 ART