



SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
**GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA**

www.elsevier.es



CASO CLÍNICO

La calidad de la atención y las controversias médico-paciente

María del Carmen Dubón-Peniche^{a,*}, Rafael Gutiérrez-Vega^b, Jenny María del Carmen Pérez-Pérez^c y Flor Ivonne Castro-Hernández^c

^a Dirección de la Sala Arbitral, Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED, México D.F., México

^b Dirección General de Arbitraje, Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED, México D.F., México

^c Servicio Social, Licenciatura en Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México

PALABRAS CLAVE

Calidad; Cáncer mamario; Negligencia; Embarazo; México.

Resumen Se presenta el caso de una paciente, quien promovió su inconformidad ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), refiriendo que presentó tumor en mama y el facultativo demandado no estableció el diagnóstico, ni brindó el tratamiento en forma oportuna, debiendo acudir con otros médicos para su atención. Al analizar el caso, se determinó que existió mala práctica, por negligencia del demandado.

KEYWORDS

Quality; Breast cancer; Negligence; Pregnancy; Mexico.

The care quality and the doctor-patient disputes

Abstract We report the case of a patient who promoted their dissatisfaction in the National Medical Arbitration Commission (CONAMED), referring that she presented breast tumor and the defendant physician, did not established the diagnosis, nor provided the treatment in a timely manner, and must go to other doctors for attention. In analyzing the case, it was determined that there was malpractice, negligence of the defendant.

* Autor para correspondencia: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Mitla N° 250 esq. Eugenia, 3^{er} piso, Colonia Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F., México. Teléfono: 5420 7069. Correo electrónico: mdubon@conamed.gob.mx (María del Carmen Dubón-Peniche).

Introducción

La finalidad de la atención médica es prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades, así como mantener y promover la salud de la población. Uno de los objetivos de valorar la calidad, es el mejoramiento de los servicios que se brindan, así como de las formas y medios para producirlos.

Conocer la calidad con la cual se brinda la atención médica como primer paso para mejorarla, es una necesidad inherente al acto médico mismo.

Existen diversas definiciones de calidad, como la propuesta por la Organización Internacional para la Estandarización (organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales), la cual establece que la calidad se refiere a las características de un servicio que mejor satisfacen necesidades indicadas o implicadas. Ahora bien, para los servicios de salud, la calidad comprende factores específicos, como otorgar atención médica al paciente con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas¹.

La evaluación de la calidad de la atención médica puede realizarse a través de diferentes perspectivas, una de las más utilizadas es mediante estructura, procesos y resultados, otras se enfocan en las percepciones de usuarios y prestadores del servicio; actualmente, también se debe abordar el tema, mediante el análisis de las controversias, pues la queja médica se ha convertido en un indicador de gestión de calidad².

En este contexto, resalta la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de atención médica, así como de aplicar medidas efectivas que reduzcan la mala práctica médica y la gravedad de los daños en los pacientes.

Mediante el caso que se analiza, en el cual la paciente consideró que existió negligencia del demandado, se pone a disposición de los lectores, un marco referencial caracterizando las condiciones en las cuales se brindó la atención médica, así como su valoración conforme al cumplimiento de las obligaciones de medios ordinarios de diagnóstico y tratamiento establecidos por la *lex artis* médica.

Presentación del caso

De las notas médicas de Consulta Externa, se desprende que la paciente de 33 años de edad, con antecedentes gineco-obstétricos de 4 embarazos, 2 partos y un aborto, consultó al demandado, quien brindó 12 consultas de control prenatal de diciembre de 2008 a julio de 2009, reportándose en cada una de ellas la frecuencia cardíaca fetal, las semanas de gestación, el incremento en el peso corporal de la paciente, así como sus signos vitales.

El 21 de julio de 2009, ingresó a un hospital privado, la nota refiere que cursaba con 38 semanas de gestación, fondo uterino de 39 cm, presión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca fetal 144 por minuto, tratándose de embarazo normoevolutivo con aumento de peso corporal de 10 Kg. Se realizó ultrasonido que mostró feto único, vivo, placenta normal y peso acorde con la edad gestacional. En la historia clínica los antecedentes de importancia fueron: toxicomanías negativas; ooforectomía izquierda por quiste ovárico en 2006. La nota posparto señaló que mediante aplicación de fórceps Simpson, se obtuvo recién nacido femenino

con Apgar 9/9, placenta y líquido amniótico en parámetros normales. En el puerperio mediato la paciente evolucionó satisfactoriamente, siendo egresada por mejoría el 23 de julio de 2009.

El 26 de julio de 2009, el demandado reportó: primera visita posparto, todo bien; el 13 de septiembre de 2009, paciente asintomática; el 27 de septiembre, tumor mamario en cuadrante superior externo, de 2.5 cm, bordes irregulares, no doloroso, por lo que solicitó ultrasonido y estudios preoperatorios, considerando probable excéresis de fibroadenoma.

El 27 de septiembre de 2009, el ultrasonido reportó: mama derecha con imagen hipoecoica de bordes no bien definidos, zona retroareolar con discreta prominencia de los conductos galactóforos. Músculos y fascia retromamaria sin anormalidades aparentes. Impresión diagnóstica: cambios por mastopatía fibroquística. Imágenes sugerentes de ectasia ductal. Imagen hipoecoica de mama derecha de etiología a determinar.

El 12 de enero de 2010, la paciente fue hospitalizada por el facultativo demandado, quien elaboró historia clínica señalando que la paciente inició padecimiento en abril de 2009, al palparse un nódulo en mama derecha, también señaló su confirmación mediante ultrasonido mamario, por lo que programó biopsia excisional. Cabe mencionar, que en ninguna de las notas médicas se refiere información alguna relacionada con lactancia materna.

Ese mismo día intervino quirúrgicamente a la paciente, señalando en su nota operatoria, que empleando anestesia general, realizó incisión de 4 cm en cuadrante inferior externo de mama derecha; efectuó disección roma y cortante y extrajo la pieza quirúrgica (tumoración de mama derecha de 2 x 2 cm), dejó canalización y cerró por planos, pasando la enferma al área de recuperación con diagnóstico postoperatorio de carcinoma ductal invasor.

El Servicio de Patología Quirúrgica en su reporte transoperatorio estableció diagnóstico de carcinoma ductal invasor, con neoplasia en margen de sección. La paciente solicitó alta voluntaria, para continuar su atención con otro facultativo. El reporte definitivo del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica fue: carcinoma ductal invasor sin patrón específico, moderadamente diferenciado (Scarff-Bloom-Richardson 6, grado II de III), con invasión vascular y tumor multifocal en bordes quirúrgicos no referidos. El tamaño del tumor en la muestra 1.7 x 1.3 cm con bordes positivos. El parénquima no neoplásico mostró cambios fibroquísticos (adenosis simple y esclerosante, dilatación de conductos, metaplasia apocrina, hiperplasia secretora sin atipia, fibrosis e inflamación crónica del estroma).

La paciente aportó constancias de la atención que recibió por otros facultativos, de las cuales mencionan que durante el embarazo, notó un tumor mamario, informándole su médico que no era relacionado con ningún problema significativo, y posteriormente realizó biopsia que reportó carcinoma ductal invasor.

Nota del 26 de enero de 2010, reportó que se efectuó ultrasonido, el cual mostró nódulos en cuadrante superior externo de mama derecha y área anormal en región de axila, por lo que se realizó aspiración con aguja fina de un nódulo axilar, con diagnóstico histopatológico de metástasis de adenocarcinoma. Se consideró T2, N2, M0, Etapa III A, con

receptores estrogénicos y progestágenos positivos; HER-2/neu negativo, indicándose quimioterapia con posibilidad de radioterapia después de mastectomía.

Recibió 6 ciclos de quimioterapia, el 9 de junio de 2010 se realizó mastectomía total derecha con disección de nódulos de los niveles 1-3. El estudio histopatológico reportó carcinoma ductal invasor residual con efecto de tratamiento en el cuadrante superior externo derecho, sin invasión linfoscavascular. Asociación DCIS (carcinoma ductal *in situ*) grado 3 con cancerización extensa de los lóbulos; componente invasor de 3 mL a lo profundo del margen y el componente DCIS de 0.3 mL desde el margen profundo. Uno de los 14 nódulos fue positivo para enfermedad metastásica con foco de metástasis de 4 mL sin extensión extranodular. Se programó la continuación de los ciclos de quimioterapia hasta su finalización, reportándose el 14 de noviembre del 2010, razonable tolerancia al tratamiento de radioterapia (eritematosis grado I-II con mínima área de descamación en axila).

Análisis

En el presente caso, de las pruebas aportadas por las partes en juicio, quedó demostrado que el 9 de diciembre de 2008, la paciente asistió a consulta cursando la sexta semana de embarazo. El facultativo demandado efectuó consultas de control prenatal de diciembre de 2008 a julio de 2009, en los términos establecidos por sus notas de control obstétrico elaboradas en Consulta Externa.

El 21 de julio de 2009, la paciente ingresó al hospital privado, donde el demandado atendió parto, obteniéndose recién nacido femenino con Apgar 9/9, placenta y líquido amniótico en parámetros normales, según lo refirió la nota posparto. De igual forma, las notas médicas de los días 26 de junio y 13 de septiembre de 2009, acreditan que después del parto, la paciente asistió a consulta con el demandado, quien reportó que todo estaba bien.

En su informe, el demandado manifestó que en la revisión posnatal del 26 de julio de 2009, encontró toda su exploración física normal; sin embargo, no acreditó sus afirmaciones. En efecto, la nota médica de la citada fecha, demostró que incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento en esta atención, al no reportar: evolución, signos vitales, exploración física, indicaciones médicas, entre otras, pues sólo establece: “*primera visita posparto todo bien*”.

Este incumplimiento lo corroboró el dictamen pericial que ofreció en juicio el demandado, el cual señaló:

Pregunta: “*Si es cierto conforme al expediente clínico, que en la atención de la paciente del 26 de julio de 2009, existía alguna tumoración en mama*”.

Respuesta: “*Según consta en el expediente clínico la paciente acudió a su primera revisión posnatal, 5 días después del parto, no reportándose la presencia de ninguna tumoración mamaria y a la exploración física que se realizó, incluyendo los senos, todo estaba normal*”.

En ese sentido, la prueba mencionada se desestimó en alcance y valor probatorio, pues el hecho de que el perito interpretara que el médico demandado no reportó alteración alguna, no significa que en realidad el facultativo haya efectuado las valoraciones, ya que omitió reportarlas como se mencionó anteriormente, y por consecuencia, si en la nota fechada el 26 de julio de 2009, omitió señalar expresamente la exploración física de la paciente y la exploración

mamaria, esto demuestra incumplimiento con sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, así como con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, *Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama* y la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, *Del expediente clínico*, vigentes al momento de la atención.

En esos términos, fue acreditada la mala práctica, por negligencia, en que incurrió el demandado.

El 27 de septiembre de 2009, la paciente nuevamente asistió a consulta, la nota médica señaló que presentaba tumor mamario de 2.5 cm en cuadrante superior externo, de bordes irregulares, no dolorosa. Dicha nota, también señaló la realización de ultrasonido mamario, así como probable exéresis de fibroadenoma.

El demandado en su informe médico aseveró que el 27 de septiembre de 2009, la paciente acudió a segunda valoración posparto, refiriendo por primera vez que advirtió tumoración en cuadrante superior de mama derecha, de 2.5 cm de diámetro, de bordes regulares, no dolorosa, de fácil desplazamiento, sin cambios en la arquitectura de la piel y sin secreción por el pezón o retracción del mismo, por lo que realizó exploración física completa, incluyendo hueco axilar, sin encontrar ningún dato relevante.

La manifestación anterior se desestimó, pues no se aportó prueba alguna para comprobarla. Por su parte la nota de dicha consulta, no acredita que se hubiera efectuado la exploración aducida por el demandado, quien omitió realizar la valoración completa, pues ni siquiera reportó si existían cambios en la arquitectura de la piel, salida de secreción por el pezón o retracción del mismo, ni la exploración física de hueco axilar, como lo pretendió hacer valer en su informe.

El presente caso era sospechoso de patología mamaria, al existir tumor en cuadrante superior externo, de bordes irregulares, no doloroso, tal como lo refirió el demandado. Al respecto, la citada Norma Oficial Mexicana, *Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*, establece de manera particular los numerales que a continuación se transcriben:

8.1.- *A toda mujer con sospecha de patología mamaria se le debe realizar el siguiente procedimiento:*

8.1.1 *Historia clínica completa enfocada a la búsqueda de factores de riesgo de cáncer de mama.*

8.1.2. *Examen clínico completo con énfasis en las glándulas mamarias y zonas linfoportadoras (ganglios axilares y supraclaviculares) conforme a lo establecido en el apéndice normativo A.*

En ese sentido, el demandado no actuó con la diligencia que el caso ameritaba, contraviniendo lo establecido por la referida Norma.

Del dictamen pericial ofrecido por el demandado, se desprende que el médico si tuvo conocimiento de la existencia de la patología mamaria, porque advirtió la tumoración. Al dicho efecto, esta prueba señaló:

Pregunta: “*¿Si es cierto de acuerdo al expediente clínico, si existieron cambios en la piel de las mamas, modificaciones en pezones, secreción por los mismos o adenomegalias en la paciente?*”

Respuesta: “Según consta en el expediente clínico, existía solamente una tumoración en cuadrante superior derecho de mama derecha, de aproximadamente 2.5 cm de diámetro, de bordes regulares, no dolorosa, de fácil desplazamiento, sin cambios en la arquitectura de la piel, sin secreción por el pezón o retracción del mismo y sin adenomegalias.”

Por otro lado, se desestimó la prueba pericial, en cuanto a la afirmación del perito de que según consta en el expediente clínico la tumoración mamaria era de fácil desplazamiento, sin cambios en la arquitectura de la piel, sin secreción por el pezón o retracción del mismo y sin adenomegalias, pues esto sólo se refirió en el informe del demandado y no en su nota médica del 27 de septiembre de 2009, otorgándose valor preponderante a la nota sobre el informe, por el principio de inmediatez del caso y porque el resumen médico fue redactado de manera posterior y para fines de defensa.

En el expediente consta reporte de ultrasonido mamario, fechado el 27 de septiembre de 2009, el cual señala que el estudio mostró imagen hipoecoica de bordes no bien definidos, siendo la impresión diagnóstica: cambios por mastopatía fibroquística; imágenes sugerentes de ectasia ductal e imagen hipoecoica de mama derecha de etiología a determinar.

En esos términos, fue acreditado que el demandado incurrió en mala práctica, por negligencia, ya que detectado el tumor sospechoso de cáncer de mama, omitió brindar la atención oportuna y apropiada para el diagnóstico y tratamiento. Asimismo, se debe mencionar, que ante lo reportado por el ultrasonido, estaba obligado a brindar información a la paciente, así como a continuar su estudio para determinar la etiología. Abundando sobre este rubro, el propio demandado en su informe, reconoció que ese mismo día, se realizó ultrasonido de mama que mostró tumoración hipoecoica de bordes no bien definidos, por lo que se sugirió biopsia excisional con estudio transoperatorio para determinar el origen, y pese a ello incumplió su deber de diligencia, así también omitió asentar en sus notas médicas, que enteró a la paciente de su patología.

En su informe médico, el demandado pretendió desvirtuar la mal *praxis* en que incurrió, al manifestar que por ocupaciones múltiples de la paciente (cambio de domicilio, salidas de viaje, cercanía de fin de año), le llamó telefónicamente en varias ocasiones, para programar la fecha de la biopsia y cancelarla. Sin embargo, tales afirmaciones, lejos de favorecerle, aportaron elementos para tener por cierta su mala práctica, pues reconoció que estableció comunicación telefónica con la paciente en varias ocasiones, durante las cuales debió haber brindado información necesaria y oportuna, respecto de los riesgos de su padecimiento, tiempos de diagnóstico y tratamiento, tal como lo establecía la Norma, *Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*, que respecto a la información y consejería señala:

“6.- La consejería se considera como parte de las acciones encaminadas a la prevención, detección y diagnóstico del cáncer de mama.

6.1.2.1.- La consejería debe hacer énfasis en la efectividad y limitaciones del tratamiento y en el pronóstico de la enfermedad, con base en la particularidad del caso y las características personales de la usuaria.

6.1.3.- Se debe constatar que la usuaria ha recibido y comprendido la información proporcionada.

6.3.1.- La consejería debe llevarse a cabo en las unidades de consulta externa y hospitalización, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de la usuaria. Debe impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que la usuaria haga al personal de salud o al servicio.

6.3.2.- Se debe tener especial interés en proporcionar consejería a la mujer en consulta prenatal y cuando es candidata a cirugía mamaria.

7.2.1.- La prevención secundaria del cáncer de la mama se debe efectuar mediante la autoexploración, el examen clínico y la mastografía. Una vez detectada la lesión a través de estos procedimientos, se procede al diagnóstico confirmatorio y al tratamiento adecuado de manera oportuna y con calidad.

7.2.8.- Todas las pacientes que sean sospechosas de tener patología maligna de la mama, deben ser canalizadas al siguiente nivel de atención médica en forma oportuna.

La idea directriz en esa norma, es la oportunidad para la detección y tratamiento temprano, pues quedarse esperando a que la paciente regresara, como lo manifestó el demandado, es contrario a la intención de preservación de la vida que también tutela expresamente la citada norma.

Así, fue demostrado que el facultativo demandado, el 27 de septiembre de 2009, tuvo conocimiento de la tumoración en la paciente; sin embargo, no actuó en términos de lo establecido por *lex artis* médica, lo que contribuyó al retraso en el tratamiento, pues hasta el 12 de enero de 2010, realizó resección del tumor mamario. El propio facultativo en su informe, reconoció que no se efectuó la biopsia de la tumoración, sino hasta 3 meses y medio después de haberla diagnosticado, lo cual es contrario a los principios de oportunidad y celeridad en el tratamiento de esta patología.

Por otra parte, la pieza quirúrgica fue enviada a estudio transoperatorio reportándose carcinoma ductal invasor con neoplasia en margen de sección. Por su parte, el reporte definitivo señaló: invasión vascular y tumor multifocal en bordes quirúrgicos no referidos, así como tumor de 1.7 x 1.3 cm con bordes positivos. Conforme a lo anterior, es evidente que el demandado no marcó los límites de la pieza quirúrgica, lo cual era importante para conocer si estaban libres o no de neoplasia y contar con mayores elementos para orientar el manejo correspondiente.

Lo anterior, es un elemento más, para tener por cierta la mal *praxis* en que incurrió el demandado, pues confirma que no estudió, ni planeó debidamente, el manejo de la enferma, ya que al omitir injustificadamente marcar los límites de la pieza quirúrgica como lo indica la *lex artis* médica, nulificó la posibilidad de orientar la siguiente intervención quirúrgica (re-excisión).

A mayor abundamiento, en el expediente clínico no existe carta de consentimiento bajo información, lo cual confirma que se omitió informar a la paciente oportuna y anticipadamente a la intervención quirúrgica.

Mediante su informe médico, el demandado reconoció que con el reporte transoperatorio, salió a hablar con los familiares de la paciente, para informarles el diagnóstico, comentando que era importante ante tal situación platicar con la enferma para decidir la conducta, lo cual contraviene

lo establecido por la *lex artis* médica, pues como se mencionó, debe otorgarse a la paciente la información en forma anticipada a la intervención quirúrgica y no debe brindarse cuando su capacidad de comprensión es deficiente por encontrarse bajo anestesia y en el momento emocional del procedimiento quirúrgico.

Dicho de otra forma, el facultativo estaba obligado a informar a la paciente respecto de las alternativas de tratamiento, así como a obtener su consentimiento antes de la cirugía y no durante el acto quirúrgico e indirectamente con los familiares.

Así las cosas, ante la negligencia observada, la paciente optó por atenderse con otros facultativos, quienes establecieron clasificación T2, N2, M0, etapa IIIA. Se indicó quimioterapia, se realizó mastectomía radical modificada, y posteriormente se brindó radioterapia.

Discusión

Atendiendo a la literatura especializada, entre los factores de riesgo para cáncer mamario se encuentran: mujer mayor de 35 años, historia familiar o personal de cáncer mamario, nuliparidad, primer embarazo después de los 30 años, antecedentes de patología mamaria (displasias), menarca temprana (antes de los 12 años), menopausia tardía (después de los 50 años), uso prolongado de estrógenos (más de 5 años), obesidad, tabaquismo y diabetes³.

Las mujeres que realizan autoexploración mamaria, pueden detectar la presencia de tumoraciones; también puede existir dolor mamario, aunque este síntoma con mayor frecuencia indica trastorno mamario benigno proliferativo, más que carcinoma. Otros síntomas de presentación de cáncer de mama menos frecuentes son: crecimiento mamario, exudado por pezón y alteraciones del mismo, retracciones o cambios de la simetría, ulceración, eritema, masa axilar y rara vez, molestia ósea.

El cáncer mamario que coincide con el embarazo, es aquel que se diagnostica durante el mismo o dentro del año siguiente a su resolución⁴.

Según refiere la literatura médica, 0.2% a 3.8% de los embarazos pueden ser complicados por la presencia de cáncer de mama, aproximadamente 10% de los cánceres mamaros en mujeres menores de 40 años de edad, lo desarrollarán durante el embarazo⁵.

En la actualidad, existe tendencia al retraso de la maternidad por motivos sociales y profesionales, por lo anterior, se estima que en los próximos años ocurra incremento del cáncer de mama en el embarazo, por ello es necesario que ginecólogos, oncólogos, imagenólogos, entre otros, se preparen para atender este escenario de salud^{6,7}.

Generalmente, el ginecoobstetra concentra la atención en el desarrollo fetal, subestimando los síntomas mamaros, atribuyendo signos de enfermedad tumoral a cambios normales y posterga su estudio hasta el final del embarazo. El interrogatorio minucioso y el examen clínico detallado de las glándulas mamaras, en la consulta prenatal, son fundamentales para establecer el diagnóstico.

El dato clínico más frecuente es la presencia de tumor, cuya identificación obliga a su estudio. En 50% a 60% de las pacientes, el tumor es mayor de 2 cm al momento del diagnóstico. Se debe analizar el tamaño, consistencia, contornos, movilidad y asociación con cambios en la piel.

Toda mujer con sospecha de patología mamaria maligna por exploración clínica o mastografía de tamizaje, debe recibir una evaluación diagnóstica incluyendo valoración clínica, estudios de imagen y en su caso, biopsia, en un servicio especializado.

El diagnóstico de cáncer mamario en el embarazo, debe fundamentarse en los hallazgos clínicos, así como en los datos obtenidos mediante auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

El auxiliar diagnóstico de mayor utilidad en el cáncer de mama es la mastografía. Una alternativa en la paciente embarazada, es el uso de un método no invasivo como el ultrasonido, el cual puede ser empleado para distinguir tumoraciones quísticas y sólidas. Sin embargo, mediante dicho estudio, no es posible distinguir malignidad o benignidad en tumores sólidos.

Para determinar si un tumor es maligno o no, el diagnóstico debe establecerse mediante estudio histopatológico. La literatura especializada refiere varias técnicas: biopsia por aspiración con aguja fina, biopsia con aguja tru-cut, biopsias incisionales o excisionales, estas últimas superan la precisión diagnóstica de las primeras.

El diagnóstico clínico de cáncer mamario, requiere confirmación citohistopatológica mediante biopsia, la cual debe ser efectuada exclusivamente por el médico especialista. Entre las indicaciones clínicas para la toma de mastografía diagnóstica están: mujer con síntomas de patología mamaria a partir de los 35 años, mujer joven con sospecha de cáncer mamario, independientemente de la edad.

El tratamiento del cáncer mamario es multidisciplinario, por lo que se requiere la intervención de diversos especialistas. Los procedimientos quirúrgicos, en ocasiones requieren la combinación de esquemas terapéuticos sistémicos y loco-regionales. Entre los tratamientos quirúrgicos se encuentran: conservador, radical curativo, radical paliativo y reconstructivo. Asimismo, entre los esquemas terapéuticos complementarios: radioterapia complementaria o paliativa, quimioterapia neoadyuvante, adyuvante y paliativa, hormonoterapia (adyuvante y paliativa)^{8,9}.

Apreciaciones finales

- En el caso que se presenta, considerando lo alegado y probado por las partes durante juicio, quedó demostrado que el médico demandado incurrió en mala práctica, por negligencia, al adoptar una actitud contemplativa e incumplir las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.
- En este caso, se debe precisar, que de la simple contratación de servicios, se desprenden un conjunto de obligaciones para las partes que deben ser cumplidas conforme a los parámetros legales establecidos. En efecto, se trata de las obligaciones que son consecuencia natural de la contratación y entre ellas se encuentra el otorgamiento de prestaciones oportunas y de calidad idónea, así como, atención profesional y éticamente responsable, de la manera en que se encuentra previsto en el artículo 51 de la Ley General de Salud.
- Tanto la oportunidad como la calidad idónea, se rigen por la *lex artis* médica; en ese sentido, el paciente tiene derecho a recibir atención médica, insumos y en general, el servicio médico con arreglo a sus necesidades específicas.

- No se realizan pronunciamientos respecto de la atención brindada por facultativos distintos al demandado, pues no formó parte de la controversia planteada por las partes en juicio.
- En la actualidad se encuentra vigente la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA-2-2011, *Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*.

Recomendaciones

- Deber considerarse que en las mujeres mexicanas a partir de 2006, el carcinoma mamario se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2009 ocurrieron 4,964 defunciones atribuibles a cáncer mamario, lo que representó el 2% del total de defunciones ocurridas en mujeres, es decir, en ese año murieron por cáncer de mama, casi 14 mujeres por día.
- A las mujeres con sospecha de patología mamaria, se les debe realizar historia clínica completa enfocada a la búsqueda de factores de riesgo de cáncer de mama, así como exploración física completa con énfasis en las glándulas mamarias y zonas linfoportadoras (ganglios axilares y supraclaviculares), siendo necesaria la correlación entre los hallazgos clínicos y los estudios auxiliares de diagnóstico.
- En caso de sospecha de malignidad a la exploración clínica y/o estudios de imagen, es importante referir a la paciente con el especialista.
- La participación informada de la mujer y de su entorno familiar en la toma de decisiones, es otro aspecto esencial así como el soporte psicológico que ameritan estas situaciones.

Financiamiento

No se recibió ningún patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Aguirre-Gas H. Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. 3ª ed. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social-Noriega Editores; 2002. p. 387.
2. Robledo-Galván H, Aguilar Romero T, Fajardo Dolci G. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Rev CONAMED* 2012;17(4):172-175.
3. Consultado el 04 de marzo de 2012. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>.
4. Consultado el 06 de marzo de 2012. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011.
5. Prevención, Tamizaje y Referencia Oportuna de Casos Sospechosos de Cáncer de Mama en el primer Nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, diciembre 2011.
6. Rodríguez López R, Soriano García J, Díaz Mitjans O. Cáncer de mama y embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2007;33(3).
7. Leslie KK, Lange AC. Breast Cancer and pregnancy. *Obstetric Gynec Clin North Am* 2005;32:547-558.
8. Keleher AJ, Theriault RI. Multidisciplinary management of breast cancer concurrent with pregnancy. *Collective Reviews. J Am Coll Surg* 2001;194(1):54-63.
9. Sainsbury R. Effect on survival of delays in referral of patients with breast cancer symptoms: a retrospective analysis. *Lancet* 1999;353:132-135.