

Dra. María del Carmen Dubón-Peniche¹

Síntesis de la Queja.

La paciente refirió que fue operada por polimenorrea, miomatosis uterina y hernia umbilical, posterior a ello, se otorgó tratamiento sustitutivo hormonal, a pesar de tener antecedente de tumoraciones en mama, ocasionándole cáncer mamario.

Resumen clínico.

Hospital demandado.

Expediente clínico.

30 de octubre de 2006, Cirugía:

Paciente del género femenino de 46 años de edad, quien acude por hipermenorrea de larga evolución, el ultrasonido pélvico mostró hipertrofia endometrial y miomatosis uterina de medianos elementos, además presenta hernia umbilical. Se solicitaron estudios preoperatorios e interconsulta al Servicio de Ginecología.

5 de diciembre de 2006, Ginecología:

La paciente cursa con hiperpolimenorrea de larga evolución, cuenta con valoración preoperatoria. Se programa tratamiento quirúrgico para el 15 de enero de 2007, con diagnósticos: hipertrofia endometrial, miomatosis uterina y hernia umbilical.

14 de enero de 2007, Ginecología:

Ingresa paciente para histerectomía total abdominal. Refiere ciclo menstrual con aumento de sangrado, dismenorrea y dolor tipo cólico.

15 de enero de 2007, Hoja de operaciones:

Diagnósticos pre y postoperatorios: miomatosis uterina y hernia umbilical. Cirugía realizada: histerectomía total abdominal, salpingooforectomía izquierda, hernioplastia umbilical, sin complicaciones. Indicaciones: ayuno, esquema de soluciones parenterales, ketorolaco una ampolleta intravenosa cada 6 horas, cefotaxima 1 g intravenoso cada 8 horas, sonda Foley a derivación. 16 de enero de 2007, 9:00 horas, nota de evolución:

Signos vitales en parámetros normales; herida quirúrgica sin datos de infección, peristalsis presente. Indicaciones: diclofenaco intramuscular cada 12 horas.

17 de enero de 2007:

Evolución satisfactoria, herida quirúrgica en buen estado; egresa con analgésicos y antibióticos. Cita para retiro de puntos de sutura.

27 de enero 2007, 9:00 horas, nota de evolución:

Asiste para revisión. Exploración física: herida quirúrgica en proceso de cicatrización, dehiscente en zona inferior, sin datos de infección. Se realiza curación y se aplica vendotele. Plan: curación diaria, cita en una semana.

4 de febrero de 2007, Reporte de estudio histopatológico:

Leiomiomatosis uterina, endometrio proliferado con efecto progestacional, congestión de la serosa uterina y tubaria.

16 de febrero de 2007, Ginecología:

Evolución satisfactoria, cicatriz quirúrgica

sin datos de infección. Cita en tres meses.

19 de mayo de 2007, Ginecología:

Refiere sintomatología vasomotora. Plan: estrógenos conjugados 0.625 mg. una tableta diaria en forma continua; complejo B una tableta cada 12 horas por un mes. Mamografía y valorar alta en próxima cita dentro de 3 meses.

24 de junio de 2007, Medicina Familiar:

Refiere mastalgia de diez días de evolución. Exploración física: presencia de nódulos en ambas mamas. Plan: se suspende tratamiento hormonal; se solicita interconsulta al Servicio de Ginecología; se indica diclofenaco.

13 de agosto de 2007, Reporte de mastografía bilateral:

Tejido subcutáneo homogéneo, múltiples masas sólidas redondeadas de bordes definidos, sólo algunas con halo en la periferia, otras de bordes irregulares y confluentes. Mama derecha con masas redondeadas de distribución difusa, con cambios característicos por sustitución de grasa intramamaria. Sonográficamente se encontraron elementos sólidos múltiples de forma bilateral (cuatro en mama izquierda) de diferentes dimensiones. En el cuadrante superomedial masa sólida de 15x18 mm., sus bordes característicos corresponden a fibroadenomas múltiples. Adenopatía axilar de bordes definidos y centro radiolúcido que corresponde a origen inflamatorio; elementos vasculares prominentes.

¹ Directora Árbitro Médico de la Primera Sala en la Dirección General de Arbitraje. CONAMED.

Correspondencia: María del Carmen Dubón Peniche. Mitla 250 esquina Eje 5 Sur Eugenia, Col. Vértiz Narvarte. Del. Benito Juárez, C. P. 03020. México, D. F., México. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

18 de agosto de 2007, Ginecología:

Fibroadenomas mamarios; la paciente refiere mastalgia, mastodinia, tumoración dolorosa en mama izquierda de 3 cm., sólida, no fija. Mamografía con múltiples fibromas. Plan: Tamoxifen 1x2 vía oral por un mes, piroxicam 1x2 vía oral por un mes. Realizar electrocardiograma, radiografía de tórax, valoración y estudios de laboratorio preoperatorios para programar biopsia de mama. Reporte de biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), Departamento de Anatomía Patológica: Punción hemática con cariomegalia epitelial ductal de probable origen neoplásico (material celular epitelial escaso). Se sugiere biopsia a cielo abierto y correlación imagenológica.

20 de septiembre de 2007, Ginecología:

Requiere biopsia de nódulo mamario izquierdo, la cual se realizará el 28 de septiembre.

27 de septiembre de 2007, Nota de ingreso, Ginecología:

Antecedente de histerectomía total abdominal. Menarca a los 16 años, ciclos 32x4, vida sexual activa a los 23 años; gestaciones IV, partos II cesárea I, aborto I. Acude a consulta por hallazgo de nodulación en mama izquierda hace cuatro meses, mastalgia; ingesta de hormonales, biopsia por aspiración con aguja fina con cambios neoplásicos. Exploración física: cardiopulmonar y abdomen sin compromiso; mamas simétricas, no dolorosas. Diagnóstico: nódulo mamario izquierdo, probable fibroma.

28 de septiembre de 2007, Hoja de operaciones, Ginecología: Diagnóstico preoperatorio: nódulo mamario izquierdo, probable fibroadenoma. Operación realizada: biopsia de nódulo mamario. Técnica: anestesia general, incisión para-areolar de 3 cm., disección por planos. Se localiza confluencia de fibrosis con fasciculaciones radiales, toma de tejido, hemostasia y cierre por planos. Se deja Penrose. Termina el procedimiento sin incidentes ni complicaciones. Indicaciones: Solución glucosada, ketorolaco 30 mg., intravenosos cada 6 horas, ceftriaxona 1 g., intravenoso cada 8 horas.

29 de septiembre de 2007, nota de evolución, Ginecología:

Asintomática, heridas quirúrgicas limpias, Penrose drenando material serohemático moderado. Plan: alta, cita a retiro de Penrose.

5 de octubre de 2007, Ginecología:

Se retiran puntos de sutura, se indica paracetamol, naproxen, ranitidina y cita en una semana.

7 de octubre de 2007, Reporte de estudio histopatológico:

Adenocarcinoma ductal de glándula mamaria moderadamente diferenciado (Richardson Scarff Bloom, grado II), fragmentado (3x2x1 cm.) con permeación vascular linfática, afección perineural y extensión al tejido adiposo y límites quirúrgicos.

8 de octubre de 2007, Ginecología:

Diagnóstico de adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado. Se envía a Oncología para valoración y manejo.

9 de octubre de 2007, Oncología:

Diagnóstico: cáncer de mama izquierda, ultrasonido previo a la biopsia reporta la nódulo mayor de 1.5x1.8 mm. Reporte histopatológico de adenocarcinoma SBR III. Se solicita ultrasonido hepático y estudios preoperatorios para intervenir el 13 de octubre de 2007.

12 de octubre de 2007, nota de ingreso: Paciente del género femenino de 46 años de edad con diagnóstico de adenocarcinoma ductal de mama izquierda. Ultrasonido abdominal en parámetros normales; gammagrama óseo sin alteraciones; estudios preoperatorios en parámetros normales. Nódulo palpable en cuadrante superior interno izquierdo, doloroso, desplazable de aproximadamente 1 cm. Riesgo quirúrgico II para mastectomía izquierda.

13 de octubre de 2007, Hoja de Operaciones, Oncología: Diagnóstico preoperatorio: adenocarcinoma de mama izquierda. Cirugía realizada: mastectomía radical izquierda. Complicaciones: ninguna. Indicaciones: Vendaje torácico, drenovac, solución mixta, claforan 1 g., cada 24 horas, dolac 30 mg., cada 6 horas, ranitidina una ampolla cada 24 horas. Reporte de estudio histopatológico: Adenocarcinoma ductal de glándula mamaria poco diferenciado (Richardson Scarff Bloom grado III) invasor, con permeación vascular linfática, con dos áreas tumorales de 2.5 cm., que respeta el límite de sección quirúrgica profunda y se extiende a 4 ganglios linfáticos axilares. Hiperplasia linfática de 22 ganglios linfáticos axilares.

16 de octubre de 2007, Oncología:

Evolución satisfactoria, asintomática, colgajos íntegros, drenovac 100 cc en 24 horas. Egres a para continuar manejo como externa.

4 de noviembre de 2007, Consulta externa, Oncología:

Se reportan metástasis a 4 de 26 ganglios. Cita en un mes.

20 de enero de 2008, Consulta externa, Oncología: Asintomática, tres ciclos de quimioterapia;

no enfermedad palpable, laboratorio dentro de parámetros normales.

Marzo de 2008, Consulta externa, Oncología: No actividad tumoral, último ciclo de quimioterapia. Próxima cita a radioterapia; sin hormonoterapia por receptores negativos.

28 de julio de 2008: Nueve meses en control, terminó radioterapia, no hay datos de recurrencia; pendiente mamografía. Cita en tres meses.

19 de septiembre de 2008, Reporte de sonografía abdominal y pélvica: Negativo para malignidad.

31 de octubre de 2008, Consulta externa, Oncología:

Mamografía de control con calcificaciones en mama derecha (BIRADS 4). Se programa biopsia con marcaje.

23 de noviembre de 2008, Nota postquirúrgica:

Diagnóstico preoperatorio: sospecha de cáncer mama derecha. Operación realizada: biopsia con marcaje. Se efectuó extirpación de tejido con marcaje. Reporte de estudio histopatológico: Enfermedad fibroquística de la glándula mamaria con hiperplasia epitelial florida y microcalcificaciones, fibrosis estromal, ausencia de necrosis o neoplasia intraepitelial, infiltrado inflamatorio agudo y crónico de leve intensidad.

27 de diciembre de 2008, Oncología:

Mama derecha sin malignidad, sin datos de recurrencia en mama izquierda.

Análisis del Caso.

Antes de abordar el análisis del caso, es conveniente destacar el impacto que socialmente tiene brindar servicios de salud con calidad.

La preocupación por la calidad, es una constante en el desarrollo de los sistemas de salud. En México, mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios, han sido dos grandes vertientes, por ello la política en salud, ha sido dirigida a impulsar la protección de toda la población.

Otorgar atención médica de calidad, implica distintos componentes: organización de servicios, disponibilidad de recursos, competencia profesional, oportunidad, apego a los principios científicos y éticos, así como información y seguridad al paciente, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud, considera que la atención es de calidad, cuando reúne: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos,

mínimo de riesgos para el paciente, alto grado de satisfacción del paciente e impacto final en salud.

En ese orden de ideas, puede estimarse que la calidad no es un concepto absoluto, pues los beneficios y riesgos, deben ser establecidos atendiendo a estándares de beneficios factibles y riesgos prevenibles.

La atención médica se orienta a proteger, promover y restaurar el estado de salud de los pacientes, empleando para ello diferentes medios; en efecto, la combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que conforman las unidades de salud, aportan beneficios importantes; sin embargo, también existe riesgo de que ocurran desviaciones y eventos adversos. Las unidades de salud son interactivas y requieren alta participación de labor humana, por ello son vulnerables a presentar deficiencias.

La prestación incorrecta del servicio, puede tener origen en diversos factores, entre ellos: sistemas internos incapaces de brindar apoyo necesario al personal médico, insuficiencia de recursos, falta de personal, insuficiente información al paciente; empero, también pueden existir deficiencias derivadas del desempeño de los profesionales, al incumplir los principios científicos y éticos que orientan el ejercicio de la medicina.

Ahora bien, no basta con identificar lo que sucede, sino es un deber establecer medidas que permitan detectar oportunamente las desviaciones, con el propósito de evitar riesgos y daños.

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

Atendiendo a la literatura especializada, el cáncer de mama tiene mayor incidencia después de los 45 años, lo cual coincide con la edad en que puede iniciar el climaterio.

La Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer, establece que en la perimenopausia y postmenopausia, las actividades de prevención primaria deben estar encaminadas, entre otras cosas, a atenuar el impacto del síndrome climatérico y modificar los factores de riesgo.

En la atención de la mujer en la perimenopausia y postmenopausia, se debe valorar el riesgo-beneficio en relación a las alternativas de tratamiento, teniendo en cuenta las características individuales de la paciente.

Las actividades básicas en consulta a pacientes en la perimenopausia y postmeno-

pausia, deben tener por objeto valorar las condiciones generales de salud y, conforme a ello, determinar la conveniencia o necesidad de emplear tratamiento hormonal o no. Entre las citadas actividades, debe realizarse: historia clínica completa con mayor atención en la identificación de signos y síntomas producidos por hipoestrogenismo, los factores de riesgo para enfermedades crónico-degenerativas, principalmente osteoporosis, enfermedad cardiovascular, cáncer de mama y endometrio, alteraciones anatómicas y/o procesos infecciosos cervicovaginales, así como cualquier tipo de afectación en mamas, debiéndose realizar mastografía a toda mujer mayor de 40 años que considere iniciar terapia de reemplazo hormonal o estrogénico.

Las actividades de detección de cáncer de mama, incluyen tres tipos de intervención específica, los cuales van dirigidos a la población femenina, de acuerdo con su grupo de edad y vulnerabilidad e incluyen: autoexploración, examen clínico y mastografía.

La detección en cancerología, consiste en descubrir la afección maligna antes de que sea conocida a través de los síntomas. El cáncer de mama responde a los criterios definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Los médicos están obligados a realizar examen clínico de las mamas, antes de prescribir tratamiento hormonal (contraceptivos orales, terapia de reemplazo, inductores de ovulación, etc.), con el fin de evitar la administración de estrógenos en pacientes que pudieran tener cáncer.

El examen clínico de las mamas, debe realizarse también, en pacientes que consultan por razones médicas, independientemente de una afección mamaria; es decir, la exploración mamaria debe formar parte del examen general y realizarse en forma sistemática.

Por cuanto hace a los esquemas de tratamiento, deberá suspenderse la terapia de reemplazo, cuando se presente trombosis venosa profunda y/o tromboembolismo pulmonar, ictericia colestática, sospecha o presencia de tumoraciones mamarias malignas o de endometrio.

En el presente caso, la paciente fue atendida en el Servicio de Ginecología del Hospital demandado debido a sangrado uterino anormal (hiperpolimenorrea) y dolor abdominal de varios meses de duración.

En efecto, el 30 de octubre de 2006, fue valorada por el Servicio de Cirugía, quien

en su nota refiere que se efectuó ultrasonido pélvico el cual reportó hipertrofia endometrial y miomatosis uterina de medianos elementos, por ello se solicitaron estudios preoperatorios, así como interconsulta a Ginecología. Cabe mencionar, que la paciente también presentaba hernia umbilical.

En razón de lo anterior, el 15 de enero de 2007, se realizó histerectomía total abdominal, salpingooforectomía izquierda y hernioplastia umbilical, sin reportarse complicaciones, como lo acreditó la hoja de operaciones. La evolución de la paciente fue satisfactoria, por ello egresó del hospital el día 17 del mismo mes y año.

En ese sentido, no se observan irregularidades por cuanto a estas atenciones se refiere, pues el procedimiento quirúrgico estaba indicado para atender la patología que presentaba la enferma.

Ahora bien, el 19 de mayo de 2007, la paciente asistió a consulta refiriendo sintomatología vasomotora, secundaria a síndrome climatérico, por ello se indicaron estrógenos conjugados 0.625 mg., una tableta diaria en forma continua, complejo B una tableta cada 12 horas por un mes, se solicitó mamografía y se otorgó cita en tres meses para valorar el alta, según lo demostró la nota de Ginecología de la citada fecha.

En esos términos, fue demostrado que el personal médico del hospital demandado, incurrió en mala práctica, por negligencia, al incumplir las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba, pues no estudió suficientemente a la enferma, antes de indicar estrógenos conjugados. En la especie, no se efectuó historia clínica, ni exploración física de las mamas, tampoco mamografía o mastografía, antes de iniciar los estrógenos conjugados, contraviniendo así lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer, así como la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Cabe mencionar, que en términos de la lex artis médica, se debe valorar el estado general de salud de la paciente, para determinar la conveniencia o necesidad de emplear terapia de reemplazo, determinándose entre otras cosas, el riesgo para cáncer mamario, así como cualquier tipo de alteración mamaria. De igual forma, se debe realizar examen clínico mamario, antes de prescribir terapia de reemplazo, a fin de

evitar el empleo de estrógenos en pacientes que pudieran tener cáncer, situación que no ocurrió en el presente caso, debido a la negligencia observada.

Más aun, la nota de Ginecología del 19 de mayo de 2007, es concluyente al señalar, que se indicaron los estrógenos conjugados de manera previa a la realización de mamografía, lo cual demuestra la negligencia en que incurrió el personal médico, al no estudiar suficientemente a la paciente de manera previa al tratamiento de reemplazo.

Así las cosas, el 24 de junio de 2007, la paciente asistió a consulta por presentar mastalgia; en la exploración física se reportaron adenomas en ambas mamas, por ello se suspendió el tratamiento hormonal y se solicitó interconsulta a Ginecología, como lo acredita la nota de la citada fecha. De igual forma, quedó acreditada la realización de mastografía bilateral, mediante reporte del 13 de agosto de 2007.

La paciente fue valorada por Ginecología el 18 de agosto de 2007, encontrándose tumoración en mama izquierda, sólida, de 3 centímetros, dolorosa, por lo que efectuaron biopsia por aspiración con aguja fina, reportándose cariomegalia epitelial ductal de probable origen neoplásico.

Por lo anterior, el 27 de septiembre del mismo año, la paciente ingresó al Hospital y se realizó biopsia de nódulo mamario; el estudio histopatológico reportó: adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado, razón por lo cual fue referida a Oncología para su manejo, no observándose irregularidades, por cuanto a estas atenciones se refiere.

Es necesario puntualizar, que la mal praxis observada por el personal médico, no ocasionó el adenocarcinoma ductal, pues la negligencia estribó en el insuficiente estudio de la enferma. A mayor abundamiento, atendiendo a la historia natural de la enfermedad, deben transcurrir varios años en su evolución para que aparezca la neoplasia. En el caso a estudio, fue demostrado que el adenocarcinoma ductal estaba presente cuando se inició el manejo con estrógenos y se manifestó debido al cambio hormonal y sus efectos en la glándula mamaria. Dicho en otros términos, los estrógenos conjugados no generaron el cáncer de mama en la paciente.

Apreciaciones Finales.

El personal médico que atendió a la paciente por sintomatología vasomotora, secundaria a síndrome climatérico, incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.

La mal praxis, por negligencia, no ocasionó la afectación señalada por la paciente en su queja (cáncer de mama).

Existió incumplimiento a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia, así como por la Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

En términos de la Ley General de Salud, los usuarios de los servicios, tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, lo cual no sucedió en el presente caso.

Referencias Bibliográficas.

- 1 Espié M, Tournant B, Cuvier C. Epidemiología de las lesiones malignas de la mama. *Encycl Méd Chir* 2001; 840-A-15: 1-10.
- 2 Novoa A. Historia natural del cáncer de mama y factores pronósticos. *Encycl Méd Chir* 2001; 865-A-10: 1-5.
- 3 Séradour B, Dilhuydy M. Detección sistemática de los cánceres de mama. *Encycl Méd Chir* 2000; 860-A-10: 1-5.
- 4 Mathelin C, Gairard B, Bretes J, Ranaud R. Examen clínico del cáncer de mama. *Encycl Méd Chir* 1997; 8605-C-10: 1-14.
- 5 Evans D, Howell A. Breast cancer risk assessment models. *Breast Cancer Research* 2007; 9:213.
- 6 Zárate A. La controversia entre terapia de reemplazo con estrógenos y el riesgo de cáncer de mama en la menopausia. *Gac. Méd. Méx.* 2002; 138(1): 105-7.
- 7 Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy. *JAMA.* 2004; 291(14): 1701.
- 8 Stefanick M, Anderson G, Margolis K, Hendrix S. Effects of conjugated equine estrogen on breast cancer and mammography screening in postmenopausal women with hysterectomy. *JAMA* 2006; 295: 1647-57.
- 9 Chen Ch, Weis N. Hormone Replacement Therapy in Relation to Breast Cancer. *JAMA.* 2002; 287: 734-41.
- 10 Li Ch, Malone K, Porter P. Relationship between long durations and different regimens of hormone therapy and risk of breast cancer. *JAMA* 2003; 289: 3254-63.
- 11 Schainer C, Lubin J, Troisi R. Menopausal estrogen and estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk. *JAMA.* 2000; 283(4): 485-92.
- 12 Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA.* 2002; 288(3): 32133.
- 13 Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer.
- 14 Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer de mama.
- 15 Coombs NJ, Taylor R, Wilken N. Hormone replacement therapy and breast cancer. Estimate of risk. *BMJ.* 2005; 331: 347-349.
- 16 Santen RJ, Pinkerton J, McCarney C. Risk of breast cancer with progestin a combination with estrogen as hormone replacement therapy. *J. Clin. Endocr. Metabol.* 2001; 86: 16-22.
- 17 Rebbeck TR, Friebe T. Effect of short term. Hormone replacement therapy on breast cancer risk reduction after bilateral prophylactic oophorectomy in BRCA 1 and 2 mutations carriers. *J. Clin. Oncol.* 2005; 23: 1-5.
- 18 Shelley H, Chow T. Risk factors for estrogen receptor positive breast cancer. *Arch. Surg.* 2005; 140: 58-62.
- 19 Llobera M. Historia natural del cáncer de mama. *Mastología 2a ed.* Fernández Cid.- Masson: Barcelona, 2000. Cap. 27. 407-411.
- 20 Fernández Cid A, Fabregas PN, Manubens M. Acción hormonal y cáncer de mama. *Mastología 2a. ed.* Fernández Cid. Masson: Barcelona, 2000. Cap. 30. 431- 440.
- 21 Lipton A. Hormonal influences on oncogenesis and growth. *Breast Cancer.* Churchill Livingstone: New York, 1999. Chap 4. 39-57.
- 22 Flores Sandí. Indicadores de calidad en la pericia forense. *Med. Leg. Costa Rica.* 2004; 21(1): 119-128.