

# El incumplimiento de las obligaciones de diligencia y la responsabilidad civil. Caso de arbitraje médico

## *The Breach of the Diligence Obligations and the civil responsibility. Medical Arbitration Case*

Ma. del Carmen Dubón-Peniche,<sup>1</sup> Rafael Gutiérrez-Vega,<sup>2</sup> María Eugenia Romero Vilchis,<sup>3</sup> Paola Monserrat Herrera Reyna,<sup>4</sup> Germán Fajardo-Dolci.<sup>5</sup>

### ▷ RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente, quien promovió queja en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, refiriendo que debido a sangrado al orinar y dificultad para la micción, acudió en varias ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital demandado, donde se diagnosticó hematuria macroscópica en estudio, indicándole calmantes, sin solucionar su patología; por ello asistió a hospital privado donde fue operado por tumor vesical. Al analizar el caso, se determinó que existió mala práctica, por negligencia del demandado, resultando procedente la pretensión reclamada por el paciente.

**Palabras clave:** Expediente clínico, incumplimiento obligacional, mala práctica, México.

### ▷ ABSTRACT

*The case of a male patient, who promoted a complaint to the National Commission of Medical Arbitration, is described. The patient referred that due to urinary bleeding and micturition difficulty, he attended on several occasions the Emergency Service of the sued Hospital, where the diagnosis of macroscopic hematuria under study was made and he was prescribed tranquilizing agents, without resolution of his condition. For such reason, the patient decided to visit a private hospital, where he underwent surgery because of a vesical tumor. When analyzing the case, it was established there had been malpractice, by negligence of the demanded facility, for which the claim demanded by the patient is effective.*

**Keywords:** Clinical file, obligatory breach, malpractice, Mexico.

1Directora de la Sala Arbitral, Dirección General de Arbitraje, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

2Director General de Arbitraje Médico. Profesor del Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

3Subdirectora Jurídica de la Sala Arbitral, Dirección General de Arbitraje, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

4Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

5Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

*Correspondencia:* Dra. Ma. del Carmen Dubón Peniche. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Mitla # 250 esq. con Eugenia 3er. piso, Col. Vertiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P 03020. Teléfonos: 54207069. Correo electrónico: mdubon@conamed.gob.mx

## ▷ INTRODUCCIÓN

La medicina y su ejercicio se orientan a preservar los bienes más preciados del ser humano: la vida y la salud, los cuales están tutelados por el ordenamiento de mayor jerarquía jurídica, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; es decir, se encuentran protegidos por el orden jurídico nacional en distintas formas: la vida, como un derecho personalísimo y la salud como la garantía que se traduce en el derecho a la protección de la salud.

En el ejercicio de la medicina es necesario revisar diversos aspectos, entre ellos las repercusiones legales contempladas en el marco jurídico vigente en México. Hoy en día es importante que el médico cuente con información actualizada, la cual le sea útil para el desarrollo óptimo de sus actividades cotidianas, pues resulta imprescindible, entre otras cosas, que conozca sus derechos y sus obligaciones, contexto en el que vale la pena recordar el principio general del derecho, el cual señala que la ignorancia de la ley no exime de su cumplimiento, de tal manera que el profesional de la medicina, no podrá alegar que no cumplió con una disposición, por el hecho de no conocerla; aunque también puede suceder lo contrario, pues existen derechos que muchas veces no se ejercen debido a su desconocimiento.

En ese sentido, el acto médico debe realizarse conforme a los fines establecidos por la ley, así como a lo dispuesto por las Normas Oficiales Mexicanas y la *lex artis* médica, procurando el apego a las reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), mediante el proceso arbitral ofrece a la ciudadanía una opción idónea para resolver en forma definitiva las controversias en materia de prestación de servicios de atención médica, sin necesidad de recurrir a instancias jurisdiccionales. A efecto de evaluar correctamente las controversias derivadas de la prestación de servicios de atención médica, así como los derechos y obligaciones de las partes, CONAMED emplea una metodología de análisis de casos, ajustada a las disposiciones legales aplicables a la materia.

Mediante el análisis, identifica las condiciones (tiempo, modo y lugar) en las que se realizó el acto médico, el cumplimiento de las obligaciones de medios, los elementos de la historia natural de la enfermedad, elección del tratamiento, interconsultas, referencias a otros niveles de atención, participación de otros profesionales, idiosincrasias, accidentes, complicaciones, su detección y manejo. Asimismo, determina si existieron factores de tipo administrativo que pudieron incidir en la atención brindada, entre otros.

La valoración de los citados elementos, permite determinar si la atención se otorgó en apego a los parámetros establecidos por la literatura de la especialidad, o bien, si existió mala práctica, y si ésta causó daño al paciente.

En este artículo se presenta una controversia médica en la cual el paciente argumentó mala práctica del hospital demandado.

## ▷ CASO CLÍNICO

Masculino de 74 años de edad, quien el 24 de marzo de 2010 fue referido de la Clínica de Medicina Familiar al Servicio de Urología del hospital demandado, para valoración y tratamiento, con diagnóstico de hematuria macroscópica de cuarenta y cinco días de evolución, tratada mediante trimetoprima sulfametoxazol y amikacina. En el citado hospital, solicitaron ultrasonografía renal y vesical, reportándose el 22 de mayo de 2010: litiasis renal bilateral, alteración inflamatoria del parénquima renal derecho, quiste simple de riñón derecho, vejiga urinaria sin alteraciones ecográficas al momento del estudio. También se realizó determinación de hemoglobina (15.2 g/dL) y hematocrito (45.4%). El 26 de mayo de 2010 en Urgencias, se reportó hematuria constante, agudizada el día previo; coágulos en orina, retención urinaria, disuria, poliuria y dolor abdominal. En los antecedentes personales: diabetes mellitus tipo II de tres años de evolución, tratada con glibenclamida. En la exploración física: tranquilo, activo, hidratado; cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, sin dolor, peristalsis presente. Se realizó tacto rectal, sin palpase crecimiento o tumor. En esta consulta presentó resultados de estudios realizados el 23 de mayo de 2010: ultrasonografía renal con alteración inflamatoria del parénquima y quiste simple de riñón derecho. Examen general de orina: proteínas 100 mg/dL, hemoglobina (++) , células epiteliales dos por campo, leucocitos cuatro por campo, eritrocitos incontables, cristales urato amorfo, bacterias escasas, antígeno prostático 0.32, glucosa 107, urea 39.1, creatinina 1.26, ácido úrico 7, colesterol 195, hemoglobina 15.2, hematocrito 45.4, plaquetas 171,000, leucocitos 8.6. Se interconsultó a Urología donde señalaron que se trataba de cistitis y recomendaron antibiótico, siendo la impresión diagnóstica: cistitis aguda y hematuria, por lo que se indicó ciprofloxacino 500 mg vía oral cada 12 horas por 10 días, butilhioscina una tableta cada ocho horas por tres días, paracetamol una tableta cada ocho horas por tres días; dieta libre de alcohol, café, refresco, lácteos, carne roja y embutidos y evitar el consumo de tabaco, cita abierta a Urgencias, continuar valoración y tratamiento en Geriátrica y Urología.

El 27 de mayo de 2010 fue atendido en Urgencias, ocasión en la que el paciente refirió hematuria, cefalea y dolor en extremidades inferiores, de tres meses de evolución; presentaba retención aguda de orina por lo que se colocó sonda Foley drenando 150 cc de orina inicial hematurica (probablemente postraumática) y posteriormente normal. Se solicitó interconsulta a Urología, donde indican su ingreso con diagnóstico de hematuria en estudio; se solicitaron exámenes de laboratorio e instalación de cistoclis. Ese mismo día fue dado de alta, reportando la nota que el paciente estaba afebril, consciente, orientado, hidratado, con ruidos cardiacos rítmicos y normales, campos pulmonares ventilados, abdomen blando, depresible, no doloroso, peristalsis presente. Se indicó ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas por diez días, paracetamol 500 mg cada ocho horas, cita a Consulta Externa de Urología, reportándose hemoglobina de 12.1 g/dL y hematocrito 36.8%.

El 1 de junio de 2010, ingresó al Hospital particular, programado para resección transuretral de próstata. La nota quirúrgica reportó: Diagnóstico preoperatorio.- Hipertrofia benigna prostática, hematuria en estudio. Operación proyectada.- Resección transuretral de próstata más cistoscopia. Diagnóstico posoperatorio.- Tumor de vejiga. Operación efectuada.- Resección transuretral de tumor de vejiga más resección transuretral de próstata. Anestesia regional. Hallazgos: tumor de vejiga; próstata pequeña. Sin complicaciones. Pasa a su cuarto con antibióticos y analgésico.

Al día siguiente, Urología lo reportó asintomático con signos vitales en parámetros normales; sonda Foley drenando orina clara, por lo que fue dado de alta con cita para retiro de sonda. El reporte de estudio histopatológico del 3 de junio de 2010 estableció diagnósticos de: resección transuretral vesical con carcinoma papilar superficial de células transicionales grado II según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de bajo grado de acuerdo al consenso de la ISUP; resección transuretral de glándula prostática con hipertrofia fibromuscular.

El paciente se quejó ante la CONAMED. Durante la etapa conciliatoria, las partes no lograron dirimir su controversia, siendo su voluntad someterla a juicio arbitral.

En el análisis del caso, de lo alegado y probado por las partes, se demostró que el 24 de marzo de 2010, el paciente acudió a la Clínica de Medicina Familiar, por hematuria de cuarenta y cinco días de evolución que no cedía pese a tratamiento médico, siendo referido al Servicio de Urología del Hospital demandado. El 26 de mayo de 2010 por hematuria y retención urinaria, recibió atención

por el Hospital demandado, interconsultándose al Servicio de Urología, donde estimaron que se trataba de cistitis aguda, por ello se indicó tratamiento mediante antibiótico, antiespasmódico, analgésico, valoración por Geriátrica y Urología, dejando cita abierta. Lo anterior, acredita que el personal médico del demandado, incurrió en mala práctica, por negligencia, al incumplir las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba. En efecto, el paciente presentaba hematuria crónica, debido a lo cual era necesario realizar cistoscopia para identificar la causa y sitio del sangrado, pues el estudio de ultrasonografía renal no era concluyente, lo que demuestra que el enfermo fue estudiado y tratado de manera insuficiente. Aunado a lo anterior, el demandado durante el juicio no acreditó la atención del paciente a cargo de Urología, pues en el expediente clínico no obran notas médicas de dicho Servicio. Ahora bien, el 27 de mayo de 2010, el enfermo nuevamente asistió al Servicio de Urgencias del Hospital demandado, en esta ocasión además de hematuria, presentaba retención aguda de orina, debido a lo cual se instaló sonda Foley. Ese mismo día fue ingresado al Servicio de Urgencias, solicitándose interconsulta a Urología, estableciéndose diagnóstico de hematuria en estudio. La nota de evolución del 27 de mayo, señaló que se encontraba afebril, consciente y orientado, se solicitaron exámenes de laboratorio no especificados e instalación de cistoclis, pese a lo cual fue dado de alta con diagnóstico de hematuria resuelta e infección de vías urinarias. En efecto, se mencionó que el egreso era por mejoría y se indicó manejo conservador. Dicha atención confirma la mala práctica, por negligencia, a cargo del personal médico del demandado, pues quedó demostrado que el paciente fue estudiado y tratado de manera insuficiente. Durante la citada hospitalización, el enfermo no fue estudiado de manera integral, y si bien es cierto que se solicitó interconsulta al Servicio de Urología, también es cierto que no se demostró tal atención, pues en el expediente clínico no existen constancias del mismo.

El enfermo presentaba cuadro agudo caracterizado por hematuria macroscópica significativa, de larga evolución con retención aguda de orina y síntomas obstructivos e irritativos importantes, lo cual fue soslayado por el personal médico del demandado, que adoptó una actitud contemplativa, al egresarlo sin haberlo estudiado y tratado conforme a lo establecido por la *lex artis* médica.

Según refiere la literatura urológica, la presencia de hematuria macroscópica en pacientes de edad avanzada (en el presente caso de 74 años de edad), puede corresponder hasta en 22% de los casos a neoplasias vesicales o neoplasias del tracto urinario superior, por ello es

necesario identificar la causa específica de la hematuria, situación que no ocurrió en este caso, debido a la negligencia en que incurrió el personal médico.

A mayor abundamiento, fue demostrado que el personal médico no valoró debidamente la magnitud de la hematuria, pues la hoja de Urgencias del 26 de mayo de 2010, refiere hemoglobina de 15.2 g/dL y el día 27 del mismo mes y año se reporta hemoglobina de 12.1 g/dL, lo cual muestra descenso de más de 3 g/dL e indica que la hematuria era significativa, situación que no fue considerada por el citado personal.

Cabe mencionar que la falta de notas médicas en el expediente clínico, demuestra incumplimiento a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 a este respecto. Sobre este rubro, es de especial interés señalar lo siguiente:

a. En términos de lo previsto en el Artículo 51 de la Ley General de Salud, los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Por lo anterior, uno de los mínimos de calidad y de atención profesional y éticamente responsable exigidos en la prestación médica, es que todo paciente debe tener un expediente clínico (el cual ha sido definido en términos del párrafo 4.4 de la Norma Oficial del expediente clínico de la siguiente manera: *El conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias*) en el que deben registrarse, en términos de la *lex artis* los actos médicos realizados, las notas de evolución del paciente, en su caso las notas deliberativas del personal médico, las notas de enfermería, los resultados obtenidos mediante el concurso de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y, en general, la información clínica inherente al caso, y agregarse, asimismo, el conjunto de documentos inherentes a la relación jurídica médico-paciente.

b. Tal expediente es, además, instrumento esencial del trabajo médico, y se integra bajo el régimen constitucional y legal que nos rige, bajo el principio de libertad prescriptiva, y para ello el personal está ampliamente facultado para asentar en el mismo lo que estime pertinente, pues además de servir para documentar el estudio y atención del caso, es un instrumento preconstituido, en el cual el personal documenta la legitimidad de su actividad y la pertinencia de su acción.

- c. Por lo anterior, se ha estimado obligatoria la emisión y conservación del expediente clínico en términos de lo que especialmente previenen el citado Artículo 51 de la Ley General de Salud, los artículos 9 y 32 de su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998.
- d. La Norma citada, señala expresamente en su párrafo 5.1. que *los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.*
- e. Bajo las reglas anteriores, conforme a las disposiciones arriba citadas y especialmente atendiendo al principio de libertad prescriptiva, la falta de expediente clínico y las irregularidades en su integración, *han de entenderse imputables al prestador de servicios*, y no puede ser de otra manera pues es instrumento esencial de trabajo del prestador médico; él mismo es el encargado de producirlos e integrar el expediente.
- f. De lo anterior se sigue que la no emisión del expediente, las omisiones en su integración, la no conservación o la falta de entrega en juicio, producen los mismos efectos de incumplimiento, contraviniendo así disposiciones de orden público y los derechos esenciales del paciente en la atención médica.
- g. Más aun, es una carga procesal hacia el demandado prevista en la fracción III del Artículo 260 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, aplicado supletoriamente, la de precisar y exhibir los documentos que tienen relación con los hechos controvertidos y en la especie el expediente clínico se encuentra inmerso en este régimen.
- h. Por si fuera poco, es prevención especial del Artículo 287 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, último párrafo, que han de tenerse por ciertos los hechos que sustente la contraparte cuando no se exhiba a la inspección del tribunal el documento que tenga en su poder, disposición que igualmente estuvo prevista en el Compromiso Arbitral suscrito por las partes.
- i. De igual forma, es prevención especial la contenida en el párrafo primero del Artículo 266 del citado Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, en el sentido de que al contestar la demanda (en este caso al rendir el informe médico) es necesario

precisar los documentos relacionados con el caso y exhibirlos oportunamente, so pena de ser tenidos por fictamente confesados los hechos correspondientes.

- j. De la misma manera, el Artículo 58 del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de esta Comisión Nacional, exige a los establecimientos la presentación oportuna del expediente clínico.
- k. Bajo los preceptos anteriores, la falta de notas del expediente clínico en las que conste la atención médica del paciente, produce las siguientes consecuencias de derecho en el presente caso:
  - i. La de tener por cierto que en la especie no se cumplieron los mínimos de calidad y de atención profesional y éticamente responsable, exigidos en la prestación médica de este paciente, pues resulta incompleto el expediente clínico.
  - ii. La de tener por cierto que no se cumplieron los mínimos esenciales de estudio y tratamiento del paciente, y que las manifestaciones del mismo en el sentido de que existió mal *praxis*, es decir negligencia médica, han de tenerse por ciertas.
  - iii. Que en la especie se contravinieron, por negligencia del demandado, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, en perjuicio del paciente.
  - iv. Que ha de tenerse por confeso al demandado de los hechos que le atribuye el actor, pues no ofreció pruebas en descargo de los mismos. Luego entonces, fue demostrado que debido a la negligencia observada por el personal médico del demandado, el paciente justificadamente continuó su atención en medio privado.

El expediente clínico del hospital particular, acredita que fue hospitalizado el 1 de junio de 2010, a fin de efectuar resección transuretral de próstata. La nota quirúrgica señaló diagnóstico preoperatorio de hipertrofia benigna prostática y hematuria en estudio. La operación proyectada fue resección transuretral de próstata más cistoscopia. Durante el procedimiento quirúrgico se efectuó resección de próstata y se detectó tumor vesical, el cual fue resecado sin complicaciones, según lo refirió la nota.

El reporte de estudio histopatológico estableció diagnósticos de: a) Resección transuretral vesical.- Carcinoma papilar superficial de células transicionales grado II; b) Resección transuretral de glándula prostática.- Hipertrofia fibromuscular.

No se realizaron pronunciamientos respecto de la atención brindada en medio particular, pues no formó parte de la controversia planteada en este caso.

## ▷ DISCUSIÓN

Atendiendo a la literatura de la especialidad, se denomina hematuria a la presencia de sangre en orina, la cual puede ser macroscópica (se advierte a simple vista) o microscópica (se advierte mediante el empleo de microscopio). Se estima que la hematuria es un dato de enfermedad genitourinaria grave, hasta no comprobarse lo contrario.

La hematuria no debe ser soslayada, no importa cuán trivial sea el sangrado que se observa; una completa valoración urológica para identificar su causa es obligatoria.<sup>1,2</sup>

La cistoscopia debe ser efectuada durante los episodios de hematuria macroscópica, para determinar el origen del sangrado. La hematuria puede ser inicial, total o terminal. La inicial se presenta al comenzar la micción y frecuentemente indica enfermedad de la uretra. La hematuria terminal se presenta al final de la micción y usualmente indica enfermedad cercana al cuello vesical o a nivel de la uretra posterior. Por su parte, hematuria total se refiere a la que persiste a través del paso de orina y frecuentemente indica alteración patológica a nivel del cuello vesical o más alta. La mancha sanguínea que puede observarse en la ropa interior, asociada a orina clara, puede indicar enfermedad en la uretra distal.<sup>3-5</sup>

Según refiere la literatura especializada, el 60% de los casos de hematuria se debe a sangrado del tracto urinario medio o inferior, y de éstos un elevado número puede corresponder a neoplasias vesicales. No existe relación entre el grado de hematuria, el tamaño y el tiempo de evolución de un tumor vesical.<sup>6</sup> Un tumor papilar que distiende enormemente la vejiga puede causar hematuria leve, mientras que una pequeña afectación puede causar sangrado profuso y retención por coágulos. Condiciones como litiasis vesical, cistitis, várices prostáticas y de la pared vesical, divertículos que contengan tumor y los cambios en la pared de vejiga posteriores a la radiación, pueden ocasionar hematuria. La hemorragia prostática puede ser ocasionada por afecciones benignas, generalmente várices sangrantes en la mayoría de los hombres mayores de 60 años.<sup>7</sup>

El cólico renal en asociación con hematuria macroscópica puede indicar que el origen sea riñón o uréter superior; en la hematuria asociada a coágulos filiformes o en forma de gusanos es frecuente la presencia de neoplasias renales o de la pelvis renal. En ese sentido, todos los pacientes con hematuria ameritan estudio urológico completo.<sup>8</sup> Además de los exámenes de laboratorio rutinarios (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, etc.), es indispensable la urografía excretora y la cistoscopia; otros auxiliares de diagnóstico que pueden emplearse son el ultrasonido y la tomografía axial computarizada.<sup>9</sup> La sensibilidad para detectar

tumores del tracto urinario con la combinación de urografía excretora, ultrasonido y cistoscopia es del 100%. Cabe mencionar que la uro-tomografía axial computarizada multicorte (Uro-TAC), podría reemplazar a la urografía excretora convencional, pues es una modalidad eficaz para la valoración de pacientes con hematuria, así como para la vigilancia de patologías malignas uroteliales y en la sospecha de anomalías en derivaciones urinarias.<sup>10</sup>

Por cuanto hace al cáncer vesical, la literatura especializada refiere que se presenta entre los 50 y 79 años de edad en el 80% de los casos. Es tres o cuatro veces más frecuente en hombres. Existen factores de riesgo para su presentación como la exposición crónica al tabaco, lo cual se relaciona con 25% al 60% de los casos en ciudades industrializadas. La exposición ocupacional, que sucede particularmente en trabajadores de tinturas, pinturas comerciales, solventes y antioxidantes, usados en la manufactura del hule y otros químicos. La infección urinaria crónica está asociada al cáncer vesical, así como la presencia de cálculos y la radiación. Ante la presencia de hematuria y síntomas irritativos urinarios, de manera particular en pacientes mayores de 40 años, la valoración debe ser completa.<sup>11,12</sup>

En el caso que se presenta, considerando lo alegado y probado por las partes durante juicio, quedó demostrado que el personal médico del Hospital demandado incurrió en mala práctica, por negligencia, al no estudiar ni tratar suficientemente al paciente. En ese sentido, de conformidad con el objeto del arbitraje establecido en el compromiso arbitral, toda vez que el paciente reclamó el reembolso de gastos erogados en su atención médica particular, y visto que el demandado no demostró que su atención se ajustara a lo establecido por la *lex artis* especializada, se resolvió procedente condenar a la entidad al pago de la pretensión reclamada. La citada fuente de obligaciones encuentra sustento legal en el Artículo 2027 del Código Civil Federal.

#### APRECIACIONES FINALES

- Fue demostrado que la atención brindada al paciente por el personal médico del hospital demandado, no se ajustó a lo establecido por la *lex artis* especializada.
- El citado incumplimiento ocasionó daño patrimonial al paciente, quien debió recurrir a otra instancia

de atención a fin de recibir el cuidado que requería su padecimiento.

#### RECOMENDACIONES

- En la atención médica, el facultativo debe asumir ciertas obligaciones de diligencia impuestas por su profesión, las cuales se establecen fundamentalmente en obligaciones de medios de diagnóstico, tratamiento, seguridad, y en su caso, de resultados. Las dos primeras son inherentes a la prestación del servicio, y las últimas, son determinadas por el médico y el paciente.
- Debido a la creciente incidencia de cáncer, la importancia en su detección y tratamiento es cada día mayor, lo que exige una atención oportuna y de calidad, orientada invariablemente a la seguridad del paciente.
- El Artículo 51 de la Ley General de Salud establece que los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

#### REFERENCIAS

1. Cohen RA, Brown RS. Microscopic hematuria. N Engl J Med 2003;348:2330-8.
2. Carlton EC. Initial evaluation including history, physical examination and urinalysis. En: Campbell's Urology. Fourth edition. W.B. Saunders Co. Volume 1. 2000. 203-221.
3. Yun EJ. Evaluation of the patient with hematuria. Med Clin N Am 2004;88:329-343.
4. Khadra MH, Pickard RS, Charlton M, et al. A prospective analysis of 1930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice. J Urol 2000;163(2):524-27.
5. Hofland CA, Mariani AJ. Is cytology required for a hematuria evaluation? J Urol 2004;171(1):324-326.
6. Álvarez J. Clasificación de la OMS 2004 para los tumores vesicales: resumen y comentarios. Act Urol Esp 2007;31(9):978-98.
7. Sudakoff GS et al. Multidetector computerized tomography urography as the primary imaging modality for detecting urinary tract neoplasm in patients with asymptomatic hematuria. J Urol 2008;179(3):862-867.
8. Tamayo A. Recidiva papilar de tumor vesical en uretra peneana. Act Urol Esp 2007;31(7):801.
9. Vessallo J. Actualización ponderada de los factores de riesgo del cáncer. Montevideo, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. 2006.
10. Eguino A. Cáncer de próstata: Una guía práctica. Asociación Española contra el Cáncer. 2004.
11. Terrence R. Photoselective vaporization of the prostate for the treatment of benign prostatic hyperplasia: 12-month results from the first United States multicenter prospective trial. J Urol 2004;172:1404-1408.
12. Vicente J. Visión actual y crítica de las alternativas a la cirugía transuretral de la hiperplasia benigna de próstata. Arch Esp Urol 2003;56:102.