

Dra. María del Carmen Dubón-Peniche<sup>1</sup>

### Síntesis de la Queja

La paciente refirió que debido a problemas pulmonares asistió a consulta al hospital demandado, informándole que era necesario hospitalizarla para extraerle agua de los pulmones. Le realizaron una serie de estudios, los cuales en su mayoría fueron negativos y egresó sin diagnóstico, consultando a otro facultativo quien diagnosticó cáncer de mama.

### Resumen clínico

#### Hospital demandado Expediente clínico

Historia clínica. 26 de septiembre de 2008. Paciente del género femenino de 56 años de edad, con antecedente personal patológico de hipotiroidismo. Su padecimiento actual se inició un año antes con disnea progresiva, en este momento de mínimos esfuerzos; tos productiva, expectoración verde, pérdida ponderal de 33 kilogramos, fiebre y ataque al estado general. En el sistema digestivo informó la existencia de disfgia. Exploración física: tensión arterial 100/60, frecuencia cardiaca 98

por minuto, frecuencia respiratoria 28 por minuto, temperatura 37°C.

Nota de ingreso hospitalario. 26 de septiembre de 2008, 13:00 horas.

Paciente en muy malas condiciones generales, con insuficiencia respiratoria franca, aumento del trabajo respiratorio, tiros supra-claviculares, aliento nasal, cianosis periférica, ruidos respiratorios disminuidos, matidez bilateral en región sub-escapular e inter-escapular, movimientos respiratorios disminuidos sugestivos de derrame pleural bilateral, 40% derecho y 30% izquierdo. Se hospitaliza para colocar sello de agua y para protocolo de estudio. Impresión diagnóstica: derrame pleural bilateral, secundario probablemente a: tuberculosis, cáncer, enfermedad de la colágena o insuficiencia cardiaca.

Nota médica. 26 de septiembre de 2008, 14:30 horas. Se realiza tóracocentesis, obteniendo líquido pleural ámbar, 20 centímetros cúbicos, no fétido, se tomó biopsia y se colocó tubo de pleurostomía para sello de agua, drenando 450 centímetros cúbicos de líquido color paja, que se torna serohemático;

la paciente presenta mejoría inmediata. Se envían muestras a laboratorio, solicitando: tinción de Gram, citoquímico, búsqueda de hongos, BAAR (bacilos ácido alcohol resistentes), células LE, factor reumatoide; BAAR en expectoración. Indicaciones: dieta blanda, reposo en posición semi-sentada, signos vitales por turno, solución glucosada al 5%, 1000 ml., para 24 horas, ketorolaco una ampolleta intravenosa cada 8 horas; rifampicina cuatro tabletas cada 24 horas; oxígeno por puntas nasales 3 litros por minuto; ranitidina una ampolleta intravenosa cada 8 horas; exámenes de laboratorio y teleradiografía de tórax.

Nota de evolución. 26 de septiembre de 2008, 20:30 horas. Mejoría, disminución de disnea, tos y expectoración. Frecuencia cardiaca 84 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, sin esfuerzo respiratorio, mejoría de los ruidos respiratorios en hemitórax derecho, el izquierdo sin cambios. Sello de agua drenando 400 ml. Laboratorio: biometría hemática: anemia ligera (hemoglobina 11.7), leucopenia de

<sup>1</sup> Directora Árbitro Médico de la Primera Sala en la Dirección General de Arbitraje. CONAMED.

**Artículo recibido: 15-Enero-2010; Artículo aceptado: 29-Enero-2010.**

Correspondencia: Dra. María del Carmen Dubón Peniche. CONAMED Dirección General de Arbitraje, CONAMED. Mitla 250 esq. Eje 5 Sur Eugenia, Col. Vértiz Navarte. Del. Benito Juárez, C.P. 03020 México, D.F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

4,200; examen general de orina sin alteraciones; glucosa 114; citoquímico de líquido pleural proteínas 3.2 g/dL, hongos negativo, cultivo para bacterias negativo, células LE negativo, factor reumatoide negativo, tinción de Gram y BAAR negativos. Continuó con el mismo manejo.

Nota de evolución. 27 de septiembre de 2008, 7:00 horas. Durante la noche presentó tos, vomitó flemas blancas, algunas teñidas con sangre; no ha evacuado. Frecuencia cardiaca 78 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto, ruidos respiratorios disminuidos en hemitórax derecho; abdomen blando, no doloroso, miembros inferiores sin edema. Sello de agua drenando 250 ml. (suma 1,100 ml.), dolor en mama derecha, la cual está aumentada de tamaño, no se palpan nódulos. Se solicita interconsulta al Servicio de Ginecología.

Nota de evolución. 28 de septiembre de 2008, 7:40 horas. Tolera dieta blanda, la tos ha disminuido; urésis presente, no ha evacuado, sin fiebre, signos vitales dentro de parámetros normales. Persiste dolor en mama derecha; se solicita HIV.

Nota de Ginecología. 28 de septiembre de 2008. Mama derecha ligeramente aumentada de tamaño con nódulo de 2 centímetros de diámetro en cuadrante superior externo, móvil-resistente, no se palpan ganglios axilares ni induraciones, no existen pérdidas por pezón; mama izquierda sin alteraciones. Impresión diagnóstica: derrame pleural en estudio, nódulo mamario derecho. Se solicita ultrasonido mamario de alta resolución y valorar BAAF (biopsia por aspiración con aguja fina).

Nota de evolución. 28 de septiembre de 2008, 20:00 horas. No hay aumento del esfuerzo respiratorio, hemitórax derecho sin estertores, en el izquierdo estertores gruesos y ruidos respiratorios disminuidos; sello de agua drenando 50 cc. Resultado de HIV negativo. Pendientes resultados de Patología.

Reporte de ultrasonido mamario. 29 de septiembre de 2008. Edema de tejidos blandos de mama dere-

cha, en cuadrantes internos, cambios lipoesclerosos; resto de la exploración sin evidencia de patología.

Nota de Ginecología. 29 de septiembre de 2008. Ultrasonido mamario no reporta alteraciones que sugieran patología. Se realizará BAAF de tumor palpable.

Reporte de patología, biopsia de mama derecha. 30 de septiembre de 2008. No hay signos de malignidad; sin embargo la muestra presenta muy escasas células; se sugiere nueva muestra representativa para valoración. Diagnóstico: citología por aspiración de nódulo de mama derecha negativa para células malignas (muestra hipocelular). Reporte de citología de líquido pleural: Diagnóstico: citología de líquido pleural derecho (dos muestras) negativas para células malignas, signos de proceso inflamatorio agudo y crónico acentuado que afecta pleura y cavidad pleural derechas (de etiología inespecífica), líquido pleural derecho negativo para BAAR.

Nota de evolución. 30 de septiembre. Angustiada, refiere dificultad para deglutir. Se solicita interconsulta a Gastroenterología.

Reporte de endoscopia. 1º de octubre de 2008. En esófago hacia el tercio distal, 30 a 34 centímetros a partir de la arcada dentaria, se observó estenosis de 4 milímetros de diámetro que impidió el paso del gastroscopio a estómago, por lo que sólo se tomaron biopsias representativas. La paciente amerita dilatación esofágica bajo anestesia. Impresión diagnóstica: estenosis del tercio distal de esófago en donde se tendrá que descartar adenocarcinoma por histopatología y/o trastorno motor de esófago. Candidiasis esofágica.

Reporte de tomografía axial computarizada de tórax. 1º de octubre de 2008. Espacios cardiorénicos y costodiafragmáticos ocupados. Colección pleural en hemitórax izquierdo y colección con nivel hidroaéreo pleural en hemitórax derecho; presencia de sonda pleural. Campos pulmonares congestivos al igual que los hilios, en donde se aprecian pequeños crecimientos ganglionares

para-hiliares. Mediastino con tráquea central, no desplazada. Estructuras vasculares en parámetros normales.

Nota de evolución. 2 de octubre de 2008, 7:30 horas. Citología en líquido pleural, biopsias pleurales y demás exámenes se reportaron negativos. Hoy se realizará pleurodesis derecha.

Nota de evolución. 2 de octubre de 2008, 20:40 horas. Toleró pleurodesis, sello de agua drenó 50 cc de líquido oscuro; se retiró sonda endopleural. Biopsias esofágicas negativas para malignidad, levaduras de Cándida, esofagitis crónica moderada. Se inicia fluconazol una cápsula cada 24 horas.

Reporte de Patología. 2 de octubre de 2008. Se reciben varios fragmentos de mucosa esofágica. No se observan signos de metaplasia gástrica ni intestinal, no se identifican levaduras de Cándida, no datos de malignidad. Diagnóstico: esofagitis crónica moderada.

Reporte de panendoscopia. 3 de octubre de 2008. En esófago tercio proximal y medio se observaron cordones blanquecinos adheridos a la mucosa, sugestivos de Monilia-sis. Hacia tercio distal, de 30 a 34 centímetros de la arcada dentaria se encontró estenosis segmentaria de 4 milímetros de diámetro, úlceras superficiales múltiples; se inició dilatación esofágica, posteriormente se revisó esófago, estómago y duodeno, encontrando hernia hiatal e incompetencia total de la barrera gastro-esofágica. En la porción del antro de estómago tres erosiones hemorrágico-erosivas con sangre en su superficie. Diagnóstico: estenosis severa del tercio distal de esófago, periulcerada, se tendrá que descartar adenocarcinoma y/o trastorno motor de esófago. Candidiasis esofágica. Gastritis aguda hemorrágica-erosiva.

Reporte de Patología. 4 de octubre de 2008. Se reciben varios fragmentos de tejido de mucosa esofágica y gástrica. No datos de malignidad. Diagnóstico: esofagitis crónica acentuada con áreas de infiltración aguda ulcerada (positiva

para *Cándida albicans*), Gastritis crónica moderada (positiva para *Helicobacter pylori* y *Cándida albicans*).

Nota de evolución. 4 de octubre de 2008, 15:00 horas. Los resultados de Patología no explican los derrames pleurales ni la pérdida ponderal. Se considera posibilidad de malignidad, enfermedad de la colágena o tuberculosis; sin embargo, no se puede documentar ninguna. La paciente solicita su egreso.

Nota de egreso. 4 de octubre de 2008, 16:00 horas. Ingresó por derrame pleural bilateral. Los exámenes realizados fueron negativos. Después de nueve días de hospitalización no se tiene diagnóstico confirmado. Se realizará ensayo con antifúngicos y se esperará respuesta en ocho días. Continúa tratamiento con Gastroenterología. Se solicita radiografía de tórax. Cita en una semana. Diagnósticos de egreso: estenosis esofágica probablemente secundaria a esclerodermia, esofagitis crónica, gastritis crónica, probables metástasis pleurales de primario extra-torácico, probable tuberculosis pleural. Indicaciones: fluconazol una cápsula cada 24 horas, ketorolaco una tableta cada 8 horas, rifampicina cuatro tabletas cada 24 horas, pantoprazol una tableta cada 12 horas, diacepam una tableta al acostarse.

Reporte de manometría esofágica. 30 de octubre de 2008. Impresión diagnóstica: Coordinación faringoesofágica normal, aperistalsis de cuerpo del esófago, esfínter esofágico inferior incompetente con relajación completa. La paciente presenta criterios manométricos para esclerodermia; se sugiere realizar nueva manometría en 6 a 12 meses.

### Atención por otros facultativos

Resumen clínico. Fue atendida por primera vez el 5 de noviembre de 2008, presentaba edema de miembro superior derecho y mama del mismo lado. Radiografía de tórax: derrame pleural. Resonancia magnética de tórax y mama: imagen ganglionar en base de cuello y región esterno-clavicular izquierda,

lesión estelar en cuadrante superior externo de mama derecha con cambios sugestivos de dilatación ductal. Derrame pleural bilateral, imágenes nodulares hepáticas en lóbulo derecho; cambios de intensidad en partes blandas lumbosacras, metástasis de primario. Rastreo óseo gammagráfico a cuerpo total positivo para infiltración metastásica. Impresión diagnóstica: cáncer de mama derecha metastásico.

### Análisis del Caso

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones: atendiendo a la literatura especializada, la tuberculosis es una enfermedad infecciosa, generalmente crónica, causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium Boris*, *Mycobacterium africanum*) que se transmite del enfermo a la persona sana por inhalación de material infectante, ingestión de leche de vaca infectada por dicho complejo, contacto con personas enfermas bacilíferas o animales bovinos enfermos.

Los síntomas clínicos típicos incluyen tos productiva, fiebre y pérdida de peso. En la presentación pulmonar, puede existir hemoptisis o dolor torácico, otros síntomas son: anorexia, fatiga y diaforesis nocturna. El derrame pleural por tuberculosis es la segunda forma más común de tuberculosis extrapulmonar. Los derrames pleurales por tuberculosis pueden manifestarse como enfermedad primaria o reactivación. La ruptura de focos caseosos subpleurales pulmonares hacia el espacio pleural, puede ser el evento inicial en la patogenia de derrames pleurales primarios por tuberculosis. El acúmulo de líquido en la cavidad pleural resulta predominantemente por aumento en la permeabilidad capilar y secundariamente por alteración en el drenaje linfático de proteínas y líquido del espacio pleural por oclusión del estoma pleural. Por el contrario, la enfermedad por reactivación frecuentemente se asocia con alteraciones parenquimatosas.

La mayoría de los derrames pleurales por tuberculosis se manifiestan como enfermedad aguda; los síntomas más comunes son dolor pleurítico y tos no productiva. Este tipo de derrames típicamente son unilaterales, pequeños a moderados en tamaño y ocupan menos de dos tercios del hemitórax. El diagnóstico definitivo de derrame pleural por tuberculosis, depende de la identificación de *Mycobacterium tuberculosis* en esputo, líquido pleural o biopsia pleural. Apoya el diagnóstico la presencia de granulomas en pleura, así como niveles elevados de adenosine deaminasa (ADA) y de interferón gamma.

En términos de la literatura especializada, el estudio de líquido pleural por tuberculosis, habitualmente muestra color claro citrino, pero puede ser turbio o serohemático; el pH se encuentra entre 7.30 y 7.40, la glucosa menor a 60 mg/dL con predominio de linfocitos. El frotis para búsqueda de BAAR (bacilos ácido alcohol resistentes) requiere densidades bacilares de 10,000/mL y es positivo en menos del 10% de los casos. El cultivo requiere 10 a 100 bacilos y por lo tanto su sensibilidad es 12% a 70%.

Por su parte, el adenosine deaminasa (ADA) igual o mayor de 70 IU/L es altamente sugestivo de tuberculosis y el nivel igual o menor de 40 IU/L prácticamente excluye el diagnóstico; la especificidad de este estudio es de 90% y puede evitar la biopsia pleural. La determinación de interferón gamma en líquido pleural tiene especificidad de 95%-100%. La reacción de polimerasa en cadena (PCR), es 100% positiva en derrames pleurales con cultivo positivo. En derrames pleurales con cultivo negativo, la reacción sólo es positiva en 30% a 60%. La biopsia pleural en derrames por tuberculosis muestra granulomas en 50% a 97% de los pacientes y el cultivo es positivo en 39% a 80%.

Conforme a lo establecido por la Modificación a la Norma Oficial Mexicana 006-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud, el trata-

miento primario acortado comprende la administración de cuatro medicamentos en sesenta dosis, durante la fase intensiva y dos medicamentos en cuarenta y cinco dosis, durante la fase de sostén. Los medicamentos que deben emplearse en el citado tratamiento de tuberculosis son: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, estreptomycin y etambutol. Cabe mencionar, que dicho tratamiento, debe ser supervisado estrictamente, manteniendo el esquema primario con la combinación fija de medicamentos, más etambutol.

Por cuanto hace al cáncer de mama, los factores de riesgo son: mujer mayor de 35 años con 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); obesidad, tabaquismo y diabetes, entre otros.

Las mujeres que realizan autoexploración mamaria, pueden detectar tumoraciones; también puede existir dolor mamario, aunque este síntoma con mayor frecuencia indica trastorno benigno, proliferativo. Otros datos clínicos de cáncer de mama son: crecimiento mamario, exudado por pezón y alteraciones del mismo, retracciones o cambios de la simetría, ulceración, eritema, tumoración axilar y molestia ósea. El dato clínico más frecuente, es la presencia de tumor, cuya identificación obliga a su estudio. Se debe analizar el tamaño, consistencia, contornos, movilidad y asociación con cambios en la piel.

Atendiendo a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, a toda mujer con sospecha de patología mamaria, se le debe realizar: historia clínica completa enfocada a la búsqueda de factores de riesgo de cáncer de mama, examen clínico completo con énfasis en las glándulas mamarias y zonas linfoportadoras (ganglios axilares y supraclaviculares); mastografía y/o

ultrasonido, según la edad, hallazgos y detección de factores de riesgo.

Entre los estudios de gabinete referidos por la literatura especializada, se encuentran: mastografía, xeromastografía y resonancia magnética nuclear. Cabe mencionar, que el auxiliar diagnóstico de mayor utilidad en el cáncer de mama es la mastografía. El ultrasonido es un método no invasivo, 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 la primera.

En el presente caso, debido a problemas pulmonares, la paciente asistió a consulta, al hospital demandado, el 26 de septiembre de 2008. En esa misma fecha, ingresó para su atención, refiriendo la historia clínica padecimiento de un año de evolución con disnea progresiva, tos productiva, expectoración verde, pérdida de peso de 33 kilogramos, fiebre y ataque al estado general.

La nota de ingreso de las 13:00 horas, reporta que presentaba insuficiencia respiratoria franca, aumento del trabajo respiratorio, tiros supraclaviculares, aleteo nasal, cianosis periférica, ruidos respiratorios disminuidos, matidez bilateral en subescapular e inter-escapular, movimientos respiratorios disminuidos sugestivos de derrame pleural bilateral, siendo la impresión diagnóstica derrame pleural bilateral secundario a: tuberculosis, cáncer, enfermedad de la colágena, insuficiencia cardiaca. No se observaron irregularidades por cuanto a este rubro se refiere, pues ante el cuadro clínico que presentaba la paciente estaba indicada su hospitalización para estudio y tratamiento.

En la nota de las 14:30 horas del

26 de septiembre de 2008, se reportó realización de tóracocentesis, obteniéndose líquido pleural ámbar, no fétido, con toma de biopsia y colocación de tubo de pleurostomía para sello de agua, enviándose las muestras a laboratorio para efectuar: tinción de Gram, citoquímico, búsqueda de hongos, BAAR, células LE, factor reumatoide; BAAR en expectoración. Dicha nota, también señala que se indicó: dieta blanda, reposo en posición semisentada, signos vitales por turno, solución glucosada, ketorolaco, rifampicina cada 24 horas; oxígeno por puntas nasales, ranitidina; estudios de laboratorio y radiografía de tórax.

Por su parte, la nota de las 20:30 horas establece que la paciente presentaba mejoría, disminución de la disnea, así como de la tos y expectoración.

También se reportaron resultados de laboratorio: biometría hemática que mostró anemia (hemoglobina de 11.7), leucopenia (4,200 leucocitos); examen general de orina sin alteraciones; glucosa 114, citoquímico de líquido pleural con proteínas 3.2 g/dL, cultivos negativos, células LE negativo, factor reumatoide negativo, tinción de Gram y BAAR negativos, indicándose continuar mismo manejo.

Lo anterior, demuestra que el personal médico del hospital demandado, incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues la paciente fue estudiada de manera insuficiente para sustentar el diagnóstico de tuberculosis, sin embargo se indicó continuar el manejo establecido.

Al respecto, la literatura médica generalmente aceptada, establece que el diagnóstico definitivo depende de la identificación de *Mycobacterium tuberculosis* en esputo, líquido pleural o biopsia pleural, los cuales en el presente caso fueron negativos, y pese a ello, no se solicitaron otros estudios para establecer el diagnóstico.

A mayor abundamiento, se inició tratamiento para tuberculosis, actuando en franco desapego a lo establecido por la Modificación a la Norma Oficial Mexicana 006-SSA2-

1993 Para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud, la cual establece que el tratamiento primario acortado para tuberculosis comprende cuatro medicamentos en sesenta dosis, durante la fase intensiva y dos medicamentos en cuarenta y cinco dosis, durante la fase de sostén, situación que no ocurrió en este caso, ya que sólo se indicó rifampicina.

En esos términos, el personal médico incurrió en mal praxis, pues sin sustentar debidamente el diagnóstico de tuberculosis, indicó tratamiento, el cual además fue insuficiente. En la especie, la citada Modificación a la Norma Oficial Mexicana, establece que los medicamentos que deben emplearse en el tratamiento de tuberculosis son: isoniácida, rifampicina, pirazinamida, estreptomina y etambutol. Así mismo, que dicho tratamiento, debe ser estrictamente supervisado, manteniendo el esquema primario con la combinación fija de medicamentos más etambutol, lo cual no se cumplió.

En la nota del 27 de septiembre de 2008, se reportó que la paciente presentaba dolor en mama derecha, la cual estaba aumentada de tamaño, por ello se solicitó interconsulta a Ginecología. Dicho Servicio, reportó nódulo de 2 centímetros de diámetro en cuadrante superior externo de mama derecha, solicitó ultrasonido y realizó BAAF (biopsia por aspiración con aguja fina), como lo demuestran las notas médicas de los días 28 y 29 de septiembre de 2008. Así mismo, Ginecología en su nota del 29 de septiembre de 2008, refiere ultrasonido mamario que reportó ausencia de alteraciones sugestivas de patología.

Por su parte, el reporte de biopsia de mama derecha, fechado el 30 de septiembre de 2008, estableció que la muestra presentaba muy escasas células, sugiriéndose nueva muestra representativa para valoración. Pese a lo anterior, no se tomó otra biopsia, ni se continuó el estudio de la paciente por cuanto hace al tumor mamario (de 2 centímetros) que presentaba. En la especie, se optó por interconsultar a Gastroenterología

efectuándose endoscopia el 1° de octubre de 2008, en la cual se encontró estenosis esofágica en tercio distal de esófago y candidiasis, por ello se indicó manejo con fluconazol.

El 3 de octubre de 2008, se reportó panendoscopia que mostró: estenosis severa de esófago, candidiasis esofágica y gastritis aguda hemorrágica erosiva, efectuándose durante este procedimiento dilataciones esofágicas. De igual forma, el 4 de octubre del mismo año, el estudio histopatológico de mucosa esofágica y gástrica reportó: esofagitis crónica acentuada con áreas de infiltración aguda ulcerada (*Cándida albicans*) y gastritis crónica moderada.

Ahora bien, el personal médico del hospital demandado en nota de las 15:00 horas del 4 de octubre de 2008, estableció que los resultados no explicaban los derrames pleurales ni la pérdida ponderal, considerándose la posibilidad de malignidad, enfermedad de la colágena o tuberculosis; sin embargo no podían documentar ninguna y la paciente solicitó su egreso. En la fecha citada, la paciente egresó con diagnósticos de: estenosis esofágica probablemente secundaria a esclerodermia, esofagitis crónica, gastritis crónica, probables metástasis pleurales y probable tuberculosis pleural, como lo acredita la nota de alta, misma que es concluyente para tener por cierta la negligencia del personal médico del demandado, quien reconoció que después de nueve días de internamiento no se tenía diagnóstico confirmado y que se realizaría ensayo con antifúngicos esperando respuesta en ocho días. Esto confirma la mala práctica, en que incurrió el personal médico durante la atención de la paciente, quien debido a la negligencia observada, asistió con otros facultativos estableciéndose diagnóstico de cáncer de mama derecha metastásico.

### Apreciaciones Finales

El hospital demandado no demostró que su atención se ajustara a lo establecido por la *lex artis* médica.

Durante la atención de la paciente, el personal médico incumplió las

obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba, incurriendo en mala práctica, por negligencia.

La atención ulterior que recibió la enferma por facultativos distintos al demandado, fue necesaria debido a la mala práctica observada.

### Comentarios

En la valoración del acto médico, si bien existe interés teórico y el abordaje metodológico es esencial para el esclarecimiento de los casos, debemos reconocer que su fin principal debe ser identificar el apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica profesional del prestador del servicio y servir de guía para adoptar decisiones correctas.

Avedis Donabedian conceptúa la calidad de la atención médica como la aplicación de la ciencia y la tecnología de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos.

### Bibliografía Consultada

1. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria de la Salud.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
3. Mitnik C, Shin SS, Seung KJ, et al. Comprehensive treatment of extensively drug-resistant tuberculosis. *N Engl J Med.* 2008;359:563-74.
4. Herchline T. Staphylococcal Infections. *eMedicine.* Disponible en: (Acceso 23-02-2010) <http://www.emedicine.com/med/topic2166.htm>.
5. Gullate MM, Phillips JM, Gibson LM. Factors associated with delays in screening of self detected breast changes in African American Women. *J Natl Black Nurses Assoc.* 2006;17(1):45-50.
6. Hermant S et al. Breast Cancer evaluation. *eMedicine* 2009. Disponible en: (Acceso 23-03-2010) <http://emedicine.medscape.com/article/263733-overview>.
7. Coates AS. Breast Cancer: delays, dilemmas and delusions. *Lancet.* 1999; 353:112-3.
8. Donabedian A. Perspectivas en Salud Pública. Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica. México: INSP; 1990. pp.10-11.
9. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pub Mex.* 1993;35(3):238-47.