

Dra. María del Carmen Dubón-Peniche¹

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

¹ 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: isoniacida, 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.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES DE LA REVISTA CONAMED

Invitamos a la comunidad de profesionales de la salud, el derecho y áreas afines, a enviar sus artículos para ser publicados en la Revista CONAMED.

La Revista CONAMED es la publicación oficial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Se publica con una periodicidad trimestral. Publica artículos que permitan un avance en la descripción, comprensión e intervención de temas relacionados con el acto médico y de enfermería en sus dimensiones ético deontológicas, técnico-científicas, jurídico-legales, calidad de atención y sociales. Por lo anterior, toma en cuenta aquellos temas que favorezcan un mejor entendimiento de la medicina y enfermería para la prevención y atención del conflicto médico.

La Revista está interesada en recibir artículos que versen sobre seguridad del paciente, calidad de la atención médica, ética profesional, error médico y su prevención, así como temas a los medios alternos de solución de conflictos, derechos humanos y otros afines al acto médico.

Es necesario que se designe un autor de contacto, quien deberá incluir su nombre completo, teléfono, correo electrónico y dirección postal.

Los textos propuestos a la Revista serán sometidos al proceso de revisión por pares y a la aprobación del Comité Editorial, que evaluará el contenido de cada material. El Comité dictaminará en un período no mayor a 45 días y notificará al autor de contacto sobre el resultado de dicho dictamen.

Todos los artículos deberán incluir una página inicial, la cual consta de:

- Título en español e inglés con una extensión máxima de 15 palabras
- Nombre del autor(es) y cargos institucionales
- Nombre, adscripción, teléfono, dirección postal y correo electrónico del autor responsable de la correspondencia.
- Cuando aplique, las fuentes de financiamiento de la investigación.
- Cuando aplique, los posibles conflictos de interés de los autores.
- Palabras clave en español e inglés. Para ello se recomienda emplear los términos de Medical Subject Headings del Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>).

El autor podrá sugerir la sección de la Revista en la que considere puede ser incluido su original, pero será facultad del Editor decidir la sección definitiva para publicación.

Secciones de la Revista CONAMED

1. Editorial.

Será escrito por el Comisionado o por el Editor Invitado, aunque ocasionalmente podrá ser escrito por un autor invitado. Tendrá una extensión máxima de 3 cuartillas. Incluirá un título en español e inglés, así como los datos de contacto del autor.

2. Artículos Originales.

Los artículos de investigación original reportarán hallazgos relevantes para el profesional de la medicina, relacionados con el acto médico y que contribuyan al aumento y refinamiento del conocimiento sobre el tema.

En los artículos de investigación original se tiene como norma internacional que la contribución no sea mayor de 2,500 palabras, porque una extensión mayor dificulta la revisión y lectura de los documentos por los revisores, editores y lectores. Sin embargo, se tendrá flexibilidad con los autores y se discutirá con ellos la presentación de su documento. El resumen, los cuadros, las figuras y las referencias bibliográficas no se incluyen en el conteo de palabras.

El contenido de un artículo de investigación original debe incluir:

- A) Título en español e inglés. No mayor de 15 palabras.
- B) Resumen estructurado en español e inglés. Los resúmenes deben construirse con los siguientes contenidos, en un máximo de 250 palabras: Introducción (la razón del estudio), Material y métodos (que reflejen cómo se efectuó el estudio), Resultados (los hallazgos principales) y Conclusiones (la interpretación contrastada de los resultados).
- C) Palabras clave en español y en inglés. Al final de los resúmenes se anotarán 3 a 10 palabras o frases clave (Key words en el resumen en inglés) para facilitar su inclusión en los índices; se recomienda emplear los términos de Medical Subject Headings del Index Medicus más reciente (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>).
- D) Introducción. Incluir los antecedentes, el planteamiento del problema y el objetivo del estudio.
- E) Material y métodos. Señalar el enfoque epistémico de la investigación, el tipo de estudio, la

población en estudio, las características de la muestra (en su caso, los métodos y las pruebas estadísticas utilizadas).

- F) Resultados. Incluir los hallazgos del estudio, señalando los cuadros y figuras necesarios para ampliar la información contenida en el texto. No repetir en el texto los datos contenidos en los cuadros o figuras.
- G) Discusión. Contrastar los resultados con lo informado en la literatura y con los objetivos del estudio.
- H) Referencias. Los números de las referencias bibliográficas se indicarán con números arábigos dentro del texto en superíndice; el número de las referencias se ordenará de acuerdo a la secuencia de su aparición en el texto. La bibliografía pertinente a cada artículo deberá ser referenciada de acuerdo a los Requisitos Uniformes para Manuscritos enviados a las Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas), que se encuentra disponible en línea (<http://www.wame.org/urmspan.htm>), requisitos conocidos como estilo Vancouver 2008.

Ejemplos de formatos de referencias en estilo Vancouver 2008 (disponible en línea en http://www.icmje.org/urm_full.pdf):

- Revistas
Rodríguez-Suárez J, Mata-Miranda R. Calidad de la práctica médica y medicina basada en evidencia. Rev. CONAMED. 2007; 12: 8-12.
- Revistas, más de 6 autores
Rivera-Hernández ME, Rosales-Delgado F, Aguirre-Gas HG, Campos Castolo EM, Tena-Tamayo C et al. Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los servicios de urgencias. Rev. CONAMED. 2007; 12: 4-23.
- Revistas, volumen con suplemento
Rivas-Espinosa JG, Álvarez Sanvicente ME, Cruz-Santiago C, Martínez-Salamanca FJ, Aguilera-Rivera M, Ibáñez-Chávez D. Etiquetas diagnósticas en pacientes hospitalizadas con diagnóstico de cáncer cervicouterino. Rev. CONAMED. 2008; 13 Supl 2: 23-29.
- Libros
Luna-Ballina M, Rodríguez-Suárez J. Los Diez Principios Básicos de las Relaciones Interpersonales en la Atención Médica. México: CONAMED; 2008. p:1-187. ISBN 978-607-460-082-7.
- Capítulos de libros
Aguirre-Gas HG. El Consentimiento Bajo Información. En: Tena Tamayo C, Hernández Orozco F, editores. La Comunicación Humana en la Relación Médico-Paciente. México: Prado; 2005. p. 257-272.
- Documentos con formato electrónico
CONAMED. Consentimiento Válidamente Informado. Conclusiones. Disponible en (Acceso 11-12-

2009): http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/cvi_conclusiones.zip.

- Revisiones Sistemáticas
Brown J, Farquhar C, Beck J, Boothroyd C, Hughes E. Clomiphene and anti-oestrogens for ovulation induction in PCOS. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7; (4). CD002249.
- Normas y leyes (Se presentan dos ejemplos)
 - Norma Oficial del Expediente Clínico. NOM 168 SSA2. México: Secretaría de Salud; 1998. Disponible en (Acceso 11-12-2009): http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf.
 - Secretaría del Medio Ambiente. Ley de Protección Ambiental. Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 1999. México.

I) Anexos, cuadros y figuras.

Cuadros. Los cuadros se adjuntarán en páginas por separado, indicando claramente el número del cuadro y el título. Se identificarán con números arábigos y un título o enunciado explicativo. En el cuerpo del artículo, se indicará la ubicación del cuadro dentro de un párrafo. No deben remitirse cuadros fotografiados. Preferentemente, serán elaborados en word o excel y se enviará el archivo original donde fueron elaborados.

Figuras. Este apartado incluye gráficas, esquemas, fluxogramas, dibujos, fotografías y demás apoyos visuales. Se entregarán por separado, en versión digitalizada e impresa, una figura por página, indicando claramente su número y con flecha superior la orientación de cada una, así como la fuente, en su caso. Las figuras se identificarán con números arábigos y un título o enunciado que los explique. En el texto solamente se indicará la ubicación de cada figura dentro del mismo texto. Deberán ser enviados los archivos electrónicos originales en los que se elaboró la figura o imagen, en formato JPG o TIFF, de alta resolución, a 300 dpi o mayor.

Leyendas o pies de figuras. Deberán anotarse en una página por separado, en forma secuencial, indicando, con números arábigos, el número de la figura correspondiente.

3. Artículos de Revisión.

Esta sección comprende artículos de revisión de temas relacionados con los contenidos de la Revista. Los documentos sometidos a publicación, contendrán resúmenes de formato libre, en español e inglés, de extensión no mayor de 250 palabras. Se anotarán al final de los resúmenes, 3 a 10 palabras clave en español e inglés. Se deberán incluir al menos 10 referencias, en formato Vancouver 2008, el cual se describe en el apartado 2H.

4. Artículos de Opinión.

Los artículos de opinión presentan posturas representativas con respecto a temas de relevancia para la calidad de la atención a la salud, la seguridad del paciente y temas afines, pero no reflejan necesariamente, la postura institucional de CONAMED. El texto no deberá exceder de 2500 palabras y podrá incluir hasta 10 referencias en formato Vancouver 2008 (apartado 2H).

5. Noticias CONAMED.

Esta sección se escribirá preferentemente por el personal de la CONAMED, sobre acontecimientos relevantes en la función de la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. También se considerarán informes de agrupaciones académicas o profesionales que sean de interés para el desarrollo de la Revista y serán sometidos para su aprobación al Consejo Editorial. Esta sección se consagra a las noticias de carácter informativo y no a comentarios u opiniones. Estos informes deben ser breves (no mayores de 400 palabras).

6. Cartas al Editor.

Los Cartas al Editor abordan comentarios sobre los artículos publicados y será posible la publicación de comentarios por invitación. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de ocho semanas posteriores a la publicación de un artículo.

Otras cartas al editor con contenidos de interés general también serán bienvenidas. Las cartas no se revisan normalmente bajo un procedimiento de revisión por pares, pero si se toma en cuenta la trascendencia de su contenido, su longitud y estilo. Su extensión no debe ser superior a 250 palabras y apropiadamente referenciada cuando sea pertinente hacerlo. Se dará oportunidad a los autores para responder.

7. El caso CONAMED.

a) Casos Institucionales. Esta sección considera la presentación paso a paso, de casos que analizan el proceso de decisión clínica y que condujo a un error o mala práctica, así como las consideraciones éticas y legales que ayudan a su comprensión, resolución y prevención futura. La presentación de los casos deberá ser realizada por especialistas de la CONAMED.

b) Casos Externos. Se aceptarán aquellos casos que en forma voluntaria, un profesional de la salud o una organización pública o privada de salud, desee(n) presentar con el objeto de estimular la cultura de la prevención del conflicto y mejorar la calidad en la práctica de la medicina. En todos los casos se garantizará la absoluta confidencialidad de parte de los editores.

El texto no excederá las 2500 palabras y se acompañará hasta por 20 referencias. La estructura de la presentación seguirá el siguiente orden: 1) Resumen del caso; 2) Análisis Médico; 3) Análisis Jurídico; 4) Conclusión. Se recomienda todo material clínico (vgr. imágenes radiológicas) que ilustre o auxilie la presentación y comprensión del caso.

8. Presentación y entrega del manuscrito, cuadros y figuras.

Los trabajos remitidos deberán ser mecanografiados con el procesador de textos Word, a uno y medio espacios (uno y medio renglón) en todo su contenido (incluyendo página inicial, resúmenes, texto, referencias, cuadros y pies de figuras), en tamaño carta, con márgenes de 3 cm. Las páginas deberán numerarse consecutivamente. Los trabajos deberán enviarse en documento impreso y en formato digital, por vía correo electrónico, en disquete de 3 1/2 o CD. Los cuadros y las figuras deberán enviarse en archivos separados del texto, en los formatos originales en que se crearon (word™, excel™, powerpoint™, photoshop™, illustrator™, etc.) y cumplir las especificaciones que se anotaron en el apartado 2I.

Los trabajos se deberán enviar a:

Revista CONAMED
Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia) Piso 8,
Col. Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez,
C.P. 03020, México, D.F.
Tels: (55)5420-7143, (55)5420-7106, (55)5420-7030
ó (55)5420-7103.
Fax: (55)5420-7109.
revista@conamed.gob.mx