

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Aspectos médico legales en mastología.

Demora en el diagnóstico de cáncer de mama como motivo de conflicto legal.

Dr. Pablo A. García,*

Dra. Lorena Carceller**

RESUMEN

Pocas situaciones generan mayor angustia en el profesional médico como la de recibir una demanda por mala praxis.

Los reclamos medico legales en cáncer de mama están centrados, de acuerdo a la mayor parte de la bibliografía internacional, en el **retraso en el diagnóstico de cáncer de mama**, si bien existen reclamos legales en el ámbito del tratamiento, estos son menos frecuentes.

En EEUU la primera causa de juicios por mala praxis son los daños obstétricos, y la segunda causa es el retraso en el diagnóstico de la patología oncológica, estando en primer lugar el cáncer de mama; el riesgo de reclamo médico legal se calcula en 1/1000 canceres de mama; no hay estadísticas fiables en nuestro país pero extrapolando estos resultados seria esperable unas 20 demandas anuales.

El perfil de riesgo es una paciente joven, premenopausica, con una masa autopercibida que es subestimada en la consulta clínica y/o por los estudios por imágenes.

Una **buena relación médico-paciente y una correcta documentación de la historia clínica** es la mejor prevención, trabajando en forma normatizada y de acuerdo a guías nacionales e internacionales.

Fomentar el **trabajo en equipo y la formación de Unidades de Mastología** en las instituciones es una forma de trabajo multidisciplinario que resulta en beneficio tanto de la paciente como de los profesionales.

*Especialista en Mastología y Medicina Legal.
Jefe de Servicio Ginecología Hospital Interzonal de Agudos (HIGA) de Mar del Plata.

** Especialista en Ginecología.
Instructora de Residentes Ginecología HIGA
Mar del Plata.
Unidad de Mastología HIGA Mar del Plata.

Palabras clave

Demanda, malpraxis, cáncer, mama, medicolegales.

ABSTRACT

There are few situations can generate distress for medical professionals like receiving a malpractice lawsuit.

Medico legal issues in breast cancer are focused, according to the most international bibliography, on **the delay in diagnosis of breast cancer**. Even though legal claims exist concerning about treatment, those are less frequent.

In USA, obstetric damages are the first cause of malpractice lawsuit and the second one is the delay in diagnosis of oncological pathology being the breast cancer at the first place. The risk of legal medical claim is calculated at 1/1000 breast cancers. There are no reliable statistic in our country but extrapolating these results, it would be expected around 20 demands per year.

The risk profile is a young premenopausal patient with a breast mass self-perceived which is underrated by the doctor or imaging studies.

A good doctor patient relationship and an accurate report in medical records is the best prevention, working in a standardized way according to international and national guides.

We must persuit to encourage **teamwork and Mastology Units organisation** over all institutions is a multidisciplinary way of working to reach the patients benefit as well as professionals.

Keywords

Malpractice lawsuit, breast cancer, medicolegal issues prevention.

INTRODUCCIÓN

Pocas situaciones generan mayor angustia en el profesional médico que recibir una demanda por mala praxis.

Según los principios de Bioética los médicos debemos aplicar la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia; y generalmente somos cuestionados desde un punto de vista culposo (no intencional), y acusados de impericia, negligencia o imprudencia

muchas veces sin bases sólidas, en la que al finalizar el proceso en la mayoría de los casos es corroborado nuestro actuar idóneo, pero el proceso en sí, en general de años en nuestro medio, es el verdadero castigo y que influye en la atención de nuestros pacientes.^{1,2}

Los litigios medico legales se suelen producir en la práctica por la demanda que presenta un paciente o sus familiares a través de sus abogados contra un médico que no ha conseguido el resultado esperado, algunas veces porque no se ha actuado bien (malapraxis sancionable) o porque ha cometido un error (muchas veces no imputable) o porque se han producido situaciones imprevisibles no controlables o evoluciones no esperadas de la enfermedad o porque las expectativas que se tenían estaban por encima de los resultados que se podían esperar.^{1,2,3}

El interés en tratar este tema radica en que los juristas y los pacientes entiendan que en medicina y en cáncer de mama en concreto, hay muchas situaciones que no se acoplan a normas estandarizadas ni a resultados preestablecidos.

Por otra parte, a pesar de las terapéuticas actualmente exitosas para muchas condiciones previamente fatales, la mayoría de las pacientes piensa que un diagnóstico de cáncer es una sentencia de muerte o al menos una disminución de la expectativa de vida.⁴

También existen condiciones que llevan a un incremento de situaciones de disconformidad y rechazo como son la *gravedad* (las pacientes siguen percibiendo al cáncer de mama como una enfermedad grave por lo que toda demora en el diagnóstico y/o tratamiento será fuente de conflicto); la *incertidumbre* en los resultados de las distintas medidas terapéuticas (cuando no son los esperados es común que cuestionen al médico, planteándolas como equivocadas); la *edad de aparición* (mayor rechazo a la enfermedad y a la muerte en pacientes jóvenes); las *mutilaciones* (pese a los avances en el tratamiento quirúrgico muchas técnicas empleadas llevan a la mutilación y como consecuencia una discapacidad con afectación psíquica) y la *estética* (la cirugía en la mama con o sin reconstrucción supone una alteración estética tanto individual como social).^{1,4,5}

Una etapa del proceso de asimilación de la enfermedad es la ira, y este enojo con frecuencia se transfiere a los proveedores de atención médica; y en especial si se cree que el origen de su mal o su pronóstico está asociado a una negligencia médica, esta negligencia percibida muchas veces es el motivo de inicio de un juicio de mala praxis.^{2,6,7}

La patología mamaria es un área que agrupa a un conjunto de especialidades médicas (Mastología, Diagnóstico por Imágenes, Oncología, Anatomía Patológica, Cirugía Plástica, Radiología, Psicooncología, Psiquiatría, etc.) en el que se plantean cada día con mayor frecuencia diversos conflictos medico legales.

La innovación tecnológica tanto en el diagnóstico por imágenes, la genética y las técnicas quirúrgicas obliga a los profesionales a una continua actualización en el manejo de esta patología, basándose en conductas adecuadas con la mayor evidencia, acorde a las guías actualizadas de las sociedades científicas de la especialidad, (aunque en muchos casos las normas no coinciden entre sí) y debemos trabajar para evitar que el paciente sufra una disminución en su oportunidad de curación.^{1,2,8}

Los reclamos médico legales en cáncer de mama están centrados de acuerdo a la mayor parte de la bibliografía internacional en el **retraso en el diagnóstico de cáncer de mama**, si bien existen reclamos legales en el ámbito del tratamiento, estos son menos frecuentes.^{3,4,9}

A continuación, describiré los principales reclamos legales en patología mamaria, ejemplos de situaciones clínicas y pautas para tratar de evitarlos.

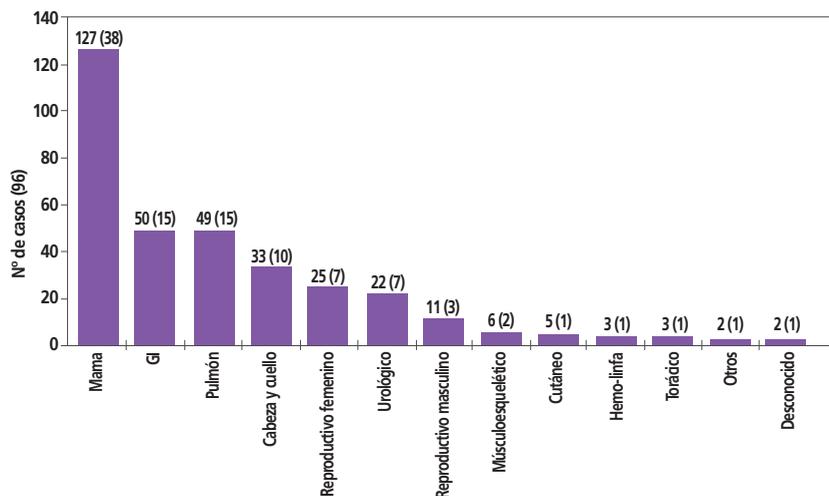
Epidemiología

La bibliografía sobre estadística en demandas de mala praxis es escasa y se basan en causas que han llegado a los estrados judiciales, no contemplando los arreglos extrajudiciales por lo que probablemente esté subestimada.

Dentro de la medicina actual, se ha dejado cada vez más de lado la antigua tendencia o creencia de que la medicina se trataba únicamente del compendio de experiencias o vivencias que había tenido el médico a lo largo de su trayectoria como profesional, siendo reemplazada esta creencia por la tendencia de ejercer lo que se denomina “medicina basada en la evidencia”, mediante la cual se emplea como referencia médica aquellos factores, eventos o circunstancias que han sido probadas bajo un adecuado método científico libre de posibles vicios de subjetividad.^{1,8,10}

No hay datos estadísticos nacionales, y la mayoría encontrada es en la literatura anglosajona.

Figura 1. Distribución de frecuencias de diagnóstico tardío de cáncer sobre 338 casos.



La Figura 1 muestra la distribución de frecuencias de diagnóstico tardío de cáncer sobre 338 casos. Cuatro sitios representan alrededor del 80% (259/338 [77%]) de las demandas contra médicos: Mama (N=127[38%]), Gastrointestinal (n=51[15%]), pulmón (n=50[15%]) y cabeza y cuello n=33[10%].

Datos y figura tomados de Kern, K, 2000).

En EEUU el 90% de los tocoginecólogos son demandados al menos una vez en su carrera; aunque el 60% de los casos fue descartada mala praxis.^{8,11}

La primera causa son los daños obstétricos, y la segunda causa es el retraso en el diagnóstico de la patología oncológica, estando en primer lugar el cáncer de mama (figura 1).⁸

Las aseguradoras en EEUU pagan más dinero por casos de cáncer de mama que cualquier otra enfermedad o afección, a excepción de los casos de daño neurológico obstétrico.

El promedio pagado en EEUU por reclamo en cáncer de mama fue de u\$s 207.000, siendo los valores indemnizatorios mayores cuanto más joven la mujer y mayor el tiempo hasta el diagnóstico.

El 71% de lo indemnizado fue a mujeres menores de 50 años con un diagnóstico tardío de cáncer de mama.

El retraso medio en el diagnóstico es de 12 a 14 meses, y fue la principal causa de demanda.

Los profesionales más demandados hasta comienzo de este siglo en patología mamaria eran los radiólogos, basado en la interpretación y registro de los resultados de las mamografías; esta situación llevo a una mejor estandarización de los informes mamarios con el desarrollo del BreastImaging - Report and Data base System (BI-RADS), mejora en la tecnología de los equipos y mayores posibilidades diagnósticas con la incorporación de otros métodos diagnósticos como la ecografía y la resonancia magnética nuclear (RMN).^{6,12,13}

Actualmente los médicos más demandados son los toco ginecólogos (40%), médicos de familia (30%), cirujanos (15%) y especialistas en diagnóstico por imágenes (15%).

El riesgo estimado de demandas por atraso en el diagnóstico, según un estudio sueco, es de 1/1000 diagnósticos de cáncer de mama detectados. De la totalidad de los reclamos se consideró que en un 25% el retraso había tenido un impacto en la sobrevivencia de las pacientes.¹⁰

En nuestro país se detectan 20.000 casos nuevos de cáncer de mama por año, extrapolando esta cifra y teniendo en cuenta variaciones socioculturales y de litigiosidad, serían aproximadamente 20 demandas anuales en casos de pacientes con cáncer de mama.

La precisión diagnóstica se hace más favorable en los últimos años dado el avance tecnológico en las imágenes y otros estudios complementarios, si bien esto no se ve reflejado en una disminución en el número de demandas.^{7,11}

Es posible que la realidad en nuestro país no sea tan extrema en relación a la litigiosidad asociada a la patología mamaria pero la falta de estadística no puede hacernos pensar que estamos tan lejos de esta situación.

Desarrollo

La falla o la demora en el diagnóstico de cáncer de mama es la mayor fuente de litigio en patología mamaria.

El cáncer de mama es el tipo de tumor más frecuente entre las mujeres. Sin embargo, a veces, por muchas pruebas que se hayan realizado, su detección es prácticamente imposible. Por ello, "el retraso en el diagnóstico" no implica siempre un quiebre de la "lexartis"^{1,2}

Además el aumento en su incidencia hace prever que las demandas también aumenten.

El riesgo de sufrir un cáncer de mama en vida de una mujer es de una en ocho (12%) en la población general.^{2,3,14}

La mama es un órgano externo, fácilmente accesible para la inspección, palpación, diagnóstico por imagen y biopsia. El tamizaje es promovido por los medios de comunicación, todo ello muchas veces crea una expectativa en la mujer de que el cáncer de mama es de diagnóstico temprano, tratamiento rápido, desfiguración física mínima y completa recuperación.

Estadísticamente 1/3 de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama fallecen de la enfermedad (182000 casos con 41000 muertes en EEUU / 20.000 casos con 6.000 muertes en Argentina) por lo que cuando esa irreal expectativa de la mujer no se cumple las mujeres se asustan, se enojan, y son más inquisitivas; y con demasiada frecuencia los abogados en vez de los médicos proporcionan respuestas a sus preguntas.⁴

Hechos físicos encontrados PIAA, 2002	Nº Reclamaciones	% Demandantes
Masa palpable	265	58,9 %
Dolor en la mama	73	58,9 %
Hoyos en la piel	53	58,9 %
Examen de mama no realizado	41	58,9 %
Dolor en la palpitación	31	58,9 %
Retracción del pezón	29	58,9 %
Sangrado/secreción del pezón	23	58,9 %
Nódulos palpables	22	58,9 %
Decoloración de la piel	12	58,9 %

El 80% de las demandas iniciadas por no diagnosticar un cáncer de mama fue después de una mamografía negativa o equívoca y en la mayoría de las veces había una consulta previa refiriendo un auto hallazgo en la mama que fue minimizado, como vemos en la tabla.⁸

El 68% de las demandantes eran menores de 50 años y representan el pago del 78% del total de las indemnizaciones; y dichos pagos eran un 63% más elevada que en mujeres posmenopáusicas.

El perfil de riesgo de retraso en el diagnóstico se produce habitualmente en mujeres jóvenes de 40 a 50 años, con una queja de masa autodescubierta, que no se considera estudiar con diagnósticos por imágenes o que la mamografía es informada como normal o enfermedad fibroquística.^{6, 8, 13}

El estado pre y perimenopáusico hace pensar la menor probabilidad de presentar la enfermedad; además el cáncer de mama se suele detectar peor en mujeres jóvenes debido al tejido mamario más denso. Estos dos factores (edad y densidad mamaria) suele influir en que los médicos subestimen los síntomas referidos por la paciente.^{6, 8, 13}

La sensibilidad de la mamografía es del 85% con un 15% de falsos negativos, que se incrementa hasta un 30% en las mamas densas por lo tanto deberíamos considerar realizar estudios complementarios y seguimiento en aquellos casos donde la paciente refiere un síntoma aunque no se relacione con el carcinoma y/o realizar una derivación oportuna al especialista en Mastología, contemplando utilizar otros métodos complementarios, de gran desarrollo en los últimos años como la ecografía mamaria o la resonancia magnética.^{3, 11, 12, 15}

Por diversas razones, entre ellas una actitud paternalista, los médicos tienden a minimizar los hallazgos realizados por la propia paciente, sin tener en cuenta que son ellas las que mejor conocen sus mamas, y aunque es cierto que en las mujeres jóvenes el examen es más dificultoso por las características de las mamas y los cambios cíclicos hormonales, no debe minimizarse la referencia del paciente.

En todos los casos resulta esencial que los médicos hagan un seguimiento de sus pacientes hasta que se descarte malignidad.

Ya es práctica habitual, y obligatorio por ley en varios estados de EEUU, que el especialista de imágenes informe la densidad mamaria en la mamografía, sugiriendo realizar estudios adicionales en caso de considerarlo necesario.^{3,11,12,15}

Todos los síntomas deben ser tenidos en cuenta y por si solo la edad joven y la presencia de dolor no deben ser minimizados, aunque no sean indicadores estándar de la enfermedad.

Si la paciente hace referencia a una auto palpación de masa y el médico no la detecta, debe recitarla fuera del periodo menstrual volver a examinarla y promover el autoexamen, y agotar los procedimientos diagnósticos.^{1,3,6,10}

No se debe minimizar los factores de riesgo, aunque es claro que dichos factores son de mayor importancia en la valoración poblacional, no carece de importancia en el paciente individual.

El médico debe valorar antecedentes personales y familiares (hiperplasia, papilomas, nuliparidad, lactancia, ventana estrogénica, obesidad, terapia hormonal, etc.)

Existe evidencia que una demora de más de tres meses en el diagnóstico tiene un impacto negativo en la sobrevida, sin embargo también se sabe que un tumor tarda aproximadamente un año y medio en pasar de 1 a 2 cm, y un tiempo más prolongado si la lesión se diagnostica sin masa (ej. microcalcificaciones), habiendo muchas variaciones biológicas individuales según la agresividad del tumor (Ej. triple negativo), estado del huésped, etc. por lo que a los peritos y jueces les dificulta sopesar la pérdida de chance en el caso de litigio.^{3,6,7}

No solo se contempla la pérdida de chance en relación a la sobrevida sino que el retraso puede motivar mayores intervenciones quirúrgicas (mastectomía en vez de cirugía conservadora) o tratamientos más agresivos con efectos adversos (Ej. quimioterapia)^{3,6,7}

Los tumores malignos tienen varios años de evolución cuando son diagnosticados por lo que un retraso diagnóstico no tiene que conducir necesariamente a una reducción de la sobrevida, sin embargo, **la tendencia de los jueces es hacia la reparación económica de la demora.**⁶

Los aportes de nuevas tecnologías nos hacen lidiar cada vez con más frecuencia con imágenes no palpables como las microcalcificaciones,

que conforman una situación de riesgo médico legal que confronta la siempre compleja teoría jurídica de la pérdida de oportunidad.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Mujer de 40 años que se detecta una tumoración durante el autoexamen mamario. Se dirige para una mamografía de detección gratuita, que según el informe fue negativa. En una visita posterior al consultorio, el ginecólogo de la mujer, que había recibido una copia del informe, le examinó los senos sin palpar ninguna masa y la citó en 6 meses. En la siguiente visita, la mujer le dijo al ginecólogo que el bulto había aumentado de tamaño, pero este aún no podía detectarlo en el examen y no recomendó otros medios de diagnóstico ni ofreció una derivación. Cuatro meses después, la mujer fue a otro médico que logró palpar la tumoración y solicitó otra mamografía que reveló una masa sospechosa. Se le realizó una biopsia que fue positiva para malignidad, y la mujer posteriormente se sometió a mastectomía y radioterapia.

Ella demandó al primer radiólogo, quien llegó a un arreglo extrajudicial, y al primer ginecólogo. El tribunal resolvió una indemnización de u\$s 450,000 contra el primer ginecólogo.⁸

Caso 2

Mujer de 30 años consulta a su ginecólogo por tumoración en una mama. Al examen el médico la tranquiliza diciéndole que es displasia mamaria y que volviera si había cambios. Nueve meses después, la paciente regresa con una tumoración más grande y con cambio de forma. Se le realiza una biopsia que fue positiva para cáncer. Aproximadamente 3,5 años después, se desarrollaron metástasis hepáticas.

Un jurado encontró al ginecólogo negligente y le otorgó al demandante U\$s 1,9 millones. La mujer murió poco después a los 41 años de edad.⁸

Caso 3

Es un caso citado en Massachusetts donde una mujer de 42 años encontró un bulto en su mama derecha. Una mamografía reciente (tomada 2 meses antes) había sido informada como negativa. Debido

a que su abuela materna había muerto por cáncer de mama, ella consultó con su médico quien confirmó el hallazgo clínico. Él ordenó otra mamografía. El radiólogo leyó el estudio repetido como negativo, y el médico de la mujer le aseguró a la paciente que no tenía razón en preocuparse. Ella solicitó otra mamografía en 3 meses, pero el médico insistió en que esperara 6 meses y no recomendó una evaluación adicional. Para entonces, la forma del bulto había cambiado. La mujer vio otro médico que ordenó una biopsia, que fue positiva. La paciente fue sometida a un mastectomía y quimioterapia adyuvante.

Un jurado le otorgó U\$s 600.000 en compensación.⁸

En estos casos reales de la literatura americana se hace evidente que los signos referidos fueron minimizados en la consulta.

La triada de riesgo es una **mujer joven** que se palpa una **masa** auto-descubierta, y que tras la evaluación clínica o mamografía informada como **normal** o enfermedad fibroquística presenta meses después una lesión maligna de la mama que traslada su **reclamo a la pérdida de oportunidad, si se comprueba que se produjo un retraso en el diagnóstico.**^{1,3,6,8}

En estos casos es fundamental el análisis pericial del caso, que debería hacerse con profesionales médicos expertos en patología mamaria, lo que no sucede en la mayoría de los casos en nuestro medio judicial.

¿CÓMO PREVENIR LA DEMANDA POR MALA PRAXIS?

Parte de la doctrina entiende por **tratamiento médico: “la acción beneficiosa para la salud de la persona ejercida sobre el cuerpo”**, incluyendo la curación de las enfermedades, la ayuda al parto, el tratamiento preventivo o profiláctico, el diagnóstico, la mitigación del dolor y la retardación de los efectos destructores”.

Para otro sector doctrinal el tratamiento médico quirúrgico se considera **“aquella modificación del organismo ejecutada según las normas indicadas por la ciencia, para mejorar la salud física o psíquica de la persona o la belleza de la misma”**.¹⁰

Esta no excluye la exploración, la prescripción de un régimen de vida ni el tratamiento psiquiátrico, que se consideran también actos médicos.¹⁰

El principal objetivo como mastólogos es el **cuidado de la salud de la**

mujer descartando con todos los medios disponibles a nuestro alcance la posibilidad de un cáncer de mama; y en el caso de médicos generalistas o toco ginecólogos la derivación oportuna al especialista ante una duda diagnóstica recordando siempre el **principio jurídico de la obligación de medios y no de resultados**, y en ese aspecto la jurisprudencia es homogénea.^{2,3,6,10}

Es fundamental, como en el resto de la práctica médica, una buena relación médico-paciente, en donde ella sienta que el médico comprende la preocupación ante un hallazgo mamario, que es tomada en serio y que se le realizan las correspondientes recomendaciones.

Es fundamental la fluidez en la comunicación entre el toco ginecólogo o mastólogo con el radiólogo; la confianza mutua y la permanente consulta ante dudas diagnósticas o disociación clínico/imagenológicas son en beneficio de la paciente y de los profesionales.^{3,12,16}

Se debe evitar la consulta “de pasillo”, donde se observa un informe de mamográfico aparentemente normal, sin tener presente la historia clínica previa con los hallazgos clínicos, o peor aún, sin haber realizado el examen mamario (12% de las demandas referían que la paciente no había sido revisada).⁸

Asimismo, el mastólogo o toco ginecólogo **no debe leer solo el informe** y tomar conducta, sin ver las imágenes mamográficas, ya que es cada vez más habitual que estas imágenes estén en soporte electrónico (CD, web, etc.) y no impresas.⁷

Se debe ser muy cuidadoso con las consultas por medios electrónicos (Mail, Whatsapp, Messenger, etc.) cada vez más frecuentes, que NUNCA deben reemplazar la consulta presencial y el examen físico; además de tener en cuenta que todo lo que informemos por estos medios puede ser utilizado como prueba en contra en un futuro litigio y además este tipo de consultas en general no son cubiertas por las compañías de seguro ante un reclamo.

Estas sugerencias pueden resultar obvias para muchos especialistas, pero se ven cada vez con más frecuencia en los juicios de mala praxis, en donde la sobrecarga laboral sobre los médicos influye negativamente en la calidad de la atención.

Nadie está exento de un reclamo, a pesar de una correcta atención, en caso que se diagnostique un cáncer de mama y se presente una demanda por no haber realizado un diagnóstico oportuno. La mejor defensa del médico es demostrar que los motivos de consulta fueron considerados, fue seguido de un plan diagnóstico y eventualmente de tratamiento y/o seguimiento basado en guías científicamente avaladas.^{1,6,7}

Es fundamental que todo quede registrado en forma completa en la historia clínica, incluido el periodo en que se cita a control a la paciente.

Es fundamental para reducir la litigiosidad aumentar la satisfacción del paciente con la adecuada atención ya que los estudios demuestran un vínculo directo entre el litigio y la mala relación médico paciente.

El estilo de comunicación utilizado afecta directamente la forma en que el paciente percibe al médico y también influye en su decisión de iniciar el litigio.

Una de las técnicas de comunicación más básicas es escuchar a las pacientes ya que conocen sus cuerpos y necesitan ser escuchadas, es importante promover la participación en la consulta y no minimizar sus preocupaciones y hallazgos, con un modelo paternalista ya perimido.^{2,7}

El modelo debe ayudar a promover la participación del paciente y a una toma de decisiones compartidas, teniendo en cuenta que un muy alto porcentaje de demandas son por auto palpación de masa en la mama que no fueron correctamente valoradas y finalizaron siendo carcinomas.

Es imposible diagnosticar el cáncer de mama con un 100% de precisión, todos los estudios complementarios tienen un margen de error, tanto falsos positivos como negativos, la paciente tiene que comprender esto; y dispuestos todos los medios a nuestro alcance la falla diagnóstica es impredecible e inevitable y forma parte del porcentaje de riesgo que asume cualquier paciente ante un diagnóstico o práctica en una ciencia no exacta como la medicina.

Un hecho observado frecuentemente en las demandas es la falta de documentación de lo realizado, es fundamental dejar todo documentado en la historia clínica, que es sin duda nuestra mejor defensa ante un litigio.^{6,7}

Son muy útiles las “listas de verificación” con todos los pasos de diagnóstico y seguimiento de cada paciente que ayuda a mostrar consistencia en el cuidado de la paciente y a documentar todos los pasos.^{1,3,6}

Excede el propósito de este artículo desarrollar los algoritmos diagnósticos y de tratamiento, pero a modo de ejemplo en la lista de verificación que llenamos en la paciente que consulta por patología mamaria no debe faltar:

- Anamnesis completa. Evaluación de riesgo.

- Ex mamario y axilar. Examen físico.
- Educación sobre cuidado de las mamas y valor del autoexamen.
- Solicitud de estudios complementarios mamarios.
- Evaluación de la coincidencia o no entre los hallazgos clínicos e imagenológicos.
- Si requiere seguimiento anual (Ej. BIRADS 1 o 2) o semestral (BIRADS 3), informar a la paciente y dejar asentado en la historia clínica cuando se la vuelve a citar.
- Indicar otros métodos diagnósticos (Ej BIRADS 4 y 5).
- Dejar asentado en la historia clínica las interconsultas y tratamientos propuestos.
- En lo posible, citar a la paciente si no concurre con los resultados de los estudios o al seguimiento, pero debe ser la paciente la responsable de concurrir, y no asumir nosotros la responsabilidad del aviso (posibilidad de olvido, trabas burocráticas, sobrecarga de trabajo, etc.)
- Ofrecer una interconsulta con el especialista en patología mamaria ante cualquier duda del paciente (Ej. persistencia de un síntoma con evaluación médica y por imágenes negativa.)

Es importante para el mastólogo tener un centro de referencia en imágenes mamarias, con especialistas de confianza que pueden estar en la misma institución o extra muro, pero con una afinada interdependencia, y sería ideal trabajar juntos en la lista de verificación del paciente.^{12,13,16}

Una forma de trabajo que se aproxima al ideal es la conformación en los lugares de trabajo de "Unidades de Mastología", de acuerdo a las normativas de la Sociedad Argentina de Mastología, que es una forma de trabajo interdisciplinario en patología mamaria (reglamento para conformar dichas unidades: www.samas.org.ar/index.php/emc/unidades-de-mastologia).¹⁴

Una de los principales motivos del paciente para demandar es la actitud de los colegas, que como describe la literatura, uno de cada tres médicos insinúa o declara que las asistencias de otros colegas fue inadecuada con comentarios peyorativos y/o despectivos del segundo médico que atiende al paciente; si es aceptable la sana discrepancia entre colegas que favorece una mayor amplitud de posibilidades diagnósticas y terapéuticas (deber ético).^{2,7}

EL MASTÓLOGO O EL TOCO GINECÓLOGO ANTE LAS GUÍAS DE TAMIZAJE MAMARIO:

Existen actualmente diversas guías de tamizaje mamario, y las mismas no coinciden entre sí en sus recomendaciones del grupo etario y periodicidad de los estudios.⁵

Aunque existe un abanico de posibilidades clínicamente validas dadas por una amplia gama de opciones respaldado por instituciones serias, estas opciones paradójicamente pueden dejar a los médicos más expuestos a reclamos por negligencia.

Estas discrepancias ocurren en la mayoría de los países y el nuestro no es la excepción; las normativas de la Sociedad Argentina de Mastología coincidentes con la National Comprehensive Cancer Network, American Cancer College y otras, indican mamografía anual a partir de los 40 años. El Instituto Nacional del Cáncer recomienda la realización de mamografía bianual de los 50 a los 69 años, en coincidencia con la U.S Preventive Task Force, la European Society of Breast y otras.^{5,14,17}

ORGANIZACIÓN	AÑO	RECOMENDACIÓN
National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer Screening and Diagnosis. Version 1.2017. ²⁶	2017	<ul style="list-style-type: none"> - Para mujeres asintomáticas y con examen físico negativo, de 40 años o más y con riesgo promedio, recomiendan mamografía de tamizaje anual (categoría 1). - Las mujeres que decidan realizar la mamografía deben ser aconsejadas sobre los potenciales beneficios, riesgos y limitaciones de la misma. - El panel de NCCN no establece un límite superior respecto de la edad. Sostiene que si la paciente posee severas co-morbilidades que limitan su expectativa de vida y por las cuales no se realizarían intervenciones basadas en los hallazgos de tamizaje, no recomendar tamizaje independientemente de la edad.
National Cancer Institute. Breast Cancer Screening. ²⁷	2017	<ul style="list-style-type: none"> - Basada en evidencia sólida, uno de los beneficios del tamizaje mamográfico es la reducción de la mortalidad. - Magnitud de efecto: En estudios randomizados controlados, para mujeres de 40-74 años, en el tamizaje mamográfico ha sido asociado a una reducción relativa de la mortalidad por cáncer de mama de 15 a 20%. El beneficio absoluto en mortalidad para mujeres tamizadas anualmente por 10 años es aproximadamente 1% en general, variando desde 4 por 10.000 mujeres que empiezan el tamizaje a los 40 años a 50 por 10.000 mujeres que lo empiezan a la edad de 50 años. - Basado en un seguimiento de 25 años de un estudio controlado randomizado (Canadian National Breast Screening Study -CNBSS-), hay incertidumbre acerca de la magnitud del beneficio de la mamografía actualmente.
U.S. Preventive Services Task Force. ³¹	2016	<ul style="list-style-type: none"> - Mujeres 40-49 años: La decisión de realizar tamizaje debería ser individualizada. - Mujeres 50-74 años: Tamizaje bienal recomendado. - Mujeres ≥ 75 años: Sin recomendación (evidencia insuficiente).

European Society of Breast Imaging. ²⁹	2017	<ul style="list-style-type: none"> - En forma prioritaria, recomiendan el tamizaje mamográfico bienal en mujeres con riesgo promedio, entre 50-69 años. - En segundo lugar, la extensión hasta los 73-75 años. - En tercer lugar, desde los 40-45 a los 49 en forma anual.
American College of Radiology. Appropriateness Criteria* Breast Cancer Screening. ³²	2016	<ul style="list-style-type: none"> - Tamizaje con mamografía anual desde los 40 años hasta los 74 años. - El tamizaje debería detenerse cuando la expectativa de vida es menor de 5 a 7 años debido a la edad o a co-morbilidades.
American Cancer Society. ³³	2015	<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres deberían tener la opción de realizar tamizaje anual entre 40 y 44 años (recomendación calificada). - Tamizaje regular desde los 45 años para mujeres con riesgo promedio (recomendación fuerte). - Mujeres entre 45-54 años deberían ser tamizadas anualmente (recomendación calificada). - Mujeres desde los 55 años deberían pasar a realizar tamizaje bienal o tener la oportunidad de continuar con el tamizaje anual (recomendación calificada). - El tamizaje debería continuar tanto tiempo como se encuentren en buen estado de salud y tengan una expectativa de vida de 10 años o más (recomendación calificada).

Efectividad del tamizaje mamográfico en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama / Alejandro Javier Di Sibio. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional del Cáncer, 2018

Un médico legítimamente puede preguntarse si solicitando la mamografía bianual no puede exponerse a un mayor riesgo de responsabilidad profesional, y si el aval de su actuación resistiría las acusaciones de negligencia en caso de retraso diagnóstico, a pesar del aval de las instituciones científicas.^{5,14,17}

Puede ser tentador razonar que el examen clínico y la mamografía más frecuentemente reduciría el riesgo de ser demandados, pero debe evaluarse también el mayor número de estudios, con mayor impacto psicológico y físico de las referencias, nuevos estudios o intervencionismo, así como el análisis costo/beneficio poblacional para el testeado anual con un beneficio marginal de la mamografía anual comparada con bianual.⁵

El médico debe documentar y comunicar claramente la justificación de su recomendación de cribado, y permitir la participación y preferencia de la paciente que ayuden al médico a elegir la mejor estrategia de detección para cada caso particular.¹⁸

Debe recordarse que estas recomendaciones son para tamizaje poblacional y políticas sanitarias; y que en la evaluación individual en el consultorio es el especialista, consensuado con el paciente, quien indica qué estudios y a qué intervalos lo solicita.

Así mismo cada institución y/o en las Unidades de Mastología deben normatizarse este y otros ítems que permitan un trabajo homogéneo para beneficio de la paciente.^{5,14,17}

Existen otras causas de demandas de mala praxis, además del retraso diagnóstico, pero esta es por lejos la principal causa de litigio. Las otras causas como las complicaciones del tratamiento, la implicancia legal de los test genéticos, las técnicas quirúrgicas con el advenimiento de la cirugía oncoplástica, serán motivo de futuros comunicaciones.

CONCLUSIONES

- El riesgo de recibir una demanda de mala praxis es hoy un elemento inherente a nuestra profesión, aun realizando nuestra tarea de acuerdo a la lexartis.
- El retraso en el diagnóstico es la causa más frecuente de demandas de mala praxis en patología mamaria.
- Una buena relación médico-paciente y una correcta documentación de la historia clínica es la mejor prevención.
- Lamentablemente la realidad en nuestro medio judicial de procesos extremadamente largos y en muchos casos falta de idoneidad de los peritos en la especialidad hacen muy incierto el resultado final, siendo el proceso el verdadero castigo para el profesional, culminando en la mayoría de los casos con la desestimación de la demanda.
- Fomentar el trabajo en equipo y la formación de Unidades de Mastología en las instituciones es una forma de trabajo multidisciplinario que resulta en beneficio tanto de la paciente como de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santiago Delgado Bueno y Armando Tejerina. Medicina Legal en patología mamaria. Cap.: Malpraxis en patología mamaria. Ed Diaz de Santos. 2002. 255-284. ◀◀◀◀◀◀◀◀
2. Santiago Delgado Bueno en Jornada REShE 2019. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/privada/-diagnosticar-tarde-un-cancer-de-mama-no-siempre-quiebra-la-lex-artis--3704> ◀◀◀◀◀◀◀◀
3. Tejerina y cols. Cáncer de mama: aspectos de interés actual. Aspectos médico legales en cáncer de mama. Ed Aldemar. 2012. 349-373. ◀◀◀◀◀◀◀◀◀◀
4. Ricardo de Lorenzo. Psicooncología. Aspectos legales en patología mamaria Bufete de Lorenzo Abogados. Asociación Española de Derecho Sanitario. Vol. 4, Núm. 2-3, 2007, pp. 499-518. ◀◀◀◀
5. Allen Kachalia, MD, JD; Michelle M. Mello, JD, PhD. BreastCancerScreeningConflictingGuidelines and Medico-legalRisk. JAMA, June 26, 2013—Vol 309, No. 24 ◀◀◀◀◀
6. Carlos Sardinero-García y cols. Responsabilidad por pérdida de oportunidad asistencial en patología oncológica maligna en la medicina pública española. GacSanit. 2016;30(6):421–425. ◀◀◀◀◀◀◀◀
7. José Antonio López, Ma Carmen López. Aspectos médico-legales y deontológicos del diagnóstico mamario. Radiología 2001;43(8):371-380. ◀◀◀◀◀◀◀◀
8. Albert L. Strunk, JD, MD, FACOG, and Sharon Kenyon, RN, JD. Medico legal considerations in the diagnosis of breast-cancer. Volume 29 • number 1 • march 2002. ◀◀◀◀◀◀◀◀◀◀
9. Sanguinetti, A. Polistena, y cols. Correct information to patients undergoing breast-conserving surgery: the medico-legal significance. GChir Vol. 38 - n. 2 - pp. 61-65 March-April 2017 ◀
10. LarsolofHafström, Henry Johansson, Jon Ahlberg. Diagnostic delay of breast cancer e Analysis of claims to Swedish Board of Malpractice (LÖF). The Breast 20 (2011) 539-542. ◀◀◀◀◀◀◀◀
11. Elissa R. Price, MD Jonathan Hargreaves, MD Jafi A. Lipson y cols. The California Breast Density Information Group: A Collaborative Response to the Issues of Breast Density, Breast Cancer Risk, and Breast Density Notification Legislation. Radiology: Volume 269: Number 3—December 2013. Disponible en: www.radiology.rsna.org ◀◀◀◀◀
12. Kopan, D y cols. La mama en imágenes. Problemas médico legales y estándares en atención. Cap 25. Mabran 2da Ed. ◀◀◀◀◀◀◀◀
13. David B. Troxel, MD. Trends in Pathology Malpractice-Claims. Am J Surg Pathol. Volume 36, Number 1, January 2012. ◀◀◀◀
14. Sociedad Argentina de Mastología www.samas.org.ar ◀◀◀◀◀◀
15. Christoph L. Lee, MD, MSHS, Lawrence W. Bassett, MD-Constance D. Lehman, MD, PhD Breast Density Legislation and Opportunities for Patient-centered Outcomes Research. Radiology. Volume 264: Number 3—September 2012. www.radiology.rsna.org ◀◀
16. Lisa S. Mitchell y cols. Medico legal Considerations in Breast Health The Benefits of Collaboration Between OB/GYNs and Radiologists. Obstet Gynecol Clin N Am 40 (2013) 583–597. ◀◀
17. Alejandro Javier Di Sibio. Efectividad del tamizaje mamográfico en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2018. Disponible en: www.inc.org.ar ◀◀◀◀
18. American Journal of Roentgenology. Malpractice and Ethical Issues in Radiology 2013;200:W91. 10.2214/AJR.12.8894 ◀