

## TÍTULO

**"Implicancias médico legales de las de complicaciones post biopsia mamaria radioquirúrgica durante los años 2009 a 2019 en un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires"**

Dr Ramiro Luis Fuleston

1 de agosto de 2022

Carrera especialización en medicina legal

Fundación H.A .BARCELÓ Facultad de Medicina

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud

Institución Universitaria Privada Integrante del Sistema Universitario Nacional

Facultad de Medicina. Buenos Aires, Argentina

Tutor y Director de Tesis: Dra Sandra Lorena Lizos

Médica Legista. Especialista en Medicina Interna y Clínica Médica

Postgrado en Gestión de Riesgo y Seguridad de Pacientes

Docente de la carrera Especialidad Medicina Legal

Fundación H.A .BARCELÓ Facultad de Medicina

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud

Institución Universitaria Privada Integrante del Sistema Universitario Nacional

Facultad de Medicina. Buenos Aires, Argentina

## AGRADECIMIENTOS

*En primer lugar quiero agradecer a mi tutor, Dra. Sandra Lorena Lizos, quien con sus conocimientos y apoyo me guió a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados que buscaba.*

*También quiero agradecer a Fundación H.A.BARCELÓ Facultad de Medicina y a la Directora de la carrera Especialización en Medicina Legal, Dra. Alicia Verme por brindarme todos los recursos y herramientas que fueron necesarios para llevar a cabo el proceso de investigación. Quiero hacer una mención especial para la Dra. Paola Martin, subdirectora de la Carrera de Especialización en Medicina Legal, que tuvo que afrontar el desafío de la pandemia Covid 19, que transformó una carrera presencial, en una de modalidad virtual, y lo hizo con absoluta excelencia y dedicación. No hubiese podido arribar a estos resultados de no haber sido por su incondicional ayuda.*

*Por último, quiero agradecer a todos mis compañeros y a mi familia, por apoyarme aún cuando mis ánimos decaían. En especial, quiero hacer mención de mis hijos, Tomas y Marcos Fuleston , que le enseñaron a su Papá a manejarse en la virtualidad, un mundo casi desconocido para mi, siempre estuvieron ahí para resolver los problemas y desafíos que la tecnología me planteaba. Sin sus enseñanzas hubiera sido imposible para mí poder resolverlos y seguir adelante.*

*Muchas gracias a todos.*

## ÍNDICE GENERAL

1-	INTRODUCCIÓN / ABSTRACT	.....pag 5
1- 1	LOS INTERROGANTES	.....pag 9
1- 2	OBJETIVOS	.....pag 9
1- 3	JUSTIFICACIÓN	.....pag 10
2-	METODOLOGÍA	.....pag 11
2- 1	TODAS LAS VARIABLES EVALUADAS	.....pag 12
2- 2	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LAS COMPLICACIONES POST OPERATORIAS DE LA CIRUGÍA	.....pag 13
2- 3	DATOS DEMOGRÁFICOS	.....pag 21
2- 4	TIPO DE IMAGEN NO PALPABLE CATEGORIZADA BIRADS 4 y 5	.....pag 21
2- 4- 1	MAMOGRAFÍA Y CLASIFICACIÓN BIRADS - ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA	.....pag 22
2- 4- 2	BIOPSIA RADIO QUIRÚRGICA	..... pag 26
2- 5	CÁNCER DE MAMA Y LESIONES PRECURSORAS	.....pag 30
2- 5- 1	LESIONES BENIGNAS	.....pag 30
2- 6	SEROMAS	.....pag 30
2- 7	INFECCIONES DEL SITIO OPERATORIO	.....pag 32
2- 7- 1	ABSCESOS	.....pag 32
2- 8	TERMO INJURIAS DE PIEL	.....pag 41
2- 9	HEMORRAGIA AGUDA Y HEMATOMAS	.....pag 43

2- 10	DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA	.....pag 44
2- 11	ALTERACIONES DE LA CICATRIZACIÓN	.....pag 46
2- 12	PARESTESIAS	.....pag 51
2- 12- 1	ANESTESIA	.....pag 51
2- 13	ASIMETRÍAS MAMARIAS POR DEFECTO DE VOLUMEN	.....pag 52
2- 14	DAÑO PSÍQUICO Y DAÑO MORAL	.....pag 52
2- 15	NIVEL EDUCATIVO	.....pag 60
2- 16	PRINCIPAL MEDIO DE INFORMACIÓN	.....pag 61
3-	JURISPRUDENCIA EN ARGENTINA, ERROR MÉDICO Y RESPONSABILIDAD MÉDICA	.....pag 61
4-	JURISPRUDENCIA COMPARADA Litigios por mala praxis médica por cáncer de mama: análisis y actualización de 10 años en USA	.....pag 69
5-	CONCLUSIONES y APORTE PERSONAL	.....pag 72
6-	BIBLIOGRAFÍA.	.....pag 78
7-	ANEXOS	.....pag 85
7- 1	ICONOGRAFÍA biopsia radio quirúrgica y defecto cosmético	.....pag 85
7- 2	ABREVIATURAS	.....pag 90
7- 3	FALLO CORTE SUPREMA DE LA NACIÓN	.....pag 91

## 1 - INTRODUCCIÓN / ABSTRACT:

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer y afecta a 1 de cada 8 mujeres en Argentina. Es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer.

En Argentina, según las estimaciones de incidencia del Observatorio Global de Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de mama es el de mayor magnitud en cuanto a ocurrencia para 2018: con un volumen de más de 21.000 casos nuevos por año, y una tasa de 73 casos por cada 100.000 mujeres, representa el 17% de todos los tumores malignos y casi un tercio de los cánceres femeninos. Para cáncer colorrectal en ambos sexos se estimaron 15.692 casos nuevos para el año 2018, concentrando el 13% del total de tumores. El cáncer de mama es una enfermedad con mayor prevalencia en poblaciones urbanas y desarrolladas, sin embargo, su letalidad es mayor en las poblaciones con peores condiciones socioeconómicas.(1)

Con el advenimiento y modernización de los equipos de mamografía utilizados para los controles anuales y el aumento de pacientes asintomáticas que acceden al mismo se ha logrado diagnosticar un mayor porcentaje de carcinomas mamarios en estadios más tempranos con posibilidad de conductas terapéuticas menos agresivas, incrementando la sobrevivencia de las pacientes.(2,3)

La mamografía es el único método que ha probado su eficacia en disminuir la mortalidad por cáncer de mama en mujeres mayores de 50 años que ingresan a un programa de screening de realización de mamografía anual por un lapso no inferior a diez años. Afortunadamente desde la implementación de la mamografía de detección generalizada la tasa de mortalidad por cáncer de mama ha disminuido en un 39%.

El porcentaje de tumores no palpables diagnosticados se incrementa año tras año en las pacientes incluidas en los programas de screening con mamografía anual y hoy representa entre el 20% y 30 % aproximadamente de todos los cánceres mamarios diagnosticados.

Entendemos como lesión no palpable aquellas lesiones sospechosas de malignidad diagnosticadas mediante mamografía en pacientes asintomáticas incluidas en programas de screening a partir del segundo o tercer año de haber ingresado en él.(4,5)

Se define como biopsia radioquirúrgica (BRQ) al conjunto de maniobras quirúrgicas necesarias para llegar al diagnóstico histológico definitivo de una lesión mamaria no

palpable con margen de seguridad. Se realiza bajo anestesia general en lesiones no palpables catalogadas en la mamografía según clasificación BIRADS 4 y 5 (Breast Image Data System). Se trata de una cirugía realizada bajo anestesia general, que incluye la lesión mamográfica señalada previamente marcada por distintos métodos, ya sea clip metálico, arpón, sustancias o coloide radioactivo y/o carbón inactivo. En nuestro medio el arpón, no es utilizado como medio de marcación prequirúrgica. Una vez obtenida la pieza quirúrgica se realiza una mamografía intraoperatoria de la misma para constatar la presencia en ella de la lesión mamográfica. Se envía la pieza a estudio de anatomía patológica diferida y se procede a la finalización de la cirugía. La técnica quirúrgica habitualmente más utilizada para la (BRQ) es la cuadrantectomía mamaria (escisión quirúrgica de un cuadrante mamario), tumorectomía mamaria que en general implica menor porcentaje de tejido extirpado, pero en casos extremos y poco frecuentes puede llegarse a la realización de una adenomastectomía subcutánea (por ejemplo, microcalcificaciones multifocales y multicéntricas categorizadas como BIRADS 4 y 5).

Resumiendo, se trata de cirugías necesarias para llegar al diagnóstico histológico definitivo de una lesión mamaria no palpable con margen de tejido sano de seguridad.(6)

El desarrollo de técnicas de intervencionismo percutáneas mínimamente invasivas derivan de la baja especificidad de la mamografía para el diagnóstico del cáncer de mama, disminuyendo el número de cirugías innecesarias y las comorbilidades asociadas a las mismas. Actualmente las lesiones sospechosas no palpables calificadas BIRADS 4 o BIRADS 5 diagnosticadas por mamografía, ecografía mamaria o resonancia magnética nuclear mamaria tienen indicación de abordaje primario por vía percutánea con biopsia core o mamotome, quedando la (BRQ) para resultados histológicos con sospecha de subestimación diagnóstica en dichas punciones histológicas o cuando no contamos con este recurso (intervencionismo mamario por imágenes) en el medio donde trabajamos para el diagnóstico de todas las lesiones no palpables caracterizadas como BIRADS 4 o 5 por mamografía, ecografía mamaria y/o resonancia nuclear magnética mamaria.(7,8,9)

La biopsia radioquirúrgica es una alternativa válida de inicio si no se cuenta con la otra, con una tasa de éxito mayor al 90%. Más allá de su tasa de éxito, su tasa de complicaciones en general es mayor del 45 al 50%, la cual es más alta que los procedimientos de intervencionismo mamario por imágenes.

Las complicaciones más habituales son los defectos estéticos, los defectos de volumen mamario, la pérdida de la simetría mamaria, las cicatrizaciones hipertróficas o

queloides, las cicatrices hiperpigmentadas, hipopigmentadas o anfractuosas, infección, hemorragia, hematomas, seromas, abscesos, las cuales pueden causar alteraciones desde las esferas de autopercepción corporal, calidad de vida u otras en las pacientes. Si bien estas complicaciones se informan con antelación al procedimiento quirúrgico y están incluidas en un consentimiento informado previo al mismo, no es extraño que pacientes que sufren complicaciones, (sobre todo en aquellos casos en las que finalmente no se halla cáncer) decidan recurrir a estrategias legales de reclamo por daños causados por el procedimiento. Conocer, pues las complicaciones reales que ocurren en esta población pueden ayudar a dar más información de las complicaciones evidenciadas en nuestro centro, así como prever escenarios de eventuales reclamos relacionados con el procedimiento.(10,11,12)

**Palabras clave:** biopsia radio quirúrgica mamaria – lesiones monográficas BIRADS 4 y 5 – complicaciones.

## **ABSTRACT**

Breast cancer is the most frequent malignant tumor in women and affects 1 in 8 women in Argentina being the second leading cause of death by cancer in this group.

In Argentina, according to incidence estimates from the World Health Organization (WHO) Global Cancer Observatory, breast cancer had for 2018 more than 21,000 new cases per year with a rate of 73 cases per 100,000 women, representing 17% of all malignant tumors and almost one third of female cancers. Colorectal cancer in both sexes, had 15,692 new cases for the same period in 2018, representing 13% of all tumors. It is a disease with higher prevalence in urban and developed populations; however, outcomes are worse in populations with low socioeconomic conditions.(1)

A higher percentage of breast carcinomas are currently diagnosed with modern mammographies at earlier stages, which increases patient survival and offers the possibility of less aggressive therapeutic approaches. (2,3)

Mammography is the only method that has proven its efficacy in reducing breast cancer mortality in women over 50 years of age who undergo annual screening for a period of at least ten years. Fortunately, since the implementation of widespread screening mammography, the breast cancer mortality rate has decreased by 39%.

The percentage of non-palpable tumors diagnosed, between 20% - 30% of all diagnosed breast cancers, increases year after year in those patients included in annual mammographic screening programs. These non-palpable lesions are those suspicious for malignancy on mammography and seen in asymptomatic patients, that are found after the second or third year of having been admitted to the program.(4,5)

The radio surgical biopsy (RSB) is used to reach a definitive histological diagnosis of a non-palpable breast lesion with a margin of safety. It is performed under general anesthesia in all non-palpable lesions which are BIRADS 4 and 5 (Breast Image Data System). The mammographic lesion is previously marked by either a metal clip, a harpoon, radioactive colloid and/or inactive charcoal. We do not use the harpoon for pre-surgical identification. Once we get the surgical specimen, an intraoperative mammography is done on the specimen to confirm the presence of the mammographic lesion and the sample is then sent to Pathology. Quadrantectomy or breast lumpectomy is the most common used surgical technique for BRQ , as it removes less tissue, however, in some rare cases, a subcutaneous adenomastectomy can be done, i.e in multifocal and multicentric micro calcifications categorized as BIRADS 4 and 5.

To summarize, these surgeries are necessary to reach a definitive histological diagnosis of a non-palpable breast lesion with a safe margin of healthy tissue. (6)

This minimally invasive percutaneous interventional techniques were developed due to the low specificity of the mammography for the diagnosis of breast cancer, and then help reducing the number of unnecessary surgeries and associated comorbidities. Currently, suspicious non-palpable lesions rated BIRADS 4 or BIRADS 5 diagnosed either by mammography, breast ultrasound or breast MRI have indication for percutaneous core biopsy or mammotome, leaving the (BRQ) for those cases where a diagnostic underestimation is suspected or whenever this percutaneous approach is not available in our daily work setting. (7,8,9)

Radio surgical biopsy is then a valid alternative in the abovementioned scenario, yielding a success rate greater than 90%. But we must not forget that RSB overall complication rate is greater than 45% to 50%, higher than what we observe in interventional breast imaging procedures.

RSB most common complications are aesthetic defects, breast volume defects, loss of breast symmetry, hypertrophic or keloid scars, hyper pigmented, hypo pigmented or anfractuous scars, infection, hemorrhage, hematomas, seromas and abscesses. They can all alter the patients' self-perception and quality of life among other things. Although these

complications are informed prior to the surgical procedure and are included in an informed consent, it is not unusual for patients who suffer complications to claim for damages caused by the procedure. The full understanding of these complications can not only provide more information but also allow us to foresee scenarios of eventual claims related to the procedure.

### **1- 1 LOS INTERROGANTES:**

1. ¿Cuáles fueron las complicaciones de la biopsia radioquirúrgica en la totalidad de pacientes de nuestra población en estudio con diagnóstico de lesiones mamográficas categorizadas Bi Rads 4 y Birads 5?
2. ¿Cuál fue el porcentaje de pacientes con diagnóstico definitivo de cáncer o lesión precursora de cáncer de mama; y qué porcentaje abarcó el de las pacientes con patología benigna (negativas para cáncer de mama)?
3. ¿Cuál fue el porcentaje de pacientes sometidas a biopsia radioquirúrgica que presentaron signos y sintomatología compatible con Daño Moral y Daño Psíquico?
4. ¿Cuáles son las especialidades médicas y auxiliares de la medicina, que reciben el mayor número de reclamos judiciales en referencia al estudio, procedimientos diagnósticos y terapéuticos del cáncer de mama?

### **1- 2 OBJETIVOS:**

#### **Objetivos generales:**

1- Conocer cuáles fueron las complicaciones de la biopsia radio quirúrgica indicada por lesiones categorizadas BIRADS 4 y 5 por mamografía en nuestro estudio durante el primer año postoperatorio.

2- Qué implicancia médico legales pueden tener las complicaciones descritas.

#### **Objetivo específico:**

Conocer el porcentaje y las complicaciones de la biopsia radioquirúrgica ayudará estimativamente a conocer los motivos más frecuentes de los reclamos medicolegales. Esto

ayudaría a planificar estrategias de prevención, (mejor explicación y elaboración de un consentimiento informado fundado en la Ley de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado (Ley 26529), dejando claramente establecidos los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento a efectuarse, pudiendo planificar mejores estrategias de defensa.

### **Objetivos secundarios:**

- Analizar las condiciones físicas, psicofísicas y psicosociales de las pacientes sometidas a biopsia radioquirúrgica durante el primer año postoperatorio.
- Examinar los procedimientos, estudios e intervenciones del equipo médico asistencial que pudieron influir en la aparición de los efectos indeseables. Describir las complicaciones postoperatorias que fueron evaluadas y relevadas durante el primer año de postoperatorio.
- Examinar los motivos relacionados con la presentación de reclamos médico legales en relación al cáncer de mama (ejemplo: demora de diagnóstico, error en el diagnóstico del cáncer de mama, demora en el inicio del tratamiento adyuvante, etc.).
- Lograr una mejor difusión de la importancia de la mamografía en el diagnóstico temprano del cáncer de mama en la población interesada.
- Fortalecer la capacitación, promoviendo la Acreditación de la Especialidad Mastología, por parte de las Sociedades Médicas que la otorgan, y certificación de los cirujanos en el empleo de técnicas de cirugía oncológica aplicadas al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.
- Fortalecer la difusión de información desde sociedades médicas científicas acerca del cáncer de mama y su prevención, diagnóstico y tratamiento a través de todos los medios posibles de difusión.

### **1-3 JUSTIFICACIÓN**

Los reclamos judiciales en los que se cuestiona la mala praxis médica en pacientes con cáncer de mama involucra a médicos de todo el mundo. Múltiples especialidades incluidos médicos obstetras, ginecólogos, radiólogos, internistas, medicina familiar y cirujanos.(13)

Las demandas o reclamaciones judiciales por supuesta mala praxis médica, implican costos financieros, profesionales, emocionales, psicológicos y de oportunidad tanto para el demandante, como para los reclamados.(13,14,15)

## **2- METODOLOGÍA:**

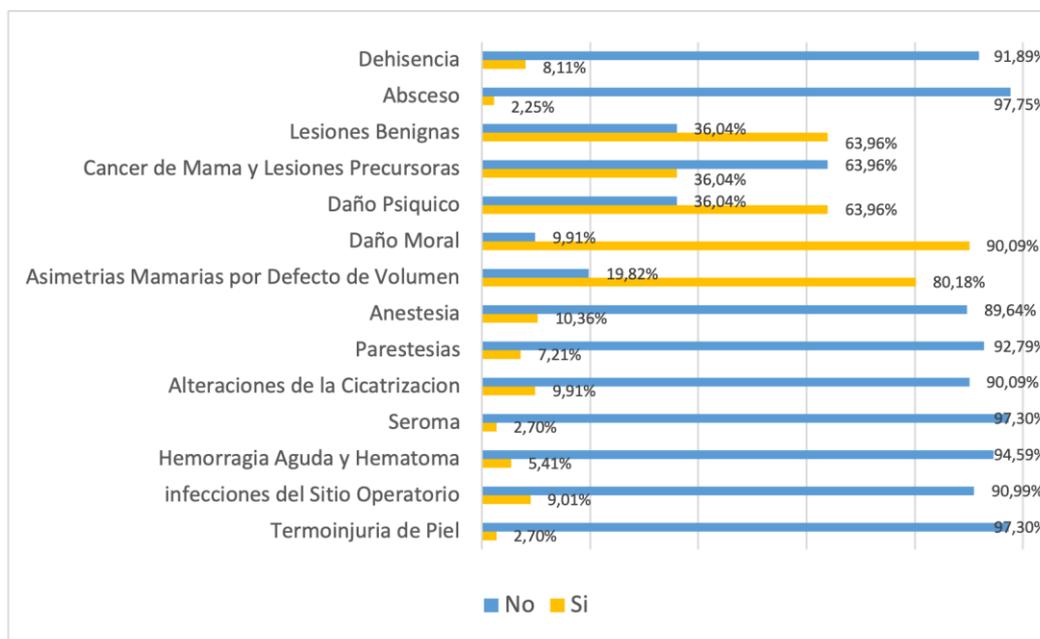
Se planteó un diseño de cohorte retrospectivo en la cual se analizaron una muestra consecutiva no probabilística de 222 pacientes a quienes se les realizó el procedimiento entre los años 2009 a 2019 en el Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía, de la Ciudad de Buenos Aires. Del total de 222 pacientes incluidas sometidas a BRQ, 200 fueron sometidas a BRQ por diagnóstico imagenológico birads 4 y birads 5, en forma directa; y 22 pacientes presentaban punciones percutáneas previas, core biopsy y/o mamotomía, también indicadas por birads 4 y 5, con diagnóstico de subestimación (carcinoma lobulillar in situ, hiperplasia ductal atípica, hiperplasia columnar plana con atipias y cicatriz radial mayor a 1 cm), y requirieron BRQ, para su diagnóstico definitivo de certeza. Criterios de exclusión: pacientes menores a 18 años, pacientes con diagnóstico previo de cáncer de mama homo o contralateral y pacientes varones con diagnóstico previo de cáncer de mama. Se evaluaron como variables presencia o no de cáncer invasor y CDIS (carcinoma ductal in situ); y lesiones benignas, información categorizada acerca de las lesiones radiológicas, además de datos demográficos. Con respecto a las complicaciones, se diferenciaron en aquellas que afecten la esfera psicofísica y social de las pacientes de las inherentes específicamente al procedimiento quirúrgico, como infecciones, hemorragia, dehiscencia, hematomas, seromas, cicatrices viciosas por alteraciones de la cicatrización; **se identificó independientemente cada una, teniendo en cuenta que pueden ocurrir más de una en la misma paciente. En todos los casos se consideraron complicaciones ocurridas dentro del primer año post biopsia radioquirúrgica.**

Análisis estadístico: Las variables continuas se expresan como su media y desvío estándar o mediana intercuartil ( RIC ). Las variables categóricas se expresan como su valor absoluto y porcentaje ( % ). El software empleado es el SPSS 22.0 ( R ).

## 2- 1 TODAS LAS VARIABLES EVALUADAS

Total de pacientes incluidas 222.

Termoinjuria de piel
infecciones del sitio operatorio
hemorragia aguda y hematoma
seroma
alteraciones de la cicatrizacion
Parestesias
Anestesia
asimetrías mamarias por defecto de volumen
Daño Moral
Daño Psiquico
Cancer de mama y lesiones precursoras
Lesiones Benignas
Absceso
Dehiscencia



- Daño moral (200 pacientes)
- Asimetrías mamarias por defecto de volumen (178 pacientes)
- Daño psíquico (total 142 pacientes)
- Lesiones benignas (total 142 pacientes)
- Cáncer de mama y lesiones precursoras (80 pacientes)
- Anestesia (23 pacientes)
- Alteraciones de la cicatrización (22 pacientes)

- Infección de sitio operatorio (20 pacientes)
- Dehiscencia de herida quirúrgica (18 pacientes)
- Parestesias (16 pacientes)
- Hemorragia aguda y hematoma (12 pacientes)
- Termo Injuria de piel (6 pacientes)
- Seroma (6 pacientes)
- Abscesos (5 pacientes)

## **2-2 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA CIRUGÍA**

Toda la cirugía y por ende la cirugía mamaria tienen una incidencia de complicaciones que oscila entre el 3 y el 25% a nivel mundial . Se estima que el desarrollo de complicaciones postoperatorias puede alcanzar hasta un 33%, dependiendo no solo del procedimiento y del cirujano a cargo sino también de la institución y, fundamentalmente, de la estratificación del paciente.

La cirugía, tanto la abierta como la endoscópica, presenta ciertas características únicas, como:

- a) provoca una injuria antes de curar**
- b) es invasiva, de ahí la importancia de un adecuado y pertinente proceso de consentimiento informado quirúrgico**
- c) está expuesta a falibilidad; debe recordarse que entre un 40 y un 60% de eventos adversos se desarrolla en el ámbito del quirófano**
- d) la toma de decisiones se efectúa, en muchas oportunidades, en circunstancias de incertidumbre**
- e) todo procedimiento quirúrgico está expuesto a riesgos, accidentes, errores, complicaciones y secuelas**

Queda a criterio del juez determinar cada caso, sin apartarse de esa noción fundamental: para que un hombre sea considerado responsable de un acto cometido en el ejercicio de su profesión es necesario que haya cometido una falta en dicho acto, sea que le hubiera sido posible con más vigilancia sobre sí mismo o sobre sus actos, asegurarse, sea que lo que se le incremine sea tal que la ignorancia sobre este punto no sea admisible en su profesión. Para que haya responsabilidad civil, no es necesario buscar si existió intención; basta que haya habido negligencia, imprudencia, impericia y, por lo tanto, inexcusable.

La cirugía, si bien es una disciplina cada vez más científica desde el punto de vista de su conocimiento, su aplicación práctica a la atención de los pacientes sigue siendo un arte no exento de riesgos.

No puede obviarse la creciente judicialización de la actividad médica y la litigiosidad en la sociedad, como lo prueba el incesante aumento en el número de reclamos, en el ámbito penal y civil.

### **Marco conceptual:**

Frente a las consecuencias potencialmente dañosas, es importante distinguir desde un punto de vista quirúrgico y médico - legal si se trata de:

- a) **Error:** se trata del fracaso en completar un plan de acción tal cual se lo intentaba (error de ejecución o de destreza) o bien el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (error de planificación o conocimiento). El primero se refiere a los errores técnicos y el segundo a los errores de juicio o en la toma de decisiones.
- b) **Accidente:** cualquier fenómeno, suceso eventual, acción o hecho súbito que sobreviene sobre un individuo sometido a cirugía, y que involuntariamente deriva en daño para la persona.
- c) **Complicación:** contratiempo o suceso adverso que proviene de la concurrencia y encuentro de circunstancias diversas, lo que deriva en el agravamiento de una enfermedad o procedimiento quirúrgico.
- d) **Secuela:** consecuencia o alteración patológica, leve o grave, resultado o consecuencia de una enfermedad u operación.

El desarrollo de complicaciones frente a la realización de cualquier procedimiento quirúrgico, representa un campo fértil para eventuales reclamos, tanto en la esfera penal como civil. De ahí la importancia de la adecuada información brindada al paciente y, de ser posible, al grupo familiar o próximo, en el período preoperatorio. **Los vicios o errores en el proceso del consentimiento informado quirúrgico suelen manifestarse en el período posoperatorio y suelen ser fuente de reclamos.** La confianza es la piedra angular en la relación médico-paciente, y muchas veces el quiebre en esta suele ser el elemento disparador de potenciales reclamos o críticas al accionar quirúrgico. Las complicaciones postoperatorias en cirugía pueden analizarse desde distintas dimensiones o aspectos.

La existencia de una eventual o posible mala praxis: consiste en toda acción médica errada, de acuerdo con la opinión de pares, respecto del cuidado brindado a un paciente en particular. Consiste en la desviación de los estándares de cuidado aceptados, que causa un daño en la salud del paciente.

Los tres elementos constitutivos de la mala praxis son los siguientes:

- a. **Desviación de los estándares de cuidado:** la calidad de la atención quirúrgica brindada se ha apartado de los habituales y ese será el centro de la tarea del perito: definir cuál es el estándar de cuidado adecuado al caso en estudio o análisis.
- b. **Nexo de causalidad:** el resultado dañoso debe estar vinculado con el desempeño del médico cirujano, debiendo existir una relación causa-efecto; por lo tanto, dicha relación debe ser cronológica, topográfica y causal.
- c. **Daño:** elemento indispensable para la acreditación de una conducta de mala praxis, ya que la ausencia de lesión, daño o incapacidad es un impedimento para su concreción.

El error en medicina implica en realidad no solo el error específico cometido por el médico sino hace referencia a un concepto más abarcativo y sistémico que es el de error en el proceso de atención médica o quirúrgica o de ambas. En el caso de la atención quirúrgica estos errores incluyen:

- a. los errores del cirujano individual, siendo los más característicos los vinculados al juicio y los de índole técnica o manual.
- b. los errores sistémicos, atribuibles al sistema u organización en todos sus niveles (equipo, sector, sección, servicio, institución, región, etc.).

La responsabilidad profesional es la obligación que tiene todo médico cirujano de desarrollar su actividad de manera diligente y competente. Representa la continuidad en el cuidado y la atención quirúrgica y se extiende desde la indicación del procedimiento hasta su realización y el correspondiente manejo del período posoperatorio.

El fundamento de la responsabilidad médica es la existencia de la denominada culpa médica. Está integrada por las siguientes conductas:

- **Imprudencia:** es lo opuesto a la prudencia; consiste en obrar con ligereza, afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar en los inconvenientes que resultan de esa acción. Básicamente, es hacer de más.

▪ **Negligencia:** es lo inverso al sentido del deber, la falta de celo o indiferencia. Es el incumplimiento de los principios elementales inherentes al arte o profesión. Es no hacer o hacer de menos.

▪ **Impericia:** es actuar sin la capacitación necesaria y expresa, la falta de conocimientos técnicos en determinado y puntual caso del arte y ciencia de la cirugía. Puede definirse como no saber o no saber hacer.

La responsabilidad profesional del cirujano, si bien es una sola, reúne dos aspectos frente al manejo de las complicaciones postoperatorias: la penal y la civil; la primera es estrictamente de índole personal, lo que significa, de manera lisa y llana, que desde el punto de vista penal, el único reclamado es el cirujano a quien se le acusa de haber faltado a su deber profesional. Debe destacarse que las obligaciones del médico cirujano son de medios y nunca de resultados. Esto significa que no le es exigible un determinado resultado, obviamente favorable y beneficioso para el enfermo con ausencia de riesgo o complicaciones; sí se le exige la disponibilidad de todos los medios a cargo y de los incluidos en la ciencia médica para intentar poder arribar a un correcto fin.

Significa esto que el cirujano tiene la carga y la obligación de adoptar la prudencia y la diligencia necesarias para conducir al enfermo bajo su supervisión a un determinado destino, representado por la curación del enfermo.

Por otra parte, las obligaciones del médico cirujano son consideradas de tracto sucesivo y, en el caso específico del cirujano, está representado por 2 etapas:

- 1) el deber de ejecutar la intervención quirúrgica acorde con una sólida y fundada indicación quirúrgica.
- 2) el deber de cumplimentar un correcto y adecuado seguimiento postoperatorio hasta el alta definitiva del paciente.

Las cuestiones que acontecen en el período posoperatorio y que pueden dar lugar a reclamos son básicamente:

- El seguimiento posoperatorio inadecuado
- Demora en el reconocimiento, diagnóstico y manejo de las complicaciones postoperatorias
- La comunicación deficiente dentro del equipo médico quirúrgico o con el paciente y su familia.

**Aspectos éticos de las complicaciones:** Etiquetar un resultado quirúrgico adverso como una complicación plantea una serie de cuestiones éticas. Cabe destacar que Beauchamp y

Childress introdujeron el sistema principista de la Ética Médica, basándose en el sistema de principios “prima facie” descrito por Sir Donald Ross en 1930. Dichos principios son:

- **Beneficencia**
- **No maleficencia**
- **Respeto por la autonomía del paciente**
- **Justicia.**

Su carácter “prima facie” proviene del hecho de que son vinculantes, no existiendo preeminencia entre ellos. Si la aplicación plantea conflictos, deberá determinarse cuál tiene prioridad para la toma de decisiones. En un caso de cirugía de emergencia, el principio de beneficencia podrá tener preeminencia sobre el de respeto por la autonomía del paciente cuando se trate de un paciente inconsciente o bajo el efecto de sustancias tóxicas.

La aplicación de estos cuatro principios fundamentales a las complicaciones postoperatorias plantea una tipología de cuestiones éticas frente al análisis de las complicaciones postoperatorias, cayendo algunas cuestiones bajo la órbita de más de un principio ético.

**Beneficencia:** a los fines de poder beneficiar a los pacientes y disminuir la posibilidad de complicaciones, los cirujanos deben acreditar conocimiento, diligencia y competencia. Ser un cirujano ético implica, a priori, ser competente y diligente en el arte y ciencia de la cirugía. La beneficencia se cristaliza en la competencia quirúrgica, el adecuado juicio y toma de decisiones, el entrenamiento y la actualización permanentes, una conducta responsable y habilidades comunicacionales, en particular cuando se trata de brindar “malas noticias”, como corresponden al desarrollo de complicaciones.

Respeto por **la autonomía del paciente:** se vincula con la obligación legal del adecuado proceso de consentimiento informado quirúrgico, tal como norma la ley 26529 y su modificatoria 26742, del CNCC. Existe poco acuerdo respecto de la extensión de la información así como de la revelación de los riesgos inherentes a cada uno de los procedimientos quirúrgicos. La otra cara de la información es la comprensión y retención de la información, sobre todo de los aspectos referidos a probables riesgos y complicaciones. La verdad extrema en la revelación de potenciales y graves complicaciones, muchas de ellas muy infrecuentes, deben ser mencionadas en el consentimiento informado. Debemos recordar que la confianza es la piedra angular en la relación paciente-cirujano y muchas veces los quiebres en ella se discuten en los estrados judiciales.

*Otro aspecto vinculado a la verdad se refiere a la participación de los médicos residentes en los procedimientos quirúrgicos, sobre todo en ámbitos públicos estatales.*

**No maleficencia:** los temas que confluyen bajo este principio incluyen las destrezas técnicas y en la toma de decisiones y todas aquellas otras tendientes a evitar el daño en los enfermos como consecuencia del proceso de atención quirúrgica.

**Justicia:** se vincula fundamentalmente con la asignación de recursos en ámbitos donde escasean y el derecho de los pacientes a una atención de calidad, digna, pronta y adecuada, circunstancias que no suelen ser habituales en el sistema estatal.

Las complicaciones postoperatorias en cirugía: frente a cualquier complicación postoperatoria en cirugía se analizará en profundidad, desde un punto de vista quirúrgico y médico-legal, la indicación y la adecuación del procedimiento a la patología presentada por el paciente y si dicha indicación quirúrgica se hallaba avalada y sustentada por la clínica y los estudios complementarios y de diagnóstico por imágenes preoperatorios. Frente a una cirugía innecesaria o injustificada, mal podrá aceptarse o tolerarse el desarrollo de complicaciones. Por lo tanto, **deberá evitarse la realización de procedimientos innecesarios así como la ejecución de procedimientos quirúrgicos por cirujanos incompetentes para realizarlas.**

**De ahí la importancia de la curva de aprendizaje y de la curva de experiencia.** La cirugía mamaria, como la denominada, biopsia radioquirúrgica, se caracteriza por una internación breve en comparación con la cirugía de mayor envergadura, pero debe recordarse que la responsabilidad del cirujano se halla presente y es obligatoria durante todo el seguimiento posoperatorio. Dado que muchas intervenciones mamarias se efectúan de manera ambulatoria o con breve estadía, **es imprescindible la implementación de un estricto control posoperatorio a los fines de la detección temprana de las complicaciones.**

Frente al desarrollo de una complicación que motive un reclamo médico-legal, se analizará en detalle:

- El correcto seguimiento posoperatorio
- Su detección temprana
- La solicitud de estudios complementarios en adecuado tiempo y forma
- El requerimiento de las eventuales y necesarias interconsultas.

A lo largo de todo el período posoperatorio se deberá acreditar que no se incurrió en impericia (no saber), imprudencia (hacer de más) ni negligencia (hacer de menos). Respecto del error como uno de los mecanismos etiopatogénicos en el desarrollo de las complicaciones, cabe destacar que es uno de los conceptos más arduos en su tratamiento, en virtud de la responsabilidad profesional emergente como consecuencia del daño ocasionado.

Pueden distinguirse los siguientes tipos de error quirúrgico:

- a. Error de conocimiento, debido a información incorrecta o inadecuada.
- b. Error normativo, cuando la información es correcta pero se aplica una metodología incorrecta.
- c. Error de destreza, cuando la información y la metodología son las correctas, pero la ejecución es defectuosa o imperfecta.

Clásicamente se distinguen:

- El error de diagnóstico: compromete la responsabilidad del médico cirujano cuando deriva de la ignorancia manifiesta o supina, de fallas groseras de apreciación, del examen físico insuficiente o de equivocación inexcusable. El profesional no será responsable ante un caso científico dudoso, o por haberse inclinado por una de las opiniones u opciones aceptadas o idóneas en conflicto, formulando el diagnóstico de acuerdo con reglas aceptadas.
- El error de tratamiento: puede existir en cuanto a la realización de una intervención no justificada por la evidencia clínica o en la falta de alerta para el manejo posoperatorio o la administración de medicación no recomendada.

**El error excusable implica la falta de culpa**, la existencia de una razón admisible para errar y, por lo tanto, la eximición de responsabilidad, descartando el dolo o sea la intención de dañar. En oportunidades se arriba al error no por equivocación sino por negligencia, que consiste en no cumplir con los requisitos que impone la buena práctica quirúrgica. Por lo tanto, le corresponde la culpa grave, asimilable al dolo y no al error. Al médico cirujano no le es imputable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable con el que llegó a ese error. **De esta manera puede aceptarse la posibilidad de excusabilidad del error en cirugía, siempre que dicha equivocación no revele una negligencia culpable o ausencia de razón para errar.** La cuestión será definir si el cuidado brindado se ajustó al estándar de cuidado que imponía el caso particular en análisis. *El concepto de estándar de cuidado incluye: "la prudencia, el cuidado y la adecuada diligencia, el juicio clínico, las habilidades, destrezas y la competencia que deben ser desplegadas por un cirujano razonable en su obligación de cuidado. Consiste en poder detectar que el cirujano involucrado en una complicación posoperatoria desplegó la prudencia, el cuidado, el juicio clínico, la habilidad, la destreza y la competencia necesarias para ese determinado caso en particular, en suma que su accionar desplegó la diligencia quirúrgica exigible a un cirujano de similares características en similares circunstancias.* El fracaso de rescate ha sido definido como la incapacidad en prevenir un deterioro clínico importante o la muerte luego

del desarrollo de una complicación postoperatoria. Fue Silber quien lo definió por primera vez al distinguir los factores que influyen la mortalidad y la ocurrencia de eventos adversos (16). **Frente a cualquier complicación postoperatoria, es necesaria una alta y pronta calidad de respuesta para evitar la transición de una complicación seria inicial a una cascada progresiva de eventos adversos que puede llevar a la muerte o al denominado “fracaso de rescate”.** El fracaso de rescate se vincula principalmente con las características de la institución, de los cirujanos, así como el compromiso de la enfermedad y el estatus funcional del enfermo en el momento de la internación. Es una medida directa de la calidad y la seguridad de la atención brindada (17). En nuestro medio, el lapso entre las primeras manifestaciones clínicas y el tratamiento efectivo de las complicaciones fue de 54 horas +/- 15 horas. Las complicaciones se diagnostican y manejan con una demora notoria, que impone una pérdida de chance y un aumento de la mortalidad posoperatoria (18).

### **Recomendaciones:**

La prevención frente a los reclamos luego de complicaciones postoperatorias de la cirugía incluyen:

- Desempeñar la actividad quirúrgica acorde con los niveles de estándares aceptados y aceptables, demostrando competencia y diligencia a lo largo de las distintas etapas: preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria (hacer las cosas bien)
- Fomentar vínculos de confianza con el enfermo y su grupo familiar
- Documentar de manera detallada los actos médicos desplegados en la atención quirúrgica de un paciente determinado (19, 20, 21)

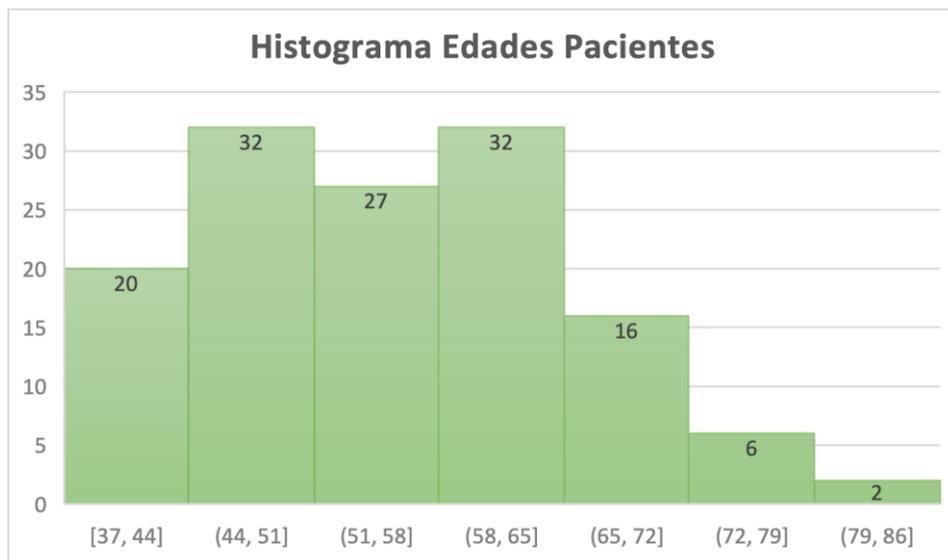
### **Conclusiones:**

- **Detectar la existencia de factores de riesgo de complicaciones es importante para reducir la posibilidad de que ocurran, así como también para minimizar su impacto negativo sobre la evolución y el pronóstico del enfermo en el caso de que se produzcan.**
- El Programa Nacional de Mejora de la Calidad de Atención en Cirugía (NSQIP) del American College of Surgeons (ACS) diseñó una encuesta para detectar el riesgo individual de cada paciente en relación con el tipo de cirugía que se le va a realizar

- Establecer la forma de clasificar las complicaciones de los pacientes, así como generar un centro único donde se informan las complicaciones, permitirá en el futuro contar con datos estadísticos valiosos para mejorar los resultados de la cirugía en nuestro país. (22,23,24,25)

## 2- 3 DATOS DEMOGRÁFICOS

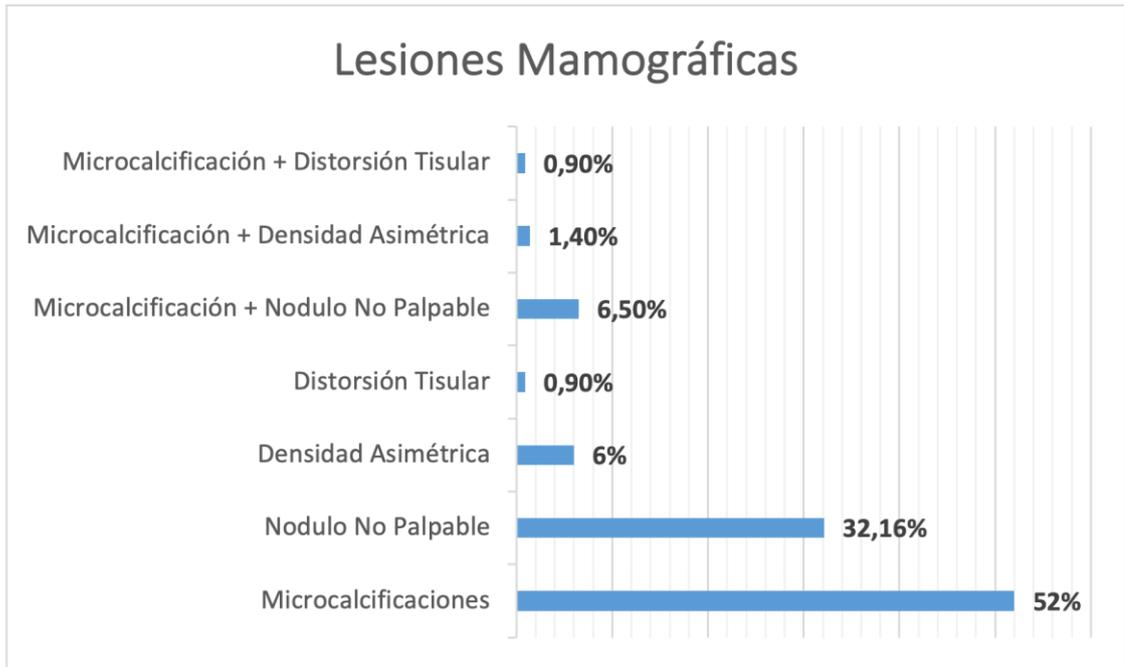
Histograma edades de pacientes rango de 37 a 79 años.  
Edad promedio 56 años, mediana 53 años, desvío 11.



Edad		
Promedio	Mediana	Desvio
56	53	11

## 2- 4 TIPO DE IMAGEN NO PALPABLE CATEGORIZADA BI RADS 4 y 5

- Microcalcificaciones 115 pacientes
- nódulo palpable 72 pacientes
- microcalcificaciones más nódulo palpable 15 pacientes
- Densidad asimétrica 13 pacientes
- microcalcificaciones más densidad asimétrica 3 pacientes
- microcalcificaciones más distorsión tisular 2 pacientes
- distorsión tisular 2 pacientes



#### **2- 4- 1 MAMOGRAFÍA Y CLASIFICACIÓN BIRADS ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (26)**

Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Mama: Pautas para el Diagnóstico y Manejo de las Lesiones Mamarias Subclínicas Asociación Médica Argentina Sociedad Argentina de Mastología Sociedad Argentina de Radiología Sociedad Argentina de Patología Sociedad Argentina de Cancerología Instituto de Oncología Ángel H. Roffo Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica. Año 2006

“Las entidades científicas involucradas en el estudio y tratamiento de esta patología, por iniciativa de la Sociedad Argentina de Mastología y la Sociedad Argentina de Radiología, han concretado la elaboración de un documento denominado Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Mama: “Pautas para el Diagnóstico y manejo de las Lesiones mamarias subclínicas” que tiene por objetivo unificar y sugerir los criterios de abordaje de esta frecuente afección.

Está previsto que las entidades participantes del Consenso realicen en forma periódica una revisión de lo acordado a fin de incorporar los permanentes avances que se producen en ese campo específico de la Medicina. Asimismo se comprometen a difundir y promover el uso del contenido de este documento en todas las áreas y entidades responsables del manejo de la Salud, Institutos Nacionales, PAMI, Provinciales, Municipales, Colegios Médicos, entidades de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Mutuales,

Hospitales de Comunidad, Hospitales Universitarios, demás entidades relacionadas y su aplicación por todos los especialistas del país.

Aunque la información sobre morbilidad es escasa, se estima que en Argentina ocurren 10.500 y 21.000 casos nuevos de cáncer de mama por año teniendo en cuenta la información de incidencia de los Registros de Tumores de Concordia y de Bahía Blanca, respectivamente. La mayoría de los mismos son detectados tardíamente, por lo que son más bajas las probabilidades de curación. En la actualidad, Argentina no tiene un programa de detección precoz del cáncer de mama.

### **LESIONES MAMARIAS SUBCLÍNICAS: DEFINICIÓN**

Lesiones mamarias que no son palpables ya sea por su tamaño pequeño, localización profunda, o consistencia similar al parénquima mamario, y sólo son detectadas por mamografías, ecografías mamarias o algún otro método de imágenes. El concepto de cáncer no palpable, no significa siempre que sea pequeño, a veces puede comprometer todo un cuadrante y permanecer no palpable, como por ejemplo algunos carcinomas no invasores. La jerarquía de este consenso radica no sólo en el crucial manejo de este tipo de lesiones, sino en la mayor importancia del hallazgo de las mismas. Para ello es fundamental la concientización con respecto a la detección precoz, incentivando el control y screening mamario. En esta publicación se incluyen las recomendaciones e indicaciones de estudios mamarios, con una breve descripción de cada uno de los métodos diagnósticos, el concepto de clasificación de imágenes por el sistema de BIRADS, descripción de las imágenes, recomendaciones de conductas y de estudio histopatológico.

La herramienta más efectiva para lograr la reducción de la mortalidad generada por esta patología, hoy en día, es la prevención secundaria mediante el diagnóstico precoz, en estadios iniciales con el estudio de la mujer asintomática.

### **Beneficios del Control mamográfico:**

Los beneficios del screening mamario, han sido demostrados en numerosos estudios randomizados, desde mediados de la década de 1980 a la fecha. En dichos estudios se ve una reducción del índice de mortalidad por cáncer de mama en por lo menos un 25%. Esto quedó claramente demostrado en la población de 50 años o más, y en los últimos años, una gran parte de las sociedades científicas internacionales recomendaron comenzar el "tamizaje o screening" partir de los 40 en forma anual (Recomendaciones del ACR 1997).

- Examen mamográfico: Se debería efectuar una mamografía de base a partir de los 35

años, y se debe realizar una por año a partir de los 40 años, en mujeres asintomáticas y sin antecedentes familiares de cáncer de mama. En casos de poseer antecedentes familiares, especialmente si presentan esta enfermedad antes de los 50 años, los estudios mamográficos deberían comenzar 10 años antes de la edad de presentación del caso en cuestión.

La mamografía debe ser realizada en un mamógrafo de alta definición, en dos incidencias frente y medio lateral oblicuo. También se podrán realizar tomas adicionales como mamografías magnificadas y focalizadas, y tomas especiales para ver en particular alguna lesión de difícil localización.

Los lugares de realización de las mamografías deberían cumplir con la Guía de Delineamientos Básicos en el Control de Calidad en Mamografía y Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, Ministerio de Salud y Medio Ambiente, Resolución 233/2000, la cual todavía no ha sido implementada en forma oficial.

## **CLASIFICACIÓN DE IMÁGENES MAMARIAS**

La terminología empleada para las imágenes mamográficas se ha ido modificando a través del tiempo, dando origen a marcadas diferencias en el lenguaje utilizado. La estandarización en la descripción de las imágenes halladas es imprescindible para evitar confusiones y asegurar la comprensión del informe.

Con ese objetivo se han desarrollado diversas clasificaciones de imágenes mamarias. El sistema **BIRADS (BREAST IMAGING REPORTING AND DATA SYSTEM)** preconizado por el Colegio Americano de Radiología (ACR), es uno de los más utilizados, y tiene la gran ventaja de unificar el “lexicón” o lenguaje a utilizar. Este sistema de uso corriente y obligatorio en USA ya ha sido adoptado en muchos países, sin embargo en nuestro país todavía no es de uso obligatorio. Para los fines de este consenso, se ha considerado el más adecuado para unificar criterios

### **CATEGORÍAS BIRADS 2006 DESCRIPCIÓN Y VPP (valor predictivo positivo para cáncer)**

**BIRADS 1** MAMA NORMAL HALLAZGOS BENIGNOS

**BIRADS 2** HALLAZGOS PROBABLEMENTE BENIGNOS

**BIRADS 3** HALLAZGOS PROBABLEMENTE BENIGNOS SOSPECHA MALIGNIDAD <2

**BIRADS 4** A-B-C HALLAZGOS CON ALTA SOSPECHA DE MALIGNIDAD 3 al 94%

**BIRADS 5** PROBABILIDAD DE MALIGNIDAD 95%

**BIRADS 6** MALIGNIDAD DIAGNOSTICADA POR BIOPSIA 100%

**BIRADS 0** ESTUDIO INSUFICIENTE . REQUIERE DE MÁS ESTUDIOS PARA SU CATEGORIZACIÓN

## **LESIONES MAMOGRÁFICAS**

### **A. MASAS O NÓDULOS**

**B. CALCIFICACIONES** El Colegio Americano de Radiología (ACR) las divide en Benignas, Intermedias y Alta Probabilidad de Malignidad. El límite para distinguir las calcificaciones de las microcalcificaciones es 0,5 mm (500 $\mu$ ).

### **C. ASIMETRÍAS-DENSIFICACIONES-DISTORSIONES** Definiciones:

a. Tejido mamario asimétrico b. Densidad Asimétrica focal c. Distorsión arquitectural

## **EL INFORME IMAGENOLÓGICO**

Basado en la categorización del Colegio Americano de Radiología. BIRADS 2003. La confección del informe pretende lograr con un lenguaje conciso, definido y comprensible tanto lo que respecta a la composición del tejido mamario como a la descripción de las imágenes halladas y su correcta localización. La categorización hecha de acuerdo al grado de sospecha de cáncer deberá ser precisa y establecerá, por lo tanto, la conducta a seguir. La decisión final respecto de dicha conducta es resorte exclusivo del especialista en Mastología o del médico tratante calificado. El léxico adoptado es un magnífico intento de estandarizar la descripción de los hallazgos imagenológicos mamarios, en un esfuerzo por reforzar la comprensión del informe. El sistema es flexible y permeable para ser modificado, si hubiese base científica o casuística que lo justifique.

## **ALGORITMO PARA SEGUIMIENTO Y CONDUCTA SEGÚN CATEGORÍA DE BIRADS**

**BIRADS 1** mama normal. Conducta control anual.

**BIRADS 2** hallazgos benignos. Conducta control anual.

**BIRADS 3** lesiones probablemente benignas. VPP < 2 %.

Conducta a seguir control a intervalo breve, de 3 a 6 meses, durante 3 años. Si se mantiene estable en ese periodo debe recategorizarse a BIRADS 2.

Si el especialista considera por antecedentes clínicos de la paciente, ejemplo cáncer personal en mama contralateral o misma mama, antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado (madre-hermana-hijas), cáncer de mama en un varón, mutación

genética comprobada, etc. Puede requerir conocimiento histológico ya sea por punción percutánea o BRQ (biopsia radioquirúrgica).

**BIRADS 4 y BIRADS 5** requieren siempre conocimiento histológico, punción histológica percutánea y/o biopsia radioquirúrgica.

**BIRADS 0** (cero) Estudio insuficiente, requiere de más estudios para poder dar una categoría de birads con pautas de seguimiento y conducta. Ejemplo, microcalcificaciones mamarias requieren mamografía magnificada y focalizada para sus mejor y correcta caracterización; mama densa radiológicamente propia de mujeres jóvenes, requiere de ecografía mamaria; pacientes con mutación comprobada para genes BRCA1 y BRCA2 requieren de Resonancia Magnética Nuclear de la mama con contraste”.

#### **2- 4- 2 BIOPSIA RADIO QUIRÚRGICA (27)**

Los servicios de Patología mamaria, asisten un alto número de pacientes con patología mamaria.

La biopsia quirúrgica escisional ha sido la técnica tradicional de confirmación diagnóstica y con alta frecuencia terapéutica. Sin embargo, con la evolución de los programas de detección precoz del cáncer de mama, fundamentalmente la mamografía, único método diagnóstico por imágenes, que ha demostrado disminuir la mortalidad por cáncer de mama, y al incluir las nuevas técnicas imagenológicas como la ecografía y la Resonancia Magnética, se han desarrollado procedimientos intervencionistas guiados por estas técnicas de imagen con el objetivo de tener un diagnóstico histológico preciso, sin tener que recurrir a la cirugía con las complicaciones e incremento de costos que esta conlleva.

La biopsia radioquirúrgica es una cirugía, que requiere de una planificación y estrategia para cada caso en particular necesarias para llegar al diagnóstico anatomo-patológico de una lesión mamaria no palpable, con una finalidad diagnóstica y terapéutica. **La biopsia radioquirúrgica es un procedimiento quirúrgico y radiológico que permite localizar una lesión no palpable y removerla idealmente con márgenes libres.**

**Las lesiones no palpables se encuentran en estadio subclínico; es por esto que permiten una terapéutica temprana y generalmente exitosa, con el fin de disminuir la mortalidad y aumentar la sobrevida del paciente.**

Es importante aclarar que no todas las lesiones no palpables son incipientes y que, asimismo, pueden existir lesiones palpables en estadio incipiente.

Sin embargo, en la práctica clínica, las lesiones no palpables sólo son detectables con métodos de imágenes como mamografía, ecografía o resonancia magnética; generalmente, son de pequeño tamaño, lo que dificulta su palpación, de consistencia similar al tejido mamario o de localización muy posterior o periférica.

Está indicada también en lesiones que ya han sido biopsiadas por método de intervencionismo mamario y que requieren la extirpación por posibilidad de subestimación diagnóstica –como la atipia columnar plana, la hiperplasia ductal atípica, el carcinoma lobulillar in situ y la cicatriz radiada, en casos de discordancia radiopatológica, nódulo sólido, quístico complejo, papilomas, lesiones BIRADS 4 o 5, o en caso de imposibilidad de seguimiento. La biopsia radioquirúrgica debe seguir un protocolo: se debe iniciar con el estudio y revisión de las imágenes mamográficas y ecográficas; se debe localizar radiológicamente la lesión y marcar ya sea bajo guía estereotáxica, mamográfica (Grilla), por ecografía o resonancia magnética; dicha marcación se puede hacer con marcación percutánea con carbón y clips metálicos (en nuestro medio no se utilizan marcación con radiocoloides o arpón). Después de marcar la lesión, se realiza la resección quirúrgica. La cirugía, bajo anestesia general debe garantizar márgenes libres, se debe orientar la pieza, marcar y fijar en formol así como realizar mamografía de la pieza operatoria imprescindible para confirmar la presencia del clip que señala la lesión.

El éxito de la biopsia radioquirúrgica depende del trabajo de un equipo multidisciplinario conformado por el radiólogo, el cirujano y el patólogo, para obtener un resultado exitoso.

### **Clip metálico** (ver anexos, iconografía)

El clip metálico es un pequeño dispositivo de aproximadamente 2 a 3 mm de longitud que se introduce en la mama por guía ecográfica o mamográfica. Se utiliza con el propósito de marcar el sitio exacto de la lesión y con el objetivo de remover toda la lesión. El procedimiento de inserción es sencillo y sin mayores complicaciones; el dispositivo no es una contraindicación para realizar en un futuro resonancia magnética, y no necesariamente su fin es prequirúrgico ya que es una marcación radiológica que puede permanecer en la mama por tiempo indefinido.(28)

### **Marcación con carbón**

El carbón como método de marcación de las lesiones mamarias es frecuentemente utilizado en nuestro medio y en la práctica médica; sin lugar a duda, es el tipo de marcación preferida. Es un método económico, sencillo y rápido.

El carbón es de fácil aplicación. La marcación puede ser por guía ecográfica o mamográfica, como en el caso del clip. No presenta mayores complicaciones durante el procedimiento, y se debe efectuar dentro de las 72 horas previas al procedimiento quirúrgico.

Entre las consideraciones a tener en cuenta durante su aplicación, se encuentra la importancia de no aplicar grandes cantidades del carbón en el área ya que dificulta la identificación de la lesión y visualización por parte del médico patólogo, por lo que se puede aplicar entre 0,2 a 0,4 ml aproximadamente. También se debe ser cauteloso en no marcar el trayecto de la aguja y marcar de 2 a 5 mm de distancia de la lesión y no sobre la misma. Tanto en los casos de marcación bajo guía ecográfica como mamográfica, se debe hacer la proyección cutánea de la lesión y marcar la piel, indicando la proyección de la lesión, con marcador indeleble. El exceso de carbón, como un tiempo prolongado entre su aplicación y la cirugía puede facilitar su difusión en la mama, en especial en mamas con alto contenido adiposo y desencadenar reacciones inflamatorias del organismo por reconocerlo como un cuerpo extraño y producción de granulomas por carbón.

La técnica quirúrgica de la biopsia radio quirúrgica mamaria:

Hoy día, este apartado constituye un aspecto importante, ya que estas lesiones detectadas gracias a las campañas de cribado y a la preocupación de la mujer por realizarse controles mamográficos, constituye en nuestro medio alrededor de un 30% de nuestras pacientes.

**Constituye una de las técnicas más difíciles dentro de la cirugía mamaria.** La extirpación de la lesión con anestesia general y/o sedación, la incisión no debe ser muy extensa y generar un campo amplio en un tejido mastopático de importante dureza, y extirpando la lesión de muy pocos milímetros con márgenes, es difícil y requiere una gran experiencia. Todo esto conlleva problemas importantes, molestias para la paciente y responsabilidades legales de las que el médico tiene que responder. La complicación hemorrágica en estos angostos campos no es infrecuente, pues la hemostasia a veces es difícil. Por ello, es imprescindible, como medida profiláctica de esta complicación, dejar sistemáticamente un drenaje del lecho quirúrgico si el cirujano lo considera necesario.

Lesiones nerviosas, estas complicaciones pueden ser temporales o definitivas. Aparecen por compresión o por lesión de los troncos nerviosos. La gravedad de las mismas depende del nervio afectado y del tipo de lesión causada. Es frecuente que tras la operación los pacientes puedan quejarse de adormecimiento e hiperestesia de la cara interna del brazo, desde la axila hasta el hombro. Ello se debe a la sección del nervio intercosto humeral y no tiene mayor importancia, ya que los síntomas ceden espontáneamente en un período de 3 a 6 meses. La lesión del nervio intercostobraquial que atraviesa la axila transversalmente e

inerva la porción cutánea de la axila y cara interna del brazo, puede producir, si se secciona, zonas de hipoestesia y parestesias en esta región.

Los nervios pectoral lateral y pectoral medial, si se puede, deben ser evitados, ya que su sección produce atrofas del pectoral con alteraciones estéticas y funcionales.

El cirujano mastólogo debe ser un experto en cirugía mamaria, debe planificar y trazar una estrategia, desde decidir que tipo de incisión es la adecuada para cada cuadrante mamario, que evitará futuros defectos cosméticos, como adquirir en su formación técnicas de cirugía oncoplástica mamaria, como remodelamiento mamario, realización de colgajos intramamarios para cubrir defectos y tener conocimiento de reconstrucción con implantes mamarios, como una en una extensa cirugía, por ejemplo mamas con focos de microcalcificaciones birads 4 y 5, multifocales y multicéntricos, que pueden requerir hasta una adenomastectomía subcutánea, con conservación de complejo areola pezón.

#### **Conclusión:**

***Las complicaciones en la cirugía mamaria originan desagradables y, a veces, grandes problemas. Aumentan los costos y las estadías de los pacientes alargando el postoperatorio y retardando el alta hospitalaria. En lo que a la cirugía del cáncer de mama se refiere, la aparición de estas complicaciones retarda la aplicación del tratamiento oncológico complementario. Finalmente, en muchos casos, pueden malograr el resultado de la operación. Por todo ello, es importante, en primer lugar, pensar en estas complicaciones mientras se opera, realizando una técnica quirúrgica adecuada para que no ocurran y, en segundo lugar, en caso de aparecer, el diagnóstico y las medidas terapéuticas deben ser lo más precoces posibles. De esta forma se minimizará la repercusión que puede tener este acontecimiento.(29)***

## 2- 5 CÁNCER DE MAMA Y LESIONES PRECURSORAS

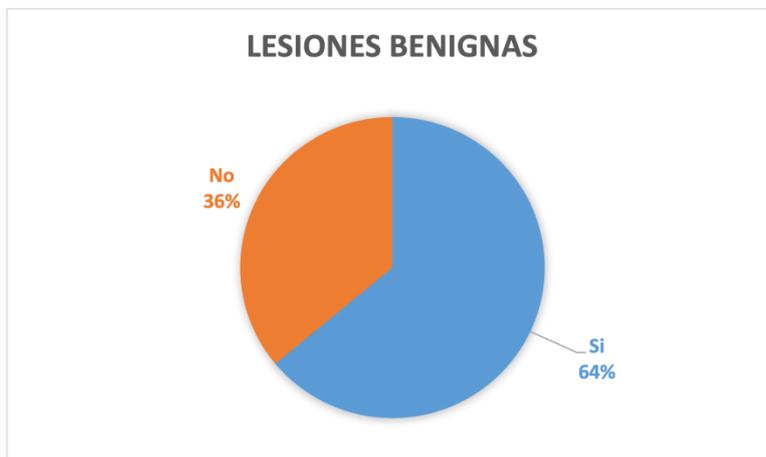
36 % lesiones malignas y lesiones precursoras por estudio histopatológico (CDIS)  
Incluye carcinoma invasor de la mama y CDIS (Carcinoma Ductal In Situ)

Total: 80 pacientes



### 2- 5- 1 LESIONES BENIGNAS

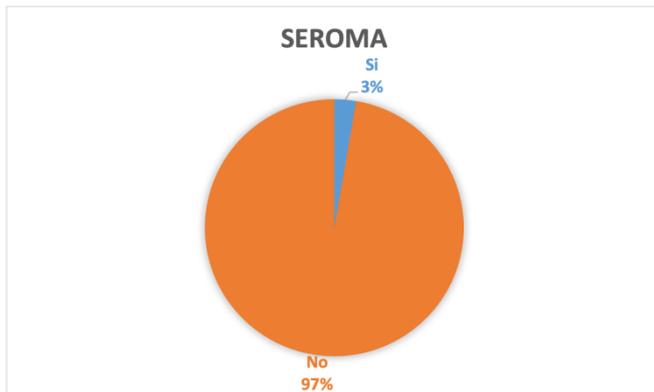
64 % lesiones benignas. Total: 142 pacientes



Como lesión benigna si incluyeron, por estudio histopatológico, todas aquellas que no conformaban ningún tipo de lesión, (mama normal); así como lesiones benignas que no predisponen, ni son precursoras de cáncer de mama invasivo o carcinoma ductal in situ.

## 2- 6 SEROMAS

**3% de seromas. Total 6 pacientes.**



Aunque no se encuentra incluido en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, se define seroma como una colección de líquido seroso dentro de una cavidad residual postquirúrgica.

La cirugía mamaria crea un ambiente extremadamente favorable para la aparición de seromas, debido a la extensa sección de vasos sanguíneos, conductos linfáticos y a la formación de una cavidad virtual entre la pared torácica y los colgajos cutáneos. Estas condiciones se producen prácticamente en todas las pacientes, pero la incidencia de seromas postoperatorios varía considerablemente.

El seroma es la complicación más frecuente en cirugía mamaria, con una incidencia reportada entre 3 a 60% . La formación de seromas postquirúrgicos se asocia con discomfort y trastornos del ánimo por parte de la paciente, mayor estadía hospitalaria, mayor consumo de insumos, mayor número de controles médicos postoperatorios y puede condicionar un retraso del inicio de la terapia adyuvante.

Se han identificado múltiples factores de riesgo de provocar seromas; el seroma se forma a partir de un exudado de tipo inflamatorio, basado en las concentraciones de inmunoglobulinas y glóbulos blancos del tipo de los linfocitos obtenidos de las pacientes mediante punciones aspirativas. Los componentes son similares a los encontrados en una herida en proceso de cicatrización (fase exudativa).

Se ha reportado que el uso de bisturí eléctrico guarda relación con la formación de seromas. Se postula que su acción termal es nociva para los plexos vasculares subdérmicos, a la vez que su efecto coagulador es insuficiente para producir trombosis en los vasos linfáticos, situaciones que jugarían un rol decisivo en la etiología del seroma.

La compresión externa y el cierre quirúrgico de la cavidad virtual tras cirugía mamaria es una medida suficientemente comprobada que reduce la formación de colecciones

residuales. Otra alternativa utilizada para la obliteración del espacio muerto postquirúrgico es la compresión externa, práctica ampliamente utilizada en la actualidad y que forma parte del manejo clásico de la paciente sometida a una cirugía mamaria.

La utilización de drenajes aspirativos (mediante la aplicación de presión negativa en un sistema cerrado) ha demostrado reducir más la tasa de infección de herida operatoria, necrosis de colgajos y seroma que otros métodos de aspiración.

### **TRATAMIENTO DEL SEROMA.**

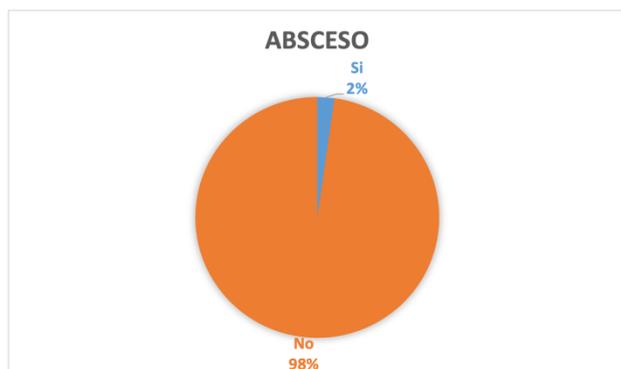
Las punciones evacuadoras han sido por décadas el tratamiento estándar de los seromas. Los seromas desarrollados se resuelven en promedio con un máximo de 4 punciones aspirativas en el 80% de los casos. Si se necesitara de un mayor número de punciones, se recomienda la instalación de un catéter de drenaje. (30)

## **2- 7 INFECCIONES DEL SITIO OPERATORIO**

**9 % de infecciones del sitio operatorio. Total 20 pacientes.**

### **2- 7- 1 ABSCESOS**

**2 % de abscesos. Total 4 pacientes.**



## INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA ( IHQ ) Y ABSCESOS

Definiciones, a fin de unificar criterios y conocer con mayor exactitud la prevalencia y el pronóstico de las infecciones de las heridas quirúrgicas (IHQ), los Centers for Disease Control (CDC) publicaron en 1999 las siguientes definiciones:

1. **Cirugía limpia:** cuando el tejido que se va a intervenir no está inflamado, no se rompe la asepsia quirúrgica y no afecta al tracto respiratorio, digestivo ni genitourinario. No está indicada la quimioprofilaxis perioperatoria.

2. **Cirugía limpia-contaminada:** cirugía de cavidades con contenido microbiano pero sin vertido significativo, intervención muy traumática en los tejidos limpios, tractos respiratorios o digestivos (salvo intestino grueso) y genitourinarios. Riesgo de infección sin profilaxis del 5 al 15%. Como norma general, se recomienda profilaxis antibiótica. Incluye la cirugía mamaria.

3. **Cirugía contaminada:** inflamación aguda sin pus, derramamiento de contenido de víscera hueca, heridas abiertas y recientes. Riesgo sin profilaxis del 15 al 30%, y real, del 10%.

4. **Cirugía sucia:** presencia de pus, víscera perforada y herida traumática de más de 4 h de evolución. Aquí ya no se considera profilaxis, puesto que se da por infectada, y por ello se habla de tratamiento empírico antimicrobiano. Riesgo del 40%.

### Definición de IHQ

**IHQ Incisional superficial:** aquella en la que se dan las siguientes condiciones: Ocurre en los 30 días después de cirugía. Compromete únicamente la piel y los tejidos blandos subcutáneos a la incisión. Mínimo una de las siguientes condiciones: a) drenaje purulento, con o sin confirmación microbiológica por la incisión superficial; b) aislamiento del microorganismo en un fluido o tejido; c) mínimo uno de los siguientes signos o síntomas de infección: dolor, inflamación, eritema, calor o que el cirujano haya abierto deliberadamente la herida quirúrgica, excepto si el cultivo es negativo, y d) diagnóstico de IHQ por el cirujano.

**IHQ Incisional profunda:** aquella en la que se dan las siguientes condiciones: Infección que ocurre en los 30 días después de la cirugía si no existe un implante. Hasta un año después si hay implante relacionado con la cirugía. La infección envuelve tejidos blandos profundos (fascia y músculo).

**IHQ tipo Infección de órgano y espacio:** aquella en la que se dan las siguientes condiciones: La infección ocurre en los 30 días siguientes a la cirugía, sin implante. La infección ocurre al año siguiente de la cirugía, cuando hay un implante en el lugar quirúrgico. La infección puede relacionarse con la cirugía y comprometer cualquier órgano o espacio diferente de la incisión, que fue abierto o manipulado durante el procedimiento quirúrgico.

## **TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE LA HERIDA QUIRÚRGICA**

Una vez diagnosticada la infección o si existe una alta sospecha clínica, se debe instaurar tratamiento, a la par que, si procede, realizar técnicas complementarias de diagnóstico, como cultivos, hemocultivos o pruebas de imagen. Los 3 pilares fundamentales del tratamiento son la instauración de un tratamiento antibiótico adecuado, el drenaje quirúrgico y el soporte metabólico y hemodinámico del paciente, que evite la aparición de una segunda complicación.

**Tratamiento antibiótico:** Hasta disponer del antibiograma específico, ante la sospecha fundada de IHQ, debe instaurarse tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, considerando la naturaleza de los gérmenes que contaminan con más frecuencia la herida quirúrgica, según su localización. Se debe proceder a la extracción del foco séptico mediante drenaje, que puede ser directo al exterior o a través de cavidades naturales. Se debe realizar un desbridamiento amplio de los tejidos, extrayendo los tejidos desvitalizados y demás detritus, destrucción de posibles puentes de fibrina que puedan formar compartimentos con colecciones purulentas, lavado con abundante agua oxigenada y suero, lo que tiene efecto dual (mecánico de arrastre y químico con el aporte de oxígeno que disminuye la proliferación de anaerobios). Por último, se debe dejar la herida abierta para que continúe drenando y evitar los primeros días su cierre, que se producirá por segunda intención.

## **PATOGENIA DE LA INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA**

La aparición de una IHQ es el resultado de la interacción entre gérmenes patógenos existentes y el huésped. La contaminación de la herida quirúrgica es precursor necesario para la aparición de infección, dependiendo ésta de la respuesta del huésped.

**Factores dependientes del germen:** La naturaleza de los gérmenes implicados en las IHQ depende básicamente de la localización de la herida. Los gérmenes asociados a cada localización no han cambiado en los últimos 30 años, y entre ellos destacan, por orden de frecuencia, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus* coagulasa negativos, enterococos, *Escherichia coli*, anaerobios, etcétera. En cirugía ginecológica predominan *S. aureus*, *E. coli*, SGB y anaerobios. Además, el tipo de germen implicado puede depender de las características individuales del paciente.

La cantidad de bacterias presentes necesarias para producir una IHQ es de 10.000 microorganismos por gramo de tejido, pero este número desciende considerablemente si existe material extraño; así, por ejemplo, sólo se necesitan 100 *S. aureus* por gramo de tejido si hay hilo de sutura. La virulencia es una característica intrínseca de cada microorganismo; así, hay bacterias gramnegativas que segregan toxinas que estimulan la liberación de citocinas que pueden desencadenar una respuesta inflamatoria sistémica que cause del cortejo sintomático de la infección. Otros microorganismos pueden inhibir la movilidad de macrófagos favoreciendo la aparición de IHQ.

### **Factores de riesgo para infección de la herida quirúrgica**

A continuación, se enumeran los factores de riesgo para IHQ que se irán desarrollando progresivamente:

1. **Dependientes del paciente:** estado inmunitario, enfermedades de base, hábitos nocivos, tratamientos habituales, estado nutricional, infecciones coexistentes.
2. **Dependientes del acto quirúrgico:** técnica quirúrgica, duración de la cirugía, localización y tipo de cirugía, uso de profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia del quirófano, personal e instrumental utilizado.
3. **Otros: cuidados postoperatorios, duración de la estancia hospitalaria prequirúrgica y postquirúrgica y el funcionamiento de los drenajes, si los hubiere.**

### **Factores de riesgo dependientes del paciente**

El control y el tratamiento prequirúrgicos, en la medida de lo posible, de estos factores se pueden considerar una medida activa efectiva en la disminución de la aparición de IHQ.

Es importante el control adecuado del sistema inmunitario, ya sea mediante el tratamiento adecuado de enfermedades como la infección por el VIH o mediante la supresión o reducción, si es posible, de tratamientos inmunosupresores previos a la cirugía.

#### *Enfermedades de base. Diabetes*

Se ha demostrado una relación lineal entre la tasa de IHQ y los valores de hemoglobina glucosilada (HbA1c), así como los valores en el postoperatorio inmediato de glucemia mayores de 200 mg/dl.

#### *Hábito tabáquico*

El consumo de tabaco provoca una inhibición del movimiento de los macrófagos que altera así la quimiotaxis alrededor de la herida.

#### *Estado nutricional*

Un estado nutricional deficitario se asocia con el aumento de incidencia de IHQ, así como con el retraso en la cicatrización.

#### *Estancia hospitalaria preoperatoria y postoperatoria*

La estancia hospitalaria se ha asociado clásicamente a una mayor aparición de IHQ; hoy por hoy, se duda de si se trata en realidad de un factor de confusión, ya que pacientes con enfermedades de base que necesitan control y aquellos que desarrollan otras complicaciones quirúrgicas tienen una mayor estancia hospitalaria y una mayor frecuencia de IHQ, pero no es un factor independiente. Por otro lado, hoy el 75% de la actividad quirúrgica es ambulatoria, lo que son infradiagnosticada las IHQ que se desarrollarán en el domicilio del paciente.

#### *Colonización preoperatoria de mucosas del paciente por S. aureus*

*S. aureus* es uno de los patógenos asociados con más frecuencia a IHQ. El 20-30% de la población es portadora de *S. aureus* en la mucosa nasal.

#### *Transfusión perioperatoria*

Se ha relacionado un aumento de aparición de IHQ con situaciones en las que se precisó transfusión perioperatoria de hemoderivados.

#### ***Factores de riesgo dependientes del acto quirúrgico***

##### ***Ducha preoperatoria con antisépticos***

Aunque la ducha preoperatoria con clorhexidina y povidona yodada ha demostrado reducir el número de colonias en la piel del paciente de 280.000 a 300, **no ha demostrado reducir el número de IHQ, por lo que su aplicación no es habitual.**

### ***Rasurado***

**Se ha demostrado la reducción de IHQ con el rasurado, preferentemente eléctrico, de la zona quirúrgica inmediatamente antes de la operación.** No se recomiendan rasurados más extensos ni realizarlos el día antes de la cirugía, ya que se producen pequeñas heridas en la piel que favorecen la colonización bacteriana de la zona.

### ***Limpieza de la piel con antiséptico previa a la cirugía***

Existen en el mercado diversos preparados antisépticos para la desinfección del campo operatorio en el paciente, así como para el lavado de manos del personal que interviene en la operación. Existen diversas características que hay que considerar a la hora de elegir un antiséptico para el lavado del personal y del campo quirúrgico, como:

Su espectro de acción, que debe ser lo más amplio posible, cubriendo gérmenes grampositivos, gramnegativos, virus y esporas.

#### **- Rapidez de acción tras la aplicación en el campo.**

- Duración de la acción (efecto dentro del guante): se calcula que en el 50% de las operaciones se produce la perforación de un guante. Este porcentaje aumenta al 90% si el acto quirúrgico dura más de 2 horas. Con el paso de las horas, dentro del guante se produce el ascenso de gérmenes que se encuentran en el fondo de las glándulas sudoríparas, por lo que la duración prolongada en la acción del antiséptico permitirá que el ambiente dentro del guante continúe siendo estéril si se produce una perforación. Es aconsejable el uso de doble par de guantes, tanto por infecciones y/o contaminaciones, como así también por las lesiones causadas por termo injuria, en el propio cirujano, guante pinchado, por el uso de bisturí eléctrico.

#### **- Efectos indeseables en la piel del paciente y del personal, como irritaciones y alergias.**

- Efectos adversos sistémicos, generales y en poblaciones especiales (hipotiroidismos e hipertiroidismos asociados a la absorción de yodo en embarazadas y neonatos).

Muy alta frecuencia de aparición de dermatitis de contacto por el uso continuo de productos yodados.

No neutralización de su acción al interactuar con la sangre y otros fluidos que pueden aparecer en el campo operatorio.

**El proceso de "pintado" de la piel** debe iniciarse en la zona de la incisión y extenderse desde ahí de forma concéntrica lo suficiente como para permitir ampliaciones de la incisión inicial prevista si fuese necesario, así como la salida de drenajes. Debe esperarse un tiempo prudencial de 30 segundos previo al secado del antiséptico. Actualmente existen láminas de plástico impregnadas en antiséptico que se adhieren al campo quirúrgico y a través de las cuales se realiza la incisión.

El lavado de las manos debe iniciarse en las palmas, para después descender en sucesivas pasadas cada vez más extensas hasta los codos. Se deben mantener los brazos flexionados y elevados hasta el secado, para evitar la caída de agua desde los codos a las manos. La duración mínima debe ser de 3 min y no se ha demostrado beneficio entre el lavado de 3 y el de 10 min. El primer lavado del día debe incluir limpieza de las uñas. Se ha demostrado una mayor colonización bacteriana en mujeres con las uñas pintadas, largas o postizas, por lo que estas prácticas deben desaconsejarse.

### ***Profilaxis antibiótica***

El uso de antibioterapia profiláctica en cirugía es una medida extendida y eficaz en la prevención de IHQ, pero para mantener esta eficacia y no aumentar inútilmente las resistencias antibióticas la profilaxis antibiótica se debe usar sólo cuando el beneficio sea evidente. Como norma general, los CDC recomiendan la profilaxis antibiótica en:

- Cirugía limpia contaminada.
- Cirugía limpia en los órganos donde las consecuencias de una IHQ serían catastróficas (corazón, sistema nervioso central).
- Cirugía limpia, si se deja algún tipo de material protésico.

*Por definición, no se aplica profilaxis antibiótica en cirugía sucia, ya que en ésta la administración de antibióticos es terapéutica.*

La administración debe empezar alrededor de 15 a 30 min antes de la operación, para que los valores hemáticos de antibiótico sean máximos en el momento de la incisión.

En la mayoría de la cirugía ginecológica (mama, intervenciones vaginales y abdominales), se recomienda el uso de profilaxis antibiótica.

### ***Técnica quirúrgica adecuada***

Una técnica quirúrgica depurada con un adecuado abordaje de los tejidos es un factor crucial para la disminución en la aparición de IHQ.

La incisión debe ser limpia y sin escalonar, de modo que la cantidad de tejido lesionado sea la imprescindible, disminuyendo las hemorragias. Se debe hacer una disección cuidadosa de los planos, preferiblemente atraumática, para disminuir los sangrados y los tejidos lesionados. La hemostasia debe ser cuidadosa sin pinzar una cantidad excesiva de tejido, ya que esto conlleva a aumento de tejido necrótico, que sirve de campo abonado para el desarrollo de bacterias.

El cierre de la herida debe ser inmediato, con puntos no demasiado juntos, sin mucha tensión y preferiblemente con hilo monofilamento o de látex. Se deben enfrentar meticulosamente los bordes. La cicatrización de la herida sólo se llevará a cabo si la concentración de bacterias es inferior a 100.000 bacterias por gramo de tejido. Si se sospecha contaminación importante de la herida es recomendable el cierre primario diferido a los 4 o 5 días, momento en el cual la concentración de leucocitos y macrófagos es mayor en la herida. En heridas infectadas se recomienda el cierre por segunda intención.

### ***Manejo de portadores entre el personal quirúrgico***

La existencia de portadores de gérmenes entre el personal quirúrgico se ha relacionado con la aparición de brotes de IHQ. Se debe articular un sistema de control, notificación y sustitución hasta la curación del personal implicado.

### **Factores dependientes de los recursos materiales**

#### ***Quirófano***

Aunque son pocos los casos en los que la génesis de una IHQ es atribuible al ambiente del quirófano, su vigilancia y funcionamiento no se deben descuidar. El quirófano debe tener unas medidas mínimas de 6,5 m<sup>2</sup>. La ventilación del quirófano es importante para disminuir los gérmenes, polvo y escamas de piel del personal que normalmente hay en suspensión. El aire debe pasar por 2 filtros sucesivamente tipo HEPA (de alta eficiencia, que elimina

bacterias y hongos, pero no virus) y renovarse en su totalidad 25 veces a la hora. Al menos 3 veces en una hora el aire proviene del exterior. La entrada de aire al quirófano se produce por el techo y la succión, por el suelo, con el objeto de favorecer la sedimentación de partículas que están en suspensión. A veces existen dispositivos que dirigen un chorro de aire ("ultralimpio" con rayos UV) directo a la mesa de operaciones con el fin de crear una turbulencia en el campo quirúrgico que impida el depósito de sustancias en éste. La presión en el quirófano debe ser positiva respecto al exterior, para impedir la entrada de partículas a éste, las puertas se deben mantener cerradas y dentro de la sala debe haber el mínimo movimiento de personal posible para evitar el desplazamiento de microorganismos en suspensión.

### ***Limpieza del quirófano***

Se debe realizar desinfección del quirófano entre operaciones; no se ha demostrado la necesidad de esterilización o cierre del quirófano tras la cirugía. Excepto cirugías sucias con drenaje de material purulento.

*Uso de mascarilla, guantes, gorro, batas, camisolines y botas de quirófano.*

El uso de este material previene tanto la contaminación de la herida por gérmenes procedentes del personal como el contacto de éste con fluidos y sangre del paciente que pueden salpicar durante la intervención. Aunque no existe evidencia científica que demuestre la necesidad de uso de éste material para disminuir la aparición de IHQ, la plausibilidad biológica de su uso lo hace recomendable.

### ***Esterilización del material quirúrgico***

La esterilización del material quirúrgico se puede llevar a cabo por distintos métodos, como presión, calor, etileno, etcétera. Lo más importante es la existencia de un control de calidad del proceso de esterilización en todo el material que se utiliza.

### **Factores dependientes del postoperatorio**

#### ***Cuidado postoperatorio de la herida***

Se recomienda tapar la herida con apósitos estériles durante 48 h; posteriormente, se deja descubierta, siempre se deben manipular las heridas con guantes estériles. En caso de

heridas para cierre primario diferido o por segunda intención se deben mantener cubiertas más tiempo y hacer curas con agua oxigenada y/o suero fisiológico.

### **Plan hospitalario de vigilancia de infecciones nosocomiales**

Se debe articular un sistema adecuado de vigilancia de aparición de IHQ para lo que se necesita unificar los criterios de definición de IHQ, y crear un sistema de notificación y estudio de los eventos, con los centros de atención primaria.

### **Conclusiones:**

- Las IHQ son un problema frecuente (5%) potencialmente letal que supone un aumento importante de la morbilidad, el costo y la estancia hospitalaria.
- Se debe realizar una vigilancia activa de las IHQ en el postoperatorio que permita un diagnóstico y un tratamiento temprano de éstas.
- La prevención de la aparición de IHQ debe ser una actitud activa, continua y primordial para todo el personal implicado en el preoperatorio, el perioperatorio y postoperatorio.
- Desde el punto de vista del cirujano, el lavado y sobre todo la técnica quirúrgica depurada son las formas de prevención más importantes.
- La cirugía ginecológica es mayoritariamente de tipo *limpia contaminada*, por lo que es subsidiaria de profilaxis antibiótica de amplio espectro.(31)

## **2- 8 TERMO INJURIAS DE PIEL**

**2,7 % de termo injurias Total 6 pacientes.**



## **Lesiones por termo injuria**

### **Electrocoagulación:**

Procedimiento que usa el calor de la corriente eléctrica para destruir tejido anormal, como los de un tumor u otra lesión. También se puede usar para controlar el sangrado durante una operación quirúrgica o después de una lesión. La corriente eléctrica pasa por un electrodo que se coloca sobre el tejido o alrededor de este. La punta del electrodo se calienta mediante la corriente eléctrica para quemar o destruir el tejido. La electrocoagulación es un tipo de electrocirugía. También se llama electrocauterización, electrofulguración y fulguración.

Las injurias térmicas, básicamente quemaduras, son lesiones generalmente de la piel, aunque pueden afectar otros tejidos orgánicos, causadas por diversas fuentes de calor, como por ejemplo calor por radiación, radioactividad, electricidad, fricción o el producido por una reacción exotérmica al contacto con algún producto químico. La piel es el órgano más grande, más fino y uno de los más importantes del cuerpo humano. Las funciones de la piel son fundamentales para mantener la homeostasis (equilibrio interno) y la supervivencia muchas veces presentan marcadas cicatrices, alguna de ellas del tipo queloide, que pueden provocar en un gran número de casos una disminución de la autoestima, como así también discapacidad o minusvalía, lo que llevaría a pensar que su inserción social, será al menos dificultosa. Dichas secuelas, suelen afectar la vida social, la vida familiar, produciendo problemas psicológicos, que lejos está de ser saludable.

Es de buena praxis proteger la punta del electrobisturí con elementos siliconados, dejando apenas libres unos escasos milímetros en su extremo distal, que es el que realmente contacta con los tejidos.

De esta forma evitamos la irradiación excesiva de energía, que puede producir daño por injuria térmica, en sitios hacia el cual no están dirigidos.

Un evento adverso intraoperatorio (EAI), se lo define como una injuria no intencional que ocurre durante la cirugía. Se han vinculado los efectos adversos con el grado de entrenamiento del cirujano, la coordinación del equipo quirúrgico basada en la habitualidad de trabajo y, por último, con la sistematización de los pasos de la técnica quirúrgica. Durante mucho tiempo se ha considerado el factor humano como responsable directo de la calidad y la seguridad del cuidado intraoperatorio del paciente.

Para mejorar la calidad de atención es necesario, entre otras cosas, disminuir la ocurrencia de efectos adversos intraoperatorios y minimizar el impacto que estos generan sobre la evolución postoperatoria. Para ello, la mayor parte de las medidas adoptadas deben estar destinadas a la prevención. No hacer daño: no es suficiente con aplicar una técnica quirúrgica depurada y cuidadosa. Ciertos factores como la tecnología, la calidad del equipo

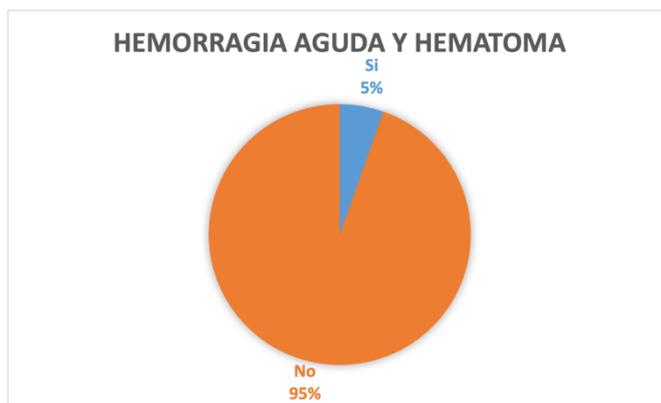
quirúrgico, la eficiencia del funcionamiento del quirófano y la supervisión de los cirujanos en formación pueden influir en la ocurrencia de estos eventos.

**Registrar y comunicar un EAI resulta difícil debido a eventuales consecuencias legales.**

La incidencia de lesiones electroquirúrgicas varía de 1 a 2 cada 1000 operaciones y una encuesta entre miembros del American College of Surgeons informó que un 18% de los cirujanos había ocasionado una quemadura térmica en alguna oportunidad (32,33,34)

## 2- 9 HEMORRAGIA AGUDA Y HEMATOMAS

**5 % de hemorragia aguda y hematomas. Total 11 Pacientes.**



El **hematoma de mama** es una acumulación de sangre dentro de la mama. Surge de un sangrado interno (hemorragia) y puede originarse debido a un traumatismo (lesión en la mama o cirugía) o por una causa no traumática. Los síntomas pueden incluir decoloración visible (equimosis), dolor en los senos, edema aumento repentino del tamaño de la mama.

El hematoma como consecuencia de una cirugía de mama, generalmente es debido a un sangrado posoperatorio, activo o en napa. Ver más adelante irrigación de la mama, sus principales vasos arteriales son ramas directas de la arteria aorta, arteria subclavia y arteria axilar. Cuando un hematoma se resuelve, puede volverse fibrótico y dejar tejido cicatricial. Un hematoma en resolución puede licuarse para formar un seroma. Los hematomas mamarios posquirúrgicos también pueden impedir la cicatrización de heridas y, por lo tanto, afectar el resultado estético. Además, los hematomas son uno de los factores de riesgo de infecciones del sitio quirúrgico de la mama. Cuando hay edema y aumento repentino del volumen mamario postoperatorio, tras una cirugía de mama o una biopsia con aguja gruesa, puede estar indicada una ecografía de la mama para diferenciar entre un hematoma y otras posibles complicaciones posquirúrgicas como abscesos o un seroma. Un hematoma

reciente suele ser visible en una mamografía y también muestra intensidades de señal típicas en la resonancia magnética.

Los hematomas mamarios pequeños que no causen molestias a menudo requieren mera observación clínica, utilizándose ultrasonidos para controlar la resolución del hematoma.

Los hematomas mamarios grandes, o aquellos que no se hacen más pequeños o que causan molestias, generalmente requieren drenaje.

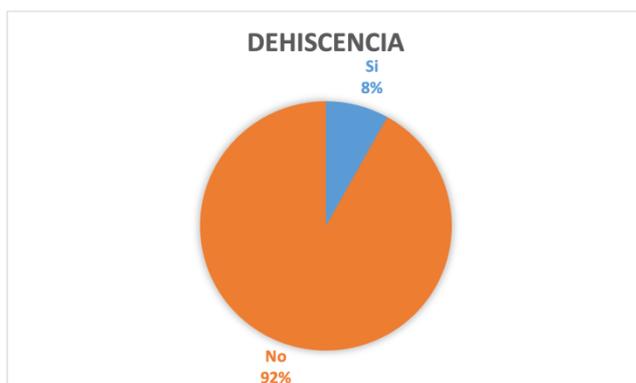
También se drenan los hematomas que ocurren después de la cirugía en forma sistemática cuando se forman rápidamente en el postoperatorio inmediato, adquieren volumen, con cuidadosa revisión de cicatriz, control de hemostasia del lecho quirúrgico y colocación de drenaje sistemático a aspiración negativa. Puede encontrarse un sangrado activo, el cual se ligara como corresponde, pero en general las revisiones de cicatriz muestran sangrado en napa.

La irrigación y drenaje venoso. La irrigación y el drenaje venoso de la mama proviene de tres estructuras:

- Ramas de la arteria axilar, que irrigan la porción lateral de la mama. Estas son las arterias torácica superior, toracoacromial, torácica lateral y subescapular.
- Ramas de la arteria torácica interna, que irrigan la porción medial de la mama como las ramas mamarias mediales.
- Ramas perforantes de la 2.<sup>o</sup>, 3.<sup>o</sup> y 4.<sup>o</sup> arterias intercostales, que contribuyen a la irrigación de toda la mama y son ramas de la arteria mamaria interna, que es de ubicación retroesternal y emergen sus ramas como perforantes de los espacios intercostales. Las venas de la mama siguen el mismo curso que las arterias mencionadas. Estas drenan en las venas axilar, torácica interna y venas intercostales 2.<sup>o</sup>-4.<sup>o</sup> (35)

## 2- 10 DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA

8 % de dehiscencia de herida operatoria. Total 17 pacientes.



La dehiscencia en las heridas, o separación de los bordes de la incisión quirúrgica, suele producirse alrededor del séptimo día del postoperatorio. La dehiscencia de la herida puede ser parcial o total. Los factores de riesgo de la dehiscencia de la herida incluyen diabetes, edad avanzada, obesidad mórbida, estrés mecánico sobre la herida, tratamiento con esteroides, desnutrición, perfusión comprometida, malignidad e infección. La vigilancia constante es la clave para identificar a los pacientes con riesgo de dehiscencia de la herida; hay que prever los problemas y tratarlos de manera adecuada en caso de que aparezcan.(36)

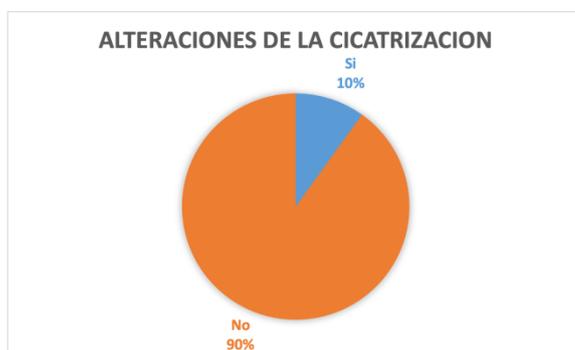
La dehiscencia de la herida quirúrgica es la separación posoperatoria de la incisión que involucra todas las caras. A pesar del avance en el cuidado perioperatorio, la dehiscencia de la herida quirúrgica continúa como una de las complicaciones más serias a la que los cirujanos enfrentan alguna ocasión de su práctica quirúrgica. La frecuencia prácticamente ha variado poco durante los últimos 50 años con series que mencionan de 0 a 6% y hasta 10% en otras con una mortalidad del 9 al 44%. Durante las últimas cuatro décadas se han mencionado factores principales y adicionales, preoperatorios y postoperatorios a los que se les han otorgado diferentes grados de importancia sobre su papel en la dehiscencia de la herida quirúrgica. Algunos autores afirman que los factores locales son más importantes que los sistémicos, mientras que otros dan más importancia a éstos últimos sin restar importancia a los primeros. La dehiscencia de la herida quirúrgica generalmente se presenta durante las dos primeras semanas del estado posoperatorio con más frecuencia al noveno día pero con un margen desde el primer hasta el vigésimo octavo día. Algunos autores se refieren a ella como temprana si se presenta dentro de los primeros tres días y se relaciona con factores técnicos también llamados mecánicos o locales, con referencia al tipo de cierre o al material utilizado; y tardía si se presenta posterior a dicho día relacionándola con factores generales o sistémicos ) han descrito respectivamente algunos factores como edad mayor a 60 años, sexo masculino, hipoalbuminemia, anemia, enfermedad pulmonar, vómito, tos, obesidad, diabetes mellitus, ictericia, infección local, esteroides, tipo de incisión y tipo de cierre entre los más importantes para la producción de la dehiscencia. La infección de la herida quirúrgica resultó una variable independiente importante para dehiscencia de la herida quirúrgica. El organismo que más frecuentemente se aisló fue *Estafilococo dorado* y en segundo lugar *Escherichia coli*.

La cicatrización de las heridas involucra la interacción propia de muchos procesos como la inflamación, epitelización, contracción y metabolismo del colágeno. Numerosos eventos bioquímicos y celulares median estos procesos; a consecuencia, factores que tienen un efecto dañino sobre estos eventos biológicos dañará la cicatrización de las heridas. Uno de ellos es el estado nutricional; la malnutrición calórico-proteico ha sido asociada con una

pobre cicatrización. Sus efectos están probablemente relacionados con la falla de una fuente de energía, específicamente la glucosa para las funciones inflamatorias, inmunes y de fibroblastos tales como la fagocitosis, proliferación celular y la conformación del colágeno y la falta de proteína esencial para la reparación y síntesis celular. Los pacientes clasificados con desnutrición proteico calórica leve, moderada o grave tienen una respuesta subóptima para la cicatrización medida por la concentración de hidroxiprolina en la herida. La albúmina, principal proteína sintetizada por el hígado, es la mejor y más sencilla prueba nutricional, al medir su concentración sérica para evaluar la evolución. (37,38,39)

## 2- 11 ALTERACIONES DE LA CICATRIZACIÓN

**10 % alteraciones de la cicatrización. Total 22 pacientes.**



### Cicatrices mamarias

Para entender la cicatrización es necesario primero conocer la anatomía y funcionamiento de la piel. La piel constituye el órgano más extenso del cuerpo humano, siendo responsable del 16% del peso corporal. Algunas funciones de la piel son: Protección (aporta una barrera física y biológica contra el medio externo, que se continúa con las mucosas de los orificios), Metabólica (síntesis de la vitamina D, importante para el metabolismo óseo) y Termorregulación (regulando la temperatura del cuerpo).

La piel está formada principalmente por 3 capas: Epidermis, Dermis e Hipodermis.

La epidermis es un epitelio poliestratificado, queratinizado, avascular, sometido a un proceso de renovación continuo. Está formado por cuatro tipos celulares:

1. Queratinocitos: los más abundantes y se distribuyen por estratos que de profundo a superficial son: basal, espinoso, granuloso, lúcido (sólo presente en las palmas de las manos y plantas de los pies) y córneo. Las mucosas no poseen los estratos córneo y granuloso.

2. Células de Merkel: Relacionadas con el sistema nervioso.
3. Melanocitos: Responsables de la coloración de la piel y protegen de las radiaciones del sol.
4. Células de Langerhans: con función inmunológica.

La epidermis se asienta sobre la dermis mediante una membrana basal, a través de la que se nutren sus células, formando la unión dermoepidérmica, lugar complejo por su organización.

La dermis es el mayor componente de la piel, y proporciona elasticidad y soporte frente a la tracción. Protege contra las fuerzas mecánicas, participa en la regulación térmica, recibe estímulos sensoriales, contiene redes vasculares, anejos epidérmicos, etc. En su mayor parte, está compuesta por una matriz extracelular de tejido conectivo formada por colágeno.

La dermis se subdivide en: Papilar o superficial y Reticular o profunda

En la dermis encontramos distintas células, fundamentalmente fibroblastos, aunque también hay monocitos, macrófagos, mastocitos y células dendríticas. Los fibroblastos se encargan de la síntesis de colágeno y de las fibras elásticas.

La hipodermis o tejido celular subcutáneo está compuesto por un pánículo adiposo que varía como la piel en su composición de fibras de colágeno y en el grosor del mismo. Entre sus funciones figuran la termorregulación, la reserva energética y la protección mecánica.

La vascularización cutánea proviene de un plexo vascular profundo (entre el tejido celular subcutáneo y la dermis) y otro plexo superficial (localizado en la dermis reticular y discurre hacia la papilar formando arcadas vasculares donde predominan las vénulas postcapilares).

La vascularización está implicada en la nutrición tisular, control térmico, cicatrización, fenómenos inmunitarios, regulación hormonal, etc.

La inervación cutánea está compuesta por fibras que conducen la sensibilidad somática y fibras pertenecientes al sistema nervioso simpático. Al igual que la vascularización, también forman un plexo profundo y otro superficial. Está encargada de los estímulos térmicos, de presión, dolorosos, etc.

Podemos diferenciar:

1. Terminaciones nerviosas libres: son las más abundantes del cuerpo y siempre están recubiertas por una vaina de mielina.
2. Corpúsculos de Meissner: mecanorreceptores, que participan en la percepción del tacto y se localizan con mayor densidad en las manos, los pies, los labios y los antebrazos.
3. Corpúsculos de Pacini: en la profundidad de la dermis y en el tejido celular subcutáneo, encargados de la sensibilidad vibratoria y la presión profunda.

4. Corpúculos de Krause: Encargados de la percepción de la temperatura caliente.
5. Corpúculos de Ruffini: Encargados de la percepción de la temperatura fría y la presión continua.

## **CICATRIZACIÓN CUTÁNEA**

La cicatrización es el proceso empleado por el cuerpo para tratar de reparar los daños, defectos o agresiones que haya sufrido, como son las incisiones tras una intervención quirúrgica. Lejos de ser un simple mecanismo de reparación de heridas, la cicatrización es un complejo compendio de acontecimientos en el que influyen muchos factores, que podemos dividir en locales y sistémicos.

Los locales son muchas veces controlables a la hora de la cirugía por parte del cirujano. Su conocimiento y correcta utilización son de gran importancia. Hay que tener en cuenta que el resultado de la cicatriz ganará en calidad si se cumplen los siguientes principios:

- Asepsia y antisepsia, que intentan disminuir la microflora colonizadora propia de cada paciente, el cirujano y el entorno.
- Técnica de sutura atraumática: Cuanto menor sea el traumatismo producido, menor será el grado de reacción tisular provocada, siendo más comedida la respuesta y acortando los tiempos de cicatrización. En cirugía plástica se suelen usar suturas intradérmicas que no son visibles como los puntos clásicos, y que por tanto no dejan la marca de los puntos. Por ello, el resultado de las cicatrices tras este tipo de sutura es más estético.
- Tensión creada sobre los bordes de la herida: Un cierre a gran tensión dificulta la cicatrización y aumenta las probabilidades de sufrir una dehiscencia por isquemia de los bordes o hipertrofia y ensanchamiento de la cicatriz. Esto es especialmente importante cuando la herida está sometida a una tensión importante, como puede ser el caso de una prótesis directa en reconstrucción mamaria, o una prótesis para aumento de seno.
- Aproximación adecuada de los bordes. Una gran separación entre los bordes no siempre implica la necesidad de usar una sutura más fuerte. Si los bordes no están correctamente afrontados, se puede generar un fallo de cicatrización directo o provocar un déficit de tejidos.
- Disección por planos anatómicos. De lo contrario, se producirían adherencias entre los distintos planos, retracciones alterando el aspecto de la cicatriz.

- Correcta hemostasia, evitando la formación de hematomas, sangrados, etc.

- Utilización del apósito correcto y presoterapia. Los apósitos aparte de proteger la herida frente al exterior, también proporcionan un apoyo fundamental al proceso, aportando un ambiente húmedo y caliente, ejerciendo presión sobre la cicatriz y disminuyendo la tensión. La presoterapia consiste en aplicar presión sobre las heridas, consiguiendo favorecer la adhesión de los tejidos disminuyendo la posibilidad de que aparezca un hematoma, seroma, hipertrofia de la cicatriz, etc.

La cicatrización depende de las siguientes circunstancias:

- Edad del paciente, por su repercusión sobre la elasticidad cutánea. Es sabido que la cicatrización sigue un curso más rápido en los niños que en los ancianos. La calidad de la piel influye en el proceso.

- Raza del paciente, por sus diferentes tipos de piel. Esta característica proporciona ciertas peculiaridades. Por ejemplo, las personas de raza negra tienen mayor tendencia a generar cicatrices queloides.

- Localización de la herida en el cuerpo y su trayecto. Según su emplazamiento, tiende a variar la calidad de la cicatrización. Las líneas cutáneas son los pliegues cutáneos y las líneas de expresión facial. Existen las llamadas líneas de Langer o de mínima tensión, cuyo recorrido es perpendicular a la dirección de los músculos que discurren por debajo. Situar la cicatriz en estas líneas ayudará a disimular el aspecto de las mismas.

- Comorbilidad: estado nutricional, diabetes mellitus, medicación, balance hormonal, etc. Un mal estado nutricional no garantiza el aporte suficiente de proteínas y demás nutrientes necesarios para una correcta cicatrización. Por ejemplo, la diabetes mellitus es una entidad que dificulta la cicatrización por la microangiopatía y las alteraciones autoinmunes, que repercuten negativamente sobre diversos aspectos del proceso quirúrgico, como la infección.

- Consumo de tóxicos: Como el tabaco, el alcohol u otras drogas, retrasan los mecanismos cicatrizantes por disminuir los niveles de oxígeno en la sangre. Será importante advertir a los pacientes que cesen o reduzcan el hábito tabáquico antes y después de la intervención para lograr mejor resultado en las cicatrices.

Aparte de estos factores, hay que tener en cuenta otros aspectos fundamentales, como por ejemplo la vascularización cutánea, la presencia de cicatrices previas, zonas de necrosis, cuerpos extraños etc., que en definitiva entorpecen, dificultan o imposibilitan la cicatrización.

A la hora de practicar una incisión, que va a dejar una cicatriz, debemos tener presentes todos

estos factores e intentaremos que siga líneas de mínima tensión, pliegues naturales, que quede emplazada en zonas poco visibles, etc. Las cicatrices que siguen cualquier línea cutánea son menos visibles, igual que si están emplazadas en zonas pilosas u ocultas. En la mama, las cicatrices se intentarán situar en la transición entre la areola y la piel, el surco submamario o la axila, zonas que permiten “esconder” las cicatrices.

### **CICATRIZACIÓN PATOLÓGICA**

Las alteraciones en el proceso de cicatrización son una posible complicación de toda cirugía. Entre estas alteraciones encontramos las cicatrices hipertróficas y los queloides.

La diferencia fundamental entre una cicatriz hipertrófica y un queloide es que este último sobrepasa las líneas originales de la cicatriz, pudiendo deformarse y generar incluso un pseudotumor, mientras que la hipertrofia de la cicatriz respeta sus propios márgenes originales.

Para prevenir la aparición de estas entidades, hay que utilizar técnicas de sutura adecuadas y hacer un buen uso de la presoterapia.

### **EVOLUCIÓN DE LAS CICATRICES**

El primer consejo importante para un buen resultado de las cicatrices es mantener la sutura durante el tiempo adecuado en caso de que sean irreabsorbibles; si son reabsorbibles no será necesario retirarlas, ya que el cuerpo las disolverá. Un tiempo excesivo podría provocar el rechazo de la sutura o infección de la zona por la presencia de un cuerpo extraño, lo que conlleva a una marca indeleble en la piel dejando un mal aspecto estético. Un tiempo insuficiente podría provocar que la cicatriz se abriese o que se ensanchase. Por regla general, las suturas irreabsorbibles se dejarán 15 días para la mama. Las cicatrices se mantienen activas como mínimo un año y por tanto su resultado no debe ser evaluado hasta haber pasado ese tiempo. En ese periodo es importante protegerlas del sol para evitar que se pigmenten. Al inicio las cicatrices tendrán un color rojizo o rosáceo. En esta fase, aparte de la protección solar, es importante hidratarse correctamente con una crema altamente hidratante. También ayuda el adecuado masaje de la cicatriz para

ablandarla y evitar una reacción fibrosa excesiva. Como vimos entre los factores que influyen la cicatrización, el tabaco también tiene una gran repercusión en el resultado final, ya que retrasa los mecanismos cicatrizantes por disminuir los niveles de oxígeno en la sangre. Será importante advertir a los pacientes que cesen o reduzcan el hábito tabáquico antes y después de la intervención para lograr mejor resultado en las cicatrices. "Cesar o disminuir el hábito tabáquico antes y después de la cirugía mejora el aspecto de las cicatrices" (40)

## 2- 12 PARESTESIAS

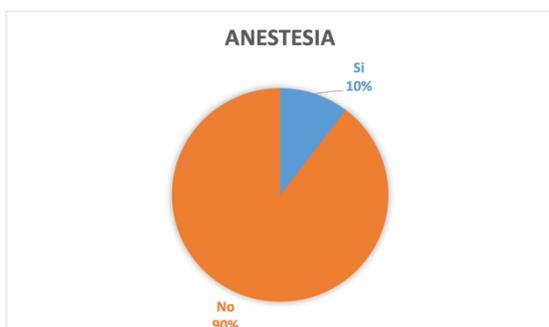
7 % de parestesias. Total 15 pacientes.



**Inervación de la mama** La mama se sitúa encima de los músculos que cubren las costillas, mide de 10 a 12 cm, su diámetro es de 5 a 7 cm, y está formada por tres estructuras principales: la piel, el tejido subcutáneo y la glándula mamaria.

**Los ramos cutáneos anterior y lateral de los nervios intercostales 2.º- 6.º** son los responsables de la inervación de la mama, mientras que el pezón está inervado por el 4.º nervio intercostal.

## 2- 12- 1 ANESTESIA



10 % anestesia. Total 22 pacientes.

La inervación cutánea está compuesta por fibras que conducen la sensibilidad somática y fibras pertenecientes al sistema nervioso simpático. Al igual que la vascularización, también forman un plexo profundo y otro superficial. Está encargada de los estímulos térmicos, de presión, dolorosos, etc.

Podemos diferenciar:

1. Terminaciones nerviosas libres: son las más abundantes del cuerpo y siempre están recubiertas por una vaina de mielina.
2. Corpúsculos de Meissner: mecanorreceptores, que participan en la percepción del tacto y se localizan con mayor densidad en las manos, los pies, los labios y los antebrazos.
3. Corpúsculos de Pacini: en la profundidad de la dermis y en el tejido celular subcutáneo, encargados de la sensibilidad vibratoria y la presión profunda.
4. Corpúsculos de Krause: Encargados de la percepción de la temperatura caliente.
5. Corpúsculos de Ruffini: Encargados de la percepción de la temperatura fría y la presión continua. (41, 42)

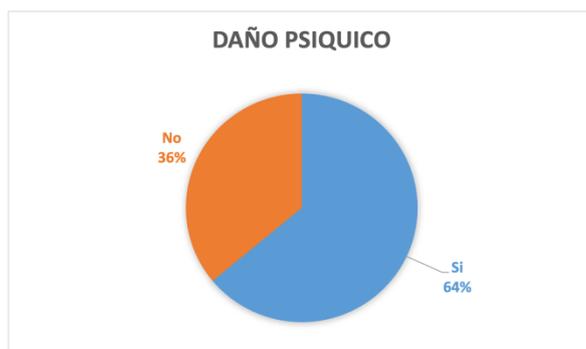
## 2- 13 ASIMETRÍAS MAMARIAS POR DEFECTO DE VOLUMEN

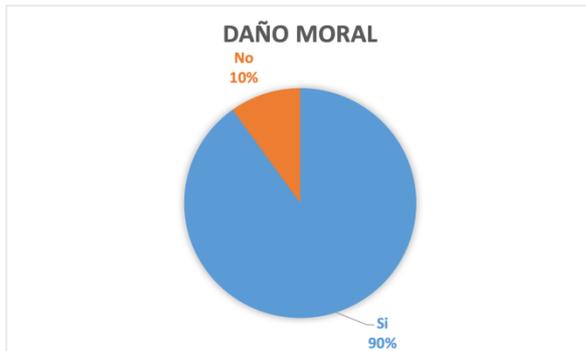
80 % de asimetrías Total de pacientes 177.



## 2- 14 DAÑO PSÍQUICO Y DAÑO MORAL

DAÑO MORAL total 199 pacientes      DAÑO PSÍQUICO total 142 pacientes.





## Daño psíquico y daño moral

### Delimitación conceptual y su especificidad en casos de mala praxis médica

Existe una variedad de definiciones de Daño Psíquico en el área pericial-psicológica, la conceptualización que ha resultado como la más clara y útil en la demarcación del concepto, es la definición que ha acuñado el Dr. Risso quien establece: “Síndrome psiquiátrico coherente (enfermedad psíquica), novedoso en la biografía, relacionado causal o con -causalmente con el evento de autos (accidente, enfermedad, delito), que ha ocasionado una disminución en las aptitudes psíquicas previas (incapacidad), que tiene carácter irreversible (cronicidad) o al menos jurídicamente consolidado (dos años)”.(43)

Esta definición delimita lo que es y lo que no es Daño Psíquico, pero no por eso menos indemnizable. Algunas consideraciones sobre sus aspectos más relevantes:

#### 1- Discriminación del Daño Psíquico del Daño Moral:

La figura jurídica de Daño Psíquico requiere como elemento tipificador la existencia de patología psíquica, la presencia de un cuadro psicopatológico coherente, ya que signos aislados que no conforman una categoría diagnóstica no son compatibles con la figura de Daño Psíquico. Tampoco lo son las molestias, el sufrimiento, las preocupaciones, la afrenta a los sentimientos, los dolores intensos, los temores ante una posible invalidez, los padecimientos propios de la rehabilitación, las aflicciones por cambios en la dinámica familiar, la pérdida de autoestima, la afectación en valores éticos y morales, etc. que verosímilmente el sujeto tuvo (en los momentos inmediatos al hecho) o tiene (hasta el momento de la peritación psicológica), que **constituyen el llamado Daño Moral** y no es labor del perito psicólogo determinarlo, aunque de detectarlo en su práctica pericial, puede informar al juez quien es el que, junto a otras pruebas arrimadas al expediente, determinará o no la existencia de Daño Moral.

En este sentido la jurisprudencia no es pacífica y existen fallos que claramente adscriben a la idea de que se trata de rubros indemnizatorios diferentes y, aunque con cierta dificultad, posibles de ser discriminados. Otro conjunto de fallos establece que no son independientes

y uno queda subsumido al otro, al tratarse en ambos casos de una afectación en el equilibrio espiritual de la persona. La mayoría de los psiquiatras y psicólogos forenses adscriben a la discriminación de ambos rubros.

Una temática en la que se patentiza claramente la discriminación entre Daño Moral y Daño Psíquico es el duelo: el duelo normal es tributario del Daño Moral y el Duelo Patológico es patología psíquica compatible con Daño Psíquico.

2- **Novedoso** en la biografía del actor: la patología diagnosticada tiene que ser -en alguna medida- novedosa, es decir que así o de ese modo en que se encuentra al momento de la peritación, no estaba antes de haber acaecido el suceso investigado en el expediente. Si el hecho de autos –o mejor dicho las vivencias concomitantes al hecho investigado- no han aportado el más ínfimo grado de novedad, no hay Daño Psíquico.

3- **La causalidad** (causa y concausa): Es preciso que se establezca un nexo causal adecuado y suficiente entre el hecho generador del daño (el hecho que se investiga en los actuados) y el estado psicopatológico que presenta el sujeto examinado. Este nexo causal puede ser de dos tipos: causal directo o concausal indirecto.

- Nexo concausal indirecto: Cuando un daño en el cuerpo o en la salud es agravado como resultado de una predisposición preexistente o de una complicación sobreviniente, existe concausa o concausalidad, es decir reunión de dos o más causas en la producción de un estado mórbido: la propia de un daño y la que emana de aquella predisposición o complicación sobreviniente. La causa, que introduce un efecto dañoso, aparece como exógena al ser humano (hecho que se investiga en autos) y otra endógena (proviene de una situación patológica previa del sujeto) y en ciertas circunstancias, la fusión de ambas (concausalidad) hace producir un resultado no esperado (daño). El nexo concausal indirecto implica una aceleración, un agravamiento o un evidencia de empeoramiento de lo que el sujeto tenía previamente al hecho de autos.

Pero la personalidad de base o el estado psíquico que poseía el sujeto damnificado no debe ser tomado como causa preexistente y así suponer un nexo concausal con el evento de autos, si la persona mediante la instrumentación de mecanismos defensivos y de afrontamiento eficaces había logrado una adaptación satisfactoria en las diversas áreas de despliegue vital y había conformado un devenir estable, consistente y satisfactorio para su subjetividad.

Por el contrario, si los trastornos psíquicos previos han sido de importancia (inclusive habiendo demandado asistencia psicológica o psiquiátrica), podrá decirse que el hecho disruptivo “agravó, aceleró o evidenció” una patología que ya existía, y que ésta constituye una concausa preexistente.

*Conforme a la doctrina de la concausa, el civilmente demandado sólo debe reparar el agravamiento o desencadenamiento patológico o aceleración y no por la situación precedente y sobreviniente del sujeto afectado.*

La incapacidad es la falta de salud derivada de un hecho ilícito. La incapacidad es el aspecto mensurable del Daño Psíquico. La patología psíquica debe causar algún grado de incapacidad en el sujeto: incapacidad para desempeñar sus tareas habituales, para acceder al trabajo, para ganar dinero, para relacionarse (son las que delimita el Dr. Risso). Conforme a la definición de Daño Psíquico acuñada por el Dr. Mariano N. Castex se ubican otras áreas vitales posiblemente afectadas: familiar, social, laboral, recreativa, etc.

*Un área no contemplada y que es de vital importancia a ser señalada por su frecuente compromiso en los casos que nos ocupa, es el área del esquema corporal, es decir la afectación en la representación psíquica del propio cuerpo. También el área de la psicosexualidad se puede hallar menoscabada a raíz del hecho dañoso.* El porcentaje de incapacidad psíquica se establece conforme a baremos estandarizados en los que se detallan una serie de cuadros psicopatológicos, sus grados y el porcentaje de incapacidad que les corresponde.

Lejos han quedado las negativas de los psicólogos a “reducir el psiquismo a un número” y en la actualidad el uso de baremos se halla generalmente aceptado por los peritos psicólogos en el convencimiento de que el porcentaje de incapacidad es lo que orienta al juez sobre el monto de dinero que corresponde en concepto de indemnización por Daño Psíquico.

**En las causas judiciales se trata de determinar si un sujeto, a consecuencia de los hechos investigados en autos (en la mayoría de las demandas se trata de accidentes de tránsito, también por supuesta Mala Praxis Médica y otros motivos) ha desarrollado una patología psíquica reactiva y solicita entonces la indemnización económica o el resarcimiento para la reparación de ese bien jurídico, que ha sido injustamente afectado, que es la integridad del psiquismo.**

La tarea encomendada al perito puede referirse a la evaluación psicológico-pericial de las llamadas víctimas directas y/o de las indirectas. En muchos casos se debe peritar a familiares de personas que fallecieron a consecuencia de los hechos investigados en autos, valorando la existencia de un duelo normal o patológico.

Motivos más frecuentes que dan origen a una demanda por Daños y Perjuicios, por mala Praxis Médica y Particularidades del Daño Psíquico en la Mala Praxis Médica.

Podemos definir a la Mala Praxis como el ejercicio no idóneo de una actividad, y la falta de idoneidad está dada por lo inadecuado de esa práctica y por la ausencia de diligencias apropiadas de conformidad con la naturaleza de la prestación. Cualquier práctica puede ser calificada de Mala Praxis, no obstante el uso actual del vocablo Mala Praxis se limita a la práctica profesional. **La Mala Praxis Médica o responsabilidad médica, es la que más frecuentemente da lugar a solicitudes de indemnización invocando la parte actora que, a consecuencia de haber incurrido el equipo médico en alguna de las figuras de la culpa médica, se ha generado un daño en la salud psico-física, se ha ocasionado un empeoramiento del estado de salud y en el peor de los casos, ha causado el fallecimiento del paciente.**

La Mala Praxis Médica o responsabilidad médica, constituye un tema extremadamente delicado: de una parte la existencia de un actuar irresponsable de los médicos que ocasiona daños en la salud de los pacientes requiere ser atendido, ya que no es justo que aquellos que, por su particular formación profesional, están en función de velar por el bienestar psico-físico de la población, sean los que la ponen en riesgo; pero de otro lado se aprecia una “verdadera industria del juicio” que hace sospechar la presencia de demandas inescrupulosas y fraudulentas que menoscaban la tranquilidad y el bienestar de médicos responsables que son injustamente demandados habiendo llevado a cabo una práctica profesional adecuada y conforme a las reglas del arte de curar. Tal es el caso de una respuesta particularmente adversa en ese paciente de una práctica médica apropiada, el incumplimiento de parte del paciente de las prescripciones médicas, el fracaso del tratamiento, etc.

La responsabilidad médica es de medios y no de resultados, es decir que el médico está obligado a desarrollar una actividad calificada técnica y científicamente, con arreglo al estado de conocimientos al tiempo de cumplida la prestación. Es precisamente la falta de técnica y ciencia lo que configura la culpa médica.

El médico no puede asegurar el logro del resultado final esperado por el paciente: la curación o la mejoría, es decir que no tiene una obligación de resultados.

La culpa médica se configura por cuatro figuras, estas son la impericia, la imprudencia, la negligencia y la inobservancia de los deberes del cargo o función. En muchos casos confluyen más de uno de estos tipos de la culpa médica y a veces se hace difícil su estricta delimitación

Algunos factores que influyen, y ya han sido varias veces mencionados, en el aumento de los juicios por Mala Praxis Médica son:

- El quebrantamiento de la relación médico-paciente: varios factores han incidido en que el vínculo estrecho de confianza y significativo, entre un paciente y su médico, haya ido desapareciendo progresivamente: la del médico de cabecera, la hiperespecialización actual de la medicina, etc.
- El progreso científico-técnico de la medicina, que produce, que múltiples dolencias puedan ser revertidas, circunstancia que lleva a la errónea creencia de que “todo puede ser curable”.
- La existencia de seguros médicos que responden por la responsabilidad civil de los profesionales, y no ellos con su propio patrimonio.
- La escasa información que reciben enfermos y familiares sobre las posibles consecuencias derivadas del acto médico, sobre todo en aquellas actuaciones cuya finalidad no es curar, fundamentalmente, sino mejorar la estética de la persona.
- Los medios de información divulgan constantemente, insistiendo de forma exagerada, las querellas que se presentan por Mala Praxis.

Es bueno que la sociedad tome conciencia de sus derechos, y de cómo hacerlos efectivos, ya que no debe haber profesionales que puedan realizar Mala Praxis en la impunidad, pero tampoco es positivo que el médico viva con la preocupación constante de que cualquier acto que realice pueda conllevar una demanda judicial. El auge de los juicios por Mala Praxis Médica y su aumento, derivará en una suerte de “medicina defensiva”, como ocurre en países desarrollados. La medicina defensiva consiste en procesos no dirigidos a la curación o la reparación de la salud de un enfermo, sino a la justificación y el testimonio de que en cada etapa se utilizaron las medidas más adecuadas. De este modo, un desenlace no deseado aparece como el riesgo propio de la medicina. En la práctica, se trata de una excesiva cantidad de estudios complementarios que, además de costosos, pueden implicar en sí mismos un riesgo adicional para el paciente, además de la lógica incomodidad del permanente estudio complementario y espera de su resultado.

Los juicios por Mala Praxis Médica, representan un número significativo de los que involucran a los profesionales de la especialidad obstetricia. En estos juicios, en los recién nacidos, las consecuencias fueron: la muerte del niño, déficits neurológicos de gravedad (por ejemplo encefalopatía crónica no evolutiva) hidrocefalia y parálisis braquiales.

De las prácticas ginecológicas casos en que se procedió a la extirpación de una mama sin ser ello necesario (debido a un diagnóstico errado de cáncer) o se dañó irremediablemente las posibilidades de procrear por errores en el diagnóstico y prácticas quirúrgicas desacertadas.

De la estadística fruto de la experiencia pericial de la licenciada Castelao, (44) surge que de la totalidad de los casos en los que actuó como perito psicóloga (594 casos) un 24 % corresponden a juicios por Mala Praxis profesional y **de la totalidad de casos por Mala Praxis profesional (146 casos) el 64 % ha presentado patología psíquica vinculada a los sucesos investigados en autos.** De estos números surge que si bien el porcentaje es significativamente menor que el de accidentes de tránsito, **se advierte una mayor existencia de patología psíquica compatible con daño psíquico que en los casos de accidentes.**

**Algunas hipótesis explicativas de estas cifras:**

1) La presencia de patología psíquica reactiva a las prácticas médicas investigadas en el expediente no implica que se haya tratado de una Mala Praxis, ya que el peritado bien puede exhibir una patología psíquica reactiva a la práctica médica y que esta haya resultado adecuada y sin culpa médica.

2) El sujeto peritado ya posee una enfermedad física -que es justamente la que requiere de la intervención médica-. Por esta razón resulta sumamente difícil, sino imposible, discriminar si la patología psíquica objetivada en el psicodiagnóstico es reactiva a la enfermedad médica o a la práctica médica. Por lo tanto la cantidad de casos de daño psíquico vinculados a la Mala Praxis puede concentrar casos en que se reporta patología a consecuencia de enfermedad médica preexistente.

Podemos a priori establecer la hipótesis de que a mayor presencia de menoscabos físicos, mayor posibilidad de trastornos en el equilibrio psíquico por la significación subjetiva que el damnificado le otorga a las mermas físicas (por ejemplo: esterilidad, alteraciones funcionales de diversos órganos, etc.).

La licenciada Castelao ejemplifica, a continuación “ un caso en el que una mujer de 38 años fue sometida a la extirpación de su mama izquierda y de la cadena ganglionar por un diagnóstico errado de cáncer. A posteriori de esta cirugía, fue derivada por el cirujano a un médico oncólogo para iniciar un tratamiento de quimioterapia y de radioterapia y este médico le informó que no tenía que realizar ningún tratamiento médico porque nunca tuvo cáncer. Surgió a partir de aquí confusión e incertidumbre sobre su diagnóstico y sus futuros tratamientos. Finalmente y luego de varios estudios clínicos se determinó que la paciente no había tenido un diagnóstico de cáncer certero que motivara la práctica quirúrgica efectuada. En la sentencia de primera instancia surge: “Señalan los peritos que no resulta conforme con las reglas del arte intervenir quirúrgicamente, ejecutando una intervención a lo Madden, sin esperar el resultado de una biopsia confirmatoria o haciendo caso omiso a su informe, concluyen que a la actora se le practicó una intervención quirúrgica en base a un

diagnóstico no justificado, el Dr. xxx operó a la Sra. yyyy sin esperar el diagnóstico definitivo de la biopsia diferida, es decir, sin su justificación anatomopatológica... En el dictamen pericial se describe que la actora (fs.000 ) presenta un tórax mostrando la ausencia de su mama izquierda. Dicha zona se halla ocupada por una cicatriz correspondiente a una incisión de Stewart de 20 cm de longitud que no provoca abovedamientos ni retracciones, tampoco resulta dolorosa al tacto. No presenta queloide, se viste y desviste sin dificultad, usa un corpiño con relleno en el área de la mama faltante...La paciente, en la actualidad presenta una secuela de mastectomía unilateral izquierda que le ocasiona una disarmonía corporal en su tórax anterior, producto de la asimetría generada por la ausencia de un órgano cuya expresión exterior habitual se construye en forma bilateral (fs.0000)... En el dictamen pericial de los profesionales del Cuerpo Médico Forense se señaló que el hecho que motiva el pleito provocó en la actora una perturbación de su equilibrio psíquico, su afectividad y voluntad se hallan perturbadas acarreando consecuencias disvaliosas en el área individual, en el esquema corporal, en la psico - sexualidad y en la vida de relación (ver dictamen de la Lic. en Psicología Silvia Castelao )” (45)

**Los aspectos que surgen como los más distinguidos en la afectación psicológica a consecuencia de las Mala Praxis Médica son:**

- 1) Máxima afectación en el área del esquema corporal.
- 2) La afectación en el cuerpo es más que lo meramente “físico” (aunque lo incluye). Ya desde Freud sabemos que El Yo es primero que todo un Yo Corporal. El cuerpo es la vasija del sentido del yo del individuo, de sus sentimientos y aspiraciones más personales, al igual que la entidad a la que otros responden en una manera especial debido a sus cualidades singularmente humanas (Gardner, 1994).
- 3) El daño o minusvalías corporales incluyen consecuencias en diversas áreas vitales: social, familiar, laboral, psicosexualidad, etc.
- 4) Se producen alteraciones significativas en los vínculos interpersonales.
- 5) Se afecta significativamente la relación médico-paciente. Entre los eventos disruptivos debidos a causas humanas, los que causan especial Daño Psíquico son aquellos realizados por otro ubicado en roles de amparo, sea de asistencia, protección o auxilio (Benyakar, 2003). Se afecta así la “situación de amparo” definida como aquella en la que un sujeto se encuentra con otro protector o auxiliador. Un menoscabo y afectación en la relación médico-paciente (desconfianza que compromete significativamente la posterior atención de la salud, con el riesgo que ello conlleva). Se patentiza un vínculo ambivalente y contradictorio entre alguien al que se le supone el poder de sanar y al mismo tiempo la posibilidad de dañar.

- 6) Importancia de la etapa evolutiva y el momento en que se produce el impacto del factor disruptivo (eventos disruptivos tempranos y su eficacia traumatogénica en la organización psíquica misma).
- 7) La impronta de lo disruptivo en el propio cuerpo. Lo disruptivo interno (externo respecto del psiquismo) implica procesos somáticos y fisiológicos internos generadores de dolor, tensión y menoscabo.
- 8) Experimentación de pérdidas (“Duelos del cuerpo”, pérdida de roles o de pérdidas afectivas). Los duelos del cuerpo remiten consciente o inconscientemente al duelo mayor, al duelo de la propia impermanencia.
- 9) Los familiares o los propios damnificados comienzan una frenética búsqueda de información sobre la enfermedad como modo de controlar las intervenciones médicas y de asumir cierta actividad en el rol pasivo del enfermo. Esta actitud suele perjudicar el tratamiento y las ulteriores consultas médicas.
- 10) Existe un estado de indefensión inherente al propio estado de enfermedad que es agravado por la creencia de haber sido víctima de una Mala Praxis.
- 11) En la evaluación psicológico-pericial surge dificultad para discriminar entre lo reactivo a la supuesta Mala Praxis y a una patología física.

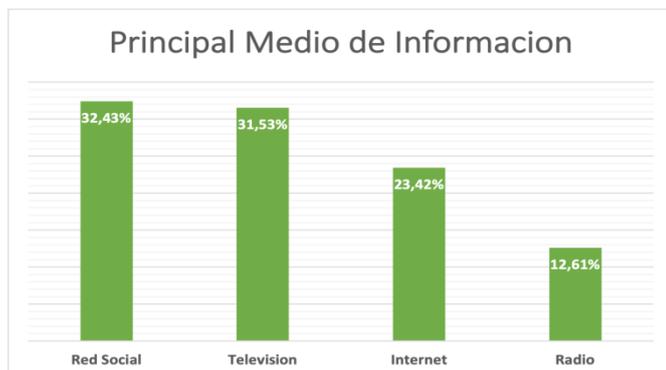
## 2- 15 NIVEL EDUCATIVO

Pacientes con primario incompleto total 42, Pacientes con nivel primario completo total 73, Pacientes con secundario completo total 58, Pacientes con nivel terciario completo total 49.



## 2- 16 PRINCIPAL MEDIO DE INFORMACIÓN

A través de redes sociales un total de 73 pacientes. A través de televisión un total de 69 pacientes. A través de internet 53. A través de radio total 27 de pacientes.



## 3- JURISPRUDENCIA EN ARGENTINA, ERROR MÉDICO Y RESPONSABILIDAD MÉDICA

SAIJ (Sistema Argentino de información Jurídica) noviembre de 2007

“Responsabilidad médica: situaciones susceptibles de generar mala praxis y de liberar de responsabilidad. Análisis de casos paradigmáticos (46)

Diremos que los principios que regulan la responsabilidad civil del médico no difieren de los principios generales que rigen la responsabilidad civil en general. Vamos a reflexionar sobre un tema que ha experimentado una notable inflación intelectual en los últimos tiempos, tanto de parte de la doctrina como de las decisiones de nuestros jueces movidos por la encomiable y ardua tarea de impartir justicia en situaciones donde se enfrentan la diligencia médica y los derechos a la vida y la salud.

En Argentina hace unos años hay un debate entre médicos y abogados, haciéndose imputaciones cruzadas: argumentando los abogados que los médicos ejercen la medicina de una manera comercial sin la ética necesaria considerando a las personas no como pacientes sino más bien como clientes, y a su vez los profesionales de la salud afirman que los abogados son responsables de haber creado una "industria del juicio por mala praxis médica", y que ello los obliga a ejercer la profesión de médicos a la defensiva, sabiendo que en cualquier momento pueden ser sujetos pasivos de una reclamación por daños y perjuicios derivados de su actividad profesional.

Y antes de entrar a profundizar la cuestión me gustaría hacer una precisión conceptual, ya que a menudo escuchamos hablar de "mala praxis médica", cuando en realidad deberíamos **hablar primariamente de "responsabilidad médica"**, debido a que *la mala práctica* de un profesional de la salud quedará configurada cuando su conducta sea típica, antijurídica y culpable en sede penal y/o civil, *o se den los cuatros presupuestos que sustentan la responsabilidad civil (antijuridicidad, relación de causalidad, factor de atribución y daño); todo ello plasmado en una sentencia firme pasada en autoridad de cosa juzgada.*

## **SITUACIONES SUSCEPTIBLES DE GENERAR MALA PRAXIS MÉDICA:**

**1- La falta de información adecuada:** esto es lo que se denomina consentimiento informado (ES UN DERECHO DEL PACIENTE A RECIBIR INFORMACIÓN ADECUADA Y UN DEBER DEL MÉDICO DE BRINDAR DICHA INFORMACIÓN), que significa que el médico debe informarle de manera prolija y pormenorizada los riesgos y complicaciones que entraña una determinada práctica médica, la técnica médica que se va a emplear, las posibilidades de curación y cuáles serán los cuidados a tener en cuenta para el período post-operatorio. Por un lado el médico debe informar correctamente y por el otro el paciente debe dar su consentimiento pleno, es decir, con voluntad jurídica completa que incluye el discernimiento, la intención y la libertad, firmando el respectivo instrumento, ya que debe dejarse constancia por escrito de todo lo informado por el médico y consentido por el paciente. Si el paciente no da su consentimiento el médico no puede practicar la operación (salvo los casos de urgencia en que el mismo no puede ser requerido), ya que si lo hace estaría incurriendo en el delito de lesiones. La falta o erróneo consentimiento informado genera responsabilidad del médico porque todavía no comenzó la prestación de servicios profesionales.

También por supuesto la solución judicial se aplica a cualquier persona que por el motivo que invoque y siempre que su voluntad sea sana, se niegue a realizar una operación o a recibir un determinado tratamiento médico. Caso: se trataba de una cirugía estética de abdomen practicada en una persona morena que, por las propias características de su piel, provocó cicatrices hipertróficas y queloides (EN LAS QUE LA HERIDA NO LOGRA CERRARSE POR COMPLETO Y QUEDA UNA PROTUBERANCIA O SOBRE PIEL), frecuentes en personas de este color. El tribunal entendió que el médico faltó a su deber de informar a la paciente de estos riesgos (CNCiv, Sala I, Argentina, 30-03-90, "P.D.C. c. Morrone", LL 1991-A-142).

## **2- La prescripción imperita o errónea de drogas o medicamentos a personas alérgicas o sin informar los efectos colaterales o contraindicaciones:**

También nos preguntamos qué responsabilidad le cabe a los médicos psiquiatras que recetan medicamentos antidepresivos y ansiolíticos que provocan somnolencia, fatiga, temblores, visión borrosa, euforia, confusión; sin advertir al paciente sobre los efectos colaterales o contraindicaciones que los prospectos indican como por ejemplo que no los pueden ingerir quienes conduzcan automóviles ya que provocan una disminución de los reflejos necesarios a la hora de la conducción vehicular. ¿Qué ocurre si ese paciente sufre un accidente de tránsito causado por esos efectos colaterales que no fueron informados por el médico?, podemos hacer responsable al médico?, o el prospecto debe ser leído por el paciente y no es responsabilidad del médico informar? Informar sobre las acciones y efectos de un medicamento no forma parte del consentimiento informado?. Por nuestra parte creemos que es el médico, quien posee los conocimientos de la ciencia médica, el que debe informar adecuadamente al paciente.

**Ausencia de responsabilidad del cirujano. Responsabilidad del instrumentador quirúrgico y del sanatorio del que depende. Responsabilidad de la empresa de medicina prepaga.** Dijo el tribunal: "En los informes médicos mencionados se hace hincapié en el carácter tóxico del antiséptico aplicado por error, por tratarse de un compuesto mercurial, que incluso en bajas concentraciones, afecta a los tejidos nerviosos alcanzados, a los que se denomina como infraorbitario, segunda rama del trigémino, nervio facial y glossofaríngeo, pero no se ha formulado objeción alguna ni en estos dictámenes ni en la demanda, con el desarrollo de la operación de cirugía efectuada, haciendo hincapié sólo en la inyección indicada y en la falta de la biopsia del material extraído durante la operación. No puede pretenderse del cirujano jefe que verifique el cumplimiento de cada integrante del equipo, más allá de lo que queda al alcance de sus sentidos o de la previsión o el cuidado que el caso requiere. Así, han señalado en forma coincidente, que la instrumentadora debe estar en condiciones de poder identificar el específico que solicita el cirujano, que el aspecto físico del Timerosal y de la Lidocaína son similares y que no es habitual que el cirujano compruebe químicamente las drogas requeridas. No puede, entonces, requerirse que el cirujano efectúe una verificación que está fuera de sus posibilidades, de modo que no puede atribuírsele culpa en su proceder, que genere su responsabilidad en los términos del art. 512 del Cód. Civil. En lo atinente a la instrumentadora, que como se vio, reconoció el error corregido, era dependiente del Sanatorio, resulta indudable la responsabilidad de la empleadora, por la culpa de sus dependientes, como lo dispone el art. 1113 del Cód. Civil. La afirmación de Omint S.A. reconoce que aportó a la actora todo el aparato médico-asistencial requerido, torna

procedente la responsabilidad de la prepaga. Corresponde resarcir a la actora por los perjuicios ocasionados por lo inyectado erróneamente" (CNCiv., Sala C, Argentina, 02-06-05, `V. De A., M. C. c. Ries Centeno, Carlos María y otros s. daños y perjuicios (responsabilidad médica)).

**3- Actuar sin atender a su propia especialidad; no efectuar consultas cuando el problema médico supera los conocimientos o no derivar al paciente a otro centro de salud cuando no se cuenta con la tecnología requerida para el tipo de práctica: y esto vale para cualquier profesión.** Ha dicho la jurisprudencia que: "la circunstancia de que el médico que intervino quirúrgicamente a la actora carezca de título habilitante para ejercer la especialidad en cuestión y sólo sea un médico residente, configura un hecho generador de una presunción judicial contraria al médico" (CNCiv., Sala D, Argentina, 28-02-96, "G., F.M. c. Centro Médico Lacroze y otros", LL 1996-D-451, con nota de Roberto Vázquez Ferreyra). Casos: una médica que ingresó al hospital en el servicio de otorrinolaringología y a los pocos meses operó a una persona de una hernia inguinal, produciéndole el atrofiamiento de un testículo (CNCiv., Sala D, Argentina, 09-08-89, "F.R., M. c. Hospital Ramos Mejía", LL 1990-E-417; JA 1990-II-69); o la médica de guardia de un hospital, que no es traumatóloga, que atiende a un niño accidentado por una fractura expuesta, después de algunas horas del accidente, no efectúa el cepillado de rigor, produciéndose una gangrena que concluye con la extirpación del miembro (CNCiv., Sala F, Argentina, 27-04-90, "Muñoz Aranda c. Municipio de Gral. Sarmiento", ED 139-131; JA 1991-I-90). También otro caso donde se le amputó una pierna a una persona, tras sufrir un accidente de tránsito, por no obtener el tratamiento adecuado en tiempo oportuno (CNCiv., Sala F, Argentina, 28-06-05, "Villalba, Alejandro Raúl c. Hospital Municipal de Vicente López Prof. B. Houssay y otros s. cobro de sumas de dinero", Diario Judicial, edición on line, Buenos Aires, 17 de Agosto de 2005, <http://www.diariojudicial.com/nota.asp?IDNoticia=26617#>).

**4- No efectuar seguimiento adecuado del paciente al que se ha operado:** debemos aclarar que el médico tiene 3 deberes que comprende 3 etapas: diagnóstico, tratamiento y atenciones y cuidados. Por otra parte, debemos distinguir entre el alta médica y el alta sanatorial. En ese sentido el alta médica lleva consigo el alta sanatorial, pero no a la inversa, es decir, puede ocurrir que el médico le conceda al paciente el alta sanatorial pero le indique que debe tomar ciertas precauciones, continuar con el tratamiento indicado y cumplir con controles médicos periódicos (es lo que se denomina tratamiento ambulatorio). (Caso: MALA PRAXIS. FRACTURA DE PIERNA DURANTE UN PARTIDO DE FUTBOL. FALTA DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE. RESPONSABILIDAD DEL MEDICO, DE LA

CLINICA Y DEL CLUB DONDE JUGABA AL FUTBOL EL DAMNIFICADO. CNCom., Sala C, Argentina, diciembre de 2004, "C., J. J. c. P., C. s. SUMARIO", Diario Judicial, edición on line, Buenos Aires, 28 de Marzo de 2005, <http://www.diariojudicial.com/nota.asp?IDNoticia=24992#>).

**5- Errores sobre la identidad de los pacientes o de los órganos o miembros a operar:**

ocurre a veces que la masificación de casos que existen en los hospitales, hace que un médico opere a una persona por error, ya sea por ejemplo intervenir quirúrgicamente a una persona de apéndice cuando en realidad debía operar a otra; o el caso del traumatólogo que realizó una operación de artroscopia de rodilla izquierda de un paciente, cuando en realidad debía haber operado la rodilla derecha.

**6- Tratamiento no recomendado para la afección y publicidad engañosa:** La Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil condenó a un odontólogo por los daños sufridos por una paciente a quien aplicó un tratamiento no recomendado para su afección. Entre otras cuestiones, el tribunal tuvo en cuenta que el profesional incurrió en publicidad engañosa, promocionando sus tratamientos en un programa televisivo donde fueron presentados como "soluciones mágicas"

Si bien es cierto que en los supuestos de cirugía estética, quien se somete a la misma, lo hace buscando un fin concreto, careciendo de patología, ello no quiere decir que se garantice su resultado, pues también los factores endógenos y exógenos juegan un papel determinante, no perdiendo la medicina por ello su carácter de ciencia axiológica relativa. Sin embargo, en los supuestos de cirugía voluntaria o de satisfacción, si no se informa al cliente de tales eventualidades y se le indica, a través de publicidad engañosa y promocional, que se va a obtener el resultado buscado, la obligación se hace de resultado, por una información inadecuada que ha viciado el consentimiento, pero no porque tal cirugía lleve implícita su obtención...

Por otra parte, los profesionales se desempeñan en áreas de conocimiento donde la información a los consumidores es particularmente escasa. De ahí que en función de la particular debilidad en que se encuentran los contratantes de estos servicios (sumado a la "autoridad" que en cada materia le asiste al profesional el hecho de contar con un título y una matrícula), éstos no cuentan con otra alternativa que depositar su confianza en el prestador. Y otro aspecto de gran trascendencia es que la asimetría informativa y la confianza pueden llevar a que los propios profesionales provoquen lo que se denomina "inducción de la demanda", que se traduce en un obrar del profesional tendiente a inducir artificialmente al requerimiento de sus propios servicios, con la única meta de aumentar su

volumen de trabajo y, por ende, sus ingresos..." (CNCiv., Sala G, 13-03-07, "Degleue, Cynthia L. c. Tobolsky, Ángel").

## **SITUACIONES SUSCEPTIBLES DE LIBERAR DE RESPONSABILIDAD AL MÉDICO:**

**1- Imposibilidad de cumplimiento de la labor médica** (obligación de cumplimiento imposible): cuando el médico no puede cumplir con su labor profesional por circunstancias ajenas a su conducta. Son las llamadas obligaciones de cumplimiento imposible en las que la obligación se extingue para ambas partes sin originar responsabilidad en ninguna de ellas. Caso: de un trasplante de órgano que sufriera indefinida postergación, por no presentarse el material biológico adecuado en términos de histocompatibilidad; o que finalmente ocasiona la muerte del paciente porque el órgano no llegó en tiempo oportuno.

**2- Caso fortuito:** es aquel acontecimiento imprevisto o que previsto no ha podido evitarse. Y como la ciencia médica no es una ciencia exacta, muchos son los hechos médicos que, previstos, no pueden evitarse, ya que no todos organismos humanos tienen la misma resistencia o reaccionan de igual manera ante determinadas circunstancias, por ej.: el desencadenamiento de un shock quirúrgico durante una delicada operación; el sangrado profuso durante una intervención cruenta (violenta o sangrienta); etc.

(Caso: Contagio de VIH a paciente por medio de una transfusión de sangre. Donante HIV positivo en período de ventana durante el cual el resultado es un falso negativo. Utilización del método "ELISA". Medidas de detección adecuadas de acuerdo a la legislación vigente. Ausencia de responsabilidad del establecimiento médico por FUERZA MAYOR. CNCiv. y ComFed., Sala I, Buenos Aires-Argentina, 12-10-06, "D. M. A. C. UBA HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN Y OTRO S. DAÑOS Y PERJUICIOS". "Al momento de la operación el hospital detectaba el HIV mediante el método ELISA, de tercera generación, y la pericia médica estableció que los estudios y controles realizados en el caso de autos se efectuaron de acuerdo a la legislación vigente, no existiendo ninguna norma que obligara a la realización de otros estudios. Además de ello, el servicio de hemoterapia impresionó al perito como moderno. En el entendimiento que la demandada no ha violado la obligación tácita de seguridad inherente a la materia de autos, sino que los estudios y controles se realizaron de conformidad con la legislación vigente al tiempo de la intervención quirúrgica, cabe atribuir la contingencia de autos a un supuesto de caso fortuito o fuerza mayor, relacionado con los adelantos tecnológicos y científicos acerca de la posibilidad de detección del lamentable flagelo del virus HIV". ESTO ES LO QUE SE DENOMINA DEL DESARROLLO).ESTADO DE LA CIENCIA O RIESGOS.

**3- Incumplimiento de la obligación recíproca:** tanto el médico como el paciente asumen obligaciones recíprocas como consecuencia del contrato de prestación de servicios médico-asistenciales. Así por ejemplo para que un diagnóstico resulte certero, además por supuesto de los análisis (para una operación el examen prequirúrgico) que debe indicar el médico, es necesario que el paciente preste su más amplia colaboración, sin reservas ni ocultamientos. La anamnesis (relato pormenorizado y respuestas del paciente al interrogatorio dirigido por el médico) debe ser completa y sin retaceos. Figúrense Uds. En el caso de que el paciente oculte al médico alguna enfermedad padecida con anterioridad que pueda ser determinante saber de caras a una intervención quirúrgica o a la iniciación de un nuevo tratamiento.

**4- Abandono del tratamiento por parte del paciente:** es la defensa que más invocan los profesionales de la salud. A propósito hoy dijimos que una cosa era el alta médica y otra muy distinta el alta sanatorial. Es decir, que a un paciente le den el alta sanatorial no significa que no deba seguir el tratamiento y cuidados indicados en su hogar (Caso: CONTROL POSTOPERATORIO. ABANDONO DEL TRATAMIENTO POR EL PACIENTE. EFECTOS. CNCiv. y ComFed., Sala 3, Buenos Aires-Argentina, 15-07-99, "MENDEZ, MIGUEL MARIO DOMINGO (H) C. IOSE Y OTROS S. RESPONSABILIDAD MÉDICA". NO HABIENDO EL PACIENTE CONCURRIDO, PARA SU PRIMER CONTROL POSTOPERATORIO, AL SANATORIO DONDE FUE INTERVENIDO -COMO, ADEMÁS DE SER LO LÓGICO, LE HABÍA SIDO INDICADO (CONF. HISTORIA CLÍNICA; ABSOLUCIÓN DE POSICIONES) Y LE FUE ASIMISMO ACONSEJADO POR LOS MÉDICOS, CORRESPONDE JUZGAR QUE INCURRIÓ EN ABANDONO DEL TRATAMIENTO, CON LA CONSECUENCIA ESTABLECIDA POR LA JURISPRUDENCIA PARA CASOS ANÁLOGOS DE QUE ELLO CORTA LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LOS EVENTUALES DAÑOS Y LA ACTUACIÓN DEL MÉDICO QUE INTERVINO (CONF. CAUSAS: CNCIV., SALA J, Argentina, "CHELÍN, REINALDO C. M.C.B.A. S. ORDINARIO", DEL 15.12.92; SALA F, "GÓMEZ DE SCOZZUSO, ALICIA C. INSTITUTO MÉDICO DE OBSTETRICIA S. SUMARIO", DEL 3.10.96; SALA G, "ROMANO, MARIA Y OTRO C. MALIK, RICARDO S. DS. Y PS.", DEL 8.8.96, ENTRE OTROS).

**5- Latrogenia inculpable (riesgo terapéutico):** la iatrogenia o error es el daño accidental, estadísticamente previsible, pero fácticamente inevitable, que conllevan en proporciones variables las prácticas y tratamientos médicos. La llamamos inculpable porque no ha mediado culpa del médico.

**6- Estado de necesidad:** es un instituto de raigambre penal que luego pasó al derecho civil. Es una causal de justificación que borra la antijuridicidad de la conducta. La ley dice que, en determinadas circunstancias donde existen conflictos de intereses en juego, es lícito proteger un interés de mayor valor, en detrimento del de menor valor. Las condiciones para que se configure el estado de necesidad y libere de responsabilidad al médico son

1.-que el estado de necesidad no se haya producido por culpa del médico (Caso: Mala praxis en operación de bypass: Una mujer que sufrió la amputación de parte de su pierna derecha luego de una operación de bypass deberá ser indemnizada en más de 100 mil pesos. La medida la ordenó la Cámara Civil y Comercial de San Isidro al considerar que no se hicieron los controles intraoperatorios necesarios, ni los postoperatorios prescriptos por la ciencia médica para ese tipo de intervenciones; aclarando el fallo "que la irremediabilidad de la mutilación -al margen de su eficacia para salvar la vida-, tuvo por presupuestos necesarios las sucesivas y erróneas acciones médicas y quirúrgicas vistas, que no pueden resultar coonestadas ante la displicencia en la elaboración de la(s) historia(s) y antecedentes clínicos de una paciente cuya salud estuvo comprometida desde un principio, sin que ello pudiera pasar desapercibido para el sanatorio demandado ni para el médico". CCivil y Com. San Isidro-Buenos Aires, Argentina, Sala II, 16-12-04, "S., S. c. S. S. L. y otros. daños y perjuicios (causa 93.069)", Diario Judicial, edición on line, Buenos Aires, 18 de enero de 2005, <http://www.diariojudicial.com/nota.asp?IDNoticia=24210#>);

2.-que no se pueda evitar el riesgo de ninguna otra manera que no sea causando el perjuicio.

3.-que ese riesgo sea inevitable, inminente y actual.

4.-que el daño inferido sea menor que el que se pretende impedir. Ejemplo: el cirujano que ante el desarrollo de una gangrena, o ante la imposibilidad de reconstruir un miembro destrozado en un accidente, decide la amputación del mismo para evitar que la infección se extienda a otras partes del cuerpo y provoque la muerte del paciente.

**7- Error científico:** es aquel error en que puede incurrir el médico como ser humano falible. Se da cuando el médico opta por una determinada técnica, teoría o tratamiento de la ciencia médica actualizada, que produce un daño al paciente. Tiene que haber razones científicas para errar, ya que el médico no puede alegar su propia ignorancia en la materia al haber utilizado por ejemplo una técnica vieja o dejada de usar para tratar al paciente.

### **Conclusión:**

Como síntesis de éste trabajo cobra vigencia como recomendación práctica ante la eventualidad de un proceso de mala praxis :

- **Por una parte a los abogados que les toque defender a un médico**, les diría que es ineludible que aporten todas las pruebas de que disponen, de manera de que el galeno asuma una conducta procesal activa de colaboración con el paciente y con el tribunal, ya que su pasividad procesal puede jugar en su contra (OCURRE DE QUE EL MÉDICO SE CONFÍA DE AQUEL PRINCIPIO TRADICIONAL DE LA CARGA DE LA PRUEBA QUE DICE QUE EL PACIENTE O EL ACTOR DEBE PROBAR LA CULPA DEL MÉDICO, PERO COMO VIMOS ESA REGLA ESTÁTICA ESTÁ CAMBIANDO).

- **Y a los médicos que tomen conciencia de que la historia clínica llevada en debida forma es el instrumento probatorio idóneo para demostrar su comportamiento diligente en el acto médico objeto del juicio**; ya que como bien se ha dicho "la historia clínica es como la presunción de la contabilidad para el comerciante, si la lleva en orden no juega en su contra, pero si es deficiente o incompleta, juega inmediatamente en su contra".

**Aporte personal acerca de esta publicación, nótese está publicada en noviembre de 2007. No contempla el cambio de normativa respecto de Responsabilidad Médica, introducido en nuestro Código Nacional Procesal Comercial y Civil, a partir del 1 de julio de 2015.**

#### **4- JURISPRUDENCIA COMPARADA Litigios por mala praxis médica por cáncer de mama: análisis y actualización de 10 años en USA.**

El propósito de este estudio fue evaluar los factores que contribuyen a las demandas por mala praxis médica relacionados con el cáncer de mama y el campo de la imagenología mamaria. (58)

Material y métodos. Un análisis retrospectivo del veredicto del jurado y los informes de acuerdos en los tribunales estatales y federales de EEUU se realizó según la base de datos legal de Westlaw. Se buscó en la base de datos "mala praxis " y " cáncer de mama " de 2005 a 2015. Se evaluaron 253 casos para factores que incluyen el resultado del caso, montos de adjudicación de sentencia, tipo de médico acusado, edad del demandante, etapa al momento del diagnóstico, tiempo de retraso en el diagnóstico y sintomatología, entre otros factores. Los datos fueron resumidos utilizando estadística descriptiva. Se utilizó regresión logística para evaluar asociaciones entre factores y adjudicación del demandante.

**PERTINENCIA CLÍNICA / APLICACIÓN** .La mala praxis médica relacionada con el cáncer de mama, y las imágenes de las mamas sigue siendo muy frecuente y costoso para todos los involucrados. Los médicos radiólogos están siendo nombrados en estas demandas con más frecuencia que en el pasado.

**APRECIACIÓN PERSONAL DE LA LECTURA COMPLETA DEL TRABAJO**

- Históricamente, la demora en el diagnóstico de cáncer de mama ha sido el motivo más común de las demandas por mala praxis. Las aseguradoras pagaron más dinero por mala praxis por cáncer de mama que cualquier otra condición o enfermedad, excepto aquellos que involucran personas con discapacidad neurológica en bebés.
- La revisión retrospectiva se realizó buscando en la base de datos legal computarizada de Westlaw ( Thomson Reuters, Nueva York ). Este es un recurso basado en la suscripción accesible en [www.westlaw.com](http://www.westlaw.com). Westlaw es una fuente ampliamente utilizada por profesionales legales y contiene información sobre casos incluidos en los registros judiciales federales y estatales disponibles al público. Al evaluar una amplia gama de todas las especialidades, Westlaw es una herramienta de invaluable recurso.
- En la revisión que han desarrollado puntualmente en este trabajo, **el 26 % resultó en un veredicto a favor del demandante, el 29 % resultó en un acuerdo y el 45 % resultó en un veredicto a favor del médico acusado.**
- La mediana de edad del demandante fue de 46 años con un intercuartil de un rango de 39 a 56 años.

El **retraso en el diagnóstico fue la razón citada en el 79 % de los casos.** El promedio del retraso fue de 17 +/- 13 meses.

**Incumplimiento en el estándar de atención resultó en un 60 %.**

No interpretar correctamente las pruebas y las imágenes resultó un 39 %.

Tratamiento retrasado resultó 28 %.

Muerte injusta el 23 % de los casos.

**No realizar biopsia de una masa mamaria en el 23 % de los casos.**

No derivar a un cirujano el 13 % de los casos.

**Falta de consentimiento informado el 8 % de los casos.**

La forma de presentación de enfermedad más común fue el nódulo palpable en el 82 % de los casos, seguido de cambios en la piel en el 10 % de los casos.

De acuerdo al estadio de la enfermedad, los estadios más avanzados, estadios 4 de la enfermedad resultó en un 44 % de los casos. Solo en un 2,8 % de los casos se entablaron demandas en la etapa temprana de la enfermedad, estadio 1.

Los médicos más demandados fueron, radiólogos 43 % de los casos, cirujanos 27 % de los casos, ginecólogos y obstetras un 26 % de los casos, y médicos clínicos o médicos de familia en un 15 % de los casos.

- Al evaluar los casos resueltos con un acuerdo previo a juicio, tres factores resultaron significativos. Los casos en que el acusado no derivó a un cirujano al paciente,

demandantes que informaron la falta de un consentimiento informado y demandantes que no pudieron realizar el seguimiento recomendado.

El monto otorgado no fue significativamente diferente entre el veredicto del demandante y el acuerdo.

- ***Las mujeres más jóvenes con cáncer de mama, tienen mayor morbilidad y mortalidad. Un retraso en el diagnóstico es vivido como una sentencia de muerte. Las pacientes más jóvenes son las que en mayor número entablan demandas por mala praxis.***
- Las mujeres mayores que supuestamente son víctimas de una mala praxis, no presentan demandas tan a menudo.
- También resultó que pacientes con cáncer de mama en etapa inicial rara vez iniciaron demandas por mala praxis.

## **REFORMAS PROPUESTAS EN RELACIÓN A DEMANDAS DE MALA PRAXIS MÉDICA Y AGRAVIO O DAÑO**

“La posibilidad de entablar una demanda por supuesta mala praxis médica, es un medio necesario por el cual las víctimas de la misma, pueden buscar una compensación económica.

Los objetivos generales del litigio, apuntan a disuadir las prácticas inseguras, a indemnizar a los heridos por mala praxis profesional y realizar justicia correctiva(59) . Sin embargo, un pequeño grupo de pacientes lesionados reciben compensación económica, y entre ellos un gran número no parecen ser víctimas de mala praxis real.

En respuesta al uso excesivo y el uso indebido de litigios de mala praxis médica, en EEUU más de treinta estados han promulgado topes sobre los daños sufridos.

Las reformas por daños en la responsabilidad médica se dividen en una de tres categorías:

- barreras para entablar demandas o para que las demandas lleguen a juicio.
- limitando la compensación de los demandantes que pueden recuperarse de las demandas.
- cambio en la forma en que se pagan las indemnizaciones por daños (60) “

## **5- CONCLUSIONES y APOORTE PERSONAL**

**1. Conclusiones en respuesta al objetivo general, conocer cuáles fueron las complicaciones y su porcentaje, su implicancia médico legal y como disminuir el número de reclamaciones judiciales.**

**A-** Detectar la existencia de factores de riesgo de complicaciones es importante para reducir la posibilidad de que ocurran, así como también para minimizar su impacto negativo sobre la evolución y el pronóstico del enfermo en el caso de que se produzcan. Ejemplo pacientes diabéticos, inmunosuprimidos, hábito tabáquico, hábito etílico, alteraciones de la coagulación, insuficiencia hepática, renal, desnutrición, depresión clínica, y otras comorbilidades asociadas que puedan contribuir a la aparición de complicaciones pre, intra y postoperatorias.

**B-** Desempeñar la actividad quirúrgica acorde con los niveles de estándares aceptados y aceptables, demostrando competencia y diligencia a lo largo de las distintas etapas: preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria (hacer las cosas bien).

**C-** Deberá evitarse la realización de procedimientos innecesarios así como la ejecución de procedimientos quirúrgicos por cirujanos incompetentes para realizarlas. De ahí la importancia de la curva de aprendizaje y de la curva de experiencia.

**D-** Un aspecto vinculado a la verdad, se refiere a la participación de los médicos residentes en los procedimientos quirúrgicos, sobre todo en ámbitos públicos estatales.

**E-** La prevención de la aparición de IHQ debe ser una actitud activa, continua y primordial para todo el personal implicado en el preoperatorio, el perioperatorio y postoperatorio.

**F-** Un evento adverso intraoperatorio (EAI) es una lesión no intencional que ocurre durante la cirugía, la mayor parte de las medidas adoptadas deben estar destinadas a la prevención. No hacer daño, no es suficiente con aplicar una técnica quirúrgica depurada y cuidadosa. Ciertos factores como la tecnología, la calidad del equipo quirúrgico, la eficiencia del funcionamiento del quirófano y la supervisión de los cirujanos en formación pueden confluír en la ocurrencia de estos eventos.

**G-** En lo que a la cirugía del cáncer de mama se refiere, la aparición de estas complicaciones retarda la aplicación del tratamiento oncológico adyuvante, por eso es de vital importancia tratar por todos los medios de evitarlas.

## **CONCLUSIONES EN FUNCIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **2- Biopsia Radioquirúrgica (BRQ) obligación de medios**

En cuanto a si la responsabilidad civil del médico en especial según estamos analizando "del cirujano", se relaciona con la obligación de medios, no de resultados, cabe decir en primer lugar que en las "obligaciones de medios", el médico cirujano está obligado tan sólo a observar diligencia, aptitud e idoneidad para llevar a cabo todo aquello que habitualmente conduce a un resultado, pero sin asegurar la obtención del mismo. Efectivamente, el médico no se obliga a lograr la curación, del enfermo, ni siquiera la mejoría y, en algunos casos, ni tan siquiera puede garantizar la eficacia terapéutica, sino a poner los medios para que el paciente se beneficie, de acuerdo con la lex artis, con los conocimientos actuales, con los medios adecuados de que disponga, así como con la cualificación que le otorga su formación. En el caso concreto de la BRQ su objetivo es obtener con precisión absoluta la lesión imagenológica que requiere confirmación histopatológica, (lesiones no palpables según clasificación imagenológica BIRADS), también es el medio utilizado para obtener las lesiones no palpables ya punzadas con diagnóstico histopatológico de cáncer o precursores (CDIS) con precisión absoluta y finalidad terapéutica.

Una lesión encuadrada en estos parámetros marcada con clip metálico y carbón, requiere de la obtención de la pieza quirúrgica con mamografía intraoperatoria de la misma, donde se constate la presencia del clip metálico. Donde esta el clip, está la lesión.

En ocasiones el cirujano debe recurrir a ampliaciones de resección quirúrgica, hasta obtener la imagen del clip; y en muy pocas oportunidades, si no lo logra, recurrir a un arco en C, que se colocara sobre el campo operatorio, para localizar el clip metálico, y de esa forma marcar y lograr su extracción con el tejido que lo incluye.

La realización de una mamografía de control, en una paciente diagnosticada de cáncer de mama marcado con clip metálico, obtenida a los 3 o 6 meses del postoperatorio, que demuestra la persistencia del clip metálico, es prueba suficiente incontestable de un actuar no diligente.

La BRQ no es una cirugía sencilla, es una cirugía que deberá ser realizada por cirujano especialista experto.

**3- CONSENTIMIENTO INFORMADO OBLIGATORIO** Ley 26.529 La importancia de la adecuada información brindada al paciente y, de ser posible, al grupo familiar o próximo, en el período preoperatorio. Los vicios o errores en el proceso del consentimiento informado quirúrgico suelen manifestarse en el período posoperatorio y suelen ser fuente de reclamos

ES UN DERECHO DEL PACIENTE A RECIBIR INFORMACIÓN ADECUADA Y UN DEBER DEL MÉDICO DE BRINDAR DICHA INFORMACIÓN, que significa que el médico debe informarle de manera prolija y pormenorizada los riesgos y complicaciones que entraña una determinada práctica médica, la técnica médica que se va a emplear, las posibilidades de curación y cuáles serán los cuidados a tener en cuenta para el período post-operatorio. Por un lado el médico debe informar correctamente y por el otro el paciente debe dar su consentimiento pleno, es decir, con voluntad jurídica completa que incluye el discernimiento, la intención y la libertad, firmando el respectivo instrumento, ya que debe dejarse constancia por escrito de todo lo informado por el médico y consentido por el paciente. ***Si el paciente no da su consentimiento, el médico no puede practicar la operación*** (salvo los casos de urgencia en que el mismo no puede ser requerido), ***ya que si lo hace estaría incurriendo en el delito de lesiones***. La falta o erróneo consentimiento informado genera responsabilidad del médico. En el desarrollo de esta tesina, al evaluar los litigios por responsabilidad médica, de la base legal digital Westlaw de EEUU, se describió que el 8 % de las demandas fueron entabladas por la falta del Consentimiento Informado, y que todas resultaron en acuerdo prejudicial, mediante pago indemnizatorio, por parte de las Aseguradoras.

**4- La confianza es la piedra angular en la relación médico-paciente** , y muchas veces el quiebre en esta suele ser el elemento disparador de potenciales reclamos o críticas al accionar quirúrgico.

La relación entre los profesionales de la salud y sus pacientes ha sido universalmente reconocida como clave en la práctica médica. La orientación y la participación efectiva de los sujetos en la toma de decisiones son esenciales en la relación sanitaria y humanizan ese proceso. Sin embargo, la inadecuada percepción de muchos profesionales acerca de la importancia de esa participación ha derivado en no pocos casos de mala praxis. Históricamente, los médicos han sido responsables por las decisiones relacionadas con la atención de sus pacientes asumiendo una postura eminentemente paternalista. Esa actitud es, aún en la actualidad, una práctica común en muchos países y debe ser modificada ante el derecho de los sujetos a participar de las decisiones que involucran su persona.

**5- las obligaciones del médico cirujano son consideradas de tracto sucesivo** y, en el caso específico del cirujano, está representado por 2 etapas:

- 1) el deber de ejecutar la intervención quirúrgica acorde con una sólida y fundada indicación quirúrgica .
- 2) el deber de cumplimentar un correcto y adecuado seguimiento postoperatorio hasta el alta definitiva del paciente.

**6- ASPECTOS ÉTICOS DE LAS COMPLICACIONES ▪ Beneficencia ▪ No maleficencia ▪ Respeto por la autonomía del paciente ▪ Justicia.**

**Beneficencia:** a los fines de poder beneficiar a los pacientes y disminuir la posibilidad de complicaciones La beneficencia se cristaliza en la competencia quirúrgica, el adecuado juicio y toma de decisiones, el entrenamiento y la actualización permanentes, una conducta responsable y habilidades comunicacionales, en particular cuando se trata de brindar “malas noticias”, como corresponden al desarrollo de complicaciones.

**No maleficencia:** los temas que confluyen bajo este principio incluyen las destrezas técnicas y en la toma de decisiones y todas aquellas otras tendientes a evitar el daño en los enfermos como consecuencia del proceso de atención quirúrgica.

**Respeto por la autonomía del paciente:** se vincula con la obligación legal del adecuado proceso de consentimiento informado quirúrgico, tal como norma la ley 26529 y su modificatoria 26742.

**Justicia:** se vincula fundamentalmente con la asignación de recursos en ámbitos donde escasean y el derecho de los pacientes a una atención de calidad digna, pronta y adecuada, circunstancias que no suelen ser habituales en el sistema estatal.

7- Establecer la forma de **clasificar las complicaciones** de los pacientes, así como **generar un centro único donde se informen las complicaciones**, permitirá en el futuro contar con datos estadísticos valiosos para mejorar los resultados de la cirugía en nuestro país.

**8- Todo procedimiento quirúrgico está expuesto a riesgos, accidentes, errores, complicaciones y secuelas.**

9- Un área poco contemplada y que es de vital importancia a ser señalada por su frecuente compromiso en los casos que nos ocupa, **es el área del esquema corporal**, es decir la afectación en la representación psíquica del propio cuerpo. También el área de la

psicosexualidad se puede hallar menoscabada a raíz del hecho dañoso. El porcentaje de incapacidad psíquica se establece conforme a baremos estandarizados en los que se detallan una serie de cuadros psicopatológicos, sus grados y el porcentaje de incapacidad que les corresponde.

Todo procedimiento quirúrgico en patologías mamarias producirá efectos psicológicos sobre la persona, a causa de cambios que ocurren en la autoconceptualización y en la imagen corporal.

La mujer sometida a cirugía mamaria se ve afectada por una distorsión de su imagen corporal y por una cierta incapacidad de asumir sus compromisos sociales.

**10-** Se aprecia una “**verdadera industria del juicio**” que hace sospechar la presencia de demandas inescrupulosas y fraudulentas que menoscaban la tranquilidad y el bienestar de médicos responsables que son injustamente demandados habiendo llevado a cabo una práctica profesional adecuada y conforme a las reglas del arte de curar.

#### **11- Artículo 18 Constitución Nacional (CN):**

“Ningún habitante de la Nación puede ser penado sin juicio previo fundado en ley anterior al hecho del proceso, ni juzgado por comisiones especiales, o sacado de los jueces designados por la ley antes del hecho de la causa. Nadie puede ser obligado a declarar contra sí mismo; ni arrestado sino en virtud de orden escrita de autoridad competente. **Es inviolable la defensa en juicio de la persona y de los derechos.** El domicilio es inviolable, como también la correspondencia epistolar y los papeles privados; y una ley determinará en qué casos y con qué justificativos podrá procederse a su allanamiento y ocupación. Quedan abolidos para siempre la pena de muerte por causas políticas, toda especie de tormento y los azotes. Las cárceles de la Nación serán sanas y limpias, para seguridad y no para castigo de los reos detenidos en ellas, y toda medida que a pretexto de precaución conduzca a mortificarlos más allá de lo que aquélla exija, hará responsable al juez que la autorice”.

Estos aspectos se vinculan con el **derecho de producción de prueba, juicio fundado en base a prueba**, etc.

El **fallo Fernández Arias c/ Poggio** (1960) concierne a un caso en el cual tribunales administrativos resolvían conflictos entre particulares sin dar lugar al principio de juez natural [contexto: gobierno de Perón]. (el Fallo se incluye en el Capítulo Anexos)

La Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) entendió por voto de mayoría que la creación de dichas instancias administrativas no es inconstitucional si se garantiza el control judicial suficiente (una instancia revisora donde se debaten hechos y derechos con amplitud de prueba). Es decir, en la medida de un control judicial suficiente: las decisiones de los órganos administrativos deben quedar sujetas a revisión judicial.

[Como en el caso no había tal garantía, se declaró la creación de la instancia en cuestión inconstitucional].

El voto disidente de la Corte Suprema además hace hincapié en la amplitud de prueba, el requisito de una decisión fundada (en base a prueba) en instancia judicial y que la rapidez en estos procesos va en detrimento de las garantías. Por otra parte, plantea que dada la materia (un conflicto entre particulares de materia civil) no corresponde la intervención de tribunales administrativos.

## **APORTE PERSONAL**

Luego de haber desarrollado mi tesina, con absoluta vehemencia, imparcialidad y esfuerzo personal, en tratar de abordar toda la temática propuesta en Objetivo General y Objetivos Específicos, espero resulte una contribución a todos los Profesionales de la Salud, de Medicos Cirujanos en particular y demás especialidades de la carrera de medicina, y otras especialidades relacionadas con la misma, involucrados en la actividad asistencial de los pacientes.

Conocer las complicaciones de la BRQ, permite aportar la mayor diligencia del profesional cirujano, tratar de prevenirlas, y estar muy atentos de ocurrir, a su rápida identificación y tratamiento precoz, disminuyendo su morbilidad y posibles consecuencias médico legales.

La adquisición de los conocimientos relacionados a la Medicina Legal, me ha permitido introducirlo en mi práctica médica, mejorando y enriquecimiento, sin dudas la calidad de la misma, incorporando todos los contenidos que incluye, imprescindibles para ejercer una actividad asistencial, diligente, de acuerdo a " lex Artis " y a la ética profesional.

También deseo que pueda ser de utilidad su lectura, por parte de todas las personas, que puedan en algún momento cumplir el rol de pacientes, que requieran su asistencia en el sistema de salud, basado en estos principios rectores.

## 6- BIBLIOGRAFÍA

1- INC (2018), Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la República Argentina. 2018.

2- Frank, H.A., Hall, F.M. & Steer, M.L. (1976). Preoperative localization of nonpalpable breast lesions demonstrated by mammography. *N Engl J Med*, 295(5), 259–260.

3- Tabar, L., Yen, M.F., Vitak, B., et al. (2003). Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening. *Lancet*, 361(9367),1405–1410.

4- L Tabár, C J Fagerberg, A Gad, L Baldetorp, L H Holmberg, O Gröntoft, U Ljungquist, B Lundström, J C Månson, G Eklund, et al. (1985). Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomised trial from the Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare.

[Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2858707/>]

5- Veronesi, U., Luini, A., Botteri, E., Zurrada, S., Monti, S., Galimberti, V., Cassano, E., Latronico, A., Pizzamiglio, M., Viale, G., Vezzoli, D., Rotmensz, N., Musmeci, S., Bassi, F., Burgoa, L., Maisonneuve, P., Paganelli, G., & Veronesi, P. (2010). Nonpalpable breast carcinomas: Long-term evaluation of 1,258 cases. *The oncologist*, 15(12), 1248-1252.

[Recuperado de: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2010-0123>]

6- H S J Ramesh 1, S Anguille, L S Chagla, O Harris, S Desmond, R Thind, R A Audisio. (2008). Recurrence after ROLL lumpectomy for invasive breast cancer. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18595701/>]

7- Hernández Muñoz G, Bernardello E, Pinotti JÁ, editores. (1998). *Cáncer de Mama*. Caracas: McGraw Hill Interamericana; 1998.p.1-11.

8- Lantsberg L, Kirshtein B, Koretz M, Strano S. (1999). Role of wireguided breast biopsy for diagnosis of malignant nonpalpable mammographic lesions. *World J Surg* 1999; 23(12): 1279–1281.

9- G Hermann 1, C Janus, I S Schwartz, B Krivisky, S Bier, J G Rabinowitz. (1987). Nonpalpable breast lesions: accuracy of prebiopsy mammographic diagnosis. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3659350/>]

10- García Viniegras, Carmen Regina Victoria; González Blanco, Maritza. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 25, núm. 1, 2007, pp. 72-80

11- María Correa Rodríguez. (2017). Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama. Primeras reacciones emocionales. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. Granada, España.

12- Bland, Kirby I. (2017). The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases. 5 Edición.

13- Lee MV, Konstantinoff K, Gegios A, Miles K, Appleton C, Hui D. Breast cancer malpractice litigation: A 10-year analysis and update in trends. Clin Imaging. 2020 Mar;60(1):26-32. doi: 10.1016/j.clinimag.2019.12.001. Epub 2019 Dec 11. PMID: 31864196.

14- L Berlin 1, R W Hendrix (1998). Perceptual errors and negligence. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9530024/>]

15- P Y Marcy 1, N Magné, J M Hannoun-Lévi, M Namer. (2001). Medical complications and medical legal pitfalls concerning interventional radiological procedures on the breast. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11792609/>]

16- J H Silber 1, S V Williams, H Krakauer, J S Schwartz. (1992). Hospital and patient characteristics associated with death after surgery. A study of adverse occurrence and failure to rescue. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1614231/>]

17- Amir A Ghaferi 1, Justin B Dimick. (2015). Understanding failure to rescue and improving safety culture. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25607758/>]

18- Curvale PC, Cardozo L, Padula MB y col. Tiempo de rescate en el manejo de las complicaciones postoperatorias en cirugía gastrointestinal: ¿Estamos haciendo las cosas bien? Presentado como Tema Libre, 88° Congreso Argentino de Cirugía. 9 al 12 de octubre de 2017.

19- Ferreres, Alberto R. (2006). EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA. 1ª edición; Buenos Aires: Ad Hoc; 2006.

- 20- Krizek TJ. Surgical error: reflections on adverse events. Bull Am Coll Surg. 2000; 83:18-22.
- 21- Reason, J. (1990) Human Error. Cambridge University Press, Cambridge.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781139062367>
- 22- Ferreres A. (2009). El error en cirugía (Relato Oficial). Rev Argent Cirug. 2009. No Extraordinario.
- 23- Lorenzetti, R. L. (1997). Responsabilidad civil de los médicos. T. I. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni Editores, 361-362.
- 24- José Manuel Martínez-Pereda Rodríguez (1985). La imprudencia punible en la profesión sanitaria según la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Madrid : Constitución y Leyes, D.L. 1985.
- 25- Silber JH, Williams SV, Krakauer H, et al. Hospital and patient characteristics associated with death after surgery: a study of adverse occurrences and failure to rescue. Med Care. 1992; 30:615-29.
- 26- Academia Nacional de Medicina; Buenos Aires. (2006). Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Mama: Pautas para el Diagnóstico y Manejo de las Lesiones Mamarias Subclínicas. [Recuperado de: [https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/consenso%20cclusiones%20subclinicas%20de%20mamas%202006\\_b.pdf](https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/consenso%20cclusiones%20subclinicas%20de%20mamas%202006_b.pdf)]
- 27- Órgano de la Sociedad Argentina de Mastología. (2019). Monografía Revista Argentina de Mastología; Vol 38. No 138 J. Marulanda Salinas Intervencionismo mamario | págs. 79-102. Editorial Survivorship.
- 28- Stelling CB. (1995). Localización mamográfica preoperatoria de lesiones mamarias no palpables. En: Powel DE, Estelling CB, editores. Enfermedades de la mama. Madrid: Mosby-Doyma Libros S.A.; 1995. p. 209-21.
- TJKrizek (2000). Surgical error: reflections on adverse events. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11349546/>]

29- Academia Nacional de Medicina ( 1987 ) Evolución y estado actual del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. An R Acad Nac Med 1987; 9: 682-691.

30- P A Woodworth 1, M F McBoyle, S D Helmer, R L Beamer. (2000). Seroma formation after breast cancer surgery: incidence and predicting factors. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10824744/>]

31- Santalla, M.S López-Criado, M.D. Ruiz, J. Fernández-Parra, J.L. Gallo y F. Montoya. (2007). Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento. Servicio Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada. España.

32- Yue-Yung Hu 1, Alexander F Arriaga, Emilie M Roth, Sarah E Peyre, Katherine A Corso, Richard S Swanson, Robert T Osteen, Pamela Schmitt, Angela M Bader, Michael J Zinner, Caprice C Greenberg (2012). Protecting patients from an unsafe system: the etiology and recovery of intraoperative deviations in care. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22750753/>]

33- Haytham M A Kaafarani 1, George C Velmahos 2 (2015). Intraoperative adverse events: the neglected quality indicator of surgical care? [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25482460/>]

34- Ferreres AR, Tombetta GM, Lomonáco CB y col. (2006). Lesiones térmicas en cirugía mínimamente invasiva: aspectos médico-legales. Rev Argent Cirug. 2006; 91:192-9

35- Weerakkody, Yuranga. «Breast hematoma | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org». Radiopaedia (en inglés estadounidense). Consultado el 10 de marzo de 2021.

36- Dorothy B Doughty (2005). Preventing and managing surgical wound dehiscence. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096397/>]

37- A G Greenburg, R P Saik, G W Peskin (1979). Wound dehiscence. Pathophysiology and prevention. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/426620/>]

- 38- F Reinhardt, J W Myscofski, D B Wilkens, P B Dobrin, J E Mangan Jr, R T Stannard. (1980). Incidence and mortality of hypoalbuminemic patients in hospitalized veterans. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6774116/>]
- 39- M A Carlson (1997). Acute wound failure. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9194883/>]
- 40- CirugiasdeLaMama.com (2017). Cicatrización: Conozca todos los detalles de la curación de sus heridas. [Recuperado de: <https://www.cirugiasdelamama.com/cicatrizacion>]
- 41- Last's Anatomy (Regional and Applied), 9th Edition, (2014), p. 70 -72.
- 42- Keith L Moore; Arthur F Dalley. (2006). Clinically oriented anatomy. Philadelphia ; London : Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
- 43- Risso, Ricardo Ernesto (2003) Daño psíquico : delimitación y diagnóstico: fundamento teórico y clínico del dictamen pericial. Cuadernos de Medicina Forense, 1 (2). pp. 67-75.
- 44- Castelao, Silvia. (2001) El ámbito jurídico y psicológico. Definición de conceptos. Trabajo presentado en el Seminario El informe pericial y el proceso de comunicación en el ámbito de la justicia a cargo de Lic. Graciela Gardiner. En Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Buenos Aires. Secretaría de Extensión Universitaria. (Noviembre de 2001).
- 45- Castelao, Silvia (2005) La práctica pericial del Daño Psíquico: aportes del psicoanálisis y del método psicodiagnóstico Publicación Actividades Científicas 2005 de la Asociación de Psicólogos Forenses de la República Argentina (APFRA), año 16, N° 17.
- 46- MARTÍN DIEGO PIROTA. (2007). Responsabilidad médica: situaciones susceptibles de generar mala praxis y de liberar de responsabilidad. Análisis de casos paradigmáticos. [Recuperado de: [http://www.saij.gob.ar/doctrina/dacf090024-pirot-responsabilidad\\_medica\\_situaciones\\_susceptibles.htm](http://www.saij.gob.ar/doctrina/dacf090024-pirot-responsabilidad_medica_situaciones_susceptibles.htm)]
- 47- Leonard Berlin ( año 2009 ) Percepciones frente a la Realidad AJR ; 192: pág: 334-336 , Sociedad Estadounidense de Rayos Roentgen

- 48- Barratt A1, Cockburn J, Furnival C, McBride A, Mallon L. (1999). Perceived sensitivity of mammographic screening: women's views on test accuracy and financial compensation for missed cancers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 01 Nov 1999..
- 49- Perdiz A, Adloff K, Blood E, et al.( 2008 ) Percepciones de riesgo y resultados psicosociales de mujeres con carcinoma ductal in situ: resultados longitudinales de un estudio de cohorte. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100: 243–251
- 50- Elmore JG, Taplin SH, Barlow WE y col.( año 2005 ) ¿Influye el litigio en la práctica médica? La influencia de las percepciones y la experiencia de la mala práctica médica de los radiólogos comunitarios en el cribado de mamografías. *Radiology* 2005; 236: 37-46
- 51- Brody JE. ( 1999 ) Comunicar el riesgo de cáncer en el periodismo impreso. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1999; 25: 170 –172
- 52- Wells J, Marshall P, Crawley B, Dickersin K. Informes de periódicos sobre mamografía de detección. *Ann Intern Med* 2001; 135: 1029–1037
- 53- Berlin L.8 ( 2003 ) Cáncer de mama, mamografías y litigios por mala práctica: las controversias continúan. *AJR* 2003; 180: 1229–1237
- 54- Schwartz LM, Woloshin S. Cobertura de los medios de comunicación sobre la mamografía de detección para mujeres de 40 años y el tamoxifeno para la prevención primaria del cáncer de mama. *JAMA* 2002; 287: 3136–3142
- 55- Evers v Dollinger,( 1984 ) Extracto de una Sentencia Corte Suprema de New Jersey. 471 A2d 405 (Nueva Jersey)
- 56- Werth B. Daños. Nueva York, NY: Simon and Schuster, 1998: 370
- 57- Dick JF III, Gallagher TH, Brenner RJ, et al.( 2.009 ) Predictores del riesgo percibido por los radiólogos de demandas por negligencia en la obtención de imágenes mamarias. *AJR* 2009; 192: 327–333
- 58- Michelle V Lee, Katerina Konstantinoff, Alison Gegios, Katie Miles, Catherine Appleton, Dawn Hui (2020). Breast cancer malpractice litigation: A 10-year analysis and update in trends. [Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31864196/>]

59- Kass JS, Rose RV. Reforma de negligencia médica: enfoques históricos, alternativas Modelos y Programas de Comunicación y Resolución. *AMA J Ethics* 2016; 18: 299-300

60- Mello MM, Studdert DM, Kachalia A. El clima de responsabilidad médica y las perspectivas de reforma, *JAMA* 2014; 312: 2146-2155

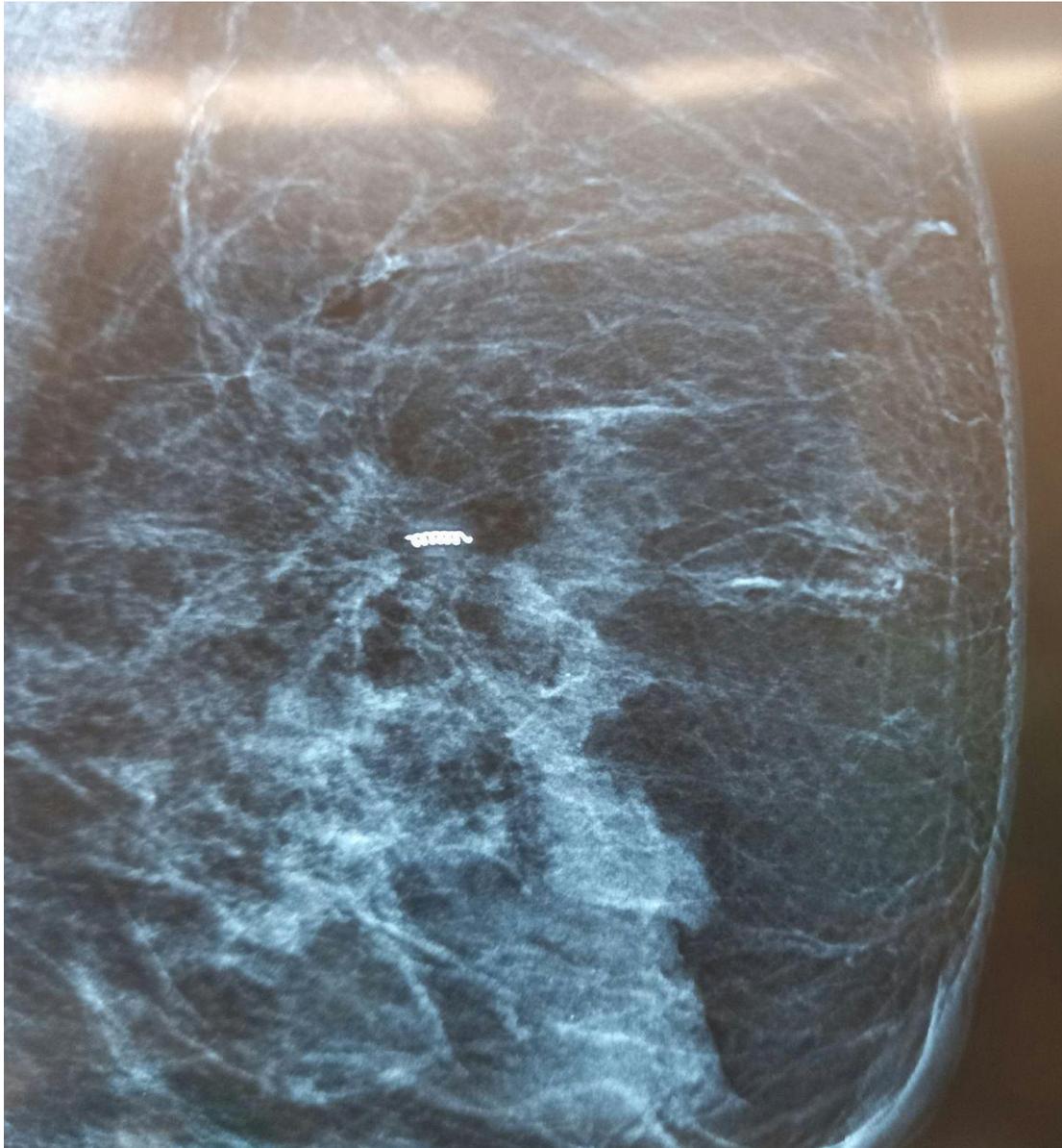
## 7- ANEXOS

### 7-1 ICONOGRAFÍA biopsia radio quirúrgica y defecto cosmético

Secuencia iconográfica de BRQ

Toda la secuencia pertenece a una paciente de mi práctica privada con autorización de uso y reserva de confidencialidad.

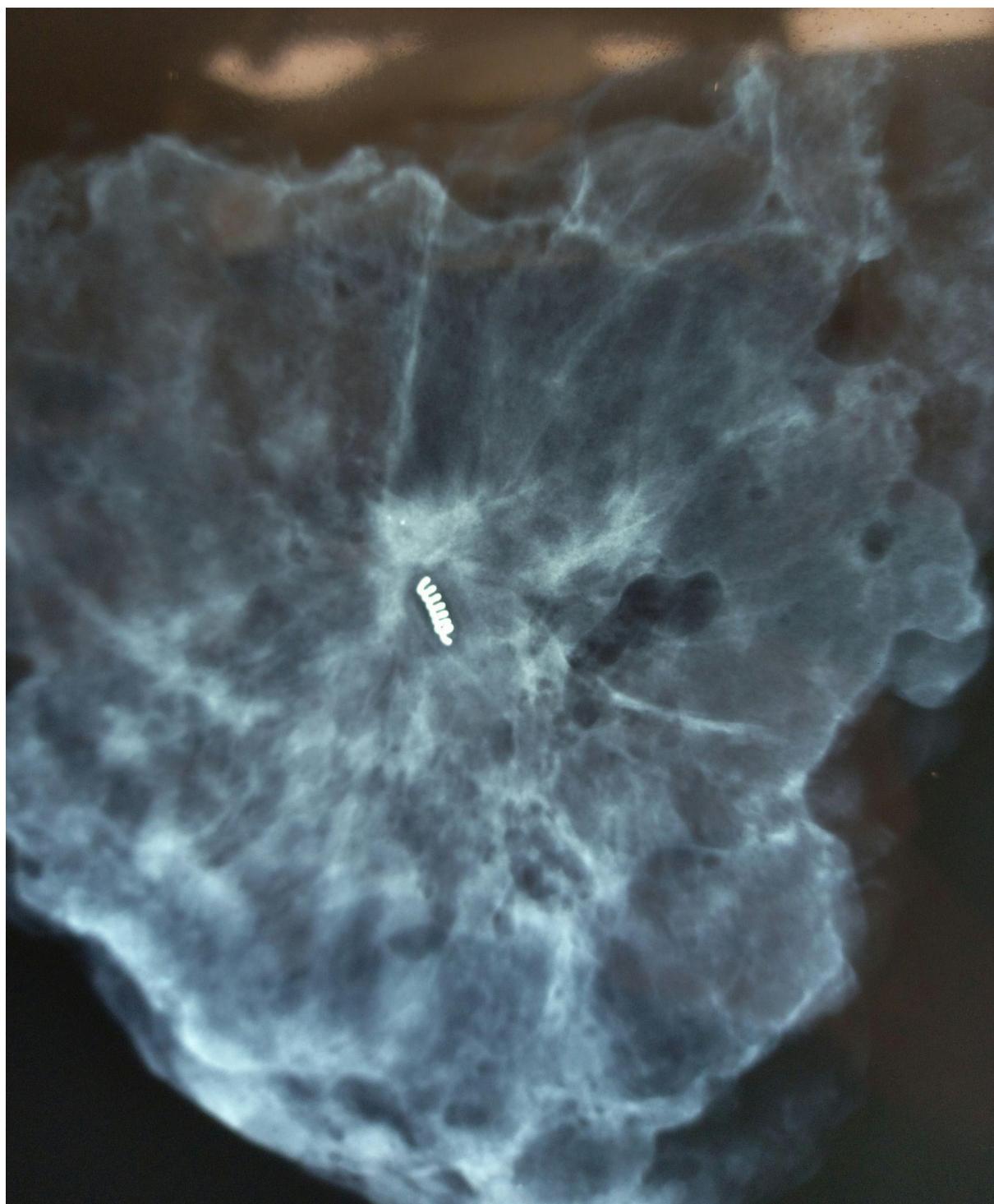
Mamografía con distorsión tisular BIRADS 4 c, marcada con clip metálico



Marcación cutánea de incisión de BRQ



Mamografía pieza operatoria



**Macroscopia pieza operatoria**



## 16- ASIMETRÍAS POR DEFECTO DE VOLUMEN



La iconografía pertenece a una paciente de mi práctica privada con autorización de uso y reserva de confidencialidad

## 7- 2 ABREVIATURAS

(OMS) Organización Mundial de la Salud

(BRQ) Biopsia Radio quirurgica

BIRADS (Breast Imagine Data System)

(Ley 26529 y Ley 26742) Leyes Derechos del Paciente

(PIAA) Physician Insurers Association of America

(CDIS) Carcinoma Ductal In Situ

(NSQIP) Programa Nacional de Mejora de la Calidad de Atención en Cirugía

(ACS) American College of Surgeons

(ACR) American College of Radiology

(BEQ) Biopsia Eco Quirúrgica

(IHQ) Infección de la herida quirúrgica

(CDC) Centers for Disease Control

(EAI) Evento Adverso Intraoperatorio

(SAIJ) Sistema Argentino de información Jurídica

(PIAA) Physician Insurers Association of America

(AHRQ) Agencia para la investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria

## 7- 3 FALLO CORTE SUPREMA DE LA NACIÓN

Elena Fernandez Arias y Otros v. Jose Poggio-Sucesión-

### RECURSO EXTRAORDINARIO

#### **ELENA FERNANDEZ ARIAS y OTROS v. JOSE POGGIO —SUCESIÓN—**

*RECURSO EXTRAORDINARIO: Requisitos propios. Cuestión federal. Cuestiones federales simples. Interpretación de la Constitución Nacional.*

Procede el recurso extraordinario fundado en que las leyes 13.246, 13.897 y 14.451 infringen los arts. 95 y 67, inc. 11, de la Constitución Nacional; y, además, en que el fallo de la Cámara Paritaria es arbitrario y violatorio, de los arts. 16 y 18.

#### *CAMARAS PARITARIAS DE ARRENDAMIENTOS RURALES.*

Las cámaras paritarias de arrendamientos rurales son órganos administrativos que ejercen atribuciones de tipo jurisdiccional.

#### *TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS.*

El reconocimiento de facultades jurisdiccionales a órganos administrativos es uno de los aspectos que, en mayor grado, atribuyen fisonomía relativamente nueva al principio atinente a la división de poderes. Esta típica modalidad del derecho público actual constituye uno de los modos universales de responder, pragmáticamente, al premioso reclamo de los hechos que componen la realidad de este tiempo, mucho más vasta y compleja que la que pudieron imaginar los constituyentes del siglo pasado; y se asienta en la idea de que una administración ágil, eficaz y dotada de competencia amplia es instrumento apto para resguardar, en determinados aspectos, fundamen-

---

(1) 19 de setiembre.

(2) 19 de setiembre.

tales intereses colectivos de contenido económico y social, los que de otra manera sólo podrían ser tardía o insuficientemente satisfechos.

#### TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS.

La Corte Suprema ha resuelto, en numerosos fallos, que es compatible con la Ley Fundamental la creación de órganos, procedimientos y jurisdicciones especiales —de índole administrativa— destinados a hacer más efectiva y expedita la tutela de los intereses públicos, habida cuenta de la creciente complejidad de las funciones asignadas a la administración.

Esa doctrina, tendiente a adecuar el principio de la división de poderes a las necesidades vitales de la Argentina contemporánea y delinear el ámbito razonable del art. 95 de la Constitución Nacional, se apoya, implícitamente, en la idea de que ésta es una creación viva, impregnada de realidad argentina y capaz de regular previsoramente los intereses de la comunidad en las progresivas etapas de su desarrollo.

#### CONSTITUCION NACIONAL: Derechos y garantías. Generalidades.

La doctrina según la cual es válida la creación de órganos administrativos con facultades jurisdiccionales, no supone la posibilidad de un otorgamiento incondicional de tales atribuciones. La actividad de esos órganos se encuentra sometida a limitaciones de jerarquía constitucional que no es lícito transgredir, entre las que figura, ante todo, la que obliga a que el pronunciamiento jurisdiccional emanado de órganos administrativos quede sujeto a control judicial suficiente.

Alcance/  
requisito  
para su  
validez.

El alcance que el control judicial de las resoluciones jurisdiccionales de órganos administrativos necesita poseer para que sea legítimo tenerlo por verdaderamente suficiente, no depende de reglas generales u omnicomprensivas sino que ha de ser más o menos extenso y profundo según las modalidades de cada situación jurídica, lo que obliga a examinar en cada caso los aspectos específicos que singularizan a la concreta materia litigiosa.

#### TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS.

Si bien la Corte Suprema ha admitido la actuación de cuerpos administrativos con facultades jurisdiccionales, lo hizo luego de establecer, con particular énfasis, que la validez de los procedimientos hallábase supeditada al requisito de que las leyes pertinentes dejaran expedita la instancia judicial posterior.

#### CONSTITUCION NACIONAL: Derechos y garantías. Generalidades.

En una situación jurídica que supone litigios entre particulares atinentes a sus derechos subjetivos privados (desalojo del arrendatario fundado en el art. 3º, incs. d) y g) de la ley 14.451), control judicial suficiente quiere decir: a) reconocimiento a los litigantes del derecho a interponer recurso ante los jueces ordinarios; b) negación a los tribunales administrativos de la po-

A modo ilustrativo, el dictamen de las comisiones médicas actuales puede ser aceptado por el damnificado o controvertido en instancia judicial posterior.

\* Aunque hoy esto último sepuestamente se "garantiza" a través de un recurso directo de apelación que en realidad es acotado y por ello obseervable por inconstitucional por la doctrina.

testad de dictar resoluciones finales en cuanto a los hechos y al derecho controvertidos, con excepción de los supuestos en que, existiendo opción legal, los interesados hubiesen elegido la vía administrativa, privándose voluntariamente de la judicial. La mera facultad de deducir recurso extraordinario basado en inconstitucionalidad o arbitrariedad, no satisface las exigencias que en la especie han de tenerse por imperativas. Una interpretación contraria sería violatoria del art. 18 de la Constitución Nacional que, en supuestos como el del caso, garantiza a los habitantes del país el derecho a ocurrir ante un órgano judicial en procura de justicia; y también del principio de la división de los poderes, cuya adecuación a las necesidades de la vida contemporánea no autoriza un total desposeimiento de atribuciones en perjuicio del Poder Judicial.

Ver cita del Art. 18 CN en el archivo adjunto

*CONSTITUCION NACIONAL: Derechos y garantías. Defensa en juicio. Principios generales.*

Si las disposiciones que gobiernan el caso impiden a las partes tener acceso a una instancia judicial propiamente dicha, como lo hacen las leyes 13.246, 13.897, y 14.451, existe agravio constitucional originado en privación de justicia. Pues ésta se configura toda vez que un particular, no obstante hallarse protegido por la garantía del art. 18, queda sin juez a quien reclamar la tutela de su derecho, sea que ello ocurra porque declinen su intervención todos los jueces en conflicto, o en virtud de la derogación de las normas que creaban los tribunales competentes para entender en la causa, o —como acontece con las leyes mencionadas— a raíz de preceptos legales que lisa y llanamente excluyen la debida intervención judicial

que, desde luego, no es lícito transgredir. Porque va de suyo que regímenes del carácter del que en estos autos se impugna dejan de ser válidos cuando, confrontados con las normas básicas del ordenamiento jurídico, de las que no deben ser sino consecuencia (art. 31 de la Constitución Nacional), resulta evidente que las infringen, en vez de acatarlas o a lo sumo adaptarlas respetando su esencia.

13º) Que entre esas limitaciones preestablecidas figura, ante todo, la que obliga a que el pronunciamiento jurisdiccional emanado de órganos administrativos quede sujeto a *control judicial suficiente*, a fin de impedir que aquéllos ejerzan un poder absolutamente discrecional, sustraído a toda especie de revisión ulterior (Fallos: 244: 548).

14º) Que el alcance que ese *control judicial* necesita poseer para que sea legítimo tenerlo por verdaderamente *suficiente*, no depende de reglas generales u omnicomprendivas, sino que ha de ser más o menos extenso y profundo según las modalidades de cada situación jurídica. En otras palabras: la medida del control

1971: 10, 1971: 511, 1971: 60, etc.), b) el Tribunal Bancario a que se refiere la ley 12.637 (Fallos: 199: 401); c) el Departamento Nacional del Trabajo, al que se dió participación, como "tribunal de primera instancia", en asuntos concernientes a la ley 11.317, incorporada a los códigos Civil y Penal (Fallos: 182: 157); d) la Comisión de Conciliación creada por el decreto-ley 32.347/44 (Fallos: 207: 346).

17º) Que en las decisiones citadas, y en otras similares, la Corte Suprema admitió la actuación de cuerpos administrativos con facultades jurisdiccionales, mas lo hizo luego de establecer, con particular énfasis, que la validez de los procedimientos hallábase supeditado al requisito de que las leyes pertinentes dejaran expedita la instancia judicial posterior. Así, se asignó valor esencial a la circunstancia de haberse previsto "oportunidad para que los jueces revisen el pronunciamiento administrativo" (Fallos: 187: 79), estimándose imprescindible el otorgamiento de "recurso u ocurso subsiguiente ante los jueces del Poder Judicial" (Fallos: 195: 50), en la inteligencia de que, a falta de él, el régimen dejaría de ser congruente "con los derechos y garantías constitucionales" (Fallos: 207: 346). Y en la breve pero importante sentencia de Fallos: 199: 401, se encareció la necesidad de validar el recurso ante la justicia federal contra las resoluciones del Tribunal Bancario de la ley 12.637, por estimarse que un criterio distinto privaría a las partes "de la segunda instancia que es la propiamente judicial y que obvia, por ello, el carácter administrativo del tribunal de primera instancia".

el carácter administrativo del tribunal de primera instancia" (considerando 3º).

18º) Que la misma orientación puede observarse en la doctrina jurisprudencial de los Estados Unidos. Sobre el punto, W. W. WILLOUGHBY, cuyas opiniones en la materia han sido especialmente valoradas por esta Corte (Fallos: 164: 344 y 187: 79), explica que, en su país, la atribución de facultades "cuasi judiciales" a organismos administrativos se ha considerado válida, fundamentalmente, respecto de "asuntos que atañen a *derechos públicos*". Y añade: "Sería indudablemente declarada inconstitucional una ley que pretendiera poner en manos administrativas la decisión final de controversias entre particulares", con posible exclusión de ciertos diferendos laborales (*The Constitution of the United States*, ed. 1929, t. III, pág. 1655). Esta aseveración, por otra parte, coincide con la que funda las soluciones prevalentes en la jurisprudencia (*Corpus Juris Secundum*, ed. 1956, t. 16, pág. 868, notas 77 a 79. Véase también *Administrative Procedure Act* de 1946; y A. y S. Tuxc, *Le système constitution-*

19º) Que las conclusiones que de todo ello derivan son claras y, además, en nada se diferencian de las que surgen impuestas por la más elemental sensibilidad jurídico-política, de la que no es dado prescindir cuando al análisis recae sobre las bases mismas de la organización del estado democrático. De conformidad con lo hasta aquí expuesto, pues, y a título de síntesis, cabe declarar que, en casos como el de autos, *control judicial suficiente* quiere decir: a) reconocimiento a los litigantes del derecho a interponer recurso ante los jueces ordinarios; b) negación a los tribunales administrativos de la potestad de dictar resoluciones finales en cuanto a los hechos y al derecho controvertidos, con excepción de los supuestos en que, existiendo opción legal, los interesados hubiesen elegido la vía administrativa, privándose voluntariamente de la judicial (doctrina de Fallos: 205: 17; 245: 351). La mera facultad de deducir recurso extraordinario basado en inconstitucionalidad o arbitrariedad, no satisface las exigencias que en la especie ha de tenerse por imperativas.

20º) Que una interpretación contraria no tendría cabida dentro del derecho argentino, en mérito a dos razones principales. Primeramente, porque el art. 18 de la Constitución Nacional incluye la garantía de que, mediando situaciones del carácter indicado, ha de reconocerse a los habitantes del país el derecho a ocurrir ante un órgano judicial en procura de justicia (Fallos: 193: 135; 209: 28; 246: 87, considerando 9º). Si este requerimiento no recibe satisfacción, esto es, si las disposiciones que gobier-

en virtud de la derogación de las normas que creaban los tribunales competentes para entender en la causa (Fallos: 234: 482), o bien —como acontece en la especie— a raíz de preceptos legales que lisa y llanamente excluyen la debida intervención judicial (doctrina de Fallos: 129: 405, considerando 2º; 184: 162, considerando 3º; 205: 17, considerando 3º). Puede afirmarse, por tanto, que, aun cuando el art. 18 de la Constitución no requiere multiplicidad de instancias, según ha sido uniformemente resuelto, debe entenderse que sí impone una instancia judicial al menos,

siempre que estén en juego derechos, relaciones e intereses como los que aquí se debaten, los que de ningún modo pueden ser totalmente sustraídos al conocimiento de los jueces ordinarios sin agravio constitucional reparable por la vía del art. 14 de la ley 48.

21º) Que la segunda razón invocable es igualmente decisiva. Ningún objetivo político, económico o social tenido en vista por

**DISIDENCIA DE FUNDAMENTOS DE LOS SEÑORES MINISTROS DOCTORES  
DON LUIS MARÍA BOFFI BOGGERO Y DON PEDRO ABERASTURY**

**Considerando:**

1º) Que en la causa se ha cuestionado el alcance de cláusulas de la Constitución Nacional relativas a la garantía del juez natural, separación de los poderes, reserva contenida en el inc. 11 del art. 67 y en el art. 100, igualdad ante la ley; y la inteligencia dada por el a quo a tales cláusulas para declarar la constitucionalidad de las normas legales aplicables ha sido adversa a los derechos reclamados por el recurrente y fundados en ellas. El recurso es, así, formalmente admisible.

2º) Que, en cuanto al fondo del asunto, por no ser necesaria más sustanciación, cabe adelantar que asiste derecho al recurrente en cuanto a la garantía de los jueces naturales, separación de poderes y reserva del art. 67, inc. 11, así como el 100 de la Consti-

6º) Que el art. 95 de la Constitución Nacional guarda una relación íntima con el ya citado 18, de modo que se tornarían inconstitucionales las normas que no otorgasen al menos una instancia judicial para el debate de los intereses jurídicos en

**pugna.** Es precisamente por ello que uno de los suscriptos ha expuesto en Fallos: 244: 548: “Que el sistema constitucional reposa en el principio de la «división» o «separación» entre los Poderes, uno de cuyos extremos consiste en la prohibición de que el Ejecutivo, por sí o mediante resoluciones emanadas de orga-

MANDREI, PIERO: *Estudios sobre el Proceso Civil*, Editorial Bibliográfica Argentina, 1946, pág. 343 y sigtes.)”.

7º) Que no obsta a lo anterior la circunstancia de que muchas veces queden convalidadas, de hecho, las decisiones de la autoridad administrativa cuando las partes las aceptan sin acudir a la instancia judicial correspondiente, porque, cuando se trata de derechos renunciables (art. 872 Código Civil), aún las resoluciones adversas pueden consentirse y los propios particulares pueden incluso abstenerse de accionar judicialmente en virtud de haber compuesto su diferendo mediante la convención liberatoria transaccional o simplemente por haber abdicado del derecho antes referido.

8º) Que a mérito de lo expuesto en el considerando 6º, tanto en el orden nacional cuanto en el de esta Ciudad o en el de las provincias, se han sancionado normas donde se halla claramente establecida la instancia de revisión judicial para las

justicia administrativa”.

“Tampoco puede afirmarse que la libertad para dejar de lado las excluyentes normas de prueba que se consideran dominantes en el procedimiento judicial (así como la libertad para apartarse también del molde interrogativo seguido en dicho procedimiento) asegure automáticamente que el tribunal administrativo que dirige la audiencia llegue a luchar de entrada con los problemas fundamentales que lo enfrentan, deduciendo de ellos de manera expeditiva los hechos necesarios. De la misma manera que un juez capaz, cumpliendo las normas procesales, puede impulsar el procedimiento de manera expeditiva, un funcionario administrativo sin mayor capacidad o interés, puede, a pesar de la gran libertad de que goza, dejar que el procedimiento en que conoce se estanque innecesariamente. De tal manera, un autorizado análisis oficial sobre los órganos federales, realizado en 1949, informó que “las audiencias de alguna de las comisiones han sido muy criticadas por indebidamente largas y dilatadas. Las actuaciones tienden a estar recargadas de pruebas repetidas y

Cabe destacar que la Suprema Corte de los Estados Unidos de Norteamérica ha sostenido en reiterados pronunciamientos el principio de la revisibilidad por los jueces, al menos en una instancia, de las resoluciones administrativas (355 U S 579; 358 U S 184; 360 U S 601 y otros). *Rige en nuestro derecho también.*

También ha de puntualizarse que diversas medidas e iniciativas —cualquiera sea su éxito— persiguen el propósito de adecuar el régimen *sub examine* al orden constitucional. El Poder Ejecutivo de la Nación proyecta la reforma al régimen de arrendamientos y aparcerías rurales indicando los reparos sobre su inconstitucionalidad (Diario de Sesiones, Cámara de Senadores de la Nación, año 1958, págs. 520 y sigtes.). El decreto-ley 868/57 de la Provincia de Buenos Aires instituye el fuero rural de esa provincia, habiéndose integrado la materia por el decreto-ley

... que han de sobrevenir a aquellos intereses.

20º) Que los fundamentos precedentemente expuestos hacen innecesario en esta causa la mención de otros afines.

21º) Que sobre los demás agravios, por tanto, no cabe pronunciamiento porque él sería abstracto.

Por lo tanto, habiendo dictaminado el Sr. Procurador General, se declara la inconstitucionalidad de los arts. 46 de la ley 13.246, 1º y 2º de la ley 13.897 y 26 de la ley 14.451, y, en consecuencia, se revoca la sentencia apelada.

LUIS MARÍA BOFFI BOGGERO — PEDRO  
ABERASTURY.

---