

El error médico y eventos adversos en el diagnóstico oncológico: reporte de dos casos clínicos

Medical error and adverse events in oncologic diagnosis: report of two clinical cases

Carlos Alberto Portocarrero Ramos ¹

Filiación y grado académico

¹ Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.

Fuentes de financiamiento

Autofinanciado.

Conflictos de interés

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

Recibido: 29-08-2022

Aceptado: 12-10-2022

Publicado en línea: 20-10-2022

Citar como

Portocarrero Ramos CA. El error médico y eventos adversos en el diagnóstico oncológico: reporte de dos casos clínicos. Rev Peru Cienc Salud. 2022; 4(4): 270-6. doi: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.4.393>

Correspondencia

Carlos Alberto Portocarrero Ramos
Dirección: J. Leonardo da Vinci, 326.
Código postal: Lima 41, Perú.
Cel.: 978 111 178
Email: carlosanbia@yahoo.es,
cportocarrero@unfv.edu.pe

RESUMEN

Los errores en la práctica médica, asociados a la inapropiada comunicación, la praxis y otros factores han sido reportados en diversos estudios y deviene en necesario su análisis por las consecuencias que tiene para el paciente, la familia, el profesional de la salud y las instituciones; más aún si el diagnóstico final es oncológico. El objetivo del presente artículo es reportar dos casos clínicos en los que se presentan diagnósticos errados. Se ha realizado la revisión de diversos documentos clínicos, previa autorización de las dos pacientes y de una entrevista semiestructurada. Se discute sobre los factores que pueden conllevar a eventuales errores durante el proceso de diagnóstico oncológico y afectar la relación médico-paciente, como los déficits en el proceso de comunicación, los déficits formativos y académicos, el tiempo de consulta y aspectos deontológicos.

Palabras clave: caso clínico; comunicación; diagnóstico; error médico; paciente; revisión (Fuente: DeCS - BIREME).

ABSTRACT

Errors in medical practice, associated with inappropriate communication, praxis and other factors have been reported in various studies and its analysis becomes necessary for the consequences it has for the patient, the family, the health professional and the institutions; even more if the final diagnosis is oncological. The aim of this article is to report two clinical cases in which erroneous diagnoses are presented. Several clinical documents have been reviewed, subject to authorization by the two patients and a semi-structured interview. It discusses the factors that can lead to eventual errors during the oncological diagnosis process and affect the doctor-patient relationship, such as deficits in the communication process, educational and academic deficits, consultation time and ethical aspects.

Keywords: clinical case; communication; diagnosis; medical error; patient; review (Source: MeSH - NLM).

INTRODUCCIÓN

El índice de casos oncológicos en el Perú aumenta de manera acelerada. Así, se reporta que en el año 2021 se presentaron más de 17 000 nuevos casos de cáncer ⁽¹⁾. La incidencia del cáncer en mujeres se da principalmente en el cuello uterino, seguido del de mama, mientras que en el caso de los hombres se da en el cáncer del estómago seguido del de piel ⁽²⁾. Desde esta perspectiva, la información y la experiencia comunicativa por parte del médico son condiciones que contribuyen para que el paciente oncológico entienda y asimile aspectos relacionados con su enfermedad ⁽³⁾.

La comunicación ha sido analizada desde múltiples perspectivas; en este reporte es revisada desde el vínculo médico-paciente dentro del proceso de diagnóstico oncológico. Cabe señalar que los aportes de Watzlawick et al. contribuyeron a desarrollar la teoría de la comunicación humana al destacar las implicancias que tiene como un mecanismo de intercambio e influencia recíproca entre dos o más personas ⁽⁴⁾. En el contexto médico se ha señalado que la atención adquiere calidad solo cuando la comunicación pasa a ser considerada como un aspecto central dentro del proceso de interacción con el paciente ⁽⁵⁾.

En ocasiones, sin embargo, los diagnósticos no suelen ser acertados debido a razones, diferentes de la comunicación, que han sido abordadas en diversos estudios ^(6,7). Cabe traer a colación el estudio de Guillen et al., quienes, al referirse a la enseñanza de habilidades de comunicación en las facultades peruanas de medicina, reportan que estas no se encuentran mencionadas, de manera explícita ni de modo estructurado, en la mayoría de facultades ⁽⁷⁾. La importancia de una buena comunicación durante la relación médico-paciente es que esta conlleva a una mejor precisión del diagnóstico, el manejo de las decisiones, reduce la investigación innecesaria y el tratamiento inapropiado ⁽⁸⁾. Así mismo, la comunicación resulta un medio de primera línea para identificar los signos y los síntomas, hacer un efectivo diagnóstico y el correspondiente tratamiento; desde luego, ésta puede ser inapropiada por múltiples razones y generar así consecuencias perjudiciales para los involucrados ⁽⁹⁾.

Con respecto a la formación del médico en el contexto actual de cambios constantes, surge la necesidad del aprendizaje como una condición permanente e imprescindible orientada al desarrollo de las competencias que le permitan un desempeño eficiente ⁽¹⁰⁾. En el caso de las Américas, la educación continua del médico debe verse favorecida, además, por apropiadas políticas públicas, de inversión y de regulación, que contribuyan a mejorar la

formación y la disponibilidad de estos profesionales ⁽¹¹⁾. Centrándonos en el Perú, un país con gran complejidad geográfica, cultural y poblacional, se sostiene que se ha dado un crecimiento brusco y desordenado de los programas de medicina en los últimos 30 años ⁽¹²⁾.

Adicionalmente a ello, la formación del médico en los últimos tres años se ha visto afectada por la Pandemia de la COVID-19. Al respecto, aún no se cuenta con información sobre las consecuencias que esta pandemia acarreará en la formación del profesional en medicina ⁽¹³⁾. En el caso de la formación de médicos residentes peruanos se ha establecido que un 63 % considera que su formación se vio deteriorada por la pandemia y el 67,4 % considera que la crisis sanitaria ha tenido un impacto en su estado emocional ⁽¹⁴⁾.

En cuanto al tiempo que se brinda en la consulta médica, desde la perspectiva de Diez et al., este adquiere importancia en tanto que contribuye a una buena comunicación ⁽¹⁵⁾. Un reconocido estudio destacó la indisposición de los médicos para escuchar a sus pacientes al encontrar que eran interrumpidos, en promedio, a los 18 segundos, luego de haber comenzado a hablar o después de haber expuesto únicamente el primer síntoma ⁽¹⁶⁾. En consecuencia, surgen respuestas como la insatisfacción. Al respecto, Soto refiere que en diversos centros de salud peruanos se ha “normalizado” tener que esperar a ser atendidos a pesar que los pacientes cuentan con una hora en que han sido citados; situación que genera malestar en el usuario ⁽¹⁷⁾.

Con relación a la conducta deontológica, ética y a las buenas costumbres, se destaca que este es un aspecto a consolidar dentro del proceso formativo integral del médico ⁽¹⁰⁾. Por otro lado, el propio Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú regula lo que el médico debe y no debe hacer en su ejercicio profesional, es decir, sus deberes, sus derechos y los valores que deben regir su actuación ⁽¹⁸⁾. En cuanto a la enseñanza de la ética en estudiantes peruanos de medicina se ha reportado que, si bien se suelen enseñar temas éticos, aún falta reforzar otros que conllevan a cometer faltas éticas por desconocimiento ⁽¹⁹⁾. En cuanto a los procesos éticos disciplinarios en profesionales de la salud en los últimos 25 años, se ha dado un crecimiento exponencial derivados de diversos actos médicos; y esto representa la razón más frecuente de la mala calidad de la atención ⁽²⁰⁾. En adición, se encuentra la atención descuidada, superficial e incompleta ⁽²¹⁾.

La literatura señalada contribuye a entender las implicancias que los déficits en el proceso de comunicación, los déficits formativos-académicos, el

tiempo de consulta y el aspecto deontológico, tienen en el vínculo médico-paciente. Una relación que adquiere interés puesto que su adecuado manejo lleva a reducir los errores médicos como aquel en el que al analizar las segundas opiniones permitió identificar que aproximadamente 30 000 diagnósticos anuales en Estados Unidos eran erróneos y por ende, motivo de quejas y demandas^(22,23). En el Perú, por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud, durante el I y III trimestre del año 2019, reportó 20 690 denuncias⁽²⁴⁾. Así mismo, un estudio en el que se analizó la relación médico-paciente permitió determinar que el 77 % de los pacientes perciben como regular o mala la relación⁽²⁵⁾.

Los aspectos señalados refuerzan la necesidad de revisar, en el presente reporte, dos casos. El primero de ellos, de una paciente femenina de 16 años, cuyo diagnóstico fue de linfoma de Hodgkin clásico de tipo esclerosis nodular primario ganglionar EC IIB; y el segundo caso, de una paciente de 54 años de edad, diagnosticada con una tumoración quística multilocular: cistoadenoma seroso.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1. Paciente de sexo femenino, de 16 años de edad, sin antecedentes personales de importancia. Asiste a consulta con especialista en hematología clínica de un reconocido centro de diagnóstico y tratamiento de enfermedades hematológicas.

Informa al hematólogo que había terminado un tratamiento por una faringitis, diagnosticada días previos y que continuaba con fiebre alta 39,8 en promedio; además, de profusa sudoración nocturna. La fiebre venía siendo manejada con paracetamol. Refiere haber bajado de peso, malestar general, pérdida parcial del apetito, ganglios inflamados en el cuello y axilas, calambres frecuentes y excesivo sueño (21 horas en promedio). Externamente evidenciaba palidez y decaimiento. Adicionalmente, entrega al médico diversos análisis clínicos que reportaban múltiples alteraciones de los valores, entre otros: hematología (hematíes $3\,870\,000\text{ mm}^3$, linfocitos 693 mm^3 , hemoglobina 8,6 g/dl, hematocrito 27 %, recuento de plaquetas $555\,000/\text{mm}^3$), proteínas (dosaje de albumina 2,8 g/dl, dosaje de globulinas 5,0 g/dl), función tiroidea, saturación de hierro/transferritina 5,5 %, ferritina 327,20 ng/mL, velocidad de sedimentación globular 100 mm/h, proteína C reactiva 206 mg/L, etc.

El hematólogo solicitó diversos exámenes clínicos y diagnosticó una anemia por falta de hierro. Consideró un tratamiento con suplemento de hierro, durante treinta días,

a ser iniciado al bajar la fiebre. La madre de la paciente, quien había realizado su internado en psicología en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Perú, inquirió si la anemia podría tener origen orgánico, respondiendo el médico rotundamente que no y que el problema de salud que presentaba era común en la adolescencia. En consulta posterior, debido a que la fiebre persistía, pasó a interconsulta con un infectólogo.

El infectólogo, luego de una breve evaluación, solicitó una prueba de rayos X. En el informe de la radiografía frontal del tórax se señaló: "campos pulmonares bien ventilados, de apariencia normal, ensanchamiento del mediastino superior, sugestivo a corresponder a hipertrofia del timo. Silueta cardiovascular de configuración y tamaño normal". El radiólogo concluyó que los pulmones se encontraban sanos. Con estos resultados el infectólogo no arribó a una presunción diagnóstica.

Los padres de la paciente optaron por buscar a un médico internista, quien, al ver la radiografía sugirió tomar una tomografía axial computarizada helicoidal. En el informe se señaló: "Hallazgos que sugieren el diagnóstico de enfermedad linfoproliferativa mediastinal y cervical. Moderado derrame del pericardio. Linfonodos benignos en ambas axilas. No se visualizan hallazgos patológicos pleuroparenquimales pulmonares".

Se retoma la consulta con el hematólogo, quien a partir del informe de la tomografía axial computarizada helicoidal optó por realizar diversas pruebas y procedimientos como un proteinograma, un estudio de médula ósea y biopsia del hueso, un estudio citogenético y una citometría de flujo. El hematólogo no reportó un diagnóstico definitivo a la paciente y familiares, quienes, al considerar que habían transcurrido dos meses de visitas a los dos primeros profesionales y que la fiebre continuaba, optaron por llamar a un oncólogo.

El oncólogo, cuando se le comentó telefónicamente los resultados de la radiografía frontal del tórax y los síntomas, expresó que era un linfoma de Hodgkin, por lo que dispuso su inmediato internamiento en una clínica local. Una biopsia de ganglio de base de cuello permitió diagnosticar un linfoma de Hodgkin clásico de tipo esclerosis nodular primario ganglionar EC IIB. El examen inmunohistoquímico permitió identificar que las células CD30, CD15 y EBV, dieron positivo en células neoplásicas e iniciar el tratamiento correspondiente.

Caso 2. Paciente mujer, de 54 años, va a consulta por dolor en el cuello, presencia de ganglios inflamados,

abdomen abultado, reflujo gastroesofágico y náuseas eventuales; sobre todo después de ingerir alimentos.

Solicitó una cita con un oncólogo de cabeza y cuello en una clínica especializada en cáncer. Con posterioridad a una breve evaluación, en la que el médico se centró en indagar acerca de los ganglios, le solicitó una ecografía de tiroides y cuello. Concluyó el radiólogo: "Ganglios cervicales de aspecto reactivo. Nódulos quísticos tiroideos", por lo que el oncólogo señaló que no había que preocuparse y que solamente se haría seguimiento.

La paciente, al persistir los síntomas, asiste a chequeo preventivo oncológico anual (evaluación clínica, oftalmológica, odontológica, ginecológica, diversos pruebas de laboratorio, examen de orina, radiografía de tórax, prueba de esfuerzo, papanicolaou, mamografía, endoscopia y colonoscopia). Señalan como hallazgos lo siguiente: Exámenes de laboratorio: hemograma alterado y colesterol total elevado. Eosinofilia. Reflujo gastroesofágico. Lectura elevada de presión arterial. 1. Adenopatía cervical y 2. Hematoma ungueal. Indicaron que "en el caso de persistir con las molestias gastrointestinales asistiera a una evaluación por gastroenterología" y en el caso de presentar molestias por el aumento de los ganglios cervicales, una evaluación por medicina interna. En la evaluación ginecológica, que fue breve y en la que se abordaron temas genéricos, se le consideró como asintomática.

Pocos días después asiste con una especialista en ginecología, al presentar sangrado postmenopáusico, por lo que le solicitaron una Ecografía pélvica transvaginal. El médico radiólogo informó: "Lesión intracavitaria a nivel del cérvix uterino sugestivo de corresponder a pólipo endocervical" y "Útero sin alteraciones significativas, endometrio sin evidencia de anormalidad. No se visualizan los ovarios". En el Reporte de patología citológico se interpretó: "Negativo para lesión intraepitelial o maligna" y "Cambios reactivos asociados a inflamación leve".

Derivada a interconsulta ginecológica, asiste con un médico cirujano ginecólogo, especializado en oncología, con 26 años de experiencia, quien la evalúa y programa una histeroscopia + LUF + resección de pólipo. El día del procedimiento quirúrgico, a decir de la paciente, "el cirujano llegó con 45 minutos de retraso a la sala de operaciones, impresionaba como que estaba apurado", comentó "vamos a ver si se puede sacar el pólipo" y le preguntó a la paciente (que estaba siendo anestesiada), "¿dónde estaba la ecografía?" Después de hora y media concluyó su procedimiento quirúrgico e informó a los familiares que no había podido extirpar el pólipo y que se debía realizar una cirugía externa.

La paciente asistió a consulta con otro ginecólogo, quien luego de una minuciosa indagación de signos, síntomas y la evaluación física correspondiente le solicitó una ecografía Doppler. Esta permitió un definitivo diagnóstico: tumoración quística multilocular que ocupaba anexo derecho. DSC cistoadenoma seroso con un volumen de 8923 cc. Alto riesgo según protocolo de IOTA. Score Doppler 2 (flujo moderado).

El método. El método seguido ha sido el documental y ha implicado la revisión de diversos documentos clínicos, previa autorización de las dos pacientes involucradas, y de una entrevista semiestructurada y breve en el segundo caso. La entrevista tuvo tres momentos: Inicio, desarrollo (las preguntas se orientaron a evaluar: la información-comunicación con los médicos, la percepción de la calidad profesional del médico, evaluación del tiempo transcurrido hasta el diagnóstico final, la inversión realizada en el proceso de diagnóstico de la enfermedad) y cierre. Paralelamente, se hizo la revisión de la literatura relacionada al tema disponible en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación – ALICIA, Medline y Pubmed.

DISCUSIÓN

Se discute sobre diversos factores, como los déficits en el proceso de comunicación, los déficits formativos-académicos, el corto tiempo de consulta y aspectos deontológicos (prevalencia del interés económico), que pueden conllevar a eventuales errores por parte de profesionales médicos durante el proceso diagnóstico oncológico y, por ende, afectar la relación médico-paciente.

El tema resulta trascendente en tanto que en el país, en los últimos años, han surgido muchas universidades^(11,12), que vienen impartiendo la formación en medicina humana y se requiere de profesionales que cuenten con las mejores competencias para desempeñarse en un medio que cada vez es más exigente; no solo por la prevalencia que tienen algunas enfermedades, como las oncológicas, sino también, por la permanente creación de instrumentos y medicamentos que contribuyen al diagnóstico y al tratamiento. A lo anterior debemos sumar que, gracias al internet y a la divulgación del conocimiento, la sociedad cada vez está más informada, es más demandante y exige el cumplimiento de sus derechos.

Caso 1. La especialización del profesional de medicina no debería ir en detrimento de la formación de base que lo faculta para un adecuado ejercicio profesional. Al respecto, Mendoza sostiene que la especialización

que se viene dando en años recientes ha contribuido desfavorablemente a la percepción de la integridad y complejidad del ser humano ⁽²⁶⁾. Independientemente de lo anterior, lo que el usuario demanda y espera es que el profesional médico que lo asiste contribuya a mejorar su condición de salud y, por ende, sea competente y probo.

Si nos centramos en el hematólogo se puede inferir que no fue competente ni probo. No fue competente debido a que son diversos los síntomas manifestados y evidenciados que orientaban a considerar una posible enfermedad oncológica; sobre todo si se tiene en cuenta el origen de los altos niveles de fiebre prolongada con sudoración nocturna, que es un síntoma asociado a neoplasias hematológicas como ha sido referido por la National Comprehensive Cancer Network ⁽²⁷⁾. Además, la radiografía de tórax, al aludir ensanchamiento del mediastino superior, era evidente la presencia de un problema mayor de salud o de la enfermedad de fondo; como es el caso del linfoma de Hodgkin clásico ⁽²⁸⁾. En el caso de probo, se pone en tela de juicio su accionar, surge un cuestionamiento deontológico-ético ⁽¹⁸⁾, en tanto que aún con las diversas evidencias, continuó solicitando exámenes y procedimientos en su centro especializado-consultorio, por los cuales evidentemente cobró una fuerte suma de dinero y que, desde la opinión del oncólogo que realizó el diagnóstico final, no sumaron para el diagnóstico, fueron innecesarios y dolorosos para la paciente (punción lumbar).

En cuanto al infectólogo, los exámenes clínicos de laboratorio no le fueron suficientes para arribar a un diagnóstico y, aunque tuvo la acertada decisión de solicitar una radiografía, no la interpretó adecuadamente; Al parecer, la presunción del radiólogo: "ensanchamiento del mediastino superior, sugestivo a corresponder a hipertrofia del timo", lo confundió; sus competencias académicas no fueron las requeridas ⁽¹⁰⁾. Se señala esto debido que, en una conversación posterior con un neumólogo, éste, con la simple revisión de las placas, presumió de la presencia de un problema oncológico. Se dio un error en el que prevaleció una inapropiada lectura de la revisión del informe y de las placas que, en sí mismas, permitían la identificación de la enfermedad de fondo ⁽²⁹⁾.

En este primer caso, dos profesionales, uno en hematología y otro en infectología, con amplia experiencia, egresados de una prestigiosa universidad limeña, con diversos diplomas y grados, transcurridos dos meses no pudieron reconocer una fiebre tumoral, los factores asociados a la misma y llegar al diagnóstico acertado de la enfermedad.

Cuando el médico no se comunica apropiadamente, no sabe escuchar o no pone la debida atención, que no solo debe restringirse a oír a su interlocutor, en este caso la paciente, sino integrar la sintomatología, a las pruebas auxiliares, a sus conocimientos y a su experticia, entonces surgen problemas como los descritos que van en detrimento del estado de salud del paciente al no derivarlo oportunamente con el correspondiente especialista, lo que genera incertidumbre con relación a la enfermedad, -esta además seguirá avanzando-, postergando el inicio del oportuno y el adecuado tratamiento; adicionalmente, al sinnúmero de perjuicios que se generan para la familia.

Caso 2. En el ínterin antes presentado, la paciente fue vista por muchos profesionales de la salud. Por el tema de los ganglios inflamados, el oncólogo de cabeza y cuello se limitó a indagar sobre el sentido de la consulta (los ganglios) y únicamente solicitó la ecografía Doppler. Al obtener los resultados se limitó a señalar que los ganglios no revestían gravedad, debían ser observados y que regresara en tres o en cuatro meses para reevaluar.

El médico oncólogo minimizó la presencia de los ganglios, sin tomar en consideración que el radiólogo había concluido: "Ganglios cervicales de aspecto reactivo"; es decir, inflamados como una respuesta del organismo ante la presencia de posibles infecciones, trastornos del sistema inmunitario, cáncer, u otras causas. En este caso resulta evidente una inadecuada comunicación entre dos profesionales, compartida mediante un informe, a lo que se suma la falta de racionalidad para solicitar nuevos exámenes: factores adversos para un buen diagnóstico ⁽⁸⁾. De este modo, no se indagó clínicamente a profundidad y no se buscaron otras evidencias físicas que podrían haber contribuido a entender el origen de los ganglios inflamados, por lo que no se tuvo una apropiada lectura del informe ni de las placas de la ecografía requerida. No esta demás señalar que en la literatura también se reporta que el cistoadenoma está asociado a la inflamación de los ganglios linfáticos para-aórticos ⁽³⁰⁾.

Posteriormente, cuando la paciente se realizó el chequeo preventivo anual y pasó por evaluación clínica, mediante el examen físico de palpación del abdomen se pudo haber detectado el tumor, debido a que era de gran volumen (8923 cc.). El pool de profesionales, en su mayoría jóvenes, no lograron identificar la enfermedad de fondo. En este caso prevalece, al igual que en el primer caso, un error de formación académica-teórica y práctica relacionado a la identificación de la enfermedad de fondo ⁽²⁹⁾.

En cuanto al médico ginecólogo, cirujano, especializado en oncología, su accionar es uno de los más cuestionables, especialmente desde el punto de vista de la comunicación. Él realizó el examen físico correspondiente para identificar el pólipo y, adicionalmente, se valió de la ecografía intravaginal para tomar la decisión e intervenir quirúrgicamente, pero lo hace sin éxito. A decir de Díaz et al. ⁽⁸⁾, existe una deficiente comunicación, que en este caso se aúna a confiar en una prueba previa y no indagar a mayor profundidad en los signos y síntomas de la paciente, e, incluso, realizar un procedimiento quirúrgico inapropiado e innecesario.

Desde luego, no es esperable que un profesional en oncología no haya tenido la suficiente capacidad para evaluar, intervenir y comunicar la probabilidad de éxito o de fracaso de su procedimiento; por el cual no obstante, cobró. A decir de la paciente, sus expectativas estaban puestas en la habilidad como cirujano y no en la eventual probabilidad de “vamos a ver si...”. Si durante la consulta el médico hubiera dicho eso, el paciente podría buscar a un profesional que denote seguridad y confianza en lo que le correspondía hacer. Este hecho se agrava aún más cuando iniciado el proceso de intervención quirúrgica pregunta a la paciente si tenía la ecografía; esto no solo representa un severo problema comunicación en la relación médico-paciente, sino que además incorpora un tema ético.

El tema presentado “El error médico y eventos adversos en el diagnóstico oncológico: reporte de dos casos clínicos” brinda una descripción de estos hechos que están muy presentes en nuestra realidad. A partir de ello, se espera aportar a una mayor reflexión y análisis, pues son aspectos que van en detrimento de la actividad del profesional médico. Resulta además un tema que puede revisarse desde diversas ópticas y, en ese sentido, se espera que contribuya a promover su investigación en el Perú.

CONCLUSIONES

A continuación, se concluye aludiendo a aquellos profesionales en los que se dieron errores médicos y eventos adversos que no contribuyeron al oportuno y acertado diagnóstico oncológico de las pacientes reportadas.

- a. En ambos casos presentados se denota déficits en la comunicación que no permitieron un acertado y rápido diagnóstico. Una comunicación que no implica solo contar con habilidades de sociabilidad e interacción personal apropiada, sino también con capacidad para comunicar de manera escrita, mediante un informe, y que el médico, el profesional, pueda contar con todos

los elementos que le permitan tomar una mejor decisión o diagnóstico.

- b. Se aprecian déficits de una sólida formación académica, teórica y práctica, tanto en médicos jóvenes como en los de mayor edad, al no considerar ni valorar apropiadamente información evidente producto de la clínica, del examen físico, de los exámenes de laboratorio y de las imágenes; hecho que pone en tela de juicio sus competencias profesionales.
- c. El cada vez más reducido tiempo de atención que en los últimos años se viene dando por parte de algunos profesionales que laboran en clínicas privadas no contribuyó a exhaustivas evaluaciones clínicas o físicas que habrían permitido identificar el origen del problema de salud y consecuente diagnóstico.
- d. Dos de los médicos usufructuaron económicamente al requerir exámenes auxiliares costosos en sus propias instituciones, que no contribuyeron al mejor entendimiento del problema motivo de consulta, o al hacer procedimientos quirúrgicos que devinieron en inapropiados e innecesarios para las pacientes.

Recomendaciones

- a. Fortalecer dentro del proceso formativo la competencia de comunicación, que es el eje central en todo acto de interacción entre dos o más personas; más aún en temas de salud oncológicos, por el impacto que este suele generar.
- b. Si bien es importante la especialización, no debe dejarse de lado la sólida base académica y teórica en temas de salud que todo profesional debe tener para tomar mejores decisiones o derivar al paciente a otros profesionales de la salud.
- c. No anteponer la cantidad de pacientes atendidos en un corto periodo de tiempo a la calidad del servicio brindado. Dedicarle un tiempo a un buen examen clínico y físico, contribuyen a un mejor diagnóstico y tratamiento, mejorando por ende la calidad del servicio.
- d. Fortalecer y consolidar dentro del proceso formativo aspectos deontológicos que contribuyan al manejo de los deberes y principios que permitan elevar el prestigio de la profesión médica.

REFERENCIAS

1. El Peruano. Más de 17,000 nuevos casos de cáncer se registraron en el 2021. El Peruano. 2022 Feb 5 [Internet] [Consultado 2022 Abr 13]. Disponible en: <https://cutt.ly/U24nH8L>

2. Ministerio de Salud. Sala Situacional del Cáncer en el Perú. Enero-Abril de 2022. [Internet] [Consultado 2022 Jun 17]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE37/cancer.pdf>
3. Urrutia S, Céspedes M. Interacción comunicativa en salud. Comprensión de conceptos mínimos en pacientes oncológicos que asisten al Centro Asistencial Barros Luco (CABL). *ARS Rev. Cienc. Med.* 2020; 45, 4. doi: 10.11565/arsmed.v45i4.1706
4. Watzlawick P, Bavelas J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder; 1991
5. Castañeda MC. Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente. *Rev. Cuba. Inf. Cienc. Salud.* 2013; 343-353. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132013000300010&lng=es&tlng=es
6. Soto A. Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. *Rev. Perú. Med. Exp. Sal. Pub.* 2019; 36(2): 304-311. doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425
7. Guillen O, Mas G, Reto B, Guerra-García A, Tomateo D. Enseñanza secuencial de habilidades de comunicación en las facultades de medicina. *Doc. Méd. Rev. Soc. Peru. Med. Int.* 2017; 30(2): 104-108. doi.org/10.36393/spmi.v30i2.71
8. Dias L, Chabner B, Lynch T, Penson R. Breaking bad news: a patient's perspective. *Oncologist.* 2003; (8): 587-596.
9. Díez E, Cotera M. El diagnóstico médico: problema crucial en el siglo XXI. *Medisur.* 2010; 8(5): 121-130. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1800/180020098022>
10. Martínez J, Pérez C. La formación de los médicos: un continuo inseparable. 2015; 16(1): 43-49
11. Fajardo D, Santacruz J, Contrera IF, Yorio MA, Pichs LA, Zambrana GW, et al. Formación de médicos generales en América Latina: un reto para la salud universal. *Rev Panam Sal Pub.* 2019; 43: e83. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.83>
12. Bermúdez A, Allagual A, Farfán F. Educación médica en Perú. 2020; 23(1): 5-8. doi: 10.33588/fem.231.1041
13. Herrera P, Toro CJ. Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. *Acta Med Peru.* 2020; 37(2):169-75.
14. Reaño Y. Percepción de médicos residentes sobre calidad educativa durante la pandemia en un hospital de Lima-Perú, 2021. 2022 [Internet] [Consultado 2022 Abr 13]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/80109>
15. Díez E, Cotera M. El diagnóstico médico: problema crucial en el siglo XXI. *Medisur.* 2010; 8(5): 121-130. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1800/180020098022>
16. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984; 101(5): 692-6.
17. Soto A. La importancia de la relación entre el médico con el paciente y su implicancia en la fidelidad del mismo [Internet] Lima: Universidad de Lima; 2021. [Consultado 2022 Abr 13].
18. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. [Internet] [Consultado 2022 Abr 13]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOG%C3%8DA.pdf>
19. Mejía C, Vargas-Vilca M, Verastegui-Díaz A, Quispe-Colquepisco S, Mena L, Mendoza L, Carbajal M. Enseñanza de ética a estudiantes peruanos en la carrera de medicina. *Educación Médica Superior.* 2017 [Internet] [Consultado 2022 Jun 17]. Disponible en: <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1191>
20. Cárdenas M, Sogi C. Procesos ético-disciplinarios derivados del acto médico en el Perú: experiencia de los últimos 25 años. *Acta méd. Peru.* 2018; 35(4): 204-210. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172018000400003&lng=es
21. Cárdenas M. El daño médico: su regulación ética y legal en el Perú. Tesis de Doctorado en Medicina. UNMSM. Unidad de Posgrado. 2016
22. Tarkan L. Value of second opinion is underscored in study of biopsies. *The New York Times*; 2000 [Internet] [Consultado 2022 Ene 23]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2000/04/04/health/value-of-second-opinions-is-underscored-in-study-of-biopsies.html>
23. García MA, Alvarado S. La comunicación en la relación médico-paciente: perspectiva del paciente oncológico. *Rev. Mex. Oncol.* 2009; 8(3): 119-126. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-la-comunicacion-relacion-medico-paciente-perspectiva-X1665920109501338>
24. Superintendencia Nacional de Salud. Boletín estadístico: tercer trimestre de 2019. Lima: Susalud; 2019.
25. Mendoza C, Ramos C, Gutiérrez E. Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horiz. Med.* 2016; 16(1): 14-19. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100003
26. Mendoza A. La relación médico-paciente: consideraciones bioéticas. *Rev. Per. Gin. Obst.* 2017; 63(4): 555-564. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007&lng=es&tlng=es
27. National Comprehensive Cancer Network. Hodgkin Lymphoma [Internet] [Consultado 2022 Ene 23]. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/hodgkin_blocks.pdf (2020). Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/hodgkin_blocks.pdf
28. Gallegos A, Sánchez R, Espinosa K, Hurtado R. Linfoma mediastinal. *Acta méd Grupo Ángeles.* 2016; 14(4): 240-243. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032016000400240&lng=es&tlng=es
29. Turabián J, Samarín E, Minier L, Pérez B. Aprendiendo conceptos del diagnóstico en medicina de familia: a propósito del "Signo de Robinson" – las huellas que no deberían estar allí. *Atenc. Prim.* 2015; 47(9): 596-602. doi: 10.1016/j.aprim.2015.02.008
30. Ramírez P, Gershenson D, Salvo G. Cáncer de ovario [Internet] [Consultado 2022 Jun 17]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/tumores-ginecol%C3%B3gicos/c%C3%A1ncer-de-ovario>