

# Revista de la Facultad de Medicina

Volumen 47  
Volume

Número 2  
Number

Marzo-Abril 2004  
March-April

*Artículo:*

## Caso CONAMED

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Facultad de Medicina, UNAM

## Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

## *Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Edigraphic.com**

## Responsabilidad profesional

# Caso CONAMED

Arbitraje Médico, CONAMED

### Síntesis de la queja

El paciente presentó inconformidad en contra del urólogo que lo atendió; en efecto, adujo negligencia, en razón a que por problema de disfunción eréctil fue intervenido quirúrgicamente, siendo necesaria una nueva cirugía, la cual ocasionó gastos no contemplados.

### Síntesis del caso

**14 de septiembre de 2002, nota de ingreso:** Masculino de 62 años de edad, se hospitaliza para colocación de prótesis peneana. **Carta de consentimiento bajo información:** Otorgo voluntariamente mi consentimiento para la aplicación de prótesis peneana debido a disfunción eréctil y diabetes mellitus, reconozco que el citado procedimiento puede resultar en perforación de cuerpos cavernosos, deformación peneana, lesiones uretrales, infección, absceso, pérdida o extracción de la prótesis.

**14 de septiembre de 2002, urología:** Antecedentes. Diabetes de larga evolución en control médico; historia de disfunción eréctil de más de un año de evolución, multitratada sin respuesta satisfactoria. Exámenes preoperatorios dentro de parámetros normales. **Indicaciones:** Aseo y tricotomía; venoclisis con solución Hartmann; Keflex 1 g intravenoso cada 12 horas; vendaje de miembros inferiores; verificar ayuno. **Valoración preanestésica:** Peso 78 kg, presión arterial 110/70, frecuencia cardíaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 13 por minuto, temperatura 37°C, creatinina 0.9, glucosa 90; sin antecedentes anestésicos, sin alergias. Riesgo quirúrgico EIIB. **Nota de enfermería:** Ingresa paciente para procedimiento quirúrgico, se brindan cuidados preoperatorios, se toma dextrostix de control, pasa a sala de operaciones.

**Nota operatoria:** Diagnóstico preoperatorio: disfunción eréctil, diabetes mellitus. Diagnóstico posoperatorio: el mismo, más fibrosis de cuerpo cavernoso. Anestesia. Regional. Procedimiento quirúrgico. Implante de prótesis peneana. Hallazgos. Fibrosis de cuerpos cavernosos. Complicaciones. Ninguna. Cirugía limpia. **Técnica:** Previa asepsia, antisepsia y colocación de campos, se realiza incisión media pene-escrotal con disección por planos, hasta localización de cuerpo cavernoso derecho, el cual se incide sagitalmente y se procede a dilatar, encontrando resistencia importante, por fibrosis del mismo, se procede a medición y aplicación de prótesis, se

cierra cuerpo cavernoso. Se procede de la misma forma en cuerpo cavernoso contralateral, con mismo hallazgo de fibrosis. Sin accidentes, se cierra tejido celular subcutáneo y piel; se aplica apósito y vendaje oclusivo. **Registro de anestesia y recuperación:** Ingreso a quirófano 8:25 horas; inicio anestesia 8:45 horas; inicio cirugía 9:00 horas; término de la cirugía 10:55 horas. El paciente pasó a recuperación a las 11:10 horas; sin complicaciones.

**11:00 horas, indicaciones posquirúrgicas:** Dieta para diabético pasado efecto anestésico; solución fisiológica 1,000 para 12 horas; Keflex 1 g intravenoso cada 12 horas; analgésico cada 6 horas; destrostix preprandial mañana y noche; cuidados generales de enfermería. **15:00 horas:** Paciente tranquilo con signos vitales en parámetros normales, venoclisis permeable, sonda Foley a permanencia. Se retira catéter, tolera dieta. **22:00 horas:** Tranquilo, signos vitales estables, venoclisis permeable, sin molestias aparentes. **24:00 horas:** Refiere dolor, se aplica analgésico. En el expediente está registrado durante esta fecha: dextrostix 130, 92 y 100.

**15 de septiembre de 2002, 8:00 horas:** Evolución satisfactoria, no hematomas, ni secreciones, edema posquirúrgico mínimo. Plan: alta, con Keflex; febrax; dieta sin grasa ni irritantes; cita en tres días para control. **19 de septiembre:** No asistió a consulta. **24 de septiembre:** Dalacin C cápsulas 300 mg, tomar una cada 8 horas, por siete días.

**Constancia médica expedida por otro facultativo:** El paciente solicitó atención médica debido a infección de prótesis peneana; la prótesis fue retirada el 3 de noviembre de 2002.

### Análisis

Con el objeto de caracterizar la patología del caso, es necesario hacer las siguientes precisiones:

Aproximadamente 10% de los hombres con impotencia sexual, eligen la prótesis peneana como tratamiento. La mayoría de las prótesis insertadas son dispositivos hidráulicos, los cuales tienen riesgo de falla mecánica en comparación con los dispositivos semi-rígidos.

Cabe mencionar, que el reemplazo o reparación es rutinaria en pacientes con mal funcionamiento protésico.

La infección posterior a la cirugía de implante de prótesis peneana, es una complicación severa. La remoción del dispositivo infectado es casi siempre necesaria, y el reimplante

subsecuente, en ocasiones no es posible, debido al desarrollo de fibrosis a nivel de los cuerpos cavernosos, así como a acortamiento peneano, pues ello puede ocasionar dificultad o imposibilidad para el reimplante.

Atendiendo a la literatura especializada, la incidencia de infección posterior a inserción inicial de prótesis peneana, se reporta entre menos de 1% hasta 50%. Los factores de riesgo para infección de prótesis peneana, incluyen: infecciones del tracto urinario, infección en otra localización del cuerpo, así como diseminación hematógena tardía, entre otras. Ahora bien, para disminuir los riesgos de infección, los antibióticos perioperatorios y antisépticos son de utilidad; empero, a pesar de estas medidas, algunas prótesis pueden infectarse. Así mismo, los pacientes diabéticos, tienen mayor riesgo de infección en general, debido a mala microcirculación y función inmune.

Las infecciones protésicas son difíciles de tratar, pues las bacterias pueden adherirse a la prótesis, debido a la producción de mucinosa compuesta por polisacáridos, los cuales proveen nutrientes para el crecimiento bacteriano y protegen a las bacterias de los antibióticos y de los sistemas de defensa inmune del huésped. Por lo anterior, deben aplicarse antibióticos intravenosos a manera de profilaxis.

Cuando se observa infección del implante manifestada por erosión o drenaje, debe retirarse completamente la prótesis sin intentar salvarla. Al respecto, la literatura refiere que la única excepción, pueden ser aquellos casos de erosión uretral distal de un solo cilindro, pues puede retirarse el cilindro que erosionó y reimplantarse uno nuevo, cuando la uretra así lo permita.

En el presente caso, el paciente debido a disfunción eréctil acudió con el facultativo demandado para colocación de prótesis peneana. En efecto, del expediente clínico se desprende, que previo a la cirugía se efectuaron exámenes de laboratorio, los cuales no contraindicaban la cirugía, pues estaban dentro de parámetros normales. Así mismo, se efectuó valoración preanestésica estableciéndose riesgo quirúrgico ASA EIIB.

En esos términos, no se observan elementos de mala práctica atribuibles al facultativo demandado, pues ante la patología que presentaba el enfermo, estaba justificada la colocación de prótesis peneana y el citado facultativo observó sus obligaciones de medios, al valorar al paciente conforme a la *lex artis* médica, antes de intervenirlo quirúrgicamente.

De la nota quirúrgica se desprende, que se colocó prótesis peneana (cilindros con mecanismo hidráulico) sin complicaciones, teniendo como hallazgo fibrosis de cuerpos cavernosos. En ese sentido, no se observan elementos de mal *praxis* atribuibles al facultativo demandado, pues del expediente se desprende, que efectuó la citada cirugía de la manera convencional, es decir, conforme a lo aceptado en la *lex artis* médica, sin que existieran accidentes o

complicaciones durante la misma, a pesar de la presencia de fibrosis; es decir, durante el procedimiento quirúrgico se identificó proliferación de tejido conectivo fibroso; tal proliferación ocurre debido a reacción del propio organismo (el uso de inyecciones en los cuerpos cavernosos de vasoactivos, aumentan la posibilidad para desarrollar fibrosis de los mismos). Empero, atendiendo a las constancias que obran en autos, tal hecho, no produjo complicación alguna durante la operación y se trata de una reacción del organismo no derivada de mal *praxis* (se trata de una respuesta individual del paciente).

En su escrito de queja, el paciente manifestó que la cirugía estaba programada para durar dos horas y que al facultativo le tomó cuatro horas realizarla. Sobre el particular, es menester señalar, que en términos de la hoja de registro de anestesia, la cirugía efectuada al paciente tuvo duración de una hora cincuenta y cinco minutos. En esos términos, no puede tenerse por cierta la afirmación del demandante en el sentido de que la cirugía se prolongó más de lo programado, pues, merced a la hoja de registro, quedó demostrado que la cirugía tuvo duración menor a dos horas.

Ahora bien, durante el posoperatorio, se indicó dieta para paciente diabético, realización de dextrostix y manejo con soluciones parenterales, antibióticos y analgésicos. En el expediente, no se menciona empleo de hipoglucemiantes orales o insulina; sin embargo, atendiendo al reporte de glucosa por laboratorio, así como a los dextrostix reportados el 14 de septiembre, se estima que el paciente estaba controlado, siendo aceptable el incremento de glucosa (dextrostix 130) que tuvo, como respuesta al estrés quirúrgico, no requiriendo esta cifra manejo médico, siendo su evolución satisfactoria, por ello fue dado de alta al día siguiente. En efecto, del expediente se desprende, que al egreso se indicó antibiótico y antiinflamatorio, así como cita de control en tres días. Así las cosas, no se observan elementos de mala práctica atribuibles al facultativo demandado, por cuanto a este rubro se refiere, pues conforme al expediente clínico, está demostrado que se prescribió antibiótico de manera profiláctica y cita para seguimiento. Esto se ajusta a la *lex artis* de la especialidad.

Más aún, la citada nota señala, que se otorgó cita al paciente tres días después de su egreso; empero, de las constancias que obran en el expediente, se desprende, que el paciente asistió a consulta hasta el 24 de septiembre de 2002; es decir, pasaron nueve días para que el enfermo consultara al demandado. En la especie, receta médica fechada el 24 de septiembre de 2002, así lo acredita. De igual forma, la citada receta demuestra que el facultativo demandado indicó nuevamente antibiótico. Lo anterior, es un elemento más para confirmar que la atención proporcionada por el demandado se ajustó a la *lex artis* de la especialidad.

Dicho en otros términos, estaba indicado el empleo de antibiótico en el paciente, en razón de que la infección proté-

sica, es una eventualidad reportada en la literatura especializada y en este caso quedó acreditado, mediante la citada receta, que el facultativo prescribió antibiótico de manera profiláctica para evitar infecciones en el posoperatorio; sin embargo, y por causas ajenas al actuar médico y a pesar de ello, el enfermo desarrolló infección de prótesis, misma que no puede atribuirse al demandado, pues según se ha venido razonando, constituye un riesgo inherente al procedimiento quirúrgico realizado, el cual ha sido ampliamente reportado en la literatura médica de la especialidad.

Así mismo, atendiendo a la carta de consentimiento bajo información, firmada por el propio paciente, está demostrado que autorizó la colocación de prótesis peneana, siendo informado de las complicaciones y riesgos que podían presentarse debido a la citada cirugía; es decir, el propio paciente reconoce expresamente, mediante el citado documento, que fue informado que podría presentarse perforación de cuerpos cavernosos, deformación peneana, lesiones uretrales, e infección, entre otros. En ese sentido, el facultativo cumplió con la obligación de informar al paciente, en apego a lo establecido en el artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Por otra parte, quedó demostrado que el paciente consultó a otro facultativo; pues existe constancia médica, la cual señala que el 3 de noviembre de 2002, se retiró la prótesis peneana debido a infección. Sin embargo, en el presente caso, no quedó demostrado que este hecho haya sido a consecuencia de negativa del servicio o mala práctica atribuible al facultativo demandado; es menester señalar, que la remoción de la prótesis peneana, según se mencionó, es casi siempre necesaria cuando existe infección de dicho dispositivo, pues ésta puede presentarse aun con la administración de antibióticos y es de difícil control.

## Apreciaciones finales

La atención que brindó el facultativo demandado al enfermo, se ajustó a la *lex artis* de la especialidad, pues ante la patología que presentaba (disfunción eréctil) estaba justificada la colocación de prótesis peneana. Así mismo, quedó acreditada la realización de estudios preoperatorios y valoración preanestésica del enfermo, lo cual era necesario para intervenirlo con razonable seguridad.

De igual suerte, está demostrado que la colocación de la citada prótesis, se efectuó de manera convencional, sin que existieran accidentes o complicaciones durante la misma, indicándose antibióticos profilácticos, merced a ello, no se observan elementos de mal *praxis* atribuibles al facultativo demandado.

Por otra parte, la prótesis hubo de ser retirada debido a infección; sin embargo, en el presente caso, este hecho no fue a consecuencia de negativa del servicio o mala práctica por parte del facultativo demandado.

## Referencias

1. Jarow JP. Risk factors for penile prosthetic infection. J Urol 1996; 156(2): 402-404.
2. Wilson Sk, Delk JR. Inflatable penile implant infection: predisposing factors and treatment suggestions. J Urol 1995; 153: 659-661.
3. Kablin JJN, Kessler R. Infectious complications of penile prosthesis surgery. J Urol 1988; 139: 953-955.
4. Licht MR, Montague DK, Angermeier KW, Lankin MM. Cultures from genitourinary prostheses at reoperation: questioning the role of *Staphylococcus epidermidis* in periprosthetic infection. J Urol 1995; 154(2): 387-390.
5. Mulcahy JJ. Long-term followup of and patient satisfaction with the dynaflex self contained inflatable penile prosthesis: editorial comment. J Urol 1997; 158(2): 459.
6. Walsh R. Campbell Uroología, Sexta edición, Editorial Panamericana, Argentina, 1998.