



Un caso de prostatectomía que condicionó conflicto entre el médico y el paciente, resuelto a través de proceso extrajudicial

Rafael Gutiérrez-Vega,* Hugo A Manzanilla-García,**
Adriana Cecilia Gallegos-Garza,*** Ma. del Carmen Dubón-Peniche,****
Francisco V Venegas-Páez,**** Alejandro Novoa-Boldo,*****
Ana Valeria Aguirre-Güemez,***** Germán Fajardo-Dolci*****

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 77 años que fue sometido a prostatectomía radical por cáncer prostático. Tuvo sangrado masivo en el transoperatorio; posteriormente desarrolló incontinencia urinaria. Por este motivo, presentó queja en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, aceptando el médico y el paciente someterse a los procedimientos de conciliación y arbitraje. Se determinó que no hubo mala práctica médica, a pesar de las complicaciones, ya que el médico se apegó a los principios éticos y científicos de la medicina y al marco legal vigente en nuestro país.

Palabras clave: Carcinoma de próstata, prostatectomía radical retropúbica, complicaciones quirúrgicas, mala práctica médica, proceso extrajudicial.

ABSTRACT

We report the case of a 77 year old patient submitted to a radical prostatectomy for prostate cancer. During surgery massive bleeding occurred; later on, he developed urinary incontinence. The patient complained at The National Commission of Medical Arbitration; both parties accepted the procedures of conciliation and arbitration mandated by the Commission. It was determined that, in spite of both complications, this was not a case of medical malpractice because the surgeon acted according to the standards of ethical and scientific practice of medicine, and within the legal frame in our country.

Key words: Prostate cancer, retropubic radical prostatectomy, surgical complications, medical malpractice, extrajudicial process.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es uno de los padecimientos que con mayor frecuencia afecta a la población masculina. A pesar de que la mortalidad causada por este padecimiento ha disminuido en muchos países desarrollados, como en los Estados Unidos de América, Inglaterra y Canadá, lo que se ha atribuido a una detección temprana y la disponibilidad de tratamientos

más efectivos, para el año 2007 se calculó que se presentaron a nivel mundial 782,600 nuevos casos y ocurrieron 254,000 defunciones por esta enfermedad. En contraste, su incidencia se ha incrementado en algunos países Asiáticos, como Japón y Singapur. En los Estados Unidos de América para 2008, representó el 25% de todos los cánceres diagnosticados en hombres. Su incidencia generalmente se incrementa con la edad.¹ El diagnóstico temprano de este

* Director General Adjunto. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

** Servicio de Urología, Hospital General de México.

*** Hospital Ángeles del Pedregal.

**** CONAMED.

***** Facultad de Medicina, UNAM.

***** Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Recibido para publicación: 16/06/10. Aceptado: 30/06/10.

padecimiento permite ofrecerle al paciente diferentes alternativas terapéuticas como el tratamiento quirúrgico, que se mantiene como la opción estándar a través del tiempo, por cualquiera de las vías de abordaje conocidas, la prostatectomía radical retropúbica abierta, la prostatectomía radical laparoscópica o la prostatectomía asistida con robot. Además de estas opciones de tratamiento, también se le puede ofrecer al paciente la inserción de semillas radiactivas, la radioterapia externa, y también el solo mantener vigilancia de la enfermedad hasta que ésta produzca sintomatología obstructiva urinaria. Las complicaciones más frecuentes que se presentan con los procedimientos quirúrgicos por cualesquiera de sus vías de abordaje son: lesión de la vena dorsal profunda del pene con sangrado importante transoperatorio; lesión de las fibras del nervio pudiendo que condiciona la presencia de disfunción eréctil postoperatoria; lesión del esfínter estriado de la uretra membranosa, lo que tiene como consecuencia la incontinencia urinaria postoperatoria.²

En este artículo se presenta el caso de un paciente con cáncer prostático, que tuvo complicaciones durante el procedimiento quirúrgico y quedó insatisfecho por el resultado obtenido; lo que originó un conflicto entre el paciente y el médico tratante.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 77 años de edad, con antecedentes heredofamiliares de madre finada a los 88 años quien padeció de hipertensión arterial sistémica manejada con medicamentos no especificados; padre falleció a los 92 años por complicaciones de úlcera péptica perforada. Antecedentes patológicos, se le realizó apendicectomía a los 28 años sin complicaciones, resto negados. Acudió a consulta con su médico urólogo para revisión que se realizaba anualmente, informándole el médico que se encontró cifra de antígeno prostático específico de 6.4 ng/mL, por lo que le sugirió realizarse nueva determinación. El paciente acudió nuevamente a consulta con resultado de antígeno prostático específico total de 6.7 ng/mL, y el libre en 0.9 ng/mL, con una relación referida en porcentaje de 13%. Ante tales hallazgos se indicó ultrasonido transrectal de la próstata, con toma de biopsia, cuyo resultado reportó adenocarcinoma de próstata moderadamente diferenciado; Gleason (3+3) suma de 6, hiperplasia fibroglandular, hiperplasia de células basales y prostatitis crónica. Se procedió a indicarle gammagrama óseo, que resultó negativo para la demostración de metástasis. El mé-

dico tratante explicó al paciente las opciones terapéuticas para el manejo de su problema, incluyendo los riesgos y posibles complicaciones inherentes a cada procedimiento. El paciente decidió que se le realizara tratamiento quirúrgico, consistente en prostatectomía radical y linfadenopatía pélvica; procediendo a firmar los documentos de consentimiento bajo información procedentes. El procedimiento se realizó tres días posteriores a la consulta. Durante el procedimiento quirúrgico se presentó sangrado masivo al final de la intervención, de aproximadamente 6 a 8 litros, originado en complejo anómalo de la vena dorsal del pene. Se transfundieron concentrados eritrocitarios, plasma, coloides y cristaloideos. El paciente presentó periodos de hipotensión arterial y taquicardia. Sin embargo, se logró recuperar estabilidad hemodinámica con manejo a base de reposición de volumen. Instalaron sonda de Foley y colocaron el balón en el complejo venoso referido con 40 mL de agua a tracción, así como puntos hemostáticos retropúbicos y en cruz en el pubis. Empaquetaron el espacio extraperitoneal retropúbico con tres compresas. Cerraron cuello de la vejiga y colocaron sonda de cistostomía suprapúbica. La hemoglobina postoperatoria se reportó en 7.8 g/dL. Se indicó su ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos para vigilancia y manejo del postoperatorio; se continuó manejo con concentrados eritrocitarios, concentrados plaquetarios y plasma fresco congelado. Se indicó manejo con dopamina. A las 24 horas de postoperatorio se reportó estable hemodinámicamente y con buenos flujos urinarios, pupilas centrales y reactivas a estímulo luminoso, con hemoglobina (Hb) de 9.9 g/dL. En el segundo día de postoperatorio se reportó con evolución hacia la mejoría, manteniendo estabilidad hemodinámica, flujos urinarios adecuados, por lo que se retiró la dopamina. En el tercer día de postoperatorio se reportó Hb 11.2 g/dL, hemodinámicamente estable y con flujos urinarios adecuados, sin datos patológicos en campos pulmonares, área precordial, herida quirúrgica y neurológicamente respondiendo adecuadamente. Se decidió reintervirlo; se realizó desempaquetamiento sin observar reactivación de sitios de sangrado previo, se efectuó anastomosis vesicouretral y se colocó drenaje Jackson Pratts, se instaló sonda de Foley transuretral y continuó con la cistostomía. No reportaron accidentes transoperatorios, con sangrado calculado de 300 mL. Reingresó a Terapia Intensiva para su cuidado y vigilancia; se reportó hemodinámicamente estable durante las primeras 24 horas, sin uso de aminos vasopresoras. Neurológicamente íntegro. La cifra de Hb reportada a las 24 horas del postoperatorio

rio fue de 9.8 g/dL. Evolucionó hacia la mejoría, por lo que al cuarto día de postoperatorio de la reintervención es dado de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, y se trasladó al área de hospitalización de adultos. El décimo sexto día de postoperatorio se retiró sonda de cistostomía sin incidentes. Al día siguiente se retiró la sonda transuretral, y 48 horas después el paciente fue egresado a domicilio en condiciones adecuadas, con cita a consulta externa de urología en una semana, y cita abierta a urgencias o a consulta de urología si el paciente presentaba algún dato que requiriera de atención médica. El médico tratante le facilitó número de su teléfono personal, así como el de los dos ayudantes que participaron en ambas cirugías, invitándolo a que se comunicara con ellos ante cualquier situación que quisiera comentar. Acudió la siguiente semana a consulta con el médico tratante, reportándose en el expediente clínico: paciente con evolución favorable desde el punto de vista hemodinámico y de sus condiciones generales; sin embargo, refiere incontinencia urinaria total. Se le explicó que era resultado del procedimiento quirúrgico al que se sometió, probablemente secundaria a lesión esfinteriana. Por lo que se le propuso la realización de estudios urodinámicos específicos y revisión endoscópica de vías urinarias bajas para valorar manejo a seguir, explicándole que podría ser farmacológico, aplicación de polímeros o la implantación de esfínter artificial; insistiéndole en la importancia de la valoración urológica para proponerle la mejor alternativa terapéutica para su problema. El paciente no aceptó la propuesta del médico tratante, y le expresó que solicitaría una segunda opinión médica. Acudió el paciente con un segundo especialista en urología, quien le hizo el mismo planteamiento; se reportó deficiencia intrínseca del esfínter en los estudios urodinámicos. Le practicó revisión endoscópica de vías urinarias, con el propósito de aplicar polímero a nivel de la uretra, lo cual no fue posible ya que se encontró sutura con material calcáreo, lo que imposibilitó la aplicación del material. Debido a la secuela anteriormente mencionada, el paciente presentó inconformidad ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). De acuerdo a los procedimientos establecidos en la CONAMED se inició estudio para Arbitraje en amigable composición, denominada conciliación. Una vez que la CONAMED concluyó el estudio del caso, se invitó al paciente y al médico urólogo a audiencia. Durante la audiencia, el paciente manifestó: que si se acreditaba el incumplimiento en la atención médica reclamada, procedía que el médico urólogo le indemnizara en daños y perjuicios por los gas-

tos erogados para la atención médica que recibió. El médico urólogo manifestó: que el procedimiento quirúrgico efectuado fue adecuado y apegado a la *lex artis* médica, no reconoció culpa, dolo, impericia o negligencia alguna, consideró que no existía materia de conciliación, y que no estaba en posibilidad de dar satisfacción alguna a las pretensiones del paciente. La CONAMED en su carácter de amigable compensor, propuso a ambas partes someterse a Arbitraje, para que la Comisión presentara a las partes alternativas conciliatorias, sin prejuzgar respecto al derecho de las mismas. Para tal efecto, la CONAMED solicitó la información y documentación necesaria para el análisis del caso, de una manera justa, objetiva, imparcial y apegada a los principios científicos y éticos de la medicina. Una vez realizado el análisis del caso por especialistas en la materia, se concluyó lo siguiente: en el entendido que ningún médico trata a su paciente con fines de dañarlo, sino más bien de ayudarlo y curarlo; que el sangrado transoperatorio que tuvo el paciente fue manejado adecuadamente, a pesar de ser mayor al promedio reportado en este tipo de cirugías, mediante una alternativa, como es el empaquetamiento y la resolución en un segundo tiempo, y su vida fue salvada; que los resultados desde el punto de vista oncológico fueron satisfactorios; que el paciente tuvo como complicación la incontinencia urinaria cuyo origen fue la cirugía misma y no el sangrado reportado y que se tenía que definir el estado del esfínter mediante estudios de urodinamia, que existían alternativas médicas y quirúrgicas para la incontinencia que presentó el paciente. Se consideró que el médico urólogo actuó en forma adecuada y oportuna ante el caso, y de acuerdo a la *lex artis*, y que en su actuación no existió impericia, ni negligencia. Lo anterior fundamentado en el marco legal establecido por La Ley General de Salud; El Código Civil Federal, en relación a los principios generales para la interpretación de las obligaciones médicas, y; la Ley de Profesiones para el Distrito Federal; así como en los principios éticos y científicos de la medicina. Las partes en conflicto aceptaron la propuesta de la CONAMED, dándose por concluida y resuelta la queja interpuesta por el paciente.

DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes a los que se les diagnostica cáncer prostático en etapa temprana cursan asintomáticos. La sospecha diagnóstica se relaciona con la elevación del antígeno prostático específico (APE), anormalidades identificadas durante el tacto

rectal (TR) o la combinación de ambos. La presencia de datos de mal vaciamiento urinario, síntomas irritativos al orinar, hematospermia o disminución del volumen de eyaculación, pueden sugerir enfermedad localmente avanzada, pero la presencia de estos síntomas en la población en general en raras ocasiones son causados por cáncer de próstata. Cuando el cáncer es avanzado, puede presentarse con metástasis óseas, anemia, edema de extremidades inferiores, obstrucción del tracto urinario superior, síndromes paraneoplásicos o coagulación intravascular diseminada. También se asocia pérdida de peso, hiporexia y dolor por las metástasis óseas. Cuando se sospecha cáncer prostático, el diagnóstico histopatológico de confirmación se efectúa por medio de una biopsia guiada por ultrasonido transrectal de la próstata. Las opciones de tratamiento para cáncer clínicamente localizado incluyen: prostatectomía radical; radioterapia externa, braquiterapia, o la combinación de las dos; también se utiliza la ablación del tejido por criocirugía, o por radiofrecuencia, lo cual se logra por el efecto directo de la baja o alta temperatura sobre el tejido prostático, a estos procedimientos se les conoce como de mínima invasión.³ La primera prostatectomía radical fue realizada en el Hospital Johns Hopkins en 1940, y el abordaje fue realizado a través del periné. La primera prostatectomía radical retropúbica fue realizada en 1947 por Millin. En la década de los 80 se identificó con mayor detalle la anatomía quirúrgica, incluyendo el complejo venoso dorsal del pene y el haz neurovascular, permitiendo importantes modificaciones en la técnica quirúrgica. En los años 90 la técnica de prostatectomía laparoscópica fue desarrollada; sin embargo, debido a la dificultad técnica del procedimiento, su aplicación se limitó. Fue hasta el advenimiento de la interfase robótica Da Vinci, que se ha extendido este abordaje en diversos centros hospitalarios. La prostatectomía radical es un procedimiento quirúrgico complejo, que no está libre de posibles complicaciones tanto en el transoperatorio como en el postoperatorio. En el transoperatorio, probablemente la complicación más temida sea el sangrado masivo; el grupo de Gomella de la Universidad Thomas Jefferson reporta su presentación del 1.0 al 12% de los enfermos sometidos a este tipo de cirugía.⁴ Todos los pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer prostático localizado presentan una declinación clínicamente significativa en la función urinaria, sexual e intestinal. Se ha documentado que estas complicaciones condicionan cambios importantes en la calidad de vida, y afectan negativamente la autoestima y la vida social de los pacien-

tes. La incontinencia urinaria es un efecto colateral mayor de la prostatectomía radical, la posibilidad de que se presente, aun en manos de cirujanos altamente experimentados puede ser del 2 al 7%. En el estudio de resultados del cáncer de próstata realizados por Stanford y colaboradores, se reporta la necesidad de cambiarse en tres ocasiones o más pañal desechable en 3.3 % de los pacientes; e incontinencia severa en el 8.7% de los casos a los 24 meses de postoperatorio.^{5,6} La incontinencia urinaria posterior a prostatectomía radical puede ser originado por diversos mecanismos: disfunción intrínseca del esfínter, lo que condiciona salida de orina al incrementarse la presión intraabdominal; disfunción vesical, por inestabilidad del detrusor y/o incremento de la presión del detrusor con acumulamiento de orina.⁷ El tratamiento de la incontinencia urinaria debe establecerse con base en el mecanismo causal. En los casos originados por trastornos en la función del detrusor, el manejo consiste en la asociación de medidas higienico-dietéticas, como la micción pausada, la restricción de la ingesta de líquidos, y la rehabilitación del piso pélvico y anticolinérgicos.⁸⁻¹⁰ Cuando el problema se origina por disfunción intrínseca del esfínter, el objetivo del tratamiento es realizar la comprensión de la uretra. Se han empleado diversos materiales con esa finalidad, entre ellos: teflón, silicona, colágeno. Estos materiales son inyectados por vía transuretral o transperineal. Desafortunadamente, no todos los pacientes responden favorablemente a este manejo, por lo que en ellos debe valorarse la colocación de un cabestrillo a nivel del bulbo uretral o la implantación de un esfínter urinario artificial.^{8,11} Nuevas opciones han surgido para resolver esta complicación que tanto afecta la calidad de vida de los pacientes que la padecen, entre las que se incluyen la estimulación eléctrica del piso pélvico y la restauración anatómica de la unión vesicouretral, cuyos resultados no han sido concluyentes hasta el momento actual.^{12,13}

El arbitraje médico es el medio alternativo por el cual las partes en conflicto designan a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) de México, como árbitro especializado e imparcial para resolver su controversia, con el fin de que evalúe, analice y decida sobre el mérito de sus pretensiones. Por lo anterior, cuando los hechos motivo de la queja se refieren a una negativa del servicio o irregularidades en su prestación, se procede a su admisión. Destaca el carácter especializado de la Institución que, por su naturaleza, fue creada para atender controversias en materia de prestación de servicios de atención médica con absoluta imparcialidad, garantizando los derechos de las partes. Atendiendo a

la naturaleza civil que caracteriza al arbitraje médico, los conflictos que atiende la CONAMED pueden resolverse a través de dos procedimientos: conciliación y el otorgamiento del compromiso arbitral. En los casos en los que no se logra la conciliación, se propone a las partes el compromiso arbitral.

En la conciliación, una vez admitida la queja se invita al prestador del servicio médico para que en caso de ser su voluntad, acepte el proceso arbitral, lo que se formaliza mediante la suscripción de la cláusula compromisoria. Al aceptar, el prestador debe presentar el resumen clínico del caso, la contestación a la queja y sus propuestas de arreglo; acompañados de la síntesis curricular y copias de sus acreditaciones profesionales. Cuando se trata de un establecimiento se requiere además, copia del registro diario del paciente si se trata exclusivamente de atención en consulta externa y el expediente clínico en la atención hospitalaria. Para promover la avenencia de las partes, se realiza una audiencia de conciliación en la que después del análisis especializado del asunto, el personal conciliador de la CONAMED informa a las partes las formalidades de la etapa conciliatoria y su finalidad, dando lectura al motivo de queja, pretensiones e informe médico; señalando los elementos comunes y los puntos de controversia, solicitando a las partes se conduzcan con verdad y proponiéndoles presenten vías de arreglo. Los conciliadores pueden requerir a las partes los elementos de convicción que estime necesarios para la búsqueda de la conciliación. La especialización del personal conciliador ofrece una importante ventaja, pues le permite participar intensamente en la avenencia de las partes, con un sentido objetivo, neutral y propositivo, orientado a la solución de la controversia. La presencia de un perito en la materia debatida, capacitado en técnicas de negociación induce y facilita la solución del conflicto. La controversia se puede resolver por voluntad de las partes mediante la transacción, desistimiento de la acción o finiquito. Los instrumentos de transacción expresarán las contraprestaciones convenidas, con la sola limitación de que no sean contrarios a derecho. De concluir satisfactoriamente la etapa, se deja constancia legal y se archiva el expediente como asunto definitivamente concluido. En caso contrario se propone a las partes en conflicto se sometan a compromiso arbitral. Este proceso faculta a la CONAMED para que resuelva el fondo del asunto, conforme a los puntos debidamente probados, el cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica, así como las reglas del derecho. Dicha etapa concluye con la emisión del

laudo, resolución definitiva que tiene el carácter y fuerza de cosa juzgada. A efecto de evaluar correctamente las controversias derivadas de la prestación de servicios de atención médica, así como los derechos y obligaciones de las partes, se emplea una metodología de análisis de casos fundamentada en las disposiciones legales aplicables a la materia. Al respecto, la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Atención Médica, refieren que los servicios deben brindarse con oportunidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica. En igual sentido, la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal, aplicable por algunas entidades federativas de manera supletoria, establece elementos insoslayables respecto de la valoración del acto médico; éstos se refieren fundamentalmente al apego a la *lex artis*, a la disposición de insumos y recursos de acuerdo a las circunstancias del caso y a las condiciones de modo, tiempo y lugar, entre otras. En este contexto, el acto médico debe realizarse conforme a los fines establecidos por la ley, así como a los protocolos de atención aportados por la ciencia médica y las Normas Oficiales Mexicanas, procurando los deberes éticos que la profesión impone. La metodología de análisis de casos empleada en arbitraje, permite revisar con profundidad los aspectos médicos que caracterizan la actuación del profesional de la medicina, así como los elementos jurídicos en los que está enmarcada. La valoración en arbitraje, que puede identificarse como el análisis de un caso, hace necesario ajustarse a los elementos objetivos del acto médico; esto se refiere a la idoneidad de los medios empleados, debiéndose tener en cuenta: a) que el médico esté legitimado para actuar; b) el consentimiento del paciente, pues la relación existente entre el médico y el paciente, amerita la libre aceptación de este último, y c) la *lex artis* médica, entendida como el conjunto de procedimientos, de técnicas y de reglas generales de la profesión. Es necesario señalar, que en el Derecho Sanitario se reconocen las obligaciones del personal, fundamentalmente como de medios, de seguridad y de resultados. Abundando en lo anterior, la obligación médica frente al paciente, es por regla general, de medios y excepcionalmente, de resultados, pues el profesional sólo compromete observar una conducta diligente (brindar la atención), que procure el restablecimiento, en lo posible, de la salud del enfermo, cuya obtención no se garantiza. En efecto, la naturaleza de la ciencia médica, no permite afirmaciones terminantes o matemáticamente categóricas y esa carac-

terística propia, es lo que ha llevado a evaluar las obligaciones de los facultativos como de medios, debido a la imposibilidad de la ciencia para abarcar la infinita variedad de cada persona. En ese sentido, la exigibilidad de resultados, se sustenta esencialmente en los derechos de contratación de las partes. En el ejercicio profesional, lo que caracteriza a este tipo de obligaciones, es el hecho de que el facultativo asume el compromiso de conseguir un objetivo o efecto determinado (debe cumplir lo pactado). La metodología para el análisis, permite caracterizar un problema complejo basado en el estudio de los hechos, mediante la descripción e interpretación de las situaciones en su contexto, de manera integral y no parcializada; es decir, recopilar todos los detalles para valorar integralmente el acto médico. El análisis del caso debe iniciar con su reconstrucción completa, para determinar el cumplimiento de las obligaciones conforme a los estándares establecidos en la época en que se brindó la atención (*lex artis*, condiciones de modo, tiempo y lugar) pues no se trata de un examen a posteriori, sino de identificar la verdad histórica de lo sucedido.

En México existen mecanismos alternativos o extrajudiciales para dirimir las controversias entre usuarios y prestadores de servicios de salud, como los que realiza la CONAMED. De hecho, el 18 de junio de 2008 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* una adición al Artículo 17, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que señala al texto: «Las leyes prevén mecanismos alternativos de solución de controversias», lo que deja claramente establecido que los procedimientos realizados por la CONAMED, se encuentran fundamentados en el marco legal vigente. Los beneficios para las partes en conflicto son múltiples, ya que son procesos que se resuelven en períodos más cortos de tiempo, fomentan el acercamiento entre las partes en conflicto a través de una amigable composición propuesta y aceptada por ambos, se basa en confianza y buena fe, con un mejor conocimiento de la materia del acto médico y sus consecuencias, se evalúa el actuar de todo el equipo de salud y la responsabilidad de las instituciones de salud, por lo que el análisis no se enfoca exclusivamente al actuar del médico.

Es importante que tanto prestadores como usuarios de los servicios médicos conozcan estas alternativas, y consideren acudir a las instancias autorizadas para tales fines, que en el caso de controversias sobre la prestación de servicios de salud incluyen a la CONAMED y las Comisiones Estatales de

Arbitraje Médico. Ya que como se refiere previamente, los beneficios son múltiples para las partes en conflicto, las unidades médicas y el Sistema Nacional de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crawford ED. Understanding the epidemiology, natural history, and key pathways involved in prostate cancer. *J Urol* 2009; 73 (suppl 5A): 4.10.
2. Shteynshlyuger A, Andriole LG. Prostate cancer: To screen or not to screen? *Urol Clin N Am* 2010; 37: 1-9.
3. Hernández J, Thompson MI. Diagnosis and treatment of prostate cancer. *Med Clin N Am* 2004; 88: 267-279.
4. Gomella GL, Johansen J, Trabalusi JE. Current prostate cancer treatments: Effect on quality of life. *Urol* 2009; 73 (suppl 5-A): 28-35.
5. Schaeffer ME, Loeb S. The case for open radical prostatectomy. *Urol Clin N Am* 2010; 37: 49-55.
6. Moore NK, Valiquette L, Chetner PM, Byrniak S, Herbison GP. Return to continence after radical retropubic prostatectomy: A randomized trial of verbal and written instructions versus therapist-directed pelvic floor muscle therapy. *Urol* 2008; 72: 1280-1286.
7. Thiel DD, Young RP, Broderick AG, Heckman GM, Wehle JM, Igel CT et al. Do clinical or urodynamic parameters predict artificial urinary sphincter outcome in post-radical prostatectomy incontinence? *Urol* 2007; 69: 315-319.
8. Rodríguez JV, Chéchile TTEG. Incontinencia urinaria de esfuerzo. *Clin Urol Compl* 2000; 8: 605-621.
9. Fink KG, Huber J, Würnschimmel E, Schmeller NT. The use of duloxetine in the treatment of male stress urinary incontinence. *Wien Med Wochenschr* 2008; 158: 116-118.
10. Marchiori D, Bertaccini A, Manferrari F, Ferri C, Martorana G. Pelvic floor rehabilitation for continence recovery after radical prostatectomy: Role of a personal training re-educational program. *Anticancer Res* 2010; 30: 553-6.
11. Aaronson SD, Elliott PS, McAninch WJ. Transcortical artificial urinary sphincter placement for incontinence in high-risk patients after treatment of prostate cancer. *Urol* 2008; 72: 825-827.
12. Mariotti G, Sciarra A, Gentilucci A, Salciccia S, Alfaroni A, Pierro GD, Gentile V. Early recovery of urinary continence after radical prostatectomy using early pelvic floor electrical stimulation and biofeedback associated treatment. *J Urol* 2009; 181: 1788-1793.
13. Tan YG, Jhaveri KJ, Tewari KA. Anatomic restoration technique: A biomechanics-based approach for early continence recovery after minimally invasive radical prostatectomy. *Urol* 2009; 74: 492-496.

Correspondencia:

Dr. Rafael Gutiérrez-Vega
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Mitla 250 piso 4.
Col. Narvarte,
03020 México, D.F.
E-mail: gutierrezvega@conamed.gob.mx