



SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
**GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA**

www.elsevier.es



CASO CLÍNICO

Evaluación de la atención médica en el contexto del Derecho Sanitario

María del Carmen Dubón-Peniche^{a,*}, María Eugenia Romero-Vilchis^b y Anahi Ortiz-Flores^c

^a Dirección de la Sala Arbitral, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), México D.F., México

^b Dirección Jurídica en la Sala Arbitral, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), México D.F., México

^c Servicio Social, Licenciatura en Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México

PALABRAS CLAVE

Hiperplasia
prostática;
Prostatectomía,
Resección transuretral
de próstata; Mala
práctica; México.

Resumen Se presenta el caso de un paciente, quien promovió su inconformidad ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), refiriendo que fue atendido en medio privado por presentar crecimiento prostático, motivo por el que le realizaron prostatectomía total suprapúbica, presentándose complicaciones postoperatorias, las cuales considera ocurrieron por mala práctica médica.

KEYWORDS

Prostatic hyperplasia;
Prostatectomy;
Transurethral
resection of the
prostate; Malpractice;
Mexico.

Evaluation of the medical care in the context of Health Law

Abstract The case of a patient is presented whose promoted his disagreement in the National Medical Arbitration Commission, referring that was treated in private media for presenting prostate growth, because of this they performed suprapubic total prostatectomy, presenting postoperative complications, that he considers occurred by medical malpractice.

1665-9201 © 2014 Gaceta Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Mitla N° 250, esq. Eugenia, 3^{er} piso, Colonia Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F., México. Teléfono: 5420 7069. Correo electrónico: mdubon@conamed.gob.mx (María del Carmen Dubón-Peniche).

Introducción

El Derecho Sanitario es la rama autónoma del Derecho Público, encargada de regular los actos de protección a la salud, en sentido estricto; es decir, la salud pública, la atención médica y la asistencia social.

Así, el Derecho Sanitario posee autonomía conceptual y sistemática, un cuerpo de doctrina propio y un número significativo de normas, dentro de las cuales se encuentran los parámetros de calidad obligatorios para los prestadores de servicios de atención médica.

La Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, establecen que los servicios deben brindarse con oportunidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica^{1,2}.

En el Derecho Sanitario, la obligación médica frente al paciente, es por regla general de medios, 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 característica 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.

La cirugía es un componente esencial de la atención médica; sin embargo, a pesar de la eficacia que puede tener en cuanto al restablecimiento de la salud de los pacientes, la falta de atención quirúrgica de calidad, puede ocasionar graves afectaciones.

Mediante el caso que se analiza, en el cual el paciente consideró que existió negligencia de los demandados, se pone a disposición de los lectores, un marco referencial caracterizando las condiciones en las cuales se brindó la atención médica, así como su valoración conforme al cumplimiento de las obligaciones de medios ordinarios de diagnóstico y tratamiento establecidos por la *lex artis* médica.

Presentación del caso

Paciente masculino de 52 años de edad, en diciembre de 2011 acudió a hospital privado, siendo atendido por Cirujano General ahora demandado, quien diagnosticó crecimiento prostático, determinando que requería resección prostática, para lo cual se puso en contacto con Cirujano Oncólogo, también demandado, proponiéndose prostatectomía total suprapúbica, misma que se realizó el 26 de diciembre de 2011, extrayendo pieza quirúrgica macroscópicamente de aspecto sano.

Los demandados efectuaron tratamiento quirúrgico radical a pesar de que en el paciente sólo existía leve crecimiento prostático. El estudio histopatológico reportó próstata de 15.5 g con 3.5 x 3.5 x 2.2 cm, siendo el diagnóstico: hiperplasia nodular fibroadenomatosa de próstata con predominio de glándulas.

El 4 de enero de 2012, el Cirujano Oncólogo retiró la sonda uretral, percatándose el paciente que estaba obstruido; pese al manejo médico y al intento de dilatación de la uretra, no se obtuvo micción, por lo que el facultativo indicó

cistouretroroscopia y cistouretrografía. El diagnóstico fue contractura total del cuello vesical, por lo que fue necesario efectuar resección de tejido cicatrizal y ferulización de uretra.

La cistoscopia del 14 de mayo de 2012, mostró uretra prostática con cuello vesical de 3 cm; uretra prostática fibrosa con tunelización fibrosa en 95% de su luz, vejiga con meatos ureterales ortotópicos eyaculando orina clara, mucosa vesical hiperémica con aumento de la vascularidad, sonda de cistostomía; capacidad vesical de 300 mL.

Análisis

El paciente en su queja manifestó que en diciembre de 2011 asistió a hospital privado, donde fue atendido por primera vez por Cirujano General, a quien explicó su estado de salud, indicándole que requería cirugía.

El Cirujano General en su informe médico, argumentó que en diciembre de 2011 el paciente lo consultó, después de examen clínico solicitó exámenes de laboratorio y gabinete, diagnosticando crecimiento prostático, y determinó que requería resección prostática. Le explicó al paciente las características de los 2 procedimientos para corregir dicho crecimiento, es decir, la resección transuretral de próstata (RTUP) y la resección total vía abierta, eligiendo ésta última, razón por la cual se puso en contacto con Cirujano Oncólogo, quien previa valoración estuvo de acuerdo en realizar la intervención.

El paciente también señaló que el Oncólogo después de estudiarlo, le propuso cirugía la cual aceptó, siendo programado para el 26 de diciembre de 2011. Por su parte, el Cirujano Oncólogo manifestó que efectuó la primera cirugía al paciente el 26 de diciembre del 2011, por diagnóstico de hiperplasia prostática benigna, con manifestaciones clínicas de dicho padecimiento. Le informó de las posibles soluciones médicas y quirúrgicas, le informó que la prostatectomía total era un procedimiento definitivo para la obstrucción, pero que también existía la resección transuretral de próstata.

Respecto de la queja planteada en su contra, los demandados exhibieron el expediente clínico del hospital privado, del cual se desprende que el 20 de diciembre de 2011, el Cirujano Oncólogo valoró por primera vez al paciente, señalando en su nota que refirió datos de prostatismo, nictúmero: 7 a 8 micciones diurnas y 3 nocturnas de varios meses de evolución; en la exploración física lo reportó sano a excepción de tacto rectal con leve crecimiento prostático de 30 g, próstata homogénea, delimitada, no dolorosa, encontrándose los estudios preoperatorios dentro de parámetros normales. La impresión diagnóstica fue hiperplasia prostática benigna, indicándose tratamiento quirúrgico mediante prostatectomía abierta, misma que fue programada.

Así, el Cirujano Oncólogo y el Cirujano General, cirujano y primer ayudante, respectivamente, efectuaron prostatectomía total suprapúbica. La Hoja Quirúrgica del 26 de diciembre de 2011, acredita que previa asepsia, antisepsia y colocación de campos estériles, bajo anestesia regional se realizó incisión media infraumbilical por planos hasta espacio de Retzius, se identificó vejiga en cara anterior, se pinzó y se cortó longitudinalmente 5 cm, se reseco digitalmente la próstata del lecho capsular, con dificultad para esta maniobra a nivel del radio de las 12 (pubis) a las 4 horas (lado

derecho del paciente), se extrajo pieza quirúrgica macroscópicamente de aspecto sano (sin neoplasia) aún en sitio de fibrosis, se continuó con hemostasia de vasos y del borde de la mucosa vesical, se colocó sonda Foley de 2 vías transuretral, se traccionó con gasa a nivel de pene, por contra-abertura se colocó sonda de 3 vías suprapúbica en fosa iliaca derecha, se verificó permeabilidad de cistoclis y se cerró por planos, colocándose por el contra-abertura Penrose, el cual se fijó a piel, así como la sonda de cistostomía, enviándose la pieza quirúrgica (próstata) a estudio histopatológico. Procedimiento sin complicaciones, ni accidentes; cuenta de compresas y gasas completas; cistoclis con función adecuada del drenaje; coágulos mínimos; paciente estable.

Lo anterior, acredita que los demandados no agotaron sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, incurriendo con ello en mala práctica por negligencia, pues previamente a efectuar la cirugía, estaban obligados a estudiar al paciente de manera suficiente.

En efecto, la literatura especializada establece que para integrar el diagnóstico de hiperplasia prostática benigna, se debe realizar interrogatorio completo para valorar la severidad de la sintomatología y su repercusión en la calidad de vida (entre los parámetros se refiere el índice internacional *Prostate Symptoms*); la exploración física debe incluir evaluación de abdomen para detectar vejiga palpable, así como tacto rectal para valorar las características de la próstata; también son necesarios estudios de laboratorio y gabinete (examen general de orina, antígeno prostático específico, ultrasonido pélvico de próstata y vejiga con medición de orina residual).

En el presente caso, era imprescindible agotar los medios diagnósticos a fin de determinar el tipo de tratamiento: vigilancia, tratamiento conservador (médico), o bien, quirúrgico.

La literatura especializada refiere, que el tratamiento quirúrgico debe efectuarse en pacientes con hiperplasia prostática benigna que desarrollen complicaciones del tracto urinario (hidronefrosis, insuficiencia renal, retención urinaria recurrente, hematuria de origen prostático persistente o recurrente); así como en pacientes con síntomas de moderados a severos que presenten afectación importante en la calidad de vida y que no mejoren con tratamiento médico.

Las constancias de atención en este caso, ni siquiera acreditaron que el paciente presentara complicaciones del tracto urinario (hidronefrosis, insuficiencia renal, retención urinaria recurrente, hematuria de origen prostático persistente o recurrente).

Por otra parte, es preciso señalar, que los demandados realizaron tratamiento quirúrgico radical (prostatectomía total abdominal), a pesar de que en el paciente sólo se reportó leve crecimiento prostático. En la especie, dicho procedimiento está indicado en pacientes con protrusión importante intravesical del lóbulo medio, volumen prostático superior a 80 g, gran cálculo vesical, datos clínicos que no presentaba el paciente.

Por antes expuesto, quedó demostrada la mala práctica, por negligencia, en que incurrieron los demandados, ya que el paciente no presentaba patología que ameritara la prostatectomía total abdominal.

El reporte de estudio histopatológico fue concluyente para tener por cierta la mal *praxis*, al establecer que se trataba de próstata de 15.5 g, de 3.5 x 3.5 x 2.2 cm (parámetros

normales), siendo el diagnóstico hiperplasia nodular fibroadenomatosa de próstata con predominio de glándulas.

Según establece la literatura especializada, el peso normal de la próstata en un adulto mayor es de 20 a 25 g, con tamaño promedio de 3 cm de largo, 4 cm de ancho y 2.5 cm de grueso.

Así las cosas, el paciente fue egresado el 28 de diciembre de 2011 por mejoría, indicándose antibiótico, analgésico y antiespasmódico, cita en una semana para retiro de sonda uretral, cita abierta a Urgencias y comunicarse telefónicamente ante cualquier eventualidad, según lo establecido en la nota de evolución y alta.

El 4 de enero de 2012 fue atendido en Consulta Externa por el Cirujano Oncólogo, quien en su nota refirió que el paciente acudió para valorar retiro de sonda uretral, el cual se realizó, indicándose que debía continuar con sonda suprapúbica; cita abierta a Urgencias y comunicarse telefónicamente ante cualquier eventualidad.

En su queja, el paciente manifestó que en su cita a control, le retiraron la sonda transuretral y a las 2 horas se dio cuenta que estaba obstruido, por lo que se comunicó telefónicamente con el Oncólogo, quien le indicó que destapara la otra sonda (cistostomía) y así estuvo hasta el siguiente día que lo atendió el Cirujano General, pero permaneció igual y le dejaron una sonda. Al respecto, el Cirujano General refirió que la operación se efectuó sin contratiempos, después acudió el paciente a consulta por indicación del Cirujano Oncólogo, debido a que se había tapado el conducto urinario, motivo por el cual indicó a una enfermera que le colocara sonda uretrovesical, ya que en esos momentos se encontraba en consulta y el paciente iba con mucha molestia. Se colocó la sonda sin contratiempos y se le retiró poco después.

Relacionado con las citadas afirmaciones, la nota de Consulta Externa de Oncología de fecha 6 de enero de 2012, señaló que los múltiples intentos de colocación de sonda Foley y el retiro de la misma, probablemente ocasionaron gran edema que impedía el paso de la sonda, considerando que seguramente había contractura del cuello vesical, por lo que se indicó dexametasona y analgésico con antiespasmódico, así como esperar una semana para colocar sonda uretral, la cual estaría permanente, pues el retiro y manipulación favorecían la estenosis; también, se planteó la posibilidad de dilatación ureteral.

En nota de Consulta Externa de febrero de 2012, el Cirujano Oncólogo refirió que pese al manejo médico y de que en varias ocasiones se intentó dilatación de la uretra logrando pasar la estenosis, no se obtuvo micción, por lo que indicó cistouretroscopia y cistouretrografía.

En ese sentido, el paciente presentó como pruebas, reporte de estudio endoscópico (cistoscopia), fechado el 2 de marzo de 2012, el cual establece que presentaba uretra peñeana, bulbar y membranosa permeables, con datos inflamatorios y puntillero hemorrágico, uretra prostática con datos inflamatorios intensos y datos de sangrado reciente, estenosis completa del cuello vesical involucrando 100% del lumen, no franqueable al paso del cistoscopio, siendo la impresión diagnóstica: contractura de cuello total.

Sobre este punto, si bien es cierto que en términos de la literatura especializada la contractura del cuello vesical es una complicación inherente a la prostatectomía, también es cierto, que en el paciente se actualizó debido

al procedimiento quirúrgico efectuado por los demandados, sin que existiera sustento para su realización.

En marzo del 2012, el Cirujano Oncólogo en su nota de Consulta Externa señaló que la cistouretroscopia mostró estenosis completa de uretra prostática en extremo distal, por lo que solicitó cistouretrografía miccional para valorar la longitud de la estenosis y resección cicatrizal. Ese mismo día en su nota de las 19:00 horas, refirió que en el citado estudio, se observó ausencia de comunicación de vías urinarias a nivel de lecho prostático, por lo que consideró necesario realizar resección de tejido cicatrizal y ferulización de uretra. El facultativo en su informe manifestó que el procedimiento endoscópico para resecar el tejido cicatricial y vencer la obstrucción, se realizaría con médico de su confianza.

El paciente fue intervenido por segunda ocasión, por el facultativo designado por el Cirujano Oncólogo. En este procedimiento quirúrgico se colocó sonda Foley para ferulización de uretra y neoformación de conducto, indicándose el 19 de marzo de 2012, continuar con sonda por 2 a 3 meses, así como tratamiento con anticicatrizante y esteroide antiinflamatorio.

El paciente en su queja señaló que el tratamiento quirúrgico no fue adecuado desde la primera cirugía, por lo que tuvo que someterse a una segunda intervención que no corrigió los errores de la primera, y además ocasionó otras complicaciones que lo han obligado a consultar especialistas en Urología. Para acreditar la persistencia de la estenosis de uretra, exhibió reporte de cistoscopia del 14 de mayo de 2012, el cual acredita que presenta: uretra prostática con cuello vesical de 3 cm; uretra prostática fibrosa con tunelización fibrosa en 95% de su luz, vejiga con meatos ureterales ortotópicos eyaculando orina clara, mucosa vesical hiperémica con aumento de la vascularidad, sonda de cistostomía; capacidad vesical de 300 mL.

Discusión

En términos de la literatura especializada, la próstata es un órgano de naturaleza fibromuscular y glandular, tiene forma de pirámide invertida; aunque el tamaño de la próstata varía con la edad, en hombres jóvenes y sanos, la glándula normal tiene tamaño de una nuez, su peso en edad adulta es de 20 g, lo que suele mantenerse estable hasta los 40 años, edad en la que se producen cambios histológicos, la glándula crece y bloquea la uretra o la vejiga, causando dificultad al orinar e interferencia en las funciones sexuales que con el tiempo pueden dar lugar a hiperplasia benigna de próstata³.

La hiperplasia prostática benigna puede expresarse en cualquiera de las 3 condiciones siguientes: 1) Detección microscópica de la hiperplasia (proliferación del estroma y el epitelio), 2) crecimiento prostático detectado por el examen rectal digital o ultrasonido, y c) un grupo de síntomas asociados con hiperplasia prostática y definidos con el término de síntomas del tracto urinario inferior. Las diferentes definiciones surgen porque el tamaño de la próstata no siempre se correlaciona con los síntomas (sólo 30% a 50% de los hombres con hiperplasia prostática benigna, detectada por tacto rectal o ultrasonido, presentan síntomas), así el término de hiperplasia prostática benigna implica uno o más de los hallazgos mencionados. Por otro lado, si bien la

hiperplasia prostática benigna, es la causa más común de síntomas del tracto urinario inferior, éstos pueden presentarse por otras patologías.

Se trata de una enfermedad progresiva con origen hormonal, donde la dihidrotestosterona producto de la acción de la enzima 5-alfa-reductasa tipo 2 sobre la testosterona, es la responsable.

El diagnóstico histológico de hiperplasia prostática benigna, tiene una prevalencia del 25% entre hombres de 40 a 49 años de edad y la cual se incrementa hasta 80% entre los 70 a 79 años. Entre los factores de riesgo para esta patología son: niveles altos de la dehidroepiandrosterona y estradiol, etnia, obesidad, diabetes mellitus, consumo de alcohol, falta de actividad física, así como marcadores inflamatorios (proteína C reactiva)⁴.

El cuadro clínico se dividen en: a) Síntomas obstructivos, como disminución del calibre y fuerza del chorro urinario, dificultad y retraso en el inicio de la micción, intermitencia miccional, sensación de vaciamiento incompleto (orina residual), pujo a la micción (esfuerzo abdominal, por sensación de vaciamiento incompleto), goteo terminal, micción por rebosamiento (descompensación vesical por obstrucción crónica); b) síntomas irritativos, como polaquiuria, nicturia, urgencia miccional, incontinencia y disuria; y c) síntomas asociados: hematuria y hemospermia⁵.

Para realizar el diagnóstico clínico de hiperplasia prostática benigna, se debe realizar historia clínica; la literatura especializada refiere el índice Internacional *Prostate Symptom Score* (IPSS), el cual consiste en 8 preguntas, 7 de las cuales exploran los síntomas urinarios, considerándolos leves con calificación de 0 a 7, moderados de 8 a 19 y severos de 20 a 35; la octava pregunta investiga la calidad de vida. Esta evaluación incluye el consumo de cafeína y el uso de diuréticos o medicamentos con efectos antihistamínicos, que puede debilitar la función del músculo detrusor de la vejiga.

Asimismo, se debe realizar exploración física que incluya: a) evaluación de abdomen para detectar vejiga palpable y tacto rectal para evaluar las características de la próstata (tamaño, forma, simetría, textura y consistencia).

En pacientes con síntomas del tracto urinario inferior y sospecha de hiperplasia prostática benigna, se debe solicitar examen general de orina, para descartar infección urinaria y/o hematuria. Si el paciente informa vaciamiento vesical incompleto o la vejiga es palpable al examen abdominal, debe obtenerse medición de orina residual para descartar retención urinaria silenciosa. Algunas pruebas de laboratorio permiten excluir condiciones asociadas que aumentan el riesgo de falla al tratamiento o diagnóstico diferencial en caso de duda: glucemia (para descartar diabetes mellitus), creatinina (para evaluación de la función renal).

El ultrasonido vesical y prostático con medición de orina residual, puede ayudar a determinar el tamaño prostático y el volumen urinario residual, lo que permite valorar los beneficios del tratamiento médico, así como orientar el manejo quirúrgico. También puede ser útil examinar riñones y vejiga para descartar litiasis, en caso de infección de vías urinarias repetidas, tumores, o hematuria persistente. Si se requiere medición del tamaño prostático con objeto de definir la vía de acceso quirúrgico, el ultrasonido abdominal o transrectal, es más preciso que la evaluación mediante

tacto rectal. Los pacientes que ingresen a estudio para tratamiento de hiperplasia prostática benigna, deben tener ultrasonido vesical y prostático con medición de orina residual basal.

Existe relación directa de los niveles de antígeno prostático específico y el volumen de la próstata; sin embargo, los pacientes con hiperplasia prostática no tienen mayor riesgo de cáncer de próstata. Se debe determinar el antígeno prostático específico en todos los pacientes evaluados por hiperplasia prostática benigna, y de reportarse valores anormales del antígeno, debe descartarse cáncer de próstata. La flujo-metría puede ayudar al diagnóstico diferencial entre hiperplasia prostática benigna y vejiga hiperactiva.

La vigilancia es segura para la mayoría de los pacientes con síntomas leves a moderados de hiperplasia prostática benigna; también es adecuado en los casos de pacientes con síntomas moderados a severos que no han desarrollado complicaciones secundarias a obstrucción del flujo urinario (insuficiencia renal, retención urinaria aguda o infecciones recurrentes). Para mejorar los síntomas, se debe disminuir la ingesta de líquidos libres por la tarde y noche, así como de irritantes (cafeína, alcohol, etc. en cualquier presentación). Los pacientes deben recibir seguimiento al menos una vez al año, para evaluar la severidad de los síntomas y su estado general.

Las ventajas del tratamiento médico (conservador) incluyen evitar la morbilidad asociada al tratamiento quirúrgico. Los alfabloqueadores como la tamsulosina, terazosina y doxazosina tienen eficacia similar sobre el alivio o mejora de los síntomas del tracto urinario inferior (relajan el músculo liso de la próstata y cuello de la vejiga), son bien tolerados y su eficacia se mantiene después de 6 a 12 meses de tratamiento; no reduce el tamaño de la próstata ni altera la progresión de la hiperplasia prostática benigna. Los alfabloqueadores, son más efectivos que los inhibidores de la 5-alfa-reductasa, para mejorar los síntomas en el primer año de tratamiento y su efecto se manifiesta desde el primer mes de su inicio. Se puede emplear en los pacientes candidatos a tratamiento médico. Los inhibidores de la enzima 5-alfa-reductasa, producen disminución de las concentraciones de dehidrotestosterona a nivel prostático, que resulta en reducción del tamaño de la próstata, mejoría de los síntomas y menor frecuencia de intervenciones quirúrgicas. El alivio de los síntomas urinarios bajos se aprecia en un lapso de 3 a 6 meses y es dependiente de la reducción del tamaño prostático. Son útiles en pacientes con crecimiento prostático, ya que reducen el tamaño de la próstata, así como la necesidad de cirugía. Generalmente, se usan en pacientes con síntomas del tracto urinario inferior y crecimiento prostático igual o mayor a 40 cc⁶.

En próstatas mayores de 40 cc, el tratamiento combinado (inhibidores de la 5-alfa-reductasa y alfabloqueador) es la mejor opción, al reducir el riesgo de retención aguda de orina, el crecimiento prostático y los síntomas obstructivos.

El procedimiento quirúrgico está indicado en pacientes con hiperplasia prostática benigna que desarrollen complicaciones del tracto urinario (hidronefrosis, insuficiencia renal, retención urinaria recurrente, hematuria de origen prostático persistente o recurrente) y pacientes con síntomas moderados a severos que no mejoren con tratamiento conservador. La prostatectomía abierta está indicada en pacientes con próstatas iguales o mayores de 80 cc, y aquellos

con complicaciones asociadas, como hiperplasia prostática más litiasis vesical gigante o gran divertículo vesical, imposibilidad para colocar al paciente en posición de litotomía, protrusión importante del lóbulo medio intravesical, obesidad que dificulta el acceso retropúbico. Sus complicaciones incluyen: hemorragia trans y postoperatoria que amerite transfusión (< 5%), incontinencia urinaria de esfuerzo (10%), contractura de cuello vesical y estenosis de uretra (1.8%), disfunción eréctil (6.5%)⁷.

Apreciaciones finales

- En el caso que se presenta, quedó demostrado que durante la atención del paciente, los demandados incumplieron las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, al no estudiarlo de manera integral y realizar prostatectomía sin demostrar el debido sustento del procedimiento, esto aunado a que el paciente presentó complicaciones posquirúrgicas que consecuentemente derivaron de la mala práctica.
- La atención de los demandados fue en franco desapego a la *lex artis* médica. En efecto, el artículo 9° del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, dispone que la atención médica debe brindarse de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan.
- La mala práctica (mal *praxis*), se refiere al incumplimiento de las obligaciones de diligencia que el médico debe desempeñar en el ejercicio de su profesión.

Recomendaciones

- El objetivo fundamental del tratamiento de la hiperplasia prostática benigna es mejorar la calidad de vida del paciente, así como prevenir complicaciones asociadas.
- La mayoría de los pacientes que solicitan atención médica, lo hacen en relación a las molestias que presentan, por ello es de gran importancia contar con herramientas diagnósticas útiles y estandarizadas que permitan valorar cuantitativamente los síntomas, la gravedad de los mismos y la afectación de la calidad de vida resultante, con el fin de comprobar la eventual progresión de la enfermedad y llevar a cabo el tratamiento correspondiente.
- La historia clínica del paciente con síntomas del tracto urinario, puede determinar si éstos son causados por otras condiciones médicas (diabetes, infección del tracto urinario, prostatitis, uso de diuréticos, antidepressivos, antihipertensivos, anticolinérgicos, etc.).
- Para integrar el diagnóstico clínico de hiperplasia prostática es indispensable la elaboración de historia clínica completa, así como de la exploración física que incluya abdomen (para detectar vejiga palpable), tacto rectal para evaluar las características de la próstata (tamaño, forma, simetría, textura consistencia).

- También debe considerarse que el ultrasonido vesical y prostático con medición de orina residual, ayuda a determinar el tamaño prostático y el volumen urinario residual, lo que permite valorar el tipo de tratamiento médico que amerita el paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Referencias

1. Ley General de Salud, Artículo 51.
2. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Artículo 9°.
3. Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna. México: Secretaría de Salud; 2009.
4. Sarma A, John T. Bening Prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms. *N Engl J Med* 2012;367:248-257.
5. Rodríguez López M, Baluja-Conde I. Patologías benignas de la próstata: prostatitis e hiperplasia benigna. *Rev Biomed* 2007;18:47-59.
6. Feria G, Castillejos R. Manejo de la hiperplasia prostática benigna. Parte II. *Revista Mexicana de Urología* 2005;65(1):55-59.
7. Santana Z, Fulda S, Hernández V, et al. Morbilidad de la prostatectomía radical, complicaciones quirúrgicas tempranas y sus factores de riesgo; experiencia en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. *Rev Mex Urología* 2010;70(5):278-282.