



Temas de Interés General

General Subjects

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICAMENTE INVASIVO DE LA IMPOTENCIA:

Aspectos médico-legales

PHARMACOLOGICAL INVASIVE TREATMENT OF IMPOTENCE:

Medical and legal aspects

Prof. Osvaldo N. Mazza*

La práctica médica y la actividad judicial tienen muchos puntos de contacto; desafortunadamente, no todos son positivos desde el punto de vista de los médicos.

El médico puede tomar injerencia en el quehacer de la justicia desarrollando una actividad pericial o colaborando eficientemente con el desarrollo de su función específica, al dar prueba o testimonio del estado de salud y de la capacidad física de las personas. En otras ocasiones es la Justicia la que ejerce su acción sobre el médico al cuestionar o investigar su práctica. Este aspecto debería constituir una protección, tanto para los pacientes como para la comunidad de los médicos, la que a su vez se vería protegida de aquellos que la deshonran. Sin embargo, la realidad pone en evidencia una deformación de su accionar al dejar, en no pocas ocasiones, a los profesionales del arte de curar expuestos a ciertos fallos que traen como consecuencia daños irreparables sobre la honorabilidad, el patrimonio y la subsecuente actitud profesional del involucrado. En efecto, accionar legalmente contra los médicos se ha convertido en moneda corriente y no necesariamente por haber incurrido éstos en una mala práctica. Sólo se requiere que un paciente se sienta damnificado por haber sido, a su criterio, insuficientemente o deficientemente tratado, a juzgar por resultados que interpreta como negativos, incompletos o acompañados de algún perjuicio adicional. Se demanda una restauración *ad integrum* de la salud, como si el ser humano respondiese a una

mecánica simplista donde el cambio exacto de una pieza defectuosa asegura el normal funcionamiento del resto. Así, a la permanencia o evolución de las alteraciones físicas, tangibles y evidentes que una enfermedad deja a su paso se suma una cantidad de perjuicios intangibles y poco evidentes que bajo el rótulo de “daño moral” reclaman pacientes y abogados.

Las raíces de este problema son intrincadas y su análisis escapa al fin de este capítulo; recomiendo la lectura de lo que al respecto ha escrito el *Prof. Sáenz*⁽¹⁾ quien, en pocas palabras, resume sus consecuencias al decir que “La mayoría de estas demandas no prosperan judicialmente. No es ése el objetivo. Los que prosperan son los abogados demandantes, los defensores y las compañías aseguradoras. Se da el caso irritante de que un médico cobre por su práctica sumas mínimas y sea demandado por cifras exorbitantes; ya libre de toda culpa, deberá abonar honorarios y hacerse cargo de gastos cuando el demandante sea insolvente.”.

Estos conceptos introductorios, que son generales en toda la práctica de la medicina, cobran especial relevancia cuando se trata de médicos urólogos, andrólogos o sexólogos que en su práctica incluyen el tratamiento de las disfunciones sexuales.

El pene es un órgano particularmente sensible; su interés concierne a ambos miembros de la pareja, como en alguna ocasión se ha fallado. Las alteraciones en su forma y función llevan aparejado el valor agregado de cargas afectivas, derivaciones psicológicas, culturales, frustraciones proyectadas y la justificación de conductas para con el otro miembro de la pareja. Dado que el pene es un órgano externo, una fibrosis como consecuencia de un tratamiento desafortunado, que provoque una curvatura o deformación, pese a que la erección no esté alterada, será considerada por el paciente con una gravedad que no atribuiría a un órgano interno.

*Médico de planta del Servicio de Urología del Hospital Alemán
Camarones 2229 - (1416) Buenos Aires, Argentina.
Tel.: 583-4032

Aceptado para su publicación en julio de 1996

Finalmente, el panorama se agrava con la existencia de una población de profesionales que abordan la temática de la impotencia con un despliegue propagandístico exitista e inescrupulosamente comercial, adjudicándose resultados de terapias *sui generis* y en ocasiones incurriendo en mala praxis con ulterior repercusión periodística. Todo ello ocurre sin que ninguna asociación médica, agrupación profesional o sociedad científica de especialistas médicos muestre interés a fin de separar la paja del heno. Así, todo profesional demandado por causa de un tratamiento de impotencia podría ser, a los ojos del juez, "uno más".

El diagnóstico, la correcta documentación sobre el tipo de disfunción, el grado de insuficiencia que ella trae aparejada y la determinación correcta de su etiología, además de ser la base de un tratamiento exitoso, son los primeros recaudos destinados a la protección del médico. Un profesional sustentado sobre la base de un diagnóstico firme soportará con éxito los embates de un tratamiento que no satisfaga, si éste fue racionalmente indicado. No es infrecuente encontrar algún paciente que consulte por una impotencia que lo inhabilita en su vida sexual y que, ante el fracaso en lograr la cura, luego de un tratamiento quirúrgico o farmacológico, manifieste que ha quedado peor que antes, que *...en realidad, antes padecía una disfunción, pero que era parcial y ahora es total...*; en resumen que antes algo podía, pero que luego de nuestro tratamiento nada puede. Estos planteos, que son vividos por el profesional con una mezcla de angustia y enojo ante un paciente en el que *ve desarrollarse a un potencial enemigo*, no siempre son originados con el fin de accionar en forma judicial. Pueden deberse a una forma subconsciente de reclamar una conducta más efectiva de nuestra parte, o a un aumento de la angustia ante la progresión de una disfunción orgánica evolutiva donde el enfermo gana en incapacidad. No obstante, el peligro que implica el giro de esa relación médico-paciente es imprevisible. Cuando se trata de una patología orgánica, los estudios de tumescencia peneana nocturna son el procedimiento más aproximado para valorar el *status* eréctil, sobre todo cuando se utiliza el Rigiscan, que da más de un 90 por ciento de exactitud. Las tumescencias nocturnas son una constante fisiológica universal, y su normalidad operaría como una presunción *jure et jure* de ausencia de patología orgánica⁽²⁾. Un Rigiscan patológico, rico numéricamente en episodios de tumescencias, pero con ausencia o con valores parciales de rigidez, es altamente sugestivo de falla orgánica y permite su cuantificación. El monitoreo nocturno ha sido judicialmente requerido por su *valor pericial* en causas de nulidad matrimonial, determinación de la potencia en delitos de abuso sexual y juicios de mala praxis, lo que lo habilita como un *resguardo prejudicial* de la responsabilidad profesional. Además, documenta la alteración eréctil preexistente a la cirugía protésica, peneana, uretral y a los tratamientos farmacológicos invasivos para restablecer la capacidad eréctil⁽²⁾.

La inyección intracavernosa de drogas vasoactivas constituye una práctica médica invasiva que no se encuentra exenta de complicaciones. Por extensión, las complicaciones sufridas por un paciente en plan de autoaplicaciones efectuadas fuera del consultorio médico, implican una potencial responsabilidad del médico que las indicó. Todo esto se magnifica en los pacientes con impotencia psicógena que carecen de daños orgánicos en sus tejidos eréctiles. Si la consecuencia de un priapismo postinyección de drogas vasoactivas conduce a una fibrosis con una posterior limitación orgánica de la erección, puede llevar a equívocas interpretaciones médico-legales tales como indicación imprudente o dosificación y entrenamiento negligentes. Estas desafortunadas posibilidades se ven actualmente sustentadas por la existencia de acciones médico-legales por mala praxis a causa de esta modalidad terapéutica, lo que no debe inducir a que sea evitada, sino a desarrollar una práctica prudente y preventiva.

Las inyecciones que se efectúan en el consultorio con el fin de dinamizar alguna exploración diagnóstica (farmacotest, Doppler, cavernosometría, etcétera), en muchas ocasiones se llevan a cabo ignorando si la patología eréctil es orgánica o psicógena.

En todos los casos debe explicarse previamente al paciente los fundamentos y eventuales molestias que le puede acarrear la inyección, partiendo de un acuerdo tácito para continuar, lo que debe quedar asentado en la historia clínica. A los ancianos o a personas con antecedentes cardiológicos, como trastornos en la conducción, isquemia coronaria o enfermedad tromboembólica, se les pedirá la conformidad cardiológica previa. Como en esos estudios el fin es producir una relajación del músculo sinusoidal y arteriolas peneanas y no una erección completa, deben evitarse las dosis excesivas y, en lo posible, se prescindirá del uso de fentolamina, ya que no necesitamos prolongar la acción de la droga inductora (prostaglandina E1 o papaverina).

Es de suma importancia tener en cuenta que el estrés producido por un acto exploratorio médico, sobre todo si es invasivo, las molestias que ocasiona una inyección en el pene, la aprensión a ella o la movilización de ideas subconscientes de castración producida por su manipulación traumática, generan una importante liberación de noradrenalina. Ésta puede mantener contraído el músculo sinusoidal cavernoso dejando al pene en un estado de flaccidez total o parcial pese a la inyección de una dosis significativa de droga vasoactiva. Esto puede revertirse cuando el paciente abandona el consultorio y se distiende, bajando hasta desaparecer el hipertono adrenérgico con que se efectuó el estudio. Así, la droga, que aún permanece en el tejido cavernoso, comienza a actuar presentando a la postre erecciones completas y prolongadas, de aparición tardía, aún una hora o más después de la inyección. Este fenómeno de hipertono adrenérgico capaz de retardar la acción de la papaverina ha sido puesto de manifiesto en los estudios de

electromiografía de los cuerpos cavernosos y motiva a la reflexión sobre cuántas cavernosometrías dinámicas fueron (y son) informadas como indicadores de fuga venosa, en virtud de este fenómeno poco tenido en cuenta.

Para evitar las complicaciones de un priapismo ignorado por el médico que efectuó la inyección intracavernosa, por esa reacción eréctil retardada, luego de cada estudio o inyección terapéutica que motive una erección farmacológica debería mantenerse al paciente bajo control, entre 1 y 2 horas si no hubo actividad eréctil y otro tanto si la hubo, hasta comprobar el inicio de su desaparición. En lo posible, debería indicarse al paciente que efectúe un corto paseo fuera del consultorio para ayudar a una mejor distensión. Si se comprueba una erección retardada o prolongada, proceder siempre a resolverla antes de que se dirija a su domicilio (mediante la aplicación de alfa-miméticos o aspiración de sangre intracavernosa) y prevenir al paciente para que, si en las siguientes 12 horas se produce una erección (provocada o no) que dure más de 3 horas, se comunique con el profesional o se dirija a un centro capacitado de referencia. Todas estas precauciones son también válidas para pacientes con patología orgánica de la erección que están en protocolo de erección farmacológica para encontrar la dosis adecuada y efectuar el entrenamiento para seguir con autoaplicaciones.

En esos casos se trata de pacientes con patología orgánica de la erección, debidamente probada. Los estudios de sueño y evaluaciones posteriores han documentado la existencia del daño cavernoso previo; el paciente no debe aducir consecuencias desafortunadas del tratamiento sobre una función eréctil cuya patología está fehacientemente comprobada.

Debe recordarse, como una regla de oro, que el paciente nunca debe abandonar el consultorio con una erección sostenida; es de buena práctica dedicar sólo las primeras horas de la consulta a las inyecciones intrapeneanas y dejar las ulteriores para un cómodo control.

Cuando se ha entrenado a un paciente para autoaplicaciones domiciliarias, debe tenerse en cuenta que la dosis útil lograda en el consultorio, en condiciones de falta de motivación erótica, puede ser excesiva para su hogar, por la acción adicional de los neurotransmisores que se liberarán durante el acto sexual. Éstos, que por sí solos no provocaban una erección, pueden tener significación al sumarse a las drogas utilizadas.

Finalmente, los pacientes que ingresarán a un protocolo de autoaplicación deberían firmar un consentimiento solicitando la práctica, donde documenten conocer las complicaciones y limitaciones del método. También al egresar del entrenamiento, deberían recibir una cartilla donde figuren instrucciones sobre la aplicación, drogas y dosis para utilizar, posibles inconvenientes, cómo proceder ante ellos y **el centro médico o profesional de referencia adonde dirigirse durante las 24 horas en caso de complicaciones**. Una copia similar firmada por el paciente debe quedar en el archivo del médico, como documento del prolijo proceso que precedió al egreso del paciente del plan de autoinyecciones.

Queda finalmente el punto más delicado, que es el protocolo de autoaplicaciones en pacientes sin patología orgánica de la erección. Las indicaciones de erección farmacológica en impotencia psicógena, si bien no son discutidas, dejan desprotegido al médico responsable ante el daño permanente que puedan ocasionar en el tejido eréctil si éste se complica con un priapismo. Si bien este tratamiento está indicado como una alternativa en la impotencia psicógena, sobre todo ante el fracaso de terapias sexológicas, a la hora de los tribunales muchos de esos profesionales se pronunciarán en contra de esta práctica. La única protección es un manejo fino en la administración de la dosis y en la prevención de las complicaciones, utilizando en lo posible sólo prostaglandina E1 por su menor propensión a producir priapismo.

Los inconvenientes y riesgos planteados no deben ser un obstáculo ni motivo de desaliento; muy por el contrario, un desafío para desarrollar una técnica cada vez más segura que, sin duda, se basa en la actualización permanente de nuestros conocimientos y en la honestidad de nuestra práctica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sáenz, C. A.: Consideraciones sobre los problemas médico-legales en urología *Rev. Arg. de Urol.*, 55: 42-43, 1990.
2. Mazza, O. N.; Ameri, C. A.; Gómez, E. J.; Rainone, M. A. y Ghirlanda, J. M.: Validez probatoria en proceso judicial del MTPN. Actas del XXVI Congreso de la Sociedad Argentina de Urología, 1987 (abstract).