



## ACTA DE LA SESIÓN CONJUNTA DEL 29 DE ABRIL DE 2015

### **“Ética, familia, sociedad y familia” la Coordina el presidente de la Academia Mexicana de Pediatría**

**Coordinador.** M. en C. Julio César Ballesteros del Olmo.

#### **Trabajo de ingreso.**

**Cambios clinimétricos a largo plazo en la espasticidad de las extremidades inferiores en pacientes pediátricos con parálisis cerebral sometidos a neurotomía supraselectiva\*.** Dr. José Damián Carrillo Ruiz

Los pacientes con parálisis cerebral infantil son la principal causa de espasticidad. El eje más trascendente para el tratamiento de los pacientes espásticos es la terapia de rehabilitación, aunque también se usa con éxito en el tratamiento a la toxina botulínica.

El trabajo que se presenta tratará el tema de la neurocirugía, específicamente la neurotomía en el tratamiento de Parálisis Cerebral Infantil (PCI). Este procedimiento se trata de la sección y resección del nervio (aunque se hace un corte diagonal para no cortar totalmente el nervio), como tratamiento de la espasticidad asociada a PCI. Este procedimiento se inició en 1988 y se abandonó hasta los 90, en que se retomó.

El Dr. Carrillo comentó que este procedimiento tiene como objetivos buscar la seguridad, sobre todo a largo plazo de la neurotomía, realizando evaluaciones periódicas. Destacó que el diseño del estudio fue con criterios de ingreso y egreso.

El grupo de estudio consistió de 41 pacientes con espasticidad asociada a PCI, con una edad entre 7 a 12 años. La evaluación de los efectos de la cirugía se llevó a cabo usando las escalas de Tardieu y Ashworth.

Comentó que antes de la cirugía se realiza un bloqueo y que sólo si mejora la espasticidad del paciente se procede a la cirugía, de modo que la respuesta al bloqueo define cuáles pacientes se deben operar y cuáles no.

Se encontró que posterior a la cirugía hubo alineación del miembro inferior y mejora de la funcionalidad, por lo que se puede concluir que las neurotomías son una opción práctica y efectiva para tratar la espasticidad de las extremidades inferiores en pacientes pediátricos con parálisis cerebral.

**Comentario al trabajo de ingreso.** Dr. Fernando Rueda Franco



El Dr. Rueda comentó que la PCI es un problema de salud muy importante y se congratuló de que lo hubieran escogido para comentarlo.

Dijo que el tratamiento presentado viene de Francia, en donde lo aprendió el Dr. Carrillo y no se ha implementado en EUA y Canadá.

Recalcó que es importante que se haga la infiltración del nervio, previa a la cirugía para ver la desaparición de la onda M, y así se puede determinar si la espasticidad responderá a la neurotomía, antes de hacer la cirugía.

Para terminar hizo algunas preguntas al Dr. Carrillo. Preguntó, por ejemplo si los resultados que se reportan a un año, duran más tiempo (posteriormente el Dr. Carrillo contestó que él ha seguido varios pacientes por cuatro o cinco años, y una paciente por diez años, y se ha mantenido los buenos resultados).

Para terminar el Dr. Rueda felicitó al Dr. Carrillo por el trabajo pionero, y recalcó que es la primera vez que se hacen en México estos procedimientos.

### **Sesión Conjunta ANM y Academia Mexicana de Pediatría**

#### **“Ética, familia, sociedad y familia” la Coordina el presidente de la Academia Mexicana de Pediatría**

**Coordinador.** M. en C. Julio César Ballesteros del Olmo.

**Introducción: Retomando los valores, los principios, la moral y la ética\*** M. en C. Julio César Ballesteros del Olmo

Para empezar el Dr. Ballesteros comentó que no se puede contestar en un tiempo tan breve cuál es el papel ético del médico, pero que se haría una introducción al tema.

El tema a tratar se basa en preguntas centrales como: ¿Qué es el hombre? Y en la sesión la esencia del Hombre-médico es el tema central. Las características únicas del Hombre en tanto a ser racional son la capacidad de cultivar y vivir los valores, así como ser siempre educados en familia.

Se preguntó de dónde vienen los valores y concluyó que son los actos del hombre que lo llevan a la toma de decisiones en el deber hacer, en el marco de la moralidad.

Cada médico, en tanto persona, es lo que estudia, lo que aprende y entiende, pero cuando se presenta algún problema de un paciente, tiene que tomar decisiones, y a veces no es lo que él quiere hacer.

Cuando cae en situaciones en las que hace lo que no se debe hacer, entrará en una disonancia cognitiva o incongruencia. Para reducir la disonancia, se auto-justifica y afirma que era lo que debía ser, y culpa a otros.

Posteriormente a este comentario presentó a los participantes en la sesión



## **La filosofía en el entendimiento de los valores, los principios, la moral y la ética\*.**

Dr. Enrique Mendoza Carrera

El Dr. Mendoza agradeció a la ANM y a la Academia de Pediatría por la invitación.

Comentó que en los últimos 60 años hemos reunidos más conocimiento que en toda la historia de la humanidad. La filosofía cuestiona si la ciencia ha resuelto a los problemas de la vida de las personas. En todas las circunstancias hemos podido trascender por el conocimiento humano.

En cuanto a los valores, comentó que hay polos positivos y negativos (antivalores).

Los valores son compañeros del hombre. Los valores se viven y se testimonian cotidianamente. No toda preferencia es un valor. Los valores subjetivos y objetivos, vividos por el hombre social y moral. Los valores se deben de convertir en modelos de vida. Cuando se viven momentos de crisis o cambio, los hombres se identifican con Prometeo o con Sísifo.

El Dr. Mendoza dijo que en contraste con lo que ocurre en la historia de la filosofía en donde perduran las ideas y los conocimientos hasta hoy y no quitan a los del pasado aunque los cuestionan. La historia de la ciencia significa un cambio en la manera de ver al sujeto de estudio.

“Contra quien niega sus principios no puede discutirse”

## **Ética y ejercicio médico\*.** Dr. Gabriel Cortés Gallo

El Dr. Cortés inició relatando cómo recordaba que en la época de los 60, en la educación médica se hablaba del “deber ser del médico”, pero ahora con el avance de la tecnología se puede alargar la vida se habla de otras cosas.

Recalcó que el ejercicio de la medicina es un ejercicio que busca hacer el bien, mediante actos correctos. Las reglas siguen siendo tan vigentes como ayer en la práctica de la medicina.

Se preguntó: ¿qué hace correcto un acto correcto?

Para contestar esta pregunta habló de los valores universales que pueden concebirse desde dos escuelas distintas, a saber:

- Absolutismo (dos corrientes la teológica y el empirismo o naturalismo)
- Relativismo (social, personal).

En lo que toca a la pregunta: ¿qué tipo de actos son correctos?, mencionó que se puede responder desde dos posiciones distintas que son:

- Utilitarismo o consecuencialismo.
- Formalismo o deontologismo.

Habló también de los principios, según Beauchamp y Childress, y dijo que se clasifican en:

- Autonomía
- Beneficencia



- No maleficencia
- Justicia

En cuanto al principio de autonomía, mencionó que tiene algunas restricciones por razones internas como la incapacidad para tomar decisiones, y externas, como el conflicto de interés o la extorsión.

El médico tiene que hacer un balance entre el bien que se causa, y el no causar daño. Los argumentos para decir siempre la verdad es parte del respeto que le debemos a los demás, por lo que no son aceptadas las mentiras piadosas.

En cuanto al secreto profesional de los médicos dijo que puede ser:

- Natural e independiente de todo contrato.
- Prometido nace de un contrato, de la promesa de guardar silencio hecho gratuitamente después de haber conocido el hecho.
- Confiado es el que surge de la promesa explícita o tácita hecha antes de recibir la confianza de lo que se oculta.

Comentó que en algunas ocasiones los médicos hacen comentarios descuidados sobre los pacientes en espacios públicos, violando la privacidad de los pacientes. Concluyó diciendo: “los médicos debemos ser fieles a los pacientes”.

**Error y profesionalismo médico.** Dra. María Cristina Caballero Velarde.

Inició diciendo que la medicina defensiva es un mal de nuestros tiempos, y que es una actitud muy difundida entre la comunidad médica (65% de los médicos encuestados la practican). Esta práctica hace muy lejana la relación médico-paciente

En la medicina que se practica hoy hay cambios importantes, por ejemplo existe una amplia participación social, el uso de tecnologías avanzadas, y una conciencia sobre el medio ambiente; en todos los hospitales es obligatorio contar con comités de Bioética; se reconoce el derecho de autonomía de los pacientes y se requiere la firma del consentimiento informado. Todo ello ha generado cambios en la práctica médica y adicionalmente en la actualidad existen los terceros pagadores.

Comentó que: “Ha crecido la fe en la medicina, pero ha decrecido la fe en los médicos para resolver los problemas”

En este contexto el médico encuentra cada vez más difícil cumplir la práctica de la medicina y cabe la pregunta de: ¿Qué significa la medicina en este milenio?

La Dra. Caballero resaltó las siguientes características como atributos de la medicina actual:

- Competencia y pericia
- Honestidad



- Confidencialidad
- La capacidad de mirar por el otro (sentido de alteridad)
- Reflexión ética.

Afirmó también que es un mito el pensar que en casi el 90 % de los casos de demanda por mala práctica, no hay responsabilidad del médico.

En cuanto a los errores que pueden ser punibles mencionó que existe el error médico de impericia (no contar con los conocimientos necesarios), de imprudencia (no tener la debida preparación), o de negligencia (omisión de atención).

Ante la situación de que los médicos pueden cometer errores se hizo la pregunta: ¿Es indebido el litigio en caso de mala práctica?

Comentó que hay tipificados delitos, como son el requerimiento arbitrario de la contraprestación, así como la usurpación de la profesión médica, entre otros.

Actualmente, se ha generado el concepto de administración de riesgos, y existe una nueva visión que adiciona al abordaje tradicional, la seguridad del paciente como prioridad, considerando los factores humanos y enfatizando en la comunicación.

Los problemas de comunicación son uno de los más importantes en los juicios de EUA. También lo dice el listado de habilidades que debe tener el médico, según el Royal College.

Para terminar la Dra. Caballero enfatizó que la relación médico-paciente es un vínculo que requiere ser reforzado y consolidado como base de la atención. “La responsabilidad antes que nada eliminará el temor y permitirá la medicina asertiva, en lugar de la defensiva” dijo.

**“Somos médicos, no asesinos, ni dioses”:** Análisis de un término ambiguo. Dr. Javier Mancilla Ramírez

Antes de iniciar su presentación, el Dr. Mancilla hizo una referencia cariñosa al Dr. Gonzalo Gutiérrez Trujillo al que se le hizo el in memoriam el día de hoy.

El título de su intervención “Somos médicos, no asesinos, ni dioses”, hace referencia a una de las consignas que en junio de 2014, se usó en una movilización en la Ciudad de Guadalajara, Jal. Y otras ciudades del país, y que su expresión en redes sociales se llamó: “Yo soy médico 17”.

Esta movilización respondió a que el 20 de mayo de 2014, se giró una orden de aprensión por negligencia médica para 16 médicos del Centro Médico de Occidente del IMSS por supuesta mal práctica en la muerte de un niño de 15 años.



El niño ingreso al citado hospital con cuadro asmático, sospecha de influenza y un paro cardio-respiratorio. Después de 55 días muere y se consigna como causa una afección intestinal; la necropsia que no se llevó a cabo en el Centro Médico de Occidente del IMSS, definió que la causa de muerte había sido un fallo de órganos general y tuberculosis intestinal.

Los médicos y la sociedad civil que se movilizaron exigían que se fincaran responsabilidad a quienes no ofrecen infraestructura y el cuadro básico de medicamentos para tratar a los pacientes, no a los médicos tratantes.

Quedan las interrogantes de que si hubo realmente mala praxis, y si se debe juzgar a los 16 médicos por igual.

El Dr. Mancilla dijo que si ningún médico quiere causar la muerte de su paciente ¿cómo se puede definir que hay negligencia criminal y no un error? ¿Un error convierte a los médicos en criminales? Esto es ambiguo. Además hay otras preguntas que se pueden plantear, como:

¿Qué es un error para los médicos? ¿Los actos iatrogénicos son siempre punibles?

Para dar un marco teórico a estas preguntas el Dr. Mancilla habló de la regulación de la práctica médica, y mencionó los diferentes reglamentos y leyes que la rigen.

Comentó que una mala práctica médica se define como una violación de los principios médicos fundamentales y no como una diferencia de opinión. La ley hace punible la no aplicación de la norma, pero no el resultado.

Así pues, mencionó que se castiga:

- El dolo (hay una situación de intención y siempre es punible porque viola de manera consciente la ley).
- La impericia
- La negligencia (incluye la imprudencia)

Dio algunas conclusiones basadas en lo expresado por Fernando Lolas; dijo que el diálogo debe ser el método fundamental. La bioética ha venido a horizontalizar el diálogo. Mientras más diálogo haya, habrá menos demandas.

**Discusión y conclusiones.** El M. en C. Ballesteros hizo una recapitulación de las causas que contribuyen a una mala práctica y pidió a los que hicieron las presentaciones un comentario final.

Algunas opiniones de los asistentes fueron:

Es un panorama médico angustiante, desalentador; Quizá la causa sea la falta de comunicación y los avances técnicos que alargan la vida. Sobre todo en pediatría, hay que pensar en los cuidados paliativos en niños a los que se les ha diagnosticado una enfermedad terminal. Se mencionó sobre la enseñanza para la terapéutica. Esto debe reforzar la comunicación del pediatra con los padres. En su opinión no deben darse los



---

cuidados paliativos por un servicio asilado del hospital, sino que los mismos médicos tratantes sean los que ayuden a capacitar y dar la información adecuada a los padres.

**\*El texto de esta ponencia se encuentra disponible en la página de la ANM**