



Discusión de caso clínico en neonatología. Decisiones al final de vida

Patricia Grether-González,* Graciela Hernández-Peláez,† Silvia Romero-Maldonado,§
Aída Delgado-Becerra,|| Jorge Ibarra-Puig,¶ Javier Mancilla-Ramírez**

* Jefa del Departamento de Genética. Miembro del Colegio de Bioética, A.C.

† Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

§ Jefe de la Unidad de Cuidados Intermedios.

|| Jefe del Departamento de Alojamiento Conjunto.

¶ Jefe del Departamento de Neurología.

** Coordinador de la Sesión, Profesor Titular del Curso de Especialización en Neonatología y Director General.

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

A continuación se presenta el caso clínico de un paciente, en donde se han modificado algunos datos para cubrir la identidad del mismo, con el objetivo de conocer la opinión de nuestros lectores en relación al manejo y tratamiento.

Se presenta el caso de un lactante de 57 días de edad que cuenta con los siguientes antecedentes: madre de 33 años de edad, Gesta 4 Para 2 Abortos 1, con un hijo vivo. Inicia control prenatal en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. En las semanas 28-30 de gestación se diagnostica diabetes gestacional A2 y ventriculomegalia fetal importante por ultrasonido. Se valora por el Servicio de Medicina Materno Fetal, el cual reporta fetometría tres semanas mayor a expensas de macrocráneo con dilatación biventricular; no se visualiza línea media en región media y posterior de cráneo, tálamos normales, tercer ventrículo visible, no dilatado, fosa posterior no visible por desplazamiento de cerebelo, con diagnóstico de ventriculomegalia severa en forma de flor de lis. En dos ultrasonidos subsiguientes se observa aumento progresivo de diámetros craneales, por lo que se programa interrupción del embarazo por vía abdominal a las 35.4 semanas de gestación.

Se obtuvo un recién nacido del sexo masculino con peso de 3,505 g y talla de 49 cm, perímetro cefálico de 42.3 cm, calificado con Apgar de 8/9 y Silverman de 2, con edad gestacional por Capurro de 37.1 semanas. A la exploración física, con fontanela anterior a tensión.

Evolución: A los cinco días de vida presenta datos de hipertensión endocraneana, por lo que se realiza punción ventricular con extracción de 20 mL de líquido cefalorraquídeo (LCR). La tomografía axial computarizada se reporta con holoprosencefalia semilobar severa, con mal pronóstico para la vida (*Figura 1*).

A los ocho días de vida se coloca válvula de derivación ventriculoperitoneal por presentar datos de hipertensión endocraneana y aumento del perímetro cefálico. Cuatro días después presenta ventriculitis, por lo que se retira la válvula a los 20 días de vida. Se reporta cultivo de LCR con *E. coli*. Presenta crisis convulsivas.

Manejo: Soporte ventilatorio con ventilación mecánica convencional para el manejo de apneas, antibióticos con esquema de dicloxacilina-amikacina por tres días posterior a la primera cirugía, esquema de cefotaxima-vancomicina por 10 días, y ante el cuadro de ventriculitis la cefotaxima se prolonga a 21 días. A los 43 días de vida se administra un esquema de cefotaxima-vancomicina por tres días.

A los 57 días de vida se programa para colocación de drenaje ventricular externo, por incremento del perímetro cefálico.

En casos con este cuadro clínico con crisis convulsivas y deterioro en el estado neurológico, surgen muchas inquietudes y no existe un consenso respecto a lo que debería de hacerse. Es por ello que consideramos muy importante conocer la opinión de nuestra comunidad al respecto.

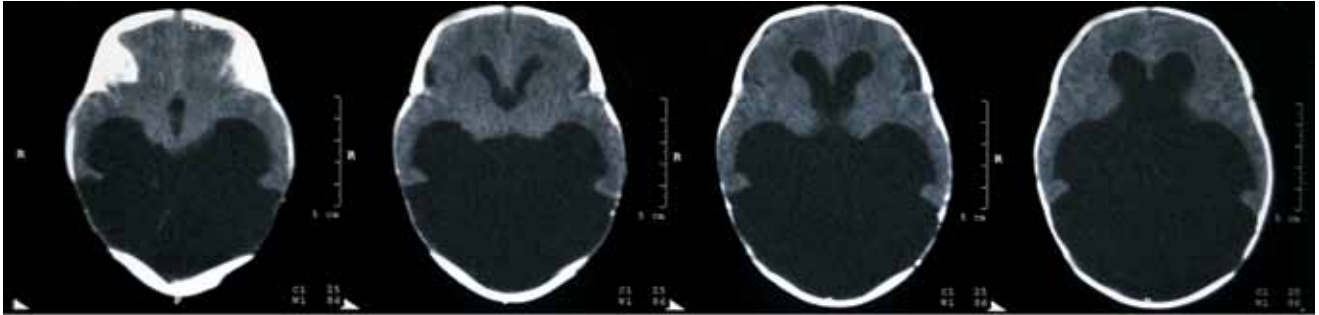


Figura 1. Tomografía axial computarizada.

En este paciente se estableció la presencia de una patología fetal grave no especificada, pero con mal pronóstico, a la semana 30 de la gestación. Se observó progresión de la enfermedad hasta la semana 35 en que se interrumpió el embarazo y después del nacimiento la enfermedad siguió progresando. A los cuatro días de vida se establece el diagnóstico probable de holoprosencefalia semilobar severa, con lo que se define a) que no hay tratamiento curativo y b) que el pronóstico es muy malo, tanto para la vida como para la función.

De acuerdo con lo anterior, usted considera que:

1. ¿Existe algún punto en la evolución de este feto-recién nacido en el que podría considerarse que es mejor para él que no siga viviendo?

- a) No
- b) Sí

Si su respuesta es afirmativa

- b.1) Cuando se hace el diagnóstico prenatal
- b.2) Al nacimiento.
- b.3) Cuando se hace el diagnóstico definitivo.
- b.4) Cuando presenta complicaciones graves.

2. Si la respuesta es que resulta mejor para el feto-recién nacido que no siga viviendo, desde el punto de vista médico, ¿cuál considera la decisión más adecuada?

- a) No interrumpir el embarazo y dar atención paliativa del recién nacido mientras sobreviene la muerte.
- b) Interrumpir el embarazo provocando previamente la muerte del feto.

- c) Interrumpir el embarazo y dar atención paliativa del recién nacido mientras sobreviene la muerte.
- d) Interrupción del embarazo y terminación activa de la vida del recién nacido.

3. Una vez que se ha definido que el feto-recién nacido tiene una enfermedad muy grave y con muy mal pronóstico, ¿quién debería tomar la decisión de no aplicar o de suspender las medidas terapéuticas?

- a) El médico tratante, responsable del manejo del recién nacido.
- b) El grupo de médicos interconsultantes.
- c) Un Comité de Ética que integre no sólo personal de salud, sino juristas y representantes de la sociedad civil.
- d) Un tribunal judicial.
- e) Los padres.
- f) Los padres con apoyo de los médicos tratantes e interconsultantes.

Si usted quiere participar, favor de enviar su respuesta al correo: revistainper@inper.mx y en el siguiente número se publicará la opinión de nuestros lectores.

Datos del participante:

- a) Médico(a) pediatra.
- b) Médico(a) gineco-obstetra.
- c) Enfermera(o).
- d) Otro .