

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen
Volume **72**

Número
Number **3**

Mayo-Junio
May-June **2005**

Artículo:

Dilemas éticos en perinatología

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Dilemas éticos en perinatología

(Ethical dilemmas in perinatology)

Primera parte

Celina Gómez-Gómez,* Cecilia Danglot-Banck,** Manuel Gómez-Gómez **

RESUMEN

Se hace una revisión de los principios éticos aplicables a los seres humanos. Se presenta un método para el análisis de problemas éticos en perinatología. Se revisan los principales dilemas éticos que se pueden encontrar en la medicina perinatal y se hacen recomendaciones acerca del manejo.

Palabras clave: Ética, bioética, medicina perinatal, dilemas éticos, ética médica.

SUMMARY

Ethical principles that apply to humans beings are reviewed. A method for the analysis of ethical problems in perinatology is presented. The most frequent ethical dilemmas that occur in perinatal medicine are reviewed and management recommendations are made.

Key words: Ethics, bioethics, perinatal medicine, ethical dilemmas, medical ethics.

La palabra ética deriva del griego *ethos* que quiere decir costumbre. El *ethos* hace referencia a la actitud de la persona hacia la vida. La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y de la atención a la salud, en la medida en que la conducta se examine por los valores y principios morales. La ética médica trata de los problemas que surgen de la relación médico-paciente.¹

La ética médica, como disciplina estructurada, no tiene más de 35 años. Por otra parte, la ética es una ciencia, rama de la filosofía, que expone y fundamenta los principios universales sobre la moralidad de los actos humanos; su finalidad es facilitar la actuación correcta de la persona fijando la maldad o bondad de sus actos. Es por eso que el desarrollo de bioética o ética médica se debe al avance tecnológico de la medicina y a los cuestionamientos sobre la aplicación de las innovaciones en el campo de la medi-

cina; aunque también a los conocimientos médicos de la población y a que los pacientes tienen ahora la convicción de participar, de manera informada en las decisiones acerca de su salud y, por otro lado, a la mercantilización de algunos profesionales de la medicina.^{1,2}

PRINCIPIOS ÉTICOS

Principio de autonomía (respeto por las personas)

El paciente, siempre que tenga la capacidad mental, tras ser informado de manera amplia y adecuada, es quien debe tomar la decisión final sobre el tratamiento a seguir.³⁻⁶ Esto tiene sus raíces en la importancia de la libertad al optar o rechazar una decisión acerca de su persona. La autonomía es un valor multidimensional, que incluye las dimensiones física, médica, económica, social y espiritual. Por lo que se debe verificar la competencia del paciente para que haga una decisión adecuada; tiene, pues, el derecho a aceptar o rechazar cualquier recomendación médica. Esto incluye el derecho a ser resucitado, puesto en un ventilador o ser alimentado por medio de una sonda.³⁻⁶ Se deben respetar los derechos de los pacientes en la toma de decisiones en cuestiones de salud

* Asesora en Problemas de Bioética, Facultad de Medicina, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, Doctorada en Bioética, Universidad de Texas, San Antonio-UANL.

** Pediatras Neonatólogos, Hospital de Gineco-Obstetricia Número 3, Centro Médico "La Raza", Instituto Mexicano del Seguro Social, México, Distrito Federal, México.

y atención médica, pero es responsabilidad del médico tratante enseñar a los pacientes a tomar decisiones en base a la información proporcionada. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben educar a los pacientes para que con la información recibida puedan aceptar o rechazar la acción propuesta. Este principio, de carácter liberal-radical, pone énfasis en que en la relación médico-paciente la prioridad en la toma de decisiones acerca de la enfermedad es la del paciente; es él quien decide lo que es más conveniente. La toma de decisiones es un derecho que para ser ejercido requiere una información adecuada. El consentimiento para cualquier intervención, en un paciente capaz de darlo el médico debe dárle información adecuada. A esta práctica se le llama *consentimiento bajo información*.⁷

Principio de beneficencia

Se considera que toda actuación médica debe buscar el bien del paciente. Se obliga a ofrecer al paciente todas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas que le sean benéficas, procurando el mayor beneficio con el menor riesgo. El médico debe asesorar al paciente acerca de cuál es la mejor opción.³⁻⁶ El término significa hacer el bien, la promoción activa de la salud, y el ser amable y caritativo con los pacientes. El bienestar del paciente es el objetivo principal en la atención a la salud. Se debe utilizar cada una de las fuentes válidas y confiables para determinar cuál es la mejor para el paciente. Sin embargo, con frecuencia se pueden crear conflictos, ya sea con el paciente, con su familia o con otros profesionales de la salud.

Principio de no maleficencia

Se puede incluir dentro del principio de beneficencia. No se debe actuar para causar algún mal. Sólo se deben utilizar aquellos tratamientos que hayan mostrado que proporcionan beneficio y evitar manejos que puedan producir daño.³⁻⁶ El principal compromiso de los trabajadores de la salud es proteger al paciente de todo daño y promover su bienestar. Los riesgos de daños por algunas intervenciones deben ser valorados con respecto a los posibles beneficios. Cuando la vida está en peligro, puede estar justificado tomar riesgos de vida y muerte. Este principio está regulado por la doctrina de "doble efecto", la cual permite al médico producir un daño al paciente, cuando éste obtiene un beneficio mayor.³⁻⁶

Principio de justicia

Exige tratar a todos los pacientes con la misma consideración. Hay la obligación moral de prestar la misma asis-

tencia a todos los pacientes con independencia de nacionalidad, sexo, religión, ideología o condición socioeconómica. Se debe garantizar la igualdad de oportunidades y favorecer una distribución equitativa y eficiente de los recursos. Se debe intentar conseguir los mejores resultados al menor costo humano, social y económico.³⁻⁶ Hay que tener en cuenta que la vida y la salud no son solamente bienes personales, sino también sociales; cada persona debe ocuparse de la salud de los demás, junto con la suya. Este principio hace referencia al bien desde el punto de vista de la sociedad, considerando la limitación de los recursos y los posibles daños a terceras personas. Casos iguales deben ser tratados de manera semejante.³⁻⁶

ÉTICA PERINATAL

En la atención de la mujer embarazada y su producto en gestación, el binomio madre-hijo, hay con frecuencia problemas éticos y legales, los cuales implican retos en el ejercicio profesional.⁸ En la medicina perinatal los fetos, los recién nacidos y los niños menores de seis meses: el "**infant**" de la literatura norteamericana, son quienes reciben la atención médica. Su incapacidad para participar en la toma de decisiones y su dependencia en la decisión de otros, puede originar dilemas éticos. En el campo de la obstetricia y la medicina reproductiva, la presencia del feto hace más complejo el análisis de los problemas éticos.¹ Los objetivos de la atención médica en perinatología, sea la mujer embarazada o su hijo, son: 1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad; 2. Alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento; 3. Cura de la enfermedad; 4. Prevención de una muerte temprana; 5. Mantener o mejorar el estado funcional; 6. Educación y asesoría a la mujer embarazada, en cuanto a la evolución y pronóstico de su embarazo; 7. Evitar dañar al binomio madre-hijo en el curso de la atención; 8. Ayudar a los pacientes, cuando sea el caso, a morir con dignidad.^{1,9}

CARACTERÍSTICAS ESPECIALES EN PERINATOLOGÍA

El ejercicio de estas responsabilidades presenta características especiales en la medicina perinatal:^{1,9,10}

- a) Los pacientes (fetos-neonatos) no tienen capacidad para formular sus preferencias o proteger su propio bienestar.
- b) Los pacientes generalmente están bajo el cuidado de los padres, adultos o guardianes cuya autoridad moral y legal no es absoluta.

- c) El bienestar del paciente puede estar influenciado por la situación familiar y el homigénito puede tener hermanos cuyos padres son también responsables de su bienestar. La presencia de obligaciones múltiples puede influenciar a los padres y médicos sobre qué acciones podrían beneficiar más al paciente.
- d) En obstetricia y perinatología, puede no estar claro quién es el paciente primario, la madre o el feto, y cuál es el *estatus* moral y legal del feto. **El principio fundamental de la ética perinatal es ver al feto como un paciente**, de tal manera que al verlo así se considera que tiene intereses y derechos que pueden ser independientes de los de su madre.¹¹
- e) El paciente se encuentra en el inicio de la vida y es imposible hacer predicciones sobre sus valores futuros, preferencias, cualidades y condiciones médicas.
- f) Los niños son la población del futuro. Las políticas y decisiones sobre su atención tienen un impacto más allá del presente.

Estas características propias y únicas de la medicina perinatal, pueden modificar el ejercicio de las responsabilidades básicas del médico. La persona con quien el médico se comunica es la madre, el padre o con un tutor y no el paciente, quien se considera incompetente. Los médicos tienen la responsabilidad mayor de formular un juicio independiente sobre los mejores intereses para él, evaluar y cuestionar las decisiones de los padres contra este estándar.

Ejemplos: 1) Un recién nacido tiene síndrome de Down y atresia duodenal; 2) Una mujer embarazada a la que se le diagnostica por pruebas antenatales, que el feto tiene encefalocele con microcefalia y que presenta parto prematuro.

Comentarios: En el primer caso se recomendó cirugía inmediata. Los padres rechazaron la cirugía, diciendo que el niño estaría mejor muerto que vivo como una persona con importante retraso psicomotor. Existe una predisposición general para devaluar la inteligencia limitada, logros, productividad e independencia, afectando los juicios. Estos valores sociales pueden ser importantes en nuestra sociedad, pero no tan importantes que permitan la muerte de aquellos que sólo pueden tener un desarrollo limitado. En el segundo caso se recomendó permitir el parto por vía vaginal y no indicar resucitación.

La **santidad de la vida** está asociada en ocasiones a la idea de que la vida humana es tan valiosa que debe ser preservada a toda costa, bajo cualquier circunstancia, a cualquier precio y tanto como sea posible.^{9,12}

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE CASOS ÉTICOS

El método habitual de presentación de casos en la práctica clínica tiene el siguiente orden: 1) Motivo de la consulta o padecimiento actual; 2) Historia de la enfermedad presente; 3) Padecimientos previos; 4) Antecedentes heredo-familiares y sociales; 5) Exploración física; 6) Datos de laboratorio y gabinete. Con estos aspectos el médico experimentado habitualmente puede formular un diagnóstico, exponer un plan de tratamiento, así como el de emitir un pronóstico. Los principios éticos se relacionan con las circunstancias de cada caso clínico. Un buen juicio ético consiste en apreciar cómo los principios éticos deberían de ser interpretados en las condiciones clínicas reales.

Se sugiere la siguiente secuencia en el análisis de los casos de ética perinatal: 1) Indicaciones médicas; 2) Preferencias del paciente; 3) Calidad de vida, y 4) Contexto, definido como el medio social, económico, legal y administrativo en donde se presentan estos casos (*Cuadro 1*). Lo anterior proporciona un método sistemático para identificar y analizar los problemas éticos que se presentan en la medicina perinatal.⁹

1) Indicaciones médicas. Se incluye el contenido habitual de una discusión clínica como son: el diagnóstico, plan de tratamiento, pronóstico del problema médico del paciente. Se refieren a las intervenciones de diagnóstico y terapéuticas que son apropiados para evaluar y tratar correctamente el problema. La discusión clínica revisa los aspectos médicos y los evalúa a la luz de las características éticas fundamentales del caso como la posibilidad de beneficio para el paciente y el respeto a sus preferencias.

2) Preferencias del paciente. En el caso de la medicina perinatal la madre del paciente actúa como subrogada ya que se considera al feto-neonato como incapaz de velar por su mejor interés. En otras ocasiones, cuando la madre está incapacitada puede actuar como tutor o guardián el padre u otro miembro de la familia. En todo tratamiento médico las preferencias del paciente están basadas en los valores propios de la madre y en la valoración personal de los beneficios y de las molestias, que son éticamente relevantes.

3) Calidad de vida. Cualquier lesión o enfermedad amenaza a las personas con una menor calidad de vida, que puede tener relación con los signos y síntomas de la enfermedad. Un objetivo de la intervención médica es el de restaurar, mantener o mejorar la calidad de vida, de tal manera que en cualquier situación médica ésta debe ser considerada. Es importante este aspecto, ya que abre la puerta a la discriminación y a los prejuicios.

4) Contexto. Los casos se desarrollan en personas que pertenecen a una familia, que tiene determinado ni-

Cuadro 1. Secuencia en el análisis de casos en ética perinatal.**1) Indicaciones médicas**

Principios de beneficencia y no maleficencia

1. ¿Cuál es el problema médico? ¿Antecedentes? ¿Diagnóstico? ¿Pronóstico?
2. ¿Es el problema agudo? ¿Crónico? ¿Crítico? ¿Emergencia? ¿Reversible?
3. ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?
4. ¿Cuáles son las probabilidades de éxito?
5. ¿Cuál es el plan en caso de falla del tratamiento?

En suma, ¿Cómo puede este paciente ser beneficiado por la atención médica y de enfermería, y cómo se puede evitar el daño?

2) Preferencias del paciente

El principio de respeto a la autonomía

1. ¿Es la madre mental y legalmente competente? ¿Hay evidencia de su incapacidad?
2. Si es competente, ¿Qué ha especificado sobre sus preferencias de tratamiento?
3. ¿Ha sido informada de los beneficios y riesgos, entendió la información, y dio su consentimiento?
4. Si está incapacitada, ¿Quién es el tutor apropiado? ¿Está el responsable legal utilizando los estándares apropiados para la toma de decisiones?
5. ¿Ha especificado previamente sus preferencias?

En suma, ¿Están siendo respetados sus deseos dentro de los límites éticos y legales?

3) Calidad de vida

Los principios de beneficencia y no maleficencia, y respeto por la autonomía

1. ¿Cuáles son los prospectos, con o sin tratamiento, para regresar a una vida normal?
2. ¿Qué déficits físicos, mentales y sociales puede presentar el paciente si el tratamiento tiene éxito?
3. ¿Existen prejuicios por parte del médico que puedan perjudicar la evaluación de la calidad de vida del paciente?
4. ¿Es la condición actual o futura del paciente tal que de continuar con vida pueda ser juzgada indeseable?
5. ¿Existe algún plan y razón de no continuar el tratamiento?
6. ¿Existe algún plan de confort y cuidados paliativos?

4) Contexto

El principio de lealtad y justicia

1. ¿Existen aspectos familiares que puedan influenciar el tratamiento?
2. ¿Existen aspectos en los proveedores (médicos y enfermeras) que puedan influenciar el tratamiento?
3. ¿Existen factores financieros o económicos?
4. ¿Existen factores religiosos o culturales?
5. ¿Existen límites en la confidencialidad?
6. ¿Existen problemas para obtener los recursos?
7. ¿Cómo afecta la ley las decisiones de tratamiento?
8. ¿Está involucrada la investigación clínica o la enseñanza?
9. ¿Existe algún conflicto de interés por parte del proveedor o de la institución?

Fuente: Adaptado de referencia 9

vel socioeconómico y educacional, que pertenecen a una sociedad que tiene una cultura y costumbres determinadas, que profesa una religión particular, con diversos grados de apego. También son importantes las instituciones, los aspectos económicos y sociales, como ser derechohabientes de alguna institución, como por ejemplo: la seguridad social, el contar con seguro de gastos médicos mayores, que puede influenciar la atención al paciente sea positiva o negativa. El contexto, por sí mismo, es afectado por las decisiones que se tomen. Estas decisiones pueden ser psicológicas, emocionales, financieras, legales, científicas, educativas o religiosas. En cada caso la relevancia de estas características debe ser valorada ya que puede ser crucial en el entendimiento y resolución del caso.

Estos cuatro aspectos son relevantes para cualquier caso clínico y sirven como un método organizado para discusión y toma de decisiones. Se ha encontrado de utilidad para desarrollar un plan en el manejo del paciente. Una revisión de estos aspectos también ayuda en la discusión y solución de un problema ético. Los problemas éticos al igual que los problemas médicos no deben dejarse sin solución por lo que después de la presentación de un caso se debe tratar de llegar a las mejores recomendaciones para su manejo.

CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida es una frase que no es sencillo definir. En general expresa juicios de valor: "buena", "mala", "me-

jer" o "peor". Al tratar de hacer una evaluación objetiva se utilizan criterios clínicos, como actividades de la vida diaria. Cuando la persona afectada no puede realizar la evaluación, como es el caso del homigénito, las otras personas que deciden por él, deben ser prudentes a aplicar sus propios valores.⁹

El juicio de pobre calidad de vida debe ser hecho por la persona que vive esa vida o por un observador. Frecuentemente sucede que los observadores pueden considerar "pobre" la calidad de vida de una persona que ella la encuentra satisfactoria. Calidad de vida puede significar, en general, que las experiencias de sufrimiento pueden estar por abajo de los estándares que el observador considera deseables. Pero en cada caso las experiencias pueden ser diferentes. Puede ser dolor (donde el estándar es la ausencia de dolor), pérdida de la movilidad, presencia de múltiples problemas de salud debilitantes, pérdida de la capacidad mental, o bien disfrutar las interacciones con otros, o pérdida de amor a la vida, entre otras. Pobre calidad de vida, entonces, puede referirse a circunstancias diferentes.

La valoración de la calidad de vida, como la vida misma, cambia a través del tiempo. Por tanto, los profesionales de la salud deben tener cuidado en no tomar decisiones en base a posibles condiciones transitorias. La valoración puede reflejar sesgos y prejuicios. Cuando se dice que las personas que tienen retraso mental tienen una "pobre calidad de vida", esto puede reflejar un sesgo en favor de la inteligencia y productividad. Los prejuicios pueden inclinar a alguien a juzgar que esa persona de tal nivel socioeconómico o preferencias sexuales, no puede vivir una "buena calidad de vida".

CRITERIOS OBJETIVOS

- a) **Calidad de vida restringida.** Es una situación en la que una persona sufre de deficiencias severas en la salud física o mental.
- b) **Calidad de vida mínima.** Es una condición en la que un observador (médico o miembro de la familia) ve en el paciente que su condición física se ha deteriorado más allá de toda recuperación, cuya habilidad para comunicarse con otros está severamente restringida y quien aparenta sufrir dolor y molestias.
- c) **Calidad de vida inferior a la mínima.** Es una situación en la que el paciente sufre de extrema debilidad física así como también de una pérdida irreversible y completa de la actividad sensorial e intelectual. Quizá se sugiera que su estado se describa mejor diciendo que no existe calidad, dado que la habilidad de una evaluación subjetiva se ha perdido en la persona debi-

do a su condición. Esta descripción aplica a personas en estado vegetativo persistente.

Ningún observador consideraría la calidad de vida mínima o la inferior a la mínima como buena y las personas que se encuentran en esa situación elegirían no estar en ella, si fueran capaces de elegir. Muchas personas, si no la mayoría, en esa situación dirían, "preferiría estar muerto". El que uno dé por hecho algo, no dicta un curso particular de acción, pero puede servir como un ingrediente en las deliberaciones sobre el curso de acción ética apropiado.

Diversos estudios han demostrado que los médicos consistentemente evalúan más bajo la calidad de vida de sus pacientes que los pacientes mismos. Los médicos basan sus valores principalmente en condiciones de la enfermedad, en tanto que los pacientes toman en cuenta factores no médicos como lo son las relaciones interpersonales, finanzas y condiciones sociales.

FUTILIDAD MÉDICA

Las intervenciones médicas son algunas veces descritas como "fútiles". Este término tiene varios significados. Un Diccionario de Términos Médicos¹³ la define como "Cualidad de una actuación médica que o bien es inútil para conseguir un beneficio o bien lo consigue, pero a costo de molestias o sufrimientos desproporcionados para el paciente o a costa de serios inconvenientes económicos, familiares o sociales". Concluye diciendo "Las acciones médicas fútiles no deben de iniciarse".

En la situación clínica, la futilidad frecuentemente designa un esfuerzo en proporcionar un beneficio al paciente, donde la razón y la experiencia sugieren que es altamente improbable que se produzca beneficio para el enfermo.¹⁴ Aquí el juicio de futilidad es de probabilidad, y su certeza depende de datos empíricos obtenidos en ensayos clínicos o por la experiencia clínica. Es llamada futilidad cuantitativa aunque se prefiere llamarla como "futilidad probabilística".

Debido a que los estudios clínicos con relación a esta situación, son raros, y la experiencia clínica suele ser variable, los médicos tienen con frecuencia juicios diferentes: el juicio médico en varios procedimientos que deberían ser llamados fútiles varía entre 0 y 50%, con un promedio cercano al 10%.⁹ Finalmente, la futilidad tiene a su vez un significado cualitativo: el juicio de que el objetivo que pudiera lograrse no vale la pena. Los usos del término futilidad representan juicios de valor, pero el significado cualitativo está basado más en las preferencias de los médicos que de los pacientes.^{9,15}

El aspecto cuantitativo de la futilidad clínica requiere una estimación acerca de la probabilidad porcentual de

que una intervención no producirá el resultado deseado. Este juicio se obtiene de clínicos experimentados y en ocasiones de estudios clínicos que muestran el porcentaje de éxito en intervenciones particulares, como la resucitación cardiopulmonar para cierto tipo de pacientes, o continuar con el apoyo ventilatorio en neonatos inmaduros con síndrome de dificultad respiratoria neonatal. Los datos disponibles, en muchas intervenciones, son limitados, debido a que los datos hacen el pronóstico para grupos más que para un sujeto. Además, hay desacuerdo acerca del nivel de probabilidad que justifica llamar a una intervención fútil y existe una amplia variedad de opiniones entre clínicos con experiencia. Un grupo de médicos ha sugerido que si hay menos de 1% de oportunidad de éxito, la intervención debe ser considerada fútil.⁹

Por ejemplo, un estudio de 245 neonatos prematuros que ameritaron ventilación mecánica por enfermedad de membrana hialina, mostró que no había sobrevivientes entre los 115 (47%) neonatos que tenían un peso menor a 1,100 g, con lesión pulmonar e insuficiencia renal y que requirieron más de cuatro días de apoyo ventilatorio.¹⁶

Las instituciones deben realizar políticas para solución de conflictos. Estas políticas deben prohibir decisiones unilaterales de los médicos en casos de futilidad probabilística y cuantitativa, destacan la necesidad de tener una evidencia empírica válida, facilitar consultas de expertos externos y tener un Comité de Ética Hospitalario, sobre todo, crear una atmósfera de negociación abierta más que de confrontación. Los conflictos sobre futilidad deben llegar a las autoridades sólo después de que los intentos por resolver los desacuerdos han fallado.

Los médicos nunca deben utilizar la futilidad, excepto en el sentido de futilidad fisiológica, para justificar decisiones unilaterales o para evitar una conversación difícil con el paciente o la familia. El juicio de un médico, de que un tratamiento será probablemente fútil, no justifica la decisión de que deba ser discontinuado; en su lugar, es una señal de que la discusión de la situación con el paciente y su familia es obligatoria. La futilidad no debe ser nunca invocada cuando el problema real, es una frustración en un caso difícil o la evaluación negativa del médico acerca de la calidad de la vida futura del paciente.

La futilidad, por sí misma, tampoco justifica reglas o lineamientos de terceras partes (Compañías de seguros o instituciones de salud), para evitar pagar por la atención. Finalmente, aun cuando los hechos del caso apoyen el juicio de futilidad fisiológica o probabilístico, se sugiere se evite el uso de la palabra "futilidad" en discu-

siones con el paciente y la familia. Muchas personas pueden interpretar la palabra como un anuncio de que el médico "se está dando por vencido" ante el paciente.

Referencias

1. Gómez-Gómez C, Gómez-Gómez M. *Ética perinatal*. Monterrey, Nuevo León: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León; 2005.
2. Benavides-Vázquez L. Bioética. *Enfoques pediátricos seleccionados*. México: PAC Pediatría 2, Academia Mexicana de Pediatría; 1999.
3. Art B. What is the best life? *An introduction to ethics*. Belmont California: Wadsworth Publishing Company; 1993.
4. Ashley BM, O'Rourke KD. Health care ethics. *A theological analysis*. 2nd ed. St. Louis, Mo: The Catholic Health Association of the United States; 1982.
5. Barcalow E. Moral philosophy. *Theory and issues*. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company; 1994.
6. Beauchamp TL, Walters LR, editors. *Contemporary issues in bioethics*. 3rd ed. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company; 1989.
7. Fernández Varela-Mejía H, Sotelo-Monroy GE. El consentimiento mediante información. *Rev Fac Med UNAM* 2000; 43: 6-11.
8. Chervenak FA, McCullough LB, editores. La ética en la medicina perinatal. *Clin Perinatol* 2003; 1: xi-xiv.
9. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ, editors. *Clinical ethics*. 5th ed. New York: McGraw Hill; 2002.
10. Monagle JF, Thomasma DC. *Health care ethic: Critical issues for the 21st Century*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers Inc; 1998.
11. Chervenak FA, McCullough LB. The fetus as a patient: an essential concept for the ethics of perinatal medicine. *Am J Perinatol* 2003; 20: 399-404.
12. Johnson OA. *Ethics. Selection from classical and contemporary writers*. 7th ed. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers; 1994.
13. Gonzalo-Sanz LM, editor. *Diccionario de medicina*. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Madrid: Espasa Calpe; 2001.
14. Avery GB. Futility considerations in the Neonatal Intensive Care Unit. In: Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG, editors. *Neonatology. Pathophysiology and management of the newborn*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 1999: 9-14.
15. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonson AR. Medical futility: Its meaning, and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990; 112: 949-54.
16. Gorbea-Robles MC, Chávez-Rojas G, Gómez-Gómez M, García-González ER, Nuncio-Delgado V, Tudón-Garcés H. Morbi-mortalidad por enfermedad de membrana hialina en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1988; 45: 653-8.

Correspondencia:

Dra. Celina Gómez Gómez
Junco de la Vega 130, Col. Roma,
CP 64700, Monterrey, Nuevo León, México,
Teléfono 018183588629
Correo electrónico: cely_go@yahoo.com