

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen
Volume **72**

Número
Number **4**

Julio-Agosto
July-August **2005**

Artículo:

Dilemas éticos en perinatología Segunda parte

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)

Segunda parte

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

EL NO REALIZAR INTERVENCIONES FÚTILES EN NEONATOS

Con el recién nacido en ocasiones se deben hacer recomendaciones de formas apropiadas de tratamiento cuando la muerte parece ser inminente. Aunque con frecuencia es, emocionalmente, más difícil de aceptar la muerte de un neonato, los pediatras deben en ocasiones recomendar que ciertas intervenciones no estén indicadas porque son fútiles, ya que proporcionan un beneficio mínimo o ninguno o porque representan molestias desproporcionadas en relación a los beneficios.

Caso 1. Se obtiene un feto por aborto espontáneo a las 21 semanas de gestación, pesando 350 g, y con asfixia grave al nacer.

Caso 2. Keny nació a las 23 semanas de gestación pesando 590 g. En la sala de parto fue intubada y puesta en un ventilador. La puntuación de Apgar fue de 2 al minuto y de 5 a los 5 minutos. Desarrolló enfermedad de membrana hialina severa y se le inició tratamiento con surfactante. Inicialmente estuvo en ventilador a alta presión con 80% de oxígeno, posteriormente se disminuyó a 30%. Se observó que la fontanela anterior de Keny estaba tensa y el ultrasonido cerebral reveló una hemorragia intracerebral grado IV asociada a leucomalacia periventricular. En el quinto día de vida se le realizó una cirugía para remover el tejido necrótico de una pequeña porción del piloro al colon. La recién nacida desarrolla una superinfección por *Candida*.

Caso 3. Patricio nació a las 35 semanas de embarazo después de que su madre tuvo un parto prematuro por

polihidramnios. Un ultrasonido realizado a las 22 semanas de gestación demostró una hernia diafragmática. Vigoroso al nacimiento, Patricio fue inmediatamente intubado y puesto en un ventilador debido a la gravedad de la dificultad respiratoria. A pesar de la presión inspiratoria elevada del ventilador y del 100% de oxígeno, la presión arterial de oxígeno de Patricio nunca fue mayor de 60 mmHg ni la presión del dióxido de carbono menor de 50 mmHg. A pesar del uso de óxido nítrico inhalado y de ventilación a alta frecuencia no hubo mejoría en la oxigenación. Una radiografía del tórax demostró que Patricio tenía una hernia diafragmática, con el estómago, intestino e hígado localizados hacia la izquierda. Su pulmón derecho también parecía hipoplásico. El neonatólogo consideró utilizar la oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO).

Caso 4. A un feto de 24 semanas de embarazo se le diagnosticó por ultrasonido hernia diafragmática severa. La mayoría de las vísceras abdominales estaban herniadas hacia el lado izquierdo del tórax, y casi no había pulmón visible.

Comentarios. En los casos mencionados, es razonable juzgar que las intervenciones que sostienen la vida orgánica serán incapaces de restaurar esas funciones a una actividad independiente.

En el caso 1, se conoce que ningún infante con ese peso y edad al nacimiento ha sobrevivido hasta la actualidad. Aunque puede constituir una utilidad probabilística, refleja más una incapacidad fisiológica de inmadurez pulmonar para realizar el trabajo esencial y por lo tanto constituiría una utilidad fisiológica.

En el caso 2, la enfermedad pulmonar de Keny ha presentado algo de mejoría con el surfactante y puede continuar mejorando, hasta el punto de descontinuar el apoyo ventilatorio. La función neurológica y el tracto digestivo están dañados, la pérdida quirúrgica de intestino compromete seriamente la sobrevida. La probabilidad de sobrevivir a una superinfección por *Candida* en esas condiciones es remota. Dada la complejidad de los pro-

* 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.

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

blemas, una valoración general nos indica que es una futilidad probabilística. En el caso 3, la ECMO es utilizada como terapia para hipertensión pulmonar severa. Es un procedimiento en que la sangre es extraída del cuerpo y la oxigenación y ventilación en el neonato tiene soporte mientras se relajan los vasos de los pulmones progresivamente. La ECMO ha mejorado la supervivencia de los neonatos con hipertensión pulmonar. Cuando se tiene una hernia diafragmática, no se desarrollan por completo ambos pulmones y por lo tanto no pueden apoyar una oxigenación y ventilación normal aun con una ECMO. A pesar de que actualmente no existen predictores que discriminan entre aquellos que podrán y no podrán ser beneficiados por una ECMO, la prematuridad, edad gestacional al diagnóstico, y extensión de la hipoplasia pulmonar parecen ser significativas. En el caso de Patricio, es razonable un juicio de futilidad probabilística. En casos así es emocionalmente difícil para el médico y familia reconocer la futilidad, debido a que la tecnología parece estimular aún esfuerzos fútiles de frente a la certeza de la muerte.

En el caso 4, la hernia diafragmática de esta severidad es incompatible con la sobrevida posnatal. Existen cuatro opciones para el manejo de este feto: 1) Terminar el embarazo; 2) No proporcionar atención al nacimiento, permitiendo la muerte temprana; 3) Tratamiento posnatal agresivo, incluyendo apoyo respiratorio, ECMO, y corrección quirúrgica; y 4) Inmediata reparación quirúrgica fetal. La atención posnatal en todos los casos parece fútil, debido a que el niño no tiene casi pulmones que apoyen la función respiratoria. La reparación quirúrgica fetal es teóricamente lo más eficaz, pero está en fase experimental y debe ser elegida a la luz de los criterios de investigación clínica.^{17,18}

En todos los casos, deben ser realizados juicios de futilidad fisiológica o probabilística. Tales juicios representan una justificación de la decisión de descontinuar intervenciones médicas o de no intervención. En tales casos, los médicos deben recomendar qué tratamientos no beneficiosos sean descontinuados o no administrados. Esta recomendación debe expresarse con una gran sensibilidad, debido a que los padres con frecuencia no pueden aceptar el hecho de la muerte inevitable de su hijo.

EL NO PROPORCIONAR ATENCIÓN

Las discusiones tradicionales de suspender un tratamiento que prolongue la vida caen en dos distinciones, como comisión u omisión, suspender o retirar, activa-pasiva, atención ordinaria-atención extraordinaria. Se puede escuchar en la UCIN "suspender un tratamiento puede ser aceptable pero una vez que se ha iniciado no debemos

retirarlo", caso frecuente cuando llegamos a la *guardia* y recibimos un neonato de 450 g que ha sido intubado en el turno anterior por deterioro en sus condiciones y en quien se logró una estabilidad transitoria con el uso del ventilador. La mayoría de los especialistas en ética médica consideran que estas distinciones son confusas por lo que se recomienda el establecimiento de un Manual de Procedimientos, que ayuden al médico a decidir en determinado momento en qué condiciones está indicado el **no intervenir** (*Cuadro 2*).¹⁹

JUICIO CLÍNICO

La reflexión ética debe iniciar con una evaluación realista de los objetivos de una intervención. Los resultados de esta evaluación deben formar la base para la opinión del médico sobre el posible curso de acción y deben ser presentados de una manera objetiva al responsable legal del paciente.

El proceso mediante el cual un médico logra un juicio clínico requiere de la habilidad para obtener datos, discernir diferencias relevantes, desechar hechos extraños, razones probabilísticas sobre el posible curso de acción y recomendar el curso que parezca mejor. En medicina clínica cada uno de estos pasos conlleva cierta incertidumbre.²⁰

El proceso mediante el cual los médicos disciernen, se enfrenta a cierta incertidumbre clínica, intenta hacer de manera consistente buenas decisiones es llamado juicio clínico. Durante mucho tiempo se creyó que este arte era un proceso intuitivo, muy complejo para ser sujeto a análisis o estudio científico. En años recientes, un reto al punto de vista tradicional sobre el juicio clínico es la epidemiología clínica y la medicina basada en evidencias.²¹ Este abordaje hace de la medicina clínica una ciencia y las disciplinas de la bioestadística, epidemiología clínica y análisis de decisiones puedan ser utilizadas para evaluar la calidad de vida, de las recomendaciones del médico y los resultados en los pacientes.

La medicina basada en evidencias ayuda a la reducción de la incertidumbre. Los proponentes sugieren que las decisiones sobre la terapia deberían estar basadas en evidencias sólidas derivadas de trabajos bien conducidos, ensayos de distribución aleatoria, controlados o de estudios de cohortes y, en ausencia de tal evidencia, o de evidencia menos convincente, de estudios de casos y controles y de opinión de clínicos expertos.

Durante las décadas recientes se ha dado un cambio fundamental en la relación médico-paciente, de una autoridad de decisión absoluta, paternalista por parte del médico a una participación cada vez más informada y activa del paciente en la toma de decisiones acerca de su

propia salud. Quienes apoyan la medicina basada en evidencias, están de acuerdo en que aun y cuando las recomendaciones del médico se basen en evidencias, el paciente es quien mejor puede hacer decisiones, porque sólo el paciente puede valorar los riesgos, beneficios, objetivos y costos del tratamiento de cara a la incertidumbre clínica que siempre estará presente en medicina

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y CEREBRAL

Toda persona que sufre un paro cardiorrespiratorio de causa conocida o desconocida y no se ha establecido que sea un paciente terminal o irreversible debe ser resucitado. Esto está claro en el estándar de la reanimación cardiopulmonar y cerebral (RCPC).²²

La RCPC merece una atención cuidadosa bajo el tema de indicaciones para intervenciones médicas y consiste en una serie de técnicas designadas para restaurar la circulación y la respiración ante la presentación de una falla cardiopulmonar. La RCPC en su forma más simple son compresiones torácicas e insuflaciones boca a boca y puede ser administrada en situaciones de emergencia por personas con el entrenamiento, sin ser profesionales de salud. En los hospitales, la RCPC avanzada es usual-

mente realizada por equipos entrenados que responden a un llamado de urgencia. La técnica avanzada incluye compresiones torácicas, intubación con ventilación asistida, electroconversión y desfibrilación en caso de arritmias así como la administración de líquidos y medicamentos cardiotónicos y vasopresores.

Epidemiología

Se considera que hay 5 millones de muertes neonatales cada año en el mundo, de las cuales el 20% son por asfixia y sus complicaciones. Se estima que el 10% de los recién nacidos requieren algún tipo de reanimación y que ésta debe ser intensiva en el 1% de los casos.

En los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), con una población de alrededor de 290 millones de habitantes hay cada año 3.7 millones de nacimientos en aproximadamente 5,000 hospitales que cuentan con servicio de obstetricia. Se estima que el 6% de los recién nacidos requieren reanimación, cifra que se eleva al 80% cuando el neonato es menor de 1,500 g, que en EUA se habla de alrededor de 30,000 niños cada año. Se conoce que cerca del 20% de los recién nacidos tienen una calificación de Apgar al minuto menor de 7 y 2-3% de ellos tienen

Cuadro 2. Indicaciones de no resucitar en neonatología.

Malformaciones congénitas	Defectos estructurales	Otros síndromes
Anencefalia	Enanismo acondroplásico	Pterigión múltiple letal
Holoprosencefalia	Acondrogénesis IA y IB	De New Laxova
Agenesia renal	Acondrogénesis tipo II	
Trisomía 13	Fibrocondrogénesis	Meckel-Gruber
Hidranencefalia	Displasia tanatofórica	
Triploidía	Teleotogénesis	
Sirinomelia	Osteogénesis imperfecta tipo II	
Trisomía 18	Polidactilia y costilla corta (Saldino-Noonan)	

Cuadro 3. Regulaciones del Baby Doe.

U.S. Congress as amendments to the child abuse and neglect prevention and treatment Act

La ley demanda del Estado Agencias de Servicios que protejan a los niños para vigilar los casos en que un tratamiento indicado médicaamente para los neonatos pueda ser negado. La falla en dar tratamiento, que a juicio del médico tratante, pueda ser efectivo o que permita superar todas las amenazas para la vida, está prohibida por las regulaciones. Se dio particular atención a proporcionar "adecuada nutrición, hidratación o medicamentos." Hay sin embargo excepciones. El tratamiento puede no ser administrado si el neonato tiene alguno de los siguientes criterios:

Cuando el neonato esté comatoso de manera crónica e irreversible.

Cuando al proporcionar el tratamiento solamente prolonga el fallecimiento y *no* sea efectivo en mejorar o corregir todas las condiciones de gravedad o de otra manera se considera fútil.

El proporcionar tal tratamiento es virtualmente fútil en términos de la sobrevida del neonato y el tratamiento puede por sí mismo ser inhumano

Fuente: referencia 28

esta calificación a los cinco minutos. En ese país mueren cada año 40,000 menores de un año de edad y 16,000 niños con edades comprendidas entre 1-14 años.^{23,24}

En México con una población de alrededor de 106 millones de habitantes, cada año nacen 2,300,000 niños en aproximadamente 2,000 hospitales que cuentan con servicio de maternidad y que un 66% de ellos, principalmente en las zonas rurales, son atendidos en el hogar por una partera empírica; el IMSS atiende al 25% y las otras instituciones públicas y privadas el restante 8%. Se estima que el 25% de los niños presentan asfixia neonatal, la cual es severa el 8%, de grado moderada en 10% y leve en un 7%.^{25,26}

La RCPC sólo debe omitirse cuando existan indicaciones específicas de que no sea realizada. Estas órdenes se llaman **no intentar resucitar** (NIR). Esta omisión de la RCPC posterior a paro cardiopulmonar puede resultar en la muerte del paciente. Una orden de NIR puede ser considerada como una forma de plan avanzado que les permite a los pacientes morir plácidamente sin los rigores de los intentos de resucitación.²⁷

La decisión de escribir una orden NIR es compleja. Deben valorarse tres consideraciones. La primera es que el juicio de la RCPC será fútil, esto es, que la resucitación no tiene probabilidades de éxito, y que si lo tiene, el paciente no sobrevivirá para ser dado de alta del hospital. La segunda es que la orden de NIR concierne a las preferencias de los familiares del paciente, si son conocidas, y la tercera es la calidad de vida del paciente a quien se le practica la RCPC.

En general, las condiciones de una orden para no iniciar RCPC son las mismas para el niño que para el adulto, con la excepción del consentimiento del paciente. La resucitación del recién nacido asfixiado representa dilemas especiales.

Aspectos éticos en RCPC

El Dr. Avery no recomienda la reanimación en menores de 23 semanas de edad gestacional o en neonatos menores de 600 g.¹⁴ En nuestro medio esto se extiende a los menores de 26 semanas y menores de 750 g de peso en unidades hospitalarias de tercer nivel y de 28 semanas o de alrededor de 1,000 g en otros hospitales o cuando son atendidos en el hogar.¹⁵ Si se tiene el diagnóstico prenatal de malformación letal (anencefalia, trisomía 13-15 ó 18) se recomienda no reanimar.¹⁹ Una excepción sería la donación de órganos para trasplante como es el caso de riñones en anencéfalos. Si no se tiene programado no es recomendable tomar una decisión en la *sala de*

partos ya que es más conveniente reanimar y posteriormente se toma la decisión, de acuerdo a la condición médica, deseos de familiares, entre otras, de descontinuar las medidas de apoyo. Como concepto general si no hay respuesta a la RCPC se deben de suspender las maniobras a los diez minutos en el caso de los neonatos prematuros y a los 20 minutos en los de término.

Muchos de los miembros del personal de salud y los familiares tienen la preocupación de que los sobrevivientes de una reanimación prolongada tienden a quedar con secuelas severas. Los principios éticos siguientes deben ser de utilidad:^{22,23}

- Los principios éticos que rigen la RCPC neonatal no deben ser diferentes de aquellos que se siguen en la reanimación de niños mayores y adultos.
- No hay ventajas en retrasar, graduar o dar apoyo parcial. Si el neonato sobrevive este manejo hace que su pronóstico sea más deficiente.
- No hay un principio ético que prohíba retirar el soporte vital una vez que éste se haya iniciado.
- El no iniciar o interrumpir la reanimación debe hacerse en base a información lo más objetiva posible.
- Cada vez que se anticipa la posibilidad de una reanimación se debe de hablar con la familia y conocer sus deseos antes del nacimiento.
- Los métodos de estimación de la edad gestacional tienen un margen de error de dos semanas por lo que antes de tomar la decisión de no reanimar por la evaluación antenatal se debe confirmar con el examen físico del recién nacido.
- En los casos de que el pronóstico sea incierto incluyendo una edad gestacional dudosa, es recomendable iniciar una reanimación vigorosa y de acuerdo a la información clínica completa, a la información de la familia y después de comentarla con los padres se puede considerar apropiado tomar la decisión de retirar el soporte.

IMPLICACIONES LEGALES DE NO PROPORCIONAR UN TRATAMIENTO

Se recomienda que los hospitales formulen políticas sobre el cuidado adecuado y especifiquen la manera en qué casos difíciles deben ser revisados y resueltos. Los médicos y los hospitales son los más criticados y pueden verse en dificultades cuando hacen decisiones unilaterales, especialmente si no lo comunicaron y negociaron con los familiares, si no consultaron con sus colegas, seguido de procedimientos administrativos y políticas, o buscaron apoyo legal.

En 1985, el Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica aprobó una enmienda al Acta de Reforma de

[§] Ver las referencias de la Parte I.

la Prevención y Tratamiento del Abuso al Menor, sobre decisiones clínicas en recién nacidos. Las regulaciones basadas en esta legislación se conocen como las "Reglas del Bebé Doe" (*Cuadro 3*); estas reglas indican que no se requiere un tratamiento que prolongue la vida, "cuando el proporcionar tal tratamiento sólo prolongará la muerte, no será efectiva en aminorar o corregir todas las condiciones que amenazan la vida del infante, o serán fútiles en términos de sobrevida del infante".²⁸ Una decisión controversial de la corte, conocida como el caso del Bebé K implica que aun recién nacidos que se consideran a morir de manera irreversible tienen derecho a atención que salve sus vidas si los padres demandan tal atención.²⁹ Dadas las circunstancias del caso, la regla no puede ser generalizada y los médicos deben solicitar consejo legal sobre su interpretación.

DETERMINACIÓN DE MUERTE

Las intervenciones médicas cesan cuando el paciente es declarado clínicamente muerto. Declarar la muerte es una de las responsabilidades legales de los médicos. Es costumbre para el médico determinar la muerte al notar la ausencia de respiración, y pulso y la fijación de las pupilas. Por lo tanto, la definición de muerte, **aceptada en medicina y por la ley**, era la "cesación irreversible de la circulación y de la respiración." Esto es conocido como el criterio de muerte "cardiorrespiratorio". En la década de 1960 se hizo posible mantener las funciones respiratorias con el uso del ventilador mecánico, el cual apoya la perfusión del oxígeno aun en ausencia de función cerebral.

En 1981, la **Comisión del Presidente para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina** propuso un modelo legal, **El Criterio Uniforme de Muerte**. Un individuo que ha presentado ya sea:

1) Cese irreversible de la función circulatoria o respiratoria, o 2) Cese irreversible de todas las funciones del cerebro en su totalidad, incluyendo la circulación, está muerto.³⁰

DETERMINACIÓN DE MUERTE ENCEFÁLICA

Se define a la muerte encefálica como la ausencia completa e irreversible de todas las funciones del encéfalo. Consiste en la necrosis total del encéfalo que afecta a sus tres regiones: hemisferios cerebrales, tallo cerebral y cerebelo. Al haber esta falla existe pérdida de la vida de relación, no hay respiración ni circulación espontáneas, por lo que si se suspenden los medios de soporte artificial se presenta la desaparición de cualquier manifestación de vida (*Cuadro 4*).³¹

La definición más conocida de muerte encefálica o cerebral es la del **Comité ad hoc de la Escuela de Medicina de Harvard**,³² que se enfocó al cese de la función cerebral, sin esperanza de recuperación con los siguientes requisitos: 1) Coma sin respuesta; 2) Apnea; 3) Ausencia de reflejos cefálicos; 4) Midriasis; 5) Ausencia de reflejos espinales; 6) Electroencefalograma isoelectrónico; 7) En ausencia de intoxicación por drogas o hipotermia; 8) Persistencia del cuadro durante 24 horas.³²

Investigaciones posteriores hicieron algunas modificaciones a los criterios originales: 1) La midriasis no es obligatoria; 2) Los reflejos espinales pueden estar conservados; 3) Pueden existir otras respuestas motoras de origen espinal; 4) El periodo de observación puede reducirse a menos de 24 horas. En la década de los 80 se agregaron, como pruebas confirmatorias, los estudios electrofisiológicos como los potenciales evocados auditivos y somatosensoriales y las pruebas de flujo sanguíneo cerebral entre las que se incluyen: angiografía cerebral por cateterismo de las arterias cerebrales, la digital intravenosa, por radionúclidos, la tomografía craneal computada con inhalación de xenón y la sonografía Doppler intracraneal.

Se puede decir que el médico es el profesional, que por las razones propias de su trabajo, sobre todo los que asisten al ser humano en los extremos de la vida, como es el caso del pediatra perinatólogo, es quien más contacto tiene con la muerte del ser humano por lo que debe tener una preparación adecuada para tratar los diferentes aspectos que un fallecimiento implica.

CREENCIAS RELIGIOSAS Y DIVERSIDAD CULTURAL

Ciertos grupos religiosos tienen creencias sobre la salud, enfermedad y atención médica que pueden no ser conocidas por los profesionales de salud. Algunas veces tales creencias van a influenciar las preferencias del paciente sobre su atención de una manera que los profesionales consideren peligrosa o imprudente. Como principio general, las creencias inusuales y las elecciones de otras personas deben ser toleradas si no representan una amenaza para otras partes.³³

Los Testigos de Jehová son cristianos fundamentalistas del Nuevo Testamento. Su creencia relacionada a las transfusiones deriva del Acta de los Apóstoles, capítulo 15, versículos 28-29, en el que a los cristianos se les urge el "abstenerse de sacrificios a ídolos, y de la sangre". Pasajes similares en el Antiguo Testamento parecen describir sólo una restricción dietética en contra de comer carne a la que no se le ha extraído la sangre y aquella que no esté cocida. En la doctrina hebrea, la sangre se identifica con el alma de las cosas vivientes, y el respeto por la vida adquiere una importancia fundamental.

Cuadro 4. Diagnóstico clínico de muerte encefálica.

I. Coma con ausencia de respuestas cerebrales

No obedece órdenes, no habla, no realiza movimientos propositivos de los miembros ni adopta posturas tónicas de decorticación o de descerebración. Con frecuencia están conservados los reflejos espinales, de estiramiento muscular y cutáneos. Pueden existir otros movimientos de origen espinal, inducidos por estímulos propioceptivos o cutáneos o de aparición espontánea, sobre todo de flexión de las extremidades.

II. Apnea

No hay respiración espontánea y el paciente se mantiene con ventilador mecánico. Cuando se desconecta el aparato se presenta la ausencia de respiración.

III. Ausencia de reflejos del tallo cerebral o cefálicos

No hay reflejos cefálicos (pupilar, oculocefálico, oculovestibular, corneal, cócleo-palpebral, faríngeo, tusígeno, mandibular, labial). El diámetro pupilar es variable por lo que carece de valor diagnóstico.

IV. Presencia de una lesión encefálica irreversible

Es necesario reconocer la existencia de una lesión estructural irreversible que explique satisfactoriamente el cuadro clínico.

V. Ausencia de causas que tengan posibilidad de recuperación

Se debe descartar intoxicación por fármacos neurodepresores, hipotermia grave y choque circulatorio

VI. Persistencia de los signos clínicos por un mínimo de 12 horas

Si se realizan pruebas que confirman la muerte encefálica el tiempo de observación puede ser menor a 12 horas.

Nota: Los puntos I a III indican el cese total de las funciones encefálicas; los puntos IV a VI indican la irreversibilidad del cese de estas funciones.

Fuente: referencia 31.

El punto de vista de los Testigos de Jehová de no "comer sangre" es una obligación dictada por el respeto hacia la vida. Como lo que dice La Biblia es discutido en el contexto de otras obligaciones cuya violación puede resultar en la pérdida del alma de la persona, los Testigos de Jehová creen que la aceptación de transfusiones sanguíneas resultará en daño y condena eterna.³⁴ Las siguientes consideraciones generales aplican al caso:

- a) Los Testigos de Jehová no pueden ser considerados incapaces de hacer elecciones a menos que exista una evidencia clínica de tal incapacidad. Por el contrario, esas personas generalmente tienen muy claras sus creencias y sus consecuencias. Es una parte prominente de su fe, insistentemente pensada y discutida. Mientras otros lo puedan considerar irracional, la adherencia no es por sí misma, un signo de incompetencia.
- b) Las Cortes han unánimemente mantenido el derecho legal de un Testigo de Jehová de rechazar transfusiones que le salven la vida. Si las creencias inusuales representan una amenaza para otros, es éticamente permisible y puede ser obligatorio el evitar el daño ante la inminencia de la amenaza y la seriedad del daño. Por lo tanto, las Cortes han intervenido y ordenado transfusiones sanguíneas en niños.³⁵ Las Cortes durante un tiempo tuvieron la inclinación de ordenar que un paciente fuera transfundido pero en la actualidad raramente lo hacen porque están disponibles cuidados alternativos.
- c) El rechazo a una transfusión sanguínea difiere de manera significativa del rechazo a todo tratamiento o al tra-

tamiento recomendado. Los Testigos de Jehová conocen la realidad de su enfermedad y desean ser curados y ser atendidos; ellos simplemente rechazan una modalidad de tratamiento. Los médicos no deben sentir que esta limitación los involucra en una atención por abajo del estándar y en una atención también incompetente.

- d) El rechazo a la transfusión puede llevar al médico a considerar si la transfusión es necesaria en esa situación clínica. Algunos cirujanos competentes han realizado procedimientos quirúrgicos en Testigos de Jehová sin el uso de transfusiones sanguíneas.³⁶

AUTORIDAD EN LOS PADRES

Los niños, cuyas capacidades mentales maduran conforme crecen, son considerados incompetentes bajo la ley. La atención médica de los recién nacidos y de los niños es autorizada por los subrogados usuales, los padres del niño o en circunstancias inusuales, por otro pariente autorizado por la ley. Además, la ley designa la edad en que una persona joven es capaz de consentir.

La responsabilidad de los padres es un asunto moral, social y legal. Generalmente se acepta que los padres tienen la responsabilidad del bienestar de sus hijos y que tienen un amplio rango de discreción para determinar las circunstancias particulares que conlleva ese bienestar. Al mismo tiempo, la discreción de los padres no es absoluta. Los recién nacidos y los niños son, bajo la ley, considerados personas, con ciertos intereses y derechos que deben ser reconocidos a pesar de las preferencias de los

padres. Por lo tanto, usualmente se dice que el mejor interés del niño limita la discreción de los padres en el tratamiento médico de sus hijos. También, la sociedad acepta, como una obligación, la protección del niño de todo daño, aun de sus propios padres. El bienestar del niño es tomado como una obligación muy seria.

INCAPACIDAD DE LOS PADRES

Los pediatras y otros profesionales de salud pueden ocasionalmente sospechar que los padres son incompetentes para la atención de su hijo. Esta sospecha debe ser cuidadosamente evaluada. En algunos casos, un padre o ambos padres pueden manifestar los signos de un desorden psiquiátrico que los vuelve incompetentes de consideraciones racionales en asuntos relacionados a su hijo. Un parente incapacitado psiquiátricamente puede representar peligro para su hijo.

La existencia y extensión de una enfermedad psiquiátrica debe ser evaluada y, si está indicado, debe procederse con los pasos legales de designar a otro tutor para la toma de decisiones. Otra fuente de incompetencia son los padres que parecen incapaces de comprender las necesidades e intereses de sus hijos. La falla en proporcionar las necesidades ordinarias de los niños puede representar incompetencia ocasionada por ignorancia, torpeza moral, o adicción a sustancias. En otros casos, la falla puede ser debida a la inexperiencia de los padres o a condiciones sociales. Las trabajadoras sociales y otros expertos en evaluar las condiciones ambientales y sociales son invaluables colaboradores. Si la sospecha es verificada, se debe buscar el remedio legal dependiendo de la seriedad y urgencia de la situación.

DECISIONES EN BASE A CREENCIAS

Los padres tienen un amplio grado de discreción sobre los valores con los que ellos quieren educar a sus hijos. La protección constitucional sobre la libertad de religión salvaguarda fuertemente esta discreción. Frecuentemente es inocuo, pero estas previsiones ponen la vida o la salud de un niño en peligro.

Caso 1. Una recién nacida de seis días de edad, de madre con tipo sanguíneo O positivo, padre tipo sanguíneo A positivo, ambos Testigos de Jehová, tiene ictericia, el tipo sanguíneo es A positivo, con Coombs negativo y cifras de bilirrubina indirecta de 25 mg/dL, con criterios que ameritan exanguinotransfusión. Los padres rechazan el recambio sanguíneo y sólo permiten como tratamiento la fototerapia.

Caso 2. Revisamos el caso de Karen, recién nacida producto de un parto prematuro, en quien existió recha-

zo a tratamiento médico de una meningitis, en base a que los padres profesan la Cienciología Cristiana.

Caso 3. Un neonato de 20 días es traído al servicio de emergencias por sus padres, quienes son inmigrantes de Vietnam. Los padres hablan poco español. El niño presenta fiebre elevada. El médico residente que lo revisó nota que existen pequeñas quemaduras circulares en el tórax por lo que sospecha maltrato.

Comentarios. La Constitución Política Mexicana determina en su artículo 24 el derecho a que cualquier persona profese la creencia religiosa que más le agrade, siempre y cuando observe las leyes generales. En las palabras de la decisión de la Suprema Corte sobre la autoridad de los padres Testigos de Jehová, "Los padres son libres de convertirse en mártires por sí mismos... pero no son libres... de convertir en mártires a sus hijos".

Recomendaciones. La exanguinotransfusión debe de ser iniciada de inmediato en el caso 1. Se debe obtener la autorización de la Corte sólo si el retraso no pone en peligro la vida del niño; si la pone en peligro, se puede asumir la autorización en base a innumerables precedentes legales permitiendo tratamiento en esas condiciones, por la posibilidad de kernicterus. En el caso 2, se debe iniciar el tratamiento y buscar la autorización para validar tal decisión. Se deben realizar esfuerzos para convencer a los padres y mantener buenas relaciones, pero es el bienestar del niño, no el de los padres, lo que importa. El caso 3 es diferente, el médico residente encuentra una práctica común entre las personas de origen vietnamita. Colocan monedas calientes en la piel para controlar la fiebre, creyendo que el calor de las monedas absorberá el calor del cuerpo. Las quemaduras son pequeñas y superficiales. Aunque se debe disuadir a los padres sobre lo inadecuado de esta práctica, no representa abuso.

CONCLUSIONES

Se concluye que no existe duda acerca de la obligación de los médicos y de otros profesionales de la salud de beneficiar a sus pacientes. El médico tiene que utilizar su mejor juicio y decidir qué es lo mejor para su paciente, considerando que generalmente a las personas en nuestra cultura les gustaría ser tratadas de todas aquellas condiciones que fueran tratables, les gustaría continuar viviendo sin ser una carga para otros, y les gustaría tener una oportunidad razonable para completar sus proyectos de vida con un mínimo de dolor y de incapacidad.

Por otra parte, la toma de conciencia de que los recursos económicos y sanitarios son limitados ha obligado a la práctica médica de la idea de "Hágase todo lo posible" a la de "Hágase todo lo razonable" por lo que en cada situa-

ción se habrá de valorar y decidir en conjunto con el paciente, o los padres qué medidas son las más razonables.

El médico **no está obligado** a realizar tratamientos que él considera inútiles aunque se lo solicite la familia, el paciente u otros colegas. La toma de decisiones se basa en el juicio clínico y en el del mejor interés del paciente.

Referencias (Parte II)

17. García HJ, Aparicio-de la Luz S, Franco-Gutiérrez M, González-Lara D, González-Cabello H, Villegas-Silva R. Factores pronósticos asociados a mortalidad en recién nacidos con hernia diafragmática congénita. *Gac Med Mex* 2003; 139: 7-14.
18. Blank CG, Melman SE, Beltrán BF, Frontana RP, Catalán LJ, Bierzwinski KA. Nuevos conceptos de terapia neonatal en el manejo de la hernia diafragmática congénita. *Acta Pediatr Mex* 2002; 23: 363-9.
19. Valencia-Salazar G. Controversias éticas en neonatología. En: Garduño-Espinosa A, editor. *Bioética*. México: McGraw-Hill 2001: 35-43.
20. Feinstein AR. *Clinical Judgment*. New York: Kreiger; 1974.
21. Greenhalgh T. *Las bases de la medicina basada en la evidencia*. México: Medical Trenes 2001.
22. Kattwinkel J, editor. *Texto de reanimación neonatal*. 4^a ed. Birmingham, Alabama: American Heart Association and American Academy of Pediatrics; 2003.
23. Chameides L, Hazinski MF, editores. *Reanimación avanzada pediátrica*. Dallas, Texas: Fundación Interamericana del Corazón, American Heart Association, American Academy of Pediatrics 1998; 11-1 a11-11.
24. Safar P. *Reanimación cardiopulmonar y cerebral*. México: Nueva Editorial Interamericana; 1987.
25. Kumate J. Morbilidad y mortalidad neonatal. *Gac Med Mex* 1990; 126: 475-9.
26. Danglot-Banck C, Gómez-Gómez M. Reanimación cardiopulmonar y cerebral neonatal. En: Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C, editores. *Temas de actualidad sobre el recién nacido*. México: Distribuidora y Editora Mexicana; 1997: 171-8.
27. Gómez-Gómez M, Santamaría-Díaz H. *Electrocardiografía neonatal*. 2^a ed. México: Distribuidora y Editora Mexicana 1995: 179-86.
28. U.S. Congress as amendments to the child abuse and neglect prevention and treatment Act, Washington DC: Government Printing Office, 1985.
29. Pence GE. *Classic cases in medical ethics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Inc.; 1995: 174-99.
30. President's Commission on Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Defining Death: A Report on the Medical, Legal, and Ethical Issues in Definition of Death*. Washington, DC: Government Printing Office, 1981.
31. López-Hernández E, Jaramillo-Magaña JJ, Solís H. Alteraciones fisiopatológicas en la muerte encefálica. Su importancia para decisiones de manejo y donación de órganos. *Gac Med Mex* 2004; 140: 199-209.
32. Beecher HK. A definition of irreversible coma. Report of the Committee *ad hoc* of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *JAMA* 1968; 205: 337-40.
33. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Religious objections to medical care. *Pediatrics* 1997; 99: 279-81.
34. Pimentel-Pérez AG. Los Testigos de Jehová y el consentimiento informado. *Rev Med IMSS (Mex)*. 2002; 40: 495-504.
35. Ramírez-Salazar C, Jiménez-Corona ME, Rivera-Cisneros AE. Aspectos jurídicos en casos de transfusión sanguínea en Testigos de Jehová. *Gac Med Mex* 2003; 139: 423-5.
36. Murillo-Godínez G. Las transfusiones sanguíneas en los Testigos de Jehová. *Rev Med IMSS (Mex)*. 2003; 41: 509-10.

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

