



Controversias sobre el tratamiento de un neonato críticamente enfermo en un servicio de salud rural

Horacio Márquez-González,^a Edith Valdez-Martínez^b

Controversy in the treatment of a critically ill neonate in a rural health service

Cardiopulmonary resuscitation of newborns with perinatal hypoxia faces serious ethical, moral, medical and legal problems, particularly in rural areas. Ethical and moral issues have to do with the medical-parents relationship; with values, preferences and priorities of each of these groups; and with the scarce resources situation. Medical-technical problems are related to asphyxia complications, and their prognostic and therapeutic implications. Legal considerations arising from the fact of killing or letting die. In this article is analyzed the real case of a neonate with severe perinatal hypoxia in order to enhance the understanding of the incorporation of ethics in everyday clinical practice.

Keywords Palabras clave

Ethics, clinical	Ética clínica
Infant, newborn	Recién nacido
Asphyxia neonatorum	Asfixia neonatal
Rural health services	Servicios de salud rural
Mexico	México

En los países latinoamericanos, la pobreza alcanza frecuencias mayores al 66 %¹ del total de la población, sus principales manifestaciones son: la escasez y mala calidad del alimento, así como los bajos niveles educativos y de salud. Dentro de este contexto se presenta el caso de la bebé Mercedes, quien nació y fue atendida en un hospital rural de la frontera del estado de Chiapas con Guatemala, donde aún se hablan idiomas como Xhol, Maya, Tzeltal y Tzotzil; el promedio de educación es de 6 años, y el 16 % son analfabetas.² Mercedes sufrió hipoxia perinatal prolongada, sobrevivió 27 días con complicaciones secundarias a la asfixia perinatal y a la decisión tardía de sus padres de continuar el tratamiento médico oportuno. Algunos han criticado la decisión del cuerpo médico del hospital de luchar por mantener la vida de la paciente; mientras que otros han criticado la postura de los padres, de dejar morir a Mercedes arguyendo la falta de recursos para poder atender las complicaciones de la niña. El propósito de este artículo es presentar una breve revisión del caso y analizar los temas ético-médicos que surgen.

El caso de la bebé Mercedes

Mercedes fue la décima gesta de una madre de 39 años de edad, analfabeta, dedicada a la venta informal de verduras sembradas en su huerto, fue el segundo embarazo con su tercera pareja. Nunca ha aceptado la utilización de métodos anticonceptivos por su creencia de “dejar de ser mujer”. El control del embarazo fue irregular, por inasistencia a las consultas. Cursó con diabetes gestacional e infecciones vaginales. En la semana 38 de gestación se programó a la madre para resolver el embarazo por vía abdominal porque Mercedes estaba grande para la edad gestacional, pero no acudió. En la semana 41, en su domicilio, presentó trabajo de parto con salida de la cabeza del neonato por el canal vaginal y atrapamiento de hombros, después de que la partera realizara maniobras fallidas durante 10 minutos, la madre fue llevada al hospital donde nació por parto distócico y en paro cardiorrespiratorio. El pediatra le realizó maniobras de reanimación

^aDepartamento de Cardiopatías Congénitas, Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

^bCoordinación de Investigación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Comunicación con: Horacio Márquez-González
Teléfono: (55) 5627 6900, extensión 2254
Correo electrónico: horaciomarquez84@hotmail.com

La reanimación cardiopulmonar de recién nacidos con hipoxia perinatal grave enfrenta problemas éticos, morales, médicos y legales, particularmente en áreas rurales. Los problemas éticos y morales tienen que ver con la relación médico-padres; con los valores, preferencias y prioridades de cada uno de estos grupos, y con la situación de la escasez de recursos. Los problemas técnico-médicos están relacionados con las

complicaciones relacionadas a la asfixia, así como con sus implicaciones pronósticas y terapéuticas. Mientras que las consideraciones legales derivan del hecho de matar o dejar morir. En este artículo se discute el caso real de un neonato con asfixia perinatal grave con el propósito de fortalecer el entendimiento de la incorporación de la ética de la práctica clínica cotidiana.

Resumen

siguiendo lo recomendado en el manual de reanimación neonatal de la American Heart Association.³ A los 20 minutos logró que Mercedes recobrar una frecuencia cardíaca mayor a 100 latidos por minuto y, aunque no presentaba esfuerzo respiratorio, decidió asistirle con ventilación mecánica.

El argumento de la futilidad fisiológica y la futilidad probabilística

El término futilidad alude al hecho de procurar, mediante algún tratamiento curativo, un beneficio al enfermo, el cual, con base en la razón, la evidencia científica y la experiencia clínica, tiene una alta probabilidad de fracaso.⁴ La probabilidad de supervivencia de Mercedes al momento de suspender las maniobras de reanimación era menor al 10 %, ⁵ con estimación de daño cerebral irreversible hasta del 50 %⁶ y a otros órganos (cerebro, corazón, intestino, etc.) secundarios a la hipoxia prolongada. Sin embargo, con un tratamiento adecuado y oportuno, el pronóstico de supervivencia mejoraría hasta alcanzar el 91 % en enterocolitis necrotizante,⁷ 60 % en falla renal no oligoanúrica⁸ y 70 % en falla cardíaca secundaria a miocarditis hipóxica.⁹ Según el CRIB II (Clinical Risk Index for Babies Score), la probabilidad calculada de supervivencia de Mercedes era mayor a 60 %.¹⁰ Por lo tanto, y aunque el daño cerebral sería irreversible, el pronóstico esperado de supervivencia, dada la recuperación de órganos vitales (corazón, riñón, intestino), era mayor al 50 %. Sin embargo, el caso de Mercedes estaba enmarcado en un contexto con grandes limitaciones tanto familiares como hospitalarias que influían negativamente en su asistencia médica. Todo esto plantea la pregunta: ¿Los esfuerzos de reanimación no debieron haberse otorgado alegando futilidad fisiológica, para así evitar tanto un mayor sufrimiento de la recién nacida como el gasto de recursos escasos para atención médica? Cabe

considerar que la renuncia a una intervención médica puede constituir un acto de negligencia.¹¹

Volviendo a la historia de Mercedes, el pediatra tratante tenía serias limitaciones de insumos, por lo que debido a la evidente gravedad de la recién nacida, le planteó a la madre la urgencia de trasladar a Mercedes al hospital de tercer nivel más cercano, a siete horas de distancia; de haberse trasladado de inmediato, el pronóstico de supervivencia habría sido del 50 %¹² con una probabilidad de secuelas neurológicas graves e irreversibles mayores al 80 %.¹³ La madre no aceptó el traslado del neonato; así, durante las primeras 24 horas de vida, Mercedes presentó crisis convulsivas, y se le diagnosticaron enterocolitis necrotizante estadio IIB y miocarditis hipóxica. En las siguientes 48 horas de vida presentó mejoría de la falla renal, disminución de los aportes ventilatorios y del equilibrio ácido base, pero se agregó el diagnóstico de probable hemorragia intraventricular. Dado el cúmulo de complicaciones médicas, secundarias a la hipoxia perinatal, ¿resultaba razonable aducir futilidad probabilística? El sentido probabilístico de la futilidad sustentado en la evidencia científica y en los factores contextuales, los cuales colaboraban de forma indefectible en la comprensión de que el tratamiento solo conseguiría prolongar su muerte de manera dolorosa y agonizante.

El contexto de Mercedes

Varios factores contextuales fueron significativos; por un lado, la madre no aceptó el traslado oportuno de Mercedes a un hospital de tercer nivel, refiriendo a Trabajo social: “no hay dinero”, “si fuera varoncito probablemente su pareja querría acompañarlo hasta el otro hospital”, “las condiciones de su hogar son de extrema pobreza”, “sus hijas mayores no podían quedarse a cargo de su actual pareja por antecedentes previos de intento de violación”.

Por otro lado, el padre de Mercedes solicitó en una ocasión el egreso del neonato; ante la consecuente negativa médica, el señor acudió en una segunda ocasión solicitando que se privara a Mercedes del ventilador, arguyendo que ante la mala evolución y la alta posibilidad de secuelas, ningún familiar tendría la capacidad y el tiempo para atender a un niño con discapacidad. Ante la postura de los padres, el caso fue turnado al ministerio público.

Con la intervención de las autoridades legales, y a las 72 horas de vida de Mercedes, ambos padres la visitaron por primera vez, y aceptaron trasladarla al Hospital de Especialidades. A Mercedes se le realizó el diagnóstico de hemorragia intraventricular y se le colocó un sistema de derivación ventrículo-peritoneal. Al día 27 de estancia intrahospitalaria se le diagnosticó sepsis y ependimitis; entonces, el equipo médico decidió exteriorizar el sistema de derivación ventrículo-peritoneal, durante el acto quirúrgico se trató de colocar un catéter venoso central ocasionándosele neumotórax traumático, mismo que originó paro cardíaco y la muerte de la menor.

El parámetro de las indicaciones médicas, además de los datos clínicos que deben tratarse, abarcan las preguntas adicionales: ¿Hasta dónde debemos luchar por la supervivencia de Mercedes? ¿Qué consecuencias y riesgos son tolerables en el intento de salvarla?

El argumento de la calidad de vida

Las evaluaciones de la calidad de vida son subjetivas, ya que reflejan las creencias, los valores, los gustos y los desagrados de quien emite el juicio.¹⁴ Por lo tanto, se requiere un actuar prudente y apoyo de la evidencia objetiva para poder establecer criterios de calidad de vida. Jonsen¹⁵ propone tres diferentes niveles de calidad de vida: limitada (situación en la que alguien sufre graves carencias de salud física y mental), calidad mínima de vida (cuando existe futilidad probabilística) o menor a la mínima (*i.e.*, estado vegetativo). Durante las primeras 48 horas de vida, Mercedes encajaba en los criterios de calidad mínima de vida, por lo que las intervenciones médicas estaban destinadas a prolongar la vida. La controversia ética que aflora es si dicha calidad justificaba el mantenimiento de la vida. Con base en los antecedentes y evolución clínica de la paciente concluimos que durante las primeras horas de vida estaba éticamente permitido abstenerse de continuar el tratamiento curativo de Mercedes. Por consiguiente, era éticamente lícito no haber continuado el tratamiento. No había ninguna obligación, pues había una gran probabilidad complicaciones médicas, tal y como sucedió en la historia de Mercedes.

El argumento sobre lo incorrecto de matar y la santidad de la vida

En la medicina occidental persiste la idea de que toda vida humana es invaluable, sin importar edad, clase socioeconómica o incapacidad; no importa si dejar morir sirve para un buen propósito.¹⁶ No obstante, en situaciones excepcionales pudiera ser correcto, particularmente si el ser humano inocente no tiene futuro porque va a morir pronto (considerando sus circunstancias). En la práctica clínica no existen principios morales absolutos, excepto el mandato de actuar en el mejor interés del paciente. Así, cuando la calidad de vida es tan pobre que las intervenciones agresivas y los cuidados intensivos generan más perjuicios que beneficios para el paciente, está justificado no iniciar o retirar el tratamiento en recién nacidos con determinados problemas. En sintonía con lo anterior, la limitación del esfuerzo terapéutico (*i.e.*, no iniciando o suspendiendo el tratamiento o ambas cosas) sería una buena manera de regular las actuaciones médicas donde el tratamiento solo conseguiría prolongar el proceso de muerte.¹⁶ La limitación del esfuerzo terapéutico no implica el abandono del enfermo.¹¹ En el caso de Mercedes, existen criterios justificables, objetivos, de perjuicios y beneficios, que incluyen los daños inmediatos, los inconvenientes, el riesgo de lesión cerebral grave, y otra serie de perjuicios, todos ellos ya mencionados, que determinan la relevancia de la limitación del esfuerzo terapéutico para evitar incurrir en obstinación terapéutica.^{17,18}

El criterio del mejor interés

El criterio del “mejor interés” subyace debajo de los argumentos en defensa o en contra del tratamiento para la supervivencia de Mercedes. Este criterio persigue el bienestar del individuo valorando los riesgos y los beneficios de las opciones de tratamiento, teniendo en cuenta el dolor, el sufrimiento, y evaluando las probabilidades de que se produzca la recuperación o pérdida de las funciones.

El interés puede ser dividido con base en el objetivo que se persigue:¹⁹ fisiológico (los necesarios para sobrevivir: oxígeno, agua, comida); físico-emocional (relaciones afectivas, seguridad); emocional (familia, amigos), y desarrollo cognitivo (herramientas, como la educación, que favorezcan la adquisición de habilidades que aseguren su independencia). En el caso de Mercedes, dado el éxito de las maniobras de reanimación, el interés médico que se perseguía de forma inmediata era el fisiológico (para el manejo de las complicaciones secundarias a la asfixia) para mejorar el pronóstico de vida, pero no el de la función, porque su calidad de

vida quedaría cercenada por las lesiones cerebrales y de otros órganos secundarios a la hipoxia perinatal.

Mercedes era parte de un grupo social, su familia, que presentaba graves rasgos contextuales, por lo que el peso real de sus secuelas impediría el cumplimiento del criterio del “mejor interés”.²⁰ Al respecto, algunos autores señalan, también, la importancia de evaluar el grado de afectación de la familia en relación con el beneficio esperado de su paciente.²¹ Esto último, sin confundir la calidad de vida de Mercedes con el valor de su vida para su familia.

Discurrir sobre la pendiente resbaladiza

La literatura mundial¹⁶ ha mostrado que, en algunos casos, dejar morir a un paciente conlleva tantos problemas éticos como el hecho de matar. El ejemplo es el caso en consideración, el cual hace evidente que no se trata de la mera distinción entre actuar y no actuar; sino, más bien, de las condiciones en las cuales las acciones y omisiones se llevan a cabo. En este caso existían criterios justificables de perjuicios y beneficios que hacían evidente que la no maleficencia debía haber predominado sobre los demás principios éticos. La justificación de esta aseveración no radica en que el médico no hubiera hecho nada, sino en que la ponderación de los beneficios generados, a esta paciente en particular al insistir con el tratamiento médico para prolongar la supervivencia, no justificaba las cargas y perjuicios que se le imponían a Mercedes, considerando su situación y calidad de vida. Una posible objeción a este razonamiento es que el aceptar no administrar o suspender el tratamiento médico para prolongar la supervivencia en neonatos con hipoxia perinatal pueda

fácilmente abrir la puerta de la pendiente resbaladiza que lleve tarde o temprano a justificar la muerte de los recién nacidos con problemas perinatales en áreas rurales. Aunque los argumentos de la pendiente resbaladiza son considerados difíciles de evaluar por ser especulativos,¹⁶ sin embargo, resulta vital mantener en mente la posibilidad real de abrir la pendiente resbaladiza; por lo que enfatizaríamos en la necesidad de un actuar prudente en la toma de decisiones al final de la vida, considerando siempre todas las consecuencias de las diferentes opciones.

Conclusión

Al ponderar los principios éticos en el caso de Mercedes, existen criterios justificables de perjuicios y beneficios que hacen evidente que la no maleficencia debió haber predominado adecuadamente sobre los demás principios éticos. Los principios de beneficencia y no maleficencia exigen que el médico primeramente evalúe los bienes potenciales y fines de la intervención propuesta en relación con sus riesgos y resultados. A estas conclusiones razonables debe añadirse una condición. Si a las áreas rurales no se destinan suficientes fondos para proporcionar atención médica adecuada, la asistencia preventiva debe reforzarse para hacerla más efectiva y eficiente, y así abatir los casos críticos como el de Mercedes.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Puryear J, Jewers M. Pobreza y desigualdad en América Latina. [Sitio en Internet] Interamerican Dialogue. Hallado en: <http://www.thedialogue.org/PublicationFiles/Politica%20Social%20Sintesis%20No%201%20Pobreza%20y%20Desigualdad%20en%20America%20Latina.pdf>. Acceso el 18 de agosto de 2014.
2. INEGI. Cuéntame de México. [Sitio en Internet], Hallado en: <http://cuentame.inegi.org.mx/default.aspx>. Acceso el 18 de agosto de 2014.
3. American Academy of Pediatrics and American Heart Association. AAP/AHA. Textbook of neonatal resuscitation. 6 ed. Elk Grove Village, Illinois: NRP; 2011.
4. Kidd AC, Honney K, Myint PK, Holland R, Bowler LK. Does medical futility matter in 'do not attempt CPR' decision-making?. *Int J Clin Pract.* 2014;68(10):1190-1192.
5. Morais DA, Carvalho DV, Correa Ados R. Out-of-hospital cardiac arrest: determinant factors for immediate survival after cardiopulmonary resuscitation. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22(4):562-568.
6. Polanowska KE, Sarzyńska-Długosz IM, Paprot AE, Sikorska S, Seniów JB, Karpiński G, et al. Neuropsychological and neurological sequelae of out-of-hospital cardiac arrest and the estimated need for neurorehabilitation: a prospective pilot study. *Kardiol Pol.* 2014;72(9):814-822.
7. Lambert DK, Christensen RD, Henry E, Besner GE, Baer VL, Wiedmeier SE, et al. Necrotizing enterocolitis in term neonates: Data from a multihospital health-care system. *J Perinatol.* 2007; 27: 437-43.
8. Moghal NE, Embleton N. Management of acute renal failure in the newborn. *Seminars Fetal Neonatal Medicine.* 2006;11:207-213.
9. Sola A, Soliz A. Ibero-American Society of Neonatology. Collaborative group for the improvement of

- clinical practice and research in neonatology. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61(5):390-2.
10. Maier RF, Rey M, Metze BC, Obladen M. Comparison of mortality risk: a score for very low birth weight infants. *Arch Dis Fetal Neonatal*. 2005; 90: F146-F150.
 11. Código Civil Penal. Artículos 1910 y 2104 [Sitio en Internet] Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. Hallado en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/1.htm?s> Consultado el 18 de agosto de 2014.
 12. Whitelaw A. Repeated lumbar or ventricular punctures in newborns with intraventricular hemorrhage. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001;1: CD000216.
 13. du Plessis AJ. Posthemorrhagic hydrocephalus and brain injury in the preterm infant: Dilemmas in diagnosis and management. *Semin Pediatr Neurol*. 1998;5:161-179.
 14. UNESCO. La conceptualización de la UNESCO sobre calidad: un marco para el entendimiento, el monitoreo, y la mejora de la calidad educativa. [Sitio en Internet] EFA Global Monitoring. Hallado en: http://www.unesco.org/education/gmr_download/chapter1.pdf. Consultado el 18 agosto de 2014.
 15. Jonsen AR. Intimations of futility. *Am J Med*. 1994; 96:107-109
 16. Beauchamp T, Childress J. Principios de la ética biomédica. Barcelona ;Masson, S.A: 1999.
 17. Canteros J, Lefeubre O, Toro M, Herrera C. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Chil Med Intens*. 2007;22(2):93-96
 18. Cúneo MM. Ley de muerte digna y limitación del esfuerzo terapéutico en pediatría. *Rev Hosp BAires* 2012;54(247): 211-216
 19. Erica K. Salter. Deciding for a child: a comprehensive analysis of the best interest standard. *Theor Med Bioeth*. 2012; 33:179–198
 20. Clarke AM. The choice to refuse or withhold medical treatment. *Creighton Law Revier*. 1980;13(3):795-841
 21. Sorrell JM. Deciding for others: surrogates struggling with health care decisions. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2014;52(7):17-21