

## Dilemas éticos en cirugía neonatal

### Ethical dilemmas in neonatal surgery

Emiliano Paico-Vilchez<sup>1</sup>

Paico-Vilchez E. Dilemas éticos en cirugía neonatal. Rev Soc Peru Med Interna. 2019;32(2):76-79.

#### RESUMEN

Se describe en forma simple y práctica algunos dilemas éticos en la cirugía neonatal. Se destaca el comportamiento hipocrático del médico, el que se sintetiza en dos principios fundamentales: consagrar la vida al servicio de la humanidad; y, no abusar de su poder. Estos principios aseguran al cirujano pediátrico una práctica de su profesión honesta y honorable.

**PALABRAS CLAVE.** Ética, cirugía, neonatal.

#### ABSTRACT

The author describes in a simple and practical way some ethical doubts. He highlights the Hippocratic behavior of the surgeon. This is synthesized in two fundamental principles: a) Consecrate his life to the service of the humanity; and, b) Not to take advantage of his power. These principles ensure an honest practice and honorable behavior to the pediatrician surgeon.

**Keywords:** Ethics, surgery, neonatal.

#### INTRODUCCIÓN

Para ser un buen cirujano pediátrico (CP) es necesario, además de los conocimientos, destrezas, habilidades y competencias de la especialidad, tener “algo más”. Este “algo más” ha recibido varias formulaciones.

Desde el punto de vista de la religión, cualquiera que esta sea, aparece como la necesaria disposición del espíritu y del corazón para colaborar con la obra divina de curar a los enfermos. Códigos morales emanados por las autoridades religiosas, juramentos, oraciones, etc., son fuente de normatividad.<sup>1</sup> La ética profesional constituye otra fuente de normatividad. Ella coincide prácticamente con el *éthos* hipocrático que ha encontrado expresión en un espíritu humanitario que

debe alentar al ejercicio profesional en una serie de reglas de comportamiento para ser socializadas en la profesión médica y en normas codificadas; es decir, el Código Deontológico.<sup>2</sup>

Los cirujanos pediátricos en su ejercicio profesional se han guiado por códigos éticos personales y de la profesión. Sin embargo, los extraordinarios progresos de la medicina que permiten salvar la vida de un número siempre creciente de niños con graves malformaciones congénitas, al mismo tiempo, han generado nuevos problemas éticos y complejos en las decisiones clínicas y quirúrgicas, para los cuales la “vieja ética médica” no señala soluciones fáciles.<sup>3</sup>

La ética médica trata de responder a los nuevos retos con los sabios preceptos de la tradición. No obstante, debemos ser conscientes que nos encontramos frente a nuevas perspectivas y de mayores responsabilidades para el futuro del hombre. En algunas circunstancias, el sentimiento de compasión del CP lucha con el deber de salvaguardar la vida de neonatos que sufren de graves malformaciones congénitas.

Willis Potts,<sup>4</sup> famoso cirujano del siglo XX, que salvó la vida de números neonatos con malformaciones congénitas, escribió: “La vida es lo más preciado de este mundo. Sin embargo, ¿Lo será para la persona que nace sin cerebro, incapaz de comprender la existencia?,

<sup>1</sup> Cirujano pediátrico. Hospital Belén de Trujillo. Profesor de la Universidad Antenor Orrego.

*¿vale la pena vivirla si se sufre de malformaciones que obligan al aislamiento social e impiden en absoluto el amor marital? Incluso en estos casos, tal vez, valga la pena, pues nuestro deber como médicos es muy claro: conservar la vida.”*

Muchos cirujanos pediátricos sostienen que las características o calidad futura de la vida influyen en la decisión de tratar o no a los neonatos con gravísimas malformaciones congénitas.<sup>1,3</sup> Por otra parte, hay que tener en consideración que si los niños salvados estuvieran destinados a crecer y desarrollarse como seres humanos perfectamente normales, sería grandioso. Pero, quedaría el hecho de afrontar el problema moral de saber si es justificado el gran dispendio de cirujanos pediátricos y de enfermeras altamente calificadas, así como también el enorme costo económico, cuando todavía queda mucho por hacer para salvar vidas de muchos niños que adolecen de enfermedades de menos envergadura y que requieren de menos inversión económica, como sucede en los países subdesarrollados, verbigracia nuestro país. Ante tal situación, estoy convencido que salvar la vida de esas indefensas criaturas no solo es justificable, sino un deber.

## CASOS A TENER EN CONSIDERACIÓN

Todavía está vigente, en especial para la población de Perú, la clasificación que hizo Rickham sobre los niños que adolecen de malformaciones congénitas y que precisan de la cirugía, según la posibilidad de vivir como seres humanos.<sup>5</sup> La clasificación es la siguiente:

- Clase I: niños que presumiblemente pueden ser curados completamente con la cirugía.
- Clase II: niños que después de la cirugía quedarán parcialmente discapacitados; pero, que estarán en grado de llevar una vida relativamente normal.
- Clase III: niños que después de la cirugía permanecerán con incapacidades físicas graves y serán obligados a llevar una vida más o menos incapacitante y sobreprotegida.
- Clase IV: niños de las clases I al III que presentarán, además, una inteligencia por debajo de lo normal, pero que hasta cierto punto pueden ser educados.
- Clase V: niños de las clases I al III que por añadidura serán idiotas obligados a vegetar toda su existencia.

Algunas veces es muy difícil y hasta imposible determinar en el nacimiento a qué clase pertenece el niño en cuestión. Para las clases I y V, la posibilidad de equivocarse es

mínima; sin embargo, se debe tener presente que, aún con experiencia, es posible equivocarse.

Lo más difícil es determinar en el nacimiento si el niño será portador de una inteligencia subnormal (IV clase) y, sobre todo, establecer el grado de subnormalidad. Aún en una patología evidente y bien delimitada como es el síndrome de Down, es posible solo establecer que el niño será portador de una inteligencia subnormal pero establecer con exactitud el grado de subnormalidad es imposible.

## ¿ES JUSTIFICADO OPERAR TODOS LOS NIÑOS CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS GRAVES?

Todo médico al ser admitido como miembro de la profesión médica se compromete, mediante juramento, cumplir con lealtad y honor los términos contenidos en la Declaración de Ginebra (Juramento de la Asociación Médica Mundial), y uno de los términos más importantes es el siguiente: “*Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad*”. Por lo que se puede decir que todo médico “consciente” debe poner en acto un tratamiento hasta que exista una esperanza, y deberá tentar de preservar la vida hasta cuando al paciente pueda producirle un tangible beneficio de prolongar su vida.

Si se acepta este criterio, entonces teóricamente se deberían operar a todos los pacientes, con excepción de aquellos que pertenecen a la clase V.<sup>5</sup> En efecto, por más que el niño pueda ser “discapacitado”, y por más que factores sociales y económicos puedan hacer riesgoso y dudoso el sucesivo mejoramiento, podrá gozar de algún beneficio de la operación. Además, si bien, para las clases III y IV, la operación no está en capacidad de producir un niño físicamente normal, a menudo sirve para evitar innecesarias complicaciones dolorosas e incapacitantes.

En la práctica, el papa Pío XII indica que para justificar la operación se debe distinguir el significado de preservar la vida por medios “ordinarios” y por medios “extraordinarios”.<sup>6</sup> Preservar la vida por medios “ordinarios” significa dar un tratamiento que en una específica localidad sea habitual y realizado con un razonable porcentaje de éxito, que pueda ser actuado sin causar daños sucesivos a los intereses y bienestar de los otros miembros de la comunidad; y, por la cual, exista una efectiva posibilidad y potencial de asistencia posoperatoria satisfactoria. Preservar la vida por medios “extraordinarios”, por lo general, es injustificado ya



sea porque, probablemente, el paciente no podrá tener ayuda o porque los factores sociales y económicos hacen prácticamente imposible que el tratamiento mismo pueda tener éxito, o por la imposibilidad teórica que la sucesiva asistencia pueda ser satisfactoria.

El mismo pontífice, en un discurso a los médicos, refirió que estos no están obligados a utilizar medios “extraordinarios” para prolongar la vida; y, dijo también que la razón natural y la moral cristiana del hombre tiene el derecho y obligación, en casos de enfermedades graves de emprender tratamiento necesario para conservar la vida y la salud, pero en esta ocasión se recurre solo a los medios “ordinarios”.

Este discurso del papa Pío XII, titulado “La prolongación de la vida”, estuvo dirigido a los anestesiólogos franceses. El discurso respondía a las preguntas que los anestesiólogos franceses dirigieron a la Santa Sede en relación a las nuevas técnicas de estimulación cardiopulmonar, principalmente acerca de la obligatoriedad de la aplicación de estos procedimientos.

Ejemplo de tratamiento por medios “extraordinarios”, podría ser el de realizar una serie de complicadas y delicadas intervenciones quirúrgicas en un recién nacido de un país subdesarrollado, donde sería imposible asegurarle una prolongada asistencia de la que tendría necesidad, y en donde el elevado costo del tratamiento médico asistencial altamente especializado, podría ser destinado a salvar la vida de numerosos niños portadores de enfermedades más simples y más fácilmente curables.

¿Quién juzgará si la operación debe ser clasificada como tratamiento “ordinario” o “extraordinario”? ¿Puede ser solo el o los cirujanos pediátricos a quienes les espera la tarea de ejecutar la intervención quirúrgica? Obviamente cada caso será evaluado según los aspectos particulares que presente.

En los últimos años, muchos cirujanos pediátricos han demostrado mayor interés por la “calidad de vida” de los niños a quienes les han salvado la vida. En una encuesta realizada por Anthony Shaw a la Sección de Cirugía de la Academia Americana de Pediatría, sobre aspectos éticos de la cirugía pediátrica, 83 % de los encuestados manifestaron que “no” salvarían vidas de neonatos en forma indiscriminada, aun cuando estuviera dentro de sus posibilidades y capacidades, sino que tendrían en cuenta las predicciones de la “calidad de vida” posibles de la futura vida del neonato.<sup>7</sup>

No obstante, que la “calidad de vida” fue el factor determinante para no emprender tratamiento a neonatos

con graves malformaciones, hasta la fecha no ha constituido una guía práctica en tales situaciones, por dos motivos. En primer lugar, muchos médicos, jueces y teólogos la han rechazado, con base en el principio de la “santidad de la vida”, que al parecer es la única guía moralmente lícita para una decisión médica. En segundo lugar, no hay acuerdo unánime entre los médicos sobre los parámetros que deben tomarse encuentra para definir y predecir si una vida reúne, o no, las características y la calidad dignas de una existencia normal.<sup>1-3</sup>

## ¿CÓMO SELECCIONAR LOS PACIENTES PARA LA CIRUGÍA?

Una vez establecida que la cirugía es un tratamiento médico “ordinario”, es decir justificado, y en algunos casos especiales también justificado el tratamiento médico “extraordinario”, surge la dificultad de seleccionar a los neonatos para la operación.

Donde no exista realmente la posibilidad de operar todos los neonatos y darles la asistencia sucesiva de manera satisfactoria, es necesario instaurar un método de selección que podrá parecer inhumano para muchos. Se dará preferencia a los niños que, se presume, puedan tener el máximo beneficio de la operación.<sup>5</sup> Si bien cada caso debe ser analizado singularmente, hay que recordar que cuánto más alto esté ubicado el paciente en la clasificación establecida por Rickham mayor será el beneficio que producirá la operación. Por lo tanto, se debe evaluar la efectiva posibilidad de éxito del tratamiento quirúrgico. Se debe tener también en consideración los factores sociales, como por ejemplo las condiciones familiares; pero, es necesario reconocer que puede ser virtualmente imposible establecer una valoración exacta de los factores.

En muchas ciudades no existen las condiciones necesarias para una eficaz asistencia posterior a la cirugía; por ejemplo, la rehabilitación de niños mental y físicamente “discapacitados”. Sin embargo, esto no debe ser excusa para no realizar la operación, sino que también es tarea de nosotros tratar de mejorar nuestros servicios. Si los factores sociales no son adecuados, es recomendable transferir a los niños a instituciones idóneas, que les asegure una rehabilitación mental y/o física satisfactoria.

Mientras el derecho a la selección de los pacientes sea confiada al médico, este deberá actuar acorde con la comunidad en la cual vive y con el *ethos* de su profesión.<sup>4</sup>

## RELACIÓN DEL CIRUJANO PEDIÁTRICO CON LOS PADRES DEL PACIENTE. ¿QUIÉN TOMA LAS DECISIONES?

La relación del CP con los padres del niño es la clave para una adecuada conducción del tratamiento. El CP debe dar la información completa del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad que sufre el niño. La información debe darse con un lenguaje que los padres puedan comprender. Va contra la ética hacer pronósticos desprovistos de argumentos científicos, sea por falta de conocimiento, por espíritu de compasión o con fines de lucro o engaño.<sup>8</sup>

El CP debe dar respuesta a las inquietudes de los padres respecto a la enfermedad de su hijo. Ocasionalmente, los padres pueden sentirse responsables y muy culpables de las malformaciones congénitas de su hijo. El dolor que estos sentimientos les producen puede llevarlos a conducirse con gran dificultad.

En la mayoría de los casos, los padres se abstienen de solicitar o rechazar la operación, pero confían en lo que les aconseja o sugiere el CP.

En el caso que los padres, aun sabiendo que el pronóstico de la enfermedad es malo, quieren de todos modos que su hijo sea operado, la posición del CP será relativamente simple, ya que él se sentirá animado a complacer el deseo de los padres.

En cambio, si los padres, independientemente del consejo del CP, no dan el consentimiento para operar a su hijo, la situación es difícil. En algunos casos, la decisión de no realizar la operación no significa la muerte del niño, esto se hace presente a los padres y se les explica que en caso que el niño sobreviva, su estado general empeorará; y, en tal caso, no habrá posibilidad de mejorar esa situación con la cirugía.

La actitud del CP deberá, obviamente, depender de la ubicación en la que se encuentre el niño en la clasificación de Rickham.

Cuanto más bajo esté situado el niño en la clasificación de Rickham, más fácil es que el CP comparta el deseo de los padres de no realizar la operación. Sin embargo, se debe tener en cuenta que si los padres abandonan a su destino al neonato, puede disminuir considerablemente la posibilidad de una rehabilitación satisfactoria, y que pueda así cambiar en “extraordinario” un tratamiento que es “ordinario”. Sea que el CP esté o no de acuerdo con los padres, él deberá quitarles de las espaldas una

parte de responsabilidad y deberá ser suya la decisión oficial con la esperanza de aliviar en el futuro el posible sentimiento de culpa.

Los cirujanos pediátricos piensan que debe quedar en sus manos la toma de decisiones respecto al tratamiento quirúrgico, pero muchos de ellos buscan la intervención de un tribunal o, en Perú, del Ministerio Público, que les permita realizar el tratamiento quirúrgico al enfrentarse a la oposición de los padres.<sup>6</sup>

Todo CP “consciente” dará, en lo posible, un pronóstico exacto y una opinión imparcial sobre las posibilidades futuras del niño. Sin embargo, no podrá lograr ser completamente imparcial y, quiera o no, su opinión deberá necesariamente influenciar, de manera notable en la de los padres del neonato.

Compete al CP la tarea de decidir, y no es justo que se abstenga de la responsabilidad, para dejar la decisión exclusivamente a los padres. El acto de preguntar a los padres si quieren que su hijo viva o no, no solo es cruel, sino que es deshonesto ya que en la mayoría de los casos los padres son influenciados de manera consciente o inconsciente por la opinión del CP.

Finalmente, para terminar con los dilemas éticos en cirugía neonatal, es bueno recordar que cuando el CP se encuentre frente a una situación clínica que no puede solucionarla eficazmente con su propia competencia, debe proponer a los padres la participación de otro cirujano pediátrico calificado para resolver caso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spinsanti S. Documenti di deontologia e Etica Medica. Torino, Ed Paolini, 1995.
2. Härin B. Etica Medica. Roma, 1982.
3. Shaw A, shaw IA: Consideraciones Éticas en la Cirugía de Niños. En Holder, TM, Ashcraf KW: Cirugía Pediátrica. México, Interamericana, 1984, pp 102-106.
4. Potts WJ. The Surgeon and the Child. Philadelphia. WB Saunders Company, 1959.
5. Rickham PP. Etica della Chirurgia Neonatale, En rickham, PP and Johnston, JH: Chirurgia Neonatale, Padova, Ed Piccin, 198, pp 144-152.
6. Pius XII, Papa. Discorsi ai Medici. Roma, Orizzonte Medico., 1959.
7. Shaw A, Randolph JG and Manard B.- Ethical Issues in Pediatric Surgery: A National Survey of Pediatricians and Pediatric Surgeons. Pediatric, 60 (Supp.), 558-599, 1989.
8. Colegio Médico del Perú: Código de Ética y Deontología. Lima, 2015.

CORRESPONDENCIA: Emiliano Paico Vílchez  
epaicov@gmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN: 16 de mayo de 2019  
FECHA DE ACEPTACIÓN: 30 de mayo de 2019.

CONFLICTO DE INTERÉS: Ninguno, según el autor.  
FINANCIAMIENTO: Por el autor.