

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO
"JOSÉ LUIS MIRANDA"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS ACERCA DEL NIÑO QUE HA SUFRIDO UN
TRAUMA MÚLTIPLE.

Por

Dr. Pedro Antonio Fernández Busot

Especialista de II Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.

Descriptores DeCS:
TRAUMATISMO MULTIPLE
BIOETICA

Subject headings:
MULTIPLE TRAUMA
BIOETHICS

Los progresos alcanzados en las ciencias médicas, como resultado de la revolución científico-técnica y el desarrollo de la ciencia biomédica, provocan cierta ansiedad en el público y plantean nuevos problemas éticos a la sociedad, lo que repercute de manera extraordinaria en el proceso salud-enfermedad, como también en la relación médico-paciente¹.

En los aspectos bioéticos debemos tener siempre presente los tres principios básicos tradicionales: no maleficencia-beneficencia, autonomía y justicia, además de otras consideraciones, como el consentimiento informado y el trasplante de órganos, para de esa forma devolver al paciente nuevamente a la sociedad con "calidad de vida", con ninguna o el menor número de incapacidades, con una satisfacción plena de la esfera afectiva para que pueda tener una posición favorable como persona en el aspecto de la salud, tanto en el seno familiar como en la sociedad.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de aumentar al máximo los beneficios y reducir al mínimo los daños y perjuicios.

La justicia se refiere a la obligación ética de dar a cada persona lo que le corresponde, de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado².

El consentimiento informado es aquel que ha sido dado por un individuo capaz, que habiendo recibido la información necesaria la ha comprendido suficientemente y, después de considerarla, ha tomado una decisión sin que medie coerción, influencias, incentivos indebidos o intimidación, es decir, se ha respetado su autonomía. Si la persona es incapaz de decidir de manera informada o si se trata de un niño, el consentimiento se debe tomar de su tutor o de otro representante autorizado.

En Pediatría, se debe tratar de que el pequeño coopere espontáneamente después de haberle brindado información, en la medida que su madurez e inteligencia lo permitan. La edad a la cual el menor es considerado legalmente capaz de dar su consentimiento difiere mucho de una jurisdicción a otra y varía también de un país a otro.

Se debe respetar siempre la negativa del menor, aunque el padre o la madre haya otorgado el consentimiento por poder; pero si las condiciones lo exigen, la madre, el padre o el tutor pueden ser debidamente autorizados a hacer caso omiso de las objeciones del menor, especialmente si este es muy pequeño o inmaduro.

Este consentimiento por poder del padre, la madre o el tutor, de conformidad con las leyes locales o los procedimientos establecidos, debe complementar el consentimiento informado que sea capaz de dar un niño mayor de 13 años³.

La filosofía de la ciencia ha cobrado gran auge a partir de las décadas del 60 y 70 del recién finalizado milenio, lo que lleva implícito avances extraordinarios en casi todas las ramas del saber y, por ende, en todos los medios materiales que de estas se derivan. A este impacto social no escapan los medios de locomoción, especialmente la industria automovilística y los medios de difusión masiva, mal utilizados sobre todo en los países con economía de mercado, donde se impone la comercialización de materiales filmicos que engendran violencia en edades tempranas de la vida. Como resultado de ello, se producen lesiones traumáticas por accidentes del tránsito, objetos perforocortantes y proyectiles de armas de fuego.

Otros aspectos que inciden en el aumento de pacientes con traumas múltiples son: el aumento demográfico de la población, la práctica de deportes novedosos, el síndrome del niño maltratado y el traumatismo obstétrico en el recién nacido.

Teniendo en cuenta que el paciente con traumatismo múltiple es, por lo general, un niño sano antes del accidente, de la eficacia, prontitud en el diagnóstico y tratamiento desde los primeros momentos de la atención, depende su vida o poder evitar secuelas permanentes, ya sean físicas o psíquicas.

Por otro lado, el desarrollo científico-técnico y el gran avance alcanzado en materia de tecnología, han permitido al personal médico y paramédico que atiende a estos pacientes, brindarles una primera atención mediante recursos que anteriormente no se disponían, en la primera hora u "hora dorada" del paciente con trauma múltiple, lo que resulta determinante en su pronóstico⁴.

Conocer que la primera causa de muerte entre las edades de 1 y 14 años son los pacientes con traumas múltiples, así como la necesidad de tener presente en la atención a los mismos los principios bioéticos, fueron las motivaciones que nos condujeron a la realización de este trabajo.

Desde los orígenes de la medicina occidental, es decir, desde los escritos que la tradición atribuyó al médico griego Hipócrates de Cos, la ética médica ha tratado de discernir lo bueno y lo malo, lo que ha representado un criterio de carácter naturalista. En los primeros tiempos se consideraba malo, por ejemplo, todo uso desordenado del cuerpo o de cualquiera de sus órganos. Se llegó a pensar que la relación médico-enfermo, como social y humana, debía efectuarse también según un orden, en el que el médico era considerado sujeto-agente y el enfermo sujeto-paciente.

El deber del médico era hacer el bien, y el del paciente, aceptarlo. La moral de la relación médico - paciente era una típica "moral de beneficencia"⁵.

El contexto de este principio bioético está presente en la relación que establecemos con los pacientes accidentados, desde el mismo momento que comenzamos su atención, al tratar de no producir daños en la realización de algunos procedimientos invasivos, y procurar establecer un diagnóstico preciso y oportuno.

El enfermo actúa guiado por el principio moral de "autonomía", el médico por el de "beneficencia - no maleficencia" y la sociedad por el de "justicia". Estos principios son esenciales y pueden o no ser conflictivos⁶.

La Bioética no se trata de una ciencia fría, abstracta, sino definida y precisa en sus métodos y contenidos. Se trata de un movimiento de trabajo interdisciplinario en proceso creciente de búsqueda de valores morales, y como tal hay que darle tiempo para que tome su forma, sentido, método y reglamentación¹.

En los pacientes estudiados que sufrieron traumatismo toracoabdominal cerrado, hubo un grupo que presentó hemorragia interna (hemotórax y hemoperitoneo). Otros pacientes presentaron el de extremidades, que condicionaron hemorragia externa. Todos ellos desarrollaron un cuadro de hipovolemia que en muchos casos llegó al choque, por lo que requirieron resucitación hídrica inicial, incluidas transfusiones con derivados de la sangre, fundamentalmente glóbulos rojos. De estos pacientes algunos pertenecían a la secta Testigos de Jehová o eran hijos de algún miembro, por lo que se suscitó la negativa por parte de los mismos a admitir este tipo de terapia, y nos vimos inmersos en un conflicto bioético, donde nuestra conducta hizo cumplir el principio de beneficencia, y los familiares o hasta el propio paciente, si era un niño mayor, reclamaron su principio de autonomía, por lo que ambos entraron en contradicción^{2,6}.

Esta situación en el tiempo fue enfrentada de diferentes formas. En un momento histórico, se le administraba la transfusión sin el consentimiento de los familiares, en otro, se utilizó la ley (principio

de justicia) y, más recientemente, se solicitó “el consentimiento informado” de los familiares o del propio paciente, lo que se logró en algunas oportunidades.

En el trauma abdominal cerrado, donde se ha producido rotura del bazo o el hígado, a consecuencia de la cual el paciente ha sangrado y se ha establecido un hemoperitoneo, existe una conducta actual de realizar tratamiento médico conservador, siempre y cuando las condiciones de estabilidad hemodinámica del paciente lo permitan⁷.

Estos pacientes fueron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos con un riguroso seguimiento médico y una enfermera en función del mismo. Se valoró la evolución mediante un monitoreo cardiorrespiratorio continuo, exámenes complementarios seriados (hematócrito y hemoglobina), así como el resto del tratamiento de soporte.

El resto de los pacientes que presentaron estas lesiones hepatosplénicas y que se desestabilizaron desde el punto de vista hemodinámico, fueron intervenidos quirúrgicamente, y se les practicaron técnicas muy conservadoras.

Debemos considerar como novedoso lo relacionado con el tratamiento conservador de la rotura esplénica, así como todas estas técnicas quirúrgicas, cuyo objetivo es preservar tejido esplénico por la función tan importante de este órgano.

Durante muchos años la ciencia trató de explicar fenómenos no conocidos al respecto, y fue hace muy poco cuando se reconocieron las funciones del bazo, y quedó demostrado el papel inmunológico que este órgano desempeña. En su ausencia, y ante cualquier infección intercurrente, estos pacientes pueden desarrollar una infección generalizada grave, la llamada sepsis siderante, que los puede llevar a la muerte⁸.

Por esta razón, debemos informar a los padres y buscar su consentimiento para usar esta línea de tratamiento, que redundará en beneficio del paciente, de sus familiares y de la sociedad; de lo contrario, estos tendrían que llevar un costoso tratamiento periódico con vacunas polivalentes y antibióticos de primera línea cada vez que tuviesen una infección, por sencilla que fuese.

La conducta del médico se rige por sus valores personales, así como por los principios éticos, fundamentales en el ejercicio de la medicina.

Para que el acto de consentir sea una manifestación de autonomía, es necesario que el paciente conozca y comprenda su enfermedad, así como las alternativas terapéuticas y los riesgos que implica³.

Durante siglos, la ausencia irreversible de la función cardiorrespiratoria fue considerada determinante de la “muerte del individuo”. Sin embargo, con el desarrollo de la terapia intensiva, sobre todo a partir de la segunda mitad del pasado siglo, fue posible suplir aquellas funciones reconocidas hasta ese momento como vitales, lo que revolucionó el concepto de la muerte y desplazó la atención hacia definiciones basadas en considerar la pérdida definitiva de las funciones integradas en el cerebro.

Aceptando todos que con la muerte encefálica ha llegado la muerte, el concepto bioético de intercorporidad (intercambio de órganos, tejidos y partes del cuerpo entre seres humanos), depende en gran medida de que todos estemos convencidos científicamente y aceptemos desde un punto de vista ético que con la muerte encefálica ha llegado la muerte⁹.

La teoría del consentimiento considera como regla que la extracción de órganos está prohibida y solo el consentimiento expreso autorizado la hace permisible, lo cual puede ser válido mediante el permiso de los familiares o la expresión de voluntad de los carnés de donantes¹⁰.

Referencias bibliográficas

1. Engelhard T. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidó Básica; 1999.
2. Galvizu Borrel A. Reflexiones bioéticas. Médicos. 2002;9(31):15-8.
3. Velasco Suárez M. El consentimiento informado como deber bioético del cirujano. Gac Med Mex. 2000;133(3):225-9.
4. Galán Garrigan K. El paciente politraumatizado. Revisión de los casos tratados en nuestro hospital. Rev Cubana Cir. 1999;26(1):13-5.
5. Chiu Navarro V. Algunas reflexiones de la bioética en las ciencias médicas. Educ Med Super. 1999;13(1):15-8.

6. Hernández Baeza R. Relación médico-paciente. Valores y comunicación. Med Gen. 2001;31:113-20.
7. Bons SJ. Nonoperative management of blunt hepatic and splenic injury in children. Ann Surg. 2001;233:286-8.
8. Schwarzl P. Postsplenectomy sepsis and mortality in children. JAMA. 2001;12(4):33-9.
9. Ramos Zúñiga R. Muerte cerebral y bioética. Rev Neurol. 2000;30(12):1269-72.
10. Ríos M. Bioética. El mundo de los trasplantes. Av Med Cuba. 2000;7(21):10-1.