

Los diez errores más frecuentes que se cometen ante el paciente con muerte encefálica

Dr. Guillermo Dávila-Gutiérrez *

A través de 27 años diagnosticando pacientes con muerte encefálica de diferentes edades me he percatado de varios problemas que quisiera compartir:

1. Los errores se cometen con frecuencia porque no existe una Ley de Salud útil para aplicarse en la edad pediátrica ^{1,3}.

2. Se solicitan estudios neurofisiológicos y de otro tipo para determinar si existe o no perfusión encefálica, sin que se haya confirmado el diagnóstico clínico de muerte encefálica (ME). Esta situación puede ser muy delicada ya que se decide trasladar al paciente, el cual, si no sufre ME, agrava aún más su situación ^{1,3}. El pediatra debe estar preparado para diagnosticar ME, de la misma forma como lo está para atender un recién nacido "al recibir la vida".

3. Existen requisitos para el diagnóstico de ME, que en ocasiones no se toman en cuenta:

- El paciente debe de tener una temperatura corporal por lo menos arriba de 35°C. La hipotermia disminuye la perfusión sanguínea encefálica, disminuye

todo tipo de respuesta y afecta la prueba de apnea e incluso el trazo del electroencefalograma ².

- No se comprueba la presencia de apnea.
- No se toma en cuenta la vida media de los fármacos depresores del encefálo para realizar la valoración.
- Si un paciente ha recibido tiopental, conviene recordar que este fármaco puede tener una vida media prolongada en algunos pacientes hasta de 60 horas o más y su concentración sérica no es un reflejo de la concentración en el líquido cefalorraquídeo. Los títulos deben ser cuantificados por lo menos con la medición de barbituratos.
- No se requiere un especialista en neurología para diagnosticar ME. Todo médico titulado debe estar capacitado para hacer este diagnóstico.

4. No se realiza una evaluación adecuada de los criterios clínicos, por desconocimiento de cómo realizarlos o se realizan en forma incompleta. Es importante tener en cuenta que el objetivo fundamental es demostrar la falta de función de los hemisferios cerebrales y del tallo cerebral ¹⁻².

5. No se deben realizar en el niño las mismas maniobras que se emplean en el adulto para buscar la sensibilidad. Es importante no producir equimosis o lesiones en el cuerpo del paciente por lo cual las maniobras son diferentes (separación de la uña o compresión retroauricular).

6. No se deben interpretar los movimientos de liberación medular como respuestas encefálicas.

7. Se omite realizar la prueba de apnea porque es difícil hacerla en pacientes pequeños. Se lleva a cabo sólo si existen otros criterios de ME, además de los criterios electroencefalográficos y la pérdida de perfusión cerebral ^{1-2,4-5}.

* Adscrito al Servicio de Neurología
Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Dr. Guillermo Dávila-Gutiérrez. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F. Tel. 10 84 09 00
Recibido: agosto, 2010. Aceptado: septiembre, 2010.

Este artículo debe citarse como: Dávila-Gutiérrez G. Los diez errores más frecuentes que se cometen ante el paciente con muerte encefálica. Acta Pediatr Mex 2010;31(6):312-313.

8. Es ideal el empleo de equipo portátil en la valoración de ME; sin embargo, su costo limita su uso en la mayoría de las instituciones.

9. Las valoraciones clínicas y electroencefalográficas deben realizarse corrigiendo los problemas de perfusión e hipotermia.

10. No se realizan las valoraciones clínicas y electroencefalogramas en los tiempos recomendados para los diferentes grupos de edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dávila-Gutiérrez G. Criterios para el diagnóstico de muerte cerebral en México. *Acta Pediatr Méx* 1998;19(2):69-75.
2. Task force on brain death in children. Guidelines for the determination of brain death in children. *Pediatrics* 1987;80:298-9.
3. Ley General de Salud. SSA. México 2010.
4. Alberti M. Pauta de diagnóstico de muerte encefálica en el niño. *Arch Pediatr Urug* 2003;74(1):37-40.
5. Jan M. Brain death criteria. The neurological determination of death. *Neurosciences* 2008;13(4):350-5.

