



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 2003; 49 (4) : 259 - 260

EL NEONATÓLOGO Y LA ÉTICA MÉDICA

[Dr. Miquel Oliveros Donohue¹](#)

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha visto en el Perú que se ha despertado un considerable interés por la Neonatología. Los mayores avances están circunscritos a hospitales de la Capital, y prioritariamente en la Seguridad Social, pero se aprecia el permanente esmero y superación de los médicos de provincias.

La supervivencia de recién nacidos muy prematuros y de peso extremadamente bajo ha ido en aumento, en parte por incorporación de nueva tecnología y también por el cuidado prenatal de buena calidad, del cual es eje indiscutible la administración antenatal de corticoides ante la amenaza de parto prematuro(1).

El uso antenatal de corticoides, específicamente betametasona, ante la amenaza de parto prematuro fue descrita por primera vez en 1972 por Liggins, pero se necesitó más de 20 años para que el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH) ratificara sus beneficios en la profilaxis de membrana hialina(2). La existencia de evidencias previas, aunada a la elevada mortalidad perinatal en ese lapso, hacen criticable éticamente a esa prestigiosa institución(3).

La administración posterior de surlactante por instilación endotraqueal, el uso de nutrición parenteral total ampliamente aceptados por las comunidades científicas y de uso masivo en países desarrollados, privilegios de los que goza únicamente el paciente nacido en hospitales de la Seguridad Social, aún negado a los nacidos en hospitales del Ministerio de Salud, ameritan soluciones inteligentes y de buena voluntad a nivel de autoridades de Salud Pública(4).

CÓMO DEBIERA CONDUCIRSE EL NEONATÓLOGO

El médico que atiende recién nacidos, no siempre neonatólogo, enfrenta algunos problemas éticos que han sido resumidos en cinco estamentos:

El recién nacido no puede decidir por sí mismo

La tercera parte de los recién nacidos prematuros es resultado de decisiones médicas, muchas de ellas por intervención con cesárea.

El costo de los cuidados intensivos, más alto cuanto más prematuro es el neonato.

Dificultades para emitir un pronóstico de vida y supervivencia con calidad de vida.

Alta probabilidad de muerte y secuelas discapacitantes.



El límite de viabilidad para nosotros, en hospitales de tercer nivel, es 27 semanas de edad gestacional u 800 g de peso al nacimiento, mientras que en hospitales de segundo nivel el límite aumenta a 30 semanas y 1000 g de peso(5).

Esta viabilidad se relaciona con la madurez pulmonar, estructuración cerebral y capacidad para mantener la homeostasis y funciones metabólicas, además en el lado médico de la tenencia de tecnología adecuada y habilidad en el área de reanimación y cuidados inmediatos.

Las secuelas motoras, sensoriales y psicológicas e intelectuales muy poco estudiadas en nuestro medio, guardan una relación inversamente proporcional con la edad gestacional(4). La leucomalacia periventricular relacionada con hemorragias intraventriculares grados 3 6 4, vinculadas de una u otra manera con infecciones intrauterinas, son responsables de esas secuelas(13). Se ha profundizado su estudio últimamente y se reporta que la administración prenatal de corticoides y el tratamiento antibiótico a las madres afectadas minimiza su presentación(5,7).

No es suficiente para el médico en la sala de partos u operaciones preguntarse si ¿sobrevivirá o no el recién nacido? El siguiente pensamiento que nos viene a la mente es ¿en qué condiciones? ¿Será una carga para su familia? ¿Cuál será su potencial productivo para el país?

TRATAR O NO TRATAR

Los expertos en el campo de la Ética(8-11) apuntan sobre la conveniencia de tratar o no tratar: ¿debemos esperar hasta aseguramos del pronóstico?, ¿debemos utilizar un enfoque estadístico?, ¿o utilizar un enfoque individualizado?

En algunas unidades de cuidados intensivos se usa combinaciones del primer y tercer enfoque; en otros se prefiere la "cautela", circunscribiéndose al primer punto.

Es difícil ser dogmático y generalmente se ' trata de reanimar a todo recién nacido en la sala de partos, cualquiera sea su edad gestacional, y olvidamos el límite de viabilidad de más de 23 semanas. Las leyes peruanas prohíben la eutanasia pasiva, incluso si hayan anomalías mayores. A continuación, se les brinda los mejores cuidados una vez hospitalizados y acorde con la respuesta del paciente; uno medita la comunicación que debe ofrecer a los padres. El cuidado intensivo debería interrumpirse cuando sólo va a proporcionar sufrimiento al recién nacido(12).

El punto medular, punto ético esencial, es la interrupción del tratamiento. Esta decisión siempre controversial, debe basarse en la apreciación honesta y madura del médico después de establecer un balance entre la calidad de vida y el sufrimiento que le proporcionaremos en la lucha por su supervivencia, o medir riesgo versus beneficio.

Las razones previas deben llevarnos a la organización sistemática de Comités de Ética Hospitalaria, los que conformados adecuadamente harán conocer las normas éticas pertinentes, predicarán el humanismo y colaborarán en la solución de conflictos(11,14).

¿Y el encarnizamiento terapéutico?(15-17) ¿Es un comportamiento moral, tiene revestimiento ético, es cristiano ?



La Asociación de Pediatras Holandeses(10) sugiere hacerse 4 preguntas: ¿qué facultades de comunicación poseerá el recién nacido?, ¿qué independencia le auguramos?, ¿sufrirá mental o psíquicamente? y ¿cuánto se prolongará su vida?

La decisión debe ser fruto del consenso de médicos, residentes y enfermeras para unos, consenso entre médicos y padres para otros, y un tercer grupo piensa que el Comité de Ética Hospitalaria debe ser el que tome la decisión final. No podemos obviar la legislación imperante en cada país.

Esta ética es la que ha sido llamada de reacción. Este criterio entraña estar alerta y con capacidad de reaccionar a todas las señales normativas que vibren en cualquier contexto de toma de decisiones. La apertura moral, el apoyo mutuo, el respeto por el misterio de la vida, y cultivar el humanismo forman parte de la única línea axiológica susceptible de llevar al hombre por el camino correcto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crowley P. An overview of evidence for control trials. *Br J Obstet Gynecol* 1990;97:11.
2. Liggins GC, Howie RN. A controlled trial of antepartum glucocorticoid treatment for prevention of the respiratory distress syndrome in premature infants. *Pediatrics* 1972;50:515-25.
3. National Institute of Health. Consensus Development Panel. Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcome. February 28-March 2, 1994. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:246-52.
4. Makabe D. El Servicio de Rehabilitación en el H. Rebagliati, EsSalud. Comunicación personal.
5. Baud O. Antenatal glucocorticoid treatment and cystic periventricular leukomalacia in very premature infants. *N Eng J Med* 1999;341:1190-6.
6. Laugier J, Gold F, Cantagrel S. El cuidado de los recién nacidos con un peso inferior a 1500 g. Cuestión Ética.
7. Oliveros M, Shimabuku R, y coi. Riesgo de muerte del recién nacido de muy bajo peso en hospitales del Perú. XI- Reunión Anual de la Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica. Nov 2002. Argentina.
8. Battie CU. Dilema en la sala de cunas. Obi igación de la sociedad hacia los sujetos que sobreviven a las técnicas intensivas. *Clin Perinatol (español)* 1987;2:439-49.
9. Avery GB. Dilemas éticos en el tratamiento del neonato con peso extraordinariamente bajo. *Clin Perinatol (español)* 1987;2:379-84.
10. Sauer PJJ. Ethical decisions in neonatal intensive care units: The Dutch experience. *Pediatrics* 1992;90(5):729-32.
11. Fleischman AR. Comités de revisión bioética en Perinatología. *Clin Perinatol (Eclíc español)* 1987;2:397-411.
12. Brown D, Elkins TE. Aspectos éticos en casos obstétricos de premadurez. *Clin Perinatol (español)* 1992;2:463-75.



13. Volpe JJ. Cerebral white matter injury of the premature infant _more common than you think. *Pediatrics* 2003; 12:176-80.
14. Sexson WR. Organization and function of a Hospital Ethics Committee. *Clin Perinatol* 1996;23(3):429-36.
15. Tejedor JC. Toma de decisiones éticas y limitación del soporte vital en recién nacidos críticos. *An Esp Pediatr* 1997;460 (1):53-9.
16. Silverman W. Overtreatment of Neonates? A personal retrospective. *Pediatrics* 1992;90(6):971-6.
17. Couceiro VA. ¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico? *An Esp Pediatr* 2002; 57(6):505-7.

1 Profesor Principal del Departamento de Pediatría y Miembro del Instituto de Ética de la Facultad de Medicina San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos xayalap@terra.com etricia del HAL