



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 2001; 47 (3) : 186-188

Ética y el recién nacido

Miguel [Oliveros1](#), Jorge [Chirinos2](#), César Livia1

Se ha impulsado grandes cambios en la Neonatología. Los avances en el campo de la medicina y la tecnología permiten la supervivencia de neonatos que hace algunos años era imposible concebir^{1,4}. Estos avances, sin embargo, también han traído consigo discusiones en las áreas de la moral, la ética y las leyes^{1,8}. Los mayores conflictos se han producido con neonatos que nacen con defectos congénitos mayores, los que nacen con peso bajo extremo y los que sufren asfixia perinatal severa^{9,14}.

Con la introducción de la ultrasonografía, amniocentesis y biopsia de vellosidades coriónicas, se puede tener diagnósticos antenatales con varios meses de anticipación²², permitiendo reuniones con los médicos de planta para discutir el caso y tiempo para someterlo al Comité de Ética, lo que permite "individualizar al paciente"²³.

De no presentarse la situación previa, nos vemos en la dificultad de tomar decisiones en el momento del nacimiento. Esta situación es difícil, por la imposibilidad de hacer el diagnóstico -a menos que el cuadro sea obvio- y el desconocimiento del potencial de desarrollo futuro de un infante, haciendo que uno desarrolle una filosofía, la que tiene que marchar de acuerdo con los lineamientos establecidos en cada Institución y con las Leyes Nacionales e Internacionales²⁴. Esta decisión se basa en "enfoques estadísticos" o en la "espera para tener certidumbre de secuelas o muerte"²⁵.

El manejo también depende de las normas de bioética que imperan en la UCI, del comité hospitalario de ética, de leyes nacionales e internacionales y de la opinión de los padres, amén del juicio de la colectividad.

La literatura médica nos ofrece una serie de casos que han motivado conflicto, algunos con nombre propio y otros anónimos.

Defectos congénitos severos

La ética involucrada en la resuscitación cardiopulmonar (RCP) de los pacientes con anomalías severas es compleja. Uno necesita considerar la moralidad y la ética de la decisión a tomar, conjuntamente con las consideraciones legales, el punto de vista de los padres, médicos y personal del hospital, en el enfoque que tienen de los patrones de malformación. Con el avance de la perinatología, neonatología y cirugía pediátricas, aunadas a la mejora en la tecnología, las anomalías que antes eran incompatibles con la vida, en la actualidad, con medidas heroicas son superadas, pero las consecuencias neurológicas no siempre pueden ser atenuadas.



Dos posiciones filosóficas se esgrimen: una la vitalista, basada en que todo feto o neonato es humano y que no existe razón para abortar o dejarlo morir. La segunda posición extrema, llamada eugenésica, exige mantener la vida del recién nacido mientras se mantenga en los estándares de calidad de vida⁶.

La eutanasia pasiva de un recién nacido con síndrome de Down y atresia duodenal, planteó el punto crucial de si las leyes morales pesan más que el deseo de la madre de haber querido abortarlo⁷.

La moral judaico-cristiana cree que hay decisiones que potencian las relaciones humanas, y están basadas en justicia, respeto, preocupación, compasión y ayuda. La crítica señala que si esos niños sobreviven, no van a estar en condiciones de compartir esos valores para los cuales la vida física plena es una condición fundamental⁸. Esta actitud judaico-cristiana es una posición media entre el vitalismo y el pesimismo médico. La inteligencia, autonomía y productividad son altamente valoradas en la vida actual. En 1970, la ausencia potencial de estos valores fue determinante en la decisión de efectuar la eutanasia pasiva en el paciente con síndrome de Down y atresia duodenal, comentado por Gustafson⁷.

La Academia Médica Americana, en 1974, presentó dos posiciones para los pacientes en fase terminal: a) la finalización intencional de la vida (eutanasia activa o muerte por piedad), la que es contraria al Juramento Hipocrático de la profesión médica; y, b) el cese de empleo de medidas extraordinarias que prolonguen la vida, cuando hay clara evidencia de que la muerte es inminente (eutanasia pasiva)¹⁰. Las dos preguntas que con más frecuencia hacen los padres a los médicos son ¿cuál es el pronóstico? y ¿cuál es el riesgo de recurrencia?

Recién nacidos extremadamente prematuros

A menudo, el pediatra se enfrenta en la sala de partos a un paciente muy prematuro y surge en su mente la pregunta ¿resucitar o no resucitar?

La sala de partos es el lugar menos adecuado para adoptar una decisión objetiva. Y uno se basa mayormente en el peso, edad gestacional y la vitalidad que presenta el paciente. En ese momento se desconoce el potencial de desarrollo futuro y la evolución que tendrá en la UCI^{2,4}, 27. Antes de disponer del surfactante, la mortalidad era muy elevada.

En la actualidad, existe el consenso de que el límite de viabilidad es de 23 semanas¹⁴. El peso al nacimiento ha sido considerado como uno de los parámetros más confiables y se considera para viabilidad 500 a 750 g, los que deben ser manejados con intubación y soporte ventilatorio (Hack). La supervivencia en el grupo de 500-1500 g ha mejorado desde 74%, en 1987-1988, hasta 81%, en 1991-1992, en la era postsurfactante. La tasa de hemorragia intracranéica es 18%, siendo la sobrevida mínima cuando ésta es grado III o IV. En la actualidad, se considera un mejor parámetro para la toma de decisiones la edad gestacional y, en nuestros Centros Hospitalarios, el límite de viabilidad es 25 a 26 semanas, las que corresponden a un peso de 750 a 800 g.

El Comité de Fetos y Recién Nacidos de la Academia Americana de Pediatría y el Comité de Práctica Obstétrica del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, en 1995, dieron los lineamientos sobre intervención materna, modo de parto, decisión y



extensión de los esfuerzos para resucitar y discontinuar las terapias¹⁵. Estas directivas han sido modificadas el año 2000²⁸.

Con mucha frecuencia, se usa en neonatología tratamientos que no tienen evidencias definitivas. Por ejemplo ¿cómo y cuándo alimentar al prematuro? ¿cuánto oxígeno debe administrarse? ¿cuándo administrar transfusiones? Por ello, es necesario efectuar estudios clínicos aleatorios, como lo vienen recomendando especialistas en ética y filósofos^{11,12}.

La información debe ser solicitada en forma oral y escrita, y el consentimiento informado obtenido usando un documento aprobado por el Comité Hospitalario de Ética. Ésta es la forma más segura y efectiva de obtener los mejores resultados disponibles¹³.

El neonato severamente asfixiado

No existen guías definidas sobre cuándo comenzar y cuándo finalizar la RCP. Siempre existe el riesgo de que los sobrevivientes presenten daño neurológico. La asfixia provoca afectación multisistémica y daño orgánico y el pediatra nunca está seguro de si el paciente está en apnea primaria o secundaria. Es más frecuente en el intraparto, con 2% de incidencia. El umbral en el que ocurren cambios neuropatológicos parece ser el pH de 7,0, acompañado de hipotensión. Los fetos con retardo en el crecimiento intrauterino o aquellos casos en los que ha habido afectación de la unidad fetoplacentaria, tienen menor capacidad de compensación^{16,17}.

Jain y Vidyasagar¹⁸ han creado un algoritmo para la RCP de neonatos sin latido cardíaco. De estas evidencias se desprende suspender la RCP en un infante a término si el pH arterial es menor de 6,8 y el déficit de base es menor de 20, con un puntaje Apgar de 0 después de 10 minutos, o sin respiración espontánea a los 30 minutos.

La asfixia neonatal puede causar problemas tardíos, porque las secuelas muchas veces no se aprecian hasta años después de ocurrido el evento, cuando el paciente emprende la etapa escolar¹⁹.

Comités Hospitalarios de Ética

Los comités de bioética son esenciales para los pacientes y para los profesionales de la salud.

Ellos cumplen cuatro funciones importantes:

1. Favorecen la discusión y educan.
2. Facilitan la comunicación.
3. Diluyen las tensiones que rodean la interacción del cuidado de la salud a través de la consulta. Y,
4. Cumplen algunas funciones administrativas específicas.

En cada hospital se esfuerzan por inculcar el respeto al paciente, desarrollando políticas que reconozcan los derechos y respeto por la dignidad personal, así como las responsabilidades que se tiene con ellos. Específicamente, la política hospitalaria necesita reflejar acceso al centro hospitalario, consideración por los valores y creencias personales, consentimiento informado, diseño de alternativas para pacientes



incompetentes o menores, atención a las creencias culturales y religiosas y facilidad para resolver los conflictos de ética¹⁹.

La deliberación ética debe tender a resolver disputas sin prejuicios y es conveniente:

- Normar quiénes participan en la discusión.
- Precisar las áreas de conflicto.
- Determinar la evidencia médica existente.
- Decidir opciones posibles.

Desde tiempos inmemoriales fueron consideradas como funciones inherentes al trabajo médico, las mismas que han sido actualizadas:

- aliviar el sufrimiento,
- preservar o restaurar fisiología,
- extender la vida con calidad,
- respetar la dignidad y valor de los pacientes.

Consentimiento informado

Surge cuando se inician los estudios clínicos aleatorios, para reemplazar al antiguo uso de "ensayo y error". Se ha desarrollado para proteger los derechos y el bienestar del paciente, ya que dicho bienestar es más importante que la investigación²⁶.

Su uso en procedimientos delicados, en los que existe riesgo de secuelas o muerte, protege al médico cuando se producen conflictos de intereses.

El consentimiento informado debe cumplir con ciertos cánones: debe ser voluntario, explícito y con términos bien claros, describir la naturaleza del estudio o procedimiento a efectuarse, alternativas si hubiera, proteger la confidencialidad, señalar riesgos y beneficios, que los padres sepan a quién recurrir si tienen preguntas, así como dar a conocer la política hospitalaria o del patrocinador, en cuanto a compensaciones^{11-13,24-27}.

Referencias bibliográficas

1. Committee on Bioethics. Ethics and the care of critically ill infants and children. *Pediatrics* 1996;98(1):149-52.
2. Meadow W, Reimshisel T, Lantos J. Birth weight-specific mortality for extremely low birth weight infants vanishes by four days of life: epidemiology and ethics in the neonatal intensive care. *Pediatrics* 1996;97:636-43.
3. Goldsmith JP, Ginsberg HG, McGettigan MC. Ethical decisions in the delivery room. *Clin Perinatology* 1996;23(3):529-50.
4. Tyson J. Evidence-based ethics and the care of the premature infant. *The Future of Children* 1995;5(1):1-15.
5. Tomoeda K, Matsuda I. Biomedical ethics and mass screening of the newborn in Japan. *Eubios J Asian International Bioethics* 1998;8:75-6.
6. Fletcher J. Abortion, euthanasia and care of defective newborns. *N Engl J Med* 1975;292:75.
7. Gustafson JM. Mongolism, parental desires, and the right of life. *Perspect Biol Med* 1973;16:529-57.
8. McCormick RA. To save or let die. *JAMA* 1974;229:172.



9. Clark FL. Intensive care treatment decisions. The roots of our confusion. *Pediatrics* 1994;94:98.
10. Rachels J. Active and passive euthanasia. *N Engl J Med* 1975;292:78
11. Silverman W. Human experimentation in perinatology. *Clin Perinatology* 1987;14:403-16.
12. Mike V. Philosophers assess randomized clinical trials. The need for dialogue. *Controlled Clin Trials* 1989;10:244-53.
13. Roy DJ. Controlled clinical trials: An ethical imperative. *J Chron Dis* 1986;39:159-62.
14. Sanders MR, et al. Perceptions of the limit of viability: neonatologists attitudes toward extremely preterm infants. *J Perinatology* 1995;15:494.
15. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn: Perinatal care at the threshold of viability. *Pediatrics* 1995;96:974.
16. Low JA. The relationship of asphyxia in the mature fetus to long term neurologic function. *Clin Obstet Gynecol* 1993;36:82.
17. Nelson KB, Emery ES III. Birth asphyxia and the neonatal brain. What do we know and when do we know it ? *Clin Perinatol* 1993;20:327.
18. Jain L, Vidayasagar D. Controversies in neonatal resuscitation. *Pediatr Ann* 1995;25:540.
19. Sexson WR, Thigpen J. Organization and function of a hospital ethics committee. *Clin Perinatology* 1996;23(3):429.
20. Boyle RJ, Kattwinkel J. Ethical issues surrounding resuscitation. *Clin Perinatology* 1999;26(3):779.
21. Sexson WR, Overall SW. Ethical decision making in perinatal asphyxia. *Clin Perinatology* 1996;23(3):509-18.
22. Laing IA. En: Reed GB, Editor. *Disease of the Fetus and Newborn*, 2nd Ed. Chapter 93, pp 1373-9.
23. Ryan A. Ethics and the newborn. *J Ped* 1993;123(4):534-8.
24. Bioética. Temas y Perspectivas. OPS 1990.
25. Rostain AL, Bhutani V. Ethical dilemmas of neonatal-perinatal surgery. *Clin Perinatol* 1989;16:275-302.
26. Walterspiel JN,. Informed consent: influence in patient selection among critically ill premature infants. *Pediatrics* 1990;85(1):119-21.
27. Lantos JD, et al. Survival after cardiopulmonary resuscitation in babies of very low birth weight. Is CPR futile therapy? *N Engl J Med* 1989;318:91-5.
28. *Textbook of Neonatal Resuscitation*. American Heart Association and American Academy of Pediatrics. 2000.