

# **CONSIDERACIONES ÉTICAS ENTORNO A LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA DEL RECIÉN NACIDO.**

**Dr: Ricardo González Díaz.**

## **INTRODUCCIÓN.**

La atención del Recién nacido ha sufrido importantes modificaciones desde que se introdujeron en nuestro medio, al inicio de la década de los ochenta, las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, producto de un programa Nacional de implementación hospitalaria. En los países desarrollados, en cambio, en la década de los setenta, se produjo el cambio de escenario en la atención Neonatal. Por otra parte, es también hacia fines del siglo XX que se han producido los más espectaculares avances en la Genética, en la tecnología de la reproducción y en la Medicina Perinatal. Todo esto ha llevado a que quienes se dedican a la Medicina Perinatal deben enfrentar corrientemente una gama más amplia de dilemas éticos complejos con mayor frecuencia que tal vez cualquier otro grupo de Médicos clínicos.

En siglos anteriores la atención de los recién nacidos se “limitaba” a los esfuerzos de padres, parteras y médicos, cargados de buenas intenciones. Existen registros históricos de los esfuerzos para salvar a recién nacidos en peligro con ingeniosos calefactores, cajas de zapatos, goteros para la alimentación etc., siendo relativamente reciente la puesta en escena de tecnología compleja para la asistencia de prematuros, recién nacidos enfermos o con anomalías congénitas. (1). Las bases para las actuales salas de atención inmediata y UTI Neonatales se iniciaron con la Segunda Guerra Mundial, al poder contar con sustancias plásticas, antibióticos y miniaturización de equipos para salvar la vida de los adultos. Después de la guerra, se siguieron productivas décadas de avances tecnológicos, que permitieron introducir en la Neonatología a un ritmo vertiginoso, una amplia y variada gama de dispositivos tecnológicos: monitores cardíacos, ventiladores mecánicos, oxímetros de pulso, nutrición parenteral total, óxido nítrico y oxigenación por membrana extracorpórea. Etc. Todo ello ocurrió, tal vez, sin dejar tiempo suficiente para probar su

eficacia y poder identificar sus riesgos. Más aún, al parecer, no hubo tiempo para un dilema ahora apremiante, sólo porque se tiene disponible el recurso tecnológico ¿es lo más adecuado y válido por hacer? Abundan, incluso en nuestro medio, ejemplos de dispositivos no usados y no mantenidos quedando rápidamente fuera de uso. Sin embargo, sería injusto y falso a la verdad, dejar de señalar el alto impacto en el descenso de la Mortalidad Neonatal que se logró con la implementación Neonatal. Llevando a nuestro país a una de las tasas más bajas en la región de Mortalidad Infantil.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS GENERALES.**

En el contexto señalado aparece a mi juicio el primer gran dilema que enfrenta el clínico, que participa en la atención neonatal. Es como actuar frente al desequilibrio que existe entre su dominio creciente y experto en el uso de tecnología, y el estado estacionario y poco debatido, de las consideraciones éticas y sociales sobre las consecuencias de su actuar. Adicionalmente como señala Silverman, a medida que surgieron las actuales técnicas neonatales se borró la línea entre la asistencia ordinaria y la extraordinaria, desapareciendo también la línea fronteriza entre la atención normada y los cuidados experimentales. (2). Este creciente desarrollo tecnológico en opinión de algunos estaría ya fuera de control y habría en algunos aspectos, terminado por tener vida propia. Surgiendo en opinión de muchos, una gama importantes de interrogantes en evolución: ¿todo este arsenal tecnológico, auxilia o daña al recién nacido de extremo bajo peso de nacimiento, al malformado múltiple o al severamente asfixiado? Es decir respeta principios de Beneficencia y no Maleficencia. ¿Usamos estos dispositivos con criterios racionales claros y más importante aún con criterios morales suficientes? ¿Se respetan principios de Autonomía, de autodeterminación de su propia vida? ¿Están sirviendo estos recursos de manera adecuada y justa a la sociedad, es decir respetan principios de justicia distributiva? El debate es amplio y en evolución y dista mucho de estar resuelto. Resulta aún más apremiante en realidades asistenciales como las nacionales, en que muchas de ellas no se plantean aún, y no representan temas de discusión entre los involucrados. (Universidades, Sociedades Científicas, Ministerio de Salud, Agrupaciones de Padres etc.).

Desde esta perspectiva hay quienes cuestionan el hecho de que si la neonatología constituye un “éxito impresionante o un esfuerzo mal orientado” (3). Es en esta especialidad donde el denominado “imperativo tecnológico”, que interpreta que la simple existencia de la tecnología es el justificante moral que obliga a su aplicación, encuentra un escenario posible. Sin embargo desde el punto de vista ético este imperativo resulta indefendible y poco crítico. La decisión de usar la tecnología así como de continuar con su uso, debe fundamentarse con claridad en razonamientos éticos.

Un segundo aspecto a considerar es la naturaleza cambiante de la práctica neonatal y con ello las consideraciones éticas implicadas. En 1963 nació en USA un niño de nombre Patrick Kennedy de 34 semanas de gestación y 2100 gs, quién a pesar de los esfuerzos Médicos fallece por inmadurez pulmonar. Hoy en día esto nos parece impensable y niños de 24 semanas de gestación y 700 gs son considerados como viables y son sometidos a reanimación activa y cuidado intensivo neonatal. En términos generales 50% de ellos sobreviven (4). Se introdujo por tanto un concepto totalmente nuevo respecto de Viabilidad. Así en la actualidad la mayor parte de los esfuerzos neonatales se dirigen a recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento, (menores de 1000 gs.), recién nacidos con daño por hipoxia, niños con problemas pulmonares crónicos, secundarios a los métodos ventilatorios disponibles y malformados graves con manejos quirúrgicos complejos. (Cardiopatías Congénitas Graves, defectos del Tubo Neural y otros). Estos recién nacidos comentados no constituían dilemas éticos alguno hasta hace pocos años en nuestro medio, simplemente porque no había intervención alguna para apoyar y conservar la vida. Es en este entorno cambiante, que la “formación” de los profesionales del área neonatal se orienta a probar todos los recursos disponibles, suponiendo sobre bases éticas que siempre tiene algún valor el uso de la tecnología con la esperanza de conservar la vida biológica. Desde esta realidad entonces el abordaje asistencial presenta variaciones. Existiendo quienes son partidarios de ofrecer todo a quién tiene la posibilidad de sobrevivir, enfoque que ha sido llamado “esperar hasta tener la certeza” (5). Este enfoque agresivo de la asistencia neonatal fue ampliamente difundido desde la Medicina Norteamericana, en una Sociedad que concede gran peso al individualismo y a los derechos del consumidor. Sin duda ello ha influido

enormemente en nuestro medio, dada la “reverencia “nacional a la Neonatología Norteamericana.

No obstante este panorama, con el tiempo ha ido evolucionando hacia la consideración de otros enfoques. Como puede ser el considerar la estadística respecto de resultados de supervivencia y secuelas con grave discapacidad. (6). Así por ejemplo en países escandinavos como Suecia, los recién nacidos de menos de 600 gs y de menos de 25 semanas de gestación no serían candidatos a cuidados intensivos, sino sólo a cuidados humanitarios. Por último ha ido ganando terreno el llamado enfoque individualizado, que consiste en emprender la atención del recién nacido, pero precisar, tan pronto sea posible, si la continuación de la atención parece redundar en los mejores intereses del niño. Este enfoque individualizado supone la importancia de contar precozmente con la mayor información disponible, para la toma de decisiones, y presupone una actitud activa en éste sentido de parte de los profesionales a cargo y de los Padres que representan el mejor interés del niño. Este enfoque utilizado en Inglaterra por ejemplo, destaca la responsabilidad moral de quienes toman las decisiones, y me parece muy distante aún de la realidad de nuestra asistencia neonatal.

Un tercer aspecto a considerar en la compleja, dinámica y cambiante escena Peri natal, es el tema de los Resultados de nuestras acciones. Desde el inicio del cuidado neonatal se ha prestado atención al tema de los resultados. Además de supervivencia, se fueron llevando registros respecto de morbilidad, que incluían Retinopatía del Prematuro, Hemorragia Intracraneana, Parálisis Cerebral, Ceguera, Sordera, Retraso del Desarrollo Neurológico y Retardo Psíquico. El análisis e interpretación de estos resultados por cierto que fue mucho más complejo y difícil que las cifras de supervivencia. Dado por que la mayor parte de los resultados se deben evaluar años después de la intervención Neonatal y contrastar con “prácticas” muchas ya no existentes por los avances antes señalados. A pesar de estas dificultades metodológicas, datos de mediados de los 90, señalaban que a pesar del incremento en la supervivencia, se había incrementado la incidencia de discapacidades moderadas y graves. (7). Así luego de treinta años de progresos en la atención de los niños de muy bajo peso, se había logrado un concepto totalmente nuevo de viabilidad, pero con un impacto significativo en las estadísticas de morbilidad. La neonatología creció como una

subespecialidad médica, que podía salvar un número creciente de vidas, pero con la evidencia de aportar a la discapacidad de manera significativa, lo que por cierto reactivó el debate entre Calidad y Santidad de la Vida. (8). En nuestro medio los datos disponibles de seguimiento a lo largo del país son heterogéneos y se intentan sistematizar para responder respecto de la contribución a las secuelas. No parecen ser tan distintos de los publicados en el extranjero, con el agravante que las políticas de intervención en rehabilitación resultan aún más dispersas y poco organizadas. Con estas consideraciones en juego resulta difícil para el clínico aplicar principios de Proporcionalidad, que exige que éste produzca mayores beneficios que perjuicios o cargas para el paciente. En algunas situaciones el clínico tal vez considere que los perjuicios o cargas de continuar un tratamiento superen los posibles beneficios. Estos aspectos nos devuelven a plantear que es lo que representa el “mejor interés” y de establecer metas reales y “aceptadas” de atención del recién nacido críticamente enfermo.

Con las consideraciones citadas, nos surge entonces un cuarto problema general en torno a la asistencia Neonatal, a saber que es lo que representa el “mejor Interés” para el paciente, en particular si éste no habla a nombre propio, ni tiene una historia vital de la cual poder interpretar sus preferencias. Así los elementos de mayor peso representativos de los mejores intereses serían “evitar la imposición de una carga desproporcionada” y con “respeto” a la dignidad y valor del niño como persona. (9). El concepto de los mejores intereses lleva, por cierto a considerar el difícil concepto de la Calidad de la Vida. En este sentido se ha sugerido que el tratamiento y cuidado intensivo nunca deben constituir un fin en sí mismo. Los esfuerzos profesionales constituyen un medio que debe utilizarse sólo si se espera que el paciente algún beneficio inmediato y si hay probabilidad razonable de que el sobreviviente tendrá una calidad satisfactoria de vida. (10). Con estos elementos en consideración, el clínico debe considerar entonces a quién competen las decisiones. En este sentido compete al Médico, a los padres o tutores y a otros miembros del personal asistencial. Ahora bien en una época en que se le ha dado mayor importancia a la autonomía del paciente, se destaca cada vez más la importancia de los Padres en la toma de decisiones. Se considera en general que los Padres se pronunciarán en el sentido de los mejores intereses respecto de su hijo. Por cierto que esta es un área de gran susceptibilidad

y los Padres o representantes del niño requieren un gran apoyo del sistema de atención Neonatal, para que en verdad representen los intereses del niño y colaboren en la toma de decisiones. Resulta fácil imaginar un número importante de obstáculos para que los Padres se encuentren informados y representen los mejores intereses; a modo de ejemplo:

- A- Conmoción o shock inicial por el estado crítico del Recién Nacido, con incapacidad de asimilar la información.
- B- El brindar la información con abuso de la terminología Médica, y la descripción de otros grupos de pacientes semejantes.
- C- El breve espacio temporal en que profesionales y Padres deben interactuar.
- D- La falta en los Servicios clínicos de profesionales del área humanista que puedan contener y mediar con los padres.
- E- El solicitar a los Padres que tomen decisiones significativas que tendrán efectos a largo plazo sobre su hijo y sobre toda la familia.

Como es de suponer, se han reconocido límites de la autoridad paren tal para asumir la responsabilidad como representantes de tomar decisiones respecto a la asistencia clínica del Recién Nacido. (11). Es decir la aparición de intereses que entran en conflicto con los mejores intereses del Recién Nacido, como por ejemplo, el deseo de tener un hijo “perfecto”; imposibilidad de aceptar un hijo con retraso psíquico o neurológico; dificultad para asumir los costos monetarios, miedo a la carga familiar que la situación impone, Por otra parte, existen Padres que nos parecen no representar los mejores intereses: escolares, adictos, abuso sexual, intentos de aborto, etc. Estos aspectos citados hacen evidentes la aparición de choque de intereses, pero hay que reconocer y respetar que casi todos los Padres y otros miembros de la familia (abuelos), son los más idóneos para representar “los mejores intereses”. Parece pertinente señalar que en nuestro medio asistencial, todavía circulan poderosos vientos del paternalismo Médico y el concurso de los Padres en la toma de decisiones, a mi entender se encuentra aún en desarrollo. Así por ejemplo el consentimiento informado en Neonatología, se reserva para unos pocos procedimientos diagnósticos y quirúrgicos.

La necesidad de informar sobre el pronóstico del Recién Nacido ha sido sugerida por organismos Colegiados como la Academia Americana de Pediatría. (12). Pero varios

especialistas han sugerido que no es razonable esperar que solo los Padres asuman la responsabilidad de las decisiones Médicas. Se ha recomendado que los médicos, con otros especialistas deban intervenir en una forma más “directiva” en las decisiones de cuidados intensivos neonatales. (13). Por cierto que el escenario tiende a volverse más complejo aún, toda vez que la medicina tiende a la judicialización, y la tendencia es más hacia la delimitación de responsabilidades, que en la complementación para la toma de decisiones. Peabody y Martin (14) han sugerido algunos elementos claves en la toma de decisiones. En primer lugar nadie es infalible, ni está libre de conflicto de intereses por tanto, no es adecuado ser el único que decida... En segundo lugar, todas las decisiones deben seguir una norma centrada en el paciente y que resguarde sus mejores intereses. En tercer lugar deben cumplirse con rigor con el consentimiento informado. En cuarto lugar los comentarios de las opciones terapéuticas debe ser multidisciplinario y deben incluir a los legos y al público. Por último aceptar que no todo debe plantearse como lo uno o lo otro, blanco o negro, dado que vivimos en un mundo pluralista. Y existen muchas opiniones posibles sobre los valores en conflicto. Hay muchas buenas razones para cualquier decisión de tratar o no tratar, que pueden ser lo suficientemente válidas en la medida que tengan como centro al Recién Nacido, aboguen por sus mejores intereses, se realicen a conciencia y sean consentidos.

Por último en este enfoque general de los conflictos que encuentra el clínico en la atención Neonatal, poca consideración se ha hecho en nuestro medio a los aspectos económicos involucrados en la atención Neonatal. La literatura y la sociedad civil en los países desarrollados han desarrollado ampliamente estos aspectos dado que los presupuestos del sector salud y los costos de la atención neonatal se han incrementado de manera exponencial gravando los genuinos intereses de otros grupos de la sociedad. El debate, en particular en la Sociedad Norteamericana, ha sido muy activo debido a que el presupuesto para la Prematuridad y sus consecuencias se aumentó en un billón de dólares al final de la década de los noventa. En nuestro medio, se intenta gestionar y controlar los costos con diversas estrategias, (Centros de costos, Programas Ministeriales de Surfactante, Atención en redes de complejidad etc.). No habiéndose realizado debates, entre los distintos involucrados de hasta donde vamos a llegar y que dejamos de hacer para satisfacer esta

creciente y costosa demanda asistencial. Ha esto habría que agregar la necesidad de traslados a centros de mayor complejidad en un país de las características de aislamiento geográfico como lo es el nuestro.

## **DECISIONES ÉTICAS EN LA SALA DE PARTOS.**

En la atención Pediátrica de los Recién Nacidos, en las salas de Partos, surgen de manera cotidiana la necesidad de hacer lo justo y necesario al inicio de la vida. Adquiriendo las decisiones mayor complejidad, que en otras disciplinas de la Medicina, ya que los Neonatos dependen en todo de sus Padres, de los Médicos y de los Servicios Clínicos donde nacen. El justo equilibrio de estas instancias son las que podrán velar por el mejor interés del niño. Particular complejidad adquieren algunos “Escenarios” clínicos, en que se ponen a prueba las competencias de cada uno de los participantes. Es por ello que intentaremos profundizar en algunos aspectos más “polémicos” de la atención Peri natal en sala de partos.

La necesidad de iniciar medidas de reanimación Cardiopulmonar (RCP) , impone a los Médicos, problemas Éticos importantes, dado que de ellas se derivan la internación en Unidades de Cuidados Intensivo, el uso de terapias prolongadas y costosas, y la separación con los padres y daño en el vínculo inicial.. Iniciar medidas de reanimación en un Recién Nacido en estado crítico, es difícil por variadas razones: A- La incapacidad del médico para hacer un diagnóstico preciso. A no ser algo muy evidente, como por ejemplo en Anencefálico, o un producto en extremo inmaduro menor de 350 gramos..

B-La imposibilidad de de evaluar adecuadamente el cuadro clínico actual.

C- La dificultad en evaluar con precisión el potencial futuro de ese niño en particular.

D- La decisión de no reanimar, debe hacerse a la brevedad posible, sin la orientación de un comité de ética, y a menudo sin consulta a la familia.

Las tres situaciones clínicas en que mayormente se producen conflictos éticos y a las que nos referiremos son: Los defectos Congénitos Graves, el niño con asfixia grave y el de extremo bajo peso de nacimiento.



## **RECIÉN NACIDO CON MALFORMACIONES GRAVES.**

Los aspectos Éticos involucrados en la reanimación de niños con Malformaciones Graves, son complejos e interrelacionados. En la medida que se ha desarrollado la cirugía Neonatal, se han abierto posibilidades de intervención, pero sin subsanar el problema de fondo, creando por se “espectativas” tecnológicas en Padres y en la comunidad médica.

La decisión de no reanimar por Malformaciones prenatales debe fundamentarse en diagnósticos muy precisos de la condición fetal y deben ser corroborados por los Padres o representantes. En un reciente estudio nacional la decisión de no reanimar por malformación no compatible con la vida se presentó en el 38 % del grupo total de no reanimados (15). Si el Médico no acepta la condición prenatal, o no se tiene la seguridad del diagnóstico prenatal, la mayor parte de los autores señala que debe brindarse reanimación, tranquilizar a los Padres, y concordar que la decisión de iniciar tratamiento no obliga a continuarlo.

Las consideraciones morales respecto de terminar o no emprender RCP en recién nacidos, han sido fruto de amplio debate en la literatura (16). Quedando claro que el Médico que atiende en Sala de partos tiene la obligación de no emprender actos que son intrínsecamente ilegales. Y oscilar desde la concepción que la vida humana es un bien básico y precioso que debe ser conservado como condición o fundamento de otros valores. O un enfoque más utilitarista en que el hombre tiene el deber de acrecentar el bien y disminuir el daño a personas vivas. John Fletcher (16). Se ha pronunciado sobre una posición intermedia, no definiendo diferencias moralmente importantes entre el feto y el neonato con el mismo grado de defecto congénito. Propone que el neonato es un individuo independiente de su madre, y merece protección. El neonato con defectos es la misma persona pero en una etapa diferente de desarrollo. La existencia física independiente de la madre hace que la sociedad lo perciba y afronte como a un ser humano con demandas morales independientes. Le corresponde, según Fletcher, al Médico representar al malformado ante sus Padres y la sociedad, buscando para éste el camino que señale el “mejor interés”. Ante sus Padres con el sueño roto del hijo imaginario versus la pesadilla del hijo “real”. Y ante la Sociedad en el justo equilibrio entre las intervenciones iniciales y luego paliativas que puedan favorecer su integración familiar y social. Por otra parte, en las consideraciones

sobre la factibilidad de realización en la vida, aparece el poder establecer relaciones humanas, que permiten desplegar valores como justicia respeto, interés, compasión. De manera que el futuro individuo adquiera un valor social, siendo para ello importante la inteligencia, autonomía y productividad.

En este sentido en las decisiones sobre omitir tratamientos de niños con defectos congénitos graves, se debe considerar que algunas formas de vida muy deterioradas son peores que la misma muerte. (17) En el caso de niños con malformaciones graves, pueden presentarse conflictos de intereses con los Padres, quienes demandan esfuerzos desproporcionados por su hijo. Será el médico el que debe aminorar estos conflictos con consultas a otros especialistas, comité de ética clínica y mediación con profesionales del área de la salud mental. Padres y equipo médico deben asumir la responsabilidad definitiva de las decisiones, la cual debe hacerse según las mejores predicciones clínicas en cuanto a sobrevida y calidad de vida. Se ha recomendado que el clínico que atiende a niños en sala de Partos se familiarice con cuadros clínicos identificables en sala de partos y que sean incompatibles con la vida.

## **TRANSTORNOS IDENTIFICABLES INCOMPATIBLES CON LA VIDA.**

Hidranencefalia

Anencefalia

Holoprosencefalia

Trisomía 13

Trisomía 18

Triploidía

Agnesia renal

Sirenomelia

Enanismo Acondroplásico

Acondrogénesis tipo 1<sup>a</sup> y 1b.

Osteogénesis imperfecta de tipo II.

## Universidad de California San Diego.

De todas maneras antes de determinar si un trastorno o malformación específicos son incompatibles con la vida, es importante cumplir con los siguientes requisitos para no intervenir:

Anomalías fácilmente identificables. No se puede aceptar algo desconocido.

Pronóstico letal o vida vegetativa en todos los afectados.

Confirmación diagnóstica rápida por medio de laboratorio disponible.

Defecto único que exige medidas heroicas para la supervivencia.

No obstante lo comentado, se ha señalado que en muchas circunstancias clínicas la sala de partos no es lugar adecuado para hacer una exploración física minuciosa, que es fundamental para determinar si el niño tiene una malformación incompatible con la vida. En esa situación entonces las medidas deben orientarse a la reanimación. En cuanto se estabilice y se ingrese a la Unidad de cuidado intensivo, se buscaran los elementos clínicos pertinentes. .Debiendo los médicos exponer a los Padres los hechos sobresalientes del hijo con malformación letal. Apoyándolos en sus decisiones y no juzgándolos.

## **EL RECIÉN NACIDO CON ASFIXIA SEVERA.**

El pediatra que enfrenta Recién nacidos con asfixia severa, pone a prueba su expedición técnica y la necesaria valoración respecto de la eficacia de la reanimación y la expresión de daño profundo futuro en el niño.

Durante años se han buscado “marcadores” de asfixia severa y su correlación con el pronóstico de secuelas neurológicas importantes. No obstante los marcadores que suelen utilizarse no son elementos acertados de predicción de daño cerebral y muerte. (18)

.Puntuaciones de Apgar bajo al minuto y a los cinco minutos tampoco son elementos predictivos adecuados .Sí el puntaje de Apgar menor de 3 entre los 10-15 minutos constituye un mejor elemento predictor de daño cerebral o muerte. Por otra parte varios autores han señalado que la combinación de marcadores pueden resultar en una apreciación

más objetiva: Apgar bajo prolongado, encefalopatía hipóxica, acidemia profunda en la sangre de cordón, manifestaciones de compromiso sistémico. Varios de los cuales tienen el carácter evolutivo y no están necesariamente presentes al momento que se inicia la reanimación del niño en asfixia severa, creando así la primera y gran dificultad en la toma de decisiones. En la actualidad se asume que el test de Apgar evolutivo es útil en señalar la efectividad de las maniobras de reanimación, y que con entera seguridad Apgar de 0 entre los 10 a 20 minutos, sugieren que las maniobras serán inútiles o que se obtendrá un resultado muy desalentador. Basándose en datos disponibles, parece razonable interrumpir las maniobras de reanimación en un niño de término si el Ph de sangre arterial del cordón es menor de 6.8, el déficit de base mayor a menos 20, si la puntuación de Apgar es de 0 luego de 10 minutos de reanimación o no hay respiraciones espontáneas a los 30 minutos.

Como un elemento auxiliar en la toma de decisiones, el conocer trastornos maternos como hipertensión arterial, desprendimiento placentario, rotura uterina, metrorragia profusas, deben ser consideradas en la toma de decisiones respecto de la reanimación. Como sea, por cierto que la mayor parte de las veces, el niño asfixiado aparece como una situación de urgencia, no existiendo la totalidad de los elementos clínicos ni la posibilidad de conocer los deseos de los Padres. En tal escenario muchas veces se actúa como si se tuviese el consentimiento, debiendo sí ser crítico si se tiene la competencia correcta y si se usa el “juicio o criterio” razonable para tan exigente situación. Por eso se destaca la importancia de contar en cada parto con personal adiestrado y acreditado en reanimación Cardiopulmonar neonatal como lo sugiere la Academia Americana de Pediatría y otros organismos Colegiados.

## **REANIMACIÓN EN EL EXTREMO BAJO PESO.**

La reanimación de recién nacido cada vez más pequeños es tal vez una de las problemáticas emergentes más frecuentes que debe enfrentar el Pediatra que se dedica al cuidado Neonatal. Y a menudo son estos los que deben evaluar y decidir si están justificadas las medidas de reanimación en un niño extraordinariamente prematuro. Todos los que nos hemos dedicado a esta especialidad hemos visto, en la última década, el impresionante avance en la sobrevivencia de los prematuros extremos al poder disponer de medicación que favorece la madurez Pulmonar, reponer la deficiencia de Surfactante, y disponer de modos

ventilatorios gentiles En este contexto la decisión de iniciar la reanimación suele tomar en consideración la edad gestacional, el peso o ambos factores. Por otra parte los medios de comunicación y la Medicina misma se han encargado de generar una atmósfera de esperanza basados en “casos” aislados y en la gran disponibilidad de recursos tecnológicos. Así por ejemplo, el caso publicado con sobrevivida de menor peso corresponde a un recién nacido de 350 gs. De este modo las decisiones terapéuticas pueden emanar de experiencias aisladas o de un cúmulo de casos en un centro particular o representadas en la literatura. En el medio nacional la experiencia reportada de la literatura cobra gran valor en el colectivo Neonatal nacional.

De todas maneras se ha ido generando un consenso cada vez mayor sobre los límites de la viabilidad. (19). Se ha sugerido no iniciar maniobras en recién nacidos de menos de 23 semanas de gestación. A no ser por una solicitud informada y discutida previamente con los Padres, o cuando parezca ser que la edad gestacional ha sido subestimada. Para un niño de 23-25 semanas de gestación, parece razonable un método de atención intensiva provisional, con un enfoque pronóstico individualizado dando en el gran importancia a las preferencias de los Padres. Este enfoque permite retirar el apoyo intensivo cuando se reconoce que el pronóstico es en extremo malo. Por último se establece la recomendación de intentar la reanimación en todos los mayores de 25 semanas de gestación, sin anomalías mortales. Con este enfoque surge la duda respecto de la posibilidad real de evaluar en forma exacta la edad gestacional en la sala de partos. Se insiste por ello en la importancia de la revisión previa de los antecedentes en la medida de lo posible, dado que muchos partos prematuros se producen en una situación de urgencia. El manejo de esta incertidumbre pronóstica, con un enfoque individualizado, permite una vez iniciada las maniobras y lograda la estabilización, evaluar su real eficacia, no sólo desde la mejoría de parámetros fisiológicos sino también de las nuevas morbilidades que se agregan con las intervenciones efectuadas. La prolongación de la vida a costa de inútiles y desproporcionados tratamientos es Maleficiente y se debe poner en primer lugar el bienestar y cuidado del prematuro extremo, planteándose entonces la Limitación del esfuerzo Terapéutico., que puede entenderse como mantener las terapias actuales, no iniciar nuevas terapias, no hacer maniobras de reanimación o suspender terapias por desproporcionadas o inútiles. ( 20 ). Ahora bien cuando no es posible salvar la vida, surge el criterio de Calidad de Vida, que por cierto

depende de las acciones valóricas de los individuos, o sea la calidad subjetiva de vida concepto propio de la vida del adulto. Para el recién nacido, que no ha tenido una opción de valor, se aplica la calidad objetiva e ínter subjetiva de vida, esto es el mejor interés. El criterio del mejor interés obliga en el niño a tratar siempre, persiguiendo siempre objetivos realistas de cuidado, curación, restauración, mantención del estado actual y minimización del dolor y sufrimiento, evitando la imposición de riesgos desproporcionados.( 21)

Las decisiones de iniciar reanimación basadas en el peso de nacimiento también han sido reportadas en la literatura. Si bien parece una medición exacta, también es ampliamente modificada por factores Obstétricos. Así por ejemplo un feto de 22 semanas puede pesar entre 400-700 gs (percentiles5-95), introduciendo gran variabilidad para la toma de decisiones. En general la literatura documenta mejores resultados en pesos neonatales mayores de 500 gs. En nuestra experiencia la evaluación primaria de edad gestacional y secundariamente de peso son elementos útiles para la toma de decisiones. Como vemos entonces el Pediatra aporta en esta situación un conocimiento de probabilidad, dado tanto por la variabilidad biológica de la respuesta de cada paciente, como por la falta de información respecto de la eficacia real de los tratamientos. Por ello en Neonatología lo beneficioso se hace en una decisión subrogada (22) , que toman los Padres con el apoyo del Médico y todo el equipo de salud.. La decisión del Médico de lo que está indicado y lo que está contraindicado, es guiada por el deber de no dañar. Se espera de los Padres que aporten sus valores cuando hay que optar por lo beneficioso para su hijo. Situación que en la mayor parte de las veces de la realidad clínica asistencial no es considerada en forma oportuna.

En el medio nacional, con una intensa actividad Neonatal tanto asistencial como Académica se hace urgente un debate respecto de cómo equilibrar el desafío inicial de la reanimación, y las expectativas futuras de supervivencias y secuelas en nuestros prematuros extremos.

En esta apretada revisión hemos omitido por ser aún más complejo situaciones de reanimación que desafían al Pediatra desde su propia concepción valórica. Como ocurre con las madres adictas, con serología positiva para VIH y los partos prematuros secundarios a claras maniobras de aborto provocado. En estas situaciones se movilizan emociones y

juicios de valor tanto en el equipo como en los familiares del recién nacido haciendo mucho más difícil la toma de decisiones.

## **CONSIDERACIONES FINALES.**

Por último quisiera comentar y adaptar un conjunto de aspectos prácticos propuestos por Boyle y Kattwinkel para el manejo de estas situaciones: (23).

1-Reconocer en todas las explicaciones la importancia de la participación de los Padres. La comunicación y aperturas son esenciales, cuando de hecho, la toma de decisiones va a ser compartida.

2-Puede ser difícil y hasta peligroso tomar decisiones de no iniciar reanimación sin datos adecuados de edad gestacional, naturaleza específica de la malformación, o pronóstico esperado para una condición clínica particular..Puede requerir tiempo, incluso días obtener los datos necesarios. Las órdenes de no reanimar en la sala de partos son por lo general inapropiadas y pueden complicar la toma de decisiones.

3-Los Médicos y Padres necesitan ser cautelosos acerca de los aspectos absolutos. Muy pocas situaciones en éste ámbito son negras o blancas.

4-Médicos y Padres necesitan estar al tanto de “Ética de sentido común” para sus comentarios. Es mejor evitar las frases academicistas.

5-Las explicaciones en el período Prenatal y antes del momento de la crisis son muy valiosas. La consulta con Perinatólogos, Neonatólogos y otros especialistas del área Médica y de la salud mental, resultan fundamentales, para articular los cursos de acción posibles.

6- Un Médico no puede trabajar con propósitos cruzados con sus colegas. Como sería conectar a ventilación mecánica a niños que no serían conectados por otros Médicos.

7- Evitar términos inútiles y no bien definidos, como “ningún tratamiento heroico” o “hacer todo lo necesario”. Esto sólo agrega confusión y puede generar conflictos por malos entendidos.

8- En colaboración con la familia, elaborar un plan o método para la atención del recién nacido, idealmente en el período prenatal. Cuando existe incertidumbre, se

atiende la incertidumbre y la necesidad de valoración antes de tomar cualquier decisión firme.

- 9- Reconocer la importancia y compromiso de explicación continua con la familia, conforme avanza la evolución del niño.
- 10- No dudar en hacer participar a otros cuando la situación es compleja o existe desacuerdo aparentemente irreconciliable entre médicos y padres. El buscar una segunda opinión, de otras disciplinas no médicas, comité de ética clínica, resultan de la mayor importancia para avanzar hacia el mejor curso de acción posible.



## **BIBLIOGRAFÍA.**

- 1-Silverman W: Mismatched Attitudes About Neonatal Death.  
Hasting Cent Rep. December 12-18. 1981.
- 2-Silverman W: Human Experimentation in Perinatology  
Clin Perinatol 14: 403-416. 1987.
- 3-Lantos J : E1597-1601. 1993 Ethics and Perinatology.  
New York Oxford University. 1985.
- 4- Allen M, Donohue P: The Limit of Viability: Neonatal Outcomes.  
N Engl J Med 329: 1597-1601. 1993
- 5- Caplan A, Cohen CB : Imperiled Newborn: Hasting Center Report  
17: 5-32. 1987.
- 6- Rhoden NK : Treating Baby Doe. The Ethics of Uncertainty.  
Hasting Center Report 16: 34-42. 1986.
- 7- Jobe A : Pulmonary Surfactant Therapy.  
N Engl J Med 328: 861-868. 1993.
- 8-Golworth A, Stevenson D: The Real Challenge of Baby Doe.  
Considering the Sanctity and Quality of Life.  
Clin Pediatr 28: 119-122. 1989.
- 9-Nelson LJ, Nelson RM: Ethics and The Provision of Futile.  
Crit Care Med: 20: 428. 1992.

- 10-Sauer P J: Ethical Decisions in Neonatal Units.  
Pediatrics 90: 729-732. 1992.
- 11-Paris J : Manlaughter or a Legitimate Parental Decisiòn.  
J. Perinatol 16: 60-64. 1996.
- 12 -American Academy of Pediatrics  
Committee on Fetus and Newborn.  
Pediatrics 96: 5- 1995.
- 13-Peabody J: Who Control The Plug  
California Perinatology 6: 3-6. 1995.
- 14- Peabody J, Martin G. Aspectos Èticos en el Limite de la Viabilidad.  
Clin Perinatol. 3: 437-450. 1996.
- 15-Novoa J y cols: Trabajo Presentado. II Congreso Chileno de Neonatología.  
Octubre 2006. Libro de Resúmenes.
- 16- Fletcher J : Aborto- Eutanasia y defectos del Recién Nacido.  
N Engl J Med: 292-75. 1975.
- 17- Duffrs; Campbell: On Deciding Care.  
Pediatrics 57: 487. 1986.
- 18- Nelson K B. Emery: Asfixia al Nacer.  
Clin Perinatol 20: 327. 1993.
- 19- Allen M C, Donohue. The Limit of Viability.  
N Engl J Med.329: 1597. 1993.

- 20- Bórquez G y cols: El Prematuro en Cuidado Intensivo Neonatal.  
Revista Chilena de Pediatría. Enero 2004.
- 21- Cruceiro A: Consideraciones Éticas en Neonatología.169-86  
Javier Gafo- Jose Ramon Amor. Madrid .  
Universidad Pontificia Comillas. 1998.
- 22-Buchanan A, Brock: The Etics of Subrogate Decision.  
University Cambridge Press:246-66. 1990.
- 23- Boyler, Kattwinkel J: Aspectos Éticos en Reanimación.  
Clin Perinatol Vol 3. 787-801. 1996.