

ASPECTOS ETICOS EN EL MANEJO DEL RECIEN NACIDO.

DRA. MATILDE A. RODRIGUEZ RICO.

MEDICO PEDIATRA

Los antecedentes de la Ética Médica se dan alrededor de 1970, con fundamento en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que señala en su artículo 3º. **TODOS INDIVIDUOS TIENEN DERECHO A LA VIDA** y alcanza por tanto el campo de la Neonatología que inicia su estudio y aplicación en la década de los 90, con una legislación de características específicas, ya que las decisiones se toman en condiciones de mucha incertidumbre, con extrema dificultad para establecer un pronóstico exacto, sobre todo en los primeros días de vida, ocasionando dilemas ético-legales cambiantes, en gran parte derivados del gran avance tecnológico de la Medicina y los cuestionamientos para su aplicación en el recién nacido al límite de la viabilidad, el prematuro y/o con malformaciones congénitas graves; los conocimientos “MÉDICOS” de la sociedad y su deseo de participar en una manera informada en las decisiones terapéuticas, en las que existe la obligación de aplicar los **DERECHOS DE TODO RECIEN NACIDO** que incluyen: 1.- Nacer en una familia y hospital que resuelva todas sus necesidades al nacimiento. 2.- Nacer por vía vaginal, sin utilización de drogas, trabajo de parto inducido, fórceps, ruptura de membranas artificial o cualquier otro procedimiento obstétrico, salvo necesidad absoluta para el binomio. 3.- Ser tratado en forma respetuosa y digna como los más vulnerables miembros de la sociedad, con una inequívoca identificación, apego inmediato a sus padres, alojamiento conjunto a su madre, de tan breve duración como lo permita el estado de salud de ambos, habiendo educado a la madre en su manejo y alimentación y brindándole el apoyo psicológico y social necesarios. 4.- Otorgar los cuidados necesarios evitando procedimientos dolorosos y protegiendo la intimidad del recién nacido. 5.- En caso de malformaciones incompatibles con la vida o complicaciones severas permitir al recién nacido morir con dignidad sin intervenciones innecesarias y fútiles cuando desde el punto de vista médico y de los padres esta conducta sea lo mejor para el recién nacido.

Las recomendaciones anteriores requieren aún modificaciones en el caso de **RECIEN NACIDOS EN EL UMBRAL DE LA VIABILIDAD, RECIEN NACIDOS INMADUROS O PREMATUROS**, así: 1.- Los recién nacidos de menos de 28 semanas y 1000gr. Pueden no sobrevivir, a excepción de ser manejados en Unidades de Cuidados Intensivos de 3er. Nivel en donde la supervivencia puede darse desde las 22 semanas de gestación y 500 gr. de peso. 2.- Los recién nacidos previales entre 22 y 28 semanas de gestación requieren una evaluación muy minuciosa de su reactividad y de acuerdo a ello determinar la utilidad de cuidados intensivos ante el riesgo de muerte prematura o discapacidad severa permanente sobre todo en unidades en que este tipo de cuidado no existe o está restringido por recursos o prioridades sanitarias. 3.- Las decisiones deben basarse en lo que a juicio de los padres y asesores sean los verdaderos intereses del niño sin influencia de sexo, religión, factores económicos o demográficos. 4.- Es responsabilidad ética del médico informar a los padres del resultado clínico previsible; así como el grado de discapacidad a largo plazo. 5.- Es ético instaurar tratamiento intensivo provisional como umbral de viabilidad hasta valorar los

progresos del recién nacido y aclarar si debe retirarse o continuar, quien recomiende el retiro deberá ser el más experto o el Comité de Ética hospitalario. 6.- Ocasionalmente se solicita autorización paterna por escrito para no aplicar reanimación ni cuidados intensivos, esto se ejercerá si hay un apartado que especifique si el recién nacido es más maduro y vigoroso no tiene efecto lo anterior. 7.- Se debe respetar el deseo de los padres, sin coacción o sus creencias, e inclusive ayudarlos a buscar asesoría o acuerdo entre ellos antes de decidir. 8.- Documentar detalladamente las razones de no dar tratamiento y nunca retirar los cuidados de bienestar del recién nacido, incluyendo el amor y compañía paternos. 9.- Practicar necropsia al fallecimiento y mantener asesoría y consultoría a los padres para embarazos posteriores.

Cuando el recién nacido presenta MALFORMACIONES SEVERAS, éticamente es aceptable además de lo previamente mencionado: 1.- Si sus malformaciones son incompatibles con la vida, tienen derecho a morir con dignidad, sin una intervención caprichosa o indebida. 2.- No practicar la eutanasia activa, sólo el retiro de cuidados intensivos, manteniendo los de bienestar e informando a los padres. 3.- Al no respirar al nacer se acepta no ejercer reanimación, que sólo se aplicará en caso de duda. 4.- Debe ser el experto o Comité hospitalario en encargado de decidir el no dar o retirar el tratamiento intensivo, avisando a los padres y documentando detalladamente las razones. 5.- Si ambos padres no están de acuerdo se proseguirá el tratamiento hasta que la situación se aclare por cambios clínicos y en casos excepcionales se recurrirá a los tribunales.

Se hace evidente con la normatividad anterior, que todo recién nacido carece de capacidad para ejercer su AUTONOMIA y por lo tanto las decisiones de su manejo son dependientes de sus tutores o quedan en caso de urgencia a cargo del médico, quien aplicará el principio ético del PATERNALISMO, en beneficio del recién nacido, no obstante la autoridad moral y legal no es absoluta y su beneficio se ve también influenciado por la situación familiar, económica, administrativa social y la falta de claridad del paciente primario entre el binomio madre-hijo y su definido status moral y legal por lo cual debe definirse el principio fundamental de la ETICA PERINATAL el VER AL FETO COMO UN PACIENTE y estudiarse con los elementos que su estado crítico establece, con el fin de llevar un curso moralmente deseable en función de: 1.- Análisis de los hechos. 2.- Interpretación conforme a valores y principios éticos. 3.- Consecuencias mediatas e inmediatas. 4.- Obligación de preservar su calidad de vida y derechos. 5.- Virtudes de quienes intervienen en cada caso.

La directriz en el manejo de todos los casos son los principios éticos de autonomía y sus acepciones en el recién nacido, encaminados a la beneficencia y no maleficencia y ejercidos con justicia, sin olvidar que todos ellos se encuentran bajo la influencia directa de los de las personas que intervienen en su manejo de ahí que deban coincidir en 1.- Preservar la vida del recién nacido. 2.- Disminuir la morbilidad. 3.- Aliviar el dolor y sufrimiento. 4.- Brindar un trato humano con respeto a su dignidad y mantenimiento de confort. 5.- Hacer o no hacer en función de su calidad de vida.

Cuando estos valores y principios no coinciden en el equipo de manejo, el recién nacido se expone a situaciones innecesarias que agravan su estado crítico o adicionan iatrogenia, entre ellos se mencionan el recibir un trato impersonal, el encarnizamiento terapéutico, excesivo estímulo ambiental sin respeto a sus períodos sueño-vigilias, la falta de uso de anestésicos o sedantes en procedimientos que lo ameritan, las muestras de abandono o indiferencia en el momento de su muerte y la insensibilidad al dolor paterno o falta de comunicación.

La última situación de no menor importancia en estos casos es el tipo de RELACION MEDICO PACIENTE, que no es en forma directa, sino a través de los padres, de ahí que la información compleja en sí puede ser pobremente entendida, ante todo por el estado físico y emocional que guarda sobre todo la madre, la separación necesaria del recién nacido y los sentimientos de culpa o intimidación que suelen adicionarse al estado o padecimiento del niño, de ahí que el actuar médico será de FIDELIDAD extrema a la beneficencia del recién nacido, en base a una COMUNICACIÓN respetuosa sin coacción de decisiones a los padres y con absoluta CONFIDENCIALIDAD y para que sea totalmente entendida mencionar lo relevante del manejo, con sus riesgos, secuelas e incluso posibilidad de muerte, adicionando la ética de enfermería quien como enlace entre el médico, el paciente y su familia además de su exacto desempeño profesional no deberá conferir datos que puedan crear controversias o falsas esperanzas, que llevan a dilemas morales e impiden la continuidad del tratamiento, así como con trabajo social o psicología quien apoyará en el manejo del distress familiar y emocional.

Si el pronóstico de un recién nacido se prolonga en incertidumbre, es recomendable retardar el reporte hasta tener certidumbre, basándose en pronósticos estadísticos de cada padecimiento de la unidad en la cual se trabaja, individualizando de preferencia el pronóstico de acuerdo a la respuesta al tratamiento e inclusive la decisión de tratar o no hacerlo en función del desconocimiento de la evolución a largo plazo, su repercusión familiar y social; guardando siempre el profesionalismo con la familia en relación con sus valores y aceptación de las consecuencias con cada niño manejado.

Es aceptable también ante la incertidumbre que un Comité Ético modifique las decisiones médicas o paternas a través de normas administrativas según el nivel hospitalario, actuando con imparcialidad y consistencia, objetividad y estabilidad emocional, siendo lo más importante la decisión moral en función de la calidad de vida como balance de la beneficencia, no maleficencia y justicia, no debiendo permitir que el gobierno dicte decisiones clínicas que al causar temor, favorecen el encarnizamiento terapéutico aún en casos de pobre sobrevida y graves secuelas que debilitan el desarrollo sociocultural del individuo.

Una decisión ética de manejo en el recién nacido en estado crítico y aún cuando fallezca deja en la familia una experiencia de tranquilidad si la intervención del equipo de salud se da en el marco analizado.

Concluyendo: la atención médica en Perinatología debe estar encaminada al binomio madre-hijo en lo que se refiere: 1.- Promoción de la salud. 2.- Alivio del dolor y sufrimiento 3.- Cura de la enfermedad. 4...- Prevención de muerte temprana. 5.- mantener o mejorar el estado

funcional. 6.- Educación y asesoría en evolución y pronóstico del embarazo. 7.- Evitar daño al binomio en el curso de la atención. 8.- Ayudar a los pacientes cuando sea el caso a morir con dignidad.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Derechos del Recién Nacido. Boletín médico de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Francia 1991.
- 2.- Aspectos éticos del cuidado del recién nacido. Anales de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia 1991.
- 3.- Aspectos éticos de la gestión del recién nacido en el umbral de la viabilidad. Boletín médico FIGO Basilea 1997.
- 4.- Aspectos éticos del manejo del recién nacido con malformaciones severas. FIGO Jerusalem 1995.
- 5.- Sandling J. et al. Ethics in neonatal intensive care. In neonatal intensive care of newborn 609-635; 1993.
- 6.- Duff R. Campbell AGM: Moral and ethics dilemmas in the special care nursery. N.England J. Medicine 289-90,1993.
- 7.- Sola. Evolución de edad gestacional y Score de gravedad. Argentina 1994.
- 8.- Novoa. Consideraciones éticas en pacientes con daño cerebral. Ed. Interamericana, México 1996.
- 9.- Gómez-Gómez. Ética perinatal. Monterrey N:L: Facultad de Medicina 2005.
10. Benavides-Vázquez L. Enfoques pediátricos seleccionados. México: PAC Pediatría 2, Academia Mexicana Pediatría 1999.
11. Chervenak FA. La Ética en la medicina perinatal. Clin Perinatol 2003;1 xi-xiv.
12. Chervenak F:A: The fetus as a patient: an essential concept for the ethics of perinatal medicine. Am J Perinatol 2003;20.399-4
- 13.- Avery GB. Futility considerations in the Neonatal Intensive Care Unit. In: Avery GB. Fletcher MA. Mac. Donald MG editors
Neonatology, Pathophysiology and management of the newborn. 5a ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 1999.