

Reflexiones bioéticas en Cirugía Neonatal y Perinatología

J.F. Mulet Ferragut

Jefe de Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

Hay que acudir al 1863 en la guerra de Crimea para encontrar la figura de Florence Nightingale proponiendo agrupar a los enfermos más gravemente afectados, en una zona común y con personal propio de esa zona. La idea no prosperó.

La epidemia de poliomielitis en 1952 y en concreto en Copenhague, hará que se inicie este movimiento de concentración de enfermos críticos y que se efectúe la ventilación mecánica para mantener la vida de los enfermos.

En la década de los 60 del siglo XX se inician las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) similares a las actuales. En Madrid, el Profesor C. Jiménez Díaz crea la primera en 1964.

Entre los años 60 y 70 se crean las UCIs neonatales y en los 80 se puede hablar ya de “la madurez” de las mismas. No entraremos en detalles sobre las nuevas técnicas, utillajes y aplicaciones, ni de su evolución rápida, más rápida incluso que la capacidad de asimilación, hasta el día de hoy, así como tampoco en los avances de la Cirugía Neonatal, por ser conocida del lector.

Hoy se puede valorar que aproximadamente el 20% de recién nacidos (RN) puede requerir el ingreso en UCIN y que la estancia media se halla en 30 días, aunque de un año a otro y de una unidad a otra puede variar en gran manera. Como muestra de la ocupación de las UCINs vaya el fenómeno de aumento por causa de las técnicas de fecundación *in vitro* y los embarazos de madres añosas.

Hecha esta consideración histórica, nos podemos situar en los dilemas que plantea la perinatología: ¿Cuál es el límite de viabilidad de un neonato prematuro o un polimalformado? ¿Debe prolongarse la vida todo lo técnicamente posible, o establecer límites a la actuación médica cuando el pronóstico parece sin esperanzas? ¿Se informa correctamente a los padres de la situación, posible evolución y posibles secuelas? ¿Se administran adecuadamente los recursos para las UCINs?

Las premisas o prerequisites para nuestra reflexión son, para la práctica médica: competencia profesional, y desde el punto de vista de la ética: reconocer que el ser humano “es persona” y por ello tiene DIGNIDAD *per se*, que es fin en sí misma, absolutamente valiosa y que no tiene precio. A partir de estos prerequisites, la valoración según los principios de Bioética (autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia) y la aplicación adecuada de las técnicas, harán que se pueda hablar de actuación correcta.

SITUACIÓN DE PARTIDA

Partimos del RN –deseado o no– que ha seguido un curso intrauterino y que, por las causas que sea, nace con gran prematuridad, bajo peso, malformación grave, o la suma de las tres problemáticas.

Factores a considerar:

1. Aumento del número de prematuros, de muy bajo peso y/o malformados (los denominaremos casos problema, CP)⁽¹⁾.
2. Padres: a menudo a la espera de un hijo muy deseado, que han superado en ocasiones dificultades que no hacen sino aumentar el deseo de paternidad y que influirá en gran manera en el estado anímico y en la toma de decisiones.
3. Equipo asistencial:
 - a) Médicos con sus características personales técnicas, humanas y comunicativas, entre los que citaremos (con adjetivación mía) el “agresivo estadístico” y el “humanista negativo”. Más adelante serán nombrados con el vocabulario culto bioético. Los primeros se mueven por el afán de conseguir el número que glorifique sus estadísticas aplicando tratamientos desproporcionados, los segundos aplicando una falsa caridad, un falso afectivismo, limitarían los tratamientos en enfermos con posibilidades de supervivencia digna.

Sabemos cuán difícil es establecer la línea divisoria, pero a través de la formación técnica específica y de la preparación Bioética, con la ayuda además de los Comi-

Correspondencia: J.F. Mulet Ferragut. Jefe de Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

Recibido: Septiembre 2008

Acceptado: Septiembre 2008

tés de Ética asistencial, pueden tomarse decisiones que sean médica y éticamente correctas, partiendo del principio de la DIGNIDAD HUMANA y del deseo de lo mejor y más beneficioso para esa persona, que es nuestro objetivo, sin olvidar que en ocasiones la terapia más agresiva e innovadora biológicamente no es buena para la PERSONA.

b) Enfermería: son quienes están más tiempo junto al CP y quienes dialogan en ambiente más distendido e íntimo con los padres. Es imprescindible escuchar sus opiniones técnicas y humanas sobre cada niño y familia. Solo así podrá decirse que el factor humano –sin olvidar el personal no asistencial– forma un equipo para que la dignidad del CP sea respetada al igual que los principios técnicos y éticos.

4. Factores económicos y recursos: siempre faltos de ellos, los recursos deben ser correctamente planificados y usados en función de las necesidades y prioridades, lo que hace que tengan también importantes implicaciones éticas. No entraremos en más comentarios ya que este apartado podría ser tema de amplio debate.

En este punto y antes de analizar la mortalidad y morbilidad en las UCINs, me remito a la cita bibliográfica 2, de los Dres. Abel y Cambra, de la que extraemos: “Ante el deber de proteger la vida de los RN coexisten en la práctica dos actitudes básicas teóricamente compatibles, pero mutuamente excluyentes. Una sostiene que la defensa de la vida en todas las circunstancias, cayendo en un “vitalismo biológico” para nosotros inaceptable. La otra posición defiende la calidad de vida del RN y proyecta juicios de valor sobre la calidad y sentido de la vida, según parámetros utilitaristas, también inaceptables.”

Damos cuenta de los trabajos de Krauel⁽³⁾, Hernández⁽⁵⁾ y Tejedor⁽⁶⁾, entre otros, que nos muestran las circunstancias de la mortalidad y morbilidad de nuestros CP, las situaciones de limitación de esfuerzo terapéutico, secuelas, etc., que nos per-

miten situar el problema y poder de esta manera pasar a analizar los CP a la luz de la Bioética, objeto de otro comentario o reflexión.

Recomendamos la lectura de las cifras y porcentajes que exponen estos autores y una vez instalados en el caso problema podremos en un próximo escrito analizar estos casos partiendo de los principios básicos de la Bioética. Pienso y repito una vez más que debemos profundizar en el conocimiento de esta disciplina para cumplir con los preceptos que ya en el juramento hipocrático se señalaron y que el tiempo obliga a actualizar.

Como avance de conclusiones, insistir en la necesidad de que el personal sanitario profundice o al menos tenga los conocimientos básicos en Bioética. Insistir en la necesidad de diálogo académico entre científicos y humanistas así como la creación y funcionamiento de los Comités de Ética asistencial, para ofrecer lo mejor a nuestros pacientes y su entorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davis DJ. La reanimación cardio pulmonar en la sala de partos de neonatos que tienen un peso extremadamente bajo al nacer. *Labor Hospitalaria* 1995; XXVII(nº 237): 210-213.
2. Abel F, Cambra FJ. Neonatología y discapacidad severa. Diagnóstico prenatal. *Problemas Éticos*. Fundación Mapfre–medicina, Institut Borja de Bioética; 2001.
3. Krauel Vidal J. Reanimación del Recién Nacido de muy bajo peso. Criterios de reanimación. *Labor Hospitalaria* 1995; XXVII(nº 237): 208-209.
4. Hernández S, Salas S, García-Alix A, Roche C, Omeñaca F, Quero J. Morbilidad a los dos años de edad en niños con un peso al nacimiento menor de 1.500 g. *An Esp Pediatr* 2005; 62(4): 320-327.
5. Tejedor JC. Grupo de trabajo de la Soc. Esp. Neonatología sobre limitación del esfuerzo terapéutico y Cuidados Paliativos. *An Esp Pediatr* 2002; 57(6): 547-553