

# Reflexiones Bioéticas en Cirugía Neonatal y Perinatología (II)

J.F. Mulet Ferragut

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

En el Comentario editorial anterior analizábamos la situación de las UCIs neonatales como punto de partida de los aspectos que vamos a comentar en el presente escrito, que no son otros que los casos que denominamos problema (CP) y su visión a la luz de los principios de Bioética.

Hemos dejado “enmarcados” los pequeños objeto de nuestra atención y es el momento de establecer la relación entre los principios básicos del Informe Belmont<sup>(1)</sup>, que resumiremos.

## Principio de autonomía

*Autos* (propio). *Nomos* (Regla, norma). Autonomía es una palabra usada en muchas ocasiones y circunstancias (no siempre correctamente) y aplicada a las personas desde muchas acepciones (motora, sensorial, económica...); en la temática que nos ocupa se refiere a la capacidad del ser humano de desarrollarse a partir de sí mismo y de obrar sin coacción ni restricción exterior, para obtener unos objetivos que se ha marcado libremente. Es el principio en que se basa la DIGNIDAD de la persona *per se*.

Añadir que este principio nos obliga a tratar a todo individuo como ser autónomo y que las personas con autonomía disminuida, el incapaz, debe ser objeto de protección de su autonomía y dignidad por parte de sus representantes. Tal es el caso de nuestros CP, en los que las decisiones deben ser tomadas por sus tutores (generalmente los padres) pensando en el beneficio del niño. En los pacientes que nos ocupan este principio podría entrar en conflicto con el siguiente principio.

## Principio de beneficencia

Para aplicar este principio el sanitario debe actuar buscando lo mejor para su enfermo, además de haber informado veraz, repetida, concreta y personalmente a los padres; éstos decidirán lejos de influencias o intereses que no sean el beneficio para CP. El personal sanitario no impondrá jamás

su criterio (caeríamos en el llamado paternalismo, siempre incorrecto) contra la opinión del paciente o representante y deberá exponer los riesgos beneficios de los tratamientos a seguir, sin incurrir en el “afán estadístico” y aplicar tratamientos desmesurados o fútiles.

## Principio de no maleficencia

Es el *Primum non nocere* de antiguo. Compartimos la opinión de que, a pesar de todo, hay más obligación de no hacer mal que de hacer bien, y esta opinión nos lleva al debate de la cuestión: hasta qué punto hacemos bien o no hacemos mal a nuestros CP; hasta qué punto no entramos en el tratamiento desmesurado (llamado también encarnizamiento terapéutico) o tratamiento fútil sin posibilidades de éxito. Comprendemos que en muchas ocasiones entren en conflicto las opiniones entre el equipo sanitario y los pacientes, lo que nos lleva a repetir, una vez más, que la correcta valoración clínica, la correcta información y el diálogo nos conducirán a una decisión acertada.

## Principio de justicia

La distribución de los recursos de manera equitativa en nuestro ambiente tiene también un gran impacto en nuestros CP. De partida sabemos que son siempre insuficientes y que la Sanidad enarbolada como bandera electoral no recibe después, a nuestro entender, los recursos suficientes. Siguiendo el trabajo de Ganduxer<sup>(2)</sup> podemos entender que gestionar recursos sanitarios, sobre todo al inicio y final de la vida, plantea problemas éticos muy ligados al principio de justicia.

En lo que no hay duda es que en caso de que la desigualdad sea inevitable (gran cantidad de ocasiones), se debe proteger al más débil y no hay duda que nuestros prematuros, quirúrgicos o no, son vulnerables y tienen su dignidad, por lo cual el principio de justicia cobra también especial relevancia.

No hay lugar a dudas de que los siglos XX y XXI han sido y son épocas de revolución técnica. Los avances son constantes y vertiginosos; este hecho provoca, además, que dichos avances sean cada vez más rápidos. Pero no podemos dejar de lado la situación que se presenta por cuanto este desarro-

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

Recibido: Septiembre 2008

Aceptado: Septiembre 2008

llo biotécnico puede provocar que el ser humano pase de ser receptor de los beneficios de los avances a ser objeto de manipulación en aras de investigaciones que además tienen implicaciones económicas, de resultados más o menos impredecibles y por consiguiente pueden afectar a cualquiera o al conjunto de los Principios Bioéticos.

No puedo dejar de reproducir el “Decálogo del Investigador” que cita el Profesor Núñez de Castro<sup>(3)</sup> y que es aplicable igualmente al ámbito asistencial:

1. Procura mantener la libertad e independencia de los poderes fácticos cuando escojas la técnica a investigar y desarrollar.
2. No uses los descubrimientos científicos más que en beneficio de la humanidad y niega tu cooperación a cualquier avance técnico que pueda dañar a los seres humanos y/o el medio ambiente.
3. Debes ser consciente en todo momento de los fines que guían tu investigación y has de ser capaz de limitar los excesos, ya que la tecnociencia no tiene límites.
4. Piensa que tu sabiduría y tus conocimientos son patrimonio de todos los humanos y has de comunicar con honestidad, generosidad y alegría tus habilidades.
5. No abandones nunca la actitud de investigación y el esfuerzo para descubrir la verdad. Llegar a dominar una técnica es una actitud asintótica y nunca llegarás a dominarla plenamente.
6. Deberás ser constante en la labor iniciada, si crees en conciencia que valía la pena iniciarla. Debes también estar dispuesto a cambiar tus propias técnicas, si la experiencia demuestra que no son las mejores,
7. No tengas prisa por ser el primero, esta prisa te llevaría a experimentar técnicas no bien estudiadas o contrastadas en seres humanos.
8. No extrapoles más allá de los límites de tu propia técnica tus afirmaciones y evita todo tipo de paternalismo en relación al enfermo.
9. Debes ser competente con tu técnica, pero huye de la competitividad y cualquier tipo de lucha o confrontación en la presentación de resultados.
10. Goza siempre con tu trabajo, de manera que tu labor en libertad sea fuente de felicidad y realización personal.

## A MODO DE CONCLUSIONES

Insisto, una vez más, que es necesario profundizar en los conocimientos de Bioética para llevar a cabo una labor asistencial e investigadora que sea respetuosa con la dignidad de la persona, más aún la incapaz (nuestros casos problema), que respete el principio de justicia equitativa y que respete además el Medio Ambiente en el sentido más global.

Debemos, desde la Cirugía Neonatal y la Pediatría en general, apoyar el desarrollo y funcionamiento de los Comités de Bioética. Ellos son salvaguarda de los derechos del niño y sus familias y a la vez soporte y ayuda a los profesionales de la Sanidad.

Seguiremos investigando y avanzando en las técnicas, describiendo los resultados, para así tener más elementos técnicos que nos permitan valorar los casos problema y tomar las decisiones correctas con respecto a la conducta a seguir en cada caso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Informe BELMONT: The National Commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioural research.
2. Ganduxer J. Managed Care y Managed Death. Ensayos de Bioética. Institut Borja de Bioètica. Vol. 3. Cap.: 6, 2003.
3. Núñez de Castro I. Responsabilidad ante las innovaciones científico-técnicas. *Secla Endosurgery*. 2006; 16: 1-5.