

**Hospital Materno Infantil 10 de Octubre.  
Ciudad Habana. CUBA**

## **“Dilemas Bioéticos en Viabilidad Neonatal”**

**Dra. Gisela Coca Álvarez.  
Especialista de 1er Grado en Neonatología.**

**Dr. Geovani Rodríguez Romero.  
Jefe de Servicio de Obstetricia.  
Especialista de 2do Grado en Ginecobstetricia.  
Profesor Asistente.**

**Dra. Zurayka Aparicio Arias.  
Especialista de 1er Grado en MGI.  
Residente en Imagenologia  
CIMEQ**

- Es evidente que todo médico debe conocer los principios básicos de la bioética (*autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia*).
- Pero es más importante saber cómo actuar en situaciones en las que existan conflictos éticos, que conocer muy a fondo las teorías filosóficas.

# Realidad

- La medicina neonatal y las unidades de terapia neonatal han hecho posible preservar vidas de muchos neonatos, los cuales, hasta hace pocos años hubieran perecido

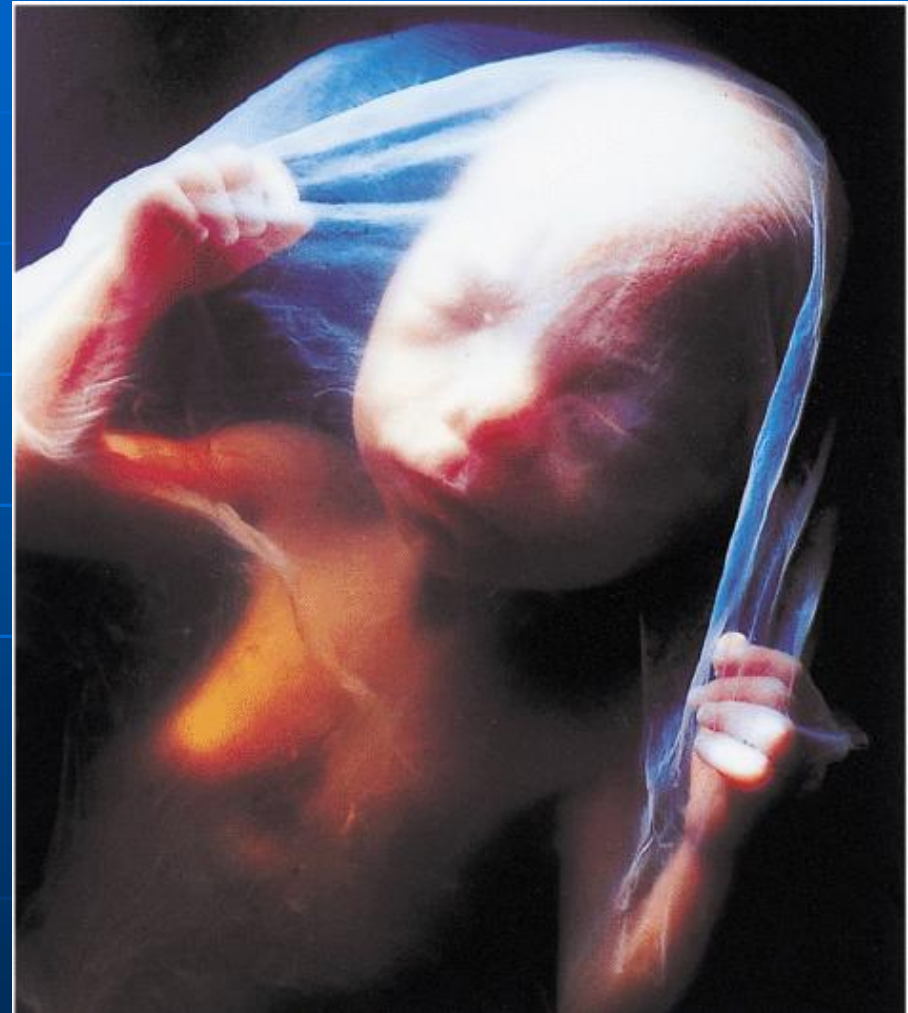


# Viabilidad Neonatal en UCIN

- Terapia esteroidea pre y postnatal
- Ventiladores de alta frecuencia
- Surfactantes exógenos
- Monitores
- Catéteres percutáneos
- Oxigenación por membrana extracorpórea
- Terapia mínima invasiva
- Medio ambiente regulado
- Personal altamente capacitado.
- Oxido nítrico.

# Factores que influyen en el riesgo de padecer secuelas ya intraútero.

- Corioamnionitis
- Gestación múltiple.
- Muerte de feto intraútero
- Enfermedades que puedan comprometer el desarrollo del feto
- Drogadicción materna
- Gestación no controlada
- Partos extrahospitalarios.



# Factores neonatales que aumentan las posibilidades de secuelas .

- Peso al nacimiento < 1000 gr.
- 2 desviaciones estándar en el peso al nacimiento.
- Exploración neurológica patológica >7º día
- Perímetro cefálico > ó < de 2 desviaciones estándar al nacimiento
- Lesiones ecográficas cerebrales
- Encefalopatía hipóxico-isquémica
- Convulsiones
- Ventilación mecánica > de 7 días
- Hiperbilirrubinemia
- Infecciones congénitas y neonatales capaces de producir secuelas.
- Hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia
- Enfermedades Metabólicas con riesgo neurológico

# Actuación en los límites de la viabilidad

- Se trata de una de las situaciones más conflictivas en Obstetricia y neonatología.
- Exige tomar decisiones en situación de urgencia.
- Con frecuencia, aplicamos criterios estadísticos (resultados por semanas de gestación), sin tener en cuenta la posibilidad de errores en la edad gestacional o sorpresas en cuanto a viabilidad.
- Las pautas de cada unidad, que deben basarse en sus propios resultados o en los resultados de unidades similares del entorno.
- Es difícil tener suficiente casuística de niños muy inmaduros en unidades de tamaño pequeño o medio.
- Aunque en el MUNDO se establece como limite las 23 semanas, **parece razonable situarlo, en nuestro medio, por encima de las 26 semanas cumplidas**
- **Debe aplicarse un criterio individual y dar a ese recién nacido en concreto, la opción de ser tratado.**

# Hechos.

- La asistencia debe ser multidisciplinaria y es esencial la coordinación entre obstetras y neonatólogos.
- No hay nada que desoriente más y que pueda generar más conflictos que un equipo de obstetricia que adopte una actitud pasiva frente al nacimiento de un gran inmaduro y un equipo de neonatología que aplique tratamiento intensivo, o viceversa.
- **Por tanto, obstetras y Neonatólogos deben acordar una línea de actuación coherente e informar a la familia, de ser posible de forma conjunta.**

La información de la que se dispone en la actualidad sugiere que la reanimación profunda es muy poco eficaz en los recién nacidos muy inmaduros, con resultados muy decepcionantes en cuanto a mortalidad o supervivencia esporádica, **siempre con secuelas.**

- Actualmente se estima que entre el 7-8% de todos los RN vivos nacen antes de las 37 semanas y que el 1.2% nacen con un peso inferior a 1500 gr.
- La mortalidad de estos niños ha disminuido pero **han aumentado los problemas en relación con la prematuridad ya que la proporción de niños con discapacidades permanece constante (alrededor de 20%)**

- Los mayores de 30 Semanas tienen hasta 90% de posibilidades de conservar la vida en UCIN
- Los menores de 26 Semanas prácticamente no tienen posibilidades de sobrevivir en nuestro medio.

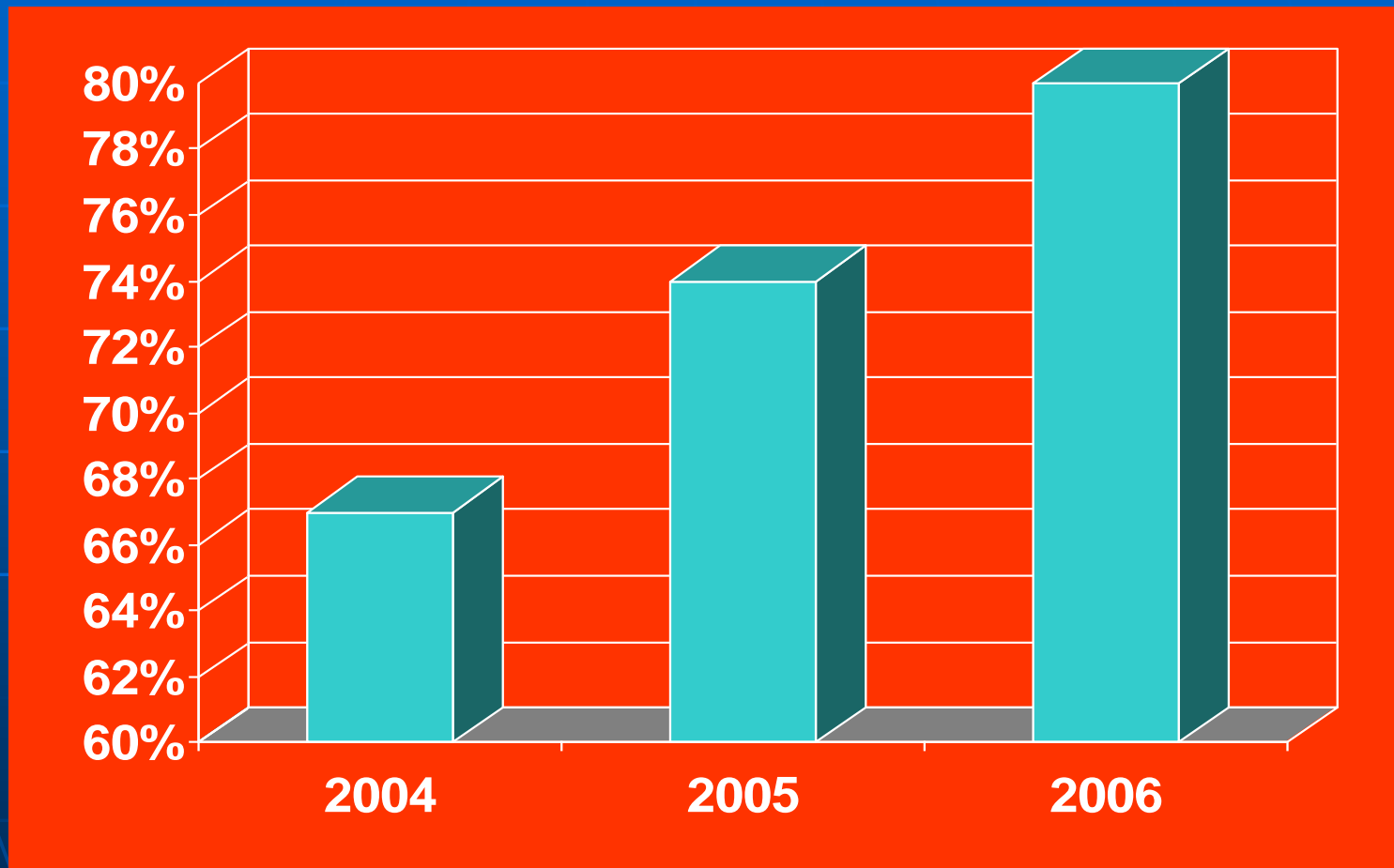


# Supervivencia del Rn Menor de 32 Sem y menos de 1500 gr.

	2004	2005	2006
Nacidos Vivos	6	21	10
Fallecidos	2	5	2
Supervivencia	66.6 %	76.2 %	80.0 %

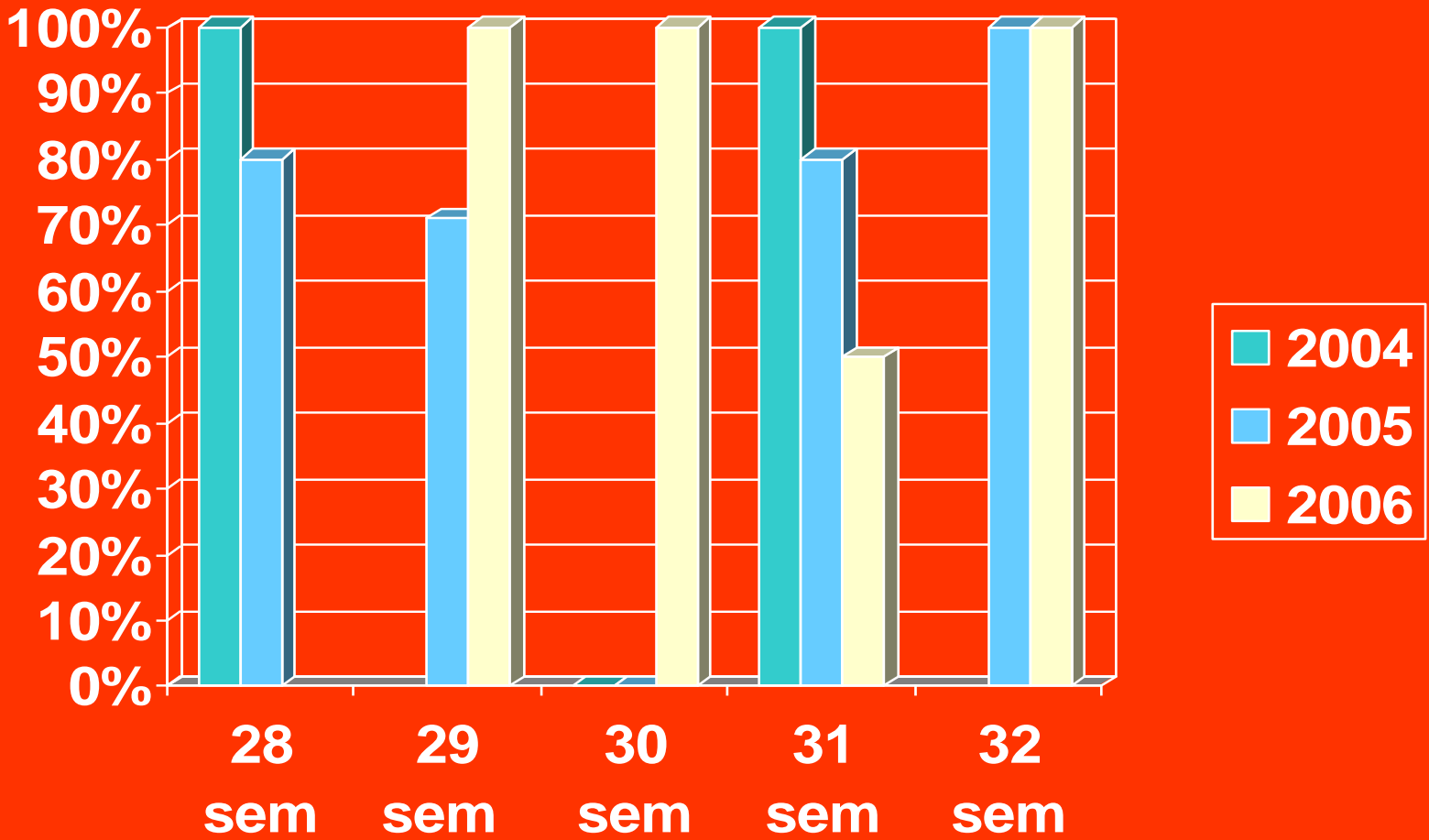
*Fuente. Dpto de archivo y estadística. Hosp Materno Infantil 10 de Octubre*

# Supervivencia del Rn Menor de 32 Sem y menos de 1500 gr.



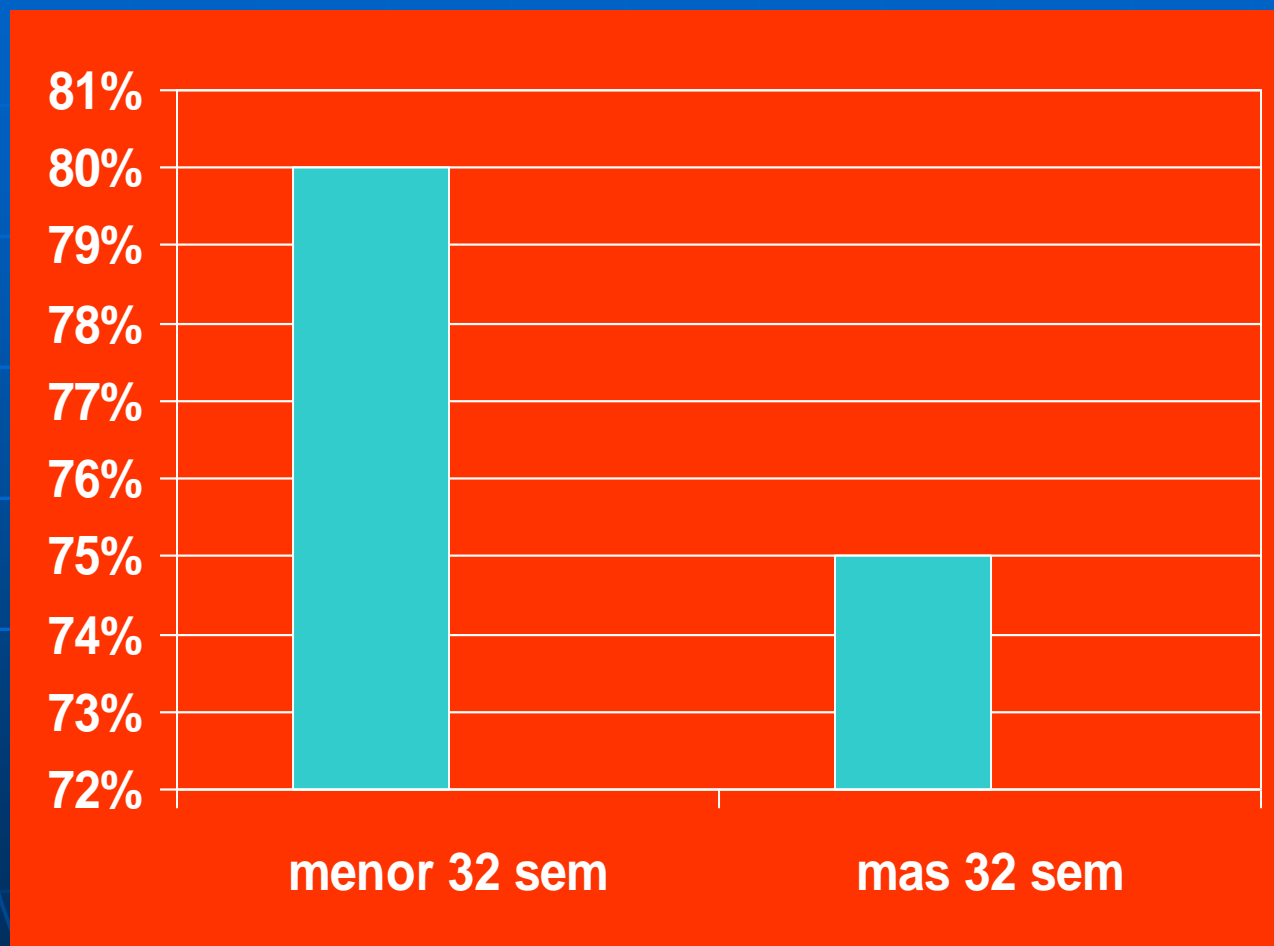
*Fuente. Dpto de archivo y estadística. Hosp Materno Infantil 10 de Octubre*

# Supervivencia según Edad Gestacional



Fuente. Dpto de archivo y estadística. Hosp Materno Infantil 10 de Octubre

# Supervivencia del Rn Menor de 1500 gr.



*Fuente. Dpto de archivo y estadística. Hosp Materno Infantil 10 de Octubre*

Si "podemos" no siempre implica "debemos", entonces ¿ Como poder distinguir entre los neonatos que debemos salvarles la vida y los que no ?



# ¿Qué opinan los neonatólogos?

- Datos de diferentes unidades neonatales de Canadá, Estados Unidos y Holanda muestran que, a partir de la década de los noventa, entre el 80% y el 90% de los fallecimientos se producen después de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico (no iniciar o interrumpir tratamientos)

*Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2001*

- En una serie de estudios efectuados en Holanda se comprueba que la mayoría de neonatólogos son partidarios de emplear, en estos casos, medicaciones que aceleren la muerte, bajo un control estricto.

*Netherlands. Lancet  
1997;350:251-255.*

- Krauel y cols expusieron un 34% de fallecimientos por limitación del esfuerzo terapéutico en los años 1990-1995 (23% no reanimación y 11% retirada de soporte vital).
- En un 78% de los casos la decisión se basó en criterios de casi certeza de secuelas graves junto con pocas posibilidades de supervivencia.

*Prenatal and Neonatal Medicine*  
*1996;1 suppl1:243.*

- El grado de implicación de los padres en decisiones conflictivas varía desde el 19% en los países del sur de Europa hasta el 89% en Gran Bretaña.
- Las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico basadas en criterios de mal pronóstico neurológico (calidad de vida) fueron el 46% en algunas unidades y el 90% en otras.
- Sólo en Francia y en Holanda se utilizaron con frecuencia drogas con la finalidad directa de acelerar la muerte.
- La utilización de criterios de calidad de vida para plantearse decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico se relaciona con algunas características de los neonatólogos (sexo femenino, no tener hijos, religión protestante o no religión, trabajar en una unidad con muchos recién nacidos de muy bajo peso) y, sobre todo, con el país de origen (más frecuente en Gran Bretaña, Holanda y Suecia; menos frecuente en Hungría, Estonia, Lituania e Italia).

*Estudio EURONIC*

En UCIN el  
conservar la vida  
**no** es sinónimo  
de calidad de vida

- En los primeros minutos del nacimiento es prácticamente imposible para el Obstetra y el neonatólogo valorar la expectativa de vida real de un neonato pretérmino, menos si no se cuenta con información prenatal.

- Mientras no sepamos con un nivel muy alto de seguridad si el neonato se puede recuperar completamente o no , **es mejor equivocarnos hacia el lado de la vida**

**Lo que para  
un padre  
puede ser  
“devastador”  
para otros  
puede ser un  
hálito de  
vida.**



Gracias!