

Niños de 500 gramos –y gorilas de 320 kg– en la sala de partos

Peerzada et al¹, como la mayoría de los autores de revisiones igualmente excelentes en todo el mundo, concluyen que “las decisiones en la sala de partos sobre los recién nacidos pretérmino extremos (< 26 semanas de gestación) siguen siendo controvertidas”. Estoy de acuerdo, aunque no por las razones que ellos, y la mayoría de los demás autores, aducen.

Desde luego, al revisar la bibliografía mundial sobre este tema, la toma de decisiones en la sala de partos sobre este grupo de recién nacidos es notablemente uniforme, al menos si la homogeneidad de la respuesta es una media de la uniformidad. Existe una determinada edad gestacional/peso al nacimiento (aproximadamente 25 semanas/650 gramos) por encima de la cual los neonatólogos de todo el mundo creen que los resultados son tan buenos que es obligatoria la reanimación, independientemente de los deseos de los padres, en el terreno ético del “mejor interés” del recién nacido. En el otro extremo de un espectro sorprendentemente estrecho (aproximadamente 22 semanas/400 gramos), casi todos los neonatólogos de casi todos los países revisados rehúsan la reanimación, desoyendo de nuevo los deseos de los padres, esta vez basándose en la “inutilidad”.

Lo que me interesa es el comportamiento (o el comportamiento en muchos países) en el interregno. Podríamos asumir que, frente a los neonatos nacidos a las 23-24 semanas/400-650 gramos, los médicos están en una situación que los especialistas en Ética denominan pretenciosamente “equidistancia”; es decir, sencillamente no está claro si la respuesta médica preferida en estos casos es la reanimación o la asistencia de consuelo. También podemos suponer que, en estos casos, debería predominar la preferencia de los padres. Pero no. En casi todos los casos, los neonatólogos preguntados dijeron que “estudiarían el aspecto del niño” o “verían la respuesta del niño a la reanimación” antes de informar a

los padres de qué debería hacerse. Y creo que los neonatólogos son honrados y bien intencionados al responder de esta manera.

Desgraciadamente, y aquí tenemos al primer gorila de 320 kg, no conozco datos que indiquen que los neonatólogos pueden predecir con exactitud qué niños “irán bien” y cuáles no, a partir de cualquier observación en la sala de partos (desde luego, si me obligan, o incluso si me incitan un poco, diría que reivindicó la ventilación de muchos recién nacidos fuera de la sala de partos, aunque éste es un comentario para otro día). Suponiendo (como harían nuestros hermanos legales y filosóficos) que el niño parezca un neonato de 23-24 semanas de peso adecuado para su edad gestacional, plantearía dos temas: el primero, sin datos en apoyo de que el pronóstico en la sala de partos tenga poder de predicción alguno, ¿cómo podemos éticamente desatender las preferencias de los padres, tanto de reanimación como de asistencia de consuelo? El segundo, deberíamos estar buscando estos datos. Si pueden ser desarrollados, hagámoslo. Si (y aquí está el segundo gorila), como creo, nunca contaremos con un poder de predicción suficiente en este campo, admitámoslo y devolvamos la autoridad de la toma de decisiones a los padres, tanto para ofrecer como para negar la reanimación a su hijo nacido prematuramente.

WILLIAM MEADOW, MP, PHD
Professor of Pediatrics. Assistant Director, MacLean Center
for Clinical Medical Ethics. The University of Chicago.
Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peerzada JM, Schollin J, Håkansson S. Delivery room decisionmaking for extremely preterm infants in Sweden. *Pediatrics*. 2006;117:1988-95.