

## Aspectos éticos en perinatología\*

Fernando Sánchez-Torres\*\*

---

**RESUMEN:** Teniendo como fundamento los principios de autonomía, beneficencia y justicia, que rigen el actuar ético del médico, se analizan las principales circunstancias susceptibles de un juicio ético durante el período perinatal. Se recomienda que toda intervención médica sobre el feto o el neonato tenga el consentimiento de los padres, previa información amplia y veraz.

Se insiste en la conveniencia de discutir con los miembros del equipo o grupo responsable del manejo del paciente las conductas médicas que puedan tener implicaciones éticas.

**PALABRAS CLAVES:** Ética médica, perinatología.

**SUMMARY:** Having as basis the autonomy, beneficence and justice, principles that govern the medical ethics, is analyze the circumstances capables of an ethical judgement during the perinatal period.

It is recommended that all medical intervention on the fetus or the new born has the parents assent, previous wide and truthful information.

It is insisted on the convenience of discuss with the members of the medical group about the patient's management that could have ethical implications.

**KEY WORDS:** Medical ethics, perinatology.

---

Antes de entrar en materia, es decir, de abordar situaciones relacionadas con el quehacer perinatológico y que ameritan una consideración ética, estimo indispensable hacer algunas precisiones que servirán de base a mi exposición.

Para que nos comprendamos mejor desde un principio, comencemos estableciendo lo que se entiende por ética. Se acepta, en general, que es una disciplina que se ocupa de los actos humanos exclusivamente, para calificarlos como buenos o malos, a condición de que ellos sean libres, voluntarios, conscientes. Siendo la costumbre la que determina cuáles actos son buenos y cuáles son malos, es la moral la encargada de establecer lo que uno debe o no debe hacer. En otras palabras, la ética se ocupa del comportamiento moral de los hombres.

Pero, ¿quién dicta las leyes de moral? ¿Quién señala lo que es bueno o es malo? El filósofo alemán Hegel sostuvo que la moral puede ser objetiva y subjetiva. La primera la fijan las costumbres a través de normas que promulga la sociedad. Dicen los eticistas norteamericanos Beauchamps

y McCulloch que “la palabra moral designa una institución social, compuesta por un conjunto de reglas que generalmente son admitidas por sus miembros”. Según esto, la moral objetiva es la obediencia a la ley moral fijada por las costumbres o normas de la sociedad. Por su parte, la moral subjetiva es el cumplimiento del deber por acto voluntario, racional, a veces intuitivo, tutelado por algo abstracto que se llama conciencia. Al decir del mismo Hegel, la moral subjetiva, para poder concretarse, debe integrarse con la moral objetiva. De igual manera, la moral objetiva sola no es suficiente: necesita del proceso racional de la moral subjetiva, vale decir, de la conciencia.

Establecido lo anterior podemos inferir que el hombre, antes de tomar una resolución, de adelantar una acción, debe someterla al juicio de su conciencia (moral subjetiva), guiándose por las normas de la costumbre (moral objetiva). Ese proceso interior desemboca en una decisión ética. Como vemos, no necesitamos ser filósofos o teólogos para introducirnos y ajustarnos a la disciplina ética. Cualquier persona —en nuestro caso, cualquier médico— está en capacidad de discernir éticamente, a condición de que lo haga con claridad y coherencia para evitar la ambigüedad, la contradicción y la equivocación. Precisamente, para facilitar la claridad y la coherencia se han señalado valores y principios morales

---

\* Conferencia dictada en el II Congreso Colombiano de Perinatología, Cali, 2 de junio de 1991.

\*\* Profesor Titular, Emérito y Honorario, de la Universidad Nacional de Colombia. Presidente del Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos.

sobre los cuales debe sustentarse el actuar ético. Dado que los valores, para ser considerados como tales, deben, entre sus características, agruparse en orden jerárquico, se estima que en asuntos de ética médica la vida del ser humano es el valor de mayor jerarquía. Los principios morales, por su parte, son los que permiten o facilitan que los actos sean buenos. Por lo tanto, si queremos adoptar resoluciones razonables, éticamente buenas, debemos poseer un firme sistema de valores y principios.

Situándonos en el terreno concreto de la ética médica podemos deducir que el comportamiento ético del médico debe estar dirigido siempre a procurar el bien del paciente y de la sociedad. Se acepta en la actualidad que los principios que rigen la conducta ética en medicina son tres: el de autonomía, el de beneficencia o de no maleficencia, y el de justicia. De estos principios éticos fundamentales se derivan algunas normas éticas que el médico práctico debe tener siempre en cuenta. Ellas son: el consentimiento informado, la honestidad en la información y, por último, la confidencialidad.

A veces los principios que he mencionado pueden entrar en conflicto entre sí. La claridad de pensamiento y la coherencia, de las que también hice referencia antes, le permitirán al médico definir cuál de los principios en conflicto habrá de ser para él un deber *prima facie*, vale decir, aquel que hay que cumplir prioritariamente.

Una segunda precisión que conviene hacer tiene que ver con lo que se entiende por “perinatología”, disciplina de reciente aparición, que cada día va adquiriendo mayor importancia y alrededor de la cual se mueven obstetras, pediatras, anesthesiólogos, cirujanos pediatras y expertos en imagenología. Es tanta su trascendencia que, de seguro, en un futuro próximo irán a establecerse programas académicos de postgrado en perinatología, cuyo contenido curricular abarque conocimientos y habilidades de cada una de las especialidades médicas involucradas en ella. Pero mientras aparecen esos perinatólogos integrados, de escuela, se hace necesario —teniendo en cuenta la injerencia de la responsabilidad médica en los procesos ético disciplinarios— que el equipo que constituyen los profesionales que actúan en la etapa perinatológica esté liderado por uno de ellos. No se concibe un equipo sin una cabeza visible, sin una voz que se pronuncie por todos, sin un coordinador del trabajo. Precisamente, el manejo multidisciplinario de un paciente sin que exista un líder, hace que el plan terapéutico se convierta en algo anárquico y que se llegue al colmo de que, siendo muchos los médicos tratantes, el enfermo termine descuidado, sin ninguno de confianza, sin el que en últimas responda por él.

¿Cuál es, cronológicamente, el período de competencia del perinatólogo? Hago esta pregunta pues según Samuel Karchmer, del Instituto Mexicano de Perinatología, la disciplina perinatológica puede definirse como “una inquietud primaria por el bienestar del ser humano durante su vida intrauterina y a través de los primeros días después del nacimiento”. Si fuera así, la etapa perinatológica se iniciaría desde el momento de la implantación del cigoto en el útero, lo que me obligaría a tener que ocuparme del análisis ético de procedimientos tales como la biopsia de las vellosidades coriales y la reducción fetal en los embarazos múltiples. Sin

embargo, para efecto de mi exposición me he acogido a la definición internacional de “período perinatal” que considera como tal al que se inicia cuando el feto pesa 1.000 g (equivalente a 28 semanas de gestación) y termina cuando el recién nacido ha completado siete días de vida (168 horas).

Hechas las precisiones anteriores, paso enseguida a ocuparme en particular del tema que me fue encomendado.

No obstante que en el quehacer perinatológico el personaje central es el feto —el feto como paciente— y luego el recién nacido, para efecto de los actos médicos no puede preterirse ni minimizarse la mujer embarazada y luego madre reciente, dado que aquél depende biológica, social, legal y éticamente de ésta. La carencia de autonomía del feto y del neonato hace que la mujer, en primer término, se constituya en sujeto decisorio para efecto de cualquier procedimiento de dominio médico. El cónyuge también debe ser tenido en cuenta. Por lo tanto, ningún acto médico debe adelantarse sin consentimiento de los padres del esperado primer beneficiado. Al respecto, la Ley 23 de 1981, o Código Colombiano de Ética Médica, señala: “Artículo 14. El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata”. “Artículo 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente”.

Sobra advertir que el acatamiento que se debe conceder al principio de autonomía debe estar sustentado éticamente en una previa información veraz, honesta, sobre los procedimientos que van a adelantarse. Restarles trascendencia a éstos o exagerarlos para obtener mejores dividendos profesionales, riñe con el espíritu de la norma ética de la honestidad en la información, mencionada atrás.

He creído conveniente clasificar los procedimientos médicos perinatológicos en prenatales, intranatales y posnatales. Estos, a su vez, con fines diagnósticos, terapéuticos y experimentales. Analicémoslos por aparte.

## 1. Procedimientos prenatales.

### 1.1. Diagnósticos.

Están dirigidos a descubrir alteraciones fetales, morfológicas y funcionales. Salta a la vista que su finalidad es buena pues lo que se busca es sacar a flote un eventual daño, para ver la manera de corregirlo oportunamente. Por su puesto que debe tenerse en cuenta el riesgo a que puede exponerse la madre cuando se utilicen procedimientos invasivos. No se justificaría éticamente someter a la mujer a un riesgo grande para diagnosticar un daño fetal insignificante. Procedimientos como la ultrasonografía o la monitoría, con o sin estrés, son inocuos. Otros, como la amniocentesis con aguja y la fetoscopia, aparecen algún riesgo que deben ser sopesados

antes de utilizarlos. Por eso, precisamente, como también por los costes económicos que pueden significar su empleo, no sería lógico instituirlos de manera rutinaria en el cuidado perinatólogo. Es necesario, éticamente, que medie una justificación razonada para hacerlo. Al respecto, dice la mentada Ley 23 en el parágrafo del artículo 10: “El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen”.

## 1.2. Terapéuticos.

La norma legal que acabo de transcribir debemos relacionarla también con los procedimientos prenatales terapéuticos, los cuales van haciéndose cada vez más frecuentes y más agresivos. De la inofensiva vía materna o transplacentaria (transferencia de corticosteroides, de vitamina B12 y de biotina) se pasó a la vía transamniótica (hormona tiroidea y aminoácidos) y luego al abordaje fetal directo, con útero cerrado y con útero abierto. La fetocentesis guiada con ultrasonido y la fetoscopia directa permiten corregir defectos simples del tubo neural o tratar transitoriamente problemas obstructivos, como la hidronefrosis y la hidrocefalia. A su vez, la cordocentesis hace posible tratar las anemias, la insuficiencia y arritmias cardíacas, y la inmunodeficiencia congénita, trasplantando quimeras hematopoiéticas. Sin duda alguna, la cirugía con útero abierto, por lo novedosa y audaz, espectacular y costosa, se presta para importantes consideraciones éticas. La corrección de una hernia diafragmática fetal llevada a cabo el año inmediatamente anterior por el doctor Michel Harrison del Departamento de Cirugía de la Universidad de California, es un buen modelo para análisis ético. Quien lea detenidamente la descripción que de su hazaña hicieron el doctor Harrison y sus colaboradores en *The New England Journal of Medicine*, llegará a la conclusión de que se llenaron todos los requisitos que exige el comportamiento ético. En efecto, tratándose de un procedimiento nunca practicado en humanos fue necesaria una previa y prolongada experimentación animal, hasta llegar al convencimiento de que técnicamente era posible y de que sus resultados eran halagüeños (etapa experimental en animales). Después todo el equipo de investigadores discutió lo relativo a los riesgos y beneficios tanto fetales como maternos (etapa reflexiva sobre riesgos-beneficios). Se elaboró a continuación un protocolo institucional que debió ser firmado por los respectivos padres a través del cual se les informaba veraz y prolijamente sobre el procedimiento quirúrgico, sus eventuales riesgos y beneficios. Al suscribir el documento en mención, los padres del feto comprometido se daban por enterados y otorgaban su consentimiento (etapa de consentimiento informado). Por último, el acto quirúrgico se adelantó guardando todas las precauciones necesarias para evitar daños imprevistos a la madre o al feto (etapa

de ejecución, evitando la maleficencia). Los resultados fueron afortunados: superando los daños a la madre se aseguró la supervivencia de un niño que, de no ser así, estaba condenado a morir en las horas siguientes a su nacimiento.

Es prudente realizar aquellos casos en los cuales, para favorecer al feto, se expone a la madre a un riesgo considerable. De ahí puede surgir para el médico un dilema ético al no precisar si su responsabilidad es mayor con aquél que con ésta, o viceversa. En tal circunstancia es sabio contar con el concepto de todos los componentes del equipo encargado del cuidado perinatal, o, en su defecto, por el comité ético —si existe— de la respectiva institución. La madre, haciendo uso de su derecho de autonomía, puede perfectamente desautorizar cualquier intervención sobre el nonato, no obstante haber sido informada por el médico de los riesgos que corre si no se interviene. Frente al choque entre el principio de autonomía de la madre y los de beneficencia y justicia del feto, el médico deberá colocarse en una actitud de persuasión, es decir, paternalista, de mucho significado ético.

## 1.3. Experimentales o investigativos.

El caso de la corrección de una hernia diafragmática fetal con útero abierto que he traído a colación, puede tomarse como ejemplo. Sucede que la experimentación en humanos no puede llevarse a cabo si no se llenan los requisitos éticos que internacionales han sido adoptados para tal efecto, como los que señala la Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial. Respecto a la investigación dice, en la Declaración de Principios, nuestro Código de Ética Médica: “Tanto en la sencilla investigación científica antes señalada (la de la práctica clínica), como en la que se lleva a cabo con fines específicos y propósitos deliberados, por más compleja que ella sea, el médico se ajustará a los principios metodológicos y éticos que salvaguardan los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad”. Y más adelante prescribe: “Artículo 12. El médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas. Parágrafo. Si en circunstancias excepcionalmente graves un procedimiento experimental se ofrece como la única posibilidad de salvación, éste podrá utilizarse con la autorización del paciente o sus familiares responsables y, si fuere posible, por acuerdo en junta médica”. “Artículo 54. El médico se atenderá a las disposiciones legales vigentes en el país y a las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, con relación a los siguientes temas:

1. Investigación biomédica en general.
2. Investigación terapéutica en humanos; aplicación

de nuevas tecnologías, tanto con fines de diagnóstico, tales como biopsias cerebrales, o bien con fines terapéuticos, como es el caso de algunos tipos de cirugía cardio-vascular y psico-cirugía y experimentación en siquiatria y sicología médica y utilización de placebos". Aquí puede, perfectamente, tener cabida la fetoterapia.

## 2. Procedimientos intranatales.

### 2.1. Diagnósticos.

Hago referencia al empleo de la monitoría electrónica intraparto. La externa no plantea ningún dilema ético, como sí lo aparece la interna, que puede incrementar el riesgo materno y fetal a causa de una eventual infección. La justificación para usarla obviaría éticamente el inconveniente potencial.

### 2.2. Terapéuticos.

Las intervenciones intranatales, o intraparto, tienen como finalidad prevenir daños materno-fetales. Se trata, pues, de darle vigencia al principio ético de beneficencia o de no maleficencia. De ahí que si luego de una completa y veraz información a la madre –y ojalá también al padre–, éstos, haciendo uso del derecho de autonomía autorizan al médico a practicar la intervención justificada (una operación cesárea, una versión, una aplicación de fórceps), se está actuando dentro de un marco ético. Ocurre, sin embargo, que en la actualidad la operación cesárea –que es el único recurso de que disponen muchos médicos para resolver los problemas obstétricos– ha venido prodigándose de manera desbordada, tanto que su frecuencia obliga a un juicio de carácter ético. Un análisis técnico, científico, permite deducir que un índice superior al 20 por ciento de cesáreas es sospechoso éticamente. Siendo así, el médico, para recibir la autorización de su paciente, de seguro ha proporcionado una información sesgada, proclive. "El principio de honestidad en la consejería a las pacientes –ha dicho el eticista norteamericano Elkins– ha llegado a ser la gran responsabilidad del obstetra actual y un cargo de conciencia que subraya cada recomendación para un parto por cesárea". En efecto, la coacción psicológica que veladamente puede ejercer el médico para beneficiarse él, constituye una grave falta de ética pues con engaño busca obtener autorización para adelantar un acto que a la luz del conocimiento científico implica un riesgo mayor que el que se corre en un parto vaginal. En relación con la operación cesárea no indicada médicamente y el principio de beneficencia, surgen algunos interrogantes. ¿El nacimiento en el quirófano asegura un mejor porvenir a la mujer "cesarizada" y a su hijo? Está por hacer un estudio a fondo sobre este aspecto. Es evidente que las operadas pueden ufanarse de que sin sentir dolor se hicieron madres, como también saber que su tracto genital carece de las cicatrices del parto. Pero, ¿podrán afirmar que fueron madres de

verdad? Los epifenómenos fisiológicos que acompañan al trabajo de parto, algunos de ellos dolorosos o molestos, siempre fueron considerados como el tributo que la mujer debía ofrendar por tener el privilegio de dar a luz. Es de suponer que su participación activa en el advenimiento de su hijo se constituya en un acicate del amor maternal, al adquirirse la certidumbre de que ese ser fue traído por ella al mundo. En el parto contranatural, particularmente en el que es producto de la complacencia, la mujer viene a ser un elemento pasivo y el médico el activo, el que da a luz. ¿No influirá negativamente esa pasividad en el futuro afecto maternal?

Ahora, ¿tendrá validez la tesis de que con la operación cesárea se favorece al feto ahorrándole la agresión que aparece el trabajo de parto? No hay duda de que la contracción uterina, como también el tránsito por el canal del parto, duro y poco espacioso, son un verdadero trauma para el sujeto en trance de nacimiento. Sin embargo, se trata de un trauma fisiológico que tiene, por lo tanto, un objetivo beneficioso. El feto dentro del útero se mantiene muellemente durante nueve meses, protegido contra las agresiones externas, a buena temperatura, recibiendo a toda hora el oxígeno y los nutrientes indispensables para su correcto bienestar. Llegado el parto esa situación confortable se trueca en una verdadera agresión, intensa, prolongada, la que, de ordinario, no causa daño alguno. Al contrario, está encaminada a que ese individuo que ha vivido de parásito ponga en juego todos sus mecanismos de defensa pues afuera le espera un ambiente hostil. En este proceso sí que tiene sentido el mecanismo del estrés. La naturaleza lo hizo así, pues para poder subsistir independientemente es necesario prepararse desde el momento del nacimiento. Los neonatólogos lo saben bien: cuando un niño nace por vía abdominal sin que hubiera habido trabajo de parto, suele presentar dificultad respiratoria, manifestación ésta que revela su impreparación para acomodarse a la hostilidad del mundo exterior. Interesante conocer el comportamiento futuro, a largo plazo, de esos sujetos que nacieron sin haber sufrido. ¿Serán, acaso, más inteligentes, menos violentos y agresivos, más invulnerables a las ofensas que aquellos que padecieron el estrés del parto?

No es posible cuantificar el número de operaciones cesáreas que se llevan a cabo únicamente para beneficiar al médico, pero es de suponer que sea bien significativo. Y es imposible hacerlo pues en las historias clínicas jamás queda registro de ello.

Es cierto que la operación cesárea deriva ventajas al obstetra. El hecho de que sea algo que riñe con lo natural, con lo espontáneo, y que esté rodeado de espectacularidad, se presta para que al médico se le admire más, admiración que le permite tasar mejor sus honorarios. Así mismo, la posibilidad de que la intervención sea programada según la conveniencia horaria del cirujano hace que en las clínicas privadas la cesárea congestione los quirófanos al principio o al término de las horas de consultorio.

Por otra parte, la operación, aún en manos lerdas, no lleva de ordinario más de hora y media en su ejecución, en tanto que un parto vaginal puede embargar la atención del obstetra durante ocho y más horas. Siguiendo la posición facilista, el cirujano – que no el obstetra de verdad– ahorra tiempo (*time is money*, dicen los pragmáticos norteamericanos) y evita el estrés que ocasiona permanecer prolongadamente al pie de la parturienta. Razón tienen quienes afirman que la cesárea se ha incrementado porque los médicos han decidido evitar el sufrimiento, no de sus pacientes, sino el propio. Además de ahorrarle tiempo y estrés al médico, la cesárea por facilismo busca también ocultar su impreparación profesional y amparar sus intereses frente a una eventual demanda por “mala práctica”. Si el obstetra no está capacitado técnicamente para utilizar recursos distintos a la operación cesárea para sortear con éxito las dificultades que puedan presentarse durante el curso del parto, es lógico que acuda a aquella como su tabla de salvación. Para el especialista preparado a medias no cuenta la prueba de trabajo en los casos de antecedente de cesárea o de primigravidez en mujer añosa, y mucho menos embarcarse en la atención de un parto en presentación de pelvis o acudir a la bondad de una correcta aplicación de fórceps. De ahí que ese tipo de especialista tenga como estrategia desacreditar el parto vaginal para, con ello, inclinar la determinación de su paciente a favor de la cesárea, olvidando que al proceder así está faltando a la ética profesional, pues el consentimiento, *previa información honesta*, es la más obvia manifestación de autonomía en la práctica médica actual.

### 3. Procedimientos neonatales.

Dentro del ámbito perinatal no hay duda de que es al neonatólogo a quien corresponde enfrentarse con frecuencia a situaciones conflictivas éticamente, puesto que bajo su responsabilidad quedan aquellos niños que necesitan procedimientos de resucitación o reanimación intensiva, y esos otros, minusválidos morfológica y funcionalmente.

Tres pueden ser esas situaciones:

3.1. El neonato maduro biológicamente, cuyo problema es un estado asfíctico severo, consecutivo a una anoxia intraparto. Dado que las maniobras correctas de reanimación suelen tener efecto favorable, sin mayores secuelas, no deberá ahorrarse ningún esfuerzo para ponerlas en práctica. Si pese a ellas el estado de apnea se prolonga demasiado, como para sospechar que ha habido ya daño cerebral masivo, deberá considerarse entonces la conveniencia de suspender todo procedimiento heroico, y aún ordinario, de común acuerdo –previa información veraz– con los padres del paciente. El neonatólogo debe tener presente que la muerte con dignidad no es un derecho exclusivo de los adultos. Los pequeñue-

los lo poseen igualmente, pese a no tener capacidad física para consignar en un documento cuál es su última voluntad. Si a juicio del médico –y mejor, del equipo perinatólogo– la ciencia ya ha agotado todos sus recursos para ofrecer una vida digna, será antiético mantenerla artificialmente, pues con ello sólo se consigue despertar en los padres una falsa esperanza y acrecentar de manera injustificada los costes económicos de los servicios asistenciales. La distansia, o encarnizamiento terapéutico, también carece de vigencia en perinatología.

3.2. El neonato inmaduro o en el límite de la viabilidad. En principio, la actitud ética del médico debe fundamentarse en el supuesto de que su intervención irá a derivar en beneficio del pequeño paciente a su cuidado, no importa que estadísticamente los resultados sean impredecibles y pese a que una vez que se inicia la atención él y la institución quedan legalmente obligados a no discontinuarla, a no ser que surja una justificación ética para hacerlo. Sucede que hay neonatos que parece que estuvieran protegidos por un encantamiento, y hay otros, en cambio, que parece que estuvieron predestinados a morir sin haber vivido o a arrastrar el lastre de una parálisis cerebral. Ni la ciencia médica ni la intuición del médico pueden identificar a unos y otros. Por eso, lograr la supervivencia de un inmaduro puede, a la postre, convertirse en una victoria pírrica.

Según un artículo publicado el año pasado en la revista *American Journal of Diseases of Children*, el cuidado de los niños prematuros e inmaduros en el Hospital de la Universidad de Stanford, en California, arrojó, en promedio, un costo por paciente de 160 mil dólares (unos 96 millones de pesos colombianos). Por otra parte, cada año el gobierno de los Estados Unidos gasta 2.6 billones de dólares en sostener las unidades de cuidados intensivos neonatales. Claro que ese aporte económico ha permitido que la supervivencia de neonatos con peso inferior a 1.000 g haya ascendido del 6 por ciento (años 1961-75) a 48 por ciento (años 1981-85), y con peso entre 1.000 y 1.500 g de 48 por ciento a 90 por ciento en los mismos períodos. Hay que añadir que el lograr la supervivencia de esos niños minusválidos no los pone al amparo de una parálisis cerebral, de una ceguera o de otros problemas neurológicos. Por eso un juicio razonado, coherente, permitirá al médico decidir en qué momento debe suspender los cuidados, dado que –como expresé antes– no existen guías pre-establecidas e infalibles, a las cuales ceñirse para tomar una determinación. Una buena recomendación ético-práctica es la evaluación periódica de la evolución de esos niños por parte del equipo médico. La falta de progreso, o la regre-

sión del estado clínico, podrá hacer recomendable el retiro de todo soporte artificial, previa autorización de los padres.

- 3.3. Neonatos malformados. También en esta circunstancia el equipo de perinatólogos se encuentra ante un dilema ético, particularmente en aquellos casos de groseras malformaciones, compatibles con la vida. Si son incompatibles con la supervivencia, como es la anencefalia, la situación no apareja mayor conflicto: basta recordar que a estos infortunados seres hay que tratarlos respetando su dignidad humana, pero que nada obliga a que se intente sostenerlos artificialmente. No así cuando se trata de un neonato con malformaciones severas, incapacitantes, pero que no amenazan de inmediato la vida. Al tenor del artículo 17 de nuestro Código de Ética Médica, que dice: "La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia a su paciente", el neonatólogo debe proporcionar una adecuada atención de soporte, pero de manera alguna intensiva, heroica. No obstante que los padres le imploran que ayude a morir a su hijo malformado, éticamente no podrá acceder a ese ruego. La eutanasia activa no está autorizada legal ni moralmente. Si las alteraciones morfológicas carecen de cualquier tipo de corrección y harán de quien las padece un ser digno de conmiseración, con una paupérrima calidad de vida, el médico –según los dictados de su conciencia– podrá asumir una conducta humani-

taria, inteligente, como sería la de no tratar las complicaciones que puedan presentarse.

Para terminar, voy a hacer mención de un caso de la vida real, que, aun cuando supera con creces los límites del período neonatal precoz, da materia para reflexionar con criterio ético-médico. Las consideraciones y deducciones morales las dejo a su buen juicio.

En Ulm, Alemania Occidental, nacieron unos siameses primogénitos, unidos por los cabezas, con un seno sagital superior único. Médicos del *Johns Hopkins Children's Center*, de Baltimore, Estados Unidos, ofrecieron intervenirlos. Luego de cinco meses de preparativos, un día del mes de septiembre de 1987 se llevó a cabo una hazaña quirúrgica, de las más grandes jamás realizadas en cirugía pediátrica. Luego de 22 horas continuas de cirugía, con una fase larga de hipotermia, con la participación de 70 personas entre médicos, enfermeras y técnicos encargados del manejo de monitores y otras máquinas, con un costo de 800 mil dólares, se llevó a efecto el acto quirúrgico de separación de los siameses. Un detalle: el seno sagital superior de cada uno de ellos fue reconstruido utilizando material de su propio pericardio. La permanencia en la unidad de cuidados intensivos se prolongó durante dos meses, pues fue necesario practicarles once intervenciones más. Al cabo de siete meses los niños, reintegrados a su hogar, han presentado crisis convulsivas, su visión es defectuosa y se ignora si van a caminar, hablar y razonar correctamente.