

Decisiones de reanimación en los “recién nacidos fetales”

En el caso de Miller contra HCA¹, el Tribunal Supremo de Texas revocó una condena de 60 millones de dólares a un hospital por la reanimación de un recién nacido de 23 semanas y 615 g, a pesar de las objeciones de los padres. La norma de “circunstancias de emergencia” articulada por el tribunal establece una excepción para los niños de la antigua norma de que actuar sin consentimiento constituye una agresión². Según esta excepción, un médico puede utilizar un tratamiento de soporte vital incluso frente a la objeción de los padres si, a juicio del médico, el recién nacido puede ser viable, y no tratarlo pudiera provocar la muerte. Una vez estabilizado el niño y realizada una exploración y la evaluación completa del estado del niño, se aplica el requisito del consentimiento informado antes del tratamiento.

En un comentario sobre el caso³, John A. Robertson, de la University of Texas Law School, amplía la norma y afirma que, según la enmienda federal sobre abusos infantiles (CAA) de 1984⁴ (las denominadas “normas Baby Doe”), la discreción del médico no tiene lugar en la reanimación de los recién nacidos, incluso los que se encuentran en el límite de la viabilidad. Según sus palabras, “a simple vista, las normas CAA no dejan lugar a la discreción. Todo neonato prematuro viable consciente debe ser tratado, incluso si es probable que padezca graves discapacidades físicas e intelectuales”.

Robertson obligaría a reanimar a todos los recién nacidos, sea cual sea la evaluación prenatal de la edad gestacional y el peso. Para él, y para el Tribunal Supremo de Texas, la decisión de no tratar tomada antes del nacimiento estaría basada en una “especulación” y, por ello, no sería legítima. Pero, como indicamos en un ensayo anterior, “aparte de los mortinatos, todas las decisiones de ofrecer o no intervenciones que posiblemente prolonguen la vida de recién nacidos de muy bajo peso y corta edad gestacional al nacer están basadas, por necesidad, en la especulación”⁵. Lo mejor que podemos hacer en estas situaciones es realizar un juicio humano basado en las probabilidades.

En los casos de incertidumbre total, como un recién nacido a término que presenta un problema respiratorio inesperado, el mejor interés del niño exige el soporte ventilatorio incluso cuando la familia se opone al tratamiento⁶. Sin embargo, cuando los datos indican que el

resultado de los recién nacidos con extremo bajo peso al nacimiento o muy corta edad gestacional es nefasto –la mayoría fallece y muchos de los que sobreviven presentan complicaciones graves⁷– no existe tal obligación. Como nos recuerda Partridge, “no está claro qué neonatos nacidos en el límite de la viabilidad deban ser reanimados y recibir asistencia neonatal”. Frente a tal ambigüedad, el informe de la President’s Commission sobre la “Decisión de omitir el tratamiento de soporte vital” nos indica que “se debe ofrecer una gran facultad discrecional a los padres”⁸.

En contraposición a la sentencia del Tribunal Supremo de Texas, en Miller y la postura de John A. Robertson, es legítimo y previsible que los padres, una vez informados de los riesgos de la prematuridad extrema, sean quienes tomen la decisión de utilizar o no intervenciones energéticas o de ofrecer “cuidados de confort” a su hijo⁹.

JOHN J. PARIS, SJ, PHD
Walsh Professor of Bioethics. Boston College.
Chestnut Hill, MA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller V. HCA, Inc. 118 S.W.3rd 758;2003.
2. Schloendoff V. Society of New York Hospital. 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92, 1914.
3. Robertson J. Extreme prematurity and parental rights after Baby Doe. Hastings Cent Rep. 2004;34:32-9.
4. 42 U.S.C.A. 5102 (1984).
5. Paris JJ, Schreiber MD, Reardon F. The “emergent circumstances” exception to the need for consent: The Texas Supreme Court ruling in Miller V. HCA. 2004;24:337-42.
6. Paris JJ, Bell AJ. Guarantee my child will be “normal” or stop all treatment. J Perinatol. 1993;13:469-72.
7. Lucey JF, Rowan CA, Shiono P, et al. Fetal infants: the fate of 4172 infants with birth weights of 401-500 grams–The Vermont Oxford network experience (1996-2000). 2004;113:1559-66.
8. President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment. Washington, DC, US Government Printing Office, March 1983; p. 220.
9. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, American College of Obstetrics and Gynecologists Committee on Obstetrics Practice. Perinatal care at the threshold of viability. Pediatrics. 1995;96:974-6.