

# SEGUNDA JORNADA DE BIOÉTICA

*Recién nacido con impedimentos:  
nuevas perspectivas sobre tratamiento*

*Dr. Cristian Garcia Roig*

Florencio Varela, 12/8/2000

Vamos hablar unos minutos sobre el desafío que significó y significa para la pediatría enterarse durante la gestación de que el niño tiene impedimentos, y una vez nacido ese niño, enfrentará esa realidad, y ver qué podemos hacer por él, por su familia y, en definitiva, por la sociedad.

Este tema ha generado diferentes conductas, no desde ahora sino desde todos los tiempos.

El recién nacido con impedimentos pone en juego y moviliza a la familia, al médico y a toda la sociedad. Precisamente porque surge la pregunta de qué hacer con estos chicos, qué ofrecerle y cuánto cuesta ofrecerle tales cosas. A lo largo de la historia ha habido diferentes respuestas que resulta interesante repasar: desde llevar a esos niños hasta un cerro y precipitarlos, como se hizo una época en Grecia, hasta usar toda la tecnología médica para hacer sobrevivir chicos que estaban prácticamente muertos.

Ofreceremos una pequeña reseña de los factores que pueden determinar que un recién nacido sobreviva o no; esto se ha modificado sustancialmente en los últimos veinte años. La edad gestacional es uno de los primeros factores; también el peso del bebé: ahora se atiende microprematuros de menos de 1.000 gr.

Los problemas respiratorios fueron uno de los obstáculos para la supervivencia de los bebés (veremos cómo se ha progresado en esta área). Se detectan asimismo malformaciones para cuyo tratamiento es posible hacer intervenciones intrauterinas o bien después del nacimiento. Por último existen algunas enfermedades, especialmente de infección, que modifican sustancialmente la sobrevida del recién nacido.

En relación con las posibilidades de sobrevida, les aclaro que cuando yo empecé mi residencia, hace unos veinte años, si nos nacía un chiquito de 34 o 35 semanas, las posibilidades de ofrecerle algo eran muy bajas. Pero hoy un chico de 23 semanas tiene de un 10 a un 35% de posibilidades de sobrevida; y si tiene 26 semanas, sus posibilidades de sobrevida oscilan entre el 80 y el 90%. Vale decir que, en veinte años, la medicina ha hecho muchísimos avances y modificó sustancialmente la expectativa de vida del prematuro. Ello generó, por otro lado, lo que el doctor Giannantonio llamaba la “*nueva patología*”: enfrentar los desafíos que plantean y plantearán las discapacidades que traen consigo estos chicos que sobreviven.

Obviamente, el hecho de que el bebé sobreviva significa también que tenga serios riesgos de hemorragia intracerebral y problemas pulmonares crónicos como la displasia broncopulmonar.

La edad gestacional trae también aparejados **riesgos de incapacidades** que podemos dividir en leves o graves.

**Las leves** tendrán que ver con su actividad escolar en cuanto a comprensión de la matemática, la lectura, la motricidad fina etc. Pueden ser tratadas desde el inicio y se logra una buena adaptación del chico.

Las **graves** exigen mucho más esfuerzo por parte de los padres y de la medicina, para recuperar en el área motriz e intelectual chicos que quedan con daño severo después de sobrevivir la etapa perinatal.

Las estadísticas que tenemos aquí nos dan una idea del porcentaje de chicos que pueden sufrir una incapacidad grave si nacen, por ejemplo, a las 26 semanas. Si los chicos de 26 semanas tienen una sobrevida del 80%, eso significa que el 20% mueren, el 64 % serán sanos y el 16% tendrá alguna incapacidad grave.

¿Qué hizo la medicina para modificar la expectativa de vida y la calidad de vida de estos chicos?

- **Desarrollo de la cirugía intrauterina.** Esta cirugía apunta a corregir lo que el análisis ecográfico-genético muestra, como, por ejemplo, malformaciones del aparato urológico, hidrocefalia y otras enfermedades que se están tratando intraútero, muchas de ellas con éxito. Es un avance espectacular de la medicina lograr que un chico que traía una malformación se trate intraútero y nazca con el problema corregido o parcialmente corregido.
- Ante la inminencia del nacimiento de un bebé antes de tiempo, se puede **inducir la maduración del pulmón a través del uso de corticoides y otras drogas.** Así se ha logrado que estos chicos tengan menos necesidad de respiradores y otras sustancias para mejorar su adaptación respiratoria, tema clave para el futuro de ese bebé.
- **La asistencia respiratoria mecánica.** En este campo se produjo un vuelco fundamental en los últimos veinte años. Un presidente de los EE.UU. había tenido un hijo prematuro que no pudo sobrevivir por insuficiencia respiratoria, dado que tenía un pulmón inmaduro. A consecuencia de ello se impulsó desde el gobierno un estudio exhaustivo de las posibilidades de asistir la respiración de los chicos, lográndose en estos últimos veinte años un avance tecnológico espectacular en diferentes áreas de la asistencia respiratoria. Esto ha hecho que hoy contemos con aparatos muy sofisticados y computarizados que ya interpretan no sólo lo que el médico les indica, sino que también reciben la información del paciente e interactúan con el paciente controlando su respiración o ayudándola, ejercitándolo para poder salir del respirador y respirar por sí mismo.

Dijimos que el tema respiratorio era clave. El estudio de los bebés que fallecían prematuros demostró que en ellos había deficiencia de una sustancia llamada surfactante. Esta permite que el pulmón se mantenga abierto e intercambie aire. En los últimos años se sintetizó esa sustancia. Así pues a los bebés prematuros se les infunde surfactante cuando sufren insuficiencia respiratoria. Esta medicación, más el respirador, permite superar la insuficiencia respiratoria y sobrevivir.

Pero esta no es la única modalidad de rescate respiratorio. Hay diferentes modalidades, incluso el agregado de gases como el óxido nítrico. Estos estudios obtuvieron el Premio Nobel hace dos años. Pues bien, con este recurso se permite mejorar la llegada de la sangre al pulmón y mejorar la oxigenación de los chicos.

En última instancia se ha ideado con éxito, pero en circunstancias especiales, la oxigenación extracorpórea, que significa colocar un circuito paralelo al cuerpo que permita oxigenar al chico sin necesidad de sus pulmones. Se trata de oxigenar al chico - e incluso remplazar sus riñones si fuese necesario - mientras el pulmón del chico madura y para evitar que el respirador lesione más ese pulmón. Vale decir, se instala todo un sistema paralelo al chico que le permite respirar por él, incluso funcionar como riñón y darle tiempo para que su organismo, que nació antes de tiempo o con una determinada enfermedad, pueda superar esa situación.

En el área neonatal esta estrategia de la circulación extracorpórea es donde más resultados ha dado, con una sobrevivida superior al 80% de los chicos que han entrado con una indicación adecuada.

Dijimos que uno de los riesgos que tenían los chicos para su sobrevivida era el de las malformaciones. En este campo se ha avanzado mucho, a tal punto que ya existen no cirujanos pediatras sino cirujanos neonatales dedicados específicamente a tratar algunas patologías potencialmente fatales en el neonato, tales como algunas malformaciones del corazón, la transposición de grandes vasos, etc. En estos casos la cirugía precoz neonatal permite a estos chicos sobrevivir muy bien.

Hay también cirugía digestiva, urológica y del sistema nervioso central, que permite no sólo sobrevivir sino sobrevivir con un muy buen pronóstico.

Todos estos riesgos que tienen los chicos con impedimentos y los adelantos de la medicina en dicha área han generado, obviamente, muchas controversias. Uno de los entes más importantes en la pediatría, la Academia Americana de Pediatría de los EE.UU., sugiere, frente a todas estas enfermedades y con toda esta tecnología y conocimientos disponibles, que las decisiones no se tomen basándose en estadísticas generales sino en base al caso particular y concreto. Precisamente porque chicos que aparentemente no tenían ninguna posibilidad demostraron que sí las tenían, o viceversa.

El camino de la medicina, como lo advirtiera mi colega, no depende de un solo factor, sino también de otros tales como los ambientales, el cariño, etc., que no son mensurables. En neonatología, las decisiones frente a los impedimentos deben ser individualizadas, deben ser tomadas con los padres, con los médicos y en base también a los recursos disponibles, para que así la decisión tomada respete la dignidad del hombre.

Muchas gracias.