

Limite De Viabilidad En Neonatos Y Conflictos Bioeticos Reflexión Xi Jornada De Ética

DOI: <https://doi.org/10.26852/28059107.736>

Viviana Rodríguez Torres¹; Esperanza Durán Florez².

Resumen

En noviembre de 2023 se realizó la XI Jornada de Bioética de Clínica Colsanitas, en el marco de este evento se realizó la ponencia:

limite de viabilidad en neonatos y conflictos bioeticos, de esta intervención se desprende el siguiente documento que tiene que ver con el inicio de la vida, el límite de viabilidad de los recién nacidos. El 17 de noviembre se celebra el día internacional de la prematuridad, es un tema de vital importancia si se tiene en cuenta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023), concluyó que en la última década nacieron 152000000, es decir, que 1 de cada 10 nacidos en el mundo son prematuros y lo más alarmante, cada 40 segundos en todo el mundo muere uno de ellos. Esta conferencia muestra la importancia de los equipos de salud en Unidades Neonatales en el momento de toma de decisiones desde la bioética, desde el contexto colombiano y mundial en el límite de la viabilidad.

Palabras clave: Prematuridad, Bioética, Unidades de Neonatos.

Abstract

In November 2023, the XI Bioethics Conference of Clínica Colsanitas was held, within the framework of this event the presentation was made:

limit of viability in neonates and bioethical conflicts, from this intervention the following document emerges that has to do with the beginning of life, the limit of viability of newborns. On November 17, the International Day of Prematurity is celebrated, it is a topic of vital importance if one takes into account that the World Health Organization (WHO) (2023), concluded that in the last decade 1,520,000,000 were born, that is, that 1 in 10 births in the world are premature and, most alarmingly, one of them dies every 40 seconds around the world. This conference shows the importance of health teams in Neonatal Units at the moment of decision-making from bioethics, from the Colombian and global context at the limit of viability.

Keywords: Prematurity, Bioethics, Neonatal Units.

¹ Viviana Rodríguez Torres . Md, Neonatóloga. Hospital Universitario Mederi.
ORCID 000-0003-0291-671X viviana.rodriguez@mederi.com.co Autor principal

² María Esperanza Durán Florez. Jefe de Soporte Emocional. Clínica Universitaria Colombia. meduran@colsanitas.com
ORCID 0000-0003-3445-5671

Introducción

El panorama de la prematuridad a nivel mundial muestra cambios dependiendo de las regiones y de los ingresos de cada país. Según la OMS (2020), para 2019 África Subsahariana, Asia Central y Meridional registran las tasas más altas de mortalidad neonatal, un niño nacido en alguno de estas regiones tiene una probabilidad de morir 10 veces mayor en el primer mes de vida que un niño nacido en países con ingresos altos.

En el mismo informe, la OMS (2020) presenta los 5 países con el número más alto de muertes de recién nacidos en millares: India (522), Nigeria (270), Pakistán (248), Etiopía (99) y República Democrática del Congo (97), para el 2024 la OMS muestra una situación idéntica en los mismos lugares, “En el África subsahariana, el riesgo de defunción en el primer mes de vida es 11 veces mayor que en la región con la menor tasa de mortalidad: Australia y Nueva Zelanda”.

Lo importante de las cifras, es saber que para el 2020 13.4 millones de bebés nacieron de los cuales 9.9 son prematuros y que las tasas, están en el 4% al 16%, es decir, 900000 bebés fallecieron por efectos del parto prematuro (Ohuma, Moller et al (2023) citado por OMS, 2024). En cuanto a la prematuridad, el 85% de todos los bebés prematuros nacen entre las semanas 32 y 37, quedando un 15% en el cual el riesgo de mortalidad y complicaciones es mayor a medida que disminuye la edad gestacional, y es ahí donde todas las instituciones de salud y todos los programas de salud deben reforzar estrategias para poder brindar a los bebés la mejor atención tanto hospitalaria como luego en los programas durante los primeros años de vida.

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud en su Boletín Epidemiológico VI (2021) muestra un incremento en los nacimientos prematuros, 9.07% en 2007 a 2016 y para 2021 se alcanzó el 10.7%. El Boletín Técnico del Departamento Administrativo de Estadísticas (DANE, 2023) la mayoría de recién nacidos están en semana 32 y 35, pero el

nacimiento de bebés entre semanas 22 y 27, límite de la viabilidad, es alto, más o menos 2000 niños nacen en este rango, lo alarmante es que la mortalidad asociada a prematuridad alcanza el 23.6%, siendo muy alta. Por lo tanto, la responsabilidad desde el sector salud es definitivo; ginecobstetricia para tratar de disminuirlo, y obviamente los avances tecnológicos y humanos de neonatología para dar oportunidad de vida a los bebés.

Unidades Neonatales especializadas tecnológicamente y sobre todo humanizadas, permiten mejores resultados en el manejo de la prematuridad y el seguimiento para disminuir las secuelas de la misma en los bebés. La utilización de técnica mínimamente invasivas para aplicación de surfactante, ventilación protectora para cuidar el pulmón del neonato, reanimación con cordón indemne, cuidar sistema respiratorio, reanimaciones en sala de partos, nutrición prenatal y neonatal y todo lo relacionado con el seguimiento por medio del seguimiento en el programa madre canguro y seguimiento de alto riesgo, son avances que permiten el manejo y la mejor oportunidad de los bebés. Todo lo anterior, permite ver al recién nacido en toda su dignidad, sujeto de derechos, no es un adulto pequeño, es un sujeto en toda su potencialidad en extrema fragilidad y vulnerabilidad que de manera progresiva va logrando su desarrollo y habilidades, por lo tanto desde los primeros minutos de vida es necesario pensar en sus riesgos necesidades para brindar tanto un tratamiento activo como un tratamiento encaminado al cuidado paliativo centrado en el paciente y su familia con unidades abiertas, humanizadas, que permitan una comunicación fluida asertiva compasiva fortaleciendo la toma de decisiones compartidas.

Las Unidades neonatales abiertas permiten la inclusión y empoderamiento de la familia, y la incorporación del cuidado paliativo en el manejo del confort, evitando el sufrimiento, la evaluación del dolor y el manejo de síntomas, la incorporación del cuidado paliativo en el manejo del confort, evitando el sufrimiento, la evaluación del dolor y el manejo de síntomas. De tal manera en este

momento especialmente sensible en el cual confluyen el inicio de la vida y la muerte es especialmente sensible y debe ser reconocido de esa manera para permitir un duelo más adaptativo. En resumen, todas las medidas terapéuticas han aumentado la supervivencia de los prematuros extremos, pero no la morbilidad que aumenta en la medida que incrementa la viabilidad, siendo un elemento fundamental hablar del límite de viabilidad para establecer protocolos de cuidado activo o paliativo según se defina a la luz del mejor interés del neonato.

Límite de viabilidad

En la definición de límite de viabilidad se tiene en cuenta el peso al nacer o la edad gestacional en la cual se logra una supervivencia del bebé. La OMS (2000) definió este límite en la semana 22 de gestación con 500 gramos o 25 centímetros de longitud, significa que por debajo de esta edad gestacional no se realiza ningún tipo de reanimación, el desarrollo pulmonar del bebé es excesivamente inmaduro. Se plantea una zona gris en las semanas 23 y 24 en que se debe considerar los cuidados activos o paliativos al momento del nacimiento, cuestionada la reanimación y por encima de semana 25 se plantea la reanimación a menos que el bebé tenga una malformación congénita o alguna patología. A pesar de las definiciones los países definen la semana límite, por ejemplo, Japón, Alemania y Suecia en semanas 22 y 23, en Reino Unido semanas 23 y 24, Francia, Países Bajos y Suiza en semana 24 a 26.

En Colombia no hay establecido un límite de viabilidad, la Asociación Colombiana de Neonatología propuso una serie de recomendaciones al respecto. Para llegar a estas conclusiones realizaron una encuesta para tratar de conocer cuáles eran las prácticas actuales de atención en salud en el límite de viabilidad para generar lineamientos que redunden en las mejores prácticas de atención. La Asociación indicó que en Colombia el límite de viabilidad, los encuestados consideran el límite superior a otros países, relacionando las medidas a realizar como

maduración pulmonar a la semana 24 y para reanimar y/o entubar a un bebé en semana 25, sin embargo, es necesario individualizar cada caso relacionándolo con los factores de riesgo y las condiciones del nacimiento adicional cambia según el sitio geográfico del nacimiento. La conclusión más importante al respecto, es que los bebés que no cuenten con las posibilidades de reanimación o de cualquier otra maniobra curativa, es necesario que todo el equipo de salud esté preparado para brindar cuidado paliativo con el acompañamiento y apoyo a la familia, considerando siempre que el cuidado paliativo y curativo son complementarios y no antagónicos, brindando un cuidado respetuoso humanizado que responda también a los deseos y necesidades de los padres (cajita de recuerdos) apoyo espiritual.

A pesar de la disminución del límite de la viabilidad, los avances tecnológicos en las Unidades de Neonatos han permitido que la morbilidad y la mortalidad disminuyan considerablemente, todo lo anterior, genera situaciones bioéticas, relacionadas con la discapacidad, los gastos del sistema de salud y sobre todo ofertar cuidados al binomio madre/padre-hijo de una manera humanizada y ordenada que incluya los cuidados paliativos.

Dussan y Chacón (2019) citan al Dr. Lantos para referirse a los problemas asociados a bebés nacidos en semanas 22 y 23, los cuales no son aplicables a Colombia, porque estas semanas están bajo el límite de viabilidad, sin embargo, proponen prepararnos como sistema de salud en los cuidados de calidad a los neonatos más prematuros para brindar la mejor atención sin perder de vista evaluar el riesgo según cada edad gestacional de presentar compromiso neurológico severo. En el mismo sentido, el Dr. Lantos considera que debemos hablar con los padres de manera clara y honesta sobre las diferentes medidas y planes de acción evaluando los riesgos y beneficios de cada una buscando siempre el mayor beneficio, evitando hacer daño, a la luz del interés superior y mejor interés del neonato. La toma de decisiones compartida no queda aislada

de situaciones emocionales, religiosas, que deben ser gestionadas en favor del neonato y su familia.

Dentro del Protocolo de atención del neonato en el límite de la viabilidad y fin de vida del Hospital Universitario Mayor de Méderi (2024), proponen modelos para la ayuda de toma de decisiones en escenarios de alta complejidad: “El espectro IPO (Impermissible - Permissible - Obligatorio) es una herramienta que permite ayudar al momento de la toma de decisiones basados en los estándares de atención”. Mactiel et al (citado por Rodríguez, V, Marulanda, D, Gómez, L y Alvarez, C. 2024) definen características de pacientes con medio y alto riesgo. En el Hospital Universitario Mayor de Méderi estableció lo siguiente:

- Pacientes nacidos antes de la semana 23.6 de gestación: son pacientes con alto riesgo de mortalidad a corto plazo, muy alto riesgo de secuelas severas, por lo que se recomienda optar por brindar tratamiento paliativo, ofreciendo medidas de confort y manejo de dolor, así como adecuado acompañamiento a los padres y familiares en el proceso de duelo.
- Pacientes nacidos entre la semana 24.0 y 25.6: estos pacientes se encuentran en una zona gris. En estos casos, se deberá evaluar cada caso de forma individual, basado en los demás factores de riesgo y/o factores favorables descritos previamente, con una adecuada comunicación con los padres y familiares para definir las acciones a seguir basados en el mejor interés para el recién nacido.
- Pacientes nacidos en la semana 26.0 o más de gestación: estos pacientes tienen una mejor tasa de supervivencia, sobre todo en ausencia de otros factores de riesgo, por lo que se benefician de maduración pulmonar antenatal e inicio de manejo activo en búsqueda de soporte vital y estabilización del paciente.

En toda toma de decisiones médica es necesaria la participación activa de los padres, tener en cuenta que las intervenciones que se realicen sean costo efectivas, es importante tener en cuenta que el límite de la viabilidad y cómo se va a definir no se basa solamente en la edad gestacional, es clave revisar muy cuidadosamente factores de riesgo y factores favorables en el primer grupo están ruptura de membranas, madre con corioamnionitis, sexo masculino, embarazo múltiple, anomalías congénitas, retraso de crecimiento intrauterino y en el segundo que mejoran el pronóstico de vida están: uso adecuado de esteroides prenatales, uso de sulfato de magnesio prenatal, uso de tocolíticos y pinzamiento diferido de cordón evaluando las condiciones de cada bebé de manera individual, debe realizarse un plan de cuidado el cual debe ser conocido por los padres y por todo el equipo de salud, sea experimentado, que tenga en cuenta factores fetales que puedan impactar el pronóstico. Como sistema de salud deberíamos priorizar el trabajo en red con centros especializados, para la remisión de los pacientes inmaduros extremos que les permita.

Conflictos Bioéticos

El nacimiento de un inmaduro extremo en límite de viabilidad genera importantes reflexiones de tipo bioético enmarcados en toma de decisiones en situaciones de incertidumbre, para esto los padres o tutores serían los llamados a tomarlas con el equipo de salud, en su representación apoyamos en el respeto el mejor interés del recién nacido, a la luz de los principios bioéticos de buscar el mayor beneficio, la no maleficencia evitando realizar tratamientos e intervenciones que puedan causar un alto grado de dolor y sufrimiento en el neonato, justicia al garantizar el acceso a la atención y las decisiones terapéuticas o paliativas se tomen de manera equitativa sin discriminación, juegan en las decisiones otros principios como son la prudencia y la solidaridad, en tal sentido la atención debe ser ética y respetuosa de los derechos enmarcados en su dignidad de persona con máxime fragilidad y

vulnerabilidad, proporcional y pertinente respetando el mejor interés del neonato.

Promover porque los padres o tutores puedan tomar decisiones compartidas se basa en una comunicación adecuada empática brindando una información clara, honesta, compasiva pero realista, con lenguaje claro, sencillo, Las decisiones del equipo de salud deberán estar basadas en las mejores pruebas disponibles en cada institución de salud.

Esta comunicación, información, y educación centrada en el paciente y su familia debe iniciar lo más temprano posible en el proceso de atención desde la atención antenatal, prenatal, con el objetivo de acordar un plan individualizado de cuidado, entendiendo que sea activo o de tipo paliativo.

Una de las formas para tomar decisiones tanto en neonatología como en pediatría, la describen Mactiel et al (citado por Rodríguez, V, Marulanda, D, Gómez, L y Alvarez, C. 2024), proponen el espectro IPO:

- Paciente de extremado alto riesgo: definido como aquellos con un riesgo extremadamente alto de muerte o de supervivencia con una discapacidad severa a pesar del tratamiento. Sugieren iniciar manejo paliativo. Activación de código lila código PR-DES-04.
- Pacientes de alto riesgo: definido como aquellos con >50% de riesgo de muerte o discapacidad severa a pesar de tratamiento. Sugieren debería iniciarse el manejo de acuerdo al mejor interés del paciente, tomando decisiones en conjunto con los padres, para definir el manejo activo o paliativo.
- Pacientes de moderado riesgo: definido como aquellos con <50% de riesgo de muerte o discapacidad severa, en aquellos que el pronóstico con el tratamiento se considera significativamente mejor que sin él. Sugieren que debería iniciarse manejo activo basado en el mejor interés del paciente.

El contexto anterior, permite a los equipos de

salud colocar en contexto el tratamiento que se va a ofrecer a cada paciente, para tomar las decisiones el médico debe preguntarse: “¿dónde estoy con este paciente?, estoy ofreciendo una terapéutica o un cuidado que es obligatorio (manejo de dolor, confort) ¿le estoy ofreciendo algo que sería inadmisibles por la edad gestacional, por el sufrimiento que puedo causar a largo plazo? (cirugía mayor en inmaduro extremo) o es algo que es permisible y se pueda recomendar, si hay dos medidas permisibles podrían ser los padres quienes puedan apoyar esta toma de decisión determinando la viabilidad, factibilidad, disponibilidad o la transferencia del neonato, o del binomio. Es necesario considerar que estas decisiones pueden cambiar con el tiempo y la evolución del neonato, esta forma de tomar decisiones puede apoyar principalmente en la zona gris de las decisiones evaluando la supervivencia, la calidad de vida, las secuelas y el umbral de viabilidad. requiere que sea compartido con los padres si tenemos claridad o si debemos considerar esperar para tomar las mejores decisiones y al tenerlas o si la condición del neonato empeora es igualmente ético no empezar como retirar los soportes.

Para los profesionales que atienden a los neonatos en fin de vida puede conllevar una importante sobrecarga emocional y cuestionamientos éticos al estar cercanos a la muerte y sufrimiento, en este sentido la instituciones deben apoyar y cuidar la salud mental de los profesionales, recibir capacitaciones y acompañamiento como en protocolos de cómo dar malas noticias, protocolos claros de atención y cuidado, contar con apoyo psicológico, cuidados paliativos, servicios de bioética clínica.

Se recomienda que las instituciones y la unidades neonatales conformadas por equipos multidisciplinarios cuenten con protocolos de cuidados paliativos y manejo en fin de vida que brinden los cuidados al neonato en manejo de dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas, manejo del confort, evitar estímulos, procedimientos dolorosos, alivio de síntomas, promover por un ambiente tranquilo, y

el acompañamiento de los padres, manejo integral de duelo.

Conclusiones

Es necesario seguir trabajando sobre los temas que causan en neonatología cuestionamientos éticos, como el límite de viabilidad, capacitar a los profesionales en toma de decisiones, en habilidades de comunicación como el dar malas noticias, trabajo en equipo, además de comprender la importancia de contar con estadísticas que apoyen la toma de decisiones.

El equipo de salud y Los padres deben trabajar en conjunto para la toma de decisiones compartidas, si bien, el equipo de salud maneja la información técnica sobre las condiciones de salud del bebé y la morbi mortalidad de acuerdo con el peso y la edad gestacional, en esta situación es importante tener en cuenta creencias, valores, conflictos, expectativas de todos los implicados, padres y equipo de salud, entendiendo que la decisión final será basada en el respeto por el mejor interés del recién nacido promoviendo siempre el no hacer daño, buscando el mayor beneficio, con equidad sin discriminación.

El cuidado curativo y paliativo es complementario no antagónico, ante un neonato que no cuenten con las posibilidades de reanimación o de cualquier otra maniobra curativa, es necesario contar siempre con un cuidado paliativo integral que evite el dolor y sufrimiento, alivio de síntomas y apoyo a los padres en duelo. De forma respetuosa, humana y teniendo en cuenta los deseos y necesidades de los padres.

Estrategias como la que se describe en Rodríguez, V, Marulanda, D, Gómez, L y Alvarez, C. 2024, Protocolo de atención del neonato en el límite de la viabilidad y fin de vida del Hospital Universitario Mayor de Méderi (2024), permite a los equipos de salud tener una guía de manejo y de apoyo multidisciplinar y psicosocial a padres con bebés prematuros.

Referencias bibliográficas

Amaz J., Tejedor, J., Caserío, S., Montes, M., Moral, M., González de Dios, J y García, A. La bioética en el final de la vida en neonatología: cuestiones no resueltas. *Anales de Pediatría*. Vol. 87. Núm. 6. Páginas 356.e1-356.e12 (diciembre 2017). <https://analesdepediatría.org/es-la-bioetica-el-final-vida-articulo-S1695403317301595>

Bucher HU, et al. Decision-making at the limit of viability: differing perceptions and opinions between neonatal physicians and nurses. *BMC Pediatrics*. 2018

Departamento Administrativo de Estadísticas (DANE). Boletín Técnico, 2023. <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/bol-EEVV-Nacimientos-ITrim2023.pdf>

Dussán-Rojas LV, Chacón-Pedraza SA. Bioética neonatal: una decisión complicada. *Pers Bioet*. 2019; 23(1): 140-141. DOI: <https://doi.org/10.5294/pe-bi.2019.23.1.10>

Ecker J, et al. Obstetric care consensus: Perivable birth. *ACOG*. 2016.

Fajardo AM, Rodríguez V, Niño MA, et al. Consenso Colombiano de manejo al final de la vida en unidad de cuidado intensivo neonatal. *ASCON*. 2022; Ed. 1.

Gil AI, Ramírez MN, et al. Cuidados al final de la vida en neonatología. *SIBEN*. 2014

Isayama T, et al. Survival and unique clinical practices of extremely preterm infants born at 22-23 weeks gestation in Japan: a national survey. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2024.

Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico (VI 2021). https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021_Boletin_epidemiologico_semana_27.pdf

Lantos JD. Ethical issues in treatment of babies born at 22 weeks of gestation. *Arch Dis Child*. 2021.

Mactier H, et al. Perinatal management of extreme preterm birth before 27 weeks of gestation: a

framework for practice. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2020; Ed. 3.

Mercurio MR, Cummings CL. Critical decision-making in neonatology and pediatrics: the I-P-O framework. Journ Perinatology. 2020.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro. Bogotá. Colombia

Organización Mundial de la Salud, 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

Organización Mundial de la Salud, 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>

Ohuma E, Moller A-B, Bradley E, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet. 2023;402(10409):1261-1271. doi:10.1016/S0140-6736(23)00878-4. Tomado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>

Pescador MI, et al. Límite de viabilidad: ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?. Rev Med Clin Condes. 2021

Rodríguez, V, Marulanda, D, Gómez, L y Alvarez, C. 2024. Protocolo: Atención del neonato en límite de viabilidad y final de vida. Hospital Universitario Mayor Méderi.

Tejedor-Torres, J., López de Heredia, G., Herranz-Rubia, N., Nicolás-Jiménez, P., García-Muñoz, F., Pérez-Rodríguez, J. y Grupo de Trabajo de Ética de la Sociedad Española de Neonatología. Anales de Pediatría, Volumen 78, Issue 3, 2013. Pages 190.e1-190.e14, ISSN 1695-4033, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403312003396?via%3Dihub>