

EL PARADIGMA PERINATAL

J. Arturo CARDONA PÉREZ

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *El individuo como unidad biopsicosocial*. III. *El recién nacido, su derecho a la vida digna*. IV. *La relación médico-paciente*. V. *Reflexiones para impulsar el derecho a la vida del recién nacido*. VI. *El derecho a la vida de los recién nacidos*. VII. *Conclusiones. Prácticas para fomentar la humanización en la atención del recién nacido*.

I. INTRODUCCIÓN

La humanidad ha modificado a través del tiempo su comportamiento tanto individual como grupal. El ejercicio de la medicina y por ende, el manejo de la ética y el humanismo en este contexto, es una empresa intelectual analítica y teórica que dominada por una energía propiamente científica, se enfrenta a problemas de diversa índole —*problemas lógicos, semánticos, epistemológicos*— haciendo uso de ciertos métodos sobre los cuales, como ha mencionado B. Russel,¹ hay un acuerdo general.

El estudio de los quehaceres en el ejercicio teórico y práctico de la medicina se involucra al médico o inclusive, por las condiciones actuales de trabajo en equipo, por el personal de salud, quienes se ocupan de los asuntos morales sobre la disciplina, están de acuerdo en distinguir dos enfoques: los que plantean problemas de fondo de la vida moral, relativas a los ideales y principios de nuestra vida práctica; y los que se refieren al uso de ciertos términos, a la naturaleza de los juicios y a la lógica del razonamiento moral de la medicina.

1 Salmerón F., *Enseñanza y filosofía*, México, El Colegio Nacional, Fondo de Cultura Económica, 1991.

Por el resultado del análisis de Husserl relacionado con el ejercicio de la medicina, se desprende la existencia de un arte de la vida moral (ética práctica); de una disciplina normativa (ética normativa); y de un conjunto de disciplinas teóricas que tienen con esos dos niveles una relación de fundamentación.

III. EL RECIÉN NACIDO, SU DERECHO A LA VIDA DIGNA

Sin duda alguna que si queremos abarcar al recién nacido desde su concepción y más aún desde los aspectos éticos de la pareja para decidir libremente y en forma responsable el número y espaciamiento de los hijos que desean tener, deberemos de acercarnos a los enfoques humanísticos de la reproducción del ser humano.

Desde hace un poco más de dos décadas, cuando dio marcha el Programa de Planificación Familiar en este país, los métodos y estrategias de penetración y acercamiento de la mujer hacia su incorporación en el programa, han sufrido cambios sustanciales que han permitido el manejo ético del tema a lo que ahora se denomina salud reproductiva. Ya no se trata del manejo de cifras frías o de colocar número a la mujer en la contabilidad de un método de Planificación Familiar, se trata de abordar el problema en el sentido ético y humanístico del entorno familiar, del enfoque integral de la salud reproductiva donde la pareja, con el consejo ético del médico, podrá concientizarse moralmente de la responsabilidad que conlleva la concepción de un nuevo ser, en las mejores condiciones psicológicas, sociales, económicas y de salud individual y familiar posibles.

Es preocupante por otro lado, que debido a la dinámica acelerada con que la sociedad actual modifica sus patrones de conducta y moral; así como por el avance del conocimiento científico y el uso a veces inapropiado de la tecnología actual, hace imperiosa la necesidad de revisar los enfoques éticos del comportamiento médico y social de los individuos. La presencia de varios miles de seres humanos obtenidos en probeta, la lucha constante por los derechos de la mujer, la discusión

interminable sobre el tema del aborto, la lucha por el espacio de los derechos humanos del homosexual y del lesbianismo, conforman una amplia gama de comportamientos sociales no antes ponderados como ahora y la discusión de sus consecuencias.

El cambio en los patrones de la viabilidad del ser humano han sufrido serias modificaciones, años atrás limitada por una edad gestacional de 27 semanas y un peso al nacer de 1,000 gramos, limitaciones ahora rebasadas hasta con pequeños, menores de 600 gramos de peso y períodos gestacionales de 25 o menos semanas. Aquí es donde se ventilan los dilemas éticos de la vida digna de un recién nacido, especialmente los de bajo peso al nacer que debido al avance tecnológico y científico se abusa en forma indiscriminada de ello, a pesar de registrarse cifras altas de complicaciones, producto de las intervenciones medico-quirúrgicas y procedimientos de diagnósticos y de tratamiento invasivo durante su estancia en unidades de terapia intensiva.

El costo del progreso de la ciencia obliga a diseñar nuevos niveles morales, a sintonizar el conocimiento con la ética... Este avance ha generado una actitud intervencionista, polifacética, instrumentalista y muchas veces agotante para el médico y el paciente. El costo del progreso, líneas arriba mencionado, es traducido por secuelas de hemorragias peri-ventriculares, problemas gastrointestinales crónicos como el síndrome de intestino corto, displasia broncopulmonar, secuelas identificadas en los órganos de los sentidos como lo es la ceguera, la sordera y la dislexia o la temida deficiencia mental. Estas y otras más se escudan tras la premisa no aceptada de "el sacrificio de algunos para el beneficio de los más". El involucramiento de los pequeños en procedimientos invasivos, desde el punto de vista ético, representa un mayor grado de dificultad que cualquier otro sujeto vivo, incluyendo a los seres humanos. El problema parte desde su inicio, al plantearse si un sujeto puede tomarse en cuenta ante la evidente ausencia de madurez como para comprender los riesgos y los beneficios de los procedimientos médico-quirúrgicos a que será sometido. Si esto es un asunto

grave, lo es más el caso cuando el recién nacido es sometido a errores de procedimientos, omisiones de tratamiento, negligencias y audacias reprobables, por utilizar una tecnología no dominada con conocimiento y destreza, lo que conduce a un acto de iatrogenia clara y por ende entra al terreno de la deshumanización de la medicina.

Paul Ramsey argumenta que aun pensando en el padre o tutor de un recién nacido, existen serias dificultades para confiar en la suficiente calidad moral de estas figuras sustitutas, como para consentir que el menor sea sujeto de intervenciones y en especial de investigaciones por el simple hecho de mantener la búsqueda de conocimiento nuevo "...Cuando no existan posibilidades de recuperación real en el pequeño, éste no debe de estar involucrado como sujeto de experimentación, sólo por la idea de buscar un posible bien...".

Regresando al planteamiento del problema dentro de la línea de pensamiento de las investigaciones lógicas de Husserl, y buscar la salida en la relación que se descubre entre normas y valores, la ética como disciplina normativa, mantendrá una constante confrontación con la disciplina del trabajo médico perinatal.

Estos aspectos modifican la interpretación de las normas y los valores cuando el ser humano se vuelve lábil al presentar problemas de inmadurez al nacimiento, que amenace la sobrevivencia del individuo. Esto provoca la aplicación de procedimientos repetidos por tiempos a veces prolongados, durante el período neonatal. El punto de equilibrio se deberá de mantener al delimitar el número de intervenciones necesarias y el tiempo en que deberán de efectuarse, con el propósito de buscar soluciones a problemas específicos identificados en el recién nacido y que al mismo tiempo permitan prevenir daños a otros seres humanos en las mismas circunstancias.

Si partimos de la premisa que un recién nacido en etapa crítica por su bajo peso o por ser prematuro, no es un ser anormal de nuestra especie, sino que es un ser humano perfectamente normal en la parte temprana de su vida, estos seres humanos estarían seriamente dañados o en riesgo de morir a

menos que las intervenciones sean las apropiadas. Sus órganos son inmaduros y su adaptabilidad es tan limitada que si las intervenciones no son afines, no habrá sobrevivencia o por lo menos quedarán con serios daños orgánico-funcionales que limitarán su vida en forma importante.

El "consentimiento" desde el punto de vista ético comprende implicaciones que van más allá de la protección del individuo en sus riesgos físicos, mental, social y económico. El individuo puede dar su "consentimiento" en forma responsable pero con mucha frecuencia lo hace con serias deficiencias en la información recibida o por la interpretación de la misma en forma deficiente. En estos casos, los comités de ética proveen mucho mayor protección contra daños físicos y mentales que el propio "consentimiento" como tal.

El "consentimiento" se considera importante tanto por la autonomía para hacer sus decisiones como por la integralidad propia del individuo. Autonomía significa libertad de escoger, facultad para determinar el propio curso de su vida; sin embargo este concepto pierde significado cuando hablamos de un recién nacido debido a su dependencia total con sus padres o tutores.

El amor, los cuidados generales de la familia y el nivel de credibilidad hacia el médico y/o sistema de salud, son parte integral de los valores familiares que entran en juego para definir el rumbo de las intervenciones a que se sujete un recién nacido, con el propósito de proteger al pequeño y salvaguardar la integridad de la familia, asumiendo que las intervenciones deberán estar de acuerdo con la moral y las costumbres de la propia familia.

IV. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La expresión más simple y nítida del humanismo se da en el trato interpersonal, que en la práctica médica constituye la relación médico-paciente, planteado acertadamente como la conjunción de una confianza frente a una conciencia. Para Lain Entralgo significa tres formas de expresión profesional:

- a) Una relación de dominio en la que el médico, mediante sus prescripciones y su manejo de la técnica, modifica y destierra la enfermedad.
- b) Una relación de colaboración, cooperativa, cortesía donde los camaradas (médico y paciente) recorren el mismo camino hacia una meta igual, la curación del enfermo.
- c) Una relación de amistad singular hombre-hombre, que radica en el ejercicio de cuatro actividades: 1) la benevolencia, que muestra la amistad, la voluntad de querer el bien del otro; 2) la benediciencia, que es hablar bien del otro; 3) la beneficencia, que es buscar hacer el bien a otro; 4) la aveniencia, que es el compartir algo confidencial, que pertenece a la intimidad de la persona. Esta amistad médica, regida por la enfermedad y la ayuda técnica, es necesaria para la perfección del acto médico.

Sobre esta hermosa concepción humanista surgen en seguida algunas interrogantes ¿Está el médico mexicano de hoy preparado para actuar bajo estos principios y asumir estas actitudes? ¿La organización actual de los servicios de salud, estructurados para presentar atención a grupos de población cada vez más numerosos, con sistemas administrativos múltiples y participación de personal de distintas funciones que inciden necesariamente en las actividades del médico favorecen esta posibilidad de relación con los pacientes?

La mayoría contestaría que no, que se antoja utópico plantear así las cosas y que las limitaciones evidentes de la práctica médica en materia de tiempo, recursos auxiliares, y estímulos, son obvios, pero no puede perderse de vista que esta relación es la esencia misma del humanismo médico.

V. REFLEXIONES PARA IMPULSAR EL DERECHO A LA VIDA DEL RECIÉN NACIDO

Para los casos cuando un recién nacido deba de someterse a procedimientos e intervenciones, deberán de vigilarse, en la medida de lo posible, las siguientes observaciones:

1. Que el procedimiento o intervención ya haya sido utilizado con cierto grado de éxito en animales, niños mayores o adultos.
2. Que no exista otra alternativa de la intervención o procedimiento seleccionado.
3. Que se asegure, en la medida de lo posible, que el procedimiento a emplear tenga un valor importante para prevenir daños y hacer el bien.
4. Que los procedimientos a emplear, sean los menos invasivos y dolorosos posibles.
5. Que los riesgos adquiridos en la selección de las intervenciones, sean los mínimos posibles.
6. Fomentar la sensibilización y la confianza hacia los miembros de la familia, para lograr un ambiente propicio para el consentimiento.

VI. EL DERECHO A LA VIDA DE LOS RECIÉN NACIDOS

El derecho a la vida de un recién nacido depende de las siguientes condicionantes:

- a) Del estatus ontológico donde se establece que una persona es un ser que tiene conciencia de sí mismo. De acuerdo a este razonamiento un pequeño de no más de 2 o 3 años no es una persona; sin embargo hay una diferencia esencial entre un recién nacido y otras "no personas" como puede serlo un feto (el recién nacido va a ser una persona). Esto quiere decir que el recién nacido no solo es una persona en potencia sino que va a llegar a ser una persona.
- b) La concientización de sí mismo emerge del producto de la comunicación e interacción con otros. Cuando decimos que un pequeño de 2 o 3 años tiene conciencia de sí mismo, implica que después del nacimiento el pequeño se encuentra en un estatus social determinado. De acuerdo a situaciones normales, el recién nacido llega a ser miembro de una familia y de una sociedad y forma parte

de ella. Es esta interacción social la que estimula el cerebro para dar lugar a ser conciente de sí mismo. Es por ello que un pequeño que forma parte de una sociedad, tiene conciencia de sí mismo, o está en el camino de llegarlo a ser, y por ende tiene el derecho a la vida.

- c) Un recién nacido de bajo peso puede crecer dentro de una sociedad en forma inútil o con problemas serios en su incapacidad orgánica o funcional, lo que conduce a ser una carga para la familia y la sociedad. Esto no es culpa del niño, por lo tanto no hay razón justificable para suprimirles el derecho a la vida. El derecho a la vida implica el derecho a los cuidados para la salud, como garantía individual consagrada en nuestra constitución, pero la clase de atención que pudiera recibir el niño no siempre es un asunto ético, una persona buscará la calidad de atención o tratamiento que corresponda con la calidad de vida que haya tenido hasta entonces. La calidad y el valor de vida de un recién nacido de bajo peso es menor que la adquirida por un recién nacido a término de peso adecuado, por lo que es éticamente aceptable que la prioridad en cualquier circunstancia, la tendrá el recién nacido normal ante la eventualidad de requerir un mismo servicio o tratamiento, que aquel de bajo peso.

Es importante señalar que existen algunos expertos en la materia que refieren la incapacidad ocasional de los padres para tomar decisiones sobre la salud de su hijo, adjudicadas a presiones emocionales del momento, lo que les impide tomar decisiones objetivas. En ocasiones requieren de apoyo y asesoría de otros que gocen de su confianza; sin embargo no es justificable el suprimir su responsabilidad donde las decisiones sobre la salud de propio hijo deban darse.

Es indudable que el médico debe de participar en las decisiones importantes de la salud de su paciente pero definitivamente no pueden ser la última palabra debido a las siguientes consideraciones:

- a) El ponderar el conocimiento nuevo no es suficiente para fundamentar una toma de decisión.
- b) Los médicos también se encuentran bajo presión, lo cual puede opacar su capacidad para llevar a cabo una adecuada toma de decisión, tal como lo es la competencia de los adelantos del conocimiento nuevo.
- c) El pequeño no es familiar del médico.

VII. CONCLUSIONES. PRÁCTICAS PARA FOMENTAR LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Para lograr conjuntar todos estos conceptos teóricos y epistemológicos, hacia el ejercicio de la medicina con respeto a los valores morales de la familia, a continuación se proponen diferentes estrategias para apoyar las soluciones para una atención adecuada de los recién nacidos y, por ende, procurarles un derecho a la salud y una vida más digna.

1. La creación de un comité para el estudio de la salud perinatal, cuyos apartados contemplen los valores y la ética en el ejercicio de la medicina perinatal.
2. El conformar grupos de trabajo de expertos que se aboquen al análisis de las condiciones sociales, económicas, éticas y médicas que influyen en los recién nacidos de bajo peso, tomando especial énfasis en los grupos de mayor prevalencia en esta morbilidad.
3. La formación de un grupo mixto de trabajo interinstitucional, incluyendo ONG's, cuyo esfuerzo se traduzca en programas específicos para atacar la problemática analizada en lo que a salud perinatal se refiere.
4. La instrumentación de programas y servicios de acuerdo a los valores morales de la familia, para atender en forma integral lo que se entiende por salud reproductiva y salud perinatal, vigilando las normas éticas de la relación médico o equipo de salud-paciente.

5. El impulsar actividades en la salud reproductiva y perinatal que permitan identificar espacios o momentos para acciones anticipatorias de prevención, haciendo énfasis en los valores familiares y el trabajo humanístico del profesionalista.
6. El mantener foros de comunicación a nivel de unidad médica, local, estatal y nacional sobre aspectos del ejercicio ético de la medicina reproductiva y perinatal y la ponderación de los valores humanos en la preservación de la especie.
7. El fomentar el ejercicio ético de la atención médica del recién nacido a través de la impartición de cursos a todo el personal de la salud durante toda su etapa de preparación.