Consideraciones éticas en el periodo neonatal

Vicente Molina

El clínico frente a los conflictos éticos

Es evidente que todo médico debe conocer los principios básicos de la bioética *(autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia)*. Pero para un clínico es más importante saber cómo actuar en situaciones en las que existan conflictos éticos, que conocer muy a fondo las teorías filosóficas. No es posible protocolizar estos problemas de la misma forma que se hace frente a los problemas médicos habituales, pero si es importante conocer cuál es la forma correcta de abordar estas situaciones.

En una sociedad plural como la actual nadie puede pretender tener la verdad absoluta en situaciones conflictivas desde el punto de vista ético. Los clínicos deben abordar estas situaciones de forma reflexiva, serena y respetuosa frente a las opiniones de los demás. Es importante poder comentar los casos complicados con otros profesionales con igual o mayor experiencia o, en ocasiones, con expertos en bioética, porque permite ampliar la propia reflexión y disminuye la angustia frente a situaciones especialmente conflictivas.

El respeto a la autonomía del paciente, a su capacidad para decidir libremente, una vez convenientemente informado, si acepta o no un tratamiento médico o quirúrgico, es algo que nuestra sociedad en general y los médicos en particular hemos ido asumiendo de forma progresiva. Los conflictos se generan cuando, como ocurre en neonatología, el paciente no puede tomar sus propias decisiones y alguien tiene que hacerlo por él, especialmente si tenemos en cuenta que las consecuencias de estas decisiones pueden arrastrarse durante toda la vida.

Cada Unidad o Servicio de Neonatología debe ir creando su propia cultura sobre como actuar en situaciones conflictivas. Esto se consigue fundamentalmente discutiendo los casos con todo el equipo e incorporando a la discusión las opiniones de los neonatólogos con más experiencia, o de los expertos en bioética, si es preciso. El equipo de enfermería, que se encuentra especialmente involucrado en el cuidado del recién nacido y en la relación con los padres, debe participar inexcusablemente en estas discusiones.

Alrededor del nacimiento se pueden generar múltiples conflictos éticos, desde los que rodean las nuevas técnicas de reproducción asistida hasta problemas de distribución de recursos. Sin embargo, la situación que con más frecuencia se le plantea al neonatólogo clínico es la de si tratar o no tratar. A ello dedicaremos el resto de este capítulo.

¿Deben existir límites de actuación en neonatología?

Gracias a los tremendos progresos de la neonatología es posible actualmente salvar la vida de recién nacidos extraordinariamente graves, algunos de los cuales pueden presentar secuelas en su vida futura. La necesidad de un uso responsable de las nuevas tecnologías y el

compromiso de los médicos con el principio ético de actuar siempre en beneficio de su paciente obligan a que, efectivamente, deban existir límites en la actuación médica en neonatología. Así ha sido reconocido por diferentes Sociedades Nacionales de Pediatría o Neonatología[1,2,3,4,5]. Limitar la actuación o limitar el esfuerzo terapéutico supone tanto no iniciar como retirar un tratamiento. Ambas opciones (no iniciar o retirar) tienen la misma consideración desde el punto de vista legal y moral.

¿Cómo se determinan los límites?

Se considera que un tratamiento en neonatología puede ser cuestionable (superaría los límites) cuando **no existen posibilidades de supervivencia** y el tratamiento solo prolongaría la agonía (caso de un anencéfalo, por ejemplo), cuando existe una **enfermedad incurable de base** y el tratamiento puede alargar la vida pero acompañada de un sufrimiento que se considera intolerable (caso de una metabolopatía o de una miopatía congénita) o cuando el pronóstico razonablemente esperado de **calidad de vida futura** es muy deficiente (caso de la prematuridad extrema, de una asfixia neonatal grave o de malformaciones congénitas extensas).

Así como las dos primeras situaciones han sido ampliamente aceptadas desde hace años, el concepto de limitación de actuación en función de la calidad de vida esperada supone una postura más avanzada y difícil. Sin embargo, no parece posible poder prescindir de él a la hora de plantearse un uso responsable de la nueva neonatología. No existe una definición de calidad de vida en la que todo el mundo esté de acuerdo, pero la mayoría de profesionales implicados y de expertos en bioética aceptan que debe basarse en la capacidad de relación (es decir, la capacidad de establecer una relación intelectual o afectiva con los demás), la capacidad de opinar por sí mismo o la capacidad para llevar una vida independiente. Otros consideran que deben valorarse también las limitaciones físicas importantes y los sufrimientos físicos intensos.

Se ha utilizado también el concepto de "mejores intereses" como criterio para decidir sobre si tratar o no tratar. A diferencia del concepto de calidad de vida, en el que se compara la futura vida del recién nacido con lo que sería una vida normal, el concepto de mejores intereses consiste en establecer si, para un recién nacido concreto, la muerte es mejor opción que la vida que le podemos ofrecer. Para algunos autores[6] sería la única justificación ética y legal para renunciar, en un caso concreto, a la obligación general de los médicos de actuar para salvar la vida. Esto significa una decisión centrada específicamente en los intereses del niño y no en los de otras personas (padres, equipo médico) o en los de la sociedad.

Uno de los grandes problemas de la neonatología es la extrema dificultad para establecer un pronóstico exacto, sobre todo en los primeros días de vida, que es cuando se plantea la conveniencia o no de instaurar o proseguir un tratamiento. Es necesario un diagnóstico lo más preciso posible y basarse en resultados actualizados propios y de la literatura. Se acepta un pronóstico como "razonablemente cierto" cuando es superior al 80% de posibilidades.

Frente a la incertidumbre del pronóstico pueden adoptarse tres estrategias[7]: esperar hasta casi tener la certeza del pronóstico, lo cual reduce el riesgo de error pero a costa de "tratar excesivamente", con un número mayor de

supervivientes con secuelas; utilizar un criterio estadístico, es decir, no iniciar tratamiento en aquellos recién nacidos cuyo pronóstico es estadísticamente muy malo, lo cual tiene la ventaja de ahorrar sufrimientos a recién nacidos destinados finalmente a morir o a tener secuelas graves, pero que tiene el inconveniente de dejar de tratar a un pequeño número de niños que se hubieran salvado; un criterio individualizado, que consiste en iniciar el tratamiento y plantear a los padres su interrupción en el momento en que exista la sospecha de muy mal pronóstico futuro. El criterio individualizado parece la estrategia más aconsejable y supone una actitud de los neonatólogos más crítica y responsable con su propia actuación, huyendo de un vitalismo simplista o de una medicina defensiva. Para disminuir el riesgo de errores, es fundamental que en la elaboración del pronóstico intervengan los neonatólogos con más experiencia de la unidad o incluso subespecialistas pediátricos. El criterio estadístico puede ser útil en prematuridad extrema (límites de la viabilidad) o en situaciones cuantificables en tiempo (por ejemplo, falta de respuesta a la reanimación en la asfixia perinatal).

¿Quién toma las decisiones?

Es evidente que en estas decisiones deben intervenir los padres y el equipo asistencial. Dado que se trata de tomar una decisión en nombre del recién nacido (que no puede tomarla por sí mismo) y en función de sus mejores intereses, los padres, convenientemente informados, parecen los más idóneos para hacerlo. Son, además, sus representantes legales y, por tanto, los que deben autorizar las decisiones de interrupción de tratamiento. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que pueden estar excesivamente afectados emocionalmente como para no poder decidir, que pueden tener dificultades para captar toda la información o que pueden, consciente o inconscientemente, hacer prevalecer sus propios intereses sobre los del recién nacido.

Desde el punto de vista del procedimiento, es importante que la decisión sea discutida a nivel de todo el equipo (médicos y enfermeras), que participen en ella los neonatólogos con más experiencia de la unidad (también los subespecialistas pediátricos en caso de patologías especiales) y que se haga constar en la historia el razonamiento clínico, la opinión de los padres y la decisión final.

El balance entre el grado de decisión que corresponde a los padres y al equipo médico es un tema delicado y puede ser variable. Existen culturas o ambientes en los que un cierto "paternalismo" médico es habitual e incluso bien aceptado. En otros, en cambio, los padres querrán asumir todo el peso de la decisión, una vez recibida la información médica completa. En todo caso, la decisión debe ser siempre compartida entre padres y equipo médico. Es importante que los médicos intenten no imponer, consciente o inconscientemente, sus propias ideas culturales o religiosas.

Peter Dunn, uno de los pilares de la neonatología moderna, expone, basándose en su experiencia de más de 35 años, cómo cree que deben afrontarse estas decisiones[8]. Vale la pena conocer sus reflexiones sobre los matices de esta decisión compartida. Explica que, en las discusiones con los padres, él intenta ser siempre el primero en mencionar la posibilidad de interrumpir el tratamiento, para disminuir en ellos el peso de la decisión y el sentimiento de culpa posterior. Insiste también en la necesidad de "privacidad" en estas discusiones, es decir, que aunque intervenga todo el equipo, debe existir un solo médico responsable del recién nacido que hable con los padres en privado y que dedique a eso tanto tiempo

como los padres necesiten. Enfatiza la gran importancia de los aspectos de comunicación y relacionales entre el médico y los padres a lo largo de este proceso de toma de decisiones. Opina que, para disminuir la angustia de los padres, un cierto grado de "paternalismo" médico puede ser, en estos casos, una mejor práctica médica que proporcionarles toda la información de una manera fría y dejar que ellos decidan.

Desacuerdo entre padres y médicos, ¿cómo se resuelve el conflicto?

Parece claro que la mejor forma de prevenir estas situaciones de desacuerdo y, sobre todo, los conflictos de enfrentamiento que se derivan de ellas es informar lo mejor posible y tantas veces como sea necesario, conseguir una relación de confianza entre padres y médico (lo cual supone afrontar la relación con respeto, comprensión, paciencia e incluso afecto) e intentar evitar actitudes excesivamente autoritarias o de prepotencia.

En aquellas situaciones en las que se establezca un pronóstico razonablemente malo (pero con certeza), en las que los médicos aconsejen una interrupción del tratamiento y los padres, una vez bien entendida la situación, decidan proseguir, creemos que debe respetarse la decisión de los padres. La incerteza del pronóstico y el alto grado de compromiso de los padres que, conociendo bien el alto riesgo de secuelas, prefieran que su hijo sobreviva justifican esta actitud.

Cuando el pronóstico de vida o de futuro son, con seguridad, muy malos, los médicos deben insistir en que se interrumpa el tratamiento. El que unos padres se opongan probablemente sólo indica que necesitan más información o más tiempo para decidirse y no suelen generarse problemas importantes. Sin embargo, frente a situaciones muy claras de tratamiento inútil (o futil) que comporte sufrimiento físico importante para el recién nacido, y oposición persistente de los padres a interrumpirlo, debería plantearse una acción legal que autorizara a hacerlo. Se trata, no obstante, de un conflicto poco frecuente en la clínica.

El conflicto más difícil se presenta cuando los neonatólogos son partidarios de tratar (iniciar o continuar un tratamiento) y los padres se oponen. Es cierto que a la hora de no autorizar el tratamiento algunos padres pueden estar valorando intereses que no son propiamente del niño (rechazo a una carga familiar o emocional en caso de tener un hijo deficiente, preocupación por la pareja, por la imagen social), pero lo mismo puede ocurrir a nivel del equipo médico (querer tratar por justificar la inversión en alta tecnología, por mejorar la estadística de mortalidad, por la imagen frente a otros colegas del hospital, por creencias religiosas, por no querer asumir el riesgo de equivocarse). En relación con la toma de decisiones en estas situaciones conflictivas, "nadie es infalible ni está libre de tener intereses opuestos ni puede pretender ser el único adecuado para decidir"[9]. Puesto que en estas situaciones nadie tiene la verdad absoluta, los clínicos deben pensárselo muy bien antes de plantear definitivamente un conflicto de decisiones con los padres. Antes deben cuestionarse si los padres han entendido realmente la situación, si necesitan consultar con alguien más, si necesitan más tiempo, si basan su decisión en el afecto hacia su hijo, pensando que es lo mejor para él, y si su decisión es tan poco razonable como para plantearse remitir al recién nacido a otro centro donde apoyen su opinión o como para pedir una orden legal para proteger al recién nacido.

En situaciones en que persista el desacuerdo puede ser útil recurrir al Comité de Ética del hospital. Sin embargo, nuestra experiencia es que el Comité de Ética es especialmente útil para orientar y apoyar a los clínicos en caso de decisiones en las que tengan dudas, o para adoptar una postura uniforme si existe desacuerdo dentro del equipo médico, pero que pocas veces consigue que los padres modifiquen su actitud. Al contrario, algunos padres pueden vivirlo como un juicio a su capacidad de ejercer de padres y pueden sentirse "pisoteados" por la organización hospitalaria. En los casos en los que persista el desacuerdo, que afortunadamente serán pocos, será necesario solicitar autorización legal para continuar el tratamiento.

La información exhaustiva y el establecimiento de un buen nivel de comunicación con los padres es el mejor sistema para prevenir situaciones de desacuerdo irresolubles.

Cuando ya se ha decidido limitar el esfuerzo terapéutico...

El hecho de que se decida limitar el esfuerzo terapéutico (no instaurar o suprimir un tratamiento) no quiere decir que se interrumpan los cuidados del recién nacido. La opción de "curar" se transforma en la opción de "cuidar", y se le debe cuidar hasta que fallezca, procurando que esté lo más confortable posible, sin dolor y con el mínimo sufrimiento físico.

Revisiones recientes demuestran que los padres viven con gran sufrimiento la prolongación de la agonía de sus hijos, una vez se ha decidido interrumpir o no instaurar el tratamiento[10]. Muchos de estos niños estarán recibiendo medicación sedante o analgésica y no sería razonable suprimirla por el hecho de decidir interrumpir la ventilación mecánica[11]. Es frecuente que presenten *gaspings* de forma prolongada. No sabemos exactamente qué grado de sufrimiento representa para el recién nacido, pero es razonable pensar que no debe ser una sensación nada agradable. Lo que es seguro es que provoca una gran ansiedad en los padres y en el equipo asistencial. Parece justificado, en estos casos, instaurar tratamiento sedante y analgésico con el fin primordial de disminuir la conciencia y el dolor, no de acelerar la muerte. Hay que contemplar abiertamente que, a pesar de no ser legal, algunos neonatólogos son partidarios en estos casos de utilizar tratamientos directamente encaminados a acelerar la muerte, con el fin de asegurar el objetivo de la interrupción del tratamiento y de disminuir el sufrimiento del recién nacido y de sus padres.

Hay que ser consecuente con la decisión de no tratar y, por tanto, interrumpir todos los tratamientos que puedan prolongar la vida (sustancias vasoactivas, antibióticos, nutrición parenteral...). No debe diferenciarse entre medidas ordinarias y extraordinarias, de modo que estaría moral y legalmente justificado interrumpir incluso la hidratación y la nutrición, aunque la mayoría de unidades tienden a mantenerla. Al mismo tiempo debe procurarse que la muerte del recién nacido sea lo más humana y digna posible, facilitando que los padres y otros miembros de la familia puedan estar junto al recién nacido si lo desean, lo cojan en brazos y dispongan de una cierta privacidad dentro de la unidad. En todo este proceso final tiene un papel fundamental el equipo de enfermería, que tiene que haber participado en el proceso de toma de decisiones y que acompañará a los padres. Este proceso de "cuidar" supone también replantearse la conducta con los padres, si la evolución es diferente a la esperada.

¿Qué está pasando en la unidades neonatales y qué opinan los neonatólogos?

Datos de diferentes unidades neonatales de Canadá, Estados Unidos y Holanda muestran que, a partir de la década de los noventa, entre el 80% y el 90% de los fallecimientos se producen después de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico (no iniciar o interrumpir tratamientos)[12]. En una serie de estudios efectuados en Holanda se comprueba que la mayoría de neonatólogos son partidarios de emplear, en estos casos, medicaciones que aceleren la muerte, bajo un control estricto[13].

Entre nosotros, Tejedor y Aybar[14] revisaron los fallecimientos de una unidad neonatal durante 8 años. En un 68% de los casos existió limitación del esfuerzo terapéutico (32% instrucciones de no reanimar y 35% de retirada de soporte vital). En un 53% de los casos la decisión se basó en criterios sobre calidad de vida futura.

Krauel y cols[15] expusieron un 34% de fallecimientos por limitación del esfuerzo terapéutico en los años 1990-1995 (23% no reanimación y 11% retirada de soporte vital). En un 78% de los casos la decisión se basó en criterios de casi certeza de secuelas graves junto con pocas posibilidades de supervivencia.

McHaffie y Fowlie revisaron, en un extenso trabajo, lo que ocurría en 6 unidades neonatales de Escocia en relación con las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico[16]. Observaron que la enfermería consideraba que participaba poco en el proceso de toma de decisiones y se sentía poco informada. Los residentes manifestaron su incomodidad por tener que mantener tratamientos intensivos sin estar convencidos de que fueran adecuados hasta que los responsables de la unidad se planteaban interrumpirlos y se constató que existió una gran variabilidad entre las unidades a la hora de utilizar drogas como tratamiento paliativo.

En diferentes trabajos publicados formando parte del estudio EURONIC (efectuado en diferentes unidades neonatales de varios países europeos)[17,18,19], se comprueba que el grado de implicación de los padres en decisiones conflictivas varía desde el 19% en los países del sur de Europa hasta el 89% en Gran Bretaña; que las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico basadas en criterios de mal pronóstico neurológico (calidad de vida) fueron el 46% en algunas unidades y el 90% en otras; que sólo en Francia y en Holanda se utilizaron con frecuencia drogas con la finalidad directa de acelerar la muerte; que la utilización de criterios de calidad de vida para plantearse decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico se relaciona con algunas características de los neonatólogos (sexo femenino, no tener hijos, religión protestante o no religión, trabajar en una unidad con muchos recién nacidos de muy bajo peso) y, sobre todo, con el país de origen (más frecuente en Gran Bretaña, Holanda y Suecia; menos frecuente en Hungría, Estonia, Lituania e Italia).

Actuación en los límites de la viabilidad

Se trata de una de las situaciones más conflictivas en neonatología-perinatología, ya que exige tomar decisiones en situación de urgencia, y en las que, con frecuencia, se aplica un criterio estadístico (resultados por semanas de gestación), teniendo siempre en cuenta la posibilidad de errores en la edad gestacional o sorpresas en cuanto a viabilidad, en cuyo caso deberá aplicarse un criterio individual y dar a ese recién nacido en concreto la opción de ser

tratado. El período conflictivo varía en función de las pautas de cada unidad, que deberían basarse en sus propios resultados o en los resultados de unidades similares del entorno (ya que es difícil tener suficiente casuística de niños muy inmaduros en unidades de tamaño pequeño o medio). Parece razonable situarlo, en nuestro medio, entre 23 semanas cumplidas (más de 23 semanas) y menos de 27 (26 semanas y 6 días).

Siempre que sea posible se debe evitar que el nacimiento de un niño muy inmaduro tenga lugar en un centro que no disponga de cuidados intensivos neonatales. La primera actuación será valorar cuidadosamente el estado de la madre y el feto e intentar por todos los medios retrasar el nacimiento. En estas edades de gestación la supervivencia del recién nacido aumenta un 2% cada día que se consigue prolongar el embarazo.

La asistencia debe ser multidisciplinaria y es esencial la coordinación entre obstetras y neonatólogos[20]. No hay nada que desoriente más y que pueda generar más conflictos que un equipo de obstetricia que adopte una actitud pasiva frente al nacimiento de un gran inmaduro y un equipo de neonatología que aplique tratamiento intensivo, o viceversa. Por tanto, obstetras y pediatras deben acordar una línea de actuación coherente e informar a la familia, a ser posible de forma conjunta.

El contacto de los neonatólogos con los padres antes del nacimiento es fundamental, siempre que sea posible. Debe informarse con la mayor precisión posible de porcentajes de supervivencia y secuelas, aplicando las estadísticas propias o más cercanas. Todos los consejos que previamente se expusieron al comentar la toma de decisiones conflictivas conjuntamente con los padres son especialmente aplicables en estos casos. Se intentará consensuar con los padres un criterio de actuación, insistiendo, en relación con el riesgo de secuelas, en la posibilidad de replantearse de forma constante la continuación o no del tratamiento en función del pronóstico, es decir, que el hecho de instaurar el tratamiento en sala de partos no significa que sea una decisión irreversible.

Aunque los criterios en cuanto a semanas pueden variar según los propios resultados, un esquema a seguir sería recomendar una conducta "no activa" por debajo de las 23 semanas. Entre 23 y 24 semanas (menos de 25) los resultados actuales son suficientemente decepcionantes como para proponer una conducta no activa o aceptarla si son los padres los que la proponen. Debe quedar clara, sin embargo, la posibilidad de instaurar una conducta activa inicial si la situación en sala de partos es mejor de lo esperado. Por encima de 25 semanas se aconsejará claramente una conducta activa, pero dejando claro que si en la evolución posterior se llega a una certeza razonable de secuelas permanentes graves, se planteará la conveniencia de la retirada del soporte vital.

La información de la que se dispone en la actualidad sugiere que la reanimación profunda es muy poco eficaz en los recién nacidos muy inmaduros, con resultados muy decepcionantes en cuanto a mortalidad o supervivencia esporádica, siempre con secuelas. Se trata de un criterio importante a la hora de considerar la abstención terapéutica.

En situaciones de extrema urgencia, en las que no es posible analizar con detalle la historia obstétrica ni hablar con los padres, es razonable adoptar una conducta activa con todo recién nacido con vitalidad aceptable (que no precise reanimación profunda), con un aspecto madurativo de 23 semanas o más y un peso estimado superior a 500 g. La posibilidad de retirar más adelante el soporte vital

permite afrontar estas situaciones con el criterio de adoptar una conducta activa ante la duda.

Estas situaciones en las que las decisiones pueden depender del aspecto madurativo o de vitalidad del recién nacido es importante que queden en manos de neonatólogos con experiencia.

Existen documentos oficiales de sociedades de neonatología y obstetricia de Canadá y Estados Unidos y opiniones de neonatólogos de prestigio que, con pequeñas variaciones, coinciden en la pauta de actuación expuesta[21,22,23].

Bibliografía

1. Sección de Neonatología de la AEP. Bases éticas en Neonatología. 1991.
2. Versluys C. Ethics of neonatal care. Lancet 1993; 341:794-795.
3. Fetus and Newborn Committee, Canadian Paediatric Society. Management of the woman with threatened birth of an infant of extremely low gestational age. Can Med Assoc J 1994; 151:547-553.
4. AAP. Committee on Bioethics. Ethics and the care of critically ill infants and children. Pediatrics 1996;98:149-152.
5. Royal College of Paediatrics and Child Health. Witholding or withdrawing life saving treatment in children. A framework for practice. 1997.
6. Doyal L, Wilsher D. Towards guidelines for witholding and withdrawal of life prolonging treatment in neonatal medicine. Arch Dis Child 1994;70:F66-F70.
7. Rhoden NK. Treating Baby Doe: the ethics of uncertainity. Hastings Cent Rep 1986;16:34-42.
8. Dunn PM. Appropiate care of the newborn: ethical dilemmas. J Med Eth 1993;19:82-84.
9. Peabody JL, Martín GI. Relatividad de los aspectos éticos sobre los límites de la viabilidad neonatal. Clin Perinat N Amer 1996;3:437-452.
10. McHaffie HE, Lyon AJ, Fowlie PW. Lingering death after treatment withdrawal in the neonatal intensive care unit. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2001;85:F8-F12.
11. Chiswick M. Parents and end of life decisions in neonatal practice. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2001;85:F1-F3.
12. Kollée LA, van der Heide A, de Leeuw R, van der Mass PJ, van der Wal G. End-of-life decisions in neonates. Sem Perinatol 1999;23:234-241.
13. Van der Heide A, van der Maas PJ, van der Wald G, Kollée LA, de leeuw R, Holl RA. Medical end-of-life decisions for neonates and infants in the Netherlands. Lancet 1997;350:251-255.
14. Tejedor JC, Aybar L. Toma de decisiones éticas y limitación del soporte vital en recién nacidos críticos. An Esp Ped 1997;46:53-59.
15. Krauel X, Ricos G, Domínguez S, Bosch T, García MT, Moreno J et al. Limitation of life suport in an Neonatal Intensive Care Unit (abstract). Prenatal and Neonatal Medicine 1996;1 suppl 1:243.
16. McHaffie HE, Fowlie PW. Withdrawing and withholding treatment: comments on new guidelines. Arch Dis Child 1998;79:1-5.
17. Cuttini M, Rebagliato M, Bortoli P, Hansen G, de Leeuw R, Lenoir S et al. Parental visiting, communication and participation in ethical decisions: a comparison of neonatal unit policies in Europe. Arch Dis Child 1999;81:F84-F90.
18. Cuttini M, Nadai M, Kaminski M, Hansen G, de Leeuw R, Lenoir S et al. End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries. Lancet 2000;355:2112-2118.
19. Rebagliato M, Cuttini M, Broggin L, Berbik I, de Vonderwied U, Hansen G et al. Neonatal

end-of-life decision making: physician' attitudes and relationship with self-reproted practices in 10 european countries. JAMA 2000;284:2451-2459.

20. Finer NN, Barrington KJ. Decision-making in delivery room: a team sport. Pediatrics 1998;102:644-645.

21. Canadian Paediatric Society, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Management of the woman with threatened birth of an infant of extremely low gestational age. Can Med Assoc J 1994;151:547-553.

22. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Perinatal care at the threshold of viability. Pediatrics 1995;96:974-976.

23. Rennie JM. Perinatal management at the lower margin of viability. Arch Dis Child 1996;74:F214-F218.

NOTAS