

BIOETICA EN OBSTETRICIA

PRIMERA PARTE

Paginas 2 a 18

- BIOETICA Y HUMANIZACION EN LA MEDICINA FETAL Y EN LA ATENCION DE LA URGENCIA OBSTETRICA.
- REPASO DE UN MODELO DE ANALISIS ETICO-CLINICO

SEGUNDA PARTE

Paginas 19 a 40

- BIOETICA EN CONFLITOS OBSTETRICOS Y MATERNO-FETALES
- TEMAS
 - CONTROL PRENATAL
 - ATENCION DEL PARTO, HUMANIZACION Y AUTONOMIA
 - Caso Clínico atención de parto
 - PATOLOGIA MATERNA INDUCIDA POR EL EMBARAZO
 - Principio de Totalidad o Terapéutico
 - Principio del doble efecto
 - PATOLOGIA MATERNA CONCOMITANTE AL EMBARAZO
 - LIMITACIONES A LA AUTONOMIA MATERNA
 - Casos Clínicos 1 y 2 de Limitación de Autonomía
 - EMBARAZO Y SALUD MENTAL
 - MUERTE CEREBRAL Y EMBARAZO
 - MEDICINA FETAL Y DIAGNOSTICO ANTENATAL

PRIMERA PARTE

BIOETICA Y HUMANIZACION EN LA MEDICINA FETAL Y
EN LA ATENCION DE OBSTETRICIA CLASICA

Texto de apoyo a la reflexión bioética sobre Fertilidad e Infertilidad Dr. Sergio Valenzuela
P.
Dpto Estudios Bioéticos y Humanísticos Fac. Medicina U. De Chile

Introducción:

Después de analizar los aspectos éticos y bioéticos que se encuentran involucrados en la sexualidad humana y en la fertilidad e infertilidad, tocaremos en esta sesión los llamados conflictos de la medicina materno-fetal, y más extensamente aquellos que atañen a la obstetricia. La Especialidad ofrece un amplio frente de discusiones y algunos puntos poco claros hoy por hoy. No hemos olvidado que son alumnos de pre-grado, que están en 5º año, pero es necesario que cualquier médico general, no especialista aprenda a reconocer los dilemas Eticos en Obstetricia.

Este neologismo que nace tan solo el año 1971¹ explica el concepto de que la ética médica fuera ante todo, aquello que se relacionaba con el buen trato al paciente, las correctas relaciones con nuestros colegas y el respeto al único código del que teníamos conocimiento, el Juramento Hipocrático.

Se ha definido a la bioética como “el estudio sistemático de las dimensiones morales, las decisiones, la conducta, las líneas guías de las ciencias de la vida y de la salud, con el empleo de una variedad de metodologías éticas con un enfoque interdisciplinario”² .

¹ Van Rensselaer Potter.

² ENCYCLOPEDIA OF BIOETHICS (W. REICH) ED. 1995.

Es posible que como clínicos esta definición la percibamos poco útil. Sin embargo veremos que la bioética ofrece una mirada particular al que trabaja tomando decisiones al lado de la cama del paciente. Esta es la bioética clínica, o decisional, y que es la aplicación de las teorías éticas y de los principios generales adaptados a los casos clínicos concretos, a la búsqueda de indicaciones para la acción.³

Como es sabido, la práctica médica es un tipo particular de relación, definido también como contrato, entre un paciente y el médico, donde este último se compromete a poner todos los medios a su alcance para lograr su objetivo de la mejor manera posible y no puede, por razones de su arte comprometerse en obtener un determinado resultado. Para la mayoría de las especialidades, al ser un “contrato” de medios y no de resultados o fines, los aspectos sobre los que se juzgará la diligencia del médico, serán sobre los pasos que todos aprendimos durante nuestros años de estudio : diagnóstico certero, tratamiento oportuno y adecuado y obligación de guardar el secreto profesional.⁴

Este enfoque de la buena práctica médica pone de relieve el **proceso mismo** del Diagnóstico y rescata la importancia de sus pasos; -la obtención de la historia clínica, del buen y detallado examen físico y la solicitud de un adecuado y prudente laboratorio de apoyo. Estas indicaciones que parecen pueriles son el primer seguro para una adecuada “defensa” del médico ante un problema médico legal o ante la incertidumbre moral y psicológica que surge de uno mismo cuando cree que ha errado. Por ello se debe estar siempre en condiciones de poder demostrarse uno mismo y demostrar a los otros que se han agotado los medios correctos, que brinda la ciencia médica en forma cuidadosa y exacta.

³ MANUAL DE BIOETICA, Elio Sgreccia,

⁴ LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA EN LA DOCTRINA Y EN LA JURISPRUDENCIA, Biblioteca del Congreso , Patricia Canales Nettle N° 277, Junio de 2003

Una vez aclarado el tipo de relación que para la ley existe entre un médico y su paciente, recordemos que cuando se formula un diagnóstico, este siempre ha tenido carácter de Hipótesis, por la existencia del conocido “error científico” el cual se puede presentar una vez agotados todos los medios y cuando la complejidad del caso lo puede explicar⁵. Ante este caso, el médico ha sido relevado de responsabilidad, pero son estos los casos en los cuales como seres humanos tenemos la experiencia de lo falible de nuestro conocimiento y lo complejo que es tratar con seres humanos.

No es excusable, sin embargo, ni para el paciente ni para su familia, el desconocimiento de datos que necesariamente deben saberse o la utilización de herramientas diagnósticas que estando a nuestra disposición no fueron utilizadas.

La segunda acción, la terapéutica, obliga al conocimiento de la **lex artis** y aunque la valoración de si un médico obró correctamente, solo le corresponde juzgarlo a la medicina (al decidir un tratamiento u otro, si se trata de una intervención quirúrgica , donde debe realizarse la incisión, de cuantos centímetros, que parte hay que extraer y como) lo que los pacientes están pidiendo, en forma no explícita es que en este proceso se respete su DIGNIDAD.

Por lo tanto nos tendremos que hacer cargo en los próximos años de esta reclamación, y responder la pregunta de ¿Porqué no es moralmente lícito hacer todo lo que la ciencia propone o puede realizar?⁶

En los últimos años además ha surgido un apremio sobre los conceptos anteriores por cambios notables en el ejercicio de nuestra especialidad.

- La gran cantidad de demandas ante los tribunales de justicia, tendencia que no parece haber llegado a detenerse, sino que más bien ha ido creciendo año tras año⁷.

⁵ La Responsabilidad Civil Medica....

⁶ LA DIGNIDAD HUMANA, Francesco D’agostino. pg 24 Libro Vivir y morir con dignidad, Ed. Eunsa

⁷ Responsabilidad medico-legal: análisis de querellas 1991-1998. Rev. Chil Obstet Ginecol 2000; 65(1):38-45

- Lo insólito de algunas reclamaciones de los pacientes, como el conocido “caso Perruch” en Francia donde la familia demanda al médico por el *Perjuicio de haber nacido*.
- La creciente fragilidad ante los conocimientos que se creía sólidos y veraces y que cambian rápidamente en la literatura médica mundial, con la perplejidad de que la **Lex Artis** es cada vez más relativa. Lo veremos tratado en los capítulos sobre el manejo de la cesárea anterior, el uso de corticoides, aspirina, antibióticos, RPM extremadamente precoz, etc.
- Algunos elementos relativos a las opciones y creencias personales y a estilos de vida nuevos han influido en la obstetricia y ginecología.
 - La valoración actual a los derechos reproductivos, una de cuyas influencia se ha visto en el decreto ministerial que autoriza la esterilización quirúrgica a mujeres sanas sin necesidad de mayores razones que la voluntad libre y autónoma de la solicitante. Esto obliga a los servicios de Salud y a los médicos tratantes a estudiar un tema nuevo ante la autonomía de los pacientes.
 - También la realización de una mayor número de acciones de padres y médicos sobre diagnóstico prenatal y la problemática que ello genera.
 - Los cambios en la forma de vivir la sexualidad y con ello la aparición y distribución de anticoncepción de emergencia y su importancia para los ginecólogos que trabajan en urgencia, etc.
 - La aparición de una ley que protege los derechos de los pacientes, pero que se prevee que pueda producir una creciente judicialización en la relación médico-paciente.

Todos estos aspectos y muchos otros hacen necesario detenerse en un capítulo destinado a revisar los dilemas que enfrenta la obstetricia de urgencia. La urgencia obstétrica no siempre es resuelta por el médico tratante, interiorizado de las particularidades de su paciente. Entonces se trabaja con el desconocimiento de preferencias y valores, del grado de competencia de la paciente y muchas veces se debe presuponer, sin contar con exámenes anteriores o propuestas de tratamiento.

A pesar de todo lo anterior, es un desafío inmenso pero quienes hemos hecho urgencia obstetricia y podemos asegurar que han sido años que nunca se olvidarán, por la mezcla de gran stress y satisfacción, de haber podido acompañar en el dolor y también de recibir la gratitud de una mujer ó de su familia cuando las cosas resultaron.

La importancia e interés del tema se objetivan por las publicaciones recientes a nivel internacional sobre el tema, de las que destacamos

- Recomendaciones sobre temas de ética en Obstetricia y Ginecología hechas por el comité para los aspectos éticos de reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO - Agosto 2000
- Clínicas en Perinatología ; Volumen 30 de Marzo 2003 dedicado al tema de ETICA EN MEDICINA PERINATAL
- La publicación reciente “Materias éticas en Medicina Materno Fetal” editada de DONNA DICKENSON 2002

El desafío presente es replantearnos los conflictos diarios de la especialidad, asumiendo que ejercemos nuestra especialidad en un país con una cultura determinada, que nuestras pacientes tienen otra mirada diferente de la medicina a la europea o a la americana y que en algunos casos nos pedirán que tomemos decisiones por ellas. Razones que justifican este capítulo

Toma de decisiones y Análisis ético-clínico

Si dejamos atrás estas reflexiones desde la bioética, seguramente que un capítulo como este se justificará por si mismo, si entregamos elementos prácticos y de utilidad en los momentos en que se tenga dudas a cerca de cómo proceder en un caso determinado.

Esto se entiende como el proceso de la de “toma de decisiones ético-clínica” , propondré un modelo de trabajo⁸ rescatando lo más valioso de los distintos modelos que actualmente existen y que cada uno puede aportar novedad o utilidad.

En el desarrollo del tema, analizaremos algunos conceptos que son recurrentes en el lenguaje bioético actual.

A medida que han aparecido más recursos diagnósticos y terapéuticos, se nos ha hecho más fácil el ejercicio de la medicina. Pero en ocasiones esos mismos recursos en vez de facilitar las cosas, nos hacen surgir dilemas o simplemente generamos en los pacientes dudas, temores e incertidumbres. ¿Debemos asegurar un determinado Diagnóstico con otros exámenes mas costosos?, ¿Cuanto riesgo debemos tolerar ante los distintos métodos terapéuticos existentes para someter a nuestros pacientes?. Así se han ido abandonando algunas prácticas obstétricas clásicas como la atención de parto en nalgas, la versión interna, el parto vaginal es cada vez más restringido, sin embargo se han introducido procedimientos no exentos de riesgo, como la biopsia de vellosidades coriales, la cirugía con laser para terapia fetal, el extenso uso de medicamentos durante el embarazo, etc.

Según hemos aprendido, ”no existen enfermedades, sino que enfermos” cada vez que nos enfrentamos a una paciente y su caso, podemos identificar ya sea en la fase de diagnóstico como en la terapéutica, un número determinado de elementos que hacen de ese caso, un caso en particular, un caso

⁸ Magister de Bioética U.Católica

único. Los textos dirán lo que se debe hacer frente a una enfermedad como aquella, pero no frente a un enfermo en particular como aquel. En esto consiste una buena parte de los problemas ético-clínicos. Estoy parado frente a un enfermo y conocedor de los elementos formales de la enfermedad que padece, me surgen dudas sobre lo que es bueno hacer en este caso individual ¿Hay alguien a que no le haya pasado esto?

Entonces diremos que nos enfrentamos a un problema “ético-clínico” cuando no sabemos que se tiene que hacer, o si lo que hay que hacer es bueno o no, o a quien le corresponde hacerlo. Como ya lo planteó Bernard Lo : “cuando existen dificultades en la toma de decisiones frente a un paciente, en cuya resolución es necesario referirse a valores o principios que especifiquen lo que debe ser hecho en oposición a lo que simplemente puede ser hecho o frecuentemente se hace”⁹.

Para enfrentar estos problemas ético-clínicos, han surgido en la literatura especializada una variedad de metodologías que detallaré mas adelante en un apartado. Sin embargo, hay que aclarar que el desafío de todo médico clínico, es ir desarrollando a lo largo de los años de ejercicio profesional, la habilidad para reconocer cuando se está en presencia de un conflicto de esta naturaleza. Esto obliga al cultivo de las virtudes propias del buen médico, el conocimiento de sus pacientes y su realidad , sus preferencias y valores, y hacer en cada caso una aproximación centrada en la persona y su bien más trascendente.

Etapas del Proceso de análisis Etico-Clínico

1.- Resumen historia clínica e identificación del PEC

⁹ Bernard Lo, Archives of Internal Medicine 1891; 1414: 1063-1064

Para iniciar el proceso de análisis es necesario disponer de un resumen de la historia clínica, con ello habremos puesto en evidencia los aspectos más relevantes y/o conflictivos del caso y este paso nos ayudará a la identificación del (o de los) Problemas Etico Clínicos (PEC). En este paso hacemos entrar en el mundo de la ciencia, el mundo de los valores. Vemos así como se cumple lo propuesto desde sus inicios por los creadores de la conciencia moderna en Bioética,

Una forma que sugieren los diferentes modelos es plantear el PEC en carácter de pregunta,

*) Formulación de la pregunta.

¿Quién se formula la pregunta? La pregunta se la formula el médico o el agente de salud frente a una situación presente, en la que le toca decidir o actuar. Ante esta situación, ante este paciente, me pregunto que debo hacer. Trata de identificar el problema ético-clínico en una frase

Una vez conocida la historia clínica podemos preguntarnos ante cada caso sistemáticamente lo siguiente;

¿Cuál o cuales son los PEC?, ¿Quién y porque lo plantea? ¿Hay otros agentes que deben participar de el? , ¿Hay otros PEC fuera del formulado?

Luego es necesario

2.- Precisar circunstancias relevantes al PEC:

Estas circunstancias pueden provenir

- Información clínica: por ejemplo, la certeza del Diagnóstico, , falsos positivos y negativos, basado en Medicina Basada en Evidencias, las opciones del tratamiento convencionales, riesgos y resultados de los tratamientos propuestos. Tratamiento actual, v/s tratamientos alternativos y tratamientos experimentales, los distintos pronósticos a los que se enfrentará cada opción terapéutica, cual es la posibilidad real de acceso y costo de los exámenes y/o tratamientos. Evidencia del pronóstico vital y calidad de vida. Para esto se consulta a otros especialistas pronóstico en base a sobrevida, incapacidad, daño, autonomía etc.

- Información social: Dado por las características individuales de esta persona, su realidad familiar, su núcleo de apoyo social, con quien contará para llevar adelante su tratamiento, cual es su situación económica, de quien depende para realizar una opción u otra. Dadas las opciones terapéuticas, cual es la calidad de vida que de ellos se puede esperar y como se compatibilizan estas con las características del paciente.

Ahora vistos los aspectos precedentes, surge determinar cual es la

3) Participación del paciente, y para ello es muy importante determinar los siguientes puntos:

- Competencia e información: Durante las ultimas décadas, ha surgido con mucha fuerza el valorar y respetar las preferencias y creencias de los pacientes. De tal modo que una persona debe ser considerada siempre competente salvo que se pruebe lo contrario. Al menos eso permite desplazar el paternalismo extremo hacia grados más moderados e incluso, permitir que la autonomía de la persona en cuanto a agente moral, dotado de razón y voluntad libre se pueda expresar.

Diremos que alguien es competente para la toma de decisiones en medicina, cuando

- esta conciente y es capaz de entender lo que le sucede, ello exige que la información sea dada en un lenguaje y en un contexto que facilite la comprensión. No es necesario que sepa tanto como el médico, sino que entienda que le esta pasando.
- Una vez que ha recibido la información la puede retener, recordar y señalar los aspectos mas relevantes de la enfermedad o condición.
- También diremos que un paciente es competente cuando sea capaz de tomar opciones según estas se les presenten.

El que un paciente elija una alternativa poco razonable a

nuestro juicio no lo inhabilita ni pone en duda su competencia. Lo mismo, deberemos juzgar si es enteramente libre para decidir y si no hay presiones, ya sea de familiares, sistemas de salud, o de los mismos médicos.

- Por último, si el paciente es capaz de dar razones para fundamentar la opción que ha tomado.
- El caso de pacientes adolescentes o niños tienen sus propias escalas de competencia. Existen escalas móviles de decisión, y criterios para su aplicación. Las que se pueden consultar en textos de la especialidad.

- Relación médico-paciente

- Existen descritos un sinúmero de modelos en la relación médico-paciente, y es importante que no nos quedemos enredados en clasificarla, sino en entender que en algunas ocasiones la relación será con un profesional liberal, en otras con un profesional institucional, etc. y ello definirá una buena parte de las características que esa relación tiene, y habrá que hacer los esfuerzos necesarios para que se dé una relación lo más humana posible. En donde como dice Drane¹⁰, la medicina es una forma de encuentro humano que se caracteriza por la ayuda, y que contribuye a:

- generar los momentos y espacios para comunicar la verdad
- disponerse con respeto para aceptar la toma de decisiones por parte del médico y del paciente.
- respetar los sentimientos de uno y otro y dar espacio para comunicarlos o expresarlos
- Reconocer la condición social del hombre y la

¹⁰ James Francis Drane “Como ser un buen Médico” Ed. San Pablo pg 36-45

enfermedad, mirar que repercusión social tendrá la elección de tratamientos, como va a afectar a otros. Que causas sociales puede tener la enfermedad, si estamos aplicando la justicia en las decisiones.

- Finalmente, estar dispuestos a ayudar a otros en su momento de dolor y soledad, a la dimensión trascendente, a hacerse o a contestarse preguntas en el ámbito religioso, aún cuando yo no tenga todo claro.

- Preferencias y valores del Paciente

- En este punto me detendré con mas detalle, puesto que requiere una explicación mayor. Con cierta frecuencia escucho que tal o cual paciente invocado el Principio de la “Autonomía” han tomado una determinada decisión. Esto ha molestado mucho a su médico tratante ya que es algo que no se condice con la buena práctica médica.
- Esto pone de relieve, el hecho que el respeto al principio de autonomía no ha quedado claro, al menos, en los ámbitos de cuales decisiones legítimamente pueden tomar los pacientes y cuales corresponden exclusivamente a los médicos.
- Una Madre no puede, por medio de un contrato con un médico, hacer lícito y obligatorio para el médico lo que ni para ella ni para ningún otro hombre es lícito. La tarea del médico, es poner al servicio de la persona todo su conocimiento para hacer del mejor modo posible, lo que ella misma debe realizar para mantener su salud y su vida.¹¹
- Entenderemos que las preferencias y valores a respetar en el paciente, no son los tratamientos que la **lex artis** determina. Son

aquellas áreas en que una vez asegurada la licitud y pertinencia de un tratamiento, este colisiona con lo que el paciente tiene como valores personales y que muchas veces se fundan en una visión particular del bien y que no es exigible para todos los hombres.

Muchos son los casos de mujeres que teniendo indicado un tratamiento para el cáncer, determinan en conjunto con su médico, que han optado por posponer el tratamiento hasta lograr viabilidad fetal. No han cuestionado la indicación ni el tratamiento, pero han optado por preferencias y valores “superiores” a los que le ofrece el médico en ese momento.

Lo mismo hemos visto, en casos de testigos de Jehová, donde su conciencia les indica que el valor de su vida biológica esta supeditado a su vida espiritual. No ponen en duda la necesidad ni la indicación de la transfusión, pero se niegan a ella por cuestiones de fe.

En el otro extremo existen pacientes que desean ser operados de patologías sin tener indicación, que pretenden contratar los servicios del médico para una “medicina del deseo”.

Existirá por último una gran zona gris, donde es posible encontrar muchos casos de aquellos, que no vulnerando la *lex artis*, tampoco basan sus deseos en simples caprichos.

Existe el derecho a no saber, en el caso de ciertas enfermedades. Existe el rechazo válido a tratarse, el derecho a consultar una segunda opinión, etc. En la medicina materno fetal, nos encontramos con los casos de las pacientes que eligen la vía del parto, las que se niegan al diagnóstico antenatal, las que plantean alternativas al manejo médico del nacimiento y han postulado manejos alternativos.

Hemos visto la necesidad de aclarar con el paciente, los problemas que puedan surgir de la toma de decisiones que respeten sus valores. Es decir, hay que identificar las áreas en que puede haber cabida para conversar las opciones

¹¹ Problemas de la vida Conguyal Ed. Paulinas, “El médico y las leyes de la moral”

terapéuticas, por ej. no vamos a discutir que antibiótico usar, o de cuantos centímetros va a ser una conización. Pero si explicamos lo más sencillamente posible la naturaleza de los tratamientos o procedimientos, en ese trabajo conjunto pueden expresarse situaciones que colisionen con su estilo de vida, sus creencias, valores o preferencias.

Para lograr lo anterior, se ha visto que un proceso muy importante, es la comunicación con el paciente y en este nivel su participación nos lleva a ir más allá de la teoría de los principios de la no maleficencia - la beneficencia, y como reconocen sus mismos fundadores¹², otros principios pueden servir de apoyo al médico que desea respetar la autonomía;

- Decir la Verdad
- Respetar la Intimidad de los demás (esto no solo incluye la intimidad física sino también la psicológica y la espiritual.
- Proteger la Información confidencial
- Obtener el consentimiento de los pacientes para las intervenciones. Este aspecto es hoy de vital importancia y creo que merece un tratamiento especial o referir a los lectores a material especializado¹³
- Ayudar a los demás a tomar decisiones importantes, cuando se nos pida.

4.- Evaluación de las alternativas de acción con referencia a valores antropológicos y éticos.

Este punto, que encontramos presente en varias metodologías, se refiere a que en general se puede hacer una enumeración de problemas en los que por un lado se enfrentan las decisiones médicas y los valores éticos o antropológicos por otro.

Hay valores y principios que son universales, reconocidos y respetados por

pg 34-38

¹² PRINCIPIOS DE ETICA MEDICA, Beauchamps y childress “El Respeto a la autonomía” pg 120.

todos en cuanto seres humanos. Estos también debieran ser atendidos y respetados por la propia medicina. Sin embargo por la trascendencia de los mismos o por no ser evidentes en una primera mirada del caso, hay que hacer un paso explícito intentando identificarlos.

Por ejemplo, una enfermedad o condición (HIV +) nos enfrenta al problema de la confidencialidad, de la intimidad. Un enfermo que nos pide terminar con su vida, nos enfrenta al valor de la inviolabilidad de la vida humana. Y así, podemos enumerar el valor de la no discriminación, etc.

El principio de decir la verdad,

Respeto y cuidado de la vida humana.

El principio absoluto de no matar.

La obligación de lo ordinario, y no estar obligado a tratamientos extraordinarios.

El derecho del paciente a participar de la decisión.

El rol de la Subrogación de la voluntad del paciente ante una Emergencia.

Posible problema de justicia.

Calidad de la relación médico-paciente, etc...

Testamentos o directrices anticipadas

5.- Resolución del problema:

Decisión. El juicio ético-clínico

Esta se debe enmarcar dentro de los principios o valores éticos enunciados o que sostienen el Juicio Moral. En algunos autores o escuelas, los principios morales o los referentes morales se explicitan en la primera fase de la metodología como lo hace Diego Gracia¹⁴ a los que llama “el sistema de referencia moral” y será estos contra los que debe confrontar la decisión tomada para ver si no entra en contradicción con este sistema de referencia.

¹³ Serie de Documentos Académicos N° 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO
Fac. Medicina U. de Chile.

¹⁴ Diego Gracia, Metodos de análisis de problemas éticos en la clínica humana.

En otras como en la que hemos ilustrado en este capítulo, se enuncia de manera implícita (personalismo ontológico) y ello se traduce o implica que

- por el sólo hecho de ser, todo hombre es *persona* (sujeto moral y jurídico de derechos)
- se refleja en el modo de considerar los principios éticos y aplicarlos en pacientes concretos.
- el análisis también tendrá en cuenta los *derechos humanos*, basados en *la dignidad personal* que existe en todo ser humano.
- ni los derechos humanos ni la dignidad se pierden por el estado de enfermedad ni otras circunstancias.

De tal modo que para la resolución de un problema ético clínico concreto o en un caso particular se pueden plantear varias alternativas para su patología, por ejemplo:

No hacer nada

Acción paliativa menor:

Tratamientos conocidos o tratamientos experimentales

Y una vez planteada la resolución del caso se requiere considerar los siguientes puntos para poder pasar luego a la etapa que casi siempre se nos olvida a los bioeticistas, a los filósofos y también a los clínicos: el punto de implementar la solución, por ello es que antes debe quedar claro:

Participación y apoyo a la familia

Quien o quienes deciden

Como se decide

Es el resultado de una deliberación de todo lo anterior.

¿Hay absolutos morales que hagan que alguna de las acciones planteadas es intrínsecamente mala?

Luego se hace una evaluación prudencial de todas las circunstancias particulares del caso.

6.- Implementación de la solución

Esta fase requiere de tener seguridad que se han considerado todos los elementos anteriores. La decisión y la acción son tomadas por seres humanos, que van a afectar a otras personas y que en ultimo término va a perfeccionar tanto al agente que las realiza como a las personas en que se realiza la acción. Hay que considerar que las decisiones morales no son meras acciones externas sino que van formando y templando el carácter del médico el cual no es el mismo después de cada caso en el que participa. Por eso se dice que la medicina es una forma de vida. Y también contribuye a la realización de todos los involucrados. Sabemos que no basta la solución técnica, es importante el como se implementa, con el cariño que se haga, como se integra a la familia y al paciente, como se le informa, etc

Por último, compartiendo con el comité de ética del Hospital de Notti “creemos que la determinación del proceso de toma de decisión debe adaptarse a la realidad de cada hospital o centro en que vaya a ser utilizado. Esto no significa un relativismo en los pasos o criterios para tener en cuenta, sino la posibilidad de poder trabajar en la elaboración del propio proceso de toma de decisión, a partir de modelos nacionales o internacionales, para lograr la mejor adecuación a la idiosincrasia de la institución en que va a ser utilizado”.

SEGUNDA PARTE

MATERIAL DE APOYO AL TEMA

BIOETICA EN CONFLITOS OBSTETRICOS Y MATERNO-FETALES

Texto de apoyo a la reflexión bioética sobre Fertilidad e Infertilidad Dr. Sergio Valenzuela
P.
Dpto Estudios Bioéticos y Humanísticos Fac. Medicina -U. De Chile

Hechas las consideraciones sobre el modelo de análisis ético-clínico, la continuación lógica es la identificación de las materias bioéticas potenciales de conflicto en la especialidad. El primer concepto es que la introducción de la bioética en la obstetricia moderna ha descubierto un conjunto muy amplio de problemas que se entrecruzan y superponen de manera tal que prácticamente todas las acciones del obstetra deben tener un análisis ético.

Una lista sumaria de problemas ético-clínicos pudiera resumirse en aquellos más recurrentes en la literatura de la especialidad:

- Aspectos éticos y sociales de las evaluaciones fetales de screening
- Consejo prenatal y la imagen de la discapacidad
- Modelos de maternidad y el debate del aborto
- A quien pertenecen los tejidos fetales ?
- La ética de la gestación múltiple
- Operación Cesárea, quién decide, la madre o el Dr.
- Restricciones a la libertad de la madre en el embarazo
- Papel del Padre y su relación con el feto
- El embarazo es una enfermedad?

Por otro lado la A.C.O.G. durante el año 2003, publica una lista de materias éticas con sus respectivas guías y que todo obstetra debiera conocer.

Decisiones éticas hechas en Ginecología y Obstetricia

Empresas comerciales en la práctica médica: Venta y promoción de productos

Tomando decisiones al final de la vida : Entendiendo los objetivos del cuidado

Texto de apoyo a la reflexión bioética sobre Fertilidad e Infertilidad Dr. Sergio Valenzuela
P.
Dpto Estudios Bioéticos y Humanísticos Fac. Medicina - U. De Chile

Comites de Etica Institucionales

Dimensiones éticas del Consentimiento Informado

Dimensiones éticas de la solicitud y entrega de Interconsulta

Guías éticas para toma de exámenes a pacientes

Materias éticas en educación en Obstetricia – Ginecología

Materias éticas relacionadas con opinión de expertos en Obstetricia – Ginecología

Guías para la relación con la Industria

Virus de Inmunodeficiencia Humana: Guías éticas para la Obstetricia – Ginecología

La responsabilidad institucional de proveer defensa legal

Futilidad Médica

Reducción no-selectiva de embriones: Guías éticas para la Obstetricia –

Ginecología

Responsabilidad ética del Obstetra – Ginecólogo. Intereses y riesgos concernientes a la adopción.

Elecciones del Paciente y la relación Materno-Fetal

Responsabilidad del médico bajo la entrega de cuidados: Defensa del paciente en un ambiente de cambios en el cuidado de la salud.

Investigación de embriones en etapas precoces: Historia, trasfondo científico y consideraciones éticas.

Responsabilidad del médico en vistas a la maternidad subrogada.

Selección de sexo

Conductas sexuales inapropiadas en la práctica de la Obstetricia – Ginecología:

Consideraciones éticas

Esterilización femenina, incluidas aquellas con discapacidad mental

Codigo de Etica Profesional del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos

Nosotros hemos optado por desarrollar el tema usando como criterio la elección de situaciones según pertenezcan a una de las dos siguientes categorías:

- Aquellas que por ser muy frecuentes necesitan una reflexión urgente y permanente.
- Aquellas que siendo menos frecuentes tienen un dramatismo que nos hacen difícil tomar una decisión en la práctica clínica cotidiana dado el grado de incertidumbre en que nos desenvolvemos, la complejidad del caso o el conjunto de problemas que concurren en un mismo momento

Algunos de los conflictos éticos son similares a los que se presentan en otras especialidades, pero revestidos de las características propias de la nuestra. Por ejemplo, la confidencialidad, que es un principio exigible no solo ética sino que legalmente, es especialmente relevante entre los gineco-obstétricas cuando ello hace referencia a situaciones que pueden poner en conflicto la estabilidad de una familia. Me refiero a los casos de conformación de enfermedades de transmisión sexual, a los casos de detección de falsa paternidad, en los casos de HIV, etc. Esto será tratado oportunamente al revisar los eximentes para guardar el secreto profesional.

En el caso de la **relación médico-paciente**, debe ser analizada nuevamente a la luz del tipo particular de relación que se establece entre los pacientes y sus ginecólogos, cuando estos son hombres. Lo mismo cabe decir para la especialidad de la psiquiatría. En ambas situaciones hay un desafío ético especial.

La necesidad de explorar el cuerpo en busca de una enfermedad, el acceso que a él se tiene en el contexto de la salud, traslado, exámenes, hospitalización, etc, debe ser justificado, ya que se enfrenta o tensiona con aspectos propios de la humanidad del hombre.

El paciente que se expone lo hace generalmente en forma voluntaria bajo dos garantías que están implícitamente acordadas;

- El médico realizará la exploración solo cuando sea -a juicio del

examinador- estrictamente necesario.

- La intención del examinador, será exclusivamente la búsqueda de elementos de significación médica

Ante ninguna de las dos exigencias el paciente puede tener la certeza que han sido respetadas y ante esta falta de garantías es necesario que el médico en su acción **dé signos** de cumplimiento.

- Una modalidad para ayudar a dar fe de la intención del examen es explicar la naturaleza del mismo, hacer evidente la razón de la exploración, demostrar mediante detalles que ayudan en la propia visión del paciente desnudo, la necesaria privacidad del examen, el respeto del sentido del pudor definido como aquella especial intimidad que se reserva solo para ser descubierta voluntariamente y que todo ser humano normal posee.

CONTROL PRENATAL

Desde los primeros tiempos del siglo XX cuando se realizaban apenas 2 controles obstétricos, pasando por los años 60, en que se trabaja con los modelos de alto riesgo, que se suponía podía concentrar los recursos a fin de orientarlos al 1/3 de la población (de alto riesgo) más expuesta, hoy hemos llegado a la situación que hay un nuevo escenario en el control prenatal. Existen más exámenes, hay prestadores y pagadores y cada cual vela por la conveniencia de sus intereses. No existe un estado que se hace cargo de la salud de todos, sino uno que le permite a las personas elegir sus propios sistemas de salud.

Preguntas que tienen ribetes clínico, económicos y por supuesto éticos

- Intereses cruzados ¿Principio de Beneficencia? ¿Principio de Justicia?

¿Cual es una agenda correcta de controles prenatales?

¿Estos controles quien los debiera realizar, médico o matrona? A algunas de estas preguntas se ha contestado en forma institucional, a través de las normas del

ministerio, cuando uno decide asumirlas como propias, pero esto desde el punto de vista bioético no es necesariamente vinculante.

Lo mismo ocurre con el número de ecografías, las licencias maternas etc.

Hay antecedentes de médicos que citan repetidamente a pacientes sin motivo obstétrico. controles prenatales que suman 15 ó 20 en un embarazo normal, cuando han surgido experiencias como las de Sikorsky¹⁵ ó Jewell¹⁶ en que ellos realizan solo 6 controles prenatales a población de bajo riesgo, sin diferencias en el resultado perinatal.

ASISTENCIA DEL PARTO.

Las publicaciones de los años '90 que situaban a Chile entre los países más cesaristas, han creado una fuerte discusión sobre cuales eran las verdaderas razones para explicar este fenómeno y el consenso, es que se trata de un problema multivariado. Sin embargo no se explica que haya médicos que compartiendo el mismo tipo de pacientes (nivel socioeconómico, instrucción, situación geográfica) algunos tienen cifras cercanas al 100 % de partos por cesárea y otros mas cerca del 10-15%.

Una publicación reciente da cuenta de que es en la primera consulta cuando el médico ya ha decidido si va a operar a una paciente o no.

“Doscientas noventa mujeres (93.5%) prefieren un parto vaginal espontáneo; 20 mujeres (6.4%) prefieren la operación cesárea . En el último grupo, la mayoría tenía complicaciones obstétricas en el presente embarazo o

¹⁵ Sikorski J. BMJ 1996; 312: 546-553

¹⁶ Br Journal Obst Gyn Oct 2000. vol 107 pp 1241-1247

Texto de apoyo a la reflexión bioética sobre Fertilidad e Infertilidad Dr. Sergio Valenzuela P.

Dpto Estudios Bioéticos y Humanísticos Fac. Medicina - U. De Chile

experiencia de un parto previo complicado ($p < 0.001$); 1 mujer (0.3%) prefería la cesárea en ausencia de cualquier complicación obstétrica conocida actual ¹⁷.

Estas cifras internacionales, nos obligan a explorar la realidad nacional, el paso que corresponde es revisar nuestra actitud ética frente al tema.

Esto ha generado un movimiento de inquietud y ha llevado a revisar las prácticas de atención de Parto. El tradicional parto medicalizado que es como se atiende en la mayoría de los lugares del país.

En oposición a este surgen las dos modalidades actuales y que nos exigen una reflexión bioética: la activa participación del marido, y/o la familia en el proceso de trabajo de parto y parto. Las experiencia de apoyo emocional a la madre que está de parto, hace un desafío ético, el poder implementarlo dentro de las posibilidades de cada centro. Se ha demostrado su utilidad, validéz en términos costo-efectividad y que favorecen la humanización en la atención obstétrica. ¹⁸

La otra modalidad son las cesáreas a pedido, ya que consumen menor tiempo que el parto normal. Tiene la desventaja del costo económico, que en los sectores de medicina privada los asume el usuario y su Institución prestadora, la pregunta es ¿constituye una vulneración al principio de no maleficencia, al anteponer la autonomía de la paciente por sobre la lex Artis?

Una reciente publicación del British journal of Obstetrics and Gynaecology realiza un trabajo sobre las razones no médicas de atender partos por cesárea ¹⁹.

Los argumentos son:

1. Percepción de Beneficios maternos y fetales

Conveniencia social de la programación del Parto

Presión del grupo de pares, es bien visto tener una cesarea.

¹⁷ JA Gamble and DK Creedy Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. Birth, June 1, 2001; 28(2): 101-10.

¹⁸ Cabe señalar que muchas veces se ha mal entendido el concepto de parto natural, ya que se ha sacralizado y ritualizado como todo lo referente a lo "natural". No es el significado más profundo ni el que desde el centro universitario le hemos querido dar. Como tampoco es el valor que queremos darle al concepto de humanización. Ver libro "Nacer en el siglo XXI, de vuelta a lo humano" Universidad de Chile y Ministerio de Salud. pg 145, EL PARTO HUMANIZADO.

Tocofobia

Evitar riesgo fetal

Evitar riesgo materno

2. Razones Médicas

Actitud de tipo no Paternalista (respeto a la decisión materna)

Obstetricia defensiva de problemas médico-legales

Falta de espíritu crítico ante intervenciones innecesarias

Ganancia de Tiempo y organización de la agenda del médico

Beneficios económicos para el equipo médico

Ante estos dos extremos, el Dpto. de Obst. y Gin. de la U. de Chile se ha inclinado por favorecer todas aquellas prácticas obstétricas que le den centralidad a la persona humana, en este caso, a la madre gestante. Es una práctica que se corresponde con la Lex Artis, el propender al parto vaginal, aún cuando en determinadas circunstancias hay experiencia y una base de evidencias médicas, que desaconsejaría el parto vaginal. Esto es materia que solo le compete al obstetra decidir. Sin embargo hay que considerar los deseos de la paciente para tomar opciones en materias que sí son de su entera decisión.

Un aspecto nuevo de la discusión sobre razones parcialmente médicas para justificar una cesárea es el riesgo de prolapso genital, incontinencia de orina, daño al piso pélvico, etc.

Otro punto que despierta interés entre los obstetras es el número de cesáreas, a las que una paciente se puede someter y las condiciones de riesgo a las que se expone. Muchas segundas opiniones han sido solicitadas en virtud del terror que les han impuesto los propios médicos tratantes ante la perspectiva de tener que operar una tercera cesárea o más.

¹⁹ Penna, L. , Arulkumaran, S. Cesarean Cection for non-medical reasons International journal of Obstetrics and Gynaecology 2003, 399-409

Texto de apoyo a la reflexión bioética sobre Fertilidad e Infertilidad Dr. Sergio Valenzuela P.

Dpto Estudios Bioéticos y Humanísticos Fac. Medicina - U. De Chile

- **Caso Clínico:**
- *Mujer 31 años, cursando 38 semanas de embarazo fisiológico. Tiene F.P.P.=27 de Diciembre. Su médico le propone inducción para 20 diciembre, la paciente acepta porque desea pasar las fiestas de fin de año en su casa. Inducción de 10 hrs. Sin modificaciones cervicales ni progreso T. de P. Se indica Op. cesárea por inducción fracasada. RN 3250, Apgar 9-10 ambos evolucionan bien. A los 15 días, control puerperio normal, la paciente pregunta por la tía de su próximo parto y como se puede afectar su fertilidad futura con varias cesáreas. Ni la paciente lo preguntó antes ni el médico consideró importante decirlo.*

La Operación Cesárea, considerando las evidencias demuestran

- Mayor morbi-mortalidad materna
- Mayor costo social y económico
- Limitación de la fertilidad futura
- Mayores complicaciones posteriores

CONFLICTO ETICO CLINICO

Beneficencia / No maleficencia/ Autonomía

En una ética de máximos y mínimos, considerando como mínimos, aquellos principios que no pueden ser vulnerados y obligan a todos versus los principios de máximos, que son objetivamente buenos e idealmente practicables cuando se pueda, diremos que no se puede hacer un bien a costa de un acto malo. La cesárea injustificada es maleficente y no la justifica el querer hacer un bien por respetar los deseos de la paciente.

En estudios recientes hay una fuerte línea editorial que desperfila los riesgos de la cesarea. Estos artículos provienen de países con tasas de natalidad muy bajas y no ven mayor problema en resolver liberalmente los partos por cesárea, cuando las expectativas de paridad de la mujer son uno o máximo dos hijos. Este análisis se funda en una escuela utilitaria y pragmática que no concuerda con la postura del autor.

PATOLOGIA MATERNA PRODUCIDA POR EL EMBARAZO

Uno de los puntos de mayor dificultad y que siempre crea incomodidad en los obstetras son aquellas pacientes que cursan con patología que se agrava con riesgo de muerte materna principalmente durante el segundo trimestre del embarazo.

Patología Materna concomitante al embarazo, Cáncer y embarazo, Sdr.

Hipertensión pulmonar, Nefritis Lúpica, Pacientes cardiópatas gr. IV, Sdr .

Marfan y otros.

Patología del embarazo, principalmente SHE severo, Sdr. HELLP,

Un capítulo aparte lo constituyen las pacientes con estado vegetativo persistente y embarazo, o aquellas a las cuales se las ha diagnosticado muerte cerebral. También lo son el embarazo que rompe membranas siendo el feto pre viable y el caso de los embarazos ectópicos, sea donde sea que se localicen.

Tomemos un caso clínico puntual para ejemplificar cual debe ser nuestro análisis ético-clínico sobre lo que estamos haciendo,

Patología que médicamente requiere como tratamiento la Interrupción del embarazo

Pre Eclampsia severo y precoz es una patología cuyo tratamiento cuando se presenta bajo determinadas características clínicas, es la Interrupción del embarazo

Criterio de interrupción

PE moderada con Feto maduro (>37 sem)

PE severa con feto > 34 sem.

PE severa con feto inmaduro, de cualquier edad gestacional, ante el fracaso de tratamiento médico o deterioro progresivo del tratamiento médico.

(edema pulmonar, falla renal, falla multiorgánica, HELLP, Hemorragia cerebral, ruptura hepática, etc.

La pregunta que como clínico me hago, dado mi interés en salvar ambas vidas, es si ¿es lícito proceder a la interrupción del embarazo?. Ante este caso corresponde aplicar dos principios éticos

Principio de totalidad o principio terapéutico

Principio de doble efecto

- Principio de totalidad o principio terapéutico
- *Debe estar ordenado al bien de la totalidad del individuo*
- *Debe ser necesario para salvar el cuerpo*
- *Esa necesidad no puede ser resuelta de otra manera*
- *Debe referirse a una necesidad actual*
- *Se actúa directamente sobre la parte enferma*

El cuerpo humano es un todo unitario resultante de partes distintas, unificadas entre sí orgánica y jerárquicamente por la existencia única y personal.

Es el principio que rige toda la terapia médica y quirúrgica. El cirujano que extirpa un órgano está justificado e incluso obligado moralmente, en la medida que esta acción es necesaria para salvaguardar la vida. Tan inmoral sería operar de más como llegar a operar demasiado tarde.

Principio de doble efecto o voluntario indirecto Este principio reconoce que existen situaciones ante las cuales por una acción o una omisión se pueden derivar un efecto bueno y uno malo. Hay criterios que hacen “moralmente aceptable” casos como este de modo de no paralizarse ante la imposibilidad de optar bien. De tal modo que es lícito actuar cuando:

La acción buscada sea en sí buena, o por lo menos moralmente indiferente, en nuestro caso la acción es la interrupción del embarazo.

- Que el efecto bueno sea directamente buscado por la persona que actúa tanto los efectos como la intención. Salvar a la madre y hacerlo de tal modo que pueda ser salvada la vida del feto.

- El efecto bueno debe guardar proporción para justificar la aceptación del efecto malo. Existencia fundamentada de una situación de tal gravedad que justifica actuar. Asimismo, sería moralmente reprobable, si por no actuar ó hacerlo tardíamente se pierden las dos vidas. ¿Cuándo tomar la decisión de intervenir? ... Juicio prudente y conocimiento médico actualizado.
- El efecto bueno no debe depender del malo. El que la paciente se mejore depende de que se interrumpa el embarazo y no que el feto muera. Ciertamente ponemos en riesgo grave de morir al feto pero es el único bien que esta a nuestro alcance hacer.

En resumen: en una perspectiva de análisis moral que considera el Objeto, el fin y las circunstancias, diremos que el Objeto del acto, es decir lo que objetivamente se hace es “interrumpir el embarazo”, finalidad del acto ó lo que se refiere a la intención que mueve al agente a realizar el acto es mejorar a la madre y procurar salvar al feto. Cuando este objetivo, el de salvar al feto esta muy lejos de conseguirse, por ej. por edad gestacional, se llama Aborto Voluntario Indirecto

PATOLOGIA MATERNA CONCOMITANTE CON EL EMBARAZO

Otra de las situaciones dramáticas que nos toca vivir a los obstetras y ginecólogos es la asociación de patologías que se ven agravadas o su curso terapéutico complicado por el hecho de que la paciente está embarazada y uno de los casos típicos es el Cáncer en el embarazo.

Por diversas razones se ha producido un aumento de los cánceres durante el embarazo en las últimas décadas

Complican a 1 / 1000 embarazadas, Casi siempre se produce conflicto entre el interés inmediato de la madre y el bienestar fetal. En base a los hechos médicos, es necesario discutir los potenciales conflictos éticos, y presentar una aproximación ética que ayude en la identificación de los conflictos materno fetales y como disminuirlos. La terapia óptima para este trágico diagnóstico de cancer en el embarazo requiere de una colaboración interdisciplinaria dada por ginecólogo,

oncólogo, obstetra, cirujanos, neonatólogos, psicólogos enfermeras ,
quimioterapeutas y radiólogos y otro personal clínico.

Los Cánceres más frecuentes durante el embarazo son Cáncer cuello uterino, Tiroides , Cáncer ovario, Linfomas Hodgkin, Cáncer de mama, Leucemias , Melanomas.

La decisión de tratar o no el cáncer durante el embarazo es lo que determina el conflicto entre el bienestar materno y el fetal principalmente porque si se decide tratar, existen peligros para el feto derivados de la misma Cirugía, de los efectos de la Quimioterapia y los efectos de la Radioterapia. Algunos de los efectos fetales son el retardo de crecimiento Intrauterino, la muerte embrión o fetal, las malformaciones congénitas macroscópicas, o la aparición de linfomas y otros cánceres en período post natal

Si por el contrario, la opinión del equipo médico, o de la madre o de la familia es la de diferir el tratamiento se espera que en algunos de los cánceres se produzcan cambios en la etapificación y en el pronóstico materno. La experiencia de haber tratado mujeres en esta condición, nos lleva a constatar que a veces el conflicto es de intereses y a veces el dilema se resuelve por una generosidad sin límites de la madre hacia su hijo.

Nuevamente usaremos un caso clínico particular para aplicar el modelo de análisis ético – clínico ¿Cuál es la Pregunta? Mi paciente tiene cáncer de mama y en el curso de la radioterapia, en período inter-curas, se diagnostica un embarazo, esto me enfrenta entonces a los siguientes problemas:

- Limitación en los métodos diagnósticos
- Limitación en las alternativas terapéuticas

El problema ético clínico en este caso es el tener a una paciente con una enfermedad grave de curso incierto y eventualmente favorable de poder completarse un tratamiento que se ve interrumpido por la presencia de un embarazo. Es decir, he identificado un Conflicto de intereses entre lo que se debería hacer y lo que simplemente se hace en otras circunstancias fuera del embarazo.

Debo tratar de identificar todos los cursos de acción posibles y confrontarlos con mi marco de referencia valórico y ver si alguna de las alternativas se contradice con ellos. Las alternativas identificadas son:

Continuar radioterapia sin preocuparse del embrión

Suspender Radioterapia hasta viabilidad fetal

No hacer radioterapia hasta embarazo de término

Aborto provocado mas radioterapia

Radioterapia tomando en consideración al embrión (calcular la dosis mínima, frecuencia, medios de protección, E.G.)

De estas alternativas identificadas, cual entra en conflicto con el nivel de los Principios de Respeto a la vida del embrión – feto, Derecho a procurarse tratamiento oportuno madre, Principio del doble efecto.

LIMITACIONES A LA AUTONOMIA MATERNA

Otro capítulo de los conflictos éticos en Obstetricia es el de las limitaciones a la libertad de la paciente embarazada por estilos de vida que ponen en riesgo conocido y cierto al feto

Estas pueden resumirse en aquellas en que no se logra solucionar un conflicto de que es lo que corresponde hacer según el médico especialista y lo que la madre desea que se haga.

Aquí aparece una buena ocasión para revisar los límites de la AUTONOMIA, en Obstetricia y Ginecología. Para ello podemos ilustrar algunos casos paradigmáticos de Intervenciones médicas coercitivas en los Estados Unidos.

Watson Bowes y Brad Selgestad, reportan el caso de *una mujer de 33 años, quien es ingresada en trabajo de parto. Se presentan Desaceleraciones tardías, pérdida de variabilidad en registro y L.A. Con meconio . Se le indica una ceáarea de emergencia por encontrarse según los médicos en sufrimiento fetal. La paciente se niega por temor a la cirugía. La familia es incapaz de hacerla cambiar de opinión. Los médicos van a la corte para obtener la orden de intervenir sin el consentimiento de la mujer.*

¿Qué análisis podemos hacer en la perspectiva Etico-clínica?

Aquí se solucionó el problema urgente de resolver una situación en que un tercero inocente corría peligro por una decisión materna. Es decir, podemos afirmar que en determinadas circunstancias el respetar la autonomía de la madre puede constituirse en un acto maleficente, puesto que no hemos protegido al paciente de un daño que se provoca a si mismo o a otros.

La solución del problema pasa por aplicar el Principio de No Maleficencia y de Beneficencia que inspira al médico y que habría impedido una acción dañina en contra de su paciente. También la solución reconoce que la Autonomía de la Madre tiene sus límites, que no pueden ser transgredidos y que están incluso regulados por el derecho.

Como un antecedente histórico las cortes americanas han permitido posterior a estos casos, variedad de cesáreas por razones médicas, Distress fetal, Cesarea anterior, Placenta previa, DPPNI, Falta progreso T. De Parto.

Otras intervenciones médicas coercitivas pueden quedar ejemplificadas en el siguiente

CASO CLINICO

Paciente de 18 años, consumidora de cocaína, cursando embarazo de 25 semanas, con dos episodios de desprendimiento placentario parcial, y membranas rotas, es ingresada en el hospital

Se realiza transfusión sanguínea, maduración pulmonar con corticoides, y medidas de estabilización.

Se le indica permanecer hospitalizada para monitorear varios problemas los que se le explican detenidamente: La placenta puede sangrar de nuevo, lo que acarrearía riesgo de Shock materno, defectos coagulación, anemia fetal, etc. Las membranas rotas aumentan significativamente el riesgo de una infección fetal y materna. La paciente se niega a hospitalizarse, y los médicos creen la causa de su rechazo es porque desea (necesita) conseguir cocaína

Resolución legal. La corte es informada y da la orden de hospitalización involuntaria . Se debe mantener hospitalizada hasta que los

médicos lo estimen necesario. Se le obliga a un tratamiento antidrogas y existe el requerimiento de que si queda embarazada nuevamente debe avisar a su oficial de libertad y someterse a un control prenatal aprobado por la corte.

¿Cuándo una mujer que es mentalmente competente puede ser obligada contra su voluntad? ¿Cuándo es éticamente y legalmente justificable.?

Las dos formas de enfrentar el consumo en el embarazo²⁰ durante este siglo en los países angloamericanos, no ha resuelto la tensión que existe entre quienes creen que el abuso de drogas es mejor combatido con un sistema de justicia criminal fuerte y aquellos que enfatizan un modelo de salud pública médica centrada en la prevención y el tratamiento. En las últimas décadas el debate se ha centrado en torno a la persona de la adicta embarazada. Primeramente se construyó el castigo considerando su adicción como un obstinado deseo de dañar al feto y se penó como abuso infantil.

Posteriormente las cortes consideraron el embarazo como un momento de incremento motivacional para tratarse y enfocaron su acción en expandir y mejorar las opciones de tratamiento.

²⁰ Policies towards Pregnancy and Addiction: Sticks without Carrots
WENDY CHAVKIN^{a,c}, PAUL H. WISE^b and DEBORAH ELMAN^a
Annals of the New York Academy of Sciences 846:335-340 (1998)

Texto de apoyo a la reflexión bioética sobre Fertilidad e Infertilidad Dr. Sergio Valenzuela P.

Dpto Estudios Bioéticos y Humanísticos Fac. Medicina - U. De Chile

Resolución legal

- Las cortes también han permitido otros procedimientos contra la voluntad de la madre: Transfusiones maternas, Transfusiones fetales en Rh(-) sensibilizados, Hospitalización con detención en casos de Diabetes descompensada, También en casos de uso de cocaína, se han tomado medidas por “entregar drogas a un menor”. (Jennifer Johnson 1989 Florida), Los argumentos a favor del feto son tomados más en cuenta y ciertamente son las más controversiales.

LA EMBARAZADA Y LA SALUD MENTAL

- En ciertas ocasiones, se presenta una forma particular de conflicto que obliga a limitar la libertad de la madre embarazada. Esto ocurre cuando la paciente es conocida portadora de una condición de salud mental, que pone en riesgo su propia vida, la de su hijo, o la de otras personas.

Casos graves de anorexia nerviosa

Trastorno bipolar descompensado

Depresión severa, o trastorno depresivo severo

Esquizofrenia sin mejoría al tratamiento, ó en presencia de un brote psicótico

También en trastornos graves de personalidad, etc

Trastornos graves de ansiedad del tipo obsesivo compulsivo (TOC) o fobias graves.

- La Asociación Mundial de Psiquiatría en la Declaración de Madrid, de 25 de agosto de 1996, basándose en esto ha aprobado las siguientes normas éticas para regir la conducta de los psiquiatras y por extensión se constituye en una recomendación para los ginecólogos²¹:
- ...- Cuando el paciente esté incapacitado y no pueda ejercer el juicio adecuado, los psiquiatras deberán consultar a la familia y, si fuese necesario, buscar consejo jurídico con el objeto de salvaguardar la dignidad humana y, los derechos legales del paciente. No se debe llevar a cabo ningún

²¹ CB n° 40, 4ª 1999, pp. 632-643

tratamiento en contra de la voluntad del paciente salvo que el no tratarlo ponga en peligro la vida del paciente o de terceras personas a no ser que el tratamiento sea para el mejor interés del paciente.

En un artículo de Coverdale y Chervenak cuyo objetivo es reflexionar sobre como aumentar la toma de decisiones por mujeres embarazadas depresivas²² señalan que los Principios Éticos y el concepto del feto como paciente soportan las 4 estrategias propuestas para aumentar la autonomía de las pacientes embarazadas con depresión y permiten resolver adecuadamente los conflictos éticos en el manejo de esta patología.

Elas son la a) realización de screening para depresión a la población embarazada. b) Asesorar sobre los efectos de la depresión en la toma de decisiones. c) Dar consejos a cerca de las consecuencias adversas del embarazo en la depresión tanto a la paciente como a la familia d) Dar información a las pacientes a cerca de las opciones sobre tratamiento en la depresión.

MUERTE CEREBRAL Y EMBARAZO

La muerte cerebral es un hecho aceptado pero no hay un consenso global en los criterios diagnósticos.²³

En el caso excepcional pero que desgraciadamente se ha presentado al menos uno ó dos en el ultimo año, el diagnóstico clínico de muerte cerebral nos enfrenta a alternativas que surgen inmediatamente que se plantea el diagnóstico. Para el médico tratante obliga a la suspensión o retiro de tratamiento. Sin embargo en el caso de la paciente embarazada deberá decidirse una serie de dilemas éticos, sobre : Cual es la voluntad expresada por la paciente, cual es la posibilidad de llevar

²² Enhancing decision-making by depressed pregnant patients.-- JH Coverdale, LB McCullough, and FA Chervenak- J Perinat Med, January 1, 2002; 30(4): 349-51.

²³ Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria Eelco F.M. Wijdicks, MD Department of Neurology, Neurological and Neurosurgical Intensive Care Unit, Mayo Medical Center, Rochester, MN.

Texto de apoyo a la reflexión bioética sobre Fertilidad e Infertilidad Dr. Sergio Valenzuela P.

Dpto Estudios Bioéticos y Humanísticos Fac. Medicina - U. De Chile

el embarazo a una condición de viabilidad y en cuantas semanas se logrará eso. cual es el costo económico y quien lo aportará

¿Se puede declarar muerta a una mujer que tiene un hijo vivo en su interior?

¿A que medidas obliga, y estas son ordinarias o extraordinarias? . Las guías clínicas para la muerte encefálica en adultos esta definida en 88% de los países. Yo me temo que como gineco-obstetras, desconocemos el asunto y no hemos participado de su discusión siendo nuestro deber conocerlas.

En el libro de Peter Singer **Repensando la vida y la muerte**, El colapso de nuestras éticas tradicionales se menciona el siguiente caso:

CASO CLINICO

Trisha Marshall, blandiendo un cuchillo carnicero irrumpió en el departamento de un hombre discapacitado de 60 años. Le pidió dinero, pero este hombre, al que le habían amputado ambas piernas y que ya le habían robado anteriormente, esta vez estaba preparado. Sacó una pistola y disparó a Trisha en la cabeza y luego llamó a la policía.

Dos días después Trisha Marshall, en la unidad de cuidados intensivos del Highland General Hospital, fue declarada en muerte cerebral. Tenía 28 años, y era madre de 4 niños, todos al cuidado de otras personas. La policía de Berkeley la investigaba por otros robos y tenía cocaína y alcohol en su sangre. En esa oportunidad se constata que estaba embarazada de 17 semanas. El hospital tomo la decisión de mantener las funciones vitales de Trisha hasta lograr que el embarazo llegara a término.

El 3 de Agosto, nació un niño varón, Dario Marshal , mediante una operación cesarea, un poco prematuro pero saludable. Los medios llamaron al logro del hospital como un milagro de la medicina.

Argumentos que se dieron en contra invocaban el Principio de Justicia porque preguntaban ¿Quien pagará los costos? (US \$ 200.000). También contaba la Conducta previa de Trisha, la drogadicción, la maternidad abandonada de sus hijos anteriores, el asalto violento que perpetra antes de caer víctima de una legítima

defensa. Todos argumentos que cuestionaban el uso de los recursos en una persona con estos antecedentes.

Otra línea de argumentos viene por el respeto al cuerpo , hay grupos que sostienen que es contrario a la dignidad de la mujer el usarla como incubadora para ser desechada después de usarla.

La única respuesta de los médicos tratantes ha sido permanentemente la misma; el respeto a la vida del feto, ya que muchas veces ha quedado previamente de manifiesto y comprometida la palabra del doctor ante la voluntad de la paciente de sacar adelante el embarazo y procurar salvar con vida al feto.

■ LA MEDICINA FETAL

Otra de las áreas de conocimiento en torno a la que se organizan los médicos para atender a pacientes embarazadas, es la relativamente nueva sub especialidad de la Medicina-Fetal. Esta posee Técnicas diagnósticas y terapéuticas materno – fetales que presentan desafíos éticos interesantes en nuestro país, dada la tradición tanto médico-legal como en la opinión pública que ha protegido al embrión en su desarrollo.

Para quienes estén interesados en los aspectos históricos que dieron origen a la preocupación bioética por la discriminación y el diagnóstico prenatal los refiero a los llamados casos “Baby Doe”

Comprenden casos de problemas éticos que surgen cuando los padres o los médicos se cuestionan sobre la limitación, suspensión de tratamientos y eventualmente de todo tipo de cuidado, en algunos niños que son portadores de alguna condición que genere discapacidad.

DIAGNOSTICO PRENATAL

Se entiende, que tanto el costo económico, como social, y por sobre todo emocional de saber que un hijo va a “sufrir”, ha hecho desde siempre preguntarse a los padres si su hijo “viene bien “. La novedad es que hoy día contamos con herramientas para saber con muchas mas certeza cual es la condición fetal.

Así es como uno de los pilares de la medicina fetal es el poder realizar Diagnóstico prenatal de malformaciones, defectos congénitos, Síndromes genéticos, etc. Esto se realiza porque a pesar de la baja frecuencia (4-5 % defecto congénito de todos los Nacidos Vivos) concentra un alto número de acciones en salud, costo económico, daño a largo plazo y morbimortalidad

Defectos congénitos a pesar de su baja frecuencia son responsables de;

25% mortalidad perinatal

50% mortalidad en infancia

50% severo deterioro mental /físico

Entrevistando a muchos de los jefes de Programas de Medicina Materno Fetal, en Chile podría decir que en general existe el convencimiento de que se reconoce al embrión-feto su calidad de persona humana . A su vez se entiende que en la mujer embarazada hay una paciente y en el embrión-feto a otro paciente.

Estos dos fundamentos permiten reconocer el derecho de ambos a recibir atención médica de acuerdo a los más altos estándares de calidad, en una dimensión de proporcionalidad, de igualdad y de respeto a la vida.

Objetivos²⁴

- Dar a los padres la información disponible acerca de las anomalías y sus secuelas
- Proveer seguridad y reducir el nivel de ansiedad asociado al evento reproductivo
- Asegurar y proveer el tratamiento óptimo para el embrión y/o feto afectado

Sin embargo, a pesar de lo noble y benéfico de las intenciones del Diagnóstico Prenatal y de que además de hacerse cargo de un elemento casi antropológico de la paternidad y maternidad, es decir que es “lógico” querer saber el estado del feto si a uno le preguntan, hay que reconocer que la actitud frente a la aceptación de un niño discapacitado en el caso de muchos países enfrenta a los padres a la situación de tener que decidir si abortan o no.

Para dar un ejemplo de la literatura reciente, cito el trabajo ²⁵ de Matsuda en Japón, donde se realizó diagnóstico prenatal en 5.748 mujeres, a través de amniocentesis y/o biopsia de vellosidades coriales mediante screening para anomalías cromosómicas.

El 89.1% (221/248) de aquellas cuyo diagnóstico resultó tener una anomalía cromosómica abortaron su embarazo.

²⁴ Centro de Medicina Materno Fetal, Hospital Clínico Universidad Católica

²⁵ Prenatal genetic testing in Japan. Matsuda I, Suzumori K. BJOG 2003 Jan;110(1):18-21

Texto de apoyo a la reflexión bioética sobre Fertilidad e Infertilidad Dr. Sergio Valenzuela P.

Dpto Estudios Bioéticos y Humanísticos Fac. Medicina - U. De Chile

Entonces; RECONOCIENDO UNA ACTITUD LICITA EN EL CONTROL DEL CRECIMIENTO DEL FETO...El Especialista debe hacer un juicio sobre la indicación y las motivaciones para realizar sus procedimientos.

Analizando

Las técnicas y sus riesgos implícitos

Las condiciones de los pacientes y sus indicaciones respectivas. (edad materna, antec familiares, etc)

Criterios para un juicio ético

El criterio base de la bioética y genética es *“El bien integral de la persona según su Dignidad Específica”*

El Diagnóstico Prenatal permite conocer la verdad sobre el embrión o feto y esto tiene dos significados ético clínicos

- ***Comunicación de la Verdad.***

Una parte de la verdad es que el niño tiene una enfermedad. La otra parte de la verdad es que ese niño es un ser humano. Pertenece al grupo de aquellas personas, por su condición humana de indefensión, enfermedad o anormalidad, que la sociedad tiene que definir sus deberes hacia ellos. Hoy día se clausuran edificios porque no tienen rampa para sillas de rueda o accesos expeditos para discapacitados. Existen estacionamientos especiales y filas en los supermercados, asientos en los aviones, etc. Esto quiere decir que en nuestra sociedad, cuando ellos logran tener voz, efectivamente han hecho respetar sus derechos. En la medicina prenatal son sus médicos y sus padres la voz de los discapacitados que han sido puestos a nuestro cuidado.

- ***Derecho a saber y derecho a no saber.***

Esta segunda reflexión surge de la presión casi inconsciente que ejercen los médicos sobre las pacientes en torno a que entregan más información que la que se les ha solicitado o que es necesaria para un correcto control prenatal. Hoy este

derecho, a no saber, se reconoce ampliamente, sobre todo cuando no hay nada que se pueda hacer en términos terapéuticos para variar el rumbo de las cosas.

Y junto a esos dos criterios me atrevería a sugerir dos principios que complementan esos criterios:

- Un principio básico en bioética: Inviolabilidad de la vida humana. Un diagnóstico nunca debe ser una sentencia de muerte para nadie.

- Un segundo principio es que ante un enfermo determinado, El curarlo suprimiendo al enfermo es una contradicción a la lógica y atenta contra ese principio enunciado anteriormente de respeto a la vida (indefensa). El empezar a eliminar a toda vida en desventaja será una derrota para la ciencia médica y para el progreso científico.