

# El cuidado prenatal: dilemas entre la salud de la madre y la vida del hijo.

**Dr. Luis Novali**

**Médico Pediatra Neonatólogo.**

**Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa)**

**Comité de Bioética. Sanatorio Mater Dei.**

**Comité de Bioética. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.**

Enfermedad en la madre gestante.	Riesgo para la vida de la madre.	Tratamiento	Consecuencia para el feto	Consecuencia para la madre
Cáncer de cuello uterino invasor en el 1 <sup>er</sup> trimestre e inicio del 2 <sup>o</sup> .	Si. Diseminación	Necesidad de extirpación uterina. (Histerectomía radical más linfadenectomía pélvica (con feto <i>in utero</i> ))	Muerte del feto	Pérdida de fertilidad.
Embarazo ectópico tubario (En trompa de Falopio),	Si. Hemorragia y shock hipovolémico	Salpinguectomía	Muerte del feto	Pérdida de fertilidad.
		Salpingostomía	Muerte del feto	No pérdida de fertilidad.

# Situándonos en el problema: cancer y embarazo

- El 0,8% del total de las mujeres con cáncer cursan un embarazo.
- Se dan cifras de una mujer embarazada y con cáncer (de cualquier órgano) por cada 1.000 embarazos.
- El embarazo no influiría sobre la evolución del cáncer, al compararlo con la evolución del cáncer de la población femenina no gestante.

# Situándonos en el problema: cancer de cuello uterino y embarazo.

- Hay poca experiencia internacional, las series son pequeñas (2.000 casos) pero aumentan al incluir casos de cancer en mujeres con antecedentes de embarazo en los 6-12 meses antes del diagnóstico, porque estos tumores sin duda existían durante ese embarazo.
- En EE.UU. se reporta incidencia de un cáncer cérvico - uterino invasor cada 2.500 embarazos.
- El pronóstico de esta enfermedad no es afectado por la gestación.

# Dilema:

- La histerectomía radical con feto in útero, el tratamiento considerado la mejor alternativa para una mujer con un cáncer en un estadio evolutivo avanzado, lleva inexorablemente a la muerte del feto.

# Situándonos en el problema: embarazo tubario.

- Uno de cada 50 embarazos resultan en un embarazo tubárico.
- Ocurre cuando un óvulo fertilizado se implanta fuera del útero, en una de las trompas de Falopio.
- Causa número uno de muertes de mujeres embarazadas ( y del feto) durante el primer trimestre del embarazo.

## Dilema:

- Los distintos procedimientos para el tratamiento del embarazo tubario provocan la muerte fetal.

¿Cuál es el dilema común a ambos casos, tanto para los médicos como para los pacientes?

- Aquellos tratamientos que ofrecen mayor posibilidad de sobrevivida a la paciente gestante provocan la muerte fetal.

# Dilema para el médico:

- Ambos casos ponen al médico en la posición de realizar o no determinado acto, a sabiendas de que si lo realiza, este acto producirá dos efectos: uno bueno y otro malo.

# “Principio del Doble Efecto”

- Puede utilizarse como guía para el análisis de la ejecución de acciones en pos de un buen fin, con pleno conocimiento de que también producirán malos efectos.
- Se ha venido desarrollado a través de los siglos, en el curso de la evolución de la teología moral católica, y representa el marco conceptual que posibilita justificar acciones que tienen efectos tanto buenos como malos.
- La interpretación y la aplicación de este principio ha producido controversias a través del tiempo y sigue provocándolas aún en nuestros días.

# “Principio del Doble Efecto”

- Tiene sus raíces en la tradición medieval de la “ley natural”.
- Se manifiesta en el pensamiento (Suma theologiae) de Santo Tomás de Aquino (1225-1274).

# Santo Tomás de Aquino (Suma theologie):

- “Nada impide que un acto único tenga dos efectos de los cuales solo uno sea el intentado mientras que el otro puede estar fuera de la intención. **Los actos morales reciben su especie de lo que es intentado y no de lo que está fuera de la intención”.**

# Condiciones del Principio del Doble Efecto

- 1-El acto en sí mismo, prescindiendo de sus efectos, debe ser éticamente e intrínsecamente bueno o por lo menos indiferente.
- 2-El fin del acto es obtener un buen efecto. El mal efecto no debe ser directamente deseado pero puede ser permitido. Si se pudiera obtener el buen efecto sin provocar el mal efecto así se haría.
- 3-El efecto primario e inmediato que se sigue es el bueno. El buen efecto no debe ser causa directa del mal efecto.
- 4-Debe existir una causa proporcionalmente grave para actuar. El mal efecto no puede ser mayor que el buen efecto, sino que debe guardar proporción con él.

# Efectos:

- “Efectos indirectamente voluntarios”, a aquellos efectos de una acción voluntaria que el agente prevé o debe prever, pero que no busca ni como fin ni como medio, sino que solo acepta, permite o tolera en la medida en que se encuentra ligado a lo que directamente desea (mal efecto indirecto).
- “Efectos directamente voluntarios”, a aquellos efectos que forman parte del plan de acción a llevar a cabo (mal efecto directo).

# El caso del cáncer de cuello uterino

- Cumple con la **primera condición**, ya que la operación quirúrgica es en sí buena, está guiada por la necesidad de salvar la vida de la madre.
- Cumple la **segunda condición**, dado que la extirpación del tumor es el objeto de la operación, y la muerte fetal es solo permitida, o simplemente tolerada.
- Cumple la **tercera condición** ya que el objetivo primario perseguido es bueno, la curación de la madre.
- Se encuadra en la **cuarta condición**, ya que la necesidad y la urgencia de la cirugía tiene una razón: preservar la vida de la madre, proporcionada al efecto malo y no deseado, la muerte fetal.

# El caso del embarazo ectópico tubario

- La salpinguectomía, es decir la extirpación de la trompa de Falopio con el embrión en su interior sería un “efectos indirectamente voluntarios” o “mal efecto indirecto”.
- La salpingostomía, es decir el efectuar por vía endoscópica una incisión en la trompa de Falopio para extraer el embrión, sería un “efectos directamente voluntarios” o “mal efecto directo”.

# Salpinguectomía: extirpación de la trompa de Falopio.

No va a extirpar al embrión, sino la trompa con su contenido:

- Cumple con la **primera condición**, ya que no va a atacar al embrión en forma directa.
- Cumple con la **segunda condición**, ya que el buen efecto, es decir preservar la vida de la madre, no es consecuencia del mal efecto, la remoción del embrión, sino de la extirpación de la trompa.

# Salpinguectomía: extirpación de la trompa de Falopio.

- La **tercera condición** también se cumple, ya que el médico no tiene intención de matar al feto sino de salvar la vida de la madre extirpando la trompa.
- La **cuarta condición** plantea la cuestión sobre si el buen efecto de la salpinguectomía, la preservación de la vida de la madre, balancea el mal efecto, la extirpación del embrión y la puesta en riesgo o pérdida de la fertilidad.

# Analizando la cuarta condición

Si en realidad estamos valorando es forma más o menos directa la vida humana, en relación a la ponderación que se hace de otros bienes:

- ¿Cómo se puede determinar si el buen efecto guarda una adecuada proporción y balancea el mal efecto?

# Proporcionalismo

Quita al concepto el tono matemático, cuantitativo, que lo hace equívoco, y le adjudica la condición de balance entre valores, positivos y negativos.

Si en la intención y el fin de un acto predominan los valores positivos, este es intrínsecamente bueno.

La acción es un medio que debe guardar debida proporción con el fin que se intenta alcanzar.

# Criterios para la aplicación de la cuarta condición del Principio del Doble Efecto

- Que no exista contradicción entre el medio y el fin.
- El medio no desvalorice al fin.
- Que el medio no cause más daño que lo necesario.
- Que en el acto en su conjunto lo bueno supere a lo malo.
- El medio tenga una necesaria relación causal con el fin.
- El medio posee capacidad inherente para llevar al fin.

# Proporcionalismos vs. Consecuencialismo.

- Para el consecuencialismo un fin deseable puede justificar cualquier medio, lo que importa es el fin a lograr, no importa cuán desproporcionado sea el medio utilizado para llegar a él.
- Para el proporcionalismo importa tanto los medios como el fin a alcanzar.

# Consideración de estos dilemas desde:

- 1-El médico obstetra que debe tomar una decisión.
- 2-La paciente gestante.
- 3-El paciente fetal.

# El médico obstetra que debe tomar una decisión.

- En el acto que debe decidir y efectuar el médico se debe en primer lugar considerara su intención.
- El médico elige una acción concreta e inmediata: por ejemplo operar o no operar, que no es el fin deseado sino un medio para llegar a tal fin, el cual es un bien mayor más lejano, la curación de la paciente.

# El médico obstetra que debe tomar una decisión.

1. El médico ha hecho esfuerzos para mantener la gestación.
2. Ha tomado todas las previsiones para asegurar una atención proporcionada a sus dos pacientes.
3. Ha llegado a la razonable convicción que:
  - La continuidad del embarazo puede llevar a la muerte a la paciente gestante y el paciente fetal.
  - La única posibilidad de sobrevivida de ambos, o por lo menos de uno de ellos, es interrumpirlo.

Si se produce la muerte del embrión o feto, esta será indudablemente indirecta: a pesar que sabemos que el embrión o feto va a morir con la acción efectuada, su muerte no está en la intención del médico.

La paciente no se cura porque el embrión o feto muere, sino que el embrión o feto mueren al querer curar la enfermedad.

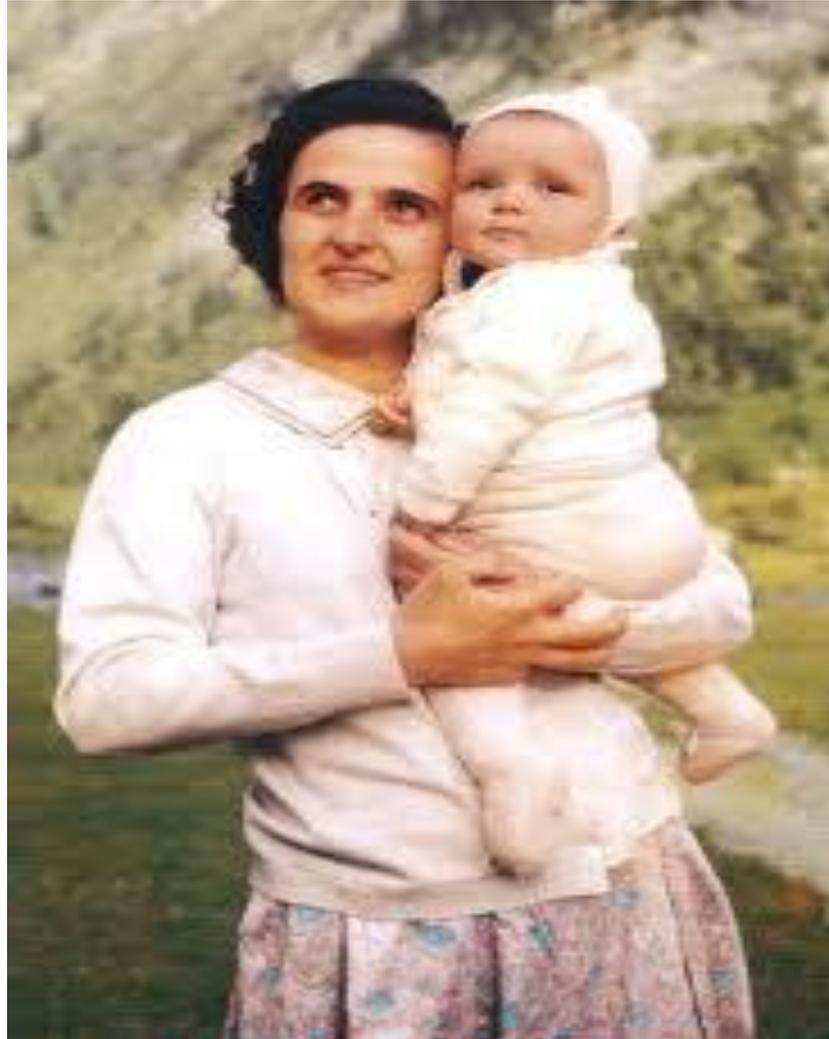
# La paciente gestante.

- Tiene también la autonomía de manifestarse sobre la situación que la involucra a ella y a su hijo/a.
- Si es competente, es decir si tiene capacidad mental y es informada de manera amplia y adecuada, puede tomar la decisión final sobre la conducta a seguir.

# La paciente gestante.

- La autonomía es un valor multidimensional que incluye lo físico, lo médico, lo social, lo cultural, lo espiritual, etc.
- Tienen a veces mayor influencia en la decisión de la gestante los valores religiosos y culturales, la importancia que tiene al embarazo para ella, la opinión de su pareja, etc., que la información que puede brindar el médico.
- Los pacientes informados pueden entonces aceptar o rechazar cualquier recomendación médica.

# Gianna Beretta Molla



# El paciente fetal.

- El médico que enfrenta a una mujer embarazada considera que frente a él se encuentran dos pacientes: la madre y el feto
- El obstetra es responsable tanto de la mujer embarazada como del feto, y debe tratar de optimizar los beneficios para ambos, mientras que minimiza los riesgos para cada uno de ellos.

# El paciente fetal.

- Este marco ético resalta cuestiones como que se debe considerar en casos en los cuales la decisión más aconsejable para preservar la salud y la vida de la mujer gestante va en contra del bienestar o la vida del paciente fetal.
- Muchos de estos conflictos podrían ser evitados reconociendo la absoluta interacción entre la madre y su feto, con un enfoque que enfatice los intereses que ambos comparten.



**Expectativa.** Romina Peralta y su esposo Marcelo Ramírez, ayer, a la espera de entrar a la sala de cuidados intensivos a ver a su hija. Aixa Karym nació ocho semanas después del trasplante y evoluciona bien.

## La trasplantaron embarazada y su beba sobrevivió

# “Al verla sentí una alegría inexplicable, me olvidé de todo lo que había pasado”

● En la semana 21 de gestación, Romina Peralta debió recibir de urgencia un hígado.

LA PLATA. CORRESPONSALDA.  
Mónica Galmarini  
laplata@clarin.com

**A** los pocos meses de quedar embarazada decidió un nombre sin imaginar que sería el apropiado para un milagro de la vida. Aixa, de origen árabe y que remite a la vitalidad, sobrevivió a un trasplante hepático que su mamá recibió de urgencia durante la gestación. La beba nació en La Plata ocho semanas después. Es el sexto caso en el mundo que tiene resultado exitoso.

El martes 28 de febrero, Romina Peralta (29) ingresó al Instituto Médico Platense con hepatitis fulminante y una encefalopatía. Estaba embarazada de 21 semanas y por el coma hepático tuvieron que conectarla a un respirador artificial. “El cuadro era irreversible y tuvo prioridad nacional para recibir la donación de un hígado”, explicó a Clarín Eduardo Cassini, director médico del sanatorio.

Con la aparición de un donante fallecido, el 1° de marzo a la madrugada más de 30 profesionales iniciaron el operativo médico, en el que un equipo de neonatología y obstetricia monitoreó la salud de Aixa dentro del vientre de su mamá. Horas después, Peralta —que vive en City Bell y trabaja como empleada doméstica— despertó en terapia intensiva. “No entendía nada. Pasé por todos los estados. Quería arrancarme las sondas y

### Una historia similar, hace tres años

## “Hoy tengo una hija sana, activa”

### Martha Pecarrere (35)

“Estoy bien de salud y tengo una hija sana, muy inteligente, despierta, súper activa. Es el milagro de la donación”. Quien habla es Martha Pecarrere (35) la mujer que en diciembre de 2008 recibió un trasplante de hígado en pleno embarazo. Su caso quedó en la historia ya que fue el primero que se hizo con éxito en la Argentina: madre e hija sobrevivieron a una riesgosa intervención quirúrgica. Cuando Martha transitaba el quinto mes de embarazo entró en coma por una hepatitis fulminante. El 17 de diciembre recibió el trasplante de hígado en el Hospital Austral, en Pilar. El embarazo siguió su curso hasta el 19 de enero, cuando por cesá-

rea nació Sofía de los Milagros con 850 gramos y estuvo 45 días en una incubadora. “No tiene ninguna secuela de la cantidad de drogas que me suministraron. Hoy es una nena sana que come de todo, hace travessuras y apenas si tiene un resfrié. Yo sigo tomando una droga antirechazo de por vida y me hago controles cada tres meses. Si no fuera por mi cicatriz no me doy cuenta de que estoy operada”, cuenta Martha a Clarín en su casa de Tierras Altas, en el partido de Malvinas Argentinas. Allí se ocupa de las tareas del hogar que comparte con su esposo —empleado de una madriera—, su hijo Franco, de 6 años, y dos hijas de 22 y 23 años que su marido tuvo en su primer matrimonio.



loró mucho. Estaba muy angustiada. Recién cuando las enfermeras me explicaron y sentí el bebé en la panza, me fui tranquilizando”, contó ayer Romina antes de entrar a la sala de cuidados intensivos para acariciar a su hija.

La cesárea fue el 13 de abril, al cumplirse 29 semanas de gestación. Aixa Karym Ramírez nació con poco más de un kilo de peso y un leve grado de inmadurez pulmonar. Desde entonces está en cuidados intensivos y sus papás sólo pueden tocarla unos minutos por día. Romina, que tiene otras dos hijas de 11 y 8 años, tuvo el alta médica una semana después del parto. Por su trasplante deberá seguir con los controles, pero ahora sólo piensa en llevarse a su hija de la clínica. Aixa “evoluciona bien, está despierta, se mueve y se alimenta”, informaron los médicos que la atienden. En pocos días está previsto que le retiren la respiración asistida. “Al verla sentí una alegría inesplicable. Me olvidé de los dolores y por lo que había pasado. Seguimos día a día su recuperación. Cada mañana es un pasito más para irnos a casa”, se entusiasma la mamá de Aixa.

Romina y su esposo Marcelo Ramírez (33) aprietan fuerte sus manos para mostrar la felicidad que sienten, sin olvidarse de quien permitió prolongar dos vidas. “Antes no tenía conciencia de lo que significa tomar esa decisión. Ahora cambió mi manera de pensar. Donar órganos es apostar a la vida y estoy muy agradecida a la familia que con un gran gesto de amor permitió que mi hija y yo tuviéramos el privilegio de seguir adelante”, fue el mensaje de la familia Ramírez. ■

### Hay sólo cinco antecedentes en el mundo

Sólo hay cinco antecedentes en el mundo (Chile, Inglaterra, Japón y uno en Argentina) de casos como el de Romina Peralta, informaron a Clarín en el Incauci. Los especialistas dicen que es una cirugía muy larga y riesgosa tanto para la madre como para el bebé. Pero ante pacientes que sufren una insuficiencia hepática grave, no queda otra salida. “Es rarísimo que sobrevivan la mamá y el feto porque ambos están muy comprometidos”, señala Luis Gustavo Podestá, jefe del Servicio de Trasplantes Multiviscerales del Hospital Austral, quien participó en 2008 en el trasplante de Martha Pecarrere (ver “Una historia...”). “Con nuestra experiencia hemos aprendido que es muy importante mantener estable a la receptora del órgano e intervenirla lo antes posible”, apunta. Para Hugo Fainboim, jefe del Servicio de Enfermedades Hepáticas del Hospital Muñiz, “el mal pronóstico afecta a las dos, y no hay otra opción que el trasplante. Es una cirugía muy larga, que requiere mucha anestesia y conlleva muchos riesgos. En la literatura médica mundial hay muy pocos casos que hayan tenido como desenlace la supervivencia de las embarazadas y sus bebés”.

Muchas gracias...