

La bioética en el desarrollo de la ginecología

Bioethics in the Development of Gynecology

MSc. Magel Valdés Yong, MSc. Jónathan Hernández Núñez

Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". Habana del Este, Cuba.

RESUMEN

El surgimiento de la bioética ha marcado un interés cada vez mayor para los hombres que se dedican a las ciencias, y sobre todo, a las ciencias médicas. Se realiza una reflexión con el objetivo de exponer la influencia de la bioética en el desarrollo de la obstetricia y ginecología actual, con ejemplos clásicos de su aplicación, polémica, dilemas y conflictos en nuestra labor cotidiana que garanticen una mejor calidad de la atención médica a nuestra población.

Palabras clave: ética, bioética, moral, ginecología.

ABSTRACT

The emergence of bioethics has marked a growing interest for men who are dedicated to science, and above all, to medical science. Reflection is done with the goal of exposing the influence of bioethics in the development of modern gynecology-obstetrics, with classic examples of its application, controversy, dilemmas, and conflicts in our daily work to ensure our population a better quality of health care.

Key words: ethics, bioethics, moral, gynecology-obstetrics.

INTRODUCCIÓN

La bioética, como una nueva disciplina del saber, ha despertado el interés de numerosos investigadores y científicos en todo el mundo; y en las ciencias médicas donde esta rama alcanza sus más disímiles aplicaciones que van desde el inicio hasta el final de la vida humana.¹

Esta ciencia es la ética aplicada a la vida humana, es fuente de principios y comportamientos que iluminan la conciencia y orientan a actuar siempre de forma respetuosa ante la vida y la dignidad del hombre; debe estar presente en todas las especialidades médicas, pero es la Obstetricia y Ginecología una de las que más problemas puede plantear, debido a su ámbito de actuación en los procesos biológicos y reproductivos.^{2,3}

Las posturas éticas frente a la interrupción voluntaria del embarazo son muy variadas, existen opiniones que van desde el rechazo absoluto hasta la aceptación bajo cualquier circunstancia. El diagnóstico prenatal supone un problema bioético cuando se deben realizar técnicas invasivas que ponen en riesgo la evolución de la gestación. Otras polémicas se derivan de proceder como la cesárea programada electiva, las técnicas de reproducción asistida, la medicina fetal; de actuaciones médicas durante la atención prenatal, la anticoncepción, estados terminales del cáncer, entre otras.^{3,4}

En estos tiempos se impone concientizar estos conceptos y aplicarlos en el ejercicio profesional cotidiano y de todos aquellos que nos rodean a merced de la atención médica de los enfermos; por todo ello este trabajo tiene el objetivo de exponer la influencia de la bioética en el desarrollo de la obstetricia y ginecología actual.

Sobre la moral y la bioética

Términos como moral y ética preceden al surgimiento de la bioética; así, la moral es definida como la ciencia que trata del bien en general y de las acciones humanas, respecto a su bondad o malicia. Por su parte, la ética, es la parte de la filosofía que trata de la moral y las obligaciones que rigen la conducta del hombre en la sociedad, un compromiso del hombre consigo mismo que lo lleve al perfeccionamiento personal interno que se va integrando con las decisiones y actuaciones consecutivas que formarán el carácter para actuar de una forma u otra.^{5,6}

En 1803, *Thomas Percival* escribe el "*Medical Ethics*" y se inicia la objetividad moral de la conciencia del médico. A finales del siglo XIX, fundamentalmente en los Estados Unidos, se inician sentencias legales que confirmaron la obligación del médico de obtener consentimiento de un paciente para realizar cualquier intervención.^{5,6}

En 1914 se hace ley cuando un juez de Nueva York de apellido *Cardoso* en pleito contra la Sociedad de Hospitales de New York dictaminó: "todo ser humano y adulto que esté en sano juicio tiene el derecho a decidir lo que se hará en su propio cuerpo".^{5,6}

El 1946 muchos médicos en la Europa nazi fueron juzgados y condenados por actuar "en nombre de la ciencia" al experimentar y matar a seres humanos durante la Segunda Guerra Mundial.^{5,6}

La bioética surge en la década del 70 del siglo XX a partir de la publicación en 1971 del libro *Bioethics: bridge to the future*, escrito por *Van Rensselaer Potter*, médico oncólogo de la Universidad de *Wisconsin (Madison)*, defensor de un movimiento mundial en favor de la vida y el medio ambiente.^{6,7}

El 1ro de julio de ese mismo año, *Andre Hellegers* - obstetra holandés de la Universidad de *Georgetown (Washington, DC)* - introdujo el mismo término, de nuevo con carácter inédito al fundar el Instituto *Joseph y Rose Kennedy* para el "estudio de la reproducción humana y la bioética"; además de lo cual formalizó e institucionalizó la bioética, al darle soporte económico y enfocarla como una macroética médica o ética biomédica.^{6,7}

Autonomía y toma de decisiones en la atención a la mujer

Un elemento ético nuclear del nuevo modelo de relación clínica es la autonomía, que presenta tres dimensiones estrechamente relacionadas:⁸

- 1) La autonomía decisoria, referida a la libertad de elección, esto es, a la capacidad de la paciente o usuaria para deliberar y decidirse por un curso de acción. Es la dimensión ética y jurídicamente más desarrollada, a partir de la teoría del consentimiento informado.⁸
- 2) La autonomía informativa, que se ocupa de la definición, la protección y el control de la información de carácter personal y de la documentación asistencial, bien con mecanismos tradicionales como el secreto profesional, la confidencialidad y el derecho a la intimidad, bien con otros más recientes como el derecho fundamental a la protección de datos personales.⁸
- 3) La autonomía funcional, que alude a la libertad de acción (actuación o abstención) de la paciente o usuaria y la capacidad de realizar por sí misma las decisiones adoptadas.⁸

La dignidad y la autonomía de la mujer se expresan de modo eminente a través de su derecho a recibir tratamiento y cuidados y del derecho a adoptar decisiones autónomas. El ejercicio de la autonomía decisoria se inserta en un proceso comunicativo sujeto a determinados requisitos: Información, voluntariedad y capacidad o competencia.⁹

Muchos piensan que la Obstetricia es un problema de instinto y en este caso, según *Zerquera Álvarez*, debemos compartir el criterio del doctor *Oliva Marra López*, cuando dice: *"es necesario dejar de considerarla un arte para tenerla en cuenta como una ciencia, con lo que esto significa de inteligencia, de conocimientos, de precisión y de responsabilidad"*.¹⁰

Debe existir un equilibrio entre el rigor científico, la tecnificación excesiva y los sentimientos afectivos y cuidar por sobre todas las cosas la humanización. No perdamos la perspectiva de que la concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva concede alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna y perinatal.¹⁰

Aborto, conflictos bioéticos

El aborto provocado es, probablemente, el método más antiguo y polémico de regulación de la fecundidad. No existe otro procedimiento quirúrgico electivo que haya sido tan debatido, generado tanta controversia emocional y ética, y recibido una constante atención pública a través del tiempo.¹¹

Esta crítica situación está entrelazada con diversas variables a tener en cuenta en el momento de la interrupción de un embarazo, tales como: los marcos morales de la embarazada, las características de las familias parentales involucradas, los aspectos

bioéticos, la intervención médica, las legislaciones para las prácticas abortivas de cada país, los valores morales del profesional de la salud y las diversas conceptualizaciones de la salud pública.¹¹

Uno de los problemas éticos del aborto en la mujer en general y en especial en la adolescente, es enfrentar el principio de la autonomía de la joven al demandar el aborto y la respuesta que la sociedad le conceda. Se debate en torno a si resulta adecuado o no el exigir el consentimiento o autorización de los padres a las adolescentes que desean realizarse un aborto.¹²

Por otra parte estudios revisados evidencian que gran parte de las adolescentes embarazadas ocultan a sus padres su situación y buscan en otras personas consejería y ayuda al respecto, por lo que exigir la autorización de los padres para la realización del aborto en estas edades, ha motivado en no pocos casos serios problemas.¹²

La definición de aborto es distinta para el lego, para las leyes en los diferentes países y estados, en algunos ámbitos científicos, éticos, bioéticos, filosóficos y teológicos; así, la Real Academia Española de la Lengua define " *abortar: dicho de la hembra, interrumpir en forma natural o provocada, el desarrollo del feto durante el embarazo*". En embriología se define como la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable fuera del útero.¹³

De inmediato surgen problemas con estas definiciones. ¿Es aborto interrumpir el embarazo en el estado de embrión? ¿Es aborto interrumpir el embarazo cuando el feto es viable, por ejemplo a las 28 semanas? Según la lengua castellana sí, según la embriología no; en clínica se hablaría de un parto prematuro. ¿Es aborto interrumpir el embarazo cuando el feto no es viable ni dentro ni fuera del útero? ¿Es aborto interrumpir el embarazo de un ser que no tiene sistema nervioso (o cualquier sistema orgánico) funcional humano, o no es un ser humano?.¹³

Entremos en ética: matar o poner en condiciones de muerte a un ser humano es un acto contrario a cualquier paradigma de ética o bioética. Si aceptamos que el ser humano es individuo de la especie desde su concepción, o sea, desde el estado de cigoto matarlo en cualquier estado es un homicidio (Fig. 1). Matarlo será un feticidio. Si no aceptamos este conocimiento científico tendremos el problema de inconsistencia o incoherencia con la ciencia (Fig. 1), además de tener que fijar un comienzo para el individuo que se tornará siempre convencional y se le impondrá a la naturaleza arbitrariamente una condición sin sustento real.¹³

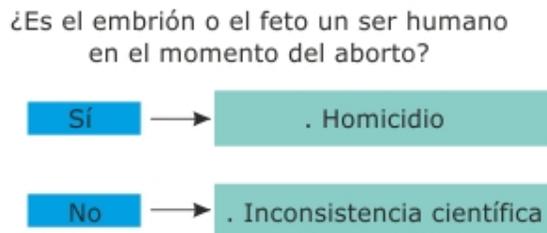


Fig. 1. Conflicto bioético del aborto.

Por otro lado, el aborto terapéutico es la interrupción del embarazo en un estado de inviabilidad del feto o embrión, o debido a que el embarazo causa un deterioro grave de salud en la madre; en esta última condición, la intención del aborto terapéutico es eliminar la causa del daño de la salud de la madre y, en ningún caso es matar al producto de la concepción sea este humano o no humano.¹³

Bioética actual y diagnóstico prenatal

El objetivo del diagnóstico prenatal es facilitar a los padres la información suficiente en cuanto a la existencia de una malformación o alteración genética, que establece tanto la severidad de la misma como su pronóstico futuro en el desarrollo del recién nacido.¹⁴

En la mayoría de los casos el diagnóstico prenatal proporcionará la tranquilidad de un normal desarrollo fetal, pero en otros casos conllevará la solicitud de los padres de interrumpir un embarazo en caso de malformación o alteración cromosómica fetal.¹⁴

El primer problema surge de las mismas pruebas diagnósticas (Fig. 2), se ha visto como éstas, lejos de ser absolutamente fiables, tienen una eficacia diagnóstica muy variable. Este es un problema al que se enfrenta diariamente el médico que realiza ecografía, al tener en cuenta que la misma no es capaz de asegurar el completo estado de salud del producto.¹⁴



Fig. 2. Polémicas bioéticas del diagnóstico prenatal.

Las pruebas invasivas, como la amniocentesis y la biopsia corial sí son pruebas diagnósticas fiables, sin embargo someten al embarazo a un riesgo no despreciable de pérdida fetal debido a la propia prueba (Fig. 2), por lo que no deben realizarse a todas las gestantes, sino a aquellas que tengan un mayor riesgo de malformación.¹⁴

Así, si realizáramos amniocentesis a todas las embarazadas, por cada síndrome de Down diagnosticado perderíamos alrededor de 6 embarazos normales, lo que hace que la relación riesgo-beneficio sea 5: 1 y por tanto inaceptable.¹⁴

Un problema fundamental de las pruebas de diagnóstico prenatal es la información que se facilita a los padres. En el caso de la ecografía, hay que dejar claro los límites y posibilidades diagnósticas de la técnica sin crear falsas expectativas; hay que informar que un resultado positivo de las mismas no indica que el feto presenta la alteración, sino la conveniencia de realizar una prueba invasiva para su diagnóstico.¹⁴

Así, el diagnóstico prenatal plantea una serie de cuestiones difíciles de resolver en relación con los puntos de vista éticos, morales y filosóficos, los cuales están sujetos a la variación individual (Fig. 2).¹⁴

La aceptación o el rechazo de un individuo, un grupo o una sociedad hacia el diagnóstico prenatal y la interrupción del embarazo de fetos afectados están determinados por las respuestas a las siguientes preguntas: ¿en qué momento de la gestación se considera al concebido como una persona con derechos?, ¿cuál es la importancia relativa de los derechos del feto comparados con los de la madre?, ¿es la vida (cualquiera que sea su calidad) mejor que la ausencia de la vida? Por supuesto, no existe ninguna garantía de que ambos miembros de la pareja respondan de igual forma a estas preguntas, sino que pueden hacerlo de forma muy diferente.¹⁵

El considerar la posibilidad de que su hijo no sea "*perfecto*" constituye un dilema para la pareja, en un intento por tomar estas decisiones, muchas personas experimentan un conflicto personal y algunas parejas también experimentan un conflicto interpersonal.¹⁵

Cuando se diagnostica una anomalía severa en el periodo prenatal, los padres tienen que tomar la tremenda decisión de continuar o, por el contrario, interrumpir el embarazo y cualquiera que sea su decisión, las consecuencias para ellos como individuos o como pareja, son importantes.¹⁵

El dilema de la cesárea

Con el desarrollo y perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y de la antibioticoterapia durante el pasado siglo, la práctica de la cesárea se ha hecho una de las intervenciones más frecuentes en el mundo occidental. Si bien el aumento en el número de cesáreas en países desarrollados no parece incrementar la tasa de mortalidad materna, en países en vías de desarrollo aun es un factor importante a tomar en cuenta.¹⁶

La cesárea electiva ha sido juzgada como un acto ético, aunque la madre no tenga ninguna complicación médica, según una afirmación reciente publicada por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG).¹⁷

En un aspecto del debate sobre la "cesárea necesaria" o "cesárea a petición o demanda de la paciente" algunos médicos creen que las mujeres tienen el derecho de elegir la intervención quirúrgica aunque no tenga indicación médica y, en el otro aspecto están los que creen que un proceso natural no debe reemplazarse por un procedimiento de cirugía mayor.¹⁷

Según la afirmación de ACOG, si un médico piensa que una cesárea promueve la salud del feto y de la madre más que un parto vaginal, el profesional está éticamente justificado para realizarla; de otro modo, está éticamente obligado a abstenerse de realizar la intervención quirúrgica.¹⁷ Por otro lado, *Barbara Hotelling*, del Instituto Lamaze propone una campaña para promover el nacimiento basado en evidencias científicas de mejor calidad de vida para la madre y su producto y considera que éticamente se debe dejar a la autonomía de la madre la decisión de la vía del parto.¹⁸

Finalmente, el Centro Latinoamericano de Atención Perinatólogica expone los derechos de padres e hijos durante el proceso del nacimiento; refiere que toda mujer involucrada en la reproducción, tiene derecho a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas, a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo y a ser partícipe de las actuaciones médicas.¹⁹

Se crea una paradoja bioética en la decisión de realizar una cesárea electiva a petición de la paciente sin existir una indicación médica precisa o diferir este proceder de alto riesgo para la madre solo a los casos necesarios, la Fig. 3 nos ilustra un esquema al respecto:



Fig. 3. Paradoja bioética de la cesárea.

Otras polémicas bioéticas en la ginecología y obstetricia

La enferma en estado terminal: frente a esta situación, la bioética busca humanizar la muerte a través del afecto, la compañía y la ayuda, caracterizada por la aceptación resignada y la espera confiada. Todo esto en una situación de dignidad y respeto.²⁰

Se señalan tres obligaciones del personal sanitario y la sociedad con relación al paciente con cáncer terminal: no hacer daño, respetar la autonomía moral del enfermo y suministrar cuidados paliativos para aquellos enfermos que yacen en fase terminal.²⁰

La anticoncepción: como ya se mencionó, algunos autores apoyan que la vida humana empieza con el embarazo y éste con la implantación del embrión en el útero, y por lo tanto, cualquier manipulación antes de la implantación es éticamente admisible, pues no se estaría actuando sobre un ser humano en desarrollo, sino sobre lo que ellos denominan un preembrión, por lo que los métodos anticonceptivos éticamente justificados deben actuar para impedir la ovulación, al producir cambios en el endometrio que impidan la implantación o que dificultan el paso de los espermatozoides por alteraciones en el moco cervical.²¹

Se concluye que los avances en la investigación y el rápido desarrollo de nuevas y costosas tecnologías acentúan los problemas éticos a los que se enfrentan los médicos, pero debemos aprender a equiparar ambos aspectos en la práctica cotidiana. Así, durante el embarazo, período de preocupación y ansiedad, las conversaciones eficaces con la mujer y su familia pueden contribuir a aumentar la confianza que ella deposite en el personal de salud, que se ven cada vez más arrastrados hacia diferentes direcciones; por un lado, los intereses de pacientes individuales y, por otro, el compromiso con la sociedad y las generaciones no nacidas todavía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oramas Vargas A. La ética médica como ética aplicada: una perspectiva desde la contemporaneidad [tesis]. La Habana: Universidad de la Habana. 2007. [citado 5 Dic 2013] Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/51/>
2. Castillo Arocha I, Castillo Guzmán A, Arocha Mariño C. Algunos aspectos relacionados con la Bioética y la Deontología Médica. Rev Cubana Invest Bioméd. 2012; 31(4): 406-16. [citado 5 Dic 2013] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002012000400001&nrm=iso
3. Martínez García MT, Iniesta Doñate MD, Usandizaga Elio R. Bioética en obstetricia y ginecología. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT, editores. Fundamentos de Obstetricia. Madrid: Grupo ENE Publicidad; 2007: 19-28.
4. Brigitte J. Alta Tecnología. El ejemplo de la obstetricia. Brigitte Jordan. Foro Mundial de la Salud. OMS. 2007; 8(3): 337-44.
5. González-Valenzuela J. Perspectivas de bioética. México: Universidad Nacional Autónoma de México. 2008.
6. Serra Valdés MA. Ética, bioética y el educador en la enseñanza de las ciencias clínicas. Educ Med Super. 2012; 26(3): 425-33. [citado 7 Dic 2013] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000300008&nrm=iso
7. Padovani Cantón AM, Clemente Rodríguez ME. ¿Qué es la Bioética? Rev Cienc Méd Pinar Río [Internet]. 2010; 14(1), [citado 5 Dic 2013]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm%2013-5/rev-fcm13-5-35.htm>

8. Seoane JA. Las autonomías del paciente. Dilemata. 2010; 3:61-75. [citado 5 Dic 2013] Disponible en: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/viewArticle/35>
9. Seoane JA. La relación clínica del siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. Derecho y Salud. 2008; 16(1): 1-28. [citado 5 Dic 2013] Disponible en: <http://www.ajs.es/00000198670085403/0000009b811138a27.html>
10. Zerquera Álvarez CE. Un llamado a la aplicación del método clínico en la práctica de la Medicina Perinatal. Medisur. 2010; 8(5): 174-6. [citado 4 Dic 2013] Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180020098029>
11. Isla Valdés A, Velasco Boza A, Cruz Hernández J, Díaz Curbelo A, Salas Castillo L. El aborto dentro del contexto social. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010 [citado 5 Dic 2013]; 26(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100014&lng=es&nrm=iso
12. Peláez Mendoza J. Aborto en la adolescencia. Consideraciones bioéticas en torno a la decisión de abortar. Rev Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2008; 34(3): [aprox. 10 p.] [citado 5 Dic 2013]; . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000300005&lng=es&nrm=iso
13. Valenzuela C. Aborto terapéutico y ética científica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2011; 76(5): 285-9. [citado 5 Dic 2013] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000500001&lng=es&nrm=iso
14. Valero de Bernabé M, de Eugenio J. Medicina perinatal y diagnóstico prenatal. Cuad Bioét. 2009; 20(3): 441-50. [citado 5 Dic 2013] Disponible en: <http://www.aebioetica.org/rtf/10-BIOETICA-70.pdf>
15. Báez-Reyes MR. Aspectos bioéticos del diagnóstico prenatal. Rev Sanid Milit Mex. 2008; 62(1): 42-9.
16. Vázquez Cabrera J. Cesárea. Análisis crítico y recomendaciones para disminuir su morbilidad. La Habana: Editorial Ciencia Médicas; 2009. [citado 5 Dic 2013] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/cesarea/cesarea_completo.pdf
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Patterns of preconception, prenatal and postnatal care for women by obstetrician-gynecologists. J Reprod Med. 2013; 58(1-2): 15-9.
18. Hotelling B. Natural delivery: the best option. USA: Lamaze Institute for Normal Birth; 2012.
19. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Derechos de padres e hijos durante el proceso del nacimiento. Montevideo: CLAP OPS/OMS; 2011.
20. Sapag-Hagar M. Bioética: al encuentro de una conciencia. Chile: CIEB; 2009.

21. Chervenak F, McCullough L. Ethics in Obstetrics and Gynecology. Glob Libr Women's Med. [Internet]. 2008 [citado 5 Dic 2013]; 10. Disponible en: http://www.glowm.com/index.html?p=glowm.cml/section_view&articleid=491

Recibido: 18 agosto 2014

Aprobado: 18 de septiembre 2014

MSc. Magel Valdés Yong. Especialista de primer grado en Ginecología y Obstetricia, Máster en atención integral a la mujer. Calzada de Buenos Aires No. 103 e/ Alejandro Ramírez y Agua Dulce. Cerro. La Habana. Correo electrónico: magvong@infomed.sld.cu