

# Aspectos bioéticos de la conducta expectante en la gestante con preeclampsia grave

Drs. \*Carlos Cabrera Lozada, \*\*Ofelia Uzcátegui

Servicio de Medicina Materno Fetal de la Maternidad "Concepción Palacios". Caracas

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir los aspectos bioéticos que interactúan en la conducta expectante de la gestante con hipertensión arterial inducida por el embarazo en el Servicio de Medicina Materno Fetal de la Maternidad "Concepción Palacios". Caracas, Venezuela 2011.

**Métodos:** Se aplicó consentimiento informado a 188 pacientes a quien se les propuso conducta expectante, se indagó mediante cuestionario su opinión y de los médicos que actuaron en cada caso aplicando los cuatro principios básicos de la bioética.

**Resultados:** A mayor nivel educativo, la paciente tiene mayor disponibilidad de aceptar los riesgos para la conducta expectante. Hubo 168 pacientes dispuestas a continuar el embarazo y 20 a interrumpirlo, todas las que aceptaron continuarlo a pesar de los riesgos, mostraron confianza en la información recibida. Desde la óptica del médico, se pudo apreciar que para determinar la jerarquía de los principios bioéticos en el siguiente orden: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Cuando la conducta era negada la jerarquía cambiaba al siguiente orden: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía. Diferentes opiniones se obtuvo según el estatus del médico.

**Conclusiones:** La preeclampsia es causa importante de morbimortalidad por lo que la conducción médica, debe ser realizada a través de la aplicación de un consentimiento informado, y no involucrar los sentimientos del médico en la toma de decisiones de las pacientes.

**Palabras clave:** Hipertensión inducida por el embarazo. Preeclampsia grave. Conducta expectante. Consentimiento informado.

## SUMMARY

**Objective:** To describe the bioethics aspects that interact in the expectant conduct of the pregnant woman with arterial hypertension induced by pregnancy at the Maternal Fetal Medicine Service of the Maternity "Concepcion Palacios", Caracas Venezuela 2011.

**Methods:** Informed consent was implemented to 188 patients that were proposed of expectant conduct, it was elicited by questionnaire their opinion and of the medical personal that acted in each case implementing the four bioethical principles.

**Results:** At higher educational level, the patient has mayor availability of accepting the risks for the expectant conduct. 168 patients were willing to continue the pregnancy and 20 were willing to interrupt it, all of the patients that accepted continuing their pregnancy although risks, revealed trust in the received information. From the medical personal view, it was revealed that in order to determine the hierarchy of the bioethical principles they state in a first place the autonomy, then justice, then beneficence and lastly non-maleficence. When the conduct was negated the hierarchy was changed to: Non-maleficence, beneficence, justice and autonomy. Different opinions were obtained according to the status of the medical personal.

**Conclusions:** Preeclampsia is an important cause of morbidity and mortality for that purpose medical conduction must be realized through the application of the informed consent, not involving the medical personal's feelings in the decisions of the patient.

**Key words:** Hypertension induced by pregnancy, severe preeclampsia, expectant conduct and informed consent.

## INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un desorden multisistémico, de la mujer embarazada donde existe hipertensión y proteinuria, pero que puede complicarse con anomalías de la coagulación, de la función hepática, falla renal o isquemia cerebral (1,2).

\* Obstetra y Ginecólogo. MsSc. En Bioética. Director del programa de Medicina Materno Fetal. UCV Maternidad "Concepción Palacios".

\*\* Obstetra y Ginecólogo. Dra. En Ciencias Médicas.

Su etiología aun hoy es desconocida, sin embargo, se han aclarado mecanismos fisiopatológicos, lo que ha permitido avanzar en el campo de su tratamiento; se han identificado los factores predisponentes, sobre los cuales se pueden aplicar medidas preventivas y terapéuticas para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

Los trastornos hipertensivos del embarazo se consideran un problema de salud pública y están asociadas a una alta morbimortalidad materno-fetal y a la prematuridad. En Venezuela oscila entre el 1,5 % y 6,2 % para la preeclampsia y es la segunda causa de muerte materna, solo superada por la infección (2).

En un estudio realizado por Brito y col. (3) la tasa de mortalidad materna promedio fue de 162,2 por 100 000 nacidos vivos, representando la hipertensión inducida por el embarazo un 28,3 %.

La Maternidad "Concepción Palacios" (MCP) cuenta con una sala de atención inmediata especializada, con capacidad de cuidados intermedios, denominada Unidad de Medicina Materno Fetal (UMMF), la cual está adscrita al servicio de sala de partos y actualmente es el Servicio de Medicina Materno Fetal.

Una vez que la paciente ingresa a la admisión, se hace el diagnóstico presuntivo de la enfermedad; la gestante hipertensa es trasladada a esta unidad, donde se procede a realizar una evaluación clínica minuciosa y exámenes de laboratorio, que permiten corroborar el diagnóstico de ingreso, clasificar la enfermedad y la severidad del cuadro, así como establecer o confirmar la edad de la gestación del feto. La gestante con preeclampsia grave permanece aproximadamente de 12 a 72 horas en esta área hasta estabilizar sus cifras tensionales, mejorar su sintomatología y decidir la necesidad o no de interrumpir el embarazo.

Si la paciente cumple con los criterios de inclusión para el protocolo del manejo expectante pasa en segunda instancia a un servicio de hospitalización, donde bajo estricta vigilancia, con exámenes de laboratorio cada cuatro horas y sometida a pruebas de bienestar fetal seriados, hasta decidir la terminación del embarazo, al confirmarse la madurez del producto o de evidenciarse cualquier signo potencial sugerente de una complicación materna y/o fetal (4-6).

Es importante indicar que la gestante, al ingresar a la Unidad de Medicina Materno Fetal, sostenía una relación médico-paciente de tipo paternalista, ya que se realizaba una explicación detallada, pero verbal, de todo lo que se le iba a realizar, el tratamiento a aplicar y de la conducta "expectante"; con las probables consecuencias, inherentes a ella y al feto. La paciente

cumplía a cabalidad con todas las directrices que el grupo médico materno fetal ordenaba, sin que existiera de una manera expresa el consentimiento informado y sin conocer las complicaciones a las cuales se arriesga con la conducta expectante, ya que esta conlleva a un estado de alto riesgo, tanto para la madre como para el feto.

Los elementos a considerar en el planteamiento del problema ético en la expectancia es la jerarquía de los valores y principios involucrados, la información clínica relevante, la decisión materna adecuadamente entregada, y la equilibrada ponderación de la actividad médica, todo lo cual produce un crisol de elementos bioéticos en juego, como son:

- Respeto a la vida. En algunos casos, la decisión puede ser interrumpir el embarazo en una etapa no viable para el feto, pues está en riesgo la vida de la madre, riesgo que no existiría sin ese embarazo.
- Principio de beneficencia. La obligación del médico es buscar la mejor alternativa para obtener la salud de su paciente, pero es necesario considerar que en estos casos, existen dos pacientes.
- Principio de autonomía. La madre tiene derecho a participar en las decisiones terapéuticas que le conciernen a ella y también a su hijo, en forma subrogada, pues el feto tiene una autonomía aunque no pueda ejercerla, en virtud de este principio bioético, la madre debe participar activamente en la decisión a tomar, si su condición clínica le permite la competencia necesaria. Es indispensable una adecuada y entendible información del médico tratante, lo cual no significa en modo alguno que el clínico esté obligado a realizar la acción que ella determine, ya que también tiene obligaciones para con el feto, cuya autonomía no puede hacer valer. Al interrumpir el embarazo en circunstancias que si no se actúa, podrían morir ambos, y simultáneamente al actuar, estaría salvando al único posible, no debería etiquetarse de errada o maleficente, porque es la acción que por justicia corresponde en ese caso, y que coloca al clínico en una situación difícil que lo obliga a tomar una acción, no solo como bien particular sino ordenado al bien último.
- Principio de justicia. Como seres humanos, ambos tienen igual derecho a la vida y a que se ejerzan acciones que les permitan un desarrollo saludable.
- Principio de no-maleficencia. Ni a la madre ni al feto se les puede arbitrariamente realizar una acción que les sea perjudicial.

En términos exclusivamente bioéticos, el principio de autonomía, beneficencia y justicia se conocen

como trinidad de la bioética y aunque se pretende no darle un peso mayor a cualquiera de ellos, se ha visto una marcada tendencia en los últimos años al desplazamiento de la autonomía sobre el de beneficencia, dando como resultado una relación médico-paciente más franca y abierta y hasta más digna (7).

La relación médico-paciente tiene en el caso de la mujer embarazada facetas singulares, pues es una mujer sana en una condición especial que se complica en una etapa donde infelizmente se coloca entre su vida y la vida de su feto. Se trata entonces, de devolverle al paciente, en este caso a la embarazada, su papel de protagonista ante el problema de salud que confronta, haciéndola partícipe de su tratamiento, modificando la relación médico-paciente en una relación de fraternidad, de mutua colaboración, de confianza, esta es la actitud que se desarrolla durante el privilegio del nacimiento y su tratamiento antes, durante y después del alumbramiento.

Este momento poderoso obliga a replantearnos la necesidad de que ante cada situación de embarazo complicado, recuperemos la esencia de la labor médica, incluyendo la conducta ética y moral como parte de nuestro actuar (8,9). Sin embargo, ante esa decisión, busca el consejo oportuno de su médico tratante que también enfrenta un conflicto ético, pues debe ofrecerle las mejores oportunidades a ambos (madre-feto) y la preeclampsia lo coloca en la difícil situación de tener que elegir arriesgar la vida de alguno de los dos, sin embargo, bajo el principio de autonomía, con el conocimiento y el respeto de sus derechos como enfermos, lejos del paternalismo pero también lejos de la deshumanización, es indispensable situar al ejercicio médico no sometido a presiones indebidas al pensar solo en el beneficio de quienes se ponen en sus manos, sino también en el deber ser y actuar.

Esa es la consideración ética a evaluar en esta decisión materna y médica frente a la expectancia en la preeclampsia. Es obligante, en la práctica obstétrica, que la paciente no sea un testigo impasible de los acontecimientos, la comunicación con el médico tratante debe ser tan amplia y respetuosa que advierta sobre las posibilidades de éxito o fracaso de cualquier procedimiento, mas cuando estos involucran prácticas electivas, en que la opinión de la paciente debe ser tomada en cuenta, excepto cuando las razones de índole médico las hagan mandatorias, con el objetivo el beneficio del binomio materno-fetal.

El médico en cada caso renueva su compromiso ético estableciendo sin juicio una alianza incondicional

con la vida, con la moral y los principios que salvaguardan la dignidad inagenable del ser humano.

Atendiendo a la complejidad de los múltiples problemas que pueden comprometer un embarazo de alto riesgo, resulta lógico ordenarse a manera de equipo, por ello, no solo es fundamental el diagnóstico preciso y precoz, sino ofrecerle a la madre la mayor cantidad de información no solo en el tratamiento sino también en la posibilidad de mantener al feto en las mejores condiciones para que se obtenga el mejor resultado tanto materno como fetal. El procedimiento de análisis de cada situación clínica en particular determinará su licitud ética (8).

Una vez ingresada la paciente en la UMMF y sustentados en una exhaustiva vigilancia que nos permita identificar y plantear la expectancia como conducta terapéutica, en conjunto con el consentimiento informado que se le ofrecerá a la paciente y cuya aceptación o no, será vinculante en la decisión del abordaje al embarazo complicado que presenta.

Se plantea entonces una visión bioética novedosa en el tratamiento de la preeclampsia pues se incluye la posición materna informada sobre el comportamiento de la patología hipertensiva en el embarazo, es decir, se realizará la anhelada justicia sanitaria en la atención materno-fetal, interés superior de este proyecto.

¿Cuál será la interrogante para la decisión de las pacientes? ¿Cuál será la jerarquización que hacen los médicos con base en los principios bioéticos? ¿Qué opinión tendrán los médicos sobre las decisiones de las pacientes?

Se entiende como elevación de la presión arterial, cuando la paciente presenta elevación de las cifras tensionales iguales o mayor de 140 mmHg en la sistólica y 90 mmHg en la diastólica, en 2 ocasiones con una diferencia de 6 horas, sin proteinuria. En la embarazada este evento debe presentarse después de las 20 semanas de gestación, en una embarazada conocida normotensa antes del actual embarazo y antes de las 20 semanas. Estas cifras tensionales no deben tener más de 7 días de haber sido tomadas (2,10-13).

Como se dijo anteriormente la preeclampsia es un desorden, de etiología desconocida, pero a través de los años se han propuesto diversas teorías, muchas de ellas ya desechadas; actualmente se encuentran en consideración seis básicamente. Solo haremos una breve descripción de cada una de ellas, para entender por qué la utilización de un período conocido como "expectancia" y por qué la resolución o interrupción del embarazo, como la única manera para que ocurra el cese de la cadena de acontecimientos patológicos

que descompensan a la gestante con complicaciones severas, que pueden conllevar a su muerte; y pudiera ocurrir también una disfunción útero placentaria severa, que va mermando la oxigenación del producto y con ello el crecimiento y vitalidad fetal, lo cual de no separar al feto de la madre conllevaría a su desnutrición o restricción del crecimiento intrauterino y falla de los mecanismos de redistribución fetal, lo que culminaría en su muerte (5,6,11,13).

La clasificación que se utiliza en la MCP es la propuesta por Chesley (14) en 1972 en el "Comité de Terminología del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos", modificada por Gant en 1982 y reafirmada en 1995. La última modificación se hizo en el año 2000, por el llamado *National High Blood Pressure Education Working Group Report* (Grupo de Trabajo Nacional sobre Programas de Educación en Hipertensión Arterial) de EE.UU (2,10).

Dentro de la etiología la primera teoría está basada en:

1. Placentación anormal. En el embarazo normal, las arterias espirales son transformadas en vasos de baja resistencia ya que ocurre la sustitución de elementos musculares y endoteliales por el trofoblasto. El efecto patológico es que las arterias espirales conservan esa capa muscular e inervación adrenérgica, por inhibición de la segunda ola migratoria del trofoblasto, se caracteriza por una invasión poco profunda del citotrofoblasto y diferenciación defectuosa del mismo, por lo tanto se produce y se mantiene una vasoconstricción permanente, con la correspondiente disminución del flujo útero-placentario (10-13,15,16). Es por ello que esta enfermedad no es reversible, ya que una vez que se inicia la cascada de eventos, se evidencia un deterioro progresivo, imparable y destructivo del estado materno y del estado fetal, y el hábitat del feto se vuelve inhóspito (15,17,18,21).
2. Factores inmunológicos y genéticos. En la gestación normal existe un equilibrio entre la producción de citoquinas y factores del crecimiento en determinados tejidos (12,14,15,18-20). También se menciona la presencia del antígeno de superficie HLA-DR4 en el trastorno de la migración trofoblástica. Entre estas teorías cobra mucha fuerza que una insuficiente exposición al componente paterno de los antígenos trofoblásticos así como la falta de diferenciación del mismo, impide la aparición de las señales para que ocurra el efecto inmunomodulador, que se produce en la interfase materno-fetal en el embarazo normal (17-21).
3. Estrés oxidativo. En la preeclampsia el proceso de isquemia placentaria aumenta los niveles de radicales libres, hidroperóxidos, y la activación de los neutrófilos y citocinas, perdiendo el equilibrio antioxidativo (18,20).
4. Disfunción endotelial. El endotelio cumple una serie de funciones muy importantes, tales como: a) conservar el tono vascular, por el equilibrio entre los vasoconstrictores, como las endotelinas y el tromboxano, y vasodilatadores, como el óxido nítrico (ON) y la prostaciclina. b) Preservar la integridad de todo el aparato vascular. c) Prevenir la coagulación intravascular, por la acción equilibrada entre los efectos procoagulantes y anticoagulantes.  
El daño endotelial en la preeclampsia puede ser causado por la hipoxia que produce la manifestación más importante que es la lisis de las células endoteliales, fragmentación del endotelio y aumento de la permeabilidad.
5. Desequilibrio en la relación prostaciclina/tromboxano. En el embarazo normal existe un balance a favor de la prostaciclina; pero muchos investigadores han encontrado una síntesis disminuida de prostaciclina en pacientes con preeclampsia, debido a que los altos niveles de peróxidos lipídicos inhiben la ciclooxigenasa (17-21).
6. Coagulopatía. En la preeclampsia se produce una activación del sistema de coagulación con aumento del consumo por adherencia plaquetaria a la colágena subendotelial, lo cual se traduce en trombocitopenia y una cascada de eventos que sumados a los anteriormente explicados provocan una coagulopatía de consumo progresiva (16-19).

#### Aspectos bioéticos

¿Que podría cuestionarse frente a una dificultad desde el punto de vista médico en una mujer gestante que decide interrumpir su embarazo para preservar su vida? ¿Es mejor madre aquella que decide esperar la evolución hasta comprometer su bienestar? o ¿Lo es más aquella que pensando en sus otros hijos interrumpe un embarazo potencialmente letal para su vida? ¿Quién tiene el argumento más sólido para juzgar la benevolencia de una decisión o la otra? Para intentar resolver los conflictos éticos particulares, es necesario actuar con prudencia y mediar las consecuencias antes de tomar una decisión. En el caso que nos ocupa, cabría preguntarse si al interrumpir o al esperar, ¿se está siendo justo con la madre o con el feto que hasta este momento se

trataban como binomio? Si lo vemos desde la óptica materna, aplicaremos los principios bioéticos de beneficencia y autonomía y desde el punto de vista fetal, los principios de no-maleficencia y justicia serían los prioritarios, pero cada sociedad, y en este caso, en la relación médico-paciente hay un sistema de valores que define cada caso en particular y que varían de acuerdo a sus conocimientos, aspiraciones, creencias y compromisos morales (20); estas razones obligan al médico a respetar y entender las decisiones de cada pareja y brindarles información y apoyo. En todo momento se requiere de alta profesionalidad y confianza, para ofrecer una atención médica digna, humana y de excelencia (8,22).

Establecido como principio bioético el principio de autonomía (7,22), hay que decir que las pacientes, no pueden tomar una decisión autónoma si no están bien y adecuadamente informadas y entienden los riesgos de la enfermedad que presentan en un momento determinado, lo cual está netamente asociada con su embarazo y someterse a esa "expectancia" o período de espera que de una u otra forma, así como puede proporcionar beneficios, también podría representar riesgos para la madre y el feto.

El objetivo del diagnóstico prenatal cumple también un rol pedagógico pues facilita a los padres la información suficiente en cuanto a la existencia de una alteración física de su hijo y establece la severidad de la misma así como su pronóstico a futuro en términos básicos de viabilidad y posibilidades terapéuticas. Se hace imperioso que el grupo médico que maneja a la paciente se preocupe por hacer entender a la madre el alcance del tratamiento, qué signos establecerían una urgencia vital, de modo que la decisión sea conjunta pero con una persona que sin ser médico comprenda qué se está haciendo por su vida y la de su bebé y cuándo es apremiante que se realice un procedimiento con el cual puede o no estar de acuerdo.

Se establece un primer problema en las mismas pruebas prenatales y su absoluta fiabilidad (11,13,18), los padres se basan en lo que den los estudios sin tener en cuenta que no existe una prueba que sea capaz de asegurar el completo estado de salud de una persona, por tanto no son infalibles. Quizá las pruebas invasivas como la amniocentesis o la biopsia corial son certeras, pero someten al embarazo a un riesgo nada despreciable de pérdida fetal, por lo que hay que considerar el costo-beneficio (23,24), de allí que es obligante la información que se facilite a los padres, dejando claro los límites y posibilidades diagnósticas reales, sin crear falsas expectativas.

El diagnóstico prenatal plantea apreciaciones

distintas dependiendo del valor filosófico, moral y ético, los cuales son absolutamente individuales. El valor de las pruebas diagnósticas no es para la obtención del "hijo perfecto" porque entonces se consideraría una práctica eugenésica, pero sí son el bastión principal en los servicios diagnósticos para asesorar, exhaustivamente los riesgos, beneficios y limitaciones de lo hallado.

Resulta difícil obtener un consentimiento informado cuando esos beneficios y riesgos no son bien comprendidos, tal es el caso que la paciente escoja libremente si se va a interrumpir el embarazo o si se va a someter a esa "expectancia", porque no está claro si la paciente está asumiendo el derecho de autonomía. En estos casos, es importante que la relación de la madre con el grupo médico sea estrecha pues debe tener la confianza en la competencia de los médicos y en que el conocimiento que ella ha adquirido durante la consulta y/o la hospitalización es el suficiente para que no sienta temor de estar haciendo lo incorrecto ante lo que decida y sobre todo que el posible juicio egoísta que pudiera colocarse ante una decisión de interrumpir donde pudiera mantener.

Conocido ya, porque lo mencionamos al inicio, que con esta enfermedad se establece una relación médico-paciente paternalista, donde el médico tiene la oportunidad de diagnosticar y decidir qué hacer y canalizar a la paciente, para que ella acepte lo que se le propone, sin tomar en cuenta la opinión de la madre, es decir, si someterse a la expectancia o si interrumpir su embarazo, basándose netamente en la información que le suministre el médico o el grupo de especialistas tratantes. Pero la madre no está tomando esa decisión de acuerdo a sus propios intereses, deseos y creencias y esto conduce a la obligación de aplicar el "consentimiento informado" (26,27).

En nuestro medio, el refrán popular, "mientras hay vida, hay esperanza", es un lugar común que permite a los padres enfrentar con serenidad situaciones complejas, y es esta esperanza de que también hace acopio el médico cuando, se basa en el cuadro clínico debidamente manejado, decide plantear la posibilidad de la expectancia, y busca la mejoría clínica efectiva para ambos entes, la madre y el feto, y mantiene el camino emprendido, aunque la "perspectiva" de alcanzarla sea incierta (28). Bien es sabido que esta incertidumbre es un juicio de valor, que se basa en los datos médicos de una paciente totalmente monitoreada. Desde el punto de vista bioético, la viabilidad fetal se coloca frente a la complicación materna como el umbral a pasar para la decisión de mantener o no el embarazo difícil (28,29).

Cuando un médico comienza a decidir lo que será su arsenal terapéutico y el momento a ejecutarse, debe evaluar las condiciones maternas y las oportunidades del feto. Cabría entonces reflexionar si se interrumpe la gestación en beneficio materno o se prolonga el embarazo para lograr mayor oportunidad fetal donde entran en juego todos los valores bioéticos, donde un acto de autonomía para uno de los términos del binomio materno-fetal a su vez, puede ser calificado como violatorio del principio de justicia para el otro (7).

La bioética ha dejado el campo de lo abstracto, de lo filosófico-moral para convertirse en una forma de pensar en el otro. Para ello, debe mantenerse la objetividad y el espíritu crítico-reflexivo, los aspectos éticos deben integrar el enfoque (25,29). Los criterios morales incluyen también en el médico el valor que le otorga a su creencia religiosa y que van desde creer que es un ser independiente hasta limitarlo a que su estatus es igual al de cualquier persona nacida (8,29), lo cual dio pie a la unión del gremio médico con los juristas para lograr una reflexión bioética, reflexión compleja si se considera que podría decidirse sobre la interrupción de la vida, interviniendo en los procesos de la vida, tomando rumbo sobre la “persona-feto”, cuando en algunas posturas rígidas la mujer y el hombre no dan la vida, sino que son depositarios de la “voluntad divina” su decisión entonces se contrapone a la postura dogmática principalmente de la iglesia católica, y este es el punto central del debate bioético (9,25,29,30).

Para algunos el cigoto no es un ser humano en toda su plenitud, debiendo cumplir distintas fases en su desarrollo, por eso se acuñó el término “pre-persona” por el Comité de Ética de la Sociedad Americana de Reproducción Asistida en 1986 (31) para señalar un período de 14 días desde la concepción donde se le otorga un estatus moral especial, distinto al adulto acreedor de plenos derechos. En su obra de ética reproductiva, Bayles (32) considera tres criterios distintos:

- a. Criterio conservador. Desde la concepción, el ser tiene derecho a vivir. El aborto es éticamente ilícito.
- b. Criterio liberal. Ni el embrión ni el feto tienen derechos, ni por ende, estatus moral.
- c. Criterio moderado. De acuerdo con su desarrollo biológico va adquiriendo estatus moral, es decir, es progresivo.

El Hastings Center Nueva York (33), considerado el epicentro de la bioética mundial, se coloca en una posición moderada al aceptar que el feto no califica

como persona y, por tanto, carece de estatus moral pleno. La moral principalmente católica no se opone al aborto indirecto. El primero es cuando se produce en un feto no viable y cuando no haciéndolo parece también la madre, es decir, se produce un mal para hacer un bien, lo que pudiera lucir permisible. Esta es la llamada Doctrina del doble efecto, cuando una acción destinada a lograr un efecto positivo (evitar mortalidad materna) y que implica un efecto negativo (muerte fetal), es decir, se causa un bien e indirectamente se produce un mal. Para que se considere permisible, debe cumplirse con cuatro condiciones:

- a. Que la acción de la que resulte el mal sea buena o no moralmente mala.
- b. Que la intención no busque el resultado malo.
- c. Que el efecto malo proceda de la misma causa que el efecto bueno.
- d. Que haya una razón proporcionalmente grave para permitir el efecto malo.

Muchas veces el concepto del feto como paciente se encuentra ligado al estado moral en virtud de si es o no persona. En el caso que se considere una persona se le deberán aplicar los principios de beneficencia y no-maleficencia y balancear estas obligaciones con el deseo materno (34).

A pesar de las distintas teorías científicas, filosóficas o incluso teológicas, no se posee un acuerdo generalizado sobre el estado moral del feto, debido posiblemente a que no se cuenta con una metodología única para resolver las diferencias científicas, éticas, teológicas, jurídicas y filosóficas, no obstante, si aceptamos que el feto no requiere estado moral, el paciente entonces debe poder beneficiarse de la habilidad clínica del médico (34), pero al aplicar el principio de beneficencia es indispensable, promover lo que es mejor para el binomio madre-feto, al propiciar y fomentar el mejor resultado del producto de la concepción y su madre. La idea es que las intervenciones sean eficaces para el feto, es decir, aplicar los principios de beneficencia y no-maleficencia, que muchos de los bioeticistas consideran que ambos deben ser aplicados cuando existe el potencial real de ser un niño (7,9). Al evaluarlo desde el punto de vista médico, se considera un principio tributario del médico y demás profesionales de la salud, al buscar el bien del paciente (35). Este principio bioético impone además el no abandono de la paciente y su producto independiente de la opción terapéutica elegida, la no-aceptación del tratamiento sugerido no libera al médico de la responsabilidad para con ella, y esto incluye dedicarle el tiempo

necesario y la total comunicación asertiva y efectiva, hacerle sentir que es primordial y escucharle su opinión durante el tratamiento instaurado. El consejo materno debe tener en cuenta la viabilidad fetal vs el daño materno y hacer las recomendaciones sobre la mejor decisión y el beneficio al binomio (34,35). Los consejos deben ocurrir en un balance entre las obligaciones de la beneficencia contra las obligaciones basadas en la autonomía y la beneficencia materna. El clínico debería reconocer que la embarazada se encuentra obligada frente a un feto viable. Un posible conflicto pudiera observarse cuando existan divergencias entre las recomendaciones del médico y la decisión contraria de la madre, los cuales pueden manejarse con un objetivo y pertinente consentimiento informado, el diálogo, la negociación y la persuasión, pero independiente del resultado, el médico debe ser aliado en la decisión (26,27,35).

Al aplicar el principio de la no maleficencia, minimizando los potenciales daños para la madre y el feto o recién nacido, y evitar algún daño a la madre, es cuando entramos en un gran dilema, porque la interrupción del embarazo es la única herramienta final para frenar el proceso deletéreo que produce la preeclampsia grave sobre la madre y el feto, se le opone la otra vertiente no menos efectiva e importante como los es el mantener la “expectancia” y no interrumpir el embarazo, en este caso estamos siendo benéficos con el feto pero maleficientes con la madre. No interrumpir el embarazo, para dar todos los beneficios que pueda dar la expectancia, a sabiendas que la madre se está deteriorando progresivamente, nos hace actuar de manera benéfica con el feto pero estamos siendo maleficientes con la madre. Es por ello la presencia de este importante dilema y la necesidad imperiosa y obligatoria de la existencia de un “consentimiento informado”.

Este consentimiento inexorablemente obliga al médico tratante a dar la información fidedigna del beneficio en la aplicación oportuna del tratamiento y sus posibles consecuencias, los procedimientos a realizar para disminuir el desconcierto y la ansiedad que conlleva el estar en una unidad de cuidados especiales, indudablemente, el apoyo tecnológico nos ha hecho más precisos pero también menos comunicativos (28,35,36), el principio de justicia implica fundamentalmente una apropiada distribución de los recursos y donde como expresión de justicia en el que cada quien obtenga lo que merece, en términos bioéticos, se considera un principio tributario de la sociedad, pues sirve de guía para valorar la interrelación y los conflictos posibles entre el

conocimiento médico y la decisión materna y estima a la población en cuanto a la pertinencia y calidad de la asistencia médica sin establecer discriminación alguna (7,28,34,37) en cuanto a los costes hospitalarios, pues resulta muy oneroso el período de expectancia si valoramos el costo/día de hospitalización a una paciente que tiene que permanecer un mínimo de 12 horas hasta un máximo de 72 horas, en un área de atención especializada donde se solicitan múltiples exámenes de laboratorio cada 4 horas, se realizan ultrasonidos diarios, monitoreo fetal no estresante cada vez que sea necesario, aplicación de medicamentos de altos costos, para intentar el control y manejo de las cifras tensionales elevadas, lograr la inducción de maduración pulmonar fetal y mejorar o lograr un control óptimo y para trasladar a dicha paciente a una sala de hospitalización cuya duración puede ser hasta de 14 días, el costo se eleva aún más.

Tener pendiente que si al momento de la interrupción del embarazo la madre amerita la utilización de la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos (UTIA) y el recién nacido presenta criterios para ser trasladado a una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), los costos hospitalarios por día ascienden cuatro a cinco veces más, si los comparamos con los de la sala de hospitalización normal o el retén de niño sano respectivamente (38). Sería absolutamente inexcusable no considerar los principios bioéticos en el momento de precisar la existencia o no de un posible dilema ético que se derive de la asistencia médica en cuanto a la responsabilidad moral a que hubiere lugar, de encontrarse la misma frente a un manejo médico.

No obstante, para el análisis de un dilema médico y ético no basta evaluar si un caso corresponde a tal o cual definición, estas son demasiado profundas para un caso en particular, es decir, para la decisión no nos corresponde encasillarlos en una definición, debe hacerse un análisis individual y exhaustivo que involucre todas las aristas de un acto que delimite la ética (9,28), pues más allá de la decisión basada en los datos científicos, protagoniza un conflicto en el bien que le corresponde en justicia a la madre y/o al feto. El médico realiza un acto en beneficio de uno o del otro y puede dudar de cuales efectúa y cuáles no (9).

Este razonamiento ético incorpora la jerarquización de los valores y principios involucrados, los datos clínicos relevantes, la decisión de la madre debida y oportunamente informada y la adecuada ponderación de las circunstancias particulares, donde la madre debe además participar activamente en la decisión a tomar, tener la competencia requerida. Lo cual no obliga per

se al médico a regirse por la decisión materna ni está obligado moralmente a ello, ya que le debe respetar la autonomía fetal, del derecho a la vida, quizás ese sea el conflicto de valor subestimado pero implícito en cada caso dentro de la Unidad de Medicina Materno-Fetal. En la mayoría de los casos de preeclampsia grave debidamente documentada, la muerte del feto logra evitar la única muerte evitable (9,34,35).

El consentimiento informado no se utiliza de rutina a pesar de ser obligatorio, pues dentro de las normas exigidas al profesional médico en Venezuela por la Ley del Ejercicio de la Medicina (39), la Ley Orgánica de Salud, de marzo de 2007 (40) y la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, abril 23 de 2007, Capítulo III, de las formas de violencia definidas en el Artículo 15 (ejusdem) (41), el médico está en el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento o conducta que les será practicado, solicitando el consentimiento informado anticipadamente y no solo concentrar la atención en la "beneficencia" sobre la paciente, a veces con resultados catastróficos para su vida futura (26,27).

Debido a la diversidad de informaciones que se han cotejado en los últimos tiempos, se ha hecho imperioso el establecer normativas que rijan el proceso de asesoramiento médico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye en sus lineamientos "que todos los individuos deben tener el derecho a conocer sus riesgos genéticos y los riesgos de su descendencia, deben ser educados acerca de esos riesgos y deben tener la opción accesible de una terminación segura de la gestación en casos de fetos afectados, si así lo desean los futuros padres" (42).

El consentimiento informado es la aceptación de una intervención o conducta por un paciente en forma libre, voluntaria y consciente, después que los profesionales de la salud le hayan informado la naturaleza de su enfermedad, con sus riesgos, complicaciones y beneficios, así como de las alternativas posibles, en este caso la "expectancia" igualmente con sus riesgos y beneficios (26,27).

Los elementos del Consentimiento Informado son:

1. Información
2. Libertad
3. Comprensión
4. Competencia.
5. Consentimiento (firma).

La información debe ser la necesaria para tomar la decisión correcta. No es necesario que conozca los fundamentos científicos de la expectancia o de la

interrupción del embarazo.

**Comprensión.** Darle una información adecuada a la capacidad de comprensión del paciente.

**Libertad para decidir.** El consentimiento informado debe ser voluntario y libre de influencias indebidas.

**Competencia.** Una paciente solo puede ejercer el consentimiento informado, cuando es competente para decidir, en algunas circunstancias podría aplicarse el consentimiento sustitutivo, sobre todo cuando son menores de edad o exista alguna incapacidad para el entendimiento.

**Consentimiento.** Es mediante la firma que queda constancia, de haber sido informado correctamente.

Todo consentimiento informado tiene unas bases conceptuales filosóficas, religiosas y legales.

La base filosófica: Se puede resumir en: "Ayuda o por lo menos no hagas daño", "El mayor bien para el mayor número" "Respeto a las personas".

La base religiosa: se busca la sacralidad de la vida y no interferir en la vida de los demás.

La base legal: El compromiso de la reparación de un daño y darle validez, ya que busca el respeto de la persona, su autodeterminación y privacidad y confidencialidad.

El consentimiento informado debe tener siempre en cuenta los principios de: autonomía (respeto a la persona), beneficencia (tener en cuenta la relación riesgo beneficio) y justicia (selección de sujetos) y el de no maleficencia (fundamentalmente el no hacer daño) (26,27,34,35).

El objetivo es describir y entender los aspectos bioéticos, que interactúan en la conducta expectante, de la hipertensión inducida por el embarazo.

## MÉTODOS

Es un estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Se realizó en una población constituida por 188 pacientes ingresadas con diagnóstico de preeclampsia que acudieron a la MCP entre julio 2011 hasta diciembre del mismo año. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo, con pruebas de laboratorio confirmatorias de preeclampsia grave y conciencia plena.

## Procedimiento

Para la realización de este trabajo se evaluó la población de pacientes con patología hipertensiva del embarazo que ingresaron al Servicio de Medicina Materno Fetal en el período de julio-diciembre de 2011, provenientes de los servicios de emergencia, prenatal o sala de partos. Como puede apreciarse



## CONDUCTA EXPECTANTE EN PREECLAMPSIA GRAVE

en la Figura 1, el flujograma usado en el servicio para las diferentes conductas en las gestantes con preeclampsia grave. Una vez evaluado y confirmado el diagnóstico de preeclampsia grave con tomas sucesivas de la presión arterial cuantificadas por monitoreo continuo y exámenes de laboratorio complementarios al diagnóstico: hemograma, química sanguínea, proteinuria de 24 horas, y monitoreo fetal continuo, al confirmar la patología, se procedió a informar a la paciente sobre la pertinencia o no de la expectancia con los siguientes criterios de exclusión:

### Maternos:

- Hipertensión arterial no controlada ( $\geq 160/110$  mmHg) a pesar del uso de al menos 2 medicamentos antihipertensivos recomendados a dosis máxima. Eclampsia. Edema agudo de pulmón. Oliguria ( $\leq 0,5$  mL/kg/hora) que no se resuelve con la administración de líquidos. Signos de eclampsia inminente (vómitos, cefalea). Dolor persistente

en epigastrio o en cuadrante abdominal superior derecho. Patología médica asociada al embarazo descompensada. Deterioro rápido de la función renal (creatinina  $\geq 1,4$  mg/dL). Recuento plaquetario  $\leq 100\ 000$  mm<sup>3</sup>. Síndrome HELLP. Coagulación intravascular diseminada (CID). Cefalea persistente (posterior a la colocación de analgésico durante 24 horas.). Amenaza de parto pretérmino. Ruptura prematura de membrana.

### Fetales:

- Edad gestacional menor de 28 semanas y mayor de 35 semanas. Madurez bioquímica fetal. Crecimiento fetal restringido estacionario aumento  $\leq 10$  mm o menos en la circunferencia abdominal en 2 controles de ultrasonido, seriados con 2 semanas de separación. Monitoreo no estresante con desaceleraciones tardías repetitivas, desaceleraciones variables severas, variabilidad mínima  $\leq 3$  cm. Perfil biofísico  $\leq$  de 4 puntos

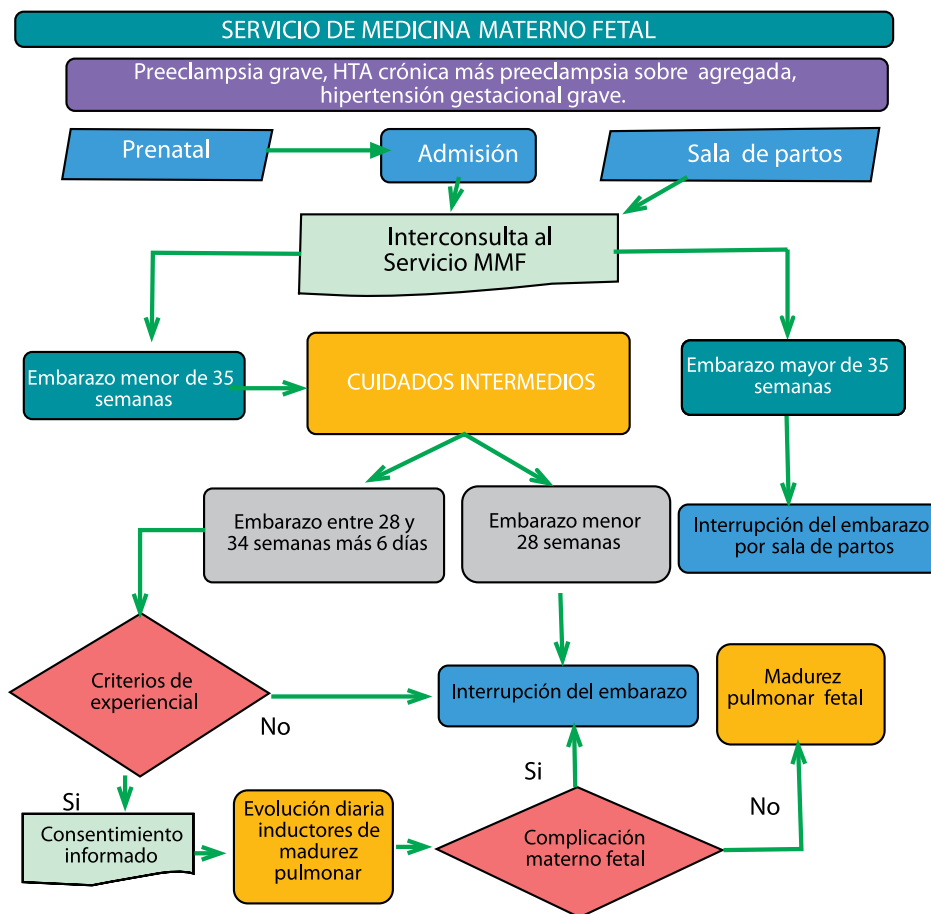


Figura 1. Flujo de atención

en 2 ocasiones con 4 horas de diferencia. Oligohidramnios menor del percentil 2,5. Perfil hemodinámico Doppler que reporte: fase de centralización avanzada fase de centralización terminal, descentralización. Malformación congénita y/o aneuploidía cromosómica.

Una vez tomada la decisión, respetando los principios bioéticos, especialmente la autonomía y la no-maleficencia, se solicitó un consentimiento informado diseñado para esta patología y así conocer los aspectos bioéticos que fueron considerados para esta conducta médica, porque el riesgo que asume la madre para poder obtener un producto de la concepción la expone a riesgos conocidos por el médico pero que en la mayoría de los casos eran desconocidos por las pacientes, sobre todo el de llegar incluso hasta la muerte. Se utilizaron cuestionarios para la paciente y para el médico, después de cumplido el consentimiento, se realizó la evaluación médica y bioética de cada caso en particular, incluyendo la evaluación del médico tratante mediante un cuestionario final que nos permitió hacer un análisis bioético de la óptica médica sobre la expectancia, los datos se recopilaron en hojas diseñadas para tal fin, se realizaron análisis estadísticos y se presentaron los datos en cuadros y figuras.

## RESULTADOS

Durante el período en estudio se ingresó a la MCP 5 100 pacientes, siendo admitidas en el Servicio de Medicina Materno fetal un total de 551 pacientes (10,69 %), y fueron objeto del presente estudio 188 pacientes (34,18 %) con preeclampsia grave.

La edad mínima encontrada de las pacientes estudiadas fue de 13 años y la máxima de 46, con una moda de 32 años, la distribución por grupo etario puede apreciarse en el Cuadro 1 donde se expresa que el rango de edades con mayor frecuencia estuvo entre los 30 y 34 años, lo que determina que esta patología se puede observar en cualquier rango etario de la edad reproductiva.

En el Cuadro 2 podemos apreciar la variable del nivel de formación académica alcanzado donde podemos apreciar:

Primero: aun cuando la MCP suele atender a pacientes de escasos recursos en la mayoría de los casos, los servicios de Medicina Materno Fetal son requeridos por una amplia gama de pacientes con niveles educativos variados.

Segundo: se aprecia que a mayor nivel educativo obtenido, la paciente tiene mayor disponibilidad

Cuadro 1  
Distribución de frecuencia según grupo etario y aceptación

Grupo etario	Acepta	No acepta	Total
-15	2 (25%)	6 (75%)	8 (4,25%)
15-19	13 (65%)	7 (35%)	20 (10,63%)
20-24	36 (90%)	4 (10%)	40 (22,22%)
25-29	37 (94,9%)	2 (5,1%)	39 (21,66%)
30-34	50 (98%)	1 (2%)	51 (28,33%)
35 y +	30 (100%)	-	30 (16,66%)
Total	168 (89,36%)	20 (10,63%)	188 (100%)

Cuadro 2  
Distribución de frecuencias según el nivel de formación alcanzado

Nivel educativo	Acepta	No acepta
Sin estudios	9 (5,35%)	8 (40%)
Primaria	35 (20,83%)	7 (35%)
Secundaria	63 (37,50%)	5 (25%)
Técnico superior	11 (6,54%)	-
Universitario	50 (29,76%)	-

de aceptar los riesgos para la conducta expectante, encontrando que el total de las pacientes alcanzaban nivel educativo de técnico superior y universitario.

De las 188 pacientes incluidas en el estudio, solo 2 informaron no conocer los riesgos a los que se sometían. Hubo una disposición de 168 pacientes a continuar con el embarazo y 20 aceptaron la idea que se les interrumpiera, todas las que aceptaron continuarlo a pesar de los riesgos, mostraron confianza en la información recibida y 13 de las que no aceptaron continuar la gestación, no sentían confianza con la información recibida (Cuadro 3). En cuanto a considerar la mejor decisión, 155 expresaron que si lo fue, 20 que no y 13 no sabían. La razón que más prevaleció para la toma de decisiones fue en primer lugar el "deseo de tener un hijo" para las que aceptaron la expectancia y para las que no, fue la incertidumbre de no lograr el presente embarazo y la imperiosa necesidad por los hijos que habían quedado en casa.

Todas las pacientes que aceptaron la expectancia consideraron oportuno el asesoramiento médico, de aquellas que no aceptaron la conducta, 18 expresaron que el asesoramiento fue oportuno y 2 que no lo fue.

## CONDUCTA EXPECTANTE EN PREECLAMPSIA GRAVE

Cuadro 3

Consideran que fue la mejor decisión

Decisión	Pacientes	Frecuencia relativa
Si	155	82,44
No	20	10,63
No sabe	13	6,91

Para determinar la jerarquía de los principios bioéticos según la perspectiva de los médicos en su totalidad 28, expresan en primer lugar la autonomía 16 médicos, luego el de justicia 8 porque se le daba oportunidad al feto, después el de beneficencia 3 y por último no maleficencia 2.

Cuando la paciente acepta la conducta expectante la jerarquía cambiaba al siguiente orden: no maleficencia 12, beneficencia 9, justicia 4 y autonomía 3.

Cuando se discrimina por posición dentro del servicio, se observa cierta disparidad, cuando la paciente acepta la conducta expectante los especialistas aprecian que el orden de los valores sería autonomía, luego beneficencia después justicia y por último no maleficencia, los residentes que están en segundo año, coinciden con los especialistas en que el primero es la autonomía, discrepan en segundo orden donde reportan la justicia luego beneficencia para coincidir que el último sería la no maleficencia.

En cuanto a los médicos que están en el primer año le dan prioridad a la no maleficencia, luego beneficencia, la justicia y colocan de último la autonomía (Figura 2).

Cuando la paciente se niega a participar en la conducta expectante, cambia el panorama, los especialistas mantienen el mismo orden, los residentes del segundo año expresan como prioritario la autonomía, mientras que los de primero consideran que el principio que impera es el de no maleficencia, luego los de segundo expresan beneficencia, no maleficencia y justicia, mientras que los de primer año, aprecian de segundo la autonomía, luego justicia y por último beneficencia (Figura 3).

En cuanto a lo que expresan sentir los médicos del servicio, cuando la paciente acepta o no la conducta expectante se denota un agrado cuando la paciente acepta la conducta y un desagrado cuando no lo acepta. En cuanto al punto de cómo son sus sentimientos cuando solicita el consentimiento informado la mayoría expresa sentirse agrado. Mientras que a los especialistas les es indiferente en ambos casos. Se observa que a través del tiempo en

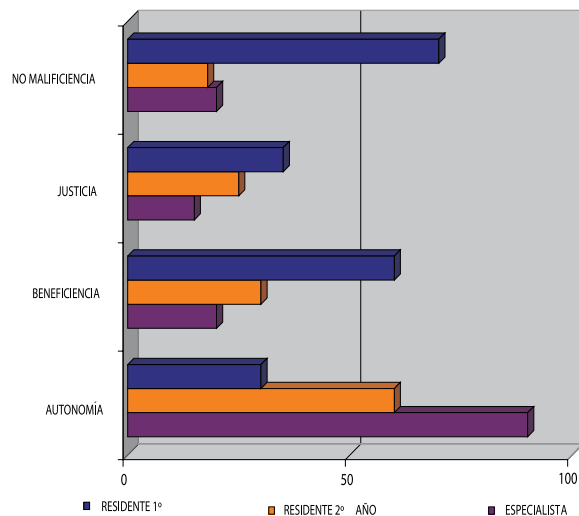


Figura 2. Opinión de los médicos por orden jerárquico sobre los principios bioéticos, en las pacientes que aceptan la expectancia.

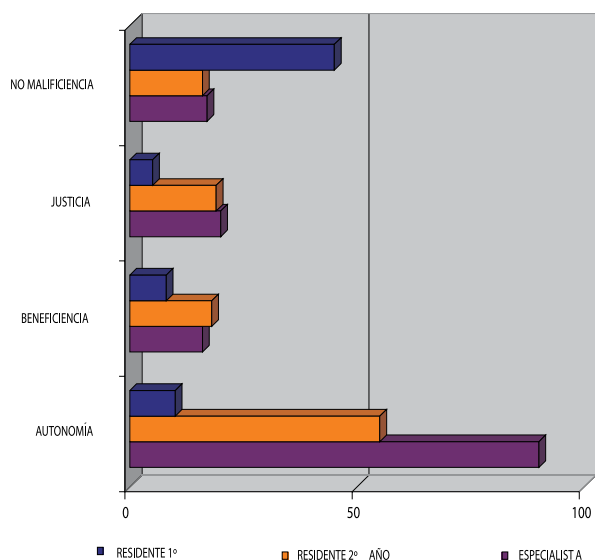


Figura 3. Opinión de los médicos por orden jerárquico sobre los principios bioéticos, en las pacientes que no aceptan la expectancia.

el servicio y tratando a las pacientes, la respuestas frente a la expectancia cambian, sin ánimo de catalogar o discriminar cual conducta es más acorde, en los primeros años de residencia las respuestas favorecen a la beneficencia como principio bioético con mayor jerarquía a la hora de tomar una decisión, valor este que se corresponde con el entusiasmo de los primeros años del ejercicio médico, sin embargo, en el devenir de la experiencia el objeto a identificar es el respeto por la autonomía, sin abandonar la destreza en la conducta terapéutica, pero ya la función del médico

deja de ser un tanto paternalista e impositiva y cambia por el de la tolerancia, acompañamiento y guía.

Los resultados de la expectancia es que las que aceptaron la expectancia 168 todos requirieron atención por neonatología y de ellos 139 (82,7 %) lograron el producto de la gestación, ninguna de las que no aceptaron la expectancia 20 logró ningún neonato con vida.

## DISCUSIÓN

El avance tecnológico y más específicamente, el desarrollo vertiginoso en el área del diagnóstico prenatal le han otorgado al médico herramientas eficaces en la aproximación a un diagnóstico cada vez más precoz sobre muchas patologías fetales y a la vez, lo han colocado en tránsitos difíciles cuando debe comunicarle de manera clara y objetiva el pronóstico a una madre por lo general esperanzada en llevar a feliz término su embarazo. Nuevos diagnósticos con tratamientos novedosos y en la mayoría de los casos altamente efectivos son desentonados con nuevos dilemas bioéticos cuando frente al problema la solución puede no ser la más feliz esta particularidad en materia materno fetal constituye un complejo paradigma de múltiples aristas en el manejo de las complicaciones perinatales y hacen delicada la elección del curso de acción apropiado e individual para la familia atendiendo a sus riesgos, objetivos familiares, principios éticos y religiosos (25,36,38).

El médico debe conocer lo que significa esta complicación para la paciente y su familia, poder medir las reacciones, dificultades, sentimientos y deseos normales, la ansiedad que la decisión genera, ¿que se espera del médico y del tratamiento? y la mejor forma de responder para poder establecer una efectiva relación médico-paciente (8).

Para tratar de evaluar si existe o no un dilema bioético habría que entender las controversias que discurren dentro de las áreas de cuidados críticos donde el tratamiento en la intervención dentro de las causas que desencadenan la vida o la muerte (28).

Cuando se delibera entre el costo-beneficio no solo de la gestante complicada sino de su hijo, es también motivo de análisis la toma de decisiones terapéuticas cuando se incorpora en la misma la autonomía de la paciente, hecho no poco frecuente y de gran vigencia pues a veces ambas decisiones son inversas y el juicio sobre la conveniencia o no de un camino o el otro puede deteriorar la relación médico-paciente, pues al ser contrarios, la tendencia pudiera ser incriminarla al considerar que la ciencia

“tiene la verdad”, visto como es en la mayoría de los casos, por fortuna, pero cuando es la paciente quien utilizando su autonomía decide interrumpir la gestación hay un cuestionamiento bioético de impacto emocional para el profesional tratante que acarrea un conflicto individual (uso de la terapéutica apropiada) y colectivo (realizando un consenso familiar) para decidir conducta final. Siempre es menester considerar la premisa que por encima de cualquier circunstancia, la intención del médico es siempre la de salvaguardar, nunca perjudicar, por lo que la omisión de actuar provocaría un mal mayor, pero si se toman las providencias y se interrumpe la gestación, no puede considerarse una elección errada, o como se le conoce, un mal moral, sino la acción que corresponde a un médico que opta por la conducta expuesta en la mayoría de la literatura.

Aun cuando el tema de la interrupción voluntaria del embarazo, antes de la viabilidad fetal, por razones de salud materna puede disculparse, la acción es demasiado genérica y no logra agotar la especificidad de frecuentes y diversas situaciones clínicas (28,35). La intención es un proceso complejo, involucra factores cognitivos, afectivos, emotivos, de convicción de los valores, y otros. Pudiera haber confusión de la paciente por la intencionalidad del médico en la interrupción del embarazo para preservar su vida. Dicha confusión es eludible por un lado con la información completa de la patología, posibles complicaciones y sugerencias terapéuticas, es decir, el consentimiento informado y por el otro, considerar que la biología y la clínica tienen muchas complicaciones, hace de cada caso un caso único y establece diferencias en las pacientes donde no es el feto el que causa el problema sino que las complicaciones médicas que el embarazo causa a la madre, de las condiciones en que el feto, por su propia fisiología, es la causa, directa o indirecta, del compromiso vital de la madre (28).

Es necesario entonces, identificar las circunstancias que rodean cada caso para lograr constituir el acto moral completo: la razón que muestra al médico los principios involucrados, las circunstancias que acompañan cada situación y las consecuencias previsibles de cada opción planteada no solo como bien particular sino que ordenado al bien último (9). La teoría ética plantea que si la intención es salvar a la madre y se accede a ello, es una acción de doble efecto y es una interrupción lícita. Por otro lado, si los fetos, por su genoma están matando a sus madres o hermanos mellizos, aun cuando no son viables fuera del útero, está sustentada la finalización del embarazo para lograr además como efecto colateral la calidad

de vida de la madre, evitando un feto con limitaciones a futuro, derivados de la prematuridad o una madre con condición cerebral disminuida o inexistente, sin considerar los diferentes matices que puede plantear la religión y sus diferentes visiones (22,25,30).

En la última década se han establecido recursos asistenciales precisos para la correcta atención del recién nacido, intentando evitar la muerte fetal intrauterina, la lesión residual y la muerte neonatal, considerado para la perinatología como paciente independiente, pero en relación con los problemas maternos. Estos avances han logrado la disminución vertiginosa de las cifras de mortalidad infantil, que en los países desarrollados está por debajo de 8 por mil contrastando con la mortalidad infantil próximas a 200 por mil en algunas áreas no desarrolladas. Los avances en medicina perinatal han incrementado los problemas bioéticos al plantearse un número importante de casos en que los principios básicos de la bioética, como los de autonomía, beneficencia y justicia, a menudo son difíciles de precisar y es frecuente un choque de intereses médico-familiares y sociales, como por ejemplo, el interés fetal frente al interés materno, considerando ambos como interrelacionados pero diferentes y donde adelantar el parto conllevaría los riesgos de la posible prematuridad (35).

La decisión se puede apresurar para asegurar la salud materna, ya que de nada serviría no actuar y que la madre muriera, pues conllevaría la muerte fetal. El problema podría aparecer si la madre no consintiera la finalización de la gestación a pesar del grave riesgo que representa para ella la continuación del embarazo. Otro tema a considerar es el límite de la prematuridad y valorar la necesidad de realizar una cesárea por el bien fetal, frente al mayor riesgo materno, un control estricto de sus condiciones físicas, la precisión y detección temprana de la presencia de complicaciones y la estabilización de las condiciones materno-fetales son las responsabilidades de primera línea en el tratamiento de la preeclampsia grave, en conjunto con el apoyo de lo que significa la posible interrupción para una mujer ilusionada con tener un bebe sano y mantenerse con vida.

Ocurre que si evaluamos el origen de la humanidad y le colocamos a cada situación un canon o valor distinguido no por su ponderación numérica sino como valor adjetivo, vale decir, valor por su carácter humano, biológico o moral, es inexorable caer en la disyuntiva si la atención de la salud, al influir en la vida, le coloque un encomio moral, pues lo incluye, cuando preserva la vida en algunas circunstancias, los seres humanos somos medios para otros, pero esto

no contradice el Imperativo de Kant cuyo postulado se refiere a que no se debe tratar al ser humano como medio, es decir, que lo respetemos como persona aunque temporalmente nos sirva como medio; así como nosotros en determinadas circunstancias también somos un medio para otras, es obligante no comprometer la vida sobre el planeta (44).

La ciencia carecerá de sentido, si no se fundamenta en el humanismo, donde el interés superior debe ser el hombre, es precisamente el interés científico el mantener el bienestar de la comunidad y su progreso que debe ir de la mano entre científicos y sociedad. La ciencia y la salud son y serán siempre prácticas sociales con profundo e imprescindible sentido humanístico y social sobre todo en el resultado a futuro (45).

En toda sociedad establecida, existen leyes y valores donde se fundamentan los individuos que la constituyen para conseguir la convivencia organizada. Es lo que se conoce como ética donde se establecen las normas de conducta y sus deberes hacia la sociedad (36,43,45). En estos principios éticos, existe la moral profesional o ética profesional que se propone guiar al médico en su comportamiento intelectual y dentro de la sociedad (científica y comunitaria) que tendrían una participación útil en la toma de decisiones en cada caso en particular, brindando el mayor respeto por la trinidad de la bioética al juzgar adecuadamente la proporcionalidad de los efectos posibles en las diversas circunstancias, construyendo un acto moral completo y se pudiera considerar si es o no desproporcionado (29). Los conflictos de intereses están presentes en todos los análisis bioéticos porque son actividades humanas, con inclinaciones individuales que afectan el desempeño (46-48). Algo no considerado, pero no por ello, de poco valor en el análisis bioético es la posición médica con respecto a las creencias particulares (del médico tratante) incluyen la creencia religiosa, el nivel cultural que lo pueden llevar a modificar una indicación médica porque no esté acorde a su pensamiento o lo que puede pensar decidir ante una malformación congénita (9,24,35).

Para facilitar la toma de decisiones a los padres, sería deseable que la información sea brindada por el médico tratante, responsable del control del embarazo, en un paciente mentalmente competente y atento a la patología que presenta, así como el balance entre los efectos de la misma y de los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos cubriendo todos los elementos que debe cubrir todo consentimiento informado, incluyendo en la misma

a los neonatólogos responsables de la atención posnatal, y esto debe registrarse en la historia, tanto la información como la conducta consensuada con los padres para decidir la finalización del embarazo y la mejor vía para realizarlo (9,27).

La mujer embarazada puede haber deseado o planificado un embarazo, pero por factores médico-biológicos propios, como condiciones de enfermedad, como un HELLP, por ejemplo, debe decidir su interrupción (7,29), o en otros casos, muchas parejas aun frente a un desdichado diagnóstico rechazan la interrupción del embarazo como opción terapéutica por motivos morales, éticos o religiosos, lo cual abre una brecha bioética ante la interrogante de si vale la pena realizar algún procedimiento de diagnóstico perinatal si independientemente del resultado la interrupción no será contemplada (47,49). Entran en juego ahora, los juicios éticos y morales en donde no todos los médicos comparten criterios, y deben estar acordes con las normas de objetividad y responsabilidad establecidas para lograr una conducta conciliadora incluyendo el sistema de valores para que la decisión sea la menos lesiva y satisfaga a todos los implicados (9,49,50).

El profesional de la salud debe saber hasta donde esperar, cuando las condiciones maternas se han deteriorado como para atravesar la delgada línea del no-retorno, y, respetando la decisión materna, poder establecer una verdadera relación terapéutica. En las últimas décadas se considera al feto independiente de la madre, se considera un paciente real con derechos propios y merecedor de respeto, lo cual ha contribuido al desarrollo de la nueva rama médica, la Medicina Materno-Fetal que incluye acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, encaminadas a evaluar, asistir y promover la salud del feto; así son objetos de estudio todo lo relacionado con las complicaciones inherentes al embarazo y todas las inherentes al feto, de allí que todo el manejo deberá implicar un beneficio para el feto, en caso contrario, si el feto no es considerado un paciente se deberían respetar los deseos de la madre y el consejo hacia ella no será inducido. Si se acepta que es un ser independiente, se le deberán aplicar los principios de beneficencia y no maleficencia y balancear estas obligaciones con respecto a los deseos de la embarazada (45), pues corremos el riesgo de producir distansia o encarnizamiento terapéutico, de allí la importancia de diferenciar entre tratar o no, uno de los factores que hace discutible el permitir o no la participación de los padres en la toma de decisiones con respecto a los actos médicos a los que someterían a su familia (45,46,49,50).

De este balance surge otra interrogante de carácter ético: ¿hasta dónde debe mantenerse un embarazo complicado que evoluciona hacia formas graves sin tratamiento por posible afectación fetal? he allí el esfuerzo de los médicos del área materno-fetal que tienen que luchar por preservar el bienestar del feto y de la madre al mismo tiempo, sabiendo que no son infalibles y que las decisiones pueden ser difíciles y en ocasiones desagradables. Las interrupciones de un embarazo, como actos físicos genéricos no pueden ser evaluadas éticamente. Son las diferencias específicas que completan una acción concreta, por tanto, es necesario que el médico tratante realice en cada caso un análisis acucioso de nuestras motivaciones, del objetivo final luego de nuestra intervención, así como también un estudio profundo de los datos clínicos relevantes, para así juzgar adecuadamente la proporcionalidad de los efectos posibles y las circunstancias que lo rodean, constituyendo de esa manera el acto moral del cual sí podemos juzgar desde la ética (9,49-50-53).

Si la decisión materna y familiar es mantener la conducta expectante, se debe tener en cuenta que la decisión transcurre por la intimidad y privacidad luego de haber recibido la información necesaria y adecuada, la autonomía de la gestante debe ser respetada, permitiéndole a ella decidir y utilizar los lineamientos médicos, sociales y legales en la forma que ella considere más pertinente (38).

Es probable que en muchas circunstancias, podremos no coincidir en una decisión y esto nos coloque en la difícil postura del no-juicio al no encontrar una fórmula que satisfaga totalmente a todos los involucrados, pero si cada motivo para apoyar un lado u otro del camino es analizado concienzudamente y con coherencia se justifica una escogencia y lógicamente se sustenta el porqué es mejor que el otro, probablemente el resultado sea bueno (53).

## CONCLUSIONES

La preeclampsia es una enfermedad que causa importante morbimortalidad materna y fetal. Se observa en cualquier rango de edad.

La preeclampsia no tiene una etiología determinada y comprobada, sino que está basada solo en teorías, entre las cuales la que toma más fuerza es la inmunológica, luego la mala placentación, el daño endotelial y la mala peroxidación. Se ha demostrado que una vez que dicha enfermedad se instaura no es reversible; puede controlarse y mejorarse en un

período breve de observación, llamado "expectancia", pero la solución determinante y final es la separación del feto del claustro materno o interrupción del embarazo.

Sin embargo, con el objetivo de darle un chance a la vida se propone realizar la conducta expectante ya que en este valioso tiempo se pudiera conseguir la oportunidad para que el recién nacido logre subsistir, entendiéndose de antemano que esto solo se debería realizar con los conocimientos y recursos debidos y hasta extremos ya que la vida de madre y feto se enfrentan a un gran riesgo de morbimortalidad. El nacimiento de la bioética ha creado un nuevo paradigma frente al tradicional "paternalismo médico", con la tradición hipocrática ancestral de beneficencia sin considerar la autonomía, el debate persiste a pesar de la injerencia justificada de juristas, filósofos, políticos, biólogos, sexólogos, etc., sin pretender sobrepasar un conocimiento por encima de otro, siempre habrá una controversia sobre la acción y la expectancia que hace necesaria la búsqueda de una solución individual y que se adapte a cada caso (28).

En el presente estudio la gran mayoría aceptó la expectancia como alternativa. Al hablar de decisiones bioéticas, es menester relacionar principios, regla de oro y el respeto a la dignidad humana y aun así tendremos que enfrentarnos a severas limitaciones como resultado de la limitada racionalidad humana ante la ausencia de pautas o "recetas" que sistematicen y normen el comportamiento más idóneo ante cada situación, ya que el hombre no es una computadora que se rige por reglas algorítmicas (53).

Por tanto, la vida moral del hombre "no puede reducirse a la aplicación de unos principios ni al naufragio de la intersubjetividad postulada por la fenomenología" (21,47,48).

La aplicación de la bioética en el momento actual de la evolución del hombre, no puede desconocer al ser, debe enunciar desde el punto de vista filosófico, su origen, fundamento y fin.

## SUGERENCIAS

Se sugiere profundizar la enseñanza de la patología hipertensiva en el embarazo al igual que sus implicaciones bioéticas.

La conducta expectante es multi y transdisciplinaria y debe realizarse siempre en equipo, donde todos tengan los más altos conocimientos científicos sobre la patología al igual que la intensa sensibilidad bioética como estilo de vida.

Para realizar la conducta expectante en gestantes

con preeclampsia grave debe contarse además con todos los avances tecnológicos y medicamentos ya que los riesgos y complicaciones pueden ser mortales.

## REFERENCIAS

1. Duley L. Preeclampsia and the hypertensive disorders of pregnancy. *Br Med Bull.* 2003;67:161-176.
2. ACOG Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *ACOG Practice Bulletin.* 2002;33:1-14.
3. Brito J, Cabrera C, Gutiérrez O, Gutierrez M, Romas F. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios". 1982-1991. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007;67:1-32.
4. Sibai BM. Management of Preeclampsia. *Clin Perinatol.* 1991;18:793-808.
5. Committee Opinion. Number 299, september 204 (replace N° 158, september 1995). Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004;104:647-651.
6. Gratacós Solsana E. Fisiopatología de la preeclampsia. Conceptos actuales. En: Cabero L, Cararach V, editores. Curso intensivo de formación continuada en Salud Materno Fetal. Caracas: Editorial Ateproca; 2000.p.50-60.
7. Ética en medicina. Centro Nacional de Bioética. Mod. 1. Fundamentación de la Bioética. Consentimiento informado. 2006.
8. Leal Quevedo F, Mendoza-Vega J, Plata Rueda. Hacia una medicina más humana. Bogotá: Editorial Panamericana; 1997.p.302-304.
9. Besio M. Consideraciones éticas sobre el aborto terapéutico. *Bol Esc Med Chile.* 1998;27:34-37.
10. Report of National High Blood Pressure Education Program Working Group. Report on high blood pressure in pregnancy. National Institute of Health. 2000;(Suppl 1):3-6.
11. Sibai BM. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *ACOG. Practice Bulletin.* 2002;33:1-14.
12. Lain KY, Roberts JM. Contemporary concepts of the pathogenesis and management of preeclampsia. *JAMA.* 2002;287:3183-3186.
13. Sosa A, Alonso JF, Reigosa A. Biopsia del lecho placentario y de las vellosidades coriales en gestaciones normales y de alto riesgo. *Gac Med Caracas.* 1995;103:358-374.
14. Chesley L. History and epidemiology of preeclampsia. *Clin Obstet Gynecol.* 1984;27:801-820.
15. Roberts J, Cooper DW. Pathogenesis and genetics of preeclampsia. *Lancet.* 2001;357:53-56.
16. Pijnenborg R, McLaughlin PJ, Vercausse L, Hanssens M, Johnson PM, Keith J, et al. Immunolocalization of tumour necrosis factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) in the placental bed of normotensive and hypertensive human pregnancies. *Placenta.* 1998;19:231-239.

17. Estelles A, Gilabert J, Trancha S, Yamanauto R, Jines T, Espana F, et al. Abnormal expression of type I, plasminogen activator inhibitor and tissue factor in severe preeclampsia. *Thromb Haemost.* 1998;79:500-508.
18. Zhou Y, Damsky Ch, Fisher SJ. Preeclampsia is associated with Failure of human cytotrophoblasts to mimic a vascular adhesion phenotype. One cause of defective endovascular invasion in this syndrome? *J Clin Invest.* 1997;99:2152- 2164.
19. Lim KH, Zhou Y, Janapour M, McMaster M, Bass K, Chun SH, et al. Human cytotrophoblast differentiation/ invasion is abnormal in pre-eclampsia. *Am J Pathol.* 1997;151:1809-1818.
20. Walsh SW. The role of oxidative stress and antioxidants in preeclampsia. *Contemp Ob Gyn.* 1997;5:113-124.
21. Molina R, Herrera JL. Angiopatia de la gestación (El Quijote y la Preeclampsia). *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2001;61:73-75.
22. Gracia GD. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá. Editorial El Buho Ltda; 1998.p.134-140. Conferencia dictada en el Magister de Bioética. Universidad de Chile. Julio. 1998.
23. Dekker GA, Sibai BM. Immunology of Preeclampsia. *Sem Perinatol.* 1999;23:24-33.
24. Valero J. Medicina perinatal y diagnóstico prenatal. *Cuad Bioét.* 2009;XX(3):441-450.
25. Halac J, Halac E, Moya Martín P, Olmas JM, Dopazo SL, Dolagaray N. Bioética perinatal: ¿Eutanasia o decisiones sobre terminación de la vida?: Análisis del Protocolo de Groningen. *Arch. argent. pediatr.* [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2012 Ene 08]; 107(6):520-526. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752009000600009&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000600009&lng=es).
26. Uzcátegui O, Cabrera C. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2010;70:47-52.
27. Uzcátegui O, Toro MJ. Consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2008;69:1-4.
28. Alvarez J. El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética. *Rev Fac Med UNAM.* 2008;51:249-251.
29. Sáez V. Algunas consideraciones bioéticas a la paciente obstétrica crítica. *Rev Cub Med Int Emerg.* 2009;8:1551-1560.
30. Hernández P, Bencomo A, Alfonso M, Castañeda P. La ética y la ciencia en la donación de sangre voluntaria. *Univ Diag.* 2000;1:24-30.
31. Sociedad Americana de Reproducción Asistida. Boletín 1986. Revista en la Internet disponible en: [www.american.society.for.reproductive.medicine](http://www.american.society.for.reproductive.medicine).
32. Bayles M. The legal essays of Michael Bayles. Netherlands Barnes y Noble, editores. 1991.p.21-40
33. Steinbock, B. Abortion. Bioetica briefing book. New York: Publicaciones para the Hastings center. 2008.p.1-4.
34. Undurraga E. El embrión como humano. [INTERNET] [citado julio 2012] disponible : <http://www.atonachile.cl/content/view/552740/el-embrión-como-ser-humano.html>.
35. Sebastiani M. Anencefalia: análisis ético bajo el concepto de feto como paciente. [INTERNET] [citado mayo 2012] disponible: [http://latina.obgyn.net/sp/articles/abril%2000/anenc%20\(1\).htm](http://latina.obgyn.net/sp/articles/abril%2000/anenc%20(1).htm)
36. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 2ª edición. New York: Oxford University Pres; 1979.p.148-149.
37. Gracia D. Los cambios en la relación médico-paciente. *Med Clin Barcelona.* 1989;19:100-102.
38. Perozo-Romero J, Santos-Bolívar J, Peña-Paredes E, Sabatini-Sáez I, Torres-Cepeda D, Reyna-Villasmil E. Conducta expectante en la preeclampsia severa. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2009;69:56-62.
39. Ley del Ejercicio de la Medicina 23 de agosto de 1982.
40. Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38650 de 22 de marzo de 2007.
41. Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38 668 23 de abril de 2007.
42. World Health Organization. Anticonception and family planning. Documents who/HDP/GL/EJH. 95.1.
43. Patrao Neves MC. Fundamentación Antropológica de la Bioética; expresión de un nuevo humanismo contemporáneo. Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS. 1996;2:11-27.
44. Inmanuel Kant. Crítica de razón práctica. Prometheus Books. 1996.
45. Casagrandi D. Algunos aspectos éticos del diagnóstico prenatal, la medicina y la terapia fetales. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2005;31:31-33.
46. Jonsen A, Siegler J, Wietslade WJ. Clinical Ethics. 2ª edición. New York: Edit Macmillan Publishing Co.; 1986:47-49.
47. Engelhardt HT. Los Fundamentos de la Bioética. 2ª edición. Buenos Aires: Paidós; 1995:309-346.
48. Cavell M. Knowledge, consensus and incertanity. *Int J Psychoanal.* 1999;80:1227-1235.
49. Gell J. Dilemas éticos en el recién nacido malformado. *Rev Peruana de Pediatr.* 2008;61(3):194-196.
50. Barrios VS. Conflicto de intereses. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2007;58:296-330.
51. Ashcroft, R. Current Epistemological problems in evidence based medicine. *J Med Ethics.* 2004;30:131-135.
52. Granados TM. Sobre la Dignidad. *Persona y Bioética,* 1994;6:59-88.
53. Cantavella M. Bioética: ciencia y humanismo. Clemente Editores. Publicaciones Universidad Rómulo Gallegos. 2002.p.53-65.