



Hace 55 años

Algunos problemas de Ética en Gineco-Obstetricia*

Dr. ANTONIO SORDO NORIEGA

CONTROL DE LA NATALIDAD

Las prácticas anticoncepcionales tienen por objeto intrínseco evitar la fecundación sin impedir el acto conyugal; es decir, asegurar relaciones sexuales necesariamente estériles.

En multitud de ocasiones el control de la natalidad es un acto de cobardía, ya que es negarse a sufrir las consecuencias de una acción volitiva libre, sin suprimir el placer sexual de dicha acción.

De sobra son conocidas las consecuencias perjudiciales que se desprenden del control de la natalidad, de las cuales me voy a permitir mencionar algunas:

Consecuencia sobre la salud moral. Las prácticas anticoncepcionales son una victoria de la materia sobre el espíritu. En muchas ocasiones es el triunfo del instinto sexual sobre la razón y, en esos casos, el hombre integralmente considerado, se convierte en esclavo del placer, se animaliza.

Consecuencias sobre la salud física. Se ha reconocido que, independientemente de la fecundación, las relaciones sexuales normales tienen profundas repercusiones fisiológicas de las que se beneficia principalmente el organismo femenino (1).

Es necesario recordar el alto porcentaje de endometriosis encontrado en las mujeres con antecedentes de control de la natalidad (2).

Las excitaciones sexuales repetidas sin conclusión natural del acto conyugal y agregando a ello sustancias que modifican las condiciones naturales del tractus genital femenino, ocasionan graves trastornos del aparato genital de la mujer.

La vida puramente sensual fatiga, a la larga, el sistema nervioso, principalmente el de la mujer y la lleva a los variados trastornos del histerismo (3).

Consecuencias para la familia. Favorece la infidelidad conyugal. Si el marido toma la iniciativa, se convierte en el “adúltero de su mujer” y si es la esposa la de la iniciativa, se transforma en “querida de su marido”.

No se puede hablar de integración de familia mientras no existan hijos. El hijo se transforma en problema familiar y se presentan multitud de dificultades para la educación integral del mismo.

Consecuencias para la sociedad. El control de la natalidad perturbando el equilibrio familiar, y en ocasiones llegando hasta el envilecimiento de la familia, por transgredirse los valores morales de la misma, trae como consecuencia el desquiciamiento de las reglas morales de la sociedad, ya que las familias son la base consecutiva de la misma.

El control de la natalidad es una acción que se opone a la consecuencia de un acto fisiológico, y podemos decir que el control de la natalidad es, en principio filosófico, un homicidio prematuro porque es negar los medios para la existencia de un nuevo ser.

La ligadura de las trompas aumenta, en todos sentidos, esa acción negativa, ya que la situación de esterilidad, de no procreación es cierta y permanente.

La supresión funcional de las trompas podía estudiarse en dos aspectos: la ligadura intencionada de las trompas y la resección de las mismas por causa accidental y no intencionada (4).

Profesor de Clínica Obstétrica.
Facultad de Medicina. U.N.A.M.

* Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1957;XII:319-333

En el caso de la extirpación de una trompa por cualquier causa podía aceptarse el principio del doble efecto: un mal físico no querido ni directamente buscado es, sin embargo, tolerado porque es inseparable de un bien positivo que se procura, legítimamente, alcanzar. Por ejemplo: una mujer que tiene una ruptura tubaria por embarazo ectópico tubario, a la que no se puede hacer una reconstrucción de esa trompa, nosotros nos veríamos precisados, para resolver el problema de hemorragia interna, a practicar la resección de la trompa; entonces aplicamos la causa del doble efecto. Un mal físico no querido ni directamente buscado, la resección de la trompa es, sin embargo, tolerada, porque es inseparable de un bien positivo que se procura legítimamente alcanzar: cohibir la hemorragia para salvar la vida.

Esta situación es totalmente distinta de aquella en la que se hace una intervención directa o intencionada para ligar las trompas y dejar a la mujer cierta y permanentemente estéril; en este caso no puede aplicarse la causa del doble efecto.

En ocasiones, los médicos se sienten dueños de vidas y haciendas, y en casos de cesáreas de repetición, disponiendo de lo que no tienen derecho a disponer practican ligaduras de las trompas y en cuántas de esas enfermas, posteriormente, se establecen verdaderas neurosis de ideas fijas, que tienen origen en su situación de esterilidad cierta y permanente.

Cuando hay una causa eficiente de la que se desprende el aconsejar la disminución de la natalidad, se puede indicar el uso de la continencia periódica, que se vale de medios lícitos y fisiológicos y que no dejan a la mujer en condiciones de esterilidad permanente.

La continencia periódica considerada sólo en su esencia no es ni mala ni buena, es indiferente. Las circunstancias, y en primer lugar el motivo que inspire a los cónyuges a guardar dicha continencia, le dará la bondad o la malicia moral, según el caso.

Respecto de las circunstancias deben tenerse siempre en cuenta los siguientes puntos:

1. Necesidad del mutuo consentimiento, sin imposiciones.
2. Los peligros nacidos de la continencia, en relación con la posibilidad de adulterio.
3. Tomar en cuenta las exigencias del bien común, valorizadas integralmente.

Respecto del motivo que inspire a los cónyuges para usar de la continencia periódica, es necesario hacer de él un análisis completo para poder llegar a la conclusión de que dicho motivo es legítimo, pues un motivo inconfesable y siempre basado en egoísmo, en amor a las comodidades, en amor a la sensualidad, hace culpable a la continencia periódica, en lugar de legitimarla.

De lo sumariamente expuesto puede deducirse que para que el médico aconseje el uso de la continencia periódica debe hacerse, primero que nada, un análisis de las circunstancias todas que intervienen en el problema, y un juicio sereno del motivo de la continencia, para ver si éste es debido a una causa justa, cierta y estrictamente moral y debida.

Fecundación artificial

La relación sexual dentro del matrimonio, en su estructura natural, es una acción personal, una cooperación simultánea e inmediata de los cónyuges, y por su misma naturaleza, es la expresión de la donación recíproca.

El acto conyugal, ordenado por su misma naturaleza, es una cooperación personal, para la cual los esposos se otorgan mutuo derecho al contraer matrimonio.

Por lo anteriormente expuesto se puede pensar que la fecundación artificial heterógena es indebida, es ilícita, ya que va en contra de la esencia misma del matrimonio.

Si con toda serenidad practicamos el análisis de los factores que intervienen en la fecundación artificial heterógena, y el análisis, también, de la resultante de dicha fecundación, tendremos que llegar a la conclusión de que la fecundación artificial heterógena es similar al adulterio.

Una vez nacido el hijo originado por fecundación artificial heterógena, la estabilidad futura del matrimonio puede quedar seriamente comprometida. Aunque el marido haya dado su consentimiento previo para la fecundación artificial heterógena, es imposible creer que al correr de los años se le pueda olvidar, completamente, que el niño que está en su hogar no es hijo suyo. Al contrario, la presencia de ese hijo servirá para mantener firme el recuerdo de que no es hijo suyo y su presencia será un estímulo permanente para recordarle, continuamente, su incapacidad para fecundar, es decir, su esterilidad. De estos dos hechos se desprenderán consecuencias psicológicas en el marido que lo llevarán, en ocasiones, a respuestas psíquicas equivocadas y a lineamientos de conducta indebidos.

Por lo que toca a la madre, puede decirse que va a encontrarse en situación similar, ya que continuamente tendrá que recordar que su hijo no fue engendrado por su marido y tendrá también que recordar la incapacidad de fecundación del propio marido, recuerdos que la pueden llevar, también, a respuestas psíquicas equivocadas y a lineamientos de conducta indebidos.

Al correr del tiempo, el hijo nacido de fecundación artificial heterógena seguramente que va a tener una estructura psíquica diferente de la del marido y que, además, puede presentar características hereditarias totalmente distintas de las que corresponderían al hijo que de verdad hubiese sido engendrado por los cónyuges.

Como consecuencia de las leyes de la herencia que actúan sobre el hijo así fecundado, se pueden llegar a presentar características que constituyan un motivo de grave preocupación para el matrimonio.

Sobre esos problemas psicológicos, emocionales, afectivos y de conducta, podrían hacerse muchísimas consideraciones que nos llevarían, como ya antes dije, a la conclusión de que la fecundación artificial heterógena, no debe realizarse.

Creo que lo que debe hacerse en estos casos es convencer al matrimonio estéril de que resuelva su problema de integración de familia con la adopción de un hijo.

El hijo adoptado por ambos cónyuges y que no ha sido engendrado por ninguno de ellos, no será causa de las reacciones psicológicas que puede provocar el hijo nacido por fecundación artificial heterógena, reacciones que expuse anteriormente.

El hijo que va a ser adoptado podrá ser estudiado psicológicamente antes de la adopción, a fin de conocer lo más elemental de su estructura psicológica y en su historia clínica deberán constar, cuando así se pueda hacer, los antecedentes que puedan influir sobre el desenvolvimiento físico y psicológico de esa criatura. Los futuros padres deben enterarse de estos hechos antes de adoptar al hijo, para que, conscientemente, adopten a un hijo que venga a completar, aunque no de manera perfecta, la integración estable de la familia.

Aborto provocado

Creo de interés transcribir la opinión del doctor Samuel A Gosgrove, Director de la Margaret Hague Maternity Hospital, de Jersey City EUA, tomada de un artículo intitulado: "Consideraciones sobre el aborto terapéutico" que

apareció publicado en el American Journal of Obstetrics and Gynecology (5).

Hablando sobre el problema del aborto, el doctor Gosgrove dice:

“¿Cuáles son las bases sobre las cuales puede erigirse un patrón ético que se aplique a este problema? Me parece que son muy sencillas:

1. Fisiológicamente, el ser humano non-nato de cualquier época después de la concepción, es una entidad con todas las posibilidades vitales potenciales, de cualquier otra criatura.
2. Tiene el derecho a la protección de tales potencialidades vitales, al igual que cualquier otro ser humano.
3. Es deber de la profesión salvar y conservar la vida humana. Los esfuerzos para salvar la vida humana no deben, sin embargo, deliberadamente y por sí mismos, afectar la vida de otro individuo, ni siquiera del individuo mismo”.

“Se podrán recordar numerosos ejemplos de discusiones sobre las propiedades de procedimientos operatorios, en particular destinados a salvar directamente la vida humana, girando la discusión sobre la cuestión de si un riesgo operatorio de alta mortalidad inmediata, justifica o no, el uso de tal procedimiento. En otras palabras, se reconoce que no es legítimo, aún con el objeto de salvar directamente la vida humana, emplear métodos de tratamiento que su riesgo inherente sea grande, en relación con sus posibilidades potenciales de salvación”.

“Con estas consideraciones básicas tan simples, como fundamento para nuestra estructura ética, la interrupción intencional y deliberada de la vida fetal, es realmente un asesinato. Si es así, el aborto nunca está más justificado que cualquier otro crimen”. Afirmación del Doctor Gosgrove, en el artículo antes citado.

El aborto provocado es un crimen que dentro de la clasificación de nuestro Código Penal es un homicidio calificado, porque encierra las tres agravantes: premeditación, alevosía y ventaja.

Algunas personas quieren justificar el aborto, diciendo que durante los primeros días y hasta los dos primeros meses, el ser humano, que principia a vivir, no está animado. Yo creo que esta aseveración no es correcta, porque el ser tiene que ser como es, con todos sus atributos, desde el momento en que es y en toda la escala de los creados, el

hombre tiene, como atributo único, diferenciado y absoluto, el del alma racional.

El no creer que el ser tiene todos sus atributos desde el momento en que es nos llevaría a tener que aceptar la mutación espontánea de los embriones, los cuales durante el tiempo de su desarrollo podrían transformarse en individuos de otra especie.

Por tanto, cuando se provoca un aborto, cualquiera que sea la época de la gestación, se priva de la vida a un semejante; se comete un homicidio calificado con las tres agravantes, crimen que nunca podrá ser aceptado desde el punto de vista moral y al homicida que haya cometido dicho crimen se le deben aplicar las sanciones legales que a los homicidios calificados corresponden.

Enmascarar el aborto provocado, con el falso nombre de aborto terapéutico, me parece una denominación indebida y anacrónica; el aborto no es terapéutico para nada y, en cambio, es causa de mortalidad fetal y causa también de mortalidad y morbilidad maternas (6) (7).

En el artículo del Journal que antes mencioné, el Doctor Gosgrove dice que en una de las Clínicas de Norte América más importantes, en los abortos terapéuticos el 5% de las madres murieron como resultado directo de tal procedimiento (5).

Las mal llamadas indicaciones clínicas del aborto provocado, no existen. Yo, no solamente en mi práctica privada, sino en los servicios Materno Infantiles, dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en los que trabajo desde el año de 1929, nunca he visto fallecer a una embarazada porque no se le haya practicado el aborto, y en cambio, todos hemos sabido de muchas mujeres embarazadas que fallecieron como consecuencia del aborto que les provocaron.

Inducción y conducción del parto

La inducción y conducción y de las dos, principalmente la inducción del parto, es hoy día un tema de palpitante actualidad que se ha prestado a multitud de discusiones que son aún mayores sobre lo que se refiere a la inducción electiva, acerca de la cual aún no existe una uniformidad de criterio.

Creo que las discusiones sobre el tema son de manera principal, sobre si la inducción y conducción electivas representan peligros para la madre y para el feto. A este respecto han aparecido varios artículos de los cuales vamos a citar algunos de ellos.

En un trabajo publicado en 1954 (8) los autores de él exponen haber tenido un 9.33% de fracasos cuando la inducción se realizó en casos de cuello no maduro y 0.24% de fracasos en casos de cuello maduro y en este mismo estudio los autores mencionan que observaron sufrimiento fetal en 34 casos y que uno de ellos fue de tan intensidad, que ameritó la práctica de la intervención de la cesárea.

En el mismo año de 1954, en la Sionopsis Obstétrico-Ginecológica (9) apareció un artículo referente a las indicaciones de la inducción del parto, en el cual el autor, después de hacer consideraciones sobre las indicaciones de orden obstétrico y de orden clínico general, se refiere a las indicaciones llamadas extramédicas, las que sólo llegan a aceptar "como recurso de extrema y rara excepción". Expone que la inducción debe realizarse por especialista con suficiente práctica en la materia y termina diciendo que en determinadas situaciones clínicas, cuando se llenan las indicaciones para realizarla, de su oportuna y correcta práctica se obtienen satisfactorios resultados.

En Febrero de 1956 en la Revista Ginecología y Obstetricia de México apareció un trabajo (10) en el cual el autor, al hablar sobre inducción, hace un juicio crítico de ella, exponiendo los peligros y en uno de sus párrafos dice: "El fijar arbitrariamente la fecha del parto puede tener, como consecuencia, el obtener un niño que, sin tener las características del prematuro, sí indebidamente debe ser de un peso menor que el de un feto que ha llegado al límite máximo de su vida intrauterina, fijada por la naturaleza".

Respecto del peligro de la prernaturez de que habla el autor que arriba menciono, para precisar la madurez del embarazo complementando los datos clínicos, se han empleado el estudio de la citología vaginal y el urocitograma.

Respecto de ambos estudios (11) (12) se han presentado varios trabajos y entablado multitud de discusiones sobre si la citología vaginal o el urocitograma son métodos de investigación que con plena certeza sirvan para determinar la proximidad del parto y creemos que es necesario esperar investigaciones posteriores, para poder concluir sobre la segura utilidad de su uso, por lo que en la actualidad, dichos estudios podrán ser tomados como orientadores, pero todavía no pueden ser usados como definitivos.

En el año de 1956, en la Revista Ginecología y Obstetricia de México apareció un trabajo sobre la inducción electiva (13) en el cual el autor relata un porcentaje de 2.4% de aplicaciones de fórceps por indicación clínica, mientras que en el Hospital Francés de la Ciudad de

Méjico los partos espontáneos atendidos durante el año de 1956 dieron un porcentaje de 2.2% de aplicación de fórceps por indicación clínica.

En el mismo trabajo que comento, el autor cita que el porcentaje de desgarros cervicales fue de 4.8% mientras que en el Hospital Francés los partos espontáneos atendidos durante el año de 1956 dieron un porcentaje de 3.8% de desgarros cervicales.

De los datos expuestos se deduce que los casos de inducción electiva de parto a término, citados en el trabajo que comento, dieron un porcentaje mayor de desgarros cervicales, que los que corresponden a los partos espontáneos atendidos en el Hospital Francés, durante el año de 1956.

En el trabajo sobre inducción electiva que vengo comentando, al hablar sobre la duración del parto, se menciona que hubo casos en los que la duración mínima del total del parto en nulíparas fue de tres horas treinta minutos y la duración mínima del periodo de expulsión, en las mismas nulíparas, fue de nueve minutos. En relación con las multíparas se menciona que la duración mínima del total del parto fue de cuarenta minutos y que la duración mínima del periodo de expulsión, en las mismas multíparas, fue de cinco minutos.

En los casos de extrema rapidez del parto es necesario no olvidar que, independientemente de los peligros que para la madre encierra, engendra serios peligros para el recién nacido, peligros inmediatos y tardíos. Respecto de los peligros tardíos, es necesario recordar los trastornos que al correr de los años pueden presentarse como consecuencia del acto obstétrico, en el desarrollo físico y mental del niño. En un trabajo presentado a la Academia Nacional de Medicina de México (14) se mencionó el artículo publicado por Benaron, Mayer Brown y colaboradores (15) quienes realizaron un estudio en el Chicago Maternity Center, en unión con Northwestern University Medical School, estudio que tuvo por objeto investigar los efectos que en el niño pueda tener el trabajo de parto con aplicación de fórceps; el trabajo de parto normal con parto espontáneo y el trabajo de parto rápido con parto espontáneo.

En un estudio de Benaron y colaboradores, en el capítulo que se refiere a las pruebas de inteligencia aparece que el trabajo de parto rápido con parto espontáneo, dio un resultado de retardo mental mayor del doble, que en los otros dos grupos estudiados. Este hecho podría explicarse pensando que el trabajo de parto rápido tiende a producir lesiones cerebrales debido a que las contracciones uterinas se pre-

sentan con demasiada frecuencia y demasiada intensidad, reduciendo el abastecimiento de oxígeno fetal, produciendo hipoxia fetal. Ésta, a su vez, favorece la producción de edema y hemorragias cerebrales, con las lesiones concomitantes. Aunque las observaciones de Benaron, Meyer Brown y colaboradores no se pueden tomar absolutamente como definitivas, nos ilustran sobre los peligros que el trabajo de parto rápido representa por la alta incidencia de retardo mental encontrado en los casos estudiados.

Este retraso mental, observado y citado por estos autores nos lleva a pensar que en los casos de inducción, en cuya mayoría puede decirse que el trabajo de parto rápido es probable que los nacidos en esas condiciones puedan presentar deficiencias mentales en su desarrollo posterior. Creo que este peligro es aún mayor en los casos de inducción, porque como veremos más adelante, la depresión fetal intensa es de mayor porcentaje en el parto inducido que en el parto espontáneo. Sería de gran utilidad que los pediatras y los neuropsiquiatras, de manera conjunta, realizaran en nuestro medio estudios al respecto, para que sus conclusiones nos puedan servir de orientación.

En el Hospital Francés de la Ciudad de México se sirvieron facilitarme sus datos estadísticos correspondientes al año de 1956, referentes a los partos inducidos a término, sus accidentes y complicaciones y los partos espontáneos, a término y prematuros, con sus accidentes y complicaciones. Quiero aclarar que tanto los partos inducidos como los partos espontáneos fueron atendidos por el mismo grupo de médicos que habitualmente concurren a dicho Hospital.

En ese año hubo cuarenta y tres partos inducidos a término y un total de cuatrocientos noventa partos espontáneos de los cuales treinta y cinco de ellos fueron prematuros y cuatrocientos cincuenta y cinco a término [ver Tabla].

De los datos proporcionados sólo hemos mencionado los porcentajes de aplicación de fórceps, de desgarros cervicales y de depresión fetal intensa que obligaron a la intubación del recién nacido, porcentajes que dieron los siguientes resultados:

De la comparación de estos porcentajes se deduce que las aplicaciones de fórceps electivo y por indicación clínica, los desgarros cervicales y la depresión fetal intensa que obligó a la intubación del recién nacido, dieron un porcentaje muchísimo mayor en los casos de partos inducidos a término, que en el grupo de partos espontáneos, integrado por los partos a término y los prematuros.

			Total %		Total %
Aplicaciones de fórceps	Parto	Espontáneo	8.6	Por indicación clínica	2.2
Aplicaciones de fórceps	Parto	Inducido	13.9	Por indicación clínica	6.9
Desgarros cervicales	Parto	Espontáneo	3.8	Parto inducido	16.2
Intubación del recién nacido	Parto	Inducido	1.6	Parto inducido	6.9

En estas estadísticas del Hospital Francés, en los cuarenta y tres casos de partos inducidos a término, se presentó uno en el que se estableció tetanismo uterino, que obligó a practicar la operación cesárea lo que da un porcentaje de 2.3% de operaciones cesáreas, debidas a accidentes de la inducción.

De lo que he venido exponiendo se puede deducir que la inducción presenta peligros y complicaciones en mayor porcentaje que los que corresponden al parto espontáneo y que, probablemente, representa un peligro en los casos de trabajo de parto rápido para el desarrollo mental posterior del recién nacido, por lo que me voy a permitir exponer, aunque sea superficialmente, algunas ideas sobre el aspecto ético de la inducción y conducción, cuando se realizan sin que existan causas clínicas que las justifiquen.

Un trabajo de parto normal, con parto espontáneo, implica peligros para la madre y para el hijo. Tan los implica, que por eso hay mortalidad y morbilidad maternas, mortinatalidad y mortalidad y morbilidad del recién nacido. Quien los niegue, es porque no ha atendido más que un solo parto, en el cual ni tuvo accidentes la madre, ni se presentaron complicaciones ni accidentes en el recién nacido.

Ahora bien, si los accidentes se presentan en un trabajo de parto espontáneo, bien atendido, el médico no será culpable de esos accidentes; pero si el médico provoca un parto o lo acelera, sin indicaciones clínicas, probablemente se llegará a sentir culpable de dichos accidentes.

Cuando sin indicaciones clínicas nosotros inducimos o aceleramos un parto hay accidentes, nosotros somos moralmente culpables de esos accidentes, que no son sino la consecuencia que nuestra actividad causó. La causa de las causas es la causa de lo causado.

En nuestras actividades profesionales no es el interés del médico el que debe estar en primer plano, y cuando esto así sucede, es que hay una inversión de los valores morales en el ejercicio de nuestra profesión, ya que lo que debe estar en primer plano son los intereses moralmente lícitos y científicamente debidos, de nuestros pacientes.

El feto intrauterino, cualquiera que sea su edad, es un ser con todas las posibilidades vitales potenciales de cualquier otra criatura y tiene el derecho a la protección de tales potencialidades vitales, al igual que cualquier otro ser humano (5).

Todo ser humano tiene derecho a la vida y tiene obligaciones para tratar de conservarla. El feto intrauterino tiene derecho a la vida, pero las obligaciones inherentes a su conservación, por sus condiciones de feto intrauterino, no las puede ejercitar y dichas obligaciones recaen sobre la madre que lo lleva en las entrañas y sobre el médico que la atiende. Por tanto, la madre y el médico deben cumplir con las obligaciones antes mencionadas y no exponer, innecesariamente, ni la salud del ser cuyo nacimiento se espera.

Las medicaciones que se administren para bienestar de la madre deben ordenarse siempre que no comprometan la vida del hijo que se espera. En la atención obstétrica, el médico debe considerar el caso de manera integral, es decir, nunca debe olvidar la gran importancia del binomio madre-hijo; debe respetar siempre sus derechos y debe orientar su acción para salvaguardar la vida de los dos, ya que son dos vidas humanas las que están bajo su cuidado y bajo su responsabilidad.

Es un hecho real que no se presentan accidentes o complicaciones en todos los casos de inducción; pero hasta que se exponga a la madre y al producto a un riesgo, médicaamente innecesario, para que pensemos que la inducción y conducción, sólo deben practicarse cuando existan indicaciones clínicas precisas y se llenen las condiciones debidas para realizarlas.

Fetotomía

La fetotomía con feto vivo es, en todos los casos, una operación ilícita, no permitida.

El feto vivo in-útero, es un ser humano con iguales potencialidades vitales que nosotros, es decir, es un semejante. Cualquier ser humano que priva de la vida a un semejante es un homicida y en el caso de la fetotomía con

feto vivo, el que la realiza comete un homicidio calificado con las tres agravantes: premeditación, alevosía y ventaja.

El que el feto presente malformaciones congénitas, no por ellas deja de ser un ser humano, y si por dichas malformaciones queremos justificar la fetotomía con feto vivo, sería como querer resucitar, en nuestros días, el monte Taigeto de los espartanos o la Roca Tarpeya de los romanos. Además, con el avance que la cirugía pediátrica ha tenido en los últimos tiempos, creemos necesario recordar que algunas de estas malformaciones congénitas, son tratadas, quirúrgicamente, en los recién nacidos, con satisfactorios resultados.

Muchos médicos argumentan, que no es correcto someter a la madre a una operación cesárea para extraer un producto malformado, que va a fallecer a las pocas horas o a los pocos días de nacido. El médico no es culpable de las malformaciones congénitas fetales, pero si priva de la vida a un malformado, es culpable de un acto de asesinato y se transforma en homicida.

En los casos de desproporción feto-pélvica infranqueable, el médico se ve obligado a exponer a la madre, practicando la intervención cesárea, sin que en ello tenga una actividad culpable. Si la desproporción feto-pélvica infranqueable es debida a malformaciones congénitas fetales, la práctica de la cesárea es también absolutamente lícita.

Algunos médicos sostienen que en casos de hidrocefalia magna, se debe practicar una punción en la cabeza fetal para ir vaciando el líquido cefalo-raquídeo, poco a poco, vaciamiento que trae como consecuencia la disminución del volumen de la cabeza fetal, que permitirá el parto espontáneo.

Respecto de practicar la punción en la cabeza fetal puede decirse que no hay una uniformidad de criterio sobre si dicha punción ocasiona la muerte del producto o acorta su vida.

En un artículo que apareció en Febrero de este mismo año (16) referente a la conducta a seguir en los casos de hidrocefalia, los autores del trabajo proponen la punción de la cabeza fetal, pero en los comentarios hechos a dicho trabajo y que también aparecen publicados, hay opiniones encontradas: un neurocirujano opinó que la punción es peligrosa, que debe realizarse por manos muy expertas y que para que fuera inofensiva tendría que hacerse el diagnóstico intrauterino de la variedad de hidrocefalia y precisar, también, por tanto, el agujero obstruido y expone, a continuación, que la punción si no se llenan los requi-

sitos enunciados, puede causar la muerte del feto. En ese mismo artículo un comentarista expuso que en los casos de hidrocefalia en los cuales se había practicado punción para conseguir el parto espontáneo, siempre había observado que los recién nacidos morían antes de que la madre saliera del hospital y que, en cambio, en los hidrocéfalos extraídos por cesárea, las madres abandonan la maternidad llevándose al hijo vivo. Williams dice, que “la punción por sí sola no ocasiona todas las veces la muerte del feto”.

Yo creo que la variedad de la hidrocefalia no puede ser diagnosticada in-útero y que la punción, aún realizada por manos expertas viene de hecho a ser una maniobra ciega, porque no podemos valorizar la acción de ella, en cada caso en particular, sobre los órganos intracraneanos, a diferencia de las punciones que se realizan en el recién nacido, en el cual se puede hacer perfectamente el diagnóstico de la variedad de la hidrocefalia y se puede controlar, de manera segura, la salida del líquido cefalo-raquídeo y su repercusión sobre los órganos intracraneanos. Además, una cabeza fetal que presenta hidrocefalia, al ser vaciada durante el trabajo de parto, se puede exponer a que se presenten pequeñas hemorragias intracraneanas a vacío, y si recordamos los fenómenos plásticos que tiene que sufrir la cabeza en el parto espontáneo, creemos que probablemente se aumenten las probabilidades de la hemorragia, que no siempre será mortal, pero que en multitud de ocasiones es posible que acorte la vida del producto.

Sería de gran utilidad que los obstetras, los pediatras y los neurocirujanos, de manera conjunta, estudiaran este problema a fin de resolver si la punción de la cabeza fetal es absolutamente inocua para el feto o no.

Si la punción no es inocua y dá un alto porcentaje de mortalidad fetal, juzgo que no debe realizarse. Si la punción acorta la vida del producto, puede quedar catalogada como una maniobra de eutanasia y, por tanto, no sería ético realizarla.

En estos dos casos, opino que la punción no debe realizarse, porque como un postulado general de moral médica, podemos asegurar que no es lícito ejercer una acción de la que se desprenda inmediatamente un hecho intrínsecamente malo, muerte o acortamiento de la vida fetal, aunque podemos conseguir, secundariamente, uno bueno, que en estos casos, sería el parto espontáneo. No cumplir con este postulado sería caer en el maquiavelismo, aceptando que el fin justifica los medios, error tan grande que no creo necesario analizar.

Juzgo que en el momento actual, mientras no se lleve a precisar científicamente, como antes lo propongo, si la punción fetal es inocua para el feto, ésta no debe practicarse y para resolver los casos de los hidrocéfalos, con desproporción céfalo-pélvica infranqueable, debe recurrirse a la intervención cesárea.

Cáncer y embarazo

El problema del cáncer y el embarazo sigue siendo de palpitante actualidad, y en el Congreso Internacional de Cirujanos celebrado recientemente en esta Ciudad, se efectuó una Mesa Redonda sobre este tema, en la cual participaron distinguidos miembros de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Mesa en la que se plantearon diferentes problemas y se estableció la conducta a seguir durante las diferentes épocas del embarazo.

Uno de los profesores que integraban la Mesa mencionó dos casos de cáncer cérvico-uterino que él había tratado durante el embarazo con aplicación local de radium, logrando que los productos llegaran a ser viables, exponiendo que los dos niños correspondientes a dichos casos sólo han presentado una pequeña zona de alopecia cada uno de ellos, y que su desarrollo psíquico, neurológico y somático, ha sido absolutamente normal, pero hizo hincapié que en su opinión, la radiación por Rayos X sí era nociva para el producto.

En relación con el problema del cáncer y el embarazo se pueden hacer dos grandes divisiones: si el producto es viable o si el producto no es viable.

Cuando el producto es viable, no existe problema moral, pues esos casos se resuelven practicando la intervención cesárea seguida de histerectomía y de los tratamientos físicos que se juzguen adecuados para cada caso en particular.

Cuando el producto no es viable, es cuando se presentan problemas morales relacionados con la conducta a seguir. En estos casos, hay médicos que opinan por vaciar el útero, provocando el aborto dilecto, para después continuar el tratamiento que se haya planeado, quirúrgico y físico. Juzgo que este proceder no es correcto, porque el aborto directo nunca es lícito, como ya lo expuse anteriormente.

Cuando el producto no es viable, creo que la única intervención que puede realizarse es la histerectomía del útero grávido, aplicando para ella el principio del doble efecto: un mal físico no querido ni directamente buscado es, sin embargo, tolerado, porque es inseparable de un bien positivo que se procura, legítimamente, alcanzar.

En el caso del cáncer y el embarazo, podíamos explicar el principio del doble efecto de la siguiente manera: un mal físico no querido ni directamente buscado, la muerte indirecta del producto es, sin embargo, tolerado, porque es inseparable de un bien positivo que se procura legítimamente alcanzar: practicar la histerectomía del útero grávido para tratar el cáncer. Es por demás el decir que la histerectomía con útero grávido sólo se practicará en aquellos casos en los que por la evolución del cáncer, no se pueda esperar a que el producto sea viable y cuando se juzgue, que la histerectomía es absolutamente necesaria para tratar de resolver el problema del cáncer.

Para aclarar, o mejor dicho, precisar el principio del doble efecto, creo necesario recordar las tres principales condiciones a las que está subordinado dicho principio (4).

Es necesario que se llenen las siguientes condiciones:

1. Una acción que consideraba en sí misma y prescindiendo del efecto malo, sea moralmente buena o por lo menos moralmente indiferente.
2. Un buen efecto, querido formalmente y bastante inmediato para no ser la consecuencia del mal efecto.
3. Un efecto malo, tal vez inevitable, no deseado, pero simplemente tolerado y por ello simplemente permitido.

En relación con el problema de la histerectomía del útero grávido, vamos a tratar de aplicar las tres condiciones enunciadas anteriormente.

1. El acto operatorio es moralmente bueno. Considerando en sí mismo y por tanto, aislado del pensamiento del efecto malo, que ocasiona fatalmente la histerectomía, único remedio para salvar una vida humana, no es una operación moralmente reprobable.
2. El buen efecto tiene las cualidades necesarias. El buen efecto, que es la salvación de la madre, es formalmente querido, deseado por el cirujano y además, este buen efecto, es inmediato y no es la consecuencia del efecto malo. Antes de extirpar el útero el cirujano tiene que ligar forzosamente los paquetes vasculares, pero con estas ligaduras previas a la extirpación del órgano, no asesta directamente al feto el golpe de muerte, es decir el feto queda libre de todo ataque directo. La madre no obtiene su salvación por medio del aborto, sino por la extirpación del útero degenerado. Lo que salva a la madre y a lo que tiende directamente la operación, no es la expulsión

del producto de la concepción, sino la extirpación del útero canceroso.

El efecto bueno que es la curación de la madre no es la resultante del efecto malo; el cirujano desea únicamente el buen efecto y por una razón o consecuencia proporcionada permite el efecto malo.

3. El efecto malo es simplemente tolerado. La muerte inevitable del producto de la concepción es el efecto malo tolerado, porque el cirujano, en este caso en particular, no puede a la vez procurar el efecto bueno y prevenir el malo. La operación ha sido realizada tendiendo únicamente a la salvación de la madre y permitiendo, por vía indirecta, la muerte del producto.

He tratado de explicar, aunque sea de manera concreta, el principio del doble efecto, con las tres principales condiciones a que está subordinado dicho principio, para poder deducir que en los casos en los que por la evolución del cáncer no se pueda hacer nada para esperar a que el producto sea viable y se juzgue que la histerectomía es absolutamente indispensable para tratar el cáncer, se puede practicar la histerectomía del útero grávido, aplicando el principio del doble efecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guchtener R. de Dr. La Limitación Des Naissances. Pág. 204.
2. Gutiérrez Murillo Enrique. "Endo-metriosis y Esterilidad". Estudios sobre Esterilidad. Vol. III No. 1. Pág. 21.
3. Bureau Paul. Lindiscipline des Mocurs. Pág. 524. París 1920.
4. Payen G. S. J. Deontología Médica. Pág. 423. 467. 1942.
5. Cosgrove A Samuel. Consideraciones sobre el Aborto Terapéutico. American Journal of Obstetric and Gynecology. Vol. 48, pág. 2. Sept. de 1944.
6. Sordo Noriega Antonio. Mortalidad Materna en la República Mexicana. Gaceta Médica de México. Tomo LXXXV. No. 1. Pág. 57. Enero-Febrero 1955.
7. L'Avenir De L'Abortement. Therapeutique. Cahiers Láennec. No. III. Pág. 9. Oct. 146.
8. Rábago José, Álvarez Bravo Alfonso y Castelazo Ayala Luis. Estado Actual de la Inducción Médica del Parto. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. IX. Año IX. No. 11. Pág. 85. 1954.
9. Roust Carlos. Criterio Frente a las Indicaciones de la Inducción del Parto. Sinopsis Obstétrico-Ginecológica. Tomo I. No. IV. Pág. 337. 1954.
10. Rábago José. Juicio Crítico de la Conducta Moderna en el Parto. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. XI. Año XI. No. I. Pág. 65. 1956.
11. Di Paola G, y Uzubiaga IS. El Uroscitograma. Su Técnica y Valor Clínico. Memoria del II Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Tomo VI. Pág. 909. 1955.
12. Arzac JP, Moreno O y Alejo MC. Laboratorio de Endocrinología e Investigación Médica. Hospital Español. Citología Vaginal y Uroscitograma. XII Asamblea Nacional de Cirujanos. México, 1956.
13. Alvarez Bravo Alfonso. La Inducción Electiva del Parto a Termino". Ginecología y Obstetricia de México. Vol. XI. Año XI. No. III. Pág. 211. 1956.
14. Sordo Noriega Antonio. Comentario Escrito Hecho al Trabajo del Dr. José Rábago, intitulado "Fórceps Bajo". Academia Nacional de Medicina, 1956.
15. Harry FB. Benaron, Meyer Brown y colaboradores. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Sept. de 1953. Vol. 66. Pág. 551.
16. Zetina Fernando, Icaza Alfonso y Domínguez Héctor. Conducta Obstétrica en Casos de Hidrocefalia. Semana Médica de México. Año III. Vol. XII. No. 3 Feb. de 1