

Aborto terapéutico y métodos anticonceptivos. ¿Deben ser aconsejados por el cardiólogo?

Sr. Editor:

Si una madre viese a su hijo ahogándose y ella pudiera salvarle, ¿no se lanzaría al agua, arriesgando su vida? Muchos han muerto en el intento de rescatar del agua a otra persona; lo han hecho amigos, compañeros, incluso desconocidos. Si una madre tiene un 35% de probabilidades de morir si acude en su ayuda de su hijo, seguro que se arriesga. También lo haría si el riesgo fuera mucho mayor, con tal de que hubiese una pequeña posibilidad de sobrevivir.

Pensemos ahora en un caso hipotético: el de una madre que decide matar a su hijo inocente para salvarse ella de un peligro. Esa mujer merecería el desprecio de todos. Además, sería juzgada por la ley y condenada por parricidio.

Hay determinadas cardiopatías que hacen desaconsejable el embarazo, ya que el riesgo de la madre es alto. En el síndrome de Eisenmenger la mortalidad materna llega a un 32%. La mortalidad también es alta en otras cardiopatías congénitas complejas, en la hipertensión pulmonar de distintas causas y en el síndrome de Marfan. El cardiólogo debe informar a esa mujer sobre el riesgo del embarazo. Si a pesar de ello queda embarazada, la misión del médico es atender a la madre y al hijo, ya que ahora tiene en sus manos dos vidas humanas en vez de una.

Sin embargo, en las guías de la SEC publicadas recientemente¹ sobre la gestante con cardiopatía, se dice que en estos casos el cardiólogo debe aconsejar la *interrupción del embarazo* (lo pongo en cursiva por tratarse de un eufemismo). En el apartado del síndrome de Eisenmenger se dice que debe proponer el aborto. En el síndrome de Marfan, las guías recomiendan evitar el embarazo o la *interrupción terapéutica* del mismo. Está claro que aborto provocado e *interrupción del embarazo* es lo mismo, porque para interrumpir el embarazo hay que destruir el embrión o el feto. En cuanto a los términos “interrupción terapéutica del embarazo” o “aborto terapéutico”, es lógico que se empleen en medios jurídicos pero no deberían ser empleados por los médicos. Aunque este tipo de aborto sea legal en nuestro país, todos sabemos que no es terapéutico: el hijo muere y la madre no se cura de su cardiopatía. Podrá vivir unos años más con los mismos síntomas, con los mismos riesgos y con la carga psicológica añadida de haber abortado voluntariamente, si

no empeora o fallece en la provocación del aborto. ¿Merece la pena eliminar una vida humana para conseguir un resultado tan pobre? ¿No es la misión del médico preservar siempre la vida y hacerla más confortable? ¿No sabemos que lo primero es no hacer daño? ¿No es evidente que el feto es un ser humano distinto de su madre? ¿Cómo podemos violar los principios profesionales aconsejando el aborto?

Me sorprende que en unas guías para cardiólogos haya un apartado sobre métodos anticonceptivos, cuando este tema debería ser tratado por un ginecólogo. También me sorprende que en el apartado sobre anticoncepción se incluya como quinto método la *interrupción voluntaria del embarazo*, porque matar al feto no es un método anticonceptivo ya que no impide la concepción sino que destruye su resultado. Además, se añade que la *interrupción del embarazo* no está exenta de riesgo. Las guías dicen que dicha interrupción se debe ofertar cuando, con la continuación de la gestación, “se estime un mayor riesgo para la madre o el feto que en la población general”. Según esto, si el riesgo de la madre en la población general es del 0,5%, ¿aconsejan el aborto cuando el riesgo sube al 1%? Y si el riesgo del feto en la población general es del 2%, ¿aconsejan el aborto cuando sube al 4%? Probablemente no querían decir eso, pero lo dicen. Los autores añaden que el cuarto método, la ligadura de trompas, debe ofertarse sin restricciones. Lo que no dicen es que se trata de una intervención quirúrgica que tampoco está exenta de riesgo en una mujer con cardiopatía grave.

Y yo me pregunto: ¿el embarazo es como una gripe, de la que uno se contagia aunque trate de evitarla? Evidentemente no: el embarazo es el resultado de la unión sexual, que excepto en caso de violación es un acto voluntario. Además, esta unión solamente va seguida de embarazo si tiene lugar en los días fértiles de cada mes. La mujer que no quiere quedarse embarazada debe evitar las relaciones sexuales en esos días. Este método está científicamente probado, es seguro y carece de riesgo. ¿Por qué aconsejamos un riesgo para evitar otro en vez de mostrar el único método seguro y sin riesgo? En el apartado 1 sobre anticoncepción se dice que la abstención tiene una relativa inseguridad. Los ginecólogos que aconsejan la abstención en los días fértiles saben que es el método más seguro, siempre que a la mujer se le enseñe previamente a conocer cuáles son esos días. Si el cardiólogo no sabe hacerlo, puede enviar a la mujer a alguien que se lo explique (facilito una dirección al final*).

Pienso que en el fondo de estas guías subyace una infravaloración de la persona humana. Cualquier mujer, por inculta que sea, es capaz de entender, si se le explica, el mecanismo de la fecundación; puede cono-

(Rev Esp Cardiol 2001; 54: 250-251)

cer a través de las secreciones cervicales cuáles son sus días fértiles, y evitar las relaciones sexuales en esos días si no desea quedarse embarazada. El ser humano es inteligente, racional y libre. No actúa por instinto sino que es capaz de sujetar los instintos a la razón.

A muchos enfermos les recomendamos que no fumen, que no beban alcohol, que coman sin sal, que eviten los hidratos de carbono y las grasas animales, que pierdan peso, que hagan ejercicio físico, y muchos otros consejos a veces exagerados e innecesarios. Pero parece inhumano recomendar a alguien que evite las relaciones sexuales unos días al mes aunque pongan en grave peligro su salud. En mi experiencia médica observo que la mujer no suele tener inconveniente en evitar las relaciones y el problema está en su marido, a quien le resulta más difícil aceptar alguna limitación. Cuando un hombre sufre un infarto agudo de miocardio, la mujer evita las relaciones durante un tiempo, a veces largo, por miedo a perjudicar la salud de su marido. Pienso que ante una mujer con cardiopatía grave es fundamental hablar también con el marido. Si se le explica, lo normal es que lo acepte, del mismo modo que evita las relaciones si ella está recién operada o ingresada en cuidados intensivos por una enfermedad grave.

Los médicos solemos tener prisa y con frecuencia dedicamos a los pacientes menos tiempo del que necesitan. Es más cómodo hacer una receta o indicar un tipo de cirugía que dedicar nuestro tiempo a dar explicaciones. A algunos ginecólogos, a su vez, les resulta más sencillo programar una intervención quirúrgica que explicar a la mujer y al marido otras opciones de menor riesgo para evitar el embarazo.

Hace años ingresó en la unidad coronaria donde yo trabajaba el padre de una estudiante de medicina que hacía prácticas conmigo. Ella me dijo que lo notaba muy nervioso y yo le contesté que enseguida le firmaría un tranquilizante. Entonces ella me dijo: "Doctora,

no le estoy pidiendo que le recete un fármaco sino que hable con él para tranquilizarle". Nunca he olvidado la importancia de una conversación pausada con el paciente en la que se le explica a éste su enfermedad.

Un hecho que se detecta en estas guías es la supuesta obligación de admitir lo que está publicado. Pero se publican muchos errores. En las guías se dan citas que recomiendan el aborto. Sin embargo, se nota que esto repugna a quienes las han escrito (todos ellos buenos amigos míos y excelentes personas), porque a pesar de que lo recomiendan apoyándose en la bibliografía, dicen en el resumen: "... debe desaconsejarse el embarazo o, en caso de producirse, puede recomendarse su interrupción, asumiendo los problemas éticos que se generan a la embarazada y al médico". Está claro que a ellos les genera un problema ético dejar por escrito estos consejos y están pidiendo disculpas con sus palabras.

Termino diciendo que no deseo iniciar una polémica con esta carta ni dejar en mal lugar a los autores de las guías. Sólo quiero mostrar otra forma de hacer medicina, a mi modo de ver más científica y más humana.

Isabel Coma-Canella

Clínica Universitaria de Navarra.

*AEPPFN. Asociación Española de Profesores de Planificación Familiar Natural. Bonaplata, 42-54. 08034 Barcelona.
Tel.: 93 280 56 83. Fax: 93 204 72 14.
Correo electrónico: fertilidad@renafer.org

BIBLIOGRAFÍA

1. González Maqueda I, Armada Romero E, Díaz Recasens J, Gallego García de Vinuesa P, García Moll M, González García A et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la gestante con cardiopatía. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 1474-1495.