

**Nota del editor**

La historia clínica que se presenta a continuación fue discutida por los alumnos del Máster de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid que dirige el Profesor Diego Gracia Guillén. Como todo juicio de valores, representa únicamente el estado de opinión de los participantes en el debate. La exposición que sigue no pretende ser un compendio de conocimientos en el campo de la Bioética, sino tan sólo un foro de debate que cree inquietud y discusión entre los profesionales, a partir de casos obtenidos de la práctica clínica diaria. Con este objetivo se ha diseñado esta sección de la revista.

**Caso clínico****M. Pilar Núñez****Sesión Clínica - 5 Junio 1995**

- Paciente de 30 años.
- Antecedentes fisiológicos: sin interés.
- Antecedentes patológicos: sin interés.
  - No hábitos tóxicos.
  - No alergias.
- Antecedentes generales obstétricos: Menarquía a los 11 años. Tiempo de menstruación: 4-5 días, cada 28-30 días.
- 0-1-0-1 (fórceps varón 2.100 grs. a 34 semanas el 20-10-89).
- Fórceps para abreviación de expulsivo que precisó ingreso del recién nacido en UVI de neonatos.
- Actualmente el niño está bien.
- La paciente ha seguido controles ginecológicos anuales encontrándose en una ocasión una inflamación por *Gardnerella vaginalis* para el que se dio tratamiento a la pareja.
- Toma anticonceptivos orales (Microdiol).

**Proceso actual**

En 1993, nuevo embarazo con última regla el 17-03-93, seguido en su ambulatorio hasta la semana 35<sup>(3/7)</sup>.

Test de O'Sullivan (-);

Screening streptococo *B agalactiae* (-)

Acude a nuestro hospital para Control de Bienestar fetal y asistencia al parto.

Se realizan 3 exploraciones a las 37, 38 y 39 semanas, siendo el feto reactivo y no existencia de dinámica uterina. Última ecografía a las 36 semanas: presentación podálica

Biometrías corresponden a 35 semanas (más o menos dos).

El 18-12-93 a 39<sup>(1/7)</sup> semanas acude de urgencias por síntomas de parto a las 11.00 horas.

- Exploración General: Normal
- Obstétrica:
  - Tacto vaginal: cérvix centrado, borrado, dilatación 2 cms.
  - Nalgas insinuadas

- Por exploración se evidencia feto reactivo
- Dinámica uterina: instaurada y regular
- Ante las condiciones feto maternas:
  - Presentación de nalgas
  - Malos antecedentes obstétricos:

Se procede a amniorrexia artificial a las 13,30 horas: aguas ligeramente teñidas.

Se practica cesárea, obteniéndose feto hembra de 3.110 grs. con Apgar de 9/10/10.

**Curso post-operatorio**

A las 24 horas, inicia fiebre de 38,5° y se cursan hemocultivos y sedimento de orina, que es negativo.

El 20-12 vuelve a tener fiebre vespertina de 38° y se cursa cultivo de loquios (bien que no son fétidos) y analítica general, con los siguientes resultados:

Hematocrito: 28,4%; Hemoglobina: 9,5 gr; 20.000 leucocitos y 9 bandas.

El abdomen está algo distendido, pero sin signos de irritación peritoneal.

Se solicita radiografía de tórax que es normal y radiografía de abdomen sin niveles líquidos

Se inicia tratamiento antibiótico con Ampicilina y Gentamicina.

Se pide interconsulta a Medicina Interna (infecciosas): se repiten los hemocultivos y añaden Ceftriaxona.

La paciente sigue febril: con dolor a la palpación profunda del abdomen pero sin Blumberg.

Es visitada por medicina y cirugía.

Se realiza ecografía abdominal (asas ligeramente distendidas), ecografía hepática (cálculos en vesícula, sin patología), y ecografía renal (normal).

Ella dice sentirse mejor pero es una mejoría subjetiva más que objetiva, persiste la fiebre y en el cuadro hemático el hematocrito ha bajado a 21,5, la hemoglobina a 7,1 sin clínica de anemia.

El 28-12 se recibe el resultado del cultivo de loquios y crece una *Gardnerella vaginalis*.

Hemocultivo: crece germen sin identificar: compatible con *Gardnerella* que se trata con Tinerol.

Una ecografía muestra "colección econegativa" a nivel de parametrio y ligamento ancho derecho.

No se juzga oportuno evacuación transvaginal y se decide otra laparotomía.

La paciente es transfundida.

La familia ha estado informada en todo momento, preocupada y sobre todo el marido ha dejado dicho que quiere hacerse la vasectomía, a lo cual se le responde que espere, pues es una decisión muy condicionada por el estado de su mujer y como la recuperación será larga tendrá tiempo para una decisión más reflexionada.

El 29-12-93 se practica laparotomía por la incisión de Pfannestiel previa y se constata:

- Dehiscencia total de la sutura uterina con absceso encapsulado del parametrio y lig. ancho derecho
- Absceso del Douglas y del ligamento infundíbulo-pélvico derecho.

**Técnica quirúrgica**

Apertura digital de la pared por la cicatriz previa.

Desbridamiento de los abscesos.

Friedrich en la medida de lo posible.

Lavado de la cavidad abdominal y con suero y anti-bióticos.

Ante la falta de tejido uterino y la imposibilidad de una uterorrafia se piensa en una histerectomía, pero ante el “mag-ma” de tejidos esfacelados que engloban uréter y las malas condiciones para una buena hemostasia se sugiere hacer un drenaje de los abscesos y replantear después la histerectomía, pero por si la mujer después no quiere operarse se indica (ante la contraindicación de una histerectomía en ese momento) una ligadura de trompas. Se envía un médico para hablar con el marido y plantearle la esterilización a lo cual éste responde: el ginecólogo que opera puede hacer todo lo que crea oportuno, con tal que mi mujer viva.

El asistente de campo en el momento de hacer la ligadura, manifiesta su “objeción de conciencia”, permaneciendo con los brazos caídos. Ante la dificultad de trabajar sin alguien que mantenga las pinzas y estar los tejidos friables se solicita a la instrumentista que mantenga las pinzas y se termina la operación dejando 3 drenajes.

El curso post-operatorio fue favorable y sin complicaciones: la fiebre cedió aquella misma noche y la paciente fue dada de alta el 08-01-94, el décimo día de la segunda operación.

**Diagnóstico**

- Cesárea por nalgas en segunda y malos antecedentes obstétricos.
- Peritonitis.
- Dehiscencia sutura uterina.
- Absceso pélvico.

**Tratamiento**

- Cesárea

**Identificación de problemas****Clínicos**

- Indicación discutible de la cesárea (nalgas en secundípara).
- Aumento de la morbilidad con las cesáreas.
- Factores evocados:
  - angustia de la madre
  - inseguridad del ginecólogo de guardia.
- Falta de protocolo de cesárea.
- Mala pauta antibiótica (de rutina en el Servicio Catalán de la Salud).
- Retardo en la segunda intervención.
- No cabía la sospecha que la Histerectomía antes de la segunda laparotomía, cara a un consentimiento informado?

**Éticos**

- 1.Indicación de cesárea.
- 2.Equipo Externo de Guardia (no del staff).
- 3.Actitud ante los períodos vacacionales.
- 4.No protocolo de cesárea.
- 5.Objeción de conciencia.
- 6.No plan previo con la paciente.
- 7.Decisión intraoperatoria: no opinión de la paciente.
- 8.Responsabilidad delegada del marido.
- 9.Denegación de auxilio.

Se decide abordar la objeción de conciencia: tiene límites? Debe existir una jerarquía en el quirófano?

El asistente de campo parece:

- aceptar la histerectomía
- objetar la ligadura de trompas.

Razones: una histerectomía es una técnica curativa mientras que una ligadura de trompas es una técnica preventiva (esterilización) para la cual hay otros métodos.

Estado de la cuestión:

Despenalización por parte del Estado desde 1983, según Art. 428 del Código (después de la reforma de la Ley Orgánica 8/1983, del 25 Junio).

La moral católica sólo acepta la esterilización terapéutica.

Se llaman deberes perfectos aquellos que todo el mundo conoce por Ley Natural:

- Se formulan en negativa.
- Obligan siempre y en cualquier circunstancia.

Hay actos intrínsecamente malos.

El principio del “Doble Efecto” no parece aplicable en este caso (supone una acción con dos efectos, uno bueno y otro malo, se busca el efecto bueno que se considera el único a aplicar o el mejor y se permite el malo que pueda seguirse y que no se busca directamente).

- Objeción de Conciencia: es el derecho a ejercer la libertad de conciencia o a “obrar según la propia conciencia” cuando se considera que una determinada actitud va en contra de un derecho humano básico o primario.
- La libertad de conciencia es un consenso y tiene los límites que marca el propio consenso “consenso sobre disenso”.

Parece que el límite a la objeción sería la urgencia o una negativa de la totalidad o de la mayoría para realizar una acción en cuyo caso se puede exigir por un método equitativo (ir a la guerra, cuando todo el mundo se niega).

**Conclusiones**

- 1.La ligadura de trompas no es terapéutica y por tanto el ginecólogo puede objetar.
- 2.No se considera en este caso un procedimiento de urgencia (la instrumentista cubrió su puesto).
- 3.La objeción de conciencia es un derecho fundamental de la persona y está por encima de la jerarquía (nadie puede obligar a una persona a pegar tiros).
- 4.Sólo en caso de urgencia o de negativa de la totalidad quedaría invalidado el derecho a la objeción.