¿Cómo se presenta, desde el punto de vista médico, la casuística del embarazo ectópico, en especial el intratubárico, en el que se encuentra colocado anormalmente un embrión-feto no viable? ¿Es éste siempre no viable? Se pregunta aquí, a mi modo de ver, por los datos biomédicos relevantes para un análisis moral del embarazo ectópico (EE). tales datos pueden agruparse en los siguientes tres apartados:

1. Incidencia,
2. Morbididad y mortalidad materna, y
3. Morbididad y mortalidad embriofetal.

1. Incidencia

Desde hace ya dos decenios, la incidencia del embarazo ectópico crece de modo alarmante en todos los países indistrializados (Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Suecia, Finlandia, etc). En los Estados Unidos, por ejemplo, se ha pasado de 17800 casos en 1970 a 78400 en 1985. Se inculpan como causas principales de esa mayor incidencia la epidemia de enfermedades de transmisión sexual iniciada en los años sesenta y el empleo de dispositivos intrauterinos. Otros factores inculpados son ciertas intervenciones médicas (inducción de la ovulación; administración de estrógenos o de gestágenos -la minipíldora de sólo progestina, por ejemplo-, la fivet, el aborto inducido, la cirugía reparadora de la trompa) o algunas circunstancias que se dan en la mujer (la tendencia a retrasar el momento de tener hijos, la presentación anterior de otro EE o la infertilidad). La distribución topográfica de los EE se puede esquematizar así: el 98% de los EE son de asiento tubárico, un 1% se desarrollan en el ovario y un 1% más se implantan primaria o secundariamente en el abdomen. Un número insignificante lo hace en el cérvix uterino, el ligamento ancho, en un cuerno uterino rudimentario y en otras localizaciones excepcionales.

2. Morbididad y mortalidad maternas debidas al EE

Las consecuencias adversas principales del EE para la mujer consisten en el riesgo de muerte causada por la hemorragia intraperitoneal, y en la pérdida o disminución de la fertilidad. Las tasas de mortalidad materna absoluta y relativa causadas por el EE han ido descendiendo a lo largo de los dos últimos decenios, a pesar del citado y fuerte aumento en la incidencia del EE. Ha pasado de ser de 35

muertes por 10000 casos de EE en 1970, a 4,2 muertes por 10000 casos en 1985. Esta disminución se atribuye al diagnóstico más precoz y eficiente del EE y a la aplicación de modernos métodos de tratamiento. Hace cien años, la mortalidad causada por el EE tubárico avanzado era del 69%. La tasa de mortalidad materna ligada al embarazo abdominal varía mucho de unas instituciones a otras. Se han dado cifras de hasta el 20%, cosa fácil de comprender si se tienen en cuenta el riesgo de hemorragia catastrófica, de trastornos de la coagulación, y de sepsis y fístulas intestinales postoperatorias. A pesar de los avances modernos en el diagnóstico y el tratamiento, las mujeres que han tenido antes un EE presentan una fertilidad disminuída: sólo de un 30 a un 50% de ellas llegan a tener embarazos a término. Ello explica que la primera preocupación de muchos ginecólogos sea hoy la de desarrollar o aplicar técnicas (microquirúrgicas, farmacológicas) que favorezcan la fertilidad ulterior de estas mujeres. Por desgracia, muchas de esas técnicas implican la destrucción directa del embrión ectópico no viable.

3. Mortalidad y viabilidad embriofetal.

Desconocemos la incidencia real del EE. Hace más de quince años se carecía de medios para el diagnóstico precoz del EE y sólo podían tomarse en consideración los casos con manifestaciones clínicas. Con el afinamiento de los métodos diagnósticos y su aplicación a los grupos de mujeres de alto riesgo para el EE, se puede diagnosticar hoy el EE con mucha precocidad y seguir muy de cerca su evolución. De este modo, se ha podido establecer que es mucho más alto de lo que se suponía el número de EE precoces que, sin dar manifestaciones clínicas o con sintomatología muy ligera, sufren un proceso de aborto tubárico espontáneo. Se da, por otra parte, entre los médicos una tendencia muy extendida, casi dominante, a conjurar, mediante el tratamiento inmediato, todos los riesgos para la vida y la fertilidad ulterior de la madre conlleva el EE, mediante la inmediata destrucción -quirúrgica o farmacológica- del embrión que se desarrolla en la trompa. Esta conducta impide obtener datos modernos acerca de la evolución espontánea del EE y la viabilidad del embrión. Así pues, el destino ordinario, común, del EE tubárico es hoy la muerte del embrión, ya sea espontánea, ya provocada por el médico. Son sumamente excepcionales los casos en que el feto alcanza una etapa de viabilidad en el sitio tubárico primitivo. Y, cuando el embrión, parcialmente desprendido de su sede tubárica, se implanta secundariamente en el abdomen, son pocos los fetos que alcanzan la viabilidad y son menos todavía los que son extraídos vivos: de éstos, apenas una cuarta parte superan la etapa perinatal en razón de las graves anomalías que presentan, relacionadas en general con el oligohidramnios. Se puede concluir, por tanto, que es sumamente bajo el número de fetos ectópicos que alcanzan la viabilidad y que muchos de éstos presentan alteraciones graves, frecuentemente incompatibles con la vida. Desde un punto de vista estadístico, la viabilidad embriofetal es un factor poco relevante en el juicio técnico del EE.

II. ¿Cuáles son las vías de solución practicadas y/o practicables a la luz de

la ciencia médica del presente, incluidas las condiciones médicas fácilmente accesibles en el contexto hospitalario común?

1. El estado actual del arte

El EE seguirá presentándose muchas veces al médico en forma de un episodio clínico urgente de hemorragia intraabdominal. El médico puede dar entonces por segura la muerte del embrión e intervendrá para extirpar los restos embrionarios y la trompa perforada y sangrante. Conseguirá así conjurar la grave amenaza inmediata a la vida de la madre. Sobre este punto, existe un acuerdo prácticamente universal entre médicos y moralistas. Pero, como se ha señalado arriba, los procedimientos para el diagnóstico del EE se han ido perfeccionando considerablemente en los años recientes y se ha hecho posible, mediante la determinación cuantitativa seriada de la beta-hCG sérica y la ecografía transvaginal de alta resolución, el diagnóstico precoz del EE, antes de que éste haya dado síntomas clínicos o señales de inminente ruptura.

Permiten también comprender cada vez mejor las posibilidades evolutivas del EE y su variado curso clínico, determinar el estado de viabilidad del embrión y diagnosticar su muerte, y una mejor individualización del tratamiento que ha de administrarse a cada paciente. Esas técnicas deben formar parte de los servicios que prestan los hospitales modernos, pues las exige el estado del arte del momento. Junto con los datos del estado general y hemodinámico de la madre, dan una sólida base a la actitud expectante, que, como se señala más adelante, hace compatible el máximo respeto a la vida del embrión con la protección de la vida de la madre. La tendencia dominante en la práctica profesional está informada, sin embargo, por el imperativo de la eficiencia, no por la obligación de respeto. El objetivo prioritario de los médicos "cientifistas" (y temerosos de ser llevado a a un juicio por malapráctica) parece consistir hoy, en primer lugar, en salvar la vida de la madre mediante la eliminación del embrión ectópico, independientemente de que éste esté vivo o muerto. Pero los avances técnicos han añadido a la actuación del médico otro objetivo de primer orden: asegurar la ulterior fertilidad de la mujer. Se hace uso, para ello, de intervenciones quirúrgicas que no sólo son precoces, sino también mínimamente traumatizantes: desechada la salpingectomía, por demasiado agresiva y mutilante, se aplican procedimientos quirúrgicos conservadores, por laparotomía e incluso también por laparoscopia, tales como la resección parcial de la trompa, la salpingotomía lineal, la salpingostomía o la expresión infundibular. Y se comienza a ensayar el valor potencial de algunos tratamientos farmacológicos experimentales, tanto generales (metotrexato, RU-486), como mediante inyección en el saco gestacional intratubárica (metotrexato, cloruro potásico, prostaglandina).

2. ¿Es necesario revisar la aplicación a este caso del concepto de aborto indirecto?

La introducción de los tratamientos quirúrgicos conservadores obliga, en mi

opinión, a revisar la aplicabilidad al caso del EE del concepto de aborto indirecto, consagrado por una fuerte corriente dentro de la Teología Moral católica. En efecto, la aceptación de la extirpación de la trompa que contenía un embrión vivo se basaba en la aplicación del principio del doble efecto, que requiere que la acción primaria y la intención del médico estén dirigidas a eliminar un órgano patológico, dañado, que amenaza la vida de la mujer gestante; sólo indirectamente el médico pretende y causa la eliminación y muerte del feto y el efecto bueno no es consecuencia del efecto malo e indeseado. La razón para permitir el aborto indirecto ha de ser -se añade- muy grave y proporcionada: la amenaza inminente a la vida de la madre. Según la interpretación de un amplio sector de los teólogos y médicos católicos, no era necesario, para que se cumplan las condiciones de licitud moral, que la trompa se haya roto o que el embrión haya muerto: si la pared tubárica está adelgazada, es ya una amenaza a la vida de la madre y puede lícitamente ser extirpada; es decir, una trompa ocupada por un EE es equiparada a un tumor maligno que ha de ser eliminado para salvaguardar la vida de la madre, aunque en este momento preciso no la amenace de modo inminente. Simultáneamente, esos mismos moralistas y médicos, al señalar los límites precisos de su actuación, establecían que era ilícito abrir la trompa y extraer el feto, pues la vida de la madre no estaría siendo salvada entonces por un acto indiferente (a saber, la extirpación de un órgano enfermo), sino por medio de la destrucción directa del feto. Esto sería un aborto directo y, por tanto, gravemente inmoral.

Las modernas técnicas de cirugía conservadora y los ensayos farmacológicos en curso, que matan directamente al embrión y a sus envolturas, se fundamentan en la consideración de que, antes de la ruptura de la trompa, el elemento amenazador para la vida de la madre no es la pared tubárica que contiene el EE, sino el embrión ectópico con sus envolturas. Eliminado uno y otras, no sólo se resuelve la amenaza contra la vida de la madre, sino que los tejidos tubáricos se reparan de modo tal que en buena parte de los casos se puede conservar una buena función tubárica y la correspondiente fertilidad de la mujer.

¿Es posible, ante estos planteamientos seguir aplicando el concepto de licitud moral del aborto indirecto, cuando una de sus premisas -el carácter patológico del tejido tubárico antes de la ruptura, la presunción de que la misma trompa está "hic et nunc" afectada patológicamente de tal forma que procede la intervención quirúrgica sobre ella- puede juzgarse invalidada por los datos actuales de la ciencia? La idea de equiparar el tejido tubárico sobre el que anida un EE a un cáncer es hoy muy difícilmente sustentable.

III. ¿Qué soluciones sugiere la conciencia recta de un médico cristiano ante situaciones dilemáticas?

De acuerdo con lo dicho, me parece que la actitud de un médico cristiano debería ajustarse a los principios siguientes:

1. El respeto a toda vida humana.

El primer principio moral que se impone al médico es respetar la vida humana desde su comienzo, proclama incluso -y paradójicamente- la Declaración de Oslo, de la Asociación Médica Mundial, sobre el aborto terapéutico. El médico cristiano ha de vivir con la máxima sinceridad tal obligación y mostrará un respeto máximo, delicado y atento tanto a la vida del embrión como a la de la madre. Tal respeto se debe por igual a todo ser humano vivo, independientemente de que su expectativa de vida se cuente en años o en horas o minutos; independientemente de que su edad cronológica se mida en decenios o en días; independientemente de que esa vida transcurra a la luz del día o en el seno de la madre, o de que aquí se desarrolle en la cavidad del útero u ocupe una sede ectópica.

2. El tratamiento expectante de hoy.

La conducta del médico cristiano quedará modulada por ese respeto. Respetará al embrión ectópico vivo adoptando la actitud clásica del tratamiento expectante, que practicará ahora con la ayuda inestimable de la tecnología moderna. Está obligado a ser experto en el diagnóstico del EE: tendrá en cuenta los datos epidemiológicos, vigilará la evolución del EE mediante las dosificaciones seriadas de los marcadores hormonales de la viabilidad embrio-fetal o el diagnóstico ecográfico. Cuando tenga pruebas de la muerte del embrión, su seguimiento atento del cada caso le ayudará a decidir si interviene para extraerlo o si se abstiene de hacerlo. Cuando, en el curso de su seguimiento expectante, aparecen las primeras manifestaciones de inestabilidad hemodinámica, que señalan no sólo la urgencia clínica sino la segura muerte del embrión, prestará la ayuda de urgencia.

El tratamiento expectante ha sido practicado en series grandes de casos de EE sin que haya habido muertes maternas. Es un tratamiento de calidad profesional aceptada: ahorra laparotomías y laparoscopias inútiles. Tiene también sus costos: mantener una situación de alarma que puede durar unas pocas horas o unos días o semanas con la consiguiente hospitalización de la mujer. Tal actitud expectante excluye, por tanto, las soluciones quirúrgicas o farmacológicas que implican procurar la muerte inmediata y directa del embrión: mientras éste vive y la gestación no perturba todavía la estabilidad hemodinámica de la madre, el médico debe mantener una actitud tolerante hacia el EE. Las diferentes formas de tratamiento "agresivo", es decir, el que busca directa o indirectamente la muerte del embrión todavía vivo, nacen de una mentalidad que no es ajena bien a la difusión de la ideología utilitarista, bien a una aceptación demasiado fácil de la licitud del aborto indirecto.

3. El importante aspecto preventivo.

El EE está alcanzando las dimensiones de una importante epidemia. Como en las

restantes epidemias, los médicos tienen un deber doble. Han de proporcionar, en primer lugar, una atención efectiva y oportuna a las mujeres afectadas por un EE. Pero han de esforzarse, una vez identificados los factores que influyen en su propagación, en instituir las medidas preventivas apropiadas para erradicar esta entidad, que amenaza la vida y la fertilidad de sus víctimas. El médico cristiano encuentra aquí un campo particularmente adecuado para su tarea de consejo: la lucha contra esta epidemia le obliga a ser experto en informar de los aspectos biológicos, humanos y éticos de las enfermedades de transmisión sexual, los dispositivos intrauterinos y otros procedimientos contraceptivos y a ayudar, con competencia profesional y sabiduría moral, a sus pacientes a tomar las decisiones oportunas.

4. ¿Qué eco obtendría una declaración magisterial que afirmase el respeto al embrión ectópico?

Me parece que es superfluo advertir que una reafirmación solemne del respeto a la vida del embrión ectópico no obtendrá un eco favorable en algunos sectores, dentro y fuera de la Iglesia. Cualquier dictamen moral que reafirme hoy el respeto incondicionado al embrión humano ectópico será recibido con escándalo por quienes, en una interpretación inflacionista del aborto terapéutico, han optado por la eficiente prevención de riesgos y molestias mediante la eliminación de vidas nacientes. Un dictamen moral que, congruente con la ética del respeto a las vidas más débiles y sin futuro, recomiende el seguimiento expectante del EE, con sus consecuencias "poco prácticas y poco económicas" y prohiba la solución, rápida y eficiente de destruir selectivamente el embrión, será tachado de vitalismo radical.

Un dictamen moral que purifique seriamente de su inevitable oportunismo la noción ensanchada de aborto indirecto, que reformule en normas modernas, enriquecidas por el progreso científico, la tradición de la intangibilidad de la vida prenatal, será tachado de retrógrado o intolerante por quienes se encuentran cómodamente instalados en una permisividad controlada. Sin embargo, pienso que muchos se alegrarán al ver reafirmada una vez más la intangibilidad de toda vida humana y de comprobar cómo el progreso científico viene a hacer más fácil de entender y de cumplir la doctrina cristiana del respeto a la vida. En fin de cuentas, como señalaba el Santo Padre Juan Pablo II, en su alocución del 25 de octubre de 1978, "Prudente no es -como frecuentemente se cree- el que sabe arreglárselas en la vida y sacar de ella el máximo provecho, sino quien acierta a edificar la vida entera según la voz de la conciencia recta y según la exigencia de la moral justa".

Agosto 1990

BIBLIOGRAFIA
1. Alto WA. Abdominal Pregnancy. AFP 1990:41:209.
2. Anónimo. Ectopic pregnancy - United States, 1984 and 1985. MMWR 1988;37:637.
3. Bayless RB. Embarazo ectópico no tubario. Clin Obstet Ginecol 1987;1:181.

4. Dorfman SF. Epidemiología del Embarazo ectópico. Clin Obstet Ginecol 1987;1:165.
5. Fernandez H, Rainhorn JD, Papiernik E, Bellet D, Frydman R. Spontaneous resolution of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1988;71:171.
6. Garcia AJ, Aubert JM, Sama J, Josimovich JB. Expectant management of presumed ectopic pregnancies. Fertil Steril 1987;48: 395.
7. Hallatt JG, Grove JA. Abdominal pregnancy: A study of twenty-one consecutive cases. Am J Obstet Gynecol 1985;152:444.
8. Leach RE, Ory SJ. Management of ectopic pregnancy. Am Fam Phys 1990:41:1215.
9. Lund J. Early ectopic pregnancy. J Obstet Gynecol Br Emp 1955;62:70.
10. Marchbanks PA, Annegers JF, Coulam CB, Strathy JH, Kurland LT. Risk factors for ectopic pregnancy. A population-based study. JAMA 1988;259:1823.
11. Marshall J. The ethics of medical practice. Londres: Darton, Longman & Todd, 1960:110.
12. Mashiach S, Carp HJA, Serr DM. Nonoperative management of ectopic pregnancy. J Reprod Med 1982;27:127.
13. McCarthy DG. The new dilemma of ectopic pregnancies. Ethics & Medics 1983;8(7):3.
14. McCarthy DG. Physicians´ reactions in ectopic pregnancy survey. A further look at a new dilemma. Ethics & Medics 1984;9(5):3.
15. McCarthy DG. Ethicists´ reactions to ectopic pregnancy survey. Part II. Ethics & Medics 1984;9(9):2.
16. McFadden CJ. Medical ethics. 6 ed. Filadelfia: F.A. Davis Co., 1968:193.
17. Ory SJ. Ectopic pregnancy: Current evaluation and treatment. Mayo Clin Proc 1989;64:874.
18. Ory SJ. Nonsurgical treatment of ectopic pregnancy. Fertil Steril 1986;46:767.
19. Pansky M, Bukovsky I, Golan A, et al. Tubal patency after local methotrexate injection for tubal pregnancy. Lancet 1989;2:967.
20. Paquin J. Morale et Médecine. 3 ed. Montreal: L´Immaculée Conception. Comité des Hôpitaux du Québec, 1960:224.
21. Pouly JL, Manhes H, Mage G, Canis M, Bruhat MA. Traitement conservateur coelioscopique de la grossesse extra-utérine. Une expérience de 10 ans et de 321 cas. Rev Fr Gynecol Obstet 1986;81:584.
22. Russell JB. Etiología del embarazo ectópico. Clin Obstet Ginecol. 1987;1:173.
23. Sauer MV, Greenberg LH, Gorrill MJ, et al. Nonsurgical management of unruptured ectopic pregnancy: an extended clinical trial. Fertil Steril 1987;48:752.
24. Shapiro BS. Tratamiento no quirúrgico del embarazo ectópico. Clin Obstet Ginecol 1987;1:215 25. Taylor RN. Ectopic pregnancy and reproductive technology. JAMA 1988;259:1862.
26. Thorburn J, Friberg B, Schubert W, Wassen AC, Lindblom B. Background factors and management of ectopic pregnancy in Sweden. Changes over a decade. Acta Obstet Gynecol Scand 1987;66:597.
27. Vermesh M. Conservative management of ectopic gestation. Fertil Steril 1989;51:559.

Bibliografía adicional sobre embarazo ectópico

1. Puestas al día técnicas.
Un buen punto de partida es la revisión Vermesh M. Conservative management of ectopic gestation. Fertil Steril 1989;51:559-67, en especial la valoración que hace del tratamiento expectante (la expectativa armada de la deontología clásica).
2. Valoraciones deontológicas.
Hay un curioso silencio sobre el tema en los manuales modernos italianos de Bioética: Sgreccia, Tettamanzi, Spinsanti, Perico, d´Avanzo. Tampoco el embarazo ectópico aparece en la Bibliography on Bioethics. Entre los más de 2000 artículos, procedentes de revistas y monografías, introducidos en nuestro ordenador no ha aparecido ninguno que trate ese tema específicamente. Sólo hemos encontrado dos artículos (que todavía no nos han sido enviados) publicados en Ethics and Medics (A Catholic perspective on Moral Issues in the Health and the Life Sciences) en mayo y septiembre de 1984. No debe haber, por tanto, muchos estudios recientes sobre el tema. En realidad los procedimientos introducidos recientemente (ya sean de cirugía conservadora o mediante agentes farmacológicos) implican la muerte directa y querida del embrión y quedan, por tanto, excluidos de la moral cristiana. Buscan, por medio de la evacuación o destrucción del embrión y sus envoltutas, tanto reducir la mortalidad materna por ruptura tubárica y hemorragia, como preservar la permeabilidad de la trompa y favorecer así la fertilidad ulterior de la mujer. Como ocurre en muchos otros problemas, el progreso técnico se ha logrado a base de ignorar deliberadamente la condición humana del embrión y proceder con criterios estrictamente utilitarios. Pienso que hoy sigue siendo defendible la actitud expectante, que consiste en abstenerse de intervenir hasta que se produce la inminente rotura de la trompa o la muerte del embrión. Tal actitud impone algunas incomodidades, pero permite respetar la vida humana del embrión, salvar a algunos de ellos, y puede evitar los riesgos graves a la vida de la madre. Las técnicas modernas ganan comodidad, seguridad y mejor pronóstico para la madre pero pagando el precio de la destrucción deliberada de la vida embrionaria.

La doctrina católica clásica está expuesta en:
Basso DM. Nacer y morir con dignidad. Estudios de Bioética contemporánea. Buenos Aires; Consorcio de Médicos Católicos, 1989: 390. Bon H. Compendio de Medicina católica. Madrid; Fax, 1942:432-5. McFadden CJ. Medical Ethics, 6ª ed. Filadelfia; FA Davis, 1968: 193-7. Paquin J. Morale et Médecine. 3ª ed. Montréal; L´Immaculée Conception, 1960: 224-6 Peiró F. Deontología médica. 5ª ed. Madrid; Marbán, 1954: 309-313. Sarmiento A, Adeva I, Escós J, Etica profesional de la enfermera. Pamplona; Eunsa, 1977: 210-1.