

sultados posiblemente hubieran sido distintos.

Señalaba también que con la capacitación demostrada por los neonatólogos de nuestro país, si se les dotaba de los recursos necesarios mejoraría la mortalidad perinatal y que si los recién nacidos pretérminos pudieran elegir dónde nacer lo harían en un hospital con los recursos que para éstos octillizos se consiguieron y a lo que posiblemente contribuyó el interés que este caso suscitó en los medios de difusión. Y para que no se produzcan situaciones catastróficas ni desigualdades, la administración sanitaria debería garantizar el que todos los recién nacidos pretérminos sean atendidos con similares medios técnicos y humanos a los que se dispuso para este embarazo múltiple.

No estoy de acuerdo con Uds. en que no se podían analizar los costes, sobre todo si tenemos en cuenta que la situación estaba planteada con meses de antelación, pues son muchas las administraciones sanitarias que los tienen definidos. También discrepo de que la asistencia deba hacerse según las preferencias de los pacientes, pues si bien no cabe duda de que hay que valorar cuidadosamente la opinión de los pacientes en las tomas de decisiones, es más debería solicitarse en muchas ocasiones su consentimiento informado, pero de ello a tener que realizar

la asistencia a demanda del paciente existe un abismo, pues habría que valorar la repercusión sobre la utilización de recursos, su coste y si es o no la mejor opción desde el punto de vista médico.

Por todo ello, lo adecuado sería planificar la regionalización de la asistencia perinatal para un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles y disminuir la morbilidad perinatal⁽³⁾, estando de acuerdo con los autores en lo referente a que muchas Autonomías no disponen de una planificación adecuada ni tienen una política definida sobre el transporte neonatal y materno, por eso señalo esta falta de previsión de las autoridades sanitarias.

Bibliografía

- 1 Aburto Baselga F, Losada Martínez A, Acosta Prieto J, Mora Breve M, Fondevilla Sauci J, Carrasco Zalvide M, De Estefanía Vázquez R. Parto de octillizos: Una situación de emergencia múltiple hospitalaria. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:170-172.
- 2 Doménech E. Asistencia Perinatal de los embarazos múltiples: ¿Situación de emergencia o catástrofe? *An Esp Pediatr* 1998; **48**:148-151.
- 3 Grether JK, Nelson KB, Emery III E, Cummins S. Prenatal and pe-

M. Riol Diego

An Esp Pediatr 1998;49:327.

Sr. Director:

Con motivo de la publicación de un trabajo en *Anales* sobre la asistencia perinatal a un embarazo múltiple⁽¹⁾ se le hace preceder de un editorial⁽²⁾ que no puede quedar sin comentar. El autor repasa los aspectos importantes del tema, pero se olvida (¿voluntariamente?) del más prioritario, el respeto a la vida humana. Es bien conocido que las técnicas de reproducción asistida aumentan el riesgo de embarazos múltiples, pero el que deban evitarse no supone su eliminación cuando se desarrollan más de dos o tres fetos. Abogar en estos casos por la "reducción multifetal" es menospreciar el valor de la vida humana y las graves implicaciones éticas que se derivan de su manipulación, máxime cuando hay autores⁽³⁾ que niegan un posible beneficio para las restantes gestaciones con esta práctica. Además, ¿quién puede hacer aquí la elección? ¿por qué éstos sí y aquéllos no?. Reducir este tema a disquisiciones por abaratar

¿"Asistencia" perinatal de los embarazos múltiples?

los costes y optimizar el control de calidad de una técnica de reproducción es simplificar demasiado las cosas. Es preciso repetir, una vez más, que no podemos olvidarnos de los compromisos adquiridos de modo individual con todas y cada una de las gestaciones de estas técnicas reproductivas. Ni qué decir tiene que la actitud de esos padres y médicos⁽¹⁾ está fuera de toda discusión y que el sobreesfuerzo realizado ha sido un ejemplo de profesionalidad y buen hacer para todos nosotros. Quizás, deberíamos cuestionarnos los límites a nuestro poder de intervención sobre el género humano y evitar así las trampas de algunos "avances" de la ciencia.

Bibliografía

- 1 Aburto Baselga F, Losada Martínez A, Acosta Prieto J, Mora Breve MC, Fondevilla Sauci J, Carrasco Zalvide M, de Estefanía Vázquez R. Parto de octillizos: Una situación de emergencia múltiple hospitalaria. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:170-172.
- 2 Cabero Roura L. Asistencia perinatal de los embarazos múltiples. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:148-149.
- 3 Alexander JM, Hammond KR, Steinkampf MP. Multifetal reduction of high-order multiple pregnancy: comparison of obstetrical outcome with nonreduced twins gestations. *Fertil Steril* 1995; **64**:1201-1203.

Servicio de Pediatría. Hospital de Manacor. Mallorca.
Correspondencia: Dr. Mario Riol Diego. Servicio de Pediatría.
Fundación Hospital Manacor. Ctra. Manacor-Alcudia, s/n.
07500 Manacor (Mallorca-Baleares)

Sr. Director:

En respuesta a su atenta carta como comentario a mi editorial he de manifestarle mi asombro por la forma en que trata los contenidos de mi editorial, y por ello paso a responderle. En primer lugar, me parece que en ningún momento se plantea en mi aportación la más mínima duda hacia el respeto a la vida humana, y mucho menos que seamos ninguna voz autorizada para determinar lo bueno y lo malo, pero sí lo sensato frente a lo quimérico, y en este escenario no se discute el respeto a la vida humana, sino el resultado perinatal de una situación concreta. Ante una situación clínica determinada, bajo los preceptos éticos elementales (no maleficiencia, beneficiencia, justicia y autonomía), uno ha de plantearse disyuntivas a veces difíciles. Le voy a poner un ejemplo. Imagínese que tiene un enfermo que tiene una enfermedad crónica incurable que para mantener en vida necesita un respirador, y Usted está trabajando en un lugar donde solamente tiene uno. Si lo invierte para ese paciente, Usted hace que los otros pacientes que necesitan tal soporte se queden sin tal medida. Imagínese que para mantener con vida un paciente, se le mueren 4 por que no puede darles lo que necesitan. Si no da el respirador al crónico hace maleficiencia, e incluso atenta al principio de autonomía (el paciente desea el tratamiento), pero atentaría al principio de justicia y equidad, así como al de beneficiencia a los otros 4. ¿Qué hacer?. Probablemente resolverá salvar a los 4 en vez del 1. ¿Es eso atentar a la vida humana? ¿Acaso no es un signo inequívoco de respeto a la vida humana?. Aplique este ejemplo al caso mencionado en la editorial, y, probablemente, entenderá mi posición.

Por otro lado, le recomiendo que antes de citar un trabajo lo lea entero. Precisamente la cita de Alexander y cols. de 1995 no dice lo que Usted aboga. Dicho trabajo, realizado sobre 74 embarazos gemelares, indica lo siguiente: de manera retrospectiva (con todos los defectos de este tipo de trabajo, puesto que los primeros casos se recogieron hace más de 10 años) los autores analizan la evolución en términos de edad de gestación al nacimiento, peso de los recién nacidos, y complicaciones gestacionales de dos grupos de gemelos. Unos (32 casos) procedían de gestaciones múltiples que habían sido reducidas a dos fetos antes de la semana 10 de gestación, y el resto eran gestaciones gemelares espontáneas. Los autores indican que, en los casos procedentes de gestaciones reducidas, la edad de gestación al nacimiento continúa siendo algo más baja que los espontáneos (33,8 sem. vs 35,7 sem.), y los pesos también fueron inferiores (2.038 g vs 2.512 g). No hubo diferencias entre las complicaciones gestacionales. Los autores señalan además

Réplica a la carta ¿"Asistencia perinatal de los embarazos múltiples?"

que, cuando procedían de embarazos de más de 4, las edades de gestación fueron las más pequeñas. Sin embargo, en ningún momento se establece la comparación con la evolución de los casos de gestaciones múltiples (más de tres fetos en desarrollo), en los que sí existen en la literatura importantes trabajos que lo informan y ratifican. En este mismo sentido le invito a hacer una revisión por Medline con la palabra clave "pregnancy reduction", y le saldrán 172 citas que le hablan de las excelencias de tal procedimiento.

Tampoco me parece oportuno mezclar en su carta los conceptos economicistas de abaratar costes y optimizar el control de calidad de una técnica de reproducción. Mire, una cosa es la eficiencia y otra la calidad. La eficiencia es la consecución de un determinado nivel de calidad al menor coste, pero no competencia entre precio y calidad. Además, la calidad es el nivel o criterio de un estándar determinado, y que yo sepa todavía no existen estándares definidos en fertilización asistida, reconocidos por entidades de reconocido prestigio, y mucho menos los criterios o niveles de los supuestos estándares; por lo tanto, hablar de calidad en fertilización asistida, cuando menos, puede ser arriesgado. En esa línea, en la SEGO hemos diseñado, tras un arduo trabajo de equipo entre diversos profesionales, unos indicadores de proceso y de resultado que nos permitirán definir unos estándares (y a su vez qué criterios), para determinar el círculo de calidad. Por lo tanto, en base a lo dicho, no me parece adecuado mezclar costes con optimización de calidad, y mucho menos que se "simplifiquen las cosas".

Utilizando sus propias palabras, "es preciso repetir, una vez más, que no podemos olvidarnos de los compromisos adquiridos a modo individual con todas y cada una de las gestaciones de esas técnicas reproductivas", y es por ello que los responsables sanitarios han de hacer gala del precepto de justicia (repartición de las cargas), y de equidad (dar a cada uno lo que corresponde), incluso para el resto de gestaciones que de otra forma no serían evolutivas.

Por último, considero que el avance de las ciencias no proporciona ninguna trampa a nadie, y mucho menos al propio género humano, el cual se ha beneficiado en multitud de ocasiones precisamente de ese avance. Otra cosa es la no utilización de manera adecuada del avance, y en ese punto estaríamos de acuerdo.

No quisiera que interpretase mi carta como una respuesta airosa ni una descalificación de su opinión, que me merece todo el respeto, y por la que le doy mis más encarecidas gracias. Es más, ojalá que en cada ocasión en que se vierte una opinión, hubiese una réplica bien intencionada, como la suya, para que entre todos, desde distintos planteamientos y ópticas, sepamos encontrar el camino bioético, teniendo como objetivo el bien de nuestros pacientes, meta