

¿A quién y cuándo le interesa el modo de concepción en las técnicas de reproducción asistida?



When and to whom is the method of conception of interest in assisted reproduction techniques?

Sra. Editora:

Tener hijos de la forma y en el momento en que uno elige es una opción cada vez más frecuente, debido a las múltiples posibilidades que ofrecen las TRA. La información relativa al modo de concepción y gestación, siendo relevante para las personas que atienden al niño, pertenece al ámbito de la intimidad y debe ser tratada con el máximo respeto y confidencialidad¹.

Se presenta el caso de una niña de 5 meses sana, cuya madre solicita una rectificación de la historia clínica de acuerdo con sus derechos de intimidad.

Literalmente pide «Que a la mayor brevedad, desaparezca del informe del parto y del de recién nacida, la referencia al modo de concepción (ovodonación). No desea que su otra hija mayor ni nadie más conozca de momento el dato».

Añade que su pediatra de Atención Primaria ya está informada y quiere evitar en su círculo más próximo juicios del tipo «¿Cómo te arriesgas a tener una hija de una donante desconocida? Para eso... podías haber adoptado».

La respuesta ante dicha solicitud es que no procede la cancelación de los datos aludiendo a los supuestos del Art. 23 del RD 1720/2007, de 21 de diciembre². Ante la denegación, la madre insiste en su derecho de cancelación, por lo que se plantea el estudio del caso en el Comité de Ética Asistencial, que igualmente concluye no realizar ninguna actuación por tratarse de un aspecto legal y considerar que los datos no son «excesivos ni inadecuados».

A propósito del caso, y ante la posibilidad de que el hecho de vulnerar la confidencialidad pueda llegar a disuadir del empleo de las TRA, se plantea una serie de reflexiones desde el ámbito de la Bioética, en la línea de publicaciones recientes^{3,4}.

Preservar la confidencialidad de forma efectiva tiene que ver con compartir solo la información clínica necesaria y con los profesionales estrictamente implicados en la atención. No es necesario compartir «todo» con todos los profesionales. En el seguimiento del niño es un dato importante solo ante la sospecha de enfermedad genética.

Sería deseable que existiera un médico «responsable único», encargado de mantener la confidencialidad a largo plazo (pediatra de Atención Primaria) que, tras conocer los valores y las creencias de la familia, registre como proceso «sensible y reservado» todo aquello que pertenezca a su intimidad.

Los hijos tienen derecho a conocer la forma de concepción y está regulado por ley, pero el momento de su revelación tanto al hijo, a los hermanos y como al resto de familiares lo deben decidir los padres.

El hecho de que una situación esté legislada no exime de la responsabilidad de respetar las preferencias del paciente, que deben tener la misma consideración que los aspectos legales.

Bibliografía

1. Professionalism in Pediatrics: Statement of Principles. *Pediatrics* 2007; 120, 4: 895-897. [consultado 5 Ene 2015]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/4/895.full>
2. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal [consultado 2 Ene 2015]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/01/19/pdfs/A04103-04136.pdf>
3. García-Muñoz Rodrigo F. Desacuerdos en la relación clínica y proceso de toma de decisiones. *An Pediatr (Barc)*. 2014;81:408-9.
4. Marugán de Miguelsanz JM, Torres Hinojal MC, Rodríguez Fernández LM. Conflictos éticos en el establecimiento de niveles asistenciales en la trisomía 18. *An Pediatr (Barc)*. 2014;81:406-7.

M. Sánchez Jacob*

Centro de Salud La Victoria, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martasanchezjacob@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.04.012>

El parto domiciliario a debate



Home births under debate

Sr. Editor:

Aunque en los últimos años se han conseguido importantes avances en la humanización del parto y en la atención a los recién nacidos en España, aún nos encontramos a bastante distancia de otros países de nuestro entorno. El parto fuera del hospital es un tema muy controvertido y que genera muchas dudas sobre su seguridad a obstetras y pediatras. Aunque aún es poco frecuente en España (4,9/1.000 partos

en 2013¹), el parto fuera del hospital es una práctica con una demanda creciente en nuestro medio y un hecho habitual en otros países europeos como Holanda o Reino Unido. En diciembre de 2014 se ha publicado una actualización de la guía inglesa NICE sobre la atención al parto que ha generado un amplio debate². En dicha guía se recomienda a las gestantes con un embarazo de bajo riesgo parir fuera de las tradicionales unidades de obstetricia hospitalaria (en su domicilio o en una «casa de parto» independiente o adyacente al hospital). Esta recomendación está basada en las conclusiones de un amplio estudio realizado en el Reino Unido, que revelaba una menor tasa de cesáreas, de utilización de fórceps y de episiotomías, y un menor coste

económico en aquellos partos que se iniciaban fuera del hospital, sin encontrar un incremento global de la morbimortalidad neonatal. Sin embargo, debemos ser prudentes a la hora de «importar» estas recomendaciones y de interpretar los datos de los trabajos. En el citado estudio, hasta un 45% de las nulíparas que iniciaron un parto domiciliario tuvieron que ser derivadas a un centro hospitalario y la *odds ratio* de muerte o complicación neonatal grave entre estas gestantes fue del 2,80 (IC 95%: 1,59-4,92) frente a la de un parto hospitalario. Este incremento de la morbimortalidad neonatal no se apreciaba cuando el parto se iniciaba en una «casa de parto», o cuando las madres que realizaban el parto domiciliario eran múltiparas³. Por todo ello, la guía NICE remarca la importancia de la asistencia de una matrona con experiencia en este tipo de partos y un buen sistema coordinado de derivación hospitalaria: ninguna de estas 2 condiciones obligatorias en un parto extrahospitalario están implantadas de manera generalizada en nuestro sistema sanitario. Estudios realizados en EE.UU., donde la posibilidad del parto extrahospitalario no está tan integrada en el sistema sanitario como en el caso del Reino Unido, han demostrado un riesgo de mortalidad neonatal 4 veces superior en los partos domiciliarios asistidos que en los partos hospitalarios⁴. Por todo ello, con la actual estructura sanitaria, no se puede recomendar el parto domiciliario en España.

Nuestro sistema sanitario precisa de espacios respetuosos con la mujer gestante y el proceso del parto, que eviten la medicalización excesiva del mismo, pero que a su vez ofrezcan garantías de plena seguridad para la madre y el niño. Los datos europeos demuestran que el parto extrahospitalario puede aportar importantes ventajas para la madre y el recién nacido y en un futuro podría ser una alternativa en nuestro entorno, especialmente para las mujeres

múltiparas. Pero es necesario que se dote de los suficientes medios materiales, que el parto sea atendido por profesionales formados y acreditados, y que se encuentre perfectamente coordinado con las unidades de obstetricia y neonatología hospitalarias. Es necesario que transformemos el sistema sanitario para que se adapte a las necesidades de la madre y el recién nacido, y no al contrario, como desgraciadamente ocurre con demasiada frecuencia.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=t20/e301/nacim/a2013/l0/&file=02010.px>
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2014) Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth [online]. [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
3. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011;343:d7400.
4. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, Brent R, Levene MI, Arabin B, et al. Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006-2009. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211:e1-7.

D. Blázquez Gamero

Sección de Inmunodeficiencias, Servicio de Pediatría, Instituto de Investigación, Hospital Universitario 12 de Octubre, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Correo electrónico: danielblazquezgamero@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.03.006>