



CARTAS AL DIRECTOR

Atención materno-fetal en cuidados paliativos

Leonardo Arce Galvez^{1*}, Diana Alejandra Mendez Vega² y Rene Fernando Rodríguez Jurado¹

¹Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Universidad del Valle. Cali, Colombia. ²Ginecología y Obstetricia. Universidad Libre. Cali, Colombia

Recibido el 6 de abril de 2021

Aceptado el 7 de mayo de 2021

Arce Galvez L, Mendez Vega DA, Rodríguez Jurado RF. Atención materno-fetal en cuidados paliativos. *Med Paliat.* 2021;28:143-145.

Sr. Director:

Las situaciones clínicas que conllevan estados terminales no son ajenas a ningún grupo etario o especialidad médica; por esto se hace necesario considerar las estrategias coordinadas para mejorar la calidad de vida y el bienestar que puedan requerir la mujer gestante y el neonato en condición de terminalidad¹.

En el mundo, la posibilidad de acceder a un equipo de cuidado paliativo (CP) materno-fetal (MF) es limitado. Se han generado avances principalmente en Norteamérica y Europa²; en el caso de Latinoamérica solo se reportan 6 países, donde Colombia no tiene registro³. Se crea así la necesidad de fomentar el conocimiento de los profesionales de medicina paliativa y las demás especialidades en los cuidados MF de condiciones terminales con el fin de ofrecer y respetar todas las condiciones personales, familiares, sociales, espirituales y culturales⁴.

Desde el punto de vista obstétrico, debemos considerar 2 aspectos. El primero es la mujer con enfermedad terminal⁵; en este caso se puede iniciar un tratamiento completo, un tratamiento parcial intentando prolongar la gestación o recibir CP; esta decisión tomada por la madre en conjunto con el ginecoobstetra y el equipo de CP basándose en el pronóstico oncológico, viabilidad fetal, comorbilidades y con-

diciones personales⁶, favoreciendo el acompañamiento psicológico para ella y su familia. El segundo es la mujer que, por complicaciones de su embarazo, accidentes de tránsito o violencia termina en una muerte cerebral, donde su familia define los cuidados médicos a recibir. Se podrían considerar solo medidas de bienestar, si la edad gestacional o estado fetal no es favorable; también se pueden tomar medidas de soporte orgánico para avanzar la gestación hasta tener un feto viable⁶, resaltando que la paciente con muerte cerebral presenta múltiples complicaciones (cardiovasculares, nutricionales y endocrinas) que limitan este soporte a máximo 15 semanas⁷. Todas estas intervenciones deben respetar las decisiones de la paciente y favorecer el acompañamiento del duelo de la familia (Figura 1).

Desde el punto de vista fetal y neonatal existen condiciones que limitan la vida o son incompatibles con ella. Estas entidades son de causa genética o prematuridad y requieren atención médica especializada. Al realizar un diagnóstico se debe brindar toda la información posible a la madre y su familia para tomar una decisión basada en sus consideraciones particulares, pudiendo terminar la gestación de acuerdo a la legislación de cada país o continuar con la gestación brindando medidas para prolongar la vida o realizar CP¹. La principal barrera en la atención MF es la relación con

*Autor para correspondencia:

Leonardo Arce Galvez

Hospital Universitario del Valle. Calle 5, n° 36-08, edificio 112, espacio Piso 1, Cali, Colombia

Correo electrónico: leonardo.arce@correounivalle.edu.co

DOI: [10.20986/medpal.2021.1252/2021](https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1252/2021)

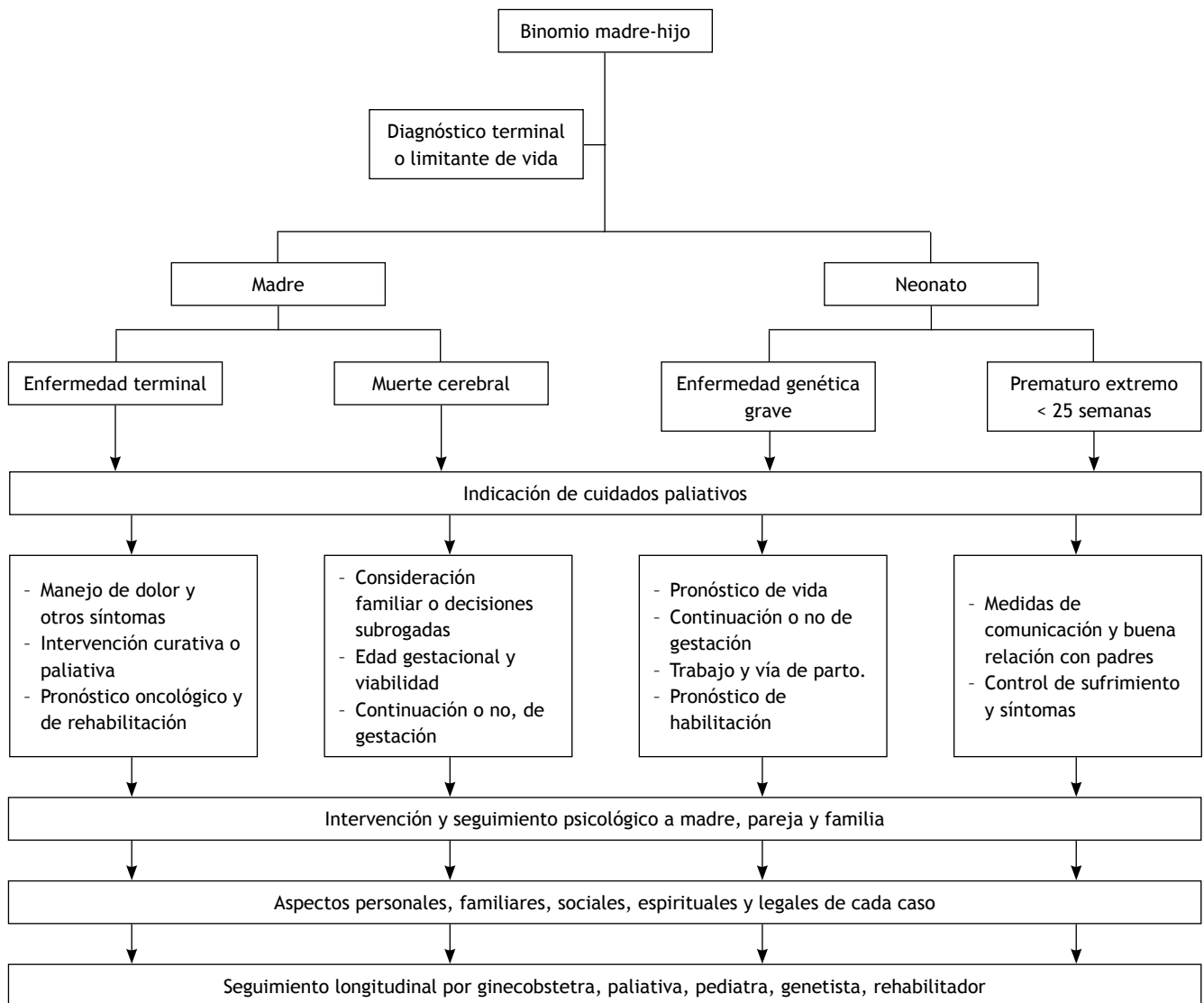


Figura 1. Intervenciones y decisiones materno-fetales en cuidados paliativos.

el personal de salud, donde más del 30 % de las pacientes reciben medidas subterapéuticas en atención y cuidados⁸, además, de los neonatos que requieren CP, menos del 2 % los reciben⁹. Los CP deben comenzar desde el diagnóstico, estar centrados en controlar el dolor, manejar síntomas y dar acompañamiento durante la gestación y parto. Existen medidas básicas a utilizar por todo el personal de salud que favorecen la comunicación con los padres como: llamar al neonato por el nombre escogido por su familia, contacto piel a piel, lactancia materna, espacio para el duelo, rituales religiosos y memorias como la toma de huellas de manos y pies. Todas las intervenciones tienen el objetivo de fomentar una relación médico paciente adecuada, limitando el sufrimiento y facilitando el duelo además de respetar las condiciones personales y familiares¹⁰ (Figura 1).

Las intervenciones MF en CP tienen un papel protagónico, favoreciendo la relación con los pacientes, mejorando los desenlaces positivos, dignificando el papel de la mujer en la toma de decisiones y brindando una transición tranquila hacia la muerte. Se necesitan cada vez más equipos especia-

lizados en CP-MF además de la capacitación de las diferentes especialidades en intervenciones iniciales.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiamiento para llevar a cabo este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Declaramos no presentar ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller RS, Cummings JJ, Maccauley R, Ralston SJ. ACOG committee opinion #327: Perinatal palliative care. *Obstet Gynecol.* 2019;134:84-9.

2. Cole JCM, Moldenhauer JS, Jones TR, Shaughnessy EA, Zarrin HE, Coursey AL, et al. A proposed model for perinatal palliative care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2017;46:904-11.
3. Marty CM, Carter BS. Ethics and palliative care in the perinatal world. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2018;23:35-8.
4. Lefkowitz C, Solomon C. Palliative care in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol*. 2016;128:1403-20.
5. Resnik R. Cancer during pregnancy. *N Engl J Med* 1999;341:120-1.
6. Smith SC, Koh WJ. Palliative care with pregnant women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15:323-31.
7. Bernstein IM, Watson M, Simmons GM, Catalano PM, Davis G, Collins R. Maternal brain death and prolonged fetal survival. *Obstet Gynecol*. 1989;74:434-7.
8. Blakeley C, Smith DM, Johnstone ED, Wittkowski A. Parental decision-making following a prenatal diagnosis that is lethal, life-limiting, or has long term implications for the future child and family: a meta-synthesis of qualitative literature. *BMC Med Ethics*. 2019;20:56.
9. Keele L, Keenan HT, Sheetz J, Bratton SL. Differences in characteristics of dying children who receive and do not receive palliative care. *Pediatrics*. 2013;132:72-8.
10. Ryan A, Bernhard H, Fahlberg B. Best practices for perinatal palliative care. *Nursing (Lond)*. 2015;45:14-5.