

Reporte de caso

ASPECTOS BIOÉTICOS DEL CARCINOMA INVASIVO DE MAMA EN EL EMBARAZO Y ENFOQUE EN ESCENARIOS DE RECURSOS LIMITADOS. ¿HASTA CUÁNDO ESPERAR? INFORME DE CASO

Jhonatan Daniel Olivero Luna¹, Liliana Correa-Pérez², Sonia Alejandra Milanés Escobar³

1. Especialista en Ginecología-Obstetricia. Fundación Universitaria Sanitas.

2. Coautor. Magister en salud pública, Especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, Ginecología y Obstetricia. Clínica Pediátrica.

3. Coautor. Especialista en Epidemiología. Médico egresado de Fundación Universitaria Sanitas.

RESUMEN

Introducción: El carcinoma de mama es la neoplasia más comúnmente reportada durante el embarazo, representa un reto diagnóstico dado que, al ser una patología poco frecuente asociado a los cambios fisiológicos de las glándulas mamarias en la gestación, se debe tener un alto índice de sospecha. Suele diagnosticarse en etapas avanzadas de la gestación, retrasando el tratamiento y aumentando la morbi-mortalidad materno-perinatal. **Descripción del caso:** Paciente de 34 años, con gestación de 29 semanas, con carcinoma invasivo triple negativo en mama derecha, en quien al analizar a nivel bioético el riesgo-beneficio a través de un enfoque dialógico centrado en la paciente con el grupo médico multidisciplinario, paciente y familiares, se decide el inicio de quimioterapia neoadyuvante priorizada más carboplatino dosis densa y basado en la literatura actual, se consensuó la finalización de la gestación vía cesárea en la semana 36 esperando una mayor madurez fetal. Posteriormente, se realizó cuadrantectomía derecha con vaciamiento axilar y esquema de radioterapia con respuesta patológica completa. **Discusión:** El manejo del carcinoma de mama durante el embarazo plantea importantes retos clínicos y bioéticos. Se destaca la importancia de aplicar principios bioéticos como la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, al tiempo que se reconoce la necesidad de garantizar el acceso equitativo a opciones terapéuticas

Recibido: 03/09/2024

Aceptado: 22/08/2025

Correspondencia: Jhonolivero-47@hotmail.com

y decisiones reproductivas informadas. La justicia distributiva juega un papel clave en asegurar que las pacientes en áreas desfavorecidas reciban una atención integral y humanizada, que contemple tanto su bienestar presente como futuro, así como el del feto.

Palabras clave: Bioética; Carcinoma de mama; Embarazo; Quimioterapia; Radioterapia.

BIOETHICAL ASPECTS OF INVASIVE BREAST CARCINOMA IN PREGNANCY, FOCUS ON SCENARIOS OF LIMITED RESOURCES. HOW LONG TO WAIT? CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: Breast carcinoma is the most commonly reported neoplasm during pregnancy, representing a diagnostic challenge since it is a rare condition and is associated with physiological changes in the mammary glands during gestation, requiring a high index of suspicion. It is usually diagnosed in advanced stages of pregnancy, delaying treatment and increasing maternal and perinatal morbidity and mortality.

Case Description: A 34-year-old patient, 29 weeks pregnant, diagnosed with triple-negative invasive carcinoma in the right breast. After a bioethical analysis of the risk-benefit through a patient-centered dialogical approach involving the multidisciplinary medical team, patient, and family, it was decided to initiate prioritized neoadjuvant chemotherapy with dense-dose carboplatin. Based on current literature, a consensus was reached to terminate the pregnancy via cesarean section at 36 weeks, aiming for greater fetal maturity. Subsequently, a right quadrantectomy with axillary dissection was performed, followed by radiotherapy, achieving a complete pathological response. **Discussion:** The management of breast cancer during pregnancy presents significant clinical and bioethical challenges. The importance of applying bioethical principles such as autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice is highlighted, while recognizing the need to ensure equitable access to therapeutic options and informed reproductive decisions. Distributive justice plays a key role in ensuring that patients in underserved areas receive comprehensive and humane care, addressing both their present and future well-being, as well as that of the fetus.

Keywords: Bioethics, Breast Neoplasms, Pregnancy, Drug Therapy, Radiotherapy.

DOI: <https://doi.org/10.26852/01234250.699>

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la condición patológica maligna que de acuerdo con Globocan 2022, la tasa de incidencia mundial es de 46.8 casos por cada 100.000 mujeres y la tasa de mortalidad es del 12.7% (1-3). Es el segundo cáncer con mayor incidencia, después del cáncer de pulmón y el cuarto en mortalidad, después de cáncer pulmonar, colorrectal e hígado. En Colombia,

se describe una incidencia de 50.7 casos por cada 100.000 mujeres, con una mortalidad del 13,3% (1,4). La neoplasia maligna durante el embarazo (o en el primer año posparto) es infrecuente y se presenta en 1 de cada 3.000 mujeres (5,6).

Desde una perspectiva bioética, el manejo del cáncer de mama durante el embarazo plantea complejos dilemas, particularmente en escenarios de recursos limitados. En estos contextos, las decisiones

terapéuticas deben tomar en cuenta la posibilidad de retraso en el diagnóstico debido a dificultades para acceder a los servicios de salud que conlleva a una baja adherencia al control prenatal. Aunque la anestesia local, general y varias intervenciones quirúrgicas (recomendadas en I y II trimestre) suelen considerarse seguras (7), la necesidad de procedimientos con potencial riesgo fetal como radioterapia y quimioterapia, requieren la discusión, consideraciones fetales y éticas para el equipo tratante que se enfrente a los posibles eventos adversos sobre el feto versus la progresión de la enfermedad en la madre. Dichos conflictos incluyen también la consideración de la terminación de la gestación (7-9). Lo anterior genera una tensión ética entre el riesgo fetal y la necesidad de detener la progresión de la enfermedad materna. Estas decisiones se ven agravadas por barreras culturales, socioeconómicas y la limitada infraestructura médica en algunas regiones de América Latina (10) con ingresos bajos y medianos donde el acceso limitado a los servicios de salud, las barreras culturales y socioeconómicas pueden agravar el pronóstico de las mujeres en edad fértil con carcinoma de mama (11). La discusión sobre el momento ideal para interrumpir el embarazo también es fundamental, equilibrando el riesgo de prematuridad del neonato con los beneficios de tratar la enfermedad materna. El apoyo emocional es esencial, dado que los pacientes enfrentan angustia ante la posible teratogenicidad de las terapias oncológicas y el impacto en la supervivencia fetal (12). En estos casos, se requiere una evaluación exhaustiva del riesgo-beneficio, abordando los aspectos biopsicosociales y garantizando una atención integral. Por tanto, debe abordarse la interculturalidad, la interseccionalidad en la comunicación del equipo tratante con paciente y familia, incluir apoyo emocional, psicología y estrategias de humanización durante los estudios preliminares y la confirmación diagnóstica; además de buscar la garantía de acceso en salud que requiera la gestante para una ruta integral de manejo oncológico-perinatal.

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

Paciente de 34 años, natural y residente en Bogotá-Colombia, con embarazo de 29 semanas, asintomática, con escaso control prenatal, antecedentes de epilepsia en tratamiento con levetiracetam, prolapso rectal, condilomatosis perianal en 2019 y diabetes gestacional en tratamiento con metformina.

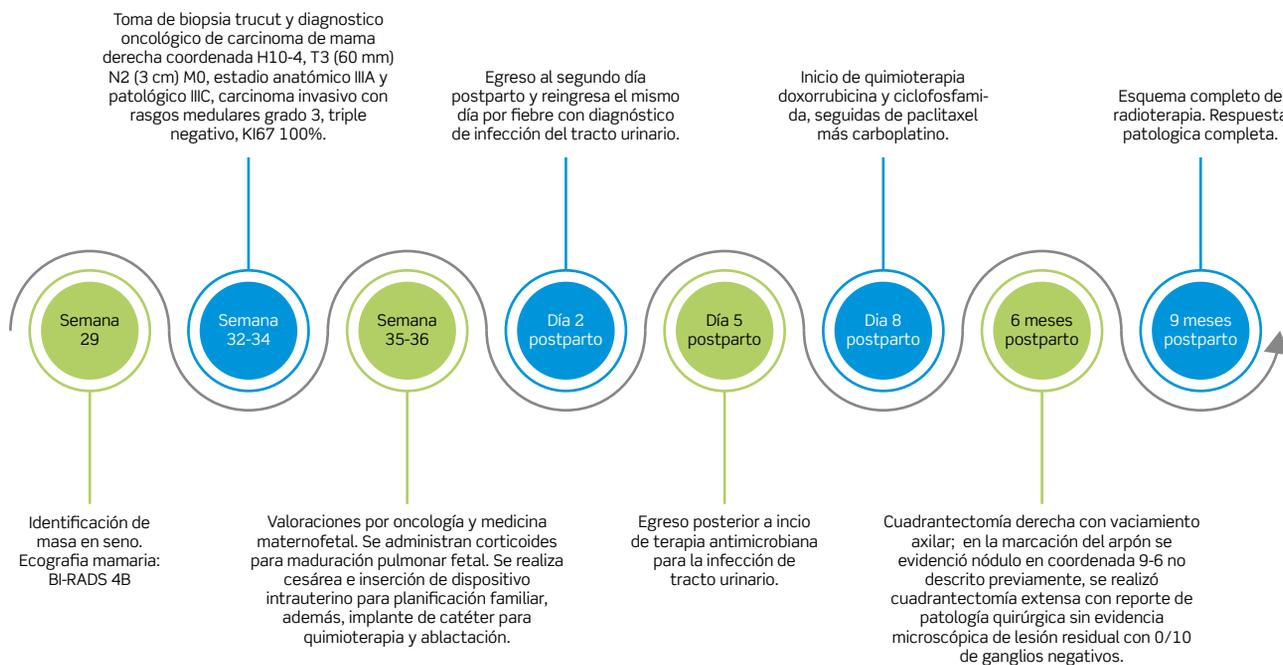
HALLAZGOS CLÍNICOS

Al examen físico de la mama derecha se observa hiperpigmentación con equimosis en cuadrante superior externo sin edema cutáneo ni masas axilares; se palpa tumoración dolorosa de consistencia dura y móvil de aproximadamente 9x8cm (**Figura 1**).

FIGURA 1. Examen físico de mama derecha. Se observa hiperpigmentación en cuadrante superior externo sin edema cutáneo; se palpa tumoración de aproximadamente 9x8cm. (Tomada con consentimiento de la paciente, el cual está diligenciado y firmado).



Línea del tiempo



EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

La ecografía mamaria que reportó “en el cuadrante superior externo derecho, una masa hipoeoica y lobulada heterogénea de 26x39x38 mm y en la coordenada 8.6 una imagen hipoeoica redondeada a 10 mm del plano de la piel la cual mide 7.5x8x8.5 mm. BI-RADS 4B”. Se procede a realizar biopsia con aguja gruesa guiado por ecografía que reporta: “Carcinoma invasivo con rasgos medulares grado 3 en la escala de Nottingham, con severo infiltrado linfocitario estromal, sin evidencia de invasión angirolinfática. Inmunohistoquímica con receptores de estrógenos, progesterona y HER2 negativos; KI67 100%, EGFR, CK5/6 y P53 reactivos en células tumorales”, confirmando el diagnóstico.

Es valorada por oncología clínica, se determina tumor de rápida progresión, con diagnóstico oncológico de carcinoma de mama derecha coordinada H10-4, T3 (60 mm) N2 (3 cm) M0, estadio anatómico IIIA y patológico IIIC, carcinoma invasivo con rasgos medulares grado 3, triple negativo, KI67 100%.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Se direcciona a la red hospitalaria para la administración de corticoides para maduración pulmonar fetal. Por antecedente de prolapso rectal y condilomatosis genital no se consideró inducción del parto vaginal, es desembarazada vía cesárea en la semana 36 con inserción de dispositivo intrauterino de cobre para planificación familiar, se implanta catéter para quimioterapia y se indica ablactación.

A los dos días del postoperatorio asiste a urgencias por fiebre y hospitalizan con sospecha de infección de sitio operatorio; sin embargo, se identifica infección de tracto urinario e inician tratamiento con cefalosporina de primer grado. Durante la hospitalización es valorada por oncología quienes consideran resolver proceso infeccioso para iniciar quimioterapia planteada.

Se realizó quimioterapia neoadyuvante con doxorubicina y ciclofosfamida, seguidas de paclitaxel más carboplatino. Hubo respuesta clínica e imagenológica completa. Posteriormente se realizó cuadrantectomía derecha con vaciamiento axilar; en la marcación del

arpon se evidenció nódulo en coordenada 9-6 no descrito previamente, se realizó cuadrantectomía extensa con reporte de patología quirúrgica sin evidencia microscópica de lesión residual con 0/10 de ganglios negativos. Posteriormente se realizó radioterapia.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

La paciente, de 34 años, diagnosticada con carcinoma invasivo triple negativo de mama durante la gestación, mostró una evolución clínica favorable tras recibir el tratamiento planificado. Posterior a la quimioterapia neoadyuvante priorizada y la intervención quirúrgica (cuadrantectomía con vaciamiento axilar), se completó la radioterapia adyuvante con una respuesta patológica completa, sin evidencia de enfermedad residual. Al momento del examen físico no se observaron signos de recaída local ni regional, y las imágenes diagnósticas de seguimiento (ecografía mamaria y mamografía) fueron categorizadas como BIRADS 2, lo que indica la presencia de cambios benignos compatibles con tejido cicatricial o postquirúrgico, sin hallazgos sugestivos de malignidad recurrente. La paciente también recibió ablactación para el manejo de la lactancia, una medida importante en pacientes con carcinoma de mama, especialmente después de procedimientos quirúrgicos y tratamientos oncológicos, donde se busca reducir los estímulos hormonales que podrían comprometer el pronóstico.

Actualmente, se encuentra en un seguimiento multidisciplinario estrecho, involucrando a oncología, cirugía de mama, cuidados paliativos y psicología, entre otras especialidades. Este enfoque integral asegura que se aborden no solo los aspectos físicos de su recuperación, sino también su bienestar emocional y psicológico. Hasta la fecha, la paciente no ha presentado signos de recaída ni otras complicaciones asociadas a su condición o a los tratamientos recibidos. El seguimiento continuo es crucial, dado que el carcinoma de mama triple negativo es agresivo y tiene una tasa de recurrencia más alta en los primeros cinco años posteriores al tratamiento.

El éxito de este caso destaca la importancia de un abordaje bioético y multidisciplinario, particularmente

en pacientes gestantes con cáncer de mama, donde el tratamiento debe equilibrar los riesgos para la madre y el feto. A pesar de los desafíos inherentes al diagnóstico tardío y los recursos limitados disponibles en algunos contextos, este caso muestra que una planificación terapéutica adecuada, basada en la evidencia actual y en la colaboración entre disciplinas, puede conducir a resultados favorables tanto para la madre como para el neonato.

DISCUSIÓN

Como parte del análisis bioético del caso se realizó un enfoque dialógico, tanto con el grupo tratante, así como con paciente y familia con atención centrada en la persona. La paciente y su familiar (esposo) eran competentes para toma de decisiones informadas; se exploró desde el ámbito biopsicosocial la baja adherencia a control prenatal, frente al techo terapéutico se determinó intención curativa y no había futilidad terapéutica; se discutió en caso de progresión o deterioro; se evaluó desde el punto de vista bioético, la salud reproductiva, en este caso se dio importancia a lograr una edad gestacional segura para la viabilidad fetal con la menor mortalidad ante la probabilidad de reducción de fertilidad futura por las terapias neoadyuvantes y que las terapias de preservación de fertilidad previo a quimioterapia y radioterapia (congelación de ovocitos o embriones previos a la terapia) no están cubiertos por el plan de beneficios en salud y en el ámbito nacional no están al acceso de la mayoría de la población por costos, pero además ante el estado de gestación paciente no era candidata. Por tal razón las 34 semanas de gestación fue la decisión científica y ética apropiada para esta paciente. Se realizó revisión bioética frente proceso de diligenciamiento, explicación y obtención de firma de consentimiento informado para manejo de datos y exponer su caso clínico anónimamente con la publicación de fotografías, se incluyó la valoración de aspectos espirituales y se evaluaron posibles conflictos que pudiesen surgir de los distintos valores culturales, lo que se conoce como medicina transcultural e intercultural.

El abordaje bioético en este caso clínico plantea varios desafíos que requieren una evaluación integral no solo de las opciones terapéuticas disponibles, sino también de las circunstancias individuales y sociales de la paciente, particularmente en un contexto de recursos limitados. Aplicando algunas metodologías existentes para el análisis bioético, se puede enfocar el caso desde diferentes ángulos. Desde la perspectiva del principlismo, se evalúan los cuatro principios fundamentales propuestos por Beauchamp y Childress: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (13). En el contexto de esta paciente, se respetó su autonomía al involucrarla activamente en el proceso de toma de decisiones, en coordinación con su familia y el equipo multidisciplinario, al decidir continuar con el embarazo hasta la semana 36 mientras se iniciaba quimioterapia neoadyuvante. La beneficencia y la no maleficencia se balancearon cuidadosamente al ofrecer un tratamiento que permitiera la madurez fetal suficiente para reducir los riesgos de la prematuridad, mientras se intentaba controlar el carcinoma de mama. La justicia, por su parte, se ve desafiada en escenarios de recursos limitados, donde el acceso a terapias oncológicas, diagnóstico temprano y seguimiento adecuado puede verse restringido, lo que requiere un esfuerzo adicional para garantizar que las pacientes reciban una atención equitativa y oportuna, evitando desigualdades que podrían afectar su pronóstico.

De acuerdo con la metodología de la ética del cuidado, se resalta la importancia de la atención personalizada, reconociendo no solo el aspecto médico, sino también las dimensiones emocionales y sociales de la paciente (14). En este caso, el equipo tratante priorizó el bienestar emocional, brindando apoyo psicológico y cuidados paliativos integrales, aspectos esenciales en un diagnóstico de cáncer durante el embarazo. La ética del cuidado pone en primer plano la relación humana y la empatía, elementos clave en este tipo de escenarios, donde la paciente enfrenta la incertidumbre de su diagnóstico, el riesgo para su descendencia y el impacto emocional de la quimioterapia, cirugía y la radioterapia.

Desde el enfoque de la Justicia distributiva es esencial cuando se habla de la gestión de recursos limitados. En el presente caso, la justicia distributiva es un pilar para evaluar cómo se distribuyen los recursos médicos en áreas con escaso acceso a tratamientos especializados (15). En muchas regiones de América Latina, la disparidad en el acceso a la atención médica puede influir negativamente en los resultados de las pacientes con cáncer de mama durante el embarazo. Este análisis bioético debe considerar el derecho de la paciente a recibir el mejor tratamiento posible, sin importar su ubicación geográfica o nivel socioeconómico, lo que exige estrategias de política pública que faciliten el acceso a cuidados oncológicos avanzados y prenatales de calidad.

Finalmente, teniendo en cuenta un enfoque basado en los derechos humanos es crítico en este caso, ya que asegura que la paciente y su familia sean tratados con dignidad, respeto y justicia (16). En este marco, el derecho a la salud es un derecho fundamental, lo que implica que tanto el sistema de salud como el equipo médico tienen la obligación de garantizar un acceso equitativo y sin discriminación a los tratamientos disponibles. Además, se debe reconocer el derecho de la paciente a ser informada de todas las opciones terapéuticas, así como de los riesgos asociados tanto para ella como para el feto, permitiendo una decisión informada.

El análisis bioético del caso utilizando estas metodologías resalta la complejidad de las decisiones que deben tomarse cuando se enfrentan cáncer de mama y embarazo en contextos de recursos limitados. La necesidad de garantizar una atención integral, humana y equitativa es crucial, no solo desde el punto de vista de la eficacia médica, sino también de la justicia y los derechos de la paciente. Las decisiones tomadas deben equilibrar los riesgos y beneficios para ambos, la madre y el feto, en un marco donde las limitaciones económicas, geográficas y sociales pueden representar obstáculos significativos. Estos elementos se conjugaron en este caso para lograr un resultado favorable, destacando la importancia de la bioética en la práctica médica diaria.

Los dilemas éticos y morales que emergen en la atención médica de pacientes con carcinoma invasivo de mama durante el embarazo requieren una evaluación cuidadosa y multidimensional. Uno de los dilemas más apremiantes es la necesidad de equilibrar la salud de la madre con la del feto. La administración de tratamientos como la quimioterapia y la radioterapia puede poner en riesgo la salud fetal, lo que genera un dilema sobre si priorizar la vida y salud de la madre o la del niño. Este conflicto exige una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios de las intervenciones médicas (17). Si bien es fundamental respetar la autonomía de la paciente para tomar decisiones informadas sobre su tratamiento, los profesionales de la salud deben también considerar su deber de proteger la vida y salud del feto. Esto puede llevar a tensiones entre las decisiones de la paciente y las recomendaciones médicas, especialmente en un contexto en el que el acceso a información y apoyo puede ser limitado (18). En contextos de recursos limitados, el dilema de la justicia distributiva se vuelve prominente. La inequidad en el acceso a servicios de salud adecuados puede afectar directamente las opciones disponibles para la paciente, lo que plantea preguntas morales sobre la equidad y el derecho a recibir atención adecuada. Los profesionales de salud se enfrentan a la difícil tarea de ofrecer el mejor tratamiento posible en un entorno donde los recursos son escasos (19). La complejidad del caso requiere una toma de decisiones compartida que involucre no solo a la paciente, sino también a su familia y al equipo médico. Sin embargo, la diversidad de valores y creencias culturales puede influir en este proceso, generando dilemas sobre cómo integrar efectivamente estas perspectivas en la atención y decisiones médicas. Las decisiones tomadas en el contexto del tratamiento pueden tener implicaciones a largo plazo para la salud reproductiva de la paciente y la salud del niño. El dilema moral radica en la dificultad de prever estas consecuencias, así como en la necesidad de considerar la calidad de vida futura de ambos, lo que puede complicar aún más el proceso de decisión (20).

La atención médica no se limita a los aspectos físicos; también implica considerar el bienestar emocional de la paciente y su familia. Los dilemas morales surgen al intentar equilibrar la necesidad de proporcionar un tratamiento efectivo con el deber de ofrecer apoyo emocional en momentos de angustia y temor (21). Las limitaciones en el acceso a información adecuada pueden llevar a decisiones no informadas, lo que resulta en un dilema ético sobre la responsabilidad de los profesionales de salud de asegurar que la paciente y su familia comprendan plenamente las implicaciones de sus opciones (22).

En el contexto del caso expuesto, es crucial considerar el riesgo de infertilidad futura derivada del tratamiento oncológico, y la importancia de ofrecer todas las opciones posibles, incluidas aquellas dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos garantizados por la normativa nacional. En Colombia, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) está despenalizada cuando la vida o la salud de la mujer está en riesgo, como en casos de cáncer durante el embarazo. No ofrecer esta opción como parte de la toma de decisiones médicas plantea un desafío ético en cuanto a la autonomía de la paciente, quien debe tener la capacidad de decidir sobre su cuerpo y futuro reproductivo informada de todas las alternativas posibles. La falta de presentación de la IVE podría implicar una vulneración de derechos, al no considerar plenamente el impacto que la infertilidad futura puede tener en la vida de la mujer, y omitir una opción legalmente amparada que podría alinearse con sus deseos y valores personales (23,24). En escenarios de recursos limitados, donde el acceso a tratamientos de preservación de fertilidad, como la criopreservación de ovocitos o embriones, no está garantizado, la discusión de la IVE adquiere aún mayor relevancia desde una perspectiva de justicia distributiva. Es imperativo que el equipo médico proporcione un enfoque integral que permita a la paciente tomar decisiones informadas, no solo en función de su salud actual, sino también considerando su futuro reproductivo y la posibilidad de optar por un camino diferente en su proceso de cuidado oncológico y personal (25,26).

En el análisis de valores y virtudes en este caso clínico, se pueden identificar los actores clave: el profesional médico, la paciente, los familiares y el feto. Cada uno de estos actores tiene roles específicos que involucran valores éticos y principios morales en la toma de decisiones complejas. El profesional médico destaca los valores de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia. Como virtudes, la compasión, prudencia, competencia y respeto. El profesional médico enfrenta el desafío de equilibrar el bienestar materno y fetal. La compasión se expresa en su esfuerzo por ofrecer el mejor tratamiento posible, mientras que la prudencia es clave al tomar decisiones informadas sobre la quimioterapia, cirugía y otros tratamientos oncológicos. Sin embargo, la justicia distributiva es crítica, ya que no se ofrecieron todas las opciones posibles, como la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), lo que pone en duda si se respetaron plenamente los derechos reproductivos de la paciente. El respeto a la autonomía de la paciente, permitiéndole decidir informada sobre su salud, es fundamental en su relación con el equipo médico.

En la paciente se aprecian valores como la autonomía, dignidad, derecho a la salud y la responsabilidad personal, mientras que las virtudes presentan fortaleza, resiliencia, responsabilidad y autodeterminación. La paciente, diagnosticada con carcinoma invasivo de mama durante el embarazo, manifiesta un compromiso con su salud y la de su feto. Su fortaleza y resiliencia son evidentes al aceptar un tratamiento oncológico desafiante. Sin embargo, la omisión de la opción de IVE podría haber limitado su autodeterminación, ya que no se le permitió decidir plenamente sobre su embarazo en función de todas las alternativas posibles. Su responsabilidad en relación con su salud y su hijo por nacer está también condicionada por la calidad de la información y el acceso a opciones terapéuticas.

Los familiares (esposo) destacan valores de solidaridad, apoyo emocional, protección de la salud familiar, mostrando virtudes de lealtad, empatía, colaboración y apoyo. Los familiares cercanos, desempeñan un papel crucial en el apoyo emocional y en la toma de decisiones conjuntas con la paciente. La empatía hacia la paciente y la colaboración con los

médicos son esenciales para navegar las complejidades del tratamiento. Sin embargo, la familia también debe respetar la autonomía de la paciente, lo que incluye aceptar las decisiones que ella tome sobre su embarazo, aun cuando puedan ser difíciles de enfrentar desde un punto de vista emocional o moral. Respecto al Feto, se tiene en cuenta el derecho a la vida, protección, bienestar y virtudes de vulnerabilidad (como valor que apela al cuidado) y futuro en potencia. El feto, siendo un actor pasivo y vulnerable, depende completamente de las decisiones que tome su madre y el equipo médico. La protección de su vida y su bienestar son valores centrales en el análisis ético de cualquier tratamiento que afecte tanto a la madre como al feto. La decisión de no optar por la IVE y priorizar la quimioterapia neoadyuvante refleja la vulnerabilidad del feto y la voluntad de protegerlo hasta alcanzar una gestación viable. No obstante, esto también debe equilibrarse con los derechos de la madre a preservar su vida y considerar su futuro reproductivo.

En casos como el presentado, donde existen limitaciones en los recursos y acceso a los servicios de salud, la justicia distributiva desempeña un papel fundamental en la toma de decisiones éticas. Este principio establece que los recursos disponibles deben ser distribuidos de manera equitativa, asegurando que todas las personas, independientemente de su situación socioeconómica o geográfica, tengan acceso a una atención de calidad y a todas las opciones terapéuticas posibles.

En casos como el presentado, donde existen limitaciones en los recursos y acceso a los servicios de salud, la justicia distributiva desempeña un papel fundamental en la toma de decisiones éticas. Este principio establece que los recursos disponibles deben ser distribuidos de manera equitativa, asegurando que todas las personas, independientemente de su situación socioeconómica o geográfica, tengan acceso a una atención de calidad y a todas las opciones terapéuticas posibles. El acceso equitativo a tratamientos oncológicos en situaciones de cáncer durante el embarazo, como el carcinoma de mama, los tratamientos oncológicos como la quimioterapia, radioterapia y cirugías especializadas suelen no estar fácilmente disponibles

en regiones con recursos limitados. La justicia distributiva exige que, en la medida de lo posible, estos tratamientos se ofrezcan de manera accesible y equitativa a todas las pacientes, asegurando que las mujeres en áreas rurales o con barreras económicas puedan recibir la misma calidad de atención que aquellas en grandes centros urbanos (23,27).

Las decisiones informadas y derechos reproductivos son un aspecto clave de la justicia distributiva en estos casos para garantizar que todas las opciones, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo, sean accesibles a las pacientes cuando corresponda. En regiones con limitaciones de recursos, es común que la falta de información o infraestructura adecuada limite la posibilidad de que las mujeres accedan a opciones reproductivas como la preservación de la fertilidad o la IVE. En este sentido, la justicia distributiva demanda que se respeten los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes, brindándoles la oportunidad de tomar decisiones informadas sobre su salud y la de su feto (23,28).

El apoyo multidisciplinario y humanización de la atención en contextos de recursos limitados, es fundamental que se garantice el apoyo emocional y psicosocial adecuado para las pacientes, lo cual es parte de la justicia distributiva. La atención médica no debe limitarse solo al tratamiento físico, sino que debe incluir apoyo emocional, psicológico y social, con el fin de proporcionar un enfoque integral en el manejo de casos complejos como el cáncer de mama durante el embarazo. Esto incluye ofrecer información clara sobre los riesgos, beneficios y limitaciones de los tratamientos disponibles, respetando siempre la autonomía de la paciente (21,23).

La interseccionalidad y equidad cultural en el contexto de la justicia distributiva también requiere un enfoque intercultural, en el que se reconozcan las barreras culturales y sociales que pueden afectar la atención médica. En áreas de bajos recursos, estas barreras suelen ser más evidentes, y es esencial que los profesionales de la salud sean sensibles a estas diferencias, asegurándose de que la atención sea accesible y adecuada culturalmente. Esto implica considerar

los valores, creencias y circunstancias específicas de la paciente y su familia al tomar decisiones sobre el manejo del caso (19,27).

CONCLUSIONES

El manejo del carcinoma de mama durante el embarazo presenta un desafío tanto clínico como ético, particularmente en contextos de recursos limitados. Este caso expone los dilemas éticos relacionados con la toma de decisiones sobre el tratamiento oncológico en un escenario donde la vida de la madre y la viabilidad fetal están en juego. La justicia distributiva exige que los tratamientos, el acceso a la atención médica y las opciones terapéuticas sean equitativamente accesibles para todas las pacientes, independientemente de sus circunstancias socioeconómicas o geográficas. La falta de opciones como la preservación de la fertilidad o la interrupción voluntaria del embarazo, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, resalta la necesidad de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a información completa y puedan ejercer su autonomía de manera informada.

La bioética aplicada a casos como este, debe equilibrar los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, ofreciendo un enfoque interdisciplinario y centrado en la paciente, que contemple tanto los derechos reproductivos como la calidad de vida futura de la mujer. Asimismo, es fundamental que el equipo médico sea sensible a las barreras culturales y psicosociales, humanizando la atención y brindando el apoyo emocional necesario en este tipo de escenarios. El análisis bioético no debe limitarse al ámbito clínico, sino que también debe incorporar elementos de justicia distributiva y derechos humanos, asegurando una atención inclusiva y equitativa que pueda superar las limitaciones de los sistemas de salud en países con bajos recursos. Este caso subraya la importancia de promover políticas de salud pública que mejoren el acceso y la calidad del diagnóstico temprano, tratamiento integral y apoyo emocional para mujeres embarazadas con cáncer, asegurando que ninguna quede excluida de un manejo adecuado.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

“En mi caso particular me pareció buena la atención, desde que me revisaron la masita en el seno hasta el seguimiento. Cuando me tomaron la biopsia y recibí el resultado me puse muy triste, pero cuando me hospitalizaron y vi que las valoraciones con los especialistas fueron buenas, hicieron todo a tiempo, me dieron la

quimioterapia y después de eso en los controles seguían viéndome y hasta la fecha sigo en controles con mamografía, ecografías, revisiones. Gracias a Dios y a los médicos mi bebé está grande y sana”.

CONFLICTO DE INTERESES

Se declara que no hubo conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Global cancer observatory. GLOBOCAN. 2022 [cited 2024 Apr 1]. BREAST. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/20-breast-fact-sheet.pdf>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2021 May 4;71(3):209-49. Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660> <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2018 Nov 12;68(6):394-424. Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21492> <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
4. Global Cancer Observatory. GLOBOCAN. 2022 [cited 2024 Apr 1]. CANCER TODAY-COLOMBIA. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/170-colombia-fact-sheet.pdf>
5. Corte Constitucional de Colombia. Corte constitucional de la República de Colombia. 2009. Sentencia T-732/09. Derechos sexuales y reproductivos. Bogotá D.C. Available from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-732-09.htm#:~:text=T-732-09 Corte Constitucional de Colombia&text=En virtud de la autodeterminación,cuándo y con qué frecuencia.>
6. AJ. ZC. El bioderecho como instrumento en la determinación de los límites a la libertad de investigación. Especial referencia a la eugenesia positiva en la genética humana. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2014.
7. Fajdić J, Gotovac N, Hrgović Z, Fassbender W. Diagnosis and Therapy of Gestational Breast Cancer: A Review. *Adv Med Sci* [Internet]. 2008 Jan 1;53(2). Available from: <http://www.degruyter.com/view/j/ams.2008.53.issue-2/v10039-008-0037-5/v10039-008-0037-5.xml>
8. Cordeiro CN, Gemignani ML. Breast Cancer in Pregnancy: Avoiding Fetal Harm When Maternal Treatment Is Necessary. *Breast J* [Internet]. 2017 Mar;23(2):200-5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tbj.12780> <https://doi.org/10.1111/tbj.12780>
9. Amant F, Berveiller P, Boere IA, Cardonick E, Fruscio R, Fumagalli M, et al. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines based on a third international consensus meeting. *Annals of Oncology* [Internet]. 2019 Oct;30(10):1601-12. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0923753419609737> <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz228>
10. Amant F, Loibl S, Neven P, Van Calsteren K. Breast cancer in pregnancy. *The Lancet* [Internet]. 2012 Feb;379(9815):570-9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611610921> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61092-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61092-1)
11. Basro S, Apffelstaedt JP. Breast Cancer in Young Women in a Limited-Resource Environment. *World J Surg* [Internet]. 2010 Jul 9;34(7):1427-33. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00268-009-0299-5> <https://doi.org/10.1007/s00268-009-0299-5>
12. Korde LA, Somerfield MR, Carey LA, Crews JR, Denduluri N, Hwang ES, et al. Neoadjuvant Chemotherapy, Endocrine Therapy, and Targeted Therapy for Breast Cancer: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2021 May 1;39(13):1485-505. Available from: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.20.03399> <https://doi.org/10.1200/JCO.20.03399>

13. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics : Marking Its Fortieth Anniversary. The American Journal of Bioethics [Internet]. 2019 Nov 2;19(11):9-12. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15265161.2019.1665402> <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
14. Held V. The Ethics of Care: Personal, Political, and Global. OXFORD UNIVERSITY PRESS [Internet]. 2006; Available from: <https://void-network.gr/wp-content/uploads/2016/10/The-Ethics-of-Care-Personal-Political-and-Global-by-Virginia-Held.pdf>
15. Rid A. Just health: meeting health needs fairly. Bull World Health Organ [Internet]. 2008 Aug 1;86(8):653-653. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2649477/pdf/08-054601.pdf/> <https://doi.org/10.2471/BLT.08.054601>
16. Hunt P. Interpreting the International Right to Health in a Human Rights-Based Approach to Health. Health Hum Rights [Internet]. 2016 Dec;18(2):109-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28559680>
17. Mumtaz A, Otey N, Afridi B, Khout H. Breast cancer in pregnancy: a comprehensive review of diagnosis, management, and outcomes. Translational Breast Cancer Research [Internet]. 2024 Jul;5:21-21. Available from: <https://tbcrc.amegroups.com/article/view/88698/html> <https://doi.org/10.21037/tbcrc-24-26>
18. Barrios CH. Global challenges in breast cancer detection and treatment. The Breast [Internet]. 2022 Mar;62:S3-6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0960977622000303> <https://doi.org/10.1016/j.breast.2022.02.003>
19. Kerr VSSHKZKDJ. Challenges of Cancer Control in Developing Countries. Future Oncol. 2011;7(10):1213-22. <https://doi.org/10.2217/fon.11.101>
20. Sorouri K, Loren AW, Amant F, Partridge AH. Patient-Centered Care in the Management of Cancer During Pregnancy. American Society of Clinical Oncology Educational Book [Internet]. 2023 May;(43). Available from: https://ascopubs.org/doi/10.1200/EDBK_100037 https://doi.org/10.1200/EDBK_100037
21. Henry M, Huang LN, Sproule BJ, Cardonick EH. The psychological impact of a cancer diagnosed during pregnancy: determinants of long-term distress. Psychooncology [Internet]. 2012 Apr 2;21(4):444-50. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1926> <https://doi.org/10.1002/pon.1926>
22. Schwaegermann MK, Schranz M, Moehler M, Labenz C, Moringlane A, Schmidt M, et al. Any progress in informed consenting for cancer treatment? Results from a cross sectional analysis at a comprehensive cancer center. J Cancer Res Clin Oncol [Internet]. 2021 Jul 9;147(7):2117-26. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s00432-020-03495-1> <https://doi.org/10.1007/s00432-020-03495-1>
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos [Internet]. 2010. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBROPOLITICA SEXUAL SEPT 10.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBROPOLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf)
24. Peralta-Jiménez JA, Urrego-Mendoza ZC. Salud sexual y reproductiva de mujeres afrocolombianas víctimas del conflicto armado en Bojayá, Chocó, Colombia. Estudio de métodos mixtos, 2019. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2022 Mar 30;73(1):11-27. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3763> <https://doi.org/10.18597/rcog.3763>
25. Batiza Resendiz V et al. Preservación de la fertilidad: opinión de un grupo de expertos. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2021;88(11). Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412020001100006
26. Ministerio de Salud y Protección social de la Republica de Colombia. Resolución No. 228 del 2020. 2020.
27. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. Medical Principles and Practice [Internet]. 2021;30(1):17-28. Available from: <https://karger.com/MPP/article/doi/10.1159/000509119> <https://doi.org/10.1159/000509119>
28. Kass NE. An Ethics Framework for Public Health. Am J Public Health [Internet]. 2001 Nov;91(11):1776-82. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.91.11.1776> <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.11.1776>