

- B, Aalberse R, et al. Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. *Pediatr Allergy Immunol.* 2008;19:1-4.
39. Nowak-Wegrzyn A, Sampson HA. Future therapies for food allergies. *J Allergy Clin Immunol.* 2011;127(3):558-573.
40. Nadeau HC, Kohli A, Iyengar S, DeKruyff RH, Umetsu DT. Oral immunotherapy and anti-IgE antibody-adjunctive treatment for food allergy. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2012;32(1):111-133.
41. Sampson HA, Leung DYM, Burks W, Lack G, Bahna SL, Jones SM, et al. A phase II, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, oral food challenge trial of XOLAIR (omalizumab) in peanut allergy. *J Allergy Clin Immunol.* 2011; (in press); doi: 10.1016/j.jaci. 2011.01.051.

---

Gac Méd Caracas 2013;121(2):101-116

## Reflexiones sobre el feto como paciente. Aspectos bioéticos y médicos

Dr. Saúl Kizer

Miembro Correspondiente

e-mail: saulkizer@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

Exceptuando la amniocentesis, iniciada por Prochownick en 1877 como tratamiento del polihidramnios (1), es al comienzo de la segunda mitad del siglo XX cuando el feto empieza a perder su aislamiento e inviolabilidad, de su entorno natural que es su madre, y las cuales mantuvo hasta entonces. Las razones de dichos cambios fueron los avances científicos, tecnológicos y de la medicina en general, los cuales permitieron abordar al feto de forma más cercana y directa. Progresivamente, y hasta el presente, su exploración y aplicación de acciones que lo benefician son cada vez más numerosas, evolucionan y se desarrollan más rápido y son de mejor calidad con menor riesgo materno fetal; actualmente están vigentes una gran cantidad de procedimientos

y pueden ser utilizados.

Motivado a que el feto no posee independencia, su vida y desarrollo se fundamentan en el apoyo y sostén que le da su madre. De allí la importancia de cómo deben ser atendidos y tratados tanto él como su madre; para obtener en ambos, con ausencia de riesgos o el mínimo de ellos, resultados satisfactorios que permitan a la madre una recuperación total postparto y para el feto, nacer en buenas condiciones y evolucionar sanamente.

La disponibilidad médica actual en cuanto a prevención, diagnóstico, terapéutica, pronóstico e investigación fetal, pueden ser aplicados directamente sobre el feto, como en la cirugía fetal; o a través de su madre en forma indirecta por vía sanguínea. Los procedimientos realizados pueden resultar desfavorables o riesgosos, tanto para él como para su

madre. Considerando que existe una unidad materna y otra fetal, al mismo tiempo está presente una dualidad materno fetal. Por tales causas, es necesario conocer el estatus del feto; y además, las relaciones éticas y médicas con su madre. De esta forma el equipo de salud, y en particular el médico, podrán atender al feto y su madre con responsabilidad, servicios adecuados y seguros; de acuerdo con las circunstancias presentes y conocimiento, por parte de la madre, de todo lo relacionado con las actuaciones que se van a llevar a cabo para el bienestar materno fetal.

Es necesario señalar la importancia de las presentes reflexiones porque, este tema se ha tratado y desarrollado ampliamente en la literatura internacional, sobre todo inglesa y europea, y en la nacional se le ha conferido poca atención. Por otra parte, deben ser considerados los cambios ocurridos en la relaciones médico paciente, en el sentido de que la embarazada tiene ahora autonomía y libertad para decidir sobre los métodos diagnósticos y terapéuticos que requiera y además, los avances de la medicina que han traído, como consecuencia, preguntas y dudas éticas y médicas que abarcan a la madre, al médico y al feto.

## ANTECEDENTES

La exploración y el examen del feto se realizaba solamente observando el crecimiento del abdomen materno y por la presencia o ausencia de los movimientos fetales sentidos por ella, por la palpación abdominal o por la colocación de la oreja sobre el abdomen materno; este último hecho, y su importancia en la embarazada, fue descubierto por Philippe Le Goust en 1650 (1). Sin embargo, no se le dio la importancia debida y fue olvidado hasta 1821, cuando Le Jumeau presentó en la Academia de Medicina de París sus investigaciones sobre la auscultación aplicada al estudio del embarazo y en ellas destaca la relevancia que pudiera tener este examen (1). Es a partir de 1950 cuando se inicia el uso de técnicas para el diagnóstico y tratamiento fetal. Mencionaremos las siguientes: Bevis, en 1952 mediante amniocentesis, analizó la relación entre el líquido amniótico y la enfermedad hemolítica por Rh; Caldeyro Barcia, en 1958 comenzó con el estudio y registro de las contracciones uterinas y la frecuencia cardíaca fetal (1).

Quizás una de las técnicas que mayor influencia ha ejercido en el diagnóstico y tratamiento fetal ha sido la ultrasonografía, la cual comenzó a utilizarse por Donald en 1950 (1). Esta técnica de visualización

fetal, que ahora puede emplearse desde las primeras semanas hasta el final del embarazo, produjo cambios emocionales en la embarazada, de alegría, esperanza y satisfacción porque podía ver a su hijo como un ser vivo y disfrutar de su desarrollo y crecimiento; y, en el médico, la oportunidad que se presentaba de examinar y evaluar el medio ambiente, el estado físico y el funcionalismo fetal.

Otro de los hechos que hizo progresar el diagnóstico y la terapéutica fetal fue la primera transfusión de sangre directamente al feto en el útero materno, la cual fue realizada por Liley en 1963 para tratarlo de enfermedad hemolítica grave por incompatibilidad Rh, siendo el resultado exitoso (1).

Jacobson y Barter realizaron el primer diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas en 1967 (2).

DeLorimier y col. iniciaron la cirugía fetal en ovejas al tratar la hernia diafragmática en 1965 (1).

Entre los avances notables que modificaron la actitud de la madre y el médico en relación a cómo percibir las malformaciones congénitas y su grado de severidad, fue el inicio de la cirugía fetal humana intrauterina, la cual fue realizada por Harrison y col. (3), después de un período de experimentación con fetos de animales. Lo expuesto anteriormente, más el desarrollo y evolución de los procedimientos, así como la gran cantidad de conocimientos disponibles y los que se generan rápida y constantemente, hicieron que fuera necesario la creación de una subespecialidad dentro de la obstetricia, la cual se llamó medicina perinatal o perinatología y, aunque esta denominación persiste, actualmente recibe el nombre de medicina materno fetal. La primera abarcaba los cuidados y atenciones a la mujer embarazada, embrión y feto y, la segunda, es, quizás, para llamar la atención y enfatizar la medicina que se ocupa de la embarazada y su producto. Estas subespecialidades disponen a su vez de un equipo multidisciplinario, en diferentes áreas de la medicina, con el objeto de obtener los mejores resultados posibles. Las creaciones de la Sociedad Mundial de Perinatología y de la Sociedad Internacional del Feto como Paciente, así como sociedades regionales, todas ellas han realizado numerosos congresos médicos y son una muestra del desarrollo de estas subespecialidades. Hay centros médicos universitarios en los cuales se puede realizar el entrenamiento para ser especialista en medicina materno fetal y las Sociedades de Obstetricia y Ginecología, de numerosos países, ponen al día los conocimientos y nuevas técnicas difundiendo entre los interesados mediante sus reuniones científicas y

publicaciones (4).

## MÉTODOS

Es una investigación en la cual utilizamos la metodología del análisis de contenido. Se revisaron publicaciones referentes a la materia con especial énfasis en los fundamentos expresados por los autores sobre sus hallazgos, opiniones y conclusiones. Se examinaron con detenimiento los aspectos bioéticos y médicos relacionados con la madre, el feto y el médico (5-6).

## REFLEXIONES SOBRE LOS FACTORES BIOÉTICOS

Considerando la intimidad o unidad materno fetal y la dependencia total del feto de su madre, aun siendo una dualidad, es necesario que reflexionemos sobre la inferencia que surge de lo anterior. Lo haremos desde dos puntos de vista: a) el inicio de la vida humana y b) el estatus del feto. A)EL INICIO DE LA VIDA HUMANA. Es un hecho controversial porque está asociado a los criterios y factores que se tomen en cuenta para ello, siendo estos muy variados y dependiendo de las interpretaciones, creencias y culturas de quienes emitan las definiciones. En consecuencia, lo biológico, evolutivo, filosófico, religioso, antropológico, social, legal y político, son los factores que intervienen, cada uno por sí solo o asociados, para expresar los criterios que definen cuando comienza la vida humana. El período se extiende desde que se establece la concepción hasta el momento de la implantación en el endometrio (1,7).

El factor biológico toma en cuenta la fecundación que tiene lugar en la trompa uterina o la implantación del blastocito en el endometrio, hecho que ocurre aproximadamente entre 7 y 12 días después de la fecundación. El genoma comienza a desarrollarse y nace un nuevo genotipo que determina el nuevo ser. Es necesario señalar que el genoma puede modificarse por elementos internos o externos que reciben el nombre de epigenéticos.

El factor evolutivo se relaciona con el desarrollo de lo creado anteriormente, tanto de su forma como de sus capacidades, hasta que ocurra su nacimiento. Sin embargo, esto no siempre ocurre así: porque un número importante de embarazos son abortados por diversas causas, espontánea y precozmente; y por otra parte, pueden haber casos en los cuales se origine un embarazo múltiple monocigoto. La potencialidad del ser siempre estará presente desde la unión del óvulo

y del espermatozoide, condición que debe tomarse en cuenta.

El factor filosófico le da importancia a la reverencia y a los valores de la vida desde su comienzo. A pesar de ello, este inicio despende de los pensamientos de cada filósofo y de la metodología filosófica que utilice para sus reflexiones. Así, para Aristóteles, “la función del alma es hacer vivir y el alma ingresa al cuerpo de los niños a los 40 días y al de las niñas a los 80 días de embarazo” (7).

El factor religioso está interrelacionado con los diferentes juicios de cada religión que a su vez se basan en los siguientes elementos: período en el que fue expresado, reflexiones de cada religioso o de cada autoridad religiosa, diversas corrientes y pensamientos variables en una misma religión, los cuales se extienden desde los más conservadores hasta los más liberales, y circunstancias sociales y políticas. Actualmente para la Iglesia Cristiana el comienzo de la vida es desde el momento de la concepción.

Los factores antropológicos y sociales se relacionan con el ser que es, al formar parte de la especie *Homo sapiens*; y, con las reflexiones como hombre que será rodeado de un ambiente y cultura particulares. Por tener uso de razón y su condición de ser social, deberá desarrollar, desde niño, la tolerancia y la moral para poder convivir con todo lo que le rodea, tenga o no vida.

El factor legal es variable porque de acuerdo con las leyes de cada país las legislaciones serán diferentes; además, depende de los juicios u opiniones de las autoridades judiciales. En Venezuela, para el magistrado Dr. Angulo Fontiveros (fue magistrado de la Sala Penal del Tribunal Supremo de Justicia): “la vida principia con la concepción”, y para el profesor Ovelio Piña, de la Universidad de los Andes: “para el derecho la vida empieza con la fecundación, o sea, a partir del preciso instante en que ocurre la fusión de los núcleos de los gametos masculino y femenino, lo que conduce a la formación del huevo o cigoto, el cual es una persona sujeto de derechos, posee vida individual, esencia, naturaleza, y solo basta que nazca vivo, no debiéndole cercenar los derechos de nacer, crecer y vivir” (8).

El factor político reconoce el comienzo de la vida de acuerdo al sistema de gobierno presente en cada país. Puede tomar en cuenta las necesidades de población que requieran sus sociedades, para apoyar su limitación o incrementarla. En Venezuela, la Constitución vigente del año 1999, establece en su artículo 76: “El Estado garantizará asistencia y

protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción” (9).

B) EL ESTATUS DEL FETO. La organogénesis del embrión finaliza a las 8 semanas del comienzo del embarazo y de allí en adelante recibe el nombre de feto, no nacido o *naciturus* (el que ha de nacer). La definición de feto es: (del latín *fetus*, cría) embrión de los mamíferos placentarios y marsupiales, desde que se implanta en el útero hasta el momento del parto (10). Es necesario conocer el status del feto en el sentido de sus intereses, sus derechos, si es un ser o un individuo, si es una persona y si es un paciente.

Ser significa esencia o naturaleza, dotado de vida, existir realmente (7,11); en consecuencia, el feto es un ser humano, en este caso por provenir de padres de la especie *Homo sapiens* y con potencialidad de desarrollo total.

Es también un individuo porque posee la propiedad de la individualidad, la cual separa unos de otros dentro de la misma especie y género; es decir, que tiene características propias. Aristóteles expresó: “el ser humano individual es único e inagotable” (12).

El feto tiene intereses en el sentido de que debe ser respetado con dignidad propia, porque es una creación con vida, perteneciente a la especie *Homo sapiens*; y también de beneficiarse de los adelantos de la medicina actual y futura; además, de cualquier otro beneficio que sea a su favor. Al nacer, su principal interés es el de estar sano, física, mental y funcionalmente y continuar en estas condiciones hasta su futuro. La sociedad igualmente debe tener intereses para con el feto, a fin de que sean tratados adecuada y correctamente, ya que ellos serán los futuros hombres y mujeres que reemplazarán a los actuales. Todos aspiramos que cada día, la sociedad en general sea mejor para el beneficio de todos. Los intereses del feto deberán ser o no defendidos con respecto a los de su madre, tomando en cuenta las circunstancias y expectativas presentes y futuras. Sus defensores serán sus padres, especialmente su madre, el equipo médico, la sociedad y el Estado (13-14).

La palabra derecho tiene numerosas acepciones y las que están en correspondencia con el tema que tratamos son: lo justo, lo legítimo y lo razonable (10-13). Además, el derecho es una relación con otros y una ordenación de las relaciones entre los seres humanos (12-13). Considerando que el feto no puede ejercer o reclamar sus derechos, estos serán defendidos por sus padres, siendo los más importantes el derecho a la vida y todo aquel derecho que sea para su beneficio. Los derechos pudieran estar subordinados a los de

su madre y su decisión definirá los que ella quiera o no defender. Por otra parte, la justificación de los derechos del feto debe ser realizada con cuidado, porque hay personas, entidades y gobiernos, que se autocalifican como defensores del feto y lo que buscan en realidad es apoderarse de ellos para su provecho.

#### ¿ES EL FETO UNA PERSONA?

Según el Diccionario de la Real Academia Española (10), la definición de persona es: “(del latín *persona*, máscara de actor, personaje teatral) individuo de la especie humana; hombre o mujer de prendas, capacidad, disposición y prudencia. Para Castillo Valery (12): “persona es toda vida humana dotada de capacidad racional y agencia moral; es decir, de responsabilidad y libertad. Además, la persona tiene una “dignidad” que la coloca por encima del valor del resto de los seres vivientes y de los objetos. Por poseer la dignidad, toda persona es merecedora de respeto.”

Hay autores que son de opinión que un ser humano para ser considerado persona debe tener las siguientes características: a) es un sujeto espiritual por ser el asiento de la vida moral de un ser humano; b) tener autonomía y libertad; c) funciones cerebrales superiores activas; d) conciencia de sus actos; e) poseer capacidad de relacionarse con otras personas; f) obligaciones de cumplir los deberes legales y ejercer sus derechos; y g) poseer dignidad. El feto no tiene ninguna de estas características, por tanto no son personas; pero como ser humano que se está desarrollando se pudieran considerar como personas en potencia, que progresivamente llegarán a ser personas (12,15-17). El Sumo Pontífice, Juan Pablo II, en la encíclica *Evangelium Vitae*, de 1995, expresó: “el ser humano debe ser respetado y tratado como persona desde el instante de su concepción y, por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de la persona” (18).

En el aspecto legal, para definir una persona, se toman en cuenta las leyes de cada país. En Venezuela, y de acuerdo con el Código Civil vigente, desde 1982, en su artículo 17 se señala: “el feto se tendrá como nacido cuando se trate de su bien; y para que sea reportado como persona, basta que haya nacido” (19).

Podemos decir con Pérez Tamayo (15) que: “el significado de persona es múltiple y que depende sobre todo del punto de vista adoptado. Lo mismo ocurre con el término ser humano, de que casi siempre es sinónimo. No existe una definición sencilla y universalmente aceptada de persona; cada disciplina o profesión que se ocupa de la persona atiende a ciertas

características que le son propias y hace caso omiso de otras que son relevantes en circunstancias distintas; además, el término persona tiene implicaciones religiosas que hacen variar la definición del mismo”.

Describiremos en forma resumida los conceptos de autores que se han ocupado de reflexionar si el feto es una persona: Engelhardt, citado por Gracia (16) manifestó: “del feto no se podría decir que es persona de modo actual, sino solo potencial, ya que no es un auténtico agente moral. El término persona referido al feto indica solo una expectativa”.

Gracia (16) es de opinión que: “el hombre solo es persona en un cierto punto en el desarrollo de su propia realidad. Del hombre adulto no nos cabe la menor duda que es persona, pero no puedo decir lo mismo del feto o embrión”.

Según Roberts (20): “el variabilismo evita las dificultades conceptuales al tomar en cuenta que todas las personas, existentes, futuras o solamente posibles, tienen importancia moral. De acuerdo con el variabilismo, todos importamos moralmente de modo diferente”. En relación con el feto señala: “si asumimos que el feto es de 30 semanas, no significa que el feto es una persona de 30 semanas; más bien, lo justo es que a las 30 semanas hay una persona en la cercanía del feto y esa persona se desarrolla de un feto de 18 semanas”.

Napier (21) concluye que: “la identidad personal no se relaciona con la identidad corpórea, sino que es parcialmente una función de la identidad psicológica y los fetos humanos, desde diversos y significativos aspectos morales, no son como nosotros”.

Beckwith (22) defiende la personalidad fetal en base a lo que él llama la visión de la esencia: “de acuerdo con la visión de la esencia, el ser humano es un agente moral racional, aun cuando en el presente no exhiba las funciones, conductas o capacidades para ocuparse de las actividades que nosotros les atribuimos a los agentes morales racionales y maduros. El ser humano es una persona de intrínseco valor moral durante el tiempo que exista. Cuando yo digo que el feto es una persona, lo que quiero decir es que tiene derechos, tanto como cualquier persona, cuyos derechos son no controversiales”.

Boecio, filósofo latino, citado por Müller (23) opinó: “una persona es una sustancia individual de naturaleza racional. Si la racionalidad es esencial para ser una persona, los fetos humanos no tienen las capacidades que constituyen la racionalidad. Por lo tanto, parece ser que no hay fundamentos para

designarlos como personas; y es la personalidad, lo que trae con ella el estatus moral, no el ser miembro de la especie humana”. Müller (23) agrega: “no podemos concebir vida humana sin la idea de capacidades racionales, como manifestaciones vegetativas, sensitivas, locomotoras y afectivas a través de la vida.

Gehlen, citado por Müller (23) señala que: “la racionalidad es una parte biológica que integra la naturaleza humana”.

Almond (24) refiere que: “no hay un acuerdo para la solución de la pregunta de quién debe o no tener derechos. Tener intereses es un criterio que pudiera incluir al embrión y el feto humano. No poseer razón y capacidad de elegir limita los derechos a los humanos. Parece ser un criterio de generosidad o empatía de la persona que hace el juicio, pudiendo estrechar o extender el círculo, haciendo que se debiliten los derechos o que pierdan su fuerza.”

Warren (25) señala que: “la mayoría de los sistemas legales contemporáneos consideran el nacimiento como el momento en que una persona existe legalmente. La conciencia es el criterio primario para tener estatus moral, ya que es la capacidad de tener experiencias visuales, auditivas, olfativas u otras percepciones. La conciencia está ausente de los fetos humanos precoces, aunque pudiera tener alguna conciencia rudimentaria en algún estadio del segundo trimestre. En el tercer trimestre algunas partes del cerebro entran en funcionamiento y el feto puede responder al ruido, luz, presión y otros estímulos sensoriales. Los seres humanos son muy sociales, capaces de amar, ser solidarios y de tener responsabilidad moral. La capacidad de reciprocidad moral es esencial de la persona y si la condición de ser persona es el criterio de igualdad moral, los fetos humanos no satisfacen dicho criterio; porque, ellos todavía no son capaces de razonar, ni de amar, ni ser solidarios, ni tener conocimiento de lo que hacen y tampoco reciprocidad moral. Por otra parte, la relación biológica entre la madre y feto y la extensión del estatus moral a los fetos, puede tener consecuencias graves para los derechos básicos de la madre. Esto de acuerdo a la interpretación que se haga de la autonomía materna sobre el feto”.

Kaczor (26) se hace las preguntas siguientes: ¿cuándo comienza la persona?: “con la concepción, durante el embarazo, con el nacimiento o después del nacimiento. Al revisar la literatura no conseguimos un acuerdo general y las opiniones son diversas; dependiendo de los fundamentos que se tomen en cuenta: biológicos, religiosos, filosóficos y legales”.

De todos los autores cuyas reflexiones presentamos sobre si el feto es una persona, la mayoría son filósofos y/o bioeticistas.

Expondremos a continuación la definición de persona por Mateo Alonso, médico psiquiatra y psicólogo, citado por Amarista (27), a fin de compararla con las descritas anteriormente: “individuo autorreflexivo, heterorreferente, con trascendencia social. La persona es una estructura constituida por factores biológicos, psicológicos y sociales”. Si consideramos esta definición para el feto, este no tiene las condiciones para ser persona; igualmente lo señala Borges, médico neurólogo (28), al describir los caracteres de persona: “tiene una subjetividad que es propia de cada ser, puede tomar decisiones libremente, tiene conciencia de sí mismo, de las demás personas y del mundo con que se relaciona. Solo el hombre, como persona, posee la faceta espiritual que lo separa del resto de los animales”.

Podemos decir una vez examinadas las anteriores opiniones, que el significado de persona es variable, no existe una sencilla y aceptada por todos. Depende de numerosos factores que le son característicos, estén o no presentes, en relación con las circunstancias y edad del ser humano durante un período etario de su vida; así como, de las diferentes interpretaciones y opiniones que emitan los especialistas dedicados al tema, el término persona tendrá su definición o muchas definiciones.

En relación con el feto, la mayoría de los autores consideran que si adoptamos una definición rigurosa de persona, el feto no tiene los requisitos para considerarlo como persona. Sin embargo; el feto es un ser en crecimiento, desarrollo y evolución que tiene la potencialidad de adquirir nuevas características que lo acercarán a ser una persona en el momento del nacimiento. Una de las principales características es la formación de la corteza cerebral y las conexiones tálamo-corticales, lo cual ocurre entre las semanas 23 y 27 del embarazo. Esto hace que aparezca la respuesta eléctrica de la corteza a los estímulos sensoriales alrededor de la semana 29. Antes de las semanas 22-24 el feto es incapaz de tener sensaciones conscientes y sentir dolor. Tapia (29) expresa que: “es claro entonces que, si hasta este tiempo de la gestación el feto no puede tener percepciones, por carencia de las estructuras, las conexiones y las funciones nerviosas necesarias, mucho menos es capaz de sufrir o de gozar, por lo que biológicamente no puede ser considerado un ser humano”.

¿ES EL FETO UN PACIENTE? Según el

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (10) la definición de paciente es: “del latín *patiens*, padecer, sufrir. Persona que padece física y corporalmente y especialmente quien se haya bajo atención médica.

León (7) lo define como: “aquellas personas que se hallan o creen hallarse necesitadas de atención médica”.

Para Castillo Valery (12) “el enfermo es una persona y es la primera consideración ética fundamental que debe ser la que motive al médico a poner todo su empeño en beneficio del enfermo”.

Lain Entralgo (30) señala que: “el enfermo será para el médico la suma de un objeto cognoscible y una persona desconocida, que la relación terapéutica hará conocer luego, más o menos”.

Usandizaga (31) es de opinión que: “la relación médica es la interacción que se instaura entre 2 personas, una de ellas con problemas de salud y la otra con conocimientos para tratar dichos problemas. El encuentro personal es la piedra angular del acto médico. Es más, sin él no se puede entender la actuación médica”.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas emitida en el año 1948, en su artículo 25, se estableció que: “toda persona tiene derecho a la salud y que la maternidad tiene derecho a cuidados y asistencia especial” (32). Este artículo nos da a entender que son las personas las que tienen derecho a la salud, no menciona al feto; a pesar de ello queda implícito que al mencionar la maternidad, el feto, al igual que su madre, tienen derecho a cuidados y asistencias especiales.

Antes señalamos los criterios y opiniones de numerosos autores al reflexionar sobre si el feto es una persona y, de acuerdo con ellos, no hay unanimidad para considerar al feto como una persona. Para ser paciente, según las 5 definiciones arriba mencionadas, es condición indispensable ser persona. Por este motivo la medicina materno fetal tiene una dificultad tácita, que se añade a la consecución de una buena relación médico paciente. En esta relación se agrega otro individuo, que debe tratarse al mismo tiempo: uno, adulto, autónomo y con capacidad de decisión y otro en la situación contraria. Aunque el feto no sea catalogado como paciente, es necesario reflexionar sí, al darle la condición de paciente, se beneficiará más del diagnóstico y terapéutica médico-quirúrgica; y, también que el médico tratante tenga una actitud más favorable y positiva hacia él y haya una coexistencia

materno fetal equilibrada, sin dejar de pensar y tomar en cuenta las consecuencias y riesgos que tendrá que sobrellevar la madre. Además, no podemos esperar que los filósofos, eticistas, religiosos y juristas se pongan de acuerdo en cuanto al estatus moral independiente del feto. Esto es difícil por la multiplicidad de creencias y factores que intervienen, entre ellos si es persona, si es persona en potencia o si no es persona. Debemos prestarle la atención y los cuidados médicos que el feto requiera basándonos en el estatus moral dependiente, que obliga a protegerlos, y el cual proviene de su madre.

### **CARACTERÍSTICAS Y FUNDAMENTOS DE LA BIOÉTICA**

Debemos mencionar las características de la bioética y sus fundamentos porque nos ayudan a entender y considerar si el feto debe ser tratado como paciente.

La bioética es pluralista, puede variar de acuerdo al área geográfica y su cultura, su aplicación depende del momento y las circunstancias, las creencias y los pensamientos pueden modificarla, tiene influencias religiosas y no es exacta.

En opinión de León (33): “es evidente el conflicto entre las demandas creadas por las necesidades de la sociedad y los derechos del individuo, todo lo cual excede las capacidades y atributos de la profesión médica. Se requiere la participación de representantes de la ley, de las ciencias sociales, filosofía, teología y medicina”.

Resumiremos los fundamentos en 4 clases: deontológicas, principialismo, consecuencialismo y virtudes, valores y compasión. 1) Deontológicas: está basado en la filosofía de Kant, quien sostiene que el deber es lo que debe aplicarse en forma voluntaria, incondicional, absoluta y universal. La elaboración de leyes o reglas que deben ser cumplidas por todos y para todos, es la característica primordial del fundamento deontológico. Los deberes los clasifica en perfectos, son los que no admiten excepciones e imperfectos los contrarios. Sin embargo, hay situaciones tan variables a las cuales nos exponemos las personas que son de difícil cumplimiento sino imposibles de cumplir. El bienestar de cada individuo será considerado como un fin en sí mismo y nunca como un medio (17).

2) Principialismo: se fundamenta en los principios a tener en cuenta para ser aplicados correctamente en las diferentes situaciones que se le presentan a las personas. Aunque los principios han estado

vigentes desde la antigüedad, expresados y aplicados de diferentes formas, teniendo por lo general los mismos fines y significados. Fueron Beauchamp y Childress, citados por Castillo Valery (17), quienes en 1979 divulgaron los 4 principios que se utilizan desde entonces: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Estos principios tienen las características siguientes: no son absolutos, tienen jerarquía, su aplicación puede ser condicionada al área geográfica donde sea necesaria y en caso de conflicto entre ellos, la no maleficencia y justicia prevalecen sobre los otros dos.

3) Consecuencialismo: su fundamento está en relación con los buenos resultados o consecuencias probables que se obtienen por las decisiones éticas adoptadas. Para Bentham, se corresponde con la máxima felicidad y para Stuart Mill lo válido es la utilidad; ambos citados por Castillo Valery (17); ellos tienen como objetivos el bien y la felicidad, aunque a veces pueden entrar en contradicción con otras normas éticas. De allí la importancia de reflexionar amplia y detalladamente si es conveniente o no el momento de su aplicación.

4) Virtudes, valores y compasión. Las virtudes se expresan por la excelencia de la actuación, los valores se refieren a cualidades que valen y son preferibles y la compasión es un sentimiento que se relaciona con la ayuda y solidaridad al prójimo. Los objetivos de todas ellas son resultados médicos equilibrados y satisfactorios de la patología materno fetal, con la ausencia de riesgos o el mínimo de ellos. Estos mismos resultados son los deseados cuando se emplean otros fundamentos éticos.

Por tener tanta importancia la madre, el feto y la relación que los une, los valores de la madre deben tenerse presentes, y ellos pueden modificarse por las condiciones existentes en el embarazo y en su vida privada. Decidir lo que debe hacerse desde el punto de vista ético, puede resultar difícil y complicado. En estos casos las reflexiones de los fundamentos de la ética y el examen de las circunstancias presentes podrán ayudar a resolver el dilema (34).

Aun cuando el feto no tenga las condiciones de persona ni tampoco el estatus moral independiente, podemos reconocerlo como paciente; ya que, se le puede beneficiar de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos existentes, de las habilidades clínicas del médico y de su responsabilidad; y será tratado como un sujeto y no como un objeto. Considerando al feto como paciente, la madre con sus principios de autonomía y libertad, autorizará la terapéutica

fetal dependiendo de las indicaciones, circunstancias y riesgos para ambos. El feto se favorecerá así del principio de beneficencia que es su interés primordial y el tratamiento puede ser intra o extrauterino. El estatus moral independiente se lo estamos ofreciendo para el futuro, porque logramos salvarlo, curarlo y estará sano (35-38). Por otra parte, hay autores que critican que el feto reciba el nombre de paciente y expresan dos preocupaciones; la primera es que tal designación puede incitar a pensar del feto como separado de la madre, oscureciendo la relación física y social entre la madre y el feto; y la segunda preocupación es que los médicos tienen un gran deber fiduciario hacia sus pacientes individuales, si tienen 2 pacientes, al mismo tiempo, aunque estén unidos, ellos pueden considerar que sus obligaciones y el valor de cada uno de ellos son iguales. En el embarazo hay circunstancias en que las obligaciones de los médicos son hacia la madre (39).

Un requisito imprescindible para que el feto sea paciente es la viabilidad; es decir, el feto es viable cuando tiene la edad gestacional suficiente que le permita vivir fuera del útero; ya sea por sí solo o con ayuda médica y soporte tecnológico. Representa una característica destacada que determina la toma de decisiones maternas y médicas. Actualmente es de 22-24 semanas y se aumentará o disminuirá dependiendo de los recursos y tecnologías médicas disponibles.

Este factor tiene el valor de establecer el momento en el cual los fetos logran el objetivo de salvar sus vidas. La edad gestacional no es el único factor a tomar en cuenta para que sea viable; otros factores son: la gravedad de las malformaciones congénitas y su incompatibilidad con la vida, la presencia o sospecha de prematuridad, patología materno fetal y su pronóstico, y el respeto por la autonomía y las decisiones de la madre.

Los fetos previables, aquellos menores de 22 semanas tienen muy pocas oportunidades de sobrevivir extrauterina. En ellos la autonomía materna adquiere una mayor influencia en cuanto a su decisión de continuar o no con el embarazo, tomando en cuenta la patología fetal presente. Es indispensable hacer del conocimiento de la madre que a menor edad gestacional mayor será el riesgo fetal, tanto precoz como tardíamente, siendo en estos el retardo mental el de mayor significado.

**CONFLICTO MATERNO FETAL.** De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española, la palabra conflicto tiene numerosos significados: (del

latín *conflictus*) combate, lucha, pelea, enfrentamiento armado, problemas, coexistencia de tendencias contradictorias en el individuo capaces de generar angustias y trastornos neuróticos (10). Según Pardo (1), “para la mujer embarazada y el equipo médico los numerosos procedimientos que existen actualmente tienen como consecuencias, hechos, riesgos y situaciones que pueden presentarse durante todo el embarazo, parto y lactancia, capaces de originar conflictos de desacuerdos y rechazos entre la madre y el equipo médico, motivados a los riesgos que pueden ocurrir para uno u otro y por la prevalencia de intereses en cada uno de ellos”.

Las divergencias que pueden ocurrir en la relación médico y paciente adulto son diferentes a las relaciones entre embarazadas y médico por la presencia del feto, sus íntimas relaciones con su madre y sus características especiales como paciente. En la primera, las decisiones sobre su salud son del mismo paciente; en la embarazada predominará su decisión sobre la indicación o sugerencia del médico para el efectivo tratamiento del feto, aun cuando el riesgo sea mínimo para ella. Por otra parte, está presente el factor sentimental materno que puede influenciar al médico a realizar terapéuticas dudosas o de riesgo materno fetal incierto. En ocasiones la madre puede pensar que el médico no está haciendo lo suficiente para el tratamiento de su hijo o el médico la quiere influenciar para realizar acciones en beneficio del feto que la madre no aprueba. La embarazada también puede desarrollar conflicto materno fetal cuando no consigue la debida atención de su embarazo y feto. La indiferencia por parte del equipo de salud y/o la de su familia es la característica presente durante parte o en toda la evolución del embarazo.

El conflicto materno fetal puede originarse desde el principio del embarazo y se presenta en cualquier momento de su evolución y puede agravarse con el avance de la gestación.

En opinión de Noddings (40): “los esfuerzos en los cuidados de la madre por su hijo no nacido se deben a dos razones: a) son naturales; aun las madres de los animales cuidan su descendencia y no le damos créditos o méritos de conducta moral; es decir, no son considerados éticos y b) la memoria de nuestros mejores momentos de cuidar y ser cuidado que se expresan como un sentimiento de “yo debo”. Todo ello indica que la naturaleza ha preparado mejor a la mujer que al hombre para su desempeño como madre.”

Uno de los fundamentos importantes que debe tenerse presente, cuando haya una situación de



conflicto materno fetal, es el egoísmo de la madre; que, de acuerdo con Baier (41), “es la determinación de promover su propio bien o intereses aún más allá de lo moralmente permisible”. Otros factores que pueden iniciar, influenciar o agravar el conflicto, actuando en forma separada o conjunta son los siguientes: el estado emocional, el cual puede ser modificado, exaltado y/o deprimido, por el embarazo; estado de vulnerabilidad, causado por las sugerencias e influencias del padre de su hijo, otros familiares, amistades o informaciones recibidas de distintas fuentes y las cuales hacen que las decisiones maternas no reflejen sus propios deseos; las creencias religiosas; la edad materna, que guarda relación con las convicciones de los diferentes grupos etarios; la educación, que se corresponde con el nivel educativo en general y de conocimientos; las condiciones sociales, económicas y familiares, las cuales ejerciendo y presionando sobre cualquier acción de la vida diaria pueden originar una respuesta que desencadene el conflicto. Es factible que el trabajo que realiza la embarazada fuera del hogar, comprometa su vida que ahora es diferente y para la cual no se adapta.

La actitud del médico representa una influencia importante en las decisiones que debe tomar la madre. Comienza por el establecimiento de una buena relación médico paciente, en la cual la madre se sienta confiada, protegida y muestre interés por su médico. La forma de comunicar la patología materno fetal, sus causas y riesgos, la explicación de los procedimientos y sus resultados diagnósticos y terapéuticos, pueden ser a veces malos, tristes y difíciles. Los padres, por lo general, recuerdan muchos años después como le fueron comunicadas estas noticias negativas, si estuvieron bien expresadas les fue más fácil aceptarlas y ajustarse a lo ocurrido, y les quedará confusión y resentimiento si fueron mal expuestas (42). Cuando sea necesaria la participación de otros especialistas para atender la cirugía fetal por malformaciones y la patología médica, es conveniente informarle a la madre sobre el equipo médico que se encargará de la asistencia de su hijo; así la madre podrá estar en contacto con los médicos y establecer una buena relación médico paciente con todos ellos.

La mujer disfruta pensando sobre su embarazo, crea fantasías e ilusiones y sueña como es el hijo que lleva en su interior. Las alegrías comienzan aun antes de estar embarazada. Sin embargo, al estarlo, el desasosiego y la impaciencia pueden presentarse hasta tener la confirmación y normalidad de su embarazo. La embarazada, por lo general, tiene ansiedad cuando

le realizan el procedimiento diagnóstico y durante el tiempo que tarda el resultado (43). Los sueños y alegrías pueden terminar al enterarse del diagnóstico fetal, con patología incompatible con la vida o que menoscabe el bienestar y salud, precoz y/o tardía, del hijo por nacer, pudiendo ser corporal y/o mental. El médico debe estar capacitado para comunicar las noticias desagradables y disminuir o abolir la ansiedad. Las angustias, creencias, dudas, incertidumbres y preocupaciones maternas deben ser explicadas y aclaradas de forma humana y con informaciones veraces o las más ajustadas a la verdad. Además, ofrecer puntos de vista diferentes para que la madre no se sienta recriminada; todos ellos son recursos que debe utilizar el médico en favor de la madre y el feto.

La diversidad de posibles resultados en la madre que puedan presentarse al utilizar los distintos métodos de diagnóstico y terapéutica materno fetal, al ser contrarios a los esperados por la madre y el equipo médico, pueden ser causa de conflicto. Es difícil predecir quien desarrollará un conflicto materno fetal, porque no es posible saber las respuestas de la embarazada; así como tampoco se puede conocer cómo será el final del embarazo y la salud y calidad de vida del neonato, ni de la madre.

De acuerdo con Mahowld (44), “la autonomía de la madre tiene prioridad sobre el feto y las controversias de si el feto tiene estatus moral y su dependencia de la madre, favorecen la autonomía de ella. La beneficencia del feto tiene prioridad con respecto a la autonomía de la madre, tomando en cuenta los factores de riesgo y si los procedimientos diagnósticos y terapéuticos acarrearán peligros, la madre tiene derecho a rechazarlos”. Esta opinión nos indica que la madre es la primera en una decisión médica y será para el feto la beneficencia del acto médico, siempre y cuando haya buena posibilidad de éxito y los riesgos sean menores, tanto para el feto como para la madre.

Debemos mencionar el altruismo materno, el cual consiste en la amenaza de la autonomía e integridad corporal de la madre en favor de los intereses del feto. Nuestra sociedad espera y demanda que las mujeres embarazadas deben ser altruistas. Esto pudiera tratarse de un “paternalismo materno”; es decir, la madre acepta todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos al feto, sin tomar en cuenta los peligros y riesgos que deberá tolerar (45).

La influencia del padre sobre el ser por nacer, en participar de las decisiones en los conflictos maternos fetales, es muy importante y dependerá de las características e interrelaciones de los miembros

de cada familia (46); sin embargo, es la madre la que lleva implícito todos los riesgos del embarazo y de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que deberán ser realizadas. Además, es ella el soporte total de su hijo. Al igual que el padre, los demás familiares pueden tener un efecto negativo en la embarazada, más que ayudarla a aclarar o resolver el problema, la pueden confundir mediante informaciones y sugerencias falsas. Así, en el momento de decidir sobre qué hacer en cualquier acto médico que ocurra durante el embarazo, su libertad y autonomía pueden ser parcial o totalmente limitadas.

En relación con el presente tema, seleccionamos algunas de las directrices éticas relativas a intervenciones en pro del bienestar del feto de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (El Cairo 1998): 1.- El beneficio del feto depende por completo de su madre, y el cuerpo de ella será el mediador de todo tratamiento de que se le haga objeto; 2.- Hay situaciones en que los intereses de ambos no coinciden, por ejemplo: consumo de drogas tabaco y alcohol, no asistencia a los servicios prenatales, la madre no acepta métodos médicos o quirúrgicos destinados a conservar el bienestar del feto, 3.- El equipo médico tiene la responsabilidad de informar plenamente a la madre, asesorándola con paciencia y simpatía, 4.- Para conservar la vida o salud de su feto no se deberá obligar a ninguna mujer a someterse a intervención quirúrgica o medio alguno que no desee, pues esto constituiría una transgresión de su autonomía y derechos humanos fundamentales, 5.- En caso de disminución de la competencia materna para la toma de decisiones de naturaleza médica, los proveedores de servicios de salud deberán actuar primeramente en pro de los intereses de la mujer, y de los del feto en segundo lugar y 6.- Deberán respetarse los deseos de las menores embarazadas que sean competentes para otorgar consentimientos basados en una información adecuada en relación a intervenciones médicas y quirúrgicas. Cuando no se les considere competentes a estos efectos, antes de decidir la actuación a seguir se deberá solicitar la asesoría de los parientes más allegados y, si corresponde, de los tribunales (47).

López Gómez (48) solo menciona, sin comentarios, problemas éticos en el ejercicio de la especialidad, entre los cuales escogeremos los siguientes: aspectos éticos y sociales de las evaluaciones fetales, el consejo prenatal y la imagen de la discapacidad, las restricciones de la libertad de la madre, el papel del padre y su relación con el feto y limitaciones en la autonomía materna en caso de intervenciones

quirúrgicas, transfusiones y otros, malformaciones fetales y síndromes genéticos como responsables de mayor mortalidad perinatal.

García de Yeguez (49) al referirse al feto como paciente en el diagnóstico prenatal, señala que: “es solamente cuando haya consentimiento previo de los padres y la seguridad de que no se dañará al embrión ni a la madre, podrá pensarse en una consecuencia de un diagnóstico prenatal”. Menciona dos importantes requisitos para que el feto sea considerado un paciente y sobre los cuales hay acuerdo unánime.

El uso del ultrasonido cambió la forma de hacer y atender la consulta prenatal. De un feto que no se visualizaba comenzaron a verse las imágenes morfológicas y fisiológicas de los fetos, y hoy en día son más precisas, seguras y sin riesgo materno fetal. Una de las consecuencias de los diagnósticos ultrasonográficos, fue la evidencia de las malformaciones congénitas y su significado clínico hasta las incompatibles con la vida. Estas pueden originar estrés y de acuerdo a su evolución, desarrollo, gravedad y posibilidad de terapéutica, ser el inicio de un conflicto materno fetal. Por el contrario, si los resultados son normales y el feto está sano, la relación materno fetal se incrementa. Kovacevic, citado por Kowalcek (43) ha demostrado “una influencia positiva de la imagen ultrasonográfica sobre la embarazada. El vínculo materno fetal se mejora”.

La cirugía fetal debe su desarrollo a la ultrasonografía, la cual mediante los diagnósticos de malformaciones congénitas, ha servido para una forma de terapéutica quirúrgica intrauterina o extrauterina. Harrison y col. señalaron en 1981 (3): “parece que el feto, con un defecto congénito tratable, está en el umbral de convertirse en un paciente”. Esto es una demostración de que el feto adquiere más condición de paciente con el desarrollo y progreso de la medicina. Considerando que se trata de una cirugía que debe ser realizada a través de su madre, hay que tener presente y evaluar los riesgos y los resultados, tanto en la madre como en el feto. La madre debe ser advertida e informada de todo lo relacionado con la intervención y de aprobarla, el médico debe tener experiencia y estar actualizado para sugerirle lo más efectivo y menos riesgoso para ambos. La decisión de intervenir una malformación congénita intrauterina es totalmente diferente de la cirugía neonatal. Si se decide y aprueba la cirugía fetal, puede ser realizada como investigación experimental para tratar de salvarle la vida al feto o como tratamiento para corregir un defecto o una malformación congénita. La cirugía

fetal se desarrolla cada vez más, con mayor seguridad y efectividad y menos riesgosa para la madre y el feto. En el Hospital Universitario de Caracas, bajo el concepto de feto como paciente, se cuenta con una de las unidades más importantes de cirugía fetal del mundo y tiene convenios con el Instituto de Investigaciones Científicas de Venezuela, en el campo de la terapia fetal in útero. Está a cargo del Dr. Rubén Quintero quien es médico venezolano e igualmente trabaja en Estados Unidos. Durante el período comprendido entre enero de 2003 y junio de 2006 se practicaron 47 cirugías fetales intrauterinas (50). En los embarazos gemelares o múltiples, las decisiones bioéticas y médicas a escoger son más difíciles, porque puede ser que solamente uno de los fetos es el dañado o haya más de dos con patología similar o diferente. En estas pacientes los riesgos materno fetales se incrementan (51). En las reducciones del número de fetos será la madre, con toda la información adquirida, quien expresará su decisión.

Las malformaciones congénitas, a las cuales se les ha practicado cirugía fetal, son las siguientes: mielomeningocele, uropatías obstructivas, hernia diafragmática, gastroquisis, higroma quístico, teratoma sacrococcígeo e hidrocefalia. Estas intervenciones son hechas en centros de referencia y los resultados satisfactorios dependen de la gravedad y características de la malformación, edad gestacional en la cual se realiza, desarrollo y experiencia con la técnica quirúrgica utilizada y de las circunstancias médicas que agraven o favorezcan la intervención.

El hombre siempre ha demostrado interés por visualizar en forma intrauterina al feto. La primera técnica utilizada se denomina histeroscopia, la cual consiste en introducir un instrumento similar al cistoscopio a través del cuello uterino y examinar las membranas ovulares, su presencia y su contenido. La histeroscopia aplicada en las embarazadas también recibe el nombre de amnioscopia, y es empleada para el diagnóstico de la salud fetal y de diversas patologías del embarazo (52). Podemos decir que la ultrasonografía ha reemplazado a este procedimiento.

El progreso de la cirugía fetal ha hecho que se puedan realizar, cada vez, más intervenciones intrauterinas mediante la fetoscopia, la cual consiste en introducir un tubo flexible de fibra óptica con una cámara conectada, a través de un pequeño orificio del abdomen de la embarazada. Se pueden tomar muestras del líquido amniótico, del feto y hacer intervenciones sobre él. Entre los riesgos está el aborto, parto prematuro y rotura prematura de membranas. Las

indicaciones actuales de la fetoscopia son: coagulación láser de anastomosis vasculares, patologías vasculares cardíacas, hernia diafragmática congénita, bridas amnióticas, espina bífida y obstrucción urinaria baja. Una de las últimas indicaciones fue la extirpación de un teratoma en la cavidad oral, en un feto de 20 semanas, y cuyo resultado fue exitoso (53).

La evolución y desarrollo de la genética prenatal ha servido para ofrecerle a la embarazada, cuando se asocia a la ultrasonografía, la seguridad de un hijo sano. Sin embargo, es un factor que puede generar el conflicto materno fetal, el cual dependerá de la gravedad de la patología presente y de la respuesta de la embarazada ante lo esperado o inesperado (1). Una de las formas de realizar el diagnóstico genético prenatal precoz es mediante la pesquisa, que puede ser realizada en grupos de población, grupos familiares, personas con antecedentes y con riesgos. La pesquisa en sangre, tiene por objeto investigar alteraciones hormonales (gonadotropina coriónica y estradiol) y alfa feto proteína para el diagnóstico presuntivo de las trisomías, particularmente la 21. La otra prueba determina solo 2 sustancias (la gonadotropina coriónica y la proteína plasmática A asociada al embarazo). Igualmente se utiliza como diagnóstico de sospecha del síndrome de Down. Actualmente, la primera prueba es de uso más frecuente. Para las pruebas más seguras se requieren células fetales que pueden ser obtenidas del líquido amniótico, a través de la amniocentesis o con biopsia de las vellosidades coriales. Estos dos últimos métodos, por ser invasivos y tener riesgos de causar patologías, como pérdida de líquido amniótico, hemorragia genital, inclusive la muerte del feto, son fuentes de conflicto materno fetal. Es importante señalar que, en una paciente, con indicación precisa de diagnóstico genético no realizado, puede ser el origen de un conflicto materno fetal y un diagnóstico genético con resultado patológico, es un factor probable de ocasionar un conflicto materno fetal. El médico tratará de ayudar con compasión y sentimientos a los padres si es incompatible con la vida y si puede sobrevivir con el daño genético, los orientará para que el nuevo ser tenga el mejor bienestar posible (54).

Lo ideal sería que el diagnóstico genético se realizara con métodos no invasivos y seguros, lo cual haría que las situaciones de conflicto fueran menores.

Según Simpson (55), “el diagnóstico genético prenatal, para anomalías cromosómicas numéricas, en particular la trisomía 21, llegó a un objetivo deseado: el de ser una prueba, no una pesquisa, segura, no

invasiva y se realiza con las células fetales de la sangre materna. Solo faltan unos pocos pasos para declarar la victoria”.

El diagnóstico genético preimplantacional, en su fase celular o embrionaria temprana, puede realizarse en los embarazos asistidos o *in vitro*. La gran ventaja es el conocimiento de la normalidad del embrión y la desventaja, la decisión que deben asumir los padres si el resultado es patológico en cuanto a continuar o no con el embarazo (56).

La velocidad con la cual avanza el desarrollo de la genética ha sido impresionante y actualmente contamos con el genoma, que continúa suministrándonos información sobre los genes y su relación con las enfermedades (57). Simultáneamente, se sigue avanzando en el tratamiento con genes, el cual consiste en la modificación genética de las células de un individuo mediante la introducción de vectores que expresan transgenes de interés con el objeto de tratar enfermedades hereditarias y adquiridas, enfermedades enzimáticas y hemoglobinopatías. El diagnóstico fetal se realiza con células del líquido amniótico, biopsia de las vellosidades coriales y sangre fetal. Se utilizan células madres del mismo feto, del cordón umbilical o de familiares adultos. Una vez modificadas son transfundidas al hígado fetal. Los riesgos son los que se generan por el uso de los métodos diagnósticos y el tratamiento per se con la colonización de las células germinales y posibles consecuencias. Se ha empleado para tratar algunas enfermedades, entre ellas anemia de Fanconi, deficiencia de piruvato kinasa, inmunodeficiencias, síndrome de Hurler y hemoglobinopatías. En el futuro su uso será más frecuente y ofrecerá mayor seguridad. Todos estos avances representan un verdadero desafío para la bioética por la manipulación genética que pueda hacerse y las consecuencias que representan sobre la sociedad. En relación con los fetos, otra evidencia por la cual pueden ser tratados como pacientes es el tratamiento génico in útero, el cual puede ser realizado en fetos previables (58). En el tratamiento de la prevención del parto prematuro hay las esperanzas que la medicina genómica sea una alternativa para disminuir su frecuencia y la de la mortalidad perinatal que ocasiona (59).

Una situación que puede presentarse, al atender a las pacientes testigos de Jehová, es la negativa a recibir sangre o sus derivados por sus creencias religiosas. Cuando el médico les informa que es necesario transfundir sangre o sus derivados, estas pacientes o sus familiares le muestran un documento, que a veces

está notariado, en el cual exoneran de responsabilidad legal al médico, y en otras ocasiones incluye amenaza de demanda judicial, si cumplen el tratamiento. Lo único que permiten son soluciones salinas Ringer o Dextrán. En presencia de una paciente testigo de Jehová es indispensable recordar algunas leyes de la legislación venezolana: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela del año 1999 (9), artículo 43: “el derecho a la vida es inviolable”; artículo 59: “el Estado garantizará la libertad de religión y de culto. Toda persona tiene derecho a profesar su fe religiosa y cultos y a manifestar sus creencias en privado o público”; Código de Deontología Médica del año 2003 (60), artículo 3: “en el ejercicio de sus obligaciones profesionales, el médico no hará distinción por razones de religión, nacionalidad o raza, ni por adhesión a partido o posición social”; artículo 72, numeral 8: “el enfermo tiene derecho a rehusar determinadas indicaciones diagnósticas o terapéuticas siempre que se trate de un adulto mentalmente competente. Si tal decisión pone en peligro la vida del enfermo, debe el médico exigir la presencia de testigos, que den fe de la decisión del mismo y anotar la información pertinente en la correspondiente historia clínica”. Ante el dilema que se le presenta al médico, por no estar familiarizado con la interpretación de las leyes, podemos decir que, la transfusión de sangre o sus derivados, es obligatoria, en dos condiciones, en la primera: en los niños, niñas y adolescentes, según lo establecido en la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes del año 2007 (61): los artículos 7 y 8: “prioridad absoluta e interés superior de niñas, niños y adolescentes”, respectivamente; lo cual indica que son los primeros en recibir atención médica y tratamiento, incluyendo sangre. La segunda condición, son los pacientes con emergencias médicas que pueden fallecer por la falta de sangre o sus derivados. Frente a las dudas y la no solución del conflicto se podrá solicitar asesoría de un abogado o de un tribunal de justicia (8).

Una de las evidencias de autonomía de la mujer embarazada, y posible factor de conflicto materno fetal, es la solicitud de la cesárea por aquellas pacientes, en quienes no existiendo patología materna y/o fetal, exigen que su parto sea por cesárea. Anteriormente hicimos un análisis sobre este tema por lo que no nos extenderemos en el mismo (62).

La justicia con equidad y todos en igualdad de condiciones, nos servirá para que los conflictos materno fetales sean superados de forma justa y evitar así la necesidad de incurrir en un problema legal.

Es posible que en países con poblaciones socio económicas deprimidas, los conflictos materno fetales sean menos frecuentes y diferentes a los de otros países. Entre las razones podemos mencionar: el paternalismo médico, la falta de información médica, la autonomía disminuida en las pacientes y el apego a las tradiciones y culturas regionales (63).

Para tratar de evitar y solucionar los conflictos materno fetales deben utilizarse el diálogo, el consentimiento informado y el comité de ética. El diálogo para que sea efectivo requiere de las siguientes condiciones: respeto y dignidad entre los interlocutores, tener en cuenta los valores de la embarazada y del médico, ser tolerante con las personas en conflicto, manifestación de confianza y confidencialidad y ser honestos y veraces. El padre del niño por nacer puede estar presente (64). El consentimiento informado es una herramienta útil que ayuda a solucionar los conflictos maternos fetales porque deja constancia, en forma escrita, con sus datos personales y su firma, de que le fue explicado e informado, por el médico, los riesgos y resultados, ya precoces o tardíos que pudieran ocurrir, al utilizar los procedimientos médicos para corregir las irregularidades de su embarazo y/o del feto. Debe ser un acto autónomo, libre, consciente y haber entendido todo lo explicado. La importancia de este documento para el médico, es que lo libera de los hechos no relacionados con el correcto cumplimiento de sus deberes médicos (46,65-67). Otro instrumento que puede ser usado en la prevención y solución de los conflictos maternos fetales es el Comité de Ética, donde el médico o la paciente pueden solicitar una consulta sobre el conflicto planteado. Considerando que está integrado, no solo por médicos sino por personas de diferentes profesiones; tiene la ventaja de que haya diferentes visiones y opiniones sobre un mismo problema. Si no se llega a un acuerdo general la conclusión tendrá más bien carácter de sugerencia y no debe ser impuesta (66,67).

Hay ocasiones en las cuales el equipo de salud tiene la convicción de que su indicación diagnóstica y terapéutica la consideran la mejor para los intereses y gravedad de la salud del feto, con riesgos menores para la embarazada; y aún, a pesar del diálogo con ella, su negativa de firmar el consentimiento informado y no seguir las recomendaciones del Comité de Ética, la embarazada no lo acepta. El equipo de salud, incluido el médico, podrán hacer uso de la objeción de conciencia. Igualmente, en presencia de una malformación congénita incompatible con la vida,

y la embarazada insiste en que le salven la vida a su hijo; como la anencefalia, encefalocele de gran tamaño con microcefalia y las trisomías 13 y 18 (70), el equipo de salud podrá hacer uso de la objeción de conciencia, que es la oposición al cumplimiento de una obligación legal. En este caso, el médico en una situación concreta, que es incompatible con las convicciones de su persona, se fundamenta en razones morales y religiosas. Desde el punto de vista de la medicina, son situaciones en las cuales, no solo el médico, sino otros integrantes del equipo de salud se niegan a realizar cualquier procedimiento para la embarazada y/o el feto o evitar que este se lleve a efecto. Si el médico hace uso de la objeción de conciencia, se lo informará a la madre y le explicará las razones personales de su conducta; además, le recomendará otro médico, con similares experiencias y capacidades o la paciente lo escogerá directamente (71,72). La objeción de conciencia es un hecho legal en la legislación venezolana: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999, (9) Artículo 61: “Toda persona tiene derecho a la libertad de conciencia y a manifestarla, salvo que su práctica afecte su personalidad o constituya delito. La objeción de conciencia no puede invocarse para eludir el cumplimiento de la ley o impedir a otros su cumplimiento o el ejercicio de sus derechos”; Código de Deontología Médica 2003 (60), Artículo 56: “Las circunstancias que ponen los intereses vitales de la madre en conflicto con los intereses vitales de la criatura por nacer, crean un dilema y hacen surgir la interrogante respecto a si el embarazo debe o no debe ser deliberadamente interrumpido. La diversidad de respuestas a esta situación es producida por la variedad de actitudes hacia la vida de la criatura por nacer. Es esta una materia de convicción y conciencia individual del médico, la cual debe ser respetada”; Ley del Ejercicio de la Medicina 1983, (73) Artículo 27: “Si el médico tuviere motivo justificado para no continuar asistiendo a un enfermo, podrá hacerlo a condición de: 1.- Que ello no acarree perjuicio a la salud del paciente; 2.- Que comunique su decisión con suficiente anticipación; y, 3.- Que suministre la información necesaria para que otro médico continúe la asistencia”. Es importante conocer todas estas leyes y estar prevenido ante cualquier situación de desacuerdo que se presente en la relación médico paciente.

Para terminar queremos manifestar que: “La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos Unesco”, adoptada por aclamación el 19 de octubre de 2005; tiene en su articulado principios que

son de interés para el ejercicio diario de la práctica médica, por lo cual es necesario tenerla presente (72).

### CONCLUSIONES

- 1) El feto estuvo aislado e inviolable, prácticamente, hasta el inicio de la segunda mitad del siglo XX.
- 2) El desarrollo de métodos diagnósticos y terapéuticos hicieron posible el abordaje del feto en forma directa.
- 3) El feto no tiene estatus moral independiente, su estatus moral es dependiente de su madre.
- 4) El feto es una unidad con su madre y al mismo tiempo una dualidad con ella.
- 5) El feto no cumple con todos los requisitos para ser considerado paciente, como son el ser persona y tener estatus moral independiente.
- 6) Una vez que el feto es viable (22 o más semanas de gestación) y la madre autoriza toda la atención médica necesaria para que él tenga salud, el feto se convierte en paciente, ya sea intra o extrauterino.
- 7) En los tratamientos génicos, así como en otros procedimientos intrauterinos, que sea necesario realizar en los fetos previables (21 o menos semanas de gestación), previa autorización de la madre, el feto será tratado como un paciente.

### REFERENCIAS

1. Pardo Sáenz JM. El no nacido como paciente. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.; 2011.
2. Jacobson C, Barter R. Intrauterine diagnosis and management of genetic defects. *Am J Obstet Gynecol*. 1967;99:796-807.
3. Harrison MR, Filly RA, Golbus MS, Berkowitz RL, Callen PW, Canty TJ, et al. Fetal treatment. *N Engl J Med*. 1982;307:1651-1652.
4. Queenan, JT. Quo Vadis- Perinatal Medicine. *Obstet Gynecol*. 2002;99:175-176.
5. Fernández Chaves F. El análisis de contenido como ayuda 5. metodológica para la investigación. *Ciencias Sociales*. 2002;2:35-54.
6. Andréu Abela J. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Disponible en: [Public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf](http://Public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf). Consultado el 16/12/12.
7. León Cechini A. Aspectos bioéticos relacionados con el comienzo y el valor de la vida humana. *Rev Fac Med (Caracas)*. 2000;23:78-84.
8. Aguiar Guevara, R. Tratado de derecho médico. 2ª edición. Caracas: Legislec Editores, C.A.; 2008.
9. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999. Caracas: Producciones La Piedra; con enmienda No. 1 de 2009.
10. Diccionario de la Lengua Española. 22ª edición. Madrid: Espasa Calpe, S.A.; 2001.
11. Brugger W. Diccionario de Filosofía. 15ª. reimpresión. Barcelona: Herder Editorial, S.L.; 1983.
12. Castillo Valery V. La persona humana. En: León Cechini A, Castillo Valery A, Nezer de Landaeta I, García Flores F, Silva OI, editores. *Ética en medicina Fundamentación*. Caracas: Centro Nacional de Bioética; 2001.p.157-183.
13. Flegel, K. Society's interest in protection for the fetus. *CMAJ*. 1998;158: 895-896.
14. Tollefsen C. Fetal interests, fetal persons, and human goods. En: Napier S, editor. *Persons, moral worth and embryos*. Philosophy and Medicine. Vol. 111. Dordrecht: Springer; 2011.p.163-183.
15. Pérez Tamayo R. ¿Qué es una persona? En: Álvarez del Río A, Rivero Weber P, editores. *El desafío de la bioética. Volumen II*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2009.p.59-77.
16. Gracia D. Introducción a la bioética. Siete ensayos. Bogotá: Editorial El Buzo; 1991.
17. Castillo Valery A. Bioética. Caracas: Editorial Disinlimed C.A.; 2006.
18. Juan Pablo II. *Evangelium Vitae*. 25-03-1995. Disponible en: [www.vaticano.va/edocs/ESL0080/INDEX/-HTM](http://www.vaticano.va/edocs/ESL0080/INDEX/-HTM) Consultado el 10/11/12
19. Código Civil de Venezuela de 1982. Caracas: Productos La Piedra.
20. Roberts MA. Introduction. The moral significance of merely possible persons. En: Roberts MA, editor. *Abortion and the moral significance of merely possible persons: Finding middle ground in hard cases*. Philosophy and Medicine. Vol. 110. Dordrecht: Springer; 2010.p.1-169.
21. Napier S. Introduction: What are persons? What is valuable? En: Napier S, editor. *Persons, moral worth, and embryos*. Philosophy and Medicine. Vol. 111. Dordrecht: Springer; 2011.p.1-16.
22. Beckwith FJ. The human being, a person of substance: A response to Dean Stretton. En: Napier S, editor. *Persons, moral worth, and embryos*. Philosophy and Medicine. Vol. 111. Dordrecht: Springer; 2011.p.75-83.

23. Müller AW. The concept of person in bioethics. En: Napier S, editor. *Persons, moral worth, and embryos. Philosophy and Medicine.* Vol. 111. Dordrecht: Springer; 2011.p.85-100.
24. Almond B. Rights. En: Singer P, editor. *A companion to ethics.* Victoria: Blackwell Publishing; 2010.p.259-269.
25. Warren MA. Abortion. En: Singer P, editor. *A companion to ethics.* Victoria: Blackwell Publishing; 2010.p.303-314.
26. Kaczor C. The ethics of abortion. Women's rights, human life, and the question of justice. Nueva York: Routledge; 2011.
27. Amarista FJ. La personalidad según Alberto Mateo Alonso (una concepción original). *Gac Méd Caracas.* 2005;113(1):12-18.
28. Borges Iturriza J. La ética y los médicos. En: Clemente Heimerdinger A, Briceño-Iragorry L, editores. *Colección Razetti. Volumen VII.* Caracas: Editorial Ateproca; 2009. p. 22-38.
29. Tapia R. La ética de la investigación científica y los límites de la ciencia. En: Álvarez del Río A, Rivero Weber P, editores. *El desafío de la bioética.* México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2009.p.29-58.
30. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Madrid: Alianza Editorial S.A.; 1983.
31. Usandizaga Elío R. Las nuevas formas de la relación médico – paciente. En: Izquierdo González F, Zamarrigo Moreno JJ, coordinadores. *Aspectos jurídicos en ginecología y obstetricia.* Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.); 2008.p.47-64.
32. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas. 1948. Disponible en: [www.un.org/es/documents/udhr/](http://www.un.org/es/documents/udhr/)
33. León Cechini A. Bioética. *Gac Méd Caracas.* 2001;109(3):332-338.
34. Briceño-Iragorry L, López JE. De la ética a la bioética. En: Clemente Heimerdinger A, Briceño-Iragorry L, editores. *Colección Razetti. Volumen VII.* Caracas: Editorial Ateproca; 2009.p.517-568.
35. Chervenak FA, McCullough LB. Ethics in obstetrics and gynecology. An overview. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Med.* 1997;75:91-94.
36. Chervenak FA, McCullough LB. What is obstetric ethics? *Clin Obstet Gynecol.* 1992;35:709-719.
37. Kurjak A, Carrera JM, McCullough LB, Chervenak FA. The ethical concept of the fetus as a patient and the beginning of human life. *Period Biol.* 2009;111(3):341-348.
38. Kurjak A, Carrera JM, McCullough LB, Chervenak FA. Scientific and religious controversies about the beginning of human life: The relevance of the ethical concept of the fetus as a patient. *J Perinat Med.* 2007;35:376-383.
39. Drapkin Lyerly A, Little MO, Faden RR. A critique of the "Fetus as Patient". *Am J Bioeth.* 2008;8(7):42-44.
40. Noddings N. Caring: A feminine approach to ethics. En: Marino G, editor. *Ethics. The essential writings.* Nueva York: Random House Publishing Group; 2010.p.424-444.
41. Baier K. Egoism. En: Singer P, editor. *A companion to ethics.* Victoria: Blackwell Publishing; 2010.p.197-204.
42. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet.* 2004; 363: 312-319.
43. Kowalcek I. Stress and anxiety associated with prenatal diagnosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaec.* 2007;21(2):221-228.
44. Mahowald MB. Maternal – Fetal conflict: Positions and principles. *Clin Obstet Gynecol.* 1992;35:729-737.
45. Smajdor A. Ethical challenges in fetal surgery. *J Med Ethics.* 2011;37:88-91.
46. Sánchez Torres F. *Temas de ética médica.* Bogotá: Giro Editores; 1995.
47. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Directrices éticas relativas a intervenciones en pro del bienestar del feto. El Cairo. 1998. Disponible en [www.sguruguay.org/index.php?view=article&catid=1:noticias...](http://www.sguruguay.org/index.php?view=article&catid=1:noticias...) Consultado 9/12/12
48. López Gómez JR. Dilemas bioéticos en obstetricia y ginecología. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2006;66(3):185-190.
49. García de Yegüez M. Concepción ética en salud reproductiva. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007;67(1):55-60.
50. Gómez Castro LA, Pérez J, Bermúdez C, Sosa C, Guevara F. Residencia de perinatología en el Hospital Universitario de Caracas. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2007;58(1):53-59.
51. Bermúdez C, Pérez-Wulff J, Rojas J, González F, Uzcátegui G, Plata P. Fetoscopia operatoria: fotocoagulación láser selectiva en el síndrome de transfusión intergemelar. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2003; 63: 101-105.
52. Saller DN, Canik JA. Current methods of prenatal screening for Down syndrome and other fetal abnormalities. *Clin Obstet Gynecol.* 2008;51:24-

## REFLEXIONES SOBRE EL FETO COMO PACIENTE

53. Simpson JL. Is cell-free fetal DNA from maternal blood finally ready for prime time? *Obstet Gynecol.* 2012; 119:883-885.
54. Méndez López Y, Villamediana Monreal P. Consideraciones bioéticas, biojurídicas y sociales sobre la aplicación del diagnóstico genético preimplantacional. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2012;72(2):115-122.
55. Nézer de Landaeta I. Desafíos éticos en el nuevo milenio. En: Lima Gómez O, López JE, editores. Colección Razetti. Volumen 1. Caracas: Editorial Ateproca; 2006.p.541-548.
56. Alonso Ferrero ME. Terapia génica in útero para la corrección de enfermedades hematopoyéticas hereditarias. Tesis Doctoral. Madrid. 2009. Disponible en: [eprints.ucm.es/10852/1/T31587.pdf](http://eprints.ucm.es/10852/1/T31587.pdf). Consultado el 10/11/12
57. Faneite Antique P. Parto pretérmino. Impacto perinatal y la medicina genómica. *Gac Méd Caracas.* 2010;118:292-304.
58. Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica. Aprobado en Barquisimeto. 2003. Impreso en Caracas. Gráficas La Bodoniana, C.A. 2005.
59. Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. O2-03-2008. Impreso en Caracas. Ediciones Dabosan, C.A.
60. Kizer S. Frecuencia de la cesárea, factores resaltantes relacionados con su incremento. *Gac Méd Caracas.* 2011;119:12-21.
61. Chigbu CO, Onah HE. Ethical and social issues facing obstetricians in low-income countries. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52:237-249.
62. Schmidt HL. Diálogo bioético. Separata No. 1. Colección Biodike. Caracas: Editorial San Pablo; 2008.
63. Uzcátegui UO, Toro Merlo J. Consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2008;68:1-4.
64. Sánchez González M. El consentimiento informado. En: León Cechini A, Castillo Valery A, Nézer de Landaeta I, García Flores F, Silva OI, editores. *Ética en Medicina. Fundamentación.* Caracas: Centro Nacional de Bioética; 2001.p.345-364.
65. Casagrandi Casanova D, Zaldívar Vaillant T, Nodarse Rodríguez A, Carballo Casas S. Algunos aspectos éticos del diagnóstico prenatal, la medicina y terapia fetales. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2005;31(3):1-8.
66. Velásquez G. Comités asistenciales de bioética. En: Castillo Valery A, Nézer de Landaeta I, Padrón Nieves M, Velásquez G, Piña de Vásquez Elizabeth, Schmidt L, editores. *Investigación en seres humanos. Trasplante de órganos y tejidos.* Caracas: Centro Nacional de Bioética; 2007.p.149-164.
67. Guevara Iribarren JM. Bioética hospitalaria: experiencia en el Hospital Universitario de Caracas. *Gac Méd Caracas.* 2007;115(2):160-167.
68. Strong C. Fetal anomalies: Ethical and legal considerations in screening, detection, and management. *Clin Perinatol.* 2003; 30(1): 113-126.
69. Pérez D' Gregorio R. Objeción de conciencia. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2012;72(2):73-76.
70. Lisker R. Objeción de conciencia en medicina. En: Álvarez del Río A, Rivero Weber P, editores. *El Desafío de la Bioética.* México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2009.p.107-119.
71. Ley del Ejercicio de la Medicina del 18-04-1983. Impreso en Caracas. Productos La Piedra.
72. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO. Adoptada por aclamación el 19 de octubre de 2005. En: López JE, Briceño-Iragorry L, editores. Colección Razetti. Volumen IV. Caracas: Editorial Ateproca; 2007.p.153-171.