

# Recomendaciones sobre temas de ética en Obstetricia y Ginecología hechas por el Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer de la FIGO (segunda parte)

---

FIGO

---

### ASPECTOS RELATIVOS A LA CONCEPCIÓN Y REPRODUCCIÓN ENDOCRINOLÓGICA

#### Directivas éticas para prevenir los embarazos múltiples yatrogénicos

##### Introducción

1. En los últimos años ha habido un aumento dramático de los embarazos múltiples en todo el mundo. Por ejemplo, en algunos países se han duplicado los embarazos gemelares y se han cuadruplicado los embarazos triples en los últimos 20 años. El aumento relativo en embarazos de mayor número es aún más grande.
2. Indudablemente, el principal factor causal ha sido el uso de fármacos que estimulan la ovulación y la transferencia de múltiples embriones en el tratamiento de la infertilidad. El aumento de embarazos gemelares puede atribuirse también, en parte, a la tendencia hacia una mayor edad materna en el momento de la concepción.
3. La necesidad de tratar la infertilidad también ha aumentado de forma acelerada debido a factores que incluyen la tendencia a quedar embarazada a edad más avanzada y al impacto de las enfermedades de transmisión sexual.
4. Los embarazos múltiples tienen consecuencias muy serias para la madre y para sus hijos, para la familia y la comunidad, y para los recursos de los servicios de salud. Algunos ejemplos: la mortalidad materna puede triplicarse en embarazos gemelares y aumentar aún más en embarazos triples; la incidencia de peso al nacer de 1,5 kg ha aumentado 75 veces, la mortalidad perinatal en

nueve veces y la parálisis cerebral en 16 veces al comparar embarazos triples con únicos. El cuidado de los padres requerido por el nacimiento de tres hermanos se ha estimado en 197 horas por semana. La consecuente tensión física y emocional produce habitualmente problemas psicológicos dentro de la familia. Además, el coste financiero para el servicio de salud y para la comunidad, así como para la familia, puede ser 100 a 200 veces mayor que el de un solo hijo.

##### Recomendaciones

1. Deben hacerse todos los esfuerzos por prevenir la infertilidad. Para ello se requiere más investigación. Así como educar a la mujer acerca de las consecuencias de postergar el embarazo hasta el final de su vida reproductiva. También se debe concienciar del riesgo de infertilidad asociado con las enfermedades de transmisión sexual, como las infecciones por clamidia, así como de otros factores de riesgo.
2. Obstetras y ginecólogos tienen la importante responsabilidad de informar, tanto al público como a sus pacientes, de los muchos riesgos asociados con los embarazos múltiples, especialmente con los triples o de un número mayor. Además deben hacerles comprender que el alto riesgo de los embarazos múltiples requiere una atención especializada que puede no existir en zonas rurales o en ciudades pequeñas.
3. Se requiere, con urgencia, investigación y educación para mejorar las tecnologías de la reproducción asistida. El disminuir la incidencia de los embarazos múltiples y el aumento porcentual de pares

unizigóticos con la reproducción asistida, son importantes áreas de estudio.

4. El mal uso de los fármacos que estimulan la ovulación es responsable del gran número de embarazos múltiples yatrogénicos. En consecuencia, los que usan estos fármacos deberían estar familiarizados con las indicaciones para su uso, con sus efectos colaterales adversos y con los métodos de seguimiento y prevención de los embarazos múltiples yatrogénicos.
5. Los obstetras y ginecólogos que usan tecnologías para reproducción asistida, sea induciendo ovulación o transfiriendo preembriones (en cualquier estado de desarrollo, incluyendo blastocitos), deben tener como objetivo lograr un embarazo de un solo niño. Bajo condiciones óptimas no se deben transferir más de dos embriones, aunque por razones de edad y por otras circunstancias clínicas puede justificarse transferir tres y excepcionalmente cuatro embriones. Organizaciones profesionales nacionales e internacionales tienen la obligación de establecer normas de buena práctica profesional para reducir la incidencia de embarazos múltiples yatrogénicos. Es necesario también acreditar o certificar los centros clínicos para asegurar un patrón uniformemente alto.
6. Los riesgos para la madre y para los hijos que tenga, con embarazos triples o mayores, son suficientemente altos como para justificar la consideración, por parte de la pareja y de sus consejeros médicos, de disminuir el número de fetos.
7. Para vigilar y regular la práctica profesional, la auditoría del uso de estas tecnologías debe incluir no sólo el éxito en términos de fertilidad, sino que incluir también estadísticas sobre la incidencia de embarazos múltiples, de uso de reducción fetal, mortalidad y morbilidad materna y perinatal, incidencia de partos prematuros y de bajo peso al nacer, así como de defectos de largo plazo entre los hijos. Es necesario contar con estadísticas por centro y a nivel nacional e internacional que estén disponibles para las parejas que desean usar estos servicios.
8. Las parejas que buscan tratamiento por infertilidad deben ser plenamente informadas sobre los riesgos de los embarazos múltiples tanto para la mujer como para su progenie potencial. Estos riesgos son tan numerosos, complejos, y potencialmente de tan extenso alcance que deben ser explicados correctamente y también por escrito. Consejería por parte de un pediatra experimentado en perinatología debe también estar disponible. El consentimiento informado y riguroso debe obtenerse para el uso de

principios activos que inducen ovulación y de otras tecnologías de reproducción asistida.

*Londres, 2000*

### Asuntos éticos relacionados con la donación de gametos por donantes conocidos (donaciones directas)

1. Asuntos éticos relacionados con la donación anónima de gametos han sido considerados por este Comité\*. Estas directivas son complementarias. Se refieren a situaciones en que los receptores son seleccionados por personas que les son conocidas (donaciones directas). Situaciones que son poco discutidas en documentos de análisis ético.
2. Las demandas para donación directa de semen son poco frecuentes debido a la disponibilidad de técnicas micromanipulativas avanzadas para la reproducción asistida. Sin embargo, el alto coste y la poca disponibilidad de tecnologías avanzadas en países en desarrollo son razón para una demanda de donaciones directas.
3. La demanda para donaciones directas de oocitos está en aumento debido al número limitado de donantes y al creciente número de mujeres que requieren donación de oocitos por fallo ovárico.
4. Donaciones directas pueden solicitarse por diversas razones que incluyen el conocimiento del estado de salud, caracteres genéticos, personalidad y características sociales y culturales.
5. Muchos recipientes de donaciones de oocitos pueden tener fuertes preferencias por una donación anónima en vez de directa. Ellos parecen más inclinados a mantener la privacidad en comparación con los que eligen un donante directo.
6. La confidencialidad difiere en donaciones directas respecto de las anónimas porque los conocimientos relativos al origen genético del hijo potencial son conocidos no sólo por los profesionales de la salud involucrados, sino que también, por lo menos, por el donante y el receptor. En consecuencia, la confidencialidad está determinada no sólo por la reglamentación legal y la ética médica, sino también por las relaciones entre las partes involucradas.
7. Un hecho de la mayor importancia en las donaciones directas de gametos es la protección de los intereses del posible hijo, así como los del recipiente

\*Donation of Genetics Material for Human Reproduction 1993. Published Int J Gynecol Obstet, 1994.

y las del donante y su pareja. Cuando los recipientes solicitan la donación, los consentimientos informados del donante y del recipiente deben considerar los problemas específicos que surgen del hecho que tanto el donante como el recipiente conocen el origen genético del niño. Las relaciones entre donantes y recipientes pueden estar influenciadas por la donación de muy diversas maneras.

8. De ser posible, debe ofrecerse evaluación psicológica y consejería al donante y su pareja. El impacto potencial de la relación entre donante y recipiente debe ser explorada. El donante debe estar en conocimiento acerca de cualquier plan potencial y de contactos futuros entre donante, recipiente y el niño.
9. El interés del niño requiere una profunda discusión sobre los efectos de este tipo de secreto familiar sobre su desarrollo psicológico. Como el origen genético del niño es conocido por el donante y el recipiente, el dilema de informar o no al niño es aún más difícil que en el caso de una donación anónima. Aun si la intención del recipiente es de no informar al niño, existe siempre el riesgo que la verdad sea revelada accidentalmente o por desaveniencias familiares de una manera que no sea la más apropiada para el niño. En consecuencia, se debe alentar a las potenciales donantes y receptores a que enfrenten las posibles consecuencias de una eventual revelación al niño antes de iniciar el procedimiento.
10. Los donantes potenciales y receptores deben ser aconsejados para que busquen asesoría legal independiente. Se les debe alentar a que lleguen a un acuerdo formal que describa los asuntos críticos posible y los derechos y responsabilidades de todas las partes. El acuerdo debe incluir el qué hacer con los oocitos que no sean utilizados.
11. Los donantes de gametos conocidos deben ser sometidos a los mismos requisitos de selección que los donantes anónimos. Los receptores de gametos de donantes conocidos no deben tener la opción de eliminar ninguno de estos requisitos. El donante potencial debe tener el derecho a mantener la confidencialidad de esta selección. Los receptores no deben ser advertidos que la confidencialidad absoluta puede ser problemática, ya que los receptores saben de la selección y pueden asumir que hay un riesgo de salud si la donación no es posible.
12. El consentimiento informado para una donación directa debe obtenerse sin la presencia del receptor. Los médicos deben tratar de determinar si los donantes directos están motivados por presiones indebidas, por coerción o por beneficio financiero y

en tales casos el médico debe rehusar a continuar con la donación.

13. Informar a los niños resultantes de donaciones de gametos directas acerca de su origen genético es una protección importante para evitar una futura consanguinidad accidental. El médico debe asegurarse que el donante no tiene relación de consanguinidad con el recipiente de un grado que pudiera configurar un incesto.

*Londres, 2000*

### **Recomendaciones relativas a la maternidad sustituta**

El Comité Permanente de la FIGO sobre Aspectos Éticos de la Reproducción Humana discutió aspectos de la maternidad sustituta y confeccionó la siguiente declaración:

1. Hasta el momento el Comité tiene firmes reservas sobre la práctica de la sustitución.
2. El Comité fue consciente que la sustitución, en general, puede violar ciertos valores familiares.
3. La sustitución puede ser aplicada solamente en casos muy limitados de indicación especial (opinión mayoritaria).
4. El Comité consideró que debe prestarse una especial atención al principio ético de protección a la madre sustituta, la cual puede ser explotada por su situación socioeconómica.
5. La autonomía de la madre sustituta debe ser respetada y los acuerdos para la sustitución no deben ser comerciales (organizados mediante agencias).
6. La sustitución cuando es conducida por médicos de forma individual debe ser previamente aprobada por un comité de ética y practicada mediante supervisión médica estricta.
7. Cuando se realice esta práctica debe prestarse completa atención a las leyes del país involucrado y los participantes deben ser exhaustivamente informados sobre la posición legal.

*1988*

### **Trabajos de ética relativos al diagnóstico prenatal de enfermedades del concepto**

El diagnóstico prenatal se ha convertido en un servicio establecido para el cuidado de la mujer embarazada. Futuros

avances, especialmente a nivel molecular, ampliarán la exactitud y el panorama diagnóstico de enfermedades manifiestas y también de la susceptibilidad para enfermarse en la vida posterior. Dicha información puede llevar a la terminación del embarazo, la aplicación de ingeniería genética o a cambios en el futuro estilo de vida. Existe también el peligro potencial de estigmatización o discriminación contra los padres o el niño afectado por algún desorden o potencial desorden.

1. Los procedimientos para el diagnóstico prenatal, tales como la biopsia del corion veloso, amniocentesis y cordocentesis, presentan riesgos para el feto. Estos riesgos, incluyendo la existencia de resultados falsos positivos o negativos, pueden ser exactamente controlados por el resultado del diagnóstico que sigue al nacimiento o al aborto. Un control similar puede seguir a la investigación diagnóstica en preembriones.
2. Un beneficio potencial del diagnóstico prenatal es el posible rechazo del concepto enfermo cuando tal cosa es requerida por la mujer y permitida por la ley. La posición legal y la actitud deseada por la mujer para la terminación del embarazo deben ser previamente averiguadas.
3. Antes de emprender procedimientos diagnósticos la mujer debe ser informada sobre los riesgos y beneficios de la técnica a emplear. Tal información debe ser exacta, respetuosa de la perspectiva de la mujer y no coercitiva. Se debe obtener el consentimiento para el empleo del procedimiento.
4. No se debe negar a la mujer la posibilidad del diagnóstico prenatal porque no quiera aceptar previamente la terminación de su embarazo como una opción. Tampoco las técnicas deben ser descartadas por motivos sociales o económicos.
5. El diagnóstico prenatal puede resultar del empleo de un método específico de diagnóstico o del control rutinario del embarazo, usando ultrasonido u otra prueba de control. La necesidad de información y consentimiento se aplica igualmente al empleo de estas últimas técnicas.
6. Las mujeres que acepten el empleo de procedimientos de diagnóstico prenatal deben establecer de antemano que desean ignorar parte de la información resultante durante el resto del embarazo. Esta información puede ser la relativa al sexo del feto. También puede aplicarse al conocimiento de la existencia de enfermedad o malformación fetal en circunstancias, legales o personales, que no permitan o justifiquen la terminación del embarazo como una opción.

7. La información relativa al sexo y estado del feto debe ser accesible a todos los futuros padres que la requieran. La información relevante relativa a la futura salud del individuo debe ser accesible al mismo (el padre o la madre), por supuesto, cuando sea oportuno.
8. El conocimiento de una enfermedad de diagnóstico prenatal no debe emplearse como justificativo para privar del apoyo médico normal o los servicios que los padres deseen, durante el embarazo, el nacimiento o después.
9. La información adquirida mediante el diagnóstico prenatal debe guardarse y mantenerse de forma estrictamente confidencial con los padres y el individuo involucrado. Esto es particularmente esencial con respecto al mapa genético, el que puede revelar una propensión para ciertas enfermedades en la vida posterior del individuo, con amplia repercusión para él mismo en temas como la elección de una carrera, empleo, seguro personal y matrimonio.
10. La equidad requiere que esos importantes servicios diagnósticos sean accesibles en la forma más amplia posible.

1991

### Aspectos éticos de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la reproducción

1. La infección por el VIH es una enfermedad contagiosa con graves consecuencias sociales y psicológicas para la mujer, su marido y familia y para el equipo sanitario y la sociedad en general. Sus características incluyen un prolongado período de latencia, alta morbilidad y mortalidad y un estigma social. Además no se ha encontrado vacuna ni tratamiento curativo para él. Se puede producir su transmisión vertical de la madre al feto o al niño a través de la leche materna. La incidencia de esta transmisión se puede reducir mediante el tratamiento con fármacos.
2. Estos hechos llaman poderosamente la atención hacia el conflicto ético existente entre las condiciones de privacidad y confidencialidad del paciente y la necesidad de proteger a sus compañeros sexuales, el equipo sanitario y el público de una enfermedad contagiosa mortal.
3. Como la enfermedad tiene posibilidades de alcanzar proporciones epidémicas, la consideración preponderante del control de la infección para la tota-

lidad de la población incide en una tensión de los límites de los derechos personales. Además de programas educativos agresivos, pueden considerarse otras medidas imperativas, tales como la detección prenatal y la revelación confidencial de la existencia del VIH a los compañeros sexuales y al personal sanitario sometido al riesgo de contagio. La información relativa al número de personas seropositivas deberá estar a disposición de los encargados de la sanidad pública.

4. Las personas a quienes se informa de su estado seropositivo sufren de una grave secuela psicológica, comprendido el conocimiento de estar sentenciados a muerte. Además, en tal situación es ineludible la discriminación personal relativa a vivienda, trabajo y seguros de vida y salud. Los médicos tienen el consiguiente deber de suministrar no sólo asesoría y cuidados individuales a tales pacientes, sino abogar públicamente para su protección contra actos punitivos y falta de equidad.
5. Aunque se aprecia la importancia de la confidencialidad y privacidad del paciente, esto no rebaja la responsabilidad ética de éste para impedir daños a otros. Deberá obtenerse un consentimiento bien informado antes de hacer las pruebas de la infección del VIH e impartir la información resultante. Mediante el oportuno asesoramiento se deberá hacer el máximo esfuerzo para inculcar a cada paciente de sus responsabilidades ante los demás, comprendida la importancia de que tal información pueda emplearse para proteger a sus compañeros sexuales y personal sanitario. Si a pesar de todos los esfuerzos no se obtuviese un consentimiento y el riesgo de transmisión fuese alto en ciertas circunstancias, tras oportuna consulta podría justificarse la transgresión de la confidencialidad del paciente.
6. La tecnología de la reproducción asistida requiere la donación electiva de gametos, embriones o embarazo subrogado. Debido a la naturaleza electiva de esta tecnología podrán realizarse pruebas serológicas y asesoramiento confidenciales y únicamente será posible la inclusión de aquellos que se encuentren en estado negativo respecto al VIH. Para proteger los intereses de los que podrían ser expuestos al virus, incluso los posibles niños resultantes, sólo se permitirá la participación de personas seronegativas.
7. Alimentación con leche materna: en las sociedades en que existan métodos seguros y asequibles de alimentación infantil no sería ético que una madre infectada por el VIH dé el pecho a su hijo. Cuando existan riesgos de que otros métodos de alimenta-

ción también sean peligrosos, el equilibrio de riesgos del niño podría justificar éticamente su alimentación con leche materna.

*Ljubljana, 1996*

## ASPECTOS RELATIVOS AL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL FETO

### Directrices éticas relativas a la gestión del embarazo en caso de fallecimiento materno inesperado

1. Una vez declarada fallecida la embarazada por muerte cerebral o cuando se estima inminente su fallecimiento por insuficiencia de sus funciones circulatorias y respiratorias, la vida y bienestar del feto se convertirán en materia de urgente consideración.
2. Hasta que no se llegue a una decisión sobre la actuación a seguir deberá hacerse todo tipo de esfuerzos para mantener la circulación y ventilación de la madre, a menos que se sepa que actuar así sería contrario a sus deseos recientes y claramente explícitos.
3. He aquí las posibles opciones:
  - a) Operación por cesárea inmediata.
  - b) Continuación de los esfuerzos para mantener las funciones circulatorias y respiratorias de la madre de forma que el feto pueda madurar.
  - c) Interrupción de asistencia a la circulación y respiración materna.
4. Entre las circunstancias a considerar se encuentran las siguientes:
  - a) En qué medida es viable el feto.
  - b) El probable estado de salud del feto.
  - c) Todo deseo expresado por la madre.
  - d) La opinión de su compañero y/o familiares.
5. En caso de incapacidad de sostener las funciones de los órganos vitales de la mujer deberá recurrirse de inmediato a la cesárea puesto que todo retraso aumenta las probabilidades de menoscabo del feto, pero a condición de que no concurren las siguientes excepciones:
  - a) Que la intervención fuese contraria a los recientes y claramente explícitos deseos de la mujer.

- b) Que el feto sea demasiado inmaduro o sea probable que su estado de salud sea malo.
6. La preservación del embarazo para que el feto adquiriera mayor madurez requerirá labor de asesoramiento y consejería con el compañero y/o familiares de la mujer para que puedan otorgar un consentimiento informado.
6. Cabe a los médicos la responsabilidad de informar y asesorar a las mujeres a estos respectos. Por el momento como no existen pruebas de que se obtengan unas ventajas netas, la intervención por cesárea por razones de naturaleza no médica no se justifica éticamente.

Londres, 1988

### Aspectos éticos relativos a la cesárea practicada por razones no médicas

1. En todo el mundo y desde hace muchos años la profesión médica viene preocupándose por el aumento del índice de partos por cesárea. Hay muchos factores de índole médica, legal, psicológica, social y económica que han contribuido a este aumento. Los esfuerzos encaminados a reducir la excesiva práctica de este procedimiento han sido desalentadores.
2. La cesárea es una intervención quirúrgica que comporta posibles peligros para la madre y para el niño. También requiere mayores recursos médicos que el alumbramiento vaginal normal.
3. Los médicos tienen el deber profesional de abstenerse de realizar lo que pueda perjudicar a sus pacientes. También les cabe la obligación ética ante la sociedad de adjudicar juiciosamente los recursos sanitarios a métodos y tratamientos para los que existan claras pruebas de que son netamente beneficiosos para la salud. Los médicos no están obligados a realizar intervenciones que no conlleven ventajas desde el punto de vista médico.
4. En algunas sociedades los obstetras han experimentado recientemente un aumento de peticiones femeninas para dar a luz por cesárea por razones que son más bien personales que médicas.
5. En la actualidad no existe información suficiente respecto de los riesgos y ventajas relativos del parto por cesárea a término por razones de naturaleza no médica en comparación con los partos vaginales. No obstante, los datos de que se dispone sugieren que el parto vaginal normal es más seguro a plazos corto y largo, tanto para la madre como para la criatura. La cirugía del útero también tiene repercusiones para embarazos posteriores y los consiguientes alumbramientos. Además existe una preocupación natural con respecto a utilizar un método artificial en lugar del proceso natural si para ello no existe justificación médica.

Londres, 1998

### Directrices éticas relativas a intervenciones en pro del bienestar del feto

1. En su mayoría, las mujeres actúan para mejorar sus posibilidades de partos normales y bebés saludables, siempre que tengan acceso a la información y apoyo correspondientes.
2. Cuidar del feto mediante el apoyo a la embarazada en cuanto a sus necesidades elevará al máximo el bienestar, tanto del feto como de la madre en ciernes.
3. Aunque el feto se puede beneficiar de tales cuidados, su beneficio depende por completo de su madre, y el cuerpo de ésta será el mediador de todo tratamiento de que se le haga objeto.
4. Aunque la mayoría de las mujeres actúan de manera que provean un entorno saludable e incluso están dispuestas a arriesgarse en pro del feto, hay situaciones en que los intereses de ambos no coinciden:
  - a) El comportamiento de la madre puede crear riesgos tanto para ella como para el feto (p. ej., por consumo de drogas, tabaco y alcohol, la no asistencia a los debidos servicios prenatales, etc.).
  - b) La madre puede optar por no aceptar métodos de diagnóstico, médicos o quirúrgicos destinados a conservar el bienestar del feto, incluida la cesárea.
5. El equipo médico tiene la responsabilidad de informar plenamente a la madre, asesorándole con paciencia y simpatía, y suministrándole los servicios de apoyo que necesite. Entonces la madre podrá aceptar el asesoramiento médico recomendado y/o cambiar de forma de vida.
6. No obstante, 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, esto constituiría una transgresión de su autonomía y derechos humanos fundamentales.
7. No es aconsejable el recurso a los tribunales o a intervención judicial cuando una mujer haya rehusa-

do tratamiento médico o quirúrgico una vez que ya está bien informada, por ser inapropiado y generalmente contraproducente.

8. 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. La información proporcionada por la familia y otras personas podría ayudar a colegir lo que la madre hubiese decidido en caso de encontrarse en condiciones normales.
9. 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.

*El Cairo, 1998*

## Definición de embarazo

La reproducción natural humana es un proceso que comprende la producción de gametos masculinos y femeninos y su unión durante la fertilización. El embarazo es la parte del proceso que comienza con la implantación del *conceptus* en el seno de una mujer\* y que termina con el nacimiento\*\* de un bebé o con un aborto\*\*\*.

*El Cairo, 1998*

## Aspectos éticos relativos a fetos gravemente malformados

1. El Comité convino en que toda mujer embarazada de un feto gravemente malformado tiene ética-mente el derecho a concluir su embarazo.
2. El calificativo de «grave» se emplea en este contexto para indicar deformaciones que sean posiblemente letales o de tal naturaleza que incluso si se someten a tratamiento médico puedan tener probabilidades, a juicio de sus padres y de sus asesores

\*Por el momento la verificación de esta circunstancia es habitualmente posible sólo a las 3 semanas de la implantación.

\*\*Definición de nacimiento de la OMS: pasadas 22 semanas o más desde la última menstruación.

\*\*\*En algunos casos el producto de la concepción muere y puede ser reabsorbido o retenido en el cuerpo.

médicos, de resultar en una minusvalía inaceptable de tipo mental y/o físico.

3. El Comité opinó que la conclusión del embarazo que resultase en la supervivencia de una criatura malformada con la tara adicional de ser prematuro es éticamente inaceptable. Por este motivo deberá justipreciarse atentamente si proceder o no a dicha conclusión una vez que el feto malformado pero de características no letales pueda haber llegado a la fase de conservar una vida independiente.
4. Por causa de las razones legales, religiosas y de otra índole, la conclusión del embarazo podría no ser una opción abierta. En tales circunstancias es especialmente importante asesorarse y obtener un consentimiento bien informado sobre el empleo de técnicas diagnósticas tales como el examen por ultrasonidos, que revelen una deformación fetal. Al mismo tiempo, debe recabarse la información de que la embarazada quiera disponer en caso de que la deformación fetal pueda diagnosticarse o sospecharse fortuitamente.
5. Es contrario a la ética permitir que el sexo del feto influya en la decisión de concluir un embarazo cuando la deformación no sea relativa al sexo.
6. En embarazos múltiples con existencia de fetos normales y deformados, el derecho a sobrevivir del feto normal deberá prevalecer en la toma de decisiones excepto, claro está, en los raros casos en que la salud de la madre se viese en peligro.
7. En la eventualidad de diferencias de opinión entre los padres sobre la actuación a seguir, la opinión de la mujer deberá prevalecer para la toma de decisiones.
8. Cuando el asesor médico de los padres sea incapaz de aceptar la petición de éstos para concluir el embarazo, siempre tendrá el deber de aconsejarles a consultar la opinión de terceros.
9. La decisión de concluir un embarazo deberá residir esencialmente en los padres. Ninguna coacción médica ni gubernamental que se apoye en razones de tipo económico o demográfico deberá pesar sobre ellos.
10. Tras la conclusión del embarazo, el grupo médico tiene el derecho, con consentimiento de los padres, a confirmar y documentar la malformación fetal (p. ej., por autopsia, estudio cromosómico, etc.) e informar y aconsejar a los padres.

*Jerusalén, 1995*

## Reducción selectiva de embarazos múltiples

La reducción selectiva de un embarazo múltiple no es un procedimiento abortivo porque su intención es que la gestación continúe.

### *Reducción por anomalía fetal*

Puesto que la interrupción de un embarazo por anomalía fetal grave es considerada éticamente justificable, los mismos principios éticos se aplican a la reducción de un embarazo múltiple en el cual, uno (o más de uno) de los fetos es anormal, siempre y cuando se realicen todos los esfuerzos necesarios para asegurar la salud de la madre y la supervivencia normal del restante feto o fetos.

### *Reducción de embarazo múltiple de alto rango*

Un embarazo múltiple de un rango superior a mellizos conlleva gran peligro para la salud de la mujer y también para los fetos, los que pueden ser abortados con facilidad o terminar en partos prematuros con alto riesgo, ya sea de morir o quedar dañados. En estas circunstancias puede considerarse éticamente menos inaceptable reducir selectivamente el número de fetos que no hacer nada.

Es muy importante no considerar a esta reducción selectiva como una alternativa al cuidadoso seguimiento del tratamiento de la infertilidad. Si este seguimiento se realiza correctamente, los embarazos múltiples de alto rango serán muy infrecuentes.

Debe sobreentenderse que el consentimiento informado se obtendrá antes de emprender estos procedimientos.

1989

## Aspectos éticos de la terminación del embarazo siguiendo al diagnóstico prenatal

1. Los modernos métodos de diagnóstico prenatal proveen información sobre las características normales y patológicas del concepto. Las condiciones patológicas pueden aparecer durante el período prenatal, infancia, niñez o vida adulta. El espectro de anomalías o enfermedades puede variar desde las menores, sin impacto en calidad de vida o duración de la misma, hasta las que causan incapacidades graves y disminuyen la longevidad.
2. Las mujeres que consienten el empleo de procedimientos de diagnóstico prenatal deben ser requeridas para manifestar antes de la información resultante si éstas no desean conocerla durante el

resto del embarazo. Esta información puede referirse al sexo del feto. También puede aplicarse al conocimiento de la existencia de enfermedades o malformaciones fetales, en circunstancias, legales o personales, que no permitan o justifiquen la terminación del embarazo como una opción.

3. El conocimiento adquirido mediante el diagnóstico prenatal concede la posibilidad de terminar con el embarazo en aquellos países donde éste es legal. Esta posibilidad genera serios problemas éticos relativos al grado de anormalidad y de reducción en la calidad de vida que puedan justificar este curso de acción. La actitud de los padres después del consejo, en particular de la madre, es de la mayor importancia para tomar una decisión. No es ético para nadie ejercer presión para influir en la pareja con vistas a que acepten una opción determinada.
4. Los médicos deben ser conscientes del deseo de los padres de un «niño perfecto». Sin embargo, este deseo no es realista y los padres deben ser aconsejados en consecuencia.
5. La terminación del embarazo debe ser desaconsejada cuando el trastorno es tratable y no afectará necesariamente a la futura calidad de vida.
6. Para facilitar a los padres la toma de una decisión apropiada, la primera inquietud debe ser valorar la calidad de vida y la longevidad posible del individuo. Una segunda consideración debe ser el efecto que el nacimiento y la vida del niño tendrá en la madre misma y en su familia. A este respecto también se debe considerar el efecto que la terminación del embarazo puede tener sobre la salud física y/o psíquica de la mujer y su familia. Un tercer aspecto es la posibilidad de obtener recursos y apoyo para un largo tratamiento.
7. Un problema especial lo plantea la enfermedad de un individuo que no se manifestará hasta muy avanzada la edad adulta. Existe la posibilidad que en los años intermedios los avances médicos puedan proveer medios para tratar o aliviar dicha condición. Esta posibilidad debe tenerse en cuenta durante la elaboración del consejo.

1991

## Recomendaciones sobre anencefalia y trasplante de órganos

El Comité Permanente de la FIGO sobre Aspectos Éticos de la Reproducción Humana discutió aspectos de la anencefalia y trasplante de órganos y confeccionó el siguiente informe.

Han existido comunicaciones sobre el empleo de órganos de niños anencéfalos para trasplantarlos. Se reconoció que los principios éticos de beneficencia y protección del ser vulnerable pueden contraponerse. Por un lado, el principio de beneficencia, el imperativo de hacer el bien, puede aplicarse a la persona que necesita órganos. Por el otro lado, el principio de protección al recién nacido vulnerable puede ser aplicado al recién nacido anencéfalo, ya que éste necesita protección para no ser tratado como un medio para beneficio de otra persona.

Teniendo en cuenta la influencia ética potencial, el Comité ha desarrollado las siguientes directivas:

1. Se admite que el propósito de donar órganos constituye una base ética para la mujer que elija continuar con la gestación de un feto anencéfalo, siempre que haya sido correctamente informada y aconsejada.
2. Cuando un niño nace con signos vitales, pero no tiene desarrollado el cerebro anterior (anencefalia) y, por lógica, no tiene perspectivas de sobrevivir, debe ser considerado como muerto cerebral y con el permiso de los padres colocado en un respirador con el propósito de donar sus órganos. Las distintas definiciones legales de muerte están ligadas entre sí, pero es el sentir general que deben ser revisadas para estar acordes con el desarrollo científico.

1988

## ASPECTOS RELATIVOS AL NEONATO

### Directrices éticas relativas al procedimiento de extracción de sangre del cordón umbilical para su puesta en bancos de sangre

1. El descubrimiento de que la sangre del cordón umbilical es una fuente rica de células sanguíneas indiferenciadas, empleadas en trasplantes para enfermedades como la leucemia, ha conducido a la recolección organizada de sangre de este origen y su retención en bancos de sangre hasta su empleo.
2. En algunos países el proceso de extracción, almacenamiento en bancos y utilización de la sangre del cordón umbilical de recién nacidos de término se ha comercializado.
3. Es éticamente necesario que la madre otorgue su consentimiento sobre una base de plena información (antes del alumbramiento) para extraerle sangre del cordón destinada a ser conservada en bancos.

4. La información que en la actualidad reciben habitualmente las madres cuando se les pide el consentimiento es que la sangre de la placenta ya no va a servir a la criatura y que esta sangre «de desperdicio» podría contribuir a salvar vidas de otras personas. Esta información es incompleta y no permite a la madre formarse un juicio bien informado para dar su consentimiento.
5. El pinzamiento precoz del cordón umbilical tras el alumbramiento por vía vaginal tiene probabilidades de privar al recién nacido, por lo menos de una tercera parte del volumen normal en su sistema circulatorio, y producirá asimismo una perturbación hemodinámica. Estos factores pueden ser de gran morbilidad.
6. Para que pueda considerarse que el consentimiento se basa en la información adecuada hay que revelar a la madre los efectos nocivos del rápido pinzamiento del cordón umbilical y asegurarse que la extracción de sangre del cordón no comportará un pinzamiento precoz.
7. En suma, el permiso obtenido para la extracción de sangre del cordón umbilical para su almacenamiento en bancos no deberá conducir al pinzamiento del cordón antes de transcurridos 20-30 segundos tras el alumbramiento del recién nacido.

*El Cairo, 1998*

### Aspectos éticos del cuidado del recién nacido

1. Los niños recién nacidos deben ser tratados con la consideración y el respeto debidos a cualquier ser humano. Como los más vulnerables miembros de la sociedad, tienen el derecho de ser cuidados, provistos de alimento y calor, y protegidos de daños.
2. La leche materna es la forma ideal de nutrición para el niño recién nacido y provee protección contra la infección. La falta de la alimentación materna se asocia con el aumento de la morbilidad y la mortalidad infantil en todos los países, especialmente en las regiones del mundo en desarrollo. Debe efectuarse todo el esfuerzo posible para estimular la lactancia materna. Por tal motivo, las madres deben ser educadas sobre este tema y provistas de apoyo nutritivo, social y psicológico.
3. Un recién nacido sano no debe ser separado de su madre por causa de las directivas o conveniencias hospitalarias sin el previo consentimiento materno. Una estrecha vinculación facilita a madres e hijos la relación entre sí y estimula la lactancia materna.

4. El nacimiento es potencialmente un momento peligroso. A los recién nacidos se les debe otorgar los cuidados sanitarios de la mejor calidad posible. El niño puede requerir resucitación o el tratamiento de afecciones adquiridas antes o durante el parto. Cada recién nacido tiene el derecho de ser cuidadosamente examinado en el nacimiento para poder detectar enfermedades o trastornos potenciales que puedan así ser tratados o prevenidos.
5. Aunque los niños recién nacidos comparten con los niños y los adultos el derecho a la vida, puede haber ocasionalmente alguno de éstos, el cual, por causa de una grave malformación, injuria o extrema prematurez, tenga el derecho que se le permita morir con dignidad, sin inapropiadas o fútiles intervenciones médicas, cuando desde el punto de vista de ambos, padres y médicos, esta conducta sea la mejor para el niño.

1991

### Aspectos éticos de la gestión de recién nacidos en el umbral de la viabilidad

1. Los recién nacidos con tiempo de gestación inferior a 28 semanas (peso < 1.000 g) pueden no sobrevivir y ser denominados «previables». En algunos sanatorios, con la introducción de los cuidados intensivos, la supervivencia se ha posibilitado incluso tras una gestación tan breve como de 23 semanas. Esto ha inducido a la OMS en 1993 a definir el período perinatal como el que comienza a las 22 semanas de gestación (154 días y peso aproximado de 500 g). Los niños nacidos entre las 22 y 27 semanas de gestación (500 a 1.000 g) podrían considerarse en el «umbral de la viabilidad». Para los que pertenecen a esta categoría son pertinentes una gestión y evaluación cuidadosas.
2. El aumento de la potencialidad del riesgo de discapacidad o muerte prematura asociado al menor tiempo de gestación (especialmente < 26 semanas) suscita serios dilemas éticos respecto a su debida gestión. Éstos comprenden la cuestión de si es apropiado el alumbramiento forzado o si se deben administrar cuidados intensivos tras el parto.
3. Estos dilemas éticos quizá no sean aplicables a regiones con recursos limitados, donde el tratamiento neonatal intensivo está restringido o ausente debido a otras prioridades sanitarias.
4. Las decisiones sobre la gestión deberían basarse en lo que a juicio de los padres y sus asesores facultativos sean los verdaderos intereses del niño, sin dejarse influir por el sexo de éste o por factores religiosos, demográficos o económicos.
5. El personal médico tiene la responsabilidad ética de mantener informados a los padres de todo resultado clínico previsible que tengan las decisiones en que éstos deban participar. Los médicos deberán ser conocedores de las estadísticas a la sazón de dicho resultado correspondiente a la duración de la gestación, así como de los datos registrados en su propio sanatorio. Esto debe incluir el conocimiento de la aparición de discapacidad entre los supervivientes al alcanzar 2 años o más. Tras el parto y a partir de las observaciones e investigaciones clínicas podrá obtenerse un asesoramiento efectivo más exacto acerca de la prognosis de cada niño.
6. El Comité reconoció que es ético instaurar un tratamiento intensivo «provisional» como umbral de viabilidad de los recién nacidos hasta que los progresos clínicos del mismo y la oportuna consulta entre un integrante experimentado del personal y los padres aclare si es mejor continuar los cuidados intensivos o interrumpirlos.
7. En algunos sanatorios, antes del parto, se pide la autorización paterna por escrito para no inducir resurrección ni ejercer cuidados intensivos. El Comité cree que tal procedimiento sólo es ético si la autorización contiene una cláusula estipulando reavivar al recién nacido en caso de que sea más maduro y/o vigoroso de lo que se hubiese podido esperar.
8. El médico que aconseje no proveer tratamiento o interrumpirlo deberá ser el más experto del sanatorio. Cuando corresponda, quizá pueda considerar más conveniente consultar la situación con sus colegas o un comité ético. El doctor deberá discutir el problema y la gestión planeada con otros componentes del personal sanitario, incluido el de enfermería.
9. Frecuentemente sucede que un aspecto muy importante de aconsejar a los padres es tratar de hacerlo todo lo delicadamente posible para captar sus deseos y evitarles sufrimientos y sentimientos de culpabilidad en vez de arrancarles una decisión.
10. En el asesoramiento a los padres, el médico deberá cuidar de no imponer sus propias convicciones culturales y religiosas sobre personas cuyas creencias podrían ser diferentes de las suyas y teniendo en cuenta los requerimientos jurídicos del país. Cuando las creencias del médico le impidan revelar a los padres todas las opciones posibles a su alcance, deberá comunicarlas a un colega que sí se las pueda revelar.

11. Se deberá animar a los padres a buscar el consejo de otros, tales como familiares o consultores religiosos. También se les debe ofrecer la oportunidad de asesorarse profesionalmente de otras fuentes. Siempre se les debe dejar tiempo para que hablen entre ellos en privado antes de tomar una decisión.
  12. Cuando los padres no lleguen a un acuerdo entre ellos o cuando no acepten el consejo del médico en el sentido de administrar o no cuidados intensivos, tal tratamiento se deberá continuar hasta que se produzca un cambio en el estado del niño o que nuevos consejos y un ulterior debate aclaren la situación. Sólo en último extremo y en circunstancias de excepción, habiéndose extenuado todas las demás opciones, deberá referirse el caso a los tribunales.
  13. Una vez que se haya tomado la decisión de no proveer tratamiento vitalizador se deberán documentar detalladamente las razones, así como el curso clínico del niño.
  14. Los niños a los que se les interrumpan los cuidados intensivos deberán mantenerse calientes y alimentados y ser tratados dignamente y con amor. Se debe alentar a los padres a que les hagan toda la compañía posible.
  15. Tras el fallecimiento subsiguiente a la interrupción de los cuidados intensivos cabrá al equipo médico la responsabilidad de preguntar a los padres si desean que se efectúe el examen del cadáver.
  16. Los padres necesitarán subsiguientemente sesiones de consultoría y apoyo por parte del equipo médico durante el período funeral, así como asesora- miento relativo a un futuro embarazo.
- muy probable que resulte, en opinión de los padres y de sus asesores médicos, en una discapacidad mental y/o física inaceptable.
3. El Comité concluyó que la eutanasia activa es éticamente inaceptable, incluso cuando parezca favorecer el máximo interés del niño. Sin embargo, la reserva o retirada de los cuidados médicos (p. ej., respiración artificial, antibióticos, alimentación nasogástrica, suplementación de oxígeno) se justifica en tales circunstancias siempre que se mantengan los elementos de bienestar, tales como la alimentación oral, el calor, la ternura y el respeto. El empleo de analgésicos y sedantes para eliminar las molestias y sufrimientos se considerará apropiado siempre que su intención fundamental no sea la de producir la muerte.
  4. La decisión individual de reservar o retirar los cuidados sanitarios deberá tomarse en interés del niño, sin que la determinen aspectos como su sexo o factores eugénicos, demográficos o económicos.
  5. Antes de discutir la posibilidad de reservar o retirar los cuidados sanitarios, el equipo médico tiene la responsabilidad de investigar y documentar a fondo el estado del niño defectuoso y aconsejar a sus padres acerca de las condiciones en que se encuentra, su pronóstico y opiniones acerca de su manejo.
  6. Sin embargo, cuando un niño defectuoso no respire al nacer será éticamente aceptable no aplicarle medidas resucitadoras cuando la anomalía sea de tal gravedad que no deje duda acerca de lo poco juicioso de prolongar su vida. En caso de duda deberá emprenderse la resurrección, proporcionándose cuidados médicos hasta que se hayan realizado ulteriores investigaciones y consultas con los padres y colegas.
  7. En general, el doctor que aconseje la reserva o retirada de cuidados sanitarios deberá ser el de mayor categoría de los que intervengan. Cuando corresponda, el doctor podría valerse de la consulta con otros colegas o un comité ético. El doctor deberá discutir el problema y acción a seguir con otros integrantes del grupo sanitario, comprendidos los de enfermería.
  8. Al aconsejar a los padres, el médico deberá tener cuidado en no imponer sus propios prejuicios culturales y religiosos a aquellos cuyas creencias y observancia puedan ser diferentes, teniendo en cuenta además los requerimientos legales del país. Cuando las creencias de un médico impidan la revelación de to-

*Basilea, 1997*

### Aspectos éticos del manejo de recién nacidos con malformaciones graves

1. El Comité ha reconocido que los recién nacidos con graves defectos de desarrollo tienen el derecho a morir con dignidad, sin una intervención caprichosa o indebida, siempre que se considere, tanto por los padres como por los médicos, que tal resultado sería en pro del máximo interés del niño.
2. El adjetivo «grave» se emplea aquí para indicar un desarrollo defectuoso que es potencialmente letal o de índole tal que incluso con tratamiento médico es

das las opciones posibles a los padres, éste deberá referirlos a un colega que pueda hacerlo.

9. Al discutir el problema deberá alentarse a los padres a que busquen el asesoramiento de otras personas. Cuando corresponda se les deberá animar positivamente a obtener otros consejos profesionales. Siempre se les deberá dar la oportunidad de hablar entre sí en privado antes de tomar una decisión.
10. El médico que aconseje a los padres no ha de procurar necesariamente que se llegue a una decisión inmediata, sino intentar enterarse con toda la delicadeza posible de sus deseos para evitarles zozobras y culpabilidad evitables.
11. Cuando ambos padres no queden de acuerdo entre sí acerca de la retención o retirada de los cuidados deberá proseguirse el tratamiento médico hasta que la situación se aclare, bien a causa de cambios registrados en el estado del niño o como

resultado de mayor asesoramiento y discusión. Sólo como último recurso, en excepcionales circunstancias y tras haberse agotado todas las demás opciones deberá referirse el problema a los tribunales.

12. Cuando se haya tomado la decisión de reservar o retirar los cuidados de conservación de la vida se deberán documentar con todo cuidado todos los actos realizados y las razones en que se apoyen, así como el progreso médico del niño.
13. Tras la muerte que se produzca por reservar o retirar cuidados sanitarios, el equipo médico tendrá la responsabilidad ética de pedir el consentimiento de los padres para una necropsia que confirme y complete el diagnóstico con el propósito de aconsejar a los padres y asesorarlos de los posibles resultados de futuros embarazos.

*Jerusalén, 1995*