

# El conflicto materno fetal

*Dr. Saúl Kízer*

*Miembro del Consejo Consultivo*

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 (1). Para Pardo (2), 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, feto y el equipo médico, motivado a los riesgos que pueden ocurrir para uno u otro y por la prevalencia de intereses en cada uno de ellos. Por otra parte, podemos decir que la mujer embarazada desarrolla conflictos cuando no consigue la debida atención de su embarazo y feto y la indiferencia es la característica en toda la evolución del embarazo.

El conflicto materno fetal puede comenzar desde el inicio del embarazo y se presenta en cualquier momento de su evolución. A medida que avanza la gestación puede agravarse y en algunos pacientes son más difíciles las soluciones.

En opinión de Noddings (3), los esfuerzos de cuidados de la madre por su hijo no nacido se deben a dos razones: a) no son consideradas éticas, pero sí naturales; aun las madres de los animales cuidan su descendencia y no le damos créditos o méritos de conducta moral y b) la memoria de nuestros mejores momentos de cuidar y ser cuidados que se expresan como un sentimiento de “yo debo”. Todo ello indica que la naturaleza ha preparado mejor a la mujer para su desempeño como madre.

La diversidad de respuestas que pueden originarse en la madre por los distintos métodos de diagnóstico y terapéutica materno fetal pueden ser contrarios a los esperados por el equipo médico. Este, al tratar

al feto como paciente (4), debe tener presente la dependencia de aquel de su madre y que por tanto todo su esfuerzo e interés debe ser logrado en función del feto sin detrimento de la madre. Esta relación materno fetal tiene al mismo tiempo características de unicidad por la dependencia total del feto de su madre y al mismo tiempo de dualidad, porque el feto es un ser e individuo diferente a su madre.

Se considera que en la unidad lo que debe prevalecer es la autonomía; es decir, el poder de decisión radica en la madre y por otra parte, ante la dualidad, el médico ayudará y sugerirá lo mejor para el bienestar, evolución y salud en general del feto, considerando los riesgos y resultados para ambos.

Para Mahowld (5), 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. Chervenak y McCullough (6), expresan el concepto de que aunque haya opiniones, controversias y discusiones en relación sobre el estatus moral del feto, o si el feto debe ser tratado como un paciente, o es un paciente; es importante considerar los factores, intereses y derechos, en el sentido de que los mejores de todos ellos deben ser valorados y aplicados en el feto y hablar de él como paciente y ser tratado como tal. Como todo ser humano tiene dignidad, que debe ser respetada.

En el marco del conflicto materno fetal es importante tener presente la viabilidad fetal; es decir, la edad gestacional a partir de la cual el feto puede sobrevivir fuera de su madre. Representa una característica destacada que determina la toma de decisiones maternas y médicas. Actualmente

es de 22 – 24 semanas, con tendencia a disminuir dependiendo de las tecnologías y avances médicos, así como poseer estos recursos y estar entrenados para poder utilizarlos y obtener el mayor provecho. Este factor tiene el valor de establecer el momento en el cual el diagnóstico y la terapéutica materna fetal pueden lograr el objetivo de salvar vidas humanas. Los fetos previables, menores de 22 semanas, tienen pocas oportunidades de sobrevivir; de allí que en ellos la autonomía materna adquiere una mayor influencia en cuanto a su decisión de continuar o no el embarazo. Es indispensable hacer del conocimiento de la madre que, a menor edad gestacional mayor será el riesgo fetal en relación con su calidad y bienestar de vida, ya precoz o tardío. La actitud del personal de salud ante un recién nacido con edad gestacional viable puede ser variable, en el sentido de aplicar o no todas las medidas para la sobrevivencia del nuevo ser. Igualmente, en cada país puede ser diferente la utilización de los recursos que apoyen la sobrevivencia del recién nacido (7). El desarrollo neurológico hasta los 3 años en los recién nacidos que sobrevivieron con un peso al nacer de 500 a 1 000 g, evidenció una frecuencia de 49 % de parálisis cerebral, retardo mental, ceguera o sordera (8). En Suecia, del 2004-2007, los recién nacidos entre 22 y 26 semanas de gestación y con 1 año de sobrevivencia, fue de 70 % y varió de 9,8 % a las 22 semanas al 85 % a las 26 semanas (9).

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 (10) “es la determinación de promover su propio bien o intereses aún más allá de lo moralmente permisible”. Otros factores que pueden influenciar o actuar en forma separada o conjunta son los siguientes: el estado emocional, el cual puede ser modificado por el embarazo; el estado de vulnerabilidad, que influye en las decisiones tomadas por la embarazada y causadas por las sugerencias del esposo y de otros familiares; las creencias religiosas, las cuales dependerán de cada religión; la edad materna, que guarda relación con las convicciones de los diferentes grupos etarios que originan las decisiones maternas; la educación, que se corresponde con el nivel educativo y de conocimientos; las condiciones sociales, económicas y familiares, que igualmente pueden influenciar cualquier respuesta que origine el conflicto materno fetal; y la actitud del médico. Esta representa quizás la mayor influencia 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 diagnósticos y los resultados de los tratamientos, pueden ser a veces malos, tristes y difíciles (11). La mujer disfruta pensando sobre su embarazo, crea fantasías e ilusiones y sueña cómo es el hijo que lleva en su interior. Las alegrías comienzan aun antes de estar embarazada. Sin embargo, todos 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 niño; pudiendo ser corporal y/o mental. Estos factores pueden ser causa o influenciar la aparición de un conflicto materno fetal. El médico debe estar capacitado para dirigir el conflicto materno fetal y poder solucionarlo. Las angustias, creencias, dudas, incertidumbres y preocupaciones maternas deben ser aclaradas con respuestas verdaderas 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.

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” (12); es decir, la madre acepta todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le harán al feto.

La influencia del padre en la toma de decisiones de los conflictos materno fetales es tan importante como el de la madre; sin embargo, es la madre la que lleva implícito todos los riesgos del embarazo, de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos; y, además, es ella el soporte total de su hijo por nacer. Al igual que el padre, los demás familiares pueden tener un efecto negativo sobre la madre si tratan de cambiar su decisión, anulando así su libertad y autonomía.

El uso del ultrasonido en la mujer embarazada 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; hasta ya hoy en día que son más precisas y seguras. Una de las consecuencias de los diagnósticos ultrasonográficos fue la evidencia de malformaciones congénitas y su significado clínico hasta las incompatibles con la vida. Motivado a ello comenzó a desarrollarse la cirugía fetal; sin embargo, esta tiene riesgos para la madre y el feto, por lo cual debe hacerse si hay evidencia que el feto tiene peligro

de morir, y los resultados que se han obtenido son con buenos porcentajes de sobrevivencia para el feto y los riesgos maternos son mínimos. La cirugía fetal continúa en pleno desarrollo y evolución y el equipo médico debe estar actualizado para responder las preguntas de la madre, verazmente, y sugerirle lo más efectivo y menos riesgoso para ambos (12,13). En los embarazos gemelares o múltiples las decisiones a escoger son aún más difíciles; porque, puede ser que uno solo de los fetos es el dañado o que haya más de dos dañados (14). En las reducciones del número de fetos será la madre, con toda la información adquirida quien expresará su decisión.

Igualmente, la evolución y desarrollo de la genética prenatal ha servido para ofrecerle a la madre 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 reacción de la madre ante lo esperado o inesperado (2).

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, le muestran un documento, que a veces está notariado, en el cual exoneran de responsabilidad legal al médico, y a veces incluye amenaza de demanda judicial, o no dejan cumplir el tratamiento. Lo único que permiten son soluciones salinas, Ringer y dextran. En presencia de una paciente Testigo de Jehová es indispensable recordar algunas leyes de la legislación venezolana. Constitución del año 1999 (15). 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 en público. Código de Deontología Médica de 2003 (16). 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 entrenado en la interpretación de las leyes, podemos decir que, la transfusión de la sangre o sus derivados,

es obligatoria, en 2 condiciones: en los niños, niñas y adolescentes, según lo establecido en la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes de 2007 (17). Los artículos 7: Prioridad Absoluta y 8: Interés Superior de Niñas, Niños y Adolescentes; lo cual indica que son los primeros en recibir atención médica y tratamiento, incluyendo sangre; además, en los pacientes con emergencias que pueden fallecer por la falta de sangre o sus derivados. Ante las dudas y la no solución del conflicto se podrá solicitar asesoría de un abogado o de un Tribunal de Justicia (18).

En relación con la investigación biomédica, actualmente en Venezuela no se reúnen las condiciones necesarias para llevarlas a efecto por la crisis moral que vive el país y la vulnerabilidad por el no cumplimiento de las normas para llevar adelante dichas investigaciones. Si es problemático en adultos, en los niños y adolescentes es aún más complicado (19). Nos preguntamos: ¿es posible hacer investigación biomédica materno fetal en Venezuela? Sí es posible, aunque difícil por las opiniones anteriores.

La utilización de la medicina genómica para el tratamiento de la prematuridad está en su fase precoz y es necesario esperar los resultados que evidencien que los beneficios son mucho mayores que los riesgos materno fetales y así poder difundirlos y utilizarlos (20).

Una de las evidencias de autonomía de la mujer embarazada es la solicitud de la cesárea por aquellas pacientes, en las cuales 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 (21).

La justicia con equidad y todos por igual en las mismas condiciones, servirá para que los conflictos sean superados de forma justa y evitar así la necesidad de recurrir a un Tribunal de Justicia, en cuyo caso deberá cumplirse la sentencia que dictamine dicho organismo.

Para poder tomar decisiones, en cuanto a los conflictos médico fetales, las pacientes buscan y desean una más amplia y mejor información médica. En consecuencia, se hace necesario que el equipo de salud tenga los conocimientos médicos y bioéticos que hagan más factibles y satisfactorios la relación médico paciente. Hay una serie de herramientas que ayudan a mejorar y/o solucionarlos. Uno de los más importantes es el diálogo (22). Las condiciones para que sea efectivo son: respeto y dignidad por el otro, tener en cuenta los valores de la mujer embarazada, ser tolerante, manifestar confianza y confidencialidad hacia el paciente, ser honesto y veraz. Cuando no

es posible llegar a un acuerdo, se puede utilizar el Comité de Ética, el cual es pluralista y se pueden conocer otras opiniones, no solo médicas sino otras relacionadas que pueden ayudar a resolver el conflicto.

El médico puede hacer uso de la objeción de conciencia, lo cual es la oposición al cumplimiento de una obligación legal, en una situación concreta, que es incompatible con las convicciones de una persona y está basada 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 madre y/o el feto o evitar que este se lleve a efecto. La objeción de conciencia es un derecho humano, establecido por las Naciones Unidas en 1948, Artículo 18 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (23). Esta objeción de conciencia puede presentarse desde el comienzo hasta el final del embarazo y nacimiento del feto. Si el médico, definitivamente, hace uso de su objeción de conciencia, se lo informará a la madre y le recomendará otro médico, con similares experiencias y capacidades o ella lo escogerá directamente. La objeción de conciencia es un hecho legal en la legislación venezolana: Constitución de Venezuela. 1999. Artículo 61 (15). Código de Deontología Médica. 2003. Artículo 56 (16). Ley del Ejercicio de la Medicina. 1983. Artículo 27 (24). El consentimiento informado es otra de las herramientas útiles en la solución del conflicto materno fetal porque deja constancia, en forma escrita, con sus datos personales y su firma, de que la paciente mediante el diálogo y todo lo explicado por el médico, aclarando las dudas e incertidumbres, sobre todo los riesgos y los resultados de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que pudiera ocurrir; ya precoces o tardíos, en ella y el feto, está en mejores condiciones para tomar una decisión sobre los hechos y situaciones presentes. Debe ser un acto autónomo, libre y consciente (25). La importancia para el médico, de este documento, es que lo libera de los hechos no relacionados con el correcto cumplimiento de sus deberes médicos.

No queremos terminar este editorial sin mencionar la importancia de la bioética en el ejercicio diario de la medicina y sobre todo de la mujer embarazada; porque, cualquier acción o forma de actuar sobre ella puede generar resultados adversos a los esperados y; además, debemos tener presente que estamos ante dos seres. De allí la necesidad de que, el médico y el equipo de salud, estén informados y tengan conocimientos, no solo médicos, sino también sobre bioética para una satisfactoria relación médico y mujer

embarazada (26-28).

## REFERENCIAS

1. Diccionario De la Real Academia Española. Edición XXII. España. Tomo I. Rodesa. 2001.
2. Pardo Sáenz JM. El no nacido como paciente. España. Ediciones de la Universidad de Navarra, S.A. 2011.
3. Noddings N. Caring: A feminine approach to ethics and moral education. En: Marino G, editor. Ethics. The essential writings. Nueva York: Random House Publishing Group. 2010.p.425-444.
4. 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.
5. Mahowald MB. Maternal-fetal conflict: Positions and principles. *Clinic Obstet Gynecol.* 1992;35:729-737.
6. Chervenak FA, McCullough LB. What is obstetric ethics? *Clinic Obstet Gynecol.* 1992;35:709-719.
7. De Leeuw R, Cuttini M, Nadai M, Berbic I, Hansen G, Kucinakas A, et al. Treatment choices for extremely preterm infants: An international perspective. *J Pediatr.* 2000;137:608-616.
8. Hussain N, Rosenkrantz TS. Ethical considerations in the management of infants born at extremely low gestational age. *Semin Perinatol.* 2003;27:458-470.
9. Marsal K. One year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden. *JAMA.* 2009;301:2225-2233.
10. Baier K. Egoism. En: Singer P, editor. A companion to ethics. 27ª edición. Victoria Blackwell Publishing Ltd. 2010.p.197-204.
11. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet.* 2004;363:312-319.
12. Smajdor A. Ethical challenges in fetal surgery. *J Med Ethics.* 2011;37:88-91.
13. Howe EG. Ethical issues in fetal surgery. *Semin Perinatol.* 2003;27:446-457.
14. 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.
15. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 1999. Gaceta Oficial No. 36.860 del 30.12.1999. Producciones La Piedra.
16. Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica. Aprobado en Barquisimeto. 2003. Impreso en Caracas. Gráficas La Bodoniana, C.A. 2005.
17. Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Gaceta Oficial No. 38.901. 02.03.2008. Impreso en Caracas. Ediciones Dabosan, C.A.
18. Aguiar-Guevara R. La transfusión de sangre y los

## EDITORIAL

- grupos religiosos que no la aceptan en el siglo XXI en Aguiar-Guevara R. Tratado de derecho médico. 2ª edición. Legislec Editores, C.A. Caracas. 2008.
19. Morales Pernalet A, Urdaneta-Carruyo E, Balza Mejía M. La cultura ética de la investigación biomédica en Venezuela. Gac Méd Caracas. 2010;118:248-255.
  20. Faneite Antique P. Parto pretérmino. Impacto perinatal y la medicina genómica. Gac Méd Caracas. 2010;118:292-304.
  21. Kízer S. Frecuencia de la cesárea, factores resaltantes relacionados con su incremento. Gac Méd Caracas. 2011;119:12-21.
  22. Schmid HL. Diálogo bioético. Separata No. 1. Colección Biodike No. 1. Caracas. Editorial San Pablo. 2008.
  23. Pérez D' Gregorio R. Objeción de conciencia. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012;72(2):73-76.
  24. Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial No. 32.707 del 18.04.1983.
  25. Uzcátegui UO, Toro Merlo J. Consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008;68(1):1-4.
  26. López Gómez JR. Dilemas bioéticos en obstetricia y ginecología. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006;66(3):185-190.
  27. García de Yegüez M. Concepción ética en salud reproductiva. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67(1):55-60.
  28. 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.

**Fe de errata:** en el trabajo intitulado: Identificación de la mutación R579X en el exón 18 del gen *RBI*, en pacientes con lesiones cervicales asociadas a infección por virus del papiloma humano, de los autores: Lic. Miguel Cáceres M.ScS, Militza Quintero, Jhon Cruz, Marco Bastidas, Dr. Juan Puig y publicado en la Rev Obstet Ginecol Venez 2012;72(4):255-260, la Figura 2 quedó invertida como se presenta en el lado izquierdo de esta página. La forma correcta se presenta del lado derecho. La corrección se había hecho previamente en la versión electrónica de esta revista. Presentamos nuestras disculpas a los autores. Comité de Redacción.

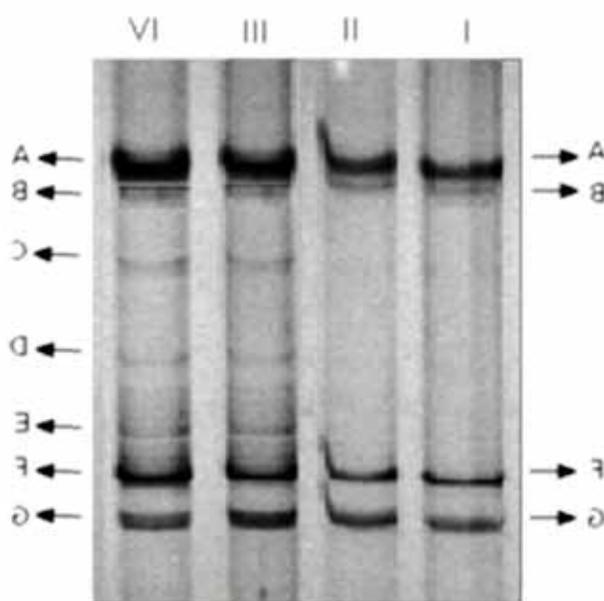


Figura 2. Isoformas encontradas en el exón 18 mediante el análisis por PCR-SSCP. Los pozos I y II muestran la isoforma *a* con 4 bandas definidas (A, B, F y G), los pozos III y IV muestran la isoforma *b* con 7 bandas definidas (A, B, C, D, E, F, y G).

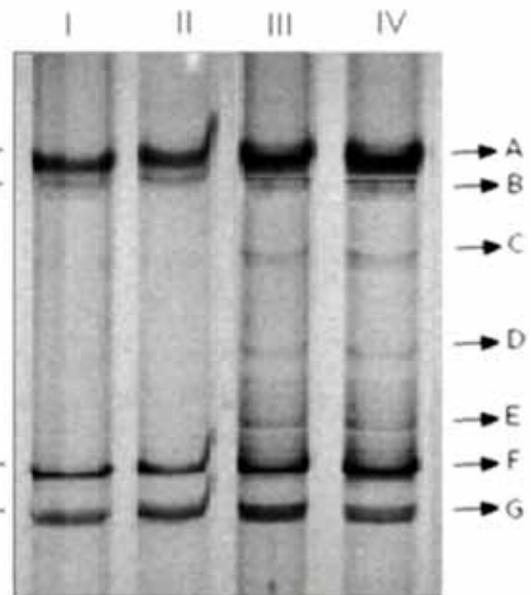


Figura 2. Isoformas encontradas en el exón 18 mediante el análisis por PCR-SSCP. Los pozos I y II muestran la isoforma *a* con 4 bandas definidas (A, B, F y G), los pozos III y IV muestran la isoforma *b* con 7 bandas definidas (A, B, C, D, E, F, y G).