

## Ensayo Dolor Fetal

Carolina Antimán Echeverría, Matrona

Morir y vivir con Dignidad, en nombre de estos preceptos se disputan temas tan álgidos como el aborto y la eutanasia, ambos situados en distintos momentos, el primero en el que la vida está irrumpiendo y el segundo cuando la vida se escapa de las manos. Ambos imponen un final, sin embargo, la muerte como tal, sólo será considerada si ocurre desde el momento en que el feto se separa completamente de su de su madre a través del corte del cordón umbilical<sup>1</sup>. La muerte como resultado de un aborto, no existe conceptualmente, menos aún la dignidad de esa muerte.

Dentro de los criterios que hoy se incluyen para determinar que una persona ha dejado de existir, se encuentran la evaluación del estado de conciencia, la ausencia de actividad cerebral, etc. Estos son criterios válidos para la vida extrauterina. Entonces surge la pregunta. ¿Es también la muerte fetal por aborto, un momento al final de la vida?

Probablemente, no sea una reflexión de la mayoría, sobre todo en los países en que el aborto es legal, en donde en el colectivo se entiende que el feto, el embrión, es algo que tiene categoría de “disponible”. Esto es comparable, a la esclavitud reconocida en el derecho romano<sup>2</sup>

En la discusión del aborto, la atención está centrada en la Mujer y la defensa de sus “derechos”. Es así que podemos ver que la despenalización del aborto en nuestro país es considerada un paso más en esta dirección, lo vemos en la Norma que regula la aplicación de esta ley en los servicios de salud; “La ley N.º 21.030, al igual que las políticas públicas recién mencionadas, tiene por finalidad resguardar los derechos de las mujeres -desde la niñez y adolescencia- y ofrecerles una adecuada protección para decidir sobre su vida, sobre su salud sexual y reproductiva, atendiendo a las necesidades, expectativas y derechos de las mujeres de hoy, en sus condiciones de vida particulares”<sup>3</sup>

Al feto que muere no lo vemos, simplemente no lo reconocemos, no existe, por tanto, no hay espacio a la reflexión de la forma en que muere.

Paulina Taboada, señala que; “la idea de que la muerte podría representar un alivio para una vida condenada a horribles sufrimientos no es nueva, la encontramos, por ejemplo, ya en la cultura griega. Pero plantear que en ciertas situaciones la muerte pueda ser

---

<sup>1</sup> [https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle\\_guia?h=10221.3/45661](https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle_guia?h=10221.3/45661)

<sup>2</sup> El hombre libre puede hacer todo lo que no está prohibido, mientras que el esclavo puede hacer sólo lo que le es ordenado. El hombre libre es –bajo nuestra terminología– persona, sujeto entonces de derechos y obligaciones; el esclavo, en cambio, es una cosa y es tratado en forma análoga a las bestias. Esta analogía debe tomarse en el sentido pleno del término: el propietario podía decidir qué actividad encargar al esclavo y tenía derecho a matarlo. El hombre libre es sujeto de derechos, y por lo tanto agente; el esclavo es objeto de derecho: objeto, entonces de la acción ajena<sup>33</sup>. Este poder se atenuaba solo por la cura morum del censor.

FORTUNAT STAGL, Jakob. De cómo el hombre llegó a ser persona: Los orígenes de un concepto jurídico-filosófico en el derecho romano. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso* [online]. 2015, n.45 [citado 2020-11-28], pp.373-401. Disponible en:

<[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-68512015000200014&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512015000200014&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0718-6851. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512015000200014>.

<sup>3</sup> [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO\\_02.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf)

percibida como una bendición divina no equivale necesariamente a arrojarle al hombre el derecho de acabar con la vida de una persona sufriente<sup>4</sup>”.

La muerte en nuestra cultura se está mirando de otra forma, y Paulina Taboada da cuenta de ello. En la defensa del valor de este supuesto “alivio”, se sostiene la eutanasia como una alternativa y también el aborto. La enorme diferencia, es que, siguiendo el razonamiento del alivio de la persona sufriente, la eutanasia no podría concretarse a través de un método doloroso, pues sería absolutamente contraproducente terminar con el dolor a través de más dolor. Sin embargo, en el caso del Aborto, esta situación si ocurre.

Vemos que, en el aborto, una de las premisas defendidas, es dar término a la vida, para aliviar el dolor de la Madre o evitar prolongar la agonía del feto enfermo. El final de la vida irónicamente involucra uno de los eventos más traumáticos que pueda existir.

Reflexionar acerca del aborto, implicaría como primer punto, visibilizar al que está in útero. Este es el gran trabajo al hablar de este tema, lograr reconocer en el feto una identidad válida que le ha sido negada en diversos ámbitos. Nuestro ordenamiento jurídico, por ejemplo, reconoce una existencia natural, y la protege constitucionalmente, pero esta calidad no es dignataria de derechos que puedan ser defendidos como el derecho a la vida<sup>5</sup>. La medicina juega a los límites; la OMS define que el embarazo se inicia una vez completada la implantación<sup>6</sup>, por tanto, los días anteriores son tierra de nadie en la que cualquier método que afecte la sobrevivencia de este embrión no será definido como abortivo.

Definir la vida intrauterina de esta forma, permite decidir el término de ella sin culpa, y actuar sobre ella, sin mayor cuestionamiento. Las personas que son partidarios del aborto necesitan estas definiciones legales, científicas y filosóficas, para quitar la carga moral de los actos que ejercen sobre los niños in útero.

Identidad del No Nacido: ¿Quién muere en un aborto?

De acuerdo con la reflexión planteada por Gómez Lobos, en su ensayo “identidad personal y Criterios de muerte<sup>7</sup>” nos preguntamos, si entre el embrión humano y el recién nacido existe una continuidad espacio temporal, que lo clasifique como la misma cosa.

---

<sup>4</sup> TABOADA R, Paulina. EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD. Acta bioeth. [online]. 2000, vol.6, n.1 [citado 2020-11-24], pp.89-101. Disponible en: <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2000000100007&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1726-569X. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100007>.

<sup>5</sup> Código Civil, Biblioteca del Congreso Nacional, art.74: La existencia legal de toda persona principia al nacer, esto es, al separarse completamente de su madre.

La criatura que muere en el vientre materno, o que perece antes de estar completamente separada de su madre, o que no haya sobrevivido a la separación un momento siquiera, se reputará no haber existido jamás.

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?org=&idNorma=172986&idParte=8717776>

<sup>6</sup> La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. MENENDEZ GUERRERO, Gilberto Enrique; NAVAS CABRERA, Inocencia; HIDALGO RODRIGUEZ, Yusleidy y ESPERT CASTELLANOS, José. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [online]. 2012, vol.38, n.3 [citado 2020-11-26], pp.333-342. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0138-600X.

<sup>7</sup> [https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20160304/20160304094938/rev114\\_agomez-lobo\\_identidad.pdf](https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20160304/20160304094938/rev114_agomez-lobo_identidad.pdf)

Esto lo planteo en función de determinar la identidad del que muere en un aborto.

Es decir, ¿es el feto u embrión lo mismo que un Recién Nacido?

La diferencia jurídica entre ambos es brutal, nuestro código civil en su artículo 74 así lo determina: “La criatura que muere en el vientre materno, o que perece antes de estar completamente separada de su madre, o que no haya sobrevivido a la separación un momento siquiera, se reputará no haber existido jamás”<sup>8</sup>

Tengo esperanza que los avances de la medicina serán la puerta de salvación para el rescate del valor de la Vida del que no ha nacido. La genética nos ha entregado un nuevo concepto. Gómez Lobos reflexiona acerca de ello: “Otro punto digno de tenerse en cuenta es el carácter único de la información genética de cada individuo que hace que sea posible establecer, por ejemplo, culpabilidad o inocencia a partir de exámenes de ADN comparando el del acusado con el ADN encontrado en el lugar del crimen”<sup>9</sup>. Siguiendo esta línea de reflexión, vemos que la información genética puede constituir Identidad, y este es un concepto en el que debemos detenernos, pues la información genética contenida en las primeras células al inicio de una nueva vida es y será la misma que estará presente veinte, cuarenta u ochenta años después. Tomando este concepto, por supuesto que existe continuidad.

¿Es válido entonces hablar de la muerte fetal por aborto, como un momento al final de la vida?

Al reconocer que existe una persona que muere en el aborto, también es pertinente detenernos en pensar ¿Cómo muere?, ¿Experimentará algún tipo de dolor?

Esta es también una pregunta que se plantean los grupos partidarios del aborto, y da señas de la existencia implícita de la idea de que en el aborto alguien podría estar sufriendo.

La institución Miles Chile, que fue un actor relevante en la defensa del derecho de las mujeres a disponer del aborto, defiende la premisa que en el aborto no hay dolor fetal. Esto lo podemos leer en un artículo llamado “Dolor Fetal, analgesia y anestesia en el contexto de un aborto”<sup>10</sup>. En este se afirma categóricamente: **"Con base en la mejor evidencia científica disponible, un feto humano no tiene la capacidad funcional de experimentar dolor hasta después de comenzado el tercer trimestre de embarazo, y es poco probable que pueda experimentar dolor antes del parto"**.

¿Necesitan los partidarios del aborto de este tipo de afirmaciones?, ¿Por qué?

¿Quién podría aportar información fidedigna y objetiva acerca de la experiencia del dolor fetal?, evidentemente los que realizan un aborto no. Sin embargo, el aborto no es el único evento en el que se tiene acceso al feto. En la búsqueda de una mirada objetiva acerca de la experiencia de dolor fetal, nos encontramos con la cirugía fetal, y con la experiencia documentada de la intervención quirúrgica realizada en fetos con mielomeningocele. No se trata de un artículo de línea provida si no de la investigación del Departamento de Anestesiología de la Clínica Las Condes en conjunto con el Hospital Regional de Rancagua, publicado en la Revista Chilena de Anestesia, llamado **Cirugía prenatal del mielomeningocele: Un nuevo Desafío**<sup>11</sup>.

Los equipos de cirugía fetal, que están trabajando in útero entre las 19 y las 28 semanas de gestación se plantean el uso de anestesia:

<sup>8</sup> <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?org=&idNorma=172986&idParte=8717776>

<sup>9</sup> <https://www.cepchile.cl/cep/estudios-publicos/n-91-a-la-120/estudios-publicos-n-114-2009/identidad-personal-y-criterios-de-muerte>

<sup>10</sup> <https://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/Dolor-Fetal.pdf>

<sup>11</sup> <https://revistachilenadeanestesia.cl/cirugia-prenatal-del-mielomeningocele-un-nuevo-desafio/>

La cirugía fetal, desde la perspectiva anestesiológica, plantea múltiples interrogantes que deben ser descifradas antes de poder definir cuál es la técnica anestésica más adecuada. Lo primero que debemos responder por su preponderancia, es en qué momento de su desarrollo el feto es capaz de percibir dolor, si entendemos que el dolor, por definición, involucra a dos sistemas: una reacción hormonal o neuroendocrina conocida como respuesta de stress y una percepción cortical emocionalmente negativa. Giannakouloupoulos nos revela que el feto es capaz de montar una respuesta hormonal similar a la de niños mayores y adultos ante estímulos considerados dolorosos <sup>18</sup>. Por su parte, Teixeira en su estudio en fetos, evidencia que estos estímulos dolorosos también generan una respuesta hemodinámica, manifestada por la dilatación de la arteria cerebral media.

Se sabe que el desarrollo embriológico del sistema nervioso ya muestra receptores sensoriales cutáneos en el área perioral a las 7 semanas, los que se extienden al resto de la cara, las palmas de las manos y las plantas de los pies por la semana 11, el tronco, las partes proximales de los brazos y las piernas en la semana 15 y para todas las superficies cutáneas en forma abundantes a las 20 semanas <sup>20</sup>. Las vías nociceptivas alcanzan las astas medulares posteriores tan precozmente como a las 8 semanas de gestación; los haces espino-talámicos se completan a las 20 semanas y finalmente los haces talamo-corticales se desarrollan entre las 26 y 30 semanas <sup>21</sup>.

Aunque la corteza cerebral no ha terminado su desarrollo al final del embarazo, se ha observado que otras zonas cerebrales como hipotálamo y placa subcortical ya están activas y su maduración es a través de un proceso de plasticidad que es estímulo dependiente.

La Cirugía Fetal, sitúa al feto como un paciente, este espacio intrauterino cerrado al mundo y solo visible a través de ecografías, se abre para visualizar a un ser humano que puede montar una respuesta dolorosa como la de un niño. En esta situación clínica, el feto irrumpe ante los ojos del cirujano, es aquí donde las definiciones jurídicas, filosóficas y médicas que pretenden minimizar el valor de esta vida, se desvanecen. Estamos frente un paciente más que necesita anestesia.

Debo acotar, en pro de las posteriores reflexiones que esta cirugía debe realizarse entre las semanas 19 y 26 de embarazo.

Volvemos a nuestra reflexión, ¿cómo es el término de la vida en el proceso abortivo?, ¿cuál es la experiencia de un feto durante un aborto?

Los procedimientos disponibles en Chile para abortar son procedimientos por medicamentos y procedimientos instrumentales. El uso de fármacos se extiende durante todo el embarazo y el método instrumental hasta las 22 semanas.

La muerte del feto será siempre traumática, con el uso de fármacos y con los métodos quirúrgicos. Sin embargo, el uso de fármacos como método abortivo, pareciera librarse de la carga moral negativa que si pesa sobre los métodos quirúrgicos.

Para entender estos procesos, es importante destacar que en obstetricia existe el concepto “bienestar fetal”, este bienestar es evaluable a través de indicadores que nos permiten determinar que el feto se encuentra en riesgo y asumir las conductas necesarias para proteger su vida. El bienestar fetal está íntima y esencialmente relacionado con la placenta y el útero.

El Manual elaborado por el Ministerio de Salud para la implementación de la Ley 21030, que despenalizó el aborto en nuestro país bajo 3 causales, describe los fármacos de elección para la realización del aborto, ellos son MIFESPRISTONA y MISOTROL:

La **Mifepristona** es un esteroide sintético activo por vía oral con acción anti-progesterona y anti-glucocorticoide. Produce **necrosis decidual**, reblandecimiento cervical, aumento de la contractilidad uterina y aumento de la sensibilidad a las prostaglandinas. El **Misotrol** es un análogo sintético de prostaglandinas E1 que aumenta las contracciones uterinas y ayuda a expulsar el producto de la concepción<sup>12</sup>.

Recordemos que el bienestar fetal está íntima y esencialmente vinculado con la placenta y el útero. La Placenta está encargada de suministrar nutrientes al feto y realizar el intercambio gaseoso<sup>13</sup>.

Los medicamentos empleados para abortar anteriormente descritos tienen como objetivo provocar la necrosis decidual o muerte del tejido placentario, y provocar contracciones uterinas. Es decir, en primer lugar, se utiliza Mifepriestona para generar la muerte placentaria, por tanto, la muerte fetal por asfixia y luego el uso de Misotrol, para generar contracciones uterinas de gran intensidad, que permitan la expulsión del feto que puede o no estar muerto.

¿Es este proceso doloroso para el feto?

Una de las formas en que podemos entender lo que sucede en el feto, es analizando un cuadro grave que se enfrenta en los servicios de Neonatología: la Asfixia Neonatal. Esta patología está definida por el Minsal como: Hipoxia intrauterina asociada a síntomas neonatales de compromiso parenquimatoso<sup>14</sup>. Es decir, existe una ausencia de aporte de oxígeno al feto lo que determina daño en diferentes órganos como cerebro, corazón, intestinos, riñones etc. Una de las medidas efectivas que se emplean hoy para reducir el impacto de la hipoxia a nivel cerebral es el uso de la terapia de hipotermia, el objetivo es disminuir o atenuar los efectos de la hipoxia en el tejido cerebral y atenuar el daño neurológico. Un Niño asfixiado, en sus formas severas, tendrá compromiso de conciencia, convulsiones permanentes, parálisis cerebral, sordera, ceguera, daño renal, pulmonar, cardíaco, etc.

En el caso de la Asfixia Neonatal, se detiene la hipoxia, sacando al feto del útero a través de una cesárea de urgencia. En el caso del aborto con medicamentos, el daño a nivel fetal no se detiene hasta que el feto muere.

Ninguno de los métodos usados en el aborto está diseñado para provoca una muerte fetal inmediata sin mediar dolor. La dilatación y evacuación o la dilatación y curetaje que son los medios quirúrgicos, son empleados en el feto vivo. Los métodos con fármacos afectan al útero y a la placenta. La muerte del feto será por asfixia y no existe ningún tipo de certeza respecto del minuto en que fallecería, podría ser una agonía de horas.

**No existe ningún tipo de consideración en la norma Ministerial, para evitar el dolor fetal durante el aborto, ninguna.**

¿Cuántos Niños han muerto de esta forma, en el mundo? miles, millones.

---

<sup>12</sup><https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-ACOMPA%20C3%91AMIENTO-Y-ATENCION%20INTEGRAL-LEY-21.030.pdf>

<sup>13</sup> [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022012000400036](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022012000400036)

<sup>14</sup> [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2005\\_Guia%20Nacional%20de%20neonatologia.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2005_Guia%20Nacional%20de%20neonatologia.pdf)

Podemos tener una simple mirada de lo que está sucediendo en Chile. En solicitud a la Subsecretaría de Salud, a través de transparencia, de las estadísticas de los métodos empleados, edad gestacional y diagnósticos presentes en la implementación de la Ley 21.030, con fecha 29 de septiembre se obtuvo la siguiente información:

1. De un total de 1512 casos ocurridos desde el año 2018 al 30 de junio del 2020, solo se entregó esta información, en un total de 1251 casos.
2. De ellos, se utilizó alguno de estos fármacos, Mifepristona y Misotrol en el 39% de los casos.
3. 290 abortos se realizaron entre las 19 y 25 semanas. Misma edad en la que se intervienen los embarazos para la corrección del Mielomeningocele.

A esto, nuestras autoridades lo llaman “resguardar los derechos de las mujeres”

El acto de la cirugía prenatal evidencia la necesidad de un otro, diferente a la Madre, que padece de una patología, que no padece la madre, que tiene terminales nerviosas y un umbral de dolor independiente de la Madre. La cirugía prenatal, tiene por objetivo mejorar la vida de este otro Hoy, porque será determinante en su desarrollo neurológico y motor posterior. Es un acto médico, sobre un paciente que es un feto, y se realiza in útero, porque hacerlo en ese lugar tendrá beneficios para este niño mayores que si se hiciera una vez nacido. Cuando un equipo de salud interviene a un feto con Mielomeningocele, está reconociendo el valor de un acto sobre una misma persona, aunque esté in útero.

Así como la cirugía prenatal, tiene beneficios innegables en el recién nacido, el Aborto no busca beneficiar a este niño, sino provocar su muerte.

En el reconocimiento de la individualidad del dolor del feto que muere por un aborto, es honesto, para el equipo de salud, para las madres, para las personas, conocer que sucede realmente. Y para aquellos que han decidido ser parte de este acto, Madres, Padres, Psicólogos, Médicos, Matronas, TENS, Familiares, etc., pensar en el final de la vida de este niño, quizás determine una nueva postura.