



<https://doi.org/10.24245/gom.v93i10.294>

## Frente a los desafíos de la asistolia fetal inducida en México: reflexiones éticas, legales y clínicas

### Addressing the Challenges of Induced Fetal Asystole in Mexico: Ethical, legal, and clinical reflections.

María J Rodríguez Sibaja,<sup>1</sup> José A Ramírez Calvo,<sup>1,2</sup> Juan M Gallardo Gaona,<sup>1</sup> Larissa López Rodríguez,<sup>3</sup> Mario R Rodríguez Bosch,<sup>4</sup> Carolina Valencia Contreras,<sup>5</sup> Sandra Acevedo Gallegos<sup>1</sup>

#### Resumen

La asistolia fetal inducida representa uno de los dilemas más complejos en la medicina materno-fetal, tanto en el plano ético como clínico, especialmente en el contexto de la interrupción del embarazo en etapas avanzadas. Si bien los avances en el diagnóstico prenatal han ampliado las posibilidades de detección temprana y toma de decisiones oportunas, el acceso equitativo a una atención segura y digna sigue siendo limitado, particularmente en contextos donde los marcos legales y las guías clínicas son ambiguos o inconsistentes. Este ensayo analiza los desafíos relacionados con la asistolia fetal inducida en México, a partir de principios éticos, análisis legal comparado y experiencias internacionales. Se subraya la necesidad de establecer protocolos institucionales sensibles al contexto, con fundamentos éticos sólidos y orientados a proteger los derechos y el bienestar de las pacientes y del personal de salud. Mediante esta reflexión se busca contribuir a la discusión continua de los derechos reproductivos, seguridad clínica y responsabilidad compartida en la atención del embarazo.

**PALABRAS CLAVE:** Asistolia fetal inducida; feticidio; interrupción del embarazo; salud reproductiva; ética; anomalías fetales.

#### Abstract

Induced fetal asystole presents some of the most ethically and clinically complex dilemmas in maternal-fetal medicine, especially when it comes to late-term abortions. Although advances in prenatal diagnostics have improved early detection and informed decision-making possibilities, equitable access to safe and dignified care remains a significant challenge, especially in settings with unclear or inconsistent legal frameworks and clinical guidelines. This essay examines the complexities of induced fetal asystole in Mexico, drawing on ethical principles, comparative legal analysis, and international experiences. The essay emphasizes the necessity of institutional protocols that are context-sensitive, ethically grounded, and aimed at safeguarding the rights and well-being of patients and healthcare providers alike. Through structured reflection, the essay contributes to the ongoing dialogue about reproductive justice, clinical safety, and shared responsibility in gestational care.

**KEYWORDS:** Induced fetal asystole; Feticide; Pregnancy termination; Reproductive health; ethics; Fetal anomalies.

<sup>1</sup> Ginecoobstetra con especialidad en medicina materno-fetal, investigador nacional nivel I.

<sup>2</sup> Genetista perinatal.

<sup>4</sup> Ginecoobstetra.

<sup>5</sup> Pediatra con especialidad en neonatología.

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

#### ORCID

<https://orcid.org/0000-0003-4306-7195>

<https://orcid.org/0000-0001-7384-1992>

<https://orcid.org/0000-0003-1981-8884>

<https://orcid.org/0000-0001-9551-2911>

<https://orcid.org/0000-0002-7186-3853>

<https://orcid.org/0000-0002-8037-2036>

**Recibido:** junio 2025

**Aceptado:** julio 2025

#### Correspondencia

Sandra Acevedo Gallegos

[dracevedo\\_sandra@yahoo.com.mx](mailto:dracevedo_sandra@yahoo.com.mx)

#### Este artículo debe citarse como:

Rodríguez-Sibaja MJ, JA, Ramírez-Calvo JA, Gallardo-Gaona JM, López-Rodríguez L, Rodríguez-Bosch MR, Valencia-Contreras C, Acevedo-Gallegos S. Frente a los desafíos de la asistolia fetal inducida en México: reflexiones éticas, legales y clínicas. Ginecol Obstet Mex 2025; (10): 432-439.



## ANTECEDENTES

Hablar de la asistolia fetal inducida implica enfrentarse a una de las decisiones más complejas y controvertidas de la medicina materno-fetal. Este término se refiere al procedimiento médico que provoca, intencionadamente, el cese del latido del corazón fetal (cardioplejia).<sup>1,2</sup> Aunque a nivel internacional se reconoce cada vez más como un componente crítico de la interrupción del embarazo en gestaciones avanzadas, la asistolia fetal inducida sigue siendo motivo de controversia y está regulada, de forma desigual, en los distintos sistemas de salud.

En México, los avances en el diagnóstico prenatal coexisten con la ausencia de marcos legales claros o de orientación clínica para la atención médica de los embarazos afectados por anomalías fetales letales o graves o por riesgos significativos para la salud de la madre. En este vacío normativo, tanto las pacientes como los profesionales de la salud se ven obligados a lidiar con la incertidumbre clínica, ética y legal.

Este ensayo responde a ese vacío. Explora, de manera crítica, los fundamentos éticos, los precedentes legales y las experiencias internacionales en torno a la asistolia fetal inducida, al tiempo que propone un marco sensible al contexto para su implementación en México. El objetivo no es solo salvaguardar los derechos y el bienestar de las personas embarazadas, sino también reducir la vulnerabilidad legal y la carga ética entre los proveedores de salud y promover el acceso equitativo a la atención reproductiva.

### Contextualización de la asistolia fetal inducida en la salud reproductiva

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, como derechos humanos fundamentales por parte de las Naciones Unidas, ha reconfigurado la discusión mundial en torno a la interrupción del embarazo. Esta práctica, en

particular cuando se trata de anomalías fetales letales o graves, o afecciones en la madre que ponen en peligro la vida, es considerada cada vez más no solo como un componente legítimo de las estrategias de salud universales, sino como una cuestión de justicia, equidad y autonomía.<sup>3,4</sup>

El diagnóstico de una anomalía congénita o genética no siempre se establece en una etapa temprana. Si bien los avances en el diagnóstico prenatal han ampliado, considerablemente, las posibilidades de detección temprana, algunas afecciones requieren evaluaciones repetidas, pruebas especializadas o solo se vuelven evidentes en etapas más avanzadas del embarazo.<sup>5</sup> Estos retrasos se magnifican aún más en entornos con pocos recursos, como México, donde el acceso oportuno y equitativo a los servicios de detección y diagnóstico prenatal sigue siendo un reto. En estos contextos, el momento del diagnóstico depende no solo de la naturaleza de la afección fetal, sino también de factores estructurales como la disponibilidad de profesionales capacitados, tecnología adecuada y sistemas de seguimiento fiables.<sup>6</sup> Como resultado, muchas familias reciben diagnósticos devastadores en una fase avanzada del embarazo, justo cuando la ventana para tomar decisiones seguras y oportunas comienza a reducirse.

En esta etapa, las semanas de gestación se convierten en un factor crítico para la ética y la logística de la interrupción del embarazo.<sup>2,5,7,8</sup> El concepto de viabilidad, definido como las semanas de gestación a las que un feto puede sobrevivir al periodo neonatal con los recursos disponibles, tiene implicaciones no solo biológicas, sino también legales y emocionales. En los países desarrollados este umbral se establece, generalmente, entre las 22 y las 24 semanas, aunque las tasas de supervivencia varían significativamente.<sup>7-10</sup> Las disparidades en la disponibilidad de atención y tecnología dan lugar a un umbral de viabilidad más heterogéneo en los países en desarrollo.<sup>2,11</sup> En México, los

hospitales de tercer nivel suelen considerar las 25 semanas como el umbral práctico, con una supervivencia casi nula entre las 23 y las 24 semanas de gestación.<sup>12,13,14</sup> Estas cifras no son solo datos clínicos, son el telón de fondo contra el que las mujeres y sus familias deben tomar algunas de las decisiones más difíciles de su vida.

En tales circunstancias, la asistolia fetal inducida se convierte en una herramienta fundamental, como medio para alinear la práctica médica con la claridad ética y la precaución legal.<sup>1,2,5</sup> Esto pone de relieve la urgente necesidad de replantearnos cómo gestionamos la interrupción tardía del embarazo en México, no solo a través de la capacidad clínica, sino también mediante marcos institucionales coherentes, compasivos y respetuosos de los derechos humanos y reproductivos.

### La ética al límite de la viabilidad

Las decisiones relativas a la interrupción del embarazo en semanas avanzadas de la gestación desafían los fundamentos éticos de la atención reproductiva y de la medicina perinatal. Cuando se diagnostica al feto una afección letal o que limita gravemente su vida, o cuando la salud de la madre está en riesgo, la cuestión de cuándo y cómo intervenir pasa del juicio clínico a un territorio profundamente moral. La asistolia fetal inducida se encuentra en la encrucijada de estos dilemas.

La justificación ética de la asistolia fetal inducida se basa en los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia<sup>15,16</sup> y puede articularse a través de tres conceptos clave:

1. *Autonomía de la mujer embarazada.* Garantizar que las personas embarazadas reciban información completa y comprensible de la afección fetal, incluido el pronóstico y las alternativas médicas y reproductivas disponibles,

defiende su derecho a tomar decisiones informadas acerca de su propio cuerpo y su embarazo.<sup>15</sup> Para que ese derecho pueda realmente ejercerse debe estar respaldado por condiciones estructurales que permitan un diagnóstico oportuno, un asesoramiento no coercitivo y un acceso seguro a la atención médica. En los casos de embarazos avanzados, estas condiciones rara vez son óptimas, sobre todo cuando el marco legal que regula la interrupción del embarazo es limitado y, a menudo, se aplica de manera inconsistente.

2. *El feto como persona.* El estatus ético del feto, especialmente en el umbral de la viabilidad, sigue siendo uno de los aspectos más discutidos de la interrupción del embarazo. En bioética, la condición de persona no se considera un estatus fijo, sino que a menudo suele estar determinada por las semanas de gestación, la capacidad de supervivencia independiente y el contexto relacional. Un feto no viable depende, por completo, de la persona embarazada para sobrevivir, por lo que su estatus moral se encuentra mediado por la autonomía de ésta. A medida que se acerca la viabilidad, las obligaciones éticas cambian: el feto comienza a considerarse cada vez más desde los principios de beneficencia y no maleficencia. Esto no implica que el feto se vuelva autónomo ya que carece de la capacidad de formar sus propios intereses o perspectivas. Más bien, refleja un creciente deber profesional y social de reconocer el potencial de la vida neonatal.<sup>15</sup>

Las discusiones éticas referentes a la interrupción tardía, a menudo se centran en este equilibrio cambiante de obligaciones. Antes de la viabilidad, la interrupción se justifica éticamente por los principios de autonomía y beneficencia



hacia la persona embarazada. Después de la viabilidad, la obligación de proteger la vida del feto (basada en la beneficencia) se hace más pronunciada. Sin embargo, en ciertos casos, la interrupción también puede enmarcarse como beneficencia hacia el feto, cuando el riesgo de morbilidad neonatal grave y susceptible de prevención justifica la intervención. En tales situaciones, los principios de autonomía y beneficencia convergen: respetar la decisión de la persona embarazada también puede ser la línea de actuación más defendible desde el punto de vista ético para el feto. Por lo tanto, la interrupción después de la viabilidad debe limitarse a los casos de anomalías fetales letales o graves, con alta certeza diagnóstica y mal pronóstico.<sup>15</sup>

3. *Respeto por la conciencia individual del personal médico.* La conciencia individual, a menudo moldeada por creencias morales o religiosas personales, puede entrar en conflicto con la ética profesional, que se centra en la atención al paciente. Sin embargo, aunque es legítimo que los profesionales de la salud tengan creencias personales, estas no deben obstruir el acceso de la paciente a la atención médica. La práctica ética exige que los proveedores de atención médica se mantengan informados acerca de los procedimientos de interrupción del embarazo y sus posibles complicaciones, y que garanticen la derivación oportuna cuando no puedan o no quieran efectuar ellos mismos tales intervenciones.<sup>15</sup> En el contexto de la interrupción tardía y la asistolia fetal inducida, es fundamental evitar retrasos para asegurar el respeto de los derechos de la paciente y prevenir daños susceptibles de evitarse.

Más allá de estos principios y de los entornos clínicos, el estigma que rodea a la interrupción de las gestaciones avanzadas añade otra capa de complejidad ética y social. El discurso público

suele carecer de matices y enmarca estos casos a través de lentes binarias de lo correcto o lo incorrecto, la vida o la muerte. Sin embargo, la realidad es más ambigua, moldeada por el dolor, el miedo y circunstancias profundamente personales. En este contexto, los marcos éticos deben ir más allá de la categorización: deben dar cabida a la incertidumbre y la compasión, tanto para las pacientes como para los profesionales de la salud.

### **Marcos legales: entre el progreso y la ambigüedad**

En México, las leyes relacionadas con la interrupción del embarazo, especialmente en semanas avanzadas de la gestación, son complejas, inconsistentes aunque el Código Penal Federal tipifica el aborto como delito, excepto en casos de violación o cuando la vida de la mujer está en riesgo,<sup>17</sup> los estados individuales conservan la autonomía para definir sus propias regulaciones. La Ciudad de México es una excepción notable ya que permite la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas y autoriza interrupciones posteriores en circunstancias específicas, como las anomalías fetales graves o los riesgos significativos para la salud de la madre, siempre que exista el respaldo médico adecuado.<sup>18</sup> Sin embargo, en gran parte de los demás estados, el acceso sigue siendo legalmente incierto o prácticamente inalcanzable.

Las recientes sentencias de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) han transformado de manera significativa el discurso nacional. En 2007, la Suprema Corte confirmó la constitucionalidad de la legislación referente al aborto de la Ciudad de México. Una década más tarde, en 2017, declaró inconstitucional la penalización absoluta del aborto, reafirmando los principios de autonomía reproductiva e igualdad de género. Más recientemente, en 2023, dio un paso histórico al despenalizar el aborto en todo el país al invalidar las disposiciones del Código Penal que

sancionaban a las mujeres y a los proveedores de servicios de salud.<sup>19-22</sup> Esas resoluciones subrayan el creciente reconocimiento constitucional de los derechos reproductivos en México. Sin embargo, persiste una importante brecha en su aplicación: los avances legales a nivel federal aún no se han materializado en la práctica clínica.

Un análisis comparativo con otros países muestra que los marcos legales varían no solo en su grado de permisividad, sino también en la forma en que operan la interrupción tardía, en particular en lo que respecta a la asistolia fetal inducida. Colombia permite la interrupción del embarazo por cualquier motivo hasta las 24 semanas, y en cualquier semana de la gestación en casos de anomalías fetales letales o riesgo materno significativo, al tiempo que prohíbe, explícitamente, los retrasos innecesarios o las barreras judiciales.<sup>23</sup> Irlanda adopta un enfoque multidisciplinario, que exige la certificación de un especialista para las afecciones fetales letales, y recomienda la asistolia fetal inducida después de 21 semanas y 6 días para evitar signos de vida al nacer.<sup>1</sup> El Reino Unido permite la interrupción del embarazo hasta las 24 semanas de gestación; más allá de ese punto, está legalmente autorizada en casos de anomalías fetales graves o riesgos para la salud de la madre. En este marco, la asistolia fetal inducida se ofrece de forma rutinaria cuando se indica la interrupción del embarazo por anomalías fetales diagnosticadas después de las 21 semanas y 6 días. Además, la legislación del Reino Unido reconoce, explícitamente, la asistolia fetal inducida selectiva en embarazos multifetales.<sup>5</sup> En contraste, países como Israel y España exigen la aprobación de un comité o la intervención imparcial de un médico, pero rara vez contemplan la asistolia fetal inducida.<sup>24,25</sup>

Lo que estos modelos tienen en común es el reconocimiento de que la ley debe hacer algo más que, simplemente, permitir: también debe proporcionar orientación y protección. En ausencia de marcos procedimentales claros para la

interrupción tardía del embarazo, en particular en lo que respecta a la asistolia fetal inducida, tanto las pacientes como los proveedores de atención médica se enfrentan a un panorama incierto que podría poner en riesgo el acceso a una atención equitativa y exponerlos a responsabilidades éticas y legales.

### Hacia un protocolo nacional para la asistolia fetal inducida

A medida que las discusiones legales y éticas siguen evolucionando este marco, fundamentado en principios éticos, alineado con las normas internacionales y adaptado a las realidades nacionales, busca orientar la práctica institucional con coherencia, seguridad y pleno respeto a los derechos humanos.

#### 1. Selección de casos basada en la gravedad clínica y los umbrales gestacionales.

La asistolia fetal inducida debe considerarse como parte del procedimiento de interrupción del embarazo únicamente en circunstancias claramente definidas:

- a. Después de las 24.0 semanas de gestación, en casos de anomalías fetales graves o afecciones genéticas incompatibles con la vida o asociadas con un deterioro físico o neurológico profundo e irreversible.
- b. Entre las 22.0 y las 24.0 semanas de gestación, si continuar con el embarazo supone una amenaza significativa para la salud de la persona embarazada.

Estos criterios tienen por objeto equilibrar las obligaciones éticas cambiantes que acompañan al avance de las semanas de gestación con las realidades clínicas de la viabilidad fetal y el bienestar de la madre.

**2. Proceso de revisión multidisciplinaria.** Para garantizar el rigor ético y la responsabilidad



institucional, cada caso debe ser evaluado por un comité multidisciplinario. Este debe incluir especialistas en medicina materno-fetal, neonatología, obstetricia, genética, psicología, trabajo social y asesoría legal. Se puede consultar a otros especialistas (por ejemplo, cirujanos, cardiólogos, neurólogos y otros) cuando sea clínicamente pertinente. Más allá de las evaluaciones de casos individuales, el comité debe fomentar la transparencia mediante la documentación sistemática, la formación del personal y las auditorías periódicas que evalúen la precisión diagnóstica, los resultados clínicos y el cumplimiento de los protocolos establecidos.

**3. Asesoramiento y consentimiento como imperativos éticos.** Las pacientes embarazadas que enfrentan un proceso de asistolia fetal inducida deben recibir un asesoramiento claro, compasivo e imparcial del diagnóstico, el pronóstico y las alternativas disponibles. Es esencial un enfoque multidisciplinario para fomentar la confianza, apoyar la toma de decisiones informadas y defender la autonomía de la paciente. El consentimiento informado debe cumplir no solo los requisitos legales, sino también con los principios éticos garantizando la claridad, la voluntariedad y la sensibilidad hacia el contexto y los valores individuales de cada paciente.

**4. Lineamientos técnicos para la asistolia fetal inducida.** El procedimiento recomendado para la asistolia fetal inducida es la inyección intracardíaca de cloruro de potasio guiada por ecografía, que debe ser administrada exclusivamente por especialistas en medicina materno-fetal. Es necesaria la documentación exhaustiva, en la que se detallen la técnica, los medicamentos administrados y la confirmación de la muerte fetal, para garantizar la responsabilidad clínica, la transparencia y el cumplimiento de las normas éticas.<sup>2,5,25,26</sup> **Cuadro 1**

**5. Atención integral en la finalización del embarazo.** La modalidad de finalización del

**Cuadro 1. Aspectos técnicos de la asistolia fetal inducida**

#### 1. Identificación y preparación de la paciente

Verificar la información de la paciente (nombre, fecha de nacimiento, estado RhD, edad gestacional y diagnóstico). Registrar los signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial). Administrar ansiolíticos a la madre, si es necesario (lorazepam [2 mg] o alprazolam [2 mg]).

#### 2. Preparación del campo estéril

Realizar antisepsia del área abdominal. Utilizar guantes estériles, campos quirúrgicos, funda y gel estéril para el transductor.

#### 3. Inserción de la aguja con guía ecográfica

Evaluar la posición fetal, localización de la placenta y los patrones de movimiento para planear la trayectoria segura de la aguja. Insertar una aguja de calibre 20–22 en el corazón fetal, asegurando la visualización continua de la punta de la aguja.<sup>1</sup>

#### 4. Inyección de cloruro de potasio (KCl)

Administrar 22 mEq de KCl a las 22 semanas de gestación, aumentando 1 mEq por cada semana adicional.<sup>2,4</sup> Opcional: analgesia fetal con fentanilo intramuscular (20 mcg/kg) y vecuronio (0.2 mg/kg) o sufentanilo (5 mcg por vena umbilical).<sup>2,3</sup> Si no ocurre asistolia en 30–60 segundos, repetir la inyección.<sup>2</sup>

#### 5. Confirmación de la asistolia

Documentar la asistolia durante 2 minutos y repetir la confirmación ecográfica 30–60 minutos después.<sup>2</sup>

#### 6. Documentación y cuidados posteriores al procedimiento

Registrar los detalles del procedimiento (tiempo de inserción de la aguja, medicamentos administrados, dosis y confirmación de la muerte fetal). Administrar inmunoglobulina anti-D a las pacientes con Rh negativo, sin genotipo fetal Rh confirmado.<sup>1</sup> Vigilar la concentración de potasio materno si existiera sospecha de absorción.<sup>3</sup>

embarazo debe individualizarse de acuerdo con las consideraciones obstétricas y el estado de salud de la madre. La planificación previa al procedimiento debe contemplar, además, una atención respetuosa de las preferencias de la paciente, incluyendo la posibilidad de contacto con el feto o el neonato, la creación de recuerdos y la incorporación de rituales de apoyo que faciliten el cierre emocional y psicológico.

## 6. Seguimiento y asesoramiento reproductivo.

La atención posterior al procedimiento debe extenderse más allá del alta médica y abarcar las necesidades físicas, psicológicas y reproductivas de la paciente. Debe incluir:

- a. Seguimiento obstétrico, adaptado al modo en que finalizó el embarazo y al historial médico de la paciente, incluyendo la supresión de la lactancia u otras opciones alternativas, según corresponda, así como asesoramiento de anticoncepción y planificación reproductiva basado en las preferencias de la paciente y sus objetivos futuros de fertilidad.<sup>1</sup>
- b. Es fundamental reconocer el impacto emocional que generan el duelo y el trauma asociados con la interrupción del embarazo, ofreciendo acompañamiento profesional que atienda las necesidades psicológicas de la paciente y de su entorno familiar.<sup>5,27</sup>
- c. Evaluación post mortem, que incluya una valoración clínica, los estudios de laboratorio pertinentes y, cuando sea posible, una autopsia completa, con el fin de confirmar el diagnóstico prenatal y orientar las decisiones reproductivas futuras.<sup>28</sup>
- d. Consulta multidisciplinaria para revisar los hallazgos, responder a cualquier pregunta o inquietud pendiente y ofrecer un cierre de manera respetuosa y solidaria.

Los protocolos, por sí solos, no pueden eliminar la complejidad ética de la asistolia fetal inducida, pero pueden ofrecer un lenguaje común, aliviar el estrés moral y ayudar a garantizar que las decisiones, por difíciles que sean, se tomen con transparencia, compasión e integridad clínica.

## Mirando hacia el futuro

El desarrollo de un marco institucional claro para la asistolia fetal inducida en México no es solo una necesidad clínica, sino también una responsabilidad ética y social. Como se ha argumentado a lo largo de este ensayo, la ausencia de lineamientos para la gestión de la interrupción del embarazo en etapas avanzadas crea incertidumbre en las personas y en los proveedores de atención médica. Al integrar la experiencia clínica, el razonamiento ético y las normas legales permite avanzar hacia un enfoque más coherente y compasivo de la atención reproductiva.

En lugar de ofrecer una respuesta definitiva, el marco propuesto busca contribuir a un diálogo continuo. En un contexto como el de México, donde el progreso legal coexiste con deficiencias estructurales y operativas, el desarrollo de protocolos institucionales representa un paso tangible hacia la protección de los derechos, la reducción de riesgos y la dignificación de los servicios de salud materna y perinatal.

## REFERENCIAS

1. IOG. Interim clinical guidance on pathway for management of fatal fetal anomalies and/or life-limiting conditions during pregnancy: termination of pregnancy. 2020;(January):1–56. Available from: <https://rcpi-live-cdn.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2019/01/IOG-TOPFA-PATHWAY-FINAL-180119.pdf>
2. FIGO position statement on induction of foetal asystole in abortions at advanced gestations | Figo [Internet]. [cited 2025 May 19]. <https://www.figo.org/resources/figo-statements/figo-position-statement-induction-foetal-asystole-abortions-advanced-gestations>
3. Naciones Unidas Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)
4. Salud - Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2023 Jul 4]. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
5. Ellis K, Fisher J, Leigh B, Schott J, Mahmood T. Termination of pregnancy for fetal abnormality in England, Scotland and Wales: Report of a working group. RCOG Guidel 2010:45.



- <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/terminationpregnancyreport18may2010.pdf>
6. Singla R, Banu NT, Arora A, Aggarwal N, et al. Legal limits relaxed: Time to look at other barriers faced by women seeking Termination of pregnancy for fetal anomalies. *Cureus* 2023; 15 (1): e34144. <https://doi.org/10.7759/cureus.34144>
  7. Markestad T. Decisions at the limit of viability. *Acta paediatrica* 1992; 111: 2022; 1472-3. <https://doi.org/10.1111/apa.16378>
  8. Kornhauser CL, Lucovnik M. Ethical dilemmas in neonatal care at the limit of viability. *Child (Basel, Switzerland)* 2023; 10 (5). <https://doi.org/10.3390/children10050784>
  9. Mercer BM. Perivable birth and the shifting limit of viability. *Clin Perinatol* 2017; 44 (2): 283-86. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2017.02.002>
  10. Zeballos-Sarrato S, Villar-Castro S, Zeballos-Sarrato G, Ramos-Navarro C, et al. Survival estimations at the limit of viability. *J Matern Neonatal Med Perinat Obstet* 2016; 29 (22): 3660-64. <https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1140736>
  11. Lantos JD. International and cross-cultural dimensions of treatment decisions for neonates. *Semin Fetal Neonatal Med* 2015; 20 (5): 368-72. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.05.001>
  12. Roa-García LH. Impacto en la morbi-mortalidad de los recién nacidos extremadamente prematuros con la nueva estrategia de límites de viabilidad INPer. <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000732126>
  13. Lozano-González CH, Flores-Tamez ME, Castro-Mejía S, Lozano-Flores JA. Límites de la viabilidad neonatal TT - Neonatal limits viability. *Perinatol Reprod Hum* 2013; 27 (2): 79-85. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000200002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000200002)
  14. Rodríguez-Sibaja MJ, Herrera-Ortega O, Lumbreras-Marquez MI, Morales-Barquet D, et al. Survival assessment in extremely preterm neonates in a middle-income setting. *Front Pediatr* 2025; 13: 1574613. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2025.1574613/full>
  15. Chervenak FA, McCullough LB. An ethically justified practical approach to offering, recommending, performing, and referring for induced abortion and feticide. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201 (6): 560.e1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.05.057>
  16. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Heal Sci Cent* 2021; 30 (1): 17-28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
  17. Las SEA, Xxxv F, Derogan SE, Normas LAS, Reforman QUESE, Penales P, Ley DELA, Del G, Nacional S, Penal ELP, Ley DELA, Para G, Sancionar PY, En LOSD, Secuestro MDE, Amparo DELALEYDE, Los RDE, Ley DELA, La PEN. [www.ordenjuridico.gob.mx](http://www.ordenjuridico.gob.mx) 1. 2016; 1-313.
  18. Legislativa A, Distrito DEL, Legislatura VI, Manuel A, Obrado L, Gobierno J De. Código penal para el Distrito Federal 2002; 3: 1-149. [https://paot.org.mx/centro/gaceta/2002/noviembre\\_11\\_149.pdf](https://paot.org.mx/centro/gaceta/2002/noviembre_11_149.pdf)
  19. Resoluciones del Pleno de la SCJN. Suprema Corte de Justicia de la Nación. <https://www.scjn.gob.mx/multimedia/boletin-mensual-resoluciones-del-pleno>
  20. Ministro ponente Luis María Aguilar Mora. Acción de inconstitucionalidad 148/2017. Suprema Corte de Justicia de la Nación; 2017.
  21. Ponente. Ministra Ana Margarita Ríos Farjat. Amparo en revisión 267/2023. Suprema Corte de Justicia de la Nación; 1969.
  22. Heaney S, Tomlinson M, Aventin Á. Termination of pregnancy for fetal anomaly: a systematic review of the healthcare experiences and needs of parents. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022; 22 (1): 441. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04770-4>
  23. Materna S, Elegida M. ABECÉ aborto contradiccions de la política publica, 2015;
  24. Rimon-Zarfaty N, Jotkowitz A. The Israeli abortion committees' process of decision making: an ethical analysis. *J Med Ethics* 2012; 38 (1): 26-30. <https://doi.org/10.1136/jme.2009.032797>
  25. Rodríguez-Pérez M, Prats-Rodríguez P, Fournier-Fisas S, Ricart-Calleja M, et al. Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo. *Diagnóstico Prenat* 2013; 24 (1): 11-14. <https://doi.org/10.1016/j.diapre.2012.06.005>
  26. Pasquini L, Pontello V, Kumar S. Intracardiac injection of potassium chloride as method for feticide: experience from a single UK tertiary centre. *BJOG* 2008; 115 (4): 528-31. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01639.x>
  27. Dekkers FHW, Go ATJL, Stapersma L, Eggink AJ, et al. Termination of pregnancy for fetal anomalies: Parents' preferences for psychosocial care. *Prenat Diagn* 2019; 39 (8): 575-87. <https://doi.org/10.1002/pd.5464>
  28. Dickinson JE, Prime DK, Charles AK. The role of autopsy following pregnancy termination for fetal abnormality. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2007; 47 (6): 445-49. [doi:10.1111/j.1479-828X.2007.00777.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2007.00777.x)

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.