

**REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE SEVILLA**

EL NASCITURUS

DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO ELECTO

Dr. D. Enrique Poblador Torres

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO DE NÚMERO

Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. Rogelio Garrido Teruel

PALABRAS FINALES

Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Jesús Castiñeiras Fernández

Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla



Sevilla 12 de diciembre de 2021

NOTA IMPORTANTE SOBRE GÉNERO:

Este discurso ha sido redactado tratando de respetar la igualdad de género en el uso del lenguaje, empleando términos que engloban a ambos sexos cuando ha sido posible. En aquellos casos en los que no se ha encontrado un término adecuado, se ha optado por utilizar el masculino genérico siguiendo las recomendaciones de la RAE por motivos de economía del lenguaje y fluidez del discurso. Por tanto, en todas aquellas ocasiones en las cuales se haga uso del masculino genérico se están considerando a ambos sexos”.

"No rompas el silencio si no es para mejorarlo"

L.V. Beethoven (1770-1827)

A mi familia,
Padres, hermanas, esposa e hijos,
por...todo.

INDICE

Prólogo

Introducción y elegibilidad del tema

Consideraciones sobre el Nascitorus:

- Consideraciones médico-históricas
- Consideraciones académicas
- Consideraciones jurídicas

Reflexiones y casos clínicos de Medicina Fetal:

- Alegría y el aforismo "primun non nocere".
- Angela y el principio de prudencia.
- M^a Luisa y la actualización en medicina fetal.

Epílogo

Agradecimientos

Bibliografía

Excelentísimo Señor Presidente,

Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades y Representaciones,

Excelentísimos e Ilustrísimos Señores Académicos,

Señores Académicos Correspondientes,

Señoras y Señores,

Es para mí un verdadero honor disfrutar del uso de la palabra en tan histórico Salón, en un día con un significado tan especial, en mi carrera profesional, en este acto solemne de ingreso como Académico de Número en tan ilustre Institución.

Es costumbre citar alguna frase célebre ,en las páginas previas al desarrollo de la materia, con las que el autor se identifique. Yo he elegido una de L.V. Beethoven:

" no rompas el silencio si no es para mejorarlo".

Seguiré los consejos del maestro y no alargaré el discurso más allá de lo que realmente hoy quiero expresar. Tampoco esperen un discurso brillante, por mis limitaciones. Sin embargo, no duden que cuanto diga lo haré desde el

corazón, con una coherencia completa entre mi forma de pensar y de vivir. Lo haré leído como nos aconseja la tradición.

El año en el que Beethoven nació, en 1770, ya llevaba casi un siglo de recorrido la *veneranda tertulia* iniciada por D. Juan Muñoz y Peralta junto a una serie de intelectuales médicos ilustrados sevillanos, la cual hoy permanece, fiel a sus tradiciones, con objetivos estatutarios que continúan actuales y modernos.

Mi relación con la Real Academia de Medicina de Sevilla se inicia en mis años de estudiante de la Facultad, cuando asistía a las mesas redondas organizadas por D. Salvador Morales Méndez. Sin embargo, mi verdadero acercamiento se produce bajo la presidencia de D. Hugo Galera Davisson. Don Hugo, genio indiscutible en casi todas las facetas de la vida, siempre estuvo cercano y acertado conmigo, supo dirigirme correctamente y así, ganarme la confianza del D. Mauricio Domínguez-Adame, que en paz descansa, para ser presentado el 14 de junio de 2011 en este mismo salón, como "académico correspondiente electo".

En 2019, en el tradicional Día de la Academia, disfruté las muy emotivas palabras que D. Fernando Sáenz López de Rueda me dirigió al recibir el "Diploma de distinción" de esta Real Corporación y , casi sin darme cuenta, por la velocidad del paso del tiempo, me encuentro lleno de orgullo, ante ustedes como recipiendario.

Hay tradiciones que no deberán cambiarse nunca. Por lo que significan y por lo útiles que son a su fin. Me refiero al hecho que, para ser académico, uno no se presenta, no, lo presentan. Este acto, piénsenlo, no es un trámite cualquiera. Es un acto de generosidad y confianza impagable, por el que siempre queda uno en deuda. A ellos, mis padrinos, si me permiten llamarles así , me comprometo a no defraudarles.

-D. Blas Rodríguez de Quesada y Tello, un auténtico señor y caballero, de conversación larga y tranquila. Un hombre pleno, ilustrado, donde en su "oficina" siempre me hizo sentir bien.

-D. Juan Sabaté Díaz, inalcanzable e incansable, veloz, preciso en sus consejos, polifacético. Único.

-D. Rogelio Garrido Teruel, hombre con valores, comprometido y austero. Fiel a sus convicciones. Catedrático, brillante, que representa con mayúsculas la plaza de mi especialidad y ,sin embargo, tiene la generosidad de exponer la necesidad de que en la Real Academia de Medicina se duplique ésta, para mayor representación obstétrica.

A ellos mi más profunda gratitud.

INTRODUCCION

La historia de la institución impone, la solemnidad del acto impone y la altura científica e intelectual de los ilustrísimos académicos de número impone, pero, con la ayuda de Dios y el convencimiento de la importancia que en la sociedad actual deben jugar corporaciones como la Real Academia de Medicina, me pongo a su disposición para cuanto sea necesario.

El Ilmo. Dr. D. Jorge Domínguez-Rodiño pronunció en su discurso de ingreso:

"no hay que elegir un tema, hay que dejar que el tema te elija a tí".

Hoy, siguiendo el consejo, como recipiendario, debo hablar de mi pasión, la medicina fetal, área de conocimiento de la obstetricia, que se ha desarrollado en los últimos 40 años completando la ya tradicional perinatología o medicina materno fetal.

En esta etapa hemos pasado de llamar al feto "el objeto del parto" a ser nuestro paciente. **Nuestro paciente en toda su dimensión ontológica.** En él centro el presente discurso de ingreso, titulado "el Nascitorus".

CONSIDERACIONES MÉDICO-HISTÓRICAS

En la actualidad "Nascitorus" es un término vigente, que la Real Academia de la Lengua, en su diccionario, le otorga el siguiente significado: "concebido pero no nacido; como fase de la vida humana interna en formación o desarrollo". Proviene del latín, participio de futuro del verbo "*nasci*", el cual a su vez proviene de la raíz indoeuropea "*gnasci*".

Sin embargo, el nascitorus ha sido un gran desconocido para la medicina, conclusión a la que llego tras realizar un repaso de diversas fuentes históricas que me permito resumirles.

Es muy posible que en la prehistoria, el proceso de la gestación y el parto, por natural y frecuente, se abordara como un concepto mitológico de fertilidad. Posteriormente en Egipto, documentado en el papiro de Ebers (1500 a.C.), hay información obstétrico-ginecológica acerca de muchos procesos asistenciales como los prolapsos, duchas vaginales, como provocar un aborto e, incluso, como estimular un parto, aunque no se encuentra ninguna consideración sobre la vida intraútero. Tampoco en Mesopotamia.

Sorano de Éfeso (98-138 d.C.) médico griego que ejerció en Alejandría y Roma, considerado uno de los padres de la ginecología por sus escritos sobre las enfermedades de las mujeres, la anatomía de los genitales femeninos y el parto, sólo mencionó la vida intraútero para describir las distintas posiciones fetales en el claustro materno.

Hay que esperar al siglo XIX, concretamente a 1821, cuándo de forma fortuita, se produce un hito histórico. J. Alexandre Lejumeau, médico internista, ausculta el latido fetal y lo propone como signo patognomónico de vitalidad fetal. Unos años después, en 1894, Christian Leopold describe sus maniobras obstétricas para definir el tamaño ,la presentación, la posición y la situación del feto en relación a la madre, las cuales son de gran trascendencia en la semiología obstétrica, siendo enseñadas y transmitidas hasta nuestros días.

Otros nombres ilustres dentro de la obstetricia, como Madame Lachapelle, Boudeloque, Simpson, Show, Michaelis, Credé, Braxton-Hicks, Récamier, Hodge, Duncan o Tarnier centraron sus estudios en el contexto del parto, describiendo maniobras tocúrgicas, introduciendo la anestesia o desarrollando instrumentos como los fórceps, pero ninguno de ellos estudiaron al feto como paciente.

En España, D. Sebastián Recasens Girol (1863-1933), que ocupó a principio del s.XX la Cátedra de Obstetricia y Ginecología de Madrid, anima a:

"no ocuparse solo de los fenómenos del parto sino el de emprender, como otras ramas de la medicina, la investigación de la causa íntima de lo observado".

Advertía de los problemas no resueltos y , en ese momento, nos avisaba con una frase premonitoria de lo que estamos viviendo en el s.XXI :

"que el apetecido resultado consiste en alcanzar que la función cuyo fin es dar vida, no llegue nunca a ser causa de la muerte".

No obstante, incluso un médico tan ilustre para su época, que se adelanta al incluir un capítulo específico en su Tratado de Obstetricia con el título "desviaciones del tipo normal del desarrollo del feto" , lo hace de forma equivocada, al no de adivinar lo que a finales de siglo XX proponemos con la medina fetal. En ese momento justifica su aportación diciendo:

"Si bien el estudio de los vicios de desarrollo y de las monstruosidades no pertenece a la obstetricia, consideramos de utilidad dar una ligera idea de los mismos, por ser el tocólogo el primero en reconocer al feto en el momento del nacimiento".

En la segunda mitad del siglo XX se comienzan a incorporar múltiples procedimientos como la plasmaféresis intraperitoneal fetal en casos de isoimmunización por incompatibilidad por Rh (Halley, 1960), la incorporación de la inmunoprofilaxis anti Rh (postparto en 1968 y anteparto en 1985), el uso de amnioscopio (diseñado por Saling en 1962) para la búsqueda de líquidos

amnióticos meconiales y el uso de corticoides antenatales para disminuir en un 50% la incidencia de membrana hialina en casos de prematuridad (Leggins y Howie, 1972), los cuales han permitido salvar millones de vidas además de mejorar la vida de muchas más.

En la década de los 70 del siglo XX se introduce el concepto de bienestar fetal, área donde destacan los trabajos de la escuela de Montevideo, liderado por el Prof. Caldero Barcya para desarrollar la monitorización electrónica fetal en sus tres variantes (basal no estresante, con contracciones inducidas o el registro durante el parto) que, hoy en día, siguen vigentes. Muchos creen que este estudio de fisiología fetal, aunque limitado, nos descubrió al paciente: El feto. Desde este momento, muchos conceptos científicos básicos como la transferencia de oxígeno, la reserva placentaria y los mecanismos de compensación fetal entraron en la sala de partos. Estos años de estudio fisiopatología fetal, junto con el desarrollo de la ecografía iniciado por Ian Donald en 1957, fructificarán años más tarde en el concepto actual de Medicina Fetal. Concepto ambicioso, que aglutina cualquier aspecto de la medicina que potencialmente pueda afectar al feto.

Es tan amplio el concepto que nace multidisciplinar, coordinado con otras especialidades, global y clínico.

CONSIDERACIONES JURÍDICAS

En el ámbito jurídico, el *Nascitorus*, ha sido considerado desde la antigua Grecia, dónde Hipócrates, ya había formulado en su juramento, la prohibición a la profesión médica de proporcionar brebajes abortivos.

Esta protección se perfecciona en el Derecho Romano con la *lex Cornelia de sicariis et veneficiis*, traducida como "ley Cornelia de sicarios y envenenados" del año 81 a.C. El Derecho Romano ya se refiere al concebido no nacido como "*is qui in utero est*" (lo que supone una personificación completa) o "*conceptus*" y , posteriormente, los derechos del *nasciturus* se encuentran regulados en el Digesto (D.1,6,26), obra de gran prevalencia jurídica, que señalaba literalmente:

" *Los hijos ya concebidos son considerados en casi todo el derecho civil como nacidos...*"

En la España Visigoda, el rey Recesvinto, promulgó el *Liber Iudiciorum*, que posteriormente, en 1241, por orden de Fernando III, Santo y Patrón de nuestra ciudad, fue traducido al castellano ,conociéndose como *Fuero Juzgo*, y aplicándose en todos los territorios reconquistados. En su Libro VI, título III, regula explícitamente el delito de aborto. Su hijo Alfonso X, con la aspiración de redactar un código con carácter universal, promueve *Las Partidas* donde en su número IV, título XXIII, Ley III escribe, también, sobre el estatuto jurídico del *nascitorus*.

Los eruditos en la materia sostienen que la concepción jurídica romana sobreviviría en el Derecho Castellano hasta la mitad del siglo XIX, donde dicha posición retrocede en favor de la teoría abstracta germana y culmina en el Código Civil español de 1851, donde quedarán reflejados conceptos como el de persona, personalidad, sujeto de derecho y capacidad jurídica. El legislador de entonces no podía imaginar, ni remotamente la situación actual, donde es evidente que hay desequilibrios difíciles de explicar. O es que puede ser comprensible la extraordinaria, y loable, actividad legislativa dirigida a proporcionar protección jurídica a los menores de edad, con la desprotección del concebido no nacido, cuyo derecho a la vida no es absoluto, está repleto de limitaciones y relativizado, no solo al contexto, sino a la propia voluntad de la mujer, tal como se refleja en la vigente Ley Orgánica n.2 del 3 de marzo 2010, en materia de salud sexual y reproductiva, que, aunque pendiente desde hace más de 11 años de un recurso de inconstitucionalidad, actualmente permite la interrupción legal del embarazo en las primeras catorce semanas de gestación, sin alegar ningún motivo.

Recuerden la máxima:

"Aquello que es difícilmente explicable es difícilmente entendible".

Por ello, por no ser fácilmente entendible, debo recomendar a expertos juristas, para aquel que quiera profundizar sobre estos aspectos ,como mínimo controvertidos.

El Profesor Francisco J. Contreras Peláez, Catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidad de Sevilla en el tratado "*La protección jurídica del Nascitorus en el Derecho Español y Comparado*" , es autor del capítulo III , titulado: "*El autoengaño necesario: algunos argumentos sobre el aborto*". En él realiza un análisis de los mismos y, a la vez, una crítica brillante, desmontándolos intelectualmente.

En el prólogo de dicha obra, el autor principal, D. José Antonio Sánchez Sáez, Profesor Titular de Derecho Administrativo de la Universidad de Sevilla, nos justifica, como jurista, la necesidad de su libro, diciendo, con cierta valentía:

"dado que el pensamiento único en esta materia es abrumadoramente mayoritario y la dictadura de lo políticamente correcto acecha al mundo del Derecho y de la Universidad, resulta paradójico que en una sociedad aparentemente abierta, postcristiana y racionalista como la española, todo es discutible y relativo salvo, curiosamente, el dogma del derecho al aborto".

Al Prof. Sánchez Sáez , no le falta razón.

CONSIDERACIONES ACADÉMICAS

Los objetivos y fines de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla están recogidos en el estatuto vigente de abril de 2014 y, las actividades para desarrollar los mismos, bien especificadas en el artículo V del capítulo 1º.

No obstante, a mí personalmente me gusta más la redacción del estatuto de 1886. Es más bello. De éste, extraigo, la siguiente tarea específica para los Académicos, actualmente vigente:

"obligación de evacuar las consultas de las autoridades, de distintos organismos e instituciones (entre ellos los órganos judiciales competentes)"

En este sentido, en la nuestra Real Corporación, *el nascitorus* siempre estuvo presente como paciente. Pero más aún en la actualidad, donde somos testigos privilegiados del incremento observado en el número de casos clínicos que acaban judicializándose, en general, en todas las especialidades médicas y ,en particular, en la obstetricia.

Por ello, como recipiendario, me comprometo a continuar con el compromiso y fidelidad a la verdad de mis predecesores Académicos, para mantener intacta la reputación de nuestros actos e informes.

REFLEXIONES Y CASOS CLINICOS

Un discurso de ingreso en una institución tan señalada y prestigiosa, en mi opinión no es un trámite obsoleto. En absoluto. Es un acto solemne, donde el recipiendario, entre otros aspectos, debe mostrarse públicamente, con su ciencia

(búsqueda de la verdad) y su conciencia (fidelidad a lo legítimo, que no siempre coincide con lo legal)

En este sentido mi vocación con mi paciente, el feto, es médica y antropológicamente humana, hacia la esperanza de vida en su aspecto filosófico, y en el tangible, el cual, de hecho, es un parámetro muy utilizado por el resto de especialidades médicas para, estadísticamente, evaluar el impacto positivo de un adelanto médico en el paciente.

Para mí, reitero, el **feto es un paciente**, ontológicamente idéntico al recién nacido, y, definiendo, que todas las actuaciones médicas deben seguir lo que hubiese recomendado la bioética en cualquier otro momento de su vida.

Hoy, no seré tan obstinado de tratar de resumirles todo lo que alcanza la medicina fetal. Pienso que no es el día, ni tampoco la hora para ello. Tampoco esperen una discusión científica con su bibliografía oportuna. Pienso que no es el lugar adecuado. Me limitaré a exponer tres casos clínicos de una forma humana y personal:

- De forma humana porque quiero diferenciarlo de lo que hubiera redactado para un congreso. Hoy quiero darle una dimensión Académica, nunca mejor dicho, que ilustra lo avanzado y nos proponga nuevos retos.

-De forma personal porque son pacientes mías, que me han dejado huella.

1) El caso de Alegría como ejemplo de disminuir la invasividad.

Alegría es una niña que nació hace 4 años con Síndrome de Down. Sus padres ante el hallazgo de marcadores ecográficos sospechosos de cromosomopatías en el primer trimestre pidieron, con todo el sentido común, no realizar pruebas invasivas que pudieran poner en riesgo la vida de su hija. Se completó el estudio con el diagnóstico prenatal no invasivo, que nos advirtió de

la trisomía 21 sospechada, y con ecografías prenatales, que nos descartaban patologías asociadas, especialmente las cardíacas. El parto fue un día muy especial. Hoy Alegría, disfruta con sus padres, Juan y Carmen, y sus hermanos.

Habitualmente la incidencia de complicaciones de la amniocentesis, prueba invasiva más frecuente, se expone de forma relativa porcentual, estimándose esta sobre el 1%. En 2010 se calculó que el número de amniocentesis en Andalucía era mayor de 10.000 procedimientos año por lo que se puede estimar también que el número de embarazos perdidos yatrogénicamente por este motivo, en números absolutos al año, estaría cerca de los 100, y ,además, la mayoría , hubieran sido niños sanos.

Por tanto **disminuir la invasividad** constituyó un objetivo primordial de la medicina fetal. Los marcadores ecográficos de cromosomopatías propiciaron, no hace mucho, un cambio de paradigma, donde la sospecha de determinados síndromes ya no se establecían por la edad materna, sino por lo que se observaba en el paciente. Este método de cribado se perfeccionó posteriormente asociándolo a dos parámetros bioquímicos conociéndose como screening combinado. Sin embargo, se produjo un efecto paradójico y lejos de disminuir la invasividad, la aumentó, lo cual trajo implícitamente un incremento de las complicaciones.

El verdadero impacto en la disminución de la invasividad se observó con la implantación del estudio mediante el análisis estadístico de fracciones de DNA fetal circulante en sangre periférica materna, que presenta tasas de sensibilidad y especificidad del cercanas al 99%, sin riesgos para el feto al no ser una técnica invasiva.

Los inicios de ambas pruebas y su implantación en la práctica rutinaria me traen gratos recuerdos personales, y constituyeron el tema de mi discurso cuando me recibieron como Académico Correspondiente en 2012.

El aforismo clásico "*primun non nocere*" sigue vigente y Alegría nos lo recuerda con su sonrisa.

2) El caso de Angela y el principio de prudencia.

Angela es una niña sana de tres años y medio, que disfruta de una extraordinaria familia y que, hace dos meses, ha recibido un nuevo hermanito. Mientras estaba en el claustro materno, durante el primer trimestre, a su mamá, Pastora, ante unas adenopatías evidentes claviculares que motivaron su estudio anatomopatológico, se le diagnosticó un linfoma de Hodking.

Por su entereza fue capaz de enfrentarse a su enfermedad, y , lo más duro, a la opinión mayoritaria facultativa que le animaba, de forma equivocada, a interrumpir el embarazo. De forma equivocada incluso desde el punto de vista de la evidencia científica, al estar reportadas series que concluyen que la medicación quimioterápica que requería Pastora era compatible con la vida fetal de su hija Angela.

Hoy es posible monitorizar intraútero de forma precisa y segura potenciales efectos indeseables de determinadas medicaciones como la cardiotoxicidad, la anemia, las alteraciones de la mineralización ósea o las cataratas congénitas. Nada de ello se observó.

Finalmente, tras los seis ciclos de quimioterapia, inducimos el parto en la fecha adecuada oncológica, coordinando el caso con neonatología para ,asumiendo cierta prematuridad leve fetal, poder recibir la madre el tratamiento radioterápico complementario en plazo óptimo terapéutico.

Gracias a su formación, su entereza y el apoyo de su familia hoy Pastora madre se encuentra libre de enfermedad disfrutando de su hija Angela, sana, y viceversa.

Pastora y Angela nos recuerdan que la prudencia sigue siendo una virtud.

3) El caso de M^a Luisa e incrementar el rendimiento diagnóstico.

M Luisa, es un feto que hoy descansa en el cielo. Sobre los cuatro meses se detectó ecográficamente una atresia esofágica y una cardiopatía grave (comunicación interventricular, y atresia de válvula pulmonar) Su madre, luchadora incansable, pidió que pusiera al alcance de su hija todo lo que la ciencia pudiera ofrecer. Propusimos realizar una amniocentesis donde estudiar

en el líquido amniótico, además del estudio citogenético, la técnica conocida como exoma en trío, que nos diagnóstico un Síndrome de Charge. Esto nos permitió ofrecer información precisa sobre el pronóstico y ,cuando sobrevino la muerte fetal intraútero, tranquilizar a la madre en relación a los embarazos futuros.

En las técnicas invasivas, ya que se asumen ciertos riesgos, el aumentar el rendimiento de la misma en cuanto a capacidad diagnóstica y el disminuir el tiempo en la emisión del informe han sido dos objetivos primordiales de los que puedo dar testimonio.

Recuerdo, hace ya casi 28 años, que el líquido amniótico de mis primeras amniocentesis como residente en el HUV Macarena, las llevaba personalmente, en el bolsillo, a la Cátedra de Biología para su estudio citogenético, donde el resultado podía tardar un mes y , en ocasiones, el diagnóstico no era posible por no observarse crecimiento en el cultivo.

Desde entonces he sido testigo de la implantación de los métodos indirectos, complementarios, que, con sensibilidad y especificidad extraordinarias, nos adelantaban el resultado esperado en 48-72 horas. También del desarrollo de los arrays, paneles muy útiles cuando el fenotipo de las anomalías no nos permitían orientar el diagnóstico.

Esta carrera vertiginosa nos hace considerar estas técnicas, que son actuales, en cierta manera antiguas, por el desarrollo tecnológico. En esta línea se espera un gran impacto con la secuenciación de nueva generación y los dispositivos bioinformáticos para el análisis de la información.

El genoma humano, con más de 20.000 genes, presenta cerca de 7.000 de ellos relacionados con diferentes patologías. Cada gen presenta una región codificante (exón) y una no codificante (intrón). A partir de ello, se define el exoma como el conjunto de exones, el cual puede ser secuenciado y confrontado para llegar a un diagnóstico definitivo. Para ayudar a evaluar aquellas variantes genéticas de significado incierto, se compara el exoma, en este caso fetal, con el de sus progenitores, por si al estar presentes alguna de dichas variantes , no otorgarle significado clínico.

Esta es la base del exoma en trío, más novedosa aun en líquido amniótico, que nos permitió el diagnóstico de M^a Luisa hija, -DEP- y el consejo genético implícito de M^a Luisa madre.

El avance tecnológico avanza con una velocidad vertiginosa, que nos obliga a una actualización permanente y, a la vez, nos impide no comprometer a los sistemas de salud que no sean capaces de mantener dicho ritmo.

EPILOGO

En estos momentos ,en el que voy finalizando mi discurso, es tradición resaltar algunas conclusiones, de forma breve, que conformen el epílogo. !De epílogo y, a la vez, de prefacio!, dado que es un discurso de ingreso que da pie a un camino, el de académico de número electo, que espero recorrer con sus consejos y recomendaciones. Los necesitaré.

Soy consciente que para algunos, como reputados científicos, este discurso se ha quedado corto en datos estadísticos, fundamentos anatómico-fisiológicos de la vida intraútero o el llevarles al límite del conocimiento científico actual en mi disciplina. A ellos, quiero decirles que ha sido de forma deliberada. Consciente. En cierta medida, lo siento. Quedo en deuda y me comprometo a colaborar en la organización de mesas redondas, para cumplir el deber estatutario de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, de profundizar y divulgar el conocimiento médico.

Mi propósito ha sido transmitir un mensaje simple, incluso podría decir que he querido compartir una reflexión. El feto ya es un paciente, no el objeto del parto. Por ello, si queremos llamar a este área de conocimiento *medicina fetal*, ¡medicina! estamos obligado a defender la vida intraútero o bien, ser honestos, y cambiarle el nombre.

Sin este principio, ningún adelanto tecnológico que incorporemos tendrá sentido.

AGRADECIMIENTOS

Ahora sí, voy a finalizar el discurso con los agradecimientos. No lo haré como fórmula de cortesía, para aparentar cierta educación o para intentar esconder cierta vanidad. No. Lo hago porque mi sentimiento de gratitud es tan verdadero que me siento obligado, en esta nueva etapa como académico ,a devolver a la sociedad lo mucho que me ha dado. De corazón pienso que he sido un privilegiado en todos los sentidos.

Estudié con la ilusión de ser médico, y la Universidad de Sevilla me brindó un claustro de Profesores de máximo prestigio y unos compañeros de clase extraordinarios. En la parte práctica de esta etapa recuerdo a mi tío D. Manuel Torres Cansino, cirujano de tórax, al que estaré siempre agradecido por sus consejos.

En el MIR pude elegir la especialidad y hospital que quería. Allí, en el Hospital Universitario Virgen Macarena aprendí y disfruté con mis compañeros, especialmente con el Dr. Manuel Fernández Sánchez, al que quiero y admiro, y al Dr. José Hidalgo Naranjo, al que considero pareja de hecho; De esa etapa todos son recuerdos felices repletos de anécdotas : Mi primera guardia con la Dra. de los Reyes, mi primera cesárea con el Dr. Barranco, mi primera ecografía con el Dr. Muñoz, mi primer fórceps con el Dr. Tirado...

En mi etapa madrileña, por el cariño y apertura de mentalidad profesional que me permitieron ¿cómo corresponder al Dr. Luis Ignacio Recasens Sánchez-Mejías y al Prof. Joaquín Díaz Recasens? Sin duda, sigo en deuda con ellos.

Sin embargo, nada hubiera sido igual sin mi familia. En absoluto. En mi opinión la familia es el núcleo de la persona. Lo más importante. Por ello dije antes que me siento un privilegiado, porque viví mi infancia con una sociedad en paz, en una familia estable, alegre, y bien estructurada donde mis padres, Enrique y Lola, fueron siempre un ejemplo real, no escenificado, de lo que es la

vida. Mi relación con mis hermanas, Rocío y Lolita, sigue siendo extraordinaria. No nos faltó de nada. No hubo lujos ni los quisimos.

Mi esposa , Sisa, es la mujer con la que me volvería a casar. Desde el principio entendió la servidumbre de la obstetricia y la aceptó, como obstetra consorte, hasta el día de hoy sin reproche alguno. Gracias. Fruto de mi matrimonio tenemos dos hijos, Kike de 13 años y Sisa de 10 años. Ellos realmente me cambiaron la vida, en todos los aspectos, a mejor. Os quiero. Gracias.

Como nexo con el principio del discurso, donde cité la frase célebre "*no rompas el silencio si no es para mejorarlo*" de L.V. Beethoven, debo concluir que probablemente el maestro no hubiese salido satisfecho ni del contenido, ni de la redacción, ni tampoco de la duración de mi discurso...¡pero yo he sido feliz!

He dicho.

BIBLIOGRAFIA

-"El Digesto de Justiniano", Tomo I, Constituciones preliminares y Libros 1-1.9, versión castellana por Dors, A., Hernández et al, editorial Aranzadi, Pamplona, 1968, p.61.

-"Protección jurídica del nasciturus en el derecho español y comparado" por el Prof. J.A. Sáez et al., Ed. Comares, Granada, 2018.

-"La protección jurídica del concebido en el derecho español", de José Ramón Deverda y Beamonte; Rev.Boliv. de derecho n°22, julio 2016,ISSN 2070-8157,pp.16-33.

-"Cuestiones actuales de Bioética" 2ª edición, marzo de 2011, por Gloria Mª Tomás y Garrido; Ed. Universidad de Navarra SA (Pamplona).

-"Estatuto biológico del embrión y consideraciones ontológicas" por J.C. Bermejo y Fco. Álvarez, en "Pastoral de Salud y Bioética" del Diccionario San Pablo, pág. 619-632.

-"Tratado de Obstetricia" por Dr. Sebastián Recasens Girol, Ed. Salvat y Cª, Barcelona, 1932.

-"Historia de la Ginecología y Obstetricia" por M. O'Dowd, Ed. Partenon Publishing Group, (Edición Española) Barcelona, 1995.

- Declaración de Ginebra, aprobada por unanimidad, en la Sociedad de Naciones en 1924.

-Declaración de los derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959.

-Convención sobre los derechos del Niño, aprobada por la Asamblea general de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, ratificada por España el 21 de diciembre de 1990 (BOE 31 de diciembre 1990, núm. 313) y que entró en vigor el 5 de enero de 1991.

-"Cirugía oncológica de laringe" ; Discurso de recepción del Académico Electo Dr. D Hugo Galera Ruiz en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, 23 de mayo de 2021.

- " Sobre las recepciones de Académicos numerarios (en ciento setenta y tres ocasiones como esta, 1853-2018) Discurso de recepción del Académico Electo Dr. D. Jorge Domínguez-Rodiño y Sánchez-Lauhlé en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, 9 de mayo de 2021.

- "La Biblioteca y el archivo de la Real Academia de Medicina y cirugía de Sevilla"; Discurso de recepción del Académico Electo Dr. Joaquín Nuñez Fuster en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, 1 de diciembre de 2013.

- "Reseña histórica e hitos de la obstetricia" por Dr. Manuel Sedano et al; Rev.Med.Clin.Condes-2014; 25(6) 866-873.

- "Historia de la cirugía fetal" por Dr. Moisés Humán; RevPeruGinecologObstet.2019;65(4):479-485.

- "Controversias e historia del monitoreo cardíaco fetal" por Omar Felipe Dueñas et al.; Revista de Investigación Clínica / Vol. 63, Núm. 6 / Noviembre-Diciembre, 2011 / pág. 659-663.

-Breves historias en la Obstetricia, Ed. latinoamericana 2015 Buenos Aires.