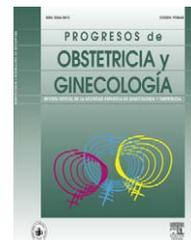


PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



DOCUMENTO SEGO

Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Declaration of the Bioethics Commission of The Spanish Society of Obstetrics and Gynecology on the Organic Law 2/2010 of Sexual and Reproductive Health and of the Voluntary Interruption of the Pregnancy

Lluís Cabero Roura¹ y la Comisión de Bioética de la SEGO

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Vall D'Hebrón, Barcelona, España

Accesible en línea el 6 de enero de 2011

Introducción

El 4 de marzo del 2010, se publicó la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en la que además de garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, tal como se establece en el art. 1 de la misma, se regulan las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y se establecen las correspondientes obligaciones de los poderes públicos.

En la mencionada ley, en su Título II, Capítulo I, se establecen las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo, que transcribiendo la norma dice:

«Artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer.

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

Correo electrónico: lcaberor@meditex.es

¹ Véase la relación de los integrantes de la Comisión de Bioética en el anexo.

- a. Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.
- b. Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Artículo 15. Interrupción por causas médicas.
Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

- a. Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.
- b. Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

c. Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico».

Como puede apreciarse en el apartado c del art. 15, se podrá finalizar la gestación más allá de las 22 semanas siempre que se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico, y así lo confirme un comité clínico. De ello se deduce que en este apartado se incluyen dos tipos de eventualidades; las primeras, que podrán optar a la finalización, siempre y cuando cumplan con los requisitos, y las segundas, que requerirán, además, la opinión y autorización de un comité clínico.

Esta Comisión de Bioética de la SEGO ha considerado diversos aspectos que la norma no establece pero que son de relevante importancia. El primero, definir, basados en la evidencia científica, qué se entiende por anomalía fetal incompatible con la vida; segundo, qué se entiende por enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico; tercero, analizar algunos aspectos metodológicos del funcionamiento interno de los comités clínicos. Por último, la Comisión recuerda que en su día ya se pronunció sobre algunos aspectos, como el hecho de que «cuando la decisión de la finalización de la gestación sea una vez alcanzada la viabilidad fetal, lo aconsejable médica y éticamente sería la finalización del embarazo con los cuidados correspondientes al parto pretérmino»¹.

Definiciones

Anomalía fetal incompatible con la vida

Se entiende por tal... «Aquellas anomalías que previsiblemente/habitualmente se asocian con la muerte del feto o del recién nacido durante el periodo neonatal, aunque en condiciones excepcionales la supervivencia pueda ser mayor».

Enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico

Se entiende por tal: «Aquellas situaciones con una alta probabilidad de mortalidad durante el periodo fetal o tras el nacimiento y/o que previsiblemente se asocian con un tiempo de supervivencia corto y/o con un desarrollo neurológico profundamente deficiente y/o con una probabilidad de dependencia extrema y persistente para el desarrollo de su vida posnatal».

Aspectos metodológicos del funcionamiento interno de los Comités Clínicos

El funcionamiento de este tipo de Comités Clínicos (CC) puede equipararse, desde el punto de vista metodológico, al de los Comités de Ética Asistencial (CEA), que con relativa frecuencia analizan casos en los que se discute la limitación

terapéutica. En estas ocasiones, el objetivo de las discusiones de un CEA, siempre ajustándose al caso concreto, es buscar el bien del paciente, lo que es mejor para él. En los casos de limitación terapéutica se trata de evitar el encarnizamiento u obstinación terapéutica, evitar imponer al paciente unos tratamientos que le ocasionen un sufrimiento cierto e importante, sin posibilidad de curación ni de mejoría, que cómo mucho conseguirían el retraso de la muerte o la prolongación de la agonía.

La interrupción de la gestación no es exactamente la misma circunstancia, por el hecho de que difícilmente se puede considerar que el embarazo sea un tratamiento. Pero sí es cierto que puede haber casos y situaciones con una patología tal que lleve a plantearse cuestiones similares. En lo que se refiere a la ley, las malformaciones incompatibles con la vida extrauterina están en general bien definidas. Sin embargo, pueden generarse conflictos en casos de «enfermedad extraordinariamente grave o incurable», que deben considerarse caso a caso.

Un hecho muy importante es la posición previa de cada CC sobre cómo y qué considera que es la vida humana: si la considera que es un conjunto de procesos metabólicos destinados a mantener el latido cardíaco, es decir, algo exclusivamente biológico, o si la considera que es algo más: un valor básico, fundamental, y que debe incluir una cierta calidad de vida para mantener la obligatoriedad de conservarla, y que el deber de conservarla puede no urgir en condiciones particularmente difíciles. La vida humana no es un bien absoluto, sino que está en función de otros valores que pueden conseguirse con ella, y que hacen posible darle un sentido. Como puede comprenderse fácilmente, esta valoración intrínseca de cada CC es una condición importante para poder determinar y dilucidar en cada caso lo más oportuno.

Otra reflexión importante es que los CC deben de analizar los casos de manera individual y global y no simplemente sujetos a una etiqueta diagnóstica, y es por ello que se sugiere la utilización de una metodología bioética, similar a la de un CEA, y que en síntesis se basa en el análisis de distintos aspectos que a continuación se sugieren:

1. Aspectos médicos: antes de plantear el análisis de un caso es imprescindible que se hayan cumplido los preceptos de la máxima calidad asistencial, y que se estudien los siguientes aspectos:
 - Diagnóstico cierto: que se hayan utilizado todos los medios para llegar a un diagnóstico cierto. Debe mencionarse que la norma estipula la posibilidad de que el propio CC, en aras a establecer un diagnóstico más exacto y certero de la situación, pueda solicitar información adicional e incluso pueda él mismo indicar pruebas adicionales a fin de esclarecer, en la medida de las posibilidades actuales, el diagnóstico de las anomalías fetales.
 - Posibilidades reales de tratamiento y alternativas posibles: de manera parecida al anterior párrafo, el CC puede requerir el concurso adicional de un especialista en un aspecto concreto de la patología, a fin de poder determinar las posibilidades reales de tratamiento en este caso concreto.
 - Análisis de las consecuencias de cada alternativa, es decir, de la finalización o no del embarazo. En este caso,

las consecuencias deben de evaluarse no sólo sobre el feto/neonato, sino también sobre la propia madre.

2. Análisis de los valores: en los CEA se acepta de manera meridiana que todo adulto competente puede rechazar un tratamiento si considera que no está de acuerdo con su sistema de valores, o si considera que el daño que le causará es superior a los beneficios que puede obtener de él. En el caso de sujetos menores, son los padres o sus tutores quienes representan sus intereses. El CEA tiene la responsabilidad de analizar si lo que plantean los padres es realmente lo mejor para el niño, y hacer su recomendación en consecuencia. Una responsabilidad similar es la que recae en los CC que habrán de decidir sobre la interrupción de la gestación. Sin embargo, en el caso de la gestación hablamos de un *nasciturus*, hecho que añade matices distintos en el proceso de toma de decisiones (decisión de la madre frente a protección del no nacido o discrepancia entre ambos progenitores). Por lo tanto, los CC deberán hacer un análisis de los valores involucrados en el caso particular que se analice.

Nasciturus es un término jurídico que designa al ser humano desde que es concebido hasta su nacimiento. Hace alusión, por tanto, al concebido y no nacido. Se encuentra protegido por el ordenamiento jurídico pues se le considera «un bien jurídico necesitado de tutela».

3. Calidad de vida: el CC deberá analizar cautelosamente los aspectos relacionados con la calidad de vida del sujeto. De entre ellos deberán tener en cuenta:
 - El tiempo de supervivencia previsible.
 - El grado de desarrollo neurológico previsible.
 - El tipo y el grado de dependencia previsible y las condiciones futuras de vida.
4. Otros factores: asimismo, el CC deberá centrar su atención en aspectos relacionados con:
 - Consecuencias para la madre.
 - Consecuencias para la familia.
 - Factores sociales.

Todos estos aspectos son los que los CC han de analizar en cada situación de manera individual y particular, sin poder hacer generalizaciones. Además, los CC han de ser conocedores de todas las alternativas, es decir, han de estar constituidos por personas expertas en las materias que se deben tratar, así como de los distintos caminos y soportes sociales que el sistema sanitario y social dispone. Por ejemplo, es posible que un tipo de anomalía tenga un tratamiento en un ambiente determinado (cirugía cardíaca), mientras que no disponga de él en otro. El CC ha de poder recomendar, pensando en el *nasciturus*, una alternativa que incluya la estrategia terapéutica adecuada, y no solamente la simple finalización de la gestación.

Además, esta comisión entiende que es muy necesario que cada caso en el que se finalice la gestación, el producto sea estudiado posteriormente por un patólogo experto a fin de poder establecer un correcto asesoramiento reproductivo ulterior.

Con el fin de facilitar el funcionamiento de los CC, la SEGO, a través de su Comisión de Bioética, ha realizado un análisis de las distintas circunstancias que podrían estar incluidas en los supuestos que marca la norma en su artículo 15 apartado c, y que tan solo a título de ejemplo, y teniendo presente que pueden existir casos no tipificados en esta

relación que se adjunta, se presentan aquellas circunstancias en las que no es necesario la evaluación por un CC. Entre ellas se destacan:

Anomalías fetales incompatibles con la vida

- Anencefalia/exencefalia/acráneo.
- Hidranencefalia.
- Holoprosencefalia alobar.
- Atresia laríngea/atresia traqueal.
- Agenesia diafragmática.
- Agenesia renal bilateral.
- Patología renal bilateral con secuencia Potter y de comienzo precoz.
- Ectopia *cordis*.
- Pentalogía de Cantrell.
- Síndrome de bandas amnióticas.
- *Limb-body wall complex*.
- Displasia esquelética letal con hipoplasia torácica y afectación precoz.
- Cromosomopatías: trisomía 18, trisomía 13, trisomía 9, triploidías.

Por otro lado, existen toda una serie de circunstancias que se engloban en el epígrafe de «Enfermedades extremadamente graves e incurables a tenor del conocimiento científico disponible en el momento del diagnóstico», y que requieren el informe del CC y que de forma ilustrativa corresponderían a situaciones como las siguientes:

1. Malformaciones cardíacas como:
 - Formas graves de anomalía de Ebstein, con insuficiencia tricuspídea severa y gran cardiomegalia.
 - Hipoplasia de cavidades izquierdas.
 - Isomerismo derecho.
 - Canal auriculoventricular completo con bloqueo auriculoventricular completo, en el contexto de isomerismo izquierdo.
 - Cualquier cardiopatía estructural que se acompañe de fracaso cardíaco.
 - Miocardiopatías/disfunciones miocárdicas con fracaso cardíaco.
 - Encefalocele asociado a otras anomalías y/o que cause desestructuración anatómica del SNC.
 - Hidrocefalia grave y progresiva.
 - Ausencia o hipoplasia grave de vermis cerebeloso.
 - Alteraciones estructurales graves del SNC (leucomalacia, esquizencefalia, lisencefalia, etc.).
 - Agenesia completa y aislada del cuerpo caloso.
 - Tumorações con compromiso severo de estructuras vitales.
 - Hernia diafragmática grave.
 - Esclerosis tuberosa.
 - Hidropesía grave sin causa aparente.

Condiciones especiales: gestación gemelar

Gestación gemelar bicorial

En los supuestos que marca la norma (anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedades extremadamente

graves e incurables) puede contemplarse la reducción fetal selectiva con los mismos criterios que la IVE en la gestación única.

Gestación gemelar monocorial

La opción de oclusión de cordón umbilical se puede contemplar:

1. En ambos supuestos (anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedades extremadamente graves e incurables) con los mismos criterios que la IVE en la gestación única.
2. En situaciones de patología fetal que representen un riesgo elevado de muerte intrauterina del gemelo afectado y, en consecuencia, muerte concomitante o previsible riesgo de secuela neurológica severa del gemelo

sano (crecimiento intrauterino restrictivo grave con alteraciones críticas del Doppler).

Anexo

L. Cabero Roura (presidente Comisión Bioética), E. Antolin Alvarado, E. Cabrillo Rodríguez, V. Cusi Sánchez, E. Fabre González, A. Galindo Izquierdo, A. González González, A. Herruzo Nalda, J.C. Melchor Marcos, L.T. Mercé Alberto, F.S. Molina Garcia, L.R. Puertas Luis, S. Salcedo Abizanda y F. Villagra Blanco.

Bibliografía

1. Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo. *Prog Obstet Ginecol.* 2009;52:67–8.