

78 **José Zamarrigo**
Luis Cabero
Ramón Usandizaga
Francesc Abel
Eduardo Cabrillo
M. del Carmen Cuadrado
Ernesto Fabre
Alfonso Herruzo
José Manuel Martínez-Pereda
Javier Martínez

Comisión de Bioética de la SEGO. Madrid. España.

Fecha de recepción: 4/9/2007.

Aceptado para su publicación: 3/10/2007.

Los procedimientos diagnósticos y los tratamientos excesivos en obstetricia y ginecología

*Diagnostic procedures and
overtreatment in obstetrics and
gynecology*

PREÁMBULO

Con el título «Los procedimientos diagnósticos y los tratamientos excesivos en obstetricia y ginecología», la Comisión de Bioética de la SEGO desea abordar un tema que enfrenta la ayuda al paciente en grave o difícil situación clínica, con los límites que la eficiencia, la ética, el respeto a la autonomía del paciente y, en ocasiones, hasta su propia dignidad, exigen para que la acción terapéutica se adecue a los fines que le son propios y para los que los diversos métodos asistenciales pueden y deben ser utilizados.

Nuestra especialidad se enfrenta, con cierta frecuencia, en sus distintos campos de actuación, a supuestos y circunstancias que pueden dar lugar al tema que es objeto de este documento. Así, en medicina materno-fetal, y sólo por citar un ejemplo, la prematuridad extrema da lugar a situaciones de difícil manejo y equilibrio entre el hacer y el no hacer. En trances parecidos se puede encontrar el ginecólogo oncológico ante determinadas pacientes en la aplicación de las nuevas formas de quimioterapia y, por último, también en la medicina de la reproducción pueden plantearse dificultades ante demandas de reiterados intentos de fecundación in vitro o ante peticiones, a todas luces excesivas, de mujeres que, alejadas de las edades consideradas biológicamente idóneas, exigen ser madres.

Siendo pues el desempeño de nuestra especialidad ocasión frecuente de enfrentamientos ético-terapéuticos, este Documento pretende ayudar al ginecólogo en su práctica asistencial diaria para, desde un juicio éticamente correcto, actuar según principios y normas que hagan su relación con el paciente y su entorno legal y familiar más eficaz; precisamente en las situaciones más comprometidas y difíciles (véase anexo 1).

FUNDAMENTOS BIOÉTICOS

La actividad del médico debe acomodarse siempre a los principios éticos básicos, enunciados ya en el juramento hipocrático: no maleficencia y beneficencia, completados en la actualidad con los principios de autonomía y justicia.

La actuación médica, además de realizarse de acuerdo con los principios invocados, ha de hacerse con el conocimiento y la aceptación del paciente o de sus representantes legales. En ocasiones este paso del paternalismo al autonomismo, cuando el paciente puede no ser un interlocutor válido, predispone a entrar en colisión con sus ideas, creencias o expectativas o las de su familia, con el riesgo de producirse actuaciones excesivas para la consecución de sus fines, y se establece así un conflicto. Por otro lado, la actuación médica deberá realizarse de

acuerdo con los conocimientos que se obtienen de la aplicación de las recomendaciones de la medicina basada en la evidencia.

Tanto las actuaciones como los procedimientos excesivos en obstetricia y ginecología pueden producirse en la clínica, en la investigación y en la medicina preventiva. También es preciso considerar la posibilidad de realizar actuaciones inadecuadas por omisión. En lo relacionado con la investigación, que puede ser una situación especialmente conflictiva, deben de tenerse en cuenta los principios contenidos en la declaración de Helsinki de 1964, completada en otras asambleas de la Asociación Médica Mundial.

Pero además de los procedimientos de diagnóstico o tratamiento habituales que, en ocasiones, pueden ser innecesarios e incluso improcedentes, habrán de contemplarse actuaciones como, por ejemplo, el diagnóstico prenatal por el estudio de una blastómera o la clonación terapéutica. Se trataría de un asunto presumiblemente sencillo si en nuestra práctica profesional nos guiáramos por el aforismo clásico *primum non nocere* y, en la duda o en la restricción de conocimientos o habilidades, nos abstuviésemos de procedimientos o tratamientos no acreditados e incluso con riesgos evidentes para los pacientes o los derivásemos, en ocasiones, a profesionales de mayor competencia. La ignorancia, la incompetencia e, incluso, la negligencia pueden ser causa de actuaciones excesivas o insuficientes, por imprudencia.

Es preciso hacer referencia aquí al concepto de futilidad terapéutica, entendida como los tratamientos que no pueden llegar a alcanzar su propósito: curar, por ejemplo, una enfermedad incurable. Sin llegar a este extremo, puede hallarse también en otras partes de la obstetricia y la ginecología, como en la medicina perinatal o en la medicina de la reproducción. Estos tratamientos fútiles, innecesarios o insuficientes para obtener el beneficio de los pacientes, se enmarcan dentro de lo que ha pasado a denominarse encarnizamiento terapéutico.

El llamado «encarnizamiento terapéutico» es una expresión coloquial popularizada por los medios de comunicación social, que traduce de manera parcial, aunque expresiva, el término más académico de «distanasia». En el vocabulario de la ética se utiliza la palabra distanasia para indicar la utilización, en el proceso de morir, de tratamientos que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica del

paciente. Consideramos que la expresión de encarnizamiento terapéutico implica una intencionalidad o, por lo menos, conciencia de que se trata de algo inmoral, lo que no se corresponde en la mayoría de los casos con la intención del médico. La traducción que hace la literatura inglesa es la de prolongación innecesaria o fútil de los medios de soporte vital. Esta acepción, sin embargo, no abarca suficientemente la situación tan frecuente de pacientes en situación irreversible pero no terminal, sujetos a terapéuticas potentes que contemplan los aspectos científicos de la enfermedad por encima de la calidad de vida de la persona que la presenta. Este concepto, a nuestro criterio, se ajusta más al significado de distanasia, ya que suprime la intencionalidad maliciosa de causar un daño, implícito en la palabra encarnizamiento. Esta intencionalidad no se corresponde con la realidad, no hace justicia a los médicos, ni tampoco se adapta a todos los casos de prolongación del proceso de morir en los que el médico está implicado. Por todo ello, la expresión más adecuada es la de obstinación terapéutica.

La obstinación terapéutica puede darse también en otras circunstancias que no tienen que ver con la muerte: es el caso de los tratamientos excesivos en los grandes prematuros o en el intento de consecución de gestaciones en situaciones extremas mediante el empleo de técnicas de reproducción asistida.

FACTORES CAUSALES

Básicamente, los factores causales son:

1. Convencimiento de algunos médicos de que la vida biológica es un bien por el que se debe luchar, al margen de consideraciones sobre la calidad de esa vida y que, a tal fin, deben utilizarse todas las posibilidades que la técnica médica ofrece.

2. Adopción de medidas terapéuticas que contemplan más los aspectos científicos de la enfermedad que al propio enfermo.

3. Ignorancia o desprecio del derecho del paciente, o de sus representantes legales o familiares en su nombre, a rechazar el inicio o la continuación de tratamientos médicos fútiles.

4. Angustia del médico por la presión del entorno familiar o social y, también, ante la posibilidad del fracaso terapéutico.

80 PACIENTES

Los pacientes más susceptibles, en términos generales, de ser sujetos de exploraciones o tratamientos excesivos o maniobras distanásicas son:

1. Pacientes que ingresan en situaciones irreversibles en unidades de cuidados intensivos. Estos pacientes serían los más representativos.
2. Pacientes crónicos con historias clínicas graves, cuando entran en estadios irreversibles.
3. Pacientes con enfermedades en progresión o terminales, entre ellos, los pacientes oncológicos en situación terminal.
4. Pacientes con gran deterioro psíquico con afecciones degenerativas del sistema nervioso.
5. Niños prematuros en los límites de la viabilidad.
6. La falta de comunicación con el propio paciente por la causa que sea, incluyendo la propia edad, especialmente en los casos de los prematuros o en pacientes de edad muy avanzada.

Algunos de estos pacientes corren el riesgo de que su evolución no sea la esperada por los médicos, quienes pueden caer en la obstinación diagnóstica o terapéutica, con la mejor de las intenciones, empleando medios desproporcionados o fútiles que no deberían utilizarse.

La realización de actuaciones fútiles genera también un importante gasto económico. No cabe duda de que ciertas actitudes terapéuticas consideradas fútiles, o incluso aquellas que pudieran incurrir en el término de la obstinación terapéutica, tienen unas importantes repercusiones en términos de costes sobre los sistemas sanitarios, sin ningún beneficio personal, social o científico. Realizar intervenciones o tratamientos oncológicos sin ninguna evidencia de utilidad, la persistencia en las terapias en ciertos casos de prematuridad extrema y las exploraciones complementarias que no tienen ningún sentido, y no complementan ningún tipo de estudio, encarecen los procesos e incluso pueden distorsionar las cuentas de explotación de determinados sistemas sanitarios, con menoscabo de otras opciones o posibilidades terapéuticas, en contra del principio de justicia en la distribución de recursos limitados. Todo ello ha de tenerse presente, de manera adicional, al planteamiento de la propia obstinación.

Resulta difícil establecer un repertorio de actitudes preventivas, diagnósticas o terapéuticas en las que establecer límites, más aún cuando algunas situaciones particulares precisarían de un protocolo exclusivo de ellas. Más adelante, no podremos dejar de referir algunos procesos o situaciones en los que se plantearán con más frecuencia las posibilidades de actuar excesivamente.

En el diagnóstico o en la medicina preventiva es obvio que no se debe emplear procedimientos que precisen de técnicas invasivas cuando pueda llegarse al diagnóstico sin su concurso. Hasta hace poco tiempo se empleaban en los estudios de infertilidad técnicas que, como la biopsia endometrial o testicular, han sido ampliamente sustituidas por otras menos cruentas, conservando aquéllas su valor prope déutico en un número menor de procesos. En obstetricia no parece necesario realizar todos los estudios serológicos o biopsicos factibles y de hecho no se realizan más que en los procesos que tienen una incidencia o prevalencia obstétricas importantes. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), por ejemplo, establece los procedimientos que deben incluirse para realizar la estadificación de una enfermedad oncológica. Por tanto, no sería adecuado realizar exploraciones innecesarias o de bajo rendimiento en estadios tempranos de una enfermedad y quizá sí lo sería cuando la enfermedad fuese demostrándose avanzada. Es el caso, por ejemplo, de la realización de algunas exploraciones urológicas en el cáncer de cérvix.

Por último, convendría insistir en que para no excederse u omitir intervenciones diagnósticas o terapéuticas es conveniente acomodarse a los protocolos o guías diagnósticas de las sociedades científicas o entidades médicas acreditadas (véase anexo 1).

APLICACIONES PRÁCTICAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

1. Medicina de la reproducción

El derecho a tener hijos y fundar una familia se reconoció como un derecho humano básico en la Conferencia Internacional sobre Desarrollo y Población celebrado en El Cairo hace 10 años y, aunque nadie duda de que es un derecho al que hay que prestar atención, deberían existir ciertas exigencias

éticas de obligado respeto en la consecución de ese hijo, que no debe ser a cualquier precio y por cualquier medio.

El intento de algunas parejas de conseguir un embarazo a toda costa, sobre todo después de varios intentos con técnicas de reproducción asistida (la comunidad científica está de acuerdo en recomendar un máximo de 4 ciclos), no debería condicionar a los profesionales a satisfacer sus demandas sobre todo si, además, hay dudas razonables en cuanto a las posibilidades de conseguir gestación.

Es preciso tener en cuenta que los tratamientos de esterilidad y sobre todo las técnicas de reproducción asistida (TRA) no son inocuas, y además llevan aparejado un elevado coste, no sólo económico sino también emocional. Las grandes expectativas que se crean frente a los escasos resultados que se obtienen hacen recomendable considerar que los tratamientos que han demostrado su efectividad tengan prioridad sobre otros de escasa eficacia, y también que se tomen las medidas necesarias para evitar las dos complicaciones iatrogénicas reconocidas más importantes: la hiperestimulación ovárica y el embarazo múltiple, en ocasiones relacionados directamente con un exceso de tratamiento, o con la transferencia de un número inadecuado de embriones.

Hiperestimulación ovárica

Se admite que la hiperestimulación ovárica controlada, necesaria para la obtención de un número adecuado de ovocitos capaces de ser fecundados en el laboratorio de fecundación in vitro, puede representar un riesgo para la salud de la mujer, y por tanto se deberán extremar las medidas necesarias en cuanto a dosis de gonadotropinas y duración del tratamiento. Actuar de forma contraria, ya sea utilizando medicación excesiva con el fin de asegurarse el éxito, o repitiendo ciclos y ciclos de tratamiento, podría considerarse como una obstinación terapéutica.

Es imprescindible proporcionar una información clara y concisa de los riesgos, y al mismo tiempo aplicar las medidas preventivas conocidas para evitar su aparición. La omisión de esos cuidados podría comprometer el comportamiento ético que nunca debe olvidarse.

Intentar un embarazo en mujeres de edad avanzada deberá evitarse desde una perspectiva no sólo

ética, que defienda los derechos del neonato, sino también desde el punto de vista médico, por las complicaciones que pueden presentarse tanto en la mujer como en el recién nacido. Las gestaciones en mujeres mayores de 40 años se complican con mayor frecuencia por diabetes gestacional, hipertensión, partos instrumentales y cesáreas. También los recién nacidos de mujeres mayores de 40 años presentan un mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y necesidad de cuidados intensivos.

Embarazo múltiple

La prevención del embarazo múltiple como consecuencia de las TRA se ha convertido en una de las prioridades de las comunidades científicas europeas por sus graves consecuencias, tanto médicas como económicas y sociales.

Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, se ha multiplicado por ocho la incidencia de partos triples y por más de dos la tasa de gemelares. Si se tiene en cuenta que la transferencia de tres embriones en la mayoría de los casos no aumenta la tasa de gestación, y sí del embarazo múltiple, la primera recomendación que se hace es evitar al máximo la transferencia de 3 embriones y recomendar la transferencia de uno sólo en los casos de buen pronóstico. La Sociedad Española de Fertilidad, a través de su Grupo de Interés Salud Embrionaria, está trabajando para concienciar a los ginecólogos y a toda la sociedad en la erradicación de comportamientos inadecuados en reproducción asistida, que no dudamos en clasificar en los momentos actuales como de «mala práctica».

La nueva ley de Reproducción Asistida (mayo de 2006), impide la transferencia de más de 3 embriones.

Diagnóstico genético preimplantacional

El objetivo que se persigue con esta técnica es el nacimiento de un hijo sano en una familia con riesgo elevado de enfermedades genéticas transmisibles. Actualmente se está ampliando el campo de las indicaciones a parejas portadoras de translocaciones responsables de abortos de repetición, y también cada vez con mayor frecuencia se recomienda para au-

82 mentar el éxito de las TRA en pacientes con mal pronóstico, como son las mujeres de edad avanzada. No existe en principio ninguna objeción ética a la realización de diagnóstico genético preimplantacional (DGP) en los casos considerados, pero sí se deberá contemplar con preocupación su uso ilimitado con otras finalidades.

La transparencia y el respeto a las guías de buena práctica médica deben limitar esas tentativas.

Diagnóstico genético preimplantacional con HLA

El DGP presenta dificultades desde una perspectiva ética. Por un lado, por la inevitable instrumentalización del futuro hijo, aunque sea legítima la finalidad última de curación de un hermano y, por otro, por el riesgo que implica de banalización del proceso reproductivo humano. Resulta una medida de seguridad atenerse a la legislación vigente, que contiene una regulación de garantías en aras a la revisión individual caso por caso y no a una permisividad genérica de esa técnica. Debemos tener presente que el referente ético último es la propia conciencia del profesional a quien se requiere para participar en la DGP.

2. Medicina materno-fetal

En la medicina materno-fetal (MMF) los aspectos más relevantes en relación con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos excesivos son:

1. Diagnóstico prenatal.
2. Prematuridad extrema.
3. Cirugía fetal.

Algunos de ellos han sido parcialmente tratados en otros documentos de esta Comisión de Bioética, pero conviene revisarlos a la luz de los conocimientos actuales.

Diagnóstico prenatal

Los procedimientos invasivos para el diagnóstico prenatal, tales como biopsia de corion, amniocentesis y funiculocentesis, presentan riesgos para el feto.

Es deseable que se puedan implementar, en todas las gestaciones, técnicas no invasivas para valorar el riesgo de que un feto presente una malformación. Entre ellas podemos destacar la historia clínica, la ecografía y el cribado bioquímico.

Si las pruebas realizadas indican que el riesgo de alteraciones cromosómicas o de malformaciones es elevado, se debe facilitar a la mujer la posibilidad de proceder a la ejecución de pruebas invasivas. Debe conocerse de antemano la actitud de la mujer frente a la interrupción del embarazo. Antes de emprender procedimientos diagnósticos, la mujer debe ser correctamente informada sobre los riesgos y beneficios de la técnica a emplear, y se debe obtener el adecuado e imprescindible consentimiento informado.

Es éticamente dudosa la realización de pruebas invasivas por exclusivo deseo materno en los casos en que no haya un riesgo aumentado de anomalías. Si existe indicación médica para la realización de una prueba, no se deben alegar motivos éticos para rechazarla. Por el contrario, no deberá realizarse una prueba invasiva, peligrosa para el bienestar del feto, si no proporciona adecuados beneficios. Recientemente, se ha introducido el concepto de «estrés materno» para justificar la práctica de técnicas invasivas sin indicación. En algunas ocasiones, el estrés materno puede ser muy intenso y ser perjudicial para el normal devenir de la gestación, pero estos casos son infrecuentes y deberán requerir una detallada valoración psicológica.

Prematuridad extrema

Una de las situaciones más difíciles es la decisión a tomar en los casos de prematuridad extrema. Los avances que se han realizado en los últimos años en los cuidados obstétricos y neonatales han permitido que vaya descendiendo de forma progresiva la edad de la viabilidad, pero con un incremento de su morbilidad. De forma inevitable, existirá una edad límite a partir de la cual no estaría justificado realizar esfuerzos para reanimar al recién nacido, en función de los medios disponibles. Sin embargo, en muchas ocasiones nos encontraremos en la frontera de la viabilidad, que puede llegar a ser muy difícil de establecer. Se debe tener siempre en cuenta las limitaciones diagnósticas de los métodos de control fetal intraútero. También es importante evaluar las esta-

dísticas, tanto de supervivencia como de morbilidad, de los recién nacidos en cada hospital y con arreglo a la edad gestacional. Con todos estos datos se pueden tomar decisiones más correctas para llegar a una actitud coherente y homogénea por todas las partes implicadas. Por ejemplo, no sería deseable que el equipo de obstetricia emplease cuidados exhaustivos a una paciente, para que posteriormente el equipo de neonatología se abstuviera de realizar cuidados equiparables al recién nacido por excesiva inmadurez, o a la inversa. Por todo ello, es recomendable llegar a un consenso previo entre los padres y los diferentes equipos asistenciales.

Por último, es evidente que, en ocasiones, puede suceder que una madurez fetal esperada no se corresponda con la encontrada en el momento del nacimiento, por lo que debe quedar «espacio» para un cambio de actitud si las circunstancias varían mucho con respecto a como estaban planificadas.

Cirugía fetal

En los últimos años, los avances en MMF han permitido intervenir al feto intraútero. Muchas de estas intervenciones han fracasado, lo que puede dar la sensación de que existe más un afán de renombre de los cirujanos que un beneficio para la madre y su feto. La búsqueda de progresos científicos en ocasiones resulta perjudicial para los pacientes, y si no se han cumplido las normas elementales de la investigación pueden resultar éticamente inaceptables. Dado que se trata de técnicas de difícil experimentación por tratar afecciones infrecuentes y dado que el futuro que espera a los fetos, en caso de no poder intervenir, es desolador, resulta difícil poner el límite entre lo que es y lo que no es aceptable.

No se debe intentar técnicas que tienen casi nulas posibilidades de tener éxito, ni tampoco técnicas excesivamente complejas en centros sin capacitación adecuada.

3. Ginecología oncológica

La eutanasia activa es el tema más debatido, y aparentemente el más preocupante para nuestra sociedad, en relación con las enfermedades irreversibles o terminales; sin embargo, la distanasia, la si-

tuación contraria, es mucho más frecuente. La distanasia, que en griego significa «muerte difícil o angustiosa», se produce por la aplicación de tratamientos no suficientemente justificados que empeoran la calidad de vida del paciente más aún que la propia enfermedad, sobre todo en pacientes terminales que son incluso sujetos de tratamientos con «fármacos milagro» o tratamientos compasivos. Ésta es una situación paradigmática de la utilización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos excesivos. No se consideran como tales las intervenciones paliativas urgentes.

No es extraño, pues, que la distanasia sea una de las razones por las que se solicite la eutanasia activa y, no sólo por ello, merece una consideración seria y rigurosamente analizada.

Los pacientes susceptibles de ser sujetos de maniobras distanásicas son pacientes con enfermedades oncológicas en progresión o terminales, como:

1. Pacientes oncológicas que han recidivado y han sido tratadas con líneas sucesivas de quimioterapia con las que el beneficio vital que puede obtenerse es de pocos meses y a costa de una mala calidad de vida, e incluso, con un incremento de los sufrimientos personales y familiares. Pacientes cuyo estatus vital, de acuerdo con los índices empleados en su valoración (Karnofsky, Organización Mundial de la Salud, etc.), es muy deficiente (véanse anexos 2 y 3). El empleo de tratamientos quimioterápicos compasivos, tratamientos no contrastados por la evidencia, debe restringirse a casos muy concretos.

Los «tratamientos milagrosos» deben ser proscritos dentro de la práctica y de la ética médica correctas.

2. Intervenciones quirúrgicas repetidas o supraradicales de las que no pueda esperarse la curación de la paciente o, al menos, la mejora de su calidad de vida por períodos superiores a los 6 meses. Se entiende en este caso por intervenciones supraradicales las que conllevan una amplia mutilación con limitación de la vida normal autónoma.

3. Pacientes en estado vegetativo persistente o permanente (véase repertorio de términos).

En todas estas pacientes, ante una nueva propuesta de tratamiento, se hace legalmente obligatoria la obtención de su consentimiento o de sus familiares allegados, en el que se haga referencia al beneficio que se pretende conseguir y al tiempo

84 esperado por el que podrá mantenerse ese beneficio.

En los casos de estado vegetativo la decisión de suspender el suministro artificial de fluido y nutrición, puede tener un significado simbólico y emocional para las partes interesadas y para la sociedad. No obstante, la decisión de suspender esta clase de tratamientos debería tomarse de la misma forma que se toman otras decisiones médicas, basándose en una evaluación cuidadosa del diagnóstico y el pronóstico del paciente, de los beneficios esperados y las cargas del tratamiento, así como de las preferencias manifestadas por el paciente y la familia.

Para prevenir las conductas distanásicas las medidas más eficaces son:

1. Respetar el derecho de los pacientes o de sus representantes de aceptar o rechazar un tratamiento. Puede ayudar la protección de las voluntades anticipadas, según las normativas dadas por la Ley Básica 41/2002 de ámbito estatal y otras normas de ámbito autonómico, como la de la Generalitat de Catalunya en la Ley 21/2000.

2. Información y comunicación correctas al paciente y cuando ello no sea posible a quien mejor pueda representar sus intereses.

Por último, las consecuencias de las conductas distanásicas pueden producir:

1. Dolor y sufrimiento innecesario a pacientes y familiares.

2. Apreciación de los ciudadanos y pacientes de la existencia de un poder incontrolado de los médicos en el tratamiento de los enfermos.

3. Creación de un clima favorable a la despenalización de la eutanasia activa al valorar que es mejor la muerte que el sufrimiento inútil.

4. Disminución de la confianza en los médicos y en la asistencia hospitalaria.

CONCLUSIONES

La SEGO, a través de su Comisión de Bioética, en cumplimiento y desarrollo de las competencias que se atribuyen a las sociedades científicas para estudiar y emitir opiniones válidas sobre problemas que afectan a la medicina y, concretamente, a la obstetricia

y ginecología; ha evaluado con especial preocupación el empleo de procedimientos diagnósticos y de tratamientos excesivos en obstetricia y ginecología, vinculados a la progresiva capacidad tecnológica aplicable a la atención de personas enfermas. La obstinación diagnóstica y terapéutica puede comportar una dependencia hospitalaria y unos efectos indeseados que merman significativamente la calidad de vida del paciente, sin que sus posibilidades pronósticas lo justifiquen.

Por ello se determina dar a conocer a los miembros de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia las siguientes conclusiones:

1. La autonomía del paciente y el respeto a sus decisiones, tomadas en el pleno uso de su libertad y responsabilidad, deben ser normas de gran importancia para nuestro proceder, siempre y cuando no enfrente al ginecólogo con acciones que podrían encajar en el concepto de eutanasia activa, siempre rechazable.

2. En ginecología general, pero más específicamente en oncología, es éticamente inaceptable la administración o aplicación de medidas que se consideran inútiles o fútiles en un proceso determinado y para un paciente concreto, según los conocimientos médicos actuales, y que no tienen otra finalidad diagnóstica o terapéutica, ni siquiera paliativa, que el mantenimiento de una vida meramente biológica, desprovista del mínimo exigible en calidad de vida y sin ninguna posibilidad de mejora o recuperación.

3. Asimismo, es éticamente correcta la suspensión o retirada de tratamientos o medidas que se consideran inútiles o fútiles para un proceso determinado y un paciente concreto, de acuerdo con nuestros conocimientos médicos actuales (limitación del esfuerzo diagnóstico o terapéutico), a pesar de que pueda haber oposición por parte de familiares, o de otras personas vinculadas al paciente, a quienes existe la obligación de informar adecuadamente. En estos casos deberá hacerse la correspondiente anotación y justificación de las decisiones adoptadas, lo más explícitamente posible, en la historia clínica del paciente.

4. En la práctica médica relativa a reproducción, las corrientes ideológicas que se propagan en la sociedad actual pueden influir en el especialista no suficientemente preparado en bioética. Se deberá evitar una actitud de complicidad o complacencia ante

los deseos de una maternidad en edad no apropiada o la repetición exagerada de ciclos de fecundación asistida.

5. Con relación a la MMF, la problemática que plantean los nuevos procedimientos de diagnóstico y terapéuticos fetales intrauterinos, así como el manejo médico de las situaciones, siempre conflictivas, en casos de prematuridad extrema, exigen, por parte del equipo asistencial multidisciplinario, una competencia profesional y preparación ético-deontológica al más alto nivel.

6. El entorno legal y familiar del paciente puede convertirse en un elemento contrario y perturbador al recto y ético proceder del médico. En estas siempre difíciles situaciones, el ginecólogo deberá apoyar sus opiniones y procedimientos en los comités ético-asistenciales y en protocolos y guías de actuación de probada solvencia científica, como los que ofrece la SEGO. En determinados casos en que la confrontación de criterios se hace insalvable, el especialista, con las precauciones legales pertinentes e imprescindibles, abandonará el escenario asistencial.

LEGISLACIÓN Y DOCUMENTOS

Código de Nuremberg (1947).

Recomendación 1046 (1986) del Consejo de Europa sobre la utilización de embriones y fetos humanos con fines diagnósticos, terapéuticos, científicos, industriales y comerciales. Declaración de Helsinki (2000).

Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. BOE. n.º 282, de 24 de diciembre.

Convenio de Oviedo. Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina (1999). BOE n.º 251, 1999.

Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Medical futility in end-of-life care. JAMA. 1999;281:937-41.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274, de 15 de noviembre de 2002; p. 40126-40132.

Declaración sobre atención médica al final de la vida. Organización Médica Colegial (2002).

Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 280 de 22 de noviembre de 2003 Sec. 1, p. 41442-41458.

Real Decreto 1720/2004, de 23 de julio, por el que se establecen las tipologías fisiopatológicas que permiten la superación de los límites generales establecidos para la fecundación de ovocitos en procesos de reproducción humana asistida (BOE 27 de julio de 2004).

Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility treatment when the prognosis is very poor or futile. *Fertil Steril*. 2004; 82:806-10.

Sans J, Abel F. Obstinación Terapéutica. Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña, aprobado por unanimidad en sesión plenaria de 28 de Junio de 2005 (manuscrito pendiente de publicación).

Committee on ethics. Innovative practice: Ethical guidelines. ACOG Committee Opinion 352; 2006.

Committee on ethics. Medical futility. ACOG Committee Opinion 362; 2007.

REPERTORIO DE TÉRMINOS

Distanasia. La distanasia, que en griego significa «muerte difícil o angustiosa», se produce por la aplicación de tratamientos no suficientemente justificados que empeoran la calidad de vida del paciente más aún que la propia enfermedad.

Encarnizamiento terapéutico (Sureda). Con esta denominación, o la de «ensañamiento terapéutico» —que acaso sean menos acertadas que la de «obstinación terapéutica», que refleja mejor la intención con que se practica—, se quiere designar la actitud del médico que, ante la certeza moral que le dan sus conocimientos de que las curas o los remedios de cualquier naturaleza ya no proporcionan beneficio al enfermo y sólo sirven para prolongar su agonía inútilmente, se obstina en continuar el tratamiento y no deja que la naturaleza siga su curso.

Esta actitud es consecuencia de un exceso de celo mal fundamentado, derivado del deseo de los médicos y los profesionales de la salud en general de tratar de evitar la muerte a toda costa, sin renunciar a ningún medio, ordinario o extraordinario, proporcionado o no, aunque eso haga más penosa la situación del moribundo.

En cualquier caso, la obstinación terapéutica es gravemente inmoral, pues instrumentaliza a la persona subordinando su dignidad a otros fines.

Estado vegetativo persistente o permanente (EVP). Cuadro clínico caracterizado por una forma de inconsciencia permanente, con ojos abiertos, el paciente está despierto y experimenta ciclos fisiológicos de vigilia y sueño, sin que pueda darse cuenta en absoluto de sí mismo ni de su entorno (Jennet y Plum, 1972). Estar despierto, pero inconsciente, es neurológicamente el resultado del funcionamiento del tronco encefálico aun cuando hay una pérdida total e irreversible de las funciones de la corteza cerebral.

Eutanasia. Del griego *eu*, «bien», y *thanatos*, «muerte». Es todo acto u omisión realizado por personal médico que ocasiona la muerte de un ser humano con el fin de evitarle sufrimientos o la prolongación artificial de su vida. Actualmente, se lo distingue del término «muerte digna», que consiste en el otorgamiento de medidas médicas paliativas (que disminuyen el sufrimiento o lo hacen tolerable), de apoyo emocional y espiritual a los enfermos terminales.

Exceso de celo (caveat) en medicina. Empleo de pruebas diagnósticas innecesarias para el diagnóstico o de tratamientos exagerados. En estos casos, se parte del principio de no omitir nada. Esta conducta puede dificultar, retrasar o impedir el diagnóstico o el tratamiento correctos.

Medicina basada en la evidencia. Medicina que en su actuación tiene en cuenta la existencia de resultados contrastados.

Principios éticos (WD Ross).

1. Principio de no maleficencia. Es el primer principio de la actuación del médico, expresado en el clásico *primum non nocere*.

2. Principio de beneficencia. El médico debe actuar siempre en beneficio de los enfermos.

3. Principio de autonomía. Expresa el derecho de toda persona capaz e informada a participar activamente en la toma de decisiones que la involucran de algún modo, incluyendo el rechazo a algunas intervenciones médicas.

4. Principio de justicia. El médico tiene responsabilidad en la asignación de los recursos de salud disponibles, no sólo frente a la persona individual, sino también frente a la población en general o a un grupo de pacientes.

Tratamientos proporcionados y tratamientos desproporcionados. Los tratamientos se consideran proporcionados o desproporcionados en función de: el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comportan y posibilidades de aplicación, el sufrimiento y coste vinculados a la familia y los sacrificios de todo tipo que requieren, los razonables resultados que se pueden esperar, teniendo en cuenta las condiciones del paciente y de sus familiares y sus fuerzas físicas y morales.

Tratamiento fútil. Tratamiento cuyas posibilidades de obtener el éxito son inexistentes. Tratamiento fútil es aquel cuya aplicación está desaconsejada en un caso concreto porque no es clínicamente eficaz (comprobado estadísticamente), no mejora el pronóstico, síntomas ni enfermedades intercurrentes, o porque produciría presumiblemente efectos perjudiciales y razonablemente desproporcionados al beneficio esperado por el paciente o en relación con sus condiciones familiares, económicas y sociales.

Tratamientos compasivos. Consiste en la utilización en pacientes aislados y al margen de un estudio clínico de productos en fase de investigación clínica o también la utilización de especialidades farmacéuticas para indicaciones o condiciones de uso distintas de las autorizadas, cuando el médico, bajo su exclusiva responsabilidad, considera indispensable su tratamiento (Art. 23. Real Decreto 561/1993. Punto 1).

Tratamientos paliativos. Tratamientos que pretenden evitar, aliviar o reducir los síntomas físicos causados por el cáncer, y por los tratamientos antineoplásicos, al mismo tiempo que se proporciona apoyo psicosocial al enfermo y a la familia. Sinónimos: cuidados paliativos o medicina paliativa.

El objetivo prioritario de los cuidados paliativos es el alivio de los síntomas (entre los que el dolor suele tener un gran protagonismo) que provocan sufrimiento y deterioran la calidad de vida del enfermo en situación terminal. Con este fin se puede emplear analgésicos o sedantes en la dosis necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos, aunque se pudiera ocasionar indirectamente un adelanto del fallecimiento.

El manejo de tratamientos paliativos que puedan acortar la vida está contemplado en el ámbito de la ciencia moral y se considera aceptable de acuerdo con el llamado «principio de doble efecto». Esta cuestión se encuentra expresamente recogida en los

códigos deontológicos de las profesiones sanitarias y, si bien puede plantear dilemas éticos, se pueden encontrar soluciones con el adecuado asesoramiento ético, sin que sea necesario judicializar la cuestión. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2002).

ANEXO 1

Práctica médica científica y decisión ética correctas

Dado por hecho que se da la necesaria competencia profesional, es conveniente formular unos principios fundamentales de los que se derivarán actitudes y conductas más en consonancia con la práctica correcta de la profesión médica.

Principios

El beneficio del paciente tiene prioridad en relación a cualquier otro objetivo, centrado estrictamente en el proceso patológico.

No todos los tratamientos que prolongan la vida biológica resultan humanamente beneficiosos para el paciente.

El médico debe cumplir siempre las exigencias éticas y legales del consentimiento informado.

No debe iniciarse o debe interrumpirse un tratamiento cuando su inicio o continuación no tenga sentido de acuerdo con los criterios médicos más aceptados.

Deben aplicarse cuidados paliativos de calidad y por profesionales competentes a pacientes terminales que los necesiten.

Debe tenerse especial cuidado en la correcta y veraz elaboración de la historia clínica.

Actitudes y conductas

1. Debe respetarse el derecho de todo paciente competente a rechazar un tratamiento si lo hace libremente, ha sido debidamente informado y ha comprendido el alcance y las consecuencias de su opción. La intención del paciente inconsciente, si es conocida, debe también ser respetada. Si no se co-

noce, es conveniente que otra persona que lo represente en calidad de fiduciario o mandatario tenga apoyo legal para decidir aquello que considera como más beneficioso para el paciente.

El médico debe respetar la autonomía del paciente, no puede prescindir de su convicción de lo que más conviene al paciente, ni tampoco puede traicionar el objetivo de la medicina, orientado a tutelar los bienes objetivos de la salud, con la valoración que les corresponde.

2. Nadie está obligado a someterse a tratamientos desproporcionados para preservar la vida, ni siquiera por una pretendida hipotética posibilidad de mayor realización personal, cuando no se siente con fuerzas para darle sentido.

El médico tiene obligación de combatir el dolor de la forma más correcta y eficaz, administrando el tratamiento necesario. Este tratamiento, por su naturaleza, debe estar orientado a mitigar el sufrimiento del enfermo, a pesar de que, como consecuencia accidental de este tratamiento correcto, pueda acelerarse su muerte. El deber del médico respecto al enfermo no le obliga a prolongar la vida por encima de todo, en ocasiones contra la opinión del paciente o de su familia. En todo caso, el médico debe cumplir las exigencias éticas y legales del consentimiento informado.

3. Una vez el médico se ha convencido de la futilidad de un tratamiento, tiene el deber ético de no continuarlo, limitando el esfuerzo terapéutico. Los criterios de prudencia y atención que merecen tanto el paciente como sus familiares deben motivar al médico para buscar el momento más adecuado para interrumpir el tratamiento, teniendo en cuenta no herir la sensibilidad de los familiares y poniendo especial cuidado en que éstos no reciban mensajes contradictorios por parte del equipo asistencial.

En los casos dudosos respecto al inicio o la interrupción de un tratamiento, conflictos de comunicación con el paciente o sus familiares, es importante recurrir al Comité de Ética Asistencial del centro, si se dispone de este servicio en tiempo oportuno. En caso contrario, puede ser muy conveniente una consulta colegiada entre los miembros del equipo asistencial y la inclusión del acta o la información de dicha consulta en la historia clínica del paciente.

4. La necesaria valoración del respeto a la autonomía del paciente no puede anular el deber médi-

co de procurar su bien de forma competente. La correcta ponderación de los principios bioéticos de beneficencia —no maleficencia, autonomía y justicia— son una ayuda en la toma de decisiones pero no una panacea. En ningún momento podemos olvidarnos de la vulnerabilidad de los pacientes. Con la buena intención de respetar su autonomía, podemos llegar a sobrevalorar su posibilidad real de decidir, en perjuicio de una legítima actitud de paternalismo benevolente, en algunos casos.

5. El temor que generan las neoplasias puede llegar a disminuir la libertad del ejercicio de esta autonomía. La dificultad de ponderar las ventajas de las innovaciones terapéuticas que aún no han sido suficientemente contrastadas en la clínica hace más difícil la información y la comunicación. El médico no puede silenciar que la aplicación de ciertos tratamientos comporta la multiplicación de ingresos hospitalarios o de actos médicos, diagnósticos y terapéuticos, también derivados de las complicaciones vinculadas a esta aplicación y que, en su conjunto, pueden determinar un servilismo o dependencia incómoda y difícil de soportar, no sólo para el paciente sino también para los familiares que le acompañan. A menudo no se valora que estos tratamientos comportan muchas más incomodidades y sufrimientos que otros tratamientos teóricamente menos eficaces sobre la enfermedad, pero también aceptados como correctos.

6. En el caso de las enfermedades neoplásicas irreversibles, es necesario que los pacientes y sus familias conozcan las ventajas y los inconvenientes del procedimiento terapéutico que se elige y las diferencias que sobre la evolución de la enfermedad y la calidad de vida comporta este procedimiento respecto a otras elecciones o actitudes terapéuticas, valorando siempre no sólo los elementos de prolongación de la vida y sensibilidad de la enfermedad, sino también los riesgos de provocar situaciones que mermen la calidad de vida del paciente hasta su fallecimiento.

7. En pacientes afectados de enfermedades incurables y que no se han beneficiado de los tratamientos considerados más activos por la comunidad científica, debemos ser muy críticos ante la indicación y aplicación de protocolos de tercera y cuarta línea, los cuales, además de condicionar la continuidad de la servidumbre hospitalaria, los somete a

efectos indeseables que pueden incrementar significativamente su malestar físico y psicológico, al sumarse a los tratamientos vinculados con la enfermedad.

Por otro lado, estos protocolos que cuentan habitualmente con el apoyo de multinacionales farmacéuticas, incluyen fármacos de eficacia cuestionable, que pretenden como mucho prolongar la supervivencia del paciente sólo unos meses, sobre la equívoca base de conseguir una mejora cualitativa de la vida del paciente. En realidad, demasiadas veces se sacrifica incluso esta calidad de vida, al priorizar erróneamente el discutible beneficio de un breve tiempo más de vida.

Todo lo indicado se halla en plena consonancia con el ordenamiento jurídico español y con los códigos deontológicos, tanto de medicina como de enfermería de nuestro país, así como de la mayoría de las asociaciones internacionales que han tratado estos temas y con la moral religiosa. Ello no quiere decir que queden resueltos todos los casos particulares, pues aún muchos de ellos generan grandes dudas. Por ejemplo, la supresión de la nutrición y la hidratación a pacientes en estado vegetativo persistente, el alcance de la supresión de medidas fútiles en unidades de cuidados intensivos, el recurso o no a los tribunales en caso de desacuerdo entre médico y familia, especialmente cuando hay dificultades de interpretación con la voluntad del paciente dejada por escrito (voluntades anticipadas), etc.

Sans J, Abel F. En: *Obstinación Terapéutica*. Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña, aprobado por unanimidad en sesión plenaria de 28 de Junio de 2005 (manuscrito pendiente de publicación).

ANEXO 2

Escala de Karnofsky

Población diana: población oncológica. Se trata de una escala heteroadministrada que valora la calidad de vida en las personas que presentan cáncer. A mayor grado, mayor calidad de vida.

Escala de Karnofsky

<i>Categorías generales</i>	<i>Grado</i>	
Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales	100	Actividad normal. Sin evidencia de enfermedad
	90	Actividad normal. Signos y síntomas leves de enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos y síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable	70	Cuida de sí mismo pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal
	60	Necesita ayuda ocasional de otros pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades
	50	Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes
Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad	40	Incapacitado. Requiere cuidados especiales
	30	Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización aunque no hay indicios de muerte inminente
	20	Gravemente enfermo. Necesita asistencia activa de soporte
	10	Moribundo
	0	Fallecido

ANEXO 3**Clasificación de la capacidad funcional de ECOG/OMS**

0. Completamente activo. Capaz de realizar todas sus actividades sin restricción y sin ayuda de analgesia.

1. Restricción para actividad que requiere esfuerzo. Se mantiene ambulante y capaz de realizar trabajo leve o una ocupación sedentaria. Paciente que está completamente activo, pero que requiere analgesia.

2. Ambulatorio y capaz de valerse por sí mismo, pero incapaz para realizar cualquier trabajo. Fuera de la cama más de 50% del tiempo de vigilia.

3. Capacidad limitada para valerse por sí mismo, confinado a la cama o a una silla más de 50% del tiempo de vigilia.

4. Completamente incapacitado para valerse por sí mismo y confinado totalmente a una cama o a una silla.

5. Muerto.

Resumen

0. Actividad normal.

1. Con síntomas pero se mantiene ambulatorio.

2. En cama menos del 50% del tiempo.

3. En cama más del 50% del tiempo.

4. En cama.

5. Muerto.