

EL ABORTO: PERSPECTIVAS Y REALIDADES. ABORTO ESPONTÁNEO E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

Eva M^a Martín Lupión.

RESUMEN

El aborto es un problema de gran relevancia en la actualidad. No es un debate novedoso y ya ha sido tratado por numerosos investigadores. Este estudio tiene como objetivo describir esta problemática, diferenciando dos aspectos: el aborto espontáneo (causas que lo favorecen) y los métodos de interrupción del embarazo, explicados cada uno de ellos con sus mecanismos de acción y sus potenciales riesgos. Se contemplan varias perspectivas para dar respuesta a los efectos que puede causar un aborto: médica, social, ética y legal, ya que esta cuestión genera numerosas controversias. España ha tenido dos leyes sobre el aborto. Hasta 1985 la interrupción voluntaria del embarazo fue siempre un delito. Dichas leyes son la Ley Orgánica de 9/1985 de 5 de Julio (primera ley en España) y la Ley Orgánica de 2/2010 de 3 de Marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que se encuentra vigente en la actualidad. En España la IVE se modificó con la aprobación de esta ley, quedando derogada la anterior. Supuso un cambio radical en el Derecho Español sobre esta materia, estableciendo “el derecho a la maternidad libremente decidida”, con un sistema de plazos. Con esta ley, el aborto se configura como un derecho. En el presente estudio se aprecian las distintas leyes de forma clara y concisa mediante una tabla comparativa y se presentan las modificaciones del Anteproyecto Gallardón, que se reflejan de forma breve mediante preguntas-respuestas, lo que hace su aprendizaje más práctico facilitando la comprensión y favoreciendo un debate que, en la actualidad, suscita gran discusión.

PALABRAS CLAVE: Aborto, aborto espontáneo, interrupción voluntaria embarazo, métodos interrupción embarazo, legislación aborto, consecuencias médicas aborto.

INTRODUCCIÓN

El debate sobre el aborto trata temas fundamentales sobre la existencia humana, como el momento del inicio de la vida y lo que nos constituye en seres humanos. Existen y han existido una gran diversidad de concepciones sobre la vida que varían según la cultura y época en la que se desarrollan las personas. Así podemos encontrar posiciones como las de los budistas, que plantean el respeto absoluto para cualquier forma de vida del reino animal, hasta la de algunos grupos de la India que no consideran al recién nacido como persona, hasta después de un mes del alumbramiento y hasta ese mismo momento, no le dan nombre (Sagot, 2002).

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es una práctica que nos muestra la historia desde hace milenios. Hablar de aborto supone tener en cuenta áreas de distinto carácter: sanitarias, éticas, socioeconómicas, religiosas y científicas. La legislación vigente es la que regula que la práctica del aborto inducido, sea definida como un delito o un derecho.

El número de interrupciones voluntarias de embarazo (IVES) en España, ha ido creciendo en los últimos años hasta situarse en 112.390 interrupciones, en el año 2012. A nivel mundial cada año se practican aproximadamente unos 42 millones de abortos. Las tasas de aborto no son inferiores en los países que tienen leyes restrictivas, pero sí se incrementan las complicaciones maternas y la mortalidad, porque son llevados a cabo en lugares no acondicionados. De los 460.716 embarazos en mujeres residentes en Andalucía entre 2007 y 2010, 383.571 terminaron en parto y 77.145 en interrupción voluntaria.

DESARROLLO

El concepto de aborto significa la interrupción del embarazo, ya sea de forma espontánea o inducida.

Definiciones: Aborto espontáneo: Expulsión espontánea de un embrión o de un feto de menos de 500 g o antes de las 20 semanas de gestación. Producido de forma natural.

Aborto inducido: Interrupción médica o quirúrgica del embarazo.

Aborto médico: Uso de medicamentos, para interrumpir un embarazo.

Aborto incompleto: Expulsión parcial de tejido fetal con el orificio cervical abierto y retención de productos de la concepción en el útero.

Amenaza de aborto: Sangrado vaginal a comienzos del embarazo con un cuello uterino cerrado y un feto potencialmente viable.

Definición clásica:

Aborto es la finalización de la gestación, antes de que el feto alcance la edad gestacional suficiente para sobrevivir fuera del vientre materno. Terminación inducida del embarazo para destruir al feto.

OMS: La Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de unificar criterios y no subestimar la muerte del feto, en 1977 definió el aborto como: “La expulsión o extracción uterina de un embrión o feto de 500 g o menos”. Más tarde, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), estableció la edad gestacional de 22 semanas, que coincide aproximadamente con el peso establecido por la OMS y con la edad vigente en la legislación española para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Las leyes, tanto las más permisivas como las más restrictivas, distinguen entre aborto terapéutico y aborto electivo o voluntario.

El aborto terapéutico se interrumpe por razones médicas, al contrario que el aborto electivo o voluntario que se realiza por elección de la madre bajo su criterio, que puede ser entre otros:

- 1) Minoría de edad.
- 2) Incapacidad para cuidar a un hijo (razones económicas, sociales, etc.)
- 3) Estigma: Lo que representa un embarazo fuera del matrimonio en ciertas culturas.

Aborto médico-legal: Acto médico o quirúrgico que consiste en la IVE en los casos en que la legislación de cada país prevé la no imposición de una pena por tal motivo, aunque el aborto en general sea considerado un delito. Facilita que estas interrupciones se practiquen dentro del ámbito sanitario institucional, de forma que eliminamos los riesgos de prácticas inadecuadas.

Según la semana de gestación en la que se producen: Se pueden diferenciar los abortos en precoces y tardíos. Precoces, cuando ocurren durante el primer trimestre (hasta 12 semanas de gestación). Tardíos: Corresponden a los que se producen en el segundo trimestre. Diferenciar esto, es beneficioso para determinar las causas del aborto. Los más predominantes son los precoces (80-85%), por ser más frecuentes las causas que actúan de forma más precoz en la gestación.

ABORTO ESPONTÁNEO: Más del 80% de los abortos espontáneos se producen en las primeras 12 semanas. El 50% se debe a alguna anomalía cromosómica (Benirschke y Kaufmann, 2000). Después del primer trimestre de embarazo, el índice de abortos disminuye.

FACTORES FETALES: Hertig y Sheldon (1943), analizaron 1000 abortos espontáneos. 50% mostró degeneración o ausencia del embrión. En 50 a 60% de los embriones y fetos expulsados en forma espontánea, se aprecia alguna anomalía cromosómica. A medida que avanza el embarazo, la frecuencia de los errores cromosómicos disminuye.

El aborto manifiesto aumenta con la paridad y con la edad de los padres (Gracia, 2005; Warburton, 1964; Wilson, 1986 et al.). La frecuencia se duplica de 12% en mujeres menores de 20 años a 26% en las mayores de 40 años.

ABORTO ANEUPLOIDE: Cerca del 95% de las anomalías cromosómicas es secundaria a algún error de la gametogénesis materna (Jacobs and Hassold, 1990).

ABORTO EUPLOIDE: Los fetos con cromosomas normales suelen abortarse más tarde que los aneuploides. Si el 75% de los abortos aneuploides ocurrieron antes de las ocho semanas, los abortos euploides, llegaron a subsistir cerca de las 13 semanas (Kajii, 1980). La frecuencia de los abortos euploides se incrementa de manera considerable después de los 35 años de edad en la madre (Stein et al., 1980).

FACTORES DE RIESGO

EDAD MATERNA.- El peligro de aborto aumenta a medida que se incrementa la edad materna, así que se estima que el riesgo de aborto para mujeres de entre 12 y 19 años es del 13,3% frente al 51% en mujeres de entre 40 y 44 años.

ESTRÉS: Clásicamente se ha relacionado el estrés en la mujer como un factor que puede actuar de forma negativa sobre la gestación. En un estudio prospectivo sobre 336 mujeres en las cuales se determinó el estrés, mediante tres diferentes tests y la determinación de cortisol sanguíneo, no se observó que el estrés incrementara el riesgo de aborto espontáneo.

TABACO: Existen estudios que relacionan el consumo de tabaco como un factor de riesgo de aborto, mientras que otros discuten la metodología de los mismos y no confirman esta asociación entre el consumo de tabaco y el aborto espontáneo. El tabaquismo se ha vinculado con un mayor riesgo de padecer abortos (Kline et al., 1980). Dos estudios sugieren que el riesgo de padecer un aborto aumenta de manera lineal según el número de cigarrillos que la mujer fuma (Armstrong et al., 1992); Chatenoud et al., 1998). Estudios subsecuentes no han demostrado esta relación (Maconochie, 2007; Rasch, 2003; Wisborg, 2003 et al.). El tabaco produce vasoconstricción.

ALCOHOL: Existen indicios en estudios realizados sobre un número amplio de gestantes con embarazo único (24.679 mujeres) acerca de que el alcohol puede incrementar el riesgo de aborto espontáneo. El consumo de alcohol se asocia con aborto espontáneo y con teratogenicidad (retraso mental, microcefalia, hipoplasia de la región facial media, defectos renales y cardíacos). El consumo de alcohol provoca tanto abortos espontáneos como anomalías fetales (Floyd et al., 1999).

DROGAS Y FACTORES AMBIENTALES: Se ha observado que diversas sustancias aumentan la frecuencia de aborto: Citotóxicos, metaanálisis (Dranitsaris et al., 2005), plomo, óxido de etileno, etc.)

CAUSAS OVULARES: Anomalías cromosómicas, anomalías genéticas, alteraciones del desarrollo del embrión y de la placenta.

CAUSAS UTERINAS: Malformaciones, posiciones anómalas, insuficiencia cervical, miomas, sinequias intrauterinas, defectos uterinos, causas inmunológicas (lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido), trombofilias.

CAUSAS ENDOCRINAS: Hipotiroidismo, diabetes, insuficiencia de la fase lútea (producción insuficiente de progesterona por el cuerpo lúteo puede dar lugar a un aborto precoz.)

OTRAS CAUSAS: Infecciones, traumatismos, amniocentesis, cirugías (entre las intervenciones más frecuentes se destacan la apendicetomía y la cirugía ovárica por la presencia de quistes).

ABORTO SÉPTICO: Tanto en abortos espontáneos como provocados, puede presentarse una infección de carácter grave (Barreto et al., 2002); Fjerstad et al., 2009). Se define como la infección del útero, pero puede afectar también a estructuras vecinas del mismo, dando lugar a: Peritonitis, septicemia, e incluso endocarditis (Vartian y Septimus, 1991). Se observa con mayor frecuencia en mujeres que han sido sometidas a un aborto ilegal. Puede dar lugar a importante morbilidad, llegando a producir la muerte materna. Es un proceso polimicrobiano en el que los gérmenes más frecuentemente implicados son: E. Coli, Enterobácter, Proteus, Streptococcus, Clostridium, entre otros. Como complicaciones asociadas a la septicemia: Insuficiencia renal y coagulación intravascular diseminada. La septicemia requiere administración inmediata de antibióticos por vía intravenosa y la evacuación uterina.

RIESGO DE INFECCIÓN: Los abortos ilegales y los abortos incompletos que no recibían atención se infectaban por bacterias vaginales que en otras situaciones no causaban infección. Este problema disminuyó una vez que se legalizó el aborto. Sin embargo, los Centres for Disease Control and Prevention publicaron cuatro muertes por abortos médicos a causa de síndrome de choque tóxico por Clostridium Sordellii. Fischer et al. (2005) describieron estas infecciones con el cuadro clínico, que empezó una semana después del aborto médico inducido.

Cohen et al. (2007) han publicado otros cuatro casos, dos por C. Sordellii y dos por C. Perfringens, tras abortos inducidos o espontáneos. Dos de ellos fueron mortales. Daif et al. (2009) describieron un caso de fascitis necrosante y síndrome de choque tóxico originado por estreptococos del grupo A, después de un aborto médico electivo.

ABORTO DE REPETICIÓN: Si una mujer ha sufrido tres o más abortos seguidos, se considera que padece abortos de repetición. Aunque la probabilidad de que se repita un aborto en una misma mujer puede ser mediado por el azar, se observó que la frecuencia que cabría esperar no es la misma, sino que aumenta a medida que se incrementa el número de abortos. En un trabajo realizado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), se pudo observar que el riesgo de que se produzca un aborto después de uno, dos, tres y cuatro abortos consecutivos es del 20, el 26, el 38 y el 43%, respectivamente.

MÉTODOS DE INTERRUPCIÓN: El aborto puede ser inducido de diversas maneras. La elección va a depender de:

- El tiempo de gestación o desarrollo del embrión o feto
- La salud de la madre
- Del contexto socioeconómico dónde se tome la decisión y se realice el acto
- Del acceso a los servicios sanitarios
- De los límites puestos por legislación.

Existen dos posibilidades para realizar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE):

INDUCCIÓN MÉDICA: Se administran medicamentos que facilitan la expulsión. Esta es la forma menos traumática. En principio es la de elección, sobre todo en gestaciones del segundo trimestre dónde la evacuación quirúrgica conlleva sus riesgos.

EVACUACIÓN QUIRÚRGICA: Se realiza mediante la dilatación cervical y la posterior evacuación mediante aspiración con bomba de vacío o legrado uterino.

INDUCCIÓN MÉDICA

PROSTAGLANDINAS: Pertenecen al grupo de los ácidos grasos. La próstata dio lugar al nombre de estas sustancias, ya que fueron descubiertas inicialmente en el líquido seminal. Actúan sobre las fibras musculares lisas, provocando contracción o relajación. Tienen acción sobre el aparato respiratorio, sobre el cardiovascular: el tromboxano A₂ induce la agrupación plaquetaria y es un potente vasoconstrictor. La prostaciclina se comporta como antiagregante y vasodilatador. Igualmente actúan sobre el aparato digestivo, renal y genital, además participan también en los mecanismos tisulares de la inflamación. Las que tienen interés obstétrico son las de las series E y F, y en especial las de la serie E por su efecto sobre la contractilidad uterina y sobre la maduración y dilatación cervicales. Dentro de las prostaglandinas de las series E y F se distinguen:

F_{2α}: ampollas (Hemabate®).

E2 o dinoprostona: gel endocervical (Prepidilgel®), dispositivo vaginal (Propess®), comprimidos orales o ampollas intravenosas.

Análogos de la E1: Misoprostol (Cytotec®) o gemeprost (al igual que el misoprostol, es un análogo sintético de la PGE1 que administrado vía vaginal, induce el aborto).

A nivel genital: La acción se realiza sobre el miometrio, provocando contracciones intensas y dolorosas, que provocan la expulsión del contenido uterino. Todo ello se ve facilitado por una acción de dilatación y maduración del cuello grávido. Durante el primer trimestre, las prostaglandinas (PGE2), provocan el reblandecimiento y la apertura del cuello, pero los efectos secundarios hay que tenerlos en cuenta (trastornos gastrointestinales, entre otros). Los análogos sintéticos tienen menos efectos secundarios, sobre todo digestivos y una duración de acción más prolongada. Ejemplo: el Misoprostol, por vía oral, se ha impuesto por ser más económico, por ser mejor tolerado y por su eficacia. Contraindicaciones: Todas ellas están contraindicadas en caso de asma severa no controlada, enfermedad coronaria, vascular o cerebral y alergia. Se deben tomar precauciones en caso de glaucoma, insuficiencia renal y hepática, y cirugía uterina previa.

Gemeprost (termolabilidad y coste elevado).

Misoprostol (desarrollado más adelante)

Las prostaglandinas aumentan la extensibilidad del tejido cervical.

La vía de administración de las prostaglandinas puede ser:

- 1.- Vaginal
- 2.- Intramuscular
- 3.- Oral
- 4.- Intraamniótica
- 5.- Intravenosa
- 6.- Rectal

MISOPROSTOL: Análogo sintético de la prostaglandina E1. Es un medicamento que se usa para la prevención y tratamiento de la úlcera péptica. Se utiliza como prostaglandina coadyuvante de la Mifepristona (RU 486), para el aborto provocado farmacológico. Es la medicación más ampliamente utilizada con este objetivo. Se utiliza de forma rutinaria por los servicios de obstetricia como agente inductor del parto y en la realización de las IVE. Es uterotónico. Se puede administrar con diversas pautas y dosis (vía oral o vaginal). Ventajas: Fácil aplicación y reducido coste. Puede evitar la práctica del legrado evacuador con dilatación previa, que siempre resulta traumática. Inconvenientes: Hemorragias, calambres uterinos, dolor abdominal y trastornos digestivos (náuseas, vómitos-10%, diarrea-38%), más acentuados si la vía de administración es la oral. Contraindicaciones: Si existe sangrado uterino importante, asma, glaucoma, insuficiencia renal, estenosis mitral. El Misoprostol vaginal es una de las pautas más efectivas y con menos efectos secundarios.

Aunque la tasa de expulsión completa (aborto médico), llega en algunas estadísticas al 90%, algunos estudios han observado un aumento de complicaciones al comparar con el aborto quirúrgico, de 20%, frente al 5,6% respectivamente (mayor incidencia de hemorragias).

MIFEPRISTONA RU 486: Para la finalización de gestaciones muy tempranas, menores de 49 días. Antagonista de la progesterona, (hormona necesaria para la continuidad de la gestación), bloquea específicamente los receptores de la progesterona teniendo una tasa de éxito de entre el 60 y el 80%. Inhibe la ovulación cuando se administra al final de la fase folicular. Se utiliza como abortivo antinidatorio, en las primeras semanas del embarazo. Se utiliza en la IVE junto con Misoprostol entre las primeras 7 a 9 semanas de embarazo (49 a 63 días). Posee efectos dilatadores que se han evaluado clínicamente. Mecanismo de acción de la Mifepristona: Posee una fuerte afinidad por los receptores de la progesterona. Durante la gestación bloquea dichos receptores provocando necrosis, lo que causa un desprendimiento del cigoto. Al mismo tiempo, se produce la liberación local de prostaglandinas. Todo ello origina el reblandecimiento y la apertura del cuello uterino. Sensibiliza al miometrio a la acción de las prostaglandinas por privación de progesterona. Aumenta el tono del

músculo uterino, favoreciendo la aparición de contracciones y la expulsión. A dosis menores es un anticonceptivo de emergencia, en los posteriores días al coito.

Riesgos: El aborto mediante la administración de prostaglandinas puede provocar la ruptura del útero, sepsis, parada cardiorrespiratoria, embolia cerebral y fallo renal agudo.

El aborto mediante la administración de mifepristona (RU-486), puede conllevar a sangrado abundante, problemas cardiovasculares severos y sepsis, entre otros. El anticonceptivo de emergencia o píldora del día después, debido al LN que contiene, puede dar lugar a alteraciones vasculares graves. Diversos estudios afirman también, que este fármaco produce cambios estructurales y funcionales en los vasos sanguíneos.

En ocasiones, el feto pueden sobrevivir a la ingesta de los medicamentos y en esos casos éste sufre malformaciones graves.

METOTREXATO: Es un antagonista del ácido fólico que inhibe la síntesis de purina y de pirimidina, así como la formación de ADN y la división celular, inactivando la capacidad proliferativa del trofoblasto. Es un fármaco utilizado en el tratamiento del cáncer y enfermedades autoinmunes. Se usa como abortivo combinándolo con Misoprostol para la finalización del embarazo, en las primeras etapas de la gestación. Se utiliza en casos de embarazo ectópico. La candidata a paciente de este tratamiento, deberá:

- 1.- Estar hemodinámicamente estable
- 2.- Tener un seguimiento posterior
- 3.- Ausencia de actividad cardíaca fetal
- 4.- Función hepática y renal normal

Vías de administración:

- 1.- Intravenosa
- 2.- Intramuscular
- 3.- Oral

4.- Inyección local intrasacular

OXITOCINA: Análogo de la hormona natural hipofisiaria que ejerce un efecto idéntico al de la hormona endógena; estimula selectivamente las células musculares lisas del útero produciendo contracciones. La sensibilidad miometrial a la oxitocina aumenta progresivamente a medida que progresa la gestación.

SUERO SALINO: Mediante inyección en saco amniótico para producir un aborto.

ASPIRACIÓN UTERINA (SUCCIÓN): Consiste en la evacuación del útero a través de una cánula de plástico con una jeringa de vacío o máquina eléctrica. Se aspira el contenido del útero a través de la vagina. Se realiza de manera ambulatoria. Se lleva a cabo en el aborto del primer trimestre de embarazo. Puede ser una jeringa, pero actualmente existen unidades de aspiración eléctricas que permiten un control preciso del vacío en todo momento, ajustable entre 600 y 800 mbar. Un recipiente transparente conectado, para poder visualizar el contenido y volumen de aspiración. El aspirador se conecta a la cánula por medio de un tubo flexible, lo suficientemente largo y rígido para que no exista peligro de colapso. Se moviliza la cánula despacio, con movimientos ligeros de vaivén, ejerciendo una rotación progresiva que permita al especialista presentar el orificio de aspiración a todas las caras de la cavidad. Los fragmentos aparecerán rápidamente en la sonda.

El aborto por aspiración (succión), puede causar: Trauma de cérvix, infección, peritonitis, endometritis, laceración o perforación del útero, trauma renal, inflamación de la pelvis, hemorragias, embolismo, esterilidad, trombosis, etc.

DILATACIÓN Y EVACUACIÓN UTERINA: Consiste en dilatar el cérvix, previa anestesia general. La dilatación es, en la actualidad, menos compleja y menos dolorosa, desde que se utilizan la mifepristona y el misoprostol en la premedicación. Los dilatadores se introducen y empujan de forma muy progresiva, sujetados entre el pulgar, el índice y el dedo medio por su extremo posterior. El profesional nunca intentará avanzar ejerciendo una fuerza excesiva. La realización bajo control ecográfico permitirá seguir y controlar mejor el trayecto del dilatador y evitar una perforación

uterina de las que el 20% se producen en este estadio. Posteriormente, se realiza la evacuación de los restos por aspiración o por legrado uterino.

Diversos trabajos recomiendan la evacuación uterina por aspiración, por presentar menos complicaciones y ser menos traumática que el legrado uterino.

LEGRADO UTERINO: El especialista explora a la mujer para constatar la estática del útero y también el tamaño de éste. Se realiza tracción del labio anterior del cuello y posteriormente la histerometría (técnica de dilatación con histerómetros). Se extraen las masas voluminosas que asomen a través del cuello, por medio de una pinza. Seguidamente se realiza el legrado de la cavidad uterina para extraer el contenido. En primer lugar el legrado con la legra roma de Pinard y posteriormente con la legra cortante fenestrada de Recamier. Durante el segundo y tercer trimestre, se utiliza una cureta provista de una cucharilla con punta filosa, con la que se va diseccionando al feto, con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz. Para la realización del legrado uterino, la dilatación cervical es bastante mayor que la dilatación que se necesita para realizar la aspiración uterina.

Complicaciones:

- 1.- Desgarro cervical
- 2.- Perforación uterina
- 3.- Hemorragia
- 4.- Evacuación incompleta e Infección

El aborto por dilatación y evacuación puede provocar: Todo lo descrito anteriormente y que la mujer sufra futuros embarazos ectópicos, bebés con bajo peso e incluso con serias malformaciones y/o nacidos sin vida. Estos riesgos aumentan a medida que progresa el embarazo y por ello se prefiere la inducción médica a partir de la semana doce de gestación.

HISTEROTOMÍA: Cirugía abdominal bajo anestesia general. Consiste en realizar una incisión en el útero. Cesárea.

HISTERECTOMÍA: Intervención quirúrgica que consiste en extirpar parcial o totalmente el útero por vía abdominal o vaginal.

CLÍNICAS DE INTERRUPCIÓN: Artículo 18.- *Garantía del acceso a la prestación:*

“Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley. Esta prestación estará incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud” (Sánchez Cámara, 2012).

ACCESO: “Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en la ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación” (Sánchez Cámara, 2012).

Artículo 19.- La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma. Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer embarazada el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación.

	LEY ORGÁNICA DE 9/1985 DE 5 DE JULIO.	LEY ORGÁNICA DE 2/2010 DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.
IVE DENTRO DE LAS PRIMERAS 14 SEMANAS DE GESTACIÓN	NO	SÍ
GRAVE RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD FÍSICA O PSÍQUICA DE LA EMBARAZADA	SÍ. DICTAMEN EMITIDO CON ANTERIORIDAD A LA INTERVENCIÓN POR UN MÉDICO DE LA ESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE, DISTINTO DE AQUÉL QUE PRACTIQUE EL ABORTO. EN CASO DE RIESGO VITAL, SE PRESCINDIRÁ DEL DICTAMEN Y DEL CONSENTIMIENTO EXPRESO. SIN LÍMITE EN EL TIEMPO.	SÍ. DENTRO DE LAS 22 SEMANAS DE GESTACIÓN. PREVIO DICTAMEN MÉDICO DISTINTO DE AQUÉL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN. EN CASO DE RIESGO VITAL, SE PRESCINDIRÁ DEL DICTAMEN Y DEL CONSENTIMIENTO EXPRESO.
VIOLACIÓN	SÍ. DENTRO DE LAS 12 PRIMERAS SEMANAS. HECHO PREVIAMENTE DENUNCIADO.	SÍ. DENTRO DE LAS 12 PRIMERAS SEMANAS, HECHO PREVIAMENTE DENUNCIADO.
FETO CON GRAVES TARAS FÍSICAS O PSÍQUICAS.	SÍ. DENTRO DE LAS 22 SEMANAS. DICTAMEN	SÍ. DENTRO DE LAS 22 SEMANAS DE GESTACIÓN.

GRAVES ANOMALÍAS	EMITIDO CON ANTERIORIDAD A LA INTERVENCIÓN POR DOS ESPECIALISTAS DISTINTOS DE AQUÉL QUE PRACTIQUE EL ABORTO.	DICTAMEN DE DOS ESPECIALISTAS DISTINTOS DE AQUÉL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN.
MUJERES 16 Y 17 AÑOS	NO	SÍ. PUDIÉNDOSE COMUNICAR SÓLO A UN PROGENITOR SIEMPRE QUE NO EXISTA RIESGO DE DESARRAIGO, CONFLICTO GRAVE, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.
ANOMALÍAS INCOMPATIBLES CON LA VIDA	SÍ. PERO EN ESTA LEY, EL ABORTO SE REFLEJA HASTA LAS 22 SEMANAS DE GESTACIÓN.	SÍ. DESPUÉS DE LAS 22 SEMANAS DE GESTACIÓN. PREVIO DICTAMEN MÉDICO DISTINTO DE AQUÉL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN
ENFERMEDAD EXTREMADAMENTE GRAVE E INCURABLE	SÍ. PERO EN ESTA LEY, EL ABORTO SE REFLEJA HASTA LAS 22 SEMANAS DE GESTACIÓN.	SÍ. DESPUÉS DE LAS 22 SEMANAS DE GESTACIÓN, SI ASÍ LO CONFIRMA UN COMITÉ CLÍNICO.

ANTEPROYECTO GALLARDÓN: Futura Ley Orgánica De Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada: MODIFICACIONES: El supuesto por malformación, sigue siendo la incógnita. La norma ya no será un sistema de plazos, sino un sistema de supuestos. La IVE ya no será un derecho, sino un delito regulado.

¿Se finaliza con el aborto libre de la actual ley?: Sí. No existirá el aborto libre en las primeras 14 semanas de gestación, que protege la legislación actual. Se podrá abortar en caso de violación (dentro de las 12 primeras semanas), en caso de daño para la vida o salud física o psíquica de la embarazada dentro de las 22 semanas de gestación y el supuesto de malformación del bebé queda pendiente de definir.

¿Qué malformaciones serían causa de aborto?: La ley distinguirá entre discapacidad (que no será motivo de aborto) y un listado de malformaciones del feto que serán incompatibles con la vida. No va a bastar con alegar que el feto tiene una discapacidad, como por ejemplo el síndrome de Down.

¿Quién lo va a decidir?: Parece ser que un grupo de expertos decidirá sobre dicho listado, estudiando de forma individualizada cada caso. Todavía está por determinar si será suficiente con el dictamen del ginecólogo o si será necesaria la opinión de un comité médico.

¿Cómo se va a demostrar el daño para la salud psíquica de la mujer embarazada?: Se exigirán dos informes, en vez de uno como en la actualidad.

¿En cuanto a la objeción de conciencia?: Se obtendrán todas las garantías para que los profesionales sanitarios puedan objetar, sin que se sientan presionados a interrumpir un embarazo. La objeción de conciencia está regulada por la Ley Orgánica 2/2010 que obliga a los profesionales sanitarios a manifestar por escrito su objeción y a declarar implícitamente sobre su ideología, religión o creencia. Todos los médicos podrán objetar, hasta los que informan.

¿Podrán abortar las menores de 16 y 17 años, sin el consentimiento de los padres?: No. Desaparece la posibilidad de que las menores puedan abortar por decisión propia. El Anteproyecto Gallardón, establece que en el caso de las menores de 18 años, los padres tendrán que dar su consentimiento. En el caso de que existieran discrepancias, resolverá un juez. Modifica la ley de la autonomía del paciente.

¿Podrá abortar una mujer que ha sido violada?: Sí. Dentro de las primeras 12 semanas de gestación y, como ya se ha mencionado anteriormente, se podrá abortar si la vida de la madre corre peligro, tal y como dicta el Tribunal Constitucional. La opción de salvar la vida de la mujer embarazada, no supondrá un reproche penal.

¿Tendrá pena privativa de libertad una mujer por abortar?: No. Gallardón sostiene que su ley, que ya no incluye ni multa ni prisión, será la primera en la que no existirá “reproche penal para la mujer”.

El proceso, concluyendo, será el siguiente:

- 1) En el supuesto de “grave peligro para su vida o su salud psíquica” la mujer embarazada deberá reunir dos informes médicos que acrediten el daño que supondría continuar con el embarazo.
- 2) Posteriormente, recibirá información sobre las consecuencias médicas de llevar a cabo la intervención.
- 3) A continuación, la mujer será informada sobre las prestaciones de apoyo a la maternidad.
- 4) Seguidamente, deberá de existir un período mínimo de siete días antes de practicar el aborto. Con la ley actual, el plazo de reflexión antes de la realización del aborto será, como mínimo, de tres días.

PROBLEMAS PSÍQUICOS: En estudios retrospectivos realizados por psicólogos en mujeres tras un aborto médico o quirúrgico, se ha podido observar que hasta un 27,1% de las mismas, presentaban una depresión post-aborto.

Ansiedad, sentimientos de pérdida y duelo (duración variable), culpabilidad, dudas, arrepentimiento, ¿se podría llamar síndrome post-aborto?. PubMed nos proporciona algunos resultados cuando se le pregunta (“post-abortion síndrome”). El aborto puede suponer una reacción de estrés grave (agudo o post-traumático), y trastornos de adaptación. En el estudio de casos reportado por Gómez y cols., las crisis de ansiedad, los cuadros de depresión y la culpabilidad estaban presentes en el 100% de las mujeres, todas ellas católicas, unas practicantes y otras no. Se observaron también dependencias farmacológicas, a drogas o ludopatía (40%), ideas de suicidio (40%), trastornos de la esfera sexual (50%) y trastornos sociales (80%). Según Mayor (citado por Gómez y cols.), el 1,4% de las mujeres que abortan van a presentar trastornos severos que merecen

especial atención por su intensidad y duración; aunque son muchos más (60%) las que manifiestan trastornos de la afectividad, distimia y otros síntomas psicosomáticos.

INTERVENCIÓN DE AYUDA: No se pueden minusvalorar los síntomas psicopatogénicos. Atender cada caso de forma individual. Si la mujer decide llevar a término el embarazo, es igual de necesario el apoyo social y comunitario, derivándola al servicio correspondiente. Tener en cuenta la demanda de escucha activa. Preguntas como: ¿Cuál es su historia afectivo-sexual?, ¿Tiene historia de abortos previos?, ¿Qué sentimientos tiene actualmente?, ¿Cómo cree que le afectará en el futuro en su vida si aborta?, ¿Ha hablado de esto con otras personas, con su pareja?, ¿Qué tipo de apoyo ha recibido?, ¿Qué le motiva a abortar?, ¿Se siente presionada?, ¿Quién la presiona?.

CONCLUSIONES

A lo largo de esta investigación, hemos observado que el problema del aborto se relaciona con numerosos riesgos, desde problemas médicos, tanto psíquicos como físicos, hasta incluso con el peligro de muerte de la mujer gestante, según el entorno dónde se realice la intervención, dependiendo de los cuidados prestados y de la elección del método de interrupción seleccionado, sin olvidarnos de la experiencia y profesionalidad de la persona que realiza la práctica.

Con base a este estudio, establecemos las siguientes conclusiones:

- 1.- Es necesario continuar con nuevas líneas de investigación, en las que las variables a estudiar se centren de forma individualizada en cada caso, circunstancia, ideología y temores que rodean a la mujer en estado de gestación, para que la decisión tomada sea la más acertada.
- 2.- Promoción de educación para la salud, en el contexto de orientación familiar y salud sexual reproductiva, con el fin de evitar embarazos no deseados y en el caso de que la mujer tome la decisión de abortar, lo haga en base a criterios propios fundamentados y no a cuestiones de estigma, o por temores sin solucionar.
- 3.- Necesidad de fomentar la atención por parte de equipos multidisciplinares, ya que el concepto de salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino el bienestar físico, psíquico y social.

4.- Estudios demuestran que la práctica del aborto no es inocua para la madre, en cuanto a riesgo de problemas tanto físicos como psíquicos. Los distintos métodos de interrupción pueden conllevar serias consecuencias médicas.

5.- El método de interrupción tendrá que adecuarse tanto a la salud de la madre, como a la edad gestacional en la que ésta se encuentre.

6.- En el caso de que la mujer embarazada decida interrumpir la gestación, alegando motivos de incapacidad, falta de recursos (ya sean económicos o de cualquier otro tipo), se le derivará a los servicios pertinentes, con el objeto de salvar los obstáculos que se le presenten y continuar con el embarazo, si así lo desea.

7.- La escucha activa por parte de los profesionales que atienden a la mujer gestante, juega un papel fundamental para poder resolver todo tipo de dudas que a ésta le acontezcan.

8.- La mujer tiene derecho a ser informada sobre alternativas a la decisión de abortar, como es el caso de la adopción ya que, como se ha mencionado anteriormente, su decisión debe ser tomada en base a toda la información obtenida.

BIBLIOGRAFÍA

1) Obstetricia. 6ª edición. J. González-Merlo, J.M. Laílla Vicens, E. Fabre González y E. González Bosquet. Elsevier Masson. 2013. Barcelona, España. ISBN: 978-84-458-2376-7.

2) Te Linde Ginecología Quirúrgica. 10ª edición. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2010. John A. Rock, MD, Howard W. Jones III, MD. ISBN: 978-950-06-0100-9. 1472 p.

3) F. Gary Cunningham, MD, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Dwight, J. Rouse, Catherine Y. Spong. Williams Obstetricia. 23ª edición. McGrawHill: 2011: México. ISBN: 978-607-15-0463-0.

4) Rodrigo Cifuentes, B. Urgencias en Obstetricia. Distribuna: Colombia: 2007. ISBN: 978-958-98111-7-7.

5) Sánchez Cámara, I. De delito a derecho. El Declive de la Protección Jurídica de la Vida. Universidad de la Coruña: 2012, 23(77):25-36. Cuadernos de Bioética. ISSN: 1132-1989.

6) Gálvez Toro A. Síndrome post-aborto. Anodinia afectiva vs. padecimiento. Evidentia. 2008 may-jun; 5(21). Disponible en: <www.index-f.com/evidentia/n21/466articulo.php> [ISSN: 1697-638X].

7) Polaino Lorente, Aquilino. Psicopatología e interrupción voluntaria del embarazo. Cuadernos de Bioética. 2009,20(70):357-380. ISSN: 1132-1989.

8) Buñuel Álvarez, José Cristóbal. Aten. Primaria. 2008; 40(9):475-81.

9) Morillo García, A. et al. Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario. Aten Primaria. Sevilla; 2007;39(6):313-8.

10) Martínez Otero, J.M. La objeción de conciencia. Cuadernos de Bioética. 2010, 21(73):299-312. ISSN: 1132-1989.

11) González Marsal, C. El aborto eugenésico en España. Intersticios: Madrid. Vol.4 (2)2010. ISSN: 1887-3898.

12) Ruiz Ramos, M. Ibáñez Jimeno, L., García León, F.J. Características Sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: Diferencias entre población autóctona y extranjera. Gac. Sanit. Sevilla: 2012;26(6):504-511.

13) R. Mouller, B. Mesle. Interrupción voluntaria del embarazo. Elsevier Masson: 2007

14) Garamendi González, P.M., Landa Tabuyo, M.I. Misoprostol como abortivo en España: Propósito de un caso de autopsia judicial. Cuad. Med. Forense. Sevilla; 2004; nº 38. ISSN: 1135-7606.

15) Rodríguez Pérez, M.A., Prats Rodríguez, P., Fournier Fisas, S., et. al. Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. Guía Clínica de actuación de la interrupción del embarazo. Elsevier: Barcelona; 2012. Diagn Prenat. 2013;24(1):11-14.

16) Manghnani, M., López, E., Rovira, R., et. al. Interrupción del embarazo. Estudio comparativo entre diferentes pautas de inducción médica. Barcelona; Prog Obstet Ginecol. 2005;48(12):581-9

