

Aborto eugenésico: actitud ante el diagnóstico de un feto malformado

Rubí Nieves Rodríguez Díaz

Facultad de Medicina
Universidad de La Laguna
Hospital Universitario de Canarias
rubrod@ull.edu.es

Eugenic Abortion: Attitudes Towards the Diagnosis of Anomalies in the Fetus

RESUMEN: El aborto eugenésico es la interrupción voluntaria del embarazo cuando se puede predecir con probabilidad o certeza que el feto nacerá con un defecto o enfermedad. La Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo establece que se podrá realizar un aborto en los casos que exista riesgo de graves anomalías en el feto, malformaciones incompatibles con la vida o una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y que así lo confirme un Comité Clínico. En España, en 2010 se interrumpieron voluntariamente 3.361 embarazos alegando riesgo para el feto, mientras que en el 2011 fueron 3.590 embarazos. Estos abortos representan cerca del 3% del total de todas las interrupciones: un 2,8% por riesgo de anomalías graves en el feto, y 0,3% por anomalías graves incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave o incurable.

PALABRAS-CLAVE: interrupción voluntaria del embarazo, aborto eugenésico, técnicas, complicaciones

ABSTRACT: The eugenic abortion is the voluntary interruption of the pregnancy when it is possible to predict with probability or certainty that the fetus will be born with a fault or disease. The Law of Sexual and Reproductive Health and of Voluntary Interruption of the Pregnancy, it establishes that it will be possible realize an abortion in the cases that there exists risk of serious anomalies in the fetus, foetal incompatible anomalies with the life or an extremely serious and incurable disease in the moment of the diagnosis and like that a Clinical Committee confirms it. In Spain, in 2010 3.361 pregnancies were interrupted voluntarily invoking risk for the fetus, whereas in 2011 they were 3.590 pregnancies. These abortions represent near 3 % of the total of all the interruptions: 2, 8 % for risk of serious anomalies in the fetus, and 0, 3 % for serious life incompatible anomalies or extremely serious or incurable disease.

KEYWORDS: voluntary abortion, eugenic abortion, technique, complications

Los Derechos Sexuales y Reproductivos son derechos, tanto de las mujeres como de los hombres, a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin verse sujetos/as a la coerción, la discriminación ni a la violencia. Hacen referencia al derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos/as y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva (Naciones Unidas. Conferencia sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995). El Aborto o Interrupción Voluntaria del Embarazo, desde un posicionamiento feminista, se concibe como una medida estratégica que, a través de su práctica, pueda garantizar el derecho a la libertad y al autocontrol de las mujeres en su disfrute de la sexualidad y de la reproducción. El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo o aborto debe ser una opción a la que una mujer debe poder acogerse, de manera libre y responsable, en caso de que así lo estime importante y/o necesite. En lo que sigue vamos a presentar el estado de la cuestión respecto al aborto eugenésico en España. Para ello



partiremos de algunas definiciones y analizaremos los datos epidemiológicos, el marco legislativo y los aspectos médicos que creemos imprescindibles.

1. Aborto. Concepto y epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el aborto es “la expulsión o extracción de la madre, de un embrión o feto por debajo de los 500 gr. de peso, o menos de 20 semanas de gestación, independientemente de la existencia de signos de vida y de que el aborto haya sido espontáneo o provocado”. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) la define como la interrupción espontánea del embarazo antes de las 22 semanas de gestación (contando desde la fecha de la última regla), por tanto, antes de que el feto que sea viable. Hacemos una distinción entre aborto espontáneo y aborto provocado o voluntario: el aborto espontáneo es el que tiene lugar sin que exista ninguna intervención artificial en la finalización de la gestación y el aborto provocado sucede cuando la interrupción del embarazo se debe a una intervención realizada con esa finalidad. Dentro del aborto voluntario, se sitúa el aborto inseguro, que sería el procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que es realizado por personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente carente de un estándar médico mínimo, o ambos” (OMS 1992).

Por otro lado, el aborto eugenésico, es aquel que pretende la interrupción voluntaria del embarazo cuando se puede predecir con probabilidad o certeza que el feto nacerá con una malformación, defecto o enfermedad. El término eugenesia fue acuñado por Francis Galton a finales del siglo XIX como la ciencia que trata de todas las influencias que mejoran las cualidades innatas de una raza; también trata de aquellas que la pueden desarrollar hasta alcanzar la máxima superioridad. Históricamente, la eugenesia fue la filosofía social que tenía por objetivo mejorar la herencia humana mediante la intervención social, pero desde el punto de vista clínico, consiste en la preocupación por la salud y la constitución de las futuras generaciones, utilizando la ciencia y la tecnología para conocer y estimar la salud física y mental del futuro recién nacido (Fig. 1).

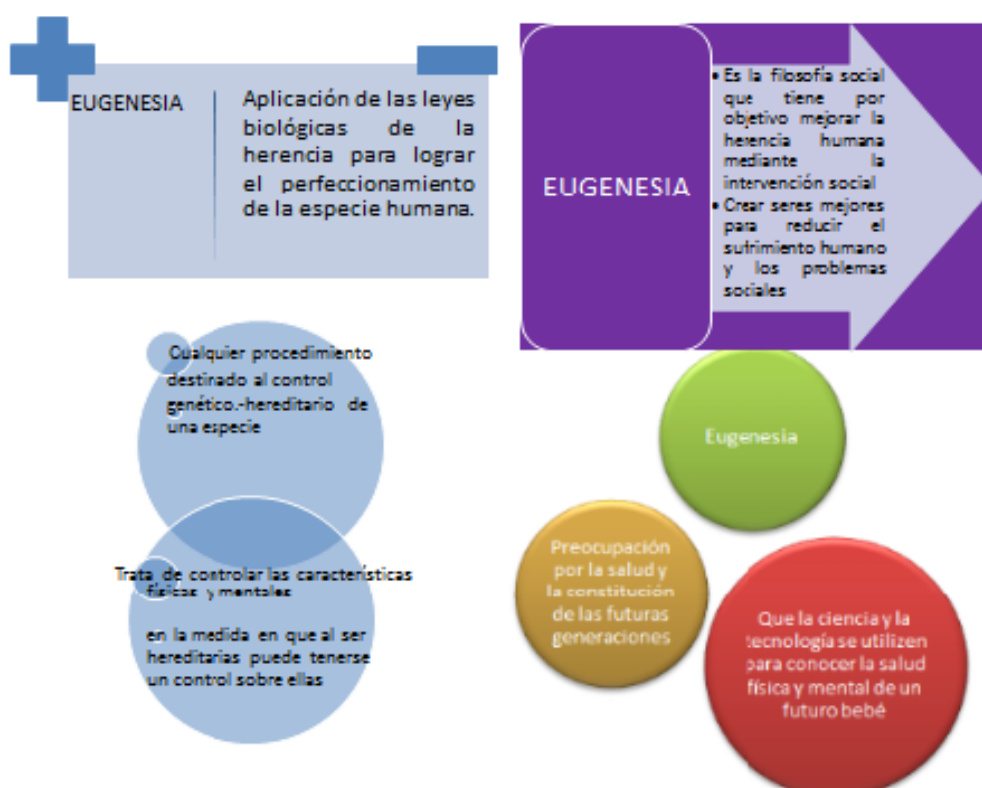


Fig. 1. Concepto de Eugenesis

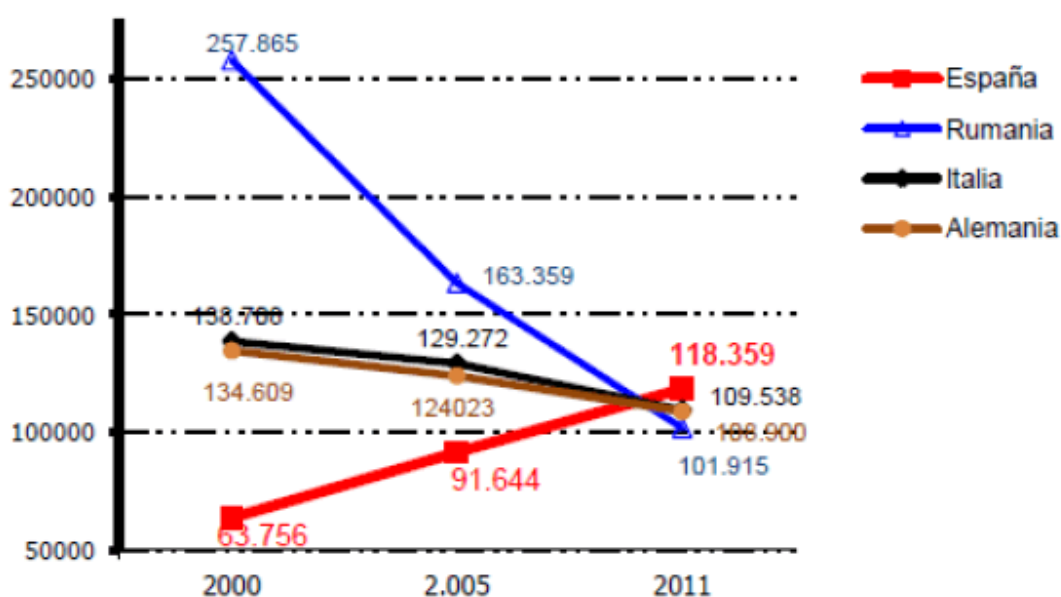
No todas las concepciones terminan en un recién nacido vivo. El aborto espontáneo es la complicación más frecuente de la gestación precoz, cerca del 20 al 30% de las mujeres sangran en alguna ocasión en las primeras 20 semanas del embarazo, y la mitad de ellas abortan espontáneamente. Su incidencia real es difícil de establecer, ya que muchas veces las pérdidas gestacionales muy precoces pasan inadvertidas, diagnosticándose como retrasos menstruales o metrorragias disfuncionales. La gestación no suele ser reconocida clínicamente hasta la cinco o seis semanas después del último periodo menstrual, aunque antes de esta fecha, la detección de gonadotropina coriónica humana (β -HCG) permite detectar gestaciones preclínicas.

El aborto clínico oscila entre un 10 y un 20% de todas las gestaciones por debajo de las 20 semanas, y alrededor del 80% de los abortos, cerca de las tres cuartas partes, tienen lugar en las 12 primeras semanas de gestación. La mayoría antes de la semana 8 de gestación. El 3% lo hacen entre la semana 8 y 9, y sólo el 1%

después de la semana 9 de gestación. Las pérdidas de las gestaciones preclínicas o no diagnosticadas son también altas, del 13 al 31% de todos los embarazos. De todos los abortos el 60% son preclínicos y el 40% cursan con alguna manifestación clínica.

Respecto al aborto voluntario, IVE o interrupción voluntaria del embarazo, hay que considerarlo como un tema de salud global, ya que en el mundo se realizan entre 50 y 60 millones de abortos cada año, la mayoría de ellos clandestinos debido a leyes penalizadoras, lo que representa el 22% de los 210 millones de embarazos que ocurren anualmente. El 49% de los abortos voluntarios fueron "inseguros" en el año 2008 (generalmente en países con legislaciones prohibicionistas) comparados con el 44% en 1995. Estos se realizan sobre todo en los países en vías de desarrollo; así en África era el 97% y en Asia del sur y central del 65%. El aborto clandestino e inseguro es muy frecuente en países con leyes de aborto restrictivas, en particular en África Subsahariana y Latinoamérica. Hierbas, agujas punzantes, catéteres urinarios, sustancias tóxicas y acciones de todo tipo se siguen empleando para expulsar el embrión no deseado en muchos países del Tercer Mundo (OMS 2011). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, unas 500.000 mujeres mueren anualmente a consecuencia de abortos inseguros.

El acceso a la contracepción eficaz y la educación sexual es la manera más eficaz de reducir el aborto inducido, y la existencia de leyes menos restrictivas eliminan casi por completo el problema del aborto inseguro y sus consecuencias (Faúndes & Miranda, 2014). El aborto inducido se realiza en casi una de cada tres mujeres en el Reino Unido y en otros países de Europa (Sedgh 2007). La tasa estimada de aborto voluntario en Europa en el año 2008 fue de 28 por 1000 mujeres entre los 15 a 44 años; la más alta estaba en Europa del Este (43 por 1000) y la más baja en Europa Occidental (12 por 1000). Mientras que en Rumanía, Italia, Alemania y Reino Unido ha descendido el número de abortos en el 2008, en España ha continuado creciendo alcanzando casi los 116.000 abortos anuales, y en los últimos diez años el número de abortos ha crecido un 115% (Fig.2).



Fuente: Instituto de Política Familiar (IPF) a partir de datos de Eurostat y fuentes estadísticas nacionales

Fig. 2. Número de abortos en la Unión Europea

En los Estados Unidos en 2008, hubo 6.4 millones de embarazos en 62 millones de mujeres. El 50% eran no planificados y el 19% terminaron con una interrupción voluntaria del embarazo. Según los Centros para el Control de Enfermedad (CDC), la tasa de interrupción de embarazo en los Estados Unidos en 2008 era de 16 por 1000 mujeres entre los 15 a 44 años, o de 234 por 1000 nacimientos vivos; habiendo una disminución del 4% a partir de 1999. En Inglaterra en 2010, hubo 225.600 embarazos no planeados y 155.500 abortos inducidos.

Los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo correspondientes a 2005, muestran que en España, en ese año, 91.664 mujeres se sometieron a un aborto, lo que supone un 9,64% por cada mil mujeres. Esta tasa es la más alta registrada en los últimos nueve años. De enero a diciembre de 2011, en España se interrumpieron más de 118.000 embarazos, de los que el 90% se produjeron durante las primeras 14 semanas de gestación. Se registró un incremento de las interrupciones voluntarias del embarazo de 84.985 a 118.359, lo que supone un incremento del 39%, con una tasa de interrupciones por cada 1.000 mujeres del 11,49. Casi dos mil más que en 2009 y más de 21.000 con respecto a las cifras de 2005, cinco años antes.

2001-2010. TOTAL NACIONAL.

	Año de intervención									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
TOTAL I.V.E.	69.857	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138	115.812	111.482	113.031

Tabla 1. IVE 2001-2010. Total Nacional España

Por comunidades, Madrid es donde se llevan a cabo más IVE (12,81%), seguida de Baleares (12,57). En Canarias, en el 2009 se realizaron 4542 IVE, y 4936 en el 2010, según datos del registro IVE del Servicio Canario de Salud.

2010. CANARIAS

	TOTAL	Edad							
		<15 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	>44 años
TOTAL I.V.E.	5.003	17	561	1.096	1.217	1.027	746	309	30
Motivo interrupción									
1-enero al 4-julio 2010 (Ley Orgánica 9/1985)									
Salud materna	2.211	9	257	492	560	439	308	128	18
Riesgo fetal	99	0	1	7	21	23	34	13	0
Violación	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Varios motivos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No consta	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-julio al 31 -diciembre 2010 (Ley Orgánica 2/2010)									
A petición de la mujer	2.528	8	284	574	600	534	367	149	12
Grave riesgo para la embarazada	85	0	16	12	23	13	11	10	0
Riesgo de anomalías graves del feto	79	0	2	11	13	18	26	9	0
Varios motivos	1	0	1	0	0	0	0	0	0
No consta	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 3. IVE 2010 Canarias

En el año 2012 en ésta comunidad se registraron un total de 5994 interrupciones del embarazo.

2012

	Motivo de interrupción					
	TOTAL	A Petición de la Mujer	Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada	Riesgo de graves anomalías en el feto	Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable	Varios motivos
CANARIAS	5.994	5.783	102	101	8	0
Las Palmas	3.258	3.151	29	74	4	0
Santa Cruz de Tenerife	2.736	2.632	73	27	4	0

Tabla 4. IVE 2012 Canarias.

En España, por edades, las que más abortan son las mujeres de entre 20 y 24 años (16,83%), y lo mismo sucede en Estados Unidos, donde las tasas de aborto eran

más altas en mujeres entre los 20 a 24 años (30 por 1000 mujeres) y de 25 a 29 años (22 por 1000). En adolescentes fue de 10.7 por 1000 mujeres, más altas entre los 18 a 19 años (21 a 26 por 1000). Siendo más frecuente en mujeres solteras, con más de un hijo y nivel socioeconómico bajo. Los motivos más comunes para la elección de un aborto en España a lo largo de 2011 fueron la salud de la mujer o la petición personal, mientras que en Estados Unidos son los problemas laborales, la escolarización u otras responsabilidades, imposibilidad de mantener a un niño, no deseo ser madre sola y problemas de pareja.

Año	A petición de la mujer	Grave riesgo vida o salud de la embarazada	Riesgo de graves anomalías en el feto	Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave o incurable	Varios motivos
2011	89,58	7,30	2,73	0,30	0,09
2012	91,26	5,67	2,78	0,27	0,01

Fig.3. Distribución porcentual del número de abortos realizados según motivo de la interrupción. Total Nacional

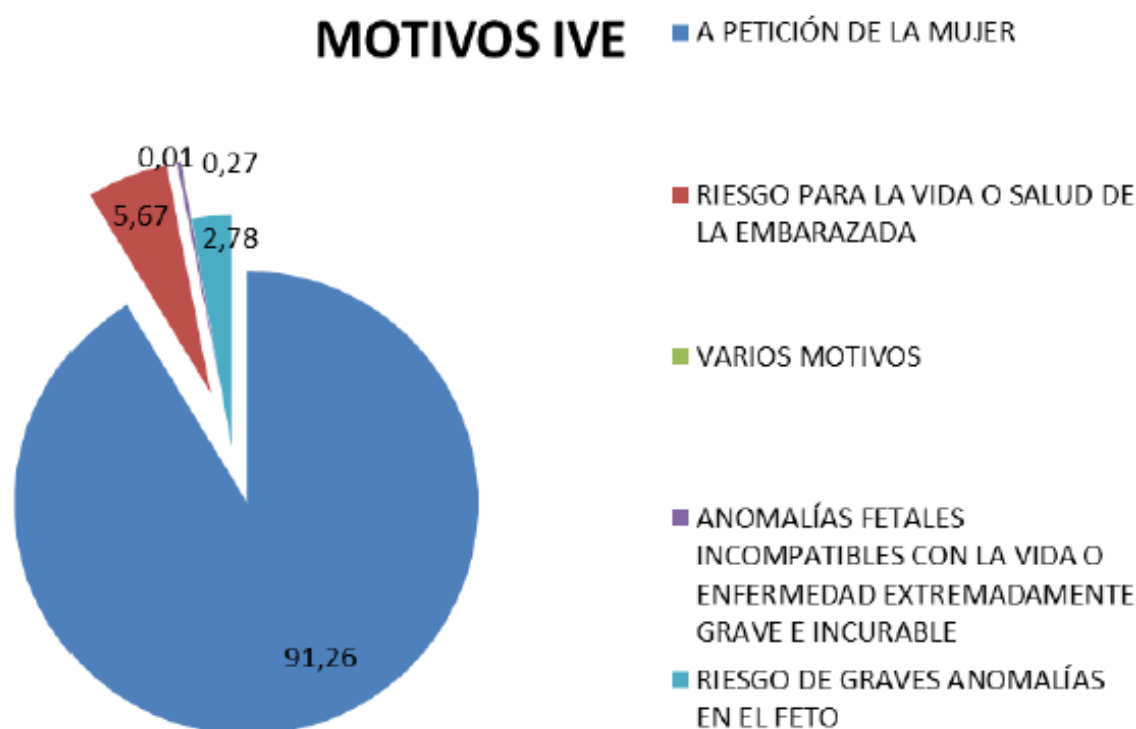


Fig. 4. Porcentaje de abortos practicados en España clasificados por su motivación.

Respecto a los abortos por anomalías fetales, en España, de acuerdo con los últimos datos del Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad, en 2010 se interrumpieron voluntariamente 3.361 embarazos alegando riesgo para el feto,

mientras que en el 2011 fueron 3.590 embarazos. Estos abortos representan cerca del 3% del total de todas las interrupciones: un 2,8% por riesgo de anomalías graves en el feto, y 0,3% por anomalías graves incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave o incurable. En Canarias fue de 101 y 8 casos respectivamente.

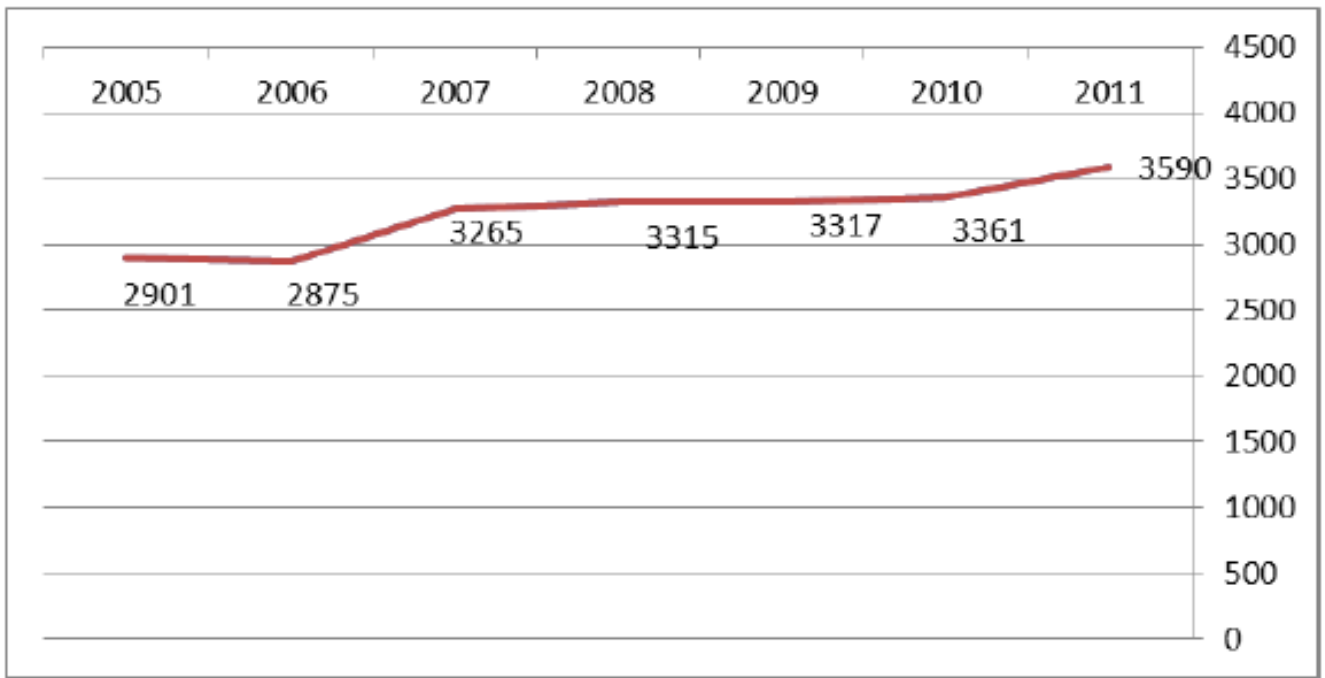


Fig.5. Evolución del número de abortos eugenésico en España 2005-2011

Estos abortos representan cerca del 3% del total de todas las interrupciones: un 2,8% por riesgo de anomalías graves en el feto, y 0,3% por anomalías graves incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave o incurable.

En Tenerife, en el Hospital Universitario de Canarias, centro en el que trabajo, en el año 2008 se recogen 34 casos de interrupciones por patología fetal, en el 2009 se identificaron 51 casos por malformaciones fetales. En el 2010, con la nueva Ley Orgánica 2/2010, los casos de patología fetal fueron 45, de los que 43 correspondían al supuesto 15b y 2 al supuesto 15c, que consistieron en una Hidrocefalia grave y en una delección del brazo corto del cromosoma 18. En el 2011 los casos fetales fueron 49, 45 correspondientes al supuesto 15b y 4 al supuesto 15c, que consistieron en una cardiopatía severa, una displasia esquelética, un oligoamnios absoluto y un encefalocele. En el 2012 la causa fetal supuso 48 casos, mientras que en 2013 hubo 39 casos (Mendoza 2014).

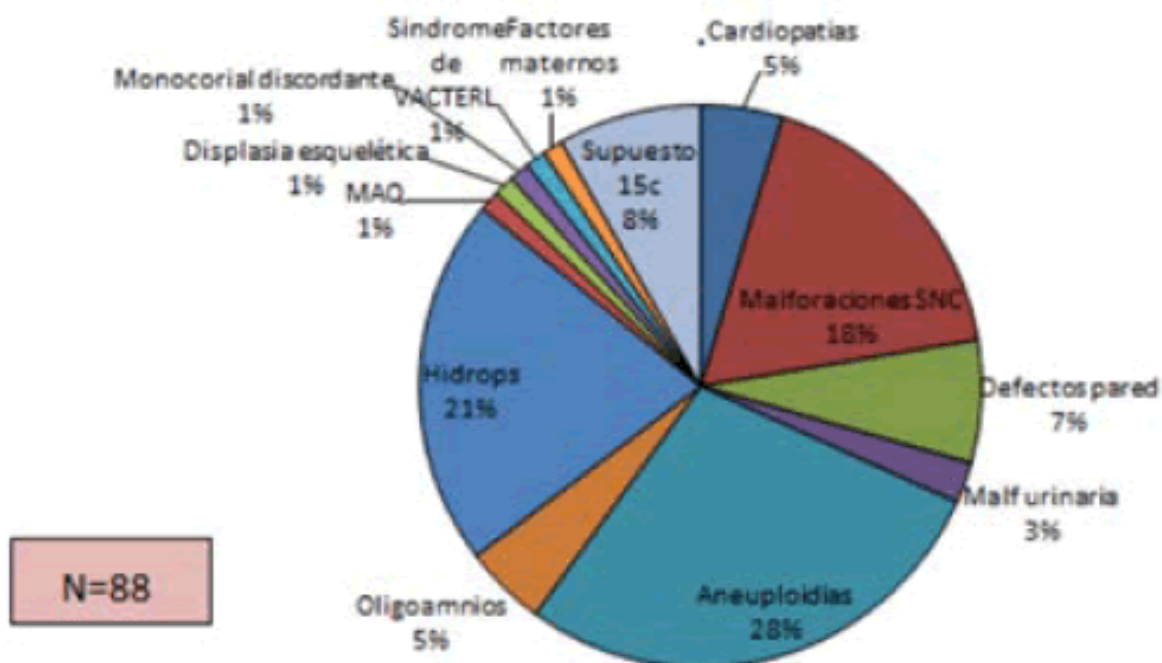


Fig. 6. Distribución de IVE en el Hospital Universitario de Canarias, periodo 2012-2013. Tenerife

2. La legislación española

En España en el año 1985 se modificó la ley del aborto (Ley Orgánica 9/1985 del 5 de Julio (BOE nº 166 de 12/7/85)). La legislación española contempla la interrupción de la gestación antes de la viabilidad, es decir antes de la 22 semana de gestación, siempre que sea realizada por un médico, en centros acreditados y con el consentimiento de la embarazada en los siguientes supuestos:

- Aborto terapéutico: cuando el embarazo suponga un grave peligro para la vida de la madre o de su salud física o psíquica.
- Aborto ético: cuando el embarazo sea consecuencia de una violación o delito sexual denunciado, siempre que se practique antes de la 12 semana de gestación.
- Aborto eugenésico: Cuando la continuación del embarazo resulte en el nacimiento de un ser con malformación física o defecto mental grave, siempre que se haga

antes de la 22 semana y que el dictamen previo a la práctica del aborto sea emitido por dos especialistas.

La Ley Orgánica 2/2010 (BOE n. 55, del 4 de Marzo de 2010, Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo) establece que:

- Hasta la semana 14 de gestación la mujer podrá abortar libremente, (Art. 14), siempre que haya recibido información sobre sus derechos y sobre las ayudas de que puede disponer para la maternidad si tal fuera su decisión, al menos tres días antes del aborto.
- De manera excepcional, hasta la semana 22, la mujer podrá abortar sólo en dos supuestos: si estuviera en riesgo la vida o la salud de la embarazada o si hubiera graves anomalías en el feto. En ambos casos, la decisión deberá ir acompañada de un dictamen emitido por dos médicos especialistas distintos a los que practican la intervención.
- Establece el aborto libre hasta la semana 14 de gestación y hasta la 22 en caso de riesgo de la vida o la salud de la mujer, o de graves anomalías en el feto. La ley, por tanto, se basa en plazos y no tanto en supuestos.
- Sitúa en los 16 años la mayoría de edad para decidir sobre la interrupción del embarazo, aunque señala que al menos uno de los padres o tutores legales de las chicas de 16 y 17 años deberá ser informado de su decisión de abortar, salvo cuando este hecho le produzca un conflicto grave con riesgo de amenazas, coacciones o malos tratos, en cuyo caso la decisión recaerá en el médico. La menor deberá ir acompañada por al menos uno de sus representantes legales (generalmente, los padres).
- Después de la semana 22. También hay aborto legal hasta el final del embarazo si hay malformación incompatible con la vida del feto o éste padece una enfermedad de extrema gravedad e incurable. En el primer caso, se requiere el dictamen de dos médicos especialistas distintos del que practique el aborto. En el segundo, el diagnóstico deberán confirmarlo tres médicos.

Por tanto, la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo establece que se podrá realizar un aborto por causas médicas (Art. 15), en las siguientes circunstancias:

1. Que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada
2. Que exista riesgo de graves anomalías en el feto
3. Que se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida.
4. Que se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un Comité Clínico.

A partir de dicha semana 22 la Ley establece que únicamente se podrá abortar cuando concurren "anomalías fetales incompatibles con la vida" o "o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico".

Al comparar la Ley del aborto de 1985 de indicaciones, con la Ley de 2010 o de plazos, la primera abordaba el aborto como un delito despenalizado en tres supuestos: si el embarazo era fruto de una violación -se permite en las 12 primeras semanas de gestación-, si el feto presentaba graves taras físicas o psíquicas -el plazo es de 22 semanas- o si existía peligro para la vida de la madre o para su salud física o psíquica -en este supuesto no hay tiempo máximo. En la Ley de plazos, la segunda, el aborto es libre hasta las 14 semanas. Hasta las 22 semanas si hay grave riesgo para la vida o salud de la mujer o graves anomalías en el feto. Si se descubren anomalías incompatibles con la vida o una enfermedad extremadamente grave e incurable no hay límite. En este caso, un comité médico dictaminará su pertinencia.

La cobertura pública con la primera Ley era solo de un 3% de los abortos, que se practicaban en centros públicos, aunque algunas comunidades financiaban estos servicios en otros centros. En la de plazos es la sanidad pública la que cubre práctica del aborto o, al menos, lo financiará en centros privados concertados. Y respecto a las penalizaciones, un aborto fuera de la ley podría enviar a la cárcel al médico, de 1 a 3 años, así como quedar inhabilitado entre uno y seis años. Para la mujer, podría haber pena de prisión, de seis meses a un año, o una multa. En la Ley del 2010 desaparece la pena de cárcel para la mujer que aborte fuera de los casos permitidos. Se prevén multas que dependerán de las circunstancias. Para que se pueda interrumpir el embarazo durante las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada se tendrá que informar a la paciente sobre los derechos, prestaciones y ayudas de apoyo a la maternidad, según se establece en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de la Ley 2/2010 de Salud

Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, y habrán de transcurrir al menos tres días desde que la paciente recibe ésta información y la realización de la interrupción.

Posteriormente, este pasado año, se aprobó por parte del gobierno del Partido Popular, el "Anteproyecto de Ley Orgánica de Protección de los Derechos del Concebido y de la Mujer Embarazada", que suponía un cambio importante en la legislación del aborto, que en un principio no lo permitía en el caso de malformación fetal incompatible con la vida, pero dicho anteproyecto ha sido retirado el 23 de septiembre de 2014 y ha dimitido el ministro que lo promovía, Alberto Ruiz-Gallardón. Un gran debate se ha desatado debido a esta abortada iniciativa legislativa respecto al aborto eugenésico.

3. Aborto eugenésico: defectos congénitos

Los defectos congénitos son alteraciones estructurales en el desarrollo del feto que van a estar presentes al nacimiento. Se van a presentar en el 3-6% de todos los embarazos a término, estimándose en España alrededor del 2,22%. (Bermejo 2010). Pueden ser malformaciones menores que no constituyen un problema, o, malformaciones mayores, en las que ya se afectan la función vital del individuo. Los defectos congénitos pueden ser causados bien por una anomalía cromosómica, en la mayoría se producen de novo por errores en la meiosis, anomalías numéricas (monosomías, trisomías, poliploidías), serían las trisomías como el síndrome de Down o Trisomía 21, el síndrome de Edwards o Trisomía 18, estructurales (translocaciones, inversiones...), y afectar a los autosomas o a los cromosomas sexuales o gonosomopatías, como el Síndrome de Turner 45X0, o el síndrome de Klinefelter 47 XXY, o bien por una anomalía monogénica, que producirían errores congénitos del metabolismo. También hay anomalías que afectan a un órgano concreto. Las más frecuentes son las cardiopatías congénitas, las anomalías del sistema nervioso central y diferentes anomalías de los riñones. Estas pueden estar relacionadas con cromosomopatías o aparecer de forma aislada, que es lo más habitual. Pero no todas las etiologías son de causa genética, también los defectos congénitos pueden producirse por causas ambientales como infecciones fetales o el consumo de tóxicos, como el alcohol, por parte de la embarazada.

3.1. Diagnóstico prenatal

Con el diagnóstico prenatal se pretende detectar y diagnosticar un defecto congénito, es decir, toda anomalía en el desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacer. En la prevención de las cromosomopatías destaca la trisomía 21^o o Síndrome de Down (1/600-800 RN vivos). El diagnóstico prenatal se realizará en el primer trimestre entre las semanas 11-14 s, y en el segundo trimestre entre la semana 18-22 semanas, o integrado, en ambos. Se lleva a cabo el método combinado del primer trimestre (test combinado) que se basa en la edad, marcadores ecográficos (sonolucencia nucal) y marcadores bioquímicos (PAPP-A y la fracción libre de la β HCG). En gestantes con algunos de éstos hallazgos positivos o con antecedentes de riesgo, bien por edad, ser portadores de enfermedades hereditarias o hijos afectados, se hará una técnica invasiva como amniocentesis o biopsia corial.

Cuando los estudios muestran una anomalía congénita, lo que ocurre en alrededor de 5% de los casos, ésta debe ser explicada e interpretada en su total trascendencia para el bebé y la familia por profesionales que tengan experiencia con el cuadro clínico específico. Las palabras del profesional son lo prioritario así como su lenguaje corporal (miradas, gestos, silencios). La paciente se da cuenta cuando se detectan alteraciones. En ese momento, las palabras se convierten en irreales y recordará qué se le dijo y cómo se le dio la noticia de la anomalía, el entorno, las personas. Se le darán a la mujer embarazada las opciones de continuar con la gestación (con todos los aspectos que implican el nacimiento de un hijo enfermo) o de interrumpirla. Es un momento muy difícil para la gestante y para su pareja, con sentimientos contradictorios. Esto incluye la necesidad de mostrarles las posibilidades de tratamiento intrauterino, si lo hubiese, de que ocurra una muerte fetal, y de los problemas que podrían presentarse después del nacimiento, tales como la necesidad de intervenciones médicas o quirúrgicas, las expectativas de supervivencia, el posible nivel de discapacidad, la importancia del contacto con grupos de padres con situaciones similares, etc., para que puedan tomar la decisión adecuada según su modo de pensar y a sus principios éticos.

Otros factores que influyen en la decisión de los padres van a ser la edad de la madre, la edad gestacional, la severidad del problema diagnosticado y la posibilidad de tratamiento. Se ha observado que cuando la severidad de la malformación es

tal que el recién nacido moriría en los primeros días de vida, la mayoría de las familias eligen la interrupción del embarazo, en tanto que cuando hay posibilidades de supervivencia, un mayor número de padres, eligen continuar el embarazo. Otras, las menos, usan la información para prepararse para la muerte del bebé. Cuando hay posibilidades de supervivencia, como es el caso de la espina bífida, un mayor número de padres elige continuar el embarazo y planear el parto en tal forma que se dispongan de los especialistas adecuados para cada tratamiento (Frías 2003).

Por esto es muy importante sentar a la paciente con su pareja, si la hubiere, y tomarse el tiempo que sea necesario y que se sienta apoyada y comprendida por el equipo sanitario. Es necesario presentar en forma no directiva las opciones que existan, para que los padres tomen la decisión que mejor se ajuste a su modo de pensar y a sus principios éticos. Diversos estudios han demostrado que la decisión de los padres es altamente influenciable por un asesoramiento directivo, por lo que éste debe evitarse. Gould (2013) encontró que el 99% de las mujeres que recibieron asesoramiento, fueron informadas que recibirían apoyo independientemente de la decisión que tomaran. El 3% estimaron que les animaron a tener un aborto y menos del 1 % que les desalentaron a tenerlo. A la semana siguiente del procedimiento, el 95% pensó que habían tomado la decisión correcta y que encontraron que el asesoramiento les había ayudado. Sólo un 4% no lo consideró útil. La Resolución sobre el diagnóstico prenatal y el derecho a ser diferente, adoptada por la Asamblea General Anual del Foro Europeo de la Discapacidad el 24 de mayo de 2003 en Atenas, también señala que, aproximadamente, el 90% de los padres en países occidentales optan por el aborto o la interrupción del embarazo cuando parece que el no nacido tiene una deficiencia o malformación congénita.

MALFORMACIONES INCOMPATIBLES CON LA VIDA O
MALFORMACIONES CONGÉNITAS LETALES

<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome de Potter/Agenesia Renal - Anencefalia/Acrania - Trisomía 13 o 18 - Holoprosencefalia - Algunos casos de síndrome de corazón izquierdo hipoplásico y Pentalogía de Cantrell - Enanismo tanatofórico - Osteogénesis imperfecta severa - Hidrocefalia congénita severa con ausencia o mínimo desarrollo cerebral - Iniencefalia - Triploidia 	<ul style="list-style-type: none"> -- Hidranencefalia - Riñón multiquístico/displásico - Enfermedad renal poliquística - Sirenomelia - Acardia - Craneorraquisquisis - Exencefalia - Casos severos de hernia diafragmática - Casos severos de mielomeningocele - Feto Arlequín - Síndrome de Meckel-Gruber
--	---

Tabla 5. Malformaciones congénitas letales

	RN con Defectos Congénitos		Total RN
	N.º	%	
Recién nacidos vivos			
Periodo: Abril 1976-diciembre 1979	2.357	1,64	143.979
Periodo: 1980-1985	8.280	2,18	379.123
Periodo: 1986-2010	30.451	1,35	2.254.309
Periodo: 2011	887	1,03	86.511
TOTAL	41.975	1,47	2.863.922
Recién nacidos muertos			
Periodo: 1980-1985	208	6,37	3.267
Periodo: 1986-2010	495	4,27	11.587
Periodo: 2011	8	2,77	289
TOTAL	711	4,70	15.143
Recién nacidos vivos+mueustos			
Periodo: 1980-1985	8.488	2,22	382.390
Periodo: 1986-2010	30.946	1,37	2.265.896
Periodo: 2011	895	1,03	86.800
TOTAL	40.329	1,47	2.735.086

Tabla 6. Recién nacidos en España con defectos congénitos. Boletín ECEMC 2011

HOSPITALES (a)	RECIÉN NACIDOS									RECIÉN NACIDOS + IVES(b) Y PARTOS REFERIDOS EN CENTROS DE PROCEDENCIA		
	1980-1985			1986-2010			2011			1980-1985	1986-2010	2011
	TOTAL RN	DC		TOTAL RN	DC		TOTAL RN	DC		%	%	%
		N.º	%		N.º	%		N.º	%			
27	—	—	—	62.328	671	1,08	3.085	22	0,71	—	1,63	1,57
31	3.112	198	6,36	—	—	—	—	—	—	6,36	—	—
60	—	—	—	16.433	265	1,61	—	—	—	—	1,61	—
69	—	—	—	197	0	0,00	—	—	—	—	0,00	—
TOTAL	3.112	198	6,36	78.958	936	1,19	3.085	22	0,71 *	6,36	1,63	1,57 *

Tabla 7. Frecuencia de recién nacidos con defectos congénitos (DC) en tres períodos de tiempo: 1980-1985, 1986-2010 y 2011. Boletín ECEMC 2011

La última publicación del programa ECEMC (Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas), refleja que en 2010 los defectos congénitos más

frecuentes fueron las cardiopatías congénitas y anomalías de grandes vasos, seguidas de hipospadias [la abertura de la uretra está ubicada en la cara inferior del pene, en lugar de en el extremo], los angiomas cutáneos [malformación de los vasos sanguíneos] y el síndrome de Down.

3.2. Informe mundial sobre la discapacidad

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento cotidiano. En el *World Report on Disability 2011* (Informe Mundial sobre Discapacidad), de la Organización Mundial de la Salud (OMS-ONU), se indica que en el año 2010 entre el 15,6% y el 19,4% de la población mayor de quince años vivía en situación de diversidad funcional -entre 785 y 975 millones de personas-. De esas personas, entre 110 (2,2%) y 190 (3,8%) millones se encuentran con importantes dificultades para su desenvolvimiento. El Foro Europeo de la Discapacidad recuerda que el aborto eugenésico es discriminatorio, en consonancia con la Convención sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas de 2006. El gobierno español debería garantizar el apoyo a los padres que esperan un hijo con discapacidad y facilitarles la ayuda para su integración en la sociedad. Hoy en día la discapacidad se considera una cuestión de derechos humanos.

Según la OMS, en cifras aproximadas, las anomalías congénitas afectan a uno de cada 33 lactantes y causan 3,2 millones de discapacidades al año. Se calcula que cada año 270.000 recién nacidos fallecen durante los primeros 28 días de vida debido a anomalías congénitas. Y las anomalías congénitas pueden ocasionar discapacidades crónicas con gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad. Según el I Plan Integral de Acción para Mujeres con Discapacidad 2005-2008, aprobado por el Comité Ejecutivo del CERMI Estatal el 18 mayo de 2005, apoya este planteamiento, y sigue la Resolución sobre el diagnóstico prenatal y el derecho a ser diferente, adoptada por la Asamblea General anual del Foro Europeo de la Discapacidad el 24 de mayo de 2003 en Atenas, en la que se señala que, aproximadamente, el 90% de los padres en países occidentales optan por el aborto o la interrupción del embarazo cuando parece que el no nacido tiene una deficiencia. Se ejerce, al parecer, una presión considerable sobre los padres y madres que no quieren abortar o interrumpir la vida de su hija o hijo. Para ello, se argumenta

sobre la mala calidad de vida de las personas con discapacidad y se enfatiza sobre los costes extra médicos y sociales de un menor con discapacidad. Hasta la semana 22, actualmente, se permite la interrupción del embarazo cuando el feto viene con malformaciones y en 2006 se acogieron a este supuesto 2.875 personas, según Sanidad, el 95% de las mujeres españolas aborta cuando se detecta la alteración cromosómica que origina el síndrome de Down.

3.3. Alternativas de Tratamientos

Antes de llevar a cabo la interrupción de la gestación hay que informar a la paciente acerca de los riesgos, beneficios y el curso de la intervención a realizar, así como informarle de otras alternativas a la intervención, como sería el continuar con la gestación, dar en adopción, aborto médico y diferentes tipos de aborto quirúrgico.

Se debe realizar una historia clínica completa, en la que se incluyan los antecedentes médicos ya que en ocasiones pueden determinar el tratamiento a realizar, la determinación de la fecha de la última regla para establecer la edad gestacional, además de una exploración clínica y ginecológica, en la que es importante valorar el tamaño y la posición uterina así como el grado de dilatación cervical. También se realizará una ecografía, preferentemente transvaginal pues proporciona una mejor visualización, que nos va a permitir comprobar la existencia de un saco gestacional, para el cálculo de la edad gestacional, siendo preciso establecer la longitud cráneo-caudal o CRL calculando el tamaño del embrión y, por tanto, establecer la edad gestacional, valorar la vitalidad embrionaria y la posible existencia de gestaciones múltiples.

El hemograma se realiza para valorar la hemoglobina y la posible existencia de anemia previa. También se solicitarán pruebas de coagulación, bioquímica, y grupo sanguíneo y Rh para detectar a las mujeres Rh (-), en las que será preciso realizar la profilaxis de la isoimmunización anti-D, mediante la administración de inmunoglobulina anti-D. Es imprescindible informar a la paciente y la firma del consentimiento informado.

La tasa de mortalidad del aborto legal en los Estados Unidos durante la década 2000-2009 fue de 0.7 muertes por cada 100,000 procedimientos. Este riesgo ha permanecido estable durante los últimos 35 años a pesar de cambios de datos demográficos y de las técnicas. [Raymond).

Las terminaciones del embarazo tienen que realizarse en clínicas seguras y acreditadas y en un quirófano que disponga del equipo apropiado para realizar procedimientos quirúrgicos. Algunas mujeres pueden precisar de hospitalización si presentan condiciones médicas que supongan un riesgo más alto de complicaciones médicas o quirúrgicas.

4. Interrupción voluntaria del embarazo: elección de la técnica

Los métodos utilizados para la Interrupción Voluntaria del Embarazo son distintos según las semanas de gestación y la situación clínica de la gestante. Pueden ser tanto quirúrgicos como médicos. La elección de la técnica de evacuación uterina dependerá más del tamaño uterino y del volumen de su contenido y de la experiencia del operador, que de la indicación subyacente del procedimiento. Pasamos a explicarlos.

4.1. Tratamiento médico o farmacológico

En lugar del tratamiento quirúrgico se puede realizar un tratamiento médico. El método de aborto médico o farmacológico consiste en provocar el parto mediante la administración de medicamentos. Está indicado en pacientes que no desean una intervención quirúrgica, en obesas y ante malformaciones, miomas o intervenciones previas a nivel del cuello uterino que podrían complicar el tratamiento quirúrgico. Se utiliza en el primer trimestre de la gestación, por debajo de las 10 semanas, en las que el aborto médico es más eficaz que el quirúrgico, y en el segundo trimestre.

Para embarazos con una edad gestacional de 9 semanas (63 días) como máximo

El método recomendado para el aborto médico es la mifepristona seguida de misoprostol 1 a 2 días más tarde.

Para embarazos con una edad gestacional de entre 9 y 12 semanas (63 a 84 días)

El método recomendado para el aborto médico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal entre 36 y 48 horas más tarde. Las dosis posteriores de misoprostol deben ser de 400 µg como máximo, y se deben administrar por vía vaginal o sublingual, cada tres horas con un máximo de cuatro dosis adicionales, hasta que se expulse el producto de la concepción.

Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (84 días)

El método recomendado para el aborto médico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de dosis repetidas de misoprostol entre 36 y 48 horas más tarde.

(OMS 2012)

El misoprostol se puede administrar en una única dosis de análogos de prostaglandina E1, 800 µg. en dosis única, intravaginal, pues parece ser más eficaz que la vía oral y con menos efectos secundarios, Otros grupos prefieren administrar 400 µg en cuatro ocasiones, cada 4 horas. Consiguiendo la evacuación completa del útero en el 82% de las mujeres dentro de los 5 días siguientes a la administración de la misma. Se colocan 4 comprimidos intravaginales en el fondo de saco posterior, que incluso lo puede colocar la propia paciente en su domicilio (Lakerland), y posteriormente la paciente esperará en su domicilio a la expulsión de los restos, pudiendo seguir una pauta de analgesia con paracetamol y/o dexketoprofeno.

Estaría contraindicado en mujeres con asma o glaucoma, o en pacientes con hipersensibilidad o alergias a las prostaglandinas, y en aquellas enfermedades médicas que contraindiquen su uso, como insuficiencia suprarrenal o con corticoterapia, alteraciones hemorrágicas, porfiria o terapia anticoagulante, o determinadas cardiopatías como la estenosis mitral. Destacan su bajo precio y la baja incidencia de efectos secundarios, entre los que se incluyen las náuseas, vómitos, diarrea y febrícula o fiebre.

La Mifepristona, llamada píldora abortiva o RU-486, cuya acción es bloquear los receptores de la progesterona y los glucocorticoides, se administra por vía oral, en dosis de 600 mg. o 200 mg., seguidos de 800 µg o 400 µg de misoprostol. Las contraindicaciones serían la alergia a la mifepristona, insuficiencia suprarrenal, asma grave y porfiria. En los efectos secundarios se incluyen la cefalea, el malestar general, síntomas vagales y fiebre.

El misoprostol (200 a 600 microgramos vaginalmente cada 6 horas o vo) produce el aborto en el 70% de los casos. Se puede combinar con mifepristona (600 mg vo), administrado 36 a 48 horas antes, con un éxito del 90 al 97%. Otras pautas menos utilizadas incorporan metotrexate, oxitocina, el gameprost y carboprost, y prostaglandinas F2α y E2.

Las complicaciones del tratamiento médico son por un lado, la inefectividad del método, debiendo, en algunos casos (3 al 5 %) recurrir al aborto quirúrgico, a pesar de todo, y la expulsión incompleta, que también requerirá de una intervención. Por ello, se debe estar preparado para emplear las técnicas quirúrgicas de evacuación uterina si hay restos retenidos o una complicación que requiera de cirugía. En

un estudio reciente, en 1421 pacientes, la tasa expulsión fue del 94.4 %. En el 5.6 % requirió un procedimiento quirúrgico. Más del 90 % de las pacientes, se mostró satisfecho con el procedimiento, que fue seguro, con sólo 16 casos de sangrado (el 1 %), y uno de endometritis (el 0.1 %) (Nisanda 2015). Aunque el tratamiento médico se asocia con más dolor, más síntomas gastrointestinales y una hemorragia más severa que el quirúrgico, es un procedimiento menos invasivo y la mayoría de pacientes consideran que el no precisar de anestesia es una ventaja considerable¹. También lo perciben como más natural, ofreciendo el control mayor y la confidencialidad. Estos puntos podrían explicar el número creciente de pacientes que lo solicitan, favorecido además por la posibilidad de ser tratado, en parte, en el propio domicilio (Rorbye 2005, Nisanda 2015).

Tras la expulsión de los restos, se debe realizar la ecografía vaginal, para valorar la persistencia de restos, si el endometrio presenta un grosor superior a 15 mm, o la presencia de saco gestacional. En las pacientes en las que fracasa, se precisará una segunda administración, con una eficacia del 50%, o bien legrado.

4.2. Tratamiento quirúrgico. Métodos de evacuación uterina

El método de aborto quirúrgico abarca diferentes técnicas y estas se eligen en función de las semanas de gestación, los antecedentes ginecológicos, las condiciones anatómicas y las características del embarazo. El tratamiento quirúrgico se realizará en pacientes con contraindicación del médico como ante enfermedades hepáticas o renales, anemia y coagulopatías o tratamiento anticoagulante, o en pacientes que lo elijan. También ante hemorragia intensa, infección o inestabilidad hemodinámica.

Hay que tener en cuenta que el legrado precisa de anestesia, con las posibles complicaciones derivadas de la misma. Se hará bajo anestesia local con bloqueo paracervical, sedación o anestesia general. No existe evidencia clínica de la necesidad de administrar profilaxis antibiótica antes de realizar el tratamiento quirúrgico. Si es recomendable en pacientes con factores de riesgo como pueden ser aquellas que refieran múltiples parejas sexuales, las pacientes inmunodeprimidas y aquellas o con vaginitis o vaginosis bacteriana. En estos casos se administrará profilaxis antibiótica con Doxiciclina o Azitromicina, asociados a Metronizadol. En caso de no administrarlo, en un 5 a 20% presentarán endometritis. La paciente debe recibir toda la información y firmar el consentimiento informado.

En muchas ocasiones es necesaria la preparación del cuello antes de realizar la evacuación uterina. Se puede realizar con agentes farmacológicos (misoprostol, mifepristona), o mecánicamente usando dilatadores osmóticos (naturales como los tallos de laminaria o sintéticos), dilatadores rígidos. A veces se precisa una combinación de varios métodos, aunque cualquier preparación cervical va a facilitar la evacuación uterina, con lo que se reducirá la morbilidad y la mortalidad asociada con el procedimiento. Pasamos a detallarlos:

-Los agentes farmacológicos como los Análogos de Prostaglandinas E1, Misoprostol, pueden utilizarse para la maduración cervical. Es obligatorio en pacientes menores de 18 años o ante gestaciones con edad gestacional superior a 10 semanas, siendo en el resto de los casos opcional. Presentan la ventaja de requerir menos fuerza para la dilatación mecánica del cuello, con lo que habrá menos complicaciones con ella, como serían la perforación uterina y la laceración o desgarros cervicales, y disminuyen la hemorragia. Se administrarán en dosis de 400 µg. por vía vaginal, dos a tres horas antes del procedimiento, pudiendo ser la propia paciente la que se la administre en su domicilio. La Mifepristona, que es un antiprogestágeno, favorece la dilatación cervical para la evacuación uterina.

- La dilatación mecánica se realiza con los dilatadores rígidos, que consisten en instrumentos metálicos o plásticos con diámetros crecientes. Se pueden utilizar los de Pratt o Denniston (un equivalente plástico de Pratt) o los tallos de Hegar, que requiere un empleo mayor de fuerza. La dilatación mecánica es más traumática para el cuello, que los otros métodos. También se pueden utilizar los dilatadores osmóticos pueden ser naturales como el alga Laminaria japónica; o sintético, el Dilapan. Van a absorber la humedad cervical aumentando su grosor y ampliando progresivamente el canal endocervical a la vez que ablandan el cuello. Esto se produce también por la liberación de prostaglandinas endógenas, que ablandan el cérvix y facilitan su dilatación.

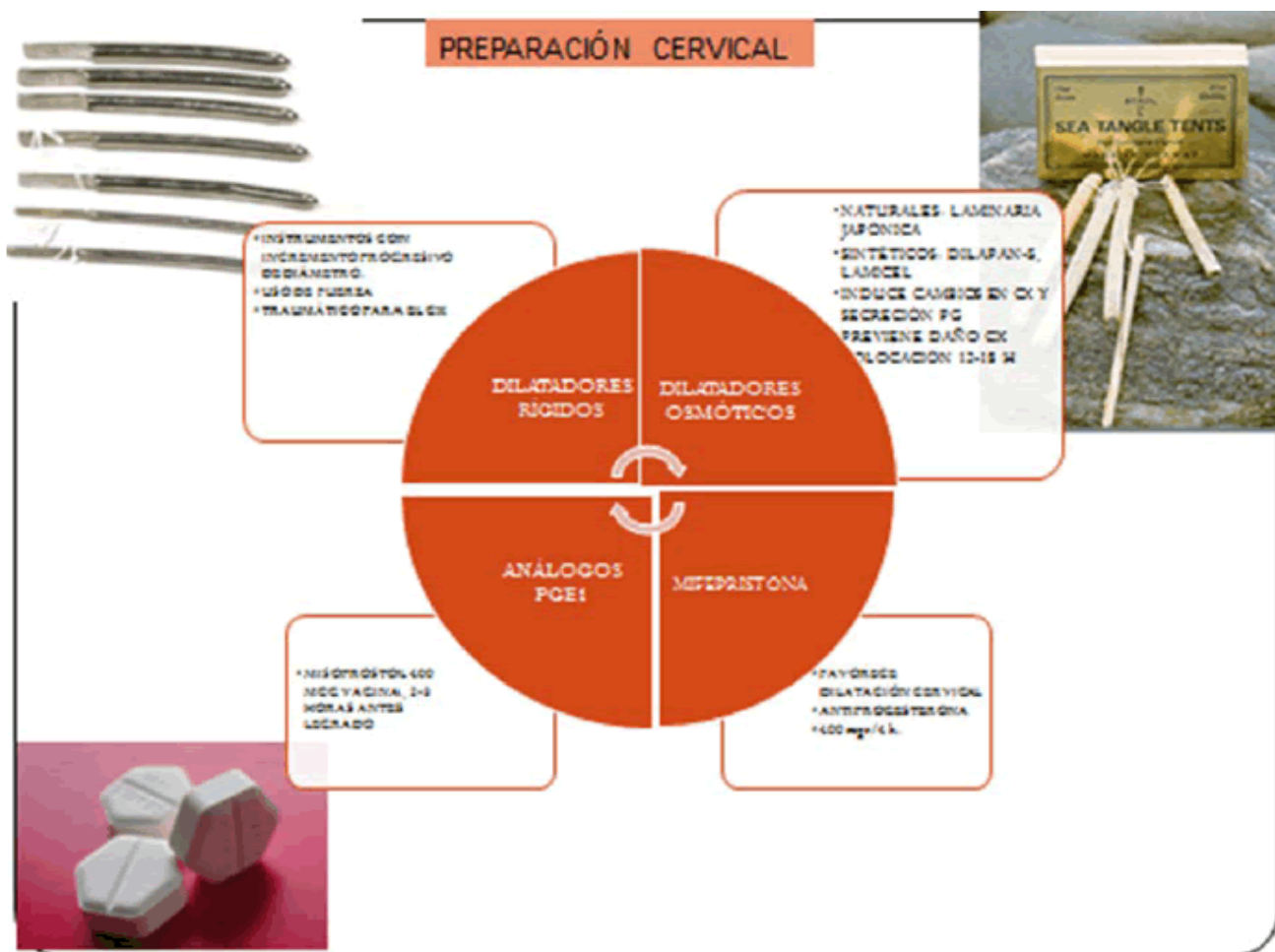


Fig.7. Métodos empleados para la preparación cervical

Métodos recomendados para el aborto quirúrgico

La aspiración de vacío es la técnica recomendada para el aborto quirúrgico de embarazos con un máximo de 12 a 14 semanas de gestación. Este procedimiento no debe completarse mediante curetaje cortante a modo de rutina. El método de dilatación y curetaje cortante (DyC), si se practica de todos modos, debe reemplazarse por la aspiración de vacío.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: baja a moderada).

El legrado por aspiración es el método quirúrgico recomendado, pueden utilizarse dispositivos de aspiración manuales o eléctricos, para lo cual se introduce la cánula o legra de aspiración en el interior de la cavidad uterina, y se coloca entre el orificio cervical interno y la parte inferior del cuerpo uterino y luego se conecta a una jeringa o a un vaso transparente conectado a su vez con sistema de aspiración eléctrico. No se

debe efectuar en gestaciones inferiores a 7 semanas, estando indicado en gestaciones entre 7 y 15 semanas, y siendo el método de elección entre las 12 y 15 semanas.

El legrado simple, se recomienda en gestaciones de más de 12 semanas. Si el cuello está cerrado será preciso dilatarlo para poder llevar a cabo el legrado. Con la paciente anestesiada y en posición ginecológica se introducen las valvas en vagina y se pinza el cuello uterino, traccionando de él para evitar la perforación. Se mide la cavidad uterina con el histerómetro. Si el cuello está cerrado se dilata manualmente con instrumentos metálicos que tienen un incremento de diámetro progresivo como los tallos de Hegar, legando a continuación. O si está abierto se introduce directamente una pinza de Winter con la que se extraen los restos y luego se legra la cavidad hasta el fondo uterino legando todas las paredes del útero, pudiendo ser útil el realizar el legrado bajo control ecográfico.

Al comparar el legrado por aspiración con el simple, se objetiva que la hemorragia, el dolor y la duración de la intervención es menor en la aspiración, aunque no hubo diferencias en cuanto a la incidencia de perforación uterina, persistencia de restos o infección. Por otro lado, el legrado simple es más económico.

Métodos recomendados para el aborto de embarazos con una edad gestacional mayor a entre 12 y 14 semanas

Se recomiendan tanto la dilatación y evacuación (DyE) como los métodos médicos (mifepristona y misoprostol; misoprostol solo) para el aborto cuando la gestación es mayor a entre 12 y 14 semanas. Los centros médicos deben ofrecer al menos uno de estos métodos, y preferentemente ambos, según la experiencia del profesional y la disponibilidad de capacitación.

(Vigor de la recomendación: fuerte.
Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: baja).

Tras el legrado, hay que comprobar la hemostasia de la cavidad uterina, el sangrado normalmente cesa una vez se ha legrado, pero en otras ocasiones es preciso administrar oxitocina por vía IV, y si no cesa la hemorragia también se puede administrar el protocolo de Prostaglandinas (PGF2 α) por vía intramuscular, intracavitaria o intramiometrial.

La histerotomía y la histerectomía han sido prácticamente abandonadas como técnicas para evacuar el útero debido a su morbilidad. La histerotomía consiste en una intervención quirúrgica mayor, similar a la cesárea, pero realizada a través de una incisión de menor tamaño en la parte baja del abdomen, se utilizan solo

cuando fracasan otras técnicas y la histerectomía se hace solo cuando hay otras patologías que la aconsejen como cáncer o ante la aparición de complicaciones.

Las mujeres pueden comenzar a utilizar anticoncepción hormonal en el momento del aborto quirúrgico o tan pronto como se le administre el primer comprimido de un régimen para un aborto médico. Después del aborto médico, puede insertarse un dispositivo intrauterino (DIU) cuando ya se haya establecido razonablemente que la mujer ya no está embarazada.

4.3. Complicaciones

Las complicaciones son las mismas que en el aborto espontáneo de hemorragia, laceración cervical y perforación uterina, en un 0.06 al 5%. Un porcentaje del 0.07 al 2% requerirá hospitalización por aborto incompleto, sepsis, perforación uterina, hemorragia, imposibilidad de realizar el procedimiento, o ectópico asociado.

COMPLICACIONES MÉDICAS

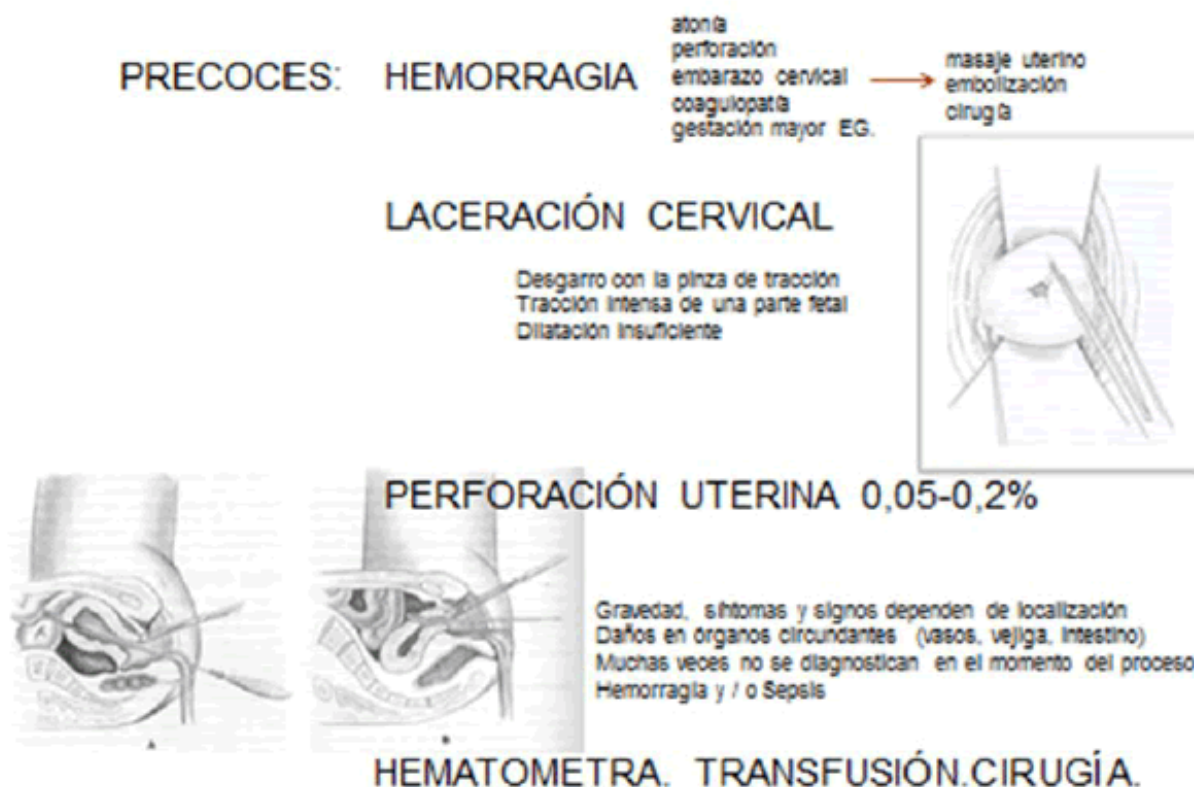


Fig. 8. Complicaciones del legrado quirúrgico

El 20-30% de las mujeres que sufren un aborto pueden sufrir graves afecciones psicológicas tras éste. La interrupción voluntaria del embarazo, como cualquier respuesta natural de defensa ante un acontecimiento estresante, produce una reacción de ansiedad y depresión.

Hoy en día se reconoce el "síndrome posaborto (SPA)" - fenómeno que agrupa toda esta sintomatología - cumple con los criterios diagnósticos del DSM-IVTR y CIE10 de trastorno de estrés postraumático, aunque con características propias, lo que hace que se deba realizar todo éste proceso bajo asesoramiento psicológico.

Sin embargo, en múltiples trabajos realizados en países donde el aborto es legal, no se ha demostrado que exista un mayor riesgo de alteraciones psicológicas. Las mujeres con factores de riesgo serían aquellas que ya tenían alteraciones mentales previas. Los sentimientos persistentes de tristeza, pesar y culpa están presentes en una minoría de mujeres, sobre todo en aquellas con ambivalencia sobre la interrupción, falta de apoyo social, embarazo deseado, o con objeciones morales al aborto (Cameron2010). También se ha publicado que la técnica empleada influiría en los niveles de depresión y ansiedad tras el aborto, siendo mayores en el quirúrgico. Sin embargo, los resultados respecto al estrés posttraumático son controvertidos. La mayoría de los estudios demuestran que los resultados psicológicos en cuanto a calidad de vida, ansiedad y depresión no dependen de la técnica utilizada, y que la posibilidad de que la paciente pueda elegir el método mejora los resultados psicológicos tras el aborto (Crandell 2012).

5. Conclusión

Este trabajo ha descrito desde la perspectiva médica y epidemiológica la situación actual respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, principalmente en España. La polémica sobre el aborto eugenésico se ha reavivado en los últimos tiempos al hilo de la reflexión sobre el significado social y ético de la discapacidad. La necesidad de una buena comunicación entre los profesionales sanitarios y las gestantes y sus parejas, en este contexto, es un elemento fundamental en el proceso de garantizar los derechos reproductivos y el proceso del consentimiento informado. Por último, es importante conocer las modalidades farmacológicas y quirúrgicas de la interrupción voluntaria del embarazo una vez tomada la decisión de terminar con el embarazo.

Bibliografía

- BAIRD, D., NØRGAARD, L., NILAS, I. "Medical versus surgical abortion: comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study". *Human Reproduction*, 20 (3 Mar) (2005), pp. 834-838.
- BAIRD, D. T. "Medical abortion in the 1st trimester. Best Practices" *Res. Clin. Obstet. Gynaecol*, 2 (2002), pp. 221-236.
- BERMEJO, E. Frecuencia de defectos congénitos al nacimiento en España y su comportamiento temporal y por comunidades autónomas. Causas de las variaciones de las frecuencias. *Semergen*, 36, (2010), 449-455.
- CAMERON, S. Induced abortion and psychological sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 24 (2010) 657-665. 2010.
- CRANDEL L. Psychological outcomes of medical versus surgical elective first trimester abortion. *Nurs Womens Health*. 2012 Aug-Sep;16(4):296-307.
- FAÚNDES, A. & MIRANDA, L. *Unsafe Abortion*. Reference Module in Biomedical Sciences. 2014.
- GALTON, F. *Herencia y eugenesia*. Alianza Editorial, Madrid, 1988, p. 165.
- GOULD H, FOSTER D, PERRUCCI A, BARAR R., ROBERTS C. Predictors of Abortion Counseling Receipt and Helpfulness in the United States. *Women's Health Issues* 23-4 (2013) e249-e255.
- JOHNSTON H, GALLO M, BENSON J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2007: 33(4).
- IYENGAR K, IYENGAR S. Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:54- 63.
- LØKELAND M1, IVERSEN OE, ENGELAND A, ØKLAND I, BJØRGE L., "Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days> gestation." *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014 Jul;93(7):647-53. doi: 10.1111/aogs.12398. Epub 2014 May 23.
- MENDOZA C, PÉREZ DE LA ROSA, B, CASTRO L, VILA M, FANG F., PADILLA A. Resultados de la interrupción voluntaria del embarazo. Ley. 28 Congreso Nacional de Ecografía Obstétrica Ginecológica. SESEGO. Pamplona 2014.
- NISANDA, I. & BETTAHARB, K. "Medical management of unwanted pregnancy in France: modalities and outcomes. The aMaYa study." Israel Nisanda, Karima Bettaharb,. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Volume 184, January 2015, Pages 13-18.
- RAYMOND, E. G., GROSSMAN, D. WEAVER, M. A. TOTI, S. & WINIKOFF, B. "Mortality of induced abortion, other outpatient surgical procedures and common activities in the United States." *Contraception*. Volume 90, Issue 5, November 2014, Pages 476-479.
- RØRBYE C, NØRGAARD M, NILAS L. Medical versus surgical abortion: comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study. *Hum Reprod*, 20 (3 Mar) (2005), pp. 834-838.
- SEDPH, G. SINGH, S. HENSHAW, S. K., BANKOLE, A. et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet* : February 18th, 2012. Vol. 379, Issue 9816, Pages 625-632.

Documentos

- *The Prevention and Management of Unsafe Abortion*. Report of a Technical Working Group. World Health Organization (WHO). Geneva, Switzerland: WHO, 1992.
- *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*. World Health Organization (WHO). Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
- *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Sixth Ed. WHO, 2011.
- *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2010*. Sanidad. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. 2ª Edición. OMS 2012.

Notas

1. BAIRD, D.; NØRGAARD, L.; NILAS "Medical versus surgical abortion: comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study". *Human Reproduction*, 20 (3 Mar) (2005), pp. 834–838. D.T. Baird. "Medical abortion in the 1st trimester. Best Practices" *Res Clin Obstet Gynaecol*, 2 (2002), pp. 221–236. NISANDA, I. & BETTAHARB, K. "Medical management of unwanted pregnancy in France: modalities and outcomes. The aMaYa study." Israel Nisanda, Karima Bettaharb, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Volume 184, January 2015, Pages 13–18.