

bioètica & debat

volum 14, núm. **51**
gener_abril 2008
TRIBUNAL OBERTA DE
L'INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA
4 euros

Aspectes mèdics i quirúrgics de l'avortament

El concepte clàssic d'avortament és la finalització de la gestació abans de la viabilitat del fetus, és a dir, abans que aquest fetus pugui o tingui probabilitat de viure fora del claustre matern. Aquesta definició és molt imprecisa, justament quan els avenços de la neonatologia permeten la supervivència de nounats molt immadurs.

L'Organització Mundial de la Salut l'any 1977, amb l'objectiu d'unificar criteris, va definir l'avortament com l'expulsió espontània o l'extracció d'un embrió o fetus de pes inferior a 500 g. Aquesta nova definició tenia dos inconvenients, en primer lloc que l'obstetra no podia pesar el fetus i, per tant, només era possible fer el diagnòstic quan l'avortament ja s'havia produït. La segona consideració que es feia és que no tenia en compte els trastorns del creixement intrauterí i, per tant, un fetus podia pesar menys de 500 g però tenir un grau de maduresa superior i ser viable.

En l'actualitat la definició consensuada i acceptada d'avortament és la de la finalització de la gestació abans de la setmana 22 complerta, que en condicions normals correspon a un fetus d'aproximadament 500 g i on la seva viabilitat és nul·la. A partir d'aquesta setmana de gestació ja parlem de part i fetus immadur, fins al límit de les setmanes 26-28. A partir d'aquest període de gestació ja parlem de part preterm i de fetus prematur, tenint en compte les xifres de supervivència dels nounats.

El fet de considerar les setmanes de gestació en el concepte ens permet subclassificar els avortaments en: precoços o de primer trimestre, quan esdevenen abans de la setmana 12 de gestació, i tardans o de segon trimestre, si es produeixen entre la setmana 13 i la 22 de l'embaràs. Aquesta classificació té importància per poder diferenciar diferents etiologies i també procediments distints per a la seva resolució.

Etiologia

Una norma freqüent en la nostra especialitat és considerar, en descriure una etiologia en una patologia obstètrica, unes causes maternes i unes altres d'ovulars i/o fetals. Així, en parlar de l'avortament espontani diríem que com a causes maternes tenim: causes uterines (malposicions, tumors, malformacions), causes immunològiques (lupus eritematós sistèmic, síndrome antifosfolípida), trombofílies, malalties endocrinològiques descompensades i infeccions, sense oblidar els traumatismes accidentals. Aquests avortaments de causa materna solen ser més freqüents en els de segon trimestre. Respecte a les causes ovulars i/o fetals, que ocasionen al voltant d'un 75-80% de tots els avortaments espontanis, se solen manifestar de forma precoç i obeeixen a anomalies cromosòmiques, genètiques o alteracions en el desenvolupament de l'embrió i la futura placenta.

sumari

1 a 5

Aspectes mèdics i
quirúrgics de l'avortament

2

Editorial

6 a 8

L'avortament des de la
perspectiva de l'ètica mèdica

9 a 14

Visió jurídica de
l'avortament

15 a 18

Les ètiques de la Terra

19 a 21

L'adquisició del
compromís ètic en la
formació de la infermera

22 a 23

Biblioteca

24

Agenda

Institut Borja de
Bioètica
Universitat Ramon Llull

Institut Borja de Bioètica
Santa Rosa, 39-57, 3a
08950 Esplugues (Barcelona)
www.ibbioetica.org

El perquè d'un canvi

bioètica & debat

DIRECCIÓ

Ester Busquets i Alibés

CONSELL DE REDACCIÓ

Francesc Abel i Fabre
Jordi Craven-Bartle
Pau Ferrer i Salvans
Ramon M. Nogués i Carulla
Jaume Terribas i Alamego
Núria Terribas i Sala

COL-LABORADORS

Josep M. Lailla
Alberto Lecaros
Imma Ubiergo

MAQUETACIÓ I EDICIÓ

Maria José Abella

DISSENY GRÀFIC

Marc Lagua i Bertran

CORRECCIÓ

Mercè Rial i Carbonell

IMPRESSIÓ

Ediciones Gráficas Rey
Dipòsit legal: B-29604-99

EDITA

Institut Borja de Bioètica,
Fundació Privada
c/ Santa Rosa, 39-57 3a.
08950-Esplugues LL. (BCN)
Telf. 93.600.61.06
Fax. 93.600.61.10
bioetica@ibb.hsjdbcn.org

Bioètica & debat no s'identifica
necessàriament amb les opinions
expressades en els articles publicats

Després de l'edició especial del número 50 de *Bioètica & debat* ens va semblar que era el moment oportú per fer balanç del passat, analitzar el present i esbossar el futur de *Bioètica & debat*, una publicació de l'Institut Borja de Bioètica nascuda l'any 1995 com una plataforma per impulsar el diàleg bioètic.

Mirant enrere constatem que la renglera de números de *Bioètica & debat*, editats durant dotze anys, representen la consolidació d'un projecte que té com a eix la promoció del diàleg entorn de totes les qüestions ètiques generades pel desenvolupament i l'aplicació de les ciències de la vida i les ciències de la salut. Mirant vers el present veiem que l'objectiu que va donar origen a la publicació manté la seva vigència i li continua donant sentit per encarar el futur. Però al mateix temps, creiem que tot i mantenir-se els fonaments calia repensar com donar un nou impuls a la revista. Les novetats que presentem en aquest número 51 són fruit d'aquesta reflexió.

L'objectiu que va donar origen a la publicació manté la seva vigència i li continua donant sentit per encarar el futur, però calia repensar com donar un nou impuls a la revista

En primer lloc s'han produït canvis tant en la Direcció com en el Consell de redacció. Núria Terribas, que ha dirigit la revista des dels seus inicis, deixa la Direcció i passa a formar part del Consell de redacció. El relleu en la Direcció de la publicació l'agafa Ester Busquets, que és col·laboradora de l'Institut Borja de Bioètica des de fa anys, tant en el camp de la recerca

com en el de la docència. El Consell de redacció s'amplia també amb les noves incorporacions de Ramon Maria Nogués i Pau Ferrer. Des d'aquest espai volem agrair a Núria Terribas els seus dotze anys de dedicació al capdavant de *Bioètica & debat*, i reconèixer, alhora, la seva constància i el seu encert en la tasca de direcció. Sense el seu treball no hauríem arribat fins aquí. Un altre canvi important és el disseny de la revista. La nova imatge, que conserva molts elements del primer disseny de *Bioètica & debat*, és un intent de facilitar la lectura dels continguts i de fer la revista visualment més atractiva. També ha estat objecte de canvi la periodicitat. En endavant, *Bioètica & debat* sortirà quadrimestralment, en lloc de trimestralment, però per altra banda aquesta reducció de números anirà acompanyada d'un augment de pàgines en cada número. Per últim, també desapareix el fullet *Síntesi. Bioètica i infermeria* en el format habitual i s'integrarà en els continguts de *Bioètica & debat*.

Aquest número i els que seguiran representen una nova etapa en la continuïtat d'un mateix projecte

Aquest número i els que seguiran representen una nova etapa en la continuïtat d'un mateix projecte. Esperem que els canvis siguin ben acollits i que quan sigui necessari siguem capaços de repensar novament com ha de ser *Bioètica & debat*, tenint sempre present que l'objectiu és impulsar la reflexió bioètica —naturalment, des de la pluralitat de pensament— entre un públic interessat, encara que no necessàriament expert.

En l'actualitat hem de considerar una tercera etiologia de l'avortament espontani i és quan aquest es produeix després d'una maniobra invasiva de diagnòstic prenatal, com la biòpsia corial o l'amniocentesi precoç. El risc d'un avortament espontani després de la realització d'una d'aquestes tècniques es considera entre el 0,5 i l'1% de totes les proves realitzades, essent una mica major per a la biòpsia corial.

Tipus d'avortament

A efectes clínics considerem diverses formes clíniques d'avortament, basades essencialment en el mecanisme de producció i de la seva presentació. Considerem al principi que la dona gestant inicia una clínica de pèrdua sanguínia pels genitals, procedent de la cavitat uterina, de poca quantia i acompanyada de molèsties o dolor abdominal, freqüentment no continu. En aquesta fase no hi sol haver modificacions a nivell de coll uterí, i a aquesta entitat clínica la denominem *amença d'avortament*, tenint en compte que en moltes ocasions és reversible i amb un simple repòs el quadre clínic es resol.

Si no és així, i el quadre clínic progressa i l'hemorràgia augmenta en quantitat i els dolors en intensitat, observarem que el coll uterí es modifica (*avortament en curs*) i espontàniament s'expulsa tot el sac ovular que conté l'embrió, i els annexos ovulars, llavors parlem d'*avortament complet*, o l'expulsió és parcial i es denomina *avortament incomplet*, havent de procedir a un tractament mèdic o quirúrgic per completar-lo. Existeix la possibilitat que de forma espontània no s'expulsi el contingut uterí encara que la gestació ja no progressi, ens trobarem llavors davant una gestació no evolutiva o *avortament diferit*.

Podem considerar altres formes clíniques com l'*avortament sèptic*, quan durant el seu curs o en els dies posteriors la pacient desencadena un quadre infecció, que gairebé sempre té el seu

origen en la seva manipulació i pot esdevenir un quadre greu amb alta morbiditat materna. L'*avortament de repetició*, també conegut com avortament habitual o recurrent, es refereix a aquella dona que ha sofert tres o més avortaments seguits, i en la qual estem obligats a realitzar un estudi d'infertilitat, que habitualment ja acostumem a iniciar després d'un segon avortament, especialment si la dona no ha tingut cap fill viu.

En els últims deu anys la taxa d'ILE a Catalunya ha passat del 3,3 al 4,8 per mil dones en edat fèrtil, malgrat que en aquest període s'han introduït mètodes com la «píndola de l'endemà», amb la finalitat de disminuir els embarassos no desitjats

Per últim hem de considerar la *Interrupció Legal de l'Embaràs* (ILE), possibilitat reconeguda per llei a Espanya (Llei orgànica 9/1985) que considera tres possibilitats d'*avortament voluntari*: a) Quan l'embaràs constitueix un greu risc per a la salut física o psíquica de la mare; b) Quan l'embaràs és fruit d'una violació, i c) Quan l'embrió o fetus es prevegi que naixerà amb una malformació física o psíquica greu.

A Catalunya, segons dades fetes públiques pel Departament de Salut l'any 2006, es van realitzar un total de 19.967 interrupcions voluntàries de l'embaràs, que representa una taxa de 4,8 per mil, per a les dones en edat fèrtil (15-49 anys). El total d'embarassos va ser de 102.701 embarassos, i per tant les ILE van representar un 19,4% del total. Es tracta de xifres, al parer nostre, molt elevades i que sens dubte representen una fallada en l'educació sanitària, principalment en el tema de la contracepció, encara que el 61% d'aquests avortaments es van practicar en dones procedents de la immigració o estrangeres, és a dir, amb una altra cultura i uns valors diferents.

En els últims deu anys (1996-2006), la taxa d'ILE a Catalunya ha passat del 3,3 al 4,8 per mil dones en edat fèrtil, malgrat que en aquest període s'han introduït mètodes com la «píndola de l'endemà», amb la finalitat de disminuir els embarassos no desitjats. És clar que no s'ha arribat a l'objectiu previst, fet que en el seu moment ja es va advertir des del col·lectiu mèdic i en concret des de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia, proposant que si conjuntament no es posaven en funcionament plans per a una millor formació en contracepció des de les escoles i les famílies, no s'aconseguiria aquest objectiu comú, com és la disminució dels embarassos no desitjats en l'adolescent i, al mateix temps, una disminució d'ILE.

Procediments medicoquirúrgics per a la interrupció de l'embaràs

- Finalització mèdica de l'embaràs inicial.

En els embarassos recents de menys de 50 dies de retard menstrual comptabilitzat des del primer dia de l'última regla (7 setmanes de gestació), l'administració de Mifepristone (RU-496) és el fàrmac més efectiu, ja que actua bloquejant l'acció de la progesterona, principal hormona en el procés d'implantació del blastòcit a l'endometri i dels primers processos del seu creixement. Es calcula a partir dels treballs de Sptiz i cols.¹ que amb només aquest fàrmac s'aconsegueix la interrupció de l'embaràs en un percentatge d'entre el 64 i el 85% de les dones. L'eficàcia augmenta si administrem conjuntament amb l'anterior un altre fàrmac com el Misoprostol, utilitzat com a protector gàstric, però que té un efecte també occitòcic. Aquest efecte sinèrgic produeix entre el 92 i el 98% d'avortaments.^{2,3}

La *Food and Drug Administration* va aprovar la indicació del Mifepristone per a la interrupció precoç de l'embaràs l'any 2000 però amb unes condicions com són: la comprovació exacta del

temps de gestació, i el fet de descartar que es tracti d'un embaràs ectòpic, i precisant que la indicació i prescripció només la pot realitzar un metge, a qui li correspon la responsabilitat de poder realitzar un raspap urgent, en cas d'hemorràgia genital greu. Cal remarcar que el Mifepristone és un fàrmac que té un alt efecte teratògen, és a dir, capaç d'induir malformacions embrionàries si no s'aconsegueix l'avortament previst, per això quan es decideix la seva administració s'ha de tenir molt clar que l'embaràs no és desitjat.

A partir de les 7 setmanes d'embaràs, l'efecte del Mifepristone disminueix de forma considerable i, per tant, l'efecte del Misoprostol és primordial, per això

les dosis d'aquest segon fàrmac han de ser més elevades conforme major sigui el temps de gestació. A partir de les 8-9 setmanes de gestació el Mifepristone ja es considera contraindicat. L'administració de Misoprostol s'ha de completar en el 50% dels casos amb la realització d'un raspap uterí.⁴

La mortalitat materna després de l'administració d'aquests fàrmacs s'estima en un 1 per 100.000 dones als EUA, mentre que a Europa ha estat inferior, d'aproximadament 0,6 per 100.000 dones. Totes les morts documentades als EUA han estat degudes a xocs sèptics per *clostridium*, mentre que les morts a Europa ho han estat per hemorràgia severa. Resulta difícil establir una relació

científicament defensable, excepte en l'administració del Misoprostol que a Amèrica del Nord es fa sempre per via vaginal, i això pot facilitar la infecció. A Europa preferentment s'utilitza la via oral o rectal.

- Finalització de l'embaràs en el primer trimestre.

Existeix un acord pràcticament unànim que la interrupció de l'embaràs entre les setmanes 7 i 13 de la gestació es realitza mitjançant la realització d'una aspiració endouterina o d'un raspap convencional, en ambdós casos cal una prèvia dilatació del coll uterí. Conforme menor és el temps de gestació l'aspiració resulta més innòcua. Les complicacions d'aquests mètodes són realment es-

La posició del COMB en relació amb les denúncies sobre avortaments presumptament il·legals

Les actuacions judicials sobre pràctiques d'avortaments presumptament il·legals han estat aprofitades per organitzacions antiavortistes i pels mitjans de comunicació afins per difondre la sospita sobre la presumpta tolerància de la Junta de Govern del Col·legi oficial de Metges de Barcelona (COMB) amb aquests fets.

Cal tenir present que no és competència del COMB la inspecció dels centres sanitaris i, en conseqüència, no disposa dels recursos per fer-ho.

Quan hi ha hagut una denúncia sobre conducta mèdica inapropiada, s'ha procedit a obrir el corresponent expedient informatiu, com va ser en el cas del reportatge de la TV danesa. De l'examen dels fets es va concloure que s'havia denegat la pràctica de l'avortament a la periodista danesa, i que, per tant, no es va infringir el Codi de Deontologia. Aquesta ha estat l'única denúncia rebuda al COMB sobre aquests fets.

A més, el COMB s'ha pronunciat a favor de la unificació de la legislació sobre l'avortament en la Unió Europea, que, entre altres conseqüències, evitaria la vinguda al nostre país de persones que

no poden avortar en el seu.

Es dona la circumstància que Espanya és un dels pocs estats europeus que encara no disposa d'una llei de terminis que reconegui el dret de la dona a l'avortament lliure i voluntari en les primeres setmanes de la gestació, llei vigent en 32 dels 47 països que integren el Consell d'Europa.

Espanya és un dels pocs estats europeus que encara no disposa d'una llei de terminis que reconegui el dret de la dona a l'avortament lliure i voluntari en les primeres setmanes de la gestació

En aquest sentit, el Comitè d'Igualtat del Consell d'Europa ha redactat un informe, aprovat ja en el ple del Parlament europeu, on s'afirma que l'avortament dins d'uns terminis preestablerts és un dret de la dona i que els governs han de garantir que l'exercici d'aquest dret sigui una pràctica accessible i segura.

Els fets actuals són la conseqüència de la situació de despenalització, no de legalització, de l'avortament al nostre país. Si de les actuacions judicials en curs es comprova la comissió d'actes delictius, el COMB condemnarà aquests actes sense reserves.

Dit això i a la vista de les actuals circumstàncies, la vulnerabilitat de les dones encausades és prou manifesta, amb el perjudici inevitable a la seva intimitat si la instrucció del sumari i el judici posterior no garanteixen el més estricte anonimat. Tot plegat hauria de ser una raó més que suficient per reclamar un nou debat social sobre la necessitat de modificar l'actual legislació d'interrupció de l'embaràs, per tal de proporcionar la corresponent seguretat jurídica a les dones i als metges i metgesses que les atenen.

Màrius Morlans

President de la Comissió Deontològica del COMB

casses, i entre elles hem de considerar la perforació uterina, la persistència de restes per raspat insuficient i la infecció (endometritis postavortament), totes elles evitables i en general sense conseqüències greus per a la dona.

- Finalització de l'embaràs en el segon trimestre.

Es consideren tres possibles mètodes alternatius: a) dilatació del coll uterí i extracció del contingut uterí, b) administració sistèmica de fàrmacs amb acció avortiva i c) instil·lació endouterina de substàncies avortives.

Sens dubte el primer dels mètodes és el més utilitzat. La dilatació cervical requereix unes maniobres sobre el coll per aconseguir de forma mecànica o farmacològica la seva dilatació. Entre els primers considerariem la col·locació d'una *laminaria* endouterina, o la sonda de Cook, o la dilatació forçada amb dilatadors d'Alsace o d'Hegar. Es poden utilitzar també les prostaglandines a semblança del procés de maduració en el part, i fins i tot el Misoprostol a dosis baixes.

Per a l'extracció, el sistema aspirador es pot utilitzar com a màxim fins a la setmana 15 de gestació, a partir d'aquest temps el fetus presenta ja estructures òssies que presenten cert grau de resistència a l'extracció i la fragmentació de la qual pot produir perforacions uterines, per això l'extracció fetal s'ha de realitzar curosament amb pinces de fórceps tipus Foster, Winther, Barret o Peterson, guiades per ecografia. Una vegada extret el fetus es pot procedir a una aspiració que resulta menys traumàtica per al buidatge uterí.

Les complicacions són més freqüents en la mesura que avança la gestació, així es calcula que les complicacions greus les trobem en un 0,6% dels avortaments de 13 setmanes i en un 1,4% en la setmana 20.⁵

L'administració sistèmica de substàncies amb efecte avortiu es refereix a la utilització de prostaglandines, especialment de derivats de la PG 12, en utilització oral, intravaginal o rectal (Mi-

soprostol), o per via intramuscular (Carboprost). Es recomana en aquests casos, i quan la interrupció es fa amb fetus viu, l'administració prèvia d'una substància feticida com la instil·lació intrauterina de sèrum salí, o la injecció intracavitària de clorur potàssic o la injecció fetal de digoxina.

Les complicacions maternes utilitzant aquests sistemes entren en la línia de les infeccions i hemorràgies postavortament que poden arribar a ésser de fins al 9%.⁶ L'ús sistemàtic de substàncies amb acció avortiva s'ha associat també a retencions placentàries i trencaments uterins.

La instil·lació intracavitària de substàncies amb efecte avortiu com el sèrum salí hipertònic o les prostaglandines de forma independent o conjuntament s'han anat abandonant progressivament pels efectes secundaris i complicacions que presenten, i pels millors resultats dels altres mètodes.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES:

1. Spitz IM, Bardin CW. Clinical Pharmacology of RU-486 an antiprogesterin and antiglucocorticoid. *Contraception* 1993; 48, 403.
2. Peyron R, Aubény E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F et al. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *N Engl J Med*. 1993;328(21):1560-1.
3. Ashok PW, Penney GG, Flett G, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Hum Reprod*. 1998;13(10):2962-5.
4. Stubblefield PG, Carr-Ellis S, Borgatta C. Methods for induced abortion. *Obstet Gynecol*. 2004;104(1):174-85.
5. Peterson WF, Berry FN, Grace MR, Gulbranson CL. Second-trimester abortion by dilatation and evacuation; an analysis of 11.747 cases. *Obstet Gynecol*. 1983;62(2):185-90.
6. Castadot RG. Pregnancy termination: technique, risk and complications and their management. *Fertil Steril*. 1986;45(1):5-17.

Josep M. Laila

Catedràtic d'Obstetrícia i Ginecologia de la Universitat de Barcelona.
Cap del Servei d'Obstetrícia i Ginecologia
Hospital Sant Joan de Déu.
jmlailla@hsjdbcn.org

resum

Mèdicament l'avortament és la finalització de la gestació abans de la setmana 22 complerta. Els avortaments poden ser precoços o de primer trimestre o bé tardans o de segon trimestre. Les causes de l'avortament es classifiquen en maternes o ovulars i/o fetal. També hi ha la possibilitat de practicar una Interrupció Legal de l'Embaràs (ILE), que en la llei espanyola inclou tres supòsits. Els procediments medicoquirúrgics que s'utilitzaran per a la interrupció de l'embaràs depenen del període de gestació en el qual es troba la dona.

PARAULES CLAU

avortament, Interrupció Legal de l'Embaràs (ILE)

abstract

The medical definition of abortion is the interruption of pregnancy prior to completing the 22 gestational week. Early-term abortions occur during the first trimester and late-term abortions occur during the second trimester. From the etiological point of view the abortions are classified as maternal, ovular and/or fetal. Another possibility is the legal interruption of pregnancy (ILE), which in Spain can be done under three conditions. The surgical procedure for the abortion will depend on the number of gestational weeks.

KEYWORDS

abortion, legal interruption of pregnancy (ILE)