

EL ABORTO

A QUE SE LE LLAMA ABORTO

El significado vulgar del aborto es bien claro: muerte del feto. Hay, sin embargo, quienes emplean una terminología confusa para encubrir más o menos la gravedad de aborto intencional. Por eso, dada la finalidad de este capítulo, ante todo hemos de precisar el significado de los términos.

Aborto es la muerte antes de nacer. Y no es una frase paradójica, porque, como es bien sabido, la vida se inicia antes del nacimiento. Lo primero es saber cuando comienza a vivir el ser humano, para comprender que la interpretación del desarrollo embrionario, en las primeras fases, horas y días, ya es aborto, lo cual muchas veces no se entiende o se intenta disimular.

ES NECESARIO SABER CUANDO EMPIEZA LA VIDA DE UNA PERSONA

La vida de un individuo concreto comienza con la fertilización del óvulo, y en el organismo humano la fecha se puede determinar con bastante seguridad. Esto es uno de los hechos biológicos más indiscutibles. Es un dato fundamental. Cuanto más a fondo se estudia el problema, y cada vez con más número de resultado de la investigación experimental, con mayor evidencia se ve que cuando se quiere definir lo que entendemos por aborto, todo planteamiento necesariamente tiene que partir del reconocimiento de este hecho: en el momento de la fecundación, comienza la vida de la persona humana.

El organismo se forma a partir de dos células: el óvulo, la célula femenina procedente del ovario; y el espermatozoide, la célula del organismo masculino, producida en el testículo. Estas células se llaman gametos.

Los gametos, tanto el óvulo como el espermatozoide, cuando han adquirido las características óptimas para la fecundación, o lo que es lo mismo, cuando han alcanzado su nivel de maduración final, son células cuya duración es muy limitada y a partir de este momento, es un periodo muy breve. El óvulo, una vez producida la ovulación en muy poco tiempo, unas 24 horas experimenta un proceso de regresión y muere.

El espermatozoide, también una vez fuera de la cavidad del aparato genital masculino en poco más de un día, experimenta el proceso regresivo y la desintegración terminal. Y lo significativo es precisamente que cuando dos células cuya vida está a punto de terminar se unen, en el proceso en que se produce la fertilización, constituyen desde entonces un conjunto estructural y bioquímico de características únicas. Y a partir de este momento, como consecuencia de los procesos bioquímicos producidos, en la nueva célula han quedado marcada, inscrito, por decirlo así, los planes del desarrollo de un nuevo organismo, que se manifiesta en una extraordinaria capacidad funcional. Los datos bioquímicos conocidos son muchos, pero para esta explicación concisa basta decir que como resultado de todos ellos hay un incremento agudo en el consumo de oxígeno, que marca el proceso de la fecundación. Es decir, cuando los componentes bioquímicos de un espermatozoide han quedado incluidos en el óvulo se ha producido el origen de una nueva vida, y ha quedado allí trazado el conjunto de las instrucciones que dirigen el desarrollo del nuevo ser.

El óvulo fertilizado ha adquirido plena capacidad para alcanzar su desarrollo completo por un mecanismo de extrema complejidad, determinado ya desde la fecundación, sin que las relaciones funcionales entre el organismo de la madre y del feto afecten en nada a este determinismo, como está demostrado en la experimentación las relaciones entre el organismo de la madre y del embrión se establecen desde el momento de la implantación, es decir, cuando el blastocisto se fija en el endometrio. Pero lo evidente es que la implantación no añade nada a la capacidad del organismo embrionario para determinar su desarrollo.

Por la implantación y el desarrollo de la placenta en una fase anterior, el embrión dispone de un medio de

adecuado que garantiza el aporte de sustancias nutritivas y la respiración celular. Pero esto no es nada esencial en cuanto a la potencialización y la determinación del desarrollo, según el plan establecido en la fecundación. Suponer que el embrión no vive propiamente hasta la implantación, resulta tan pintoresco, como sería suponer que el feto no vive hasta que respira aire atmosférico. Más claro, cuando impide el desarrollo embrionario evitando la implantación, lo que hacen es lo mismo que impedir el desarrollo del recién nacido por falta de oxígeno y nutrición. Presentar las cosas de otra manera es incompatible con la realidad de los hechos biológicos

LOS MÉDICOS ANTE LA EPIDEMIA DE ABORTO

El aborto es como la peor epidemia de la época actual, de una gravedad sin precedente. Lo que profusamente aparece en publicaciones médicas, sociológicas, etc.; cada día es más alarmante. Su evolución progresiva está facilitada por tal cantidad de factores y de fuerzas que es incontenible. Si lo comparamos con cualquier enfermedad epidémica encontramos una diferencia esencial.

Los médicos que unánimemente se empeñan en poner todos los medios para vencer la epidemia, en este caso una parte parece que solo propone el más rápido empeoramiento. La información sobre el aborto es difícil. Pero en medio de la inseguridad de los datos hay hechos innegables bien comprensivos. Por ejemplo, basta repasar la legislación de los diversos países para ver que más de la mitad de la población mundial viven en zonas donde el aborto se puede practicar sin riesgos penales, porque todo está permitido o porque para todos los casos es posible, y en general fácil encontrar justificación legal.

En Europa ahora resulta un porcentaje con mucho más elevado de gentes que pueden hacer abortos prácticamente sin dificultades. Por si fuera poco, donde es ilegal es muy difícil hacer cumplir la ley, tanto en algún país está en realidad por completo desuso. A lo que hay que añadir que donde es ilegal, y se intentara mas o menos hacer cumplir la ley, el aborto criminal queda impune siempre. Si teniendo en cuenta todo esto, tratáramos de formular, alguna conclusión, diríamos que a escala mundial la disponibilidad de suprimir la vida de una persona antes del nacimiento, sin sufrir las consecuencias de una conducta criminal, está muy cerca del 100%.

Otro hecho que vale como índice de la situación es lo siguiente. Las grandes campañas de publicidad para la difusión de anticonceptivos la presentan como una labor humanitaria, asegurando que es el mejor modo de impedir abortos.

Pero lo curioso es que entre los medios que recomiendan incluyen todos los que tienen un defecto abortivo, como son determinados preparados de gestágenos, píldora y, por supuesto, del dispositivo intrauterino.

El lado social de la Medicina también se dramatiza en defensa del aborto. Sobre todo esa argumentación sentimental, como para proteger a las embarazadas que no quieren el hijo pero no pueden pagar el aborto en una buena clínica, se añade otros comentarios que bien dirigidos sugestionan a mucha gente.

SACRIFICAN FETOS CON EL PRESUNTO DIAGNÓSTICO DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS:

A partir de los descubrimientos modernos sobre enfermedades genéticas, y mezclando los hechos conocidos con muchas sugerencias puramente hipotéticas, se vienen planteando ya hace unos años multitud de problemas, siempre con el objeto de presentarlo como justificación cierta de aborto. Lo que representa estas pretensiones de suprimir vidas humanas, por comparación con la eutanasia, señalando una fuerte diferencia: el objeto de la eutanasia es ahorrar sufrimiento que parece innecesario al enfermo, mientras que el objeto de la eliminación de un niño incapacitado es impedir el sufrimiento de su familia y la sociedad.

Aborto, interrupción del embarazo antes de que el feto pueda desarrollar vida independiente. Se habla de parto prematuro si la salida del feto desde el útero tiene lugar cuando éste ya es viable (capaz de una vida

independiente), por lo general al cabo del sexto mes de embarazo.

Tipos de aborto

El aborto puede ser espontáneo o inducido. Los fetos expulsados con menos de 0,5 kg. de peso o 20 semanas de gestación se consideran abortos.

Aborto espontáneo

Se calcula que el 25% de todos los embarazos humanos finalizan en aborto espontáneo, y tres cuartas partes de los abortos suceden en los tres primeros meses de embarazo. Algunas mujeres tienen cierta predisposición a tener abortos, y con cada aborto sucesivo disminuyen las posibilidades de que el embarazo llegue a término.

Las causas del aborto espontáneo no se conocen con exactitud. En la mitad de los casos, hay alteración del desarrollo del embrión o del tejido placentario, que puede ser consecuencia de trastornos de las propias células germinales o de una alteración de la implantación del óvulo en desarrollo. También puede ser consecuencia de alteraciones en el entorno materno. Se sabe que algunas carencias vitamínicas graves pueden ser causa de abortos en animales de experimentación. Algunas mujeres que han tenido abortos repetidos padecen alteraciones hormonales. Otros abortos espontáneos pueden ser consecuencia de situaciones maternas anormales, como enfermedades infecciosas agudas, enfermedades sistémicas como la nefritis, diabetes o traumatismos graves. Las malformaciones y los tumores uterinos también pueden ser la causa; la ansiedad extrema y otras alteraciones psíquicas pueden contribuir a la expulsión prematura del feto.

El síntoma más común de una amenaza de aborto es el sangrado vaginal, acompañado o no de dolor intermitente. Sin embargo, una cuarta parte de las mujeres gestantes tienen pequeñas pérdidas de sangre durante las fases precoces del embarazo, y de éstas el 50% llevan el embarazo a término. El tratamiento para una situación de riesgo de aborto consiste en llevar reposo en cama. En mujeres con varios abortos puede ser necesario el reposo en cama durante todo el embarazo. El tratamiento con vitaminas y hormonas también puede ser eficaz. En ocasiones deben corregirse quirúrgicamente las anomalías uterinas si son causa de abortos de repetición.

En un aborto espontáneo, el contenido del útero puede ser expulsado del todo o en parte; sin embargo, en ocasiones, el embrión muerto puede permanecer en el interior del útero durante semanas o meses: es el llamado aborto diferido. La mayor parte de los médicos recomiendan la excisión quirúrgica de todo resto embrionario o placentario para eliminar las posibilidades de infección o irritación de la mucosa uterina.

Aborto inducido

El aborto inducido es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina. En función del periodo de gestación en el que se realiza, se emplea una u otra de las cuatro intervenciones quirúrgicas siguientes: la succión o aspiración puede ser realizada durante el primer trimestre (hasta la duodécima semana). Mediante el uso de dilatadores sucesivos para conseguir el acceso a la cavidad uterina a través del cérvix (cuello del útero), se introduce un tubo flexible conectado a una bomba de vacío denominado cánula para extraer el contenido uterino. Puede realizarse en un periodo de tiempo que va de cinco a diez minutos en pacientes no internadas. A continuación se introduce una legra (instrumento metálico en forma de cuchara) para eliminar por raspado cualquier resto de las cubiertas uterinas. El método de aspiración, introducido en China en 1958, pronto sustituyó al método anterior de dilatación y legrado (en el que la legra se utilizaba para extraer el feto). Durante la primera parte del segundo trimestre la interrupción del embarazo se puede realizar por una técnica especial de legrado-aspiración combinada a veces con fórceps, denominada dilatación y evacuación (DE). La paciente debe permanecer ingresada en el hospital puesto que puede haber hemorragias y molestias tras la intervención. A partir de la semana 15 de gestación el método más empleado es el de infusiones salinas. En esta técnica se utiliza una aguja hipodérmica o un tubo fino para

extraer una pequeña cantidad de líquido amniótico del útero a través de la pared abdominal. Este líquido es sustituido lentamente por una solución salina concentrada al 20%. Entre 24 y 48 horas empiezan a producirse contracciones uterinas, que producen la expulsión del feto y la paciente puede abandonar el hospital uno o dos días después. Los abortos tardíos se realizan mediante histerotomía: se trata de una intervención quirúrgica mayor, similar a la cesárea, pero realizada a través de una incisión de menor tamaño en la parte baja del abdomen. Como alternativa a estos procedimientos, existe una píldora denominada RU-486 que bloquea la hormona progesterona y es eficaz en los primeros 50 días de gestación. La RU-486 se desarrolló en Francia y en 1988 se legalizó su uso.

Los abortos del primer trimestre son relativamente sencillos y seguros cuando se realizan en condiciones clínicas adecuadas. Los riesgos de complicaciones aumentan de manera paralela a la edad de la gestante y consisten en infecciones, lesiones del cuello uterino, perforación uterina y hemorragias. Hay situaciones clínicas concretas en las que un aborto inducido, incluso tardío, supone menor riesgo para la paciente que la terminación del embarazo.

Regulación del aborto

En la antigüedad la realización de abortos era un método generalizado para el control de natalidad. Después fue restringido o prohibido por la mayoría de las religiones, pero no se consideró una acción ilegal hasta el siglo XIX. El aborto se prohibió para proteger a las mujeres de intervenciones quirúrgicas que, en aquella época, no estaban exentas de riesgo; la única situación en la que estaba permitida su práctica era cuando peligraba la vida de la madre. En ocasiones también se permitía el aborto cuando había riesgos para la salud materna.

Durante el siglo XX la legislación ha liberalizado la interrupción de embarazos no deseados en diversas situaciones médicas, sociales o particulares. Los abortos por voluntad expresa de la madre fueron legalizados primero en la Rusia posrevolucionaria de 1920; posteriormente se permitieron en Japón y en algunos países de la Europa del Este después de la II Guerra Mundial. A finales de la década de 1960 la despenalización del aborto se extendió a muchos países. Las razones de estos cambios legales fueron de tres tipos: 1) el infanticidio y la mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales; 2) la sobrepoblación mundial; 3) el auge del movimiento feminista. Hacia 1980, el 20% de la población mundial habitaba en países donde la legislación sólo permitía el aborto en situaciones de riesgo para la vida de la madre. Otro 40% de la población mundial residía en países en los que el aborto estaba permitido en ciertos supuestos riesgo para la salud materna, situaciones de violación o incesto, presencia de alteraciones congénitas o genéticas en el feto o en situaciones sociales especiales (madres solteras o con bajos ingresos). Otro 40% de la población mundial residía en países donde el aborto estaba liberalizado con las únicas condicionantes de los plazos legales para su realización. El movimiento de despenalización para ciertos supuestos, ha seguido creciendo desde entonces en todo el mundo y ha sido defendido en las conferencias mundiales sobre la mujer, especialmente en la de Pekín de 1995, aunque todavía hay países que sobre todo por razones religiosas se ven presionados a mantener legislaciones restrictivas y condenatorias con respecto al aborto.

3

6