

La deshumanización médica y social ante la pérdida embriofetal en madres gestantes

Emilio García Sánchez¹, Marian Vila Caballer²

¹Departamento de Ciencias Políticas, Ética y Sociología, Facultad de Derecho, Empresa y Ciencias Políticas, Universidad CEU Cardenal Herrera, Valencia, España

²Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España

Resumen

Propósito/Contexto. En este artículo queremos evidenciar la existencia de la invisibilización médica y social producida en torno a las pérdidas embriofetales en madres gestantes.

Metodología/Enfoque. Se hace una revisión bibliográfica de carácter narrativo y bioético de publicaciones que analizan específicamente cómo afecta a las madres gestantes el modo de comunicar del personal de salud cuando han de notificar la pérdida de su hijo por complicaciones en el desarrollo embriofetal. Revisamos si en esa comunicación se aplican los principios de la Bioética.

Resultados/Hallazgos. Tras el análisis realizado encontramos que, con frecuencia, las madres gestantes que sufren esos abortos naturales, a menudo, experimentan una ausencia de empatía y humanidad en los profesionales de la salud que no cubren adecuadamente —éticamente— la magnitud que supone esa pérdida del hijo en desarrollo. Añadimos que esta situación se agrava por el sentimiento de fracaso y soledad, unido a la tristeza y el duelo por el que transitan.

Discusión/Conclusiones/Contribuciones. Realzamos el valor ontológico y humano que le otorgan las madres a la muerte del que consideran su hijo, independientemente del momento del desarrollo en el que se encuentre. La muerte imprevista en las primeras semanas del embarazo no debería quedar reducida a un accidente meramente fisiológico y sin importancia a nivel comunicativo. Concluimos que es necesario asesorar a los profesionales de salud a través de protocolos médicos y éticos que les permitan abordar el cuidado de aquellos pacientes que atraviesan esta situación de pérdida embriofetal. Consideramos desde la bioética que, ante estas críticas circunstancias, debería priorizarse el principio de beneficencia, habida cuenta de que una mala comunicación afecta negativamente al bienestar físico y psíquico de estas pacientes.

Palabras clave: embarazo, muerte, comunicación, tristeza, soledad, empatía, madre, beneficencia.

Autor de correspondencia

Emilio García Sánchez, Edificio Seminario, Avda. Seminario s/n, 46113 Moncada, Valencia, España.
Correo-e: emilio.garcia@uchceu.es

Historia del artículo

Recibido: 12 de diciembre, 2022
Evaluated: 03 de abril, 2023
Aprobado: 22 de noviembre, 2023
Publicado: 15 de diciembre, 2023

Cómo citar este artículo

García Sánchez, Emilio, Marian Vila Caballer. 2023. "La deshumanización médica y social ante la pérdida embriofetal en madres gestantes." *Revista Colombiana de Bioética* 18, no. 2:e3957. <https://doi.org/10.18270/rcb.v18i2.3957>



Medical and social dehumanization in the face of embryo-fetal loss in pregnant mothers

Abstract

Purpose/Context. Evidence the existence of medical and social invisibility produced around embryo-fetal losses in pregnant mothers.

Method/Approach. Narrative and bioethical bibliographic review of publications that specifically analyze how pregnant mothers are affected by the way health workers communicate when they must notify the loss of their child due to complications in embryo-fetal development. We review whether the Principles of Bioethics are applied in this communication.

Results/Findings. After the analysis carried out, we found that, frequently, pregnant mothers who suffer these natural abortions often experience an absence of empathy and humanity in health professionals who do not adequately cover – ethically – the magnitude of this loss of the child. That is being developed. We add that this situation is aggravated by the feeling of failure and loneliness, together with the sadness and grief they go through.

Discussion/Conclusions/Contributions. We highlight the ontological and human value that mothers give to the death of the one they consider their child, regardless of the stage of development in which they are. Unforeseen death in the first weeks of pregnancy should not be reduced to a merely physiological accident with no importance at a communicative level. We conclude that it is necessary to advise health professionals through medical and ethical protocols that allow them to address the care of those patients who go through this situation of embryo-fetal loss. We consider from bioethics that, in the face of these critical circumstances, the Principle of Beneficence should be prioritized, given that poor communication negatively affects the physical and mental well-being of these patients.

Keywords: pregnancy, death, communication, sadness, loneliness, empathy, mother, beneficence.

Desumanização médica e social diante da perda embrionária e fetal em gestantes

Resumo

Objetivo/Contexto. Neste artigo, queremos destacar a existência da invisibilização médica e social produzida em torno das perdas embrionárias em mães grávidas.

Metodologia/Abordagem. Foi realizada uma revisão narrativa e bioética da literatura de publicações que analisam especificamente como as mães grávidas são afetadas pela forma como a equipe de saúde se comunica quando elas têm de notificar a perda de seu filho devido a complicações no desenvolvimento embrionário-fetal. Analisamos se os princípios da bioética são aplicados nessa comunicação.

Resultados/Descobertas. Após a análise realizada, constatamos que as gestantes que sofrem esses abortos espontâneos muitas vezes experimentam uma ausência de empatia e humanidade por parte dos profissionais de saúde que não cobrem adequadamente – eticamente – a magnitude da perda de seu filho em desenvolvimento. Acrescentamos que essa situação é agravada pelo sentimento de fracasso e solidão, juntamente com a tristeza e o luto pelos quais estão passando.

Discussão/Conclusões/Contribuições. Destacamos o valor ontológico e humano que as mães atribuem à morte do que elas consideram ser seu filho, independentemente do estágio de desenvolvimento da criança. A morte imprevista nas primeiras semanas de gravidez não deve ser reduzida a um mero acidente fisiológico sem significado comunicativo. Concluímos que é necessário orientar os profissionais de saúde por meio de protocolos médicos e éticos que lhes permitam lidar com o atendimento das pacientes que passam por essa situação de perda embrionária. Acreditamos que, nessas circunstâncias críticas, o princípio da beneficência deve ser priorizado, uma vez que a comunicação deficiente afeta negativamente o bem-estar físico e psicológico dessas pacientes.

Palavras-chave: gravidez, morte, comunicação, tristeza, solidão, empatia, mãe, beneficência.

Introducción

Diversidad y ambigüedad terminológica en relación con la pérdida embriofetal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la muerte fetal (2000), intraútero o antenatal como “aquella que acontece antes de la expulsión o extracción completa de su madre de un producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo”. Por tanto y según la OMS, la muerte fetal contempla cualquier pérdida que ocurra en una madre gestante.

Por otro lado, el término aborto (según la definición de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO) es la “expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional, pero que sea absolutamente no viable (por ejemplo: huevos no embrionados, mola hidatidiforme, etc.), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado” (Cabrero Roura 2009). Esta definición concuerda con la de otros organismos internacionales como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) o la propia OMS y responde al concepto de viabilidad fetal. Según este concepto y en términos generales, se establece en 22 semanas el límite de viabilidad de un producto de la gestación humana (Sánchez Luna 2014). Por debajo de la semana 22 de gestación, dicho producto se considera no viable y a su pérdida (inducida o espontánea) se le denomina aborto, mientras que por encima de la semana 22 se considera muerte fetal o mortinato. En otros países, como en Estados Unidos, esta diferenciación se establece en la semana 20 (CDC 2022).

En el caso de abortos espontáneos, hay autores que efectivamente los definen como la pérdida uterina por debajo de la semana 20 de gestación (considerándose sinónimos los términos como “misscarriage” y “spontaneous abortion” (Prager et al. 2023; Dugas y Slane 2021), mientras que otros la limitan hasta la semana 13 (The American College of Obstetricians and Gynecologists s. f.).

Tampoco en la definición de feto existe un consenso perfecto; mientras que la OMS lo define como el “producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las ocho semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento” (OMS 2020); algunas asociaciones médicas lo establecen en 9 (The American College of Obstetricians and Gynecologists s. f.). En cualquier caso y al considerar feto a los productos de la fecundación de entre 8 y 9 semanas (denominándose embriones a los productos de gestación inferiores a 8 semanas), cabría esperar que el término “muerte fetal” se refiriera también a esta situación y no únicamente a los productos de fecundación de entre 20 o 22 semanas, tal y como se ha comentado anteriormente.

En definitiva, la terminología alrededor de la pérdida gestacional no es uniforme en la literatura, variando entre investigadores, países y organizaciones, donde además hay autores que incluso alertan de cómo la variedad de términos utilizados para describir embarazos no viables puede confundir tanto a pacientes como a los propios profesionales sanitarios (Prager et al. 2023).

No es objetivo de esta publicación la revisión de la terminología clínica alrededor de las pérdidas gestacionales, pero sí es conveniente aclarar que la pérdida gestacional debería englobar cualquier pérdida ocurrida en la madre gestante desde el momento de la concepción, llámese aborto, pérdida embrionaria, pérdida fetal, muerte fetal, etc. Por tanto,

la definición de la OMS para la muerte fetal resulta acertada, ya que engloba tanto a los abortos (según lo define la SEGO), como a cualquier otro tipo de pérdida gestacional.

En línea con esta visión amplia sobre la pérdida gestacional, algunos autores extienden el concepto de pérdida y duelo perinatal a los abortos espontáneos, partos de fetos inmaduros e incluso a las reacciones al tener un hijo con anomalías congénitas (Murray et al. 2000). Kowalski (1987) considera que el duelo perinatal se prolonga desde la concepción hasta el final del primer año de vida, lo que convierte en pérdidas perinatales al embarazo ectópico, al aborto espontáneo o inducido, a la reducción selectiva, la muerte de un gemelo en gestación, el feto muerto intraútero o intraparto, la muerte del prematuro, la del neonato y también a los bebés nacidos con anomalías congénitas o los hijos cedidos en adopción.

En nuestro trabajo nos centramos sobre todo en aquellas muertes que, por distintos factores, acontecen durante las primeras semanas tras la implantación. En este sentido, en nuestro análisis haremos referencia a la humanización de la pérdida específicamente embriofetal.

A lo largo de este estudio, las reflexiones bioéticas elaboradas se encuadran en un tipo de Bioética que sitúa a la persona y a su dignidad en el centro de la relación médico/paciente (Bain 2018; Pellegrino y Thomasma 1993). Al mismo tiempo, apelamos a la Bioética de los principios, en especial, al principio que consideramos más prioritario y relevante de todos los que han de cumplirse en la práctica médico-asistencial, que es el de beneficencia/no maleficencia (Beauchamp y Childress 2019). Valoramos éticamente el respeto con el que ha de tratarse a la madre gestante como paciente especialmente sensible y, sobre todo, cuando sufre una pérdida embriofetal, a la que consideramos como pérdida de una vida humana en crecimiento. Consideramos que una inadecuada comunicación y una falta de empatía por parte de los profesionales, en relación con esta situación dolorosa, daña particularmente la salud de la paciente, vulnerándose los principios básicos de la Bioética/ética médica.

Invisibilización social de la pérdida embriofetal: datos actuales

Los abortos espontáneos son muy frecuentes. Se calcula que el 26% de los embarazos acabará en aborto, es decir, uno de cada cuatro embarazos no llegará a la semana 20. De los embarazos clínicamente reconocidos, se estima que este porcentaje se sitúa en el 10%, por lo que, en una de cada diez gestaciones, la madre será conocedora de la pérdida sufrida (Dugas y Slane 2021). Dentro del espectro de mujeres que sufren abortos espontáneos se encuentran las mujeres con abortos de repetición, aunque tampoco hay un consenso respecto a la definición de aborto de repetición, se acepta actualmente como la pérdida recurrente de dos o más embarazos clínicamente reconocidos antes de la semana 20-24 de gestación (Dimitriadis et al. 2020).

La mayoría de los abortos espontáneos, hasta el 80%, ocurren durante el primer trimestre, disminuyendo drásticamente la incidencia a partir de la semana 12 de gestación (Dugas y Slane 2021). Este hecho ha propiciado la “regla de los tres meses”, según la cual una mujer debe guardar el secreto de su embarazo hasta cumplido el primer trimestre del mismo, aunque históricamente se ha considerado que la mayoría de estas pérdidas tempranas se debía a defectos genéticos en el embrión, estableciéndose la hipótesis de que cuanto más temprana fuera la pérdida, más probable que el embrión presentara anomalías cromosómicas, sin embargo, un estudio reciente pone en jaque esta afirmación al demostrar que las anomalías cromosómicas fueron frecuentes en pérdidas ocurridas entre las semanas 6 y 9 de gestación (69% de los casos), pero infrecuente en pérdidas ocurridas antes de la semana 6 (9%) (Romero et al. 2015).

Pese a ser un evento tan común, la mayoría de las mujeres que sufren un aborto lo hacen en silencio, existiendo un tabú al respecto en la sociedad actual. Algunos autores van más allá al afirmar que el tabú se extiende incluso a los profesionales sanitarios (Pastor Montero et al. 2013). Desafortunadamente, el silencio alrededor de las pérdidas gestacionales tempranas añade a las mujeres sentimientos de aislamiento y soledad, lo que agrava el dolor por la pérdida sufrida (Bellhouse et al. 2018). Interrogadas en este punto, la mayoría de las mujeres que han sufrido un aborto afirman que rara vez se hablaba de este tema en su entorno, lo que les generaba más sentimientos de aislamiento. Además, la ausencia de información y conocimiento previo abunda en una falta de preparación para afrontar la realidad de un aborto, así como de soledad al no poder compartirlo con familiares y amigos (Romero et al. 2015). Estas mujeres sienten fuertemente la necesidad de que se hable más abiertamente del aborto espontáneo en la comunidad para sentirse menos solas y estigmatizadas en su experiencia. El hecho de que se hable en general o de que específicamente estas mujeres puedan hablar con mujeres que han atravesado un trance similar, es una herramienta importante para romper el tabú existente y hace que la mujer se sienta apoyada y comprendida.

Parte importante para romper este tabú es desmontar la “regla de los tres meses”, ya que el secretismo alrededor del aborto no hace sino amplificar los sentimientos de soledad y aislamiento en la mujer que ha sufrido una pérdida, entre otras cosas porque tanto amigos como familiares desconocían el embarazo. De hecho, muchas mujeres sienten que deberían de haber contado antes que se encontraban encinta, puesto que les hubiera dado la posibilidad de tener más apoyo (Romero et al. 2015). En definitiva, las propias mujeres consideran que hablar abiertamente sobre los embarazos en el primer trimestre reduciría el estigma y el secreto que rodea al aborto espontáneo.

La percepción del embrión y el feto como “un hijo real” en la madre gestante

Al momento de la confirmación del embarazo, la mujer es consciente de que a nivel biológico hay algo que se ha activado en su interior, un “proceso” imparabile, continuo y autónomo. Sin quererlo voluntariamente, no puede controlar ni regular esa nueva situación, aunque podría, si quisiera, interrumpirlo en determinadas condiciones, plazos o supuestos. La mujer siente y cree con seguridad en el inicio y el crecimiento de una vida que culminará en el parto, a no ser que haya algún problema que intercepte el desarrollo y haga inviable la existencia del embrión o del feto.

Desde el momento propio de la fecundación e implantación, se inician cambios moleculares, bioquímicos y posteriormente fisiológicos, totalmente diferentes a aquellos que existían antes de la fecundación, iniciándose una comunicación biológica entre el embrión en desarrollo en la trompa y el cuerpo de la madre. Además, sabemos que hay una verdadera cascada de reacciones y adaptaciones, de liberación de factores de crecimiento por parte del epitelio que influyen sobre el desarrollo inicial del embrión y que, poco a poco, se irán conociendo los mensajes que el embrión envía a ese epitelio. Como se sabe, transcurridas 2 semanas desde la fecundación, la gonadotropina coriónica segregada es capaz de transformar la fisiología de la madre, mutando el proceso de la menstruación en el proceso de la gestación (Herranz 2021). Según López Moratalla (2009), la comunicación maternofilar durante el embarazo supone “un diálogo molecular, una simbiosis de dos vidas (...) los circuitos entre madre y embrión durante el embarazo se potencian y dan lugar al equilibrio de la vida emocional”.

A partir del momento en el que la mujer sabe que está embarazada, su propia configuración e identidad personal/corporal experimentan un cambio no solo biológico sino ontológico y social, porque ella misma y su propia vida se transforma en un nuevo modo ser y de estar en el mundo, diferente a cualquier otro estado anteriormente experimentado.

La verificación del embarazo le hace sentirse madre de un ser humano en desarrollo al que asume como hijo (de ese hijo concreto), aunque todavía no lo perciba sensorialmente (Martos-López et al. 2016). La mujer se siente madre desde el mismo momento en que sabe que está embarazada y, en la mayoría de los casos, aunque no en todos, no tendría sentido la alegría y la conmoción generada de no ser un hijo, sobre todo cuando ese hijo es deseado. Una vez las mujeres conocen la noticia acerca de su primera maternidad, les resulta un tanto indiferente, o menos importante, la fase concreta en la que pueda encontrarse el concebido (mórula, blastocisto, fase implantatoria, fase fetal, etc.), en el sentido de que, en cualquiera de ellas, aquel está en “fase hijo” y ella en “fase madre”, es decir, le basta saber que, de una u otra forma, ya existe dentro de ella para acogerlo y quererlo como un “ser nuevo” (Boltanski 2016), una vida proyecto y no un simple producto biológico. Desde el inicio, la madre asume que su cuerpo está albergando a otro cuerpo, aunque este sea de tamaño diminuto desde el punto de vista biológico. Evidentemente, la mayor gravidez conforme avanza el tiempo le hará sentir y ser más consciente de la presencia de su hijo. De todas formas, esta situación que describimos aquí en un tono positivo respecto a las personas que desean tener un hijo, hay que ponerlo en contraste con otras situaciones en las que el embarazo ha sido resultado de una violencia sexual. Para estos casos conflictivos, el abordaje comunicativo y ético es sin duda diferente, porque el embarazo no se contempla como una buena noticia (Mastandrea et al. 2022).

La inquietud por tener el hijo y ser padres por primera vez lleva, en no pocos casos, a buscar lo antes posible la confirmación del embarazo. Una vez lo saben con certeza, estrenan por adelantado su nueva configuración humana, su maternidad y su paternidad, ilusionándose con ellas. Por otra parte, el que la notificación del embarazo sea temprana permite, además, iniciar cuanto antes el seguimiento y el control médico del embarazo.

En general, para la mujer, ahora madre, resulta difícil pretender que entienda, desde un punto de vista técnico, la relación incipiente iniciada con su hijo en formación y menos aún su posible muerte. En cualquier caso, la mujer que se sabe madre de un hijo deseado concentra toda su atención en que el embarazo culmine con éxito y dé a luz a su hijo. Desde el inicio está experimentando todo su embarazo como un acontecimiento único, como la llegada al mundo de otra persona, y no como un proceso físico que puede verse afectado por diferentes factores y que podrían causar un resultado anómalo (Claramunt et al. 2009), más al tener en cuenta el tabú que rodea a la muerte embriofetal.

Desde el punto de vista comunicativo, la relación médico-madre gestante no es equiparable a la relación con otro tipo de pacientes, sin menospreciar la calidad y el respeto que todas merecen. La realidad es que el trato con una madre encinta requiere unas habilidades y un estilo comunicativo diferente al de otro tipo de pacientes. El médico ginecólogo/obstetra y los profesionales que trabajan alrededor de la medicina embriofetal han de ser conscientes de que se enfrentan a una situación clínica singularísima, al encontrarse ante dos pacientes unidos entre sí, una paciente (mujer/madre embarazada) y otro paciente genuino e individual que es el embrión/feto en desarrollo en el seno materno (León Correa 2007), quien además ha adquirido por parte de la paciente madre el reconocimiento de hijo desde el primer momento. Gracias a los avances de la medicina, ahora, el médico, en comparación con hace cincuenta años, sabe perfectamente y tiene la certeza de cuándo una mujer está embarazada. A medida que se conoce más a fondo lo que pasa en el embrión muy joven, se ilumina más la responsabilidad del médico hacia él (Herranz 2021) y hacia la madre que lo alberga en su interior.

En este contexto comunicativo tan delicado, resultaría controvertida una visión del embrión o feto, no como un verdadero paciente, sino como una parte de aquella (la mujer madre) que es verdaderamente la paciente capaz y competente. El hecho de que la madre, como mujer libre y paciente, pueda tomar las decisiones sobre su hijo en gestación, no significa que el médico se desentienda, se desvincule profesionalmente del embrión o del feto en desarrollo. Por tanto y, además, por el respeto debido a la situación de la paciente madre y a lo que ella está experimentando en esos momentos, los profesionales de la salud deben hacer un esfuerzo por darle relevancia al embrión o feto que se esté gestando, así como al vínculo y la relación que se establece entre madre e hijo en formación.

La pérdida embriofetal como pérdida de un hijo

Iniciado el embarazo, el vínculo materno/filial dura siempre, incluso más allá de la pérdida, en el caso de que esta sucediera. Como confirman en sus estudios Clement *et al.* (2019) y López García (2011), para la mayoría de las mujeres la pérdida permanece en su memoria todos los días de su vida. Además, esas madres no tienen ninguna intención de querer olvidarlo, ni desean que se borre (Claramunt *et al.* 2009). El vínculo quedó establecido con un alto contenido emocional y nunca podrá desaparecer tras una pérdida, ya que no se trata de una separación meramente física y temporal de una estructura/órgano al que se estuviera apegado.

El nexo de unión entre ambos no se puede describir como una relación celular o meramente bioquímica que queda suspendida. Estamos ante uno de los vínculos personales más fuertes que existen entre dos seres humanos (madre-hijo), mucho más intenso que otro tipo de vínculos que puedan darse, aunque clínicamente (para pruebas diagnósticas, terapéuticas, etc.) podamos separar a la madre gestante como paciente del embrión o feto en desarrollo, también podemos observar al embrión y al feto como un paciente (Carrera 2003) que se hace presente dentro de otro paciente, “un hijo dentro de su madre”, es decir, ambos están en conexión directa y no marginal y, tal y como afirma León Correa, su presencia es especialmente relacional (León Correa 2007). Además, durante todo el tiempo de vida del embrión y una buena parte de la vida del feto, su condición de viabilidad depende precisamente del hecho de estar dentro de la madre.

Ninguna condición temporal de la fase del embrión o del feto, ni tampoco ninguna condición patológica de ellos logra despojarles de una característica intrínseca: la filiación (Pardo Sáenz 2011) y, en otro orden, tampoco a los padres puede anulárseles su paternidad. Incluso, como describe Noia (2007) en su trabajo, hay parejas que, ante la pérdida fetal y dada la nueva configuración de padres que habían asumido y a la intensa (pese a corta) relación afectiva con su hijo en desarrollo, sienten la necesidad (aunque sea solo imaginaria) de acompañar en la muerte a su propio hijo, en esa fase fetal donde no han podido decirle adiós.

Por otra parte, la intensidad y la fuerza de la unión no resulta tan dependiente de la semana del embarazo en la que se encuentre (Claramunt *et al.* 2009). Desafortunadamente, a menudo se asume que las mujeres aún no han formado vínculos fuertes en las primeras etapas del embarazo, pero son numerosos los estudios que han demostrado que la duración del embarazo no tiene relación con el nivel de angustia psicológica experimentado tras la pérdida de este (Romero *et al.* 2015); por tanto, se entiende que la desvinculación ocasionada por la pérdida embriofetal genera un vacío tan doloroso que resulta difícil de sobrellevar o de sustituir rápidamente por otro embarazo. De hecho, las mujeres que han sufrido una pérdida y han hablado de ello, reportan haber escuchado de su entorno comentarios centrados en embarazos futuros, siendo considerados estos comentarios por la mujer como inadecuados e insensibles (Romero *et al.* 2015). Con cierta

frecuencia, según el estudio de Díaz Sánchez et al. (2010), también los médicos pueden reducir su apoyo al simple ánimo de volver a buscar con rapidez un nuevo embarazo. En estos casos, los médicos no consideran que la pérdida de un hijo es uno de los eventos más estresantes que se puede producir en un adulto (en este caso una mujer embarazada) (Martínez Serrano 2011) y es imposible sustituir automáticamente un embarazo por otro, o un hijo intercambiarlo por otro (Koopmans et al. 2013). Resulta ilusorio borrarlo de la memoria de la mujer, porque será un hecho que permanecerá para siempre y no algo simplemente anecdótico. Por este motivo, deberían evitarse, entre otras, expresiones nada consoladoras como: “eres joven, ya tendrás más” (Umamanita 2009).

Resulta tan especial la sensibilidad materna desarrollada que algunas mujeres se sienten ofendidas cuando se encuentran con la denominación administrativa “feto hembra de (nombre de la madre)” (Claramunt et al. 2009), con la que se suele registrar el resultado de la pérdida del embarazo. Muchas afirman que para ellas lo que ha muerto no es un “feto” o un simple embrión, sino propiamente su hijo. Les resulta doloroso esa simplificación porque la construcción identitaria que habían ido elaborando del embrión/feto como hijo queda invisibilizada, despersonalizada, es decir, cuando muere un embrión o un feto muere un bebé (“mi bebé deseado”) en el vientre materno y si hubo embarazo múltiple y se le confirmó a la madre, mueren “mis gemelos deseados” y así lo sienten las madres (López García 2011). Al mismo tiempo, tal y como explica López García (2011), a ese dolor por la pérdida del hijo se suman otros dolores nada despreciables, como la propia pérdida de la maternidad/paternidad, el rol o identidad de madre y padre que iban a asumir, la formación de una familia o la confianza de seguir teniendo hijos.

La construcción personal que va elaborando la mujer embarazada es que el feto, o, en algunos casos, el embrión, es sencillamente su hijo (Díaz Sánchez et al. 2010). De hecho, tras la confirmación del embarazo, lo que se comunica a sus familiares, allegados y amigos es que se espera un bebé e igualmente comunica que ya no hay bebé (que lo ha perdido), en el triste caso de su pérdida del embarazo (López García 2011).

Describe Bayle (2002) que, a lo largo del embarazo, los padres y en especial la madre van imaginando a un niño al que además le han dado un nombre, delimitando sus características físicas y psicológicas y, simultáneamente, la imaginación también se extiende a hacia los propios progenitores que se proyectan en el futuro como padres con una nueva vida y un nuevo estatus social. Resulta conmovedor el testimonio de madres que dan las gracias a su hijo muerto, al que no conocieron, “por haber estado en mí, aunque fuera por poco tiempo y permitirme sentir la maravilla, el placer de ser mamá” (Claramunt et al. 2009).

Aunque a veces la pérdida embrionaria o fetal no se note como tal físicamente (con ausencia de dolor físico), la tristeza sí que brota con fuerza en su dimensión mental, porque se nubla o desaparece automáticamente la imagen del hijo esperado que los padres se habían formado y con la que alimentaban sus sueños (Pardo Sáenz 2011). Evidentemente, la pérdida de un embrión o de un feto en desarrollo solo produce frustración e importa a los que desean tener un hijo, en cuyo caso, se convierte en un drama y no en un evento trivial (Herranz 2013).

En el caso de la madre, la configuración materna adquirida a efectos médicos queda determinada desde el momento en el que se confirma el embarazo. Desde el punto de vista farmacológico, este hecho se hace incluso patente en los propios prospectos de medicamentos en los que se suelen indicar las advertencias sobre los riesgos en mujeres embarazadas a las que denominan “madres” (Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria 2019), porque están gestando un hijo al que deben proteger para que la medicación no ponga en riesgo su salud. En otros casos, para la aplicación de diversos tratamientos se habla del “beneficio materno/fetal durante el embarazo” (Rodríguez-Pi-

nilla y Martínez-Frías 2010), es decir, independientemente del momento o fase en el que se dé la pérdida, se habla de madres (Claramunt et al. 2009).

Pardo Sáenz (2011) describe la existencia de madres gestantes que, aun habiéndolo sido pocos días, confiesan haber tenido un sentimiento real de compañía y comunicación, experimentando sentirse menos solas por el simple hecho de estar embarazadas de apenas unas semanas. El vínculo de apego producido durante un embarazo, incluso en el caso de embarazos breves, está muy estudiado y es conocido su efecto durante el duelo (López García 2011). Además, los avances que nos brindan las técnicas de imagen actual (que permiten visualizar desde embriones incipientes a fetos tridimensionales en los que es posible visualizar gestos y facciones, así como los dispositivos *doppler* ya disponibles incluso para uso doméstico) permiten ver y escuchar al bebé, reforzando más (si cabe) un vínculo *per se* fuerte.

Consideraciones finales

A la vista de la frecuencia nada despreciable de muertes embriofetales y de la situación devastadora en la que suelen quedar madres y padres, se hace necesario asesorar más a los profesionales de salud a través de protocolos médicos y éticos que les permitan abordar de forma más adecuada el cuidado de aquellos que lo sufren.

Resulta también crucial visibilizar y normalizar el duelo perinatal, sacándolo del ostracismo al que se ve relegado y situándolo en el lugar social que le corresponde. En este sentido, está cobrando gran importancia la implementación y extensión de unidades de cuidados paliativos perinatales en los centros hospitalarios. Destacamos el papel y la positiva influencia de enfermeras especializadas y formadas en acompañamiento a madres con pérdida perinatal (Chichester et al. 2022).

En definitiva, la finalidad no es otra que la de reflexionar sobre el impacto emocional que suponen las pérdidas embriofetales (hijos reales para sus progenitores) y que exigen no despojarlas del valor humano y ético que poseen. La muerte imprevista en las primeras semanas del embarazo no debería quedar reducida a un accidente meramente fisiológico y sin importancia. Ante esta tragedia, son muchos los sueños incumplidos de los padres, es tangible su dolor por la pérdida y es frecuente (cuando no necesario) transitar un duelo. Desde la sociedad, y muy particularmente desde los profesionales de la salud, se deben desaprender patrones de conducta (comentarios desacertados, escasa empatía, explicaciones excesivamente técnicas, etc.) que deshumanizan estas pérdidas e invalidan su ulterior duelo.

Contribución de los autores

Emilio García-Sánchez: conceptualización, análisis formal, recursos, investigación, administración del proyecto, supervisión, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Marian Vila Caballer: conceptualización, metodología, software, adquisición de recursos, investigación, software, visualización, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección).

Financiación

Los autores no recibieron financiación para la escritura o publicación de este artículo.

Conflictos de interés

Los autores no tienen conflictos de interés por declarar en la escritura o publicación de este artículo.

Implicaciones éticas

Los autores no tienen implicaciones éticas por declarar en la escritura o publicación de este artículo.

Referencias

- Beauchamp, Tom y James Childress. 2019. "Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary." *The American Journal of Bioethics* 19, no. 11: 9-12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
- Bellhouse, Clare, Meredith J. Temple-Smith y Jade E. Bilardi. 2018. "It's just one of those things people don't seem to talk about... women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study." *BMC Women's Health* 18: 176. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0672-3>
- Benoit Bayle. 2002. *L'embryon sur le divan. Psychopathologie de la conception humaine*. París: Masson.
- Boltanski, Luc. 2016. *La condición fetal: una sociología del engendramiento y del aborto*. Madrid: Akal.
- Cabero Roura, Lluís. 2009. "Declaration of the Bioethics Commission of the Spanish Society of Obstetrics and Gynecology on legal interruption of pregnancy." *Documento SEGO* 52, no. 1: 67-68. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(09\)70147-5](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(09)70147-5)
- Carrera, José María. 2003. "El feto como paciente: nuevos desafíos." *Ginecología y Obstetricia Clínica* 4, no. 3: 126-127.
- CDC. 2022. "¿Qué es la muerte fetal?" CDC. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/stillbirth/facts.html>
- Chichester, Melanie, Lesley Tepner y Denise Côté-Arsenault. 2022. "Nursing Care of Childbearing Families After Previous Perinatal Loss." *Nursing for Women's Health* 26, no. 5: 379-388. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2022.07.011>
- Claramunt, M. Àngels, Mónica Álvarez, Rosa Jové y Emilio Santos. 2009. *La cuna vacía: El doloroso proceso de perder un embarazo*. Madrid: La esfera de los libros.
- Clement, Elizabeth, Sarah Horvath, Arden McAllister, Nathanael Koelper, Mary Sammel y Courtney Schreiber. 2019. "The Language of First-Trimester Nonviable Pregnancy." *Obstetrics & Gynecology* 133, no. 1: 149-154. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002997>

- Consejo General de Colegios Médicos de España. 1990. *Código de Ética y Deontología Médica, artículos 25.1 y 25.2*. Madrid: Consejo General de Colegios Médicos de España.
- Díaz Sánchez, Verónica, María Eloísa García Huete, Dolores Marín Morales y Elena Campo. 2010. "La construcción social del duelo en el aborto espontáneo." *Metas de Enfermería* 13, no. 6: 25-32.
- Dimitriadis, Evdokia, Ellen Menkhorst, Shigeru Saito, William Kutteh y Jan Bro-sens. 2020. "Recurrent pregnancy loss." *Nature Reviews Disease Primers* 6: 98. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00228-z>
- Dugas, Carla y Valori Slane. 2021. "Miscarriage." StatPearls [Internet]. Última modificación junio 27, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532992/>
- García de Madinabeitia, Ana Pía. 2011. "Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio." *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 31, no. 109: 62. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000100005>
- Giménez Amaya, José Manuel. 2009. "Neurobiología del vínculo de apego y embarazo." *Cuadernos de Bioética* 20, no. 3: 333-338.
- Herranz, Gonzalo. 2013. *El embrión ficticio. Historia de un mito biológico*. Madrid: Palabra.
- Herranz, Gonzalo. 2021. "Bioética y desarrollo embrionario." *Persona y Bioética* 25, no. 1: 2.
- Koopmans, Laura, Trish Wilson, Joanne Cacciatore y Vicky Flenady. 2013. "Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal." *Cochrane* 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3>
- Kowalski, Karen. 1987. *Perinatal loss and bereavement*. En *Women's Health: Crisis and Illness in Childbearing*, editado por Lois Sonstegard, Karen Kowalski y Betty Jennings, 25-42. Nueva York: Grune and Stratton.
- León Correa, Francisco. 2007. "El diálogo bioético en las técnicas de reproducción asistida." *Acta Bioethica* 13, no. 2: 161-167. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2007000200002>
- López Moratalla, Natalia. 2009. "Comunicación materno/filial en el embarazo." *Cuadernos de Bioética* 20, no. 70: 303-316.
- Martínez Serrano, Paloma. 2011. "Morir antes de nacer. Experiencias de madres y padres en situación de muerte intraútero y de los profesionales en la atención al proceso de parto." *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* 3, no. 3: 207-233.
- Martos-López, Isabel, María del Mar Sánchez-Guisado y Chaxiraxi Guedes-Arbe-lo. 2016. "Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado." *Revista Española de Comunicación en Salud* 7, no. 2: 300-309. <https://doi.org/10.20318/recs.2016.3454>
- Mastandrea, Paula Belén, María Paula Paragis e Irene Cambra Badii. 2022. "Cine y trayectorias del aborto adolescente en Argentina y España." *Revista Colombiana de Bioética* 17, no. 2: e3777. <https://doi.org/10.18270/rcb.v17i2.3777>

- Murray, Judith, Deborah Terry, John Vance, D. Battistutta y Y. Connolly. 2000. "Effects of a program of intervention on parental distress following infant death." *Death Studies* 24, no. 4: 275-305. <https://doi.org/10.1080/074811800200469>
- Noia, Giuseppe. 2007. *Il figlio terminale*. Roma: Nova Millenium.
- Organización Mundial de la Salud. 2000. *Definitions and indicators in Family Planning Maternal & Child Health and Reproductive Health used in the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108284>
- Pardo Sáenz, José María. 2011. *El no nacido como paciente*. Pamplona, España: Eunsa.
- Pastor Montero, Sonia María, José Manuel Romero Sánchez, Olga Paloma Castro, Juan Carlos Paramio Cuevas, Ana Cristina Toledano Losa y José Alejo Ortegón Gallego. 2013. "Buenas prácticas en atención a la pérdida perinatal." *Paraninfo Digital Monográficos de Investigación. Granada* 7, no. 19: 1-7.
- Prager, Sarah, Elizabeth Micks y Vanessa Dalton. 2023. "Pregnancy loss (miscarriage): Terminology, risk factors, and etiology." UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-terminology-risk-factors-and-etiology>
- Rodríguez-Pinilla, Elvira y María Luisa Martínez-Frías. 2010. "Tratamiento farmacológico de la mujer embarazada: fármacos contraindicados durante la gestación." *Semergen* 36, no. 10: 579-585. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2010.09.003>
- Romero, S., K. Geiersbach, C. Paxton, N. Rose, E. Schisterman, D. Branch y R. Silver. 2015. "Differentiation of genetic abnormalities in early pregnancy loss." *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 45, no. 1: 89-94. <https://doi.org/10.1002/uog.14713>
- Sánchez Luna, Manuel. 2014. "Current «limit of viability»." *Anales de Pediatría* 80, no. 6: 346-347. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.01.019>
- Sánchez Zinny, Gloria María. 2004. "El embrión como paciente." *En Ética, bioética y desarrollo*. El hombre como ser dependiente, coordinado por Aquilino Cayuela Cayuela, Julián Vara Martín, Francisco Javier Romero y Vicente Villar Amigó, 91-103. Granada, España: Comares.
- Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. 2019. "Medicamentos en el embarazo: ¿qué tenemos que tener en cuenta?" SEFAP. <https://www.sefap.org/2019/10/17/medicamentos-en-el-embarazo-que-tenemos-que-tener-en-cuenta/>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. s. f. "Early Pregnancy Loss." ACOG. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/early-pregnancy-loss>
- Umamanita. 2009. "Guía de atención a la muerte perinatal y neonatal." Umamanita. <https://www.umamanita.es/guia-de-atencion-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal/>