
Trabajo Fin de Grado

Aspectos éticos en la interrupción del embarazo en pacientes con cáncer de mama. Revisión sistemática de la literatura.

Gemma Junquera Blanco



Aquest treball està subjecte a la llicència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Este trabajo está sujeto a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This end of degree project is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Aspectos éticos en la interrupción del embarazo en pacientes con cáncer de mama. Revisión sistemática de la literatura.

Grado en Enfermería

Autor: Gemma JUNQUERA BLANCO
Tutor: Begoña María BOSCH CANALS
Fecha de presentación: 04/05/2020

“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de Catalunya”

*A mi familia, por ser mi apoyo,
enseñarme qué es lo más importante en la vida,
guiarme, acompañarme y rectificarme.*

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todas las personas que me han acompañado a lo largo de los años: a las que todavía siguen, las que ya no están y las que se han incorporado en estos últimos años. Ellos han hecho posible que yo sea quien soy.

En primer lugar, agradecer a mis padres todo el esfuerzo que han dedicado a cuidarnos a mi hermano y a mí. A mi padre, por enseñarnos la fuerza y la importancia del amor, la fortaleza, la constancia y la fe. A mi madre, por ser alegría, bondad, paciencia y ternura. A mi hermano, por todo lo que hemos descubierto creciendo juntos, por todo lo que me ha enseñado y mantener siempre la calma. A mis padrinos y a mis abuelas, por enseñarme parte de los cuidados y las necesidades de los pacientes.

En segundo lugar, a Luis, por su confianza y apoyo en todo momento, juntos hemos crecido y vivido situaciones que jamás había soñado. También a mis amigas porque juntas hemos crecido y madurado.

Finalmente, a la UIC y a mi asesora, Clara, por brindarme la oportunidad de estudiar y guiarme durante estos cuatro años, a Begoña por dirigir la última etapa de mi carrera y, quizá el inicio de una futura etapa profesional.

Gracias.

RESUMEN

Introducción: La bioética trata los conflictos éticos que surgen de los avances de la ciencia con el fin de hacer contemplar nuevos elementos para que el personal sanitario reflexione críticamente y tome la mejor decisión.

El cáncer de mama (CM) y el aborto son dos temas de actualidad y que en los últimos años se han ido desarrollando. La ausencia de conocimiento sobre estos procesos y las repercusiones en el cuidado hacen necesario profundizar en el CM, el aborto y el personal sanitario.

Objetivo: El objetivo de este estudio es conocer si es o no necesario abortar cuando se le diagnostica a la mujer CM e identificar los aspectos éticos de esta situación.

Metodología: Para llevar a cabo la revisión sistemática de la literatura se diseñó una estrategia de búsqueda con diversas palabras clave. Esta se aplicó a diferentes bases de datos: PubMed, CINAHL, Web of Science y Cuiden. De los 120 artículos relevantes únicamente se han incluido 27.

Resultados: Tras analizar los estudios se han identificado dos temas. El primero, incluye todas las características objetivas del proceso de CM en una mujer embarazada. El segundo, recoge todos los aspectos éticos del aborto y su influencia en el personal sanitario. Se ha observado que el aborto no es necesario en mujeres diagnosticadas con CM. No obstante, el rol asistencial enfermero debe adecuarse a cada paciente.

Conclusiones: No existe evidencia científica que indique una necesidad de abortar en mujeres con CM. El aborto en sí mismo es un dilema ético que genera estrés en los profesionales de la salud. Enfermería debe informar objetivamente y bajo la evidencia científica pero su rol consiste en respetar la decisión de la mujer y acompañarla.

Palabras clave: cáncer de mama, cáncer de mama asociado al embarazo, aborto, aspectos éticos, enfermería y cuidados.

ABSTRACT

Introduction: Bioethics deals with the ethical conflicts that arise from the advances of science in order to find new elements that help the healthcare members to reflect critically and make the best decision.

Breast cancer and abortion are two current issues that have been developing in recent years. The lack of knowledge about these processes and its repercussions on healthcare make necessary to deepen into the breast cancer, abortion and health professional.

Objective: The aim of this study is to know whether or not it is necessary to have an abortion when a woman is diagnosed with breast cancer and to identify the ethical aspects of this situation.

Methodology: To carry out a systematic review of the literature, a search strategy with various keywords was designed. This was applied to different databases: PubMed, CINAHL, Web of Science and Cuiden. Of the 120 relevant articles, only 27 have been included.

Results: After analyzing the studies, two topics have been identified. The first one includes all the objective characteristics of the pregnancy associated breast cancer. The second one explains all the ethical aspects of abortion and the influence on health professional. Abortion has been found to be unnecessary in women diagnosed with breast cancer. However, the nursing care must be adapted to each patient.

Conclusions: There is no scientific evidence that indicates a need to abort in women with breast cancer. Abortion is an ethical dilemma that creates a moral distress for health professionals. Nursing must inform the patient objectively and under scientific evidence, but its role is to respect the woman's decision and accompany her.

Keywords: breast cancer, pregnancy associated breast cancer, abortion, ethical aspects, nursing, cares.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	I
ÍNDICE DE FIGURAS.....	II
LISTA DE ABREVIATURAS	III
1. ESTADO ACTUAL DEL TEMA	1
2. OBJETIVOS.....	6
3. METODOLOGÍA	7
4. RESULTADOS.....	10
4.1. Análisis bibliométrico	10
4.2. Análisis de contenido	12
4.2.1. El cáncer de mama durante el embarazo.....	12
4.2.1.1. Características generales de las pacientes.....	12
4.2.1.2. Características clínicas del cáncer de mama asociado al embarazo.....	13
4.2.1.3. Aspectos importantes relacionados.....	18
4.2.2. El aborto.....	20
4.2.2.1. Conflicto ético.....	21
4.2.2.2. La objeción de conciencia.....	23
4.2.2.3. Estrés o angustia moral	26
5. DISCUSIÓN	28
5.1. Limitaciones del trabajo	29
5.2. Futuras líneas de investigación	30
6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA E INVESTIGACIÓN	31
7. CONCLUSIONES.....	32
8. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO.....	33
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
9.1. Anexo I	V
9.2. Anexo II.....	VI
9.3. Anexo III.....	IX

9.4. Anexo IV	X
9.5. Anexo V	XI
9.6. Anexo VI	XIII
9.7. Anexo VII	XIV
9.8. Anexo VIII	XVIII

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tipo y número de abortos registrados en España 2018.	4
Tabla 2: Estrategia final de búsqueda.	7
Tabla 3: Clasificación de los artículos de la estrategia de búsqueda según el año de publicación.	10
Tabla 4: Clasificación de los artículos según el país.....	11
Tabla 5: Clasificación de los artículos de la estrategia de búsqueda según el tipo de estudio... ..	11
Tabla 6: Tratamiento del PACB según el periodo de gestación.	16

ÍNDICE DE TABLAS DE ANEXOS

Tabla 1: Características de los datos de los abortos registrados según el Ministerio de sanidad español 2018	V
Tabla 2: Propuesta de cronograma de la universidad.....	VI
Tabla 3: Cronograma propio de actividades realizadas para el TFG durante el curso 2019/20.	VIII
Tabla 4: Posibles palabras clave mediante temas y sinónimos.	IX
Tabla 5: Búsquedas avanzadas realizadas en PubMed.	X
Tabla 6: Cuartil de las revistas.....	XI
Tabla 7: Características generales de los artículos incluidos.	XIV
Tabla 8: Resumen del contenido de los artículos.....	XVIII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo.....	9
---	---

ÍNDICE DE FIGURAS DE ANEXOS

Figura 1: Tanto por ciento de cuartiles de revistas.	XII
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS

AEMPS: Agencia española del medicamento y de los productos sanitarios.

CA: Comunidad Autónoma.

CM: Cáncer de mama.

IQ: Intervención quirúrgica.

IVE: interrupción voluntaria del embarazo.

LDH: lactato deshidrogenasa.

LM: lactancia materna.

OC: objeción de conciencia.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAAS: punción con aspiración de aguja fina.

PABC: ‘*pregnancy association breast cancer*’.

PET: Tomografía por emisión de positrones.

QTP: Quimioterapia.

RTP: Radioterapia.

TFG: trabajo de fin de grado.

1. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La bioética es una ciencia nueva en desarrollo que nació alrededor de 1970. Se define como *aquella parte de la ética o filosofía moral que estudia la licitud de las intervenciones sobre la vida del hombre y de su entorno, especialmente, pero no sólo, en el campo de la medicina y de las ciencias biológicas* (1).

La bioética trata los conflictos éticos que surgen de los avances de la ciencia, huye de los extremos morales, no pretende dar respuestas determinadas ni definitivas pero si aportar elementos para reflexionar de manera crítica y argumentada para que las decisiones se tomen en un contexto de diálogo y respeto (2).

La enfermera jura guardar el máximo respeto a la vida. Esta debe de velar por la vida y la salud de los pacientes y no atentar contra ella. Este punto es esencial en los cuidados enfermeros.

En ocasiones, los intereses propios que mueven el mundo y la falta de información de la sociedad ejercen presión sobre el personal sanitario para realizar intervenciones sobre algunos pacientes violando el juramento enfermero y la ética en la profesión. Estos pacientes son los que se encuentran, generalmente, en una etapa de la vida más vulnerable: el inicio o el fin de la vida. Así pues, el personal sanitario debe de recordar y actuar acorde a lo que juró actuando coherentemente y adaptándose a cada situación y paciente.

El aborto no es únicamente un tema de interés social. En el ámbito sanitario es un tema de interés profesional y ético.

El origen etimológico de la palabra ‘aborto’ se encuentra en el latín ‘*abortus*’ constituida por el prefijo *ab-* (privación) y el sufijo *-ortus* (nacido), es decir, la palabra aborto significa *privación del nacimiento* (3). Generalmente, entendemos como aborto a aquella expulsión, natural o no, del feto en un periodo no viable, es decir, cuando el feto necesita las condiciones intrauterinas para poder sobrevivir. Sin embargo, una expulsión fetal en periodo viable es conocida como parto prematuro.

Actualmente, la medicina diferencia cinco tipos de aborto: el aborto espontáneo, el aborto terapéutico, el aborto eugenésico, el aborto indirecto y el aborto provocado.

El aborto espontáneo es la muerte natural intrauterina del feto antes de las 22 semanas de gestación o con un peso inferior a los 500g. El aborto provocado, voluntario o inducido es *la muerte del feto mediante su destrucción o su expulsión prematuramente provocada para que muera, tanto si no es viable como si lo es* (4). Actualmente, nuestra sociedad asocia como aborto provocado la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). El colegio americano de obstetras y

ginecólogos (5) define como aborto provocado la realización de un procedimiento o la administración de un fármaco para poner fin a un embarazo.

Dentro del aborto inducido se encuentra el aborto terapéutico y el eugenésico. El aborto terapéutico es un tipo de aborto provocado que se realiza por una enfermedad, generalmente, fetal, sin embargo, su objetivo no es curar sino *eliminar al enfermo* (6). El aborto eugenésico también es un aborto provocado pero que se realiza por motivos de calidad de vida del feto. Sin embargo, el aborto indirecto es aquel aborto que sucede por la praxis del personal sanitario sobre la madre pero no es intencionado (7).

Para llevar a cabo un aborto voluntario o IVE existen dos procesos: el quirúrgico y el químico. El factor, por excelencia, que determina cuál es más apropiado para realizar uno u otro es la edad gestacional, es decir, la edad y evolución del feto.

El aborto químico conocido como aborto médico, con pastillas, farmacológico o no quirúrgico es el más frecuente y seguro antes de la décima (8) o incluso hasta la duodécima (9) semana de gestación, es decir, durante todo el 1r trimestre de embarazo. Consiste en la administración, generalmente, vía oral de un fármaco (Mifepristona o Metotrexato) o una prostaglandina o un análogo de ella, como por ejemplo, Misoprostol por vía vaginal (10), o bien la combinación de ambos fármacos debido a que varios estudios publicados, entre ellos se encuentran algunos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (11), han demostrado que es más efectivo el uso de Mifepristona o Metotrexato con una prostaglandina que únicamente la prostaglandina. Cada combinación de fármacos actúa de forma diferente:

- Misoprostol (prostaglandina): interacciona con los receptores de las células miometriales provocando contracciones uterinas y que el cuello uterino se ‘‘ablande’’ (12).
- Mifepristona y Misoprostol: la Mifepristona es una anti-progestina. Su objetivo es bloquear la acción de la progesterona (hormona) alterando la pared del endometrio y provocando una hemorragia. Además, también favorece las contracciones uterinas. La combinación de estos fármacos hace inviable el embarazo y provoca la expulsión del embrión con el resto de los tejidos necesarios (13).
- Metotrexato y Misoprostol: el Metotrexato es un antimetabolito que inhibe la producción de timidina (nucleósido), por tanto, la síntesis de ADN. Además, inhibe la implantación del embrión en el útero. El Metotrexato finaliza el embarazo y el Misoprostol hace que se expulse (14).

Sin embargo, a pesar de que la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) contraindican el uso de estos fármacos durante el embarazo son utilizados para finalizarlo (10,15,16).

El fármaco, más usado, conocido como píldora del día de después es EllaOne®. El principio activo de este fármaco es acetato de ulipristal. Está indicado como un anticonceptivo de urgencia desde el momento en que se mantienen relaciones hasta 120h después (17). El fármaco es considerado únicamente anticonceptivo y no abortivo (18,19). Sin embargo, otros autores, como Justo Aznar (20), no se corresponden a esta definición debido a que estudios publicados por la farmacéutica que produce el fármaco y el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos del Reino Unido han demostrado que entre el 50% y el 70% de las veces que se hace uso *actúa por un mecanismo antiimplantatorio* (20). Es decir, en caso de fecundación, el fármaco impediría que se implantara el cigoto en el endometrio, pudiéndose considerar como un fármaco abortivo (21). También, existen otros fármacos que también son anticonceptivos de urgencia y su principio activo es Levonorgestrel.

El aborto quirúrgico resulta más seguro, es decir, carece de menos complicaciones, a partir de la décimo tercera semana de gestación, 2º trimestre (5). Generalmente, a partir de la décimo quinta semana de gestación (22) el aborto quirúrgico preferente es el denominado ‘‘dilatación y evacuación’’. Es un tipo de cirugía ambulatoria que consiste en la dilatación del cuello uterino mediante fármacos o instrumental quirúrgico y la extracción del feto por vía vaginal gracias al uso de instrumentos quirúrgicos y métodos de aspiración (5,22). A pesar de que el aborto más frecuente durante el 1r trimestre suele ser médico, también se hace uso del quirúrgico. La técnica más utilizada es denominada ‘‘aborto por aspiración y raspado’’. Esta consiste en la aspiración del embrión de manera manual o con ayuda de una bomba de aspiración o de vacío (5,22).

En España la ley del aborto se introdujo en 1985, sin embargo, en 2010 se aprobó una nueva ley del aborto donde se legalizaba el aborto en cualquier situación siempre que la mujer lo demandara.

Según el último informe del Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social (23) sobre los datos de la IVE, en 2018 se registraron 95.917 abortos en mujeres desde 15 a 44 años. El 65,29% de esas mujeres eran de nacionalidad española. Los motivos registrados por los que abortaron fueron (23):

- 86.749 mujeres (90,44%) por petición de la mujer.
- 5.711 mujeres (5,94%) por grave riesgo para la vida o salud de la embarazada.
- 3.187 mujeres (3,32%) por riesgo de graves anomalías en el feto.

- 267 mujeres (0,27%) por anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable.
- 3 mujeres (0,003%) por otros motivos.

En la siguiente tabla se observa que tipo de aborto se realizó:

Tabla 1: Tipo y número de abortos registrados en España 2018.

Abortos quirúrgicos	Dilatación y aspiración	60.961	63,5%
	Dilatación y evacuación	13.600	45,45%
Abortos farmacológicos	Mifepristona	21.950	22,88%
	Prostaglandinas	18.300	19%
Otros		1.273	1,32%

En el Anexo I – Tabla 1 se puede observar una tabla que refleja el número total de las IVE según tipo de centro y semanas de gestación, motivo de la interrupción, método empleado en la intervención.

La comunidad autónoma (CA) que más abortos realiza es Cataluña (20,54%), seguida de Andalucía (18,94%) y Madrid (17,02%).

Sin embargo, el informe del aborto del 2019 realizado por el Instituto de Política Familiar, pone en duda estos datos, debido a que hay CCAA (Extremadura, Comunidad de Madrid, Castilla y León, Región de Murcia, etc.) que carecen de protocolos de seguimiento de los abortos farmacológicos y, por tanto, no se notifican. Dentro de los abortos no registrados también se encontrarían aquellos abortos que son fruto de la administración de la ‘‘píldora del día de después’’, anteriormente comentada. El tanto por ciento de abortos químicos en 2017 fue del 20,5% en cada CA, por tanto, en 2017 hubo 6.800 abortos químicos que no se registraron (24).

El Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social (23) registró un total de 94.123 abortos, sin tener en cuenta los producidos por ‘‘la pastilla del día de después’’. El número total de abortos (registrados y no registrados) se elevaría hasta los 100.079 en 2017 (24).

Por otro lado, actualmente, en España 2.088.849 personas, hombres y mujeres (11,6%), han sido diagnosticadas de cáncer de mama (CM) (25). En este último año, se han diagnosticado 33.307 casos nuevos (26). Es el cáncer más frecuente en mujeres y la causa de muerte por cáncer en las mujeres españolas, sin embargo, la supervivencia por CM ha aumentado en los últimos años (27).

Se considera CM durante el embarazo, aquel diagnosticado durante la gestación y los 12 meses siguientes al parto. De manera general, 1 de cada 5 mujeres entre 25 y 29 años diagnosticadas de CM está asociado a un embarazo. Las cifras de CM diagnosticadas durante el embarazo oscilan entre embarazos el 2,4 y el 7,3 por cada 100.000 pacientes (28). Esta revisión se centra en aquellas mujeres que son diagnosticadas durante la gestación.

Teniendo en cuenta estas dos situaciones (el aborto y el CM), la enfermera debe de cuidar de la mejor manera posible a todos los pacientes. En pacientes embarazadas debe de cuidar a la madre y al feto, los dos son pacientes y ambas vidas son importantes. Enfermería debe de conocer el proceso de gestación, los cambios físicos y psicológicos de la madre y el crecimiento del feto y la vida intrauterina para poder prestar los mejores cuidados a los dos. De la misma manera debe de conocer qué conlleva el aborto para la gestante y el feto, cuáles son las complicaciones y los cuidados éticos que debe de prestar siguiendo, siendo coherentes con la conciencia de cada uno y el juramento realizado.

Por ello, esta revisión sistemática pretende estudiar la relación que hay entre el CM en el embarazo y el aborto y los aspectos éticos que derivan de ahí. También se profundizará en el rol que tiene enfermería en este tema.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

Así pues, la pregunta de investigación que nos realizamos fue la siguiente ¿en mujeres embarazadas a las que se les diagnostica CM es necesario que interrumpan su embarazo, es decir, aborten?

2. OBJETIVOS

Los objetivos de mi trabajo han sido los siguientes:

Objetivo principal:

1. Examinar, identificar y evaluar el proceso de las mujeres embarazada diagnosticadas con CM y qué relación puede tener el aborto con ellas.
2. Investigar sobre los aspectos éticos del aborto.
3. Investigar e identificar los cuidados enfermeros en pacientes embarazadas con CM que se plantean o pueden plantearse abortar.

Objetivo secundario:

1. Identificar los efectos psicológicos del aborto y del CM en mujeres y hombres.
2. Examinar y evaluar la información que se proporciona al paciente sobre el aborto cuando se les diagnostica esta patología.
3. Explicar la objeción de conciencia que viene derivada del proceso del aborto.

3. METODOLOGÍA

Diseño

Para lograr los objetivos planteados del trabajo de final de grado (TFG) que pretendían responder a la pregunta anterior y relacionarla con el rol enfermero, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura durante el curso académico 2019-2020. Para realizarla se planificaron todas las actividades en un cronograma (Anexo II – Tabla 2).

Estrategia de búsqueda

En primer lugar, se elaboró una lista de palabras clave para la búsqueda (Anexo III – Tabla 3) y se realizaron un total de 11 búsquedas avanzadas diferentes en la base de datos PubMed (Anexo IV – Tabla 4) con las posibles palabras clave hasta determinar la definitiva (Tabla 2). La estrategia de búsqueda cubre los siguientes aspectos: cáncer de mama, aborto, aspectos éticos y cuidados enfermeros.

Tabla 2: Estrategia final de búsqueda.

1	<i>Breast cancer</i>
2	<i>Pregnancy</i>
3	<i>Abortion</i>
4	<i>Ethical aspects</i>
5	<i>Nurse care</i>
6	1 AND 2 OR 3 AND 4 AND 5

Criterios de inclusión y exclusión

Para la selección de los artículos, los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes: que los artículos estuvieran centrados en pacientes con CM o que hubieran realizado un aborto donde el papel de enfermería pudiera estar o estuviera presente incluyendo también artículos relacionados con otros profesionales sanitarios siempre que el estudio fuera relevante para la investigación o recopilación de datos. Además, también se incluyeron artículos que contemplaran la visión del personal sanitario es este tipo de pacientes. Finalmente, se limitó el periodo de publicación de los artículos a los últimos 5 años y que los sujetos de estudio fueran humanos. También se ha incluido literatura gris, es decir, otras publicaciones diferentes a artículos científicos.

Los criterios de exclusión fueron que los textos estuvieran disponibles en un idioma distinto al español, catalán o inglés, que trataran de temas diferentes a los objetivos de estudio y que no se tuviera acceso al texto completo.

Selección de los artículos

Una vez definida la estrategia de búsqueda final en PubMed se adaptó a otras bases de datos: CINAHL, Web of Science y Cuiden. Además, se contemplaron otros artículos relevantes encontrados mediante una búsqueda libre con las mismas palabras clave. Los artículos que respondían a la estrategia de búsqueda se le añadieron los criterios de inclusión y exclusión anteriormente expuestos.

El primer cribaje de los artículos obtenidos fue realizado según el título manteniendo todos aquellos que, potencialmente, se podían ajustar a los objetivos del trabajo. Seguidamente, se eliminaron los duplicados y se filtraron los artículos según su resumen o *abstract*. No obstante, debido al volumen de artículos potenciales que se mantenían se decidió filtrar y no incluir todos aquellos artículos que, únicamente, se centraban en el tratamiento de las mujeres embarazadas con CM. Finalmente, la lectura completa del artículo acabó de definir o no su inclusión. En el trabajo se han incluido un total de 27 artículos.

Rigor

Con el fin de evaluar la calidad de los artículos seleccionados y, por tanto, del total del trabajo, se ha utilizado el método PRISMA (29) para realizar el diagrama de flujo y la calidad de los artículos se ha evaluado según el cuartil de la revista mediante *Scientific Journal Rankings* (30) donde se ha observado que un total de 17 artículos de los 27 totales, es decir, un 63% de los artículos pertenecen al primer cuartil (Anexo V – Tabla 5 - Figura 1). Para poder exportar, archivar, referenciar y observar los artículos duplicados y eliminarlos hemos hecho uso del gestor bibliográfico Mendeley (Anexo VI), utilizando el estilo de referenciación Vancouver.

Consideraciones éticas

Este trabajo no ha necesitado elaborar consentimientos informados ni pasar por un comité de ética debido a que se trata de un trabajo de revisión sistemática de la bibliografía debido a que todos los artículos que se han seleccionado han pasado por un comité de ética y cumplen otros aspectos éticos antes de ser publicados. Para evitar el plagio a lo largo del trabajo se ha referenciado toda la información y se ha marcado en cursiva las palabras textuales que surjan de ellos. Este trabajo no tiene ningún interés con terceros, el único interés es aumentar conocimientos propios y poder servir de inspiración a otras personas. Finalmente, debido al estado del aborto (su concepto,

conocimientos, etc.) en la sociedad actual presenta un conflicto ético de donde se dividen diferentes opiniones y corrientes el trabajo se ha objetivado, es decir, se han mostrados todos los resultados tal y como son, eliminando la opinión personal y los adjetivos despectivos.

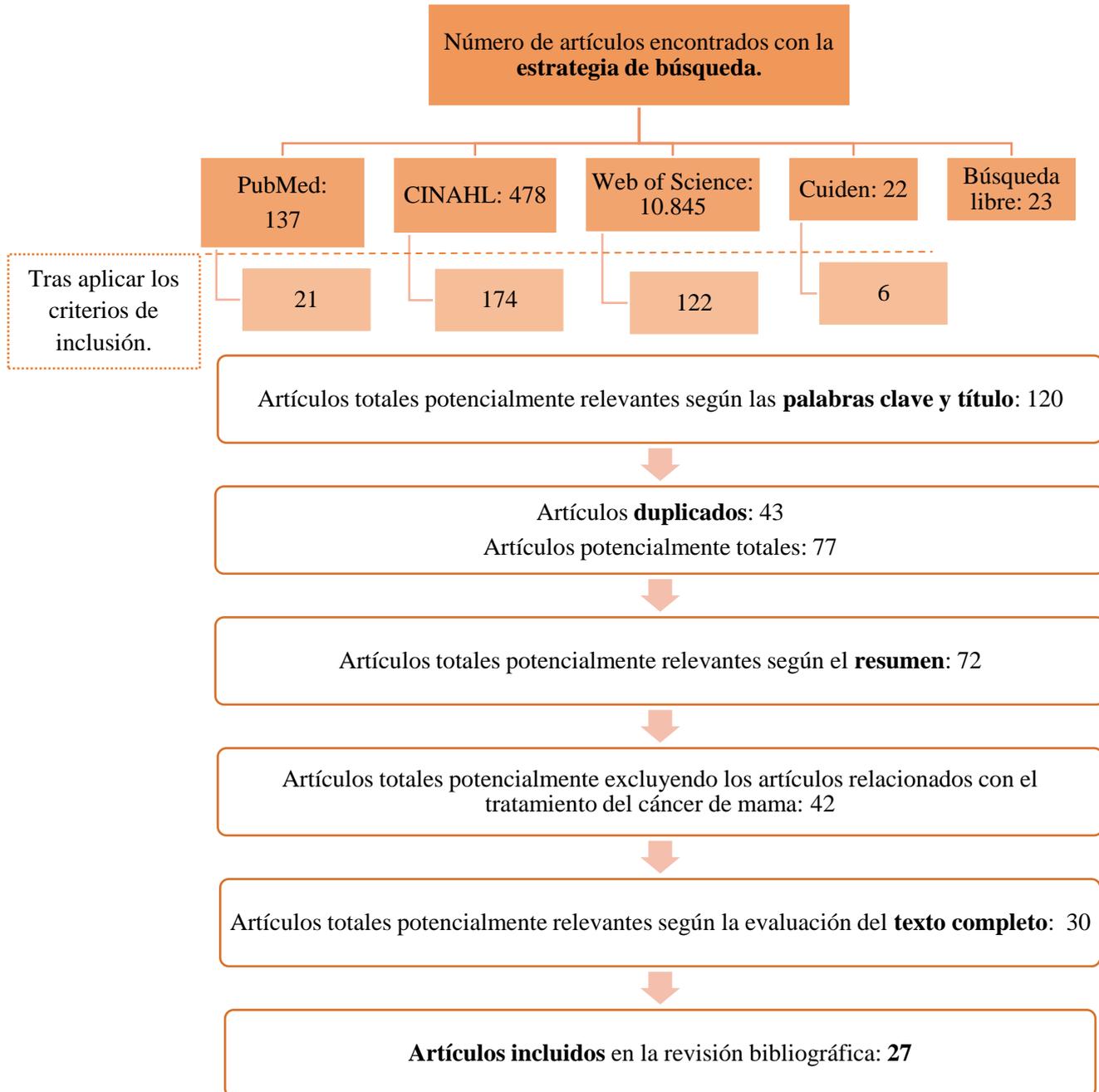


Figura 1: Diagrama de flujo.

4. RESULTADOS

4.1. Análisis bibliométrico

Los 27 artículos incluidos en el estudio se han organizado, clasificado y descrito en dos tablas. La primera (Anexo VII – Tabla 7) los clasifica según algunas características como: año, autor, muestra y país. La segunda tabla (Anexo VIII– Tabla 8) lo hace según el contenido relevante para la revisión. En todos los estudios han participado personal sanitario o docentes del ámbito de ciencias de la salud relacionado con la práctica del aborto o mujeres embarazadas con o sin CM.

Esta revisión engloba únicamente artículos publicados desde el año 2015 hasta el 2020 ambos inclusive debido a que el aborto y el diagnóstico de cáncer en los últimos años ha evolucionado en la sociedad. Los artículos se han subclasificado en tres tablas según el número de artículos publicado por año, el tipo de diseño del estudio y el país donde se han realizado. Se pueden observar a continuación.

En primer lugar, en la Tabla 3, se observa como el número de artículos publicados durante estos años es similar debido a que los dos temas principales que aborda esta revisión (CM y aborto) son muy actuales y de relevancia en la sociedad en la que vivimos. En segundo lugar, en la Tabla 4, se observa dónde se han realizado los estudios, es decir, la procedencia de la muestra del estudio donde Estados Unidos y Reino Unido destacan por encima del resto de países publicando un total de 6 y 7 artículos respectivamente que representa juntamente casi el 50% de la nacionalidad de los artículos debido a que en estos países la investigación en las ciencias de la salud es más frecuente. Finalmente, en la Tabla 5, se observa que el diseño de estudio más frecuente en esta revisión han sido los estudios cualitativos (48,14%), en especial, los de estudios de casos (22,22%) debido a la importancia que tienen las vivencias personales de las pacientes y las del equipo sanitario.

Tabla 3: Clasificación de los artículos de la estrategia de búsqueda según el año de publicación.

Año de publicación	Número de artículos	Porcentaje
2015	7	25,92%
2016	4	14,81%
2017	4	14,81%
2018	6	22,22%
2019/2020	6	22,22%

Tabla 4: Clasificación de los artículos según el país.

País	Número de artículos	Porcentaje
Arabia Saudí	1	3,7%
Australia	2	7,4%
Brasil	2	7,4%
Canadá	2	7,4%
Chile	1	3,7%
China	1	3,7%
Croacia	1	3,7%
España	1	3,7%
Estados Unidos	6	22,22%
Reino Unido	7	25,92%
Suecia	1	3,7%
Suiza	1	3,7%
No consta	5	18,51%

Tabla 5: Clasificación de los artículos de la estrategia de búsqueda según el tipo de estudio.

Tipo de estudio	Número de artículos	Porcentaje
Cuantitativo	7	23%
- Transversal	1	3,7%
- Multicéntrico	1	3,7%
- Cohorte sin especificar	1	3,7%
- Cohorte prospectivo multicéntrico	1	3,7%
- Cohorte retrospectivo	3	11,11%
Cualitativo	13	48,14%
- Descriptivo	1	3,7%
- Hermenéutico	2	7,4%
- Entrevistas semiestructuradas	2	7,4%
- Estudio de caso	6	22,22%
- Análisis de discurso	1	3,7%
- Narrativo	1	3,7%
Revisión literaria	3	11,11%
- Revisión sistemática narrativa	1	3,7%
- Revisión sistemática	2	7,4%
Otros:	4	14,81%
- Artículos de opinión	2	7,4%
- Noticia	2	7,4%

4.2. Análisis de contenido

Los principales temas de investigación de este trabajo son dos: el CM y el aborto. Después de leer y examinar detenidamente cada uno de los 27 artículos que se incluyeron en este trabajo, se han expuesto las características más importantes de ambos temas. Aparentemente, parece que no hay ningún nexo de unión entre ambos. Sin embargo, el embarazo y el aborto están íntimamente relacionados. Así pues, nos preguntamos ¿por qué es importante el CM en el embarazo? ¿es frecuente?

4.2.1. El cáncer de mama durante el embarazo

El cáncer de mama diagnosticado durante el embarazo o *pregnancy associated breast cancer* (PABC), como hemos mencionado anteriormente, incluye todo el periodo de la gestación y los posteriores 12 meses que forman parte del proceso de la lactancia (31,32).

El CM es el cáncer más común en mujeres embarazadas (33), según Iavazzo, C. et al. (34) un tercio de los casos de cáncer diagnosticados durante el embarazo se corresponden con el CM. La incidencia de este cáncer es de 1 cada 3000 mujeres embarazadas (32,35–37) a pesar de que otros estudios la sitúan entre 1 por cada 1000/1500 mujeres (34). Cabe destacar que, del total de mujeres con CM, únicamente un 6,5% afecta a mujeres menores de 40 años (32).

Este tipo de cáncer empieza a ser más común en mujeres embarazadas, a pesar de que, se puede calificar como raro. La mayoría de los artículos coinciden en que este fenómeno es debido a la elección que hacen las mujeres de retrasar la maternidad (32,34,36–40) por crecer en la carrera profesional y siendo posible mediante el desarrollo de nuevas técnicas reproductivas (34). Sin embargo, Botha MH. et al. (41) consideran que este aumento de incidencia no se puede explicar solo por la edad materna.

Este tipo de pacientes son tratadas mediante un equipo interdisciplinar formado por: cirujanos, oncólogos, enfermeras y otros profesionales de la salud (42). Así pues, es importante conocer qué tipo de mujer es más vulnerable a padecer PABC y cuáles son sus características personales y gestacionales.

4.2.1.1. Características generales de las pacientes

La edad de las mujeres diagnosticadas con PABC oscila entre 20 a los 45 años de edad (31,37,42), que es el periodo aproximado de fertilidad en las mujeres. La media de edad materna más frecuente en los estudios es de 34 años (31,32,34,36,40,42) pero estos datos no se corresponden en otros artículos y la sitúan en 39 años (38). Hay que tener en cuenta que estas pacientes son jóvenes en comparación con la edad media de las mujeres diagnosticadas con CM, es decir,

cuando el CM no está relacionado con el embarazo debido a que estas últimas no se encuentran en edad fértil (43).

Se ha observado que, es más frecuente diagnosticar el cáncer durante el 2º trimestre de embarazo (31,35,36) pero el diagnóstico después del parto es significativamente mayor (31,39).

Si contemplamos los factores de riesgo para PABC la genética es el factor más importante, especialmente, en mujeres con alteraciones de los genes BRCA1 y BRCA2 (34). Macdonald, H R. et al. (32) señalan que el 33% de los CM en las mujeres de 20 años es debido a mutaciones genéticas y en mujeres de 30 años es de un 22%. Además, afirman que se debería de ofrecer un examen genético a todas las mujeres diagnosticadas con CM menores de 40 años (32). Cabe destacar que en un estudio de las 142 mujeres que participaron el 35,2% tenían antecedentes familiares de cancer y, de estos, un 14,8% era CM (31).

En esta situación, debemos preguntarnos cómo afecta al proceso de diagnóstico, tratamiento y pronóstico del CM que la paciente esté embarazada.

4.2.1.2. Características clínicas del cáncer de mama asociado al embarazo

A continuación, se exponen las características de las mujeres diagnosticadas con PABC. ¿Cuál es la primera sintomatología? ¿Cómo se realiza el diagnóstico y el tratamiento? ¿Qué pronóstico tienen? Además, también se exponen características relevantes durante el proceso gestacional: el tipo de parto preferente, la existencia o no de afectación vertical y el tipo de lactancia a seguir.

Sintomatología

El primer signo por el cual se manifiesta el PABC en la mayoría de mujeres es la palpación de una masa o ‘bulto’ indolora en el pecho (31–33). A pesar de que no sea frecuente, la literatura también describe otra sintomatología como primer signo o síntoma. Por ejemplo, un aumento de pecho (32), cambio de color de la piel a rojo y naranja, secreción del pezón, secreción hemorrágica papilar o secreción purulenta (31) o dolor (33,36).

Debido a los cambios fisiológicos en la mujer propios del embarazo y la lactancia, el diagnóstico de CM es más tardío (32–34,38,39,41) y muchas veces se confunde. Por ejemplo, en el estudio de Wang B. et al. (31) 24 pacientes de un total de 140 con PABC se les diagnosticó previamente, por error, una mastitis, a 6 se les atribuyó secreción de leche y a 4 una masa tumoral benigna.

Diagnóstico

En la revisión de la literatura incluida, la mayoría de mujeres PABC se diagnosticaron en un estadio II (31,37,38) y III (31,37,40). En estos estadios es frecuente el carcinoma invasivo del

conducto (31,36) y la afectación del ganglio centinela (32,39). Y, las mujeres diagnosticadas en un estadio IV, las metástasis más frecuentes fueron observadas en el pulmón, el hígado, el hueso, el cerebro y los nódulos linfáticos (31,32).

No obstante, Macdonald HR. et al. (32) afirman en su artículo que el 80% de masas diagnosticadas durante el embarazo representan patologías benignas donde se incluye, por ejemplo, hiperplasia lobulares¹, fibroadenomas², quistes, galactoceles³, absceso y lipomas⁴.

Para poder diagnosticar correctamente el PABC es necesario una primera visita al ginecólogo donde realice una exploración de las mamas y la autoexploración durante el embarazo (32). Además, existen varias pruebas complementarias que se pueden realizar durante el embarazo y que ayudan a la confirmación del diagnóstico (31,32,34,41) y garantizan la seguridad y viabilidad del feto (41):

- Mamografía: los niveles de radiación son muy bajos y no afectan al embrión. Sin embargo, debido a la densidad de la mama durante la gestación su sensibilidad es baja (32). El 25%, aproximadamente, de los diagnósticos son falsos negativos (34). Los resultados son similares a los observados en el estudio de Wang B., et al. donde, únicamente, el 83,3% de los resultados fueron correctos (31).
- Ecografía: se ha observado que la ecografía es 100% precisa para detectar masas (32) pero su fiabilidad es del 86%, aproximadamente (31). También, se hace uso de esta prueba para guiar la biopsia (34).
- Biopsia: es esencial en cualquier masa palpable para realizar el diagnóstico, principalmente, se realiza con una punción de aguja gruesa y aplicando frío (31,34).
- PAAF (punción con aspiración de aguja fina): se hace uso de ella sí, en la ecografía, se observa que en el interior de la masa hay líquido, para así poder analizarlo (32).
- RSM (resonancia magnética): es la prueba de imagen más fiable para el diagnóstico y la estadificación del tumor pero no se puede utilizar en el 1r trimestre de embarazo (41).

Las pruebas de laboratorio, en concreto, las analíticas de sangre, se considera normal la alteración de algunos parámetros durante la gestación. Por ejemplo, la hemoglobina y el hematocrito están disminuidos; el lactato deshidrogenasa (LDH), la fosfata alcalina y algunos marcadores

¹ Hiperplasia lobular: crecimiento excesivo de células que cubren las glándulas mamarias (60).

² Fibroadenomas: tumores benignos de la mama (61).

³ Galactocele: acumulación del material graso (quiste) en la glándula mamaria debido a la obstrucción de un conducto galactóforo (62).

⁴ Lipoma: tumor en el tejido graso, en este caso, en la mama (63).

tumorales del cáncer como la CA 15-3 y la alfafetoproteína están elevados. Estas alteraciones fisiológicas en el embarazo hacen más difícil poder diagnosticar el CM (41).

Otras pruebas complementarias como las radiaciones, rayos-X, PET, etc. se han asociado con la malformación del embrión. En el caso que la radiación fuera necesaria, se debe proporcionar una protección abdominal a la paciente (41).

Tratamiento

Una vez que la paciente es diagnosticada de PACB es importante inicial el tratamiento lo antes posible y no retrasarlo (32,44). A estas pacientes se les trata como si no estuvieran embarazadas (34).

Estas mujeres necesitan un tratamiento múltiple que incluye:

- Cirugía: se encuentra en la primera línea del tratamiento, es decir, se puede considerar el tratamiento más importante en el PABC (31), pudiéndose realizar en cualquier periodo del embarazo (31,32,36,37). La intervención quirúrgica (IQ) preferible es la mastectomía radical modificada⁵(32) pero también se realizan mastectomías radicales y cirugías conservadoras (31).

La IQ es urgente pero no una emergencia y se puede posponer si compromete al feto (41). Los principales riesgos de la IQ para el feto están relacionados con la anestesia general, a pesar, de que su teratogenicidad no es clara, se asocia a un aumento del riesgo de aborto espontáneo en pacientes que se encuentran en el 1r trimestre de gestación o con un bajo peso al nacer (32,37).

Sin embargo, existen pacientes que se someten a una mastectomía bilateral profiláctica (37).

- Radioterapia (RTP): este tratamiento está contraindicado durante la gestación debido al riesgo asociado de malformación y retrasos neurológicos en el feto (32). Se administra en el periodo post parto (31,34,36)
- Quimioterapia (QTP): está contraindicada en el 1r trimestre debido a los riesgos de teratogenicidad durante el proceso de organogénesis del feto pero, en los otros dos trimestres no está relacionada con malformaciones fetales (32,34,36). La mayoría de los agentes quimioterápicos son seguros durante el embarazo (41), incluidos los taxanos y los alcaloides

⁵ La mastectomía radical modificada consiste en realizar una mastectomía radical y, además, extirpar los ganglios linfáticos axilares.

de la vinca (ejemplo: vinorelbina), excepto el metrotexato⁶, Trastuzumab⁷ y el Tamoxifeno⁸ (32,41).

Para reducir los efectos de la QTP se administran: estimulantes de colonias de granulocitos (Filgrastim®), Ondasetrón y Metilprednisolona e hidrocortisona (32,37). La limitación del crecimiento intrauterino, la leucopenia transitoria en la mujer y el hijo, el bajo peso al nacer o nacer a pretérmino son algunos riesgos asociados a la QTP (32). En algún caso, la madre ha desarrollado Herpes Zooster o Trombocitopenia púrpura idiopática que se resolvió después del parto (37). A partir de la semana 35 de gestación ya no se administra la QTP para prevenir esta sintomatología (32).

- QTP neoadyuvante: se administró a mujeres con un estadio avanzado y con mal pronóstico (31).
- Terapia hormonal: se inicia la administración, si es necesaria, después del parto.

No obstante, en mujeres a término, se puede realizar una cirugía conservadora y, después del parto, administrarse RTP. Hay estudios que demuestran que no hay cambios en el pronóstico de estas mujeres si la RTP se realiza dentro de las 6 semanas después de la IQ (32).

A continuación, se puede observar una tabla resumen:

Tabla 6: Tratamiento del PACB según el periodo de gestación.

Tratamiento	1r trimestre	2º trimestre	3r trimestre	Postparto
Cirugía	X	X	X	X
QTP y QTP adyuvante		X	X	X
RTP				X
Terapia hormonal				X

Pronóstico

Varios autores afirman que las pacientes con PABC se encuentran en estados clínicos avanzados debido a un diagnóstico tardío del tumor, esto tiene consecuencias directas con el pronóstico de estas mujeres (31,33,34,38,40). En el estudio de Wang B. et al. concluyen que existe un retraso de 7,84 meses hasta que la paciente obtiene un diagnóstico definitivo (31). Suleman K.et al. (40)

⁶ Metrotexato: asociado con malformaciones del sistema nervioso central, esquelético, gastrointestinal, cardíacas, restricción del crecimiento y en algunos casos la muerte fetal (32).

⁷ Trastuzumab: asociado en mujeres PABC con oligoanhydramnios severo (líquido amniótico <1cm) o ausencia de líquido amniótico (32).

⁸ Tamoxifeno: asociado a abortos espontáneos, limitación del crecimiento fetal, partos pretérminos y anomalías en los genitales (32).

concluyen que el retraso en el diagnóstico puede ser debido a la difícil interpretación de las pruebas complementarias a causa del aumento de densidad de esta por el embarazo.

Iavazzo C. et al. (34) afirman que tiene peor pronóstico las mujeres PABC diagnosticadas durante el periodo de la lactancia. Este podría ser debido a que hay un mayor número de triples negativos (39).

La mayoría de estudios concluyen que no existe un peor pronóstico para PABC en comparación con el de mujeres no gestantes (37–40). Otros estudios no se corresponden y concluyen que el diagnóstico de PACB en comparación con el de mujeres no gestantes es peor (31,32).

Es importante destacar que no se ha observado en ningún caso que interrumpir el embarazo mejore el pronóstico (31,32).

En el estudio realizado por Wang B. et al. (31) el 27,1% de las pacientes volvieron a desarrollar el tumor a nivel local o metastásico y un 21,4% murió por el CM. También se observó que la administración de Trastuzumab a pacientes HER2 positivas mejora significativamente (31).

El estudio de Iavazzo C. et al. (34) concluye que la supervivencia depende del estadio en el que se encuentre la mujer en el momento del diagnóstico, a 5 años vista la supervivencia del estadio I es del 85% y la de 5% en el estadio IV.

El parto

Preferiblemente y en la medida de lo posible, el parto debería de realizarse a término por vía vaginal (32). Teóricamente, solo se inducirá el parto si la madre debe de iniciar un tratamiento contraindicado con el embarazo (32).

Sin embargo, la paciente deberá de consentir que se le realice una cesárea urgente en el 3º trimestre de gestación si se pone en compromiso la salud o viabilidad fetal (41).

En el estudio de Lee GE. et al. (37) el 79% de los niños nacieron vivos de los cuales la mayoría no fueron partos espontáneos sino programados (inducción vaginal y cesárea). Un 5% tuvo un aborto espontáneo y 13% aborto terapéutico (37). Un estudio afirma que, si la mujer se encuentra en un estadio avanzado, es necesario interrumpir el embarazo (35).

Llegados a este punto del proceso de gestación, es importante preguntarse si existe una transmisión vertical del cáncer al feto y cómo afecta a la lactancia materna (LM) el diagnóstico del CM.

Transmisión vertical del cáncer

Es muy poco probable y raro que las células cancerígenas traspasen la placenta, pero una vez que el niño nazca se examina de manera regular y minuciosamente por si presenta alguna sintomatología metastásica (41).

Lactancia materna

La lactancia del pecho tratado no está contraindicada, pero la disminución de producción de leche de ese pecho y la reducción de la elasticidad de la piel puede limitar la LM (32). A pesar de esto, en el estudio de Lee GE. et al. (37) ninguna madre que recibió QTP amamantó a su hijo.

Sin embargo, la LM está contraindicada si la madre se está sometiendo a tratamiento de RTP o QTP (32,35).

Se desconoce si la LM tiene efectos positivos o preventivos en mujeres con PABC (37).

Después de la gestación y el parto finalizado, esta mujer ¿puede volver a quedarse embarazada? ¿está indicado?

Fertilidad

El riesgo de infertilidad depende de la edad a la que se inicia la QTP y los agentes del tratamiento QTP debido que hay fármacos que producen amenorrea, por ejemplo, el tamoxifeno o la ciclofosfamida y otros infertilidad (32,35). Algunos estudios invitan acudir a métodos no naturales, como la fecundación ‘*in vitro*’ para poder tener más hijos (32). Macdonald HR. et al. (32) afirman que menos del 10% de mujeres PABC se quedan embarazadas después del tratamiento.

4.2.1.3. Aspectos importantes relacionados

A pesar de todas las características expuestas anteriormente, es importante conocer qué aspectos son más importantes en mujeres con PABC, qué es lo que les preocupa, el por qué y quién puede ayudarles.

El embarazo es de manera general, un periodo de alegría y gozo para la mujer y su familia. El diagnóstico de CM en estas mujeres provoca el nacimiento de nuevos sentimientos, concretamente, miedo e incertidumbre provocado por el nuevo diagnóstico y la falta de información sobre el mismo, las opciones de tratamiento (44). Los temas relacionados con su futuro (pronóstico), la esperanza o el apoyo familiar también son claves en la vida de estos pacientes (33,44). Pero, ¿qué información tienen o conocen sobre este nuevo estado de salud?

Falta de información

Los profesionales sanitarios deben de tener en cuenta que, el propio diagnóstico de CM tiene repercusiones físicas, psicológicas, económicas. Especialmente, están relacionadas con la autonomía de la paciente, los cambios a nivel familiar, la incertidumbre y el progreso de la enfermedad (33).

PABC representa, a primera vista, un dilema psicológico y biológico respecto al tratamiento ya que actúa sobre dos vidas: la materna y la fetal (41,42). Pero, como hemos comentado anteriormente, el tratamiento se ajusta a las necesidades de la madre y del feto asegurando la salud y la vida de los dos (44).

En el momento en que se empieza a informar a la paciente sobre su diagnóstico y se resuelven todas las dudas que pueda tener, es importante no sobre informar al paciente. Así pues, se informa a la paciente de la información precisa que necesita saber del momento en el que se encuentra. En el momento del diagnóstico la paciente necesita información sobre la enfermedad, el manejo de los efectos secundarios relacionado con el tratamiento y si lo solicita, el pronóstico (45). Durante el tratamiento necesita que le informemos de toda la información necesaria relacionada con él. Después del tratamiento necesita información relevante a largo plazo sobre su enfermedad y la supervivencia. Finalmente, en el caso de un paciente a final de vida o cuidados paliativos necesita información sobre los cuidados concretos de paliativos y el manejo del dolor entre otros (45).

Consejo por parte del profesional

El rol del especialista es muy importante en esta situación y ante todo debe dejar que la paciente y su familia intervenga activamente en las decisiones relacionadas con PABC y apoyarles (33,41).

Estas pacientes y sus familiares también necesitan información específica y honesta sobre su pronóstico. Es importante informar de manera específica, indicando la media de supervivencia; la visión general de la situación de la paciente; estadística, es decir, tiempo aproximado y, finalmente, informar de los casos excepcionales (41). Para que la paciente comprenda bien toda la información, es necesario utilizar un lenguaje comprensible para ella, no omitir información, ni mentir acerca del pronóstico o tener en cuenta las preocupaciones de la paciente, si se omiten no ayudarán a establecer un vínculo de confianza entre profesional- paciente (41). Pero, ¿cómo es el rol asistencial que presta enfermería? ¿Qué características tiene?

Rol enfermero

El rol enfermero, en concreto el de la enfermera de referencia, es único para poder ayudar a las mujeres PABC a elegir sobre la mejor decisión respecto a su salud. La enfermera será nexo en la comunicación de la paciente y su familia con el equipo multidisciplinar por el que es tratada (44).

Es importante que las pacientes adquieran confianza con la enfermera para poder abordar todas las preocupaciones al respecto de los cuidados de su salud y ayudarla y apoyarla en el proceso. Es frecuente que la mujer muestre preocupación por si debería o no abortar, quiera conocer el impacto del tratamiento en ella y el feto y quiera conocer su pronóstico y esperanza de vida (44).

Durante este proceso de acompañamiento, enfermería debe de hacer saber a la paciente y su familia que no están solos, deben facilitar todos los recursos de apoyo, aconsejar de manera individual, ofrecer grupos de apoyo o material sobre los cuidados necesarios pero, sobre todo, a comentar cualquier preocupación (44). Para que la enfermera pueda realizar con éxito su rol es necesario que conozca qué siente el paciente y cuáles son sus sensaciones.

Sensaciones del paciente

Como se ha comentado anteriormente, la falta de información sobre el PABC genera en la paciente incertidumbre, miedo y padecimiento (33,44).

La incertidumbre según la real academia española es *la falta de certidumbre* (46) y la certeza es *el conocimiento seguro y claro de algo* (47). Herrero-Han R. et al. (33) diferencia tres etapas o tipos de incertidumbre en este tipo de pacientes. El primero, la incertidumbre temporal, es aquella que la paciente tiene la percepción de que su vida gira entorno a la enfermedad y tratamiento. La segunda, la incertidumbre relacionada con el cuerpo, la define *como alteración de la confianza en el mismo y un cambio de expectativas de cómo este podrá afrontar el futuro*. Finalmente, la incertidumbre de identidad, relacionada con el cambio en la vida y la constancia de esperanza.

4.2.2. El aborto

Anteriormente, hemos comentado que el aborto estaba íntimamente relacionado con el embarazo. En el apartado anterior hemos observado como el CM puede afectar a la salud de una madre gestante. Por tanto, este tipo de paciente también se encuentra íntimamente relacionado con el aborto. Y nos preguntamos, ¿cuándo y por qué surge el aborto? ¿Es lo mismo el concepto de IVE que el de aborto? ¿A quién afecta?

Durante la década de 1950 se empieza a introducir en los debates políticos un tema nuevo: las mujeres que mueren o son mutiladas debido a la práctica de abortos ilegales (48,49). Posteriormente, se empezaron a introducir todas las leyes que aseguran un aborto seguro (48).

Actualmente, se proporcionan abortos a demanda en el 69% de los países desarrollados a nivel mundial (48,49). la tasa de abortos a nivel mundial es de 29 abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años (42).

Para poder empezar a resolver nuestro segundo objetivo relacionado con los aspectos éticos del aborto debemos de definir algunas palabras. El concepto de IVE, anteriormente nombrado en la introducción, es una expresión nueva en el ámbito político y médico, a la cual se le pueden atribuir diferentes significados (50):

1. Intervención realizada por el medicina y obstetricia durante el embarazo, es decir, las acciones realizadas por el médico en partos complicados para hacer viable o proteger la vida y la salud de la madre y el feto (50).
2. Finalizar el embarazo antes de la viabilidad del feto (50).
3. Terminar el embarazo con “la intención y resultado de muerte para el ser en gestación”. Esta definición es la que corresponde al término aborto (50).

El término embarazo incluye diferentes estados: el estado físico y psicológico de la madre y el proceso de generación y desarrollo del hijo, es decir, el feto (50). Por tanto, el aborto no es una acción únicamente realizada a la madre, sino que afecta directamente al feto que es “una entidad biológicamente independiente, aunque vinculada estrechamente a la madre”, por tanto, otra persona humana en un momento diferente de desarrollo (50).

El aborto es considerado por organizaciones internacionales de la salud como un procedimiento médico simple y seguro que forma parte de los servicios esenciales de la salud reproductiva de las mujeres (51).

No obstante, el aborto no deja de ser un debate moral y para muchos profesionales de la salud, incluidas las enfermeras, es una práctica que atenta contra su integridad moral y se niegan a participar por motivos de conciencia, es decir, hacen alusión a la objeción de conciencia (OC) (48). Además, debemos tener en cuenta el cambio en el proceso del aborto durante este siglo. Actualmente, para llevarse a cabo no es necesaria una IQ, como comentábamos en la introducción, con un fármaco se puede producir. Por tanto, esta práctica afecta a más personal sanitario, no únicamente médicos y enfermeras (49).

4.2.2.1. Conflicto ético

Acabamos de ver que el aborto afecta de manera directa al feto, a la mujer y al personal sanitario que debe de proporcionarlo. ¿Por qué surge un conflicto ético en el personal sanitario si el aborto se ha considerado como un procedimiento en la salud reproductiva? ¿Cuál es? ¿En qué consiste? ¿Quién tiene autoridad para indicarlo?

a. Principal conflicto ético

El principal conflicto ético del aborto está estrechamente vinculado con un objetivo de la biología moderna, conocer con exactitud cuál es el estatuto ontológico y ético del cigoto humano (50). Echeverría C. et al. (50) explican en su artículo que el cigoto tiene una nueva composición genética que le aporta características morfológicas y específicas que lo diferencia de sus progenitores.

También comentan que, de manera general, las acciones médicas vienen determinadas por la naturaleza y del reconocimiento de los profesionales que deben de realizarlas. Así pues, habría que cuestionarse si el Estado, mediante la legislación, debe de entrometerse en un acto médico como es el aborto. Debido a que en los países donde el aborto es legal realizarlo ‘‘a demanda’’ no se realiza por un acto médico, sino por una indicación del estado. Por tanto, el estado actúa como médico y no como un agente de estado (50). Echeverría C. et al. (50) concluyen preguntándose si la realización de la IVE en el significado 2 y 3 es compatible con el Juramento Hipocrático de los médicos debido a que ‘‘la muerte de un ser débil e inocente parece ser parte del problema que no de las soluciones’’ (50).

Sin embargo, ¿se tienen en cuenta todos los tipos de aborto: el quirúrgico y el médico? ¿De qué manera actúan los fármacos que no están categorizados como abortivos?

b. Conflicto ético relacionado con la contracepción

En la introducción exponíamos que los fármacos contraceptivos dependiendo del periodo de ovulación de la mujer podrían ser abortivos.

Sheldon S. habla sobre la fina línea que existe entre estos dos conceptos donde la legislación ‘‘divide’’ la actúan según si se ha implantado o no el cigoto en el útero, donde hay una diferencia de horas o días. En algunos países la implantación es lo que divide si se realiza una técnica de contracepción o abortiva (52). A pesar de que la postura de la autora está a favor de estas prácticas el conflicto ético de los métodos anti-contraceptivos que incluyen los antiimplantatorios está ligado a la existencia o no de cigoto, es decir si se ha producido o no la fecundación.

Otros autores como Trister K. (53), secundan la postura de Sheldon S. (52) aludiendo a los cuidados que debe de realizar enfermería en mujeres que son coaccionadas reproductivamente. Expone que enfermería debe de facilitar métodos anti-contraceptivos, que en algunos casos también actúan como antiimplantatorios en mujeres que son coaccionadas por su pareja a quedarse embarazadas a pesar de su voluntad. Sin embargo, no comenta nada sobre la existencia de mujeres coaccionadas por sus parejas para abortar.

c. Conflicto ético relacionado con la OC

Como comentábamos, el personal sanitario tiene el derecho de no realizar este tipo de prácticas si atenta contra su integridad moral, por tanto, tiene derecho a objetar (48,51,54). Sin embargo, algunos autores consideran que los valores privados no deben de interferir en el trabajo (48). Es frecuente que, cuando se inicia una conversación sobre el aborto y la OC se inicia un debate entre aquellos profesionales que lo realizan y los académicos (49).

La legislación del consejo de enfermeras y comadronas aconseja a sus miembros pensar detenidamente si iniciar o no un curso legal alegando a la OC (54).

Así pues, uno de los principales conflictos que genera el aborto entre los profesionales viene a raíz de un enfrentamiento entre los derechos de la paciente a acceder a un servicio de salud legal y el derecho de los profesionales de la salud para trabajar respetando su conciencia, es decir, respetando su integridad moral (49). Por tanto, existe un debate y conflicto sobre los derechos y deberes del profesional sanitario que afecta directamente a los derechos legales de las mujeres para acceder a un servicio (48,49). Las enfermeras y comadronas, especialmente, son las que se encuentran en este “doble compromiso” de derechos y deberes (49).

Autores de ambos lados afirman que las leyes de estos países europeos deberían evaluar de manera crítica la OC y los derechos legales de las mujeres que acuden a servicios médicos para llevar a cabo un aborto, por ejemplo (49).

En el siguiente punto profundizaremos más sobre la OC debido a la importancia que tiene en los profesionales de la salud. Responderemos a las siguientes preguntas ¿cuándo surge? ¿qué implica? ¿quién ampara la OC? ¿quién puede alegar a la OC en el proceso del aborto? ¿qué dicen las instituciones de salud? ¿cuáles son los derechos y deberes del personal sanitario, en concreto de las enfermeras?

4.2.2.2. La objeción de conciencia

El concepto filosófico de conciencia nace de los griegos. Aristóteles decía que una conciencia madura es la que permite a las personas saber si actúan o no de manera virtuosa. Santo Tomás de Aquino acabó de desarrollar este concepto de Aristóteles concluyendo que la conciencia es un acto y no un poder debido a que implica el conocimiento individual de cada caso (54).

La libertad de conciencia se puede considerar como el corazón de los derechos humanos (48,54). En Europa estos derechos están protegidos por la resolución 1973 del Consejo de Europa, realizada en el 2010 (48,49,55) y, por el convenio europeo de derechos humanos (49). Sin

embargo, la OMS no aborda la OC en sus guías sobre el aborto (49). Esta es un principio ético del interés en especialistas en ética, abogados, profesionales de la salud e, incluso, militares (54).

La OMS recomienda que las enfermeras y las comadronas sean las proveedoras claves de todos los cuidados relacionados con el aborto, teniendo mayor responsabilidad a la de otros profesionales (48,49). El código ético de la confederación internacional de comadronas dice que las comadronas pueden decidir no participar en aquellas actividades donde la profesional tenga una oposición moral (48,49). A pesar de que pocas enfermeras han encabezado estudios en este ámbito, la mayoría de autores aceptan de alguna manera la OC por parte del personal enfermero (49).

El derecho a la OC se encuentra presente en todas las leyes relacionadas con el aborto en países europeos excepto en la de Suecia (48), a pesar de que otro artículo afirma que en Finlandia, Bulgaria, República Checa e Irlanda tampoco existe la OC (51). En países como Australia, un profesional puede objetar a realizar un aborto sin tener que justificarlo o registrarlo pero debe informar que el aborto es un servicio disponible y derivarlo a otro profesional (51). ¿Existen argumentos a favor y en contra de la OC en el aborto? ¿Cuáles son? ¿Hay diferencias de la teoría a la práctica, es decir, se puede objetar sin problema?

Un estudio de Fleming V. et al. (49) demuestra que, a pesar de existir numerosas razones a favor y en contra de la OC para realizar un aborto, existen más razones a favor de la OC. En este estudio, clasificaron en cuatro grupos los motivos por los que estar a favor o no de la OC: morales, religiosos, relacionados con la práctica y legales. A favor de la OC los motivos morales fue la que más alegaron los profesionales, aunque también presentaban motivos a favor las religiosas y legales. En cambio, en las razones prácticas predominaban más argumentos en contra de la OC (49).

El estudio de Cacique DB. et al. (56) observaron motivos más conservadores y liberales sobre la legalidad del aborto en Brasil, siendo los conservadores argumentos opuestos y los liberales a favor. Estos argumentos los clasificaron en 8 subgrupos totales (4 conservadores y 4 liberales) (56):

- Efectos psicológicos post-aborto: existencia de estudios que demuestran una mayor prevalencia de depresión en mujeres que han abortado.
- Llamamiento emocional conservador: igualar al feto con un niño ya nacido. Uso de palabras como “asesinato” para referirse al aborto.
- La vida es sagrada: el aborto es inmoral porque la vida es sagrada.
- Deontología conservadora: los padres tienen el deber moral de proteger al feto.

- Autonomía reproductiva de la mujer: la mujer es libre de decidir si tener o no un aborto.
- Llamamiento emocional liberal.
- Derechos sexuales y reproductivos: negar al aborto atenta sobre los derechos de las mujeres y es un problema de salud pública.
- Problemática en el concepto de feto como persona: el no nacido no tiene estado moral, por tanto, su vida no es sagrada.

Sin embargo, en la práctica existen muchos factores que influyen en este derecho de los profesionales, haciendo, en algunos casos, más difícil la OC como exponen Fleming V. et al (48) en otro artículo. Hemos comentado que la OC hacia el aborto viene descrita en las leyes de cada país, pero los principales problemas están relacionados con la interpretación de estas leyes, por ejemplo, en la definición del aborto sobre si es una acción, una combinación de actuaciones o un proceso (48). En algunos países como Croacia, la legislación de la OC está relacionada con la Ley de práctica médica donde se expone que un médico tiene derecho a la OC siempre que no afecte a la salud con daños permanentes o vida del paciente pero para las enfermeras y comadronas no existe una ley específica (48). No obstante, debemos de tener en cuenta que los profesionales están sujetos a la legislación del país al que pertenecen, a la de su profesión y, no podemos olvidar que la Iglesia católica también tiene unas leyes recogidas en el derecho canónico, que también influyen directamente en los profesionales de la salud que sean católicos y es opuesta a las leyes del aborto recogidas en la legislación de estos países (48).

En el lado opuesto, en Australia, por ejemplo, existen médicos que objetan y no derivan a esa mujer a otro profesional o no informan de manera correcta. En algún caso se ha observado que esos médicos que se oponen al aborto intentan convencer a esas mujeres de que no aborten. De la misma manera, también existen farmacéuticos que se niegan a proporcionar fármacos que sean abortivos (51).

Contrariamente, algunos autores como Mercier RJ. et al. (57) exponen en su artículo que algunas leyes, como en Carolina del norte, que obligan a esperar 24h hasta realizar el aborto para ofrecer consejo y tiempo a las pacientes hacen objetar de una manera ética y profesional a los sanitarios sobre esta ley. Estos profesionales consideran que el objetivo de esta ley no es aumentar el conocimiento del paciente si no disuadir la intención de abortar en la mujer. Además, exponen una intrusión del estado mediante esta ley en su práctica clínica (57). Afirman que leyes como esta tienen un impacto negativo en los profesionales, sobre todo relacionado con el coste, puesto que se debe de contratar a más profesionales sanitarios para ofrecer esta información y aumenta, innecesariamente, el número de horas de atención por paciente. Esta ley también puede tener un impacto negativo en la relación paciente-profesional puesto que el paciente puede sentir que se

cuestiona su decisión, además de que consideran que la ley es una barrera de acceso al aborto y que puede generar ansiedad y estrés emocional en el paciente (57).

Finalmente, nos preguntamos cómo afecta esta situación al personal sanitario en la práctica del aborto, tanto si está o no a favor de la OC.

4.2.2.3. Estrés o angustia moral

Existe un debate sobre los derechos y deberes del profesional sanitario que afecta directamente a los derechos legales de las mujeres para acceder a un servicio (48,49).

Fleming V. et al. (49) en su estudio observaron que el argumento predominante a favor de la OC fue “respetar la importancia de la conciencia” a pesar de que no coincidieran en el origen o la manifestación de esta (49). Algunos autores afirman que la conciencia existe en todos los hombres desde el principio de la vida e impulsa a actuar de manera correcta porque cuando se ignora surge la culpa, el remordimiento y la vergüenza pero otros creen que esta sigue a la acción y no la precede (49). El argumento más predominante en contra de la OC fue el “rechazo institucional” debido a que respetar la OC por parte de un profesional conlleva que otro deba de atender a ese paciente aumentando la carga de trabajo y que en caso de una emergencia puede conllevar un mayor riesgo para la paciente (49). Sin embargo, el autor afirma que estos últimos argumentos han sido proporcionados por un razonamiento lógico y no por una recopilación de datos empíricos (49).

Algunos autores, reconocen y apoyan una posición neutral puesto que respetar argumentos diferentes es un principio importante para vivir en una sociedad plural (49,58). Concluyendo que la OC es un tema delicado que debe de considerarse en totalidad y respetar todos los argumentos (49).

El estrés o angustia moral (*moral distress* en inglés) la han descrito algunos autores en términos psicológicos, emocionales y fisiológicos pero no han llegado a una definición exacta del concepto (59). Esta surge cuando el profesional se ve incapacitado a hacer lo que cree moralmente correcto debido a alguna barrera o limitación (58). Este dilema puede expresarse en algunos profesionales sanitarios, especialmente en enfermería, sobre si proveer o participar en el aborto y su OC de participar (58,59). Existe evidencia científica que expone que estas diferencias puede causar a las enfermeras ansiedad y angustia (58).

El estrés moral es el resultado de adoptar posturas diferentes sobre la ética profesional en una misma sociedad, y como en el caso del aborto, la mayoría de los profesionales relevantes tienen opiniones opuestas (58). Esta situación se puede dar en profesionales que trabajan en

organizaciones con posturas diferentes a la suya, viéndose obligados a hacer lo que creen moralmente incorrecto y no haciendo lo que creen moralmente necesario (58).

En resumen, el estrés moral es perjudicial para el profesional sanitario, para los pacientes a quienes tienen que cuidar y para las organizaciones puesto que proporciona un aumento del costo (58).

McLemore MR. et al. (59) concluyen en su estudio que el aborto legal puede generar estrés moral en enfermeras provida y proaborto por diferentes motivos.

5. DISCUSIÓN

Tras la lectura y síntesis de todos los artículos incluidos en esta revisión de la literatura, nuestras conclusiones las dividimos en tres apartados: el PABC, el aborto y el rol enfermero cuando se dan ambas situaciones.

El concepto de PACB incluye todo el periodo de gestación y el primer año de lactancia, es decir, los 12 meses posteriores al parto (31,32). La incidencia del CM diagnosticado en mujeres embarazadas se ha incrementado en los últimos años y podemos deducir que seguirá aumentando en los próximos. Esto es debido al retraso de la maternidad, especialmente, en las mujeres de los países desarrollados por el crecimiento de la carrera profesional (30,32–35).

El proceso clínico del diagnóstico y tratamiento de mujeres embarazadas con CM es el mismo que se realiza con mujeres que no están embarazadas (34).

En un inicio, el parto no se inducirá a no ser que por circunstancias concretas sea necesario para mantener la vida y la salud de los dos pacientes: la madre y el hijo. La LM no está contraindicada siempre (32). La transmisión vertical, es decir, una posible metástasis materno-fetal del cáncer es casi inexistente (41).

El pronóstico de las mujeres PABC no es peor en comparación con las que no están embarazadas (37–40). Es importante, tener en todo momento que el pronóstico y el tratamiento no ha sido más efectivo por haber abortado (31,32).

Conocidos los aspectos más importantes del CM, muchas afectadas intentan abortar, puesto que, en teoría, es la forma más fácil de evitar problemas secundarios. Pero el aborto es en si mismo un dilema ético que no podemos olvidar (48–51).

Desde el momento de la concepción, al formarse el cigoto tiene una nueva composición genética que le aporta características morfológicas y específicas que lo diferencia de sus progenitores (49). Por tanto, se puede considerar objetivamente como un individuo humano diferente. Es decir, a pesar de que el aborto pueda ser legal, no es de justicia ni ético acabar con una vida de otra persona.

Obviamente ninguna persona, sea o no personal sanitario, puede juzgar a una mujer que decide abortar. Pero el derecho de los profesionales de objetar debe de ser respetado (48,49,55). La moral de una persona es siempre la misma, aunque se le ponga en diferentes contextos, en mi opinión no se puede pedir a un trabajador que sus creencias o valores propios no se interpongan en su trabajo, porque una persona es una unidad que no se puede separar (48,51,54).

En todo momento es necesario comprender a la mujer, escucharle y ofrecerle otras alternativas o soluciones que quizá no había contemplado, sin hacerla sentir culpable.

Según mi punto de vista, no es coherente que los métodos contraceptivos que actúan después del coito no se contemplen como abortivos, puesto que la pastilla del día de después y todos los dispositivos anti-implantatorios tienen un efecto abortivo si la fecundación se ha realizado (50, 51).

De la misma manera, no es ético ofrecer a la mujer embarazada con CM técnicas de reproducción asistida después del tratamiento, debido a que se manipulan cigotos y, como hemos expuesto anteriormente, son personas.

Una vez conocidos los aspectos importantes del aborto y del PABC es importante conocer en qué consiste el rol asistencial de enfermería en esta situación.

Estas dos situaciones, que a primera vista parece que no tienen nada que ver, es la situación que viven las mujeres embarazadas con CM. Se pueden plantear por parte de otros profesionales o ellas mismas o sus familiares abortar por causa del diagnóstico como solución más sencilla y eficaz.

Enfermería tiene el deber de cuidar y velar por la salud de ambos pacientes (madre e hijo) (48). Para poder hacerlo debe de informar correctamente: de manera objetiva, basada en la evidencia científica y de manera coherente a su integridad moral (33,41,44). Pero, siendo sincera proporcionando todas las alternativas médicas que se ofrecen en el país (48).

La paciente debe de sentirse acompañada por parte del profesional en todo el proceso del CM (33,41,44). Es importante un vínculo de confianza profesional-paciente, resolver todas las dudas relacionadas y hacerles saber que no están solas, que existen mujeres que han pasado por la misma situación que ellas y que enfermería les va a apoyar en todo momento (44).

5.1. Limitaciones del trabajo

La principal limitación del trabajo ha sido encontrar estudios que relacionen los dos temas principales de este trabajo: el PABC y los aspectos éticos del aborto. Además, al ser el aborto, actualmente, un conflicto existe muchas posturas diferentes relacionadas con él. De manera que, al hacer la búsqueda de artículos y estudios existentes el contenido de algunos de ellos no se corresponde con el objetivo de la búsqueda.

También ha sido una limitación encontrar estudios de los cuidados enfermeros relacionados con este tipo de pacientes.

Otra limitación ha sido el acceso a los estudios con texto completo, puesto que a pesar de que de manera inicial algunos parecían que contenían información relevante para llevar a cabo el trabajo no se podía acceder a ellos.

5.2. Futuras líneas de investigación

Después de la lectura y síntesis de los artículos que incluye este trabajo, considero que en la línea de este trabajo es importante que la enfermera de práctica clínica que atiende a estas mujeres debe de adoptar un rol investigador más importante. Los artículos o estudios liderados por enfermería son escasos cuando en realidad son una parte esencial del proceso. Se deben de realizar estudios sobre los cuidados enfermeros concretos de estas pacientes oncológicas que realiza enfermería, cuáles son los más efectivos, cómo afectan personalmente a la paciente. Profundizar en las estrategias y los recursos de los que dispone enfermería y el seguimiento y actuaciones enfermeras de enfermería y el equipo multidisciplinar.

Además, se debería de estudiar cuáles han sido las consecuencias personales a corto, medio y largo plazo de las mujeres con CM que decidieron abortar.

6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA E INVESTIGACIÓN

En relación con los resultados obtenidos de la revisión sistemática de la literatura he considerado relevante resaltar algunos aspectos que pueden ser relevantes para la práctica clínica.

En primer lugar, este trabajo puede tener relevancia en el ámbito oncológico y ginecológico. De manera concreta al personal enfermero, puesto que el rol que adquieren es esencial para este tipo de pacientes. Es inevitable, muchas veces, informar sin que los valores personales del profesional se reflejen en el momento de la información o cuando damos consejo al paciente, pero ante todo la información que se ofrece debe de ser veraz y basada en la evidencia científica.

En segundo lugar, la ética en enfermería es un pilar que no se puede obviar durante la formación en el grado de enfermería. Resulta esencial que un buen profesional actúe acorde a unos principios éticos y sea coherente con ellos en todas las situaciones donde, la ética siempre está presente.

Finalmente, para poder seguir trabajando éticamente es importante que se tome conciencia en el ámbito enfermero sobre la importancia de la investigación en los cuidados que proporcionamos, de manera más concreta en estos tipos de pacientes. Además, la enfermera está capacitada para liderar no sólo los cuidados sino también las investigaciones clínicas.

7. CONCLUSIONES

Tras la lectura y síntesis de todos los artículos incluidos en esta revisión de la literatura, podemos concluir que en relación con los objetivos principales:

- El proceso clínico oncológico de las mujeres con PABC es muy similar al de mujeres que no están embarazadas. El aborto no ha manifestado ninguna mejoría en el pronóstico de mujeres PABC, por tanto, no es necesario que se realice.
- El aborto es un dilema ético en cuanto a su origen. Genera un “doble compromiso” en los profesionales de la salud entre los derechos (OC) y deberes.
- Informar y acompañar al paciente a lo largo del proceso es la intervención enfermera más común y se pueden considerar de las más importantes.

Relacionado con los objetivos secundarios:

- Los aspectos psicológicos no se han podido definir, pero se ha identificado que en mujeres que abortan hay un incremento en padecer depresión. Este efecto podría ser mucho más contraproducente en mujeres PABC que decidan abortar.
- La OC es una posición muy común entre los profesionales que genera conflictos con aquellos que están a favor del aborto por aumentar la carga de trabajo.

8. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO

Realizar un trabajo como el TFG a nivel personal me ha hecho capaz de desarrollar algunas habilidades. Cada parte del trabajo ha potenciado el desarrollo concreto de una virtud. La introducción y los objetivos me situaron en el tema y es el origen de motivación de mi TFG, es decir, es el inicio y quien ha mantenido la constancia en mi trabajo. La metodología y el análisis bibliométrico me han aportado orden y paciencia. Son las dos virtudes o capacidades que más impacto ha desarrollado el TFG en mi persona. Finalmente, el análisis de contenido, la discusión y las conclusiones han incrementado a capacidad de observación de cada detalle, aunque parezca insignificante.

En resumen, el TFG me ha hecho madurar académicamente y ha abierto nuevos horizontes y expectativas de mi futuro profesional.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enciclopedia de Bioética. Qué es la Bioética? [Internet]. 2019 [citado 25 de enero de 2020]. Disponible en: [https://www.bioeticawiki.com/Que_es_la_Bioética_\(definición\)#Bio.C3.A9tica_.28definici.C3.B3n.29](https://www.bioeticawiki.com/Que_es_la_Bioética_(definición)#Bio.C3.A9tica_.28definici.C3.B3n.29)
2. Canal salut. Generalitat de Catalunya. Què és la bioètica? [Internet]. 2018 [citado 25 de enero de 2020]. Disponible en: [http://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/comite-de-bioetica-de-catalunya/el-comite/que-es-la-bioetica/index.html#googtrans\(ca%7Ces\)](http://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/comite-de-bioetica-de-catalunya/el-comite/que-es-la-bioetica/index.html#googtrans(ca%7Ces))
3. Anders V. Aborto. [Internet]. Diccionario etimológico español en Línea. 2020 [citado 18 de enero de 2020]. Disponible en: <http://etimologias.dechile.net/?aborto>
4. Bioética web. Diccionario: Aborto. [Internet]. 2019 [citado 18 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/diccionario/>
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. El aborto provocado. [Internet]. 2015 [citado 19 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-aborto-provocado>
6. Pérez Soba JJ. Presentación: los desafíos bioéticos de la neonatología. Cuad Bioética. 2015;XXVI, 2ª(87):195-9.
7. Enciclopedia de Bioética. Aborto indirecto [Internet]. 2013 [citado 25 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.bioeticawiki.com/Aborto_indirecto
8. Personal editorial de American Academy of Family Physicians. Ponerle fin a un embarazo. [Internet]. 2018 [citado 19 de enero de 2020]. Disponible en: <https://es.familydoctor.org/ponerle-fin-a-un-embarazo/?adfree=true>
9. Enciclopedia de Bioética. Aborto con medicamentos. [Internet]. 2013 [citado 19 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.bioeticawiki.com/Aborto_con_medicamentos
10. Agencia española de medicamentos y producción sanitaria. Ficha técnica Misofar 200 microgramos comprimidos vaginales [Internet]. 2016 [citado 23 de enero de 2020]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/69683/FT_69683.html#4-2-posolog-a-y-forma-de-administraci-n
11. Grossma D. Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre: comentario de la BSR. [Internet]. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. 2004 [citado 19 de enero de 2020].

- 2020]. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/node/75999>
12. El aborto con medicamentos. Misoprostol [Internet]. 2016 [citado 25 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.medicationabortionspanish.com/misoprostol>
 13. El aborto con medicamentos. Mifepristona/Misoprostol [Internet]. 2016 [citado 25 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.medicationabortionspanish.com/mifepristone>
 14. El aborto con medicamentos. Metotrexato/Misoprostol [Internet]. 2016 [citado 25 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.medicationabortionspanish.com/methotrexate>
 15. Agencia española de medicamentos y producción sanitaria. Ficha técnica Metotrexato semanal Cipla 2,5 mg comprimidos EFG. 2019.
 16. Agencia española de medicamentos y producción sanitaria. Ficha técnica Mifepristona Linepharma 200 mg comprimidos [Internet]. 2017 [citado 23 de enero de 2020]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/77617/FT_77617.html#4-3-contraindicaciones
 17. Agencia española de medicamentos y producción sanitaria. Ficha técnica: EllaOne [Internet]. 2014 [citado 23 de enero de 2020]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/109522003/FT_109522003.pdf
 18. Jacobson JD, Zieve D. Anticonceptivo de emergencia [Internet]. Medline. 2018 [citado 24 de enero de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007014.htm>
 19. Mayo Clinic. Píldora del día después. [Internet]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/morning-after-pill/about/pac-20394730?p=1>
 20. Aznar J. Ulipristal acetato, un contraceptivo de emergencia (EllaOne). [Internet]. Bioética en la Red: Principios de la bioética y otras cuestiones. 2011 [citado 19 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/ulipristal-acetato-un-contraceptivo-de-emergencia-ellaone/>
 21. Enciclopedia de Bioética. Acetato de ulipristal [Internet]. 2018 [citado 24 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.bioeticawiki.com/Acetato_de_ulipristal
 22. Enciclopedia de Bioética. Aborto quirúrgico [Internet]. 2019 [citado 24 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.bioeticawiki.com/Aborto_quirúrgico

23. Ministerio de sanidad consumo y bienestar social. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2018. 2019.
24. Instituto de política familiar. El aborto en España 2019. 2019.
25. Sociedad española de oncología médica. Las cifras del cáncer en España 2019. 2019.
26. Asociación Española Contra el Cáncer. Datos cáncer de mama 2019. 2020.
27. GEICAM. Incidencia del cáncer de mama. [Internet]. [citado 26 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.geicam.org/cancer-de-mama/el-cancer-de-mama-se-puede-prevenir/incidencia-del-cancer-de-mama>
28. Saura Manich C. tratamiento del cáncer de mama diagnosticado durante el embarazo. 2017.
29. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 2009;6(7):1-7.
30. Scientific Journal Rankings. Scimago Journal & Country Rank [Internet]. 2020 [citado 3 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.scimagojr.com/index.php>
31. Wang B, Yang Y, Jiang Z, Zhao J, Mao Y, Liu J, et al. Clinicopathological characteristics, diagnosis, and prognosis of pregnancy-associated breast cancer. Thorac Cancer. 2019;10(5):1060-8.
32. Macdonald HR. Pregnancy associated breast cancer. Breast J. 2020;26(1):81-5.
33. Herrero-Hahn, R.; Guardia-Mancilla P. «Yo, adelante»: la lucha contra un cáncer de mama avanzado diagnosticado durante el embarazo. Index de Enfermería. 2016;25(4):278-82.
34. Iavazzo C, Minis EE, Gkegkes ID. Current management of gynecologic cancer in pregnancy. J Turkish-German Gynecol Assoc. 2018;19(2):104-10.
35. Rees S, Young A. The experiences and perceptions of women diagnosed with breast cancer during pregnancy. Asia-Pacific J Oncol Nurs. 2016;3(3):252.
36. Mehta A, Staley H, Saleem A, Agarwal N. Breast cancer in pregnancy-enough vigilance? J Obstet Gynaecol (Lahore). 2015;35(4):411.
37. Lee GE, Rosenberg SM, Mayer EL, Borges V, Meyer ME, Schapira L, et al. Contemporary management of breast cancer during pregnancy and subsequent lactation in a multicenter cohort of young women with breast cancer. Breast J. 2019;25(6):1104-10.

38. Iqbal J, Amir E, Rochon PA, Giannakeas V, Sun P, Narod SA. Association of the timing of pregnancy with survival in women with breast cancer. *JAMA Oncol.* 2017;3(5):659-65.
39. Johansson ALV, Andersson TML, Hsieh CC, Jirstrom K, Cnattingius S, Fredriksson I, et al. Tumor characteristics and prognosis in women with pregnancy-associated breast cancer. *Int J Cancer.* 2018;142(7):1343-54.
40. Suleman K, Osmani AH, Al Hashem H, Al Twegieri T, Ajarim D, Jastaniyah N, et al. Behavior and outcomes of pregnancy associated breast cancer. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2019;20(1):135-8.
41. Botha MH, Rajaram S, Karunaratne K. Cancer in pregnancy. *Int J Gynecol Obstet.* 2018;143(Suppl. 2):137-42.
42. Kirkman M, Apicella C, Graham J, Hickey M, Hopper JL, Keogh L, et al. Meanings of abortion in context: Accounts of abortion in the lives of women diagnosed with breast cancer. *BMC Womens Health.* 2017;17(1):1-11.
43. Magalhães G, Brandão-Souza C, Fustinoni SM, Matos JC de, Schirmer J. Clinical, sociodemographic and epidemiological profile of woman with breast cancer. *Rev online Pesqui Cuid é Fundam.* 2017;9(2):473-9.
44. Nilsen A. Psychosocial challenges of pregnancy-associated breast cancer. *Cancer care.* 2015;(April):43-5.
45. Tucker CA, Pilar Martin M, Jones RB. Health information needs, source preferences and engagement behaviours of women with metastatic breast cancer across the care continuum: Protocol for a scoping review. *BMJ Open.* 2017;7(2):e013619.
46. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española. Definición: incertidumbre [Internet]. 2019 [citado 31 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?w=incertidumbre>
47. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española. Definición: certeza [Internet]. 2019 [citado 31 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/certeza#3hde5go>
48. Fleming V, Ramsayer B, Škodič Zakšek T. Freedom of conscience in Europe? An analysis of three cases of midwives with conscientious objection to abortion. *J Med Ethics.* 2018;44(2):104-8.

49. Fleming V, Frith L, Luyben A, Ramsayer B. Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: A systematic review of reasons. *BMC Med Ethics*. 2018;19(1):31.
50. Echeverría B. C, Serani M. A, Arriagada U. AM, Goic G. A, Herrera C. C, Quintana V. C, et al. Consideraciones acerca de la “interrupción voluntaria del embarazo”, desde el punto de vista ético-médico (A propósito de un proyecto de ley). *Rev Med Chil*. 2015;143(11):1478-83.
51. Keogh LA, Gillam L, Bismark M, McNamee K, Webster A, Bayly C, et al. Conscientious objection to abortion, the law and its implementation in Victoria, Australia: perspectives of abortion service providers. *BMC Med Ethics*. 2019;20(1):11.
52. Sheldon S. The regulatory cliff edge between contraception and abortion: The legal and moral significance of implantation. *J Med Ethics*. 2015;41(9):762-5.
53. Trister Grace K. Caring for Women Experiencing Reproductive Coercion. *J Midwifery Women’s Heal*. 2016;61(1):112-5.
54. Fleming V, Robb Y. Potential conflicts in midwifery practice regarding conscientious objection to abortions in Scotland. *Nurs Ethics*. 2019;26(2):564-75.
55. Ramiro García FJ. Texto en español de la resolución 1763 del Consejo de Europa sobre la objeción de conciencia sanitaria [Internet]. *Bioética*. 2010 [citado 1 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.bioeticablog.com/texto-en-espanol-de-la-resolucion-1763-del-consejo-de-europa-sobre-la-objecion-de-conciencia-sanitaria/>
56. Cacique DB, Junior RP, Osis MJMD, Oliveira HC, Padilha KM, Tedesco RP, et al. Measurement properties of the questionnaire “Mosaic of opinions on induced abortion”: A multicenter study in seven Brazilian hospitals. *Rev Assoc Med Bras*. 2018;64(12):1091-102.
57. Mercier RJ, Buchbinder M, Bryant A, Britton L. The experiences and adaptations of abortion providers practicing under a new TRAP law: A qualitative study. *Contraception*. 2015;91(6):507-12.
58. Vogelstein E. Professional Hubris and its Consequences: Why Organizations of Health-Care Professions Should Not Adopt Ethically Controversial Positions. *Bioethics*. 2016;30(4):234-43.
59. McLemore MR, Kools S, Levi AJ. Calculus Formation: Nurses’ Decision-Making in

Abortion-Related Care. Res Nurs Heal. 2015;38(3):222-31.

60. La Sociedad Americana Contra El Cáncer. Hiperplasia del seno (ductal o lobulillar) [Internet]. 2019 [citado 17 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/afecciones-no-cancerosas-de-los-senos/hiperplasia-del-seno-ductal-o-lobulillar.html>
61. La Sociedad Americana Contra El Cáncer. Fibroadenomas del seno [Internet]. 2019 [citado 17 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/afecciones-no-cancerosas-de-los-senos/fibroadenomas-del-seno.html>
62. Real Academia Española. Definición: galactocele [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 17 de abril de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/galactocele>
63. La Sociedad Americana Contra El Cáncer. Otras afecciones no cancerosas de los senos [Internet]. 2019 [citado 17 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/afecciones-no-cancerosas-de-los-senos/otras-afecciones-no-cancerosas-de-los-senos.html>

9. ANEXOS

9.1. Anexo I

En la siguiente tabla se puede observar el número total de las IVE según tipo de centro, semanas de gestación, motivo de la interrupción y método empleado en la intervención.

Tabla 1: Características de los datos de los abortos registrados según el Ministerio de sanidad español 2018.

TABLA G.14.

I.V.E. Número según tipo de centro y semanas de gestación, motivo de la interrupción, método empleado en la intervención

2018 TOTAL NACIONAL

	TOTAL	Tipo de Centro					
		-----HOSPITALARIO-----			-----EXTRAHOSPITALARIO-----		
		Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
TOTAL I.V.E.	95.917	11.904	5.639	6.265	84.013	7.742	76.271
Semanas de gestación							
8 o menos semanas	67.632	7.507	3.589	3.918	60.125	7.649	52.476
9-14 semanas	22.704	2.519	1.160	1.359	20.185	88	20.097
15-22 semanas	5.433	1.779	808	971	3.654	5	3.649
23 o más semanas	148	99	82	17	49	0	49
Motivo interrupción							
A petición de la mujer	86.749	8.802	4.225	4.577	77.947	7.737	70.210
Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada	5.711	1.194	56	1.138	4.517	0	4.517
Riesgo de graves anomalías en el feto	3.187	1.704	1.183	521	1.483	2	1.481
Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable	267	201	172	29	66	3	63
Varios Motivos	3	3	3	0	0	0	0
Método intervención							
Dilatación y Evacuación	13.600	1.095	270	825	12.505	3	12.502
Dilatación y Aspiración	60.961	5.408	492	4.916	55.553	4	55.549
Mifepristona	21.950	4.930	4.794	136	17.020	7.739	9.281
Prostaglandinas	18.300	4.761	4.391	370	13.539	7.672	5.867
Otros Métodos/NC	1.273	236	210	26	1.037	1	1.036

Fuente: Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social.

9.2. Anexo II

Tabla 2: Propuesta de cronograma de la universidad.

<i>Fechas</i>	<i>Actividades</i>
26 Sept -16 Oct	<p>Tutoría grupal 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir tipologías de trabajos. - Establecer objetivos generales. - Aclarar forma de trabajar en la asignatura. - Valorar el compromiso del estudiante.
16 Oct – 14 Nov	<p>1ª Tutoría individual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concretar área y temática de trabajo. <p>Establecer búsqueda bibliográfica: Guiar en las palabras clave, bases de datos. Centrar los objetivos de trabajo. Pactar normativa de referenciación bibliográfica.</p> <p>El estudiante conoce el uso de la normativa.</p> <p>Todas las búsquedas que se realicen, referenciadas.</p> <p>Anotar todas las fuentes empleadas</p> <p><u>Próxima tutoría:</u> Elaborar revisión bibliográfica general del área de estudio (bases de datos concretadas).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guión de trabajo elaborado.
14 Nov – 20 Dic	<p>2ª Tutoría individual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar manejo de la información seleccionada. - Mostrar conclusiones extraídas. - Analizar el índice del trabajo planteado por el alumno. <p><u>Próxima tutoría:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparar los objetivos del trabajo. - Plantear el inicio de la redacción de la introducción.

- Concretar marco teórico: esbozar autores relevantes.

7 En – **3ª Tutoría individual**

31 En

- Objetivos del trabajo cumplidos.
- Complimentada la introducción y los objetivos.
- Revisar búsqueda bibliográfica: Acorde a los objetivos.
- Ver para la siguiente tutoría la redacción del apartado búsqueda o revisión bibliográfica.
- Analizar en la tutoría el esbozo del marco teórico.

3 Feb – **4ª Tutoría individual**

29 Feb

- Objetivos cumplidos: Introducción, objetivos, marco teórico actualizados.
- Presentar boceto de la búsqueda bibliográfica.
- Definir nuevas búsquedas en relación a posibles subtemas.
- Se empiezan a entrever conclusiones del trabajo.

Próxima tutoría: preparar la redacción con referencias.

- Presentar tabla de resultados de la búsqueda.
- Bibliografía adecuada y bien referenciada.
- Esbozar el inicio de la redacción del marco teórico.

01 Mar **5ª Tutoría individual**

– 31

Mar

- Corrección de errores, dudas.
- Versión prácticamente final de la introducción.
- Inicio de la redacción de los resultados y conclusiones acordes a los objetivos planteados.
- Próxima tutoría: Preparar fin de documento; dudas.

01 Abr- **6ª Tutoría individual**

27 Abr

- Feed-back del TFG entregado casi como definitivo.

<p>08 Mayo- 21 mayo</p>	<p>7ª Tutoría individual</p> <p>- Preparación y ensayo defensa oral.</p>
---------------------------------	---

Tabla 3: Cronograma propio de actividades realizadas para el TFG durante el curso 2019/20.

Mes	Actividad
Septiembre 2019	Elección del TFG. Primera tutoría grupal. Establecer los objetivos generales.
Octubre 2019	1ª tutoría individual. Definir del tema concretado. Establecimiento de la búsqueda bibliográfica. Guion e índice del trabajo. Establecimiento de los objetivos concretos. Establecimiento del gestor y tipo de normativa de referenciación.
Noviembre 2019	2ª tutoría individual. Borrador de estrategia de búsqueda y diagrama de flujo.
Diciembre 2019 – Enero 2020	3ª tutoría individual. Concretación más específica del TFG. Redacción de: introducción, objetivos, metodología. Tabla de búsqueda bibliográfica. Cronograma de tutorías. Justificación del tema TFG.
Febrero – Marzo 2020	4ª tutoría individual. Redacción resultados y discusión. Diagrama de flujo. Referencias bibliográficas. 5ª tutoría individual.
Marzo- Abril 2020	Redacción de la discusión, implicaciones y conclusiones, <i>abstract</i> y reflexiones. Entrega pre-definitiva TFG. 6ª tutoría individual. Entrega definitiva TFG.
Mayo 2020	7ª tutoría individual. Evaluación entre iguales. Realización del soporte de la defensa. Preparación de la defensa oral.

9.3. Anexo III

Tabla 4: Posibles palabras clave mediante temas y sinónimos.

<i>Abortion</i>	<i>Ethical aspects</i>	<i>Nurs*</i>	<i>Care</i>	<i>Breast cancer</i>	<i>Pregnancy</i>
<i>Voluntary termination of pregnancy</i>	<i>Ethics</i>	<i>Nurse</i>	<i>Health care</i>	<i>Diagnosis breast cancer</i>	<i>Pregnancy outcomes</i>
		<i>Nursery</i>	<i>Health cares</i>	<i>Prognosis breast cancer</i>	<i>Pregnancy associated breast cancer</i>
		<i>Nurse care</i>	<i>Cares</i>	<i>Breast cancer in pregnancy</i>	

9.4. Anexo IV

A continuación, se puede observar las 11 búsquedas avanzadas realizadas en PubMed previas a la estrategia de búsqueda definitiva.

Tabla 5: Búsquedas avanzadas realizadas en PubMed.

1	(((((abortion) AND ethical aspects) AND nurs*) AND care)
2	(((((voluntary termination of pregnancy) OR abortion) AND nurs*) AND care) OR health care) AND ethical aspects
3	(((((voluntary termination of pregnancy) OR abortion) AND nurs*) AND cares) OR health cares) AND ethical aspects
4	(((((voluntary termination of pregnancy) AND abortion) AND nurs*) AND care) AND health care) AND ethical aspects
5	((((voluntary termination of pregnancy) AND nurse care)) AND spain
6	((((voluntary termination of pregnancy) AND nurse care)) AND europe
7	(((((breast cancer) AND pregnancy) AND abortion) AND ethical aspects) AND nurs*
8	(((((breast cancer in pregnancy) AND abortion) OR voluntary termination of pregnancy) AND nurs*) AND ethical aspects
9	((((((((((voluntary termination of pregnancy) OR abortion) AND nurs*) AND care) OR health care) AND ethical aspects) AND "last 5 years"[PDat] AND Humans[Mesh])) AND breast cancer AND (free full text[sb] AND "last 5 years"[PDat] AND Humans[Mesh])
10	((((pregnancy associated breast cancer) OR abortion) AND ethical aspects) AND nurs*
11	(((((breast cancer) AND pregnancy) OR abortion) AND ethical aspects) AND nurs* AND care

9.5. Anexo V

Tabla 6: Cuartil de las revistas.

Revista	Cuartil	Nº de artículos
<i>American Journal of Bioethics</i>	1	1
<i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	2	1
<i>Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing</i>	2	1
<i>BMC Medical Ethics</i>	1	2
<i>BMC Women's Health</i>	1	1
<i>BMJ Open</i>	1	1
<i>Breast Journal</i>	1	2
<i>Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics</i>	1	1
<i>Cancer care</i>	2	1
<i>Contraception</i>	1	1
Index de Enfermería	4	1
<i>International Journal of Cancer</i>	1	1
<i>International Journal of Gynecology and Obstetrics</i>	2	1
<i>JAMA Oncology</i>	1	1
<i>Journal of Medical Ethics</i>	1	2
<i>Journal of Midwifery and Women's Health</i>	1	1
<i>Journal of Obstetrics and Gynaecology</i>	1	1
<i>Journal of the Turkish-German Gynecological Association</i>	3	1
<i>Nursing Ethics</i>	1	1
<i>Research in Nursing and Health</i>	1	1
<i>Revista da Associacao Medica Brasileira</i>	3	1
Revista Médica de Chile	3	1
<i>Revista online de pesquisa cuidado é fundamental.</i>	3	1
<i>Thoracic Cancer</i>	2	1

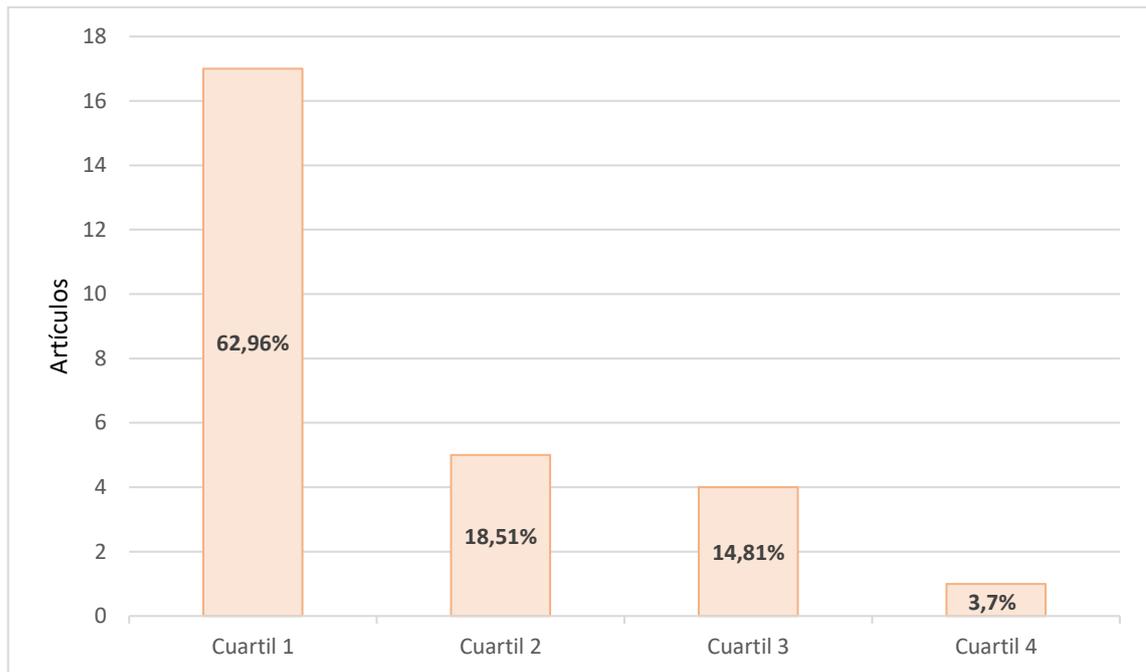
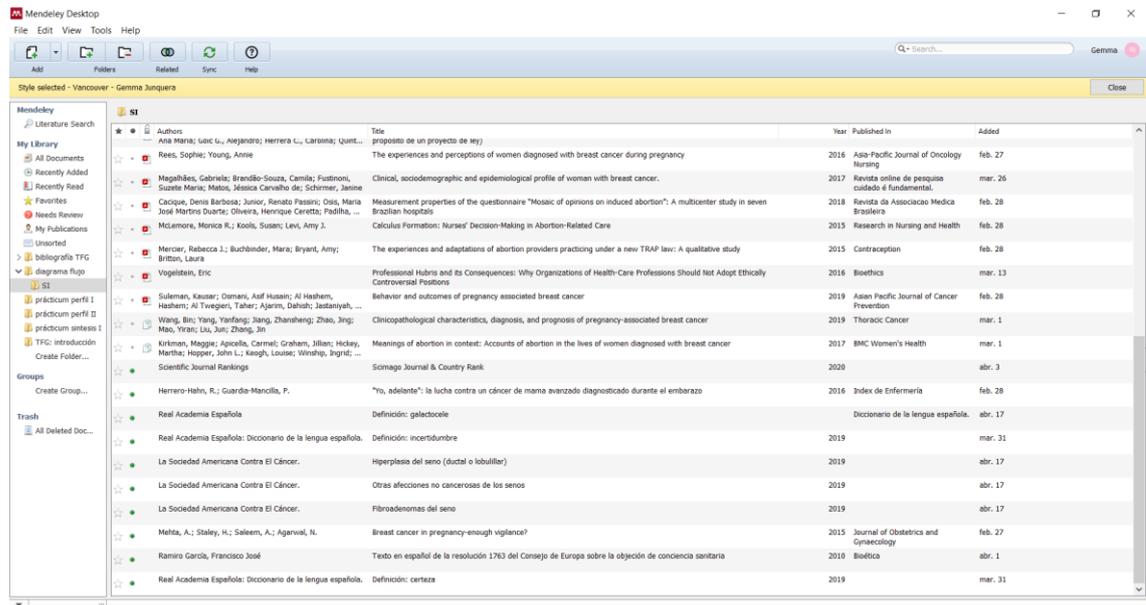
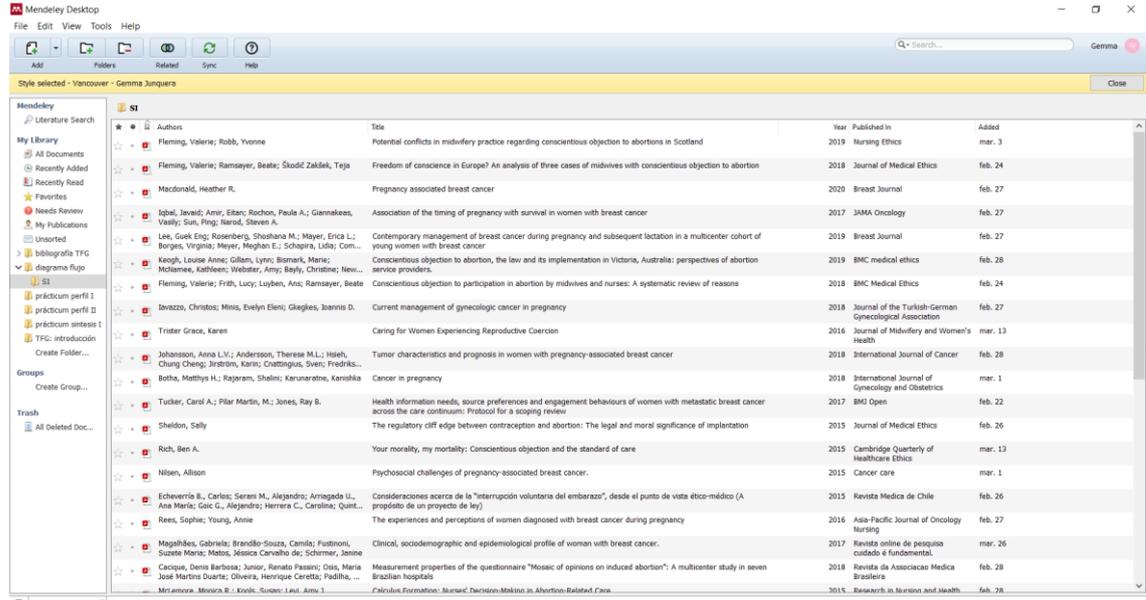


Figura 1: Tanto por ciento de cuartiles de revistas.

9.6. Anexo VI

A continuación, se puede observar una imagen del gestor bibliográfico Mendeley que se ha utilizado durante el TFG.



Fuente: propia.

9.7. Anexo VII

Tabla 7: Características generales de los artículos incluidos.

AÑO	AUTOR	TÍTULO	DISEÑO	MUESTRA	PAÍS
2015	Echeverría B., Carlos et al.	Consideraciones acerca de la “interrupción voluntaria del embarazo”, desde el punto de vista ético-médico (A propósito de un proyecto de ley).	Artículo de opinión.	11 profesionales y docentes del grupo de estudios de ética clínica en Chile.	Chile
2015	McLemore, Monica R. et al.	<i>Calculus Formation: Nurses' Decision-Making in Abortion-Related Care.</i>	Cualitativo descriptivo.	25 enfermeras	Estados Unidos (California, San Francisco)
2015	Mehta, A. et al.	<i>Breast cancer in pregnancy-enough vigilance?</i>	Cualitativo estudio de un caso.	1 paciente (multípara)	(Inglaterra, Londres)
2015	Mercier, Rebecca J. et al.	<i>The experiences and adaptations of abortion providers practicing under a new TRAP law: A qualitative study.</i>	Cualitativo entrevistas semiestructuradas.	31 profesionales sanitarios	Estados Unidos (Carolina del norte)
2015	Nilsen, Allison.	<i>Psychosocial challenges of pregnancy-associated breast cancer.</i>	Noticia.	No consta	No consta
2015	Rich, Ben A.	<i>Your morality, my mortality: Conscientious objection and the standard of care.</i>	Cualitativo hermenéutico.	No consta	Reino Unido
2015	Sheldon, Sally.	<i>The regulatory cliff edge between contraception and abortion: The legal and moral significance of implantation.</i>	Cualitativo narrativo.	No consta	Reino Unido
2016	Trister, Grace, K.	<i>Caring for Women Experiencing Reproductive Coercion.</i>	Cualitativo estudio de un caso.	1 paciente	No consta

2016	HERRERO-HAHN, R. et al.	"Yo, adelante": la lucha contra un cáncer de mama avanzado diagnosticado durante el embarazo.	Cualitativo estudio de un caso.	1 paciente	España
2016	Rees, Sophie et al.	<i>The experiences and perceptions of women diagnosed with breast cancer during pregnancy.</i>	Cualitativo estudio de un caso.	3 pacientes	Reino Unido (Inglaterra, Coventry)
2016	Vogelstein, Eric.	<i>Professional Hubris and its Consequences: Why Organizations of Health-Care Professions Should Not Adopt Ethically Controversial Positions.</i>	Artículo de opinión.	1 docente	Estados Unidos, Pensilvania
2017	Iqbal, Javaid et al.	<i>Association of the timing of pregnancy with survival in women with breast cancer.</i>	Cuantitativo cohorte retrospectivo.	7.553 pacientes	Estados Unidos, Canadá
2017	Kirkman, Maggie et al.	<i>Meanings of abortion in context: Accounts of abortion in the lives of women diagnosed with breast cancer.</i>	Cualitativo estudio de casos.	5 pacientes	Australia
2017	Magalhães, Gabriela et al.	<i>Clinical, sociodemographic and epidemiological profile of woman with breast cancer.</i>	Cuantitativo transversal.	299 pacientes	Brasil, San Pablo
2017	Tucker, Carol A. et al.	<i>Health information needs, source preferences and engagement behaviours of women with metastatic breast cancer across the care continuum: Protocol for a scoping review.</i>	Revisión sistemática de la literatura.	No consta	No consta

2018	Botha, Matthys H. et al.	<i>Cancer in pregnancy.</i>	Noticia.	No consta	No consta
2018	Cacique, Denis Barbosa et al.	<i>Measurement properties of the questionnaire "Mosaic of opinions on induced abortion": A multicenter study in seven Brazilian hospitals.</i>	Cuantitativo multicéntrico.	430 profesionales	Brasil
2018	Fleming, Valerie et al.	<i>Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: A systematic review of reasons.</i>	Revisión sistemática de la literatura.	10 artículos	Reino Unido (Inglaterra, Liverpool)
2018	Fleming, Valerie et al.	<i>Freedom of conscience in Europe? An analysis of three cases of midwives with conscientious objection to abortion.</i>	Cualitativo análisis de discurso.	4 comadronas	Reino Unido (Escocia), Croacia y Suecia.
2018	Iavazzo, Christos et al.	<i>Current management of gynecologic cancer in pregnancy.</i>	Revisión sistemática de la literatura narrativa.	18 artículos	No consta
2018	Johansson, Anna L.V. et al.	<i>Tumor characteristics and prognosis in women with pregnancy-associated breast cancer.</i>	Cuantitativo cohorte.	6.037 pacientes	Suecia
2019	Fleming, Valerie et al.	<i>Potential conflicts in midwifery practice regarding conscientious objection to abortions in Scotland.</i>	Cualitativo hermenéutico.	8 personas católicas (comadronas, abogados, sacerdotes)	Reino Unido, Escocia
2019	Keogh, Louise Anne et al.	<i>Conscientious objection to abortion, the law and its implementation in Victoria, Australia:</i>	Cualitativo entrevistas semi-estructuradas.	19 entrevistas	Australia, Victoria

		<i>perspectives of abortion service providers.</i>			
2019	Lee, Guek Eng et al.	<i>Contemporary management of breast cancer during pregnancy and subsequent lactation in a multicenter cohort of young women with breast cancer.</i>	Cuantitativo cohorte prospectivo-multicéntrico.	39 pacientes	Estados Unidos (Massachusetts, Colorado, Nueva York, Minnesota) y Canadá (Toronto).
2019	Suleman, Kausar et al.	<i>Behavior and outcomes of pregnancy associated breast cancer.</i>	Cuantitativo cohorte retrospectivo.	224 pacientes	Arabia Saudí
2019	Wang, Bin et al.	<i>Clinicopathological characteristics, diagnosis, and prognosis of pregnancy-associated breast cancer.</i>	Cuantitativo cohorte retrospectivo.	142 pacientes	China
2020	Macdonald, Heather R. et al.	<i>Pregnancy associated breast cancer.</i>	Cualitativo de estudio de un caso.	1 paciente	Estados Unidos, Texas (San Antonio)

9.8. Anexo VIII

Tabla 8: Resumen del contenido de los artículos.

AÑO	AUTOR	TÍTULO	METODOLOGÍA	CONTENIDO RELEVANTE
2015	Echeverría B., Carlos et al.	Consideraciones acerca de la “interrupción voluntaria del embarazo”, desde el punto de vista ético-médico (A propósito de un proyecto de ley).	Artículo de opinión.	Explicación de los tipos de interrupción voluntaria del embarazo. La relación del embarazo con el feto. Aspectos legales y médicos sobre la realización del aborto.
2015	McLemore, Monica R. et al.	<i>Calculus Formation: Nurses' Decision-Making in Abortion-Related Care.</i>	Cualitativo descriptivo.	Afectación en el personal sanitario que provee abortos.
2015	Mehta, A. et al.	<i>Breast cancer in pregnancy-enough vigilance?</i>	Cualitativo estudio de un caso.	Características personales de la paciente y del parto y el tratamiento.
2015	Mercier, Rebecca J. et al.	<i>The experiences and adaptations of abortion providers practicing under a new TRAP law: A qualitative study.</i>	Cualitativo entrevistas semiestructuradas.	Afectación en el personal sanitario que provee abortos sobre la ley de esperar 24h hasta realizarlo. Oposición a la ley, OC hacia esta, generación de estrés en el personal y un aumento de coste en la empresa.
2015	Nilsen, Allison.	<i>Psychosocial challenges of pregnancy-associated breast cancer.</i>	Noticia.	Principales sentimientos de las pacientes con PABC: miedo. Identificación de sus recursos. Temas de interés de la paciente: fertilidad.
2015	Rich, Ben A.	<i>Your morality, my mortality: Conscientious objection and the standard of care.</i>	Cualitativo hermenéutico.	Características de la OC.

2015	Sheldon, Sally.	<i>The regulatory cliff edge between contraception and abortion: The legal and moral significance of implantation.</i>	Cualitativo narrativo.	Diferencias entre contracepción y aborto.
2016	Grace, Karen Trister.	<i>Caring for Women Experiencing Reproductive Coercion.</i>	Cualitativo estudio de un caso.	Exposición de un caso donde existe una coacción sobre la mujer para quedarse embarazada. Rol enfermero asistencial relacionado con los métodos anticonceptivos.
2016	HERRERO-HAHN, R. et al.	"Yo, adelante": la lucha contra un cáncer de mama avanzado diagnosticado durante el embarazo.	Cualitativo estudio de un caso.	Características físicas personales y relacionadas con el diagnóstico de la paciente. Importancia del apoyo familiar (recurso). Sensaciones y preocupaciones de la paciente: incertidumbre.
2016	Rees, Sophie et al.	<i>The experiences and perceptions of women diagnosed with breast cancer during pregnancy.</i>	Cualitativo estudio de un caso.	Características de las mujeres diagnosticadas. Explicación de los sentimientos y preocupaciones de la paciente.
2016	Vogelstein, Eric.	<i>Professional Hubris and its Consequences: Why Organizations of Health-Care Professions Should Not Adopt Ethically Controversial Positions.</i>	Artículo de opinión.	Tipos de conflictos éticos que provoca el aborto. Diferencias entre los valores personales y de la empresa. Estrés moral del trabajador.
2017	Iqbal, Javaid et al.	<i>Association of the timing of pregnancy with survival in women with breast cancer.</i>	Cuantitativo cohorte retrospectivo.	Supervivencia de las mujeres con PABC. Motivos generales por los que se realizan abortos.
2017	Kirkman, Maggie et al.	<i>Meanings of abortion in context: Accounts of abortion in the lives of women diagnosed with breast cancer.</i>	Cualitativo estudio de casos.	Definición de aborto, embarazo y concepto de PABC. Experiencias personales sobre el diagnóstico.

2017	Magalhães, Gabriela et al.	<i>Clinical, sociodemographic and epidemiological profile of woman with breast cancer.</i>	Cuantitativo transversal.	Características generales de las pacientes con CM: raza, lateralidad, años, supervivencia, estudios académicos, estado civil y menopausia.
2017	Tucker, Carol A. et al.	<i>Health information needs, source preferences and engagement behaviours of women with metastatic breast cancer across the care continuum: Protocol for a scoping review.</i>	Revisión sistemática de la literatura.	Necesidad de informar de manera objetiva a las mujeres con CM y proporcionar educación para la salud.
2018	Botha, Matthys H. et al.	<i>Cancer in pregnancy.</i>	Noticia.	Datos generales sobre PABC: aumento en las últimas décadas, explicación del diagnóstico tardío, pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico, tratamiento, transmisión vertical. Importancia de cómo y qué se informa.
2018	Cacique, Denis Barbosa et al.	<i>Measurement properties of the questionnaire "Mosaic of opinions on induced abortion": A multicenter study in seven Brazilian hospitals.</i>	Cuantitativo multicéntrico.	Argumentos a favor y en contra del aborto (conservadores y liberales) en el personal sanitario brasileño. Relación de la OC con las creencias religiosas del personal.
2018	Fleming, Valerie et al.	<i>Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: A systematic review of reasons.</i>	Revisión sistemática de la literatura.	Objeción de conciencia del aborto.
2018	Fleming, Valerie et al.	<i>Freedom of conscience in Europe? An analysis of three cases of midwives with conscientious objection to abortion.</i>	Cualitativo análisis de discurso.	Objeción de conciencia del aborto.

2018	Iavazzo, Christos et al.	<i>Current management of gynecologic cancer in pregnancy.</i>	Revisión sistemática de la literatura narrativa.	Incidencia del CM en el embarazo, pronóstico según el diagnóstico, causas, tratamiento y pronóstico.
2018	Johansson, Anna L.V. et al.	<i>Tumor characteristics and prognosis in women with pregnancy-associated breast cancer.</i>	Cuantitativo cohorte.	Características de la malignidad de los tumores, supervivencia y diagnóstico tardío. Diferencias entre mujeres multíparas y nulíparas.
2019	Fleming, Valerie et al.	<i>Potential conflicts in midwifery practice regarding conscientious objection to abortions in Scotland.</i>	Cualitativo hermenéutico.	Concepto de conciencia y aborto. Obligaciones de los profesionales de la salud. Leyes relacionadas con la OC. Temas principales: situación legal del aborto, diferentes puntos de vista y dilema en el profesional sanitario.
2019	Keogh, Louise Anne et al.	<i>Conscientious objection to abortion, the law and its implementation in Victoria, Australia: perspectives of abortion service providers.</i>	Cualitativo entrevistas semiestructuradas.	Características de la OC relacionada con las leyes australianas.
2019	Lee, Guek Eng et al.	<i>Contemporary management of breast cancer during pregnancy and subsequent lactation in a multicenter cohort of young women with breast cancer.</i>	Cuantitativo cohorte prospectivo-multicéntrico.	Incidencia de PABC, tratamientos, características obstétricas y sobre la LM.
2019	Suleman, Kausar et al.	<i>Behavior and outcomes of pregnancy associated breast cancer.</i>	Cuantitativo cohorte retrospectivo.	Características generales de PABC.
2019	Wang, Bin et al.	<i>Clinicopathological characteristics, diagnosis, and prognosis of pregnancy-associated breast cancer.</i>	Cuantitativo cohorte retrospectivo.	Características generales de PABC: incidencia, pronóstico. Características clínicas de la mujer.

2020	Macdonald, Heather R. et al.	<i>Pregnancy associated breast cancer.</i>	Cualitativo de estudio de un caso.	Características generales de PABC y otras características: factores de riesgo, supervivencia fetal, tipo de parto, fertilidad y pronóstico.
------	------------------------------	--	------------------------------------	---