



Secretariat of Pro-Life Activities

3211 FOURTH STREET NE • WASHINGTON DC 20017-1194

202-541-3070 • FAX 202-541-3054 • EMAIL PROLIFE@USCCB.ORG • WEB WWW.USCCB.ORG/PROLIFE

Graves riesgos y complicaciones del aborto químico para mujeres

El aborto químico es un proceso que usa dos drogas con el fin de matar y expulsar del útero a un niño en desarrollo durante el primer trimestre del embarazo. Sus defensores lo llaman "aborto con medicamentos", pero eso es engañoso. "Medicamento" indica algo que está destinado a tratar la enfermedad de un paciente, pero los abortos químicos terminan con la vida del niño en el vientre materno y también pueden ser peligrosos para la salud y la vida de las madres embarazadas. Aquí se explica el motivo:

Embarazo ectópico: Un embarazo ectópico (tubárico) se da cuando un embrión se implanta en algún lugar que no sea el útero de la madre (a menudo en las trompas de Falopio). Si un embrión permanece en la trompa de Falopio, su crecimiento conduce a la ruptura de la trompa y posiblemente a la muerte de la madre. Se estima que el 2% de los embarazos registrados son ectópicos, pero el seguimiento es inadecuado, por lo que el número podría ser mayor.ⁱ Entre 2011 y 2013, "la ruptura de un embarazo ectópico representó el 2.7% de todas las muertes relacionadas con el embarazo y fue la causa principal de mortalidad por hemorragia".ⁱⁱ

En términos médicos, es imperativo descartar un embarazo ectópico mediante una ecografía antes de que una mujer se someta a un aborto químico. De lo contrario, el dolor intenso y el sangrado asociados con el aborto químico podrían enmascarar los síntomas similares del embarazo ectópico. Y dado que el aborto químico no produce la muerte de un embrión en el caso de un embarazo ectópico, el embrión continuaría creciendo y el embarazo ectópico permanecería sin ser detectado hasta que se rompa la trompa de Falopio, lo que podría acabar con la vida de la madre y de su hijo.

Aborto incompleto: a medida que avanza el embarazo, la eficacia del régimen de aborto químico disminuye y la posibilidad de un aborto incompleto aumenta. Uno de los resultados del aborto incompleto es que el embarazo siga su curso, lo que está asociado a defectos de nacimiento, como deformación o falta de miembros y deformaciones del cráneo.ⁱⁱⁱ Otro resultado posible del aborto incompleto es la imposibilidad de expulsar parte o todo el bebé sin vida y la placenta, produciendo una infección sistémica y, potencialmente, la muerte de la madre.

La FDA aprobó inicialmente el régimen de aborto químico solo hasta la edad gestacional de 49 días UPM (calculada contando desde el primer día del último período menstrual) porque la eficacia disminuye drásticamente con cada semana que pasa. En el ensayo clínico estadounidense el régimen tuvo una eficacia del 92% para pacientes con embarazos de hasta 49 días de gestación, el 83% de eficacia en embarazos con 50 a 56 días de gestación y el 77% de eficacia en embarazos con 57 a 63 días de gestación.^{iv}

Al analizar el ensayo estadounidense del aborto químico, I. Spitz et al. reportaron que la disminución de la eficacia del aborto químico se observó de manera más drástica con el aumento de la tasa de embarazos en curso entre los grupos de edad gestacional. En el grupo de gestación de menos de 49 días, el 1% de los embarazos continuaron a pesar de haber sido sometidos al régimen de aborto químico; en el grupo de 57 a 63 días, el 9% de los embarazos continuaron.^v

Un estudio estadounidense de J. Jensen et al. comparó los efectos adversos graves en las mujeres que participaron del ensayo clínico del aborto químico con las mujeres que se sometieron a un aborto quirúrgico en la misma clínica. Se requirió una intervención quirúrgica posterior para el 18.3% de las pacientes con aborto químico frente al 4.7% de las pacientes quirúrgicas.^{vi} Entre las pacientes de aborto químico que necesitaron una cirugía posterior, el 15.6% fue por aborto incompleto en el que no se pudo expulsar al bebé sin vida y/o la placenta y el 28.1% por embarazo en curso.^{vii}

El proveedor de píldoras abortivas necesita conocer la edad gestacional del feto para evaluar la probabilidad de un aborto incompleto y el riesgo asociado resultante para la madre. Es importante para la salud de la madre no depender de la estimación del primer día de su último período, que está sujeta a errores humanos. Si bien la observación directa con una ecografía básica puede ser suficiente en las primeras semanas, la ecografía transvaginal es esencial para evaluar la edad gestacional en semanas posteriores cuando el riesgo aumenta considerablemente.

Infección: Un artículo del *New England Journal of Medicine* advirtió: "Los estudios médicos estiman que la RU-486 produce diez veces más muertes de mujeres, solo por infección, que el aborto quirúrgico en etapas tempranas del embarazo, y eso se calculó antes de las muertes más recientes".^{viii} Un artículo científico titulado "Post Abortion Infections"^{ix} advirtió que "debido a que la interrupción médica puede ser incompleta en el 3% al 23% de las pacientes, el tejido retenido y la infección subsiguiente pueden pasar desapercibidos en las mujeres que no reciben un control posteriormente". Además, existe evidencia de que ambas drogas utilizadas en el aborto químico pueden inhibir el sistema inmunitario de la mujer.^x

Muchas de las muertes de las madres están asociadas a *Clostridium sordellii*, una bacteria que vive en la flora intestinal de aproximadamente 10% de las mujeres.^{xi} Generalmente, el sistema inmunitario de una mujer puede mantener esta bacteria tóxica bajo control. Sin embargo, esta puede crecer rápidamente y ser fatal cuando las contracciones quitan el tapón mucoso cervical que protege el útero y el niño, y la bacteria puede alimentarse de los tejidos muertos.^{xii}

Hemorragia: una pérdida de sangre intensa puede provocar la muerte. Al examinar los pocos datos que contenía el sistema para reportar efectos adversos de la FDA, K. Aultman et al. encontraron que "de las 3056 mujeres que tomaron ambas [píldoras], 1572 (51.44%) sufrieron hemorragias. ...No estaba claro si 84 pacientes tomaron misoprostol o no. Cincuenta y cuatro (64.29%) de ellas sufrieron hemorragias".^{xiii}

Frecuencia de efectos adversos: La evidencia documentada de vinculación de registros^{xiv} en Estados Unidos señala la frecuencia de lesiones en mujeres que se someten a un aborto químico comparado con un aborto quirúrgico. Diecisiete estados mantienen registros de los reembolsos estatales de Medicaid por abortos y el tratamiento posterior en la sala de emergencias ("ER") dentro de los 30 días posteriores al aborto.^{xv} En base a estos datos, en 2015, la tasa de visitas a la sala de emergencias por cada 1000 mujeres que se sometieron a un aborto químico en los últimos 30 días fue, increíblemente, de 354.8.^{xvi}

ⁱ K. Aultman et al., "[Deaths and Severe Adverse Events after the use of Mifepristone as an Abortifacient from September 2000 to February 2019](#)", 21. Consultado el 20 de noviembre de 2021.

ⁱⁱ *Ibidem*, citando a [ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy](#), *Obstet Gynecol*: March 2018; 131(3): e91-e103. Consultado el 21 de noviembre de 2021.

ⁱⁱⁱ Irving Spitz et al., "Early Pregnancy Termination with Mifepristone and Misoprostol in the United States" *New England Journal of Medicine* 338 (30 de abril, 1998): 1241-47.

^{iv} [AAPLOG 2002 Citizen Petition to the FDA](#), 29. Consultado el 20 de noviembre de 2021.

^v Irving Spitz et al., "Early Pregnancy Termination with Mifepristone and Misoprostol in the United States" *New England Journal of Medicine* 338 (30 de abril, 1998): 1241-47.

^{vi} J. Jensen et al., "Outcomes of Suction Curettage and Mifepristone Abortion in the United States: A Prospective Comparison Study" *Contraception* 59 (1999): 153-159.

^{vii} *Ibidem*.

^{viii} Michael F. Greene, MD y J.L. Ecker, MD, "Abortion, Health, and the Law" *New England Journal of Medicine* 350; 2, 184-186, 8 de enero de 2004); [Life Insight](#), marzo-abril de 2006. Consultado el 20 de noviembre de 2021.

^{ix} ix A.K. Kreutner et al., "Postabortion Infections" *Contemporary Ob/Gyn* 1 (2001) en 37-42 se cita en AAPLOG 2002 Citizen Petition to the FDA, en 68 (nota 300). Consultado el

^x Aultman et al., nota 1, en 6.

^{xi} "[How Many Deaths Will It Take for the FDA to Suspend Sales of RU-486?](#)" Consultado el 20 de noviembre de 2021.

^{xii} *Ibidem*.

^{xiii} Aultman et al., nota 1, en 13.

^{xiv} Los estudios de vinculación de registros son particularmente confiables debido a la gran cantidad de datos disponibles y a la capacidad de realizar referencias cruzadas y filtrarlos. Cuando existe atención médica de pagador único (en la que el

gobierno es la entidad que paga a los proveedores), los gobiernos mantienen bases de datos de todos los registros de atención médica de todas las personas. Los registros de nombres, diagnósticos y tratamientos están codificados, pero estos registros integrales se pueden buscar fácilmente para identificar y vincular información de múltiples fuentes a una persona.

^{xv} J. Studnicki et al., "[A Longitudinal Cohort Study of Emergency Room Utilization Following Mifepristone Chemical and Surgical Abortions 1999-2015](#)" *Health Services Research and Managerial Epidemiology* 8 (2021): 1-11. Consultado el 20 de noviembre de 2021.

^{xvi} Id., en 1.