

Dolor fetal, analgesia, y anestesia en el contexto de un aborto

Resumen y conclusiones generales

Con base en la mejor evidencia científica disponible, un feto humano no tiene la capacidad funcional de experimentar dolor hasta después de comenzado el tercer trimestre de embarazo, y es poco probable que pueda experimentar dolor antes del parto.¹ La exigencia de ofrecer anestesia fetal, la cual no proporciona ningún beneficio ni al feto ni a la persona embarazada, aumenta el riesgo de complicaciones y retrasa el acceso a atención.² Las leyes que exigen que se informe a las personas que solicitan un aborto tardío acerca de la potencial existencia de dolor fetal deberían ser modificadas para estar en consonancia con la evidencia científica. Cualquier discusión acerca de la capacidad del feto de experimentar dolor también debería incluir una discusión acerca de las sensaciones que experimenta el feto durante el proceso de parto y durante las intervenciones médicas luego del parto en lugar de enfocarse exclusivamente en la interrupción del embarazo.

Cómo interpretar la ciencia

La evidencia científica acerca de la experiencia de dolor fetal por lo general fue malinterpretada por los oponentes al derecho al aborto sugiriendo la existencia de dolor en el feto. Las revisiones detalladas de la evidencia científica realizadas por equipos líderes de investigadores y médicos clínicos no respaldan dichas interpretaciones.^{1,2}

- El circuito cerebral responsable de transmitir algunos tipos de información sensorial podría comenzar a desarrollarse aproximadamente a las 24 semanas de gestación. Sin embargo, la presencia del “cableado” no significa necesariamente que los circuitos necesarios para experimentar el dolor estén de hecho funcionando. La evidencia científica no respalda la asunción de una relación entre ambos.
- Los estudios sugieren que las vías nerviosas asociadas con la percepción del dolor no están totalmente desarrolladas hasta bien avanzado el tercer trimestre.³⁻⁵ Existe cada vez más evidencia de que el feto nunca experimenta un estado de alerta real dentro del útero y de que se mantiene en un estado continuo similar a la inconsciencia durante el sueño o la sedación debido a la presencia del entorno químico.⁶ Este estado puede suprimir la activación cortical superior en presencia de estímulos externos intrusivos. Si bien los opositores del derecho al aborto sostienen que el hecho de que los estudios encuentren una mayor cantidad de hormonas del estrés en el feto en respuesta a estímulos nocivos significa que el feto siente dolor, esto no es cierto. Esas mismas hormonas también pueden ser disparadas por el estrés durante situaciones que no son dolorosas y un estudio reciente no encontró ningún aumento en las hormonas del estrés en el feto después de la exposición a estímulos nocivos.⁷ Por lo tanto, dichos estudios no respaldan la existencia del dolor fetal.

- Los opositores del derecho al aborto afirman que el reflejo de retracción ante un estímulo táctil es evidencia de la percepción de dolor. Sin embargo, el reflejo de retracción ocurre incluso en fetos nacidos a término en respuesta a sensaciones táctiles no dolorosas y hasta con un contacto leve. Por lo tanto, la aparición de un reflejo de retracción en una ecografía representa más bien un reflejo que una respuesta al dolor.¹

Los opositores del derecho al aborto y otras personas recomendaron el uso de anestesia para prevenir el dolor fetal, en caso de que este exista. Sin embargo, no existe ningún método conocido seguro y efectivo para controlar el dolor fetal. Por el contrario, el hecho de abogar por una intervención médica para controlar una experiencia (el dolor fetal) de cuya existencia no existe ninguna evidencia es de por sí una intervención basada en la falta de evidencias y pone en riesgo la salud de la persona embarazada al promover una medicina no probada, no demostrada y experimental desde el punto de vista clínico.²

- El único estudio que experimentó con una inyección de medicación analgésica directamente en fetos humanos dentro del útero midió los cambios en las hormonas del estrés en el feto y, por lo tanto, se desconoce si la inyección redujo el dolor. El estudio no evaluó los riesgos posibles para la salud de la persona embarazada, como una hemorragia descontrolada. Otro método experimental, que consiste en inyectar medicación analgésica en el líquido amniótico que rodea al feto en el útero ha sido probado solo en ovejas, no en seres humanos.
- La opción de administrar anestesia general a la persona embarazada o de aumentar la dosis de medicación analgésica aumenta el riesgo médico del aborto sin ningún beneficio conocido para el feto.²

Respuestas a las preguntas previsibles

Si los bebés prematuros reciben analgesia durante los procedimientos, ¿por qué los fetos no deberían automáticamente recibir analgesia durante los abortos?

En los bebés que nacen prematuramente (neonatos), los riesgos y los beneficios de una intervención médica son sopesados solo para el neonato, ya que es una persona por separado de su madre. En contraste, en el feto, se deben sopesar los riesgos y beneficios para la persona embarazada que se está realizando un aborto. Proporcionar analgesia o anestesia fetal experimental puede comprometer la salud y la seguridad de la persona embarazada.

Estos riesgos son injustificados dada la falta de evidencia científica sólida que confirme la capacidad del feto para sentir dolor mientras está dentro del útero. Existen diferencias neurológicas y bioquímicas importantes entre la vida fetal y la neonatal, razón por la cual los científicos no extrapolan las observaciones hechas en bebés prematuros recién nacidos con el feto aún dentro del útero. No siempre se recomienda la analgesia en el caso de potenciales eventos



dolorosos. Por ejemplo, no usamos analgesia durante el proceso de parto cuando la cabeza del bebé se comprime para pasar a través del cuello del útero.

Si los fetos reciben analgesia o anestesia durante otros procedimientos quirúrgicos en el útero, ¿por qué no deberían recibir un tratamiento similar durante un aborto?

Existen dos escenarios diferentes. Para una cirugía fetal, la persona embarazada recibe sedación, la cual se transfiere al feto. La analgesia o anestesia que se proporciona al feto no es usada primariamente para evitar que el feto experimente dolor. En realidad se usa para relajar el útero y evitar así contracciones prematuras, para inmovilizar el feto y para evitar posibles consecuencias quirúrgicas adversas y posibles cambios neurológicos del desarrollo a largo plazo en comportamientos de respuesta al dolor. Ninguno de estos objetivos aplica al aborto. De manera similar, la analgesia o la anestesia no se administran en forma directa al feto durante el proceso de parto.

Puedo comprender por qué no deberíamos exigir analgesia o anestesia fetal para todos los abortos, pero ¿no deberíamos permitir a la persona embarazada decidir si usar o no analgesia o anestesia fetal durante un aborto?

- La autonomía de la paciente tiene una importancia fundamental. Sin embargo, no se conoce ninguna analgesia ni anestesia fetal segura y efectiva que se pueda ofrecer en el contexto de un aborto.
- Además, se debe informar a las pacientes que tales medidas no son necesarias ya que la ciencia no respalda siquiera que los fetos tengan los circuitos nerviosos necesarios para procesar estímulos dolorosos antes del tercer trimestre, lo cual es bastante después del momento en que se realizan la mayoría de los abortos en los Estados Unidos.
- El objetivo de una atención de calidad para la paciente es proporcionarles a las personas la información científica más actualizada. Requerir que se les ofrezca una práctica que no es necesaria y que no se demostró que sea segura viola ese objetivo.

¿De qué manera aumentan los riesgos para la persona embarazada cuando se ofrece analgesia o anestesia fetal para el aborto?

- El aborto es un procedimiento muy seguro,⁹ pero los riesgos del aborto pueden aumentar cuando se usa anestesia general.
- Los procedimientos que se usan para administrar medicamentos directamente en el feto pueden causarle hemorragia e infección a la persona embarazada.
- La mayoría de los proveedores de aborto no tienen la capacidad de ofrecer los procedimientos experimentales que promueven los opositores del derecho al aborto. Por lo tanto, las personas deberían buscar una institución diferente para acceder al aborto y esto podría retrasar el acceso a la atención.

¿Por qué no se les debe exigir a los médicos que informen a las personas acerca del potencial dolor en el feto?

Obligar a los médicos a proporcionar a sus pacientes información errónea viola los estándares de atención médica y los principios del consentimiento informado.

Referencias

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Fetal awareness review of research and recommendations for practice. London, UK: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2010 March.
2. Lee SJ, Ralston HJP, Drey EA, Partridge JC, Rosen MA. Fetal pain: a systematic multidisciplinary review of the evidence. *Journal of the American Medical Association*, 2005;294(8):947–54.
3. Fabrizi L, Slater R, Worley A, Meek J, Boyd S, Olhede S, Fitzgerald M. A shift in sensory processing that enables the developing human brain to discriminate touch from pain. *Current Biology*, 2011;21(18):1552–8.
4. Rowlands S. Misinformation on abortion. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2011;16(4):233–40.
5. Derbyshire SW. Foetal pain? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2010;24(5):647–55.
6. Mellor DJ, Diesch TJ, Gunn AJ, Bennet L. The importance of awareness for understanding fetal pain. *Brain Research Reviews*, 2005;49(3):455–71.
7. Adama van Scheltema PN, Pasman SA, Wolterbeek R, Deprest JA, Oepkes D, De Buck F, Van de Velde M, Vandembussche FPHA. Fetal stress hormone changes during intrauterine infusions. *Prenatal Diagnosis*, 2011;31(6):555–9.
8. Jatlaoui TC, Ewing A, Mandel MG, Simmons KB, Suchdev DB, Jamieson DJ, Pazol K. Abortion surveillance—United States, 2013. *Morbidity and Mortality Weekly*, 2016;65(12):1–44.
9. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2018. The safety and quality of abortion care in the United States. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/24950>.

El objetivo de Ibis Reproductive Health es mejorar la autonomía, las opciones y la salud reproductiva de las mujeres en todo el mundo.



Ibis
Reproductive
Health

(617) 349-0040

lai@ibisreproductivehealth.org

www.ibisreproductivehealth.org

La Federación Nacional del Aborto (NAF, por sus siglas en inglés) es la asociación profesional de prestadores de servicios de aborto. Nuestro trabajo es apoyar al personal de salud quien hace realidad las opciones reproductivas así como a las mujeres que atienden.

(202) 667-5881

infonaf@prochoice.org

www.prochoice.org