

ABRIL 2018

Dolor fetal, analgesia y anestesia en el contexto del aborto

Resumen general y conclusiones

Basándose en las mejores pruebas científicas disponibles, un feto humano no tiene la capacidad funcional de experimentar dolor hasta después del comienzo del tercer trimestre del embarazo, y es poco probable que pueda experimentar dolor hasta el nacimiento.¹ Los requisitos para ofrecer anestesia fetal, que no aportan ningún beneficio al feto o a la persona embarazada, aumentan el riesgo de complicaciones y retrasan el acceso a la atención.² Leyes que exigen que las personas que deseen abortar más tarde sean informadas de la posible existencia de dolor fetal debe modificarse para que sea coherente con las pruebas científicas, y cualquier debate sobre la capacidad del feto para experimentar dolor debe incluir también un debate sobre la sensación del feto durante el proceso del parto y las intervenciones médicas posteriores al mismo, y no centrarse exclusivamente en la interrupción del embarazo.

Interpretar la ciencia

La evidencia científica sobre la experiencia del dolor fetal ha sido malinterpretada por los oponentes al derecho al aborto para sugerir la existencia del dolor fetal. Las revisiones detalladas de las pruebas científicas realizadas por equipos de destacados clínicos e investigadores no respaldan tales interpretaciones.^{1,2}

- Los circuitos cerebrales responsables de transmitir algunos tipos de información sensorial pueden empezar a desarrollarse en torno a las 24 semanas de gestación. Sin embargo, la presencia del "cableado" no significa necesariamente que los circuitos necesarios para la sensación de dolor sean realmente funcionales. Asumir una relación entre ambos no está respaldado por pruebas científicas.
- Los estudios sugieren que las vías neuronales asociadas a la percepción del dolor no están completamente desarrolladas hasta bien entrado el tercer trimestre.³⁻⁵ Cada vez hay más pruebas de que el feto nunca experimenta un estado de verdadera vigilia en el útero y se mantiene en un estado continuo de inconsciencia o sedación similar al sueño por la presencia de su entorno químico.⁶ Este estado puede suprimir la activación cortical superior en presencia de estímulos externos intrusivos. Aunque los detractores del derecho al aborto afirman que los estudios que han encontrado un aumento de las hormonas del estrés en el feto en respuesta a estímulos nocivos significan que el feto siente dolor, esto es falso. Esas mismas hormonas también pueden desencadenarse por el estrés en situaciones no dolorosas, y un estudio reciente no encontró ningún aumento de las hormonas del estrés en el feto en las hormonas del estrés en el feto tras la exposición a estímulos nocivos.⁷ Estos estudios, por tanto, no apoyan la existencia del dolor fetal.
- Los detractores del derecho al aborto afirman que la retirada del miembro ante un estímulo táctil es una prueba de la percepción del dolor. Sin embargo, La retracción de las extremidades se produce incluso en fetos a

término en respuesta a sensaciones táctiles no dolorosas, incluido el tacto leve. Así pues, la aparición de retracción de las extremidades en la ecografía representa un reflejo más que una respuesta al dolor.¹

Quienes se oponen al derecho al aborto y otras personas han recomendado el uso de anestesia para evitar el dolor fetal, en caso de que exista. Sin embargo, no se conocen métodos seguros y eficaces para controlar el dolor.

directamente al feto. Más bien, abogar por una intervención médica para controlar una experiencia (el dolor fetal) para la que no existen pruebas es en sí misma una intervención no basada en pruebas y pone en riesgo la salud de la persona embarazada al promover una medicina no probada, no testada y clínicamente experimental.²

- El único estudio que experimentó con la inyección de analgésicos directamente en fetos humanos dentro del útero midió los cambios en las hormonas del estrés fetal, por lo que se desconoce si la inyección redujo el dolor. El estudio no examinó los posibles riesgos para la salud de la embarazada, como las hemorragias incontroladas. Otro método experimental, que consiste en inyectar analgésicos en el líquido amniótico que rodea al feto en el útero, sólo se ha probado en ovejas, no en humanos.
- La opción de administrar anestesia general a la embarazada o aumentar la dosis de analgésicos aumenta el riesgo médico del aborto sin beneficio conocido para el feto.²

Respuestas a las preguntas previstas

Si los bebés prematuros reciben analgesia durante las intervenciones, ¿por qué no deberían recibirla automáticamente los fetos durante los abortos?

En el caso de los bebés nacidos prematuramente (neonatos), los riesgos y beneficios de la intervención médica sólo se sopesan para el propio neonato, ya que está separado de su madre. En cambio, en el caso del feto, deben sopesarse los riesgos y beneficios para la persona embarazada portadora del feto y sometida al aborto. Proporcionar analgesia/anestesia fetal experimental puede comprometer la salud y la seguridad de la persona embarazada. Estos riesgos no están justificados, dada la falta de pruebas científicas sólidas que confirmen la capacidad del feto para sentir dolor mientras está en el útero. Existen importantes diferencias neurológicas y bioquímicas entre la vida fetal y la neonatal, razón por la cual los científicos no extrapolan las observaciones realizadas en recién nacidos prematuros al feto todavía en el útero. No siempre se recomienda la analgesia en caso de posibles acontecimientos dolorosos. Por ejemplo, no utilizamos analgesia durante el proceso del parto cuando se comprime la cabeza del bebé para pasar por el cuello uterino.

Si los fetos reciben analgesia o anestesia durante otras intervenciones quirúrgicas en el útero, ¿por qué no deberían recibir un tratamiento similar durante un aborto?

Se trata de dos situaciones muy distintas. En la cirugía fetal, la persona embarazada se somete a sedación, que se transfiere al feto. La analgesia/anestesia administrada al feto no se utiliza principalmente para evitar que experimente dolor. Más bien se utiliza para relajar el útero y evitar contracciones prematuras, para inmovilizar al feto, para evitar posibles resultados quirúrgicos adversos y para evitar posibles cambios a largo plazo en el neurodesarrollo de las conductas de respuesta al dolor. Ninguno de estos objetivos es aplicable a un aborto. Del mismo modo, la analgesia o la anestesia no se administran directamente al feto durante el proceso del parto.



Puedo entender por qué no deberíamos exigir analgesia/anestesia fetal para todos los abortos, pero ¿por qué no deberíamos permitir que la persona embarazada elija si desea utilizar analgesia/anestesia fetal durante un aborto?

- La autonomía de la paciente es de vital importancia. Sin embargo, no se conoce ninguna analgesia/anestesia fetal segura y eficaz para ofrecer en el contexto del aborto.
- Además, debe advertirse a las pacientes de que tales medidas son innecesarias, porque la ciencia no avala que los fetos tengan siquiera los circuitos neuronales necesarios para procesar estímulos dolorosos antes del tercer trimestre, que es mucho después de cuando se practican la inmensa mayoría de los abortos en Estados Unidos.
- El objetivo de una atención al paciente de calidad es informar a las personas de la información científica más actualizada. Exigir que se les ofrezca una atención que no es necesaria ni ha demostrado ser segura vulnera ese objetivo.

¿De qué manera la oferta de analgesia/anestesia fetal para el aborto aumenta los riesgos para la persona embarazada?

- El aborto es un procedimiento muy seguro,⁹ pero los riesgos del aborto pueden aumentar cuando se utiliza anestesia general.
- Los procedimientos utilizados para administrar medicamentos directamente al feto pueden provocar hemorragias e infecciones en la persona embarazada.
- La mayoría de los proveedores de servicios de aborto no tienen capacidad para ofrecer los procedimientos experimentales que promueven los detractores del derecho al aborto. Por tanto, las personas se verían obligadas a buscar otros centros para someterse a un aborto, lo que podría retrasar su acceso a la atención sanitaria.

¿Por qué no se puede exigir a los médicos que informen a las personas sobre la posibilidad de dolor en el feto?

Obligar a los médicos a informar mal a los pacientes vulnera las normas de atención médica y los principios del consentimiento informado.

Referencias

1. Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos. Fetal awareness review of research and recommendations for practice. Londres, Reino Unido: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; marzo de 2010.
2. Lee SJ, Ralston HJP, Drey EA, Partridge JC, Rosen MA. Dolor fetal: una revisión multidisciplinaria sistemática de la evidencia. *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. Un cambio en el procesamiento sensorial que permite al cerebro humano en desarrollo discriminar el tacto del dolor. *Current Biology*, 2011;21(18):1552-8.
4. Rowlands S. Desinformación sobre el aborto. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2011;16(4):233-40.
5. Derbyshire SW. ¿Dolor fetal? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2010;24(5):647-55.
6. Mellor DJ, Diesch TJ, Gunn AJ, Bennet L. La importancia de la conciencia para comprender el dolor fetal. *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, Vandenbussche FPHA. Cambios hormonales de estrés fetal durante infusiones intrauterinas. *Diagnóstico prenatal*, 2011;31(6):555-9.
8. Jatlaoui TC, Ewing A, Mandel MG, Simmons KB, Suchdev DB, Jamieson DJ, Pazol K. Vigilancia del aborto-Estados Unidos, 2013. *Morbidity and Mortality Weekly*, 2016;65(12):1-44.
9. Academias nacionales de ciencias, ingeniería y medicina. 2018. La seguridad y la calidad de la atención del aborto en los Estados Unidos. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/24950>.

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

(617) 349-0040
lai@ibisreproductivehealth.org
www.ibisreproductivehealth.org

