

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

El aborto procurado ¿es saludable para la mujer y para un futuro recién nacido?*

Brent Rooney
Independent Medical Researcher
Reduce Preterm Risk Coalition
Vancouver, Canada

I. Introducción

El presente artículo aborda la pregunta de cuál es la opción más saludable para la mujer joven embarazada en países desarrollados: el aborto procurado o el dar a luz. Lo primero que debe ser considerado son las causas totales de mortalidad en el corto plazo de doce meses después de dar a luz. Después de esto, serán considerados otros tres riesgos: cáncer de mama, suicidio y nacimientos prematuros en embarazos subsiguientes.

Causas de Riesgo de Mortalidad a Corto Plazo

Se cree comúnmente que a corto plazo (un año o menos) el riesgo de muerte para la madre es mucho menor si se elige el aborto que si se da a luz **(1)**. Esta idea equivocada surge a partir de que muchos profesionales médicos creen que la “mortalidad materna” y “causas totales de mortalidad” son equivalentes. La mortalidad materna, según es definido corrientemente, excluye las siguientes causas de muerte (que sí están incluidas en las causas totales de mortalidad):

1. accidentes
2. suicidios
3. homicidios
4. cáncer

En los Estados Unidos, los accidentes de circulación son la causa número uno de muerte en la juventud entre los 15 y 24 años **(2)**. El suicidio es también una causa importante de muerte en la juventud. Así es que la mortalidad materna es un pobre sustituto de las causas totales de mortalidad y cualquier investigador que compare las frecuencias de muerte de mujeres que eligen el aborto versus mujeres que eligen dar a luz, debería usar las causas totales de mortalidad. Se hizo un estudio de las causas totales de mortalidad en 1997, y fue publicado en la revista médica escandinava más importante en el campo de la obstetricia y ginecología **(3)**.

De los datos de este estudio se computan fácilmente los riesgos relativos de mortalidad (en los 12 meses después del término del embarazo) para las mujeres finlandesas que dan a luz versus las que eligen abortar:

Tabla 1. Riesgos relativos de muerte materna (4).

	Mujeres que dan a luz	Mujeres que abortan
Mortalidad total	1.0	3.52 [+ 252%]
Muertes naturales	1.0	1.63 [+ 63%]
Accidentes	1.0	4.24 [+ 324%]
Suicidios	1.0	6.46 [+ 546%]
Homicidios	1.0	13.99 [+1.299%]

Todos los resultados anteriores son estadísticamente significativos. Cualquier investigador que halla supuesto que el riesgo de muerte por accidentes o suicidios no difiere entre mujeres que dan a luz y aquellas que abortan, debería estar sorprendido por estos resultados. En 1985 Kaunitz y colaboradores mostraron la mortalidad materna en los Estados Unidos en los años desde 1974 a 1978. ¿Consideraron estos autores que las muertes por accidentes vehiculares, los suicidios, los homicidios o los tumores malignos, deberían ser incluidos dentro de la categoría de muertes maternas? De las muertes reportadas, los golpes por accidentes en carretera (41) fueron la causa más frecuente no relacionada (no materna) entre mujeres embarazadas. Además, había 25 muertes de tumores malignos no trofoblásticos, 15 por suicidio, 8 por homicidio y 41 de otras causas no relacionadas (5). Claramente, accidentes, suicidios, homicidios y cáncer fueron excluidos como causas de muerte materna (6). En el estudio de 1997 de las mujeres finesas, aquellas que realizaron aborto tenían 324% mayor riesgo de morir en un accidente y un 546% mayor riesgo de morir por suicidio (versus las mujeres que dieron a luz); el riesgo de homicidio fue de un 1.299% más alto para mujeres que interrumpieron su embarazo (7). Las causas totales de mortalidad en los doce meses después del fin del embarazo fue 252% mayor en mujeres que eligieron abortar, comparado con aquellas que llevaron el embarazo a su término. Las mujeres que dieron a luz tuvieron una mortalidad menor que las mujeres sin embarazo en los doce meses anteriores, considerando todas las causas de muerte. Por tanto, las mujeres que dan a luz tienen el más bajo índice de mortalidad de todas. Su presente autor no conoce de ningún estudio que contradiga el estudio de Gissler de 1997.

¿Es menor la mortalidad a largo plazo para madres, considerando todas las causas de muerte?

Uno podría suponer que a corto plazo las mujeres que dan a luz tienen menor mortalidad, pero posiblemente tengan mayor mortalidad a largo plazo, considerando todas las causas de mortalidad. Un estudio británico de 1988 aportó que las mujeres

casadas sin niños tenían un índice de mortalidad 16% más alto que las mujeres con niños, considerando todas las causas de mortalidad (8). La diferencia fue debida en su mayor parte al riesgo de cáncer. Que fueran excluidas de este estudio las mujeres solteras no afectaría, ya que es bien sabido que las mujeres casadas tienen un riesgo de mortalidad menor que las mujeres solteras. Las mujeres nulíparas tienen aproximadamente el doble de riesgo de contraer cáncer de ovarios que las mujeres con hijos (9).

Conclusión

Solamente los estudios que contemplen todas las causas de muerte pueden identificar que el riesgo de muerte de mujeres que han abortado es mayor que el de mujeres que dan a luz. Un estudio finlandés de 1997 claramente muestra que las mujeres que abortan tienen un índice de mortalidad 252% mayor que las mujeres que dan a luz los doce meses posteriores al término del embarazo. La “mortalidad maternal” no es lo mismo que “todas las causas” de mortalidad.

II. Los dos riesgos de cáncer de mama por realizar el aborto procurado

La investigadora de cáncer de mama Nancy Krieger escribió: “El llevar el primer embarazo a su completitud a temprana edad consistentemente se ha constituido como el factor protector más fuerte en contra del cáncer de mama” (10). Se ha sospechado fuertemente desde el siglo XVII que algo acerca de dar a luz reduce el riesgo de cáncer de mama para la madre, ya que se vio que las monjas tenían un alto riesgo relativo de padecer cáncer de mama; las monjas estrictas no tienen hijos. ¿Era ello debido al número de niños, la duración de dar de mamar, la edad al tener el último nacimiento, la edad al dar a luz por primera vez, u otra causa la que confería un menor riesgo de contraer cáncer de mama? La respuesta fue dada dramáticamente por el Dr. Brian MacMahon (Harvard) y colegas en 1970: La edad al dar a luz por primera vez es el factor dominante que reduce el riesgo de contraer cáncer de mama (11). MacMahon y colaboradores reportaron que las mujeres que dan a luz por primera vez antes de los 20 años tenían la mitad de riesgo de contraer cáncer de mama que las mujeres que daban a luz por primera vez después de los 35 años.

Cuanto menor sea la edad de dar a luz, menor es el riesgo de contraer cáncer de mama (12). No es aconsejable que aspectos de la ciencia médica lleguen a ser altamente politizados. Por casi una década ha habido en los Estados Unidos un debate público sobre si hay riesgo de contraer cáncer de mama relacionado con el aborto. Tal como la pregunta es establecida, se supone por muchos que solo hay un riesgo independiente que reclamar. Esta suposición es falsa. El debate consiste en si hay un segundo riesgo independiente de contraer cáncer de mama relativo al aborto (“interrumpir el embarazo”). Lo que está bien aceptado es que hay un “primer” riesgo: el posponer médicamente el primer nacimiento de un hijo. Considera la siguiente afirmación publicada en la revista del Instituto Nacional del Cáncer:

“Los científicos están de acuerdo en que un embarazo llevado a su completitud a edad temprana protege del cáncer de mama.” (Troy Parkins (empleado NCI), JNCI 1993;85:1987).

Cada año en que se dilate el primer nacimiento incrementa el riesgo de cáncer de mama.

En 1983 Dimitrios Trichopoulos, Brian MacMahon y colaboradores (vía el reanálisis de sus datos de 1970) reportaron que cada retraso en un año del primer embarazo llevado a completitud incrementaba el riesgo relativo de cáncer de mama en 3,5% (añadido) **(13)**.

¿Cuánta protección del cáncer de mama provee un nacimiento tenido a temprana edad?

Compara una mujer que da a luz a la edad de 20 años versus mujeres que dan a luz más tarde (usando el incremento del 3,5% de MacMahon):

Tabla 2. Edad al primer embarazo llevado a su completitud y riesgo relativo de cáncer de mama

Edad al primer nacimiento	Incremento en riesgo relativo de cáncer de mama (vs. Dar a luz por primera vez a la edad de 20)
20	0
25	18.7%
30	41.0%
35	67.3%
40	98.8%

¿Cuál es la conexión entre un nacimiento a edad temprana y la elección del aborto procurado?

Considera a Alicia sin hijos, de 20 años, que está embarazada y elige abortar (los formularios de consentimiento en los Estados Unidos no le dicen que posponer su primer nacimiento incrementa su riesgo de cáncer de mama). Si Alicia espera hasta la edad de 30 años para tener su primer hijo, su riesgo relativo de cáncer de mama es 41% más alto que si lo tuviera a la edad de 20 años **(14)**. Si el aborto procurado tuviera el efecto secundario de esterilizarla, Alicia no tendrá niños y su riesgo relativo de cáncer de mama es un 90% mayor comparado con tener un hijo a la edad de 20 años **(15)**. Ella también dobla su riesgo de tener cáncer de ovario **(16)**.

¿Cuál es el debate acerca de la relación entre el cáncer de mama y el aborto?

Que hay riesgo de cáncer de mama por aborto (por posponer el primer nacimiento) no es debatido. Si los investigadores médicos han obtenido al menos un 95% de información de que incrementa el riesgo, han alcanzado lo que se denomina “estadísticamente

significativo”. Esto puede ser llamado el “estándar de oro” de la ciencia médica. Para el segundo riesgo de cáncer de mama relativo al aborto (“interrupción del embarazo”), ha habido 17 estudios que han alcanzado el estatuto de “estadísticamente significativo”. Dieciséis (más del 94%) de los diecisiete estudios encontraron que el aborto procurado incrementa el riesgo de cáncer de mama. ¿Cuánto incremento de riesgo de cáncer de mama habría para una joven (menor de 25 años) sin hijos que ha abortado? Está el riesgo por posponer el primer nacimiento mencionado antes y el segundo riesgo (“interrupción del embarazo”). En 1996, un “metaanálisis” aportó que este segundo riesgo independiente producía un incremento relativo en el riesgo de cáncer de mama del 50% por un aborto procurado antes de dar a luz por primera vez; este 50% no incluye el efecto independiente de posponer el primer nacimiento y los autores así lo afirman (17). El incremento de riesgo total relativo de cáncer de mama para una joven de 20 años embarazada, sin hijos, que ha abortado es:

Tabla 3. Riesgo total de cáncer de mama en mujeres nulíparas desde la edad de 20 años que han abortado

Edad de dar por primavez	Incremento total de riesgo relativo de cáncer de mama
25 años	68,7% (18,7% + 50%)
30 años	91,0% (41,0% + 50%)
35 años	117,3% (67,3% + 50%)

[Los riesgos de cáncer de mama por posponer del 18,7%, 41% y 67,3% son tomados de la estimación de la revista internacional del cáncer de 1983 de un incremento del 3,5% del riesgo de cáncer de mama por cada año de posponer el primer nacimiento (añadido) (18).]

Riesgo de cáncer de mama relativo al aborto para mujeres que completan un embarazo previo

Brind y colaboradores analizaron 23 casos de cáncer de mama en relación con el aborto (19). Los autores establecen claramente que este metaanálisis excluye el efecto independiente de posponer el dar a luz vía el aborto procurado. Los investigadores mostraron un significativo aumento de riesgo relativo de cáncer de mama del 30% de cualquier aborto realizado; debe insistirse que este 30% no incluye el riesgo por posponer el dar a luz previamente. Brind estimó que 4.700 mujeres contraen cáncer de mama en Estados Unidos anualmente por realizarse abortos. En 1973 la decisión de la Corte Suprema de los Estados Unidos (Roe versus Wade) tuvo el efecto, de hecho, de permitir que las mujeres que quisieran se realizaran abortos. Sin embargo, a medida que la generación de mujeres herederas de Roe versus Wade entraban en la menopausia, el número anual de cáncer de mama en los Estados Unidos subía cada vez más. El número de 4.700 claramente deja pequeño el infame estudio de Tuskegee que envolvió a 412 hombres negros con sífilis. A estos 412 hombres no se les dijo que ellos tenían sífilis, ni

se les trató la sífilis con terapia por muchos años. Sin embargo, los médicos que llevaron a cabo el estudio de Tuskegee no hicieron nada que causara ningún caso de sífilis. ¡Para el riesgo de cáncer de mama relativo al aborto, el número de pacientes es mucho mayor, y los médicos que llevaron a cabo la interrupción de embarazos causaron un incremento en el riesgo de cáncer de mama! Hasta hoy día, en septiembre del 2001, ninguna clínica de abortos en los Estados Unidos informa a las mujeres ni del riesgo ya aceptado ni del segundo riesgo independiente de cáncer de mama (“interrupción del embarazo”) validado por el metaanálisis de Brind. Esta omisión de informar de un “riesgo material” por realizar un tratamiento médico sujeto a elección viola el deber legal del médico de informar al paciente. Un médico también tiene el deber legal (en los Estados Unidos y en Canadá) de no llevar a cabo ningún tratamiento que no sea para mayor beneficio del paciente (20). Exponer a un paciente a un procedimiento que incrementa el riesgo de cáncer de mama no puede ser considerado como beneficioso para el paciente (21). El principio hipocrático de “no maleficencia” está siendo violado.

Etiología del riesgo de cáncer de mama por el aborto procurado

El Dr. Charles E. Simone explicó la etiología de la siguiente manera:

Cuando tiene lugar la concepción, los cambios hormonales influyen la mama. Los conductos de la leche crecen rápidamente para formar nuevas redes que produzcan leche. Durante este período de tremendo crecimiento y desarrollo, las células de la mama sufren grandes cambios y son inmaduras o “sin diferenciar”; por lo tanto, son más susceptibles a carcinógenos. Pero cuando un primer embarazo es llevado a su completitud, ocurren cambios hormonales que permanentemente alteran la red de conductos en la mama que reduce en gran medida el riesgo de influencia externa carcinogénica. Cuando se interrumpe el embarazo en el primer trimestre, no hay efectos protectores, y muchas de las células que se dividen rápidamente en la mama, quedan en estado transicional... Es en estos estados transicionales de alta proliferación e indiferenciación que estas células pueden transformarse en cancerosas (22).”

Las células a que se refiere el Dr. Simone, que quedan en “estado transicional” (sin diferenciar), son vulnerables a transformarse en cancerosas. Este es el segundo riesgo independiente de cáncer de mama, “interrupción del embarazo”, al que las mujeres son vulnerables, hayan dado a luz o no. A este riesgo independiente, Brind y colaboradores le atribuyen un riesgo relativo de 1,3 en su metaanálisis (23). Las mujeres nulípara sufren un relativo riesgo adicional de cáncer de mama, que se incrementa en un 3,5% cada año que se pospone el dar a luz (24). El posponer por 10 años lo incrementa en un 41%.

Resumen:

1. La investigadora de cáncer de mama Nancy Krieger escribió: “El llevar el primer embarazo a su completitud a temprana edad consistentemente se ha constituido como el factor protector más fuerte en contra del cáncer de mama”. El posponer el primer nacimiento vía el aborto procurado es el primer factor de riesgo independiente de cáncer de mama y no es debatido.

2. Existe fuerte evidencia de un segundo riesgo independiente: la interrupción del embarazo. Dieciséis de diecisiete estudios significativos mostraron aumento de riesgo de cáncer de mama por realizar abortos previos.

3. Todos los formularios de consentimiento de clínicas de aborto en Estados Unidos y Canadá omiten informar a las mujeres de aceptar el riesgo de cáncer de mama por posponer el primer nacimiento o por la segunda causa muy probable. A un médico se le prohíbe legalmente llevar a cabo tratamientos médicos que él sepa, o debería saber, no son de beneficio para el paciente.

III. El elegir llevar a cabo un aborto ¿provoca riesgo de nacimientos prematuros?

Un nacimiento prematuro ocurre antes de las 37 semanas (259 días) de gestación. Los nacidos prematuramente tienen un riesgo mayor de padecer condiciones graves como asma, ceguera, sordera, bajo coeficiente de inteligencia, problemas respiratorios y parálisis cerebral. Cuanto más prematuro sea el nacimiento, mayor es el riesgo de padecer condiciones graves. Considera diecisiete estudios que muestran que abortos previamente inducidos aumentan significativamente el riesgo de nacimientos prematuros subsiguientes (25).

Se hizo referencia a estos estudios en una carta reciente a la revista *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* como soporte de la conexión que existe entre el aborto y la parálisis cerebral (26). Esta es una enfermedad extremadamente grave, caracterizada por dificultades en el equilibrio, la postura y el movimiento. Los recién nacidos muy prematuramente (menos de 28 semanas de gestación) son generalmente de muy bajo peso (menos de 1.500 gramos); recién nacidos de bajo peso tienen un riesgo mucho más elevado de padecer parálisis cerebral (27). Escobar y colaboradores realizaron un metaanálisis en 1991 que estimó, a partir de estudios a nivel mundial, que recién nacidos de bajo peso tienen un riesgo 38 veces mayor de contraer parálisis cerebral que el recién nacido de la población general (28). Sin embargo, el riesgo de parálisis cerebral para el recién nacido de bajo peso en los Estados Unidos era 50% más alto que en otros países.

Cirugía y riesgo de nacimiento prematuro

Considera un estudio de 1999 que abarcó a más de 61.000 mujeres danesas (29). El riesgo relativo de nacimientos muy prematuros (antes de la semana 34 de gestación) para las mujeres danesas que se han realizado un aborto previo es 1,99. El riesgo relativo de un nacimiento prematuro para mujeres que han realizado dos evacuaciones previas tipo abortivas es de 12,55 (30). El riesgo relativo de nacimiento prematuro para una evacuación previa abortiva es de 2,27. Todos estos resultados son significativos; resulta preocupante que no se incluya el riesgo relativo de 12,55 en el abstract o en el texto principal del artículo, encontrándose sólo en una tabla. Alguno podría reclamar que se trata de un “bias de memoria” (la forma de recolectar datos sobre la realización del aborto debe ser más segura que lo son los controles) lo que explicaría el aparente resultado de un riesgo de nacimientos prematuros relativo al aborto, cuando en realidad el riesgo puede ser pequeño o no existir. Este estudio de 1999 de las mujeres danesas

elimina completamente esta posibilidad al usar un registro de abortos en vez de entrevistas para asegurar la historia abortiva de la mujer.

Confirmación del estudio danés

Un estudio sobre mujeres alemanas de 1998 encontró un incremento significativo en el riesgo de nacimientos muy prematuros (menos de 32 semanas de gestación) para mujeres que han tenido abortos previos (31):

Tabla 4. Riesgo de nacimiento muy prematuro versus número de abortos previos

Número de abortos previos	Incremento de riesgo relativo de nacimientos prematuros (< 32 semanas)
1	150%
2	460%
3	510%

Ya que los nacimientos prematuros son la causa primera de mortalidad infantil, es sorprendente que no haya sido ampliamente hecho público este estudio de 1998 con estos

resultados tan desalentadores. El que la frecuencia de nacimientos prematuros en los Estados Unidos sea de alrededor del 11% debería mover a los oficiales de salud pública a alertar a las mujeres de cualquier procedimiento médico que tenga un riesgo creíble de futuros nacimientos prematuros. Los resultados del estudio alemán de 1998 deberían también mover a los demás países a imponer leyes contra procedimientos médicos que claramente no son de beneficio para el paciente.

Evidencia contraria

¿Hay algún estudio que halla encontrado que el aborto previo reduzca significativamente el riesgo de futuros nacimientos prematuros? En lo que yo conozco, no existe ningún estudio, pero si el lector cree que conoce algún estudio me puede mandar la cita por e-mail. El número total de estudios significativos que he encontrado hasta la fecha de que el aborto previo induce riesgo de nacimientos prematuros o bajo peso al nacer (peso del recién nacido por bajo de 2.500 gramos) es de 33, y esta lista la puedo proporcionar via e-mail. Si uno se limita a considerar estudios significativos de riesgo de nacimientos prematuros por aborto previo, la evidencia está totalmente a favor del lado de incremento de riesgo (33 versus 0). Creo que muy posiblemente mi lista de estudios significativos se expandirá por encima de los 33.

Plausibilidad biológica

La profesora Barbara Luke (University of Michigan) ha identificado un mecanismo que explica cómo el aborto causa riesgo de nacimientos prematuros posteriores. “Los procedimientos para abortar en el primer trimestre consisten en dilatar la cérvix ligeramente y succionar el contenido del útero... Los procedimientos para abortar en el segundo semestre son más agresivos, incluyendo la dilatación de la cérvix ensanchándola por un mayor tiempo y rascando el interior del útero. Las mujeres que han tenido varios abortos en el segundo semestre pueden tener una mayor incidencia de cérvix incompetente, una dilatación prematura espontánea de la cérvix, ya que ha sido artificialmente dilatada varias veces antes del presente embarazo (32).” El libro de Luke de 1995 que recoge los factores de riesgo de nacimientos prematuros es un clásico en este campo, con una introducción del gigante en la materia, el Dr. Emile Papiernik (Francia). Luke afirma que una cérvix incompetente multiplica el riesgo de nacimiento antes de la semana 32 de gestación en un factor de diez (10).

¿Hay otros mecanismos que podrían explicar el riesgo de nacimientos prematuros por la práctica del aborto?

Nuestras averiguaciones indican que un aborto en el primer embarazo de una mujer no tiene el mismo efecto protector de disminuir el riesgo de infección intraparto en el embarazo subsiguiente como lo hace el dar a luz”, de acuerdo con los investigadores de la Universidad de Washington que publicaron en la revista *Epidemiology* (33). La infección es la causa primera de muerte por el aborto procurado (si se ignora el cáncer de mama y el riesgo de suicidio). Se menciona a menudo a la infección como factor de riesgo de nacimientos prematuros. En 1992 las doctoras Janet Daling y Marijane Krohn reportaron que si el embarazo previo fuese interrumpido por aborto, el riesgo de infección intraamniótica se incrementa en un 140% (34). Confirmando el estudio de Daling está un estudio de 1998 que aportó: “Las mujeres con aborto espontáneo (probabilidad =4,3; 95% intervalo de confianza de 2,9 a 6,4) o aborto procurado (probabilidad = 4,0; 95%, intervalo de confianza de 2,7 a 5,8) tenían un incremento de riesgo de infección intraamniótica (35).” “Entre todos los nacimientos, la frecuencia de infección intraamniótica es 2% al 5%; sin embargo, la frecuencia se incrementa para mujeres que dan a luz prematuramente (5% a 15%), comparado con mujeres que dan a luz al término del embarazo... La infección intraamniótica tiene muy serias consecuencias para recién nacidos que han tenido dificultades en el parto. El recién nacido de un nacimiento prematuro tiene doble riesgo de muerte y más del doble de riesgo de sepsis (36).” En 1998 Judith Lumley escribió acerca del aborto y la infección: “Un posible mecanismo es que la instrumentación cervical pueda facilitar el paso de organismos dentro de la parte superior del útero, incrementando la probabilidad de infección y subsiguiente nacimiento prematuro.” (37).

La infección aumenta el riesgo de parálisis cerebral en recién nacidos prematuramente:

“Los factores que se han asociado a un mayor riesgo de parálisis cerebral, teniendo en cuenta los ajustes por la edad gestacional, fueron chorioamnionitis [infección de las membranas] (probabilidad 4.2 [95% intervalo de confianza 1.4-12.0])...” escribieron los investigadores Murphy y colaboradores en 1995 (38). La profesora Barbara Luke considera la infección vaginal como factor de riesgo de nacimientos (39). No es ningún secreto que, la infección sea un riesgo común en la cirugía y, específicamente, en la del aborto.

Consentimiento informado en el tratamiento médico

El omitir informar a pacientes sometidos a serio riesgo por un tratamiento médico es una “negligencia médica”. El pediatra Dr. Elliot Gersh informa a sus lectores que el nacimiento prematuro es un factor de riesgo para parálisis cerebral y también que el factor de riesgo de parálisis cerebral es:

Cérvix incompetente (dilación prematura) que lleva a dar a luz prematuramente (40). Es bien conocido que la cirugía abortiva incrementa el riesgo de que una mujer tenga una cérvix incompetente (41). Así es que todo formulario de consentimiento para cirugía abortiva debería nombrar el riesgo de “cérvix incompetente” y el riesgo asociado de un subsiguiente nacimiento prematuro. Algunos formularios nombran el equivalente de la cervix incompetente (e. G. “laceramiento de cérvix”), pero ningún formulario nombra el riesgo asociado de nacimiento prematuro. Esto entra dentro de la definición de omisión de informar y, por lo tanto, se trata de negligencia médica, en mi opinión.

¿Cuándo fue reconocido el riesgo de nacimiento prematuro por el aborto procurado?

No sería inadecuado afirmar que el Dr. Malcolm Potts es un defensor de la seguridad y el valor del aborto procurado. En 1967 el Dr. Potts escribió acerca de “El Aborto Legal en el Este Europeo” en la revista *Eugenics Review*: “Existe poca duda de que hay una verdadera relación entre la alta incidencia del aborto terapéutico y el nacimiento prematuro.

La interrupción del embarazo en la joven (menos de diecisiete) es más peligrosa que en otros casos (42).” Aquellos que favorecen plenamente el consentimiento informado médico para mujeres en clínicas abortivas pueden usar las palabras del Dr. Malcolm Potts. Los médicos que desean disminuir el ser expuestos a demandas de mala práctica pueden beneficiarse de adherirse a las palabras del Padre de la Medicina, Hipócrates, “Primero, no dañar.” Más aun, “Asegurémonos de que las mujeres de edad reproductiva están plenamente informadas acerca de los riesgos a la salud de tratamientos médicos para ellas y para sus hijos futuros (43).”

IV. ¿Qué tiene un menor riesgo de suicidio, el nacimiento o el aborto procurado?

“Un estudio de 1985 de investigadores de la Universidad de Minnesota de 3.636 estudiantes rurales de secundaria (edad media 16.3) de Minnesota (Estados Unidos) encontró que si una

niña llevaba a cabo un aborto en los últimos 6 meses, ella tenía una probabilidad 10 veces mayor de intentar suicidio que si no hubiera tenido un aborto en ese período (4% de los que intentaron tuvieron aborto vs. 0,4% de los que no lo intentaron). Si una niña tuviera un aborto en cualquier momento anterior, ella tiene la probabilidad seis veces mayor de intentar suicidio que niñas que no han abortado (44).”

“A pesar de los cambios de ánimo y estrés asociados con el embarazo y la cercanía del dar a luz, las mujeres embarazadas tienen un riesgo significativamente menor de suicidio que las mujeres de edad reproductora que no están embarazadas”, escribió Marzuk y colaboradores en la revista *American Journal of Psychiatry* en 1997 (45). “La frecuencia de suicidio, ajustada a la edad, entre mujeres embarazadas fue de 40 (95% intervalo de confianza=0.15-0.87) (46).” Este estudio apoya la hipótesis de los autores de un riesgo menor de suicidio durante el embarazo y, por tanto, el “embarazo puede ser un modelo a explorar de factores protectores contra el suicidio en las mujeres en general.” (47). Un estudio británico (Appleby) reportó que las mujeres embarazadas tienen una probabilidad 1/20 de cometer suicidio, comparado con mujeres no embarazadas en edad reproductora (48).

¿Pero, qué pasa con el riesgo de suicidio en el año después del término del embarazo?

Indudablemente las madres primerizas están sometidas a un gran estrés en los primeros doce meses del cuidado de un recién nacido. Uno podría especular que en este año la frecuencia de suicidio sería alta y que quizás tales mujeres podrían arrepentirse de no haber interrumpido su último embarazo. En 1997 la revista médica escandinava más importante en el campo de la obstetricia y la ginecología publicó los resultados de un estudio de mujeres finesas monitoreadas por 12 meses después de la finalización de su embarazo (49). Las mujeres finesas que dieron a luz tenían la mitad de riesgo de suicidarse que la población general de mujeres no embarazadas de edad reproductora. Las mujeres que interrumpieron su embarazo tenían un riesgo de más de seis veces (6.46) de cometer suicidio que las mujeres que llevaban a fin su embarazo. Aquellos que creen que interrumpir el embarazo disminuye el estrés y la ansiedad, lógicamente esperarían que aquellas que eligieron el aborto deberían tener un menor riesgo de suicidarse que aquellas que dan a luz. Esta creencia es fuertemente contrarrestada por los resultados de las revistas *Scandinavian Obstetrics and Gynecology Medical Journal* y *British Medical Journal* (50). El estudio Appleby también reportó una frecuencia de mortalidad estandarizada de suicidio posnatal de 0.17 (reducción del 83% del riesgo de suicidio) en los doce meses después del fin del embarazo (51).

¿Se ha confirmado el estudio de las mujeres finesas?

Un estudio de 1985 de los Estados Unidos publicó los resultados del análisis de cerca de 16.1 millones de nacimientos en el período 1974-197852. En base a que la principal preocupación era la “mortalidad maternal”, la estadística de 15 suicidios fue denominada “no relacionada (no maternal)”. Las mujeres en este estudio fueron seguidas por 12 meses después del fin del embarazo. Aun si uno cree que los suicidios no son plenamente reportados y por lo tanto, el número de 15 suicidios debería ser doblado para representar el total verdadero de 30 suicidios, esto es todavía un número total

extremadamente bajo para aproximadamente 16 millones de mujeres en un período de más de 21 meses (9 meses de embarazo más doce meses después de dar a luz). Este estudio de 1985 sugiere fuertemente que el riesgo de suicidio es muy bajo en los doce meses después de dar a luz.

¿Hay algún estudio que encuentre que el aborto procurado significativamente disminuye el riesgo?

No conozco de ningún estudio estadísticamente significativo que reporte una reducción del riesgo de suicidio para las mujeres que eligen el aborto procurado.

Conclusión

No hay muchos estudios que examinen el riesgo de suicidio del aborto procurado. Sin embargo, aquellos que lo hacen, encuentran un alto riesgo relativo de intento de suicidio. El embarazo confiere un muy bajo riesgo de suicidio.

V. Resumen: ¿Qué es más saludable para la mujer, dar a luz o tener un aborto?

Un procedimiento propio y legal nunca debe producir daños serios que en gran medida superen los beneficios potenciales. La cirugía del aborto procurado tiene los siguientes riesgos, comparada con el dar a luz a un recién nacido: 50 Gissler, M.; Kauppila, R.; Merilainen, J.; Toukoma, H.; Elina Hemminki, E. Pregnancy associated deaths in Finland 1987-1994 - definition problems and benefits of record linkage. Acta Obstet Gyn Scand 1997;76:651-657. Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. Suicide after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. BMJ 1996;313:1431-1434. 51 Appleby, L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. BMJ 1991;302:137-140 (52). Kaunitz, AM.; Hughes, JM.; Grimes, DA.; Smith, JC.; et al. Causes of Maternal Mortality in the United States. Obstetrics & Gynecology 1985;65: 605-612. 110 Brent Rooney

Tabla 5. Cuatro riesgos del aborto (relativo a dar a luz)

Suicidio:	6,5 (53)
Mortalidad por cáncer de mama:	1,3 [>1.3 si la mujer es nulípara] (54)
Mortalidad a corto plazo (12 meses):	3,5 (55)
Futuro nacimiento prematuro:	2,5 (56)

En los Estados Unidos y Canadá, un médico tiene el deber legal de proteger los intereses del paciente en beneficio de su salud. El riesgo de cáncer de mama (un mínimo de riesgo relativo = 1.3) por sí solo demanda que el aborto procurado nunca sea llevado a cabo como procedimiento de elección. ¿Puede el paciente aceptar tales serios riesgos, como el cáncer de mama firmando un consentimiento que nombra dicho riesgo? “Si un paciente pide un

tratamiento que el médico considera inapropiado y potencialmente dañino, el médico tiene el deber de actuar en beneficio del paciente y dictar que el tratamiento no sea efectuado (57).”

¿Qué resulta falso?

El diccionario define un falso como alguien que pretende tener habilidad y conocimiento que no posee. Si uno pretende que un procedimiento terapéutico por elección reduce el riesgo de mortalidad cuando en realidad lo incrementa dramáticamente, se trata de una falsedad peligrosa. Si además, el procedimiento incrementa el riesgo de suicidio, cáncer de mama y futuros nacimientos prematuros, el peligro de falsación es todavía mayor. Es tiempo de que los médicos e investigadores tengan el coraje de denunciar la elección del aborto procurado como una forma popular pero peligrosa de falsificar poniendo en peligro la salud de millones de mujeres anualmente.

Consentimiento informado médico

Hasta la fecha (septiembre del 2001) ninguna clínica abortiva nombra en sus formularios de consentimiento el incremento de riesgo de un futuro nacimiento prematuro. La cervix incompetente es un bien conocido y aceptado riesgo por cirugía abortiva (58). La cervix incompetente es también un aceptado factor de riesgo para nacimientos prematuros (59).

Barbara Luke asegura que una “cervix incompetente” multiplica el riesgo de un nacimiento prematuro antes de 32 semanas de gestación en un factor de 10. Así es que el riesgo de un nacimiento prematuro debe ser incluido legalmente en todos los formularios de consentimiento de las clínicas abortivas, pero actualmente está ausente en todas ellas. Ya que un consentimiento informado médico apropiado es derecho de los pacientes, un incremento en el riesgo de nacimientos prematuros, cáncer de mama, suicidio y mortalidad a corto plazo (12 meses) debería estar en todos los formularios de consentimiento de las clínicas abortivas, pero no lo está. Hay otros riesgos que se escapan de la magnitud de este artículo, tales como la infertilidad y la esterilidad, que algunos formularios de consentimiento omiten. Los médicos e investigadores éticos, al saber de esta negligencia médica (omitir serios riesgos adversos de los formularios de consentimiento), demandarán que este fallo del consentimiento informado sea reparado.

Hipócrates

“Primero, no dañar,” exhorta el “Padre de la Medicina”, Hipócrates. Por la buena salud de las mujeres, unámonos a este ideal médico en el área de la salud reproductora de las mujeres.

Bibliografía

* Traducido por P. Eduardo Rodríguez Yunta, M. ID., Dr. en Biología Genética y Profesor

de Antropología Médica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

1 Cates, W.; Smith, JC.; Rochat, W.; Grimes, DA. Mortality from Abortion and Childbirth. JAMA 1982; 248:192-196.

2 McGinnis, JM.; Foege, WH. Actual Causes of Death in the United States. JAMA 1993;270:2207- 2212.

3 Gissler, M.; Kauppila, R.; Merilainen, J.; Toukoma, H.; Elina Hemminki, E.; Pregnancy associated deaths in Finland 1987-1994 definition problems and benefits of record linkage. Acta Obstet. Gynecol Scand 1997;76:651-657.

4 *Ibíd.* 5 Kaunitz, AM.; Hughes, JM.; Grimes, DA.; Smith, JC, et al. Causes of Maternal Mortality in the United States. Obstetrics & Gynecology 1985;65:605-612.

6 McGinnis, JM.; Foege WH. Actual Causes of Death in the United States. JAMA 1993;270:2207- 2212.

7 Gissler, M.; Kauppila R.; Merilainen, J.; Toukoma H.; Elina Hemminki, E. Pregnancy associated deaths in Finland 1987-1994 definition problems and benefits of record linkage. Acta Obstet. Gynecol. Scand 1997;76:651-657.

8 Green, A.; Beral, V.; Moser, K.; Mortality in women in relation to their childbearing history. BMJ 1988;297:391-395.

9 Whittemore, AS.; Harris R.; Itnyre J. Characteristics Relating to Ovarian Cancer Risk: Collaborative Analysis of 12 United States Case-Control Studies, America J Epidemiology 1992;136: 1184-1203 98 Brent Rooney

10 Krieger, N. Exposure, susceptibility, and breast cancer risk. Breast Cancer Research and Treatment 1989;13:205-223.

11 MacMahon, B.; Cole, P.; Lin, M.; Mirra, AP, et al. Age at First Birth and Breast Cancer Risk. Bull WHO 1970;43:209-221.

12 *Ibíd.* 13 Trichopoulos, D.; Hsieh Cc.; MacMahon, B.; Lin T, et al. Age at any Birth and Breast Cancer Risk. International J Cancer 1983;31:701-704.

14 *Ibíd.*

15-16 Whittemore, AS.; Harris, R.; Itnyre J. Characteristics Relating to Ovarian Cancer Risk: Collaborative Analysis of 12 United States Case-Control Studies. American J. Epidemiology 1992; 136:1184-1203.

17 Brind, J.; Chicchilli, VM.; Severs, WB, Summy-Long J. Induced abortion as an

independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and meta-analysis. *J Epidemiology & Community Health* 1996;50:481-496.

18 Trichopolous, D.; Hsieh, Cc.; MacMahon, B.; Lin T, et al. Age at any Birth and Breast Cancer Risk. *International J Cancer* 1983;31:701-704.

19 Brind, J.; Chicchilli, VM.; Severs, WB.; Summy-Long J. Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and meta-analysis. *J Epidemiology & Community Health* 1996;50:481-496.

20 Picard, E.; Robertson, G. *Legal Liabilities of Doctors and Hospitals in Canada*. 1996 (pp. 264- 265). Carswell, Scarborough, Ontario, Canada. ISBN 0-459-25412-X (pbk.).

21 *Ibíd.*

22 Simone C. *Breast Health*. Avery Pub. Group, Garden City Park, N.Y. 1995 (p. 147) ISBN 0895296608.

23 Brind, J.; Chicchilli, VM.; Severs, WB.; Summy-Long, J. Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and meta-analysis. *J Epidemiology & Community Health* 1996;50:481-496.

24 Trichopolous, D.; Hsieh Cc.; MacMahon, B.; Lin T, et al. Age at any Birth and Breast Cancer Risk. *International J. Cancer* 1983;31:701-704.

25 Lumley, J. The association between prior spontaneous abortion, prior induced abortion and preterm birth in first singleton births. *Prenat Neonat Med* 1998;3:21-24. Zhou W, Sorenson HT, Olsen H. Induced Abortion and Subsequent Pregnancy Duration. *Obstetrics & Gynecology* 1999;94:948-953. Pickering RM, Forbes J. Risk of preterm delivery and small-for-gestational age infants following abortion: a

population study. *British J Obstetrics and Gynecology* 1985;92:1106-1112. Michielutte R, Ernest JM, Moore ML, Meis PJ, Sharp PC, Wells HB, Buescher PA. A Comparison of Risk Assessment Models for Term and Preterm Low Birthweight. *Preventive Medicine* 1992;21:98-109. Berkowitz GS. An Epidemiologic Study of Preterm Delivery. *American J Epidemiology* 1981;113:81-92. Lieberman E, Ryan KJ, Monson RR, Schoenbaum SC. Risk Factors Accounting For Racial Differences in the rate of premature birth. *NEJM* 1987;317:743-748. Lang JM, Lieberman E, Cohen A. A Comparison of Risk Factors for Preterm Labor and Term Small-for-Gestational-Age Birth. *Epidemiology* 1996;7:369-376. Mueller-Heubach E, Guzick DS. Evaluation of risk scoring in a preterm birth prevention study of indigent patients. *Am J Obstetrics & Gyn* 1989;160:829-837. Shiono PH, Lebanoff MA. Ethnic Differences and Very Preterm Delivery. *Am J Public Health* 1986;76:1317-1321. Pantelakis SN, Papadimitriou GC, Doxiadis SA. Influence of induced and spontaneous abortions on the outcome of subsequent pregnancies. *Amer J Obstet Gynecol.* 1973;116:799-805. Van Der Slikke JW, Treffers PE. Influence of induced abortion on gestational duration in subsequent pregnancies. *BMJ* 1978;1:270-272. Richardson JA, Dixon G. Effect of legal

termination on subsequent pregnancy. *British Med J* 1976;1:1303-1304. Pickering RM, Deeks JJ. Risks of Delivery during 20th to the 36th Week of Gestation. *Intl J Epidemiology* 1991;20:456-466. Koller O, Eikhom SN. Late Sequelae of Induced Abortion in Primigravidae. *Acta Obstet. Gynecol. Scand* 1977; 56:311-317. Papaevangelou G, Vrettos AS, Papadatos D, Alexiou C. The Effect of Spontaneous and Induced Abortion on Prematurity and Birthweight. *The J Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*. May 1973;80:418-422. Bogнар Z, Czeizel A. Mortality and Morbidity Associated with Legal Abortions in Hungary, 1960-1973. *AJPH* 1976;66:568-575. Martius JA, Steck T, Oehler MK, Wulf K-H. Risk factors associated with preterm (<37+0 weeks) and early preterm (<32+0 weeks): univariate and multi-variate analysis of 106 345 singleton births from 1994 statewide perinatal survey of Bavaria. *European J Obstetrics & Gynecology Reproductive Biology* 1998;80:183-189.

26 Rooney, B. Elective Surgery boosts Cerebral Palsy risk *European J Obstetrics & Gynecology and Reproductiv Biology* 2001;96:239-240.

27 Gersh, ES. *Children with Cerebral Palsy: a parent's guide* / edited by Elaine Geralis. 1998; chapter 1, page 14 Bethesda, Maryland: Woodbine House ISBN 0933149824. Ericson A, Kallen B. Very low birthweight boys at 19. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1998;78:F171-F174. Escobar GJ, Littenberg B, Petitti DB. Outcome among surviving very low birthweight infants; a meta-analysis. *Arch Dis Child* 1991;66:204-211.

28 Escobar, GJ, Littenberg B.; Petitti, DB. Outcome among surviving very low birthweight infants; a meta-analysis. *Arch Dis Child* 1991;66:204-211. 104 Brent Rooney

29-30 Zhou, W.; Sorenson, HT.; Olsen H. Induced Abortion and Subsequent Pregnancy Duration. *Obstetrics & Gynecology* 1999;94:948-953.

31 Martius, JA.; Steck, T.; Oehler MK, Wulf, K-H. Risk factors associated with preterm (<37+0 weeks) and early preterm (<32+0 weeks): univariate and multi-variate analysis of 106 345 singleton births from 1994 statewide perinatal survey of Bavaria. *European J Obstetrics & Gynecology Reproductive Biology* 1998;80:183-189.

32 Luke, B. *Every Pregnant Woman's Guide to Preventing Premature Birth*. 1995 (Times Books, New York) ISBN 081292472X. 106 Brent Rooney

33 Muhlemann, K.; Germaín, M.; Krohn M. Does an Abortion Increase the Risk of Intrapartum Infection in the Following Pregnancy? *Epidemiology* 1996;7:194-198.

34 Daling, JR.; Krohn, MA.; Miscarriage or Termination in the Immediately Preceding Pregnancy Increases the Risk of Intraamniotic Infection in the Following Pregnancy. *American J. Epi* 1992;136:1013 [SER Abstracts].

35 Krohn, MA.; Germaín, M.; Muhlemann K.; Hickok, D. Prior pregnancy outcome and the risk of intraamniotic infect in the following pregnancy. *Am J Obstet. Gynecol.* 1998;178:381-385. 36 *Ibíd.*

37 Lumley, J. The association between prior spontaneous abortion, prior induced abortion and preterm birth in first singleton births. *Prenat Neonat Med* 1998;3:21-24. 38 Murphy, DJ.; Sellers, S.; MacKenzie, IZ.; Yudkin, P.; Johnson, AM. Case-Control study of antenatal and intrapartum risk factors for cerebral palsy in very preterm singleton babies. *Lancet* 1995;346:1449- 1454.

39 Luke, B, *Every Pregnant Woman's Guide to Preventing Premature Birth.* 1995 (Times Books, New York) ISBN 081292472X.

40 Gersh, ES. *Children with Cerebral Palsy: a parent's guide / edited by Elaine Geralis.* 1998; chapter 1:page 14 Bethesda, Maryland: Woodbine House ISBN 0933149824.

41 Luke, B. *Every Pregnant Woman's Guide to Preventing Premature Birth.* 1995 (Times Books, New York) ISBN 081292472X.

42 Potts, M. Legal Abortion in Eastern Europe. *Eugenics Review* 1967;59:232-250. 43 Rooney, B. Having an induced abortion increases risk in future pregnancy. *British Medical J.* 2001;322:430.

44 Strahan TW. Newsletter [Assoc. for Interdisciplinary Research in Values and Social Change]. 1990, vol. 3 (Nº 3):10.

45 Marzuk, PM.; Tardiff, K.; León Ac.; Hirsch, CS., et al. Lower Risk of Suicide During Pregnancy. *Am J. Psychiatry* 1997;154:122-123. 46-47 *Ibíd.*

48 Appleby, L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 1991;302:137-140. 49 Gissler, M.; Kauppila, R.; Merilainen, J.; Toukoma, H.; Elina Hemminki, E. Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1994 - definition problems and benefits of record linkage. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1997;76:651-657.

53 Gissler, M.; Kauppila, R.; Merilainen, J.; Toukoma, H.; Elina Hemminki, E. Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1994 - definition problems and benefits of record linkage. *Acta Obstet. Gynecol. Scand* 1997;76:651-657.

54 Brind, J.; Chicchilli, VM.; Severs, WB.; Summy-Long J. Induced abortion as an independent risk factor for breast can

cer: a comprehensive review and meta-analysis. *J. Epidemiology & Community Health* 1996;50:481-496.

55 Gissler, M.; Kauppila, R.; Merilainen, J.; Toukoma, H.; Elina Hemminki, E. Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1994 - definition problems and benefits of record linkage. *Acta Obstet. Gynecol. Scand* 1997;76:651-657.

56 Martius, JA.; Steck, T.; Oehler, MK.; Wulf, K-H. Risk factors associated with preterm (<37+ 0 weeks) and early preterm birth (<32+ 0 weeks): univariate and multivariate study analysis of 106 345 births from 1994 statewide perinatal survey of Bavaria. *Eur J. Obstet. & Gynecol Reproductive Biology* 1998;80:183-189.

57 Picard, E.; Robertson, G.; *Legal Liabilities of Doctors and Hospitals in Canada*. 1996 (pp. 264- 265) ISBN 0-459-25412-X (pbk.) Carswell, Scarborough, Ontario, Canadá. 111 El aborto procurado ¿es saludable para la mujer y para un futuro recién nacido?

58 Luke B, *Every Pregnant Woman's Guide to Preventing Premature Birth*. 1995 (Times Books, New York) ISBN 081292472X. 59 *Ibíd.*