



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

Datos: preguntas y respuestas sobre el aborto químico

¿Qué es un aborto químico?

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 destinado a tratar la enfermedad de un paciente. La primera droga, mifepristona (nombre comercial "Mifeprex", originalmente llamada RU-486), no se desarrolló para curar o tratar una enfermedad, sino para terminar con la vida de un niño. Por lo tanto, el nombre más preciso es "aborto químico".

El misoprostol (nombre comercial Cytotec) es la segunda droga necesaria para completar un aborto químico. En 1988, Cytotec fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, sigla en inglés) *solo* para la prevención de úlceras gástricas en pacientes con alto riesgo de complicaciones por el uso prolongado de aspirina y otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Cuando el uso *no aprobado* ni autorizado de Cytotec para realizar abortos e inducir el trabajo de parto dio lugar a numerosos informes de complicaciones graves, incluyendo ruptura uterina, muerte del feto e incluso de la madre, tanto su fabricante como la FDA advirtieron explícitamente sobre los peligros de administrar Cytotec a mujeres embarazadas.ⁱ

¿Cómo funciona un aborto químico?

La mifepristona puede causar la muerte de un embrión o feto al bloquear la progesterona, una hormona esencial para mantener el embarazo. Esto produce la ruptura de la pared uterina y corta el suministro de oxígeno y nutrientes al niño. La mifepristona sola mata el 75% o más de los embriones, pero estos embriones sin vida no pueden ser expulsados. Esto puede provocar infección, septicemia y, potencialmente, la muerte de la madre. Por esta razón, la segunda píldora, el misoprostol, se toma de 24 a 48 horas después para completar el aborto al inducir contracciones uterinas lo suficientemente fuertes como para expulsar el embrión y la placenta.

En 2018, los doctores George Delgado y Mary Davenport fueron los primeros en implementar el protocolo de reversión del aborto, administrando dosis altas de progesterona en las primeras 72 horas después de haber tomado mifepristona y antes de tomar misoprostol. Los estudios han demostrado una tasa de éxito del 66% al usar este protocolo para salvar la vida de los bebés.ⁱⁱ

¿Qué protocolos de seguridad ordenó la FDA para proteger la salud de las mujeres?

A pesar de los riesgos conocidos de la mifepristona y del misoprostol, en septiembre de 2000 la FDA aprobó inexplicablemente su uso como método de abortoⁱⁱⁱ bajo "requisitos de distribución limitada", lo que significa que Danco Labs, que posee los derechos de fabricar, comercializar y distribuir Mifeprex, se adheriría a estrictos protocolos de uso e informaría a la FDA de todos los efectos adversos graves y muertes.

Entre las "*salvaguardias para proteger a las mujeres*" se encontraban las siguientes:^{iv} solo médicos capacitados podían recetar las drogas; se requerían tres visitas, en persona, al consultorio para que los médicos pudieran determinar una edad gestacional menor a 49 días UPM (calculada como los días

transcurridos desde el primer día del último período menstrual) y además descartar un embarazo ectópico. Fundamentalmente, *no estaban obligados* a realizar una ecografía transvaginal. Se consideraba necesaria una visita final, 14 días después, para confirmar que el aborto se había completado. Si no se había completado, se podía administrar una segunda dosis de misoprostol para expulsar el embrión sin vida y el tejido placentario y evitar infecciones graves, septicemia y muerte de la madre (si no era demasiado tarde). En 2011, la FDA incorporó las salvaguardias originales en una Estrategia de Evaluación y Mitigación de Riesgos^v (REMS, sigla en inglés).

Sin embargo, las salvaguardias relacionadas con Mifeprex/mifepristona en la REMS se debilitaron severamente en 2016, cuando la FDA permitió que personas que no eran médicos distribuyeran las drogas, eliminó la segunda y tercera visitas al consultorio, cambió las dosis de las drogas y eliminó el requisito de que los proveedores informen "cualquier hospitalización, transfusión u otro efecto grave a Danco Laboratories".^{vi} Solo se le debían informar las muertes.

En 2020, los defensores del aborto aprovecharon la pandemia de COVID-19 para demandar^{vii} por el derecho a distribuir drogas para abortar sin siquiera la visita inicial al consultorio con un proveedor capacitado. Un juez federal aceptó inicialmente, pero la Corte Suprema de EE. UU. dictaminó, el 12 de enero de 2021, que la FDA, con apelación pendiente, podía hacer cumplir la REMS desarrollada para proteger a las mujeres que se someten a un aborto químico.^{viii} Pero la FDA cedió ante la presión del lobby pro-aborto y se negó a hacer cumplir la REMS, dando lugar a abortos en casa mediante telemedicina y correo.

¿Por qué el lobby pro-aborto está presionando tanto para eliminar la REMS y fomentar el pedido por correo para abortar en casa?

La industria del aborto está en problemas. El número anual de abortos en los EE. UU. ha disminuido de manera constante de un máximo de más de 1.6 millones en 1990 a menos de 863,000 en 2017.^{ix} La tasa de abortos en 2017 fue de 13.5 por cada 1000 mujeres, la más baja jamás registrada.^x Menos proveedores en muchas partes del país, menores tasas de embarazo (especialmente entre las adolescentes), provisión de ecografías en los centros de atención a embarazadas, nuevos esfuerzos estatales para restringir el aborto y proteger a las mujeres embarazadas, todo esto puede significar ingresos más bajos para la industria y contribuir a sus iniciativas para promover abortos riesgosos en casa. La FDA ha manifestado recientemente su voluntad de prescindir por completo de la REMS para los abortos químicos. Si lo hacen, nunca sabremos el alcance total del daño a las mujeres a quienes se supone que la FDA protege.

Diciembre de 2021

ⁱ Etiqueta Cytotec aprobada por la FDA a partir de 2018, https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2018/019268s0511bl.pdf y FDA, [Questions and Answers on Mifeprex | FDA](#), consultado el 8 de noviembre de 2021.

ⁱⁱ Instituto Charlotte Lozier, "Abortion Pill Reversal: A Record of Safety and Efficacy", 24 de septiembre de 2021. <https://lozierinstitute.org/abortion-pill-reversal-a-record-of-safety-and-efficacy>. Consultado el 8 de noviembre de 2021.

ⁱⁱⁱ Centro de Evaluación e Investigación de Medicamentos. Carta de aprobación para Mifeprex NDA 20-687. 18 de febrero de 2000. Administración de Alimentos y Medicamentos, pág. 5. Consultado el 8 de noviembre de 2021. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/appletter/2000/20687approvable00.pdf.

^{iv} Kathi A. Aultman et al., "Deaths and Severe Adverse Events after the use of Mifepristone as an Abortifacient from September 2000 to February 2019", *Issues in Law & Medicine* 36: 1 (2021), pág. 6.

^v NDA 20-687 MIFEPREX (mifepristone) pastillas, 200 mg: Estrategia de Evaluación y Mitigación de Riesgos (REMS). Administración de Alimentos y Medicamentos. 2011. 1-11. Número de referencia: 2957855. Publicado el 8 de junio de 2011. Consultado el 8 de noviembre de 2021. [Mifeprex REMS \(fda.gov\)](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2011/020687Orig1s020RemsR.pdf).

^{vi} Aultman et al., págs. 6-7, citando a NDA 20-687 MIFEPRIX (mifepristone) Tablets, 200 mg: Evaluación de riesgos y estrategia de mitigación (REMS). Administración de Alimentos y Medicamentos. 2016. pág. 6. Número de referencia: 3909592. Publicado el 29 de marzo de 2016. Consultado el 8 de noviembre de 2021. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2016/020687Orig1s020RemsR.pdf.

^{vii} <https://www.courthousenews.com/wp-content/uploads/2020/07/093111166803.pdf>.

^{viii} *Food and Drug Administration, et al. v. American College of Obstetricians and Gynecologists, et al.* SCOTUS. 20a34_3f14. https://www.supremecourt.gov/opinions/20pdf/20a34_3f14.pdf. Consultado el 8 de noviembre de 2021.

^{ix} https://en.wikipedia.org/wiki/Abortion_statistics_in_the_United_States#/media/File:U.S._abortions_and_abortion_ratios,_1973-2017,_Guttmacher_Institute.png. Consultado el 8 de noviembre de 2021.

^x <https://www.guttmacher.org/report/abortion-incidence-service-availability-us-2017>.