



La introducción del RU-486, ¿realmente una amenaza?

E. López de la Osa González*

LA reciente aprobación por el Congreso de los Diputados de una Proposición no de Ley referente a la comercialización de la fórmula RU-486 (Mifepristone) está produciendo un río de tinta derivado del impacto de la noticia desde los diferentes puntos de vista científico, médico, social, ético, religioso, etc., en una sociedad especialmente receptiva y sensibilizada ante la cuestión del aborto.

Situación actual

ES cierto que la despenalización del aborto, en los tres supuestos definidos por la modificación del Código Penal en 1985, abrió una amplia puerta a la realización de abortos de forma más o menos controlada. La explicación a esta falta de control está en que, así como

* Profesor Titular de Ginecología. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

el supuesto de gestación derivada de una violación requiere una serie de elementos comprobantes de su existencia, que incluyen desde la denuncia de la agresión ante la policía hasta la comprobación médico-legal de la violación y la gestación consiguiente, las verificaciones necesarias en los otros dos supuestos no son tan estrictas, ni están tan bien definidas. En el supuesto referido a la existencia de malformaciones fetales, basta con que exista *sospecha* de las mismas, no exigiéndose mayor grado de concreción ni comprobación, máxime teniendo en cuenta que este supuesto alarga el período de intervención en la interrupción del embarazo hasta la semana 22.^a

Este grado de ambigüedad es máximo en el supuesto que se refiere al embarazo como un peligro para la salud de la madre. Cualquier circunstancia derivada del efecto de la gestación normal sobre el organismo materno, aun cuando éste esté sano, es susceptible de ser interpretada como *sobrecarga patológica* sobre la que puede argumentarse y justificarse la interrupción del embarazo. Más grave todavía es la amplia abstracción en que se convierte la salud mental de la madre como campo en el que se desarrollan todo tipo de alteraciones patológicas como consecuencia del inicio de una gestación tenida por no deseada.

Es cierto que, en términos generales, la aplicación de la norma se ha venido haciendo con una gran laxitud en cuanto a la comprobación de los requisitos exigibles, sin que los poderes públicos hayan mostrado demasiado interés por la cuestión.

Es igualmente cierto que la interrupción del embarazo debe hacerse en un entorno clínico que ofrezca a la gestante todas las garantías técnicas correspondientes, que se reúnen fundamentalmente en centros hospitalarios equipados para la atención ginecológica. Es precisamente en este tipo de centros donde, por lo general, el sentimiento antiabortista está más arraigado, siendo extraordinariamente frecuente la invocación de cláusulas de conciencia por parte de los médicos implicados. Ésta ha sido la razón del auge y desarrollo de las clínicas dedicadas exclusivamente a la realización de abortos.

Las técnicas empleadas para la realización de estos abortos son diversas y se adaptan principalmente a la edad gestacional en que se va a actuar, así como a otras circunstancias particulares de cada caso. Dado que la gran mayoría de las intervenciones se llevan a cabo en el primer trimestre del embarazo, el procedimiento más comúnmente utilizado es el legrado-aspiración uterino, que permite la evacuación del contenido uterino con una mínima dilatación cervical, bien que mediante anestesia general. En caso de edad

gestacional más avanzada, los procedimientos aplicados son progresivamente más complejos.

La nueva fórmula

UNA de las cuestiones que se presentan más sensibles a nivel social, en relación con la autorización del uso del Mifepristone es la presumible posibilidad de que su utilización por la propia gestante pudiera dar lugar a la iniciación del proceso abortivo en la intimidad de su domicilio, sin intervención de control, verificación ni participación de autoridad legal o sanitaria algunas. Esta fórmula aumentaría, si cabe, la falta de rigor y exigencia de cumplimiento de la normativa en vigor.

Cabe añadir ante este razonamiento que un número importante de abortos se consumirían sin intervención sanitaria alguna. Y aquellos casos que pasan por ser los fallos asumibles del RU-486 funcionarían como iniciadores de un procedimiento que sería completado con la técnica tradicional una vez que la paciente con un cuadro de aborto en curso fuera atendida en el Servicio de Urgencia del hospital al que pudiera acudir en solicitud de atención médica.

En realidad todos los temores derivados de la posible utilización personal y directa de este medicamento, así como sus efectos secundarios no controlados, estarían muy fundados si las previsiones respecto a su uso previeran su dispensación al público en general en oficinas de farmacia. Pero parece que el principio activo va a ser autorizado únicamente para uso hospitalario, lo que establece su dispensación exclusivamente dentro de centros clínicos autorizados, sujetos a control y a su vez responsables de las actuaciones necesarias derivadas de los efectos inicialmente producidos por la medicación en cuestión. Lo cual no parece que vaya a incrementar por sí mismo las indicaciones de interrupción de embarazo, ni a hacer aún más laxa la ya relajada situación actual.

Existe un aspecto más que merece ser comentado. El RU-486 ha sido identificado, desde su aparición en la escena terapéutica, como agente anti-progestativo, con la imagen de medicamento para la interrupción precoz del embarazo. Dicho de otra forma y utilizando una terminología simple y gráfica, como una «píldora del día siguiente».

No obstante, su mecanismo de acción se extiende más allá de lo que estrictamente puede considerarse una «píldora del día siguiente», dado que

su potente efecto antiprogestativo no sólo permite la acción anti-implantatoria, sino también la modificación de la situación hormonal propia de las primeras semanas de desarrollo embrionario, permitiendo el desprendimiento del embrión precoz al replicar la situación que se produce en un ambiente espontáneo, incluido el cuadro hemorrágico acompañante, que habitualmente requiere tratamiento ginecológico específico. Esta última posibilidad naturalmente impide la pretensión de la inducción del aborto por la propia mujer en la intimidad y sin la asistencia médica necesaria.

En este sentido sorprende la escasa atención prestada a otros preparados hormonales que actúan evitando la implantación embrionaria, es decir, desarrollando un mecanismo de acción que se denomina «intercepción». Recordemos que por intercepción se entiende toda acción que evite el normal proceso de implantación ovular. Este fin puede alcanzarse actuando sobre el endometrio de manera que se alteren las condiciones que éste debe reunir en el momento de la anidación, con lo cual ya no resulta receptivo a la llegada del blastocito.

Este tipo de modificación endometrial se puede inducir con un tratamiento hormonal que puede ser anti-progesterativo (Mifepristone) o esteroideo (estro-progesterativo). Así sucede con preparados tan accesibles comercialmente como la mayoría de los anovulatorios orales, cuyo mecanismo de acción habitual consiste en mantener el ovario en un estado de reposo constante, evitando con ello la evolución; no obstante, si se administran en altas dosis durante un corto período de tiempo van a ejercer un potente efecto sobre el endometrio evitando la anidación del embrión.

En conclusión, no parece que la incorporación de la Mifepristona al arsenal terapéutico de ámbito hospitalario vaya a representar una modificación sustancial de la escena en que actualmente se desarrolla la muy tolerante legislación española en materia de aborto. Los esfuerzos para su mejor control han de orientarse en demarcar de forma más rigurosa la aplicación de la normativa que define las condiciones en que quedan despenalizados los tres supuestos que la ley recoge, en ser más rigurosos con las derivadas penales de la incorrecta aplicación de la norma, y, eventualmente, en un seguimiento más ajustado de la casuística en que se indique la aplicación de este fármaco, con particular interés en el seguimiento de sus efectos secundarios. La normativa existente no es mala en el contexto de una sociedad plural y secular; basta con aplicarla.