

"La píldora del día siguiente"

Miguel Ángel Monge

Caso de moral

Cayo trabaja como médico generalista en un hospital público. Entre sus obligaciones está la de atender el servicio de urgencias. En algunas ocasiones se le han presentado casos de la llamada "anticoncepción de emergencia": personas que, después de haber tenido relaciones sexuales que pretendían hacer infecundas, solicitaban la llamada "píldora del día siguiente", para asegurarse. Es sabido que ese producto, si ya ha habido fecundación, provoca un aborto precoz.

Al principio, cuando se presentaban esas situaciones, Cayo respondía que no era su especialidad y que se dirigieran a un ginecólogo. En una ocasión, una solicitante interpuso una reclamación ante la dirección del hospital por esta actitud evasiva de Cayo. La dirección del hospital indicó que todos los médicos habían de evitar conflictos con los pacientes por este tipo de asuntos.

Cayo, que tiene cuatro hijos pequeños, ha adquirido una estabilidad laboral (contrato indefinido) que le proporciona un sueldo digno para vivir desahogadamente. Con fundamento teme que, si vuelven a repetirse las reclamaciones como la señalada más arriba, la dirección del hospital rescinda el contrato. Sus compañeros de trabajo saben que no quiere atender estos casos y casi siempre que pueden los atienden ellos antes de que lleguen a Cayo. Incluso alguna vez el mismo Cayo se los había pasado.

Cayo pide consejo a Don Roberto. Después de algunas conversaciones concluye que:

1. No debe recetar la "píldora del día siguiente", pues se trata de un método de aborto temprano, ni debe pasar estos casos a otro médico, porque sería inducir a una acción mala y aprovecharse de ello. Si se le presentara un nuevo caso, debería tratar de persuadir en sentido contrario, ayudando a valorar lo que supone el efecto abortivo, e informando también sobre las posibles consecuencias de esa píldora para la salud de la mujer;

2. Su actitud no tiene que ser sólo defensiva ni puede quedarse pasivo mientras no se presenten nuevos casos. Debe procurar influir positivamente en sus colegas y en la legislación del país, que obliga a los médicos a recetar ese producto (algunos políticos han dicho incluso que es un derecho de la mujer ante el que no cabe la objeción de conciencia). Respecto a este último punto sabe que algunas asociaciones civiles ha interpuesto un recurso de inconstitucionalidad contra esta ley: piensa pedirles asesoramiento y buscar modos de cooperar con ellas.

Se pregunta:

1. Explicar la valoración moral del uso de la "píldora del día siguiente" y señalar también los posibles efectos negativos para la salud de la mujer.

2. Informar sobre la legislación del país a este respecto: si está permitida la distribución de esta píldora, si se admite la objeción de conciencia, etc.

3. *Quid ad casum*: ¿qué se puede aconsejar a un médico que se encuentra en esa situación?

1. Explicar la valoración moral del uso de la píldora del día siguiente y señalar también los posibles efectos negativos para la salud de la mujer.

A) La "píldora del día después" (PDD) o "píldora del día siguiente" (expresión más correcta en nuestro idioma) es un preparado hormonal que, tomado dentro y no rebasando las 72 horas después de una relación sexual presumiblemente fecundante, activa un mecanismo prevalentemente de tipo "antinidatorio"; es decir, impide que el eventual ovulo fecundado (que es un embrión humano), ya llegado en su desarrollo al estadio de blastocisto (5°-6° día después de la fecundación), se implante en la pared uterina, mediante un mecanismo de alteración de la pared misma. El resultado final será, por lo tanto, la expulsión y la pérdida de este embrión [1].

Sólo en el caso de que la asunción de tal píldora precediera en algunos días a la ovulación, podría a veces actuar con un mecanismo de bloqueo de esta última (en ese caso, se trataría de una acción típicamente anticonceptiva) [2].

No sabemos con qué frecuencia, ni en qué casos concretos, después de una relación coital no protegida, se produce la fecundación. Ignoramos, por ello, en cuantas ocasiones, tras ingerir la PDD, se impide la anidación de un blastocisto. Es esa una cuestión vidriosa para los promotores de la PDD. Ninguno de ellos pretende aclararla definitivamente.

Para complicar la cuestión, no faltan autores (incluso algunos médicos y moralistas católicos) que ponen el comienzo de la vida humana no en la fecundación sino en la implantación; de ese modo quieren restar importancia a las intervenciones realizadas entre la fecundación (el comienzo verdadero de la vida humana) y la implantación, que es cuando suelen actuar la PDD, el DIU, etc. [3].

Efectivamente, algunos se resisten a hablar de aborto en estos casos (se trata de un microaborto) pero conviene llamarlo así, porque hemos de tener respeto por las palabras. Hasta hace cosa de treinta años, se

llamaba aborto a dar muerte a un ser humano ya concebido y no viable. No había entonces otra palabra. Después, algunos empezaron a llamar aborto a la destrucción del nascituro después de implantado, e intercepción embrionaria a su eliminación antes de que anidara. La nueva nomenclatura no se creó por imperativo científico: la encargaron los burócratas de la OMS y algunos ginecólogos para aligerar la responsabilidad derivada de destruir seres humanos merecedores de respeto y protección. Determinaron por decreto que la concepción, no sinónima ya de fecundación, es la implantación del blastocisto; que la gestación debe ser definida, en adelante, como el estado de la mujer que se extiende de la implantación hasta el parto (o el aborto). Concluyeron que, de acuerdo con el nuevo modo de hablar, son agentes abortifacientes sólo los que actúan después de terminada la implantación, pues sólo entonces es posible interrumpir la gestación tal como ellos la definen.

Pero este cambio de las palabras y sus significados no ha sido aceptado por todos ni mucho menos. Para empezar, tendría que haber sido admitido por los libros de embriología humana, los diccionarios generales o los léxicos médicos. Pero ningún libro de embriología humana lo ha aceptado. Los diccionarios, médicos o no, siguen aferrados a las viejas definiciones. Persisten en decir que concepción es fecundación, la reunión del óvulo y el espermatozoide; que embarazo o gravidez es el estado de la mujer durante el tiempo que transcurre entre la fecundación y el parto. Un diccionario médico, el autoritativo Dorland's, que aceptó la definición nueva de concepción, se olvidó de prevenir la cascada de pifias que el cambio provoca. En él leemos: "*Concepción*: comienzo del embarazo, marcado por la implantación del blastocisto en el endometrio". Pero, paradójicamente, dice: "*Embarazo*: la condición de tener en el cuerpo un embrión o feto en desarrollo, después de la unión de un oocito y un espermatozoide".

B) Efectos adversos. Aunque la PDD se quiere presentar como un fármaco inocuo, no se sabe cuáles serán, a largo plazo, los efectos de ingerir dosis tan altas de esa sustancia. A corto plazo suele producir náuseas (50% de casos), vómitos (20%) y menstruaciones irregulares [4]. Menos frecuentes son: dolores de cabeza, sensibilidad en las mamas, dismenorrea, menorragia, mareos y retención de líquidos. Como complicación se ha señalado la aparición de un embarazo ectópico en un 10% de los casos en los que se produce el fracaso del método.

Es preciso visitar al médico si después de la ingestión de la PDD aparece alguno de los siguientes síntomas: dolor intenso en una pierna, dolor abdominal intenso, dolor de mama, tos o dificultades para respirar, dolores de cabeza, mareos, debilidad, adormecimiento, vista borrosa, pérdida de visión o problemas para hablar, ictericia, etc. También es necesario vigilar la posibilidad de un embarazo, ya que estos preparados no evitan un embarazo extrauterino en trompas o en abdomen.

Todo esto indica que, aparte de su efecto sobre un nuevo ser, no son preparados inocuos que se puedan utilizar sin ningún control e independientemente de la edad o de la salud de la usuaria. Más aun cuando el uso racional del medicamento es uno de los fines de Ministerio de Sanidad de todos los países desarrollados.

2. Informar sobre la legislación del país a este respecto: si está permitida la distribución de esta píldora, etc.

En España, la PDD fue aprobada para su comercialización por la Dirección General de Farmacia y Productos sanitarios como un medicamento que necesita receta médica para su dispensación. No se trata de una medida caprichosa o arbitraria, sino que es consecuencia de la obligación de los poderes públicos de velar por la salud. Cualquier fármaco que conlleva riesgo, necesita receta médica para poder hacer un seguimiento médico y, si es necesario, controlar sus efectos y posibles reacciones adversas.

Sin embargo, no se cumple la normativa. Actualmente, la PDD se reparte gratuitamente en algunas comunidades autónomas (Andalucía, Baleares, Cataluña, Madrid...) y la Ministra de Sanidad ha anunciado (octubre 2004) que se está estudiando su gratuidad para toda España. También se contempla la posibilidad de venderla sin receta en las oficinas de Farmacia.

En Inglaterra se ha demostrado que la PPD es ineficaz para los objetivos perseguidos (reducir el número de embarazos no deseados), ya que se ha comprobado que, con su uso:

a) se asumen más riesgos en las relaciones sexuales (y por lo tanto no se reducen los embarazos); la experiencia es que se acaban trivializando aún más las relaciones sexuales y, cuando fallan los métodos anticonceptivos ordinarios (preservativo, píldora, etc) queda el recurso de la PDD.

b) aumentan las enfermedades de transmisión sexual

Objeción de conciencia. Por tratarse de una sustancia que tiene, en la mayor parte de los casos, un efecto abortivo, tanto el médico como el farmacéutico pueden -y deben- acogerse a la objeción de conciencia. Para los farmacéuticos, el Código de Ética Farmacéutica y Deontológica, artº 33, establece esa posibilidad: deben informar al Colegio de Farmacéuticos de su condición de objetores de conciencia y así recibir asesoramiento y ayuda. Lo mismo contempla el Código de Deontología Médica.

Los Obispos españoles han exhortado a los profesionales de la salud y de la farmacia a ejercer su derecho de objeción de conciencia, "que testimonie con fuerza el valor inalienable de la vida humana, defendiendo la más débil e indefensa, como es el caso del embrión humano, víctima inocente de una cultura incapaz de sostener adecuadamente la dignidad de la persona y de la vida humana" [5].

3 Quid ad casum ¿Qué se puede aconsejar a un médico que se encuentra en esa situación?

Los consejos de D. Roberto a Cayo son adecuados, aunque habría que tener en cuenta:

a) No se puede asegurar siempre el efecto abortivo de la PDD, aunque en la mujer que la pide esté presente esa intención y probablemente lo sea en la mayoría de los casos. Pero es importante tener clara esta

precisión de cara a la conversación con otras personas.

b) No parece que Cayo se "aproveche" de sus colegas cuando otro médico se hace cargo de algún caso que le llega a él. Ellos conocen la postura de Cayo y es de suponer que éste les ha explicado el por qué de su rechazo a la PDD.

c) Cayo debe procurar insistir en su actitud, continuar hablando con sus colegas y con las mujeres que acuden a la consulta, acogerse a la objeción de conciencia pidiendo el asesoramiento debido, etc.

d) Solo en el caso de sus gestiones resulten ineficaces, tendría que plantearse cambiar de trabajo.

Notas

[1] En España lo comercializan las compañías farmacéuticas Shering (POSTIMOR) Y Chiesi (NORLEVO); el producto tiene una concentración de progesterona diez veces superior al de los anticonceptivos comunes

[2] Cfr. Academia Pontificia para la Vida, Comunicado 31-X-2000.

[3] En un editorial de *New England Journal of Medicine* se mantiene que la anticoncepción de emergencia se utiliza en el intervalo entre la relación sexual y la implantación, afirmando a continuación que, por este motivo, podría no ser considerada como método abortivo. Cfr. Stubblefield, P., *Sel-administered emergency contraception - A second chance*, N Engl J Med 1999; 339: 41.

[4] En un trabajo realizado sobre 3.015 mujeres se presentó náusea en el 54%, vómitos y modificaciones en el ritmo del ciclo en el 24%,

sensibilidad en las mamas en el 23% y menorragia en el 11% (Cfr. Haspels AA. *Interception. Post-coital estrogens in 3.016 women*, *Contraception* 1976; 14(4): 375-81.

[5] CEE, Subcomisión para la Familia y la Defensa de la Vida, Nota sobre la "píldora del día siguiente", 12 septiembre de 2000.

BIBLIOGRAFÍA

– ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Comunicado sobre la llamada «píldora del día después»*, 31-X-2000.

– MIGUEL ÁNGEL MONGE, *Medicina Pastoral*, Eunsa 2002, pp. 295-296.

– JUAN PABLO II, Enc. *Evangelium vitae*, nn. 89 y 95.

– M.L. DI PIETRO, M. CASINI, A. FIORI, R. MINACORI, L. ROMANO, A. BOMPIANI, *Norlevo e obiezione di coscienza*, en "Medicina e morale" 3 (2003) 411-456.

– C. CASINI, *Parere su Norlevo. L'obiezione di coscienza dei farmacisti*, en "Medicina e morale" 5 (2001) 973-983.

– G. BONI, *Il dibattito sull'immissione in commercio della c.d. "pillola del giorno dopo"*, en "Il diritto di Famiglia e delle Persone", 2 (2001) 677-717.

– M.L. DI PIETRO. R. MINACORI, *La contraccezione d'emergenza*, en "Medicina e morale"