

# DIU, aborto, y medicina basada en la evidencia

Por Dr. Eduardo Casanova

Fuente: [Mujer Nueva](#)

El dispositivo intrauterino (DIU), como recurso anticonceptivo comenzó a utilizarse en forma progresiva en la segunda mitad del siglo XX, pero su uso histórico se remonta al siglo V a.C., cuando se les llamaba pesarios, y debido a su carácter abortígeno Hipócrates renunciaba a ellos: “no colocaré a ninguna mujer un pesario destructor del feto” (1).

El término “pesario” dejó de usarse, pero la denominación contemporánea de “dispositivo” no cambió su mecanismo de acción abortiva, aunque interrumpa más tempranamente la gestación. Tampoco consiguió “sortear” la ética hipocrática. La ética y la realidad científica se mantuvieron unidas, por encima de consensos basados en intereses económicos corporativos. La medicina basada en la evidencia, es una aplicación ética contemporánea del conocimiento, que permite evitar los eufemismos que confunden y quitan libertad para decidir sobre fundamentos científicos objetivos. Es a esta evidencia a la que se refiere ACI Prensa, cuando afirma que en EEUU sólo se levantó la prohibición para el DIU, luego de que se legalizase el aborto (2).

Los más acérrimos defensores del DIU como anticonceptivo, reconocen su efecto abortígeno en el 2% de los casos. Cabe preguntarse si es científicamente aceptable un procedimiento médico que al aplicarlo cause la muerte en dos de cada cien casos. Semejante daño real, llevado a cabo para un pseudo-bienestar de terceros, ¿se justificaría por el sólo hecho de que las víctimas son indefensas e incapaces de quejarse?

El problema de esta conducta es doble:

- a) deja de lado la ética que toma la vida humana como valor de referencia,
- b) ignora la medicina basada en la evidencia, porque sustituye el conocimiento científico por una ideología no ética, basada exclusivamente en consensos de opinión, opinión guiada por intereses corporativos.

Desde 1987 se publican enunciados como que “es improbable que la eficacia anticonceptiva de los DIU resulte fundamentalmente o en forma exclusiva, de su capacidad para interferir con la implantación” (3). Luego, la propia evidencia científica llevó a los promotores del DIU a fijar arbitrariamente el inicio de la vida humana, no en la concepción, sino en la

implantación uterina. Era una exigencia para poder afirmar que: “el DIU no es un abortivo” (4), pues actuaba antes del inicio de la gestación. Pero, ¿el inicio del embarazo puede fijarse “por decreto”? Ello sería similar a decir que la vida humana comienza con el ingreso a la escuela o a la universidad, así no sería homicidio el realizado sobre el “pre-escolar”, o el “pre-universitario”.

### ¿El DIU no es abortígeno?

La literatura médica cuenta con abundante evidencia de mujeres embarazadas a quienes debió retirarse el DIU par evitar el aborto. Esta evidencia es la que llevó a que se completase la acción mecánica con una acción bioquímica. Pero también existe abundante evidencia que señala la acción abortiva de estos medios biológicos.

Los primeros DIU, construidos de material plástico se sustituyeron por la llamada T de cobre: el cobre interfería con el zinc a nivel del metabolismo celular, para producir la muerte de la célula.

Aunque los promotores de este modelo plantearon una acción exclusiva del cobre sobre los espermatozoides (epermicida), nunca explicaron porqué no afectaba igualmente a otras células, como a las embrionarias, y a las del endometrio que debe albergar al embrión. Si el embrión sobrevivía a la agresión mecánica, debía enfrentar la acción bioquímica que provocaría su muerte.

La acción del cobre, fue luego sustituida por una hormona agregada al DIU (el levonorgestrel), que impide el desarrollo del endometrio y la implantación del embrión. Esta acción, reconocida en Internet por los propios fabricantes del “Mirena”, difunde el hecho de que la falta de endometrio lleva a una disminución de su descamación, que se traduce en una menstruación que llega a ser un 95% menor a lo normal.

En realidad, el DIU nunca actuó por un mecanismo anticonceptivo “de barrera”, (como algunos pretenden) y como es el caso del preservativo. La acción del DIU, mecánica y bioquímica, siempre fue la de interferir con la anidación del embrión. Su propia ubicación, en el cuerpo del útero, no inhibe la concepción (que se produce en las trompas uterinas), por ello no es “anticoncepción”, anticonceptivo, sino abortivo. Ello explica que en numerosos casos de embarazo “comprobado”, deba retirarse el DIU, para impedir el aborto.

Suponiendo, aún sin evidencia científica, de un efecto exclusivamente espermicida del DIU, como algunos pretenden, no se podría justificar su ventaja respecto a los preservativos: ¿para qué colocar un cuerpo extraño en el útero, con los riesgos reconocidos de perforación uterina, infección,

hemorragias, y adherencias? La relativa ineficiencia del preservativo para evitar el embarazo y el SIDA, no justificarían el uso del DIU, que no previene el SIDA, pero que sí tiene una acción abortígena.

Los intereses corporativos pretendieron soslayar la acción abortiva (no anticonceptiva), afirmando que la gestación no se iniciaba con la concepción, sino con la implantación uterina, pero esto era un enunciado “impuesto por decreto”: en la concepción ya tiene lugar la conformación completa del nuevo individuo, con la totalidad de la carga genética de ADN, que lo singularizará hasta la muerte. Si el DIU no fuese abortivo, ¿por qué el empeño de fijar tan arbitrariamente el inicio del embarazo? Este “argumento de autoridad”, fue denunciado por varios autores (5), como contrario a la evidencia científica de racionalidad.

### La medicina basada en la evidencia (MBE)

Sostener que el DIU no es abortígeno contradice tendencias de profunda raigambre científica, que dan fundamento ético a la aplicación tecnológica: “La MBE es la utilización conciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (6).

Para aplicar estos criterios al DIU, en su “utilización conciente y juiciosa”, no deberían ignorarse los trabajos que demuestran que durante el embarazo con DIU, cae en la sangre materna la dosificación de diferentes sustancias, que elabora el embrión. Estas sustancias caen y desaparecen, porque muere el embrión. Además de la gonadotropina coriónica, más tardía, se destaca la dosificación de la EPF (early prefactor), sustancia inmunosupresora, que es detectada ya desde las 4 horas de la concepción (7). Ello evidencia no sólo la falacia que supone un “embarazo burocrático” (iniciado a los 6 o 7 días de la concepción), sino la evidencia de la producción de un “aborto biológico”. La MBE se refiere sólo a los fenómenos científicos, no a los fenómenos burocráticos.

La utilización del DIU como “anticonceptivo de emergencia”, luego de una posible concepción, es otra evidencia de su acción abortígena. Puesto que el óvulo sólo vive 24 horas, al ser fecundado, el DIU sólo puede actuar eliminando al embrión ya concebido.

El Dr. Yank Colbe, presidente de la Asociación Médica Mundial, se ha referido a la MBE, diciendo que puede ocurrir que “la ciencia y sus aplicaciones, la ética y la humanidad, se quedan en buenas intenciones...” (8). Aplicando estos conceptos para el uso del DIU, cabría dudar de las “buenas intenciones”, ya que se ignoran todas, y no sólo “la mejor evidencia científica disponible”, cuando se recurre al pobre recurso de modificar el inicio de la gestación para descartar la acción abortiva.

Es imprescindible para la excelencia en la práctica médica utilizar la MBE al “tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales”, pero no mejora la calidad de las decisiones, ignorar la existencia del paciente individual. ¿Acaso la inmadurez y menor autonomía del paciente, le otorga menos derechos? ¿No deberían extremarse los cuidados asistenciales en la misma medida en que son mayores los requerimientos?

El peligro de la aplicación de esta ideología no ética, usada para el uso del DIU, tiene proyecciones sociales que no deberían pasar desapercibidas. Si los derechos humanos fuesen función del grado de madurez y autonomía, sería necesario recordar que en la sociedad hay grandes sectores de población, que tienen severas limitaciones en su desarrollo personal por diversos motivos. Incluso quienes gozan de perfecta salud, siempre tienen ciertas limitaciones en su autonomía personal.

Desde 1997 se viene reclamando la exigencia ética de consentimiento informado de las mujeres a las que se coloca DIU. Se les debe poner al tanto, no sólo de las acciones contrarias a la salud de la mujer, sino de las que causan la muerte de sus hijos (9). Sin embargo, estos reclamos parecería que han dejado su lugar a otros más prioritarios: hoy reclamamos la necesidad de respetar la racionalidad, y los argumentos científicos utilizados por la MBE.

.....

(1) Juramento de Hipócrates, Punto 4. <http://escuela.med.puc.cl/pub/HistoriaMedicina/>, P. Universidad Católica de Chile. Apuntes de la Historia de la Medicina.

(2) [www.aciprensa.com/aborto/adiu.htm](http://www.aciprensa.com/aborto/adiu.htm)

(3) World Health Organization, Scientific Group. “Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices”. Technical Report Series Number 753. Geneva: World Health Organization, 1987..

(4) American Collage of Obstetrician and Ginecologists. “The intrauterine device, ACOG Technical Bulletin Number 104”. Washington DC: American Collage of Obstetrician and Ginecologists, May 1987.

(5) MARSHALL, RG, “RATNER, H., “Oral Contraceptives: The medical evidence for abortion”. Part II, A.L.L. About Issues, 1986: Nov-Dec: 8.

(6) [www.alemana.cl/mbe/recursos/htm](http://www.alemana.cl/mbe/recursos/htm).

(7) DI PIETRO, ML., SGRECCIA E., “La contragestazione ovvero l’ aborto nascoto”. Medicina e Morale, 1988; 1: 12-13.

(8) [www.infodoctor.org/rafabravo/netting.htm](http://www.infodoctor.org/rafabravo/netting.htm)

(9) Cf. "Mechanism of action of intrauterine contraceptive devices and its relation to informed consent", American Journal of Obstetrics and Gynecology de Louisville, marzo de 1997, pp. 503-506.