



06 de Abril de 2011

Julián García Rafanell

## Los riesgos de la RU-486, la píldora abortiva

**Con este 'medicamento' expulsamos de manera violenta un embrión con todo el código genético que de manera cierta hubiera dado lugar al alumbramiento de un niño o de una niña, en definitiva, de un ser humano**

Creo conveniente dar una serie de datos y de información sobre esta sustancia que nos pueda ayudar a formarnos un criterio desde el punto de vista médico y de salud de lo que supone su utilización.

La información de tipo técnico que voy a resumir está extraída en gran parte de la Ficha Técnica (FT) de dicha sustancia que es un documento oficial de dominio público que edita el Ministerio de Sanidad y que se puede encontrar en la web de la Agencia Española del Medicamento (<http://www.aemps.es>). También por la información recogida en la edición 2010 de la American Hospital Formulary Service (AHFS) que edita oficialmente la 'American Society of Health-System Pharmacists' (Bethesda, Maryland).

El nombre del principio activo es Mifepristona y se comercializa en España con el nombre comercial de Mifegyne®, comprimidos de 200mg, por "Industria Química y Farmacéutica VIR, S.A." (representante local), aunque el laboratorio titular de la autorización de comercialización es Exelgyn ( Paris, Francia)

### ¿Es un medicamento?

La FT considera esta sustancia como un "medicamento", lo que me sugiere un comentario personal. Todos tenemos asociada la palabra "medicamento" a una sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad (por ejemplo los antibióticos o los antitrombóticos) o para tratar y aliviar los síntomas de una dolencia (por ejemplo los analgésicos y los antiinflamatorios). Es curioso que consideremos como "medicamento" una sustancia que tiene como una de las cuatro indicaciones para las que ha sido aprobada en España, la siguiente:

#### ***"Interrupción médica del embarazo intrauterino en curso"***

Es decir, no para curar, no para aliviar el dolor. Se utiliza para inducir el aborto en la fase embrionaria, es decir cuando el óvulo fecundado ya se ha implantado en el útero. Cuando este "medicamento" se utiliza para esta indicación prefiero nombrarlo como "**píldora abortiva**". Con esta píldora producimos aborto "**médico**", para distinguirlo del aborto "**quirúrgico**" que es el que se produce en fases más avanzadas del embarazo. Pero ambos son "**abortos**". **No curamos, destruimos.**

Esta píldora se puede administrar siempre que se haya confirmado el embarazo ya sea por ecografía o por pruebas biológicas (a las 2 semanas de la fecundación ya podemos tener tests positivos). En la FT se permite administrar la píldora hasta los 63 días de amenorrea (no menstruación) es decir en plena fase embrionaria. Esto significa que puede administrarse para producir el aborto y expulsión de un embrión entre las 2 y 7 semanas de su vida.

### ¿Es suficiente la administración de la píldora abortiva?

Solo si se diera el caso muy poco probable que a los dos días de la toma de la dosis única (600 mg) de mifepristona se produjera ya el aborto completo confirmado por el médico . En la mayoría de los casos, la utilización de esta sustancia obliga de manera secuencial a administrarla con otro fármaco, un análogo de la prostaglandina, conocido como misoprostol (por vía oral) o gemeprost (vía vaginal). La utilización de este segundo fármaco se hace a las 36-48 horas de la administración de la píldora y tiene por objetivo contribuir a la aceleración de la expulsión del embrión una vez su viabilidad ha sido destruida por la acción antiprogéstágena de la píldora. La progesterona es una hormona absolutamente indispensable para la viabilidad del embarazo y la píldora bloquea-antagoniza su acción. Además, la píldora abortiva promueve las contracciones del útero y ablandamiento del cuello uterino y sensibiliza el miometrio y lo prepara para la acción estimulante de las contracciones uterinas del segundo fármaco, el misoprostol

Así pues, el misoprostol (el segundo fármaco) estimula las contracciones uterinas que provocan la expulsión del embrión al cabo de unas 3-4 horas de su administración en el 44-50% de las mujeres y dentro de las 24 horas



Es curioso que consideremos como "medicamento" una sustancia que no está diseñada para curar

siguientes en el 63-72% de las mujeres

La administración de estos análogos de las prostaglandinas debe realizarse en un Centro Médico con las instalaciones adecuadas ya que la paciente debe permanecer en observación durante las 3 horas siguientes a la administración para controlar los posibles efectos agudos (contracciones, hemorragias) que puedan aparecer en este tiempo.

#### **¿El proceso abortivo se lleva a cabo en un Hospital?**

La Agencia Española del Medicamento clasifica esta sustancia como un “medicamento” de prescripción y de “**uso hospitalario**”. Esto no significa que todo el proceso de administración del fármaco, evolución, seguimiento del paciente y desenlace del aborto se lleve a cabo en un hospital. La Sanidad Pública no lo cubre y a nivel privado significaría una estancia hospitalaria de 2-3 semanas con un coste elevado. Lo normal es que la experiencia más traumática para la paciente, hemorragia abundante (mayor que una menstruación normal) que puede durar varios días y expulsión del embrión, que debe confirmarse haya sido completa en una visita médica posterior, tenga lugar en su domicilio.

De manera eufemística se indica que “**este método conlleva una participación activa de la mujer**”; es decir el proceso vital y más traumático lo experimenta la mujer sin el apoyo y ayuda del profesional sanitario.

Tras la **primera visita** médica en el Centro Médico, en la que se dispensa la píldora, la paciente debe efectuar una **segunda visita** a los dos días para la administración del análogo de las prostaglandinas, y una **tercera visita** a los 14-21 días de la toma de la píldora para comprobar la expulsión completa, es decir para comprobar que no haya habido un **fracaso**. En caso de fracaso, obligaría a practicar el aborto por otro método, y el aborto quirúrgico es recomendable.

#### **¿Existen riesgos asociados con este método abortivo?**

Sí. En particular Fracasos y Sangrado vaginal

Fracasos:

Entre un 1,3 y un 7,5% , de fracasos que obligan a completar el proceso abortivo utilizando otros métodos

Sangrado:

Aparición de sangrado vaginal prolongado (promedio 12 días o más tras la toma de la píldora) que puede ser abundante.

Especial atención a pacientes con trastornos hemostáticos (hipocoagulabilidad) o con anemia.

#### **¿Está esta sustancia contraindicada en algunas circunstancias?**

Sí. Nunca debe prescribirse en:

Pacientes con insuficiencia suprarrenal crónica.

Hipersensibilidad a la sustancia activa o a cualquiera de los excipientes.

Asma grave no controlado mediante tratamiento.

Porfiria hereditaria.

Embarazo no confirmado por ecografía o pruebas biológicas.

Embarazo de más de 63 días de amenorrea.

Contraindicación al análogo de la prostaglandina elegida (misoprostol o gemeprost).

Pacientes que han quedado embarazadas a pesar de llevar un dispositivo intrauterino(DIU). Es obligatorio extraerlo antes de administrar la píldora abortiva.

#### **¿Cuáles son las reacciones adversas más relevantes?**

Sangrado abundante en el 5% de los casos que pueden requerir legrado(raspado) hemostático en hasta 1,4% de los casos.

Frecuentes contracciones o espasmos uterinos (del 10 al 45%) en las siguientes horas de la administración de los análogos de las prostaglandinas (misoprostol o gemeprost).

Sospechas de infección o infecciones confirmadas tras el aborto en menos del 5% de las mujeres.

Frecuentes molestias uterinas, leves o moderadas.

Frecuentes náuseas, vómitos y diarrea tras la toma de los análogos de las prostaglandinas.

#### **Reflexión final**

Toda la información técnica que se ha resumido en este escrito probablemente habrá podido contribuir a divulgar aspectos desconocidos de lo que supone la utilización de esta sustancia.

Para aquellas personas cuyas convicciones morales, éticas y religiosas, entre las que me encuentro, el aborto

es un acto intrínsecamente y objetivamente perverso que supone impedir de manera violenta el alumbramiento de una nueva vida humana, esta información puede añadir algún conocimiento adicional sobre el tema pero no va a influir en sus convicciones personales sobre este tema que tienen bien establecidas.

Sin embargo, nos consideraríamos enormemente recompensados si con esta información conseguimos, por lo menos, la reflexión de todas aquellas personas que su sensibilidad moral y ética aun les permita darse cuenta de lo que realmente supone tomar una decisión de esta naturaleza.

La tendencia y propaganda al uso tiende a banalizar y minimizar este tema reduciéndolo a la toma de una simple "pastilla" y ya está. A lo sumo, lo que se está haciendo, no es "matar" a un ser vivo sino producir "una interrupción médica del embarazo intrauterino en curso" lo cual "parece" mucho más banal y "natural" como cualquier otra decisión médica sobre nuestra salud.

**Con la información aportada está claro que el embrión en desarrollo se le impide primero su viabilidad, se le arranca de su implantación en el útero y después rematamos el proceso con otro medicamento que ayuda a expulsar este embrión al inducir contracciones del útero y todo con sangrado abundante. Expulsamos de manera violenta un embrión con todo el código genético que de manera cierta hubiera dado lugar al alumbramiento de un niño o de una niña, en definitiva un ser humano.**

¿Qué condicionantes, razonamientos o situaciones personales pueden llegar a justificar que una mujer en edad fértil tome una decisión de esta naturaleza si se es consciente de lo que esto significa?

¿Cuál es el nivel ético y moral de una sociedad desarrollada que pone el acento más en unos pretendidos derechos de la mujer sobre su cuerpo y en proteger su libertad de decisión personal, que en establecer los mecanismos de ayuda moral y material para favorecer que las mujeres, muchas de ellas muy jóvenes, puedan reconsiderar su decisión y continuar con su embarazo?