



ISSN: 1697-090X

Inicio Home

Índice del volumen

Volume index

Comité Editorial

Editorial Board

Comité Científico

Scientific Committee

Normas para los

autores Instruction to

Authors

Derechos de autor

Copyright

Contacto/Contact:

Letters to the Editor / Cartas al Editor

PRESCRIPCIÓN ANTICONCEPTIVA Y ÉTICA MÉDICA: FUNDAMENTACIÓN A LA LUZ DE LAS ÚLTIMAS APORTACIONES DE GONZALO HERRANZ.

Juan Llor Baños. Medicina Interna. Valladolid. España

Email: juan.llor.b@gmail.com

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2019;1:51-55

Señor Editor:

[Gonzalo Herranz Rodríguez](#) es catedrático de Histología y Anatomía Patológica desde 1970 y Profesor Ordinario de Ética Médica desde 1987. Presidente (1984 a 1995) y Secretario (1995-) de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial de España.

Vicepresidente de la Comisión de Ética del Comité Permanente de los Médicos de la Comunidad Europea (1986-1988). Vicepresidente de la Federación Mundial de Médicos que respetan la Vida humana (1986-1992). Consultor de la Congregación vaticana para la Educación Católica (1989-). Miembro del Consejo Directivo de la Academia Pontificia para la Vida (1994).

Miembro del Comité Internacional de Bioética, de la UNESCO (1996). Recibió el Premio Médico Humanista del Año de España (1995). Experto en diferentes ocasiones (1986, 1987, 1989, 1991) ante el Parlamento Europeo (Bruselas y Estrasburgo), la Comisión de la Comunidad Europea (Programa AIM, 1989, 1990) y ante el Congreso de los Diputados de España (1995).

Miembro del Grupo de Trabajo que redactó los Principios de Ética Médica Europea de la Conferencia Internacional de Ordenes Médicas (1986-1987). Presidente de la Comisión de redacción del Código de Ética y Deontología Médica de España.

Ha publicado 65 artículos sobre diferentes áreas de la Patología y otros 55 sobre cuestiones de Bioética y Deontología Médica. Ha sido invitado a pronunciar conferencias en Universidades de Europa, América y Asia. Ha participado en más de 30 en Congresos o Simposios sobre Ética Médica en todos los continentes.

Recientemente, ha publicado la "Leyendo entre líneas. Una historia crítica de la

contracepción”¹ donde explica la trayectoria de la elaboración del concepto ficticio de "preembrión".

En embriología humana se utiliza el término “embrión” para designar al ser en desarrollo que abarca desde la fecundación hasta el final del tercer mes. Inicialmente, antes de la fecundación hemos de contar únicamente con los gametos de ambos sexos, espermatozoides y óvulos. Si los gametos logran la unión, se inicia la constitución del embrión. En términos clásicos, según el tiempo que vaya transcurriendo, el embrión se le designa, primero como cigoto, luego como mórula, y posteriormente como blastocisto.

El embrión, como tal, tiene determinada definitivamente su existencia y su futura historia desde que se finaliza el proceso de la fecundación. Al unirse las dos células haploides (óvulo y espermatozoide) dan lugar a una célula diplode (cigoto), que tendrá la misma conformación de carga genética que las restantes células de su posterior organismo adulto^{1,2}.

La fecundación es un proceso que se inicia, se continúa, y se termina. Dura alrededor de un día, durante el cual los gametos se fusionan y originan el cigoto. En la fecundación durante un breve tiempo de horas, se asiste a la desaparición de los gametos para dar lugar a una realidad celular nueva y notablemente diferente. Una vez terminada la fecundación, carece de sentido seguir hablando de estructuras celulares o moleculares maternas o paternas. En las primeras divisiones celulares del cigoto los orgánulos son y actúan al dictado de nuevo organismo celular embrionario. Después de la fecundación, el endometrio crece y aumenta su secreción, haciéndose de esta manera apto para el desarrollo del cigoto. El lugar donde la fecundación se produce es en el tercio externo de la trompa de Falopio, y desde allí el cigoto emigrará a la cavidad uterina en el transcurso de unos tres o cuatro días. La emigración del cigoto desde la trompa hacia el útero está facilitado por los movimientos de las pestañas vibrátiles de la mucosa de la trompa, los movimientos peristálticos de la trompa, y el flujo del líquido peritoneal que pasa por la trompa en dirección uterina.

Durante el periodo que es transportado por la trompa, en el cigoto va teniendo lugar una serie de segmentaciones en planos perpendiculares entre sí. Las células, o blastómeras, quedan incluidas en la membrana pelúcida. La imagen es la de una pequeña mora.

Al poco tiempo de la llegada de la mórula a la cavidad uterina, sobre el sexto día, la membrana pelúcida desaparece dando lugar a la etapa de blastocisto, que consta de dos tipos de células, unas externas, planas y oscuras, que ocasionarán el trofoblasto (que formará parte de la placenta), y otras internas, poliédricas y claras, que constituirán el embrioblasto. Sobre los 14 días se produce la implantación definitiva en el útero.

Hoy en día, sin embargo, está ampliamente difundido el concepto de que a ese embrión, no se le puede llamar embrión humano porque sencillamente se dice que no existe como tal. Esa corriente de opinión viene a decir que sólo se le puede adjudicar la categoría de embrión humano cuando, trascurridos los 14 días, se produzca la implantación en el útero, antes no. Hasta entonces a ese embrión sólo se le puede llamar preembrión.

Pero hablar de preembrión no es hablar de una realidad constatada. Nadie ha logrado explicar porqué y en virtud a qué se puede decir que lo que es llamado preembrión adquiere una radical, espontánea y novedosa constitución por el hecho de su implantación en el útero, como si ese acontecimiento externo le haga de pronto

merecedor de la denominación de embrión humano^{1,2}.

Esa idea conceptual se ha apoyado en varios argumentos biológicos, que introducen razonamientos que son pura elucubración, sin comprobación científica alguna, para concluir dogmáticamente que hasta los 14 días en que ocurre la implantación no se puede hablar de vida embrionaria humana.

Básicamente ese concepto se alimenta de afirmaciones tales como: que un embrión inicial podría dividirse en dos o más gemelos monocigóticos, que dos o más embriones pueden fusionarse en uno, que las células de un embrión joven son totipotentes y capaces, cada una de ellas, de originar un individuo separado, que esos embriones no parecen muy valiosos pues más de las tres cuartas partes de ellos sucumben apenas ser concebidos, y que la inmensa mayoría de las células de esos embriones están destinadas a formar la placenta y las membranas fetales, de modo que casi carecen de células propiamente embrionarias.

Esas apreciaciones son racionales, pero carecen de la mínima constatación y comprobación científica, y carecerían del mínimo apoyo si no fuera porque están sustentadas por fuertes intereses comerciales que han visto en esas gratuitas afirmaciones una brecha para beneficiar el importante comercio de la industria contraceptiva. Son afirmaciones que quieren salvar la apariencia de que se “respeta” la posible vida humana, pues subrayan que el compuesto anticonceptivo tiene como principal acción alterar el endometrio para convertirlo en no receptivo, e impedir con toda certeza la implantación del embrión, y así no se le podrá achacar nunca que ese efecto sea abortivo ya que está "definido" que antes de los 14 sólo existe el preembrión. Igualmente, ese mismo concepto biológico gratuito de preembrión, sirve para eliminar cualquier objeción contra la industria de la fecundación in vitro, pues garantiza que está fuera de toda sospecha que se esté manipulando con embriones humanos, ya que sólo se trabaja con un amasijo de células humanas llamado preembrión. Todo ese argumentario es mera prestidigitación verbal y biología deformada por y para intereses ideológicos.

El médico, siempre debe basar su comportamiento ético de acuerdo con una ciencia biológica que le provea de hechos contrastados y reales, sin dejarse arrastrar por elucubraciones y conclusiones falaces. En ese sentido, hoy en día, nadie puede sostener, con hechos demostrados, que el embrión empieza su existencia tras implantación en el útero.

Una vez conocido, a grandes rasgos, los términos por los que transcurre el inicio del embarazo, desde hace unas siete décadas hemos asistido al progresivo afianzamiento, y ya a la normalización incluso recomendada por el mundo médico, de los contraceptivos, negando la evidencia de los efectos fisiológicamente, más que comprobados, ciertamente abortivos, además y junto a los efectos anovulatorios. Esos compuestos, como es del dominio general, esencialmente provocan la alteración hormonal precisa para que se dificulte la ovulación y también el suficiente desajuste hormonal que provoca que el útero no pueda ser receptivo a una posible implantación embrionaria si se ha llegado a producir la fecundación.

Los preparados anticonceptivos clásicos contienen ambas hormonas, estrógeno y progestina, o sólo progestina. También, desde hace unas décadas asistimos a la puesta en el mercado de la píldora anticonceptiva de emergencia elaborada con altas dosis de levonorgestrel, consiguiendo un mecanismo de acción múltiple, de una parte, impedir la

fertilización del óvulo (acción anticonceptiva), y de otra, si fracasa ésta, impedir su implantación o anidación en el útero (acción abortiva) del posible embrión recién concebido. Ese es el diseño y mecanismo de acción de los así llamados anticonceptivos modernos: en los anticonceptivos hormonales orales y en los dispositivos intrauterinos.

Con lo dicho, la prescripción de contraceptivos, o DIUs, que dificultan y/o impiden cualquier implantación embrionaria, supone asegurar o, al menos, facilitar, la pérdida de todo embrión o vida humana que se haya podido concebir. Este último efecto, que es deliberadamente perseguido y de mucha mayor eficacia fisiológica que el efecto anovulatorio, asegura la alta tasa de anticoncepción.

Sin sombra de sospecha y con prescripción de efecto primario abortivo también nos encontramos actualmente con el compuesto de mifepristona, que busca de forma explícita terminar un embarazo en su inicio (hasta unos 70 días, o menos, desde que comenzó el último período menstrual). Esta droga actúa bloqueando la provisión de progesterona al útero, esencial para mantener el embarazo, provoca que la placenta se separe del revestimiento uterino y, junto a la ayuda del misoprostol genera contracciones con el fin que el útero expulse el embrión.

Desgraciadamente, la Organización Mundial de la Salud, es la que abandera, a nivel internacional, la contracepción, haciendo gala de una asombrosa ignorancia científica. He aquí algunas, entre muchas de sus recomendaciones recientes:

- “Los regímenes recomendados en las píldoras anticonceptivas de urgencia son: acetato de ulipristal, levonorgestrel o anticonceptivos orales combinados que contienen etinilestradiol y levonorgestrel”
- “El uso de la anticoncepción de urgencia no tiene ninguna contraindicación médica ni tampoco ningún límite de edad.”
- “Las píldoras anticonceptivas de urgencia impiden el embarazo al evitar o retrasar la ovulación y no pueden provocar un aborto.
- "Los DIU de cobre impiden la fertilización al provocar un cambio químico en el espermatozoide y el óvulo antes de que lleguen a unirse."
- "La anticoncepción de urgencia no puede interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo.”

Además de esa principal valoración científica, y por tanto ética, en el mecanismo de acción de los contraceptivos (la acción anovulatoria y potencialmente abortiva), el médico de cara a su prescripción, no puede tampoco ignorar otros múltiples efectos secundarios reseñables, entre los que se encuentran: mayor frecuencia de trombosis venosa, incluyendo la cerebral; mayor incidencia de cáncer de mama y cuello uterino; incremento de estados depresivos; y mayor índice de infecciones con acentuada gravedad secundaria.

Conviene subrayar, por último, que la mentalidad contraceptiva va modelando, de forma progresiva, un carácter de independencia, y de exclusividad en la relación mutua de la pareja, que propicia y aboca, precisamente al subrayar la fuerte carga individualista, a un estado de desconexión y soledad entre ellos, que facilita la aparición de cuadros depresivos, que no raramente buscan falsos refugios como, por ejemplo, el alcoholismo.

REFERENCIAS

- 1.- Gonzalo Herranz Rodríguez. “Leyendo entre líneas. Una historia crítica de la contracepción”. Ed. Amazone, 2020.
- 2.- Gonzalo Herranz Rodríguez. “El embrión ficticio. Historia de un mito biológico”. Ed. Palabra, 2013.

CORRESPONDENCIA:

Juan Llor Baños MD.
Medicina Interna.
Valladolid,
España
Email: juan.llor.b@gmail.com