

El empleo de un panel eritrocitario en el estudio de anticuerpos irregulares. Primeras experiencias

A. Medarde Agustín y P. Madoz Resano

Desde que el descubrimiento de los grupos sanguíneos a principios de siglo prestó una razonable seguridad a la hemoterapia, el empleo de la sangre y sus derivados ha llegado a constituir un proceder terapéutico de capital importancia.

Pese a todo ello, la transfusión sanguínea no se halla totalmente exenta de riesgos^{2, 8, 11, 13}, que de forma esquemática podría sintetizarse en la tabla I:

De entre los diversos problemas que plantea la hemoterapia, uno de los más importantes son los de tipo inmunológico, fundamentalmente los derivados de la presencia de anticuerpos, bien en la sangre del donante, bien en la del sujeto al que se le va a administrar ésta¹⁰.

El origen de estos anticuerpos puede ser múltiple; así se distinguen:

—Anticuerpos naturales, que son los que aparecen en un sujeto en ausencia de un estímulo antigénico conocido.

—Anticuerpos inmunes, que son los que aparecen como respuesta al contacto con un antígeno. Dicho contacto puede tener lugar por medio de una transfusión, un embarazo o, como hace pocos años era relativamente frecuente, por la práctica de la hemoterapia intramuscular.

De estos anticuerpos algunos se encuentran presentes siempre que falta el correspondiente antígeno, como sucede por ejemplo en el sistema ABO, mientras que otros en las mismas circunstancias solamente aparecen en unas pocas personas. Estos últimos reciben el nombre de anticuerpos irregulares, siendo una parte de ellos de origen natural y el resto inmune.

La presencia de estos anticuerpos irregulares en la sangre que va a ser transfundida o en el receptor de la misma, puede dar lugar a reacciones transfusio-

TABLA I
RIESGOS DE LA HEMOTERAPIA

Accidentes inmediatos	{	Por incompatibilidad	{	Hematíes ABO incompatibles
		Escalofrío-hipertermia		Incompatibilidad otros sistemas
		Sangre contaminada		Transfusión anticuerpos
		Medicación incompatible		
		Reacciones alérgicas		
		Otras causas		
Accidentes tardíos	{	Transmisión de enfermedades	{	Hepatitis
		Problemas inmunológicos (sensibilización)		Paludismo
				Sífilis
				Otras

nales más o menos importantes, en ocasiones de extrema gravedad. La detección e identificación de los mismos tiene una extraordinaria importancia, por una parte para evitar estas reacciones por incompatibilidad y por otra para facilitar la búsqueda de sangre compatible. Para poder caracterizar exactamente al anticuerpo irregular es preciso disponer de un panel de hematíes conocidos^{1, 6, 8, 14}. En la actualidad existen varios en el comercio que pueden ser empleados con este objeto. No obstante cabe la posibilidad de que el Servicio de Hemoterapia organice su propio panel, lo que desde ciertos puntos de vista tiene indudables ventajas.

A continuación procederemos a exponer los primeros resultados obtenidos con el empleo de nuestro panel en el estudio de anticuerpos irregulares.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Sujetos estudiados

a) Donantes de sangre. A partir de Enero del presente año hemos realizado un "screening" de anticuerpos irregulares a todos los donantes de sangre que acudían por primera vez a este Servicio. El número total de personas estudiadas ha sido de 850.

b) Politransfundidos. En el transcurso de estos últimos meses nos han sido remitidos al Servicio un cierto número de muestras de sangre procedentes de enfermos que habían sufrido reacciones transfusionales. La cifra de enfermos estudiados ha sido de 50.

2. Panel eritrocitario

Como ya hemos indicado, está constituido por una serie de muestras de he-

matíes que han sido seleccionadas por su dotación antigénica. Entre los componentes del mismo unos son miembros del personal de este Servicio y otros donantes habituales del mismo ^{4, 5}.

Todas las muestras del panel han sido estudiadas para los siguientes antígenos: A, A₁, B; C, C^w, D, D^u, E, c, e; M, N, S, s; P₁; Le^a, Le^b; Lu^a, Lu^b; Kell, Cellano; Fy^a, Fy^b y Jk^a. Las determinaciones se han realizado empleado antisueños de varias marcas comerciales, siguiendo en cada caso la técnica recomendada por el fabricante. Para la investigación de cada antígeno han sido empleados antisueños de dos marcas diferentes por lo menos.

En el momento actual nuestro panel está constituido por 30 personas a las que se extrae sangre cada tres meses. Las distintas muestras de hematíes son conservadas congeladas en glicerol a -24° C, ya que de esta forma conservan perfectamente sus constituyentes antígenicos por espacio de varios meses ^{7, 11}.

Por no considerarlo necesario no presentamos un cuadro con las características completas de nuestro panel, aunque citaremos alguna de las más interesantes:

—Para ser empleadas en el “screening” inicial, disponemos de dos muestras de hematíes de grupo O cuya mezcla incluye los 22 antígenos eritrocitarios más importantes.

—Así mismo tenemos disponibles conjuntos de muestras de hematíes que nos permiten identificar la especificidad de anticuerpos asociados al anti D.

—Con el empleo de una muestra Fy(a+) Jk(a-) y otra Fy(a-) Jk(+), podemos identificar mezclas de anti-Fy^a y anti-Jk^a.

3. *La sistemática seguida en la investigación ha sido la siguiente.*

a) Despistaje inicial; cada muestra a estudiar se enfrentaba con la mezcla de

hematíes que cubría los 22 antígenos más importantes. Con ello en el caso de ser negativa, se eliminaban de entrada a todos los sujetos que no fueran portadores de un anticuerpo.

b) A continuación se procedía a enfrentar las muestras en estudio conteniendo anticuerpos con una serie de muestras distintas del panel, empleando para el estudio las técnicas con las que la prueba había sido positiva en el escrutinio inicial.

Analizando los resultados obtenidos se llegaba a sospechar la especificidad del o los anticuerpos existentes. En aquellos casos en que en el suero problema se encontraba una mezcla de varios anticuerpos, los estudios se completaban con pruebas de absorción y elución.

Con objeto de confirmar la sospecha, se enfrentaba el suero problema con al menos tres muestras de hematíes conteniendo el antígeno frente al que se creía se oponía el anticuerpo y otras tres muestras no conteniendo dicho antígeno ¹⁴. Si aglutinaban los tres primeros y no lo hacían los otros tres, aplicando la tabla del 2 x 2, la posibilidad de que se trate del anticuerpo que se supone es del 95 %.

c) Por otra parte, y para corroborar los hallazgos obtenidos, se determinaban la mayor cantidad posible de antígenos eritrocitarios en el sujeto en estudio. La ausencia del antígeno frente al que era específico el anticuerpo detectado es un dato más a valorar en el momento de emitir un juicio definitivo.

4. *Técnicas.*

No hemos considerado preciso exponer detalladamente todas las técnicas empleadas, que procedemos a enumerar en la tabla II.

TABLA II

TECNICA	Temperatura	Tiempo
Aglutinación en salina	T. ^a ambte.	1 hora
Aglutinación en salina	37° C	1 hora
Aglutinación en albúmina	37° C	1 hora
Antiglobulina indirecta	37° C	1 hora
Pruebas enzimáticas;		
Bromelina	T. ^a ambte.	15 min.
Papaina	37° C	2 horas
Tripsina	37° C	2 horas
Absorción	Variable	1 hora o
	según anticuerpo	1/2 2 veces
Elución	56° C	12 min.

RESULTADOS

Los anticuerpos detectados hasta la fecha en nuestro estudio han sido los siguientes (tabla III):

Como puede apreciarse, el número de casos positivos en donantes de sangre ha sido de 6 en 850 (0,77 %); por lo contrario en el grupo de politransfundidos la proporción es muy superior, 11 casos en 50 (22 %).

A pesar de que el número de casos estudiados es relativamente bajo, podemos señalar que la frecuencia y especificidad de los anticuerpos detectados coinciden con las obtenidas en estudios similares ^{6, 9, 10}.

En cuanto a los antecedentes de los donantes a los que les fueron encontrados

anticuerpos, hemos podido constatar que el embarazo (5 casos) se daba con una frecuencia muy superior a la transfusión sanguínea (un caso).

La serie de sujetos politransfundidos estaba constituida por enfermos que habían recibido un mínimo de seis unidades de sangre, aunque el número de éstas administrado oscilaba por término medio entre 11 y 12. El caso más interesante a destacar es el de una mujer que había recibido 5 unidades de sangre hace diez años y a la que una transfusión efectuada hace pocos meses le provocó una intensa reacción hemolítica. En el estudio realizado se descubrió la presencia de una mezcla de anticuerpos con especificidad anti C + D + E + Le^a, siendo el título de aglutininas anti-D positivo hasta un valor de 1/64.000.

TABLA III

Especificidad	Donantes	Politransfundidos
—D	3	5
—CD	—	3
—CDE + Le ^a	—	1
—D + K	1	—
—K	1	—
—Fy ^a	—	1
—Sin identificar	1	1

CONCLUSIONES

El empleo de un panel de hematíes de composición conocida es fundamental en un servicio de hemoterapia moderno. Su aplicación al estudio de los donantes de sangre permite evitar las desagradables consecuencias de la transfusión de anticuerpos al receptor.

Por lo que se refiere a su utilidad en el estudio de los enfermos que van a ser transfundidos, presenta un doble interés:

Permite descubrir la presencia de anticuerpos irregulares en estos enfermos, evitando la posibilidad de que presenten reacciones transfusionales.

En el caso en que se descubra la presencia de un anticuerpo, nos permite conocer su especificidad, lo que reviste una importancia decisiva en el momento de seleccionar sangre compatible. Esto mismo puede aplicarse también al tratamiento de la enfermedad hemolítica del re-

cién nacido, puesto que nos permite disponer de sangre compatible en el momento en que se plantee la necesidad de efectuar una exanguino-transfusión.

El contar con un panel de hematíes conocidos, seleccionado y preparado por el propio servicio tiene la ventaja de poder disponer de muestras de sangre en el momento en que sean necesarias, con el beneficio adicional de un menor dispendio económico.

La conservación de las muestras de hematíes en estado de congelación nos parece el sistema idóneo para los servicios de hemoterapia de tipo medio, ya que junto a una eficaz conservación de la dotación antigénica eritrocitaria, permite mantener almacenadas las muestras en perfectas condiciones por espacio de varios meses.

(Agradecemos al personal del laboratorio (Srta. Ayala y Sr. Benito), la eficaz colaboración en la ejecución de las técnicas descritas en este trabajo).

BIBLIOGRAFÍA

1. ANDRÉ, R. y col. *Transfusion sanguine. Problèmes d'actualité*. Monographie du Centre Departamental de Transfusion Sanguine. Masson. París, 1961.
2. ANDRÉ, R., B. DREYFUS y CH. SALMON. *Incidents et accidents de la transfusion sanguine*. Masson. París, 1956.
3. ANDRÉ, R. y col. *Transfusion* (Fr.), 5: 3, 1962.
4. BOWLEY, C. C., K. L. G. GOLDSMITH y W. d'A. MAYCOCK. *Blood transfusion. A guide to the formation and operation of a transfusion service*. Publications of the World Health Organization, Geneve, 1971.
5. DACIE, J. V. y S. M. LEWIS. *Hematología práctica*. Toray. Barcelona, 1970.
6. HUESTIS, D. W., J. R. BOWE y S. BUSCH. *Practical blood transfusion*. Little Brown. Boston, 1969.
7. McDONALD, K. A. y W. L. MARCH. J. Inst. Med. Lab. Technol., pág. 22, julio, 1958.
8. MEDARDE, A. y col. *Perspectivas actuales de la hemoterapia*. Publicaciones del Instituto de Sanidad de Navarra, marzo, 1973.
9. MOLLISON, P. L. *Blood transfusion in clinical medicine*. Blackwell Scientific Publications. Oxford, 1972.
10. NAVARRO, J. L. y col. *Trab. Hemat. Hemot.*, 8: 139, 1968.
11. NAVARRO, J. L. y J. MARTÍN VILLAR. *Sangre*, 14: 325, 1969.
12. SMITH, A. V. *Lancet*, 88: 910, 1950.
13. STAMPFLI, R. *Medicina e Higiene*. Marzo, 1972.
14. STERN, K. e I. DAVIDSOHN. *Blood groups and their application*. En *Clinical Diagnosis by Laboratory Methods*. W. B. Saunders. Philadelphia, 1969.

razada no quiere llevar su embarazo a término.

La mayoría de las enfermedades que eran problema —tuberculosis, diabetes, nefropatías, etc.— ahora tienen mucho mejor pronóstico y muchas posibilidades de tratamiento, lo cual se refleja en la actitud del médico que de una manera general ya no se alarma en tales casos, porque sabe que estas enfermas pueden tolerar el embarazo si se tratan correctamente. Y ahora, mucho más que antes, el aborto no es más que una salida cómoda sin justificación aceptable.

En la bibliografía de los últimos años no se encuentra casi nada acerca de indicaciones de aborto por causas verdaderamente médicas, en contraste con la serie ilimitada de motivos que proponen para la justificación incontrolada.

Son excepcionales por completo algunas de las afecciones embrionarias que antes se consideraban muy frecuentes. Entre las que son menos frecuentes de lo que se suponía, tenemos la embriopatía rubeólica, que se suele presentar como ejemplo típico de indicación de aborto terapéutico por alteración fetal. Es verdad que la infección rubeólica adquirida por la embarazada en los primeros estadíos del desarrollo embrionario es causa frecuente de anomalías. Sin embargo, el riesgo teratógeno es nulo cuando se trata de reinfección rubeólica, concepto hoy bien establecido como consecuencia de investigaciones realizadas estos últimos años. Las reacciones serodiagnósticas permiten demostrar que aproximadamente el 90 % de las mujeres en edad de gestación están inmunizadas por una rubeola padecida con anterioridad, lo que permite también clasificar y estudiar aquellos casos en los que la reacción negativa indica un riesgo de infección ulterior.

No quedan más que casos excepcionales, cada vez menos frecuentes, en los que el clínico puede pensar que el aborto es

la solución, aun cuando la rechace como éticamente inadmisibles, orientando su actuación precisamente a evitar el aborto, consciente de que sólo así el médico cumple su misión.

En contraste con este porvenir optimista, que resulta de los grandes avances de la Medicina actual, los motivos que se están admitiendo para justificar el aborto son de tal amplitud que en la práctica no suponen limitación ninguna. Por eso, se presta poca atención a las enfermedades graves, porque, aparte de lo que se han reducido, desde este punto de vista apenas interesan. Además, suele ocurrir que precisamente las enfermas graves son las que no quieren la interrupción del embarazo. Por otra parte, estas enfermas con tratamientos bien dirigidos pueden llevar embarazos a término con fetos normales. Ahora, muchas enfermedades pocas veces se puede asegurar que ocasionen trastornos del desarrollo fetal o que, por el contrario, el proceso morboso resulte agravado seriamente por el embarazo. Son conocidos los casos de tumores de embarazadas que han sido objeto de tratamientos adecuados, como si no existiera el embarazo, por medio de fármacos antiblásticos, y que luego han tenido partos normales, sin que se hubiese producido trastorno del desarrollo fetal.

Como justificantes de aborto se están admitiendo alteraciones psíquicas de cualquier grado, pero esto significa hacer posible el aborto siempre que la embarazada lo quiera. Por otra parte, el aborto puede tener complicaciones psiquiátricas, posibilidad que bastaría para discutir toda fundamentación psiquiátrica del aborto.

Los factores ambientales, como los que se califican de indicación socioeconómica o sociomédica, son también imponderables —sobre ellos no es posible control ninguno—, y mucho menos cuando se trata de los que califican simplemente como de tipo humanitario, lo cual ya

desborda por completo toda posibilidad de estudio objetivo.

Un informe de la OMS, al tratar este punto concreto, dice lo que todo el mundo sabe, que en las embarazadas "la lista de enfermedades consideradas como una amenaza grave para la vida se ha hecho más corta, como consecuencia de los perfeccionamientos en el tratamiento de pacientes obstétricas, y el hecho de que ciertas enfermedades anteriormente incluídas se presentan con menos frecuencia". Sin embargo, el número de abortos aumenta de día en día y nos encontramos con el reverso de lo que sería de esperar, atendiendo a los progresos de la Medicina. Lo que pasa es que al ampliar masivamente la relación de afecciones que legalmente se admiten en muchos sitios como justificantes del aborto, se va a que todos los abortos son iguales. Y así, la cuestión de discrepancia fundamental está realmente planteada en estos términos: para unos, todo aborto es lícito y exigen la máxima libertad de actuación; para otros, todo aborto provocado es criminal.

En esta situación —los casos de verdadera indicación médica, prácticamente han desaparecido—, cuando en realidad sólo se distinguen dos tipos de aborto, se impone simplificar la terminología. No es ésta, sin embargo, la tónica general. Lo corriente es —por lo menos en los sitios donde la legalización se tiene por imposible— la ambigüedad terminológica que permite una gran flexibilidad de actuación. Así, por una parte, tenemos la terminología clara de los que buscan suprimir toda clase de inconvenientes. Pero, al mismo tiempo, se extiende una tendencia a complicarlo todo con profusión de denominaciones aparentemente dirigidas a fomentar el confusismo.

No hay más que ver lo que aparece continuamente, tanto en publicaciones médicas como en revistas y prensa diaria. Se confunden los términos de aborto es-

pontáneo, aborto legal, aborto terapéutico y aborto criminal, y al gran público le da la impresión de que el aborto espontáneo, legal y terapéutico tendrá una valoración, tanto médica como ética, diferente a la que pueda tener el aborto criminal. Que la terminología contribuye a la difusión, es patente en las discusiones en torno a la facilitación del aborto.

Si no se admite como terapéutico, ni en los casos graves, todos los abortos intencionados forman un mismo grupo. En el fondo hay una única distinción médicamente válida: aborto espontáneo, que cursa de modo natural, independiente de la voluntad, tanto de la paciente como del médico; y aborto provocado, en las circunstancias que sean, a consecuencia de la acción directa del médico o de cualquier otra persona, sobre la evolución de un embarazo normal o no. Esto es una realidad que no se puede desconocer, desde un punto de vista conceptual y por razones de orden práctico, frente a la confusión terminológica que algunos tratan de introducir. Por otra parte, los que quieren la más amplia liberalización, tampoco encuentran razones para conservar la categoría de aborto terapéutico. En publicaciones de la OMS se utiliza la distinción entre los dos grandes grupos: aborto espontáneo y aborto provocado.

Así la cuestión quedaría muy clara, porque habría desaparecido toda posibilidad de encubrir el aborto criminal. Sin embargo, en la mayoría de la gente no es posible borrar por completo la noción de conducta criminal. Por eso, lo mismo donde todo es legal, que donde casi todo está permitido, con la intencionalidad de ampliar hasta el límite los motivos, de manera que sea posible cubrir las apariencias mejor que con la simple decisión infundada de la mujer, han hecho relaciones en las que caben hasta los casos más difíciles de disculpar.

En resumen, en torno al aborto terapéutico no hay más que confusión. Y esto

viene a demostrar que el primer objetivo de toda profilaxis contra el aborto ha de ser, precisamente, rechazar el aborto terapéutico. Pero esto, a su vez, exige revitalizar los principios morales que han de regir la conducta profesional. Objetivo nada fácil, porque exige ir contra corriente. Es grave en estos momentos el cambio de actitud de muchos médicos ante el aborto, y lo peor es la rapidez con que el desenfoque se generaliza. En estos últimos años es patente que, a la vez que se olvida la ley natural, la Medicina se deja invadir por teorizaciones que tienden a oscurecer las ideas.

Se da el caso de médicos que consideran el feto como si todavía no fuese un ser humano, como una vida potencial sin ningún derecho. Otros, sólo ven la necesidad de argumentos para justificar el sacrificio de la vida del niño en beneficio de la comodidad de la madre o de la situación social de la familia. Cada vez son más los que no se plantean ningún problema porque, con la regresión de los principios éticos, para ellos suprimir o no una vida carece de significación y sólo les importa saber si hay motivo.

Los abortivos químicos han venido a ser un paso eficaz en el derrumbamiento de la ética profesional, al suprimir el componente de dramatismo. Cuando se emplean preparados farmacológicos para interrumpir el embarazo en su fase inicial, el que prescribe la receta se encuentra en una situación muy distinta del que hace un aborto quirúrgico, y le resulta más fácil olvidar lo que quizá ha hecho contra su conciencia. Ahora todo contribuye a la insensibilización, y el que empieza por las prostaglandinas en fase precoz del embarazo —o lo previene con el dispositivo intrauterino—, claro está que evoluciona fatalmente. Su manera de pensar cambia, y más pronto o más tarde acabará dispuesto al aborto con feto viable.

FACTORES DE PROPAGACIÓN DEL ABORTO

Las legislaciones permisivas, lo mismo que las relaciones de justificaciones médicas sin límite, no son otra cosa que factores de propagación del aborto. Las Naciones Unidas, en sesión plenaria en 1959, declararon que “el niño, por razones de su inmadurez mental y física, necesita especial salvaguardia y cuidados, incluso protección legal, tanto antes como después del nacimiento”. Sin embargo, la OMS, en la práctica desconoce sistemáticamente esta declaración.

Para aclarar este punto, resumimos a continuación un trabajo de carácter jurídico. “¿Constituye el aborto una injusticia?, ¿es un atentado a alguno de los derechos naturales que todo hombre tiene por su condición de persona y que son la base para una justa convivencia?”. Centra la cuestión en “responder si el aborto, que supone la muerte de un ser vivo, atenta contra un derecho fundamental a la vida. Si la respuesta es afirmativa, el aborto es, sin paliativos, un acto criminal, tipificable como un delito grave. Desde el momento en que el óvulo se convierte en embrión humano, éste ser embrionario es ya portador de toda la dignidad de la persona humana y sujeto de los derechos más fundamentales del hombre. He dicho toda la dignidad de la persona humana, porque la igualdad radical que entre todos existe se funda en el hecho de ser hombre. Allí donde hay un ser humano, cualquiera que sea el momento de su historia en que se encuentre, allí está un sujeto de derechos fundamentales. Pero el hombre no comienza a serlo —a ser persona humana— por el nacimiento, lo es ya desde el momento en que el óvulo se transforma, por la fecundación, en una nueva vida, en un nuevo ser vivo, que está en la madre, pero ya no es la madre”.

Que la legalidad no marca las normas de ética y que no puede ser el fundamento

de criterios doctrinales de actuación, eso es indudable. Pero también es verdad que una vez establecida la legalización, paulatinamente los modos de pensar van cambiando, y la gente llega a adaptarse a la nueva situación, de tal modo que pierden la capacidad de diferenciar lo que está bien y lo que está mal.

El aborto es una injusticia contra el no nacido. Así piensan muchos que, incluso cuando hacen un aborto, lo hacen contra su conciencia. Es el caso de la mayoría de los médicos donde el aborto no está permitido. Pero una vez legalizado, muchos de éstos mismos piensan al revés —es cuestión de tiempo—, lo que se nota más en las nuevas generaciones de médicos. Para ellos, ya el aborto no es una injusticia contra el feto, y creen, al contrario, que el no hacerlo es una injusticia contra la madre. No vamos a entrar en la explicación —sociológica, psicológica o enfocada desde la Teología, que no nos corresponde—, pero señalamos el hecho. Y el hecho es del mismo tipo que otros muchos que se estudian en la epidemiología del crimen o la psicología de la delincuencia.

Es corriente la falta de lógica que se ve a veces al plantear la prevención del aborto, enfocándolo como si todo tuviese solución con una buena legislación, poniendo los medios para hacerla cumplir. Pero pensar que se puede atajar el aluvión de abortos sólo con una legislación dura para el aborto practicado con técnicas operatorias, sería pueril. Sería algo parecido a intentar resolver el problema de las drogas con sanciones penales sólo para los drogados, sin tener en cuenta nada más, cuando en todo el mundo, buscando la máxima eficacia, se extremen las precauciones para detener el tráfico, actuando con eficacia en los puntos iniciales.

El punto de partida, en el caso del aborto, está, en primer lugar, en todo lo que contribuye a borrar la idea del carácter

criminal de los métodos abortivos, que son todos los que, cualquiera que sea su mecanismo de acción y el momento del embarazo en que se apliquen, interrumpen una vida humana. Esto es decisivo, pero tampoco es la raíz del problema que empieza realmente con la invasión de contraceptivos.

EL VERDADERO PROBLEMA

Defender el respeto a la vida humana no es rechazar el aborto practicado con técnicas, por decirlo así, poco elegantes, para dar paso libre a métodos más refinados. En este sentido, hay que enfrentarse también con esas grandes campañas de difusión de contraceptivos que se presentan como una obra humanitaria, asegurando que es el mejor modo de impedir abortos. Pero lo curioso es que entre los medios que recomiendan incluyen todos los que tienen un efecto abortivo, como son determinados preparados de gestágenos, y, por supuesto, el dispositivo intrauterino.

En la publicidad dirigida a gente muy elemental se aventura la siguiente conclusión arbitraria: fomentar el consumo de contraceptivos, es el medio más seguro de evitar abortos. Pero esto es una falsedad y la experiencia demuestra que la verdad es precisamente lo contrario.

Hay quienes aseguran que en una población donde está muy extendido el uso sistemático de anticonceptivos, el número de abortos no llega a exceder el de nacimientos. Esto se refiere sólo a los abortos con técnica operatoria, y por eso, aunque lo demuestren, no vale. La verdad es que la generalización de los contraceptivos implica un número masivo de abortos, porque en gran parte actúan interrumpiendo el embarazo. El efecto abortivo de algunos preparados es indudable, como acredita el hecho de que se

emplean precisamente —y esto se hace cada vez con más frecuencia— “después”, cuando se supone un embarazo, y por eso, con frase expresiva, se han llamado “píldora de la mañana siguiente”; otros, porque su efecto en la mayoría de los casos es antiimplantatorio; y otros, como el dispositivo intrauterino, porque en casi todos los casos, si evita el embarazo, es por efecto abortivo.

La realidad es que mujeres que aunque no quisieran el embarazo miraban con horror el aborto cuando todavía no se habían entregado a los anticonceptivos, éstas mismas, después de un tiempo de utilización de anticonceptivos, pasan sin dificultad al aborto cuando el anticonceptivo falla.

Se hace creer a la gente que el contraceptivo es una especie de regulador mágico y luego se publican trabajos —siguiendo una tendencia muy generalizada en la actualidad— que se orientan a difundir aquellos preparados farmacéuticos con los que se evita el embarazo prácticamente con completa seguridad, pero sin garantías de impedir la ovulación. Por ejemplo, dan porcentajes muy altos de ensayos en los que se ha producido la ovulación con normalidad durante muchos meses y, sin embargo, no ha habido embarazo.

Forzosamente hemos de referirnos de nuevo, en relación con este punto tan crítico, a las fantasías teóricas cuyo resultado, en último término, es facilitador del aborto. Muchas veces, como es bien sabido, después de una retorcida argumentación, con la que se pretende llegar a conclusiones morales aceptables, van a parar, por lo menos, al consejo sistemático de anticonceptivos de todas clases, entre los que incluyen explícitamente los que no pueden negar que son, sin duda ninguna, abortivos.

Hace años, llamábamos la atención sobre una de las manifestaciones de este fenó-

meno que con benévolo enjuiciamiento considerábamos como una forma nueva de intrusismo. Siguiendo la terminología corriente, con toda propiedad podemos llamar intrusismo a esa incansable actividad de algunos —ya no eran casos raros hace años— empeñados en propagar el uso de contraceptivos. Después, esto ha empeorado hasta límites, que cosas entonces impensables, ahora son tan de rutina que ya ni se fija nadie. Al tratar una cuestión tan grave, no tenemos derecho a eludir este comentario, y en descargo de los médicos es obligado reconocer la verdad de lo que pasa. El intrusismo de todos esos morbosamente desequilibrados es, con mucho, el factor etiológico más grave de degradación del matrimonio en nuestro país, y es lo que ha dado ese carácter de normalidad al uso masivo de contraceptivos. Cuando se les advierte del efecto abortivo de la mayoría de los preparados y del dispositivo intrauterino, no lo toman en serio. Y esto ha sido el paso decisivo al aborto con cualquier técnica, en tantos casos, de los cuales en cualquier servicio clínico encontramos ejemplos demostrativos.

El empleo sistemático de contraceptivos, que equivale al rechazo de los hijos, conduce a condicionamientos múltiples que significan una profunda erotización de los mecanismos neurofisiológicos. La erotización en el matrimonio implica suprimir toda posibilidad de freno a la hora de enfrentarse con un embarazo no querido —imprevisto que es posible siempre por los imponderables que tiene hasta el método más seguro— lo que inevitablemente lleva al aborto. Por otra parte, todo va en cadena y la erotización del matrimonio se convierte en un medio de aprendizaje precoz para los hijos.

En resumen, la habituación a los contraceptivos conduce a la degradación de la familia y es inútil todo lo que se intente para evitar los abortos una vez que se han puesto todos los medios para su

lanzamiento. Y aquí está el verdadero problema. No es lógico seguir con un criterio distinto del que sigue la Medicina en problemas comparables. La preocupación por el diagnóstico precoz del cáncer

—las grandes campañas de lucha contra el cáncer— no es precisamente lo más parecido a la pretensión de dejar vía libre a los contraceptivos como medio de evitar abortos.

