

CONSECUENCIAS CLÍNICAS DEL POST DAY EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA: UNA REVISIÓN NO SISTEMÁTICA



RESUMEN

La anticoncepción de emergencia es el método para prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección o cuando falla otro método de planificación familiar. De igual manera se conoce comúnmente como la "píldora del día después", aunque los fabricantes, los partidarios y los proveedores han tratado de distanciarse de este término porque sólo se puede usar al día siguiente del contacto sexual sin protección. Han demostrado ser eficaces en prevenir el embarazo hasta tres días después (aunque son más eficaces en las primeras 24 horas) mientras que un dispositivo intrauterino puede usarse hasta cinco días después. Fue a mediados de los años 60 cuando el ginecólogo holandés Ary A. Haspels administró por primera vez, en 1964, altas dosis de un estrógeno postcoital a una niña de 13 años víctima de una violación, iniciándose así el proceso de lo que más tarde sería la administración de dosis estándar de hormonas para la prevención de embarazos. El régimen de anticoncepción de emergencia recomendado por la OMS es: 1,5 mg de levonorgestrel administrado en una sola dosis. Se ha demostrado que las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) que contienen levonorgestrel previenen la ovulación y que no tienen un efecto detectable sobre el endometrio (revestimiento interno del útero) o en los niveles de progesterona, cuando son administradas después de la ovulación. Las PAE no son eficaces una vez que el proceso de implantación se ha iniciado y no provocarán un aborto. Las píldoras anticonceptivas de emergencia deben ser usadas sólo en casos de emergencia y no son apropiadas como método anticonceptivo de uso regular, debido a que existe una mayor probabilidad de falla en comparación con los anticonceptivos modernos. El uso frecuente de anticoncepción de emergencia tiene como resultado efectos secundarios, como irregularidades menstruales.

Palabras Claves: Progesterona, Anticoncepción, Levonogestrel, Endometrio, Ovulación, Método Anticonceptivo, Aborto.

INTRODUCCIÓN

Los embarazos no planeados se asocian con efectos adversos maternos y fetales. Más del 50% de los embarazos a nivel mundial son no planeados. Cuatro de cada diez embarazos no planeados terminan en abortos, en muchas ocasiones en condiciones de riesgo, incrementando la probabilidad de una muerte materna. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), propuso mejorar la salud materna, a través de la ampliación en la cobertura de los métodos anticonceptivos, facilitando el acceso, disminuyendo los costos y expandiendo las opciones, especialmente en mujeres jóvenes (ONU, 2012). Se considera que el uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos (MA), es necesario para mejorar la salud materna, así mismo algunos métodos anticonceptivos como los preservativos ayudar a prevenir la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras Infecciones de Transmisión Sexual (OMS, 2016). En México los embarazos no planeados representan un problema de salud reproductiva, dado que 28% de los embarazos reportados en el 2011, fueron no planeados y el 7.1% de estos terminaron en una muerte materna por la falta de control prenatal y abortos en condiciones de riesgo.

La anticoncepción de emergencia es demandada con cada vez mayor frecuencia, sobre todo por la población juvenil (el 50% de las primeras visitas que protagonizan las chicas a los centros de planificación familiar es para solicitar la píldora del “día después”). La falta de conocimientos sobre la fecundidad y los medios para regularla, la incapacidad para tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva y las dificultades para acceder a los servicios de planificación familiar, son las razones que explican la frecuencia de esa solicitud en este colectivo. El objetivo de esta recolección de datos es encontrar consecuencias clínicas hacia las mujeres en edad reproductiva por el uso del postday, ya que es de suma importancia para los profesionales y las mujeres tener en cuenta los riesgos que conllevan la mala praxis de este anticonceptivo y así desarrollar algunas alternativas para disminuir la incidencia o el uso de las PAE.

ANTECEDENTES

Las raíces de la anticoncepción de emergencia moderna se remontan a la década de **1920**. En ese tiempo, Edgar Allen y Edward A. Doisy utilizó experimentos con animales para aprender más sobre las hormonas relacionadas con el ciclo menstrual. Más específicamente, estos investigadores querían comprender el papel de las hormonas ováricas (más tarde llamadas estrógenos) en el embarazo en mamíferos. A mediados de los años 70 fueron las investigaciones que llevó a cabo el médico canadiense Albert Yuzpe, relacionadas con el uso de altas dosis de anticonceptivos combinados, las que llevaron a la adopción masiva de un régimen combinado (100 mcg etinilestradiol [EE] + 0,5 mg levonorgestrel [LNG]) como método de anticoncepción de emergencia (AE) después de una relación sexual no protegida, siendo usado durante 25 años y denominado como método Yuzpe.

Se demostró en los primeros estudios que una dosis única de 0,75 mg administrada después del coito era suficiente para prevenir el embarazo, pero producía una alta incidencia de alteraciones menstruales usada como anticoncepción postcoital de rutina. La hormona progestina ayuda a reducir el riesgo de quedar embarazada al detener o retrasar la ovulación. Pastillas de progestágeno solo se consideran superiores a las pastillas de estrógeno solo y combinado porque son más eficaces y causar menos efectos secundarios.

En 1999, la Secretaria de Salud (SS) registró el primer producto de este tipo en México (Postinor 2), explicó el Dr. Joaquín Ruiz, especialista en Ginecología y Obstetricia. Posteriormente, se han puesto a la venta diversas marcas en distintas presentaciones con variedad de precios.

En el año 2003, Piaggio et al estiman que cuando se usa LNG en los 4 primeros días que siguen a la relación sexual se previenen el 79-85% de los embarazos esperados y cuando se usa en el quinto día previene sólo el 31%.

En 2012, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) encontró que 23% de las adolescentes entre 12 y 19 años ya había iniciado su vida sexual; en contraste, la misma encuesta reportó 15% en 2006, lo cual denota que cada vez son más los adolescentes que están iniciando su vida sexual a temprana edad y con más frecuencia actualmente. (Universidad Juárez, DADCS).

En pocas palabras, a lo largo de los años, se ha ido incrementando el uso de los PAE, de acuerdo al inicio de vida sexual activa en los jóvenes. A medida de continuamos indagando, debemos entender como profesionales de salud, la importancia de generar pláticas sexuales y el uso correcto de los métodos anticonceptivos generando estrategias alternativas si existe alguna complicación clínica.

METODOLOGÍA

Se desarrollo dicha investigación no sistemática tras utilizar distintos artículos médicos relacionados al uso de la pastilla de emergencia “POSTDAY”, recabados en revistas como PubMed, SciELO, Google Academic, MEDLINE, ELSEVIER, etc., Se seleccionaron varios tipos de artículos basados en la información requerida de acuerdo a las palabras claves (Progesterona, Anticoncepción, Levonogestrel, Endometrio, Ovulación, Método Anticonceptivo, Aborto) y su estructura. Algunos de artículos de revisión entre otros científicamente aprobados en inglés y en español.

En general, los artículos tienen un breve apartado de resumen el cual nos facilita la búsqueda de nuestra información y la selección de los datos y el riesgo de sesgos, ya que se valoraron temas semejantes al nuestro generando así la evaluación de calidad de los estudios. Se eliminaron algunos artículos que no tenían relevancia con las consecuencias clínicas del POSTDAY en mujeres en edad reproductiva, y que trataban acerca del comienzo de la vida sexual y la mala praxis de las PAE.

RESULTADOS

La ACE no es un abortivo, por lo tanto no puede terminar un embarazo. Su función es prevenir la fecundación del óvulo previniendo la ovulación, u obstaculizando la función de los espermatozoides en la fecundación del óvulo. La anticoncepción poscoital o de emergencia (término preferible, ya que remarca el hecho de que no se trata de un método anticonceptivo habitual) comprende los métodos extraordinarios que se utilizan para impedir la fecundación después de un coito no protegido, en un período de tiempo determinado.

Sin duda, es el método de AE más utilizado; es simple, eficaz y tiene una buena tolerancia (mejor, en general, que las altas dosis de estrógenos solos). Aunque no existe ningún fármaco específicamente comercializado para AE, pueden utilizarse las combinaciones de etinilestradiol y levonorgestrel que se usan habitualmente como anticonceptivos orales. Su mecanismo de acción no está aclarado aún; se cree que pueden retrasar la ovulación, inhibir el cuerpo lúteo (con la consiguiente reducción de progesterona) e impedir la nidación del óvulo fecundado, por alteración del endometrio. Es posible también que puedan dificultar el transporte de los espermatozoides o los óvulos, aunque no existen evidencias de ello. En cualquier caso, considerando la implantación del embrión como el inicio del embarazo, no deben ser considerados abortivos. Si la mujer ya estuviera embarazada, la pauta de Yuzpe no interrumpiría la gestación. Actualmente, no se conocen datos científicos que confirmen alteraciones físicas y biológicas de la mujer en edad reproductiva.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión no sistemática incrementa la importancia de conocer las consecuencias del consumo del POSTDAY. Muchos profesionales de la salud tienen escaso conocimiento respecto a la AE y su conocimiento mejora los resultados, principalmente cuando los conceptos son erróneos relacionados con la AE por parte de los médicos; las intervenciones y educación proporcionadas orientan a las mujeres sobre AE, incluyendo el mecanismo de acción, indicaciones, dosis y orientación sobre creencias morales, éticas o religiosas que están en conflicto con la prescripción de AE. La AE ha demostrado ser eficaz y bien tolerada, actúa a través de distintos mecanismos, principalmente, la inhibición o retraso de la ovulación; dos métodos de AE: LNG 1.5 mg son eficaces hasta 72 h después de la relación sexual sin protección, y el acetato de ulipristal 30 mg; la única contraindicación es embarazo; y el LNG, no ocasiona ningún efecto sobre el embarazo si se utiliza accidentalmente; acetato de ulipristal es más potente que LNG para inhibir la ovulación, pero no es de primera línea para AE para todas las usuarias de anticonceptivos; tiene efectos sobre el embarazo y no se recomienda en pacientes con insuficiencia hepática grave, asma grave. Hasta la fecha, ningún método de AE ha tenido efecto significativo sobre las tasas de embarazo no deseado o aborto voluntario ni efectos negativos sobre los comportamientos sexuales de riesgo. La AE no interrumpe un embarazo ni daña el embrión en formación.

La razón de ser, pues, de la anticoncepción de emergencia (AE) es la prevención de embarazos no deseados y la disminución del número de abortos provocados, en un contexto de salud reproductiva y planificación familiar. Desde un punto de vista de la salud pública, la AE puede considerarse un método de prevención primaria

CONCLUSIONES

En nuestro medio la píldora poscoital aún está rodeada de una serie de tabúes, miedos injustificados y desconocimiento por parte de la población y de los profesionales. Mediante la información adecuada, hay que conseguir que todos mejoren sus conocimientos y actitudes. Hay razones suficientes para financiar lo antes posible la nueva píldora poscoital de levonorgestrel solo. La AE sigue siendo eficaz para prevenir el embarazo y reducir las tasas de embarazos no deseados; farmacias y farmacéuticos siguen siendo un importante punto de acceso a ésta, particularmente métodos hormonales como LNG para uso sin receta médica en mujeres a partir de 17 años de edad, ya que se ha demostrado tras distintos estudios e investigaciones que las pastilla del día siguiente o el POSTDAY no tiene repercusiones graves en las mujeres en edad fértil, si no que únicamente tiene efectos adversos que pueden ser dependientes del organismo de cada una de ellas.

Posibles soluciones para eliminar este tipo de problemática podrían ser:

- Establecer la figura de un responsable, capaz de solucionar dudas que puedan surgir referidas tanto a la actuación, como a dudas de tipo científico-técnico.
- Comunicación permanente interequipo (comunicados, sesiones clínicas, etc.) así como con los responsables superiores para tener información actualizada y consensuada.
- Crear una comisión específica o potenciar la ya existente integrada en programas de atención al joven (para rangos de edad específicos).
- Establecer en las Urgencias de primaria un sistema de triaje, que preserve la confidencialidad e intimidad del usuario que demanda este tipo de atención.

Bibliografía

Aguilar-Choque, E. F., & Ocampo-Eyzaguirre, D. (2022). Conocimientos, percepciones y prácticas de la planificación familiar en mujeres indígenas de la Comunidad de Cala

Cala, Ayllu Puraca Región del Norte de Potosí, Bolivia. *Revista Ciencia & Sociedad*,

2(1), 18-35

García, B., & De Oliveira, O. (2004). Trabajo extradoméstico femenino y relaciones de género: una nueva mirada / Non Domestic Women's Work and Gender Relations: a New Perspective. *Estudios Demográficos y Urbanos de el Colegio de México/Estudios Demográficos y Urbanos*, 19(1), 145.

Lirios, C. G. (2013). Estudio de las actitudes hacia el aborto en universitarios de Morelos, México. *Xihmai*, 7(13). <https://doi.org/10.37646/xihmai.v7i13.205>

Durand-Carbajal, M. M. (2020). Anticoncepción de emergencia en la práctica clínica. *Ginecología y Obstetricia de México*, 88, 121-130. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201m.pdf>

Lasa, I. L., Arróniz, M., & Esquisábel, R. (2001). Anticoncepción de emergencia. *Atención Primaria*, 28(1), 59-68.

Juan, M. A., Sáez, A. S., Abascal, R. R., Bajo, F. P., & Pérez, B. P. (2007). Intercepción postcoital: levonorgestrel, actualidad de un fármaco. *SEMERGEN. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista*, 33(5), 231-240.

Szames, C., Vázquez, S., & Discacciati, V. (2012). Conocimiento, utilización y obtención de la anticoncepción hormonal de emergencia por adolescentes en Rauch, Provincia de Buenos Aires. *Secretaría de Salud*, 3(11), 16-22.

Martin, A. (2004). La anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 424-431.

Muñoz, E. B., & Mir, L. A. (2002). La píldora del día después: una segunda oportunidad. *Atención Primaria*, 29(7), 430-432. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)70600-8](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)70600-8)

Lasa, I. L., Arróniz, M., & Esquisábel, R. (2001b). Anticoncepción de emergencia. *Atención Primaria*, 28(1), 59-68. <https://doi.org/10.1016>

Encarna, C. P., & J, B. F. V. (2004, 1 octubre). Anticonceptivos orales. *Offarm*. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-anticonceptivos-orales-13067349>

Adela-Emilia, G. A. (2011, 1 septiembre). Infertilidad femenina. Actualización. *Offarm*. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infertilidad-femenina-actualizacion-X0212047X11276628>

C, M. B., Preisler, J., & Poli, C. (2002). MECANISMO DE ACCION DE ANTICONCEPTIVOS ORALES: ¿CUMPLEN LOS ACO DE BAJAS DOSIS CON EL OBJETIVO DE INHIBIR LA OVULACION? *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 67(3). <https://doi.org/10.4067/s0717-75262002000300014>

RESTREPO Humberto, ARTÚZ Manuel Antonio. La anticoncepción de emergencia ¿de interés para la salud pública? [En línea].<<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No3/anticoncepcion.htm>> [citado el 14 de noviembre de 2009]

Hernández, A. G., Vega, C. G. B., De León Ponce, M. D., & Garduño, J. C. B. (2011). Cuidados intensivos en ginecología y obstetricia en el Hospital General de México. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 25(4), 211-217. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2011/ti114e.pdf>

Cárdenas-García L, Sánchez-Zamora M, Ramírez-de la Roche O, Robledo-Domínguez A. Uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias.

Atención Familiar [Internet]. 2014;21(3):90-93.

DOI [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30025-6](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30025-6)

4. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México, DF:

McGraw-Hill; 2010.

Organización Mundial de la Salud. Anticoncepción de urgencia . 2015

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/>

Villegas Díaz J, Martínez Silva L, Santiago Pineda M, Quinteros Avendaño R. Riesgos y daños a la salud de las adolescentes por el uso de la pastilla de emergencia.

CuidArte Disponible en: [http://journals.iztacala.](http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewArticle/197)

[unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewArticle/197](http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewArticle/197)

VIDA HUMANA INTERNACIONAL. La anticoncepción de emergencia [en línea]
<<http://www.vidahumana.org/>