



SOBRE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS: ASPECTOS A TENER EN CUENTA ON THE MORNING AFTER PILL: ASPECTS TO TAKE INTO ACCOUNT

Fecha de recepción: 10/2/2012
Fecha de aceptación: 8/5/2012

JUAN MIGUEL DE LA RUBIA COMOS
Doctor en farmacia por la Universidad Complutense de Madrid. Farmacéutico comunitario en Leganés.

Sr. Director

En el número anterior de nuestra revista, apareció un completo e interesante artículo de nuestra compañera M^a Jesús Rodríguez Martínez¹ sobre la anticoncepción desde la farmacia comunitaria. Por este motivo me ha parecido interesante hacer hincapié en la conocida como Píldora Postcoital, Píldora del Día Siguiente o Píldora del Día Después (PDD).

Como ya se sabe, el principio activo utilizado es el progestágeno levonorgestrel en dosis de 1,5 mg por comprimido. En España se comercializa como Norlevo® y Postinor®.

Existe entre la población la creencia muy extendida de su inocuidad sin tener en cuenta sus efectos secundarios, como sangrado vaginal irregular, retraso de la menstruación, hipermenorrea, aumento de la sensibilidad mamaria, cefaleas, mareos, dolor hipogástrico, náuseas y vómitos².

EFFECTOS SOBRE LA MUJER

Actualmente no se conoce suficientemente el comportamiento de este fármaco sobre el organismo femenino. Citaré a continuación algunas dudas que presenta su empleo.

Habría que valorar con estudios científicos adecuados los efectos sobre la mujer que recibe de golpe 1,5 mg de progestágeno (hasta treinta veces la dosis de una píldora anticonceptiva habitual) y esto no una vez, sino en muchos casos varias veces al año.

Tampoco se conocen suficientemente sus efectos a largo plazo tras la toma

repetida de la PDD, aunque sí se conocen los efectos en implantes subcutáneos anticonceptivos (Jadelle® con 75 mg de levonorgestrel) y que van desde modificaciones del estado de ánimo y la libido, hasta la depresión, migrañas, palpitaciones, dolor torácico e hipertensión, entre otros.

MECANISMO DE ACCIÓN

En cuanto al mecanismo de acción, existe mucha discusión al respecto. Si bien se considera generalmente que posee un efecto anovulatorio, no siempre es así: su eficacia anovulatoria dependerá del momento del ciclo que se tome y, en consecuencia, dependiendo del momento del ciclo en que se haya producido la relación sexual, podría o no producirse embarazo. Glasier y colaboradores en un trabajo del año 2010 afirman que el efecto anovulatorio es de un 83% cuando el folículo está entre 12 y 14 mm y la probabilidad de concepción es de un 30%, pero que este efecto anovulatorio desciende hasta un 12% cuando el folículo mide entre 18 y 20 mm y la posibilidad de fecundación es de un 80%³.

Otro posible mecanismo de acción de gran trascendencia por sus implicaciones éticas es el que afecta al endometrio con un efecto antiimplantatorio del embrión, lo que provoca la muerte de éste⁴ y, en consecuencia, un aborto precoz. Aunque algunos afirmen que esto no sería un aborto al considerar que el embarazo comienza con la implantación, existen suficientes evidencias de que, tras la fecundación, ya hay una vida humana, por lo que su efecto sobre la implantación tendría una acción abortiva.

Precisamente por esto último, expertos como J. Trusell recomiendan que se informe a la mujer que pide este fármaco acerca de su efecto antiimplan-

tatorio. Todo ello sin descartar la posibilidad de un embarazo ectópico tras su consumo⁵.

Están en estudio otros posibles mecanismos de acción entre los que se encontrarían su actividad sobre las trompas de Falopio, el moco cervical o los espermatozoides.

Además, su eficacia no es del 100%. Si bien hacen falta más estudios, hay autores que sitúan su eficacia anticonceptiva entorno al 60%⁶, por lo que, si la posibilidad de conseguir un embarazo en el periodo fértil es de un promedio del 30%⁷, de cien mujeres con posibilidad de quedarse embarazadas tras tomar la PDD sólo dieciocho evitarían el embarazo y doce no lo evitarían.

PDD Y ABORTOS

Por otra parte, y desde el punto de vista de la salud pública, no cabe pensar que la libre distribución de la PDD vaya a disminuir el número de abortos, pues no hay evidencia científica de que esto esté ocurriendo.

Estudios recientes han demostrado que facilitar el acceso de la población a este tipo de contracepción, si bien produce un incremento del consumo de la PDD, no disminuye ni la tasa de embarazos no planificados ni de abortos. En un estudio llevado a cabo en Inglaterra durante dos años en los que se distribuyó la PDD de manera gratuita y libre a un grupo de 17.831 mujeres mayores de 16 años se comprobó que no hubo modificaciones en la tasa de abortos⁸. Estos estudios han sido confirmados en un meta-análisis y en una revisión Cochrane⁹.

Lo que sí se ha comprobado es que entre las mujeres que acuden a abortar es más frecuente haber tomado la PDD¹⁰.

Asimismo, la facilidad de la adquisición de este fármaco al no necesitarse

receta ni siquiera para las menores, provoca en la población la sensación de que es un método anticonceptivo más, lo que está produciendo un uso indiscriminado del mismo, dándose el caso de mujeres que pueden llegar a emplearlo varias veces al año, con el consiguiente efecto sobre su salud. Hay autores que han advertido de la posibilidad de un incremento de las conductas sexuales de riesgo y de las enfermedades de transmisión sexual como consecuencia de facilitar el acceso a la PDD¹¹.

Finalmente, habría que valorar los efectos psicológicos de sentimiento de culpabilidad, provocados en aquellas mujeres que piensen que se han podido producir un aborto tras la toma de la PDD.

CONCLUSIONES

Aunque parece evidente, cuando se consulta la bibliografía especializada, que hacen falta muchos más estudios para llegar a conclusiones más ciertas en el comportamiento y la actuación de los fármacos conocidos como PDD, es posible a mi juicio sacar una serie de conclusiones como las siguientes:

1. No parece existir un único mecanismo de acción, por lo que no se puede clasificar a la PDD como un fármaco anovulatorio, sino que puede producir cambios en el endometrio dificultando la implantación del embrión.
2. En el caso de dispensar la PDD, hay que informar adecuadamente a la población de que no es suficientemente conocida su eficacia anticonceptiva, por lo que no se puede considerar como la "solución última" tras una relación sexual sin protección.
3. Aunque hay que hacer más estudios, no parece que su dispensación masiva

disminuya la tasa de embarazos no planificados ni de abortos. Sí que parece que las mujeres que han abortado han consumido más la PDD.

4. La dispensación totalmente libre de este fármaco está propiciando un aumento de las conductas sexuales de riesgo y de las enfermedades de transmisión sexual.

Es por ello que considero muy importante no banalizar la utilización de este fármaco y sí darle la importancia sanitaria que tiene y que puede tener a medio y largo plazo. Todo ello sin entrar en la mentalidad antinatalista que supone su uso sin ningún tipo de control. Por ello, me parece totalmente necesaria la receta médica para su dispensación, así como el papel tan importante que debe jugar el farmacéutico con su consejo especializado a las mujeres que solicitan este fármaco.

Es más, por todo lo expuesto y debido a los inconvenientes que supone para las mujeres su consumo, pienso que debería darse en centros hospitalarios y bajo supervisión médica, lo mismo que el anticonceptivo a base de 30 mg de ulipristal para la anticoncepción de emergencia durante 120 h. **FC**

AGRADECIMIENTOS

A D^a Cristina López del Burgo, Doctora en Medicina, del departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Navarra y a D. José López Guzmán, Doctor en Farmacia, del departamento de Humanidades Médicas de la Universidad de Navarra por su consejo y apoyo bibliográfico en la realización de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Martínez MJ. La anticoncepción desde la farmacia comunitaria. Una visión clínica. Farmacéuticos Comunitarios 2011;3(4):170-6.
2. Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. Lancet 2002; 360(9348):1803-10.
3. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. Lancet 2010; 375:560.
4. López Moratalla N, Iraburu Elizalde M. Los quince primeros días de una vida humana. Pamplona: EUNSA; 2004.
5. Trussell J, Ellertson C, Stewart F, Raymond EG, Shochet T. The role of emergency contraception. Am J Obstet Gynecol 2004;190:S30.
6. Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, Croxatto HB, Fraser IS. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation: a pilot study. Contraception 2007;75:112-8.
7. Colombo B, Masarotto G. Daily fecundability: first results from a new data base. Demogr Res 2000;3:[39] p.
8. Glasier A, Fairhurst K, Wyke S, Ziebland S, Seaman P, Walker J, et al. Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. Contraception 2004; 69:361-6.
9. Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. A metaanalysis. Obstet Gynecol 2007;110:1379-88.
10. Black KI, Mercer CH, Johnson AM, Wellings K. Sociodemographic and sexual health profile of users of emergency hormonal contraception: data from a British probability sample survey. Contraception 2006;74:309-12.
11. Stanford JB. Emergency contraception: Overestimated effectiveness and questionable expectations. Clin Pharma Therap 2008; 83(1):19-21.

