Evidencias en indicaciones de la progesterona

Marlon Yoel Miñano Jara

Sr. Editor:

He leído detenidamente con mucho interés el artículo "Evidencias en indicaciones de la progesterona" (Ginecol Obstet Mex 2017 agosto; 85(8):489-497) y a través de esta carta le expongo la información que pude extraer de una ardua investigación sobre su uso durante la Administración en Tecnología de reproducción asistida, para así reforzar el contenido que su gran artículo.

El Hospital Santa Rosa en sus Guías de Práctica Clínica del Servicio de Fertilidad y climaterio sobre el procedimiento de inseminación artificial intrauterina en Perú, señala: Cuando el tamaño folicular medio sea de 18-20 mm se procede a la administración de 5000-10000 UI de hCG y se programará la inseminación a las 36 horas después. Posteriormente se dará soporte de la fase lútea de 200 mg/24 horas de progesterona natural micronizada vía vaginal, desde el día de la inseminación hasta el test de gestación y prolongando este soporte hasta la semana 10 de embarazo, si este se consigue.[1]

Asimismo La Guía para el estudio y tratamiento de la infertilidad del Programa Nacional Salud de la Mujer Chilena, indica sobre la suplementación de fase lútea lo siguiente: Esta se realiza fundamentalmente con progesterona y está indicada en la estimación ovárica controlada. Se recomienda 200 a 400 mg de progesterona natural vía vaginal, dado los menores efectos secundarios en comparación con la vía oral.[2]

Además La Guía sobre la suplementación de progesterona durante la fase lútea y el embarazo temprano en el tratamiento de la infertilidad del Comité de Práctica de la Sociedad Americana

Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Peru.

Recibido: noviembre 2017
Aceptado: noviembre 2017

Correspondencia
Marlon Yoel Miñano Jara
marxs1287@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Miñano Jara MY. Evidencias en indicaciones de la progesterona. Ginecol Obstet Mex. 2018 enero;86(1):86-87.
DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i1.1792

de Medicina Reproductiva en colaboración con la Sociedad de Endocrinología reproductiva e infertilidad, señala: La suplementación de progesterona por vía oral es el método menos común debido a dos ensayos controlados aleatorizados en el que se observaron tasas significativamente más bajas de implantación y de embarazo, tasas de aborto más altas o ambas en las mujeres que recibieron el suplemento de progesterona micronizada por vía oral, en comparación con las mujeres que recibieron progesterona por vía intramuscular o por vía vaginal. La progesterona intramuscular (50 mg/día) genera concentraciones de progesterona circulante por encima del rango fisiológico y la administración por vía vaginal produce niveles séricos más bajos, pero sin embargo alcanza concentraciones en el tejido del endometrio hasta 30 veces mayores que los conseguidos con progesterona administrada por vía intramuscular. La progesterona se puede administrar por vía vaginal en gel al 8%, supositorios o comprimidos. Los efectos del tratamiento con supositorios vaginales o comprimidos en dosis que varían entre 200 y 600 mg/día parece ser compatible a los alcanzados por la administración del gel que contiene 90 mg de progesterona.[3]

El Consejo de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud e Infancia de Irlanda, en su revisión de la evidencia biomédica del tratamiento de la infertilidad en mujeres, señala sobre el soporte de la fase lútea en la fertilización in vitro lo siguiente: la gonadotropina coriónica humana dio como resultado mayores tasas de embarazos, pero está asociado con el síndrome de hiperestimulación ovárica. Por lo tanto, la progesterona es la opción preferida para su uso en el apoyo de la fase lútea.[4]

Y para finalizar Van der Linden M, et al (Cochrane), realizaron una revisión sistemática con el objetivo de determinar la eficacia y la seguridad de los métodos de soporte de la fase lútea que se prestan a las mujeres subfértiles sometidas a reproducción asistida. Se seleccionaron ensayos controlados aleatorizados de apoyo de la fase lútea usando progesterona, gonadotropina coriónica humana (hCG) o la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) como suplemento agonista en los ciclos de técnica de reproducción asistida. Los autores concluyen indicando que la revisión mostró un efecto significativo a favor de la progesterona para el apoyo de la fase lútea. [5]

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Hospital Santa Rosa. Departamento de Gineco-Obstetricia- Guías de Práctica Clínica. Servicio de fertilidad y climaterio. 2010
2. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad. Programa Nacional Salud de la Mujer. 2015.
3. The practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with the Society for Reproductive Endocrinology And Infertility. Progesterone supplementation during the luteal phase and in early pregnancy in the tretament of infetrility: an educational bulletin. Fertil Steril. 2008 Apr;89(4):789-92.
4. Minister for Health and Children. The women's Health Council. Infertility Treatments for Women, A reviewof the Bio-medical Evidence. [en línea]. 2009 [Fecha de consulta: noviembre 2017]. URL disponible en: http://health.gov.ie/.
5. Van der Linden M. Buckingham K., Farquhar C. AM Kremer J. Metwally M. Luteal phase support for assisted reproduction cycles doi: 10.1002/14651858.CD009154.pub2.