

# **ANTICONCEPCIÓN IRREVERSIBLE MEDIANTE MÉTODO ESSURE**

HUVMACARENA ( SEVILLA ) DURANTE EL  
AÑO 2013

---

FABIOLA SANTOS RIDAO DIC 2013





# ANTICONCEPCIÓN IRREVERSIBLE EN MUJERES CON DISPOSITIVO ESSURE EN HUV MACARENA ( SEVILLA) DURANTE EL AÑO 2013.

## INTRODUCCIÓN:

El método Essure pbc ( permanent bird control) fabricado por conceptus, es un método de esterilización permanente definitiva femenina, por vía transcervical consiste en la oclusión tubárica selectiva.

En el mercado está disponible Essure, aprobado por la FDA 2002. Adiana, otro dispositivo se introdujo en 2009 y fue retirado en 2012 por razones económicas.

Essure es un dispositivo compuesto por un metal y un polímero de 4 cms de largo y de 1 a 2 mm de ancho cuando se despliega.

Se compone de una bobina interna de las fibras de tereftalato ( PET) y una bobina exterior de níquel- titanio ( nitinol) de acero inoxidable y polietileno. Viene cargado en un sistema de administración de un solo uso.

El dispositivo se coloca bajo guía histeroscópica en la trompa de Falopio proximal. La bobina inicialmente está comprimida y se expande cuando se ancla a la trompa.

Después de la colocación las fibras de PET estimula el crecimiento de tejido fibrótico que rodea e infiltra el dispositivo en el transcurso de varias semanas.

Doce semanas después se realiza una prueba de imagen. Se debe utilizar un método anticonceptivo eficaz hasta confirmar satisfactoriamente la ubicación del microinserto y la oclusión tubárica.

Tiempo y preparación endometrial. La visión clara de los ostiums es la clave del éxito del procedimiento. Para optimizar la visualización el procedimiento debe realizarse con un endometrio de primera fase ( fino), que se logrará con el tratamiento de gestágenos, también puede usarse anticoncepción combinada o acetato de medroxiprogesterona. Si bien no hay datos con respecto al mejor método de preparación, se ha encontrado que las mujeres con preparación con progestágenos son más

eficaces que los combinados.

## OBJETIVOS.

Con objeto de la memoria fin de máster del III máster de contracepción y salud reproductiva se realiza un estudio descriptivo de una muestra de 120 mujeres a la que se les coloca el método Essure usando encuestas pre y postinserción con un total de 19 variables.

## MATERIAL Y MÉTODOS.

Se ha utilizado un histeroscopio marca Bettocchi de 5.5 mm de diámetro con un cánula de trabajo de 5 Freinch ( 1.66 mm) con flujo continuo, utilizamos como medio de distensión solución salina, conectado a una fuente de luz fría y una cámara endoscópica con visualización directa en un monitor de televisión.

Se realiza un estudio descriptivo con análisis retrospectivo en pacientes con indicación de Anticoncepción irreversible

por procedimiento Essure realizado en el Servicio de Ginecología HUV Macarena entre Enero de 2013 y Octubre de 2013.

Evaluamos 120 casos.

Se ha realizado como prueba de confirmación una radiología pélvica a los 3 meses postinserción. En caso de asimetría o dudas de colocación se solicitó una histerosalpingografía para asegurar la obstrucción.

El procedimiento consiste en una histeroscopia diagnóstica.

En nuestro servicio se realiza en una consulta, siendo necesario un histeroscopio rígido tipo Bettocchi con una lente de 30 grados y personal entrenado, un ginecólogo y una auxiliar de enfermería.

Se realiza bajo premedicación con AINEs y diazepam 10 mg o similar lo que proporciona buena tolerancia por la paciente y rápida recuperación.

Tras una vaginoscopia, visualización del canal endocervical y entrada en cavidad uterina visualizamos los dos ostiums tubáricos; aseguramos la correcta visualización antes de

proceder a abrir el precinto del dispositivo.

Se introduce el sistema Essure a través del canal de trabajo, una vez que el dispositivo se encuentra en posición aceptable retiramos el catéter de aplicación, finalizando el procedimiento con la extracción del catéter e histeroscopio.

La paciente tiene que realizar un método anticonceptivo eficaz hasta tres meses después, hasta producir la fibrosis intratubárica. Se controla por radiografía de pelvis midiendo la simetría y la distancia.

-Se va a realizar una HISTEROSALPINGOGRAFÍA aproximadamente 3 meses postinserción en los siguientes casos:

- a) inserción INSATISFACTORIA, es decir, quedan en el momento de la extracción del catéter menos de 3 anillas visibles en la cavidad endometrial (posible migración a cavidad peritoneal) o más de 10 anillas (posible migración a cavidad endometrial);
- b) inserción DIFICULTOSA, por mala visualización del

ostium y también por espasmos uterinos dolorosos o hemorragia durante la inserción;

- c) control ecográfico a los 3 meses INSATISFACTORIO;
- d) trompa única.

-Las proyecciones que realizamos en la

HISTEROSALPINGOGRAFÍA son 5:

- a) registro basal o simple,
- b) en AP realizamos un mínimo llenado de la cavidad uterina,
- c) en AP realizamos un llenado parcial de la cavidad
- d) uterina,
- e) donde se empiezan a dibujar los cuernos uterinos,

d y e) con llenado total realizamos 2 proyecciones OBL para desenfilar los cuernos uterinos, que luego ampliaremos en la consola de trabajo

-Los datos que nos aportan al ginecólogo son fundamentalmente dos:

- a) la UBICACIÓN del microinserto,
- b) la OCLUSIÓN o PERMEABILIDAD tubárica.

Ubicación correcta.

- Extremo distal del coil interno se encuentra en la trompa,
- con < 50% de su longitud dentro de la cavidad uterina.
- Extremo proximal del coil interno está situado a < 30 mm del cuerno uterino homolateral.

UBICACIÓN INCORRECTA:

- El dispositivo se encuentra localizado en cavidad uterina, o el 50% o más de la longitud del coil interno se encuentra en cavidad uterina.
- El dispositivo está libre en cavidad peritoneal, o el extremo proximal del coil interno se encuentra a > 30 mm del cuerno uterino homolateral.

-OCLUSIÓN TUBÁRICA:

- Oclusión de la trompa a nivel del cuerno uterino;
- Se ve medio de contraste dentro de la trompa de Falopio, pero no más allá del extremo distal exterior del microinserto.

-PERMEABILIDAD TUBÁRICA:

- Se ve medio de contraste más allá del extremo distal del microinserto o en la cavidad peritoneal.

-Las pacientes con HISTEROSALPINGOGRAFÍA serán clasificadas en:

1-ubicación del dispositivo satisfactoria con oclusión;

2-ubicación del dispositivo satisfactoria con permeabilidad;

3-ubicación del dispositivo insatisfactoria con oclusión;

4-ubicación del dispositivo insatisfactoria con permeabilidad.

En cada una de estas situaciones la actitud a tomar debe ser la adecuada .

Se utilizó una tabla Excel para la recogida de datos y el programa SPSS para el análisis estadístico de éstos.

## RESULTADOS

Evaluación de 120 pacientes con deseo de anticoncepción irreversible. La colocación bilateral se ha conseguido en 120 pacientes ( 100 %).

La edad media fue 35, 38 años con una desviación típica de

3,937 y la paridad de 2,16 con un intervalo de confianza al 95 % con límite inferior 1,98 y superior 2,34 y una desviación típica de 0,979

Acudieron con preparación 112 pacientes ( 93,3 %)

El peso de las pacientes oscilaba entre 48 y 158 kg con una media de 69,78 kg y un intervalo de confianza para la media al 95 % con límite inferior de 66,67 y superior de 72,90.

Como método previo al Essure las pacientes usaron ACHO ( 65%), DIU (10%), Evra (1,7%), Implanon (1,7%), preservativo(7,5%), Nuvaring( 4,2%) o ninguno (10 %).

El 51,7 % de las pacientes eran amas de casa, el 2% tenían estudios superiores.

El tiempo medio de colocación desde el inicio fue de 3 Min ( rango de 1 min a 10 min)

Reinserción a la vida laboral fue 68, 3 % a las 24 horas, 8,3% a las 12 horas, 8,3 % a las 48 horas.

Reinserción relaciones sexuales en el mismo día el 30, 8 %, en 48 horas el 15, 8 % y en 72 horas el 11, 7 %

Encuesta de satisfacción calificado como bueno 56% o

excelente 64 %

Los resultados de la exploración radiológica a los 3 meses.

Radiología satisfactoria en el 100 % de los casos con dudas por asimetría en el 15,8 % de los casos para lo que se realizó una Histerosalpingografía.

No se han registrado errores.

Se realizó una escala de dolor calificándolo como si o no. El 82,5 % correspondían a “no” y el 17,5 % a “sí”.

Los efectos secundarios fueron dismenorrea 2,5%, dolor en hipogastrio 10,5 %, dolor en la inserción 20 %, EPI 0,8 %, Spotting 0,8 %.

Síndromes vagales el 4,2 %

En cuanto a las dificultades de inserción se calificó como Alta, fácil, máxima y media. Alta ( 5,8 %), Fácil (60%), Máxima (4,2%), Media ( 30 %).

Se intenta establecer una relación entre dificultad de inserción y la preparación con diazepam 10 mg no encontrado diferencias significativas entre máxima dificultad y preparación pero si entre dificultad fácil y preparación.

## DISCUSIÓN:

Antes de la aparición de este método la anticoncepción irreversible femenina requería una intervención quirúrgica realizada por laparoscopia o laparotomía para poder realizar un bloqueo tubárico, con los riesgos derivados de la intervención quirúrgica y de la anestesia general realizada y altos costes sanitarios. Con este nuevo método de anticoncepción irreversible realizado a través de histeroscopia, sin incisiones, en una consulta se disminuyen los riesgos quirúrgicos y anestésicos, se consigue una rápida recuperación post-procedimiento con un alto porcentaje de colocación bilateral de los dispositivos, con buena tolerancia y disminución de costes sociales y económicos por la pronta recuperación después de realizado el procedimiento y menores costes totales sanitarios.

En nuestro hospital el control postinserción está teniendo buenos resultados con radiología pélvica sin embargo un estudio reciente d 1145 pacientes concluye que la ecografía

transvaginal debería de ser el primer método de confirmación de una adecuada esterilización mediante Essure , ya que es minimamente invasivo, prescindimos de radiación y no disminuye la efectividad del método.

Otra posible mejora en nuestro protocolo sería la administración sistemática de desogestrel 12 semanas previas a la inserción ya que parece que facilita el procedimiento a la vez que sirve como contraceptivo.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. J Minim Invasive Gynecol. 2013 Sep-Oct;20(5):591-4. doi: 10.1016/j.jmig.2013.03.003. Epub 2013 Apr 12.

2. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;8:CD009251. doi:10.1002/14651858.CD009251.pub2.

Pain management for tubal sterilization by hysteroscopy.

Kaneshiro B, Grimes DA, Lopez LM.

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Hawaii, Honolulu, USA. [bkaneshiro@ucera.org](mailto:bkaneshiro@ucera.org).

3. Fertil Steril. 2010 Sep;94(4):1189-94. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.07.994. Epub 2009 Aug 14.

Analysis of pain and satisfaction with office-based hysteroscopic sterilization. Levie M, Weiss G, Kaiser B, Daif J, Chudnoff SG.

Department of Obstetrics and Gynecology and Women's Health, Montefiore Medical

Center/Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York 10467, USA.

4. J Minim Invasive Gynecol. 2011 Mar-Apr;18(2):164-8. doi: 10.1016/j.jmig.2010.10.010. Epub 2011 Feb 1.

Confirmation of Essure placement using transvaginal ultrasound. Veersema S, Vleugels M, Koks C, Thurkow A, van der Vaart H, Brödmann H.

Department of Obstetrics and Gynecology, St Antonius Hospital, Nieuwegein, the Netherlands. [s.veersema@planet.nl](mailto:s.veersema@planet.nl)

5. Protocolo Junta de Andalucía 2004.

6. Revisión Esterilización Essure UptoDate 2013

