



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/172d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **¿Y por qué no usar Essure como método anticonceptivo?**
Autores Miriam Abdel Karim Ruiz,¹ María Hernández Rabal,² M^a
 Gloria Barranco Berrocal²
Centro/institución (1) Hospital Costa del Sol. (2) Hospital Regional Universitario Carlos
 Haya
Ciudad/país (1) Marbella (Málaga), España. (2) Málaga, España
Dirección e-mail melocotoncillo@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: Essure es un dispositivo de acero inoxidable, que al ser introducido en la trompa de Falopio induce a una respuesta inflamatoria, lo que resulta en un bloqueo gradual y de forma permanente. Es una alternativa muy interesante a la vasectomía y a la obstrucción tubárica por laparoscópica. Asociada a un postoperatorio inmediato por no necesitar incisiones ni anestesia, disminución de dolor, mejor tolerancia por el paciente y a una reducción de estancia en el hospital.

Objetivo: Evaluar el procedimiento, colocación y evolución de la esterilización intratubárica mediante este dispositivo.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Cochrane Plus, Medline, Gerion, SciELO, Cuiden.

Resultados: Los estudios muestran que es un método de esterilización ambulatoria, sin anestesia. Exitoso, seguro y asociado a una alta satisfacción. Aunque también tiene sus complicaciones.

Discusión: Los profesionales sanitarios debemos conocer las alternativas anticonceptivas disponibles en la actualidad, con el fin de poder asesorar eficazmente.

Palabras clave: Essure/ Histeroscopia/ Esterilización tubárica.

ABSTRACT

AND WHY NOT USE ESSURE FOR CONTRACEPTION?

Introduction: Essure device is stainless steel, which when inserted into the fallopian tube to induce an inflammatory response, resulting in gradual blockage and permanently. It is a very interesting alternative to vasectomy and tubal obstruction by laparoscopy. Associated with postoperative need not incisions or anesthesia, decreased pain, better patient tolerance and reduced hospital stay.

Objective: To evaluate the procedure, placement and evolution of intra sterilization through this device.

Methods: We performed a literature search in databases such as Cochrane, Medline, Gerion, SciELO, Cuiden.

Results: Studies show that a method of sterilization is ambulatory without anesthesia. Successful, safe and associated with high satisfaction. But it also has its complications.

Discussion: Clinicians must know the contraceptive choices available today, in order to effectively advise.

Key-words: Essure/ Hysteroscopy/ Tubal sterilization.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

A mediados de la década de los 90, aparece un nuevo método histeroscópico en esterilización femenina permanente, que parece aventajar a todos los demás en seguridad y eficacia. En un principio, fue diseñado por un grupo de ingenieros a partir de un sistema creado para el tratamiento de los aneurismas cerebrales. Este método consiste, en la colocación de un dispositivo flexible y pequeño, similar a los stents cardiacos, con una doble hélice expandible. Se coloca en el interior de la luz de la trompa de Falopio, y es el responsable de la reacción inflamatoria que causará la fibrosis y obstrucción tubárica. Se puede colocar bajo sedación con anestesia local, o directamente, si la paciente lo tolera, solamente tras un analgésico y una benzodiacepina oral.¹

El desarrollo de esta técnica y la mínima invasión, ha permitido incrementar el número de procedimientos que pueden realizarse en forma ambulatoria o con una hospitalización reducida, que puede ser por sólo horas, además de reducir las complicaciones tanto intra como post-operatorias.^{2,3}

El procedimiento para comprobar la oclusión completa, se realiza a los 3 meses y varía según el país. En los países europeos se comprueba mediante radiografía en la pelvis (antero-posterior), en EE.UU. se comprueba con histerosalpingografía. Existen otras pruebas de confirmación, como la ecografía vaginal, ecografía de infusión de contraste y tridimensional.⁴ Mientras es efectivo o no, hay que seguir con un método anticonceptivo alternativo.⁵

Objetivo

Conocer el procedimiento, colocación y evolución de la esterilización intratubárica mediante este dispositivo.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Cochrane Plus, Medline (con el software Pubmed), Gerion, SciELO y Cuiden. Se ha accedido a los recursos de la BV-SSPA. La estrategia utilizada en Medline ha sido: `essure[All Fields] AND ("laparoscopy"[MeSH Terms] OR "laparoscopy"[All Fields] OR "laparoscopic"[All Fields]) AND ("sterilisation"[All Fields] OR "sterilization, reproductive"[MeSH Terms] OR ("sterilization"[All Fields] AND "reproductive"[All Fields]) OR "reproductive sterilization"[All Fields] OR "sterilization"[All Fields] OR "sterilization"[MeSH Terms])`

Con los siguientes filtros: Systematic Reviews, Meta-Analysis and Humans con resultado de 38 registros, revisados y seleccionados, además de artículos relacionados.

Resultados

Entonces, ¿a quién va dirigido?

La edad media encontrada, está en torno a los 20-43 años, se trata de una edad en la que la mujer ha cumplido los deseos de ser madre. No están excluidas las pacientes nulíparas o con cesárea, como tampoco las obesas o con alguna cirugía abdominal, contraindicado en pacientes con alergia al níquel.⁵⁻⁷

Eficacia

Hay estudios que sugieren, que Essure puede ser un método más rentable que la esterilización laparoscópica.^{8,9}

Es un procedimiento que no requiere anestesia, con una alta tasa de éxito en su implantación.³ El tiempo que se tarda en la colocación del dispositivo es entre 10 y 20 minutos por paciente.^{2,3}

Satisfacción

La colocación, se realiza de forma ambulatoria, sin incisiones, sin cirugía, sin anestesia, pudiéndose incorporar rápidamente a las actividades diarias e incluso al trabajo, en un estudio de 1615 pacientes, el 86,5% estaban muy satisfechos con el método, el 10,2% sintieron un dolor similar a la menstruación y el 3,1% un dolor más intenso.¹⁰⁻¹²

Un estudio prospectivo lo compara con la ligadura de trompas, de 89 mujeres, el 82%, lo toleraron de manera excelente, al contrario el 41%, que fue sometido a laparoscopia.¹³

Seguridad

Hay un estudio, que describe 5 embarazos, de los que cuatro eran ectópicos, en menos de un año tras su colocación.¹⁴

Método seguro alternativo a la ligadura de trompas, para pacientes con enfermedades importantes, a las que les supongan un riesgo.¹⁵

Seguimiento

Tras colocar el dispositivo es necesario confirmar a los tres meses, mediante radiografía, la buena colocación para dejar la anticoncepción alternativa. En los que no, se hubo que esperar otros tres meses y se volvió a repetir la radiografía, todas las pacientes tuvieron las trompas ocluidas a los 6 meses.^{16,17}

Coste

Al comparar la esterilización histeroscópica mediante Essure con la laparoscópica, se ha demostrado que hay ahorro, a pesar del coste de los dispositivos.⁸

Complicaciones

Se detectaron entre un 5 y 15% de complicaciones intraoperatorias como la imposibilidad de colocarlo o la perforación de la trompa y postoperatorias como la infección, hemorragia, dolor, migración y expulsión.^{2,16,18-21}

Hay un bajo índice de riesgo de gestación, los embarazos llegan a término sin consecuencias para la madre ni para su recién nacido. El riesgo de embarazo después de la esterilización histeroscópica puede reducirse mediante la realización de una prueba de embarazo en orina el día de la inserción y haciendo seguimiento.²²⁻²⁵

Hay estudios en los que tras la inserción del dispositivo, las pacientes refirieron dolor y presentaron pequeñas pérdidas de hemáticas, durante cuatro días.^{16,24,26}

Fracaso

La principal tasa de fracaso de colocación fue la anatomía de las trompas y la dificultad de visualización de los ostium tubáricos. Había mayor efectividad con la premedicación (30-60 minutos) de AINES y benzodiacepina.^{3,6,16}

Otras utilidades

Son utilizados para inducir la oclusión tubárica proximal en pacientes con hidrosálpinx, sometidas a fecundación in vitro y también en menometrorragia.²⁷⁻³⁰

Aunque el procedimiento es realizado por los ginecólogos, el resto de profesionales tienen un papel importante en el apoyo del proceso, en la toma de decisiones con respecto a la esterilización. Por asesorar e instruir a las mujeres sobre todas sus opciones anticonceptivas y asistencia a entender las implicaciones de este nuevo procedimiento, podemos ayudarlas a decidir y, finalmente, mejorar su calidad de vida.³¹

Discusión y Conclusiones

Los profesionales sanitarios debemos conocer las alternativas anticonceptivas disponibles en la actualidad, con el fin de poder asesorar eficazmente, sobre los beneficios y los riesgos de este dispositivo.

Essure, es un método de esterilización permanente, que supone un ahorro económico respecto a la ligadura de trompas por laparoscopia y es una buena alternativa a la vasectomía (esterilización reversible), es un procedimiento seguro, eficaz y mínimamente agresivo, con escaso porcentaje de complicaciones, altamente aceptable por las pacientes, porque no requiere pasar por el quirófano, tampoco anestesia (algunas veces local), ni hospitalización.

Se asocia con una recuperación rápida y el poder incorporarse de forma prácticamente inmediata a las actividades normales.

Bibliografía

1. Royal Australasian College of Surgeons. New and Emerging Techniques-Surgical Horizon Scanning Report 2004. Essure™ System for Tubal Sterilization. Disponible en: <http://www.surgeons.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentFileID=1820>
2. Kerin JF, Cooper JM, Price T, Van Herendael B, Cayuela-Font E, Cher D, et al. Hysteroscopic sterilization using a micro-insert device: results of a multicentre Phase II study. *Hum Reprod.* 2003 Jun;18(6):1223-30.
3. Cooper JM, Carignan CS, Cher D, Kerin JF. Microinsert Nonincisional Hysteroscopic Sterilization. *Obstet Gynecol.* 2003 Jul; 102 (1):59-67.
4. Legendre G, Levallant JM, Faivre E, Deffieux X, Gervaise A, Fernandez H. 3D ultrasound to assess the position of tubal sterilization microinserts. *Hum Reprod.* 2011 Oct; 26(10):2683-9.
5. Castaño PM, Adekunle L. Transcervical sterilization. *Semin Reprod Med.* 2010 Mar; 28(2):103-9.
6. Panel P, Grosdemouge I. Predictive factors of Essure implant placement failure: prospective, multicenter study of 495 patients. *Fertil Steril.* 2010 Jan; 93(1):29-34.
7. Palomo Viciano M.J., Quesada Hurtado J., Camacho Caro M., Sánchez Sánchez E., Córdor Muñoz L.M. Essure, nuevo método de planificación familiar. Nuestra experiencia en un año en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. Análisis descriptivo. *Toko - Gin Pract*, 2013; 72(3):82-88.
8. Levie MD, Chudnoff SG. Office hysteroscopic sterilization compared with laparoscopic sterilization: a critical cost analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005 Jul-Aug; 12(4):318-22.
9. Hopkins MR, Creedon DJ, Wagie AE, Williams AR, Famuyide AO. Retrospective cost analyses comparin Essure hysteroscopic sterilization and laparoscopic bilateral tubal coagulation. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007 Jan-Feb; 14(1):97-102.
10. Palmer MD, Greenberg MD. Transcervical sterilization: a comparison of essure(r) permanent birth control system and adiana(r) permanent contraception system. *Rev Obstet Gynecol.* 2009 Spring; 2(2):84-92.
11. Povedano B, Arjona JE, Velasco E, Monserrat JA, Lorente J, Castelo-Branco C. Complications of hysteroscopic Essure(®) sterilisation: report on 4306 procedures performed in a single centre. *BJOG.* 2012 Jun; 119(7):795-9.
12. Wittmer MH, Brown DL, Hartman RP, Famuyide AO, Kawashima A, King BF. Sonography, CT, and MRI appearance of the Essure microinsert permanent birth control device. *AJR Am J Roentgenol.* 2006 Oct; 187(4):959-64.
13. Duffy S, Marsh F, Rogerson L, Hudson H, Cooper K, Jack S, et al. Female sterilisation: a cohort controlled comparative study of Essure versus laparoscopic sterilisation. *BJOG.* 2005 Nov; 112(11):1522-8.
14. Connor VF. Essure: a review sis years later. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009 May-Jun; 16(3):282-90.
15. Famuyide AO, Hopkins MR, El-Nashar SA, Creedon DJ, Vasdev GM, Driscoll DJ, et al. Hysteroscopic sterilization in women with severe cardiac disease: experience at a tertiary center. *Mayo Clin Proc.* 2008 Apr; 83(4):431-8.
16. Kevin JF, Carigan CS, Cher D. The safety and effectiveness of a new hysteroscopic method for permanent birth control: results of the first Essure pbc clinical study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2001 Nov;41(4):364-70.

17. Shavell VI, Abdallah ME, Shade GH Jr, Diamond MP, Berman JM. Trends in sterilization since the introduction of Essure hysteroscopic sterilization. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009 Jan-Feb; 16(1):22-7.
18. Úbeda A, Labastida R, Dexeus S. Essure: A new device for hysteroscopic tubal sterilization in an outpatient setting. *Fertil Steril*. 2004 Jul;82(1):196-9.
19. Belotte J, Shavell VI, Awonuga AO, Diamond MP, Berman JM, Yancy AF. Small bowel obstruction subsequent to Essure microinsert sterilization: a case report. *Fertil Steril*. 2011 Jul; 96(1):e4-6.
20. Moawad N, Mansuria S. Essure perforation and chronic pelvic pain. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011 May-Jun; 18(3):285-6.
21. Thoma V, Chua I, Garbin O, Hummel M, Wattiez A. Tubal perforation by ESSURE microinsert. *J Minim Invasive Gynecol*. 2006 Mar-Apr; 13 (2):161-3.
22. Moses AW, Burgis JT, Bacon JL, Risinger J. Pregnancy after Essure placement: report of two cases *Fertil Steril*. 2008 Mar;89(3):724.e9-11.
23. Hastings-Tolsma M, Nodine P, Teal SB, Embry J. Pregnancy outcome after transcervical hysteroscopic sterilization. *Obstet Gynecol*. 2007 Aug;110(2 Pt 2):504-6.
24. Hur HC, Mansuria SM, Chen BA, Lee TT. Laparoscopic management of hysteroscopic Essure sterilization complications: report of 3 cases. *J Minim Invasive Gynecol*. 2008 May-Jun; 15(3):362-5.
25. Veersema S, Vleugels MP, Moolenaar LM, Janssen CA, Brölmann HA. Unintended pregnancies after Essure sterilization in the Netherlands. *Fertil Steril*. 2010 Jan; 93(1):35-8.
26. Jain P, Clark TJ. Removal of Essure® device 4 years post-procedure: a rare case. *J Obstet Gynaecol*. 2011; 31(3):271-2.
27. Mijatovic V, Dreyer K, Emanuel MH, Schats R, Hompes PG. Essure® hydrosalpinx occlusion prior to IVF-ET as an alternative to laparoscopic salpingectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012 Mar; 161(1):42-5.
28. Thébault N, Broux PL, Moy L, Vialard J. Utilization of Essure® micro-insert for hydrosalpinx occlusion in infertile women. *Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2012 Apr; 41(2):145-50.
29. Fernandez H. Update on the management of menometrorrhagia: new surgical approaches. *Gynecol Endocrinol*. 2012 Feb; 28(2):156.
30. Donnadiu AC, Deffieux X, Gervaise A, Faivre E, Frydman R, Fernandez H. Essure sterilization associated with endometrial ablation. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 May; 97(2):139-42.
31. Theroux R. The hysteroscopic approach to sterilization. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008 May-Jun; 37(3):356-60.