



Revista Clínica de Medicina de Familia

ISSN: 1699-695X

info@scamfyc.org

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina
de Familia y Comunitaria
España

González Fernández, Cristina; Fernández Revilla, Javier Miguel
Manejo de los Implantes Subdérmicos de Etonogestrel en Atención Primaria
Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 4, núm. 2, junio, 2011, pp. 146-149
Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria
Albacete, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169619932009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Manejo de los Implantes Subdérmicos de Etonogestrel en Atención Primaria

Cristina González Fernández^a, Javier Miguel Fernández Revilla^b

^a Médico de Familia, Centro de Salud Entrevías, Territorio Sureste, SERMAS, Madrid.

^b Director de Centro, Centro de Salud Ensanche, Territorio Sureste, SERMAS, Madrid.

Correspondencia: Cristina González Fernández, Centro de Salud Entrevías, C/ Pedroches s/n, 28053 - Madrid, España. Telf.: 915073044, e-mail: cristinagftb@gmail.com.

Recibido el 17 de marzo de 2011.

Aceptado para su publicación el 17 de abril de 2011.

RESUMEN

Trabajamos en un Territorio de Salud donde es fundamental estar formados y concienciados en anticoncepción porque los embarazos no deseados son un problema importante. Los métodos anticonceptivos que proporcionan una mayor efectividad son aquellos cuyo cumplimiento no depende de la paciente. Los implantes subdérmicos de etonogestrel son un método anticonceptivo eficaz, con pocas contraindicaciones y de fácil colocación, por lo que constituyen un método ideal para utilizar desde Atención Primaria.

Palabras clave. Embarazo no Deseado, Anticoncepción, Implantes de Medicamentos.

ABSTRACT

Management of Etonogestrel Subdermal implants in Primary Care

We work in a Health Area in which it is essential to be aware of and be trained in contraception methods because unwanted pregnancies are a significant problem. The most effective contraceptive methods are those that don't depend on patient compliance. Etonogestrel subdermal implants are effective with few contraindications and easy to implant, this makes them an ideal method for use in Primary Care.

Key words. Pregnancy, Unwanted, Contraception, Drugs Implants.

INTRODUCCIÓN

El manejo de la anticoncepción en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, según nuestra experiencia, es muy distinto en función del Territorio Sanitario en el que se trabaje y los profesionales que participen en su manejo, tanto de atención primaria como de especializada.

Trabajamos en un territorio donde los embarazos no deseados son un problema, por lo que es fundamental estar formados y concienciados en anticoncepción, y tener respuestas y soluciones claras a la hora de asesorar y manejar sobre los métodos anticonceptivos.

Sabemos que los anticonceptivos que proporcionan una mayor efectividad son aquellos cuyo cumplimiento no depende de la paciente. Los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes subdérmicos son los que mejor se adaptan a este criterio. Dado que en la Comunidad de Madrid el acceso al DIU es a través de una derivación a Atención Especializada, en el ámbito donde trabajamos el acceso más sencillo y directo lo tenemos con los implantes subdérmicos de etonogestrel^{1,2}. Existe otro implante de levonogestrel que desde hace unos meses ya no está comercializado en España y requería para su uso una autorización por inspección médica tras el informe previo de un especialista en ginecología.

En este escenario vamos a hacer una revisión del manejo del implante anticonceptivo subdérmico de etonogestrel en un Centro de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

FARMACOLOGÍA

El etonogestrel es un gestágeno y está disponible a día de hoy en España, de forma combinada en el anillo vaginal y como única composición en los implantes subdérmicos³.

Se engloba dentro del grupo de los géstatenos aparecidos en los años 80 y 90, y llamados por algunos autores de 3ª generación, aunque es más correcto clasificarlos dentro del grupo de los derivados de la testosterona (tabla 1).

Fue en los años 40 cuando el Dr. Russell Marker sintetizó la progesterona a partir de la sapogenina,

un esteroide vegetal. En 1942 consiguió, a partir de la *Dióscorea mexicana*, la síntesis de 3 kg de progesterona. Hasta entonces sólo se habían sintetizado unos pocos miligramos de esteroides sexuales a partir de ovarios de conejas.

MECANISMO DE ACCIÓN

El mecanismo de acción incluye:

- Inhibe el pico de la secreción de LH, con lo que inhibe la ovulación. Éste es el mecanismo fundamental en la anticoncepción hormonal, tanto en la combinada como en la que solamente se emplean gestágenos.
- Espesamiento del moco cervical, que hace que disminuya el volumen y aumente la celularidad y la viscosidad del moco, haciendo que se convierta en un "moco hostil". Este es el efecto más rápido en aparecer.

<i>Derivados de testosterona</i>			<i>Derivados de progesterona</i>	<i>Derivados de espironolactona</i>
1ª generación:	2ª generación:	3ª generación:	Acetato de clormadinona Acetato de ciproterona Acetato de medroxi-progesterona	Drospirenona
19-nortestosterona Etsiterona	Norestisterona Acetato de norestisterona Acetato de ethinodiol Lynestrenol Levonogestrel Norgestimato Norelgestromina Dienogest	Gestodeno Desogestrel Etonogestrel		

Tabla 1. Clasificación de gestágenos según la molécula de la que derivan.

Categoría 1	<i>Categoría donde no existe limitación para uso del método</i>
Categoría 2	<i>Categoría donde los beneficios superan a los posibles riesgos</i>
Categoría 3	<i>Categoría donde los riesgos superan a los beneficios</i>
Categoría 4	<i>Categoría que representa un riesgo inaceptable para usar el método</i>

Tabla 2. Criterios de elegibilidad de la OMS 2010.

<i>Situación clínica</i>	<i>Categoría</i>
Lactancia materna /postparto <6 semanas	3
ETEV aguda	3
ACVA (continuación)	3
LES (anticuerpos antifosfolípidos +)	3
Sangrado vaginal inexplicable	3
Cáncer de mama actual/pasado <5años	4/3
Cirrosis (descompensada)	3

Tabla 3 Situaciones clínicas donde no se debe utilizar el implante subcutáneo de etonogestrel.

- Atrofia endometrial, provocando que el tamaño y el grosor de la mucosa endometrial no sea el adecuado para que se produzca la nidación de un óvulo fecundado. Este efecto provoca la aparición de irregularidades menstruales.
- Inhibición de la capacitación espermática.
- Disminución de la movilidad tubárica.

El implante subdérmico de etonogestrel es una varilla única semirrígida de 44 mm de longitud y 2 mm de diámetro de un material plástico, acetato de etilvinil (EVA), con 68 mg de etonogestrel. Su efecto dura 3 años y se coloca en la cara interna del brazo no dominante. La liberación de hormona se modifica con el tiempo de uso. Tiene un índice de Pearl de 0,38 embarazos por cada 100 mujeres y año.

NUESTRA EXPERIENCIA

Desde Mayo de 2007 en el Centro de Salud Entrevías, Territorio Sureste de Madrid, comenzamos la colocación de implantes subdérmicos en pacientes captadas desde las consultas de Medicina de Familia y de la Matrona de Atención Primaria, teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS (tablas 2 y 3) para su inclusión o exclusión⁵. Desde esa fecha hemos colocado implantes en un total de 25 pacientes, con una edad media de 29,7 años. El 87% de ellas tenían 2 ó más hijos, el 100% querían un método eficaz y que no dependiera de su colaboración para el cumplimiento.

Fueron advertidas previamente de los efectos secundarios, haciendo énfasis en las alteraciones del patrón de sangrado que provoca⁶.

Para su colocación fueron citadas en consulta programada, en los 5 primeros días del ciclo. Tras la firma del consentimiento informado, se procedió a la colocación en la cara interna del brazo no dominante previa anestesia local con hidrocloruro de mepivacaína al 2% y bajo condiciones de asepsia⁷.

Tras el procedimiento se realizó un seguimiento telefónico y se citó a cada paciente a las 6 semanas para ver la tolerancia, siempre dejando abierta la posibilidad de consulta en cualquier momento.

EFFECTOS SECUNDARIOS

El efecto secundario más frecuente, más consultado y el motivo más frecuente de abandono es el cambio en el patrón de sangrado. Es muy importante advertir a la mujer de su aparición, y con ello facilitamos mucho la tolerancia a dicho método y la continuidad posterior.

No se ha demostrado que tenga influencia sobre la masa ósea y no hemos observado ganancia ponderal significativa. Observamos como efectos secundarios menores, los primeros meses de uso, la cefalea, el acné y la tensión mamaria.

En una de las pacientes, tras la inserción del implante, no logramos palparlo y hubo que recurrir a la ecografía para su localización. En ella se observó claramente una imagen hiperecogénica con sombra posterior⁸.

Hasta la fecha hemos retirado 3 de los 25 implantes. En dos de las pacientes por mala tolerancia a los cambios del patrón de sangrado y en el tercer caso porque la pareja decidió realizarse la vasectomía.

Un problema al que debemos hacer referencia es el del precio, el cual es a veces un impedimento para el uso de estos implantes, sobre todo en el ámbito donde desarrollamos nuestro trabajo.

CONCLUSIONES

Los implantes subdérmicos son un método anticonceptivo eficaz, con pocas contraindicaciones y de fácil colocación.

Es un método ideal para utilizar desde atención primaria, ya que requiere un aprendizaje sencillo para su inserción y extracción⁹.

Quizás con el tiempo se consiga concienciar a los Médicos de Familia de la importancia de la Anticoncepción, como actividad preventiva y como parte de la educación sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Power J, French R, Cowan F. Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods of preventing pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (3):CD001326.
2. Arribas Mir L, Duarte Vallejo S, Saavedra Ruiz A. Indicación de un método anticonceptivo a una adolescente: implante subcutáneo de gestágeno. *Aten Primaria*. 2004; 34(9):499-503.
3. Huber J, Wenzl R. Pharmacokinetics of Implanon. An integrated analysis. *Contraception*. 1998; 58(6 Suppl):85S-90S. Erratum in: *Contraception* 1999; 59(2):145. Retraction in: Rekers H, Affandi B. *Contraception*. 2004; 70(5):433.
4. Croxatto HB, Mäkräinen L. The pharmacodynamics and efficacy of Implanon. An overview of the data. *Contraception*. 1998; 58(6 Suppl):91S-97S.
5. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Four edition, 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf.
6. Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008; 13(Suppl 1):13-28.
7. Mascarenhas L. Insertion and removal of Implanon. *Contraception*. 1998; 58(6 Suppl):79S-83S. Retraction in: Rekers H, Affandi B. *Contraception*. 2004; 70(5):433.
8. Shulman LP, Gabriel H. Management and localization strategies for the nonpalpable Implanon rod. *Contraception*. 2006; 73(4):325-30.
9. Arribas Mir L, Rueda Lozano D, Agrela Cardona M, Cedeño Benavides T, Olvera Porcel C, Bueno Cavanillas A. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptives implants by family physicians in Granada, Spain. *Contraception*. 2009; 80:457-62.