

EL IMPLANTE HORMONAL, EN CONSULTA

Un estudio de la Universidad de Granada afirma que, pese a ser el anticonceptivo más desconocido, es el más eficaz y apto para la Atención Primaria. Esta medida podría evitar embarazos no deseados.

por M. T. ilustraciones de LPO

Si hace unos años los principales motivos de consulta de la mujer eran las revisiones ginecológicas, la dismenorrea o el embarazo, actualmente las féminas acuden a los centros de Atención Primaria en busca de información relacionada con la anticoncepción y los trastornos en las relaciones sexuales. Así lo afirma una encuesta promovida por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Ante estos datos, la posibilidad de que uno de los anticonceptivos más eficaces del mercado pueda ser administrado directamente por un médico de familia, en lugar de por un ginecólogo, podría facilitar las cosas tanto a la población como a los médicos.

A tenor de las conclusiones de un estudio realizado por el departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Granada, el implante hormonal (una o dos pequeñas barras que se insertan bajo la piel del brazo), el gran desconocido de los anticonceptivos a pesar de su eficacia, podría dejar de ser territorio exclusivo de los servicios de ginecología de los hospitales para acercarlo a los centros de salud.

Una opinión que comparte Ezequiel Pérez Campos, presidente de la Fundación Española de Contracepción: "Es un avance considerable porque simplifica la asistencia, que no requiere una especialización

extrema, sino un conocimiento del método y de la técnica de inserción y de extracción del implante. Sin duda, va a facilitar la difusión del método entre la población y los médicos, que son el primer paso para que los ciudadanos lo conozcan y se lo planteen como opción".

La posibilidad de que los médicos de Atención Primaria puedan administrar el implante depende de la organización del Sistema de Salud de cada comunidad autónoma. Mercedes Abizanda, responsable del Área de Mujer de la SEMERGEN, explica que "en algunos lugares es el médico de familia el responsable de la prescripción y seguimiento de los métodos anticonceptivos, mientras que en otros existen equipos de soporte de atención a la mujer". De hecho, en algunos centros de planificación familiar de la Comunidad Valenciana ya se están poniendo, "y eso ya es Atención Primaria", apunta Pérez Campos.

EL MÁS EFICAZ. Los resultados de esta investigación han demostrado, además, que es el anticonceptivo más eficaz: calcula una tasa de fallos de 0,05 embarazos por cada 100 mujeres en un año. Mientras que para el preservativo la tasa es del 15%, para la píldora clásica, del 8% y para el DIU de cobre, del 0,8%. Como señala el ginecólogo, "es un muy buen método anticonceptivo y con un largo periodo de duración. La mujer no tiene que hacer ningún acto personal para que sea eficaz, con que esté bien implantado es suficiente y la eficacia teórica y la real [la de uso] es la misma". No es de extrañar que los expertos quieran darlo a conocer.

¿En qué consiste exactamente el implante hormonal? Se trata de una varilla de unos 4 cm de longitud que libera estrógenos y que se inserta, a través de una jeringuilla, en la cara interna del brazo. Su du-

ración es de tres o cinco años (si se ponen dos varillas), lo que evita los olvidos de la píldora o los embarazos no deseados, que, en España, se han cuadruplicado en la última década entre las menores de 15 años. Abizanda lo tiene claro: "El uso de implantes subcutáneos no

está contraindicado en la adolescencia, se ha demostrado que son eficaces y se asocian a altas tasas de satisfacción entre las usuarias. Las tasas de continuidad [el porcentaje de mujeres que no abandonan] parecen ser superiores a otros métodos y son una alternativa para las jóvenes con mal cumplimiento en el uso de otros anticonceptivos". Eso sí, el preservativo sigue siendo el único método con el que evitar las enfermedades de transmisión sexual.

La alteración del ciclo es el principal motivo por el que muchas mujeres lo rechazan. Sin embargo, en opinión de Pérez Campos, "lo acaban tolerando si reciben una información adecuada, indicándoles que su regla se va a alterar y que, al principio, va a ser muy ines-

te método sólo tiene un tipo de hormonas, los gestágenos.

El rechazo al implante, cuyo precio oscila entre 150 y 180 euros, es infrecuente: "Es muy raro que se produzca un rechazo local y si lo hubiera se manifestaría con una reacción cutánea importante, que obli-

SEGÚN EL ESTUDIO, LA TASA DE FALLOS DEL IMPLANTE ES DE

0,05 EMBARAZOS POR CADA 100 MUJERES AL

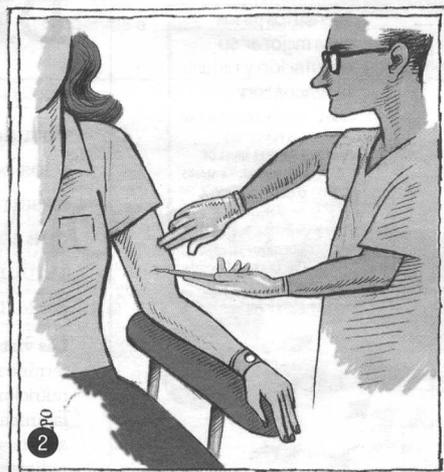
AÑO, MIENTRAS QUE LA PÍLDORA FRACASA UN 8%

perada, poco controlable y que, posteriormente, la tendencia será a la amenorrea [falta de regla]. Esto no presenta problemas para su salud ni riesgo de embarazo". Además, una de las ventajas es que lo pueden utilizar, incluso, las mujeres que tienen contraindicación a los estrógenos, ya que

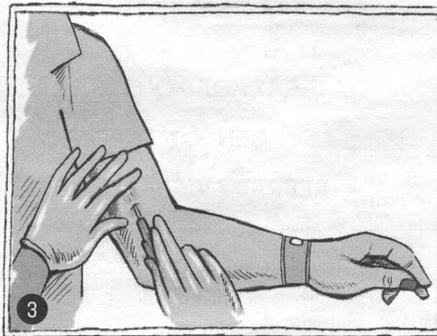
garía a retirarlo". Para Abizanda, está contraindicado "si existe un embarazo o la sospecha del mismo, con sangrado vaginal no diagnosticado, cáncer dependiente de hormonas, patología hepática aguda, enfermedad tromboembólica e hipersensibilidad a los componentes del implante".



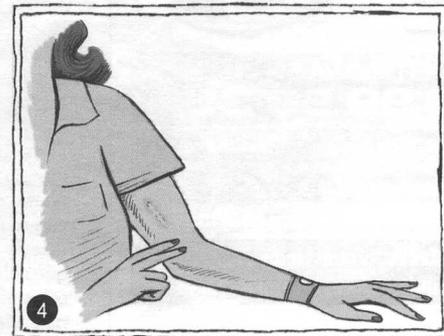
COLOCACIÓN. La cara interna del brazo es la zona donde se pondrá el implante hormonal, que liberará los gestágenos (derivados de la progesterona) de una forma gradual.



INCISIÓN. Tras suministrar una pequeña cantidad de anestesia local, se hace un corte mínimo con la punta de un bisturí: el diámetro del implante es de unos 4 mm.



INYECCIÓN. Posteriormente se inyecta el implante, que inhibirá la ovulación durante tres o cinco años: se introduce la aguja por debajo de la piel y se retira la jeringuilla.



SIN RASTRO. La varilla queda escondida debajo de la piel y se pondrá un vendaje compresivo para evitar el hematoma. Al cabo de 48 horas, ya estará cicatrizada.

COORDINACIÓN: MARÍA TAPIA