

Resultados luego de la utilización de 36 meses del implante subdérmico de etonorgestrel de 68mg en adolescentes puérperas de 15 a 19 años. (Estudio Cooperativo).

Autores: Giurgiovich, Alejandra¹, Arellano, Julio², Holgado María de los Ángeles³, Berner, Enrique 4.

1.

Doctora en Medicina de la UBA. Medica especialista en ginecología y obstetricia. Certificada en Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ).

Ex Fellow de la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil (FIGIJ).

Ex presidente de SAGIJ.

Jefa de Sección de Ginecología Infanto Juvenil. Hospital de Clínicas “José de San Martín”. UBA.

2.

Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad de La Plata.

Especialista en Esterilidad e infertilidad.

Medico de planta “Hospital Evita Pueblo” de Berazategui.

3:

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Jefa del Servicio de Ginecología del “Hospital Evita Pueblo” de Berazategui.

4.

Jefe del Servicio de Adolescencia. Hospital "Cosme Argerich". CABA.

RESUMEN:

Introducción: La posibilidad de utilizar un LARCS (métodos reversibles de larga duración) como el implante subdérmico de etonorgestrel, en adolescente, post parto o aborto, no solo es seguro, sino que nos brinda un método anticonceptivo que mejorará el medio interno materno, en el caso de adolescentes no depende de ellas, y es económico para el Estado. En Argentina desde el año 2013 tenemos los implantes en los hospitales del Gran Buenos Aires donde se realizó este trabajo.

Objetivo: estudiar y evaluar en forma continua a las pacientes adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron un parto o aborto y se les colocó el implante subdérmico, desde el aspecto clínico y su medio interno, por el lapso de 36 meses.

Metodología: Se realizaron tres encuentros previa a la colocación del implante: 1° encuentro: durante la internación posparto o aborto.

2° encuentro: Se realizaba la elección de la paciente teniendo en cuenta: antecedentes familiares, personales y tensión arterial. Luego se solicitaba ecografía, laboratorio: hemograma, lipidograma, hepatograma, coagulograma (TP y RIN), glucemia.

Las pacientes eran pesadas y medidas, se leía el consentimiento informado y la grilla de posibles efectos adversos que podía producir el implante, las cuales se les entregaban y llevaban a sus casas para releer, se solicitaba un acompañante en el momento de la colocación para que firme al igual que ellas el consentimiento y volvíamos a explicar los posibles efectos adversos, forma en que funciona el implante y evacuar dudas.

3° encuentro: se realizaba la colocación del implante con otra persona presente, incluyendo un vendaje para evitar hematomas.

Luego de colocado el implante, se citaban a las 48 hs. para retirar el vendaje, y se citaban cada 3 meses.

En el 1°, 3°, 4° trimestre: se les repetía ecografía ginecológica, para evaluar línea endometrial y volumen como actividad ovárica. Laboratorio: por posibles cambios en: hemograma, lipidograma, hepatograma, coagulograma (TP y RIN), glucemia.

En el 1° y 4° trimestre PAP y colposcopia. No se solicitaba test de embarazo de rutina, ya que se colocaba dentro los 20 a 30 días post aborto o parto, solo en las que existían dudas.

La colocación se realizó desde 02/03/2013 a 30/06/2013, el seguimiento continua hasta la fecha. Los datos presentados aquí abarcan 02/03/2013 al 28/02/2016.

Se colocaron 90 implantes, que consultaron al área de Ginecología del Hospital "Evita Pueblo" de Berazategui, con el correspondiente aval del área de Docencia e Investigación y de Ética del Hospital, así como con el consentimiento informado de las pacientes.

Se aplicaron las historias clínicas del CLAP/OPS/OMS, recomendadas para adolescentes, a las que se les agrego una grilla de efectos adversos posibles y seguimiento, con el consentimiento informado.

Resultados: de las 90 aplicaciones el 60%(n: 54) corresponden a madres de 17,5 años promedio, el 40% (n:36) había tenido por lo menos un aborto provocado dentro de los últimos 30 días. El 57% (n: 34) de las 54 que habían tenido el parto de su primera gesta, 26% (n: 14)segunda y tercera o mas: 11,2% (n:6). 20% (n: 18) presentaron HPV, y 3% (n: 3) pacientes HIV positivas. El 70%(n:63) presentaba un IMC de 18 y el 30% (33) de 19. Con un promedio de aumento de peso de 4,5 kilos luego del implante (en 36 meses). En relación a los hematocritos, los que mejoraron con un aumento entre 4 a 8 puntos en los 36 meses de seguimiento. En el segundo trimestre se observo un leve aumento de la LDL colesterol, que luego regresa a su valor normal. (de 88 a 120 +/- 20 UI/ml).

Complicaciones.

4% (n = 4) acné leve, 15% (n = 16) spotting , 1% (n = 2) ligera molestia en el momento de la colocación. Después de la colocación ninguna paciente había utilizado preservativo.

Retiro, Causas:

2 pacientes por amenorrea y miedo de estar embarazadas, 3 pacientes en el 4 trimestre por deseos de embarazo, 2 pacientes en el tercer trimestre por acné y spotting.

Conclusiones: Es un método seguro, practico y efectivo. Muy útil para pacientes con ITS (HIV). En nuestra práctica lo que comprendimos que a pesar de la explicación, dar un numero de contacto, y el seguimiento, esto no alcanzó para cambiar su pensamiento sobre la menstruación, y no se modificó su deseo de maternidad. Alcanzamos a mejorar la anemia, pero no logramos la utilización de un segundo método como el preservativo.

Palabras claves: Utilización de LARCS, LARCS y adolescencia, Implante subdérmico.

SUMMARY:

Introduction: The possibility of using a LARCs as subdermal implant etonogestrel, a teenager, after childbirth or abortion is not only safe, but gives us a contraceptive method that improve maternal internal environment, in the case of adolescents depends on them and it is economical for the state. In Argentina since 2013 have implants in hospitals in the greater Buenos Aires where this work is carried out.

Objective: To study and evaluate continuously adolescent patients aged 15 to 19 who gave birth or abortion and they put the subdermal implant, from the clinical aspect and its internal environment for a period of 36 months.

Methodology: three prior to implant placement meetings were held: 1 during the postpartum hospital or abortion, the 2nd was asked: ultrasound,

laboratory blood count, lipid profile, liver function tests, coagulation studies (PT or INR), blood sugar, is the weighed and measured, informed consent and grid potential adverse effects that could cause the implant to read, which was given to them and take them home to reread, an escort was requested at the time of placement to accompany them, the 3rd with another person present, they placed the implant. If the implant is performed, it is quoted at 48 hours. To remove the bandage, and recite every three months where PAP and Colposcopy was performed. On 1st, 3rd, 4th quarter: they are repeated gynecological ultrasound and laboratory. In the 1st and 4th quarter PAP and colposcopy. No pregnancy test was requested as it was placed within 20 to 30 days post abortion or childbirth, one in which there were doubts. The placement took place from 02/03/2013 to 30/06/2013, the continuous monitoring to date, the data presented here cover 02/03/2013 to 28/02/2015.

90 implants, who consulted field of gynecology hospital "Pueblo Evita" Berazategui, with the corresponding endorsement of the area of Teaching and Research Hospital Ethics and with the informed consent of the patients were placed.

The medical records of CLAP / PAHO / WHO, recommended for adolescents, which are added a grid of possible adverse effects and monitoring, with informed consent were applied.

Results: Of the 90 applications 60% (n = 54) correspond to mothers averaged 17.5 years, 40% (n = 36) had at least one caused within the last 30 days abortion. 57% (n = 34) of the 54 who had given birth, was his first deed, 26% (n = 14) second and third or more: 11.2% (n = 6). 20% (n = 18) had HPV, 3% (n = 3) HIV positive patients. 70% (n = 63) had a BMI of 18 and 30% (33) 19. With an average weight gain of 4.5 kilos after implantation (36 months). There were no changes in other laboratory parameters, only in hematocrit, which increased increase between 4-8 points in the 36-month follow-up.

Complications. 4% (n = 4) mild acne, 15% (n = 16) spotting in the first two quarters, 1% (n = 2) only slight bruising at the time of placement. After placing any of the 90 patients used condoms. In second trimester of elevation of LDL

to high cholesterol (60 %) , LDL after this period coming back regulate levels .Decision to withdraw the device: 2 patients one in the third quarter and over the fourth quarter by desires pregnancy, 2 and 4 spotting not menstruate(de 88 a 120 +/- 20 UI/ml).

Conclusions: It is a safe, practical and effective. Very useful for patients with STIs (HIV). In our practice we realized that despite the explanation, give a contact number, and follow-up, this will reach to change their thinking about menstruation, and not their desire for motherhood was modified. We met to improve anemia, but not grams using a second method such as a condom.

Keywords: Use of ARCs, ARCs and adolescence, the subdermal implant

Introducción:

La posibilidad de utilizar un LARCS (métodos reversibles de larga duración) como el implante subdérmico de etonorgestrel (68 mg), en adolescente, post parto o aborto, no solo es seguro, sino que nos brinda un método anticonceptivo que mejorará el medio interno de las adolescentes.

El Implanon® con etonorgestrel se diferencia del Nexplanon®, recientemente, liberado al mercado farmacéutico, porque este último contiene bario para la identificación radiográfica.

En el caso de adolescentes la efectividad del método es muy buena, ya que no depende de ellas siendo a largo plazo económico.

En Argentina desde el año 2013 tenemos los implantes en los hospitales del Gran Buenos Aires donde se realizó este trabajo.

Se había utilizado en adultas, solo pocos autores lo utilizaron en adolescentes.

Si bien sabemos que es un método beneficioso, aún muchas adolescentes de América Latina no lo desean por no menstruar. (Curry, D, 2015, May, K.; Ngo, TD.; 2014; Giurgiovich, 2015)

Es un anticonceptivo hormonal que cumple con los siguientes requisitos: tiene una acción de tres años, no interfiere con la sexualidad, la inserción y extracción es muy fácil. Debe ser utilizado con preservativos.

Objetivo:

Estudiar y evaluar en forma continua a las pacientes adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron un evento obstétrico en el último año y se les colocó el implante subdérmico.

Se evaluarán desde el aspecto clínico y su medio interno, así como sus sentimientos acerca de tener colocado el implante por el lapso de 36 meses.

Metodología:

Se realizó un estudio prospectivo, con intervención y descriptivo en adolescentes de 15 a 19 años que habían tenido dentro del año un evento obstétrico.

Se colocaron 90 implantes, a adolescentes que consultaron al área de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital “Evita Pueblo” de Berazategui, con el correspondiente aval del área de Docencia e Investigación y de Ética del Hospital, así como con el consentimiento informado de las pacientes.

Periodo: de colocación 02/03/2013 a 30/06/2013,

Periodo de seguimiento: 30/06/2013 al 28/02/2016.

Se aplicaron las historias clínicas del CLAP/OPS/OMS, recomendadas para adolescentes, a las que se les agregó una grilla de efectos adversos posibles que provocara el implante y la hoja de seguimiento, con el consentimiento informado.

Se realizó la elección de adolescentes que se encontraban dentro de categoría A de la OMS y con los requisitos anteriormente descriptos.

La actividad con las pacientes fue la siguiente: tres entrevistas previas a la colocación del implante, en la tercera se realizaba la colocación del dispositivo: seguimiento a los 0, 3, 6, 9, 12, 18, 24, 30 y 36 meses de la colocación.

Se evaluaron antecedentes familiares y personales, tensión arterial, para definir si la paciente podía recibir el implante.

Se realizó examen físico con peso, talla, cálculo del IMC, PAP y colposcopia si habían pasado más de tres meses del evento obstétrico

En la primera entrevista. Se descartó embarazo, mediante subunidad BhCG, si habían pasado más de 20 días, tiempo estipulado para la colocación.

Se solicitó antes de la colocación: hemograma, glucemia, hepatograma, perfil lipídico, coagulograma completo (TP, RIN).

Leyó y entregó el consentimiento informado y la grilla de posibles efectos adversos que podía producir el implante, la cual se les entregaban y llevaban a sus casas para releer, se solicitaba un acompañante en el momento de la colocación.

Segunda entrevista. Se examinaban los resultados de laboratorio, se explicaba nuevamente qué era el implante, como funcionaba y como se colocaba el implante. Se solicitaba acompañante si decidía colocarlo.

En este punto se utilizaron gráfico. Gráfico I.

Gráfico I: “Forma de colocación de Implante”

Explicación de la colocación con utilización de imágenes 2° entrevista



Mostrar el implante



Medir el espacio de colocación



Colocar: campos estériles,
desinfectar la zona, colocar anestesia



Vendar 48 hs. Para evitar hematomas

3° entrevista. Con otra persona presente: Si se realizaba la colocación del implante, se cita a las 48 hs. Para retirar el vendaje, y recitar cada 3 meses donde se realizaba PAP y Colposcopia. Se entrega el teléfono de la profesional que lo coloca. Firma la paciente, el médico y acompañante en la hoja de consentimiento.

En resumen el seguimiento es el siguiente:

En el 1°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8° trimestre: se les repetía ecografía ginecológica y laboratorio.

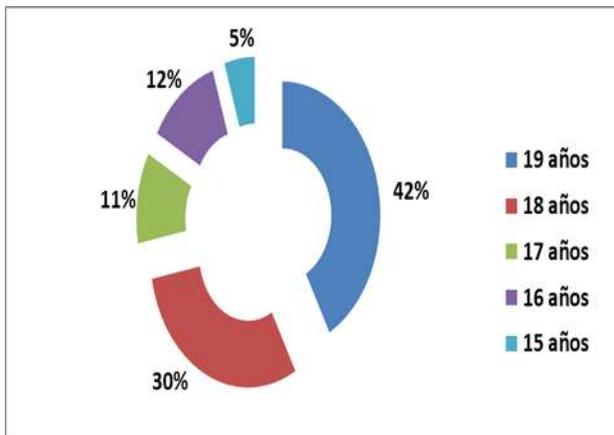
En el 1°, 4° y 8° trimestre PAP y colposcopia.

En cada consulta: toma de TA, peso, talla, se preguntaba como se sentía, si tenía algún malestar para contar, lo cual se escribe en la grilla de seguimiento.

Resultados:

Las 90 adolescentes de 15 a 19 años a las que se les coloco el implante se distribuyeron de la siguiente manera por edades: Grafico II.

Grafico II: "Colocación del implante acorde la edad cronológica de la Población estudiada."

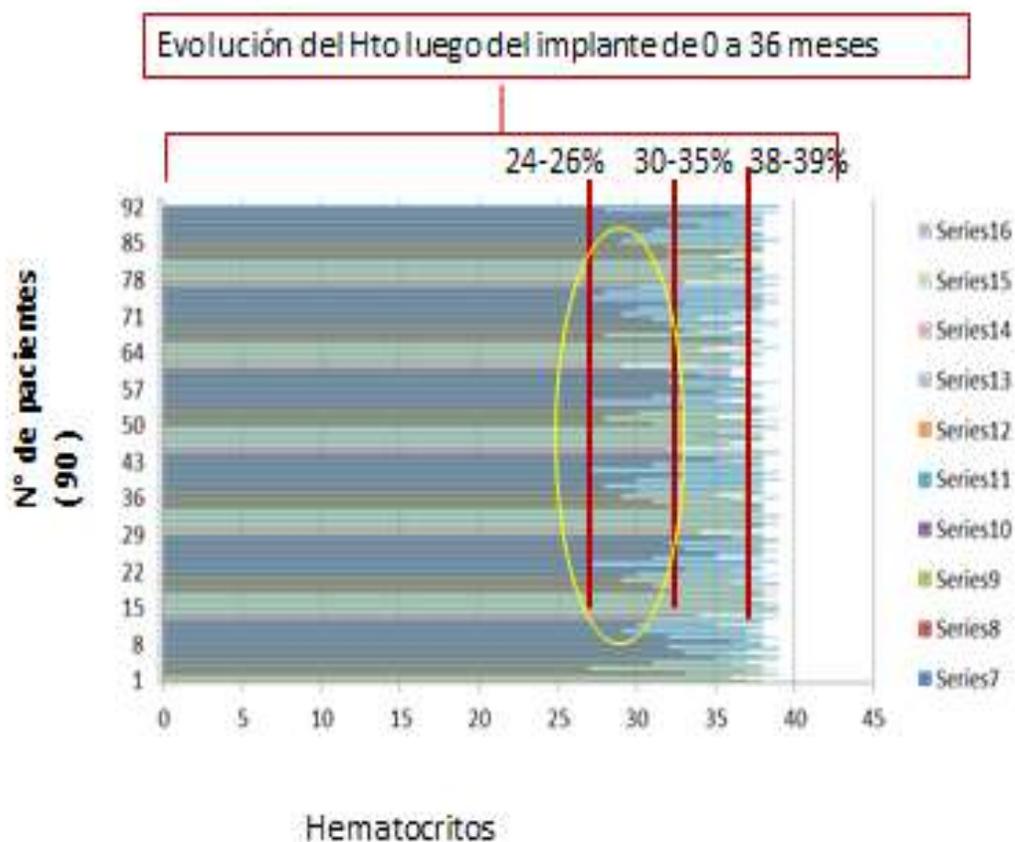


Como era de esperar tenía más aceptación a mayor edad, al tener mas hijos o eventos obstétricos.

La población estudiada, es básicamente mal nutrida y anémica. Además sabemos que tanto el parto como el aborto aumentan la anemia materna.

Se observó en el 80% de las pacientes una gran mejoría en su hematocrito: de entre 3 a 18 puntos del hematocrito, siendo lo niveles más bajos 24 y el más alto 34.

Anemia: evolución en los 36 meses post parto o aborto



Luego del parto u otro evento obstétrico, y la colocación de implante, casi el 89% de las pacientes mejoraron su anemia, solo 11% tuvieron variables en la anemia, relacionadas con su bajo peso, su falta de alimentación adecuada, y su rápido reingreso a la fuerza laboral,(Circulo amarillo.)

Peso e índice de masa corporal (IMC):

Aumento de peso en los 36 meses	% de pacientes
2 kilos	22
3 kilos	50
4 kilos	9

Mas de 4 kilos	6
Disminución de peso	3

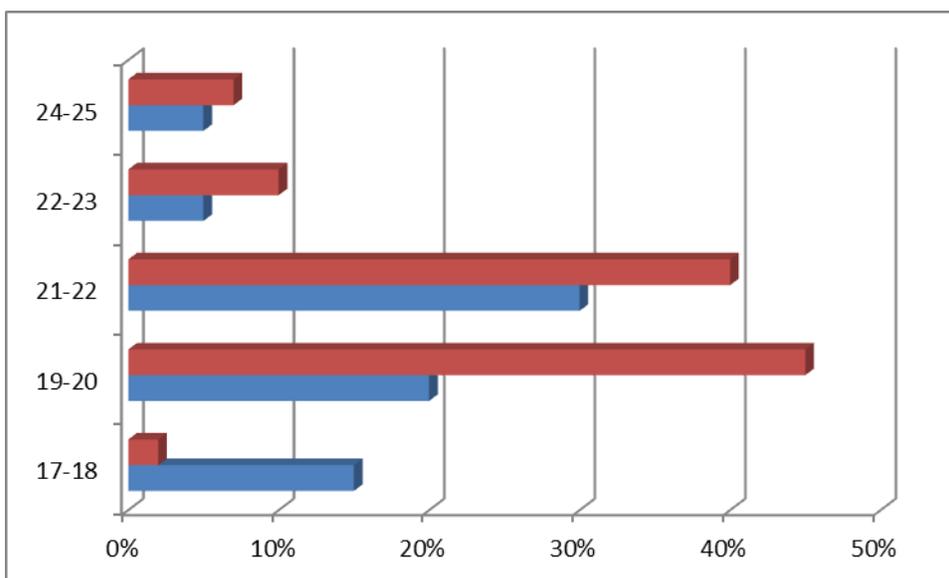
El promedio de aumento de peso fue de 3 a 4,5 kilos. Las pacientes que habían disminuido de peso, por razones psicológicas, habían comenzado su amenorrea normalmente y cuando bajaron más de 7 kilos comenzaron a menstruar. Este problema se ve en la literatura.

Aun hay discusión con las pacientes obesas y la efectividad del método.

En relación al índice de masa corporal (IMC), todas las pacientes estaban entre 18 a 25. A los 36 meses encontramos: las de 24 a 25 de IMC habían aumentado en un 5%. Las de 22-23 en un 10%, las de 21 a 22: en un 10%, el mayor aumento se observó en las de la franja de 19 a 20, con más de un 20%.

Las que comenzaron con un IMC de entre 17 a 18 bajaron en más de un 15%.
 Grafico III.

Grafico II "Modificaciones es el IMC luego de 36 meses de implante."

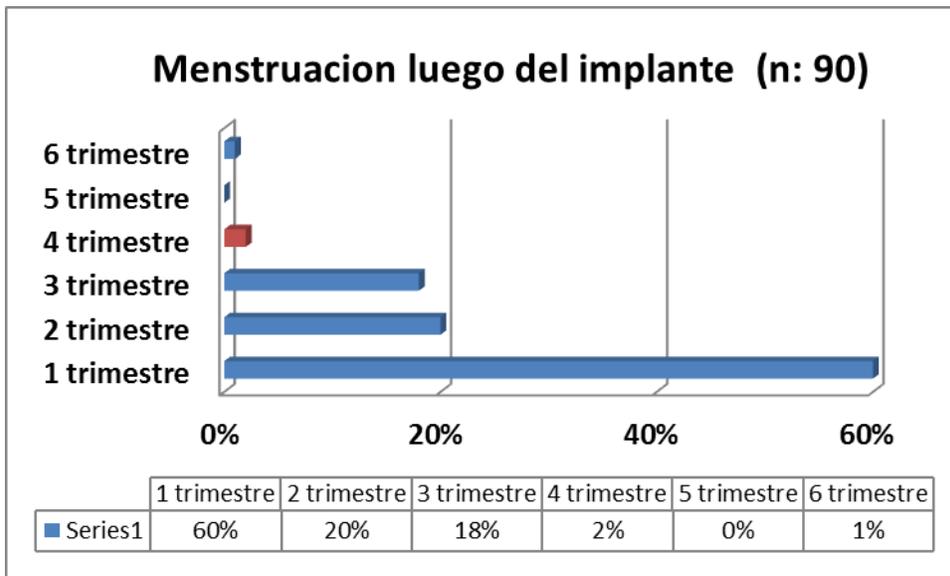


Barras azules IMC previo, Barras rojas a los 36 meses.

Amenorrea luego de la colocación:

Luego de la colocación el 60% tuvo amenorrea en el primer trimestre, el 20% de las pacientes en el segundo trimestre, el 18%, amenorrea en el tercer trimestre, un 2% spotting y un 1% que había dejado de menstruar desde el primer trimestre, vuelve a menstruar luego de bajar de peso. Grafico III.

Grafico II: “Relación del implante y la amenorrea que provoca”



Ecografías:

En el primer trimestre se observó un 60% de folículos en los ovarios y línea endometrial de 6 mm. en el 60% de las pacientes.

En el segundo trimestre, solo en el 20%, con una línea endometrial de 4 mm.

En el tercer trimestre el 10% aparecía algún folículo ovárico y línea endometrial de 1 mm.

En el cuarto y quinto trimestre, no se observaron folículos y línea endometrial lineal.

En el sexto trimestre solo el 1%, volvió a presentar algún folículo y línea endometrial de 4mm. Estas últimas son las pacientes que menstruaron por adelgazamiento. Grafico IV.

Grafico IV: “modificaciones ováricas y endometriales a 36 meses de la colocación del implante”.

Ecografía TV	1° trim.	2° trim.	3° trim.	4° trim.	5° trm.	6° trim.
folículos	Bilaterales 3 y 4 de 32 o 3 mm en c/ ovario 60%	Bilaterales. 2 y 3 de 2 mm. en c/ ovario 20%	Bilaterales 1 en un ovario 19%	Sin folículos 100%	Sin folículos 100%	Bilaterales . 2 y 1 en c/ ovario 1%
Línea endometria l	6 mm	4 mm	1 mm	lineal	lineal	4 mm.

Otros resultados:

- ✓ No se observaron infecciones, si dolor en el lugar de la colocación.
- ✓ No varió la tensión arterial en la 90 pacientes.
- ✓ Se observó leve acné.
- ✓ Spotting en el primer trimestre.
- ✓ No se observaron hematomas en el sitio de la colocación. No hubo modificación en el perfil lipídico a los 36 meses.
- ✓ El coagulograma y RIN se mantuvieron dentro de parámetros normales.
- ✓ La glucemia no se modificó en ninguna paciente.
- ✓ El hetopagrama se mantuvo en parámetros normales.

Causas de extracción del implante:

2 pacientes por amenorrea y miedo de estar embarazadas.

3 pacientes en el 4 trimestre por deseos de embarazo.

2 pacientes en el tercer trimestre por acné y spotting.

Conclusiones:

Es un método práctico y seguro, en el cual no interviene la voluntad de la paciente ni el recuerdo de utilizarlo. En el caso de adolescentes es ideal.

En la población estudiada tuvo efecto beneficioso en sus anemias, un aumento de peso que coincide con otros autores.

Nos queda estudiar con mas profundidad las pacientes que por motivos psicológicos (perdida de un embarazo deseado y un feto muerto), al bajar de peso comenzaron a menstruar.

Se debe trabajar con distintas estrategias al ofrecer este método, ya que en América Latina, las jóvenes desean menstruar para estar seguras de no estar embarazadas y es parte de su femineidad.

El no explicar bien la fisiología de su cuerpo en relación al funcionamiento del implante, hace que aparezcan miedos y mitos. La pregunta mas frecuente es ¿Dónde va esa sangre?

Estar seguros que la paciente entiende: la seguridad, la efectividad y la reversibilidad del mismo, es fundamental, ya que trabajamos con adolescentes y éstas tienen sus propios mitos y miedos los cuales harán fracasar el método.

Referencias:

1. Power J, French R, Cowan F. Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods for preventing pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 3. Art. No.: CD001326
2. French R, Cowan C, Mansour D, Hughes D, Robinson A, Guillebaud J, Summerbell C, Logan S, Proctor T. Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998; Issue 4. Art. No.: CD001326;.
3. Croxatto HB, Makarainen L. The pharmacodynamics and efficacy of Implanon. Contraception 1998;58:91S–8S.

4. Harrison-Woolrych M, Hill R. Unintended pregnancies with the etonogestrel implant (Implanon): a case series from postmarketing experience in Australia. *Contraception* 2005;71:306–8.
5. Piessens SG, Palmer DC, Sampson AJ. Ultrasound localisation of nonpalpable Implanon. *Australian New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005;45:112–6.
6. Abdel-Aleem H, d'Arcangues C, Vogelsong KM, Gülmezoglu AM. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD003449.
7. Victor Guillermo Page. El Implanon Implante anticonceptivo previenen embarazos reiterados en adolescentes. *Rev. Obst. Gynecol.* 2012. N° 123(5) 12-20.
8. Aurióles, Laura, Godoy Romero, José J. Reyes y col. Elección de un método anticonceptivo. *CASOS FARMACOTERÁPICOS*. diciembre 2013. volumen 11 nº4 - 236