



UN CAMINO HACIA LOS LARC'S



X Congreso
Internacional
AMAdA 2019

DRA MARÍA ALEJANDRA MARTINEZ.

MÉDICA ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

MÉDICA DE PLANTA DEL HOSPITAL RIVADAVIA.

MIEMBRO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE GINECOLOGÍA INFANTO- JUVENIL (SAGIJ) Y DE AMADA.

COORDINADORA DEL EQUIPO DE ADOLESCENCIA DEL SANATORIO FRANCHIN

MUCHOS EMBARAZOS EN EL MUNDO, AÚN SON NO PLANIFICADOS...

EN EL MUNDO

208.2 millones de embarazos

No Planificados 41%

NORTEAMERICA

7.2 millones de embarazos

No planeados: 48%

EUROPA

13.21 millones de embarazos

No planeado: 44%

ASIA

Embarazos (millones) 118.8

No planeado: 38%

LATINOAMERICA/CARIBE

17.1 millones de embarazos

No planificados

58% - 70 %

AFRICA

49 millones de embarazos

No planeado: 39%

OCEANIA

0.9 millones de embarazos

No planeado: 37%

EL 50% DE LOS EMBARAZOS NO INTENCIONALES TERMINAN EN ABORTO.....

ABORTO EN AMERICA LATINA

- Adolescentes 14%
- Mujeres jóvenes 29%

EL 54% UTILIZARON ALGÚN MÉTODO

USO INCORRECTO:

- ❖ 76% de las usuarias de AOC
- ❖ 49% de las usuarias de preservativo.

Juarez F. Et al. Embarazo no planeado y aborto inducido en México, causas y consecuencias. Nueva York. Guttmacher Institute.2013.

TASA DE ABORTO

Global	29
Europa	27
EEUU	19
Africa	29
América Latina	32
Perú	54
Colombia	39

Nº de ABx1000 mujeres (15-44años)

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

OMS, 23 DE FEBRERO DE 2018

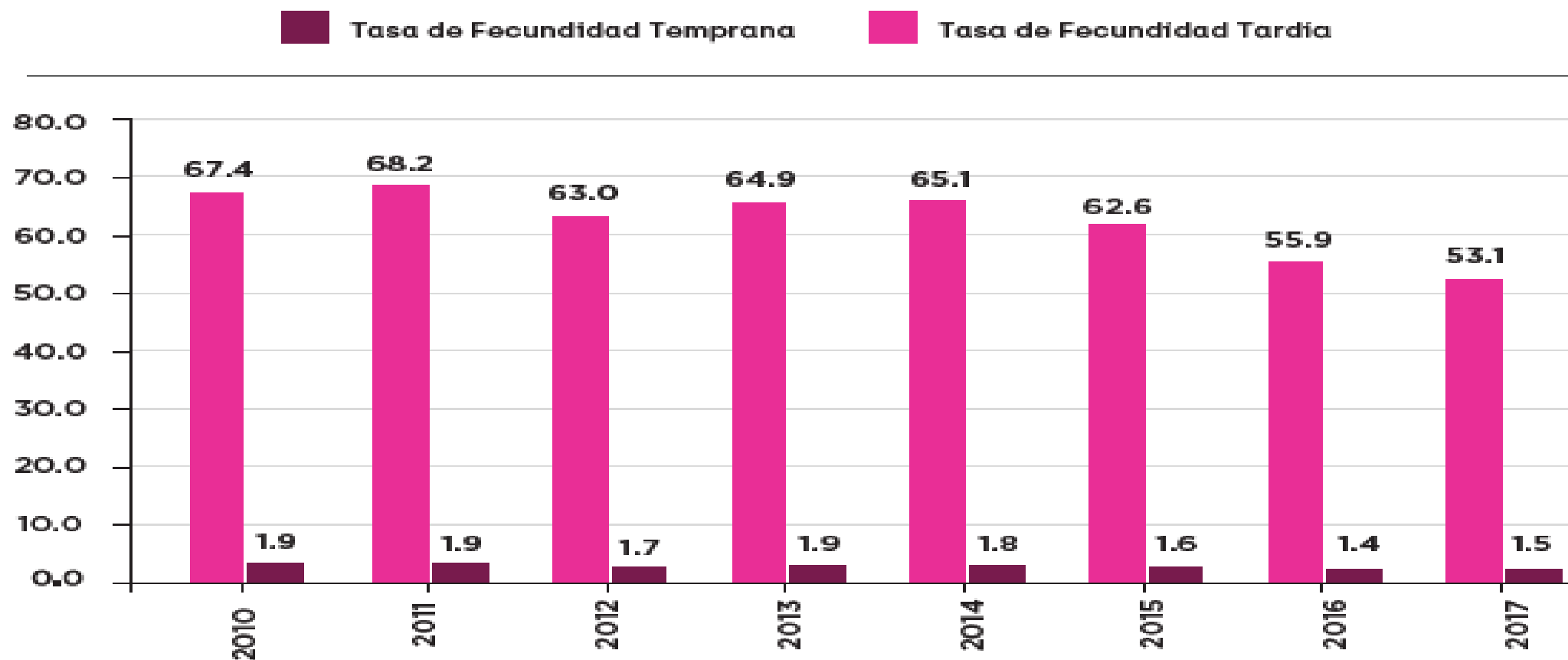


- Unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.
- Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo
- Cada año, unos 3 millones de adolescentes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.
- Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.
- Las adolescentes embarazadas menores de 15 años, tienen 4 veces mayor riesgo de mortalidad.

SITUACION EN LA ARGENTINA

- Cada día unas 258 niñas y adolescentes tienen un hijo en la Argentina.
- 7 de cada 10 adolescentes manifiestan durante el post evento obstétrico que el embarazo fue NO intencional. Muchos de ellos producto de Violencia Sexual.
- Existe una falta de información o mejor dicho un acceso a una información de mala calidad , como ocurre con GOOGLE ,” principal aliado de las adolescentes a la hora de informarse de como cuidarse sexualmente”.
- El embarazo No intencional en la Adolescencia, tiene consecuencias negativas en el desarrollo : INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL.

Gráfico 2. Comparación de la tasa de fecundidad temprana (10-14 años) y tasa de fecundidad tardía (15-19 años), 2010-2017. Elaboración PNSIA en base a datos DEIS.



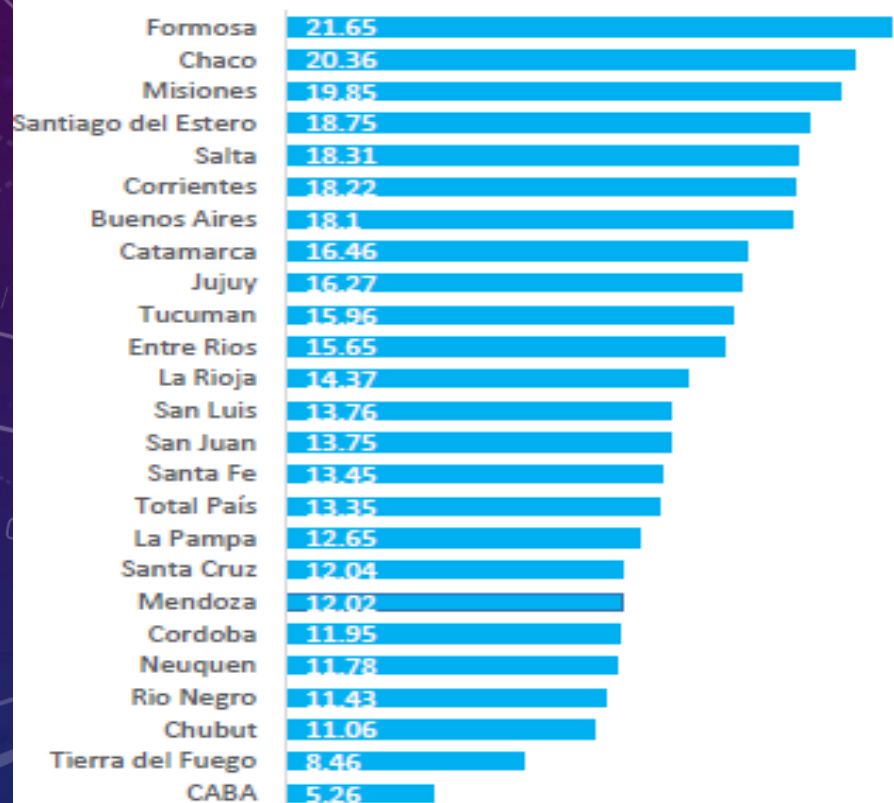
Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS.

DIAGNÓSTICO: EL PROBLEMA Y LA DESIGUALDAD

Plan nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia

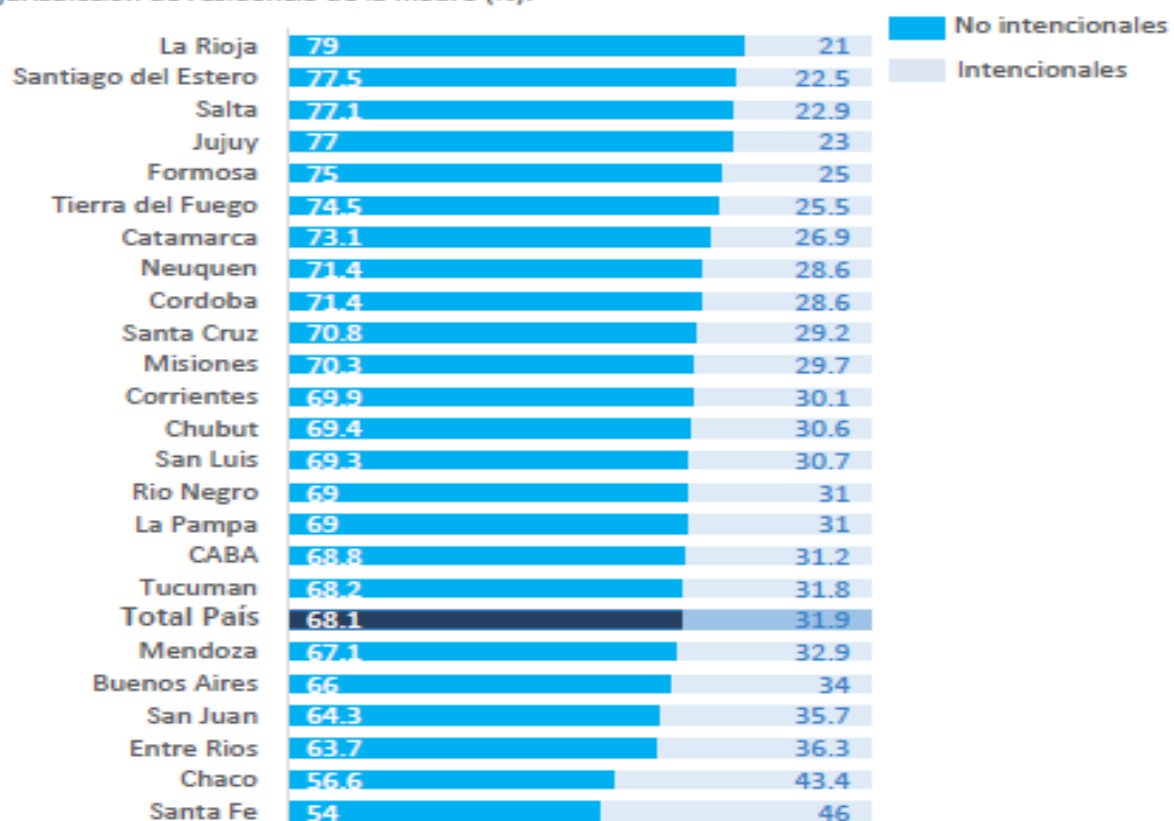
La incidencia del embarazo en la adolescencia y de la no intencionalidad es marcadamente superior en las **provincias del norte del país.**

Nacidos vivos de madres menores de 20 años sobre el total de nacimientos por jurisdicción de residencia de la madre (%).



Fuente: DEIS 2017

Embarazos no intencionales e intencionales de menores de 20 años por jurisdicción de residencia de la madre (%).



Fuente: SIP 2015

Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y PSICOSOCIAL



Anticoncepción para mujeres jóvenes. Nuevas tendencias.

LARCS: Long-acting reversible contraception



Son los métodos anticonceptivos que brindan una alta eficacia anticonceptiva por un período prolongado de tiempo sin necesidad de intervención de la usuaria

Métodos con mínimas necesidades para su cumplimiento por parte de la usuaria.

EN BASE A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: SARC'S VS LARC'S

Método Anticonceptivo	Embarazos no planificados en el 1er año de uso (% de mujeres)	
	Uso típico	Uso perfecto
Sin anticonceptivos	85	85
Diafragma*	12	6
Condón femenino: [†] Realidad	21	5
Anticonceptivos orales: COC/POP	9	0.3
Parche transcutáneo	9	0.3
Anillo vaginal	9	0.3
Inyectable solo progestina	6	0.2
Inyectable combinado	3	0.05
Implantes subcutáneos: Implanon®	0.05	0.05
SIU-LNG	0.2	0.2
DIU-Cu	0.8	0.6
Esterilización femenina	0.5	0.5

Trussell J.
Contraceptive failure in United States.
*Contraception*2011 ;83:397-404.



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

COMMITTEE OPINION

Number 539 • October 2012

(Replaces Committee Opinion No. 392, December 2007)

**Committee on Adolescent Health Care
Long-Acting Reversible Contraception Working Group**

This document reflects emerging clinical and scientific advances as of the date issued and is subject to change. The information should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure to be followed.

Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices

Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración para adolescentes

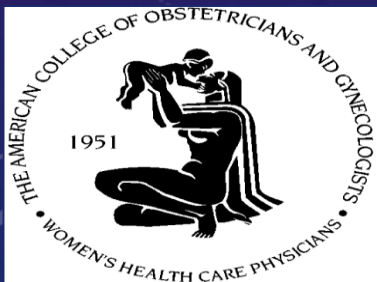
DIU Y ADOLESCENCIA

EL DIU, MUNDIALMENTE, ES UN MÉTODO ALTAMENTE EFECTIVO Y AMPLIAMENTE UTILIZADO POR LAS MUJERES

LOS DATOS SOSTIENEN SU SEGURIDAD PARA MUCHAS MUJERES, INCLUYENDO LAS ADOLESCENTES.

PUEDE SER CONSIDERADO COMO MÉTODO DE PRIMERA ELECCIÓN EN ADOLESCENTES NULÍPARAS.

ESTE DOCUMENTO ENFATIZA LOS BENEFICIOS DEL USO DEL DIU EN ADOLESCENTES, UNA POBLACIÓN CON AUMENTO DEL RIESGO DE EMBARAZO NO PLANIFICADO.



Committee on Adolescent Health Care

OBSTETRICS & GYNECOLOGY Vol. 110, N° 6, December 2007

**Riesgo de
Enfermedad
Pélvica
Inflamatoria**

**Riesgo de
infertilidad**

**Dificultad y dolor a
la inserción**

**Riesgo de un
embarazo ectópico**

**Riesgo de
perforación en
mujeres nulíparas**

**Riesgo de
expulsión**

CONCEPTOS ERRÓNEOS EN AIU

BARRERAS PARA EL USO DE AIU

La AIU
produce
EPI

La AIU no
debe usarse
en nulíparas

Leve aumento de riesgo de EPI en los primeros 20 días posteriores a la AIU.

El screening para ITS pre-inserción no es obligatorio para mujeres de bajo riesgo

No hay evidencia que las usuarias nulíparas tengan mayor riesgo de EPI que las multíparas

El SIU-Lng podría proteger contra EPI

DIFICULTADES EN LA INSERCIÓN DE LA AIU



Contraception 84 (2011) e11–e16

Contraception

Original research article

Ease of insertion and clinical performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in nulligravidas

M. Valeria Bahamondes*, M. Margarete Hidalgo, Luis Bahamondes, Ilza Monteiro

Human Reproduction Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, University of Campinas, (UNICAMP) and National Institute of Hormones and Women's Health, Campinas 13084-971, Brazil

Received 6 January 2011; revised 8 April 2011; accepted 19 May 2011

Table 2
Ease of insertion of the LNG-IUS in the two groups of women

Difficulty at insertion*	Nulligravidas (n=159)	Parous women (n=477)
No	126 (80.8%)	392 (82.2%)
Yes	31 (19.7%)	82 (17.3%)
Yes, but no use of dilators or misoprostol	16 (19.5%)	55 (17.8%)
Use of dilators	12 (7.7%)	15 (3.1%)
Use of misoprostol	1 (0.6%)	12 (2.5%)
Use of dilators and misoprostol	1 (0.6%)	
Insertion failure	1 (0.6%)	2 (0.4%)
Data missing	2 (1.2%)	3 (0.6%)

* p value=.171, Pearson χ^2 test.

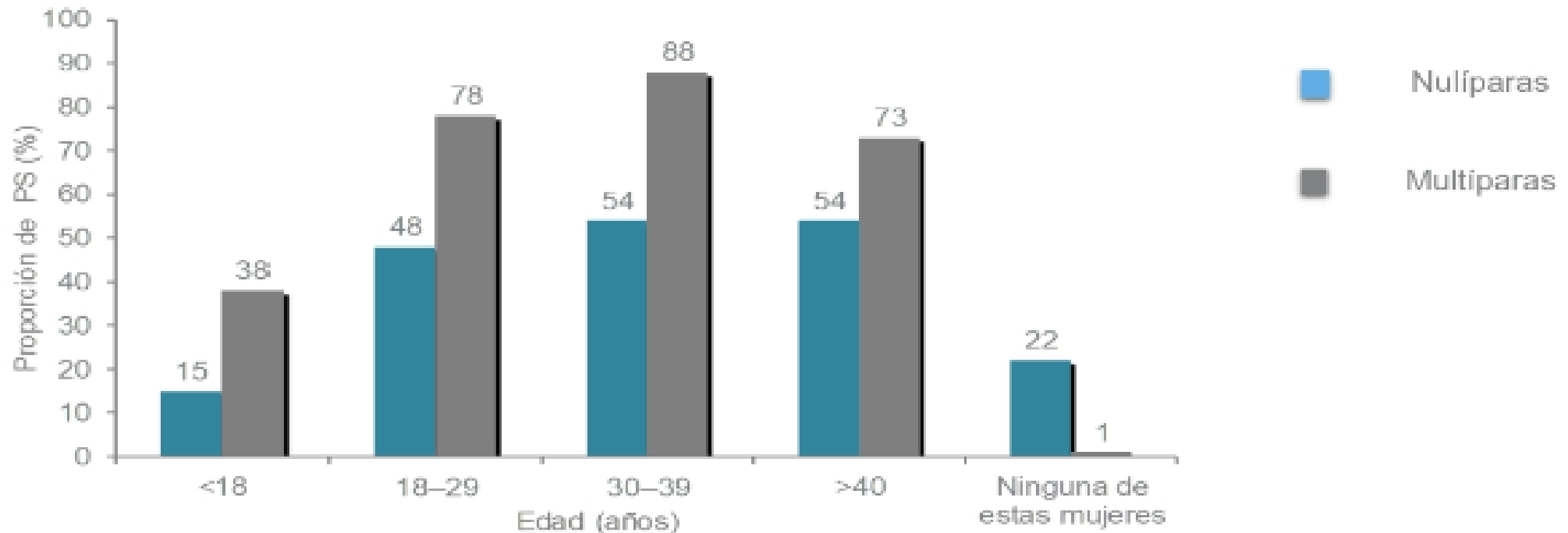
Cumulative gross discontinuation rates and standard error (in parentheses) according to reason for discontinuation, and continuation rate after 1 year of use of the LNG-IUS

Reasons	Nulligravidas	Parous women	p ^a
Pregnancy	★ 0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	
Bleeding/pain	1.5 (1.0)	2.1 (0.7)	.864
Infection	0.0 (0.0)	0.2 (0.2)	.587
Expulsion	★ 3.7 (1.6)	4.6 (1.0)	.639
Other medical	0.8 (0.8)	1.5 (0.6)	.509
Planning pregnancy	1.6 (1.1)	0.3 (0.3)	.092
Other personal	0.8 (0.7)	1.0 (0.5)	.709
Continuation rate	😊 92.0 (2.3)	90.7 (1.4)	.648
Lost to follow-up	1.6 (1.1)	0.8 (0.4)	.406
Number of women at the beginning of the period	158	475	

^a Wilcoxon–Gehan test.

BARRERAS PARA EL USO DE LA AIU/PROFESIONALES.

Sólo la mitad de los médicos incluye de forma proactiva AIU en la consejería por anticoncepción mujeres nulíparas



Adapted from: Black K, et al. Abstract and poster presentation at The 12th Congress of the European Society of Contraception and Reproductive Health; Eur J Contracept Reprod Health Care 2012;17(51):105-6.



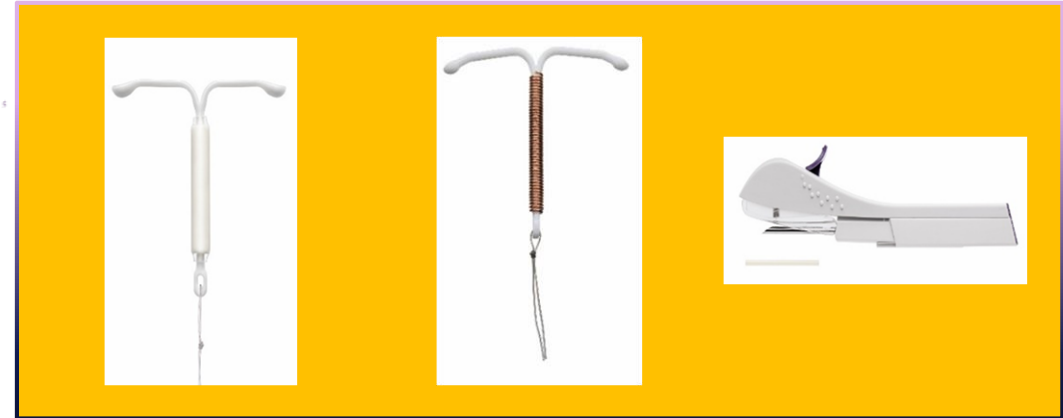
Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study

G. S. Merki-Feld, C. Caetano, T. C. Porz & J. Bitzer

Encuesta online cuantitativa a usuarias y a profesionales.

- 6027 mujeres y 376 profesionales de la Salud.
- 11 países Europeos.
 - **55% usaban SARC'S**
 - **19% usaban LARC'S**
- El 60% de las mujeres estaban interesadas en recibir más información sobre éstos métodos.
- **73 % de las mujeres manifestaron que utilizarían LARC's si recibieran la información adecuada al respecto**
- Los profesionales de la Salud tendieron a minimizar el interés de las mujeres por recibir mayor información de Anticoncepción en general y de LARC's en particular

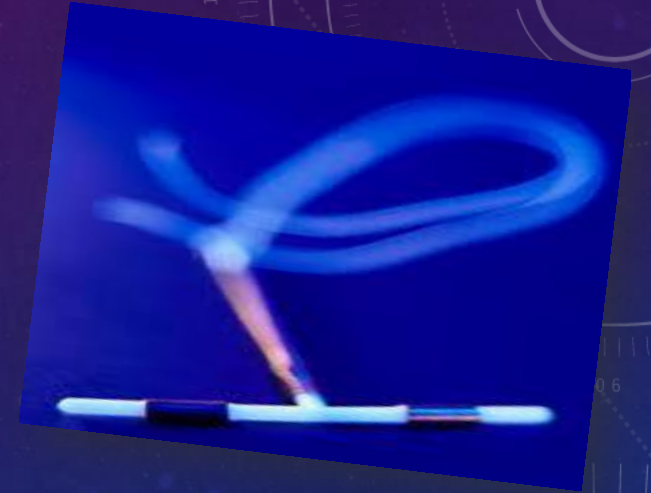
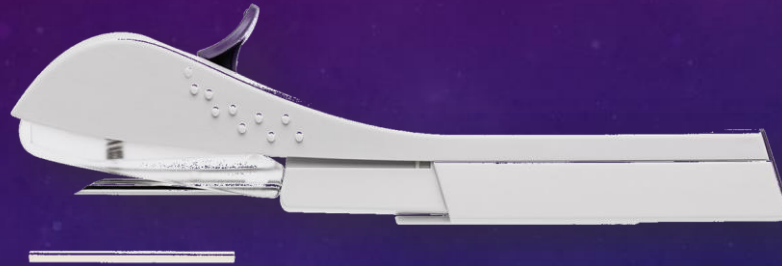
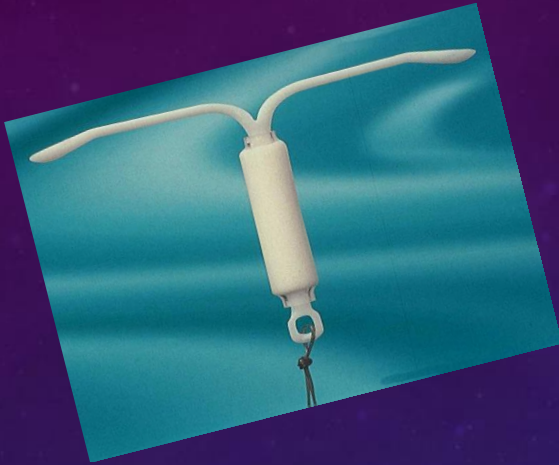
SUBUTILIZACIÓN DE LOS LARCS



Anticonceptivos reversibles: más eficaces, pero...

- Poco conocimiento
- Reticencia de los médicos
- Mitos y conceptos erróneos
- Temor a la colocación y extracción
- Preocupación por efectos secundarios y riesgos potenciales.
- Satisfacción con el método actual
- Percepción de costos altos

ANTICONCEPCIÓN INMEDIATA POST EVENTO -OBSTÉTRICO (AIPE)



- Es el acceso de la mujer al método anticonceptivo elegido idealmente durante el control prenatal o en el post evento obstétrico inmediato antes del alta hospitalaria (48hs)
- Se priorizan los métodos de Larga duración reversibles.

La Anticoncepción con LARCS tiene el potencial de reducir el embarazo no planificado y aumentar los intervalos intergenésicos .Las mujeres deberían ser aconsejadas acerca de todas las posibilidades en sus controles prenatales y poder tomar una decisión informada en este contexto



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

COMMITTEE OPINION

Number 670 • August 2016

Committee on Obstetric Practice

The American College of Nurse–Midwives and the Society for Maternal–Fetal Medicine endorse this document. The American Academy of Family Physicians and the Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses support this document. This Committee Opinion was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists’ Committee on Obstetric Practice in collaboration with committee members Ann E. Borders, MD, MSc, MPH and Alison M. Stuebe, MD, MSc, and reviewed by the Long-Acting Reversible Contraception Work Group.

This document reflects emerging clinical and scientific advances as of the date issued and is subject to change. The information should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure to be followed.

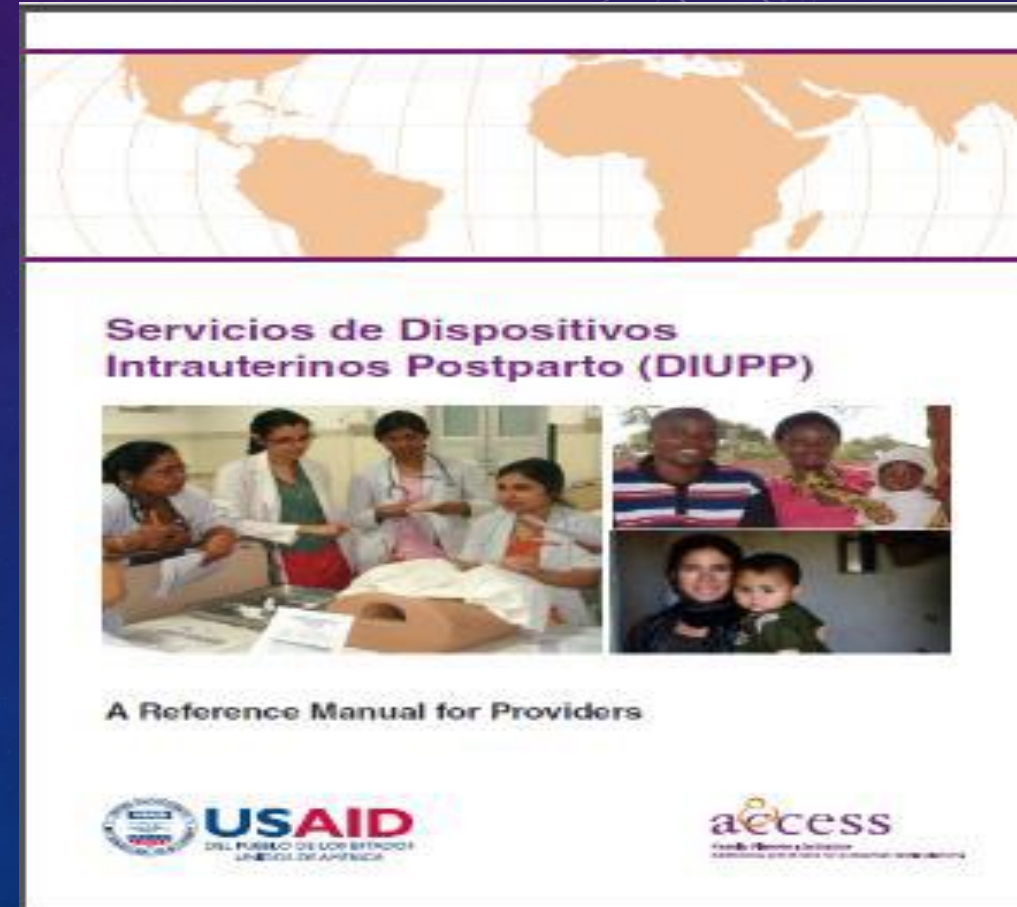
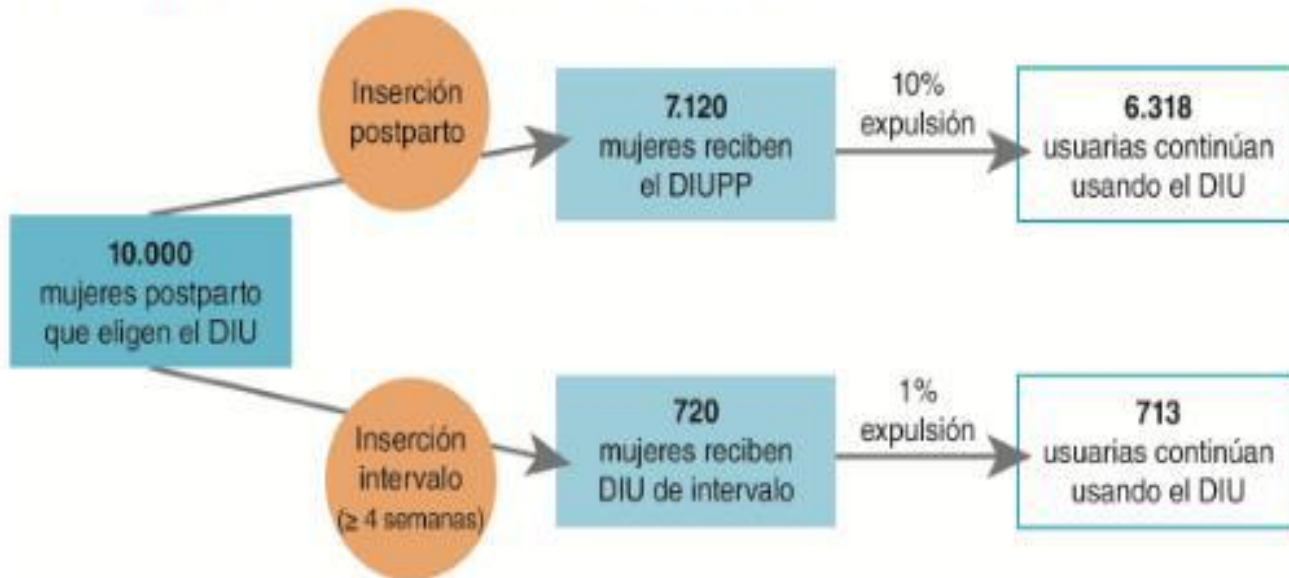
Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception

DIUPP.

Tiempos de inserción:

- Post- parto inmediato : 10 min de la expulsión de la placenta
- Post-parto temprano: dentro de las 48 hs. posteriores al parto.
- Intracesárea : antes del cierre de la incisión uterina.
- Intervalo post parto: 4 o más semanas posteriores .

Figura 3. Enfoque de la salud pública con relación al DIUPP



El DIU **no debe ser insertado entre las 48hs y 4 semanas postparto** debido al aumento general de complicaciones, especialmente infecciones y expulsión. Los DIU insertados a las 4 semanas postparto y después de ello se consideran DIU del intervalo y no DIU-PP, debido a que requieren la misma técnica y servicios.



Condición	AOC/ PAC/AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes de LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
Lactancia materna							
a) < 6 semanas posparto	4	4	2 ^a	3 ^a	2 ^a		
b) ≥ 6 semanas a < 6 meses (principalmente con lactancia materna)	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 meses posparto	2	2	1	1	1		
Posparto (en mujeres que no estén amamantando)							
a) < 21 días			1	1	1		
(i) sin otros factores de riesgo para TEV	3 ^a	3 ^a					
(ii) con otros factores de riesgo para TEV	4 ^a	4 ^a					
b) ≥ 21 días a 42 días			1	1	1		
(i) sin otros factores de riesgo para TEV	2 ^a	2 ^a					
(ii) con otros factores de riesgo para TEV	3 ^a	3 ^a					
c) > 42 días	1	1	1	1	1		
Posparto (en mujeres que estén o no estén amamantando, incluso después de una cesárea)							
a) < 48 horas incluida la colocación inmediatamente después de la expulsión de la placenta						1	sin LM = 1; LM = 2
b) ≥ 48 horas a < 4 semanas						3	3
c) ≥ 4 semanas						1	1
d) Sepsis puerperal						4	4

INTRAUTERINE DEVICE PLACEMENT DURING CESAREAN DELIVERY AND CONTINUED USE 6 MONTHS POSTPARTUM.

LEVI, E A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. OBST AND GYNEC 2015, JUL; 126(1): 5-11

Estudio realizado entre marzo y junio 2014. 112 mujeres. 56 en cada grupo.

Intra-cesárea: tasa de continuidad a los 6 meses : **83%**

Intervalo: tasa de continuidad a los 6 meses: **64%**

Table 2

Outcomes related to intrauterine device use at 6 months postpartum for women who were allocated to IUD placement during cesarean delivery (intracesarean) or interval placement 6 or more weeks after delivery

	Intracesarean IUD	Interval IUD	RR (95% CI)
Primary Outcome:			
IUD use at 6 months postpartum (N=98)	40/48 (83%)	32/50 (64%)	1.3 (1.02-1.66)
Secondary Outcomes:			
IUD expulsion (N=98)	4/48 (8%)	1/50 (2%)	4.2 (0.48-35.95)
IUD discontinuation (N=98)	7/48 (15%)	2/50 (4%)	3.6 (0.80-16.68)
IUD strings visible at 6 months PP (N=55)	17/31 (56%)	18/24 (75%)	0.7 (0.49-1.08)
<i>By IUD type:</i>			
LNG-IUS (N=41)	13/21 (67%)	16/20 (80%)	
Copper IUD (N=14)	4/10 (40%)	2/4 (50%)	
Satisfaction with IUD (N=69)	36/39 (92%)	30/30 (100%)	0.9 (0.84-1.01)

IUD, intrauterine device.

Manuscript

Author Manuscript

Original research article

Postpartum insertion of levonorgestrel–intrauterine system at three time periods: a prospective randomized pilot study ☆,☆☆,★

Joshua D. Dahlke^{a,*}, Eric R. Terpstra^a, Abigail M. Ramseyer^a, Jeanne M. Busch^a, Thomas Rieg^a, Everett F. Magann^b

^aDepartment of Obstetrics and Gynecology, The Naval Medical Center Portsmouth, VA 23708, USA

^bUniversity of Arkansas for the Medical Sciences, Little Rock, AR 72205, USA

Received 8 November 2010; revised 7 January 2011; accepted 9 January 2011

Summary of data

Demographics	IPP ^a n=15 (%)	EP ^b n=15 (%)	INT ^c n=16 (%)	p value
Mean age, years	24.8	26.0	26.2	.713
Ethnicity				.502
African American	3 (20)	5 (33)	3 (19)	
Caucasian	11 (73)	7 (47)	12 (75)	
Hispanic	1 (7)	3 (20)	1 (6)	
Gravidity				.705
1	5 (33)	6 (40)	7 (43)	
2	4 (27)	5 (33)	6 (38)	
3	4 (27)	2 (13)	3 (19)	
4	1 (7)	1 (7)	0 (0)	
>4	1 (7)	1 (7)	0 (0)	
Parity				.772
1	8 (53)	7 (47)	9 (56)	
2	5 (33)	6 (40)	5 (31)	
3	2 (13)	1 (7)	2 (13)	
4	0 (0)	1 (7)	0 (0)	
Mean estimated blood loss (mL)	310	298	418	.135
Breastfeeding				.372
Yes	12 (80)	12 (80)	10 (63)	
No	3 (20)	3 (20)	6 (37)	
Previous IUD use				.100
Yes	2 (13)	0 (0)	3 (19)	
No	13 (87)	15 (100)	13 (81)	
Expulsion				.026
No	11 (73)	11 (73)	15 (100)	
Yes	4 (27)	4 (27)	0 (0)	
VAS score				<.001
Preinsertion	1.53 (0.47)	1.13 (0.47)	0.00 (0.47)	
Postinsertion	1.07 (0.63)	1.93 (0.63)	3.13 (0.63)	
Utilization at 3 months				.931
Yes	13 (87)	14 (93)	15 (94)	
No	2 (13)	1 (7)	1 (6)	
Utilization at 6 months				.931
Yes	13 (87)	14 (93)	15 (94)	
No	2 (13)	1 (7)	1 (6)	

Objetivo : 1)Tasa de continuidad a 6 meses.2) Dolor a la inserción.3) Tasa de expulsión que se midió en 3 tiempos diferentes:

DIUPI(10 min post-placenta)

DIUPT(hasta las 48 hs. Post-parto)

DIU intervalo: (4 semanas post-parto)

46 usuarias- (15-15 y 16)

Conclusiones: A pesar de la tasa de expulsión fue levemente más alta en **DIUPI Y T(27%)**. La continuidad a los 6 meses fue alta. **87 Y 93%** respectivamente (tasa de exp # autores 8-50% o del 3 al 6%)

Es Factible la inserción, segura y menos dolorosa en post-parto inmediato/temprano.

TASA DE CONTINUIDAD Y EXPULSIÓN EN AIU POST-ABORTO

Comparison intrauterine

La AIU post-aborto con DIU Cu o SIU Lng es segura, con una tasa levemente mayor de expulsión y una tasa aceptable de continuidad **orgestrel-**

100 mujeres con interrupción voluntaria del embarazo. Decidieron AIU
Controles 10d / 1-3 y 6 meses.

Tasa de Continuidad (6M)		Tasa de Expulsión	
DIU Cu	74%	DIU Cu	12%
SIU Lng	75%	SIU Lng	11.3%



Original research article

One-year continuation of postpartum intrauterine contraceptive devices: findings from a retrospective cohort study in India☆☆☆

Somesh Kumar^{a,b}, Ashish Srivastava^{a,*}, Surendra Sharma^a, Vivek Yadav^a, Angela Nash-Mercado^a, Sijmen A. Reijneveld^b, Bulbul Sengupta^a

Objetivo: Evaluar la colocación de DIUPP, en esta necesidad en India. Evaluando la tasa de expulsión, sangrado, otras causas de extracción y...

Resultados: de 1200 mujeres, solo pudieron contactarse 844.

CONSEJERIA

Conclusión : Alta tasa de continuidad al año. El porcentaje de extracciones en su mayoría fue por efectos 2º, con una baja tasa de expulsión, que coincide con la de otros autores. Si resta por reforzar la continuidad de la anticoncepción en mujeres que se retiran el dispositivo por otros métodos de LARC.

Table 2
Distribution of outcomes of PPCuIUD insertion at 1 year among Indian women who received PPCuIUD in 2013–2014 according to type of insertion

Type of insertion*	Total	Continuation (%) (95% CI)	Removal (%) (95% CI)	Expulsion (%) (95% CI)
Postplacental insertion after cesarean delivery	141	66.7 (58.2–74.3)	29.1 (21.7–37.3)	4.2 (1.5–9.1)
Postplacental insertion after vaginal delivery	532	60.1 (55.8–64.3)	30.3 (26.3–34.3)	9.6 (7.2–12.4)
Early postpartum	171	67.8 (60.2–74.7)	28.7 (22.1–36.1)	3.5 (1.3–7.5)
Total	844	62.8 (59.4–66.1)	29.7 (26.7–32.9)	7.5 (5.8–9.4)

* Postplacental insertion: done within 10 min after expulsion of placenta; early postpartum insertion: done after 10 min but within 48 h of delivery.

Table 3
Contraceptive method switching choices among Indian women whose PPCuIUDs were removed or expelled within 1 year of insertion (n=314)

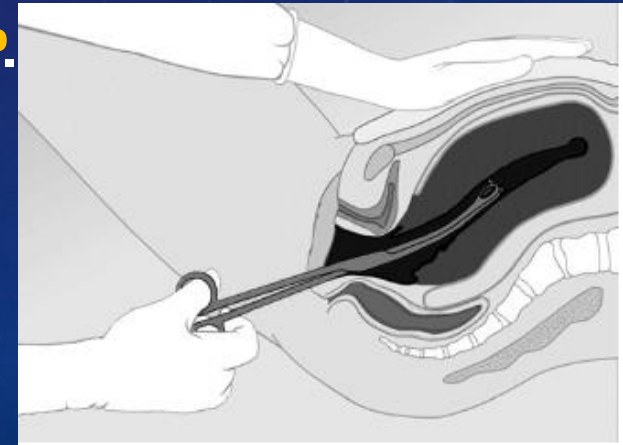
Contraceptive methods	Removals Number of clients (percentage)	Expulsion Number of clients (percentage)
Condoms	70 (27.9)	16 (25.5)
Female sterilization	30 (11.9)	4 (6.3)
OCPs	29 (11.6)	5 (7.9)
IUCD	3 (1.2)	1 (1.6)
Injectable	1 (0.4)	1 (1.6)
Male sterilization	1 (0.4)	0
Others	3 (1.2)	4 (6.3)
No contraceptive used	114 (45.4)	32 (50.8)
Total	251 (100.0)	63 (100)

OCPs, oral contraceptive pills.

MOMENTO OPORTUNO , CAPACITACIÓN, FACTORES CLAVES PARA EXPULSIÓN DEL DIUPP

- Las tasas de expulsión varían de acuerdo a los distintos estudios se ha establecido una relación consistente entre **el momento oportuno de la inserción del DIUPP, la técnica utilizada** y las respectivas tasas de expulsión al margen del país, entorno clínico o tipo de proveedor.
- **Existe una menor tasa de expulsión con la inserción postparto inmediato (post-placenta, intra-cesárea)** que con la inserción postparto temprano (dentro de las 48 horas); esto probablemente se deba a que es más seguro alcanzar el fondo uterino durante la inserción inmediata. Cuando el útero comienza a contraerse y a recuperar firmeza inmediatamente hace que la inserción sea más difícil.
- **Las tasas de expulsión para diferentes autores pueden variar desde un 10 a un 15% llegándose a reducir hasta un 4 a 5% dependiendo de las técnicas de inserción y de las capacitación a proveedores.**
- **La OMS recomienda una visita a las 6 semanas de la inserción DIUPP.**

McKaig C et al. (ACCESS-FP). 2008. *Workshop on Comprehensive Postpartum Family Planning Care* (learning resource package). Jhpiego: Baltimore, Maryland.



CONTRAINDICACIONES DE COLOCACIÓN DE DIUPP

- Corioamnionitis (Categoría 3)
- **Endometritis postparto (Categoría 4)**
- **Sepsis puerperal (Categoría 4)**
- **Aborto séptico (Categoría 4)**
- Más de 18 horas de RPM hasta el nacimiento del bebe (Categoría 3).
- Hemorragia postparto no resuelta (Categoría 3)
- Traumatismo genital extenso, cuya reparación se interrumpiría con la colocación del DIU postparto (Categoría 3)

ORIENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Informar a la usuaria sobre los efectos 2º.
- Con relación a la posible expulsión del DIU:
- Según la OMS:
 - 1º visita : 4 a 6 semanas del post parto (valorar los hilos del DIU).
 - 2ª visita: a los 3 meses ya que la expulsión es más probable que ocurra durante este período.

Los objetivos principales de la atención de seguimiento incluyen:

- Evaluar la satisfacción general de la paciente con el DIU
- Identificar y manejar problemas potenciales
- Atender preguntas o preocupaciones que pueda tener la paciente
- Reforzar los mensajes clave con relación a la extracción y duración de la acción

IMPLANTE SUBDÉRMICO



- Alta eficacia , 99%
- No depende de la usuaria
- Inhibe la ovulación
- Aumenta la viscosidad del moco cervical
- Alteraciones endometriales
- Alta tasa de satisfacción por parte de la usuaria
- Puede usarse en AIPE.

Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and discontinuation rate

Cristina Ap. F. Guazzelli*, Flaviano Teixeira de Queiroz, Marcia Barbieri, Maria Regina Torloni, Fabio Fernando de Araujo

Department of Obstetrics and Gynecology, Family Planning Clinic, São Paulo Federal University (UNIFESP), São Paulo 04040032, Brazil

Received 4 November 2009; revised 3 February 2010; accepted 4 February 2010

- A los 6 meses de puerperio
- Seguimiento de 12 meses.
- Resultados: 0% abandono
0% embarazos
Amenorrea 38,6%

Sangrado frecuente y prolongado <5%

↑ de Hb y Hto.

↓ CT,LDL,TG,TGO,TGP

No hubo modificaciones de la TA, peso corporal ,ni desarrollo de acné.

38% cefaleas.

Table 3
Bleeding pattern of 44 implant users during 1 year

Bleeding pattern	Reference period*			
	1st	2nd	3rd	4th
Amenorrhea	20 (45.5%)	18 (40.9%)	19 (43.2%)	17 (38.6%)
Infrequent	9 (20.5%)	6 (13.6%)	6 (13.6%)	7 (15.9%)
Acceptable	7 (15.9%)	13 (29.5%)	11 (25.0%)	14 (31.8%)
Frequent	2 (4.5%)	1 (2.3%)	0 (0.0%)	1 (2.3%)
Prolonged	3 (6.8%)	3 (6.8%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)
Irregular	3 (6.8%)	3 (6.8%)	7 (15.9%)	4 (9.1%)

* p=No significant differences in bleeding patterns between the four reference periods.

Conclusión: Seguro, eficaz y bien aceptado por las adolescentes luego de un parto/aborto

TASA DE CONTINUIDAD Y SATISFACCIÓN DEL IMPLANTE

- **La Tasa de continuidad del Implante en el 1º año para distintos autores se encuentra entre el 67% al 75%**
 - .Teunissen, A.M., B. Grimm, and F.J. Roumen, Continuation rates of the subdermal contraceptive ImplanonR and associated influencing factors. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2014. 19(1): p. 15-21.
 - . Harvey, C., C. Seib, and J. Lucke, Continuation rates and reasons for removal among ImplanonR users accessing two family planning clinics in Queensland, Australia. *Contraception*, 2009. 80(6): p. 527-532.
- **La interrupción del método se da particularmente por los efectos adversos, en especial por el patrón de sangrado 10% por hemorragias impredecibles en los primeros 6 meses, luego se estabiliza**
 - Peipert, J.F., et al., Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstetrics and gynecology*, 2011. 117(5): p. 1105
- **Cuando se proporciona un buen asesoramiento de estos efectos 2º(sangrado irregular, amenorrea y aumento de peso/otros) las tasas de Continuidad en el 1º año llegan al 90%.**
 - Rubenstein, J., et al., Counselling styles and their effect on subdermal contraceptive implant continuation rates. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2011. 16(3): p. 225-228.

GENERAL GYNECOLOGY

Rapid repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference?

Kristina M. Tocce, MD, MPH; Jeanelle L. Sheeder, MSPH, PhD; Stephanie B. Teal, MD, MPH

OBJECTIVE: The purpose of this study was to determine contraceptive continuation and repeat pregnancy rates in adolescents who are offered immediate postpartum etonogestrel implant (IPI) insertion.

TABLE 3

Contraceptive methods of nonpregnant participants at 8 weeks, 6 months, and 12 months after delivery

Contraceptive method	Control subjects, n (%) ^a			Immediate postpartum implantation, n (%) ^b		
	8 wk	6 mo	12 mo	8 wk	6 mo	12 mo
Implantation	14 (6.2)	32 (16.7)	35 (21.1)	171 (100)	156 (96.8)	132 (86.3)
Intrauterine device	16 (7.1)	56 (29.2)	51 (30.7)	0	1 (0.6)	6 (3.9)
Depot medroxyprogesterone acetate	34 (15.1)	36 (18.8)	31 (18.7)	0	1 (0.6)	5 (3.3)
Oral contraceptive pills	16 (7.1)	12 (6.3)	11 (6.6)	0	2 (1.2)	3 (2.0)
Vaginal ring	3 (1.3)	4 (2.1)	2 (1.2)	0	0	0
Contraceptive patch	1 (0.4)	3 (1.6)	3 (1.8)	0	0	0
Condoms	19 (8.4)	14 (7.3)	10 (6.0)	0	1 (0.6)	3 (2.0)
Emergency contraception	4 (1.8)	0	0	0	0	0
Withdrawal	3 (1.3)	1 (0.5)	0	0	0	0
Tubal ligation	3 (1.3)	3 (1.6)	3 (1.8)	0	0	0
None	112 (49.8)	31 (16.1)	20 (12.0)	0	1 (0.6)	0
TOTAL	225	192	166	171	161	149

^a n = 225; ^b n = 171.

Tocce. Immediate postpartum etonogestrel implants. Am J Obstet Gynecol 2012.

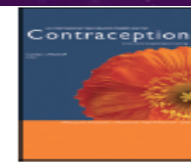
TABLE 4

Outcomes of repeat pregnancies

Pregnancy outcome	Conceived < 6 mo after delivery, n		Conceived 6-12 mo after delivery, n	
	Immediate postpartum implantation group (n = 0)	Control subjects (n = 21)	Immediate postpartum implantation group (n = 4)	Control subjects (n = 17)
Delivery	0	15 ^a	4	13
Termination of pregnancy	0	5	0	1
Spontaneous abortion	0	1	0	3

^a Five participants delivered within 1 year of the index pregnancy.

Tocce. Immediate postpartum etonogestrel implants. Am J Obstet Gynecol 2012.



923 mujeres.
Edad: 18 a 40 años,
sexualmente activas.
11 países: USA,
EUROPA Y ASIA.

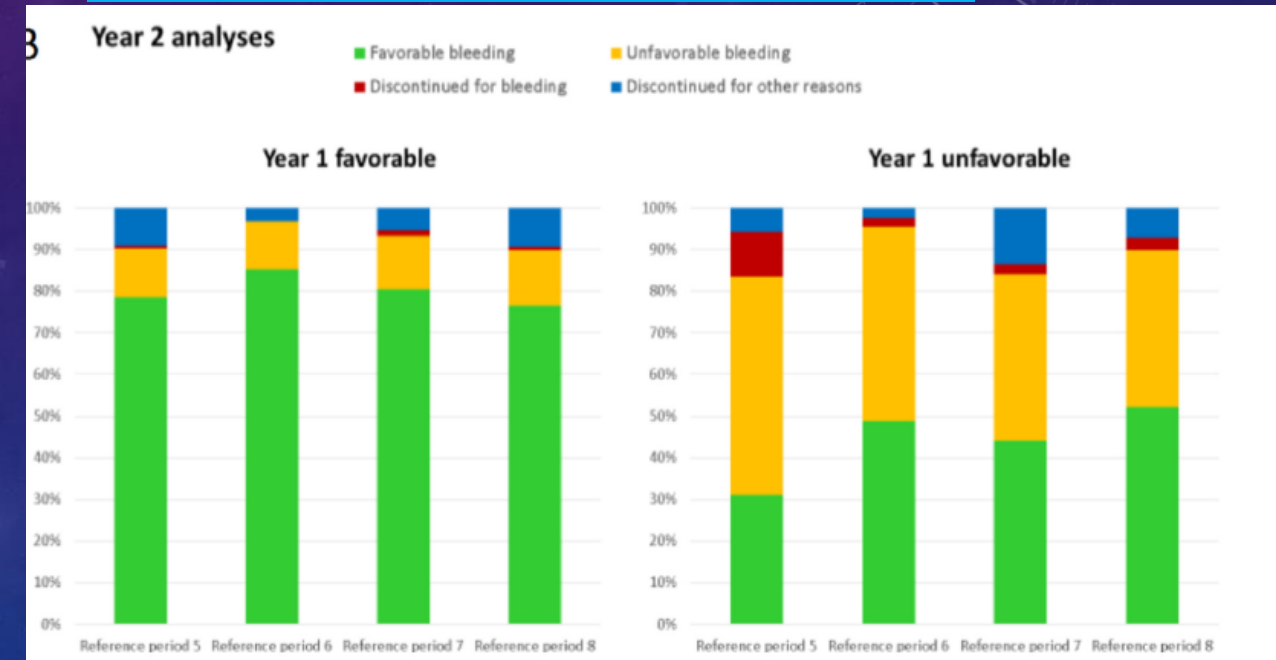
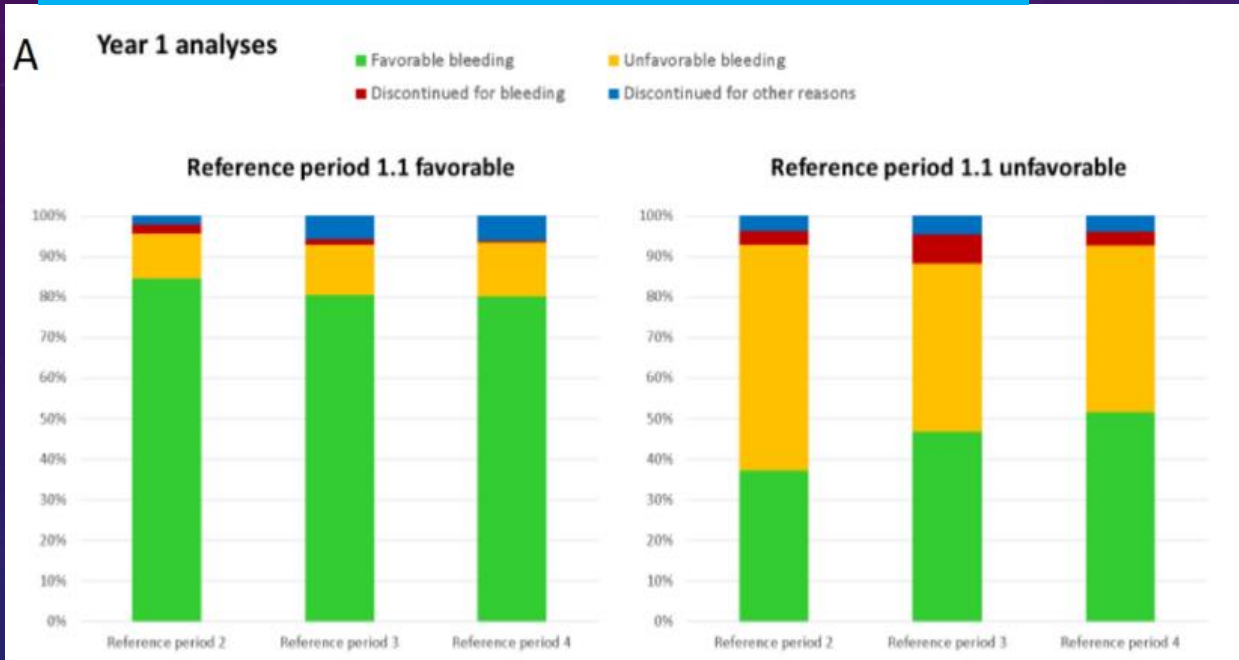
Original research article

Can initial vaginal bleeding patterns in etonogestrel implant users predict subsequent bleeding in the first 2 years of use? ☆

Diana Mansour ^{a,*}, Ian S. Fraser ^b, Alison Edelman ^c, Carolina S. Vieira ^d, Andrew M. Kaunitz ^e, Tjeerd Korver ^f, Annpey Pong ^g, Jianxin Lin ^g, Arvind K. Shah ^g, Michelle Fox ^g, Hans Rekers ^g, Mitchell D. Creinin ^h

FAVORABLE: (AMENORREA, SANGRADO INFRECUENTE, NORMAL).

DESFAVORABLE: (SANGRADO FRECUENTE Y PROLONGADO)



CONCLUSIONES: Aquellas usuarias con sangrado favorable tendrán un 80% de chances de continuar con el mismo patrón; en cambio un 40% de las usuarias con sangrados desfavorables podrían pasar a tener un patrón favorable en los próximos períodos. Estos hallazgos pueden facilitar la consejería respecto del mismo en mujeres usuarias de implante de ETG



Original research article

A multicenter randomized clinical trial of etonogestrel and levonorgestrel contraceptive implants with nonrandomized copper intrauterine device controls: effect on weight variations up to 3 years after placement☆☆☆☆☆



Luis Bahamondes ^{a,*}, Vivian Brache ^b, Moazzam Ali ^c, Ndema Habib ^c,
for the WHO study group on contraceptive implants for women

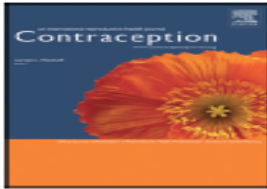
Objectives: To evaluate weight changes in women randomized to either the etonogestrel (ENG)- or the levonorgestrel (LNG)-releasing contraceptive implants and to compare with users of the TCu380A intrauterine device (IUD).

Table 5

^aMultilevel (mixed) model regression with random intercept and slope for estimates of weight distribution among implant (ENG and LNG) compared to Cu-IUD users through 36 months of use, with baseline weight as a stratification factor (effect modifier)

Fixed effects	Baseline weight ≤50 kg		Baseline weight 51–69.9 kg		Baseline weight ≥70 kg					
	Estimate (SE) ^a	F test p value ^a	Estimate (SE) ^a	F test p value ^a	Estimate (SE) ^a	F test p value ^a				
Intercept	46.8 (.66)		59.1 (.47)		80.2 (1.39)					
Intervention group		0.28		.067		.0006				
Implant	−0.419 (.384)		−0.508 (.278)		−2.32 (.676)					
Cu-IUD	ref		ref		ref					
0 ^a	330	00.0	10.0	00.0	07.0	124.0				
6	958	0.7	3.9	0.45–0.95	<.0001	0.0	−1.0	2.0	−15.0	49.0
12	817	1.0	4.2	0.71–1.29	<.0001	1.0	−1.0	3.0	−19.0	19.0
18	740	1.5	4.7	1.16–1.84	<.0001	1.0	−1.0	4.0	−21.0	28.0
24	683	2.2	4.8	1.84–2.56	<.0001	2.0	−1.0	5.0	−16.0	30.0
30	639	2.5	4.8	2.13–2.87	<.0001	2.0	0.0	5.0	−14.0	20.0
36	470	2.9	5.2	2.43–3.37	<.0001	3.0	0.0	6.0	−18.0	23.0
Cu-IUD										
0 ^a	971	64.6	12.9			63.0	55.0	72.0	37.0	117.0
6	864	0.0	4.2	−0.28–0.28	.76	0.0	−2.0	2.0	−17.0	53.0
12	708	−0.3	4.5	−0.63–0.03	.13	0.0	−3.0	2.0	−28.0	22.0
18	590	0.0	4.9	−0.40–0.40	.88	0.0	−3.0	3.0	−22.0	18.0
24	553	0.4	5.2	−0.03–0.83	.05	1.0	−2.0	3.0	−23.0	23.0
30	491	0.9	5.6	0.40–1.40	.0003	1.0	−2.0	4.0	−18.0	33.0
36	336	1.1	5.3	0.53–1.67	.0003	1.0	−2.0	4.0	−18.0	20.0

^a Observed weight at baseline visit.



Original research article

The effect of immediate postpartum levonorgestrel contraceptive implant use on breastfeeding and infant growth: a randomized controlled trial^{☆,☆☆}

Sarah Averbach^{a,b,*}, Othman Kakaire^c, Rachel McDiehl^d, Christine Dehlendorf^a, Felicia Lester^a, Jody Steinauer^a



Objective: This study assessed whether immediate postpartum insertion of levonorgestrel contraceptive implants is associated with a difference in infant growth from birth to 6 months, onset of lactogenesis, or breastfeeding continuation at 3 and 6 months postpartum compared to delayed insertion at 6 to 8 weeks postpartum.

Table 2

Infant growth from birth to 6 months of age among infants born to women randomized to immediate and delayed two-rod LNG contraceptive implant initiation

Intention-to-treat analysis				
	Immediate placement	Delayed placement	Difference	p value
	N=60	N=43		
	Mean (SD)	Mean (SD)	(95% CI)	
Weight (g)	4631.7 (1020.0)	4407.0 (957.3)	224.7 (−169.5 to 618.8)	.26
Head circumference (cm)	9.3 (2.6)	9.5 (2.7)	0.2 (−0.8 to 1.2)	.70
Length (cm)	14.7 (5.3)	15.2 (5.1)	0.5 (−1.6 to 1.3)	.63
Analysis restricted to women randomized before onset of lactogenesis				
	N=39	N=24		
Weight (g)	4555.4 (1039.1)	4570.8 (950.3)	15.4 (−506.7 to 537.6)	.95
Head circumference (cm)	9.7 (2.6)	9.4 (2.5)	0.3 (−1.1 to 1.6)	.69
Length (cm)	14.2 (6.6)	15.4 (5.0)	1.2 (−1.9 to 4.4)	.43

Table 3

Breastfeeding continuation among women randomized to immediate and delayed two-rod LNG contraceptive implant initiation (intention to treat)

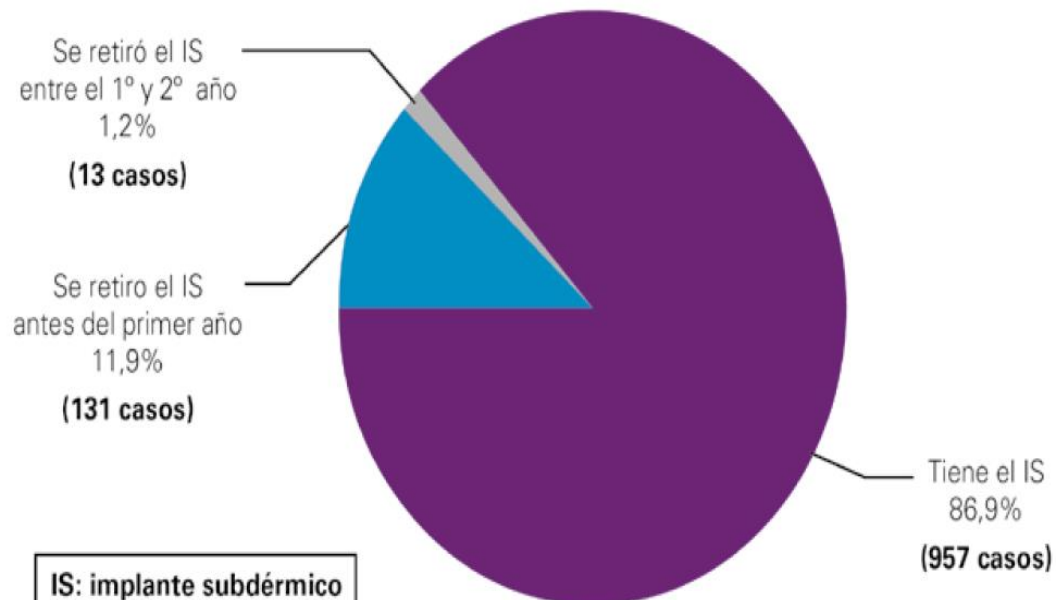
	Immediate placement	Delayed placement	Risk	p value
	N=84 (3 months)	N=70 (3 months)	Difference	
	N=86 (6 months)	N=75 (6 months)	(95% CI)	
	N (%)	N (%)		
Exclusive breastfeeding				
3 months	62 (73.8)	50 (71.4)	2.4 (−11.8 to 16.5)	.74
6 months	41 (47.7)	39 (52.0)	4.3 (−11.1 to 19.8)	.58
Any breastfeeding				
3 months	83 (98.8)	70 (100.0)	1.2 (−1.1 to 3.5)	.54
6 months	83 (96.5)	75 (100.0)	3.5 (−0.4 to 7.4)	.25
Any concerns about breastmilk supply				
3 months ^a	21 (25.6)	16 (23.9)	1.7 (−12.2 to 15.6)	.81
6 months ^b	27 (31.4)	27 (37.0)	5.6 (−9.2 to 20.4)	.46

^a Eighty-two women in the immediate placement group and 67 women in the delayed placement group answered this question.

^b Seventy-three women in the delayed placement group answered this question.

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA AL IMPLANTE SUDÉRMICO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES EN ARGENTINA.

Distribución de mujeres según situación con el implante subdérmico (muestra: 1101 casos)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Mujeres que Mantuvieron el Implante y Afirmaron recibir Consejería/Asesoramiento/Información sobre otros Métodos Anticonceptivos

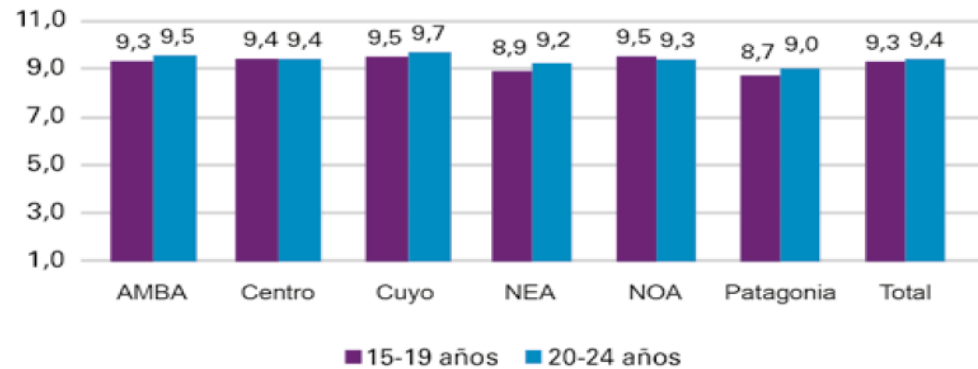
Región	Total	15-19 años	20-24 años	Diferencia por rango de edad
AMBA	78% (246)	73% (123)	84% (123)	-11%
Centro	78% (135)	78% (83)	78% (52)	1%
Cuyo	82% (71)	81% (56)	83% (15)	-2%
NEA	81% (139)	80% (59)	82% (80)	-3%
NOA	82% (141)	72% (48)	88% (93)	-16%
Patagonia	86% (30)	84% (21)	90% (9)	-6%
Total	80% (762)	76% (390)	84% (372)	-7%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA AL IMPLANTE SUDÉRMICO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES EN ARGENTINA.

Confianza en el Uso de Implante, por Rango de Edad
(en promedio de usuarias, rango 1-10 "muy satisfecha")

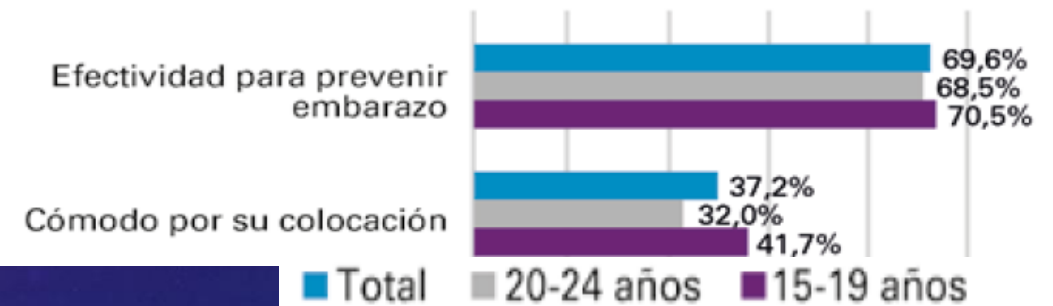
Satisfacción en confianza



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Razones por las que se volvería a colocar un implante o no, por Rango de Edad
(en % del total)

Volvería a usar un implante



¿Quién decidió la colocación del Implante, según implante mantenido y retirado?

	Sin Implante		Con Implante	
	15-19 años (N=65)	20-24 años (N=79)	15-19 años (N=492)	20-24 años (N=445)
Ella	88%	94%	97%	98%
Profesional, médico, sistema de salud	6%	6%	0%	0%
Otros (familia, pareja, etc.)	6%	-	3%	2%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

**Mujeres que Mantuvieron el Implante y Afirmaron recibir
Consejería/Asesoramiento/Información sobre otros Métodos Anticonceptivos**

Región	Total	15-19 años	20-24 años	Diferencia por rango de edad
AMBA	78% (246)	73% (123)	84% (123)	-11%
Centro	78% (135)	78% (83)	78% (52)	1%
Cuyo	82% (71)	81% (56)	83% (15)	-2%
NEA	81% (139)	80% (59)	82% (80)	-3%
NOA	82% (141)	72% (48)	88% (93)	-16%
Patagonia	86% (30)	84% (21)	90% (9)	-6%
Total	80% (762)	76% (390)	84% (372)	-7%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Consejería y asesoramiento sobre el implante subdérmico en adolescentes y jóvenes



Dirección de Salud Sexual y Reproductiva | Secretaría de Gobierno de Salud | Ministerio de Salud y Desarrollo Social | Presidencia de la Nación



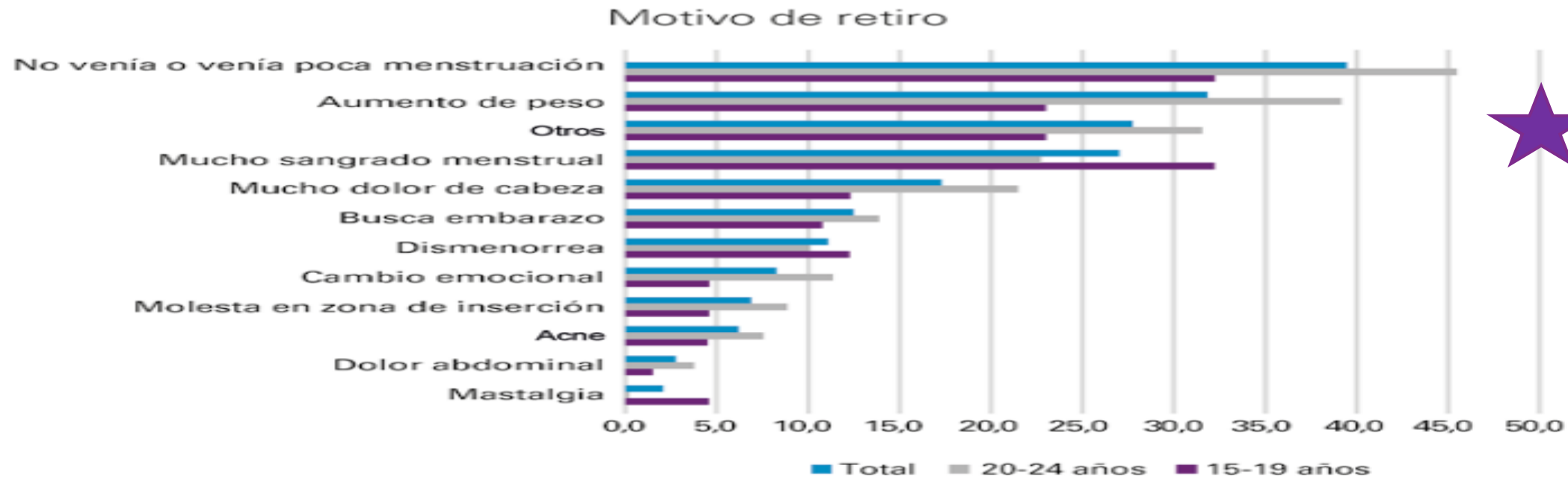
Comité de Opinión sobre Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración (LARCS). AMAdA 2018

Los implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos (DIU) son considerados los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces. A diferencia de otros métodos reversibles, no son dependientes de la usuaria. Además, una vez colocado el método, la fertilidad se

La importancia de la **Consejería previa** radica en la posibilidad de mejorar la **adherencia** al método; en tanto es más probable que la usuaria que lo elige conociendo los posibles efectos secundarios, lo mantenga colocado aunque estos se presenten.

Nivel de aceptación quedó en un 84%, lo que respalda la evidencia de uso del mismo.

Motivos para el Retiro de Implante, por Rango de Edad
(en % del total)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Mujeres que Utilizan Método Alternativo, luego del Retiro de Implante, por Rango de Edad (en % del total)

Método usado luego de retirado	15-19 años (N=40)	20-24 años (N=60)	Total (N=100)
Anticonceptivo oral	63,4	41,7	50,5
Anticonceptivo inyectable mensual	24,4	25,0	24,8
Preservativo	7,5	16,7	12,9
DIU	2,4	10,0	6,9
Otro	2,4	3,3	3,0
Anticonceptivo inyectable trimestral	0,0	1,7	1,0
Aticonc. oral+ Presevativo	0,0	1,7	1,0
Anticonceptivo hormonal de emergencia	0,0	0,0	0,0
DIU LNG	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

CONCLUSIONES

- Fortalecer la estrategia de **consejería**, con perspectiva de genero y derechos, previa a la colocación del método anticonceptivo.
- Hacer hincapié en los posibles efectos secundarios (entre ellos, el patrón de sangrado, la cefalea y el aumento de peso) y las razones por las cuales justifica retirarse o mantener el implante colocado.
- La importancia **de la consejería previa** radica en la posibilidad de mejorar la **adherencia** al método en tanto es mas probable que la usuaria que lo elije conociendo los posibles efectos secundarios, lo mantenga colocado aunque estos se presenten.
- Fortalecer la **estrategia de anticoncepción inmediata post evento obstétrico**, tanto en el **post-parto** como en el **post- aborto**, para evitar la reiteración de embarazos no intencionales.

Muchas Gracias

