



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CESE DEL MÉTODO
ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO –IMPLANTE EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO EN EL
PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2016.**

TESIS PRESENTADO POR:

BACH.OBST.GONZALES GOMEZ, ERIKA LIZETTE

PARA OPTAR:

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ASESOR(A):

OBST.DRA.LEILA ROSA MARINO PANDURO

PUCALLPA-PERÚ

2017

ÍNDICE

CARÁTULA	
ÍNDICE	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	1
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.....	3
1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	4
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.5.1 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.....	5
1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	6
1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	6
1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	6
1.6.3 MÉTODO DE INVESTGACION.....	6

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.7.1 POBLACIÓN.....	7
1.7.2 MUESTRA.....	7
1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
1.8.1 TÉCNICA.....	8
1.8.2 INSTRUMENTO.....	8
1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN....	8

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
2.2 BASES TEÓRICAS.....	15
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	30

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

3.1 RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	33
3.2 CONCLUSIONES.....	47
3.3 RECOMENDACIONES.....	49
3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	51

ANEXOS

MATRÍZ DE CONSISTENCIA.....	58
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	59

Dedico:

A Dios, gracias a Él he logrado concluir mi carrera satisfactoriamente.

A mis padres, porque estuvieron a mi lado apoyándome, aconsejándome y me encaminaron en el buen sendero haciendo que mis metas se cumplan.

A mis abuelos queridos, más que abuelos son las personas indispensables en mi vida, siempre preocupados por mi porvenir, los llevo en mi corazón.

Agradezco:

A la Universidad Alas Peruanas por haberme hecho parte de ella, brindándome la oportunidad para mi desarrollo académico.

Agradezco también a mi asesora de tesis Obst. Dra. Leila Rosa Marino Panduro de Ibazeta, por brindarme sus conocimientos y orientaciones a lo largo del desarrollo de mi investigación.

Y a los directivos del Centro de Salud San Fernando por permitirme el recojo de información para la elaboración de mi tesis.

RESÚMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo:** Determinar los factores que influyen en el cese del método anticonceptivo subdérmico –implante en pacientes atendidas en el centro de salud San Fernando periodo Enero – Diciembre.

Material y métodos: Se realizó una investigación de corte transversal, retrospectivo. Diseño descriptivo con 120 usuarias. La variable independiente fue factores que influyen. La variable dependiente fue cese del método anticonceptivo subdérmico-implante. La técnica seleccionada fue la ficha de recolección de datos, con un cuestionario para identificar factores que influyen en el cese del método anticonceptivo subdérmico – implante. La encuesta constó de 13 preguntas, que se realizó de Enero–Diciembre del 2016 en el servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud San Fernando. **Conclusiones:** El 82% de la población en estudio se encontró en el rangos de edades de 20-34 años, teniendo este indicador asociación estadísticamente significativa con un valor de p de 0.0405, el 61% registro grado de instrucción nivel secundario, el 65% de las pacientes tuvieron una paridad entre 1-2 hijos, teniendo estos resultados asociación estadísticamente significativa con valor de significancia de 0.005. A diferencia del estado civil que no presento asociación estadística. En relación a los factores Gineco-Obstétricos se concluye que, el 70% de las pacientes tuvieron modificaciones en el peso mayores a 5 kilos, existiendo relación estadísticamente significativa con un valor de p de 0.0218, así mismo el 76% de las usuarias manifestaron que el incremento del peso es uno de los factores para decidir el cese del método anticonceptivo hormonal implante sub dérmico. El 66 % de las usuarias del método hormonal implante subdérmico señalaron haber tenido alteraciones en el volumen del sangrado entre regular y abundante no habiendo asociación estadísticamente significativa con este indicador, sin embargo, las usuarias sin considerar el volumen o cantidad de sangrado, el 39% indicó afirmativamente que el solo hecho de sangrar se convierte en un factor que condiciona al cese del método con un valor estadísticamente significativo de p 0.0309. Respecto a las complicaciones en las mamas el 95% manifestaron haber experimentado complicaciones como hipersensibilidad y dolor a nivel

mamario sin significancia estadística, sin embargo el 24 % de ellas afirmo que el solo hecho de tener alguna alteración en las mamas es la razón para el cesa del método con un valor de p de 0.0005 con significancia estadística. En relación a la atención de salud, el 87% de las usuarias manifestaron haber recibió consejería en planificación familiar para dar inicio al uso del método anticonceptivo, no existiendo asociación estadísticamente significativa entre este indicador y el cese del método sub dérmico implante.

Palabras claves: Factores que influyen, cese de método, anticonceptivo sub-dérmico- implante.

ABSTRACT

The present study was presented with the objective: to determine the factors influencing the cessation of the Subdermal contraceptive method – implant in patients served at the San Fernando Health Center period January – December.

Material and methods: A cross-sectional, retrospective investigation was carried out. Descriptive design with 120 users. The independent variable was influencing factors. The dependent variable was cessation of the contraceptive method Subdermal-implant. The selected technique was the data collection card, with a questionnaire to identify factors that influence the cessation of the Subdermal contraceptive method – implant. The survey consisted of 13 questions, which took place January – December 2016 in the family planning service of the San Fernando Health Center. **Conclusiones:** El 82% de la población en estudio se encontró en el rangos de edades de 20-34 años, teniendo este indicador asociación estadísticamente significativa con un valor de p de 0.0405, el 61% registro grado de instrucción nivel secundario, el 65% de las pacientes tuvieron una paridad entre 1-2 hijos, teniendo estos resultados Statistically significant association with significance value of 0.005. Unlike the marital status that I do not present statistical association. In relation to the factors/-obstetrics It is concluded that, 70% of the patients had modifications in the weight greater than 5 kilos, there being statistically significant relation with a value of P of 0.0218, likewise 76% of The users said that the increase in weight is one of the factors to decide the cessation of the hormonal contraceptive method sub dermal implant. 66% of users of the hormonal method Subdermal implant indicated to have had alterations in the volume of bleeding between regular and abundant not having statistically significant association with this indicator, without However, users without considering the volume or amount of bleeding, 39% affirmatively indicated that the single fact of bleeding becomes a factor that conditions the cessation of the method with a statistically significant value of P 0.0309. Regarding breast complications, 95% expressed Having experienced complications such as hypersensitivity and pain at the breast level without

statistical significance, however 24% of them affirm that the mere fact of having some alteration in the breasts is the reason for the cessation of the method with a value of P of 0.0005 with Statistical significance. In relation to Health care, 87% of the users said they had received counseling in family planning to begin the use of the contraceptive method, there is no statistically significant association between this indicator and the cessation of the sub dermal method. Implant.

Key words: Factors that influence, cessation of method, contraceptive subdermal-implant

INTRODUCCIÓN

Según informes de la Organización de Naciones Unidas, la población mundial tuvo un crecimiento de 7000 millones al año 2013; se estima que en la siguiente década aumente en mil millones, esto se ve influenciado por las altas tasas de fertilidad por encima de las cifras de remplazo poblacional (2,1 hijos por mujer). En las décadas actuales hay factores que están contribuyendo a mantener niveles apropiados de crecimiento debido al mejoramiento de la instrucción femenina y los avances tecnológicos en anticoncepción como los implantes subdérmicos cuando son empleados bajo condiciones apropiadas de información.(3)

Los implantes subdérmicos constituyen uno de los más grandes avances tecnológicos en anticoncepción, que se colocan en el brazo de la mujer y cuentan con un 99% de efectividad durante 3 a 5 años, contiene bajas dosis de progesterona y ofrecen un efecto reversible de acción prolongada .Están constituidos por una goma de silicona, sobre la cual va depositada la progestina concretamente levonogestrel o desogestrel. A pesar de los avances biotecnológicos y la disponibilidad de métodos anticonceptivos, no se ha podido solucionar el problema del acceso y la permanencia de los servicios de salud para cumplir con las características básicas de la calidad de servicio: especificidad de funciones, complementariedad y atención en el nivel óptimo. Además existen situaciones en las cuales muchas mujeres con necesidad insatisfecha, no usan los servicios disponibles, o lo hacen de manera temporal debido a los efectos secundarios que provocan. (1)

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La planificación familiar es una herramienta que ayuda a reducir las tasas de mortalidad materna a nivel mundial ya que ayuda a espaciar el nacimiento de los hijos, evita embarazos no deseados y situaciones que puedan aumentar la morbimortalidad materna relacionada con el embarazo, el parto y sus complicaciones. En nuestro país, según ENDES 2013, casi todas las mujeres en edad fértil han oído hablar sobre algún método de planificación familiar, con respecto al año 2009 esto aumentó en 0,5 y 0,6 puntos porcentuales respectivamente. (1)

Un método anticonceptivo se define como aquel que se utiliza para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja en forma temporal o permanente. Por lo general implica dispositivos o medicamentos en los que cada uno tiene su propio nivel de efectividad. La planificación familiar nos ofrece una gama de métodos anticonceptivos y durante los últimos años se ha ido mejorando la eficacia anticonceptiva y la disminución

de los efectos secundarios. Nuevas investigaciones se vienen realizando dentro de los anticonceptivos de acción prolongada y reversible tal como lo es el implante subdérmico, que cuenta con altas tasas de continuación altos niveles de satisfacción de las usuarias. (1)(2)

Sin embargo en el Perú, el implante subdérmico es uno de los métodos modernos menos conocido por las mujeres con un 48,3% y dentro del 88,2% de las mujeres actualmente unidas no usuarias de métodos anticonceptivos que expresaron su intención de usar en el futuro un método anticonceptivo moderno; los implantes subdérmico abarcan sólo el 14,4%, según ENDES 2013. Se han realizado investigaciones con respecto a los factores que conllevan a su uso. Dentro de los efectos secundarios que han sido evidenciados tras el uso de este dispositivo se describen, a mujeres que sufren un cambio del patrón menstrual; que puede incluir sangrado prolongado, frecuente, o amenorrea, aumento de peso, dolores de cabeza, acné , náuseas, sensibilidad mamaria, irritación en el sitio de inserción .(2)

Bajo esta óptica se pretende proporcionar una investigación más amplia sobre uno de los métodos anticonceptivos más efectivos, como lo es el Implante de Etonogestrel, implementando mediante una guía informativa nuevas estrategias para fortalecer la consejería hacia las usuarias que acuden para hacer uso de este método de planificación familiar. Durante los últimos diez años, la tasa de embarazos no deseados en todo el mundo es extremadamente alta, no sólo en los países en vías de desarrollo, sino también en los países desarrollados. En los Estados Unidos y países de América Latina, como Ecuador, Perú y Paraguay prácticamente la mitad del total de embarazos son no planificados o no intencionados, y más de un tercio terminan en un aborto. En nuestro país, a pesar de los esfuerzos en los últimos años no existe aún una relación entre el acceso, conocimiento de anticonceptivos y su utilización por varias razones como: falta de instrucciones acerca de su uso, el no conseguir el método más adecuado según sus necesidades, el desconocimiento de los efectos colaterales. (3)

En tal razón se torna imprescindible contar con los servicios de salud, con personal capacitado que brinde información clara y veraz, permitiendo

a la usuaria realizar la elección de un método acorde con su situación específica promoviendo que la decisión tomada sea basada en un asesoramiento adecuado. Según lo ha reportado la Organización Mundial de la Salud, cerca del 85% de las mujeres continúa usando este método después del primer año. Esto indica que es muy aceptado, sin embargo sigue existiendo un 15 % de usuarias que consultan al médico por su retiro. Los implantes subdérmico han surgido como una necesidad en la búsqueda del anticonceptivo ideal, el cual debe tener alta seguridad, mínimos efectos adversos, reversibles, cómodo, fácil de usar y ser de larga duración es por ello que actualmente el Ministerio de Salud Pública en la actualidad provee mes a mes este método para ofertarlo a las usuarias que acuden a los centros de salud en busca de planificación familiar. (3)

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

ESPACIAL

El estudio se realizó en el Centro de Salud San Fernando de Nivel I-3, red Coronel Portillo, micro red San Fernando, ubicado en la av. Bellavista N°377, Distrito de Manantay, Provincia de Coronel Portillo, Departamento de Ucayali.

TEMPORAL

El trabajo de investigación se ejecutó en los meses de Enero - Diciembre del 2016.

SOCIAL

El presente estudio se realizó en la población de mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Planificación familiar del establecimiento y fueron usuarias del método anticonceptivo subdérmico-Implante.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 PROBLEMA GENERAL

¿Qué factores influyen en el cese del método anticonceptivo subdérmico – implante en pacientes atendidas en el Centro de Salud San Fernando periodo Enero – Diciembre 2016?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Qué factores Sociodemográficas influyeron en las pacientes que cesaron en el uso del método anticonceptivo subdérmico- implante atendidas en el Centro de Salud San Fernando en el período Enero-Diciembre 2016?

¿Qué Factores Gineco-Obstétricos influyen en el cese del método anticonceptivo subdérmico- implante en pacientes atendidas en el centro de salud San Fernando período Enero-Diciembre 2016?

¿Qué Factores relacionados a la atención de salud contribuyen al cese del método anticonceptivo subdérmico- implante en pacientes atendidas en el centro de salud San Fernando. Período Enero-Diciembre 2016?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que influyen en el cese del método anticonceptivo subdérmico-implante en pacientes atendidas en el centro de salud San Fernando periodo Enero-Diciembre 2016

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores Sociodemográficas que influyen en las pacientes que cesan en el uso del método anticonceptivo atendidas en el Centro de Salud San Fernando en el período Enero-Diciembre 2016?

- Identificar los factores Gineco-Obstétricos que influyen en el cese del método anticonceptivo subdérmico-implante en pacientes atendidas en el centro de salud San Fernando período Enero-Diciembre 2016?
- Identificar los factores relacionados a la atención de salud que influye en el cese del método anticonceptivo subdérmico-implante en pacientes atendidas en el centro de salud San Fernando período Enero-Diciembre 2016?

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio no se considerará hipótesis por tratarse de una investigación observacional exploratoria que describirá los hechos en las unidades de estudio sin realizar modificación alguna de las variables.

1.5.1 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

- **Variable Independiente**
Factores que Influyen
- **Variable Dependiente**
Cese del método anticonceptivo subdérmico-implante

1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
V.I FACTORES QUE INFLUYEN	Factores Sociodemográficos	Edad Grado de instrucción Estado civil
	Factores Gineco-Obstétricos	Paridad Modificaciones en el peso Irregularidades en el sangrado Alteraciones en mamas
V.D CESE DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO-IMPLANTE	Factores en la Atención de Salud	Consejería en Planificación Familiar
	Tiempo transcurrido de uso del MAC Subdérmico al momento del cese	< de 1 año 1 a 2 años ≥ 2años

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio retrospectivo de corte transversal, pues se estudian las variables simultáneamente haciendo un corte en el tiempo.

1.6.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación según criterios de profundidad, es un estudio explicativo de corte transversal.

1.6.2 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

El método utilizado en el presente estudio es el descriptivo cualitativo, porque estudia la realidad en su contexto natural, procediendo luego a interpretar los factores que representan las variables de estudio.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 POBLACIÓN

La población está conformada para efecto del estudio en usuarias del método implante hormonal del año 2016 conformada por 120 usuarias

1.7.2 MUESTRA

Fórmula: $n = \frac{Z^2 N \cdot P \cdot q}{E^2 (N-1) + Z^2 P \cdot q}$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

z= Nivel de confianza 95% = 1,96

P= 0,5 (probabilidad de tener el factor a investigar, cuando no se conoce la proporción ni por antecedentes, al considerar 50%)

q= 1-P=1-0,5=0,5(probabilidad de no tener el factor a investigar, que se consideraría también 50%)

E= 0,05 (error máximo permisible o precisión que se considera frecuentemente 5%)

N= Población conocida o finita.

$$n = \frac{(1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5) \times 120}{(0,05)^2 (120-1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)} = \frac{115,248}{1,2579} \quad n = 91,6 = 92$$

La muestra estará conformada por 92 casos de pacientes que tuvieron cese del método anticonceptivo Subdérmico- Implante.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

La técnica utilizada fue la revisión de historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión mediante la cual se recabo la información que dio respuesta a las interrogantes del estudio.

1.8.2 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

El instrumento utilizado fue la Ficha de Recolección de datos, estuvo estructurado mediante tres componentes que facilitó la información que dará respuesta a los objetivos:

- Factores Sociodemográficos
- Factores Gineco-Obstétricos
- Factores relacionados a la atención de salud.

9.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

No existe duda alguna de la importancia sobre planificación familiar cuando se pretende la salud integral de la familia a través de tener el número de hijos que se espera y en el momento que se desea debido a este problema es importante que las mujeres utilicen un método anticonceptivo eficaz. En el país existen estudios acerca del uso de anticonceptivos en mujeres, sin embargo muy pocos estudios sobre el uso de métodos anticonceptivos subdérmico-implantes, tomando en cuenta que su uso se ha elevado en las mujeres que acuden a los centros de salud, se considera de vital importancia realizar este estudio con la finalidad de permitir al personal de salud tener un mejor parámetro de evaluación actual y obtener mejores expectativas para las usuarias de este método. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2012, indica que 13 de cada 100 mujeres adolescentes están gestando o ya son madres. El 13,2% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están esperando

a su primer hijo. Por departamentos se aprecia que los mayores porcentajes se encuentran en Loreto donde el 32,2% de las adolescentes ya son madres o están gestando, seguido por San Martín con 27,2% y Tumbes con 27,0%, y los departamentos donde hay menos madres adolescentes son Arequipa con 5,2%, Tacna con 6,9% y Lima con 7,7%.

(1). En la región de Ucayali existen pocos datos estadísticos de mujeres usuarias del método anticonceptivo subdérmico-implante, para determinar las causas por las que genera el abandono del método y es imprescindible conocerlas para realizar intervenciones y disminuir el índice de mujeres que hacen cese del método y es imprescindible conocerlas para realizar intervenciones y disminuir el índice de mujeres que dejan de usarlos por las diversas razones que las motivan, con la finalidad de disminuir estas prácticas al identificar los factores que contribuyen a ello, motivo por el cual este estudio contribuirá a identificar y por ende a dar recomendaciones pertinentes para disminuir los índices de ceses por razones prevenibles.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Dassah E. y Cols, en su estudio Prevalencia y Factores Predictivos de la acción prolongada del uso de anticonceptivos reversibles en un hospital de tercer nivel en Ghana 2013, **Objetivo**: determinar la prevalencia de los factores socio-demográficos y reproductivos asociados al uso de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARCS). **Resultados**: de 5946 clientes que optaron por la anticoncepción reversible, el 71% eligió LARCs, y el 29% restante optó por los anticonceptivos de acción más corta. LARCs fueron empleados principalmente por las mujeres con más hijos vivos ($p < 0.001$) que habían utilizado previamente LARCs (RR ajustado: 1.49, IC 95%: 1,39 a 1,60). Los factores significativos asociados con el uso actual LARC fueron el número de hijos sobrevivientes y el uso previo de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARCS). (4)

Aisien A. y Enoslease M. y su estudio Seguridad, eficacia y aceptabilidad de Implanon (etonogestrel) anticonceptivo implante subdérmico Hospital en Nigeria 2010, **Resultados:** la media de edad y la paridad fueron 33.9 +/- 5,2 años y 3,1 +/- 1,7 respectivamente. El peso medio fue de 71,4 +/- 12,0 kg en pre-inserción. Los efectos secundarios fueron alteraciones menstruales. La tasa de eficacia fue de 100%. Los clientes que recibieron información adecuada sobre el método (93,8%) y la mayoría de ellos estaban satisfechos con él durante el seguimiento. Implanon es un método eficaz, seguro y aceptable de anticoncepción entre sus usuarias. Los trastornos menstruales fueron los principales efectos secundarios que la mayoría de los sujetos encontraron tolerable con un asesoramiento adecuado. (5)

Mutihir J. y Daru P. en su estudio titulado Implantes sub-dérmico Implanon: una revisión de los 10 meses de aceptabilidad en Jos, Nigeria del Norte-Central. Nigeria, 2008, **Resultados:** de un total de 2.608 clientes, 350 tenían Implanon (13,4%). Ciento noventa y uno (54,6%) de los aceptantes desea tener más hijos, y por lo tanto su uso para espaciar los embarazos, 154 (44,0%) no le gustaría tener más hijos, pero optó por el método a largo plazo temporal, y (1,4%) no estaban seguros si tener más hijos en el futuro o no. La media de edad y la paridad de aceptantes fueron 32,4 años y 3,6 respectivamente. El número medio de hijos que viven a las mujeres fue de 3,4. Todas las mujeres estaban casadas. Alrededor de tres cuartas partes de las mujeres (75,8%) tenían educación secundaria y terciaria. Setenta y dos de las mujeres (20,6%) estaban tomando un método anticonceptivo moderno por primera vez. El resto 278 (79,4%) había utilizado uno o más métodos de anticoncepción, y sólo se cambiaría al implantes sub-dérmica. Más de tres cuartas partes de los clientes están cambiando de otros métodos a Implanon. El método parece tener una buena tasa de continuación y por lo tanto es una alternativa más de método anticonceptivo a largo plazo entre las mujeres. (6)

Arribas L. y cols. En su estudio La inserción y la experiencia de seguimiento de 3 años de 372 implantes anticonceptivos subdérmicos de etonogestrel por los médicos de familia en Granada, España 2009. **Objetivo:** realizaron su estudio con la finalidad de describir el perfil de usuario, tasa de continuación, los motivos de la interrupción y la eficacia del implante de liberación de etonogestrel. **Resultados:** los datos estuvieron disponibles para 356 (95,7%) mujeres. La edad media fue de 27,2 años y 159 (42,7%) eran nulíparas. Las tasas de continuidad fueron 91,0% a 1 año, el 74,7% a los 2 años y el 65,1% a los 2 años y 9 meses. Las principales razones de la interrupción fueron el sangrado excesivo (44,12%), buscando quedar embarazadas (44, 12%) y los efectos secundarios no relacionados con la menstruación (21, 59%). Sin embargo, 141 (39,6%) recibieron un segundo implante cuando el primero había caducado. Los médicos de familia pueden lograr excelentes resultados con el anticonceptivo implante subdérmico. Se debe incluir en la gama de anticonceptivos ofrecidos por médicos de atención primaria. (7)

Graesslin O. y Korver T. En Francia 2008 en su investigación La eficacia anticonceptiva de Implanon: una revisión de los ensayos clínicos y la experiencia de marketing, **Objetivo:** evaluaron la eficacia anticonceptiva del implante de liberación de etonogestrel en estudios internacionales y de nueve años de experiencia en marketing. El análisis de eficacia integrado incluyó 923 mujeres que no amamantan. **Resultados:** Se informó cincuenta embarazos posteriores al tratamiento, seis de los cuales ocurrieron dentro de los 14 días de la extracción del implante, lo que indica que la fertilidad había vuelto rápidamente. Durante un período de comercialización de nueve años se calculó una tasa de embarazo global de 0.049 por 100 implantes vendidos (índice estimado Perla = 0,031 basado en todos los embarazos reportados). (8)

Madden T. Y cols. En su investigación Continuación del implante de etonogestrel en mujeres sometidas a la colocación inmediata postaborto, Estados Unidos 2012. **Resultados:** durante el período de estudio, 141 mujeres recibieron el implante inmediatamente después del aborto, y 935

mujeres se sometieron a una colocación de intervalo. Las tasas de continuación de 12 meses fueron similares: 81,5% entre las mujeres sometidas a la colocación inmediata postaborto y el 82,8% entre las mujeres sometidas a la colocación intervalo ($p= 0,54$). Las mujeres que se someten a la colocación inmediata postaborto del implante subdérmico tienen altas tasas de continuación que son equivalentes a las mujeres sometidas a la inserción de intervalo. Los anticonceptivos acción prolongada reversibles deben estar disponible para las mujeres en situación de aborto inducido para disminuir el riesgo de repetir un embarazo no planificado. (9)

Spies E. y cols. En su estudio Conocimientos, actitudes y comportamientos de las mujeres jóvenes relacionadas con la acción prolongada de anticonceptivos reversibles, en Estados Unidos 2010, obtuvieron los siguientes **Resultados:** la mitad de las mujeres dijeron haber escuchado sólo 8,0% de las mujeres había oído hablar de Implanon. En los grupos de enfoque, la mayoría de las mujeres reportaron sabiendo poco sobre LARCs. Las mujeres estaban preocupadas por los efectos secundarios potenciales y los problemas derivados del uso de un anticonceptivo que es nuevo para ellos. El mayor uso de LARCs probablemente reduciría la tasa de embarazos no deseados. Como se ha descrito, aunque algunas mujeres jóvenes son conscientes de estas opciones de anticonceptivos a largo plazo, todavía hay una necesidad de educar a las mujeres sobre su disponibilidad, el uso y el beneficio potencial. (10)

Rosales A. y González R. en su investigación Características sociodemográficas de las usuarias de implantes anticonceptivo liberador de etonogestrel, México 2009, para conocer tales características y los efectos en los 24 meses siguientes a su aplicación. Obtuvieron como **Resultados:** que el grupo de edad más frecuente fue de 25 a 29 años; la mayoría tenía al menos secundaria, vivía en el medio urbano, eran casadas y de religión católica; 48,6% se dedicaban al hogar; 84,3% tenían 1-2 hijos; 66,3% deseaba más hijos; 95,9% de los pares aprobó el método; 29,6% refirió un

embarazo anterior no planeado; 72,1% utiliza algún método anticonceptivo antes; 36,6% refirió mala experiencia con el método anterior; 41,9% implantes solicitados por comodidad; 90,1% recibió información del método, pero sólo el 73,8% conocía el efecto indirecto; 86,6% lo recomendaría. Concluyeron que el implante subdérmico es una alternativa anticonceptiva adaptada por su eficacia, su tolerancia y la alta tasa de continuidad, encontrando como características básicas de las usuarias: mujer joven, con nivel educativo y económico aceptable, baja paridad y deseos de fertilidad futura. (11)

Guazzelli C. y cols, realizaron su estudio Implante de etonogestrel en adolescentes puérperas: sangrado patrón, la eficacia y la tasa de abandono, Brasil 2010; encontraron como **Resultados**: que todos los 44 pacientes completaron los 12 meses de seguimiento, lo que resulta en una tasa de abandono del estudio del 0%. No hubo embarazos durante el estudio. Después de 1 año de uso, sangrado frecuente y prolongada fueron reportados en menos del 5% de los pacientes y la amenorrea se produjo en el 38,6% de los usuarios.⁹ Concluyendo que el implante de etonogestrel es un método anticonceptivo seguro y eficaz que es bien aceptada por los adolescentes después de un embarazo. (11)

Betancourt Azanza Danny G. En Loja 2012, realizaron su estudio: Determinación de las causas más frecuente de retiro de implantes anticonceptivos subdérmicos con concentraciones de etonogestrel 68 miligramos (implanon) en las mujeres en edad fértil que acuden al servicio de consulta externa Del Hospital Julius Doepfner de la ciudad de Zamora en el periodo de marzo 2011 a marzo 2012. Como **Resultados**: tenemos la presencia de cefalea con un 45.24 %, seguido de la metrorragia con un 33.33 %, malestar mamario 43%, y de aumento de peso con un 44.74 %.(12)

Alarcón Zambrano, Lucciola I. En Quito 2013, en su estudio Identificación de los signos y síntomas presentados por las usuarias de implantes subdérmicos liberadores de etonogestrel (68 mg) a partir del primer

trimestre luego de su aplicación. Como **Resultados:** Los signos y síntomas más frecuentemente percibidos en nuestras pacientes fueron: cefalea 43.5 %, disminución de la libido 40%, acné 15%. (12), as usuarias de peso normal al inicio fue de 32.1% y al finalizar el año 51.3%. el 31.6% del total de las usuarias disminuyó su peso al finalizar el año en un promedio de -8 ± 2.3 kg y solo el 9.2%, aumento en un promedio de 6.2 ± 2.3 kg, hipersensibilidad en mamas 16.5%, y al año disminuyó 1.3%. (12)

2.2 BASES TEÓRICAS

IMPLANTE SUBDÉRMICO

Los implantes subdérmico, estos son métodos anticonceptivos a base de hormonas de larga duración. Son métodos relativamente nuevos y altamente efectivos que se emplea cuando no se busca un embarazo por un periodo prolongado. Se trata de varillas pequeñas y delgadas que contienen en su interior la hormona que se libera al torrente sanguíneo. Los anticonceptivos implantables ofrecen un método de anticoncepción reversible de acción prolongada. Su tasa de captación en comparación con otros métodos anticonceptivos, en particular en los países desarrollados, ha sido históricamente baja. (Power, French, & Cowan, 2015). (13)(14)

La anticoncepción hormonal, por medio de implantes, es uno de los métodos más eficaces disponibles en la actualidad. El concepto inicial, como método anticonceptivo, se presentó en 1966 y desde entonces se propuso la utilización de una progestina, la cual se libera en dosis bajas durante un periodo de tiempo. A lo largo de los años este método ha sido estudiado y aceptado en diversos lugares y países; por lo que hoy en día se considera como un método seguro y eficaz, que se utiliza en más de 60 países por más de 11 millones de mujeres. (Montenegro, Lara, & Velásquez, 2005). (14)

HISTORIA DE LOS IMPLANTES ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS

La historia refiere que, Sheldon Segal, en 1965, médico del Population Council, discutió, las propiedades del silastic con un representante de la casa manufacturera del mismo, la conversación comprendió un experimento de un tubo de silastic en un canino. Horacio Croxatto, médico chileno, miembro del Population Council, desarrolló el sistema para la elaboración de la cápsula de silicón. En 1974, diversos estudios multinacionales comparativos probaron 36 diferentes dosis en 1,100 voluntarias. Estos estudios proporcionaron información sobre la eficacia, duración y efectos secundarios.

Durante casi dos décadas se buscó el progestágeno ideal, por lo cual se evaluaron diversas progestinas, como la noretindrona, el norgestinato y el acetato de megestrol; sin embargo, los estudios revelaron que levonogestrel (LNG) era el progestágeno más eficaz y que tenía menos efectos secundarios. En 1977 el levonogestrel fue elegido para la formulación del implante y en 1979 se registró como marca para desarrollar el implante Norplant. (15)

Se buscó el progestágeno ideal por el cual se evaluaron diversas progestinas como la noretrindona, el norgestinato y el acetato de megestrol sin embargo los estudios revelan que el levonogestrel, era el progestágeno más eficaz y que tenía menos efectos secundarios en 1977 el levonogestrel fue elegido para la formulación del implante y en 1979 se registró como marca para desarrollar el implante Norplant. Por lo cual se evaluaron diversas progestinas, como la noretindrona, el norgestinato y el acetato de megestrol; sin embargo, los estudios revelaron que levonogestrel (LNG) era el progestágeno más eficaz y que tenía menos efectos secundarios. En 1977 el levonogestrel fue elegido para la formulación del implante y en 1979 se registró como marca para desarrollar el implante Norplant. (16)

El primer implante anticonceptivo, Norplant, se registró para el uso en 1983 y desde entonces se han desarrollado varios implantes más. En la

actualidad, se han aprobado su uso en más de 60 países desarrollados y en vías de desarrollo, y los utilizan más de 11 millones de mujeres en todo el mundo.(Bahamondes, 2008). Posteriores estudios clínicos fueron realizados, entre 1980 y 1982, en diversos países: Chile, República Dominicana, Finlandia, Suecia y Estados Unidos. En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) revisaron el producto y Suecia lo aprobó para su utilización en la población femenina. Posteriormente, en 1986, es aprobado en República Dominicana, Ecuador, Indonesia y Tailandia. En 1988, Chile y Sri Lanka lo aprueban para su uso y, en 1990, la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) hace lo mismo en Estados Unidos. Otro implante liberador de levonorgestrel (llamado inicialmente Norplant II y luego Jadelle) se estudió desde 1980. En junio de 1995, la FDA lo aprobó para su uso por tres años. En China es llamado Sino-implante y en algunos países es aprobado por cinco años, como en Francia, Islandia, Luxemburgo, Holanda, España y Suecia. En síntesis, puede decirse que esta progestina está aprobada en 11 países a nivel mundial. (Montenegro, Lara, & Velásquez, 2005). (17)

ETONOGESTREL

Los implantes de anticonceptivos de liberación prolongada no inducen la pérdida ósea significativa, a pesar de la creación de un estado relativamente hipoestrogénico y en contraste con otros métodos anticonceptivos de progestina, acetato de medroxiprogesterona. Una revisión de la literatura llegó a la conclusión de que el implante de etonogestrel no parecen tener efectos clínicamente significativos sobre el metabolismo lipídico y la función del hígado, aunque puede haber pequeños cambios en los valores de laboratorio. (Darney, 2015). (18)

IMPLANTE SUBDÉRMICO ETONOGESTREL (IMPLANON)

Implanon es un implante que utiliza una sola varilla de 40 mm de largo y 2mm de diámetro que contiene 68 mg de Etonogestrel, metabolito activo del desogestrel. Es menos androgénico y tiene mayor actividad pro-

gestacional que el levonorgestrel. Viene mezclado con el polímero de acetato de etilenvinilo y ha sido diseñado para un uso de tres años. Tiene una rápida liberación los primeros cuatro días después de la inserción y alcanza niveles suficientes para inhibir la ovulación durante el primer día. El índice de liberación es de 60-70µg/día, en la semana 5 a la 6 y tiene una disminución de, aproximadamente, 35-45 ug/día, al final del primer año; 30-40µg/día, al final del segundo año; y de 25-30µg/día al final del tercer año. A la semana de su retiro, los valores de la progestina son indetectables en el suero, lo que indica un rápido retorno a la fertilidad. (19)

MECANISMO DE ACCIÓN

El principal efecto anticonceptivo es la inhibición de la ovulación; por lo que se mantienen niveles bajos de FSH y estradiol, asociándose esto a una elevada viscosidad del moco cervical. En cierto grado, los anticonceptivos solos, a base de progestágeno, alcanzan su eficacia a través del efecto de inhibición de la ovulación a nivel hipotalámico y de la hipófisis. La supresión de FSH y LH previene la ovulación, en consecuencia, el cuerpo lúteo está ausente y los niveles naturales de progesterona son bajos. La inhibición de la ovulación se puede determinar por la ausencia del pico de LH, durante los dos primeros años. (20)

Aunque la ovulación está inhibida, también puede estar presente una actividad ovárica sustancial, la cual se puede evaluar por medio de la medición de gonadotropinas y la vigilancia del desarrollo folicular, por ecografía. Con la presencia de folículos preovulatorios que secretan cantidades normales de estradiol, lo que sugiere una bioactividad normal durante el uso de Implanon. Por lo que, los síntomas de deficiencia de estrógeno y los efectos sobre la densidad mineral ósea no se observaron durante el uso del método, la administración de progestinas aumenta la viscosidad del moco cervical y contribuye a la eficacia anticonceptiva, a través de la inhibición de la penetración del esperma, este es un efecto adicional importante que contribuye a la eficacia anticonceptiva. Así mismo, durante el uso de este implante se observó una disminución del grosor del endometrio (promedio de 4 mm). En un estudio específico de la morfología

se mostró que en la mayoría de las mujeres, el endometrio estaba inactivo o es débilmente proliferativo. (20)(21)

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y QUÍMICAS DEL ETONOGESTREL

El implante subdérmico de etonogestrel, Implanon, (Merck y Co, Inc) es una varilla semirrígida de 44 mm de longitud y 2 mm de diámetro de un material plástico, acetato de etinil-vinilo (EVA), tiene un dispositivo único de progestina etonogestrel 68 miligramos (mg), el metabolito activo del desogestrel, se inserta en el brazo, disponible en Europa y Asia desde 1998, aprobado por la Federación de Drogas y Alimentos (FDA) en julio del 2006, comercializado en 32 países alrededor del mundo, su uso es de 3 años. La barra tiene un tamaño de 4 cm y 2 mm de diámetro, posee una membrana de etinilo vinil acetato de liberación controlada, por día se libera 60 microgramos (mcg) inmediatamente después de la inserción, posteriormente 30 mcg/día de manera constante durante 3 años. (22)

Un estudio realizado en Australia demostró 218 embarazos durante el uso del implante subdérmico de etonogestrel a inicios de la introducción de este producto, la tasa de falla fue de 1.07 por 1000 14 inserciones, de los casos reportados, el 21% habían estado embarazadas antes de la colocación del implante y el 39% fue por la no inserción del implante, el 21% de los casos tenían datos insuficientes para detectar la razón de falla y el 19% fue por fallas en el método. El porcentaje de falla en prevención de embarazo es del 0.09%, el índice de Pearl es 0,38 embarazos por cada 100 mujeres y año, debido a que no existe falla del método por error en su uso, la tasa de embarazo con el uso perfecto y típico son similares. (González & Fernández, 2011). (23)

Los medicamentos antiepilépticos como carbamacepina, reducen la eficacia anticonceptiva. El implante subdérmico es fácil de utilizar, altamente efectivo, reversible y permite privacidad, no requiere de actividad alguna durante la relación sexual así como tampoco de la cooperación de la pareja. Puede ser útil en pacientes que no pueden utilizar otros métodos,

como mujeres con comorbilidades con contraindicación de uso de estrógenos. Los implantes contraceptivos subdérmicos constituyen una buena opción para mujeres que desean anticoncepción de largo plazo sin necesidad de cumplir esquema alguno, los niveles sanguíneos de etonogestrel aumentan rápidamente a las 8 horas de su colocación a 265.9 pg/ml (picogramo/mililitro), la máxima concentración es a los 4 días posteriores con una variación del día 1 al 13, los niveles disminuyen paulatinamente hasta una concentración media de 196 pg/ml al año de uso y de 156 pg/ml a los 3 años, después del retiro del implante los niveles son indetectables, menores de 20 pg/ml, por lo general ocurre 1 semana posterior a la extracción del implante.(24)

FUNCIÓN OVÁRICA

Ejerce una retroalimentación negativa sobre el eje hipotálamo-hipófisis, ya que suprime la secreción de hormona luteinizante (LH), con lo cual se evita la ovulación. Durante el primer año de uso, sólo 14% de los ciclos tienen actividad lútea, ésta tiende a aumentar en los cinco años siguientes a la inserción, en donde aproximadamente 54% tienen actividad lútea, lo que concuerda con la disminución sérica del progestágeno en mención. Se ha utilizado ultrasonido endovaginal en las usuarias de este método anticonceptivo para evaluar su función ovárica, en relación con su crecimiento folicular, y se encontró una variedad de condiciones: desde la ovulación, un folículo no roto luteinizado, folículo persistente, hasta ovario inactivo. Tomando en cuenta esta clasificación se demostró que la variedad más frecuente son los folículos persistentes. (25)

MOCO CERVICAL

El poderoso efecto de etonogestrel da como resultado un moco viscoso y escaso, inapropiado para la penetración de los espermatozoides. En algunos estudios in vitro se ha demostrado que, tres días después de la inserción, 80% de los espermatozoides tienen una pobre penetración. La puntuación del moco cervical (según criterios de la OMS) disminuye

rápidamente, desde un puntaje de 6 en la inserción, hasta 2 en la primera semana. (26)

ENDOMETRIO

Se sabe que en un ciclo normal en las células estromales, los receptores estrogénicos aumentan en la fase proliferativa y disminuyen en la fase secretora, en las células glandulares, los receptores en mención aumentan en la fase proliferativa y secretora temprana y disminuyen en la fase secretora tardía. En las células del estroma, los receptores de progesterona (A y B) aumentan significativamente en las fases proliferativa y secretora temprana y aumentan poco en las fases secretora media y tardía. En las células glandulares aumentan significativamente en las fases proliferativa y secretora temprana y disminuyen en la fase secretora media y tardía. Esto produce un endometrio parcialmente suprimido, con una maduración irregular y asincrónica. Estos cambios son reversibles y remiten en forma espontánea en el corto plazo, al suspenderse el método, por lo que no influye en la fertilidad posterior de la paciente. (Montenegro, Lara, & Velásquez, 2005). (27)

TÉCNICAS DE INSERCIÓN Y RETIRO DEL IMPLANTE

INSERCIÓN: PRE CARGADO DE USO ÚNICO

El dispositivo se inserta en la cara interior de la parte superior del brazo no dominante, 6 a 8 cm por encima del pliegue del codo, en el surco entre el bíceps y tríceps, es muy importante insertar el implante de manera subdérmica. El procedimiento adecuado es completo cuando la paciente palpa el implante en su brazo. (28)

La colocación debe ser programada en el momento que se asegure que la mujer no esté embarazada, a través de una prueba de embarazo, se puede colocar en cualquier etapa del ciclo menstrual, en una mujer con ciclos regulares sin uso previo de algún método anticonceptivo, se recomienda colocar el implante desde el primer a quinto día del ciclo menstrual. Si la mujer está utilizando anticonceptivos orales combinados, se lo debe colocar después de la última píldora con componente activo y

antes de la última píldora con placebo. Si una paciente desea cambiar a implante subdérmico de etonogestrel y está usando métodos como DIU liberador de progestina, píldoras con progestina u otro implante, puede colocarse en cualquier momento. (28)(29)

Se debe insertar el implante subdérmico de etonogestrel dentro de los 5 días posteriores en un aborto del primer trimestre, y dentro de 6 semanas en un aborto del segundo trimestre, durante el postparto se debe colocar después de 6 semanas al parto. Se ha reportado algunos embarazos en pacientes a las que se les colocó el implante fuera de los 5 primeros días del ciclo, y que tuvieron relaciones sexuales dentro de las 2 semanas posteriores a la inserción, por lo que debe recomendarse abstinencia sexual o utilización de métodos de barrera durante este tiempo. Después de algunas horas de la inserción del implante aumentan los niveles de progestina en sangre y los cambios en el moco cervical son detectables. (30)

Entre las complicaciones de la inserción y retiro del implante se encuentran; edema, eritema, hematoma, dolor y fibrosis significativa en el sitio de inserción, las complicaciones en la inserción del implante subdérmico etonogestrel se presentan en un 0.3%, y en su extracción 0.2%. La lesión de las ramas del nervio mediano durante la colocación o retiro del implante puede producir una serie de síntomas, como alteración en la sensibilidad, cuando el extremo proximal del nervio mediano seccionado queda atrapado en el tejido cicatrizal, puede provocar dolor en un área bien delimitada. La palpación o contacto del tejido cicatrizal puede producir dolor severo localizado en la distribución del nervio mediano, puede en ocasiones irradiarse a la cara posterior del antebrazo y codo. Con una correcta técnica en la colocación y retiro del implante se puede evitar la lesión nerviosa. (31)

TÉCNICA BRAZO NO DOMINANTE

Se coloca en un ángulo de 90° y girarlo hacia afuera, de esta manera se facilita la visualización de la cara interna del brazo, se realiza una asepsia

y antisepsia con yodo povidona en el área de inserción. Posteriormente se debe anestésicar con lidocaína al 1%, 1-2 ml, a lo largo del trayecto en que se insertará el implante, el dolor de la anestesia disminuye al mezclarlo con bicarbonato en relación de 10 a 1, se comprueba que el área se encuentre anestésicada, se debe insertar la aguja del dispositivo a través de la piel en toda su longitud, debe encontrarse en la capa entre la dermis y tejido celular subcutáneo, luego debe romperse el seguro del dispositivo rotando el obturador 90° a favor de las manecillas del reloj, posteriormente se estabiliza al obturador, mientras que la cánula se retira a lo largo de la longitud del obturador; por lo tanto, el implante se libera en el espacio formado por la aguja. Finalmente se coloca un vendaje compresivo, el cual debe permanecer por 24 a 48 horas. (32)

TÉCNICA MEDIAL DEL BRAZO

En esta técnica se infiltra con lidocaína al 1%, 0.5-1 ml, por debajo del extremo distal de la varilla, se realiza una pequeña incisión de 2 a 3 mm, se empuja el extremo distal del implante y se sujeta la punta del implante con una pinza hemostática pequeña curva y se retira a través de la incisión, si no es posible, se debe diseccionar cuidadosamente el tejido fibroso circundante con lo que se podrá retirar el implante, se aproxima los bordes de la incisión con tiras adhesivas y se coloca un vendaje compresivo. Para el retiro del sistema de 2 implantes subdérmico de levonogestrel se debe realizar una pequeña incisión de 3 a 4 mm en la unión de ambos implantes los cuales tiene forma de V, previamente se debe anestésicar dicha zona, los implantes son removidos al sujetarlos con un pinza hemostática en el extremo distal de cada uno. (32)

RETIRO DEL IMPLANTE

Para el retiro se palpa el dispositivo marcando su posición; una vez localizado el implante se inyecta anestésico debajo del extremo del implante, luego se realiza una incisión vertical de 2-3 mm sobre el implante, en condiciones estériles. Se empuja suavemente con el dedo el implante hacia la incisión. Cuando se vea la punta del implante agarrarla con la pinza

mosquito, luego puede utilizar el bisturí o las pinzas para abrir la cápsula de tejido que rodea el implante para luego extraerlo. Al finalizar cierre la incisión y coloque un vendaje. El tiempo promedio utilizado para el retiro del implante es de 3.5 minutos, se ha reportado que las dificultades en el retiro se presentan en un 3%, la razón más frecuente de dificultad fue la localización muy profunda del implante. (MSP, 2010). (33)

CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA APLICACIÓN DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO

Las pacientes que van a utilizar este método anticonceptivo deben seleccionarse con base en las categorías descritas por la Organización Mundial de la Salud, para uso de métodos anticonceptivos temporales, las cuales se describen a continuación:

Categoría 1

Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de un método anticonceptivo.

Categoría 2

Una condición en la que las ventajas de utilizar un método generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

Categoría 3

Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar un método.

Categoría 4

Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si se utiliza el método anticonceptivo. (OMS, 2009). De acuerdo con la lista anterior, los

implantes subdérmicos se ubican en la Categoría 1, en donde también se encuentran las siguientes condiciones:

- Enfermedad benigna de la mama
- Historia familiar de cáncer de mama.
- Cáncer ovárico o endometrial.
- Tumores ováricos benignos.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Colecistitis.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Fumadoras.
- Diabetes gestacional.
- Enfermedad tromboembólica.
- Enfermedad valvular cardiaca.
- Cefaleas leves.
- Hipotiroidismo.
- Hipertiroidismo.
- Anemia.
- Epilepsia. (OMS, 2009).(34)

FACTORES ASOCIADOS AL CESE DEL IMPLANTE

EFFECTOS COLATERALES DEL IMPLANTE

En el análisis de los 11 estudios por Darney y Col. (2009) realizado en EE.UU. por la Food and Drug Administration (FDA) para la aprobación de la varilla de etonogestrel; el sangrado no programado fue la principal razón para la suspensión, con una tasa de 14,8% en los EE.UU. y Europa, pero sólo un 3.7% en el sudoeste asiático, Chile y Rusia. Los eventos adversos más comunes, además de sangrado no programado que se consideraron posible, probable o definitivamente relacionadas con el implante de etonogestrel incluyeron dolor de cabeza 16%, aumento de peso 12%, acné

12%, sensibilidad de los senos 10%, labilidad emocional 6% y dolor abdominal 5%. (Darney, 2015). El "Implanon" es un método anticonceptivo moderno, que ofrece a las usuarias alta eficacia anticonceptiva hasta de 99%, en un periodo de tres años, es seguro, cómodo y accesible; dentro de los efectos secundarios que se describen, se encuentran las irregularidades en la menstruación, la presencia de acné, náuseas, dolor de cabeza; donde el primer descrito es el responsable de la mitad del total de razones para no continuar utilizando como método anticonceptivo. (Rivera, Viveros, & Avila, 2010). (35)

- **CAMBIOS EN EL PATRÓN DEL SANGRADO MENSTRUAL**

Las alteraciones menstruales son comunes y constituyen una causa frecuente de discontinuación del método anticonceptivo; existe una amplia gama de patrones de sangrado, por lo que se debe aconsejar a las usuarias adultas del implante subdérmico de etonogestrel que en un período de 90 días pueden presentar sangrado infrecuente en un 33,3%, amenorrea 21,4%, sangrado frecuente 6,1% y sangrado prolongado 16,9%, el sangrado es irregular e impredecible; sin embargo, el sangrado no es mayor en comparación a una menstruación normal. El promedio de días de sangrado fue de 7.5 a 10. (35)

Hasta el momento no se ha establecido algún tratamiento para mejorar el sangrado, por lo que se debe prevenir antes de la inserción del implante sobre la posibilidad de sangrado menstrual irregular. Solamente el 11,3% de pacientes ha discontinuado el método debido a sangrado irregular, principalmente por sangrado prolongado y frecuente. El mecanismo por el cual se producen las alteraciones menstruales, todavía no se encuentra completamente entendido, pero parece ser por la combinación de la secreción fluctuante ovárica de estradiol y exposición continua a progesterona a las glándulas endometriales, estroma y 29 vasos sanguíneos. La evidencia actual sugiere que esto conlleva a angiogénesis alterada en el endometrio, fragilidad venosa, ausencia de pericitos,

membrana basal alterada, migración leucocitaria alterada y defectos en la liberación de metaloproteinasas. (35)

Se deben desarrollar e implementar estrategias de manejo para las alteraciones menstruales. Se ha visto una relación indirectamente proporcional entre el sangrado menstrual e índice de masa corporal (IMC), puede estar relacionado por el incremento en la producción de estrógenos en el tejido adiposo y/o disminución de los niveles de la globulina ligadora de hormonas sexuales. De igual manera, la etnicidad y peso corporal puede afectar el patrón de sangrado menstrual en mujeres con el implante subdérmico de etonogestrel, aquellas mujeres con bajo peso, asiáticas e IMC altos tienen mayor probabilidad de presentar días con sangrado. (36)

En necesidad de reducir la probabilidad de discontinuación del método, se han evaluado diferentes regímenes para mejorar las alteraciones menstruales. Un estudio randomizado evaluó a 179 usuarias del implante subdérmico de etonogestrel por un periodo mayor a 3 meses y con sangrado menstrual prolongado, se comparó 4 tratamientos; a) mifepristona 25 mg 2 veces al día en el día uno, seguido de 4 días de 22 placebo, b) mifepristona 25 mg dos veces al día en el día 1, seguido de 4 días de etinilestradiol 20 mcg en la mañana y placebo en la noche, c) doxiciclina 100 mg dos veces al día por 5 días o d) placebo 2 veces al día por 5 días. El tratamiento con mifepristona combinado con etinilestradiol y con doxiciclina redujeron significativamente los episodios de sangrado. (36)

- **INCREMENTO DE PESO**

La ganancia de peso es una causa muy común de discontinuación e incumplimiento de los métodos anticonceptivos hormonales entre adolescentes. La literatura científica indica que las adolescentes que consumen anticonceptivos orales no presentan aumento de peso, además no hay evidencia que sugiera que el DIU, implantes anticonceptivos, parches o anillos vaginales produzcan aumento de peso. Según estudios aproximadamente el 13% de pacientes reporta aumento de peso, sin

embargo solo el 3.3% abandona el método por esta causa. El promedio de aumento del IMC es de 0.7 kg/m² en los 3 años, no obstante es difícil de determinar si la ganancia de peso es por el anticonceptivo o por otras causas. Una revisión clínica identificó un aumento de peso significativo del 21% en 2 años de uso, este porcentaje no difiere mucho de los controles, usuarias de métodos no hormonales. No existe evidencia que sugiera que la eficacia o seguridad de los dispositivos intrauterinos e implantes subdérmicos anticonceptivos se alteren por el peso en adolescentes. Estudios en adolescentes han sugerido que el AMPD provoca aumento de peso y cambios en la composición corporal. En un estudio observacional realizado por Bonny, se compararon adolescentes entre 12-18 años que usaban AMPD con usuarias de métodos no hormonales, en 6 meses de uso, el grupo de AMPD tuvo un cambio del 10,3% en la grasa corporal total en comparación con una disminución del 0,7% en aquellas adolescentes con métodos no hormonales. No se contraindica el uso de etonogestrel en relación al peso de la paciente, a pesar que en la mayoría de estudios realizados se han excluido a mujeres obesas, pocos estudios han evaluado a mujeres con peso mayor a 70 kg que han usado etonogestrel, no se ha reportado embarazos en este grupo de pacientes. En otro estudio, mujeres con peso mayor a 70 kg tuvieron menores concentraciones de progesterona en sangre, pero no se reportaron fallas, diferencias en eficacia no se detectaron. La eficacia del uso típico del implante es alta, incluso si las tasas de embarazo en mujeres obesas 24 fuesen dos a tres veces mayores que en las mujeres con peso normal, el implante se mantendría altamente eficaz. (36)

- **ACNÉ**

El etonogestrel posee efectos androgénicos leves y podría producir acné en las usuarias. En un estudio de 3 años de duración, el acné fue el segundo efecto adverso más común, presente en un 12,6%. En un estudio americano, 26% de mujeres presentaba acné al inicio del estudio; al final del mismo, el 24% reportó padecer el acné; de la población total, el 16% reportó disminución del acné, 70% no presentó cambios y el 14%

incrementó el acné. De las mujeres con acné desde el inicio del estudio, el 61% presentó disminución de acné y el 7% aumento del mismo. Del grupo sin acné al inicio del estudio, el 84% no presentaron cambios y el 16% aumento del acné. Se debe aconsejar a las pacientes que no hay tendencia aparente en la incidencia del acné. (37)

- **SENSIBILIDAD MAMARIA**

Los senos pueden doler o pueden estar más sensibles de lo común, tal vez pueden aumentar de tamaño, todo debido a la liberación y secreción de la hormona del anticonceptivo. (38)

- **IRRITACIÓN EN SITIO DE INSERCIÓN**

Se ha observado irritación cutánea local en el lugar de inserción del implante en un 5%. Se encuentra dentro de los efectos adversos poco comunes junto con el acné, aumento en sensibilidad mamaria y por supuesto la irritación en el sitio de inserción. (Sam, Osorio, Rodríguez, & Perez, 2014). (38)

- **CEFALEA**

La cefalea corresponde a menos del 5% de discontinuación de los implantes, los episodios por lo general, son leves y transitorios. De este porcentaje, el 11 al 18% de las pacientes reportan la cefalea como intensa, en el año de uso alcanza su nivel máximo. En varias revisiones no se ha encontrado diferencias entre los diversos tipos de implantes. (39)

- **NÁUSEAS**

Según un estudio realizado en el año 2008 por la OMS, concluyó que la náusea se presenta en un 6.2% de las usuarias del implante subdérmico de etonogestrel. (40)

RETORNO DE LA FERTILIDAD

El implante se puede extraer en cualquier momento, a los pocos días de la extracción, se pierde el efecto anticonceptivo. Los niveles séricos de gestágeno (levonogestrel y etonogestrel) se hacen indetectables pocos días después de la extracción, por lo que la recuperación de la fertilidad tras la retirada puede considerarse inmediata. Se ha observado la ovulación a la 3ª semana post-extracción, confirmada mediante seguimiento ecográfico y determinaciones de los niveles plasmáticos de progesterona. Se ha comunicado que el embarazo tiene lugar en el 60% de las usuarias del implante a los seis meses de la extracción, y en el 76 a 80% al año. En un estudio con 627 mujeres entre 18-35 años que retiraron el implante se observó una tasa de embarazo del 80,3% en el primer año y del 88,3% a los dos años de seguimiento, confirmando los resultados anteriormente observados.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **FACTORES ASOCIADOS**

Son todos los agentes o elementos que contribuye directamente a dar un resultado determinado.

- **ELECCIÓN**

Capacidad de optar por una opción para un fin.

- **MÉTODO ANTICONCEPTIVO**

Aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de un embarazo.

- **IMPLANON**

Implante subdérmico que consta de una cápsula no biodegradable que contiene 68 mg de levonogestrel, el tiempo de duración es de tres años.

- **PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir.

- **SUBDÉRMICO**

Dícese de la estructura de un órgano que se halla situado debajo de la dermis.

- **AMENORREA**

La amenorrea es la ausencia de la menstruación porque nunca comenzó o porque se interrumpió posteriormente. Puede ser normal (fisiológica) o ser indicativo de enfermedad (patológica).

- **CESE DE MÉTODO**

Los efectos adversos constituyen el principal factor que condiciona a las usuarias al cese del método anticonceptivo antes del tiempo estimado de protección o al concluir el mismo, otro factor que se le atribuye es el deseo de la usuaria que retorne la fertilidad para planificar un embarazo próximo.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N°01

EDAD DE PACIENTES QUE TUVIERON CESE DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO-IMPLANTE ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO ENERO-DICIEMBRE 2016

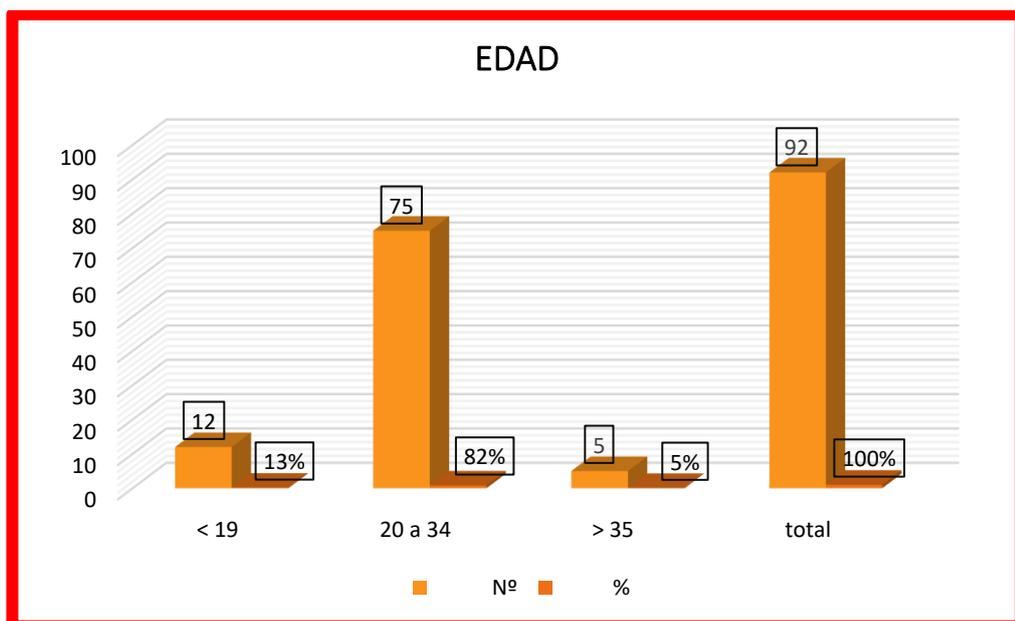
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 19	12	13
20 a 34	75	82
> 35	5	5
TOTAL	92	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANÁLISIS: En la tabla N°01 observamos que el 82% de la población en estudio se encuentra en el rango de edades de 20 a 34 años seguido del 13% que representa a la población adolescente ≤ 19 años.

INTERPRETACIÓN: Contrastando los resultados con el estudio realizado por Arribas L. y Cols 2010 cuyo objetivo fue estudiar la inserción y la experiencia de seguimiento de tres años del anticonceptivo subdérmico encontrando que la edad promedio fue de 27.2 años, dicho resultado tiene similitud con el presente estudio ya que también se encontró mayor concentración de usuarios en el rango de 20 a 34 años.

GRÁFICO N°01



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N°02

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES QUE TUVIERON CESE
DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO-IMPLANTE
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO ENERO-
DICIEMBRE 2016**

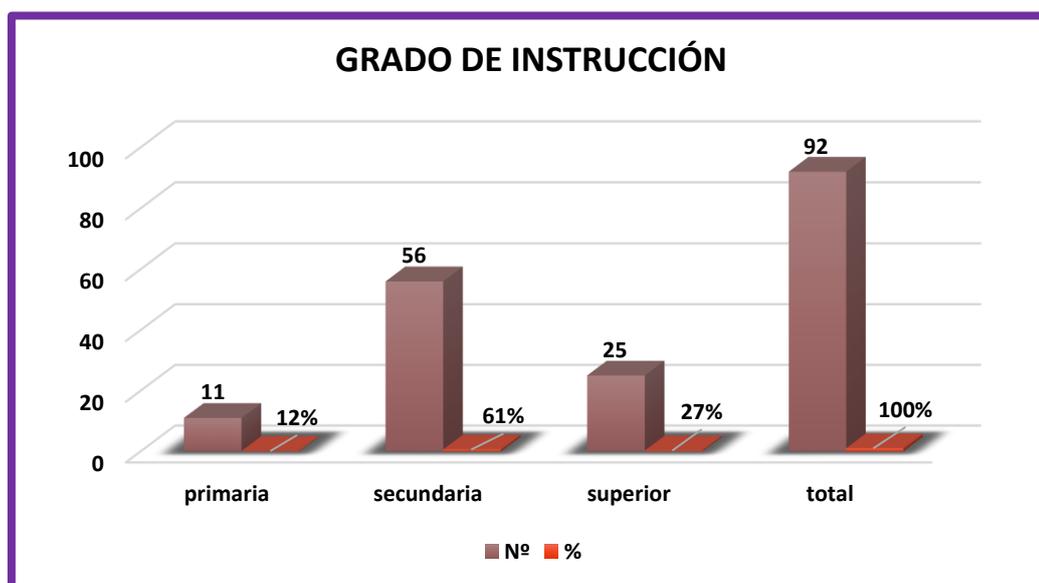
GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	11	12
Secundaria	56	61
Superior	25	27
TOTAL	92	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANÁLISIS: En la tabla N°02 observamos que el 61% de la población en estudio cursaba educación nivel secundario, seguido de un 27% con estudios de educación superior.

INTERPRETACIÓN: Contrastando los resultados del estudio realizado por Rosales A. y Gonzales R 2009 cuyo objetivo fue conocer las características y los efectos en los 24 meses siguientes a su aplicación, encontrando que el 61% de mujeres tienen estudios de nivel secundario, estos resultados son similares a nuestros hallazgos.

GRÁFICO N°02



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N°03

ESTADO CIVIL DE PACIENTES QUE TUVIERON CESE DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO-IMPLANTE ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO ENERO-DICIEMBRE 2016

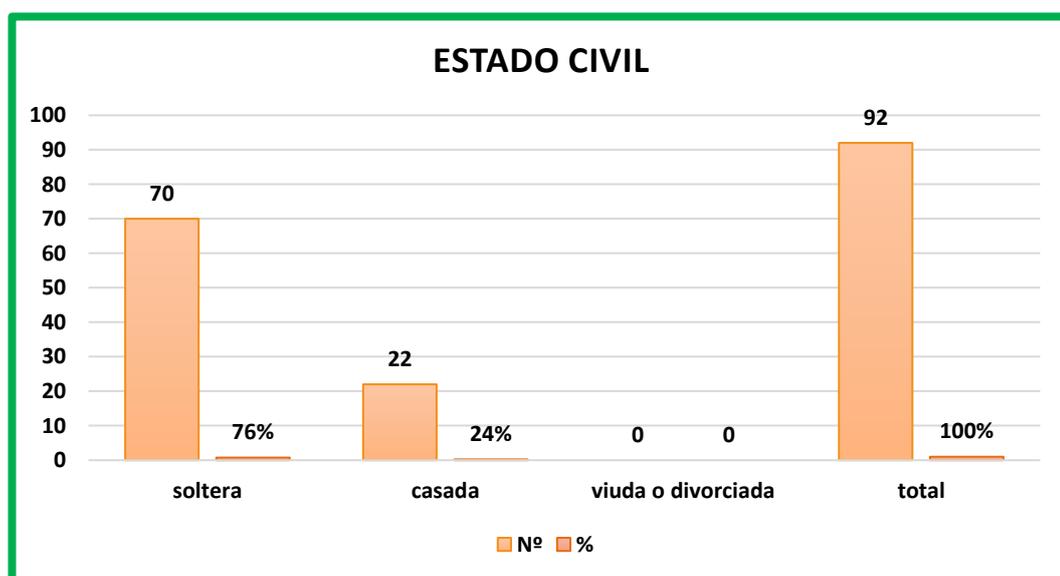
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	70	76
Casada	22	24
Viuda o divorciada	0	0
TOTAL	92	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANÁLISIS: En la tabla N°03 observamos que la población en estudio el mayor porcentaje corresponde a la condición de estado civil soltera con 76% seguido de la población casada con un 24%.

INTERPRETACIÓN: Contrastando los resultados del estudio realizado por Rosales A. y Gonzales R 2009 cuyo objetivo fue conocer las características y los efectos en los 24 meses siguientes a su aplicación, se observa que el resultado es lo opuesto ya que la población mayor se concentra en la condición de estado civil casada con un 48.6%, estos resultados difieren con los encontrados en nuestro estudio.

GRÁFICO N°03



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N°04

PARIDAD DE PACIENTES QUE TUVIERON CESE DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO-IMPLANTE ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO ENERO-DICIEMBRE 2016

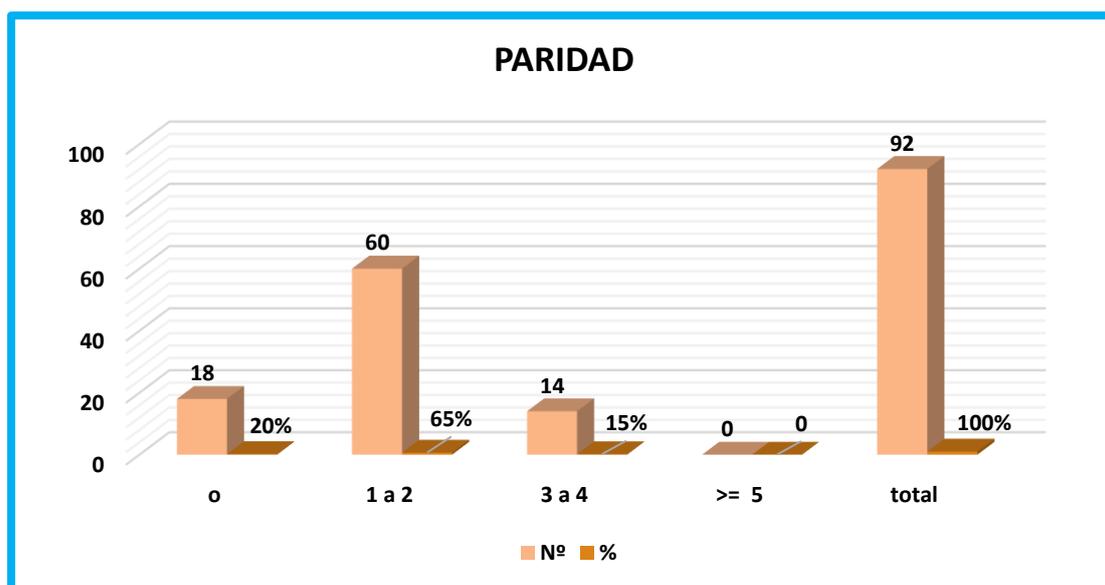
PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	18	20
1 a 2	60	65
3 a 4	14	15
>= 5	0	0
TOTAL	92	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANÁLISIS: En la tabla N°04 observamos que de la población en estudio el 65% cuenta con 1-2 partos previos, seguido de la población con paridad 0 que es 20%.

INTERPRETACIÓN: Contrastando los resultados del estudio realizado por Arribas L.y Cols 2009 cuyo objetivo fue la inserción y la experiencia de seguimiento de 3 años de implantes de etonogestrel, encontrando resultado distinto al nuestro, siendo mayor porcentaje la población nulípara con un 42%.

GRÁFICO N°04



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 05
MODIFICACIONES EN EL PESO DE PACIENTES QUE TUVIERON
CESE DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO-IMPLANTE
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO PERIODO
ENERO-DICIEMBRE 2016

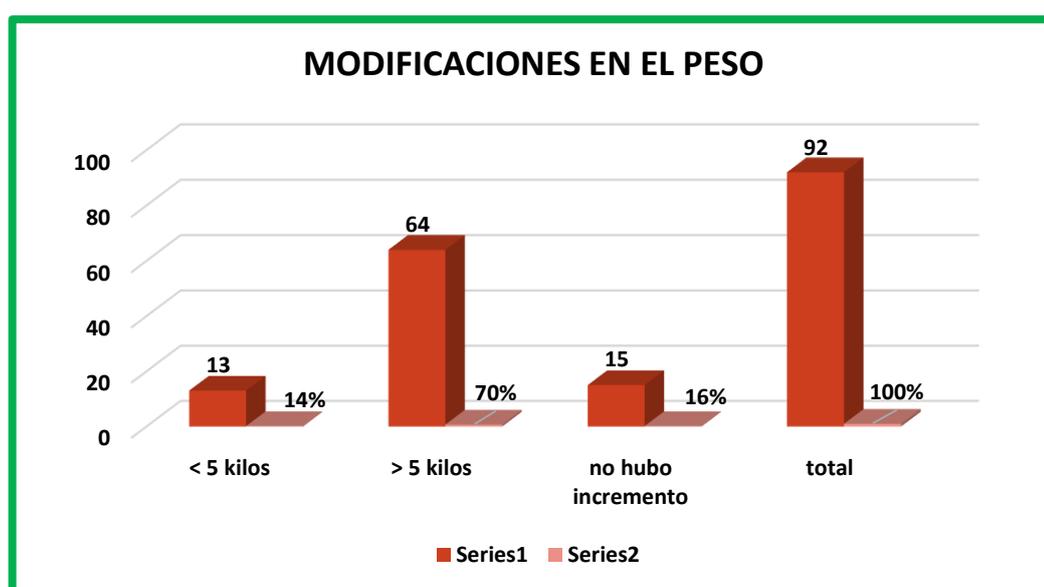
MODIFICACIONES EN EL PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 5 kilos	13	14
> 5 kilos	64	70
no hubo incremento	15	16
Total	92	100

Fuente: Historias clinicas de pacientes en estudio 2016

ANÁLISIS: En la tabla N°05 que el 70% de las usuarias del implante subdérmico, tuvieron modificaciones en el peso > de 5 kilos, lo que representa un efecto adverso significativo en las pacientes.

INTERPRETACIÓN: Contrastando los resultados del estudio realizado por Alarcón Zambrano, Lucciola I. En Quito 2013, cuyo objetivo fue Identificación de los signos y síntomas presentados por las usuarias de implantes subdérmicos liberadores de etonogestrel (68 mg) a partir del primer trimestre luego de su aplicación. Se observa que el resultado es similar a nuestro estudio con un 51.3%.

GRÁFICO N°05



Fuente: Historias clinicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 06

**INCREMENTO DE PESO, RAZÓN PARA EL CESE DEL MÉTODO
ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO-IMPLANTE EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO PERIODO
ENERO-DICIEMBRE 2016**

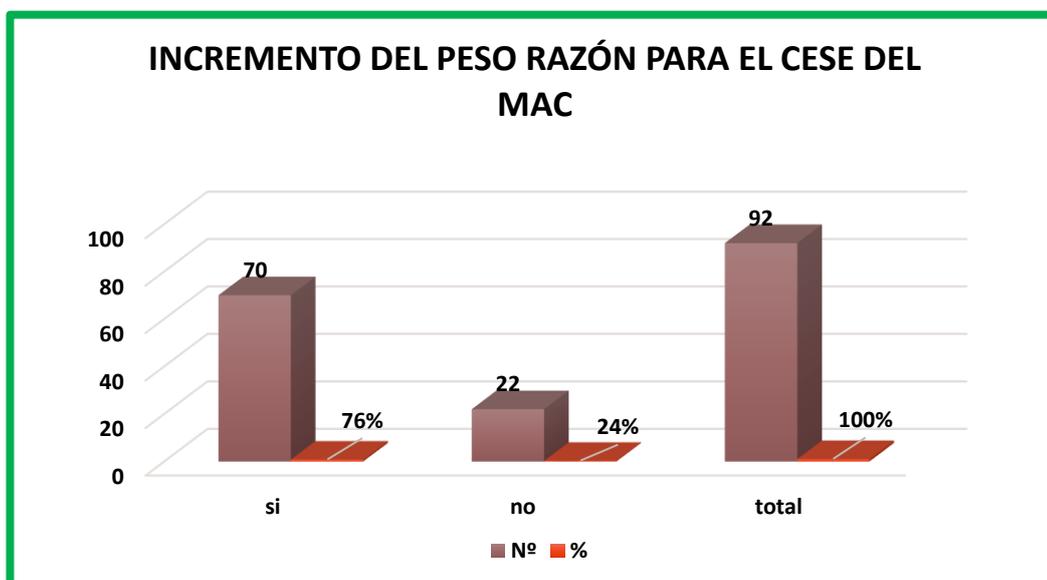
INCREMENTO DE PESO RAZÓN PARA EL CESE DEL MAC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	70	76
No	22	24
Total	92	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

Análisis: En la tabla N°06 se observa que 76% de la población refirió que cesa el método anticonceptivo implante por incremento en el peso, y el 24% manifestó que no es la razón para dejar de usar el anticonceptivo.

Interpretación: Contrastando los resultados del estudio realizado por Betancourt Azanza Danny G. En Loja 2012, cuyo objetivo fue la determinación de las causas más frecuente de retiro de implantes anticonceptivos subdérmicos con concentraciones de etonogestrel 68 miligramos, encontrando que el 44,74% cifras similares al de nuestro estudio.

GRÁFICO N°06



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N°07

**ALTERACIONES EN LA CANTIDAD DEL SANGRADO DE
PACIENTES USUARIAS DEL METODO ANTICONCEPTIVO
SUBDERMICO-IMPLANTE ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
SAN FERNANDO PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2016**

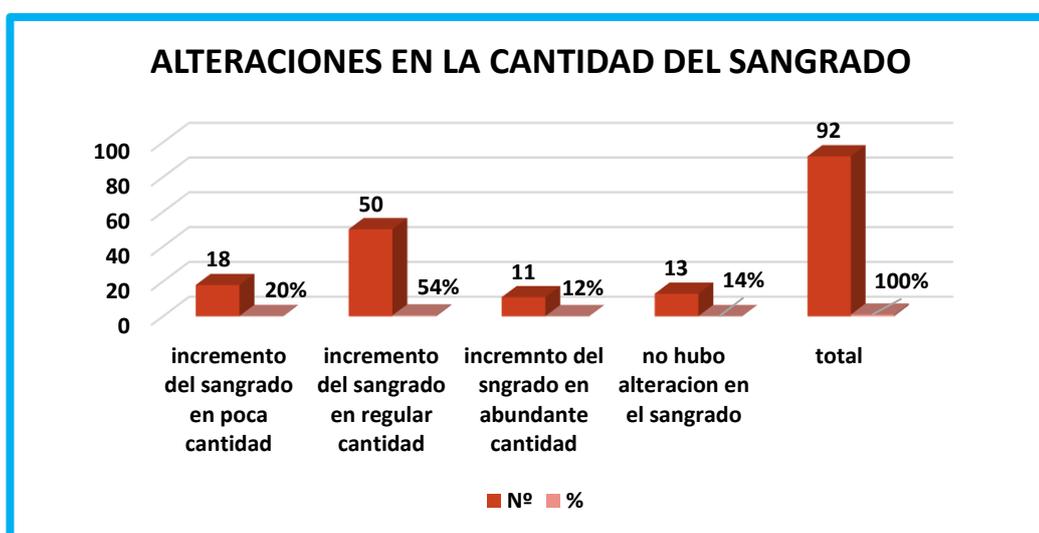
ALTERACIONES EN LA CANTIDAD DEL SANGRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Incremento del sangrado en muy poca cantidad	18	20
Incremento del sangrado en regular cantidad	50	54
Incremento del sangrado en abundante cantidad	11	12
No hubo alteración en el sangrado	13	14
Total	92	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANÁLISIS: En la tabla N°07 observamos que el 54% de las usuarias del método anticonceptivo sub dérmico implante presentaron sangrado en regular cantidad y un 12% sangró en abundante cantidad.

INTERPRETACIÓN: Contrastando los resultados del estudio realizado por Arribas L.y Cols 2009 cuyo objetivo fue la inserción y la experiencia de seguimiento de 3 años de implantes de etonogestrel, encontrando resultado similar, siendo este del 44.12% de sangrado abundante en pacientes en estudio, lo que representa un efecto colateral adverso muy significativo, lo que difiere con nuestro hallazgos.

GRÁFICO N°07



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N°08

LAS ALTERACIONES EN EL SANGRADO, RAZÓN PARA EL CESE DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO-IMPLANTE ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2016

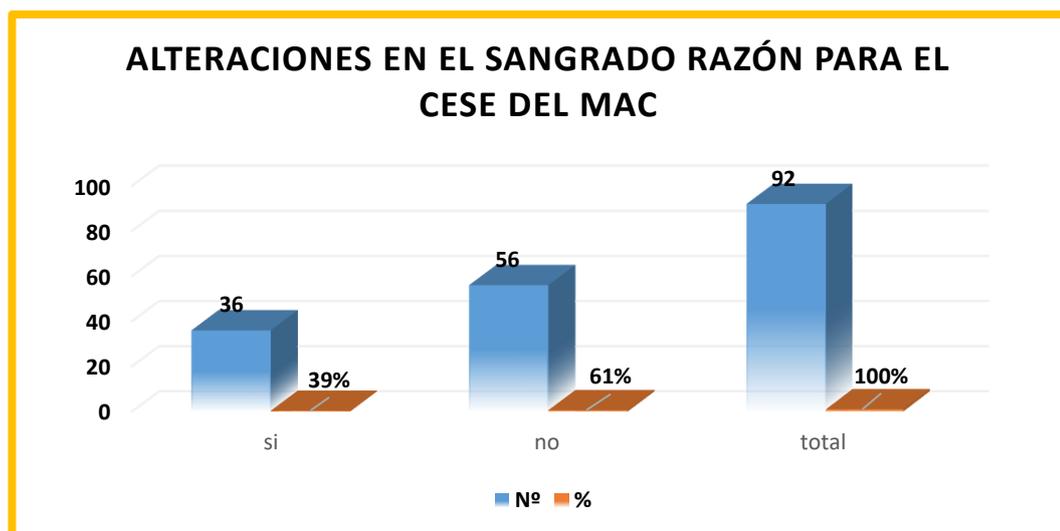
CESE DE MAC POR SANGRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	36	39
No	56	61
Total	92	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANÁLISIS: En la tabla N°08 se observa que el 39% de las pacientes manifestaron cese del método por sangrado, a diferencia del 61% señaló que el sangrado no fue la causa.

INTERPRETACIÓN: Contrastando los resultados del estudio realizado por Arribas L. y Cols cuyo objetivo fue la inserción y la experiencia de seguimiento de 3 años de implantes de etonogestrel, encontrando que el 44,12% de la población en estudio tuvo cese del método por sangrado, estos resultados difieren con los encontrados en nuestro estudio.

GRÁFICO N°08



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N°09

COMPLICACIONES A NIVEL DE LAS MAMAS DE PACIENTES CON CESE DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO-IMPLANTE ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2016

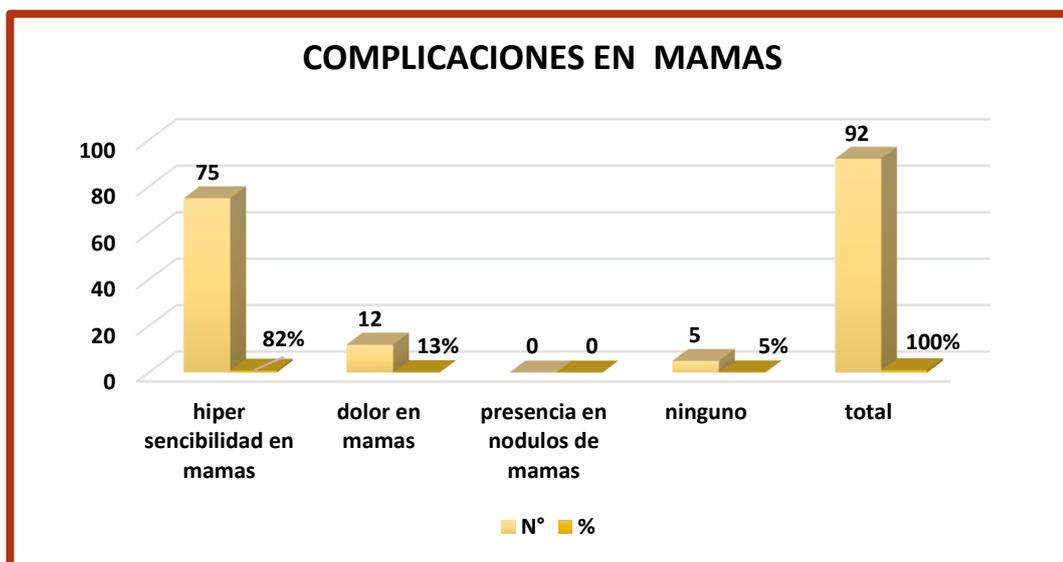
COMPLICACIONES EN MAMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
hipersensibilidad en mamas	75	82
dolor en mamas	12	13
presencia en nódulos de mamas	0	0
Ninguno	5	5
Total	92	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANÁLISIS: En la tabla N°09 se observa que el 82% de las usuarias del método anticonceptivo sub-dérmico implante presentó hipersensibilidad en las mamas, y en un 13% de las pacientes refirieron sentir solo dolor a nivel de mamas.

INTERPRETACIÓN: Contrastando los resultados del estudio realizado por Alarcón Zambrano, Lucciola I. En Quito 2013, cuyo objetivo fue Identificación de los signos y síntomas presentados por las usuarias de implantes subdérmicos liberadores de etonogestrel (68 mg) a partir del primer trimestre luego de su aplicación. Encontrando resultado similar siendo este el 16,5% con hipersensibilidad en mamas de las pacientes en estudio.

GRÁFICO N°09



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N°10

**ALTERACIONES EN LAS MAMAS RAZÓN PARA EL CESE DEL
MÉTODO ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO-IMPLANTE EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN
FERNANDO ENERO-DICIEMBRE 2016**

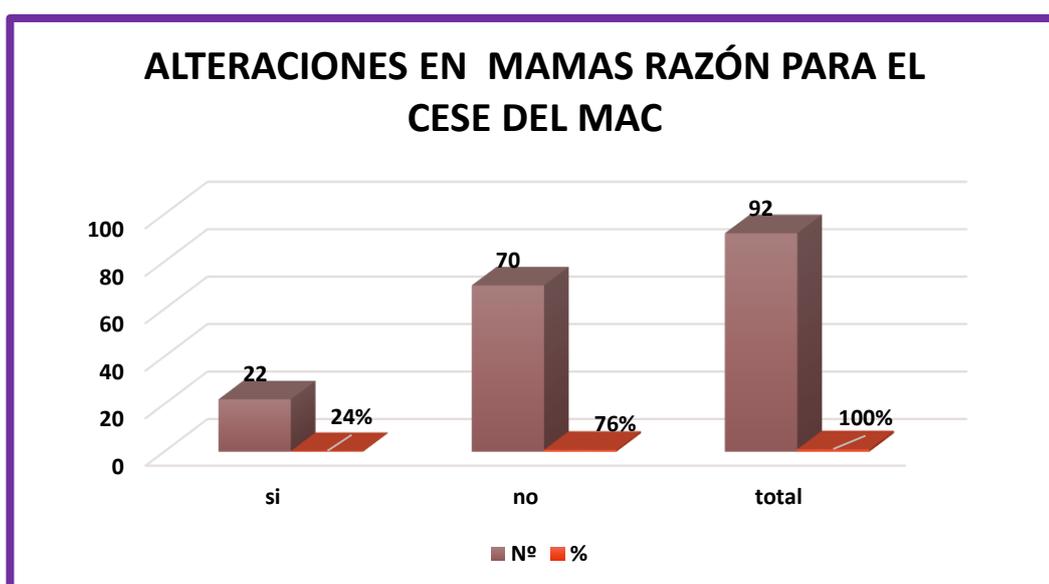
ALTERACIONES EN MAMAS RAZÓN PARA CESE DEL MAC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	22	24
No	70	76
TOTAL	92	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANÁLISIS: En la tabla N°10 se observa que la población mayor en estudio con alteraciones en las mamas razón para el cese del MAC registra no con 76% y un si con 24%.

INTERPRETACIÓN: Contrastando los resultados del estudio realizado por Betancourt Azanza Danny G. En Loja 2012, cuyo objetivo fue la determinación de las causas más frecuente de retiro de implantes anticonceptivos subdérmicos con concentraciones de etonogestrel 68 miligramos, encontrando que el 43% que ceso al método por las alteraciones mamarias, siendo similares a nuestros hallazgos.

GRÁFICO N°10



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N°11

CONSEJERIA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON ÉNFASIS EN EL METODO SUB DERMICO-IMPLANTE COMO FACTOR QUE INFLUYE EN EL CESE DEL ANTICONCEPTIVO- CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO ENERO-DICIEMBRE 2016

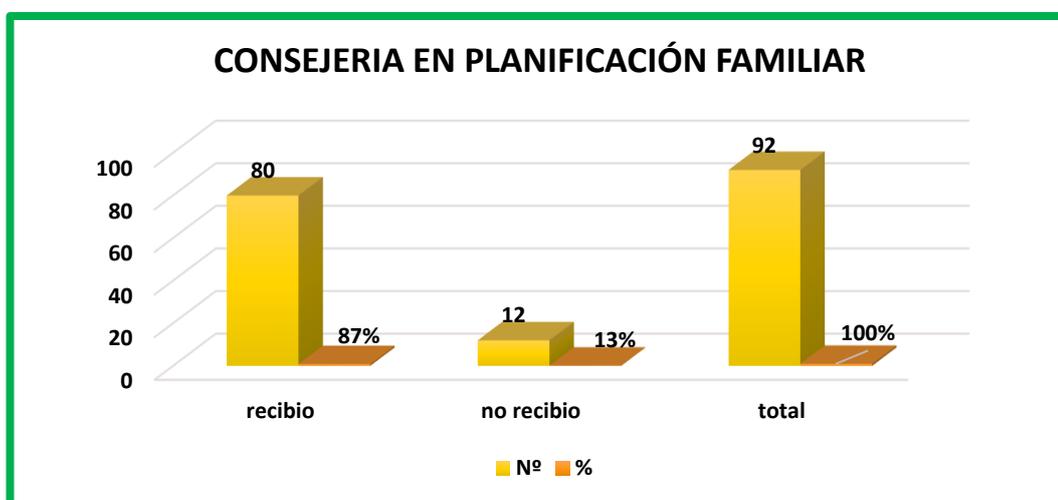
CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Recibió	80	87
No recibió	12	13
TOTAL	92	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANÁLISIS: En la tabla N°11 se observa que el 87% de la población en estudio recibió consejería de Planificación familiar con énfasis en el método sub dérmico implante, cumpliendo así la normatividad por parte del personal de salud que atiende a la usuaria.

INTERPRETACIÓN: Contrastando los resultados del estudio realizado por Rosales A. y González R.2009 cuyo objetivo fue conocer las características y los efectos del método 24 meses siguientes a su aplicación, encontró que el 90% de la población en estudio recibió consejería en planificación familiar, estas cifras son similares a los encontrados en nuestro estudio.

GRÁFICO N°11



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N°12
TIEMPO TRANSCURRIDO DEL USO DEL MÉTODO
ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO AL MOMENTO DEL CESE, EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN
FERNANDO ENERO-DICIEMBRE 2016

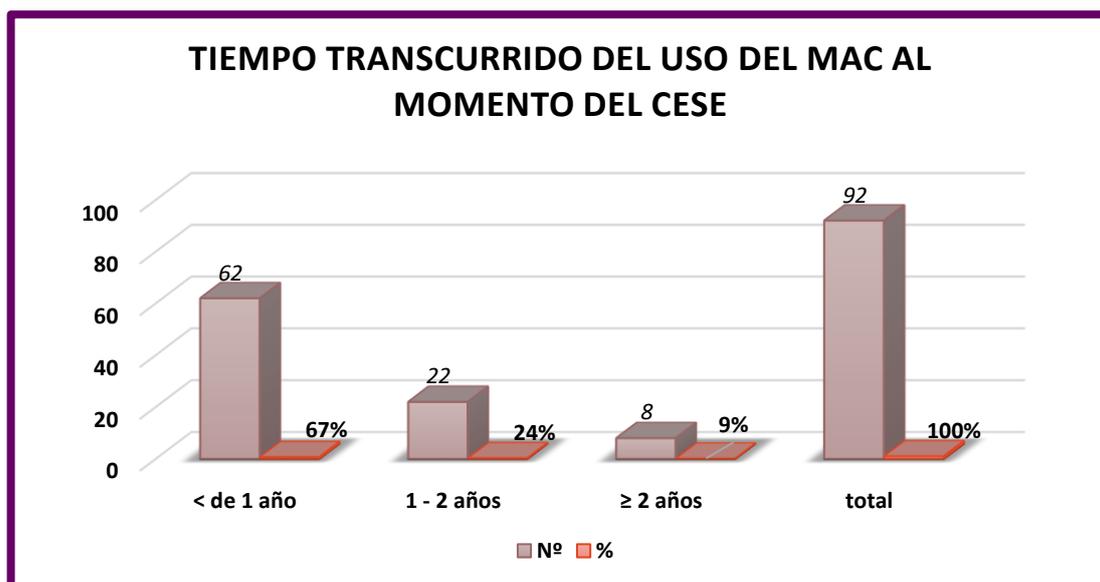
TIEMPO TRANSCURRIDO DE USO DEL MAC AL MOMENTO DEL CESE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< de 1 año	62	67
1 - 2 años	22	24
≥ 2 años	8	9
TOTAL	92	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANÁLISIS: En la tabla N°12 se observa que el 67% de la población en estudio cesó en el uso del método sub dérmico- implante al haber transcurrido menor de un año de su aplicación, seguido del 24% que lo hizo entre el 1-2 años.

INTERPRETACIÓN: Contrastando los resultados del estudio realizado por Arribas L.y Cols 2009 cuyo objetivo fue la inserción y la experiencia de seguimiento de 3 años de implantes de etonogestrel, encontrando que el 91% que cesó antes de cumplir el año de aplicación, estos datos son similares a los encontrados en nuestro estudio.

GRÁFICO N°12



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 13
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CESE DEL METODO
ANTICONCEPTIVO SUB DERMICO-IMPLANTE EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO ENERO
DICIEMBRE 2016

VARIABLE INDEPENDIENTE	Valor p	Valor Chi2 $\alpha=0.05$ (95%)
Edad	0.0405	9.9972
Grado de instrucción	0.0075	13.9343
Estado civil	0.2742	2.5876
Número de embarazos	0.0000	34.1366
Modificaciones en el peso	0.0218	11.4671
Incremento de peso registrado razón para el cese del MAC	0.0000	33.2110
Alteraciones en la cantidad del sangrado	0.0988	10.6781
Alteraciones en el sangrado razón para el cese del MAC	0.0309	6.9544
Alteraciones en mamas	0.1568	6.6294
Alteraciones en las mamas razón para el cese del MAC	0.0005	15.2399
Consejería en planificación familiar	0.0887	4.8449

Con valor de significancia $p < 0.05$

ANALISIS E INTERPRETACION:

Con un valor $p < 0.05$ para la evaluación de asociación mediante la prueba estadística de χ^2 , se obtuvo que, existe asociación estadísticamente significativa entre los siguientes indicadores: cese del uso del implante hormonal sub- dérmico; con la edad, con un valor p de 0.0405, grado de instrucción con un valor p de 0.0075, con el número de embarazos con un valor p de 0.0000, con las modificaciones en el peso con valor p de 0.0218, con el incremento del peso como razón del cese del método con 0.0000 con alteraciones en el sangrado como razón del cese del método con valor p de 0.0309 y finalmente con las alteraciones en las mamas como razón de cese del método con un valor de p de 0.0005. No existe asociación estadísticamente significativa entre los siguientes indicadores y el cese del implante hormonal:

Estado civil, alteraciones en la cantidad de sangrado, alteraciones en las mamas, y finalmente el hecho de haber recibido consejería de planificación familiar para el inicio del método anticonceptivo.

CONCLUSIONES

Al finalizar el estudio de Investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Respecto al Objetivo General de la investigación se concluye que, existe asociación estadísticamente significativa entre algunos indicadores sociodemográficos, e indicadores Gineco-Obstétricos, mas no existe relación estadísticamente significativa con el factor relacionado a la atención en salud.
2. Concerniente al primer objetivo secundario, sobre factores sociodemográficos que influyen en el cese del método anticonceptivo se concluye que, el 82% de la población en estudio se encontró en el rangos de edades de 20-34 años, teniendo este indicador asociación estadísticamente significativa con un valor de p de 0.0405, el 61% registro grado de instrucción nivel secundario con un valor de p de 0.0075, teniendo estos resultados asociación estadísticamente significativa con valor de significancia de 0.005, quiere decir que son factores que influyen en el cese del método anticonceptivo, a diferencia del estado civil que no presento asociación estadística.
3. Para el segundo objetivo secundario en relación a los factores gineco obstétricos se concluye que, el 65% de las pacientes tuvieron una paridad entre 1 a 2 partos siendo estadísticamente significativo, el 70% de las pacientes tuvieron modificaciones en el peso mayores a 5 kilos, existiendo relación estadísticamente significativa con un valor de p de 0.0218, así mismo el 76% de las usuarias manifestaron que el incremento del peso es uno de los factores para decidir el cese del método anticonceptivo hormonal implante sub dérmico, siendo estadísticamente significativo con un valor de p de 0.0000.

El 66 % de las usuarias del método hormonal implante subdérmico señalaron haber tenido alteraciones en el volumen del sangrado entre regular y abundante no habiendo asociación estadísticamente significativa con este indicador, sin embargo, las usuarias sin considerar el volumen o cantidad de sangrado, el 39% indicó afirmativamente que el solo hecho de

sangrar se convierte en un factor que condiciona al cese del método con un valor estadísticamente significativo de $p = 0.0309$.

Respecto a las complicaciones en las mamas el 95% manifestaron haber experimentado complicaciones como hipersensibilidad y dolor a nivel mamario sin significancia estadística, sin embargo el 24 % de ellas afirmo que el solo hecho de tener alguna alteración en las mamas es la razón para el cesa del método con un valor de p de 0.0005 con significancia estadística.

4. Respecto al tercer objetivo secundario relacionados a la atención de salud, el 87% de las usuarias manifestaron haber recibido consejería en planificación familiar para dar inicio del método anticonceptivo, no existiendo asociación estadísticamente significativa entre este indicador y el cese del método sub dérmico implante, vale decir que aun habiendo recibido consejería en planificación familiar, las usuarias al observar algunos efectos adversos optan por el cese del anticonceptivo.

RECOMENDACIONES

Luego de arribar a conclusiones significativas en el estudio, aportaremos las siguientes recomendaciones:

1. Es indispensable mejorar la comunicación entre el proveedor de servicios de Planificación Familiar y la usuaria ya que sobre la base de la información recibida ésta adopta libremente su decisión, a partir de sus propias necesidades y de su situación personal. Es necesario explicar las ventajas, desventajas, limitaciones y contraindicaciones de todos los métodos, sin presionar o inducir en la decisión final, con el fin de mejorar la calidad de atención en la orientación y consejería.
2. Incentivar a las pacientes a que acudan a los establecimientos de salud a sus controles respectivos después de la colocación del implante subdérmico, para que reciban asesoría y tratamiento en caso de presentarse algún efecto adverso y evitar el retiro del método sin haber concluido el tiempo estimado por el Ministerio de salud.
3. Es necesaria la capacitación del obstetra para que desarrolle las competencias técnicas y prácticas sobre el implante subdérmico, tanto en la zona urbana como rural, asegurando una atención de calidad acorde a los requerimientos de las usuaria

4. La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductivas, por ende debe ser abordado por los profesionales altamente comprometidos, en un ambiente idóneo, que garantice privacidad, información completa y actualizada.

FUENTES DE INFORMACION

1. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet].Perú: 29 Abril 2013; [citado 24 agosto2013]. 3 páginas. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/16355.pdf>
2. Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. Grupo de trabajo para la prevención del embarazo en adolescentes seguimiento concertado. Disponible en:http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/doc_01634.06.1_2.pdf
3. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet].Perú:2012; [citado 24 agosto2013]. 3 páginas. Disponible en:<http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012>
4. Dassah E., Odoi A., Owusu T. Prevalencia y factores predictivos de la acción prolongada del uso de anticonceptivos reversibles en un hospital de tercer nivel en Ghana urbano. Eur J Reprod Contracept Cuidado de la Salud. 2013, Ago.,18 (4): 293- 9. doi: 10.3109 / 13625187.2013.790951. Epub 2013 7 de mayo.
5. Power J, French R, Cowan F. Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos eficaces de prevención del embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester,UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

6. Aisien A. y Enosolease M. Safety, efficacy and acceptability of implanon a single rod implantable contraceptive (etonogestrel) in University of Benin Teaching Hospital. *Niger J Clin Pract.* 2010 Sep;13(3):331-5.
7. Mutahir J. y Daru P. Implanon sub-dermal implants: a 10-month review of acceptability in Jos, North-Central Nigeria. *Niger J Clin Pract.* 2008 Dec; 11(4):320-3.
8. Graesslin O. y Korver T. The contraceptive efficacy of Implanon: a review of clinical trials and marketing experience. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008 Jun;13 Suppl 1:4-12.
9. Arribas L.; Rueda D.; Agrela M.; Cedeño T.; Olvera C.; Bueno A. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. *Anticoncepción;* 2009 Noviembre 80 (5): 457-62.
10. Madden T., Eisenberg D., Zhao Q., Buckel C., Secura G., Peipert J. Continuación del implante de etonogestrel en mujeres sometidas a la colocación inmediata postaborto. *Obstet Gynecol.* 2012 Nov; 120 (5): 1053
11. Spies E., Askelson N., Gelman E., Losch M. Young Women's Knowledge, Attitudes, and Behaviors Related to Long-Acting Reversible Contraceptives. *Problemas de salud de la mujer.* 2010 Nov-Dec; 20 (6): 394-9.
12. Rosales A.; González R. Sociodemographic characteristics of users of the contraceptive implant releasing etonogestrel. *Ginecol Obstet Mex.* 2009, Mar;77(3):136- 41. Guazzelli C. y cols. Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and discontinuation rate. *Contraception.* 2010 Sep;82(3):256-9.
13. Bennink H. La farmacocinética y la farmacodinámica de Implanon , una sola varilla implante anticonceptivo de etonogestrel. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000 Sep; 5 Suppl 2: 12-20.

14. Bhatia P. y cols. Implanon : subdérmico implante anticonceptivo de una sola varilla. J Obstet Gynaecol India 2011 agosto; 61 (4): 422-5
15. Darney P, Patel A, Rosen K, Shapiro L, Kaunitz A. Seguridad y eficacia de una sola varilla etonogestrel implante (Implanon): resultados de 11 ensayos clínicos internacionales. Fertil Steril 2009; 91: 1646-1653.
16. Peedicayil A. Educación para el uso de anticonceptivos en mujeres después del parto Comentario de la BSR (última revisión: 17 de diciembre de 2003). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
17. women with postabortion or interval placement. Contraception. 2013 Nov;88(5):619-23.
18. OMS. Biblioteca Salud Sexual y Reproductiva
19. Norma Técnica de Planificación Familiar. Lima, Ministerio de Salud, 2005.
20. Vanegas Quispe L. "Factores Sociodemográficos y su Relación con los Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres", Tacna 2012. Citado el 20 de julio 2013, disponible en: <http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg>
21. Pantelides Edith. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. Artículo Científico. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>
22. Silber T, Munist M. Manual de Medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. 525. Washington. Dic. Eur. 1,997.
23. Merinoe, Inestroza E. Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de 111 unidad

de salud AltaVista, enero a junio de 2010 [Tesis Magister] El Salvador, Universidad de el salvador; 2011.

24. González F. Resultado de un estudio de línea de base en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Enero 2000.
25. Torre J. y Taquín, L. El embarazo adolescente y la pobreza. Artículo Científico, UNICEF. Situación de los adolescentes centroamericanos, tendencias y perspectivas. Universidad de Costa Rica. 1991.
26. Gálvez A. Aspectos Psicosociales del embarazo en la adolescencia; Revista Cubana de Pediatría; 74(4). 2002
27. Aguilar J., Mayén B. Métodos anticonceptivos para adolescentes. 2009. Artículo Científico. México [citado 30 agosto 2013]. 10 páginas. Disponible en: http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_2_Embarazo%20adolescente.pdf
28. Alasua A. Hormonas sexuales y anticonceptivos. 2011. Actualidad en Farmacología y Terapéutica volumen 9 nº 1 | marzo 2011| [citado 01 septiembre 2013]. Disponible en: <http://socesfar.com/attachments/article/98/Hormonas%20sexuales%20y%20anticonceptivos.pdf>
29. Planificación familiar derecho de todas y de todos. Ministerio de salud del Perú. 2012. [citado 30 agosto 2013]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/planfam/metodos.asp>
30. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Atención Materna y Neonatal con Equidad de Género e Interculturalidad en el Marco de Derechos Humanos en Salud: Módulo 7 (Modelo de Intervención para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales). Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima. 2010.

31. Gómez, A. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo, 2011. Tesis para optar el título profesional de licenciado en obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013.
32. Castro, R., Días, S., Galán, G., López, C., Matamala, M. (2000) NORMAS NACIONALES SOBRE Regulación de la Fertilidad. Citado: <http://www.observatoriogeneroyliderazgo.cl/images/adjunto/normasregfecundidad.pdf>
33. SaludSexualReproductiva(2009)190.25.230.149:8080/.../PDA%20Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva.pdf.
34. PROTOCOLOS DE INVESTIGACION PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.Pdf
35. M L. Vázquez, MR Ferreira, A: S. Mogollon. M.J. Fernandez. M.E. Delgado. J Vargas. (12/03/2014) .Introducción a Las Técnicas Cualitativas de Investigación Aplicadas en Salud.
36. Evans, D y Cope, W.; (1989). Calidad de Vida, cuestionario de calidad de (Quality of de life Questionnaire, QLQ). Citado de: <http://www.ciape.org.br/artigos/calidaddevidayvejez%5B1%5D.doc>.
37. Montoya, G. (2007). LA ÉTICA DEL CUIDADO EN EL CONTEXTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. 13(2): 168-175. Citado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2007000200003&lng=e
38. Axel Kroeger Y Ronaldo Luna. Atención Primaria en Salud, segunda edición, Organización Panamericana de la Salud, Editorial Pax, Mexico. 1992

39. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2)

40. kols, A. (2008), Reducir la necesidad insatisfecha en materia de planificación familiar, 25, ISSN:0737-3732 Citadode:
http://www.path.org/publications/files/SOL_25_1_nov08.pdf

ANEXOS

MATRÍZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DEL PROYECTO: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CESE DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO-IMPLANTE EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO EN EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE

Problema	Objetivo	Operacionalización		Método
		Variable	Indicadores	
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Qué factores influyen en el cese del método anticonceptivo subdérmico-implante en pacientes atendidas en el centro de salud San Fernando periodo Enero - Diciembre 2016?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>1.¿Qué factores Sociodemográficos presentan las pacientes que cesaron en el uso del método anticonceptivo subdérmico-implante atendidas en el Centro de Salud San Fernando en el período Enero – Diciembre 2016?</p> <p>2.¿Qué factores Gineco-Obstétricos influyen en el cese del método anticonceptivo subdérmico- implante en pacientes atendidas en el centro de salud San Fernando período Enero-Diciembre2016?</p> <p>3-¿Qué factores relacionados a la atención de salud contribuye al cese del método anticonceptivo subdérmico- implante en pacientes atendidas en el centro de salud San Fernando. Período Enero-Diciembre 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar los factores que influyen en el cese del método anticonceptivo subdérmico-implante en pacientes atendidas en el centro de salud San Fernando periodo Enero-Diciembre 2016.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS</p> <p>1.Precisar los factores Sociodemográficos que presentan las pacientes que cesan en el uso del método anticonceptivo subdérmico-implante atendidas en el Centro de Salud San Fernando en el período Enero-Diciembre 2016?</p> <p>2.Identificar los factores Gineco-Obstétricos que influyen en el cese del método anticonceptivo subdérmico-implante en pacientes atendidas en el centro de salud San Fernando período Enero-Diciembre 2016?</p> <p>3.Identificar los factores relacionados a la atención de salud que contribuye al cese del método anticonceptivo subdérmico-implante en pacientes atendidas en el centro de salud San Fernando período Enero-Diciembre 2016?</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Factores que influyen</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Cese del método anticonceptivo subdérmico-implante</p>	<p>Factores Sociodemograficos</p> <ul style="list-style-type: none">-Edad-Grado de instrucción-Estado civil <p>Factores G/O</p> <ul style="list-style-type: none">-Modificaciones en el peso-Paridad-Anormalidades en el sangrado-Alteraciones en mamas <p>Factores en la atención de Salud</p> <ul style="list-style-type: none">-Consejería en planificación familiar <p>Tiempo transcurrido desde el inicio de uso del MAC, al momento del cese:</p> <ul style="list-style-type: none">< de 1 año1 a 2 años≥ 2 años	<p>El método ha utilizar en el presente estudio es el descriptivo cualitativo, porque estudiará la realidad en su contexto natural, procediendo luego a interpretar los factores que representan las variables de estudio.</p>

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CESE DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO-
IMPLANTE EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO EN EL
PERIODO ENERO-DICIEMBRE**

Ficha de Recolección de Datos

Fecha de inicio del MAC Subdérmico-Implante: _____

I.- DATOS GENERALES

1. Edad

- a) < 19 años
- b) 20 – 34 años
- c) > 35 años

2. Grado de instrucción

- a) **Primaria**
- b) **Secundaria**
- c) Superior

3. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Viuda o divorciada

II.- FACTORES GINECO-OBSTETRICOS

4. Paridad

- a) 0
- b) 1-2
- c) 3-4
- d) ≥ 5

5. Modificaciones en el Peso

- a) < 5 kilos
- b) > 5 kilos
- c) No hubo incremento

6. El incremento del peso registrado es la razón para el cese del MAC

- a) Sí
- b) No

7. Alteraciones en el Sangrado

- a) Incremento del sangrado en Poca cantidad
- b) Incremento del sangrado regular cantidad
- c) Incremento del sangrado abundante cantidad
- d) No hubo alteración en el sangrado

8.- Las alteraciones en el sangrado es la razón para el cese del MAC

- a) Sí
- b) No

9. Alteraciones en Mamas

- a) Hipersensibilidad en mamas
- b) Dolor en mamas
- c) Presencia de nódulos en mama
- d) Ninguno

10. Las alteraciones en las mamas es la razón para el cese del MAC

- c) Sí
- d) No

III. FACTORES EN LA ATENCION DE SALUD

11. Consejería en Planificación Familiar

- a) Recibió consejería en PPF antes de la inserción del Implante
- b) No recibió consejería en PPF antes de la inserción del Implante

IV. CESE DEL USO DEL MÉTODO

12. Tiempo transcurrido de uso del MAC Subdérmico al momento del cese, según lo registrado en las fichas y en la historia clínica.

- a) < de 1 año
- b) 1- 2 años
- c) \geq 2 años

13. Razones por las que cesó el método anticonceptivo subdérmico en pacientes atendidas en el centro de salud san Fernando

- a) Modificaciones en el peso
- b) Alteraciones en el sangrado
- c) Alteraciones en mamas

