



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

**EFFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANON Y DEPOPROVERA COMO  
METODOS ANTICONCEPTIVOS EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2014**

**TESIS PRESENTADO POR:**

**BACHILLER PARI YANAPA, ALVA MARINA**

**PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE**

**LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**LIMA -PERU**

**2016**

**Dedico a:**

Mi familia por todo el apoyo moral que me brindan siempre y gracias a ellos cuento con un gran impulso para seguir avanzando; y sobre todo a Dios porque a pesar de las adversidades, es mi mayor soporte emocional.

**Agradezco a:**

Mis asesoras, Obstetra Luisa Parra y María Caldas, quienes me dedicaron su tiempo y conocimientos para poder realizar este proyecto y a los profesionales de salud del hospital María Auxiliadora, quienes me brindaron su apoyo para poder desarrollar este proyecto de investigación.

## RESUMEN

Se realizó el presente estudio denominado “Efectos secundarios del implanon y depoprovera como métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar del hospital María Auxiliadora, 2014”, con el **Objetivo** de determinar los efectos secundarios originados por el uso de los métodos anticonceptivos del implante subdérmico: Implanon y la ampolla trimestral: Depoprovera en usuarias que acuden al programa de planificación familiar del hospital María Auxiliadora. **Material y métodos:** es un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal. Las participantes fueron 65 usuarias del Implanon y 171 usuarias de la Depoprovera en el año 2014. Para ello se utilizó una encuesta estructurada con un total de 20 ítems para cada encuesta, con el fin de obtener los datos correspondientes y la información obtenida fue trasladada y procesada en una base de datos Excel y cuadros estadísticos. **Resultados:** los datos correspondieron a 65 usuarias del implante y 171 usuarias de la depoprovera. Con respecto a las usuarias del Implanon; la cantidad de sangrado durante la menstruación, el 10.80% de mujeres han presentado sangrado en cantidad aumentada, mientras que el 89.20% presentaron disminución de sangrado. Con respecto al número de días de duración de la menstruación, las usuarias refieren haber presentado 7.70% de días en aumento y el 92.30% disminución de días de la menstruación. El 86.10% de usuarias han manifestado amenorrea y el 13.90% no la niegan. Con respecto a la ganancia de peso, el 73.80% si ha aumentado de peso, mientras que el 26.20% no ha aumentado de peso. Cambio de carácter, el 63.10% de mujeres han presentado cambios, mientras que el 36.90% no los presentó. Presencia de nódulos o masas en las mamas, el 6.20% de mujeres han presentado estas masas en senos, mientras que el 93.80% no los han presentado. Mastodinia, el cual el 47.70% de mujeres nunca han presentado esta dolencia y el 3.10% si las presentó. El 75.40% nunca ha presentado acné facial y el 0% siempre lo ha presentado. Dolor en la zona donde se insertó el implante, siendo un 70.80% de mujeres quienes nunca han manifestado dolor y el 0% siempre ha presentado dolor en la zona de inserción del implante. En el caso de dismenorrea, el 42.90% nunca han presentado dismenorrea y el 7.10% de usuarias del implante, siempre han presentado dismenorrea. En

usuarias del implante, el 29.20% ha presentado cefalea, mientras que no ha presentado el 4.60%.

En caso de usuarias de Depoprovera, el 2.90% presentaron aumento de sangrado, el 87.10% disminución de sangrado y 9.90% de usuarias no han presentado cambios con respecto a la cantidad de la menstruación. Aumento de días de sangrado; el 12.30% de aumento de días, 77.80% disminución de días y 9.90% no presentan cambios con respecto a la cantidad de días de la menstruación. Han presentado amenorrea el 83%, mientras que el 17% no la presenta. Por otro lado, el 81.30% de las usuarias de la depoprovera han aumentado de peso y el 18.70% no tuvo cambios con respecto al peso. En cambio, el 80.70% de usuarias de la depoprovera han presentado cambios de carácter y no presentaron cambios un 19.30%. Dismenorrea; 34.50% de usuarias nunca han presentado dismenorrea, y el 10.60% si presentó. Sobre la cefalea, el 33.90% presentó cefalea, mientras que el 6.40% no lo manifestó. Aumento de sueño en usuarias de depoprovera, un 62.60% de usuarias si lo presentaron, mientras que el 37.40% no presentan. Dolores óseos; el 73.10% de usuarias nunca presentó dolores y el 9.90% si presento dolores óseos. En caso de mareos, el 87.10% de usuarias nunca ha presentado mareos, mientras que el 0% siempre ha presentado. Sensación de cansancio y/o debilidad, el 18.70% nunca ha presentado, y el 3.50% siempre ha presentado cansancio y/o debilidad. Tanto en usuarias del implante como usuarias de la depoprovera, el motivo de uso fue por orientación y consejería brindada por el profesional de salud, con un 70.8% en caso del implante y un 86% en caso de la depoprovera.

**Palabras clave:** Efectos secundarios, Implanón, Depoprovera, Métodos Anticonceptivos, Planificación Familiar.

## ABSTRACT

The present study called "Side effects of Implanon and Depo-Provera as a contraceptive methods in family planning users Hospital Maria Auxiliadora, 2014". **Objective:** to determine the side effects caused by the use of contraceptives subdermal implant: Implanon and the quarterly blister: Depo-Provera in users attending the family planning program Maria Auxiliadora hospital. **Material and Methods:** A descriptive, prospective cross-sectional study. Participants were 65 users of Implanon and 171 users of Depo-Provera in 2014. This requires a structured survey a total of 20 items for each survey, in order to obtain the data and information obtained was transferred was used and processed in an Excel database and statistical tables.

### **Results:**

Data corresponded to 65 implant users and 171 users of Depo-Provera. Regarding Implanon users; the amount of bleeding during menstruation, 10.80% of women have presented bleeding in increased amount, while 89.20% had decreased bleeding. Regarding the number of days of duration of menstruation, users report having submitted days 7.70% of the 92.30% increase and decrease in days of menstruation. The 86.10% of users have expressed amenorrhea and 13.90% do not deny it. With respect to weight gain, the 73.80% if you have gained weight, while 26.20% have not gained weight. Change of character, 63.10% of women have experienced changes, while 36.90% did not submit. Presence of nodules or lumps in the breasts, 6.20% of women have presented these masses in breasts, while 93.80% have not reported. Breast pain, which the 47.70% of women have never presented this ailment and 3.10% if presented. The 75.40% have never presented facial acne and 0% always presented. Pain in the area where the implant was inserted, being a 70.80% of women who have never expressed sorrow and 0% has always presented pain in the insertion of the implant. In the case of dysmenorrhea, 42.90% have never filed dysmenorrhea and 7.10% of implant users have always presented dysmenorrhea. . In implant users, the 29.20% presented headache, while not presented 4.60%.

The users Depoprovera, the 2.90% showed increased bleeding, 87.10% decrease bleeding and 9.90% of users they have not presented changes from the amount of

menses. Increased bleeding days; 12.30% the increase in days, 77.80% decrease of days and 9.90% are unchanged with respect to the number of days of menstruation. They presented amenorrhea 83%, while 17% do not. Moreover, the 81.30% of users of DepoProvera increased weight and 18.70% was unchanged with respect to weight. In contrast, 80.70% of users of Depo-Provera have been changes of character and one no change 19.30%. dysmenorrhea; 34.50% of users have never filed dysmenorrhea, and 10.60% if presented. About headache, 33.90% had headache, while 6.40% did not manifest. Increase in users of Depo-Provera sleep a 62.60% of users if they had, while 37.40% do not have. bone pain; the 73.10% of users never presented pains and 9.90% if present bone pain. In case of dizziness, the 87.10% of users have never presented dizziness, while 0% has always presented. Feeling tired and / or weakness, it has never presented 18.70% and 3.50% has always presented tiredness and / or weakness. Both implant users as users of Depo-Provera, the reason for use was for guidance and counseling provided by the health professional, with 70.8% for the implant and 86% in case of Depo-Provera.

**Keywords:** Side Effects, Implanon, Depo-Provera, Contraceptive Methods, Family Planning

## INDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
<b>CAPITULO I PLANEAMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>3</b>
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	3
1.2 Delimitación de la investigación	6
1.3 Formulación del Problema	7
1.4 Objetivos de la investigación	7
1.4.1 Objetivo general	7
1.4.2 Objetivos específicos	7
1.5 Hipótesis	8
1.5.1 Hipótesis general	8
1.5.2 Hipótesis secundaria	8
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	8
1.6 Diseño de la Investigación	11
1.6.1 Tipo de investigación	11
1.6.2 Nivel de la investigación	11
1.6.3 Método	11
1.7 Población y muestra	11
1.7.1 Población	11
1.7.2 Muestra	12
1.8 Técnicas e instrumentos	12
1.8.1 Técnicas	12



1.8.2 Instrumentos	12
1.9 Justificación	14
<b>CAPITULO II MARCO TEORICO</b>	<b>15</b>
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	15
2.1.1 Antecedentes	15
2.1.2 Bases teóricas	24
2.1.3 Definición de términos	51
<b>CAPITULO III PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS</b>	<b>52</b>
3.1 Presentación de resultados	52
3.2 Interpretación, análisis y discusión de resultados	97
<b>CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>99</b>
4.1 Conclusiones	99
4.2 Recomendaciones	100
<b>FUENTES DE INFORMACION - ANEXOS</b>	<b>101</b>
Matriz de consistencia	107
Instrumentos de recolección de datos	108
Juicio de expertos	114
Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio	117

## INTRODUCCION

Esta investigación tiene como fin dar a conocer los efectos secundarios del implanon y depoprovera, siendo métodos anticonceptivos de sólo progestágenos.

Existen una gran variedad de métodos anticonceptivos, cada uno de ellos con actividad y a la vez con manifestaciones clínicas distintas, como los efectos secundarios.

Una de las principales razones para el abandono del uso de los métodos de planificación familiar, es el temor de presentar efectos secundarios; entre los motivos de aparición de éstos depende de muchos factores como el tipo de anticonceptivo hormonal, presencia de enfermedades asociadas, el modo de uso y otros factores asociados. Por lo tanto, es obligación de toda obstetra que brinde servicios de planificación familiar, informar a las mujeres que inician la anticoncepción hormonal de las posibles reacciones adversas que pudieran aparecer y ayudar en su prevención, evitando así posibles complicaciones que comprometan su salud.

Uno de los más grandes problemas para la salud pública, son los abortos provocados y en América Latina, con casi el 50%, se encuentra uno de los países que presenta una de las tasas más alta de aborto provocado.

En el Perú, en los últimos años, la TGF (tasas global de fecundidad) ha disminuido gracias al programa de planificación familiar, que contribuye a reducir la mortalidad materna y a la mortalidad infantil, mejorando la calidad de vida y la salud de las personas, que en gran medida está influenciado por sus conductas en la esfera de la sexualidad y la reproducción.

El marco teórico de esta investigación, busca dar a conocer los efectos secundarios de dos métodos anticonceptivos que poseen progestágenos como hormonas que actúan como contraceptivo.

En el planteamiento metodológico, se ha planteado la variable de estudio sustentado por autores de trayectoria reconocida. Por otro lado, se ha señalado el enfoque, tipo de investigación, el diseño, la selección de la población y muestras de estudio utilizando fórmulas estadísticas. Se eligió el método de investigación, las técnicas e instrumentos que sirvieron para recoger la información necesaria y finalmente se eligió el método de análisis estadísticos para presentar la descripción de los resultados de manera descriptiva usando tablas y gráficos.

En cuanto a la presentación de resultados, el procesamiento de la información fue procesada en una base de datos Excel, con lo que se realizó la distribución de proporciones. A partir de estos resultados se realizó la interpretación y análisis teniendo en cuenta los antecedentes de estudios y las bases teóricas de la investigación.

Finalmente, se elaboró las conclusiones a las que se ha llegado a detallar y dar respuesta a los objetivos de los efectos secundarios del implanon y depoprovera como métodos anticonceptivos en usuarias del hospital María Auxiliadora, 2014.

# **CAPITULO I**

## **PLANEAMIENTO METODOLÓGICO**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La tasa de embarazos en todo el mundo es extremadamente alta, no solo en los países en vías de desarrollo, sino también en los países desarrollados. En Estados Unidos de Norteamérica prácticamente la mitad del total de embarazos son embarazos no planificados o no intencionados, y más de un tercio terminan en aborto. Cerca del 60% de los embarazos no planificados ocurren en mujeres que utilizan alguna forma de anticoncepción, incluso durante el mes en que conciben, y esto probablemente sucede debido a la dificultad que tienen algunas mujeres con respecto al uso continuo y correcto de algunos de estos métodos <sup>1</sup>.

América Latina está entre las tasas de embarazo de adolescentes más altas de todo el mundo. En el 2010 ocupó la tercera tasa más alta de fecundidad, alrededor de 72 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 – 19 años <sup>2</sup>.

En Colombia, los embarazos y nacimientos no planeados siguen siendo frecuentes. Cada año, se estima que hay 89 embarazos no planeados por cada 1000 mujeres en edad reproductiva (los que son deseados pero más tarde o que no son deseados porque la mujer no quiere más hijos). Las tasas varían ampliamente en las cinco principales regiones del país, de 67 por 1000 en las regiones Central y Oriental, hasta cerca del doble en Bogotá; 113 por 1000.

Muchos embarazos no planeados y no deseados terminan en aborto. Se estima que el 44% de los embarazos no planeados en Colombia terminan en un aborto inducido <sup>3</sup>.

Argentina, es uno de los países con tasas de aborto en crecimiento; por ello el Ministerio de Salud de la Nación, enfatiza el uso del implante subdérmico para prevenir el embarazo no planificado, promoviendo el cuidado y la planificación familiar; considerando a este método anticonceptivo uno de los más seguros y eficaces. Además, este país tiene una decisión política muy fuerte de avanzar con la ampliación de derechos sexuales y reproductivos y, este método constituye una nueva puesta del Estado Nacional a la innovación tecnológica en salud puesta al servicio de las personas <sup>4</sup>.

En el caso de nuestro país, Perú; el coordinador nacional de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva del Minsa; el Dr. Juan Aspilcueta, informó que en la última década, la tasa global de fecundidad (TGF) del Perú disminuyó de 3,5 nacimientos por mujer a principios de los 90', a 2,5 en el 2014. Se sabe que la planificación familiar contribuye en

más del 30 por ciento a reducir la mortalidad materna y del 10 por ciento de la mortalidad infantil.

En los últimos años, el Minsa ha desarrollado estrategias para reducir la muerte materna y mejorar la calidad de vida y la salud de las personas, que en gran medida está influenciado por sus conductas en la esfera de la sexualidad y la reproducción.

En el 2010, según MINSA, 681.526 parejas están protegidas por la inyección de acetato de medroxiprogesterona, esto representa el 55.48%, convirtiéndolo en el método anticonceptivo más usado en el Perú, siendo significativo su uso entre las mujeres del quinto inferior de riqueza (24,6%), con educación primaria (21,1%), del área rural (23,6%), comparado con un 15.7% del área urbana, entre las que tienen uno o dos hijos sobrevivientes (20,8%) y entre las mujeres con menor nivel educativo (19,7%)<sup>2</sup>.

Por otro lado, una de las principales razones para el abandono del uso de los métodos de planificación familiar es el temor de presentar efectos secundarios; entre los motivos de aparición de éstos depende de muchos factores como el tipo de anticonceptivo hormonal, presencia de enfermedades asociadas, el modo de uso y otros factores asociados.

Por lo tanto, es obligación de todo médico que brinde servicios de planificación familiar, informar a las mujeres que inician la anticoncepción hormonal de las posibles reacciones adversas que pudieran aparecer y ayudar en lo posible a su prevención<sup>5</sup>.

Dentro de la gama de métodos anticonceptivos hormonales a disposición de las mujeres, están sin duda los implantes subdérmicos de progestágeno puro, tubillo o tubillos flexibles de etilenvinilacetato o silastic con contenido hormonal que aplicados debajo de la piel de la cara interna

del brazo dan una protección anticonceptiva entre tres y cinco años dependiendo del producto que se trate.

Por ser un anticonceptivo hormonal de progestágeno puro evita la ovulación y adicionalmente espesa el moco del cuello uterino haciéndolo infranqueable por los espermatozoides. Es la razón por la que se constituye el anticonceptivo más eficaz existente <sup>6</sup>.

Por otro lado, los anticonceptivos hormonales tipo inyectables que solo contienen progestágeno, posee una protección anticonceptiva de tres meses. Este método anticonceptivo actúa bloqueando la ovulación, pero también tiene efectos sobre la capa interna de la matriz uterina y las secreciones vaginales.

Están disponibles en muchos países del mundo y desempeñan una función importante en la planificación familiar y en muchos programas nacionales de salud. Además, en algunos países en vías de desarrollo se utilizan ampliamente <sup>7</sup>.

## 1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

Las delimitaciones consideradas para la investigación fueron: espacial, temporal y social.

**Espacial:** El presente estudio se realizó en el programa de planificación familiar, servicio de consultorio externo del hospital María Auxiliadora establecimiento de salud del Ministerio de Salud de tercer nivel de atención, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores del cono Sur de Lima.

**Temporal:** Este estudio se realizó en el periodo de Setiembre del 2015 a Setiembre del 2016.

**Social:** La población sujeto a estudio fueron mujeres en edad fértil que son usuarias del método anticonceptivo depoprovera e implante.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

#### **1.3.1 Problema Principal**

¿Cuáles son los efectos secundarios del implanón y depoprovera como métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar, Hospital María Auxiliadora, 2014?

#### **1.3.2 Problemas Secundarios**

¿Cuáles son los efectos secundarios del implanón como método anticonceptivo en usuarias de planificación familiar?

¿Cuáles son los efectos secundarios de la depoprovera como método anticonceptivo en usuarias de planificación familiar?

### **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar los efectos secundarios del Implanón y depoprovera como métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar, hospital María Auxiliadora, 2014.

#### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1.4.2.1 Identificar los efectos secundarios del implanón como método anticonceptivo en usuarias de planificación familiar.

1.4.2.2 Identificar los efectos secundarios de la depoprovera como método anticonceptivo en usuarias de planificación familiar.



## **1.5 HIÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 Hipótesis General**

Por ser un estudio descriptivo, no amerita de hipótesis.

### **1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores**

1.5.2.1 Efectos secundarios del Método anticonceptivo Implanón.

1..5.2.2 Efectos secundarios del Método anticonceptivo Depoprovera

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES
<p>Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.</p> <p>Organización Mundial de la Salud (2004)</p>	<p>Efectos Secundarios del Implanón</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manchado o sangrado irregular.</li> <li>• Sangrado prolongado.</li> <li>• Amenorrea.</li> <li>• Presencia de masas o nódulos en los senos.</li> <li>• Mastodinia</li> <li>• Aumento del peso corporal &gt;2kg.</li> <li>• Cambios de carácter.</li> <li>• Presencia de acné en el rostro.</li> <li>• Sensibilidad y/o dolor en el lugar de inserción del implante.</li> <li>• Dismenorrea.</li> <li>• Cefalea.</li> </ul>

<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSION</b>	<b>INDICADORES</b>
<p>Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.</p> <p>Organización Mundial de la Salud (2004)</p>	<p>Efectos Secundarios Depoprovera</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manchado o sangrado irregular.</li> <li>• Sangrado prolongado.</li> <li>• Amenorrea.</li> <li>• Aumento del peso corporal &gt;2kg.</li> <li>• Cambios de carácter.</li> <li>• Aumento de sueño.</li> <li>• Dolores óseos.</li> <li>• Dismenorrea.</li> <li>• Cefalea.</li> <li>• Presencia de mareos.</li> <li>• Sensación de fatiga y/o debilidad.</li> </ul>

## **1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.6.1 Tipo de Investigación:**

El diseño de la investigación es descriptivo debido a que se ha determinado en una población (sin grupo control) la variable de efectos secundarios de dos anticonceptivos.

Prospectivo porque la recolección de datos se realizó a medida que ocurrieron los hechos.

De corte transversal porque la unidad de cuenta fue tomada una sola vez.

### **1.6.2 Nivel de Investigación:**

Aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, de carácter utilitario.

### **1.6.3 Método:**

Cuantitativo porque se vale de números para examinar datos e información, con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

## **1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1 Población**

La población sujeto de estudio son 473 usuarias de depoprovera y 167 de implanón, habiendo sido usuarias de los métodos anticonceptivos durante dos años y seis meses aproximadamente.

### **1.7.2. Muestra.**

La muestra es probabilística ya que de la población todos los elementos de ésta tienen la misma posibilidad de ser elegidos, Hernández, et al., (2003, p.305). La muestra será de 171 usuarias del método anticonceptivo Depoprovera y 65 usuarias del método anticonceptivo Implanón.

## **1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1.8.1 Técnica**

El levantamiento de la información se realizó a través de dos encuestas; una encuesta aplicado a usuarias del implante y la otra encuesta a usuarias de la depoprovera, que acuden al programa de planificación familiar del hospital María Auxiliadora.

Toda la información fue procesada en una base de datos Excel, y los resultados fueron procesados en tablas estadísticas.

Previamente se solicitó autorización a la Dirección del hospital.

### **1.8.2 Instrumento**

Se ha elaborado un instrumento el cual previamente fue presentado ante un juicio de tres expertos (tres obstetras) donde brindaron sugerencias pertinentes para posterior a ello aplicar a la población sujeta.

Este instrumento consta de un cuestionario para usuarias del método anticonceptivo implanón y depoprovera; dividido en cuatro partes. La primera parte consta de 6 ítems, se recogerán los datos generales de la usuaria como edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, número de hijos y fecha de último parto; la segunda parte consta de 2 ítems, obtiene datos acerca de la fecha de inicio de cada método y tiempo de uso; la tercera parte consta

de 13 ítems, recoge datos acerca de los efectos secundarios, en caso del método anticonceptivo implanón como: manchado o sangrado irregular, sangrado prolongado, presencia de masas o nódulos en los senos, mastodinia, aumento del peso, cambios de carácter, presencia de acné en el rostro, sensibilidad y/o dolor en el lugar de inserción del implante, dismenorrea y cefalea; en caso del método anticonceptivo depoprovera como: manchado o sangrado irregular, sangrado prolongado, amenorrea, aumento de peso, cambios de carácter, aumento de sueño, dolores óseos, dismenorrea, cefalea, presencia de mareos, sensación de fatiga y/o debilidad. Además se adiciona una pregunta con el fin de conocer el motivo de uso.

## 1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En la actualidad existen muchas mujeres que no desean iniciar el uso de algún método anticonceptivo para evitar presentar algún tipo de efecto secundario. Por otra parte, existen muchas mujeres que han abandonado el método anticonceptivo por poseer una serie de efectos secundarios y éstas, a la vez, no acuden a una consulta, ya que encuentran la mejor solución en el abandono del método. Como resultado ante ello, se obtienen embarazos no deseados, y recurren como primera opción al aborto convirtiéndose en una grave preocupación para su familia, la comunidad y afectando de esa manera la salud pública.

Siendo ello una problemática social, se ha realizado este proyecto con la finalidad de dar a conocer los posibles efectos secundarios que pueden ser presentados durante su uso y a la vez dar a conocer las soluciones para evitar el abandono precoz de dichos métodos anticonceptivos, y así puedan tener una satisfactoria y plena vida sexual activa durante su uso.

Los resultados del estudio puedan servir a la institución de salud en donde se realiza la investigación, como medio para fomentar la promoción, educación, orientación y consejería adecuada y oportuna a la población respectiva sobre los métodos motivo de estudio. Así mismo a los profesionales Obstetras tengan elementos para que realicen la respectiva consejería, y lograr así, la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1 ANTECEDENTES

**Domínguez U., Vanessa; Ávila P., Patricia; Espinaco G., María; Oliver J., Román**, realizaron el presente trabajo denominado **Estudio sobre la accesibilidad y tolerabilidad del uso de implantes hormonales subdérmicos en una población de exclusión social en Sevilla**, con el **objetivo** de conocer la aceptabilidad y la tolerabilidad del uso del implante subcutáneo en una población de exclusión social (población del Vacie). El **diseño y método**, fue un estudio de cohortes prospectivo de seguimiento, con cuestionario pre-implante, colocación del implante y seguimiento con cuestionario a los 3 meses post-implante. El emplazamiento, en Centro de Salud de Pino Montano B, en Sevilla. Las participantes fueron 66 mujeres entre 15-49 años a las que se les inserto el implante subcutáneo, de las cuales el 44,6% son del Vacie, y 55,4% no



son del Vacie. Las mediciones, estudio de variables sociodemográficas con tablas de N frecuencias. Contraste de la variable tolerabilidad con la variable procedencia: Vacie/n Vacie mediante un cuadro y la aceptabilidad con tablas N de frecuencias. **Resultados**, no existe relación estadísticamente significativa entra la tolerabilidad del método entre poblaciones ( $p=0,618$ ) con un RR 1,33 (0,430-4,134) de que las mujeres que no son del Vacie fueron menos tolerantes que las del Vacie. Un 93,1% del Vacie y 88,9% de las que no son del Vacie fueron menos tolerantes que las del Vacie. Un 93,1% del Vacie y 88,9% de las que no son del Vacie se volverían a implantar el método pasados los 3 años de caducidad. En el Vacie un 84,7% y en las que no son del Vacie un 82,4% consideraron que el método es sobresaliente. Como **conclusión**, el implante podría considerarse seguro, tolerable y aceptado como método anticonceptivo sin diferencias entre culturas.

**Chávez M., Carmen** realizó el presente trabajo denominado **Asociación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona con el grado de conocimiento del mecanismo de acción y efectos secundarios en el C.S. Primavera: enero – febrero, 2012**, con el **objetivo** de determinar la asociación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona con el grado de conocimiento del mecanismo de acción y efectos secundarios de sus usuarias que acudan al C.S. Primavera. DISA IV Lima-Este. Enero – febrero, 2012. Los **materiales y métodos**, fue un estudio retrospectivo analítico de caso-control, desarrollado en el C.S. Primavera DISA IV Lima Este. Enero – Febrero 2012. La muestra fue de 75 usuarias del acetato de medroxiprogesterona y 75 usuarias de otro método de planificación familiar, ambos grupos fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos se recogieron a través de una encuesta estructurada aplicada mientras la usuaria esperaba ser atendida. Los resultados se procesaron el programa Microsoft Excel 2007, y luego en el programa estadístico SPSS versión 20. Para evaluar el nivel de

conocimiento se les agrupó en tres categorías: alto conocimiento, conocimiento medio y bajo conocimiento, las tres categorías fueron halladas mediante la escala de estatinos. Los **resultados**, tanto el grupo caso (92%), como el grupo control (81.3%) tiene un conocimiento medio del mecanismo de acción del acetato de medroxiprogesterona; y el 97.3% del grupo caso con el 81.3% del grupo control tiene también un conocimiento medio de los efectos secundarios de este método anticonceptivo. En **conclusión**, Se encontró que existe una baja asociación tanto entre el uso del acetato de medroxiprogesterona y el grado de conocimiento del mecanismo de acción (correlación de Spearman=0.79), como con el grado de conocimiento de los efectos secundarios correlación de Spearman=0.117.

**Gil J., Fabiola**, realizó el presente trabajo denominado **Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de planificación familiar de Lima**, con el **objetivo** de determinar la asociación que existe entre los conocimientos, actitudes y la aceptación a efectos secundarios en usuarias del acetato de medroxiprogesterona como método anticonceptivo. El **método**; es un estudio observacional transversal desarrollado en el servicio de planificación familiar del hospital Nacional Arzobispo Loayza. La población estuvo conformada por 125 usuarias de las cuales se entrevistó a 93 que cumplieron con los criterios de inclusión, las cuales acudieron a su cita o en demanda del método. Se utilizó una entrevista estructurada con preguntas de tipo cerrada. La información fue trasladada y procesada en el programa estadístico de SPSS, utilizándose estadísticos descriptivos porcentajes y tablas de frecuencias; para establecer la correlación se usó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman. Los **resultados**; en su mayoría las usuarias tienen conocimientos adecuados sobre los efectos secundarios, signos de alarma y forma de uso, no siendo así como el mecanismo de acción. La amenorrea y el sangrado en goteo son los efectos secundarios menos

aceptados por las usuarias. Se encontró correlación positiva entre los conocimientos de la usuaria sobre el método y la aceptación a efectos secundarios. Como **conclusión**, las usuarias que tienen una actitud positiva al acetato de medroxiprogesterona como anticonceptivo tienen una mejor aceptación a sus efectos secundarios. No se encontró evidencia de asociación en este estudio entre los conocimientos y la aceptación a los efectos secundarios.

**Alvear L., María; Inca R., Mónica**, realizaron el presente trabajo denominado **Prevalencia de efectos adversos de los implantes contraceptivos subdérmicos en adolescentes y adultas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito, 2012**, con el **objetivo** de establecer la prevalencia de efectos adversos originados por la colocación de implantes contraceptivos subdérmicos en mujeres de diferentes edades que acuden al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora. El **diseño y método**, fue un estudio descriptivo de corte transversal. Las participantes fueron mujeres adultas y adolescentes que desean utilizar el implante contraceptivo como método de planificación familiar en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito. Los **resultados**, se realizaron encuestas a 261 pacientes, de las cuales 128 (49.04%) fueron adolescentes y 133 (50.96%) adultas; con un promedio de edad de 21.26 años, con un mínimo de 11 años y un máximo de 40 años, intervalos de confianza (IC) de 20.56 a 21.96. Los efectos adversos que reportaron una diferencia significativa entre adultas y adolescentes fueron; acné en un 37.5% en adolescentes (n=48) y en adultas 21.8% (n=29)  $p=0.012$  y, dismenorrea en un 32.1% (n=41) en adolescentes y 14.3% (n=19) en adultas  $p=0.003$ , siendo estos más prevalentes en adolescentes, en tanto que la presencia de nódulos mamarios en el grupo de adolescentes en un 0%, y en un 4,5% (n=6) en adultas,  $p=0.015$ , cefalea en adolescentes en un 22.9% (n=29) y en adultas en un 54.9% (n=73),  $p=0.000$  y náuseas el 11.8% (n=15) de adolescentes en relación a adultas con un 44.3% (n=59),  $p=0.000$  los mismos que fueron más prevalentes en adultas. Como **conclusiones**, en la mayor partes de los

efectos secundarios las diferencias no son estadísticamente significativas, no obstante la presencia de acné, dismenorrea, cefalea, nódulos mamarios y náusea, las diferencias resultaron ser estadísticamente significativas, pudiendo ser por causa propia de la edad. La edad no consiste un factor para desmotivar el uso de implantes contraceptivos subdérmicos.

**Medina G., Cristina**, ha realizado el presente trabajo denominado **Determinación de satisfacción con el uso del implante subdérmicos de etonogestrel “Implanón” como medio de anticoncepción, efectos secundarios y razones para discontinuar el mismo, comparado con otros métodos hormonales de anticoncepción en adolescentes del Valle de Tumbaco** con el **objetivo** de incorporar el uso de métodos anticonceptivos hormonales reversibles de larga duración. El **diseño y método**, se realizó un estudio observacional analítico de diseño transversal en el Subcentro de Salud de Tumbaco, en donde se realizaron la satisfacción de uso del implante subdérmico de etonogestrel “Implanón”, los efectos secundarios y las razones para discontinuar el mismo, en comparación con otros métodos hormonales de anticoncepción (método inyectable Mesygina [enantato de norestisterona + valerato de estradiol] acetato de medroxiprogesterona “DMPA”/ píldora anticonceptiva oral combinada [PAOC] o píldora anticonceptiva de progesterona). Se revidaron las historias clínicas de 299 mujeres adolescentes de 12 a 19 años, en el periodo de enero de 2012 a Diciembre de 2013. Como **resultados**, se encontró que las usuarias de Implanón están estadísticamente más satisfechas, que las usuarias de otros métodos anticonceptivos hormonales (99% vs.60.2%;  $p < 0.0001$ ). Los dos grupos presentaron efectos adversos en menos de la mitad de la población de usuarias, siendo el más frecuente la cefalea en ambos grupos. La continuación de uso es mayor en el grupo de usuarias de Implanón, que en el grupo de usuarias de otros métodos anticonceptivos (98.5% vs. 83.5%;  $p = < 0.0001$ ). En **conclusión**, al ser el embarazo adolescente un problema de salud pública en nuestro país, el uso de

anticoncepción segura, reversible, de larga duración, y sobre todo, tolerable en esta población, es de vital importancia para disminuir la prevalencia de embarazos no deseados.

**Espinaco G., José; Román O., José; Muñoz J., Juan; Domínguez E., Cristina**, realizaron el presente trabajo denominado **Anticoncepción mediante el uso del implante subcutáneo. Cuatro años de experiencia y su repercusión en la mejora de la calidad de vida en mujeres en situación de exclusión social**, con el **objetivo** de analizar la experiencia de cuatro años de colocación de implantes subcutáneos anticonceptivos en el grupo poblacional mencionado y además, conocer el perfil socio obstétrico de las mujeres, el motivo de inserción y retirada del dispositivo anticonceptivo, y la aceptabilidad y tolerabilidad del implante. El **material y método** de estudio fue observacional y retrospectivo con una muestra de 269 implantes anticonceptivos colocados a mujeres de entre 15 y 44 años, en el periodo 2010 – 2013. La recogida de datos relacionados se efectuó en las revisiones, quedando anotados en el registro de inserción/retirada dispuesto al efecto. Como **resultados**, la media de edad de las participantes fue de 27,03 años. Se cuantifico una media de abortos de 0,68% y 0,51% de uso de anticoncepción de urgencias. En relación al motivo para la elección de este tipo de anticonceptivo, el 34,20% lo eligió por dificultad en el cumplimiento de otros métodos, el 13,40% por intolerancia y el 52,40% por bajos recursos económicos. Respecto a la retirada del dispositivo un 3,65% solicito su retirada antes de los tres años, de estas, un 62% alego intolerancia al patrón del sangrado y un 34,20% deseo de un nuevo embarazo. La continuidad en el empleo del método fue del 96,35%, la tolerabilidad del 97,50%; el 100% de las mujeres del estudio lo calificó como un método efectivo y el 84,32% lo puntuó como sobresaliente. En **conclusión**, se ha alcanzado un resultado excelente y similar al de otros estudios. Al 90% de las mujeres se les ha insertado un nuevo implante en el momento de retirarle el caducado.

**López L., Laureen; Edelman G., Alison; Chen M., Mario; Trussell H., James; Helmerhorst M., Frans** realizaron el presente trabajo denominado **Anticonceptivos con progesterona sola: efectos sobre el peso**, con el **objetivo** de evaluar la asociación entre el uso del anticonceptivo con progesterona sola y las variaciones en el peso corporal. Como criterios de elección fueron elegibles todos los estudios comparativos que examinaron un anticonceptivo de progesterona sola versus otro método o ningún anticonceptivo. La medida de resultado primaria fue la variación media en el peso corporal o la composición corporal. Los **métodos de obtención y análisis de datos**; dos autores extrajeron los datos. Se calculó la diferencia de medias con el intervalo de confianza (IC) del 95% para las variables continuas y el *odds ratio* con el IC del 95% para las variables dicotómicas. Se obtuvo como **resultados** principales; no se realizó un meta análisis debido a los diferentes métodos anticonceptivos y medidas de variación en el peso. Quince estudios examinaron píldoras con progesterona sola (n=1), Norplant (n=4) y acetato de medroxiprogesterona de depósito (n=10). Los grupos de comparación fueron similares para la variación en el peso en 11 estudios. Cuatro estudios mostraron diferencias en el peso o la variación en la composición corporal para los anticonceptivos de progesterona sola comparados con ningún método hormonal. Las adolescentes que utilizaron acetato de medroxiprogesterona tuvieron un mayor aumento de la grasa corporal (%) versus un grupo sin un método hormonal (diferencia de medias 11,00; IC del 95%: 2,64 a 19,36). El grupo de acetato de medroxiprogesterona también tuvo una mayor disminución de la masa corporal magra (%) (diferencia de medias -4,00; IC del 95%: -6,93 a -1,07). En otro estudio, el aumento de peso (kg) fue mayor en el grupo de acetato de medroxiprogesterona que en un grupo de DIU (diferencia de medias 2,28; 2,71; 3,17, respectivamente). Las diferencias fueron notables dentro de los subgrupos con peso normal y con sobrepeso. Un estudio mostró que el grupo de Norplant (seis cápsulas) tuvo un mayor aumento de peso (kg) que un grupo de DIU no hormonal (diferencia de

medias 0,47; IC del 95%: 0,52 a 0,96). Otro estudio también mostró que un grupo de Norplant también tuvo un mayor aumento de peso (kg) que en un grupo de DIU (diferencia de medias 1,10; IC del 95%: 0,36 a 1,84). Como **conclusión**, se encontraron pocas pruebas de aumento de peso cuando se utilizaron anticonceptivos de progesterona sola. El aumento de peso medio fue menor de 2 kg para la mayoría de los estudios hasta los 12 meses y generalmente similar en el grupo de comparación que utilizó otro anticonceptivo. El asesoramiento apropiado acerca del aumento de peso típico puede ayudar a reducir la interrupción de los anticonceptivos debido a las percepciones por el aumento de peso.

**Mazur M., Viviana; García P., Verónica; Salceek G., Lara** realizaron el presente trabajo denominado **Implantes hormonales. Tecnología anticonceptiva apropiada en el primer nivel de atención**, con el **objetivo** de conocer la aceptabilidad de implante subdérmico por usuarias en dos centros de salud del gobierno de la ciudad y el perfil de las mismas. El **material y métodos**, es un estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyen mujeres que concurren en el periodo comprendido de abril hasta agosto del 2013. Como **resultados** se obtuvieron, de 140 pacientes que consultaron por primera vez en un solo centro, 31% eligió implante subdérmico, 14% DIU, 39% anticonceptivos orales combinados, 16% anticonceptivos inyectables. De 100 implantes colocados, 48% tenían entre 21-30 años. El 31% en periodo de lactancia, 63% tenían hasta tres embarazos previos. El grado de satisfacción de las usuarias fue elevado en la mayoría de los casos. En **conclusión**, resultó ser un método anticonceptivo con gran aceptación entre las pacientes incluyendo a las que se encontraban en periodo de lactancia.

**Collantes C., Jorge**, realizó el presente trabajo denominado **Influencia del acetato de medroxiprogesterona en las grasas, calcio y crematocrito de leche materna**, con el **objetivo** de determinar si el acetato de medroxiprogesterona posparto produce variación en los niveles de grasas totales, calcio y crematocrito de la leche materna en

transición y madura. El **diseño** fue un estudio transversal y comparativo realizado en el Hospital Regional de Cajamarca, Perú, y Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. Las participantes fueron madres lactantes. En 1998, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia se analizó 79 muestras de leche de madres lactantes en los primeros tres meses posparto; ellas recibieron acetato de medroxiprogesterona posparto (24) o no lo recibieron (controles, 55). Se determinó los valores de grasas totales, calcio y creatocrito. Como **resultados**, en las mujeres que recibieron acetato de medroxiprogesterona posparto, los niveles de grasas totales fueron  $4,8 \pm 2,3$  g/dL, y en los controles,  $4,6 \pm 2,9$  g/dL; el calcio en los casos fue  $55,6 \pm 23,9$  mg/dL y  $55,5$  mg/dL en los controles; y el creatocrito, en los casos  $10,6 \pm 3,8\%$  y en los controles  $11,7 \pm 4,4\%$ . No se encontró diferencias significativas. Se obtuvo como **conclusión**; el acetato de medroxiprogesterona posparto no modificó los valores de grasas, calcio y creatocrito de la leche materna en los primeros tres meses posparto.



## 2.1.2 BASES TEÓRICAS

### a) **IMPLANÓN**

Este producto consiste en una varilla de inserción subdérmica, no biodegradable. Contiene 68mg de etonogestrel, el metabolito biológicamente activo de desogestrel. Deriva estructuralmente de la 19-nortestosterona y se une con gran afinidad a los receptores de progesterona de los órganos blanco efectivo por tres años <sup>3, 4, 7</sup>.

#### **Farmacología:**

El implante de etonogestrel 68mg es un anticonceptivo femenino. Se presenta bajo la forma farmacéutica de una pequeña varilla que se inserta bajo la piel, en la cara interna del brazo.

El principio activo de etonogestrel, es una hormona femenina sintética parecida a la progesterona. Una vez implantada, la varilla libera continuamente una pequeña cantidad de etonogestrel a la sangre, lo que modifica el equilibrio hormonal del organismo y contribuye a evitar la ovulación. El implante de etonogestrel 68mg confiere protección durante tres años, concluido dicho periodo, debe ser retirado.

#### **Propiedades farmacodinámicas.**

- Mecanismo de acción: el efecto anticonceptivo del implante de etonogestrel 68mg se logra mediante la supresión de la ovulación, el aumento de la viscosidad del moco cervical y alteraciones del endometrio.

#### **Propiedades farmacocinéticas.**

- Absorción: tras la inserción del implante, etonogestrel pasa rápidamente a la circulación. Se alcanzan concentraciones de inhibición de

ovulación en el intervalo de 1 día. Las concentraciones séricas máximas (entre 472 y 1270 pg/ml) se alcanzan en el intervalo de 1 a 3 días. La velocidad de liberación del implante disminuye con el tiempo. En consecuencia, las concentraciones séricas disminuyen rápidamente en los primeros meses. Al final del primer año su concentración media es de aproximadamente 200 pg/ml (intervalo 150-261 pg/ml), que disminuye lentamente a 156 pg/ml (intervalo 111-202 pg/ml) hacia el final del tercer año. Las variaciones observadas en las concentraciones séricas pueden atribuirse parcialmente a diferencias en el peso corporal.

- Distribución: etonogestrel se une en un 95,5-99% a las proteínas séricas, predominantemente a la albumina y en un menor grado a la globulina transportadora de hormonas sexuales. Los volúmenes de distribución central y total son de 27 l y 220 l, respectivamente, y prácticamente no varían durante el uso de etonogestrel 68mg.
- Metabolismo: etonogestrel sufre hidroxilación y reducción. Los metabolitos se conjugan a sulfatos y glucuronidos. Los estudios en animales muestran que la circulación enterohepática probablemente no contribuye a la actividad progestagénica de etonogestrel.
- Excreción: tras la administración intravenosa de etonogestrel, la semivida de eliminación media es aproximadamente de 25 horas y el aclaramiento sérico es de aproximadamente de 7,5 l/hora. Tanto el aclaramiento como la semivida de eliminación permanecen constantes durante el periodo de tratamiento. La excreción de etonogestrel y sus metabolitos, tanto como esteroides libres o como conjugados, tiene lugar por la orina y las heces (cociente 1,5:1). Tras la inserción en mujeres lactantes, el etonogestrel se excreta en la leche materna con una relación leche /suero de 0,44-0,50 durante los primeros cuatro meses. En mujeres que dan de lactar, la transferencia promedio de etonogestrel al niño es aproximadamente un 0,2% de la dosis diaria materna estimada absoluta de etonogestrel (2,2% cuando los valores están normalizados por kg de peso corporal). Las concentraciones

muestran una disminución con el tiempo de forma gradual y estadísticamente significativa <sup>3</sup>.

**Eficacia:**

El implante de etonogestrel es uno de los anticonceptivos más eficaces disponibles, superando a las operaciones de esterilización en eficacia. La efectividad en todos los modelos mayor del 99.5%, no se puede asumir 100% efectividad ya que esto es imposible en cualquier tratamiento, sin embargo es uno de los más efectivos métodos disponibles hoy en día.

El implante inicia su efecto 8 horas después de la inserción y el efecto anticonceptivo es de tres años <sup>3, 8</sup>.

**Reacciones adversas:**

Las reacciones adversas que provocaron la interrupción del tratamiento en el 1% o más de mujeres en los ensayos clínicos con el implante etonogestrel 68mg.

<b>Reacciones adversas</b>	<b>% de casos</b>
Irregularidades de sangrado	11.1%
Labilidad emocional	2.3%
Incremento del peso	2.3%
Dolor de cabeza	1.6%
Acné	1.3%
Depresión	1.0%

**Precauciones:**

- Inserción y eliminación de complicaciones: puede ocurrir dolor, parestesias, sangrado, hematoma, cicatrices o infección.
- Patrón de sangrado menstrual: aconsejar a las mujeres respecto a los cambios en la frecuencia de sangrado, intensidad o duración.
- Embarazos ectópicos: estar alerta a la posibilidad de un embarazo ectópico en mujeres que usan el implante de etonogestrel quienes llegan a hacer embarazos o se quejan de dolor abdominal bajo.
- Eventos vasculares trombóticos y otros: el implante debe ser retirado en el caso de una trombosis.
- Enfermedad hepática: retirar el implante en el caso de ictericia.
- Elevada presión arterial: el implante debe ser retirado si la presión sanguínea se eleva significativamente y no puede ser controlado.
- Efectos metabólicos de lípidos y carbohidratos: monitorear a las mujeres prediabéticas y diabéticas que usan el implante de etonogestrel.

**Contraindicaciones:**

- Embarazo conocido o sospechado.
- Antecedentes o historia actual de trombosis o desordenes tromboembólicos.
- Tumores hepáticos, benignos o malignos o enfermedad hepática activa.
- Sangrado genital anormal no diagnosticado.
- Cáncer de mama conocido o sospechoso, antecedentes personales de cáncer de mama u otro cáncer sensible a progestina ahora o en el pasado.
- Reacción alérgica a algunos de los componentes.

## **USO EN POBLACIONES ESPECÍFICAS**

Mujeres con sobrepeso: el implante de etonogestrel puede llegar a ser menos efectivo en mujeres con sobrepeso, especialmente en presencia de otros factores que disminuyan las concentraciones de etonogestrel, tales como el uso concomitante de inductores de la enzima hepática.

### **Interacciones:**

Los medicamentos o productos a base de hierbas que inducen ciertas enzimas CYP3A4, pueden disminuir la eficacia de los anticonceptivos hormonales de progestina o aumentar el sangrado <sup>3</sup>.

## b) DEPOPROVERA

Es un método anticonceptivo de solo progestágeno, en presentación inyectable; es un contraceptivo muy eficaz que puede administrarse en cualquier momento, una vez descartada la gestación.

Inhibe la secreción de gonadotropinas lo cual, a su vez, impide la maduración folicular y la ovulación, efectos que dan lugar finalmente al adelgazamiento endometrial.

### **Composición:**

Medroxiprogesterona acetato	150,00 mg
Polisorbato	2,40 mg
Metilparabeno	1,35 mg
Propilparabeno	0,15 mg
Polietilenglicol 3350	28,50 mg
Cloruro de sodio	8,60 mg
Agua para inyección c.s.p.	1,00 ml

### **Acción Terapéutica:**

Anticonceptivo <sup>9, 10</sup>.

### **Mecanismo de Acción:**

Medroxiprogesterona acetato es una molécula progestagénica sintética (estructuralmente relacionada con la progesterona endógena hormonal), del cual se ha demostrado que posee varias acciones farmacológicas en el sistema endocrino:

Inhibición de gonadotropinas pituitarias (FSH y LH).

Disminución de los niveles sanguíneos de la hormona adrenocorticotropa y la hidrocortisona.

Disminución de la testosterona circulante.

Disminución de los niveles de estrógeno circulantes (como resultado tanto de la inhibición de la FSH y la inducción enzimática de la reductasa hepática, lo cual conduce a un incremento en la depuración de la testosterona y la consecuente disminución de la conversión de andrógenos en estrógenos) <sup>10</sup>.

### **Indicaciones:**

Medroxiprogesterona acetato 150 mg/ml. Suspensión acuosa estéril, está indicado como contraceptivo (anovulatorio).

La pérdida de densidad mineral ósea en mujeres de todas las edades y el impacto sobre la masa ósea máxima en adolescentes, además de la disminución de la densidad mineral ósea producida durante el embarazo y/o la lactancia, deben considerarse en la evaluación de riesgos/beneficios de mujeres que utilizan la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato a largo plazo.

### **Propiedades Farmacológicas:**

Medroxiprogesterona acetato 150 mg/ml. Suspensión acuosa estéril cuando es administrada en mujeres en la dosis recomendada cada 3 meses inhibe la secreción de gonadotrofinas, las cuales previenen la maduración folicular y ovulación que resulta en el adelgazamiento endometrial. Estas acciones producen efecto anticonceptivo.

Tras una dosis única de 150mg IM de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, las concentraciones de medroxiprogesterona acetato, medidas por un procedimiento de radioinmunoensayo extractivo, aumentan durante aproximadamente 3 semanas hasta alcanzar picos de concentraciones plasmáticas de 1 a 7 ng/ml.

Estos niveles van disminuyendo exponencialmente hasta tornarse indetectables (< 100 pg/ml) desde los 120 a 200 días luego de la administración. Mediante el uso de un procedimiento de radioinmunoensayo no extractivo para la medroxiprogesterona acetato en suero, la semivida de esta, tras la administración IM de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, es aproximadamente 50 días.

Luego de discontinuar la administración de Medroxiprogesterona acetato 150 mg/ml. Suspensión acuosa estéril, las mujeres de menor peso corporal conciben de manera más rápida que las mujeres de mayor peso.

Se desconoce el efecto de enfermedades hepáticas y/o renales en la farmacocinética de Medroxiprogesterona acetato 150 mg/ml.

### **Posología y Modo de Administración:**

Medroxiprogesterona acetato 150mg/ml, suspensión acuosa estéril, debe agitarse vigorosamente antes de su uso para asegurar la administración de una suspensión homogénea.

La dosis recomendada es 150 mg de medroxiprogesterona acetato 150mg/ml, suspensión acuosa estéril, cada 3 meses (13 semanas) por vía intramuscular profunda en el glúteo (cuadrante superoexterno) o músculo deltoides (a tres traveses de dedo por debajo del acromion), previo a la administración, verifique siempre la fecha de vencimiento.

Lavarse las manos, seleccionar el área a aplicar medroxiprogesterona acetato 150mg/ml, limpie la zona con una torunda de algodón o gasa embebida en alcohol y deje que se seque. No vuelva a tocar la zona antes de la inyección. Utilice siempre jeringas y agujas estériles. Luego de introducida la aguja (siempre a 90°), verificar mediante aspiración que no se está en un vaso sanguíneo. Administrar la medicación en forma lenta.



Luego de retirar la aguja, se puede friccionar ligeramente la zona, mediante una suave presión con el algodón o gasa con alcohol. Descartar el material utilizado en forma segura y adecuada según la regulación de salud.

Para asegurar que la paciente no está embarazada al recibir la primera dosis, esta debe de administrarse únicamente durante los primeros 7 días de un ciclo menstrual normal o únicamente dentro de los primeros 7 días posteriores al parto si la paciente no está amamantando, y si lo está haciendo, administrarlo a la sexta semana después del parto.

Si la paciente está en amenorrea antes de la primera dosis, o el intervalo entre las dosis es mayor a 13 semanas, un profesional de la salud calificado deberá determinar que la paciente no está embarazada antes de administrar la droga.

La eficacia de medroxiprogesterona acetato 150mg/ml, suspensión acuosa estéril, depende del cumplimiento del régimen de dosificación recomendado. Medroxiprogesterona acetato 150mg/ml es un anticonceptivo a largo plazo cuando es administrado cada 3 meses (13 semanas). No es necesario ajustar la dosificación por peso corporal.

### **Transición desde otros métodos de contracepción**

Al hacer la transición desde otros métodos de contracepción, la inyección de medroxiprogesterona deberá ser administrada de manera tal que asegure una abertura contraceptiva continua en base al mecanismo de acción de ambos métodos (por ejemplo, las pacientes que hagan la transición de anticonceptivos orales deberán recibir su primera inyección de medroxiprogesterona dentro de los 7 días posteriores a la ingestión de su ultimo comprimido activo).

## **CONTRAINDICACIONES**

Está contraindicado en pacientes con:

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Hemorragia vaginal no diagnosticada.
- Antecedentes de neoplasia mamaria o enfermedad actual conocida o sospechada.
- Tromboflebitis activa, o desordenes tromboembólicos actuales o antecedentes como trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar agudo.
- Severa disfunción hepática.
- Conocida hipersensibilidad a medroxiprogesterona acetato y/o algunos de sus excipientes.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial.
- Presión arterial sistólica igual o mayor a 160mmHg.
- Presión arterial diastólica igual o mayor a 100mmHg.
- Diagnóstico de hipertensión con enfermedad vascular.
- Cardiopatía isquémica actual o pasada.
- Accidente cerebrovascular actual o pasada.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- Migraña con aura.
- Diabetes con cualquiera de las siguientes condiciones: nefropatía, retinopatía, neuropatía, enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de evolución.
- Adenoma hepatocelular o hepatocarcinoma.
- Pacientes en lactancia con menos de 6 semanas posparto.

**Advertencias:**

Las mujeres que utilizan la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, pueden sufrir una pérdida significativa de la densidad mineral ósea. La pérdida ósea es mayor al aumentar la duración del uso y posiblemente no sea totalmente reversible.

Se desconoce si el uso de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, durante la adolescencia o temprana edad adulta, que conforma un periodo crítico para el crecimiento óseo, reduce el pico de masa ósea y aumenta el riesgo de fracturas osteoporóticas en la tercera edad.

La suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, debe utilizarse como un método de control de la natalidad a largo plazo o tratamiento endometrial (p. ej. durante más de 2 años) únicamente si los demás métodos de control de la natalidad o tratamientos endometriales son inadecuados.

Se debe advertir a las pacientes que este producto no ofrece protección contra la infección por el VIH (SIDA) y otras enfermedades de transmisión sexual.

- **Pérdida de densidad mineral ósea (DMO)**

El uso de medroxiprogesterona acetato inyectable reduce los niveles séricos de estrógeno y está asociado con una pérdida significativa de DMO ya que el metabolismo óseo se adecua al menor nivel de estrógeno.

Esta pérdida de DMO es de particular interés durante la adolescencia y la primera etapa de la adultez, un periodo fundamental de crecimiento óseo., se desconoce si la administración de medroxiprogesterona acetato inyectable a mujeres más jóvenes reduce la masa ósea pico y aumenta el riesgo de fracturas a causa de osteoporosis en una etapa posterior de su vida.

Tanto en mujeres adultas como en adolescentes, la pérdida de DMO parece ser al menos parcialmente reversible una vez que se suspende el tratamiento con medroxiprogesterona acetato inyectable y aumenta la producción de estrógenos.

Se debe tener en cuenta otros métodos anticonceptivos cuando se analice la relación entre los riesgos y beneficios del uso de medroxiprogesterona acetato inyectable en mujeres con factores de riesgo de osteoporosis.

La medroxiprogesterona acetato inyectable puede sumar un riesgo adicional en las pacientes con factores de riesgo de osteoporosis (por ej.: osteopatía metabólica, consumo crónico de alcohol y/o tabaco, anorexia nerviosa, importantes antecedentes familiares de osteoporosis o consumo crónico de fármacos capaces de reducir la masa ósea, tales como anticonvulsivante o corticosteroides), aunque no hay estudios que aseguren que el calcio y la vitamina D disminuyan la pérdida de DMO es las mujeres que usan medroxiprogesterona inyectable, se recomienda a todas estas pacientes tengan una ingesta adecuada de calcio y vitamina D.

### **Cambios en la DMO en mujeres adultas**

En un estudio clínico controlado de mujeres adultas tratadas con medroxiprogesterona acetato inyectable (150 mg IM) durante un máximo de 5 años, se observó una reducción media de DMO de la columna y la cadera del 5-6%, en comparación con un cambio no significativo en la DMO en el grupo control, la pérdida de DMO fue más pronunciada durante los dos primeros años de tratamiento, con una pérdida menor en los años subsiguientes. Se observaron cambios medios en la DMO de la columna lumbar de -2,86%, -4,11%, -4,89%, -4,93% y -5,38% al cabo de 1, 2, 3, 4 y 5 respectivamente. La pérdida media de DMO en la cadera en general y en el cuello del fémur fue similar.

Después de suspender el tratamiento con medroxiprogesterona acetato inyectable (150 mg IM), hubo una recuperación parcial de la DMO hacia los valores basales durante el segundo año posterior al tratamiento. El tratamiento más prolongado estuvo asociado a una recuperación más lenta de la DMO, durante el segundo año posterior al tratamiento.

### **Cambios en la DMO en mujeres adolescentes (12-18 años)**

Los resultados preliminares de un estudio clínico abierto continuo no randomizado de autoselección en mujeres adolescentes (12-18 años) mostraron que el uso de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, estuvo asociado con una disminución significativa de la DMO respecto del nivel basal. En general, la densidad ósea aumenta en las adolescentes durante el periodo de crecimiento posterior a la menarquia, como se indica en el cohorte no tratado. No obstante, las dos cohortes no coincidieron a nivel basal respecto a la edad, edad ginecológica, origen étnico, DMO y otros factores que influyen en la tasa de adquisición de la densidad mineral ósea, por lo que el resultado fue una diferencia con respecto a estos factores demográficos.

Los datos preliminares provenientes de la pequeña cantidad de adolescentes que participaron en el periodo de observación de 2 años posterior al uso, demostraron una recuperación parcial de la DMO.

### **Relación entre la incidencia de fracturas Óseas con el uso de medroxiprogesterona inyectable (150 mg IM) y el no uso, en mujeres en edad reproductiva**

Un estudio retrospectivo de cohortes cuya finalidad fue evaluar el efecto de la inyección de medroxiprogesterona sobre la incidencia de fracturas óseas fue realizado con 312,395 usuarias de contraceptivos en el Reino Unido. Las tasas de incidencia de fractura fueron comparadas entre las usuarias de medroxiprogesterona acetato de depósito (DMPA, por sus siglas en ingles) y las usuarias de

contraceptivos para las cuales no se tenía registrado el uso de DMPA. La proporción entre Tasas de Incidencia (*Incident Rate Ratio*, o IRR) para cualquier fractura durante el periodo de seguimiento (media = 5,5 años) fue de 1,41 (IC del 95%: 1,35 – 1,47).

Dentro del subcohorte para lo cual se contaba con datos para los periodos anterior y posterior al primer tratamiento contraceptivo reportado (N = 166,367), se hicieron comparaciones tanto para el periodo de seguimiento como para el periodo de 6 meses anterior al primer tratamiento contraceptivo reportado.

Al comparar a las usuarias de DMPA con las no usuarias, la IRR para cualquier fractura “anterior al tratamiento” (IRR 1,28; IC del 95%: 1,07 – 1,53) fue comparable a la IRR “después del tratamiento” (IRR 1,37; IC del 95%: 1,29 – 1,45). Los resultados generales apoyan la conclusión de que la mayor incidencia de fracturas observada entre las usuarias de DMPA en este estudio fue resultado preponderadamente de otros factores ajenos a la exposición al DMPA.

La DMO deberá ser evaluada cuando una paciente necesite continuar el uso de la inyección de medroxiprogesterona a largo plazo. En las mujeres adolescentes, la interpretación de la DMO debe tener en consideración la edad y la madurez esquelética de la paciente.

- **Irregularidades en el sangrado**

La mayoría de las mujeres bajo tratamiento con Medroxiprogesterona acetato 150 mg/ml experimentan alteración del patrón de sangrado menstrual.

Entre los patrones alterados del sangrado menstrual se incluye el sangrado o manchado irregular o impredecible, o raramente, el sangrado profuso o continuo. Si el sangrado anormal persiste o es grave, deberá iniciarse una investigación adecuada a fin de descartar

la posibilidad de una patología orgánica, y deberá iniciarse un tratamiento adecuado en caso de ser necesario.

A medida que las mujeres continúan utilizando la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, menor cantidad de ellas experimentan un sangrado irregular, y más de ellas experimentan amenorrea. En el mes 12 se informó amenorrea en el 55% de las mujeres, y en el mes 24 se informó amenorrea en el 68% de las mujeres que utilizaron suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato <sup>9</sup>.

- **Riesgos de cáncer**

- I. Cáncer de mama

En varios estudios epidemiológicos no se encontró un aumento general de riesgo de cáncer de mama entre las usuarias de progestágenos inyectables de depósito en comparación con las pacientes no usuarias. Sin embargo, se encontró un aumento del riesgo relativo (p.ej. 2,0 en un estudio) entre las mujeres que actualmente usaban progestágenos inyectables de depósito o los habían usado solo unos pocos años antes.

No es posible inferir de estos datos si este aumento del diagnóstico de cáncer de mama entre usuarias actuales se debe a un aumento de la farmacovigilancia entre las usuarias actuales, los efectos biológicos de los progestágenos inyectables, o una combinación de ambas razones.

En un análisis conjunto de dos estudios de control de casos, el estudio de la Organización Mundial de la Salud y el estudio de Nueva Zelanda, se informó que el riesgo relativo (RR) de cáncer de mama en mujeres que habían utilizado la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, fue de 1,1 (0,97 a 1,4 intervalo de confianza (IC) del 95%).

En general, no se registró un aumento del riesgo por una duración aumentada del uso de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato. El RR de cáncer de mama para mujeres de todas las edades que habían iniciado el uso de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, durante los últimos 5 años se estimó como 2,0 (IC del 95% 1,5 a 2,8).

En el estudio de la Organización Mundial de la Salud, un componente del análisis conjunto descriptivo anteriormente, se registró un incremento del RR de 2,19 (IC del 95% 1,23 a 3,89) de cáncer de mama asociado con el uso de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, en mujeres en las que la primera exposición al medicamento se produjo dentro de los 4 años anteriores, menores de 35 años de edad. No obstante, el RR general para las usuarias anteriores y actuales de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, fue solo de 1,2 (IC del 95% 0,96 a 1,52).

## II. Cáncer de cuello uterino

Un aumento estadísticamente insignificativo en los cálculos de RR del cáncer cervicouterino de células escamosas se ha asociado con el uso de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, en mujeres expuestas por primera vez antes de los 35 años de edad (RR 1,22 a 1,28 e IC del 95% 0,93 a 1,70). Se estimó que la tasa general relativa no significativa de cáncer de cervicouterino de células escamosas en mujeres que utilizaron la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, fue de 1,11 (IC del 95% 0,96 a 1,29). No se observó ninguna tendencia en el riesgo asociado con la duración del uso o el momento desde la última exposición o la exposición más reciente.



### III. Cáncer de ovario

El uso actual de productos de estrógeno o de estrógeno más progestágenos en mujeres posmenopáusicas durante cinco años o más, ha sido asociado con un incremento del riesgo de padecer cáncer de ovario en algunos estudios epidemiológicos. Las mujeres que utilizaron productos de estrógenos o de estrógenos más progestágenos en el pasado, no presentaron un incremento de dicho riesgo. Otros estudios no mostraron una asociación significativa. El estudio WHI CEE/MPA reportó que la combinación de estrógeno más progestágenos incrementó el riesgo de padecer cáncer de ovario, pero que dicho riesgo no fue estadísticamente significativo. De acuerdo con un estudio, las mujeres que utilizan terapia de reemplazo hormonal presentan un mayor riesgo de padecer cáncer de ovario fatal <sup>9, 10</sup>.

### IV. Otros tipos de cánceres

Los estudios controlados de vigilancia a largo plazo de usuarias de medroxiprogesterona acetato 150 mg/ml no han encontrado aumento en el riesgo de padecer cáncer de hígado o cáncer de cuello uterino y se ha encontrado un efecto prolongado y protector de reducción del riesgo de cáncer de endometrio <sup>9</sup>.

- **Trastornos cardiovasculares**

Los estrógenos con o sin progestágenos no se deben usar para la prevención de la enfermedad cardiovascular. Varios estudios aleatorizados prospectivos sobre los efectos de largo plazo, de un régimen combinado de estrógenos/progesterona en mujeres posmenopáusicas han informado de un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares como infarto de miocardio, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso.

#### I. Enfermedad coronaria

No hay evidencia proveniente de estudios aleatorizados controlados de un beneficio cardiovascular con el uso continuo de terapia

combinada de estrógenos conjugados y acetato de medroxiprogesterona. Dos grandes estudios clínicos de WHI CEE/AMP y *Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study*, mostraron un posible aumento del riesgo de morbilidad cardiovascular en el primer año de uso y ningún beneficio general.

En el estudio WHI CEE/AMP se observó un aumento del riesgo de eventos de enfermedad coronaria (definidos como infarto de miocardio no mortal y muerte de causa coronaria) en mujeres que recibieron medroxiprogesterona acetato, comparadas con las mujeres que recibieron placebo (37 frente a 30 por 10.000 personas años). El aumento del riesgo de tromboembolismo venoso se observó en el año uno y persistió durante el periodo de observación.

## II. Accidente cerebrovascular

En el estudio WHI CEE/AMP se observó un aumento del riesgo de ACV en mujeres que recibieron CEE/AMP comparadas con las mujeres que recibieron placebo (29 frente a 21 por 10.000 personas-años). El aumento del riesgo se observó en el año uno y persistió durante todo el periodo de observación <sup>10</sup>.

### ➤ Trastornos tromboembólicos

El médico debe estar atento a las manifestaciones más tempranas de trastornos trombóticos (tromboflebitis, embolia pulmonar, trastornos cerebrovasculares y trombosis retiniana). Se recomienda discontinuar el tratamiento con medroxiprogesterona en aquellos pacientes que desarrollen tromboembolismo venoso mientras son tratados con medroxiprogesterona. En caso de sospechar o producirse cualquiera de estos, no deberá volver a administrarse el medicamento.

### ➤ Trastornos oculares

El medicamento no debe administrarse nuevamente mientras esté pendiente un examen en caso de una pérdida retiniana parcial o

completa de la visión, o en caso de repentina aparición de proptosis, diplopía o migraña. No volverá volver a administrarse el medicamento si se registra papiloedema o lesiones vasculares retinianas durante el examen.

➤ Embarazos inesperados

Al fin de asegurar que no se administre la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, de manera accidental a mujeres embarazadas, la primera inyección debe administrarse solamente durante los primeros cinco días de un periodo menstrual normal; solamente durante los primeros cinco días posteriores al parto si la mujer no amamanta, y en caso de amamantar únicamente, solamente a la sexta semana posterior al parto.

Los neonatos de embarazos inesperados que se producen uno a dos meses posteriores a la inyección de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, pueden correr un riesgo elevado de bajo peso al nacer, que a su vez se asocia a un riesgo elevado de muerte neonatal. El riesgo atribuible es bajo, puesto que estos embarazos son infrecuentes.

Se observó un aumento significativo en la incidencia de polisindactilia y anomalías cromosómicas entre los hijos de usuarias de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, este último siendo el más pronunciado en mujeres menores de 30 años.

La naturaleza no relacionada de estos defectos, la falta de confirmación de otros estudios, la exposición preconceptual distante a la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato y los efectos casuales debido a comparaciones estadísticas múltiples, hacen la asociación causal poco probable.

Los neonatos expuestos a la medroxiprogesterona acetato in útero, a los que se les realizó un seguimiento hasta la adolescencia no

mostraron evidencia de efectos adversos sobre su salud, incluyendo sobre su desarrollo físico, intelectual, sexual o social.

Varios informes sugieren una asociación entre la exposición intrauterina a medicamentos progestacionales en el primer trimestre del embarazo y las anomalías genitales en fetos masculinos y femeninos.

El riesgo de hipospadia (de cinco a ocho por cada 1,000 nacimientos de varones en la población general) puede duplicarse aproximadamente por la exposición a estos medicamentos.

No hay datos suficientes para cuantificar el riesgo para fetos femeninos, pero puesto que algunos de estos medicamentos induce una leve virilización de los genitales externos de los fetos femeninos, debido a la asociación aumentada de hipospadias en los fetos masculinos, es prudente evitar el uso de estos medicamentos durante el primer trimestre del embarazo.

Al fin de asegurar que la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, no se administre de manera accidental a mujeres embarazadas, es importante que la primera inyección se administre solo durante los primeros cinco días posteriores a la aparición del periodo menstrual normal, durante los primeros cinco días posteriores al parto si la mujer no amamanta, y en caso de amamantar únicamente, a la sexta semana posterior al parto.

#### ➤ **Embarazo ectópico**

Los profesionales de salud deben estar atentos a la posibilidad de un embarazo ectópico entre las mujeres que utilizan la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato y que quedan embarazadas o se quejan de dolor abdominal grave.

➤ **Lactancia**

Se han identificado cantidades detectables del medicamento en la leche de madres que reciben la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato. La composición, calidad y cantidad de la leche de madres lactantes tratadas con la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, no son afectadas de manera adversa. Se han estudiado neonatos y niños expuestos a la medroxiprogesterona mediante la leche materna para detectar efectos relacionados al desarrollo y a la conducta en la pubertad. No se notó ningún efecto adverso <sup>9, 10</sup>.

• **Anafilaxis y reacciones anafilactoides**

Se informó la anafilaxis y reacciones anafilactoides por el uso de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato. Si se produce una reacción anafiláctica deberá iniciarse un tratamiento apropiado. Las reacciones anafilácticas serias requieren tratamiento médico de emergencia.

**Precauciones:**

***Aspectos Generales***

➤ **Examen físico**

Es una buena práctica médica que todas las mujeres se sometan anualmente a un examen físico y una revisión de los antecedentes, incluyendo a las mujeres que utilicen la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato. El examen físico anual debe incluir una referencia especial a la presión arterial, las mamas, los órganos abdominales y pélvicos, incluyendo una citología cervical y pruebas de laboratorio relevantes. En caso de sangrado vaginal anormal, no diagnosticado, persistente o recurrente, deberán ejecutarse las medidas apropiadas para descartar una neoplasia maligna. Deberá

monitorearse especialmente a las mujeres con marcados antecedentes familiares de cáncer de mama o con nódulos mamarios.

➤ Retención de líquido

Debido a que los medicamentos progestacionales pueden causar algún grado de retención líquido, requieren una observación cuidadosa las condiciones que pueden ser influenciadas por esta condición, como epilepsia, migraña, asma y disfunción cardíaca o renal.

➤ Cambios en el peso

Hay una tendencia de aumentar de peso en las mujeres bajo tratamiento con la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato.

En un estudio clínico a gran escala, el dos por ciento de las mujeres se retiraron debido al aumento excesivo de peso.

➤ Regreso de la fertilidad

La suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato tiene un efecto anticonceptivo prolongado. En un estudio estadounidense extenso de mujeres que interrumpieron el uso de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato para quedar embarazadas, basada en un análisis de la tabla de vida, se estima que el 83% podrá concebir dentro de los 15 meses, y el 93% podrá concebir dentro de los 18 meses posteriores a la última inyección. La mediana del tiempo para concebir, para aquellas que conciben, es de 10 meses posteriores a la última inyección con un rango de 4 a 31 meses, y no está relacionado con la duración del uso. No existen datos disponibles para el 39% de las pacientes que interrumpió el uso de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato para quedar embarazada y que se perdió el seguimiento o cambió de opinión.

➤ Trastornos del Sistema Nervioso Central y convulsiones

Deben observarse cuidadosamente las pacientes que tienen antecedentes de depresión psíquica; si la depresión vuelve a producirse, no se les debe de administrar de nuevo el medicamento.

Se han demostrado algunos casos informados de convulsiones en pacientes que fueron tratadas con la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato. La asociación con el uso del medicamento o condiciones preexistentes no está clara.

➤ Metabolismo de los hidratos de carbono

Se ha observado una disminución de la tolerancia a la glucosa en algunas pacientes que recibirán tratamiento con la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato. El mecanismo de esta disminución es poco claro. Por esta razón, deberán observarse cuidadosamente las pacientes diabéticas mientras reciben este tratamiento.

➤ Función hepática

Si se desarrolla ictericia, debe considerarse no administrar nuevamente el medicamento.

➤ Protección contra las enfermedades de transmisión sexual

Se deberá avisar a las pacientes que este producto no proporciona protección contra la infección por el VIH (SIDA) ni otras enfermedades de transmisión sexual.

**Interacciones Medicamentosas:**

La aminoglutetimida administrada conjuntamente con medroxiprogesterona acetato 150 mg/ml puede disminuir significativamente la biodisponibilidad del producto. Se deberá advertir a las usuarias de medroxiprogesterona acetato de la posibilidad de una

disminución de la eficacia cuando se utiliza aminoglutetimida u otras drogas relacionadas.

Interacciones en las pruebas de laboratorio:

Se deberá avisar al bioquímico sobre el tratamiento con progestágenos al presentarse muestras relevantes.

Las siguientes pruebas de laboratorio pueden verse afectadas por los progestágenos, incluyendo la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato:

- a) Disminución de los niveles de esteroides en el plasma y en la orina (p. Ej. Progesterona, estradiol, pregnandiol, testosterona, cortisol).
- b) Disminución de los niveles de gonadotrofinas.
- c) Disminución de las concentraciones de las globulinas transportadoras de hormonas sexuales.
- d) Pueden aumentar los valores del yodo unido a proteínas y el yodo unido a proteínas extraíble con butanol.
- e) Pueden disminuir los valores de la prueba de captación de T<sub>3</sub>.
- f) Pueden aumentar los valores de las pruebas de coagulación para la protrombina (factor II) y los factores VII, VIII, IX y X.
- g) Pueden aumentar los valores de sulfobromoftaleína y de otras pruebas de la función hepática.
- h) Los efectos de la medroxiprogesterona acetato sobre el metabolismo lipídico no son constantes. En los estudios se han observado tanto aumentos como disminuciones del colesterol total, triglicéridos, colesterol de lipoproteínas de baja densidad, y colesterol de alta densidad.

### **Embarazo y Lactancia**

Medroxiprogesterona acetato está contraindicada en las mujeres embarazadas.

Medroxiprogesterona acetato y sus metabolitos son excretados en la leche materna.



### **Uso pediátrico**

El uso de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato no está indicado antes de la menarca. El uso de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato se asocia con una pérdida significativa de la densidad mineral ósea. Esta pérdida significativa de densidad mineral ósea es especialmente preocupante durante la adolescencia y en la temprana edad adulta, ya que conforman un periodo crítico de crecimiento óseo.

Se desconoce si el uso de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato por mujeres jóvenes reducirá la masa ósea máxima y aumentará el riesgo de fracturas osteoporóticas más tarde en la vida. Salvo las preocupaciones relacionadas con la pérdida de densidad mineral ósea, se espera que la seguridad y eficacia sea las mismas para las adolescentes postmenárgicas y las mujeres adultas <sup>9</sup>.

### **Reacciones Adversas:**

En el estudio clínico más extenso con la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato, se informaron las siguientes reacciones adversas en más de 3,900 mujeres tratadas durante un máximo de 7 años. Estas reacciones pueden o no estar relacionadas con el uso de la suspensión inyectable de medroxiprogesterona acetato.

<p>Las siguientes reacciones adversas se informaron por el 1% al 5% de las pacientes:</p>	<p>Las siguientes reacciones adversas se informaron por más del 5% de las pacientes:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libido disminuida o anorgasmia.</li> <li>- Dolor pélvico.</li> <li>- Dolor de espalda.</li> <li>- Dolor de mamas.</li> <li>- Calambres en las piernas.</li> <li>- Falta de crecimiento capilar o alopecia.</li> <li>- Depresión.</li> <li>- Hinchazón.</li> <li>- Nauseas.</li> <li>- Erupción.</li> <li>- Insomnio.</li> <li>- Edema.</li> <li>- Leucorrea.</li> <li>- Sofocos.</li> <li>- Acné.</li> <li>- Artralgia.</li> <li>- Vaginitis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irregularidades menstruales (sangrado o amenorrea o ambos).</li> <li>- Dolor o malestar abdominal.</li> <li>- Cambios en el peso</li> <li>- Mareos.</li> <li>- Cefalea.</li> <li>- Astenia (debilidad o fatiga).</li> <li>- Nerviosismo.</li> </ul>

Entre los eventos informados por menos del 1% de las pacientes se incluyen: galactorrea, melasma, cloasma, convulsiones, cambios en el apetito, alteraciones gastrointestinales, ictericia, infecciones genitourinarias, quistes vaginales, dispareunia, parestesias, dolor de pecho, embolo pulmonar, reacciones alérgicas, anemia, cansancio, sincope, disnea y asma, taquicardia, fiebre, sudoración y olor corporal excesivos, piel seca, escalofríos, libido aumentada, sed excesiva,

ronquera, dolor en el lugar de inyección, discrasia sanguínea, hemorragia rectal, cambio en el tamaño de las mamas, nódulos mamarios o sangrado de los pezones, hinchazón axilar, cáncer de mamas, falta de capacidad de amamantar, sensación de embarazo, falta de retorno a la fertilidad, parálisis, parálisis facial, esclerodermia, osteoporosis, hiperplasia uterina, cáncer cervicouterino, venas varicosas, dismenorrea, hirsutismo, embarazo inesperado, tromboflebitis, trombosis venosa profunda <sup>9, 10</sup>.

**Experiencia posterior a la comercialización:**

Hubo raros casos de osteoporosis que incluyeron fracturas osteoporóticas, reportados en pacientes que recibieron medroxiprogesterona acetato, en la experiencia posterior a la comercialización. Además, fueron reportados, voluntariamente, casos de anafilaxis y reacciones anafilactoides asociados con el uso de medroxiprogesterona acetato.

**Sobredosificación:**

Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al hospital más cercano o comunicarse con los centros de Toxicología.

**Conservación:**

Conservar a temperatura ambiente controlada entre 20°C y 25°C. No congelar.

### **2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

#### **DEPOPROVERA**

La suspensión inyectable de depósito o liberación retardada de acetato de medroxiprogesterona. Suspensión para inyección intramuscular <sup>10</sup>.

#### **EFFECTOS SECUNDARIOS**

Son síntomas indeseables previstos que pueden presentar los pacientes ante la prescripción de un determinado tratamiento <sup>25</sup>.

#### **IMPLANON**

Consiste en una varilla delgada, flexible no biodegradable, que solo contiene progestágeno (etonogestrel); es insertada justo por debajo de la piel en el brazo de la mujer. Posee una efectividad de tres años <sup>3</sup>.

#### **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona <sup>14</sup>.

#### **PLANIFICACION FAMILIAR**

Etapa en la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de reproducción .<sup>1</sup>

### CAPÍTULO III

## PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

### I. METODO ANTICONCEPTIVO: IMPLANTE

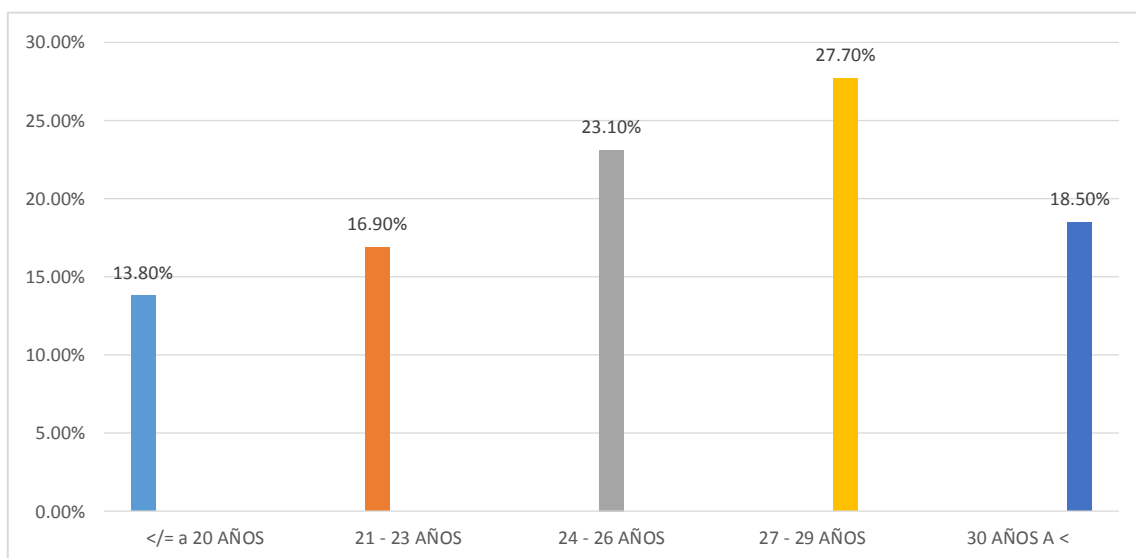
#### DATOS GENERALES

##### ➤ EDAD

TABLA N° 1

EDAD	FRECUENCIA	%
</= a 20 AÑOS	9	13.8%
21-23	11	16.9%
24-26	15	23.10%
27-29	18	27.70%
30 AÑOS a <	12	18.50%

GRAFICO N° 1



#### INTERPRETACIÓN:

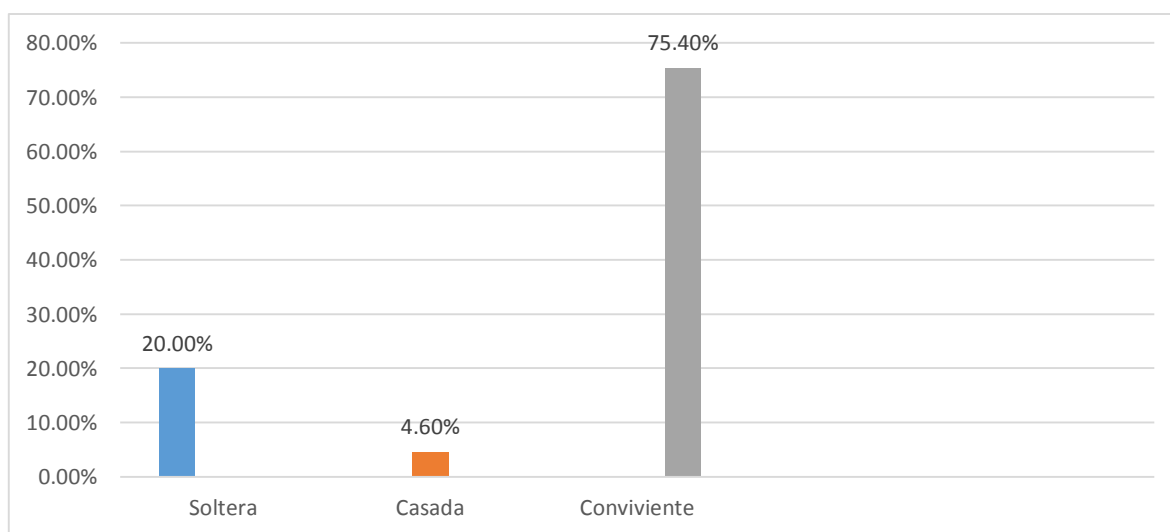
Con respecto a la edad, el mayor porcentaje correspondió al grupo de 27 a 29 años con un 27.7%, siguiendo el grupo de 24 a 26 años con un 23.1% y el grupo menor con un 13.8% fue el de menores de 20 años.

➤ ESTADO CIVIL

TABLA N° 2

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero (A)	13	20.00%
Casado (A)	3	4.60%
Conviviente	49	75.40%
	65	100.00%

GRAFICO N° 2



**INTERPRETACIÓN:**

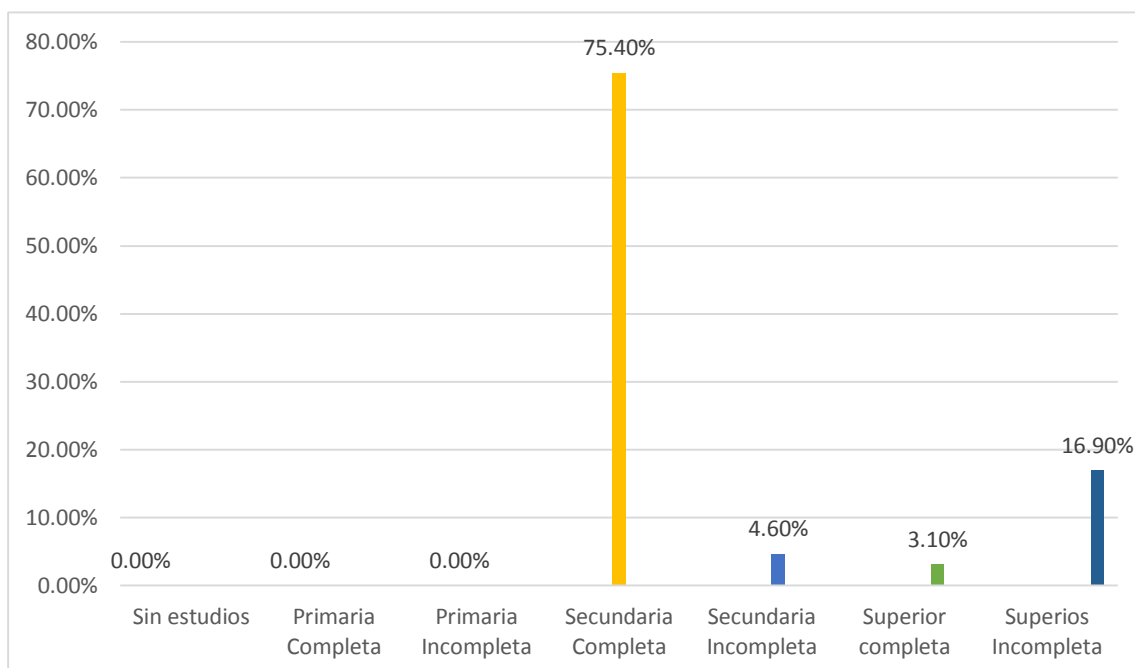
La mayoría de las mujeres encuestadas son conviviente 75.4%, el segundo lugar lo ocupan las solteras con un 20% y el último lugar con un 4.6% lo ocupan las mujeres casadas.

➤ **GRADO DE INSTRUCCIÓN**

**TABLA N° 03**

<b>Grado de Instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sin estudios	0	0%
Primaria Completa	0	0%
Primaria Incompleta	0	0%
Secundaria Completa	49	75.40%
Secundaria Incompleta	3	4.60%
Superior Completa	2	3.10%
Superior Incompleta	11	16.90%
	65	100%

**GRAFICO N° 03**



**INTERPRETACIÓN:**

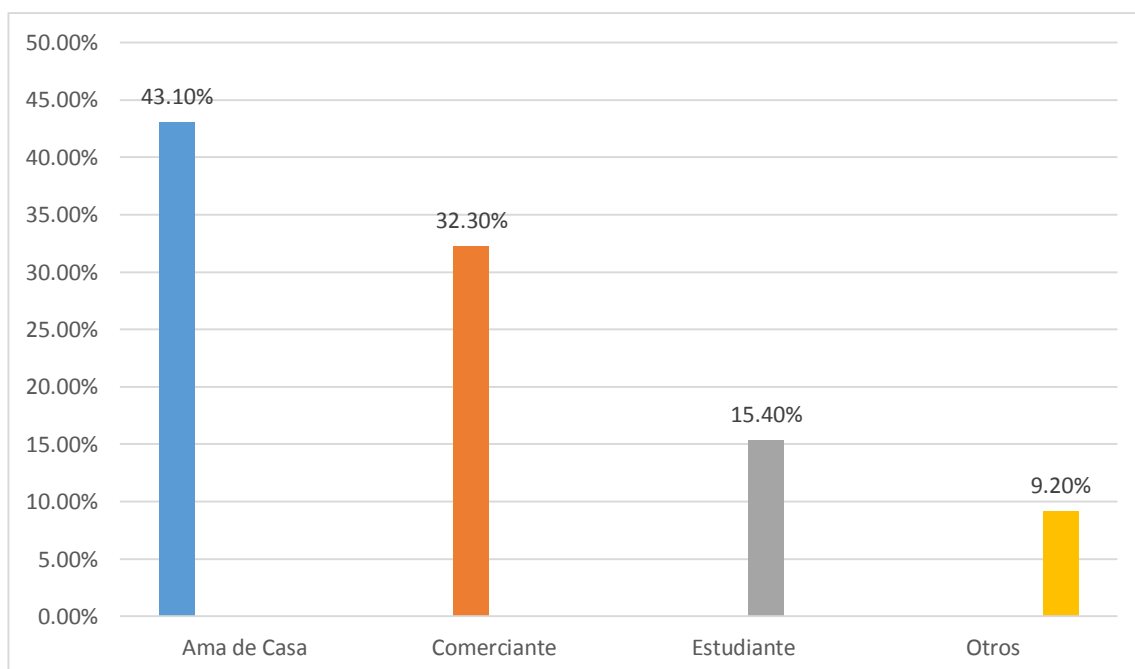
El 75.4% tiene secundaria completa, el segundo lugar lo ocupa 16.9% con educación superior incompleta, el 4.6% secundaria incompleta y el último lugar lo ocupa las mujeres con educación superior completa con un 3.1%.

➤ **OCUPACIÓN**

**TABLA N° 04**

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de Casa	28	43.10%
Comerciante	21	32.30%
Estudiante	10	15.40%
Otro	6	9.20%
	65	100.00%

**GRAFICO N°04**



**INTERPRETACIÓN:**

El 43.1% de las encuestadas son ama de casa, el segundo lugar lo ocupa el 32.3% que son comerciantes y el 15.4% son estudiantes, el último lugar lo ocupa, con un 9.2%, otra ocupación.

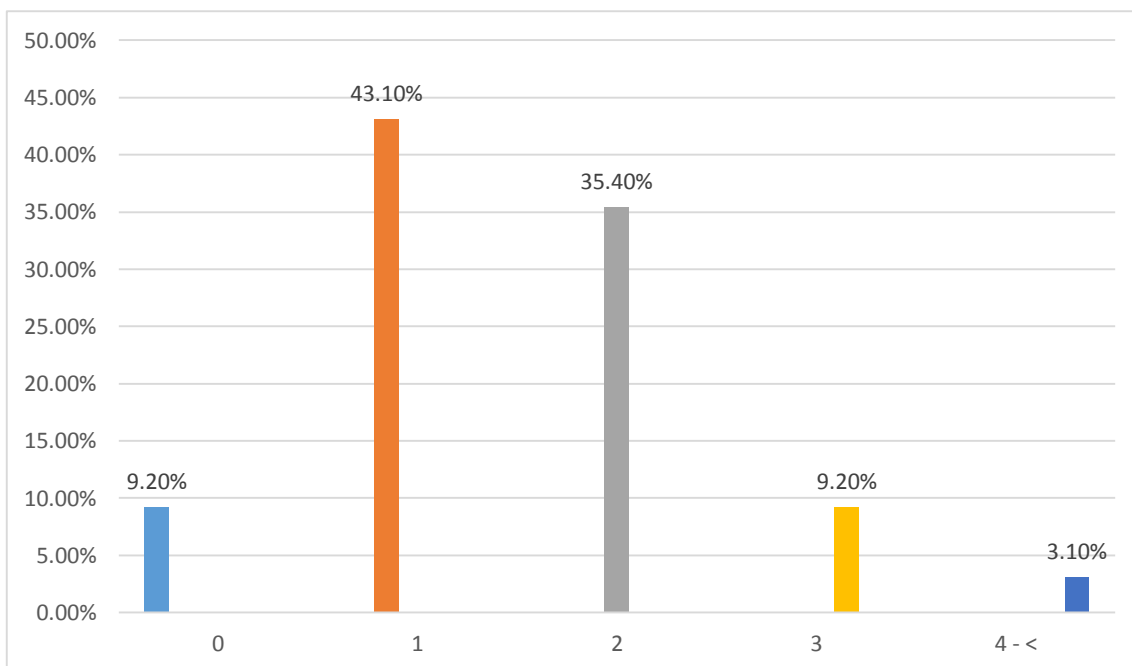


➤ **NUMERO DE HIJOS VIVOS**

**TABLA N°05**

<b>Número de Hijos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
0	6	9.20%
1	28	43.10%
2	23	35.40%
3	6	9.20%
4 - <	2	3.10%
	65	100%

**GRAFICO N° 05**



**INTERPRETACIÓN:**

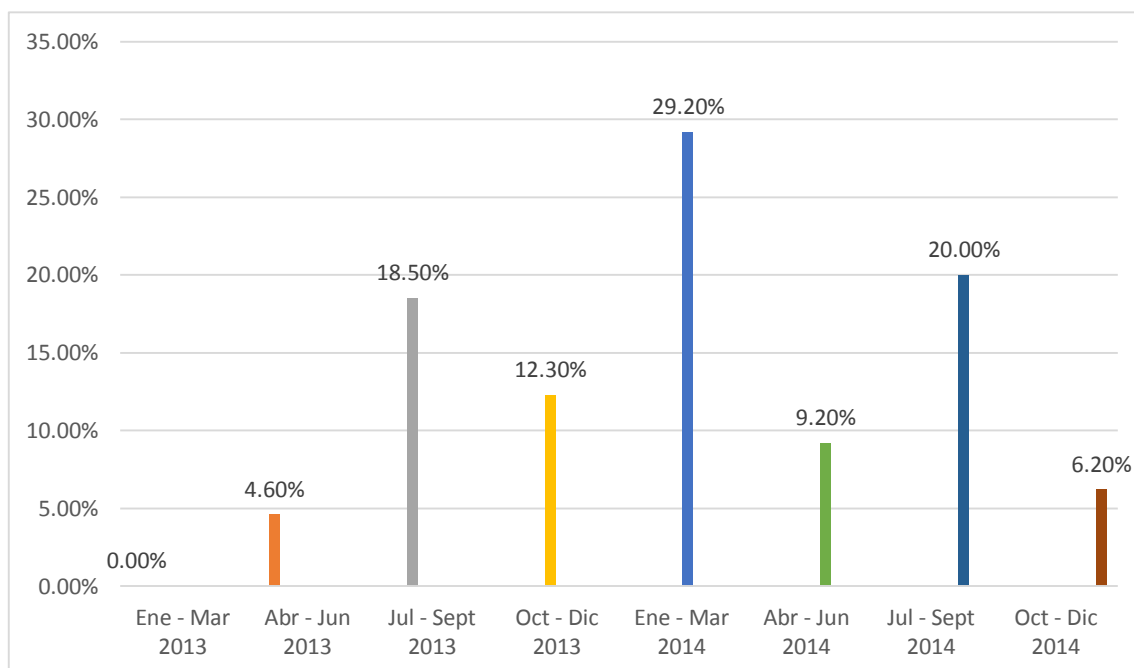
El 43.1% de mujeres tiene solo un hijo, el 35.4% tienen 2 hijos, mientras que las mujeres que tienen cero y tres hijos, presentan el mismo porcentaje con un 9.2%, y solo el 3.1% tienen más de 4 hijos.

➤ FECHA DE ULTIMO PARTO

TABLA N° 06

Fecha de Parto	Frecuencia	%
Enero-Marzo 2013	0	0%
Abril-Junio 2013	3	4.60%
Julio-Setiembre 2013	12	18.50%
Octubre-Diciembre 2013	8	12.30%
Enero-Marzo 2014	19	29.20%
Abril-Junio 2014	6	9.20%
Julio-Setiembre 2014	13	20%
Octubre-Diciembre 2014	4	6.20%
	65	100%

GRAFICO N° 06



**INTERPRETACIÓN:**

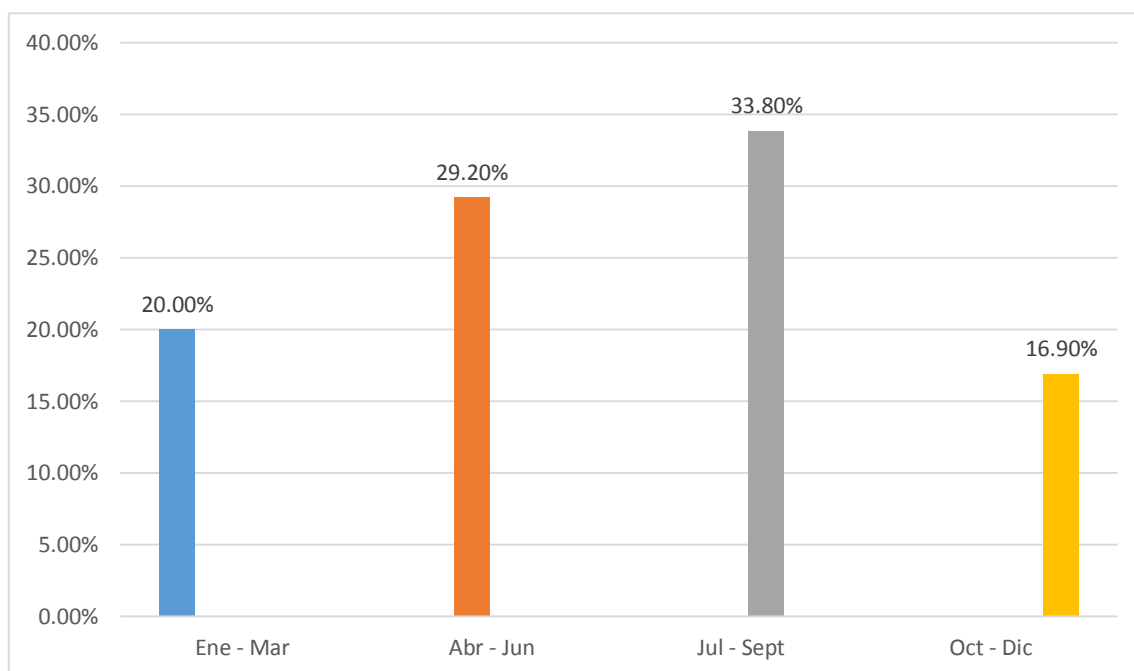
El 29.2% tuvo su último parto entre enero y marzo del 2014, el segundo lugar lo ocupa el 18.5% entre julio y setiembre del 2013, el último lugar lo ocupa el 4.6% cuyo último parto fue en el periodo de abril y junio del 2013.

➤ FECHA DE INSERCIÓN

TABLA N° 07

Fecha de Inserción	Frecuencia	%
Ene-Mar	13	20%
Abr-Jun	19	29.20%
Jul-Set	22	33.80%
Oct-Dic	11	16.90%
	65	100%

GRAFICO N° 07



**INTERPRETACIÓN:**

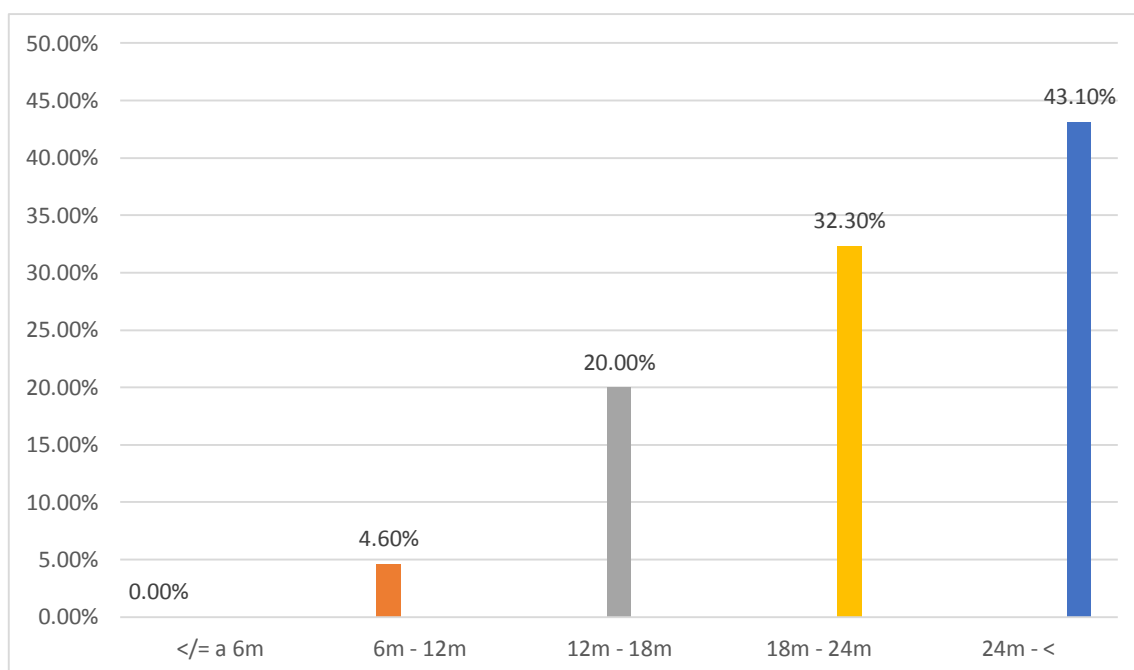
Se observa que la fecha de inserción del implante, la mayoría de encuestadas se colocó este método entre julio y setiembre del 2014 con un 33.8%, el segundo lugar se colocó el implante entre abril y junio con un 29.2% y el menor porcentaje de mujeres se colocó el implante entre octubre y diciembre del 2014 con un 16.9%.

➤ **TIEMPO DE USO DEL IMPLANTE**

**TABLA N° 08**

<b>Tiempo de Uso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
</= a 6 m	0	0%
6m -12m	3	4.60%
12m-18m	13	20%
18m-24m	21	32.30%
24 m - <	28	43.10%
	65	100%

**GRAFICO N° 08**



**INTERPRETACIÓN:**

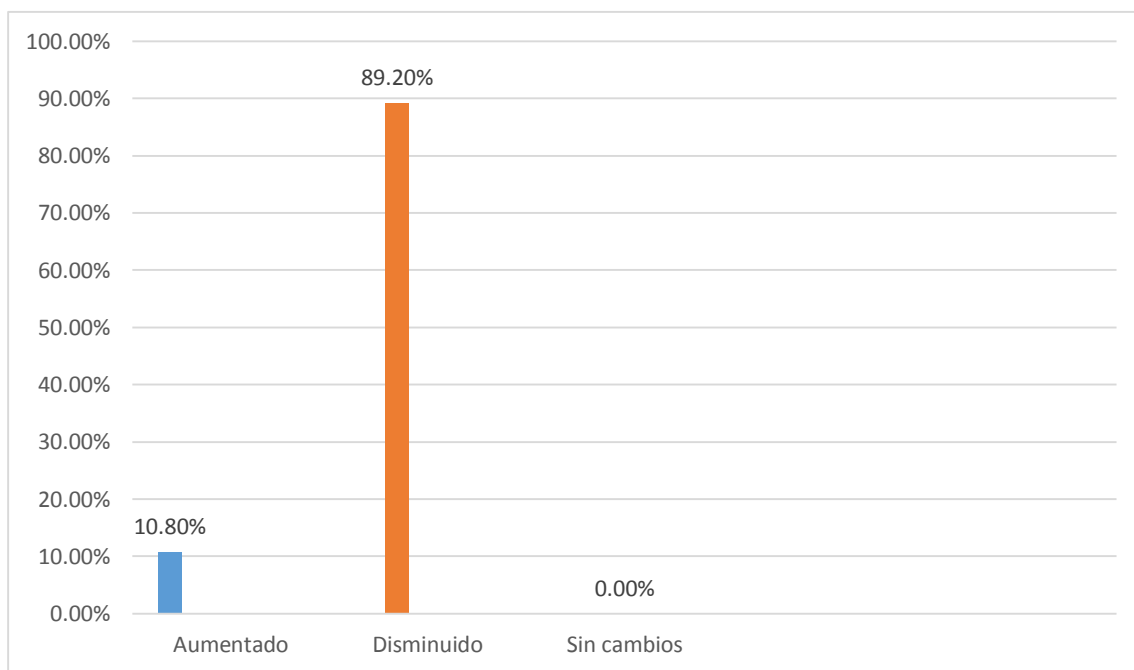
Se observa que el 43.1% de las mujeres encuestadas utilizó el implante más de 2 años, el 32.3% lo utilizó de 1 año y medio a 2 años, el 20% utilizó el implante de 1 año a año y medio y el menor tiempo de uso del implante en las mujeres encuestadas lo usaron de 6 meses a 1 año con un 4.6%, se observa que ninguna de las encuestadas utilizó el implante menos de seis meses.

➤ **CANTIDAD DE LA MENSTRUACION**

**TABLA N° 09**

<b>Cantidad de la Menstruación</b>	<b>frecuencia</b>	<b>%</b>
Aumentado	7	10.80%
Disminuido	58	89.20%
Sin Cambios	0	0%
	65	100%

**GRAFICO N° 09**



**INTERPRETACION:**

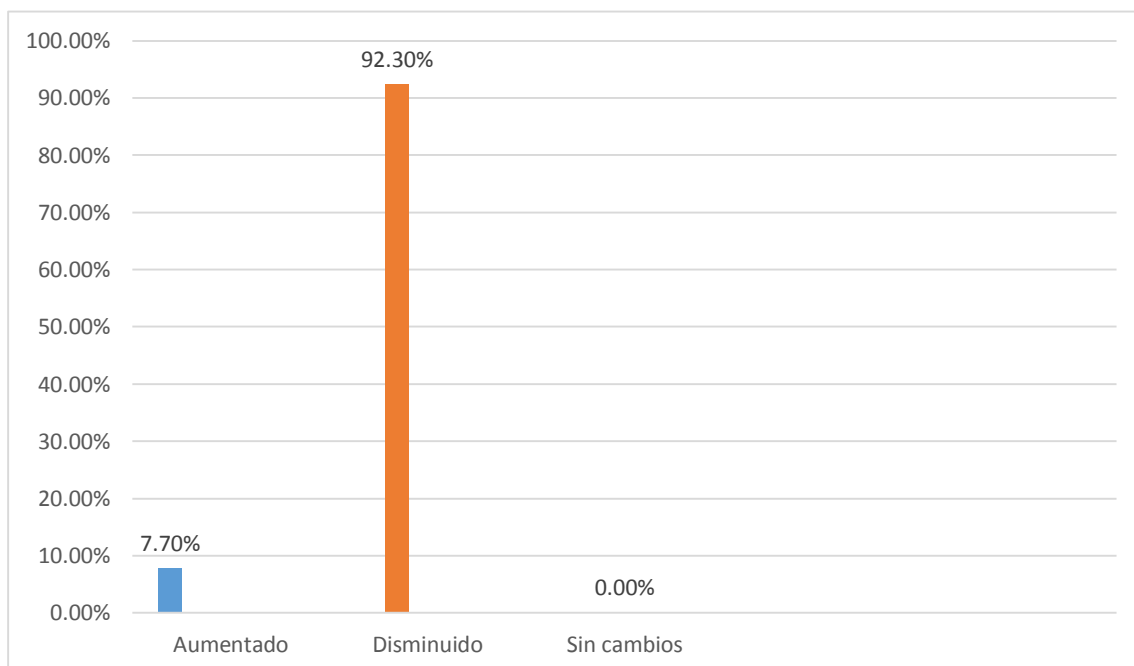
Con respecto a la variación en la cantidad de la menstruación en las mujeres encuestadas, el 89.2% refiere que su menstruación ha disminuido, el 10.8% refiere que ha aumentado.

➤ **NUMERO DE DIAS DE LA MENSTRUACION**

**TABLA N° 10**

<b>Número de días de la Menstruación</b>	<b>frecuencia</b>	<b>%</b>
Aumentado	5	7.70%
Disminuido	60	92.30%
Sin Cambios	0	0%
	65	100%

**GRAFICO N° 10**



**INTERPRETACIÓN:**

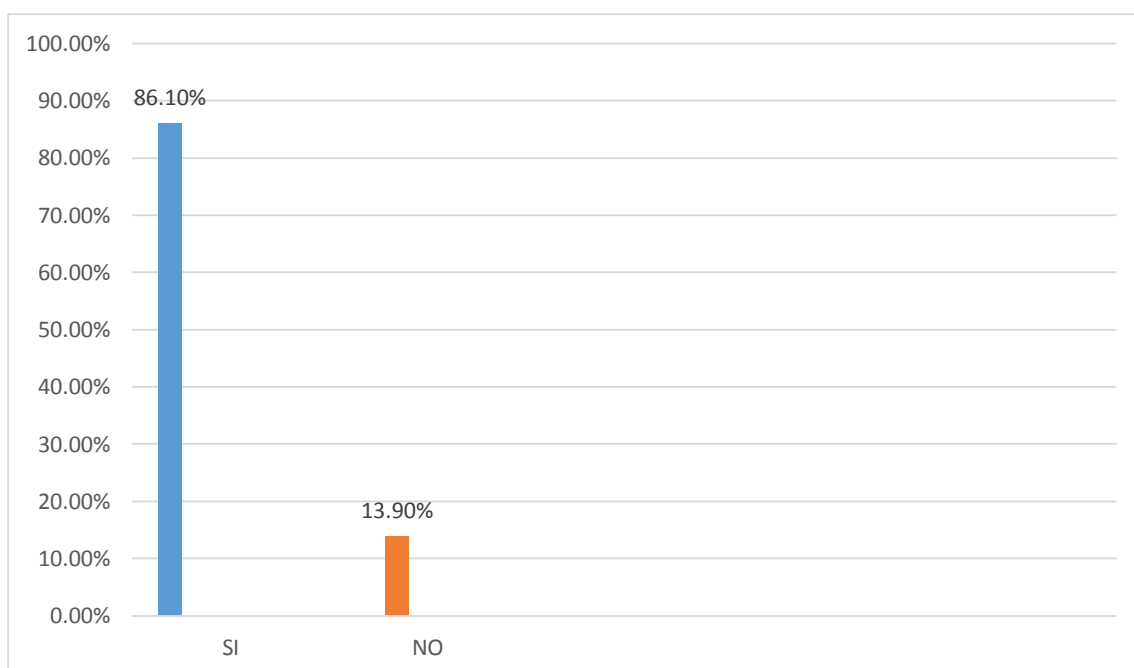
Con respecto al número de días de la menstruación el 92.3% refiere que ha disminuido, mientras el 7.7% refiere que ha aumentado el número de días de menstruación.

➤ **AMENORREA**

**TABLA N° 11**

<b>Amenorrea</b>	<b>frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	56	86.10%
No	9	13.90%
	65	100%

**GRAFICO N° 11**



**INTERPRETACIÓN:**

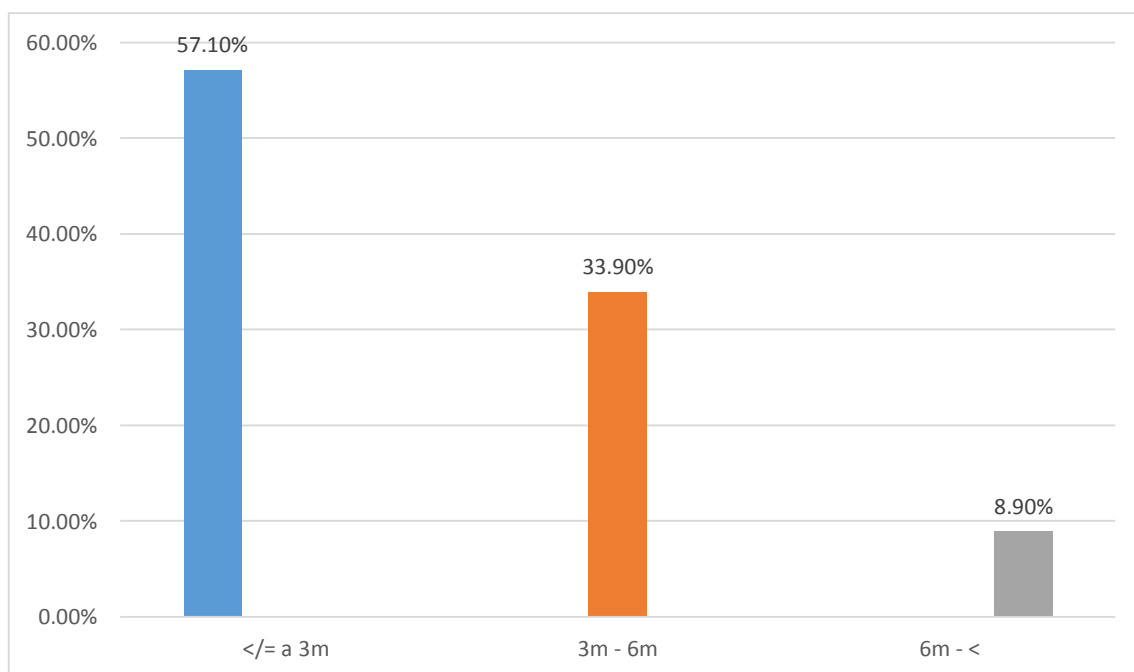
El 86.2% de mujeres encuestadas refiere ausencia de menstruación y el 13.8% no tuvo ausencia de la menstruación.

➤ AMENORREA POST INSERCIÓN DEL IMPLANTE

TABLA N° 12

Cese de la menstruación después	Frecuencia	%
Menor o igual a 3 m	32	57.10%
3m-6m	19	33.90%
Mayor o igual a 6m	5	8.90%
	56	100%

GRAFICO N° 12



**INTERPRETACIÓN:**

El mayor porcentaje de mujeres encuestadas refiere amenorrea dentro de los tres primeros meses del implante con un 57.10%, otro porcentaje de mujeres encuestadas refiere amenorrea entre los 3 meses a 6 meses con un 33.9% y el menor porcentaje refiere amenorrea en un periodo mayor o igual a seis meses con un 8.9%.

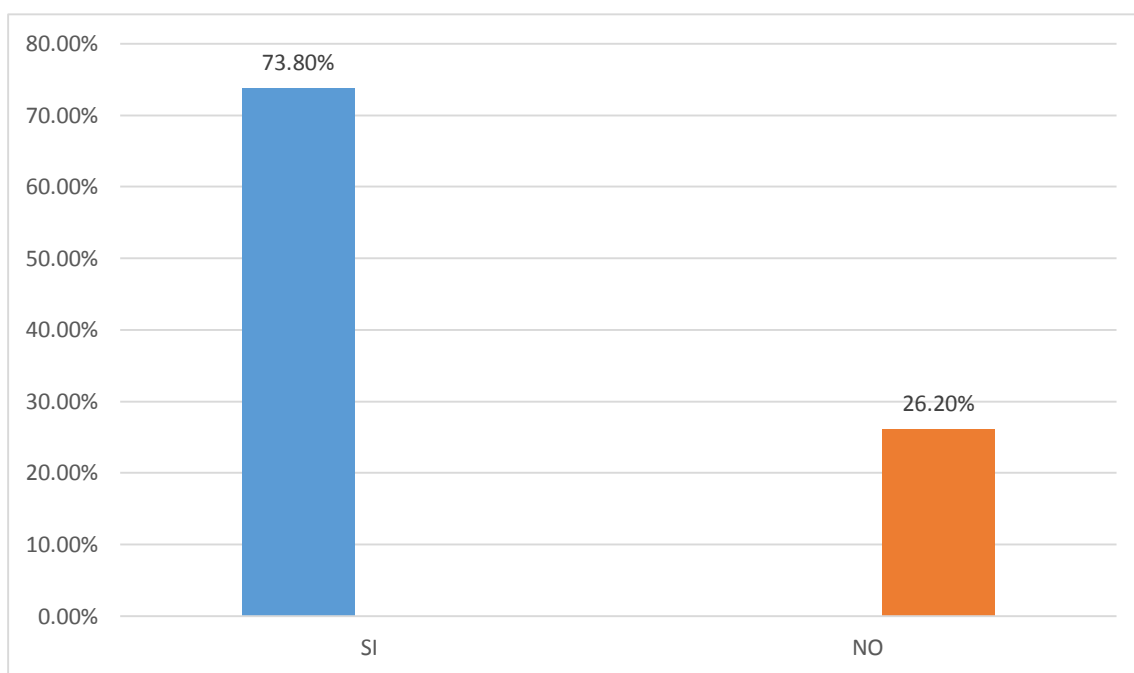


➤ **GANANCIA DE PESO**

**TABLA N° 13**

<b>Aumento de Peso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	48	73.80%
NO	17	26.20%
	65	100%

**GRAFICO N° 13**



**INTERPRETACION:**

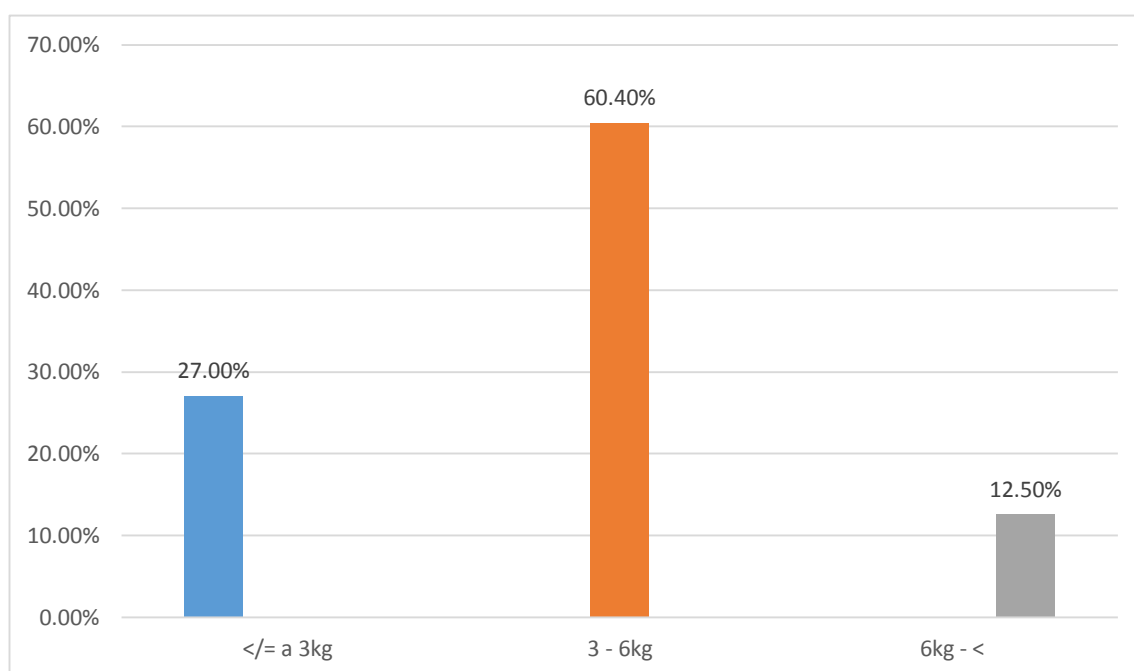
Con respecto a la variación del peso la mayoría de mujeres encuestadas refirió un aumento de peso, este porcentaje corresponde a un 73.8%, el 26.2% refiere que no hubo aumento de peso.

➤ **KILOS AUMENTADOS POST INSERCIÓN DEL IMPLANTE**

**TABLA N° 14**

<b>Kilos ganados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
</= a 3kg	13	27%
3 a 6kg	29	60.40%
6 - <	6	12.50%
	48	100%

**GRAFICO N° 14**



**INTERPRETACIÓN:**

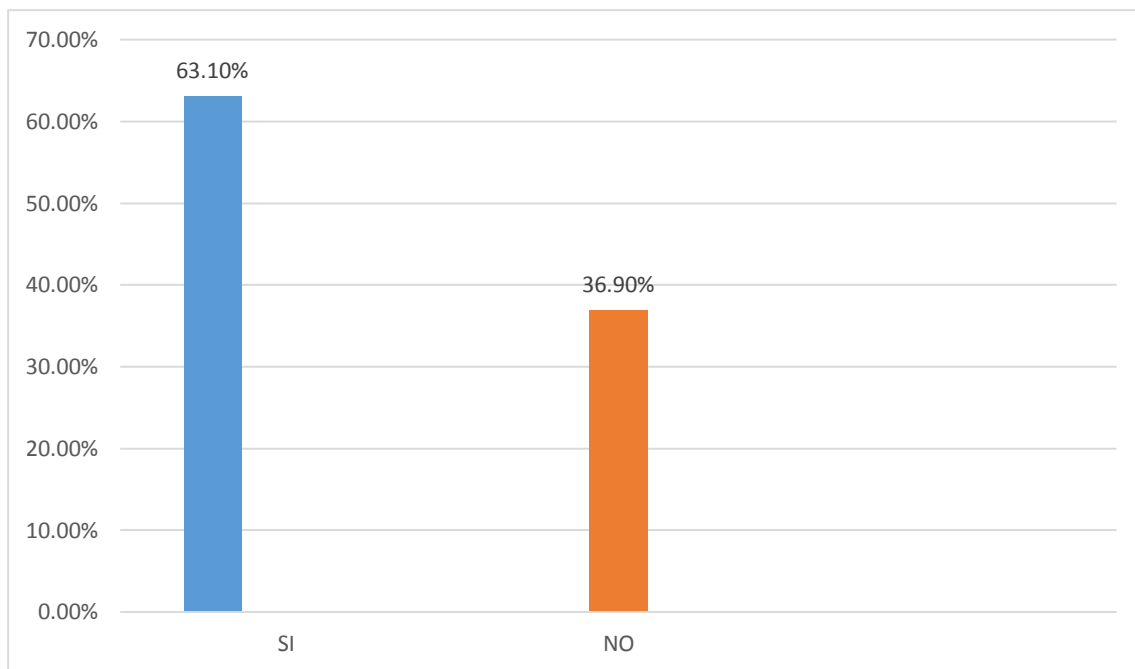
Del 73.8 % de encuestadas, quienes afirmaron un aumento de peso. En este grafico observamos el número de kilos aumentados, el mayor porcentaje refiere haber incrementado entre 3 a 6 kg con un 60.4%, el segundo lugar lo ocupa el 27% que refiere haber incrementado hasta 3kg de peso y un porcentaje menor con un 12.5% refiere haber aumentado de 6kg a más.

➤ CAMBIO DE CARÁCTER

TABLA N° 15

Cambio de Carácter	frecuencia	%
SI	41	63.10%
NO	24	36.90%
	65	100%

GRAFICO N° 15



**INTERPRETACIÓN:**

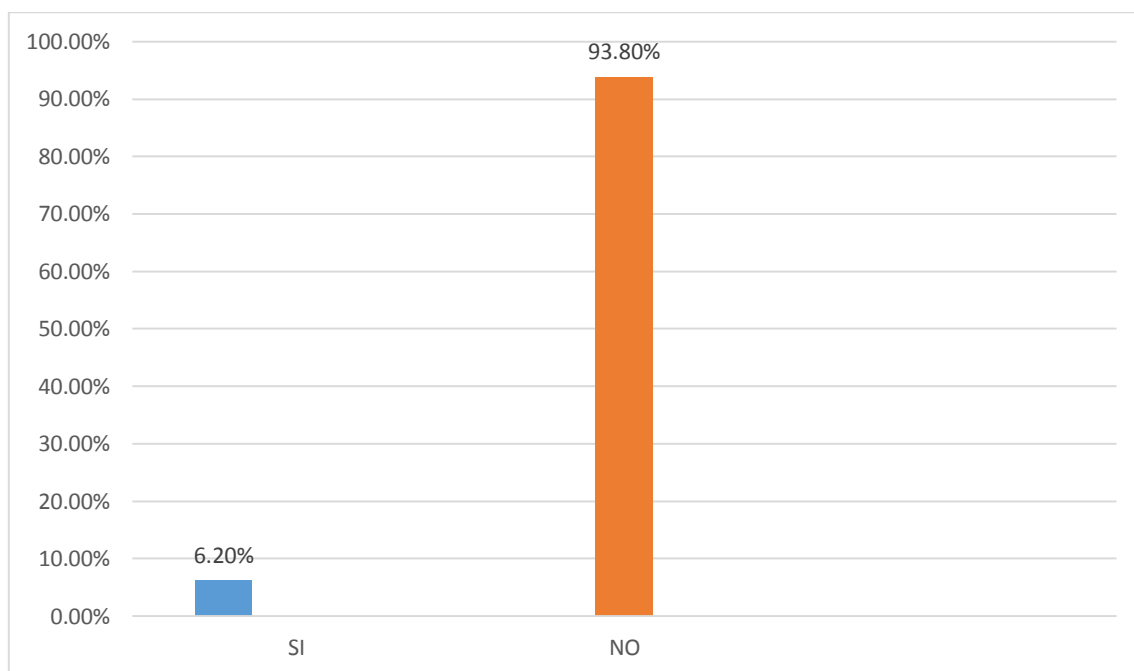
El 63.1% de encuestadas refiere haber tenido cambios en el carácter. Mientras que el 36.9 % niega cambios.

➤ **PRESENCIA DE NODULOS EN MAMAS**

**TABLA N° 16**

Presencia de bolitas en senos	frecuencia	%
SI	4	6.20%
NO	61	93.80%
	65	100%

**GRAFICO N° 16**



**INTERPRETACIÓN:**

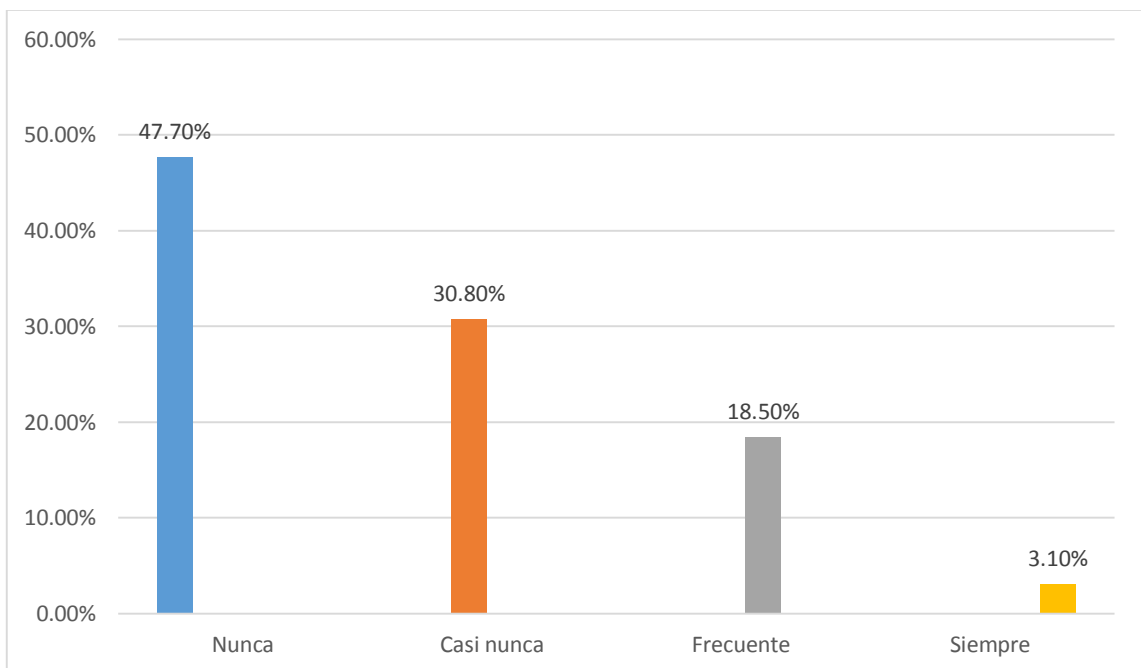
El 93.8 % de encuestadas no percibió la presencia de nódulos mamarios, mientras que el 6% sí las presentó.

➤ **MASTODINIA**

**TABLA N° 17**

<b>Mastodinia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nunca	31	47.70%
Casi nunca	20	30.80%
Frecuentemente	12	18.50%
Siempre	2	3.10%
	65	100%

**GRAFICO N° 17**



**INTERPRETACION:**

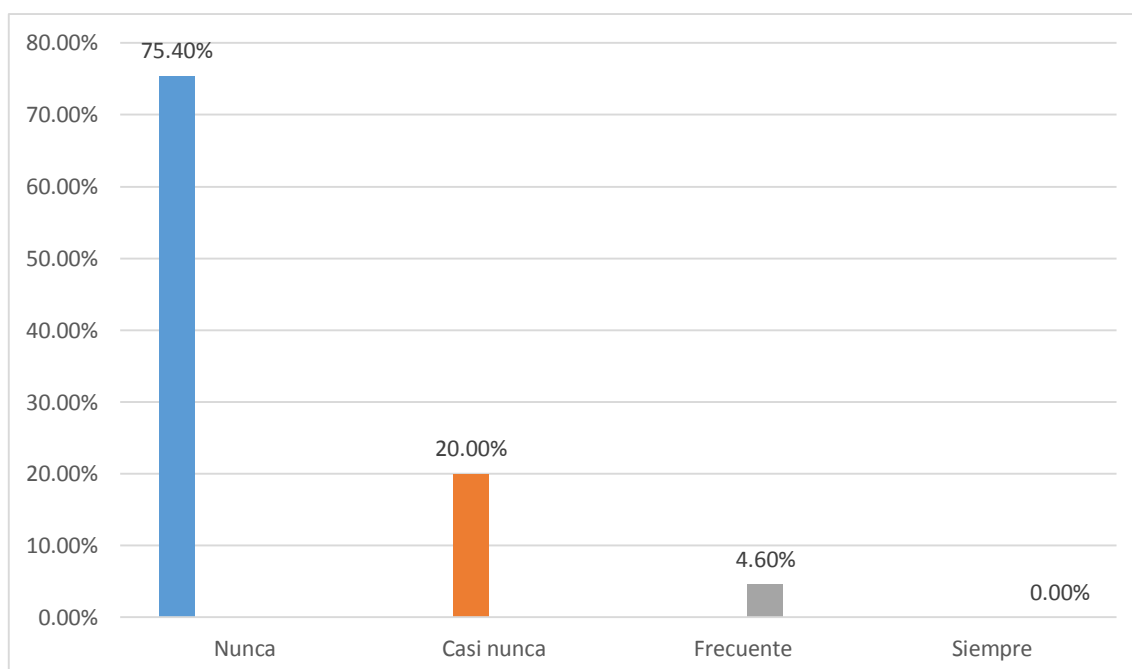
El 47.7% de encuestadas nunca tuvieron los senos sensibles o dolorosos. El 18.5% refiere que frecuentemente tuvieron sensibilidad en los senos y el 3.1% refiere que siempre tuvo sensibilidad o dolor en los senos.

➤ **PRESENCIA DE ACNE FACIAL**

**TABLA N° 18**

<b>Presencia de acné facial</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nunca	49	75.40%
Casi Nunca	13	20.00%
Frecuente	3	4.60%
Siempre	0	0%
	65	100%

**GRAFICO N° 18**



**INTERPRETACIÓN:**

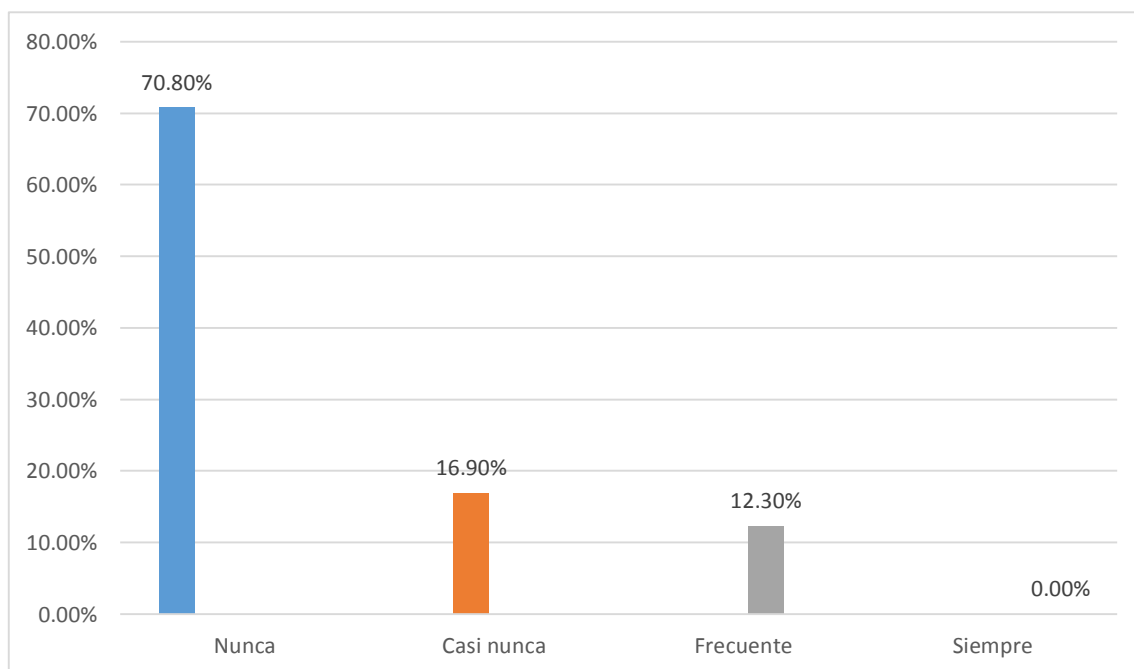
El 75.4% refiere que nunca presento acné, solo el 4.6% refirió que tuvo frecuentemente la presencia de acné.

➤ **DOLOR EN BRAZO DE INSERCIÓN**

**TABLA N° 19**

<b>Dolor en el brazo donde está el implante</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nunca	46	70.80%
Casi nunca	11	16.90%
Frecuentemente	8	12.3
Siempre	0	0%
	65	100%

**GRAFICO N° 19**



**Interpretación:**

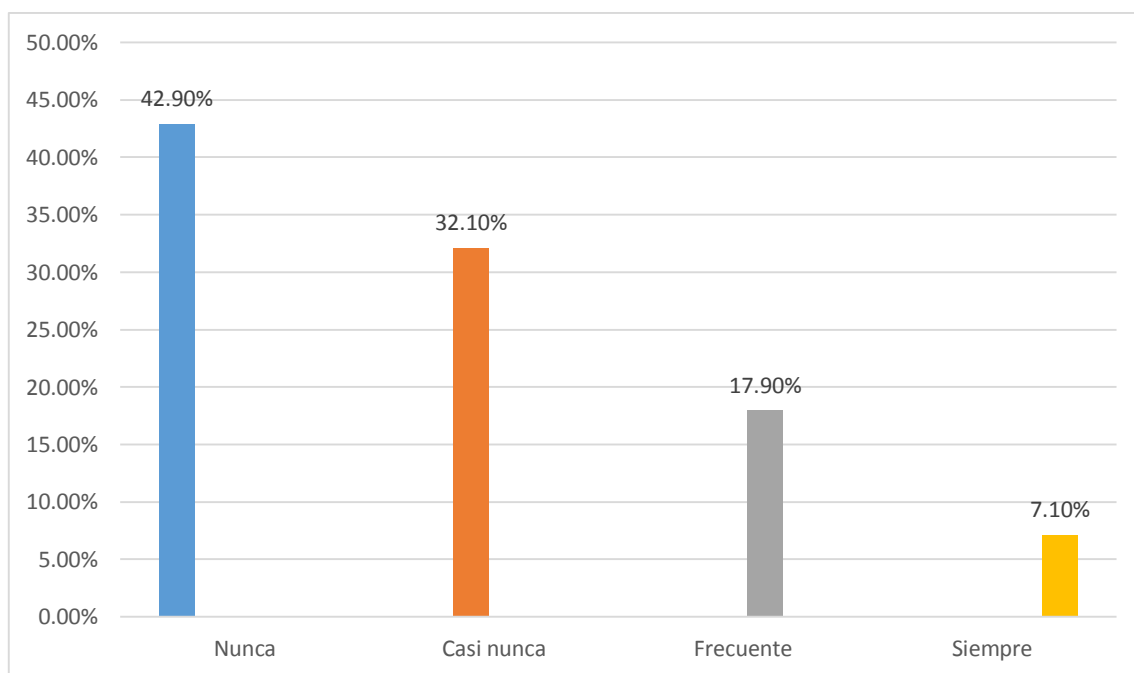
El 70.8% nunca presentó dolor en el brazo de la inserción. Solo el 12.3% refirió que frecuentemente presentó dolor en el brazo de inserción.

➤ **DISMENORREA**

**TABLA N° 20**

<b>Dismenorrea</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nunca	24	42.90%
Casi nunca	18	32.10%
Frecuentemente	10	17.90%
Siempre	4	7.10%
	56	100%

**GRAFICO N° 20**



**INTERPRETACIÓN:**

Se observa que el 42.90% de las encuestadas nunca presentó dismenorrea, el 17.90 % refirió que frecuentemente presento dismenorrea y siempre con un 7.10%.

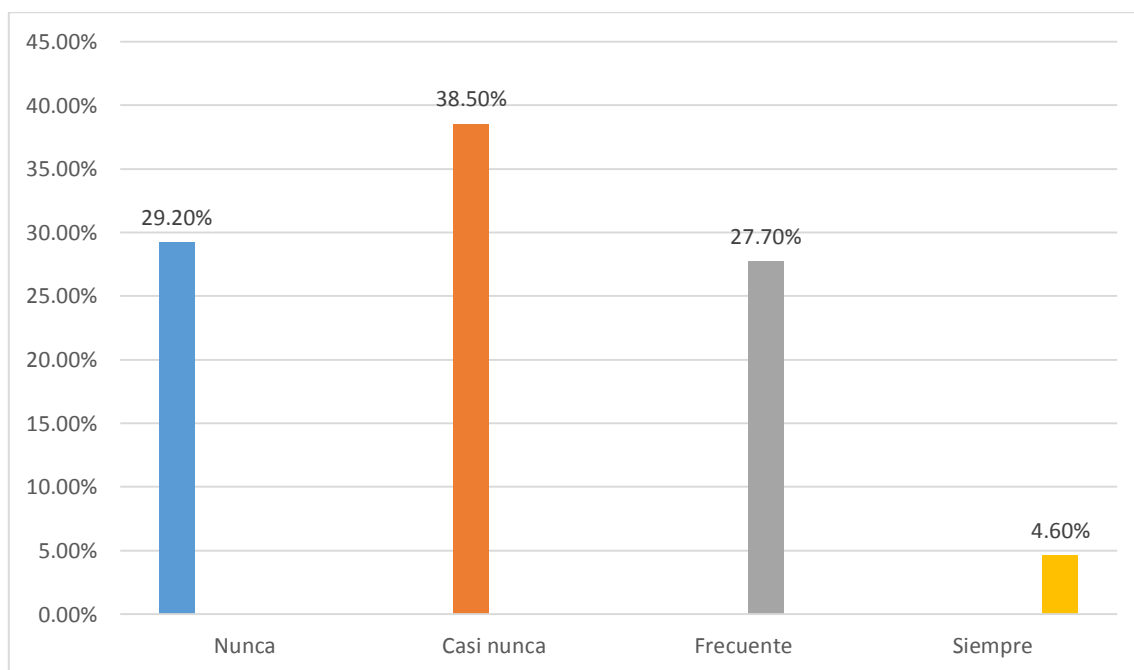


➤ **CEFALEA**

**TABLA N° 21**

<b>Cefalea</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nunca	19	29.20%
Casi nunca	25	38.50%
Frecuentemente	18	27.70%
Siempre	3	4.60%
	65	100%

**GRAFICO N° 21**



**INTERPRETACIÓN:**

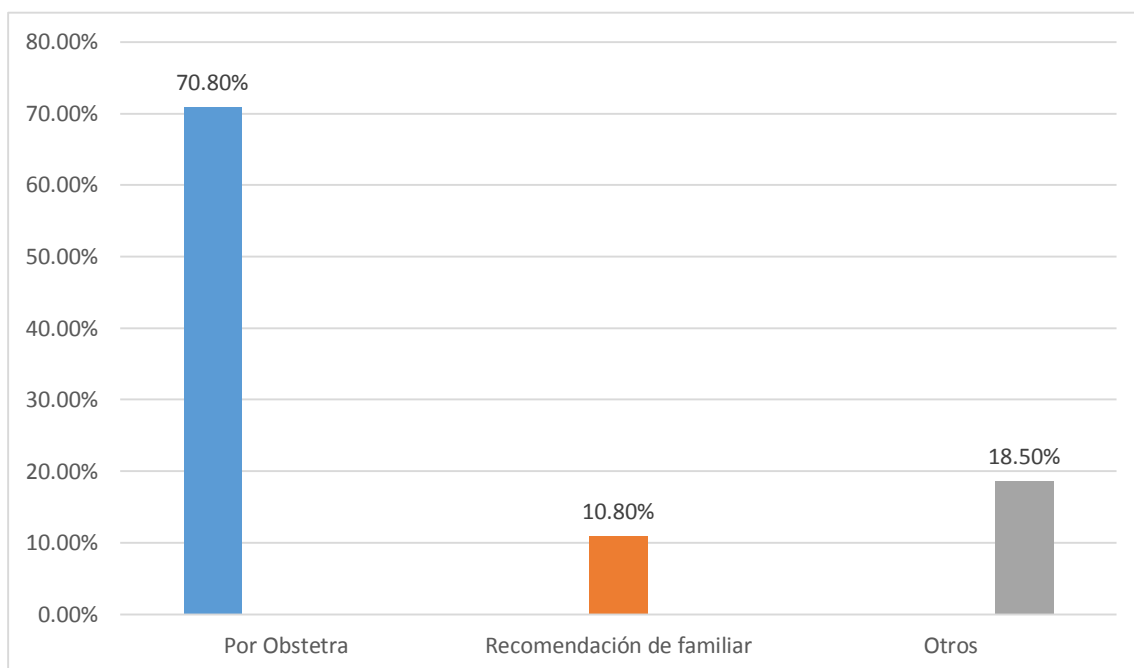
El 29.2% nunca tuvo cefalea, el 27.6 % presentó cefalea frecuentemente, y el 4.6% de encuestadas presentó cefalea siempre.

➤ **ORIENTACION Y CONSEJERIA DEL IMPLANTE**

**TABLA N° 22**

<b>Motivo de uso del implante</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Recomendación de obstetra	46	70.80%
Recomendación de familiar	7	10.80%
Otros	12	18.50%
	65	100%

**GRAFICO N° 22**



**INTERPRETACIÓN:**

El 70.8% de las encuestadas refiere que utilizaron el implante por la orientación y consejería del/la obstetra, el 10.8% utilizó el implante por recomendación familiar y el 18.5 por otro motivo.

## 2. METODO ANTICONCEPTIVO DEPOPROVERA:

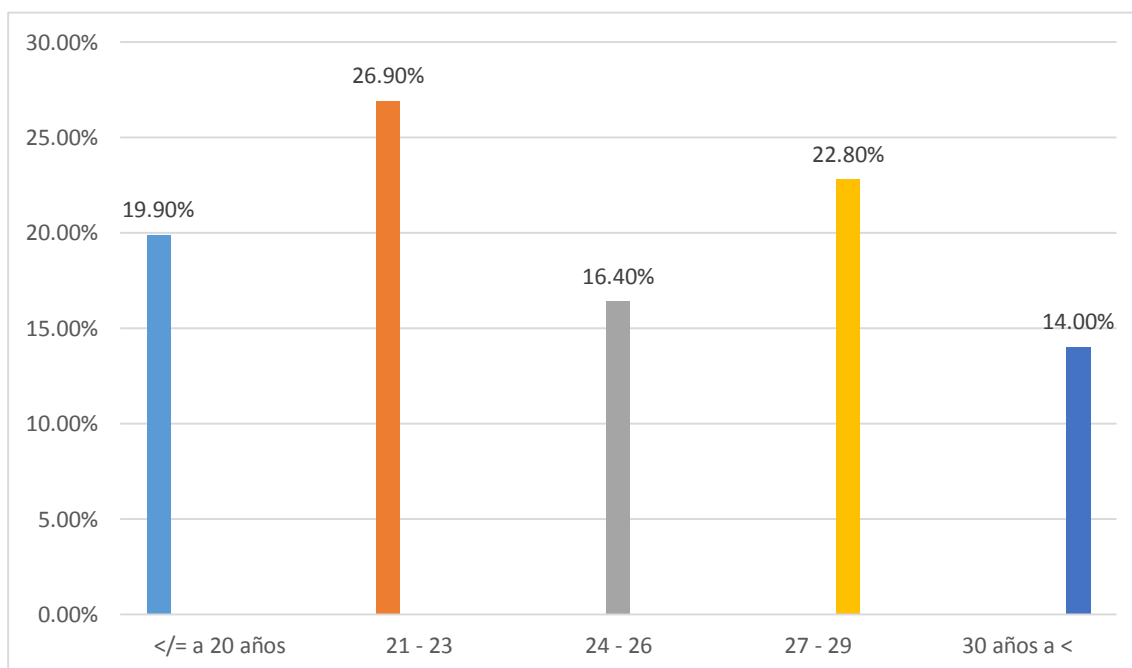
### DATOS GENERALES

#### ➤ EDAD

TABLA N° 1

EDAD	FRECUENCIA	%
</= a 20 AÑOS	34	19.90%
21-23	46	26.90%
24-26	28	16.40%
27-29	39	22.80%
30 AÑOS a <	24	14.00%

GRAFICO N° 01



### INTERPRETACIÓN:

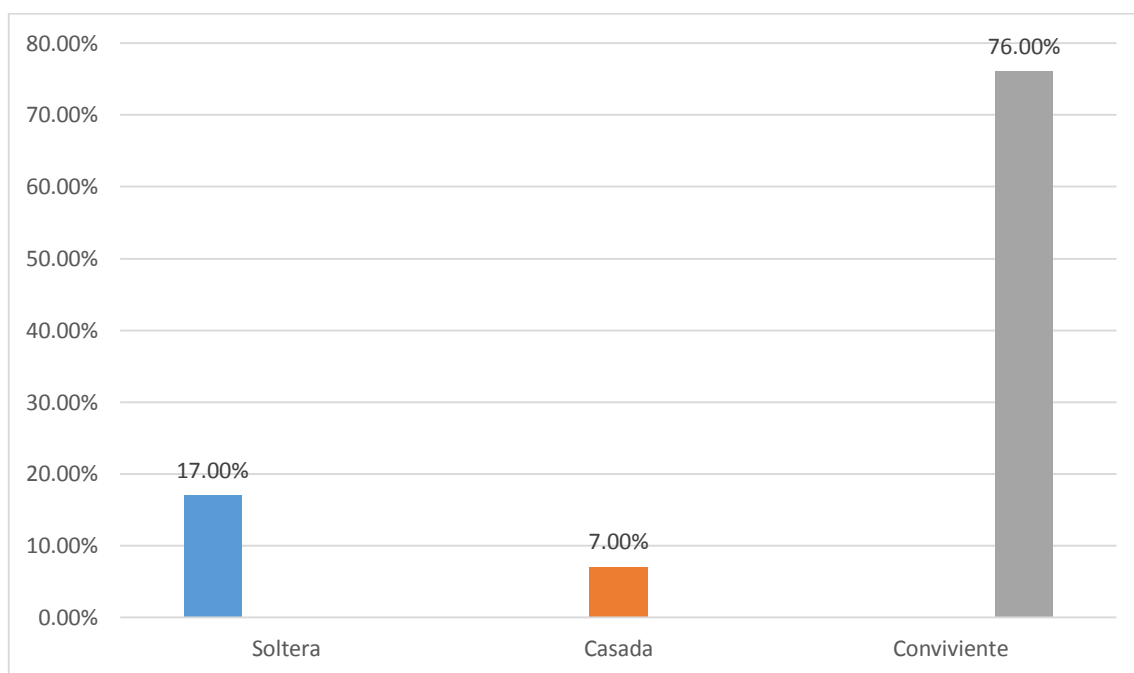
Con respecto a edad el mayor porcentaje correspondió al grupo de 21 a 23 años con un 26.9%, siguiendo el grupo de 27 a 29 años con un 22.8% y el grupo menor con un 14% fueron mujeres de 30 años a más.

➤ ESTADO CIVIL

TABLA N° 2

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero (A)	29	17.00%
Casado (A)	12	7.00%
Conviviente	130	76.00%
	171	100.00%

GRAFICO N° 02



**INTERPRETACIÓN:**

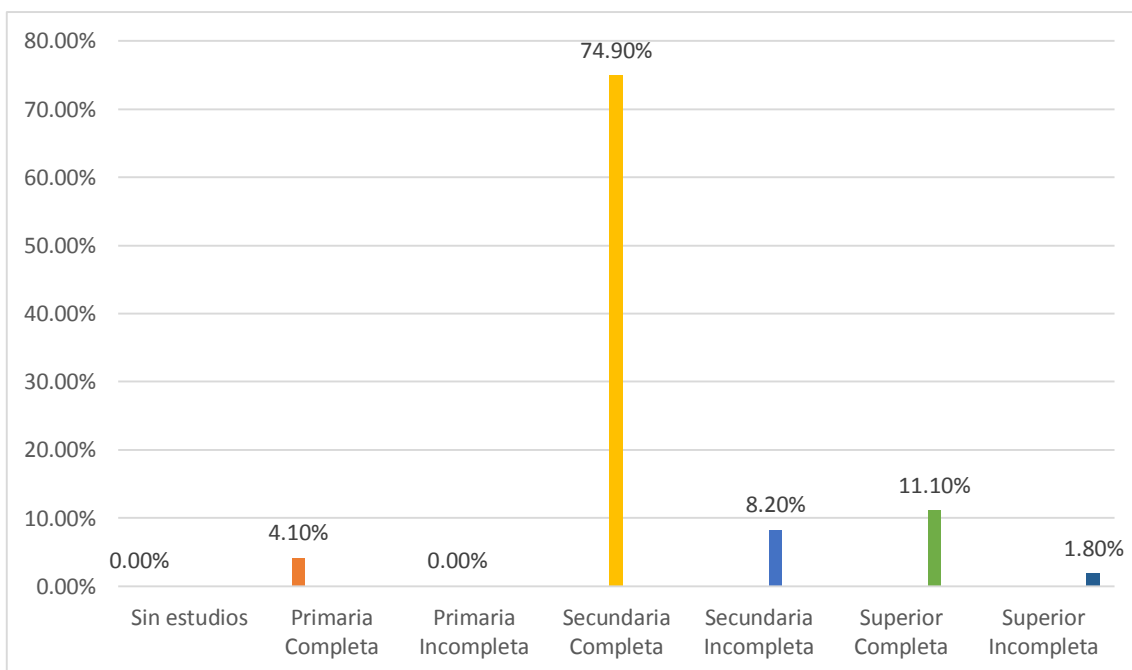
La mayoría de las mujeres encuestadas son conviviente con un 76%, el segundo lugar lo ocupan las solteras con un 17% y el último lugar lo ocupa el 7% que son mujeres casadas.

➤ **GRADO DE INSTRUCCIÓN**

**TABLA N° 03**

<b>Grado de Instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sin estudios	0	0%
Primaria Completa	7	4.10%
Primaria Incompleta	0	0%
Secundaria Completa	128	74.9%
Secundaria Incompleta	14	8.20%
Superior Completa	19	11.10%
Superior Incompleta	3	1.8%
	171	100%

**GRAFICO N° 03**



**INTERPRETACIÓN:**

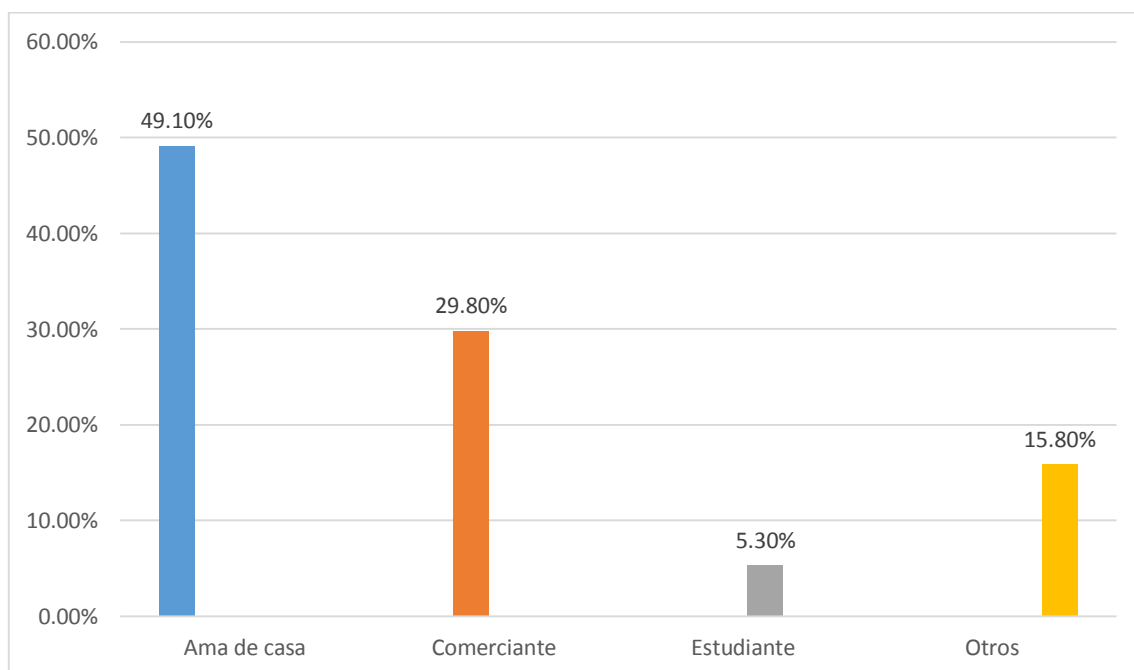
El 74.9% tiene secundaria completa, el segundo lugar lo ocupa 11.1% con educación superior completa, el 8.2% secundaria incompleta y el último lugar lo ocupa las mujeres con educación superior incompleta con un 1.8%.

➤ **OCUPACION**

**TABLA N° 04**

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de Casa	84	49.10%
Comerciante	51	29.80%
Estudiante	9	5.30%
Otro	27	15.80%
	171	100.00%

**GRAFICO N° 04**



**INTERPRETACIÓN:**

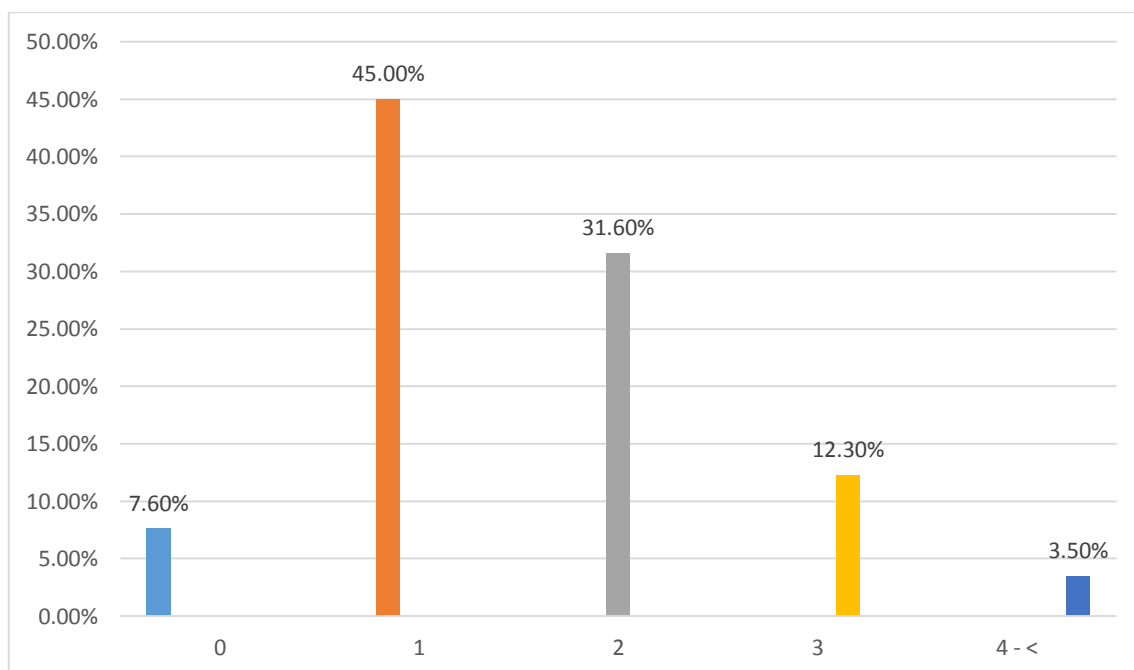
El 49.1% de las encuestadas son ama de casa, el segundo lugar lo ocupa el 29.8% que son comerciantes y el 15.4% tienen otra ocupación, el último lugar lo ocupa el 5.3% que son estudiantes.

➤ **NUMERO DE HIJOS**

**TABLA N°05**

<b>Número de Hijos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
0	13	7.60%
1	77	45.00%
2	54	31.60%
3	21	12.30%
4 - <	6	3.50%
	171	100%

**GRAFICO N° 05**



**INTERPRETACIÓN:**

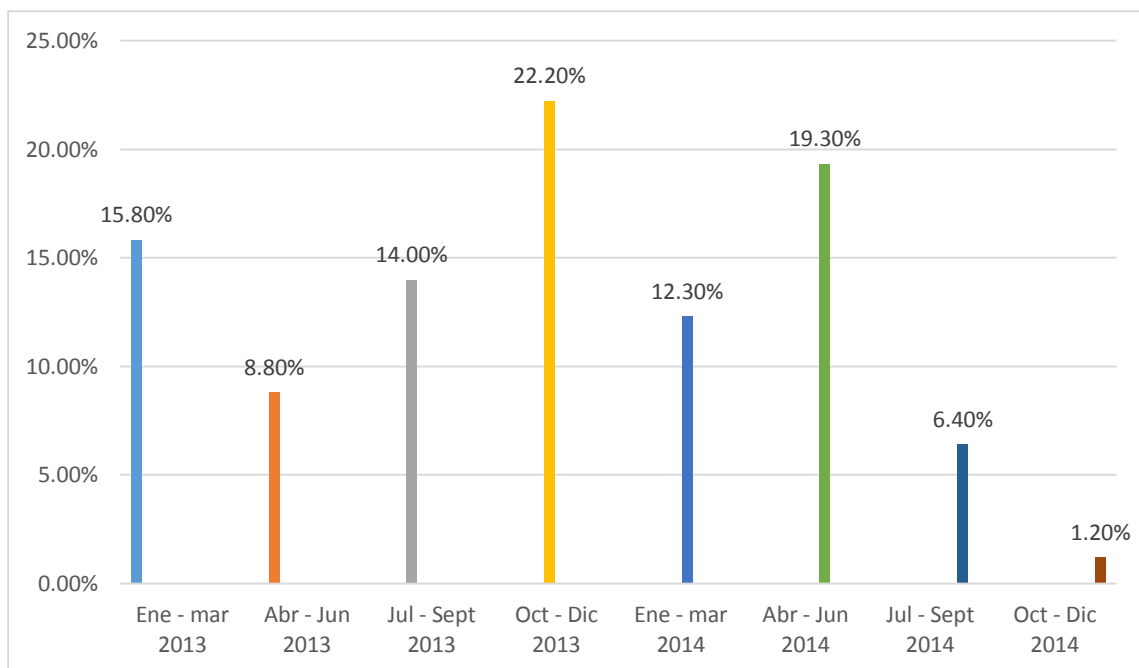
El 45% de mujeres tiene solo un hijo, el 31.6% tienen 2 hijos, mientras que el 12.3% tiene tres hijos, el porcentaje de 7.6% lo ocupan las mujeres que no tienen hijos, solo el 3.5% tiene más de 4 hijos.

➤ **FECHA DE ULTIMO PARTO**

**TABLA N° 06**

<b>Fecha de Parto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Enero-Marzo 2013	27	15.80%
Abril-Junio 2013	15	8.80%
Julio-Setiembre 2013	24	14.00%
Octubre-Diciembre 2013	38	22.20%
Enero-Marzo 2014	21	12.30%
Abril-Junio 2014	33	19.30%
Julio-Setiembre 2014	11	6.40%
Octubre-Diciembre 2014	2	1.20%
	171	100%

**GRAFICO N° 06**



**INTERPRETACIÓN:**

El 22.20% tuvo su último parto entre octubre y diciembre del 2013, el segundo lugar lo ocupa el 19.3% entre abril y junio del 2014, el último lugar lo ocupa el 1.2% cuyo último parto fue en el periodo de octubre y diciembre del 2014.

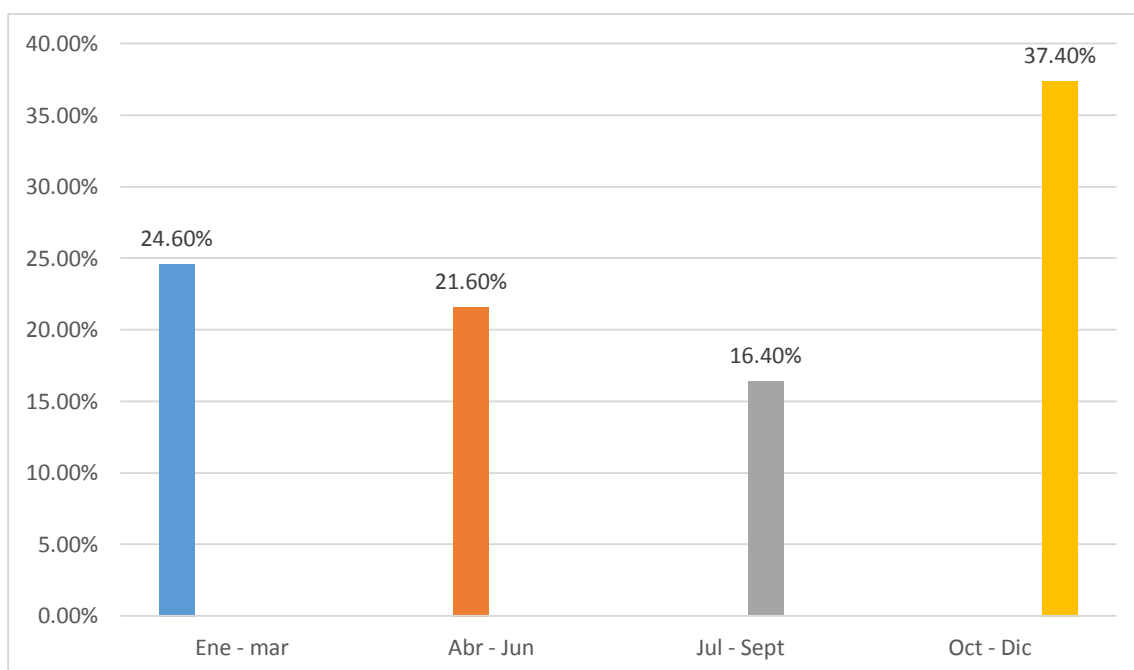


➤ **FECHA DE INICIO DE LA DEPOPROVERA**

**TABLA N° 07**

<b>Fecha de Inserción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ene-Mar	42	24.60%
Ab-Jun	37	21.60%
Jul-Set	28	16.40%
Oct-Dic	64	37.40%
	171	100%

**GRAFICO N° 07**



**INTERPRETACIÓN:**

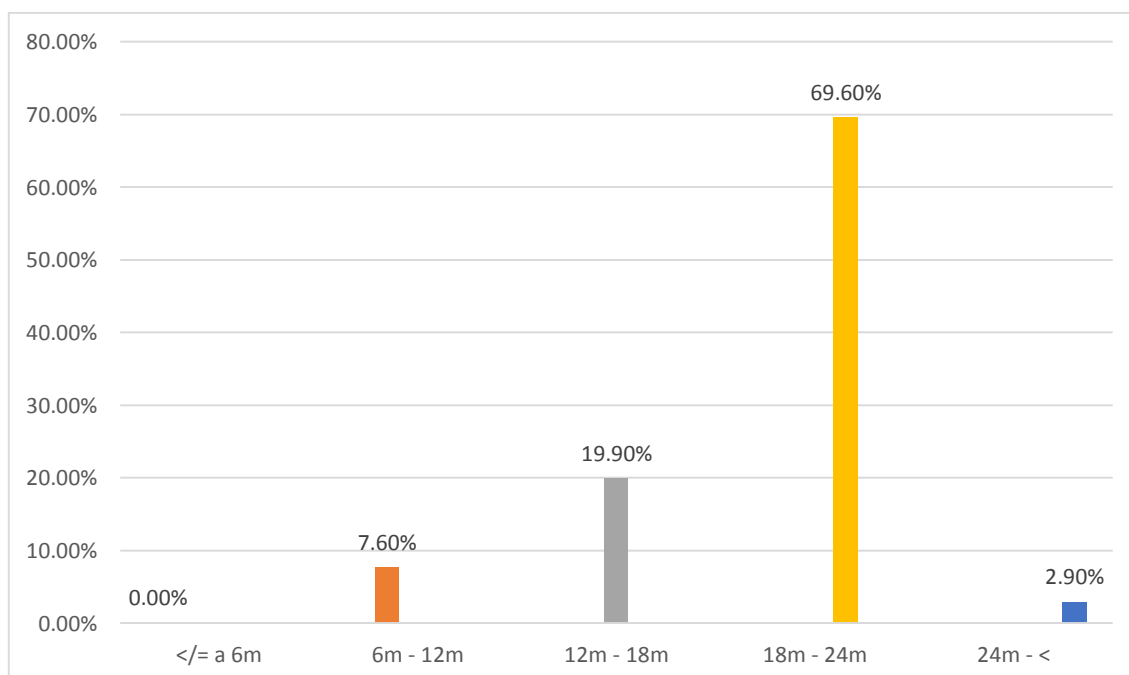
Se observa que la fecha de inicio de la ampolla, la mayoría de encuestadas se inició entre octubre y diciembre del 2014 con un 37.4%, el segundo lugar se inició con la ampolla entre enero y marzo con un 24.6% y el menor porcentaje de mujeres se inició entre julio y setiembre del 2014 con un 16.4%.

➤ **TIEMPO DE USO DE LA AMPOLLA**

**TABLA N° 08**

<b>Tiempo de Uso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
</= a 6 m	0	0%
6m -12m	13	7.60%
12m-18m	34	19.90%
18m-24m	119	69.60%
24 m - <	5	2.90%
	171	100%

**GRAFICO N° 08**



**INTERPRETACIÓN:**

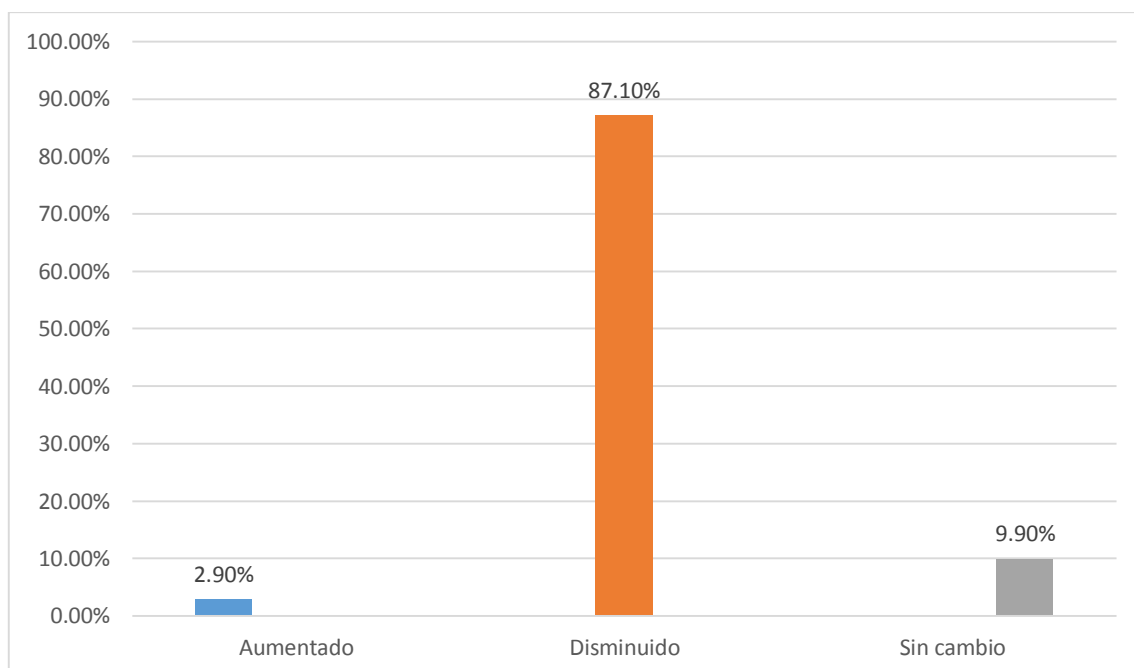
Se observa que el 69.6% de las mujeres encuestadas utilizó la ampolla más de 1 años y medio, el 19.9% lo utilizó de 1 año a 1 año y medio, el 7.6% utilizó la ampolla de 6 meses a 1 año y el menor tiempo de uso la ampolla en las mujeres encuestadas lo usaron de 2 años a mas con un 2.9%, se observa que ninguna de las encuestadas utilizó la ampolla menos de seis meses.

➤ **CAMBIOS CON RESPECTO A LA CANTIDAD DE LA MENSTRUACION**

**TABLA N° 09**

<b>Cantidad de la Menstruación</b>	<b>frecuencia</b>	<b>%</b>
Aumentado	5	2.90%
Disminuido	149	87.10%
Sin Cambios	17	9.90%
	171	100%

**GRAFICO N° 09**



**INTERPRETACIÓN:**

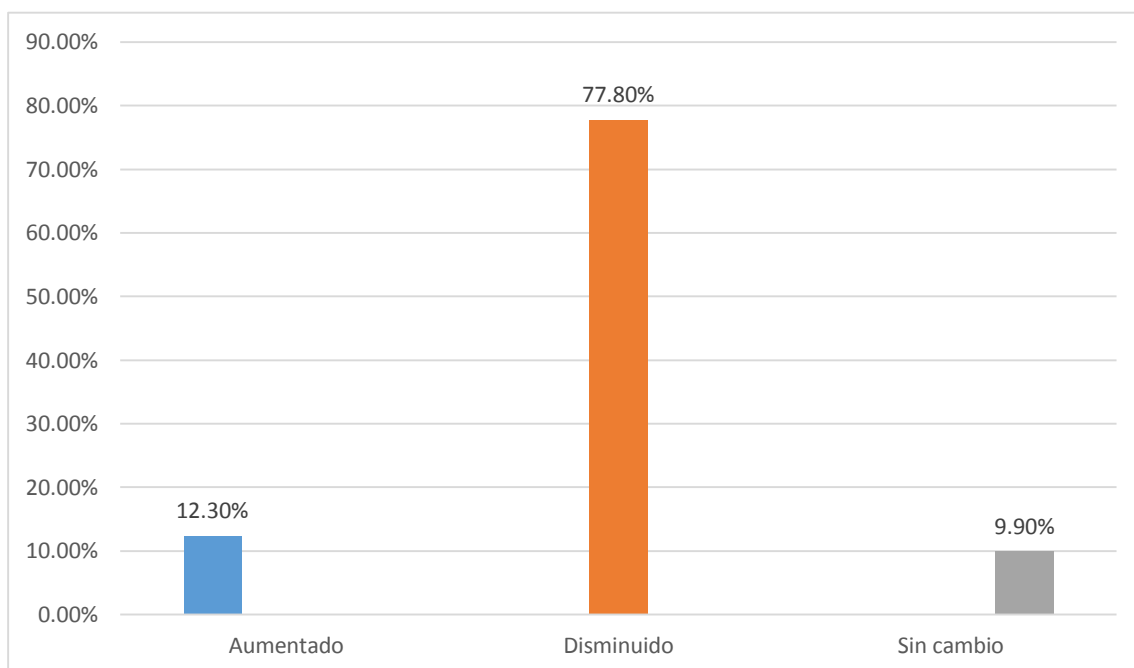
Con respecto a la variación en la cantidad de la menstruación en las mujeres encuestadas el 87.1% refiere que su menstruación ha disminuído, el 9.9% refiere que no hubo cambios, se observa que todas las mujeres encuestadas tuvieron variación en la menstruación.

➤ **CAMBIO CON RESPECTO A LA CANTIDAD DE DIAS DE LA MENS-  
TRUACION**

**TABLA N° 10**

<b>Número de días de la Menstruación</b>	<b>frecuencia</b>	<b>%</b>
Aumentado	21	12.30%
Disminuido	133	77.80%
Sin Cambios	17	9.90%
	171	100%

**GRAFICO N° 10**



**INTERPRETACIÓN:**

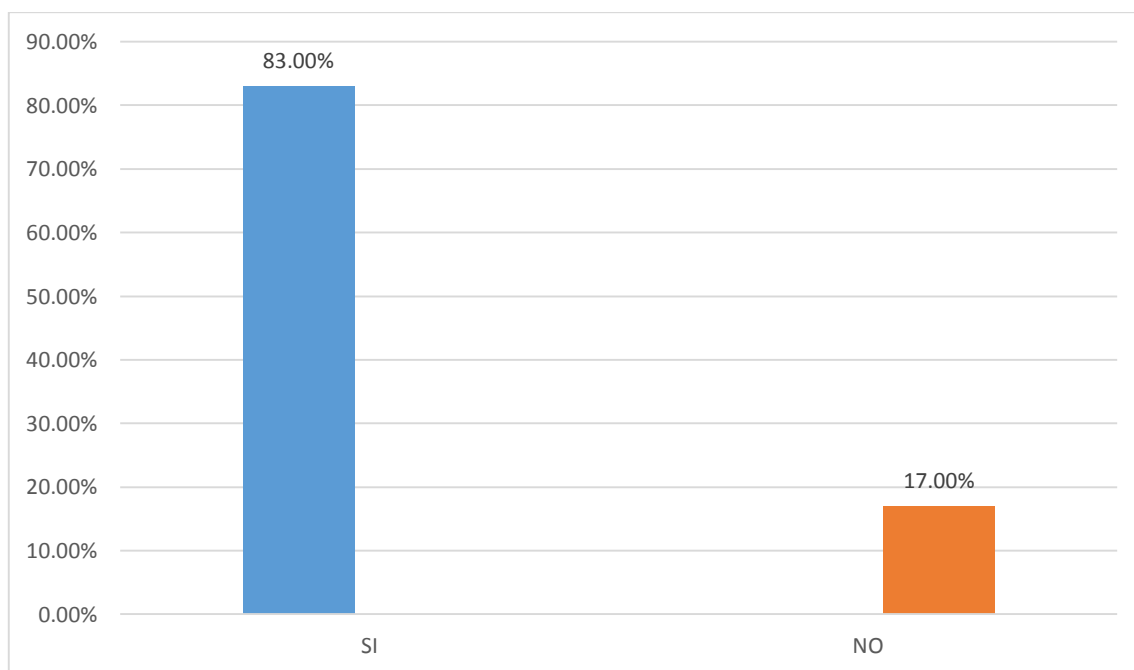
Con respecto al número de días de menstruación el 77.8% refiere que ha disminuído, mientras el 12.3% refiere que ha aumentado el número de días de menstruación.

➤ **AMENORREA**

**TABLA N° 11**

<b>Amenorrea</b>	<b>frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	142	83.00%
No	29	17.00%
	171	100%

**GRAFICO N° 11**



**INTERPRETACIÓN:**

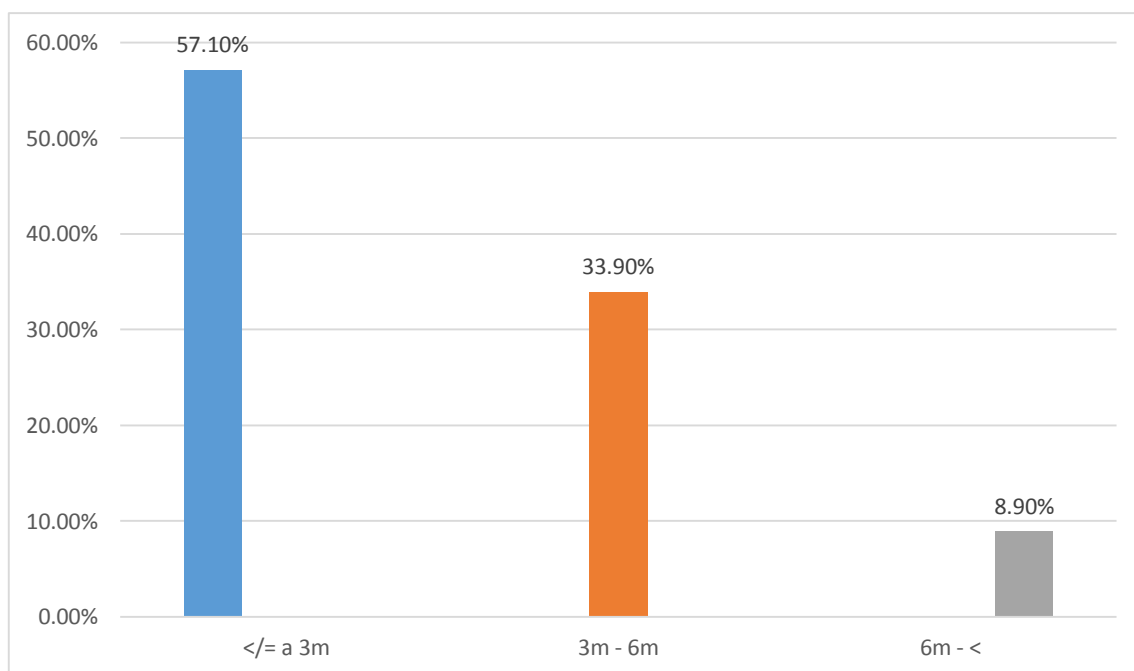
El 83% de mujeres encuestadas refiere ausencia de menstruación y el 17% no tuvo ausencia de la menstruación.

➤ AMENORREA POST ADMINISTRACION DE METODO

TABLA N° 12

Cese de la menstruación después	Frecuencia	%
</= a 3 m	97	57.10%
3m-6m	31	33.90%
6m - <	14	8.90%
	142	100%

GRAFICO N° 12



**INTERPRETACIÓN:**

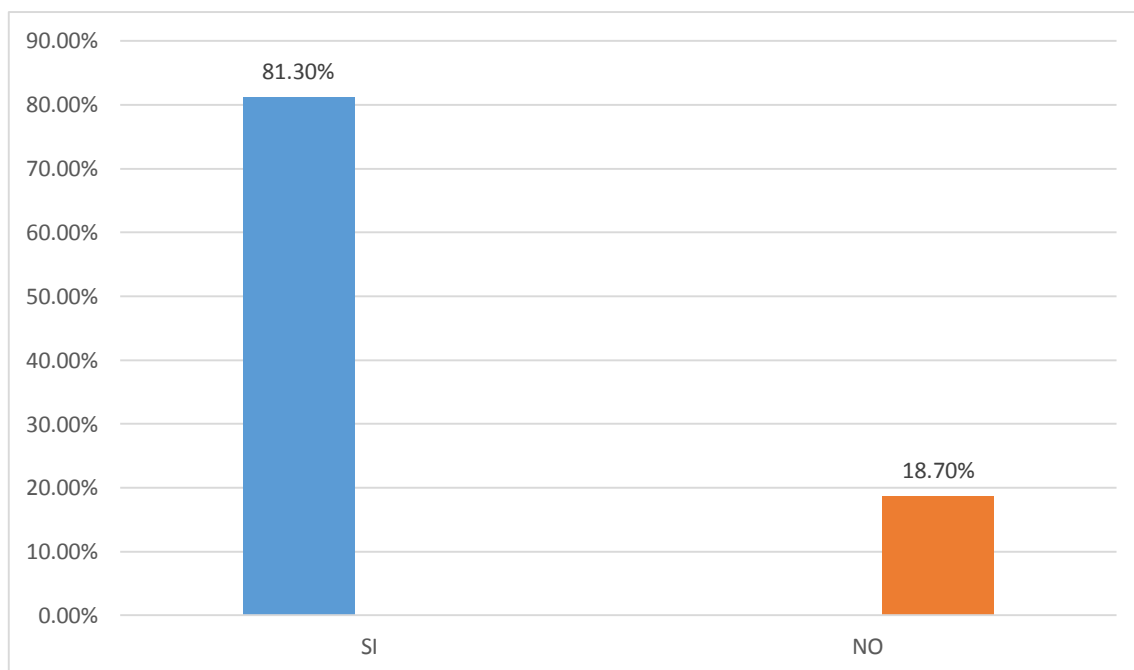
El mayor porcentaje de mujeres encuestadas refiere amenorrea dentro de los tres primeros meses con un 57.10%, otro porcentaje de mujeres encuestadas refiere amenorrea entre los 3 meses a 6 meses con un 33.9% y el menor porcentaje refiere amenorrea, en un periodo mayor o igual a seis meses con un 8.9%.

➤ **GANANCIA DE PESO**

**TABLA N° 13**

<b>Aumento de Peso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	139	81.30%
NO	32	18.70%
	171	100%

**GRAFICO N° 13**



**INTERPRETACIÓN:**

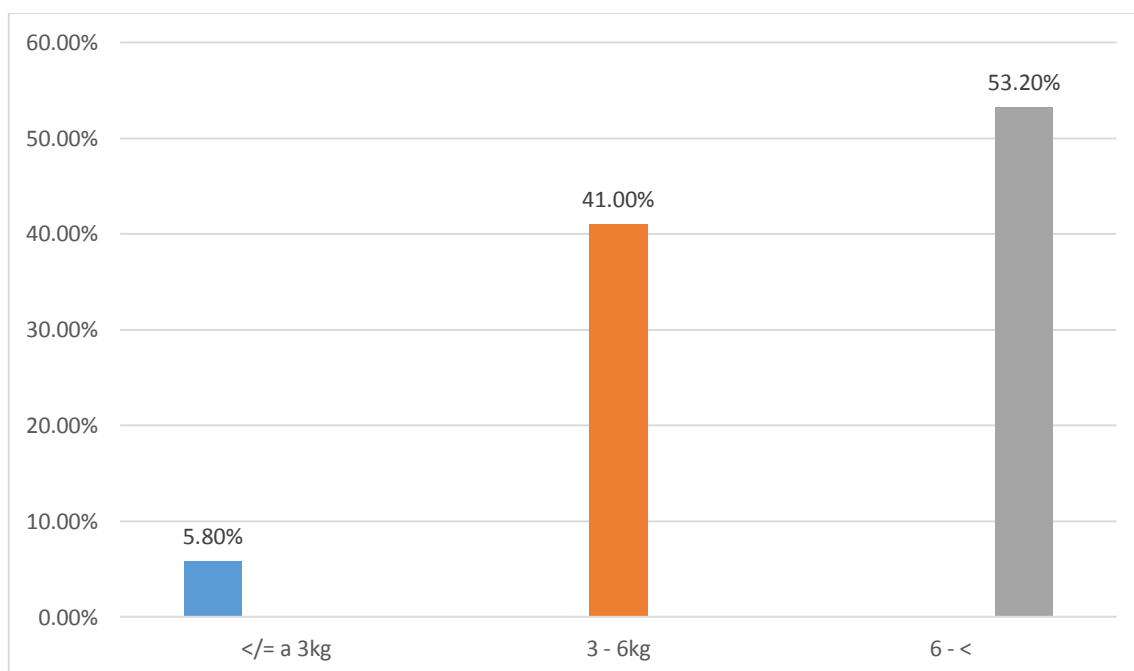
Con respecto a la variación del peso la mayoría de mujeres encuestadas refirió un aumento de peso este porcentaje corresponde a un 81.3%, el 18.7% refiere que no aumento de peso.

➤ **KILOS AUMENTADOS POST ADMINISTRACION DE METODO**

**TABLA N° 14**

<b>Kilos ganados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
</= a 3kg	8	5.80%
3 a 6kg	57	41.00%
6 - <	74	53.20%
	139	100%

**GRAFICO N° 14**



**INTERPRETACIÓN:**

Del 81.3 % de encuestadas que afirmó un aumento de peso. En este gráfico observamos el número de kilos aumentados, el mayor porcentaje refiere haber incrementado entre 6 kg a mas con un 53.2%, el segundo lugar lo ocupa el 41% que refiere haber incrementado entre 3kg a 6kg de peso y un porcentaje menor con un 5.8% refiere haber aumentado menos de 3kg.

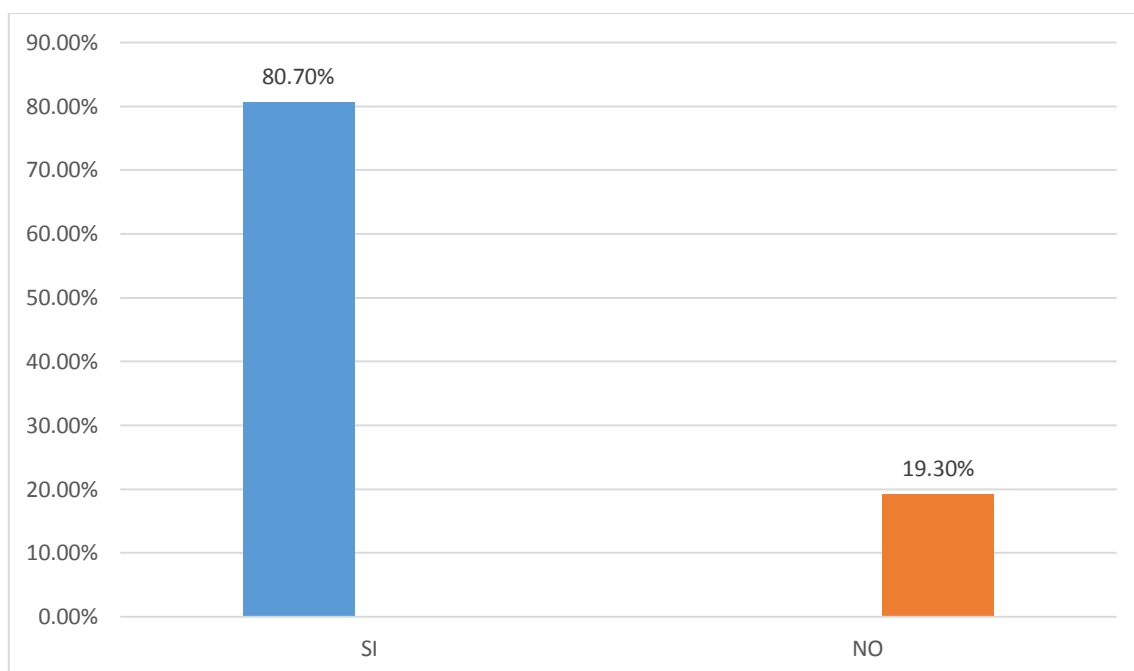


➤ **CAMBIO DE CARÁCTER**

**TABLA N° 15**

<b>Cambio de Carácter</b>	<b>frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	138	80.70%
NO	33	19.30%
	171	100%

**GRAFICO N° 15**



**INTERPRETACIÓN:**

El 80.7% de encuestadas refiere haber tenido cambios en el carácter.

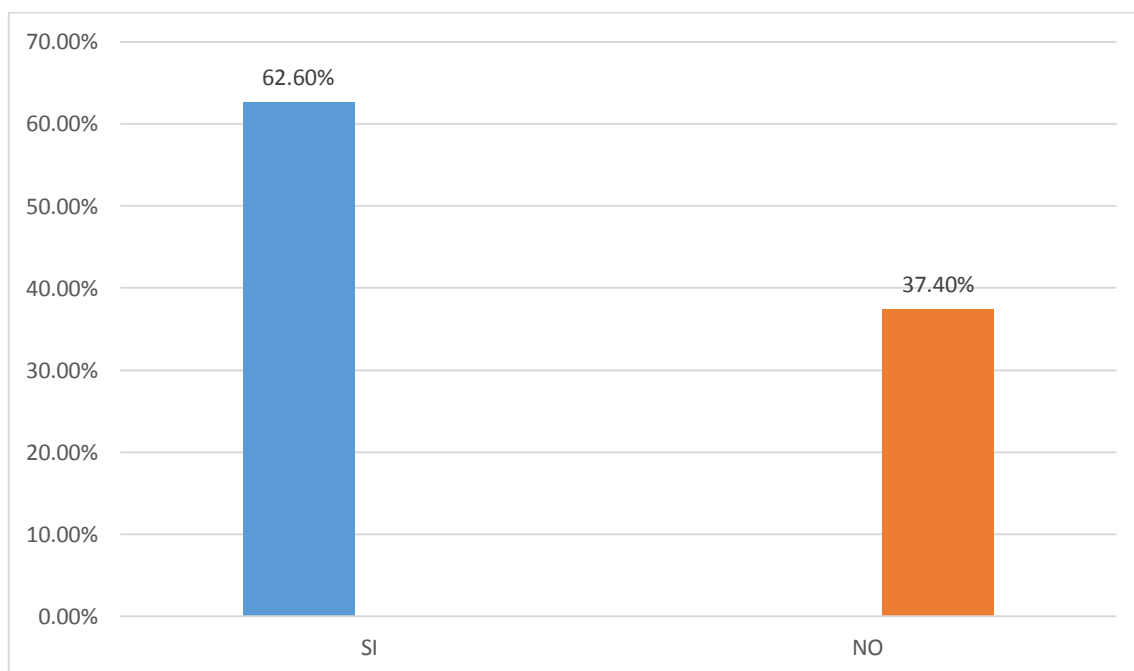
Mientras que el 19.3 % niega cambios.

➤ **AUMENTO DE SUEÑO**

**TABLA N° 16**

<b>Aumento de sueño</b>	<b>frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	107	62.60%
NO	64	37.40%
	171	100%

**GRAFICO N° 16**



**INTERPRETACIÓN:**

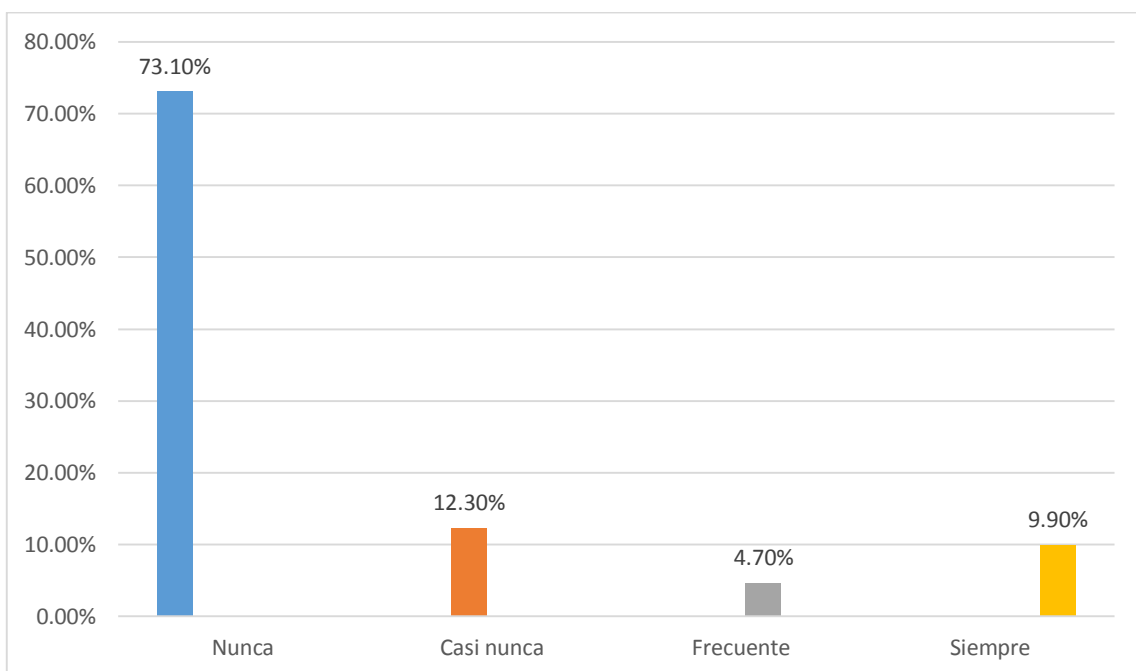
El 62.6% de mujeres encuestadas refieren un incremento de sueño durante el uso de la depoprovera y un 37.4% mencionan lo contrario.

➤ **DOLORES ÓSEOS**

**TABLA N° 17**

<b>Senos sensibles o dolorosos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nunca	125	73.10%
Casi nunca	21	12.30%
Frecuentemente	8	4.70%
Siempre	17	9.90%
	171	100%

**GRAFICO N° 17**



**INTERPRETACION:**

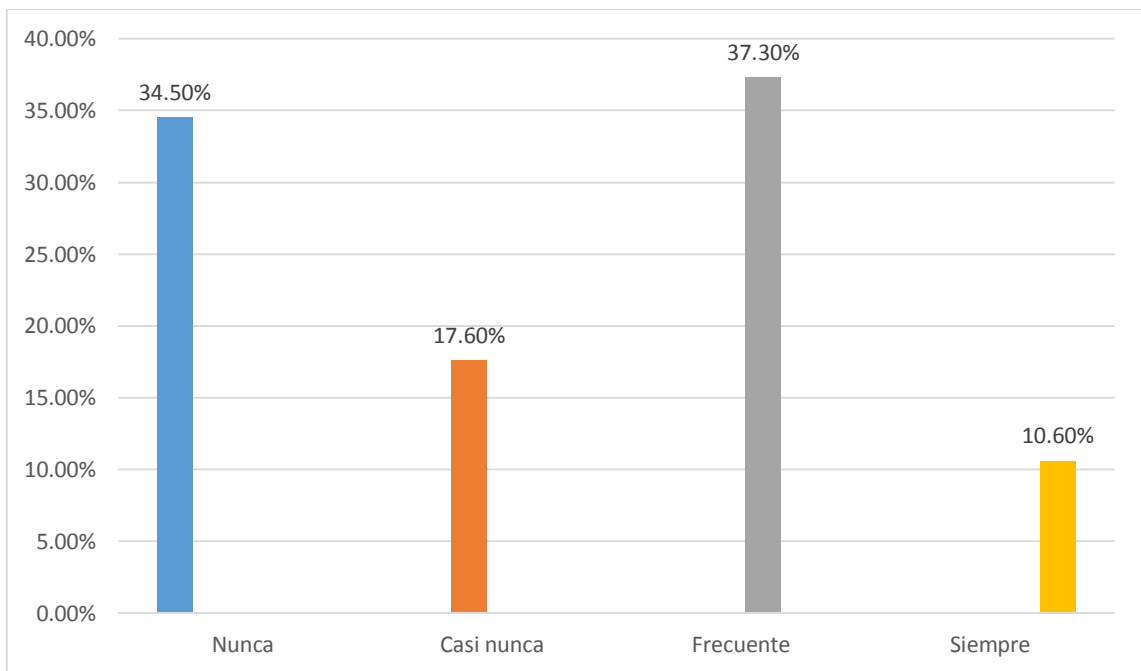
El 73.10% de encuestadas refieren nunca haber presentado dolores óseos, y el 4.7% refiere que frecuentemente tuvieron dolores en los huesos.

➤ **DISMENORREA**

**TABLA N° 18**

<b>Dismenorrea</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nunca	49	34.50%
Casi nunca	25	17.60%
Frecuentemente	53	37.30%
Siempre	15	10.60%
	142	100%

**GRAFICO N° 18**



**INTERPRETACIÓN:**

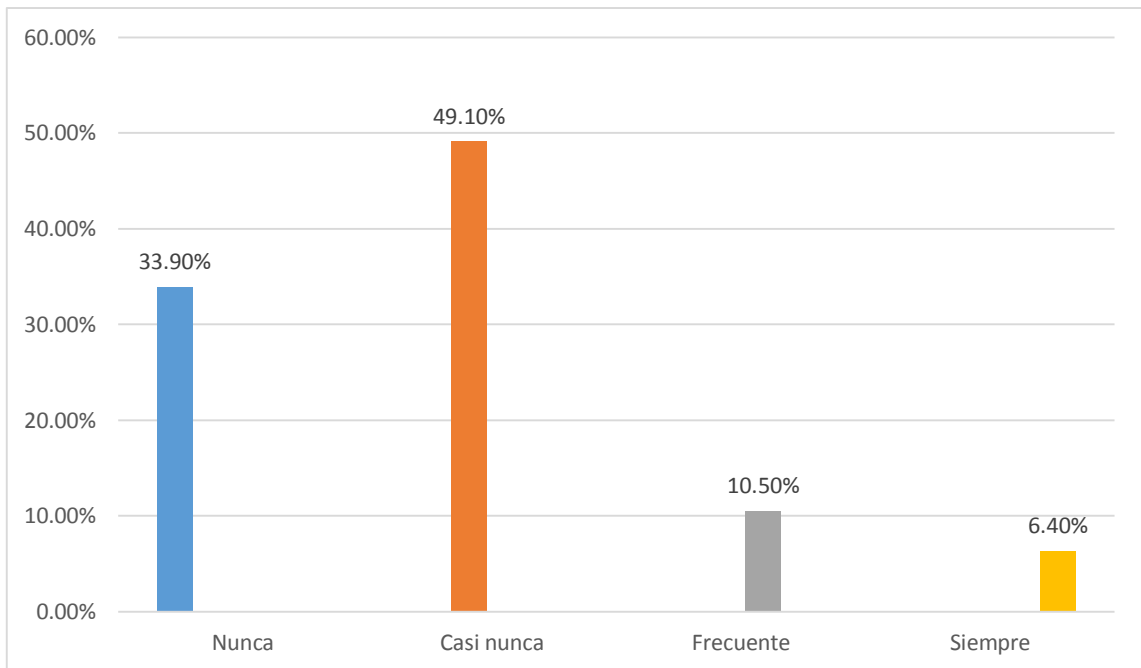
Se observa que el 34.50% de las encuestadas nunca presentó dolor menstrual, casi nunca un 17.60%, el 37.30 % refirió que frecuentemente presento dolor menstrual y siempre con un 10.60%.

➤ **CEFALEA**

**TABLA N° 19 – CEFALEA**

<b>Cefalea</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nunca	58	33.90%
Casi nunca	84	49.10%
Frecuentemente	18	10.50%
Siempre	11	6.40%
	171	100%

**GRAFICO N° 19**



**INTERPRETACIÓN:**

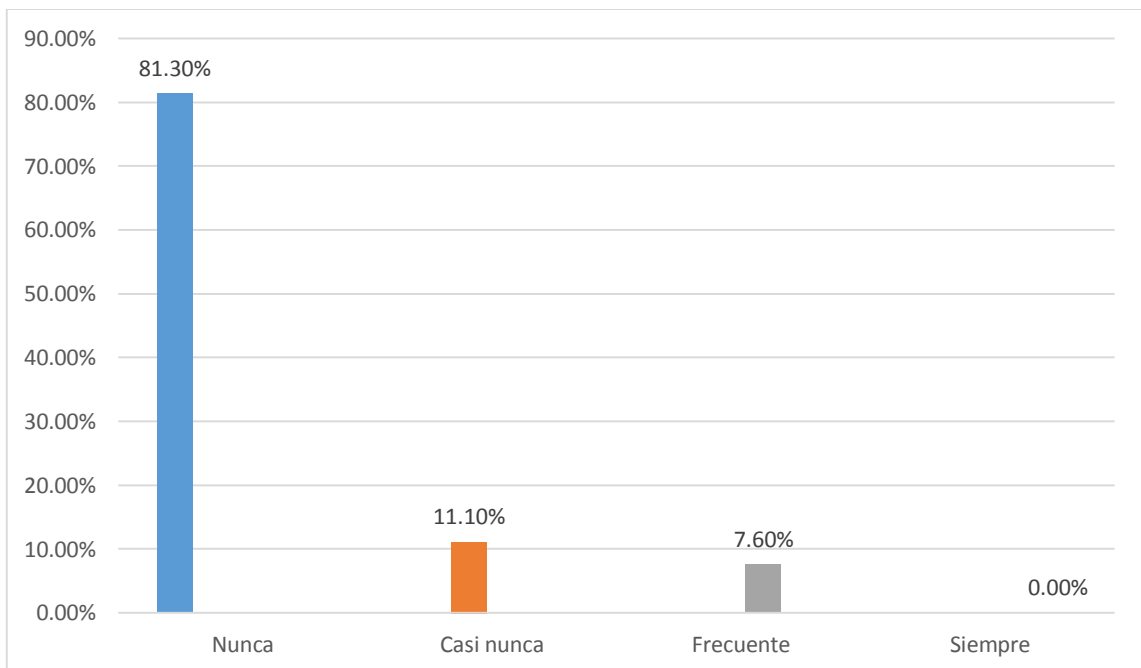
El 49.1% casi nunca tuvo cefalea, el 33.9 % nunca presentó cefalea, y el 6.4% de encuestadas presentó cefalea siempre.

➤ **PRESENCIA DE MAREOS**

**TABLA N° 20**

<b>Cefalea</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nunca	139	81.30%
Casi nunca	19	11.10%
Frecuentemente	13	7.60%
Siempre	0	00.00%
	171	100%

**GRAFICO N° 20**



**INTERPRETACIÓN:**

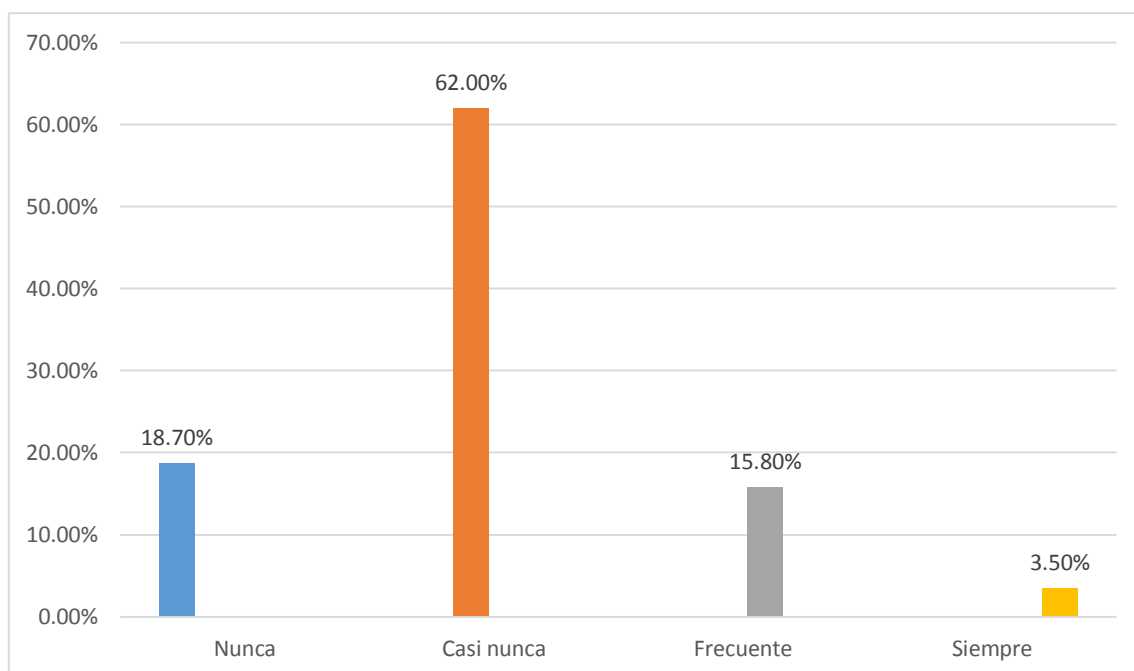
El 81.3 % nunca presentó mareos, el 11.1% casi nunca presentó mareos, y el 7.6% de encuestadas presentó mareos frecuentemente.

➤ **SENSACION DE CANSANCIO Y/O DEBILIDAD**

**TABLA N° 21**

<b>Cansancio y/o debilidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nunca	32	18.70%
Casi nunca	106	62.00%
Frecuentemente	27	15.80%
Siempre	6	3.50%
	171	100%

**GRAFICO N° 21**



**INTERPRETACIÓN:**

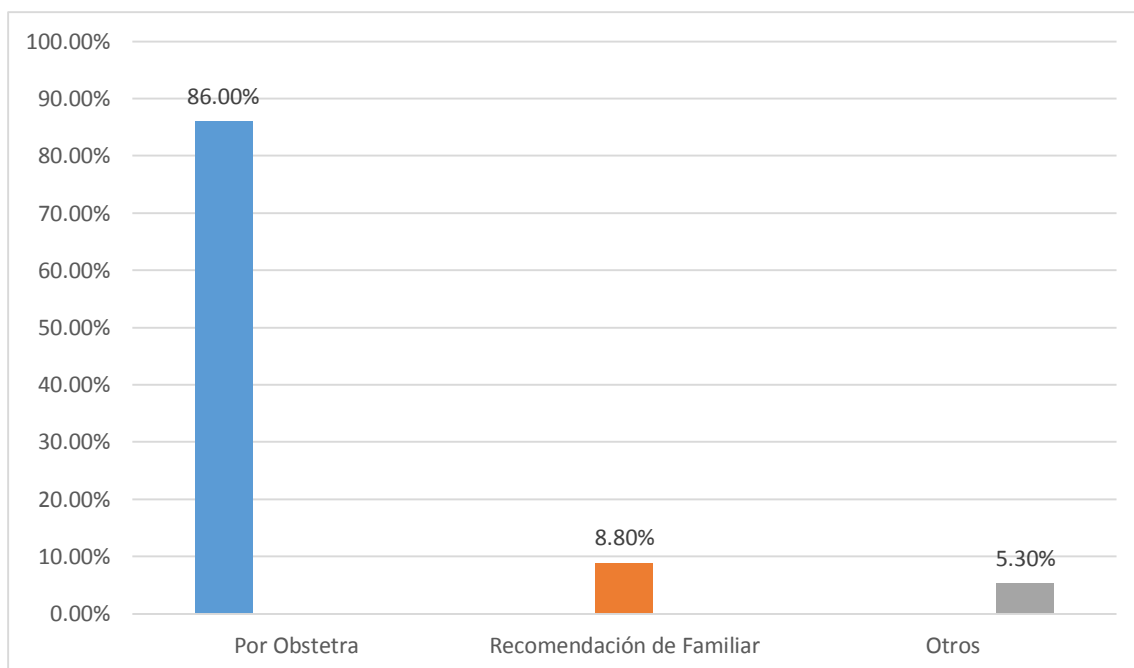
El 62% de mujeres casi nunca tuvo sensación de cansancio y/o debilidad, el 18.7% nunca presentó sensación de cansancio y/o debilidad, y el 3.5% de encuestadas presentó sensación de cansancio y/o debilidad.

➤ **ORIENTACION Y CONSEJERIA DE LA DEPOPROVERA**

**TABLA N°22**

Motivo de uso del implante	Frecuencia	%
Recomendación de obstetra	147	86%
Recomendación de familiar	15	8.80%
Otros	9	5.30%
	171	100%

**GRAFICO N° 22**



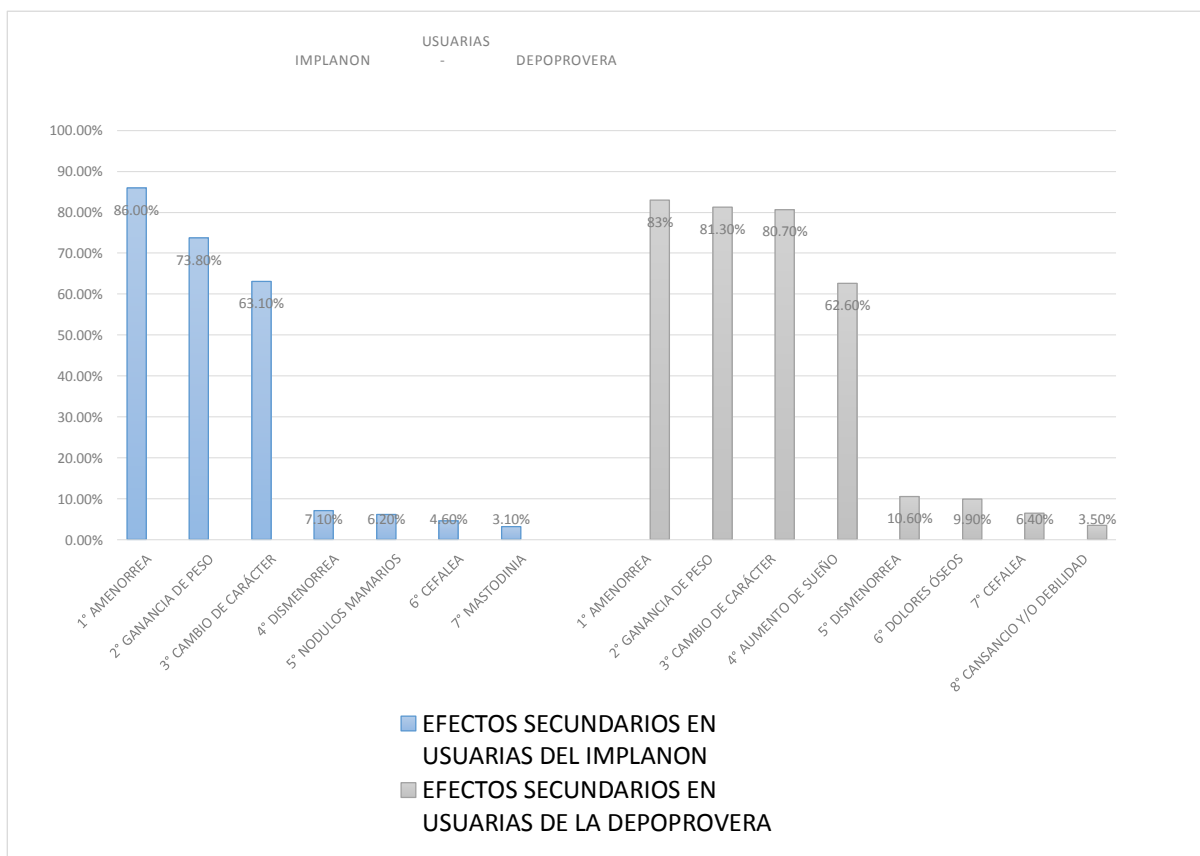
**INTERPRETACIÓN:**

El 86% de las encuestadas refiere que utilizaron la ampolla por orientación y consejería recibida por el/la obstetra, el 8.8% utilizo la ampolla por recomendación familiar y el 5.3% por otro motivo.



## GRÁFICO RESUMEN

### ➤ GRÁFICO RESUMEN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MANIFESTADOS POR USUARIAS DEL IMPLANON Y DEPOPROVERA



#### INTERPRETACION:

Según este cuadro, se observa que uno de los efectos secundarios más resaltantes, tanto en usuarias del Implanón como de la depoprovera, es la amenorrea, con un 86% en caso del Implanón y un 83% respectivamente. Seguido de la ganancia de peso, con un 73.8% en usuarias del Implanón y 81.3% en usuarias de la depoprovera. Unos de los efectos secundarios menos usuales es mastodinia con un 3.1%, en caso del Implanón; y el cansancio y/o debilidad un 3.5%, en caso de la depoprovera.

### III. ANALISIS Y DISCUSION

En la investigación realizada, la cual busca determinar los efectos secundarios del Implanón y Depoprovera; se observó, con respecto a los cambios presentados en la cantidad de sangrado post administración de la depoprovera; el 2.9% presentó un aumento en la cantidad de sangrado, el 87.1% ha presentado una disminución, mientras que el 9.9% de usuarias no ha presentado cambios con respecto al sangrado menstrual. A comparación del estudio de la Dra. Fabiola Gil; desarrollado en el servicio de planificación familiar del hospital Nacional Arzobispo Loayza; obtuvo como resultado que las usuarias de este método anticonceptivo, han presentado disminución en la cantidad del sangrado menstrual, siendo así el grupo de mayor porcentaje.

En el estudio del Dr. Laureen López y colaboradores, denominado Anticonceptivos con progesterona sola: efectos sobre el peso; se encontró que las usuarias de depoprovera, tuvieron un aumento de peso de aproximadamente 3 kg durante 12 meses. Por otro lado, en este estudio; el 81.30% de las usuarias de la depoprovera han aumentado de peso y el 18.70% no tuvo cambios con respecto al peso.

En Ecuador, el estudio realizado por el Dr. Alvear y colaboradores, con el título Prevalencia de efectos adversos de los implantes contraceptivos subdérmicos en adolescentes y adultas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito en el año 2012. Los efectos secundarios reportados fueron con una diferencia significativa entre adultas y adolescentes; acné en un 37.5% en adolescentes (n=48) y en adultas 21.8% (n=29)  $p=0.012$  y, dismenorrea en un 32.1% (n=41) en adolescentes y 14.3% (n=19) en adultas  $p=0.003$ , siendo estos más prevalentes en adolescentes. En tanto, que la presencia de nódulos mamarios en el grupo de adolescentes en un 0%, y en un 4,5% (n=6) en adultas,  $p=0.015$ ;

cefalea en adolescentes en un 22.9% (n=29) y en adultas en un 54.9% (n=73),  $p=0.000$ .

Sin embargo, en este proyecto realizado, se obtuvo como resultado: el 75.4% refiere que nunca ha presentado acné, y solo el 4.6% refirió haber presentado frecuentemente. En el caso de dismenorrea, Se observa que el 42.90% de las encuestadas, nunca presentó dolor menstrual, el 17.90 % refirió que frecuentemente presentó dolor menstrual y siempre con un 7.10%. El 6.20% de mujeres han presentado nódulos mamarios, mientras que el 93.80% no los han presentado.

En el último gráfico, se presenta los resultados de este proyecto en forma comparativa, y se reporta en ambos métodos anticonceptivos una serie de efectos secundarios en común, siendo de mayor prevalencia la amenorrea, en el caso del implanon con un 86% y en el caso de la depoprovera con un 83%; seguido de la ganancia de peso con un 73.8% en usuarias del implanon y 81.3% en usuarias de la depoprovera; dismenorrea, con 7.1% en usuarias del implanon y 10.6% en usuarias de la depoprovera, como último efecto secundario presentado en común por ambos métodos anticonceptivos, siendo de menor prevalencia; cefalea con 4.6% en usuarias del implanon y 6.4% en usuarias de la depoprovera.

## **IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **4.1 CONCLUSIONES:**

Terminado el estudio de investigación se concluye:

1. Existe efectos secundarios del implanón y depoprovera como métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar, Hospital María Auxiliadora, 2014.
2. Los efectos secundarios del Implanón más resaltantes son: la amenorrea y la ganancia de peso.
3. Los efectos secundarios más resaltantes de la depoprovera son: la amenorrea y la ganancia de peso.

## 4.2 RECOMENDACIONES:

1. Previo al inicio de un método anticonceptivo, se debe realizar una buena anamnesis y además de un buen examen clínico; y de ser necesario complementar con exámenes auxiliares, para posteriormente evitar riesgos y complicaciones con la salud de la usuaria.
2. Brindar una orientación y consejería más detallada, informando de forma más precisa sobre los beneficios, riesgos, complicaciones y efectos secundarios a las que podrían estar expuestas al no llevar un buen control del método anticonceptivo, y además informar que existen medios preventivos, como tratamientos para los efectos secundarios presentados.
3. Aplicar los cinco pasos de la consejería. Enfatizando el tercer paso, es decir, respondiendo claramente a las necesidades de la usuaria; y el cuarto paso, la retroalimentación.

## FUENTES DE INFORMACION

1. DIGEMID. Ministerio de la Salud. Perú, 2012  
Disponible en: [www.digemid.minsa.gob.pe](http://www.digemid.minsa.gob.pe)
2. Medina G., Cristina. Determinación de satisfacción con el uso del implante subdérmico de etonogestrel “Implanon” como medio de anticoncepción, efectos secundarios y razones para discontinuar el mismo, comparado con otros métodos hormonales de anticoncepción en adolescentes del Valle de Tumbaco. Universidad San Francisco de Quito. Ecuador, 2014  
Disponible en:  
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3445/1/110967.pdf>
3. Prada A., Elena; Singh F., Susheela, Remez P., Lisa; Villareal L., Cristina. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. Guttmacher Institute. Colombia, 2010.  
Disponible en:  
[www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf)
4. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2014.  
Disponible en: <http://www.msal.gob.ar>
5. Arrate N., María; Linares D., Manuel; Molina E., Vivian; Sánchez I., Norka; Arias C., Martha. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. Cuba, 2013.  
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013000300001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013000300001&script=sci_arttext)

6. Alvarado Ñ., Carlos. Implantes anticonceptivos subdérmicos. Clínica Central – INPPARES. Perú, 2012.  
Disponible en: <http://www.inppares.org>
7. Chávez M., Carmen. Asociación entre el uso del acetato de medroxiprogesterona con el grado de conocimiento del mecanismo de acción y efectos secundarios en el C.S. Primavera: enero – febrero. Perú, 2012.  
Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3002>
8. Rivera T., Graciela; Viveros G., María; Ávila G., Patricia; Miguel O., Deisy; Vélez M., Guadalupe. Efectos secundarios del implante subdérmico Implanón, como método anticonceptivo. Hospital Central Militar. México, 2010.  
Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2010/sm106f.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2010/sm106f.pdf)
9. Métodos anticonceptivos – implante subdérmico.  
Disponible en:  
[http://www.endocrinologia.org.mx/imagenes/archivos/Implante subdérmico](http://www.endocrinologia.org.mx/imagenes/archivos/Implante_subdérmico)
10. Depo-provera, Suspensión Acuosa Estéril. Ministerio de Salud, Secretaría de Política, Regulación e Institutos. Argentina, 2012.  
Disponible en:  
[www.anmat.gov.ar/boletin\\_anmat/agosto\\_2012/Dispo\\_4507-12.pdf](http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/agosto_2012/Dispo_4507-12.pdf)
11. Acetato de Medroxiprogesterona. PFIZER. Colombia, 2013.  
Disponible en:  
[www.pfizerpro.com.co/sites/g/files/g10017511/f/.../lld\\_provera\\_0.pdf](http://www.pfizerpro.com.co/sites/g/files/g10017511/f/.../lld_provera_0.pdf)

12. Jadelle. Implante subdérmico. Instituto de Salud Pública de Chile. Chile, 2010.

Disponible en: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/u7/F-17920-10.pdf>

13. Normas y procedimientos de atención para: Planificación familiar, climaterio / menopausia, infertilidad. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Riesgos Poblacionales. Dirección General de Promoción de la Salud. Departamento de Salud Integral a la Familia. Programa de Atención Integral a la Mujer. Tegucigalpa, Honduras, 2010.

Disponible en: [www.paho.org/hon/index.php.pdf](http://www.paho.org/hon/index.php.pdf)

14. Encuesta Nacional de Salud y Familia. ENDES. Perú, 2014.

Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2014>.

15. Métodos Anticonceptivos. Guía Práctica para Profesionales de la Salud. Argentina, 2012.

Disponible en:

<http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-Pract-MAC-completa.pdf>

16. Lara R., Roger. Evaluación de la aceptación de un implante anticonceptivo subdérmico de una sola varilla de etonogestrel. Departamento de Planificación familiar en el Instituto Nacional de Perinatología. México, 2011.

Disponible en: [www.ameges.com.ar/documentos/implantes/formacion.pdf](http://www.ameges.com.ar/documentos/implantes/formacion.pdf)

17. Otero F., Braulio. Evaluación de la aceptación de una anticonceptivo a base de etonogestrel en forma de Implante subdérmico de una varilla (Implanón). Seguimiento a 18 meses. Coordinación de la Salud Reproductiva. Instituto Mexicano de Seguro Social. México, 2011.

Disponible en:

[www.ameges.com.mx/documentos/implantes/formacion.pdf](http://www.ameges.com.mx/documentos/implantes/formacion.pdf)



18. Díaz M., Soledad. Anticoncepción hormonal de progestágeno sólo. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Chile, 2011.

Disponible en: [www.icmer.org](http://www.icmer.org)

19. Ortega T., Rocío. Anticonceptivos Hormonales: ¿son todos iguales? Beneficios y riesgos de su uso. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de las Nieves Granada. España, 2011.

Disponible en:

[www.hvn.es/servicios...y.../clase2011\\_anticoncepcion\\_hormonal.pdf](http://www.hvn.es/servicios...y.../clase2011_anticoncepcion_hormonal.pdf)

20. Dávila S., Sandra; Mamani C., Sayda. Acetato de Medroxiprogesterona y su relación con la obesidad en usuarias continuadoras. Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero – diciembre, 2012. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Obstetricia. Perú, 2015.

Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1122>

21. Gonzales F., Cristina; Fernández R., Javier. Manejo de los Implantes subdérmicos de etonogestrel en Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 4, no. 2 Albacete. España, 2011.

Disponible en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=169619932009](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169619932009)

22. García L., Felicitas; López B., Silvia; Medina R., Gilberto; Ramírez D., Eva; Uriarte O., Silvia. Frecuencia de efectos adversos en usuarias de implante subdérmico. Delegación de Enfermería en Atención Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 19, no. 1. México, 2011.

Disponible en:

[www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim111e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim111e.pdf)

23. División G., Juan; Escobar C., Carlos; Seguí D., Manuel. Provisión gratuita de anticonceptivos de larga duración y embarazos en adolescentes. Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM), Murcia. SEMERGEN – Medicina de Familia, vol. 41, no. 03. España, 2014.

Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-provision-gratuita-anticonceptivos-larga-duracion-90399165>

24. Ramos Q., Marisabel. Efectos del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias del consultorio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Perú, 2015.

Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4317>

25. Otero F., Braulio. Sobre el Implante anticonceptivo de una sola varilla de Etonogestrel. 2º Consenso Mexicano. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. México, 2010.

Disponible en:

<http://www.ameges.com.ar/documentos/implantes/Segundo%20consenso%20Mexicano.pdf>

26. Fabien Sfez. Diccionario médico. Febrero, 2016, Levallois – Perret, Francia.

Disponible en: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico.html>

27. Real Academia Española (RAE) – Asociación de Academias de la Lengua Española. Publicado, Octubre 2014, Madrid.

Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/>

# **ANEXOS**

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANON Y DEPOPROVERA COMO METODOS ANTICONCEPTIVOS EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2014.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuáles son los efectos secundarios del Implanón y depoprovera como métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar del hospital María Auxiliadora, 2014?	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar los efectos secundario del implanón y depoprovera como métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar del hospital María Auxiliadora, 2014</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los efectos secundarios del Implanón como método anticonceptivo en usuarias de planificación familiar del hospital María Auxiliadora, 2014.</li> <li>Identificar los efectos secundarios de la depoprovera como método anticonceptivo en usuarias de planificación familiar del hospital María Auxiliadora, 2014.</li> </ul>	<p>Por ser un estudio descriptivo no amerita de hipótesis.</p>	<p>Efectos Secundarios del Implanón</p>	<p>Manchado o sangrado irregular. Sangrado prolongado. Amenorrea. Presencia de nódulos en mamas. Mastodinia. Aumento de peso corporal &gt;2kg. Cambios de carácter. Presencia de acné facial. Sensibilidad y/o dolor en el lugar de inserción del implante. Dismenorrea. Cefalea.</p>	<p><b>TIPO:</b> Descriptivo Prospectivo de corte transversal.</p> <p><b>NIVEL:</b> Aplicativo</p> <p><b>MÉTODO:</b> Cuantitativo</p> <p><b>POBLACIÓN:</b> Consta de 437 usuarias del método anticonceptivo depoprovera y 167 usuarias del método anticonceptivo Implanón.</p> <p><b>MUESTRA:</b> Son 171 usuarias del método anticonceptivo depoprovera y 65 usuarias del método anticonceptivo Implanón.</p>
			<p>Efectos Secundarios de la Depoprovera</p>	<p>Manchado o sangrado irregular. Sangrado prolongado. Amenorrea. Aumento del peso corporal &gt;2kg. Cambios de carácter. Aumento de sueño. Dolores óseos. Dismenorrea. Cefalea. Presencia de mareos. Sensación de fatiga y/o debilidad.</p>	



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

Estimada usuaria, la presente encuesta es de manera anónima y voluntaria con la finalidad de recolectar datos para un trabajo de investigación con el objetivo de determinar los efectos secundarios del Implanón y depoprovera como métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil atendidas en el hospital María Auxiliadora en el año 2014.

Agradezco por anticipado su gentil participación.

**I. DATOS GENERALES:**

I.1 Edad: \_\_\_\_\_.

I.2 Estado Civil:

Soltera  casada  conviviente

Otro (especificar): \_\_\_\_\_

I.3 Grado de instrucción:

Sin estudios	<input type="checkbox"/>	Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Superior completa	<input type="checkbox"/>
		Superior incompleta	<input type="checkbox"/>

I.4 Ocupación:

Ama de casa  Comerciante   
Estudiante  Otro (especificar):\_\_\_\_\_.

I.5 Número de hijos vivos:

I.6 Fecha de último parto:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### MÉTODO ANTICONCEPTIVO: IMPLANTE

1.1 Fecha de colocación del implante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

1.2 Tiempo de uso del implante: \_\_\_\_\_.

### EFFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE

- Después de la inserción del implante:

1.1. ¿Hubo cambios en la menstruación con respecto a la cantidad?

a) Aumentado  b) Disminuido  c) Sin cambios

1.2 ¿Hubo cambios en la menstruación con referencia a los días?

a) Aumentado  b) Disminuido  c) Sin cambios

1.3 ¿Hubo ausencia de menstruación?

a) Si  b) No

- Si la respuesta es sí, indique la fecha de su última menstruación:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.4. ¿Ha aumentado de peso?

a) Si  b) No

- Si la respuesta es sí, ¿cuántos kilos ha subido? \_\_\_\_\_.

1.5 ¿Ha cambiado su carácter?

a) Si  b) No

- Si la respuesta es sí, detalle por favor (sensible, colérica...):

\_\_\_\_\_.

1.6 ¿Ha sentido bolitas en los senos?

a) Si  b) No

1.7 ¿Siente sus senos sensibles o dolorosos?

a) Nunca  b) Casi nunca  c) Frecuente   
d) Siempre

1.8 ¿Ha presentado granitos, espinillas y/o acné en el rostro?

a) Nunca  b) Casi nunca  c) Frecuente   
d) Siempre

1.9 ¿Ha presentado dolor en el brazo donde se colocó el implante?

a) Nunca  b) Casi nunca  c) Frecuente   
d) Siempre

1.10 ¿Presenta dolores menstruales?

a) Nunca  b) Casi nunca  c) Frecuente   
d) Siempre

1.11 ¿Ha presentado dolor de cabeza?

a) Nunca  b) Casi nunca  c) Frecuente   
d) Siempre

1.12 ¿Por qué se colocó el implante y no otro método anticonceptivo?

• \_\_\_\_\_.

Gracias por su colaboración.



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

Estimada usuaria, la presente encuesta es de manera anónima y voluntaria con la finalidad de recolectar datos para un trabajo de investigación con el objetivo de determinar los efectos secundarios del Implanón y depoprovera como métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil atendidas en el hospital María Auxiliadora en el año 2015.

Agradezco por anticipado su gentil participación.

### I.DATOS GENERALES:

I.1 Edad: \_\_\_\_\_.

I.2 Estado civil

Soltera  casada  conviviente

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

I.3 Grado de instrucción:

Sin estudios	<input type="checkbox"/>	Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Superior completo	<input type="checkbox"/>
		Superior incompleto	<input type="checkbox"/>

I.4 Ocupación:

Ama de casa  Comerciante   
Estudiante  Otro (especificar): \_\_\_\_\_.

I.5 Número de hijos vivos:



I.6 Fecha de último parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### MÉTODO ANTICONCEPTIVO: AMPOLLA DE TRES MESES

1.1 Fecha de colocación de la ampolla: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

1.2 Tiempo de uso de la ampolla: \_\_\_\_\_.

### EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA AMPOLLA DE TRES MESES

- Después de la aplicación de la ampolla:

1.1 ¿Hubo cambios en la menstruación con respecto a la cantidad?

a) Aumentado  b) Disminuido  c) Sin cambios

1.2 ¿Hubo cambios en la menstruación con referencia a los días?

a) Aumentado  b) Disminuido  c) Sin cambios

1.3 ¿Hubo ausencia de menstruación?

b) Si  b) No

- Si la respuesta es sí, indique la fecha de su última menstruación:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

1.4 ¿Ha aumentado de peso?

a) Si  b) No

- Si la respuesta es sí, ¿cuántos kilos ha subido? \_\_\_\_\_.

1.5 ¿Ha cambiado su carácter?

a) Si  b) No

- Si la respuesta es sí, detalle por favor (sensible, colérica...):

\_\_\_\_\_.

1.6 ¿Ha presentado aumento de sueño?

a) Si  b) No

1.7 ¿Ha presentado dolores en los huesos?

a) Nunca  b) Casi nunca  c) Frecuente   
d) Siempre

1.8 ¿Presenta dolores menstruales?

a) Nunca  b) Casi nunca  c) Frecuente   
d) Siempre

1.9 ¿Ha presentado dolor de cabeza?

a) Nunca  b) Casi nunca  c) Frecuente   
d) Siempre

1.10 ¿Ha presentado mareos?

a) Nunca  b) Casi nunca  c) Frecuente   
d) Siempre

1.11 ¿Ha presentado cansancio y/o debilidad?

a) Nunca  b) Casi nunca  c) Frecuente   
d) Siempre

1.12 ¿Por qué eligió la ampolla de tres meses y no otro método anticonceptivo?

• \_\_\_\_\_.

Gracias por su colaboración.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Luis Fernando Ordoñez Torres

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

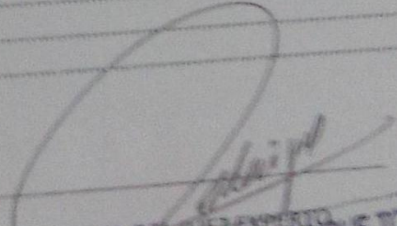
CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio			
3. La estructura del instrumento es adecuado			
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
6. Los ítems son claros y entendibles			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación			

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

  
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO  
**LUIS FERNANDO ORDOÑEZ TORRE**  
 C.O.P. 12113  
 MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL MARIA AUXILIADORA  
 JEFE DE OBSTETRICAS

ESCALA DE CALIFICACIÓN  
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): ..... ERICKA ACHARTE QUISPE

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	1		
3. La estructura del instrumento es adecuado	1		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	1		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1		
6. Los ítems son claros y entendibles	1		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	1		

SUGERENCIAS:.....  
.....  
.....  
.....

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL MARIANITA  
ERICKA KARIM ACHARTE QUISPE  
OBSTETRIZ  
COP. 11206

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Rosal Pineda Pavia

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	/		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	/		
3. La estructura del instrumento es adecuado	/		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	/		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	/		
6. Los ítems son claros y entendibles	/		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	/		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL MARIA AUXILIADORA  
Pineda  
 PINEDA SORIA ROSA  
 OBSTETRA C.O.P. 2148  
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



## CONSTANCIA

El que suscribe, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital María Auxiliadora, CERTIFICA que el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Versión del 10 de Mayo del presente; Titulado: "EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANON Y DEPOPROVERA COMO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2014"; con Código Único de Inscripción: HMA/CIEI/016/16, presentado por la Investigadora Principal: Bach. Alva PARI YANAPA; ha sido **REVISADO**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el Comité Institucional de Ética en Investigación. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo a los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **23 de Agosto del 2017**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 23 de Agosto del 2016.

Atentamente.



MIRIAM IEGSB  
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA  
MD. JORGE ROLD GORTIZ  
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

JPC/mags.  
c.c. Investigadora Principal.  
c.c. Archivo.

