

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA



IMPLANTE HORMONAL SUBDÉRMICO COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO: EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD N° 16 RAFAEL CALZADA

Tesista: Marcos Esteban Rodriguez

Tutor de tesis: Dra. Claudia Arean

Universidad: Universidad Abierta Interamericana

Facultad: Medicina y ciencias de la salud

Fecha de presentación: 02/12/2019

INDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
Introducción al problema	8
Delimitación del problema	9
Objetivos	9
Marco Teórico	9
Planificación Familiar y Anticoncepción	9
Los Implantes Hormonales Subdérmicos	14
Abandono del uso del implante hormonal subdérmico.	15
MATERIAL Y MÉTODOS	18
Sitio donde se realizó la investigación	18
Población	18
Universo y Muestra	18
Criterios de Inclusión	18
Criterios de Exclusión	18
Instrumento y técnicas para la recolección de datos	18
Métodos para el análisis estadístico de los datos	19
RESULTADOS OBTENIDOS	19
Presentación, análisis e interpretación de los resultados	19
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	25
Discusión	26
Conclusiones	28
Recomendaciones	28
BIBLIOGRAFÍA	30

TABLAS

Tabla 1. Problemas menstruales reportados en estudios de implantes subdérmicos con levonorgestrel.	16
Tabla 2. Porcentajes, máximos y mínimos, de efectos adversos presentados por las mujeres que usan implantes hormonales subdérmicos, reportados en la literatura.	17
Tabla 3. Patrón de sangrado, presentado por las pacientes encuestadas, durante distintos periodos de uso del implante hormonal subdérmico. Porcentaje encontrados en la muestra analizada.	22

FIGURAS

Figura 1. Fotografía del primer implante hormonal subdérmico que salió al mercado como método anticonceptivo, NORPLANT®.	15
Figura 2. Cronograma de actividades ejecutadas en la investigación.	19
Figura 3. Nivel de Instrucción de las usuarias del Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada entrevistadas, según el rango de edad (en cantidad de mujeres).	20
Figura 4. Estado civil de las usuarias del Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada entrevistadas, según el rango de edad.	20
Figura 5. Situación laboral de las usuarias del Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada entrevistadas, según el rango de edad.	21
Figura 6. Discontinuación del implante hormonal subdérmico por las usuarias del Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada entrevistadas, según el rango de edad.	21
Figura 7. Consultas realizadas por las pacientes que presentan sangrado frecuente, prolongado y/o abundante por el uso del implante hormonal subdérmico.	23
Figura 8. Tipos de tratamientos adicionales administrados a las pacientes con patrones de sangrado irregular por el uso del implante hormonal subdérmico.	23
Figura 9. Efectos adversos manifestados por las usuarias del implante hormonal subdérmico, en porcentaje.	24
Figura 10. Efecto del uso del implante hormonal subdérmico sobre el peso de las mujeres encuestadas.	24
Figura 11. Motivos por los cuales las mujeres que usan el implante hormonal subdérmico continuarían utilizando este método de anticoncepción.	25
Figura 12. Motivos por los cuales las mujeres que usan el implante hormonal subdérmico discontinuarían este método de anticoncepción.	25

IMPLANTE HORMONAL SUBDÉRMICO COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO: EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD N° 16 RAFAEL CALZADA

RESUMEN

Introducción: El aumento del uso de anticonceptivos reversibles de larga duración, entre ellos los implantes subdérmicos, conlleva al análisis de los efectos secundarios y problemas de salud derivados de su uso. En función de lo expuesto, se realizó esta investigación, que tuvo como objetivo general analizar los principales efectos adversos que producen el abandono del implante subdérmico como método anticonceptivo en las pacientes del Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada durante el año 2019.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo, cuantitativo y no experimental a una muestra de 280 casos de mujeres (14 a 36 años de edad), que abandonaron el tratamiento anticonceptivo del implante subdérmico debido a sus efectos secundarios, durante enero y julio de 2019. Se recolectaron 180 historias clínicas y se realizaron 100 encuestas usando un cuestionario con preguntas, en su mayoría, cerradas. Para el análisis de los datos, la información se procesó mediante la elaboración de una base de datos con ayuda del programa Microsoft Excel®, la cual se analizó utilizando la estadística descriptiva simple de frecuencias, obteniéndose distribuciones absolutas y porcentuales de la variable en estudio. Los resultados se presentaron en tablas simples y en forma gráfica.

Resultados: La prevalencia de abandono del tratamiento anticonceptivo resultó ser del 30,00% en la muestra total. Por rango etario se tiene que las tasas de abandono del implante subdérmico, en orden ascendente son: 11,89% (20-29 años); 47,62% (30-36 años) y 49,47% (14-19 años). Los efectos adversos relacionados con el uso del implante hormonal subdérmico como tratamiento anticonceptivo según su frecuencia son: las cefaleas (40,00%), el acné (25,67%), el cambio de patrón de sangrado (25,00%), el aumento de peso (23,33%), el aumento del apetito (13,33%), las alteraciones emocionales (12,33%), la disminución de la libido (5,67%) y los dolores mamarios (3,00%).

Conclusiones: Las principales causas asociadas al abandono del tratamiento anticonceptivo con implantes subdérmicos del Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada durante el año 2019 son los cambios en los patrones de sangrado (48,60%), los efectos adversos (31,78%) y la intención de tener descendencia (19,62%).

Palabras clave: Causas de abandono, implante subdérmico, anticonceptivo, planificación familiar.

HORMONAL SUBDERMAL IMPLANT AS AN ANTI-CONCEPTIVE METHOD: CAUSES ASSOCIATED WITH THE ABANDONMENT OF THE TREATMENT IN THE PRIMARY HEALTH CARE CENTER No. 16 RAFAEL CALZADA

ABSTRACT

Introduction: The increased use of long duration reversible contraceptives, among them the subdermal implants, leads to the analysis of side effects and health problems arising from their use. Data revealed in several studies on the subject show that the 68.0% of women are satisfied with the use of implants. However, the treatment abandonment rate before its expiration occurs in 32, 7% of the patients. The most frequent reasons for the interruption of use are the adverse events (13.9%), hemorrhagic irregularities (10.4%) and pregnancy planning (4.1%). In Argentina, the directorate of sexual and reproductive health reports that the main reasons for the implant removal are menstrual disorders (38.3%), gain weight (32.0%), hemorrhages (27.5%), headaches (22%) and the search for pregnancies (14.5%). Based on the above, this research was carried out, which had as a general objective to analyze the main adverse effects that caused the abandonment of the subdermal implant as a contraceptive method in the patients of the Center Primary Health Care No.16 Rafael Calzada during the year 2019.

Materials and Methods: A cross-sectional study was carried out, descriptive, quantitative and non-experimental was carried out on a sample of 280 cases of women (14 to 36 years old), who abandoned the subdermal implant contraceptive treatment because of the side effects, during January and July in 2019. 180 medical records were collected and 100 surveys were conducted using questionnaire with questions, most of them, closed. For the analysis of the data, the information was processed through the elaboration of a database with the help of the Microsoft Excel; it was analyzed using the simple descriptive statistics of frequencies, obtaining absolute and percentage distributions of the variable under study. The results were presented in simple tables and in a graphic form.

Results: The prevalence of the abandonment in the contraceptive treatment was 30.00% in the total sample. By the age range we have the abandonment rates of the subdermal implant, in ascending order they are: 11,89% (20-29 years old); 47,62% (30-36 years old) and 49,47% (14-19 years old). The side effects related to the use of the subdermal hormonal implant as a contraceptive treatment according to its frequency they are: headaches (40.00%), acne (25.67%), change of the bleeding pattern (25.00%), gain weight (23.33%), increased appetite (13.33%), emotional disturbances (12.33%), decreased libido (5.67%) and breast pains (3.00%).

Conclusions: The main associated causes with the abandonment of the contraceptive treatment with subdermal implants of the Center Primary Health Care No.16 of Rafael Calzada during the year 2019 are changes in bleeding patterns (48.60%), adverse effects (31.78%) and the intention of having offspring (19.62%).

Key Words: Causes of abandonment, subdermal implant, contraceptive, family planning.

1. INTRODUCCIÓN

A. Introducción al problema

En años recientes ha aumentado el interés mundial sobre el uso de anticonceptivos reversibles de larga duración, los cuales incluyen los dispositivos intrauterinos y el implante hormonal subdérmico. El concepto inicial como método contraceptivo de este último se presentó en el año 1966, y desde entonces se propuso el uso de una progestina, la cual se libera en dosis bajas durante un periodo de tiempo determinado. A lo largo de los años, este método ha sido estudiado, aceptado y utilizado en diversos países, por lo que hoy en día se considera como un método seguro y eficaz, que se utiliza por más de once millones de mujeres en sesenta países (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el uso de anticonceptivos hormonales subdérmicos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y Latinoamérica, pero sigue siendo muy baja en África Sub-Sahariana (2).

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina (3) evidenció que el porcentaje de mujeres que decide retirarse el implante subdérmico antes del primer año de su colocación alcanzó el 11,9 %, mientras que en el segundo año de uso fue de 1,2 %. En cuanto al nivel de adherencia de acuerdo a las edades, determinó que la tasa de retiro es menor entre mujeres entre 15 a 19 años (11,0%), mientras que en las de entre 20 a 24 años asciende al 15,0%, lo que indica que este método anticonceptivo de larga duración constituye una estrategia significativa en el diseño de una política de prevención de embarazos no intencionales.

Por esta razón, la OMS ha manifestado su preocupación por aclarar y evaluar la eficacia de estos métodos anticonceptivos, así como de conocer sus efectos adversos y problemas de salud derivados del empleo de este medio contraceptivo que conllevan al abandono de su uso (4).

En este sentido, se ha encontrado que las razones reportadas para la interrupción del uso del implante subdérmico antes de la fecha de caducidad, con más frecuencia, fueron los eventos adversos (13,9%), las irregularidades hemorrágicas (10,4%) y la planificación del embarazo (4,1%) (5). Otros estudios muestran que la primera causa para la extracción del implante subdérmico eran los cambios menstruales (60%) (6).

También se ha reportado que el efecto adverso más frecuente fue la cefalea (15,3%); sin embargo, solamente el 1,6% de las mujeres con cefalea la indicaron como motivo de interrupción del método (6). Otros efectos adversos observados son: el aumento de peso (13,4%), el acné (13,1%), la mastodinia (12,8%), los mareos (7,2%) y los cambios de humor (7).

En función de la situación expuesta, la determinación de los factores adversos es, entonces, de vital importancia a la hora de establecer programas de apoyo para la planificación familiar. En este sentido, se plantea como interrogante de la investigación: ¿Cuáles son los principales efectos adversos por los cuales

las mujeres abandonan el implante subdérmico como método anticonceptivo en el Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada?

La investigación toma como marco de referencia la Ley N° 25.673 (8) que establece la normativa para la educación sexual y la utilización de los distintos métodos anticonceptivos que se encuentran a disposición en los centros de salud de Argentina. Se espera que la difusión de este estudio fomente la asunción de responsabilidades en esta materia, como parte del proceso para recolectar información relevante para la promoción de programas de planificación familiar.

B. Delimitación del problema

¿Cuáles son los principales efectos adversos por los cuales las mujeres abandonan el implante como método anticonceptivo en el Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada?

C. Objetivos

C.1. Objetivo General

Analizar los principales efectos adversos que producen el abandono del implante hormonal subdérmico como método anticonceptivo.

C.2. Objetivos Específicos

- ✓ Discutir sobre los efectos adversos producidos por el implante en cuanto a su colocación, durante el tiempo de uso y con su posterior extracción.
- ✓ Determinar las causas por las cuales fueron extraídos los implantes subdérmicos antes de su vencimiento.
- ✓ Analizar los motivos de su elección dentro del grupo etario.
- ✓ Precisar las razones de su “popularidad” en el escenario social

D. Marco Teórico

D.1. Planificación Familiar y Anticoncepción

La planificación familiar es el conjunto de prestaciones ofrecidas por profesionales de la salud que están orientadas al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en las prácticas sexuales y es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos regionales y nacionales por alcanzar el desarrollo (9).

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos de anticoncepción preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar, la autonomía de los pacientes y al mismo tiempo apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades (10).

En Argentina, algunas políticas gubernamentales interrumpieron toda actividad de asesoramiento y asistencia en anticoncepción en los servicios públicos de salud, como por ejemplo el gobierno constitucional de Isabel Martínez de Perón y la dictadura de Videla (11), lo cual perjudicó a las mujeres de menores recursos económicos, que son quienes recurren a esos centros asistenciales. Las mujeres de sectores más pudientes, al poder afrontar los gastos de atención ginecológica, tuvieron más oportunidades de planificación familiar.

Esas medidas coercitivas se derogaron en la década de 1980; sin embargo, se continuaban encontrando obstáculos debidos principalmente a la ausencia de normativas claras en los ministerios y/o secretarías de salud, lo que permitió que las decisiones se tomaran por arbitrio de los jefes de ginecología y obstetricia de los hospitales públicos (12). Hasta los años noventa persistieron dificultades políticas, legislativas y de recursos para la implantación de medidas de planificación familiar en la salud pública (13, 14).

El parlamento argentino promulgó en el año 2002 la Ley de Procreación Responsable (8), la cual puso en vigencia el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, que habilita a los hospitales y centros de salud públicos a prescribir y entregar en forma gratuita métodos anticonceptivos a mujeres y hombres que así lo soliciten. La mencionada ley establece que el suministro de métodos anticonceptivos será incluido en el Programa Médico Obligatorio, PMO, en el nomenclador de prácticas médicas y el nomenclador farmacológico.

D.2. Generalidades de los Métodos Anticonceptivos

Un método anticonceptivo viene a ser cualquier forma utilizada para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja en forma temporal o permanente. Por lo general, implica medicamentos o dispositivos con distinto nivel de efectividad (15). Su uso puede ocasionar diversos efectos adversos que provocan rechazo de los pacientes que los utilizan.

Los documentos antiguos encontrados en distintas partes del mundo atestiguan cómo las civilizaciones ancestrales tenían la voluntad de prevenir los embarazos no deseados. En un texto chino en el 2700 a.C., se encontró la que quizá sea la prescripción anticonceptiva más antigua de la humanidad y consistía en un abortivo. Los egipcios también fueron proclives al desarrollo de los anticonceptivos como se demuestra en los papiros de Kahoun o Petrie que datan de 1.850 a.C. y que reflejan la prescripción de varias cremas vaginales (16).

Son muchos los tipos de anticonceptivos usados a lo largo de la historia del hombre; no obstante, de acuerdo a la capacidad de recuperar la capacidad de concebir o no, se tiene que los métodos anticonceptivos se dividen en: reversibles e irreversibles. A continuación se resumen las principales características de los más utilizados.

D.2.1. Métodos Anticonceptivos Reversibles

Un método anticonceptivo reversible es aquel que actúa durante el tiempo que se utiliza; una vez dejado el tratamiento se recupera la fertilidad. Pueden ser del tipo natural u hormonal.

D.2.1.1. Anticonceptivos reversibles naturales

Un método anticonceptivo natural se basa en el funcionamiento del aparato reproductor del hombre y de la mujer para prevenir el embarazo, por tanto, no se utiliza ningún mecanismo de protección externo al cuerpo. Por ejemplo, en el caso de las mujeres se tienen en cuenta los días fértiles en los cuales se produce la ovulación la cual repercute en una mayor probabilidad de embarazo. En el caso de los hombres, se debe controlar la eyaculación.

Estos métodos son poco confiables y pueden poner a las personas en riesgo, no solo de un embarazo no deseado, sino de infecciones. Entre los más conocidos se tienen:

✓ ***Coito interrumpido***

También se conoce como “marcha atrás” o “método de retiro”, consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación. Como ventaja principal se tiene que es gratis; no obstante, como desventaja es que requiere mucha concentración y compromiso, por lo que es fácil olvidar la interrupción. Su efectividad es de un 78% (17).

✓ ***Método Ogino-Knauss***

También llamado “método del ritmo” o “método del calendario”, fue desarrollado por el ginecólogo japonés Kyusaku Ogino en 1924 y perfeccionado por el médico austriaco Hermann Knaus en 1928 (18). Consiste en realizar un registro para determinar los días fértiles de la mujer, para saber cuándo puede quedarse embarazada y evitar las relaciones sexuales en esos días. Si se realiza en forma correcta puede alcanzar una efectividad del 60%.

✓ ***Temperatura basal o corporal***

Este método consiste en registrar en tablas la temperatura corporal a lo largo del ciclo menstrual, lo cual permite advertir el aumento de temperatura, entre 0,2 y 0,5 grados, producido por la secreción de progesterona en el ovario tras la ovulación. La principal desventaja de este método es que se debe tomar la temperatura diariamente de la misma forma, sin poder fallar un solo día. Además, cualquier alteración puede afectar la temperatura y dar un error en la lectura, provocando errores. La efectividad de este método es del 85-97% (19).

✓ **Método Billings**

También se llama método del moco cervical, pues se basa en la observación del flujo vaginal para predecir el momento de la ovulación y del periodo más fértil y con mayor riesgo de embarazo. Antes de la ovulación, las secreciones cervicales cambian y crean un entorno que ayuda al espermatozoide a desplazarse por el cuello uterino, el útero y las trompas de Falopio hasta llegar al óvulo, en cambio, al no ovular el flujo es más viscoso. Tiene la desventaja de tener que ser muy meticuloso observando el flujo, y en caso de desear tener relaciones sexuales sin estar seguros de la viscosidad del flujo, es necesario apoyarse con otro método adicional. Tiene una efectividad cercana al 76% (19).

✓ **Abstinencia**

Consiste en practicar relaciones sexuales sin penetración, practicando algunas actividades sexuales, pero sin tener sexo vaginal ni que el semen entre en la vagina. Sin embargo, a pesar de prevenir el embarazo, el sexo oral y/o anal no está exento de enfermedades de transmisión sexual.

D.2.1.2. Anticonceptivos reversibles hormonales de corta duración, SARC

Entre estos se cuentan las píldoras o pastillas anticonceptivas, los parches y las inyecciones.

✓ **Píldora y mini-píldora**

La píldora combinada es una pequeña tableta que contiene hormonas, estrógeno y progestina, las cuales impiden que los ovarios liberen al óvulo. También hacen que el moco cervical sea más viscoso, lo que no permite la movilidad de los espermatozoides. La llamada mini-píldora contiene solamente progestina lo que ofrece una alternativa a las mujeres que se ven afectadas por los estrógenos. Se debe tomar todos los días, a la misma hora, y su precio en ocasiones las hace inaccesibles a algunas mujeres. Su efectividad es del 98% (20).

✓ **Parche anticonceptivo**

Es justamente un parche, parecido a una bandita, que se pega a la piel liberando las hormonas, estrógeno y progestina, a través de ella impidiendo la liberación del óvulo y aumentando la viscosidad del moco cervical. El parche no es transparente, por tanto el método es visible. Se debe cambiar semanalmente, durante tres semanas consecutivas y una de descanso. Su efectividad es de 99% si se usa correctamente; sin embargo hay muchos errores en su uso, lo que lleva a bajar la efectividad a un 91% (17).

✓ **Inyección anticonceptiva**

Es una inyección que contiene hormonas, ya sea una progestina sola o la combinación estrógeno y progestina. Evita la liberación del óvulo y espesa el moco cervical. Requiere la visita mensual o trimestral al médico para su aplicación. Su efectividad si se utiliza adecuadamente es de 99% desde el primer día de uso (20).

D.2.1.3. Anticonceptivos reversibles hormonales de larga duración, LARC

Incluyen los dispositivos intrauterinos, DIU (de cobre y hormonal con levonorgestrel) y el implante hormonal subdérmico, que será analizado en detalle en el punto D.3.

La principal ventaja de estos anticonceptivos es la no dependencia de la usuaria de la realización de acciones cotidianas o periódicas para garantizar el uso correcto del método, como la toma de la píldora diaria, recibir una inyección mensual o cada tres meses, o colocarse un parche semanalmente (21).

✓ **DIU**

Hipócrates fue el precursor del dispositivo intrauterino, DIU, en el siglo IV a.C., ya que descubrió el efecto anticonceptivo que se producía al colocar un cuerpo extraño en el interior del útero, observando su utilización desde épocas remotas en las camellas de los nómadas del desierto para evitar su preñez durante largas travesías (22). Los DIU son artefactos diseñados para colocarse en la cavidad uterina.

Existen cinco marcas diferentes de DIU aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos: Paragard®; Mirena®; Kyleena®; Liletta® y Skyla®.

Estos DIU se dividen en dos tipos: de cobre (solo el Paragard®) y el resto son hormonales, los cuales liberan progestina espesando el moco cervical y evitando, algunas veces, que salga el óvulo del ovario.

Tienen efectividad de hasta 99%; sin embargo, son costosos (17).

D.2.2. Métodos Anticonceptivos Irreversibles

Los métodos anticonceptivos irreversibles o esterilización voluntaria se realizan quirúrgicamente y son recomendados para personas mayores de 35 años que ya hayan tenido hijos. Aquí se tratarán los dos más comunes: la ligadura de trompas y la vasectomía.

✓ **En la mujer: Esterilización quirúrgica o ligadura de trompas.**

Es una cirugía para cerrar las trompas de Falopio de una mujer. Se hace en un hospital o en una clínica de atención ambulatoria. Se puede aplicar anestesia general o raquídea. La duración del procedimiento es de aproximadamente treinta minutos. Requiere de 1 o 2 incisiones

quirúrgicas pequeñas en el abdomen. También se puede realizar después de tener un bebé (a través de una pequeña incisión en el ombligo) o durante una cesárea. Una vez realizada la operación quirúrgica se considera a la persona “estéril”. No se podrá cambiar de opinión después de realizada.

✓ ***En el hombre: Esterilización quirúrgica o vasectomía.***

Es un procedimiento quirúrgico que se realiza con el objetivo de proteger permanentemente contra los embarazos. Es una cirugía sencilla, ambulatoria. Los pequeños conductos del escroto, que transportan el espermatozoide, se cortan o se bloquean. Existen dos tipos de vasectomía: con incisión y sin corte. Los métodos sin corte reducen el riesgo de infección y tardan menor tiempo en cicatrizar. La vasectomía bloquea o corta cada conducto deferente, dejando la espermatozoide fuera del semen. Este último, continuará saliendo del cuerpo a la hora de tener relaciones sexuales, pero sin espermatozoide.

D.3. Los Implantes Hormonales Subdérmicos

Según Mendoza (23), un implante hormonal subdérmico consiste en pequeñas cánulas de silicona que contienen hormonas, principalmente progesterona, que se colocan debajo de la piel de la portadora (en el brazo, cerca de la muñeca) y se van liberando lentamente durante un tiempo determinado. Pertenece al grupo de anticonceptivos hormonales combinados; sin embargo, no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) ni contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

El mecanismo de acción del implante subdérmico implica la liberación del componente hormonal provocando cambios en el moco cervical, haciendo que se vuelva más viscoso, impidiendo así que los espermatozoides lleguen a encontrarse con el óvulo, además inhibe la ovulación produciendo hasta un 99% de efectividad en la contracepción durante un periodo de tres años máximo. La acción anticonceptiva es totalmente reversible.

El primer implante subdérmico que salió al mercado fue aprobado en 1990 en los Estados Unidos (24), fue comercializado con el nombre de NORPLANT®, el cual estaba compuesto por seis cápsulas, de 34mm por 2,4mm de diámetro transversal, que liberaban en promedio 30 microgramos del progestágeno levonorgestrel (LNG) por día. Ofrecían una excelente acción contraceptiva hasta por un periodo de cinco años. En la Fig.1 se muestra una fotografía de este primer implante hormonal subdérmico.

Los implantes evolucionaron y disminuyeron el número de cápsulas facilitando la inserción y extracción de los mismos. La industria Organon en 1998 lanzó al mercado un implante subdérmico que contenía un solo bastón de silicona, de 40mm y 2mm de diámetro transversal, al cual llamó IMPLANON®, el cual contiene 68mg de etonogestrel y protegiendo del embarazo durante tres años (26).

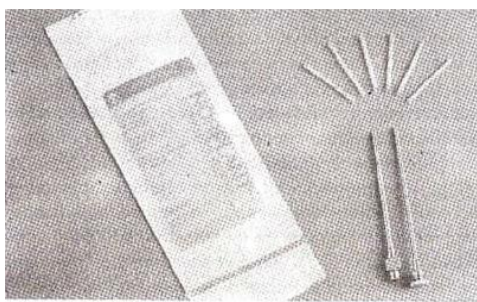


Figure 1. Norplant package.

Figura 1. Fotografía del primer implante hormonal subdérmico que salió al mercado como método anticonceptivo, NORPLANT®.

Fuente: Shamin y colaboradores (25).

Las ventajas del uso del IMPLANON® que muestran diversos estudios son descritas como: su eficacia anticonceptiva superior al 99%, es una buena alternativa para las adolescentes y mujeres con hipertensión, diabetes, anemia, endometriosis, así como de las mujeres lactantes. En todos los casos con valoración previa, obviamente (27).

D.4. Abandono del uso del implante hormonal subdérmico.

A pesar de las ventajas que presenta este tratamiento contraceptivo, los efectos secundarios relacionados con el uso del implante hormonal subdérmico se constituyen como su principal debilidad. A continuación se analizan los principales efectos adversos estudiados en la literatura.

✓ *Modificaciones en el patrón de sangrado menstrual*

El principal efecto secundario está relacionado con las alteraciones en el sangrado menstrual. En un estudio de continuación y satisfacción con anticonceptivos a los 12 meses, el 10,0% de las usuarias de implantes hormonales subdérmicos abandonaron el tratamiento debido a hemorragias impredecibles (28).

Hickey (29) reportó los diversos problemas de sangrado que presentaron las mujeres que han usado un implante subdérmico entre uno y cinco años. En la tabla 1 se muestra un resumen de estos efectos secundarios.

Hasta el momento no se ha establecido un tratamiento para mejorar el sangrado, por lo cual se debe prevenir antes de la inserción sobre la posibilidad de presentar sangrado menstrual irregular. Estudios reportan que solamente entre 10 - 11,3% de las pacientes ha discontinuado su uso debido a sangrado irregular, principalmente por sangrado prolongado y frecuente (30).

Tabla 1. Problemas menstruales reportados en estudios de implantes subdérmicos con levonorgestrel.

Condición menstrual	%, 1 año de uso	%, 2-5 años
Metrorragia	13,4	25,9
Amenorrea	9,8	13,9
Menometrorragia	9,6	20,5
Oligomenorrea	9,5	12,8
Manchado de larga duración	8,9	15,1
Dismenorrea	3,5	8,0
Polimenorrea	2,7	5,0
Síndrome premenstrual	1,8	5,8
Otros	1,5	2,9

Fuente: Hickey (29).

✓ **Acné**

En un estudio de tres años de duración (6), el acné fue el segundo efecto adverso más común, presente en un 12,6%. El 26,0% de las mujeres presentaban acné al inicio del estudio y el 24,0% al final del mismo. De la población total 24,0% padecieron acné y 16,0% presentaron disminución. De la población que al inicio no padecía de acné, 84% se mantuvieron igual y el 16% presentó los síntomas. Sin embargo, solo 1,2% discontinuaron el implante por este motivo.

✓ **Modificaciones en el peso**

Se han reportado variaciones en el peso con aumentos entre 0,4 – 1,5 kilogramos al año (31, 32), en un 13% de las usuarias que utilizan el implante subdérmico. Sin embargo, solamente el 3,3% de las mujeres que muestran aumento de peso abandonan el método anticonceptivo por esta causa.

✓ **Cambios de humor**

Se ha reportado como principal causa del retiro a los cambios de humor (33,34). En una muestra de 310 mujeres, 41 de ellas, lo que equivale al 13,2%, se retiraron el implante alegando este efecto adverso.

✓ **Cefaleas**

La cefalea corresponde a menos del 5,0% de discontinuación de los implantes hormonales subdérmicos (30,35). Los episodios son leves y transitorios generalmente. De este porcentaje, entre el 11,0% y el 18,0% reportan que la cefalea es intensa.

✓ **Náuseas**

Los porcentajes reportados en la literatura que se vinculan con el abandono en el uso del tratamiento del implante hormonal subdérmico

por causa de las náuseas son muy escasos. Sin embargo, se han reportado valores entre el 0,87% y 6,79% (30,36).

✓ **Cambios en las mamas**

Investigadores han reportado que los cambios en las mamas han motivado el retiro del implante hormonal subdérmico. En este sentido, se mencionan porcentajes de discontinuación por esta causa entre un 3,16% y un 12,59% (30,37).

✓ **Dolencias varias**

El retiro del implante subdérmico por dolores distintos a los de cabeza y mamas también se han reportado. Varios investigadores indican que los dolores en el área de inserción han motivado el abandono del tratamiento en valores que van desde el 2,35% al 5,96% (38-39). Otro dolor reportado son los de vientre y sistema digestivo con 5,23% y 3,21%, respectivamente (40,41).

En la tabla 2 se resumen los máximos, y mínimos, porcentajes de algunos de estos efectos encontrados en la literatura.

Tabla 2. Porcentajes, máximos y mínimos, de efectos adversos presentados por las mujeres que usan implantes hormonales subdérmicos, reportados en la literatura.

Efecto Adverso	Mínimo porcentaje reportado	Máximo porcentaje reportado
Dolor de Mamas	22,20	76,00
Dolor de cabeza	5,60	71,70
Acné	5,60	76,00
Disminución de sangrado	59,20	71,10
Aumento de sangrado	3,90	18,60
Aumento de peso	12,00	22,20
Cambios de humor	12,00	29,60
Disminución deseo sexual	22,30	30,00
Aumento seguridad sexual	62,50	85,20

Fuente: (6); (31)-(41)

La consejería en salud sexual y reproductiva ha demostrado ser crucial para asegurar la continuidad en el uso de los implantes hormonales subdérmicos. Las mujeres que han recibido asesoría sobre los posibles efectos adversos, incluyendo los desarreglos menstruales, muestran estar más satisfechas y con mayor disposición de uso (42, 43).

2. MATERIAL Y MÉTODOS

A. Sitio donde se realizó la investigación

La investigación fue realizada en el Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada.

B. Población

La población de este estudio estuvo conformada por las pacientes en edad fértil, entre los 14 y 36 años, al área de ginecología y obstetricia del Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada, durante el periodo enero 2018 a julio de 2019.

C. Universo y Muestra

La muestra estuvo conformada por la recolección de datos de 180 historias clínicas (del total de historias) y 100 mujeres encuestadas.

D. Criterios de Inclusión

Fueron incluidas en la muestra:

- ✓ Mujeres de entre 14 y 36 años que han asistido al Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada, con evento post obstétrico.
- ✓ Sin cobertura social.

E. Criterios de Exclusión

Quedaron excluidas de la muestra:

- ✓ Encuestas incompletas.
- ✓ Mujeres nulíparas.
- ✓ Mujeres con antecedente de enfermedad ginecológica previa.
- ✓ Mujeres que se hayan colocado el implante en otro centro de salud.
- ✓ Mujeres en tratamiento con drogas que interfieran en el efecto del implante subdérmico: anticomiales, azoles.

F. Instrumento y técnicas para la recolección de datos

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, cuantitativo y no experimental en el cual se extrajeron datos de las pacientes que abandonaron el tratamiento de uso del implante hormonal subdérmico IMPLANON® en el Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada durante el año 2019. Estos datos fueron recopilados a partir de las historias clínicas de dicha institución y de encuestas.

Se recolectaron 180 historias clínicas de mujeres que se colocaron el implante subdérmico para determinar cuántas dejaron de usarlo y los diversos factores que las llevaron a solicitar su retiro antes del tiempo de vencimiento. Las historias pertenecían al período de: enero del año 2019 y julio del año

2019. También se realizaron 100 encuestas utilizando como instrumento un cuestionario de elaboración propia, con preguntas cerradas en su mayoría, a mujeres que se colocaron el implante y asistieron a consulta de rutina. (Ver Anexo A).

El personal a cargo de la distribución y recolección del instrumento, fue el propio investigador, quien revisó las historias clínicas y realizó las encuestas, explicando y llenando los cuestionarios.

La revisión de las historias incluyó los meses de enero a junio y la encuesta se realizó durante los meses de mayo y junio. En la Fig.2 se muestra el cronograma de la investigación.

ACTIVIDAD	MES, 2019						
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Fundamentación teórica y metodológica							
Presentación del proyecto							
Recolección de datos							
Registro de datos							
Análisis Estadístico							
Redacción de Informe							

Figura 2. Cronograma de actividades ejecutadas en la investigación.

G. Métodos para el análisis estadístico de los datos

Para el análisis de los datos se procesó la información recolectada mediante la elaboración de una base de datos usando el programa propietario Office®, específicamente Excel®. Una vez establecida la base de datos, se analizaron los mismos por medio de la estadística descriptiva simple de frecuencias, obteniendo distribuciones absolutas y/o porcentuales. Los resultados se presentaron en forma gráfica.

3. RESULTADOS OBTENIDOS

A. Presentación, análisis e interpretación de los resultados

En este apartado se presentan los resultados y la discusión de los mismos, que constituye “La fase de interpretación fundamentada en los resultados del análisis y entrelazada con ella, permite realizar inferencias de las relaciones estudiadas y extraer conclusiones en cuanto a los hallazgos encontrados”. (44). Se distribuyeron los resultados obtenidos según tres rangos de edad: 14-19 años; 20-29 años y 30-36 años.

En función de lo expuesto, se presentan los resultados obtenidos. En la Fig.3 se muestra el total de población estudiada según el nivel de estudios alcanzado. El nivel secundario es la fuente de educación prevalente con un

74,28% del total; en segundo lugar está el nivel primaria con 15,36%, seguidos por los niveles universitarios y posgrado con 9,64% y 0,72%, respectivamente.

El rango de edad de la muestra preponderante resultó ser el grupo de los 20-29 años, con 143 mujeres; le sigue el grupo más joven, de 14-19 años con 95 mujeres, y por último el rango comprendido entre los 30-36 años con 42. El promedio de edad fue de 25,32 años.

Con respecto al estado civil de las pacientes, la Fig.4 muestra el resumen de los resultados obtenidos en este rubro. Se tiene que el 52,14% de la muestra total están casadas (se tomaron las relaciones de hecho como casadas), es decir con pareja sexual fija y constante; 40,71% son solteras; 6,08% son divorciadas y tan solo 1,07% son viudas.



Figura 3. Nivel de Instrucción de las usuarias del Centro de Atención Primaria de Salud Nº 16 Rafael Calzada entrevistadas, según el rango de edad (en cantidad de mujeres).

Fuente: Propia (2019).

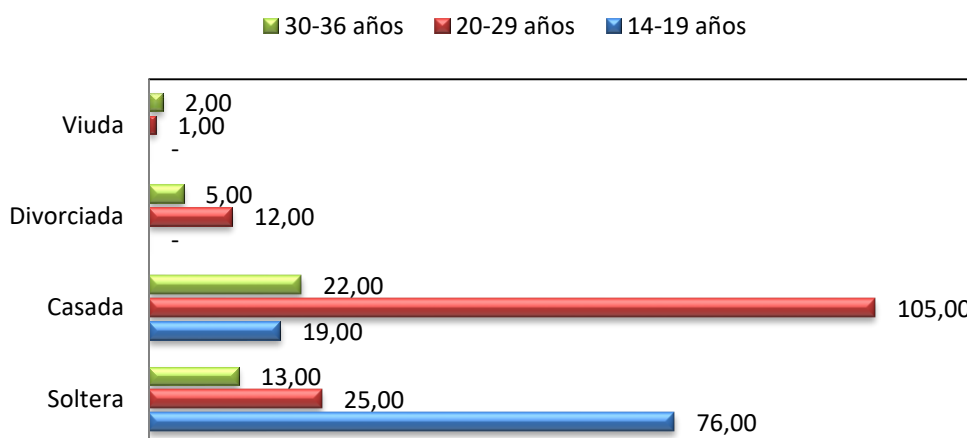


Figura 4. Estado civil de las usuarias del Centro de Atención Primaria de Salud Nº 16 Rafael Calzada entrevistadas, según el rango de edad.

Fuente: Propia (2019).

En la Fig.5 se presentan los resultados de la población que trabaja, resultando ser un total de 121 mujeres trabajadoras del total de la muestra, 43,21%, es decir, menos de la mitad de las mujeres analizadas tienen actividad laboral. A partir de los 20 años es que mayormente trabajan.

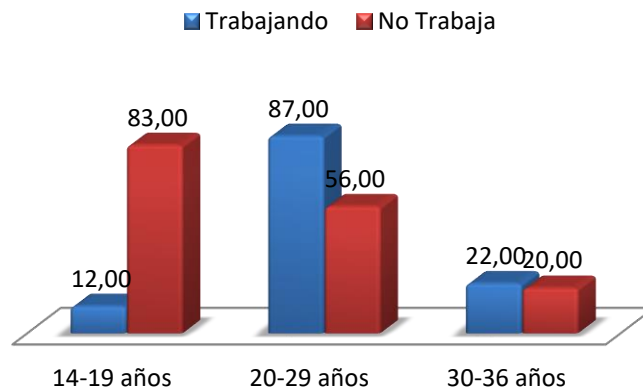


Figura 5. Situación laboral de las usuarias del Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada entrevistadas, según el rango de edad.

Fuente: Propia (2019).

Para determinar los efectos adversos y el abandono del tratamiento del implante hormonal subdérmico, se preguntó a las entrevistadas, y se constató en las historias, si se habían colocado un implante hormonal subdérmico y si se mantenía o, por el contrario, se lo habían retirado. Los resultados obtenidos se muestran en la Fig.6.

Se observa que 84 mujeres abandonaron el uso del implante hormonal subdérmico, es decir, un 30,00% de la muestra analizada. De estas: 47 mujeres pertenecen al rango de edad de 14-19 años; 17 mujeres al grupo de 20-29 años y 20 mujeres al rango de 30-36 años.

Al analizar por rango de edad, el grupo que más abandona el tratamiento es el de 14-19 años con 49,47% de tasa de abandono; en segundo lugar queda el grupo de 30-36 años con 47,62%, y, por último, el grupo de 20-29 años con apenas 11,89%.

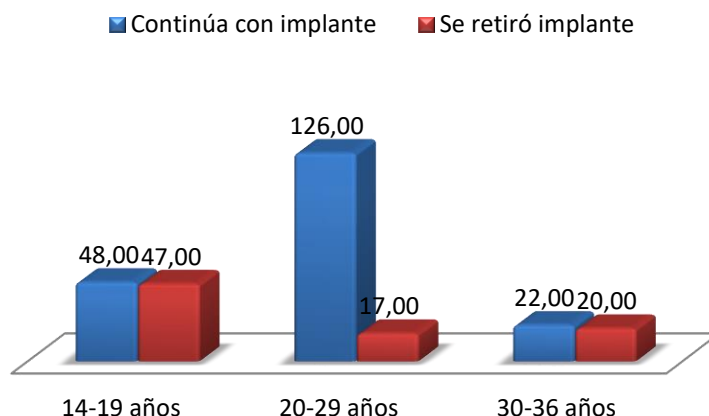


Figura 6. Discontinuación del implante hormonal subdérmico por las usuarias del Centro de Atención Primaria de Salud N° 16 Rafael Calzada entrevistadas, según el rango de edad.

Fuente: Propia (2019).

A las pacientes que continuaban con el uso del tratamiento del implante subdérmico, se les consultó sobre los motivos que las llevaron a usar el método anticonceptivo, así como de sus efectos secundarios. En este sentido, se encontró que apenas 31 mujeres, de las 100 encuestadas, indicaron que antes de someterse al implante hormonal subdérmico recibieron consejería, asesoramiento o información sobre otros métodos anticonceptivos. Sin embargo, 80 mujeres afirmaron ser ellas mismas las que decidieron usar el implante subdérmico; 20 indicaron que lo decidieron otras personas, familiares principalmente. De estas 20 mujeres, seis lo hicieron por indicaciones médicas.

Con respecto al efecto del implante hormonal subdérmico sobre el sangrado menstrual, se encontró que el promedio de días de duración antes de usar el método anticonceptivo fue de 4,68 días; por el contrario, posterior al uso del implante subdérmico aumentó a 7,23 días.

El análisis de los patrones de sangrado se muestra en la tabla 3. Se observa claramente que los flujos de sangrado abundante, frecuente y prolongado son los más relevantes, desde el primer trimestre de uso del tratamiento hasta el año.

A las pacientes que presentan este tipo de patrones de sangrado se les consultó a quién recurrió para buscar ayuda. Las respuestas se observan en la Fig.7. La mayor fuente de consulta fueron los médicos (29 veces), afortunadamente, seguidos por los farmacéuticos (21 veces). La familia y los amigos están en el tercer y cuarto orden, respectivamente.

Tabla 3. Patrón de sangrado, presentado por las pacientes encuestadas, durante distintos periodos de uso del implante hormonal subdérmico. Porcentaje encontrados en la muestra analizada.

Patología	%, 3 meses	%, 6 meses	%, actual
Amenorrea	1,00	3,00	4,00
Sangrado infrecuente	6,00	9,00	12,00
Sangrado frecuente	24,00	26,00	16,00
Sangrado abundante	28,00	25,00	28,00
Sangrado prolongado	16,00	15,00	22,00
Ciclos normales	25,00	22,00	18,00

Fuente: Propia.

68,18% de las mujeres que presentaron problemas de sangrado recibieron tratamiento para estas condiciones. En la Fig.8 se observa que la mayoría (22) fue tratada con calmantes y/o antiinflamatorios; a 12 se les recomendó tratamiento con píldoras anticonceptivas; y a 10 se le administraron hormonas, antibióticos o coagulantes. El 52,27% de las mujeres sometidas al tratamiento, 23 mujeres, indicó que el tratamiento les modificó el patrón de sangrado; el restante de las mujeres no obtuvo variación en su condición (21 mujeres).

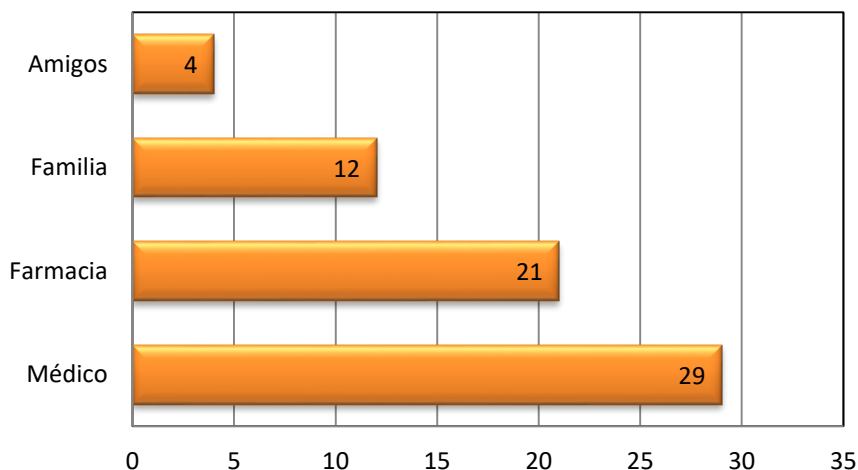


Figura 7. Consultas realizadas por las pacientes que presentan sangrado frecuente, prolongado y/o abundante por el uso del implante hormonal subdérmico.

Fuente: Propia (2019).

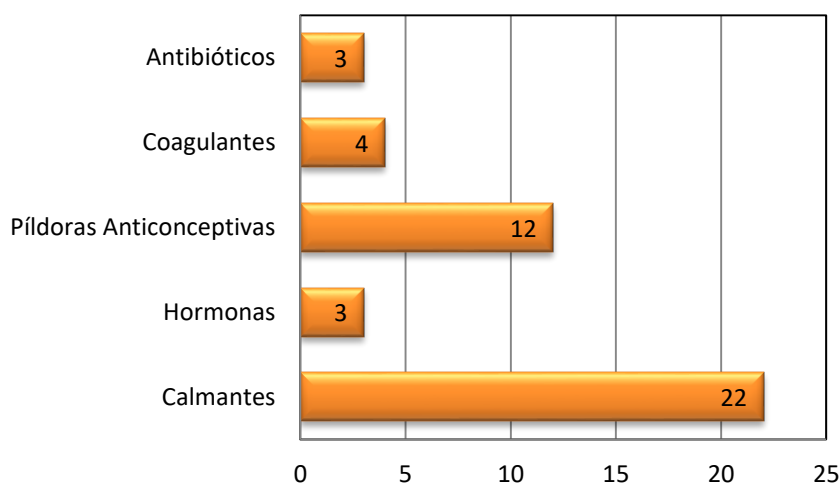


Figura 8. Tipos de tratamientos adicionales administrados a las pacientes con patrones de sangrado irregular por el uso del implante hormonal subdérmico.

Fuente: Propia (2019).

Producto de la revisión de las historias clínicas y de las encuestas, se encontró que otros de los principales efectos adversos encontrados, aparte del sangrado irregular, en un periodo de un año de tratamiento con el implante hormonal subdérmico fueron, en orden de porcentaje promedio: las cefaleas con 40,00%, el acné con 25,67%, el aumento de apetito con 13,33%, la alteración emocional con 12,33%, la pérdida de la libido con 5,67% y el dolor de las mamas, en muy baja proporción con solamente el 3,00%.

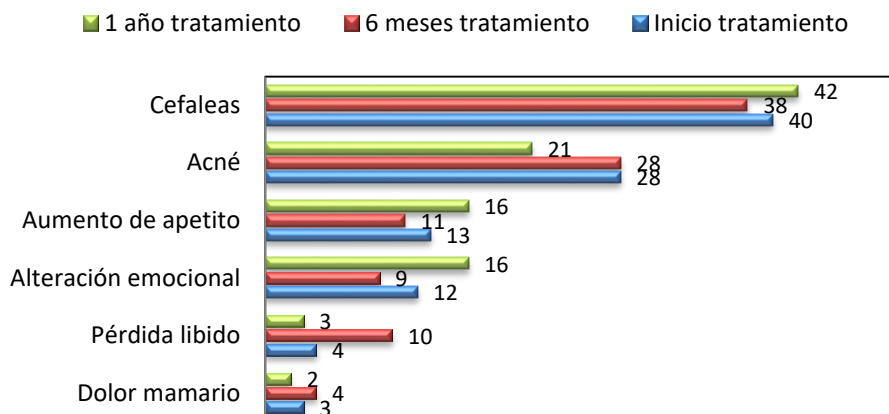


Figura 9. Efectos adversos manifestados por las usuarias del implante hormonal subdérmico, en porcentaje.

Fuente: Propia (2019).

Siendo la variante del peso uno de los efectos adversos del uso del implante hormonal subdérmico más reportados en la literatura, se les preguntó a las encuestadas sobre este efecto en particular, encontrándose que un promedio de 66,67% durante el año no observa modificación del peso; sin embargo, el 23,33% si observa aumento del peso y el 10,00% restante muestra una disminución. En la Fig.10 se observa mejor este comportamiento.

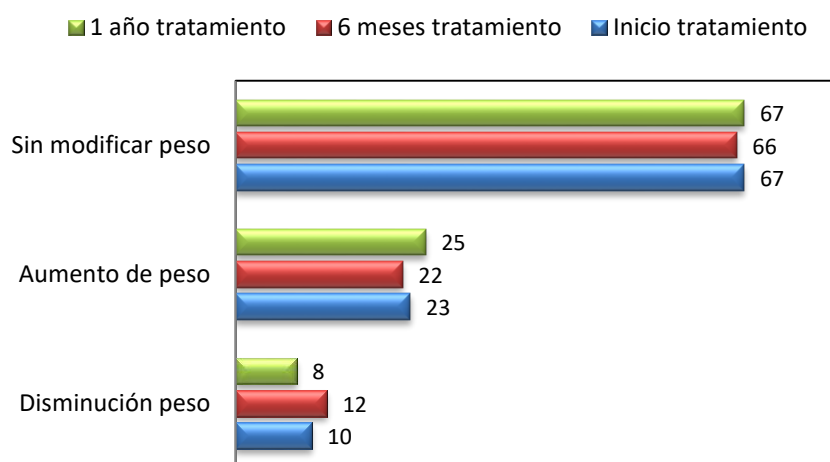


Figura 10. Efecto del uso del implante hormonal subdérmico sobre el peso de las mujeres encuestadas.

Fuente: Propia (2019).

A las encuestadas se les preguntó que si cumplidos los tres años de efectividad del implante, se volvería a colocar un implante hormonal subdérmico, a lo que el 63,00% indicó que sí y el 37,00% que no. Las mujeres que respondieron que continuarían con el implante subdérmico alegan que su decisión se debe, en primer lugar, a la efectividad del método (54,21%); a que no requiere de la toma diaria como las píldoras anticonceptivas (35,51%) y a la comodidad de su administración/colocación. En la Fig.11 se muestra esta opinión.

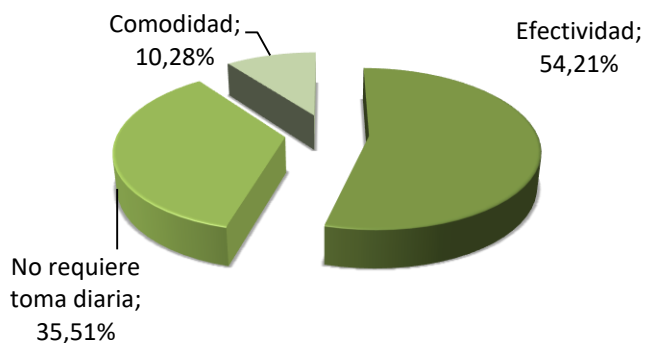


Figura 11. Motivos por los cuales las mujeres que usan el implante hormonal subdérmico continuarían utilizando este método de anticoncepción.
Fuente: Propia (2019).

Las mujeres que respondieron no como respuesta a si se colocarían una extensión del implante hormonal subdérmico, alegan las siguientes razones: en primer lugar el sangrado abundante (48,68%); los efectos adversos en general (31,78%) y el deseo de tener descendencia (19,62%).

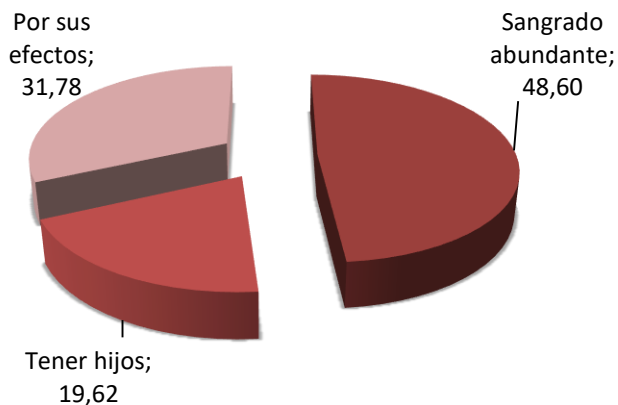


Figura 12. Motivos por los cuales las mujeres que usan el implante hormonal subdérmico discontinuarían este método de anticoncepción.
Fuente: Propia (2019).

4. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Discusión

El 30,00% del total de las mujeres de la muestra decidieron solicitar el retiro del implante hormonal subdérmico, un porcentaje que se encuentra en el orden de los publicados por la evidencia internacional, entre 25% y 33%, reportada por Vega en el 2016 en su estudio “Efectos colaterales del implante subdérmico de etonogestrel de 68mg (Implanon®/Nexplanon®) de las usuarias en el Hospital Nacional Hipólito Unemer” y por Rosales en el 2014 en el trabajo “Efectos adversos relacionados al uso del Implanon en usuarias de planificación familiar del Hospital Regional Hermilo Valdizán”.

Los valores encontrados son muy dispares entre los grupos etarios, puesto que en el caso del grupo de 20-29 años está muy por debajo de lo reportado (apenas 11,89%), mientras que en los grupos de 14-19 años y de 30-36 años están muy por encima con 49,47% y 47,62%, respectivamente. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social con el equipo de Salud Sexual y Reproductiva en el año 2015 presentó el Estudio de Seguimiento y Adherencia al Implante Subdérmico en Adolescentes y Jóvenes en la Argentina, allí reporta que las tasas de abandono no varían tanto con respecto a la edad, caso contrario a lo encontrado en esta investigación.

Las variaciones en el sangrado menstrual afecta la calidad de vida de las usuarias del implante subdérmico. En este estudio se encontró que los principales patrones de sangrado son: el sangrado abundante (27,00%), el sangrado frecuente (22,00%), el sangrado prolongado (17,67%), el sangrado infrecuente (9,00%) y en menor influencia la amenorrea (2,67%). A pesar de ser de magnitud considerable, son menores que los reportados en la literatura. Calixto en su estudio “Retiro temprano del implante subdérmico con etonogestrel en usuarias de un programa de anticoncepción”, reporta que los patrones de sangrado se ven afectados en un 74,50%; Ramos menciona 71,10% en su trabajo “Efectos del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias del consultorio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal”; García indica un 36,00% en “Frecuencia de efectos adversos en usuarias de implante subdérmico” y Leal, que es el más cercano a este estudio con 23,90% en su estudio “Patrón de sangrado uterino en adolescentes usuarias de implante anticonceptivo subdérmico etonogestrel”.

Las cefaleas fueron el principal efecto adverso encontrado (40,00%) justo igual al reportado por Patiño en su trabajo “Evolución a un año de los efectos adversos” y bastante menor a la reportada por Calixto en la investigación “Retiro temprano del implante subdérmico con etonogestrel en usuarias de un programa de anticoncepción” reporta un valor más elevado de 71,70%, por su parte Damey afirma que apenas un 16,00% de cefaleas se producen por el uso del implante hormonal subdérmico en su trabajo “Implante anticonceptivo de etonogestrel”.

En esta investigación se encontró que el acné también es un efecto no esperado con un 25,67% de recurrencia. Rosales, en su trabajo titulado “Efectos adversos relacionados al uso del Implanon en usuarias de planificación familiar del Hospital Regional Hermilo Valdizán” reporta un valor en este sentido de 76,00%, 3 veces más alto que el encontrado aquí. Por otro

lado, Damey en la investigación “Implante anticonceptivo de etonogestrel” muestra un valor de 12,00%, el cual es prácticamente la mitad del obtenido en este trabajo.

El aumento de peso también resultó ser un efecto adverso (23,33%). En este sentido, Torres reporta 15,46% en su estudio “Implantes subdérmicos en pacientes del Subcentro de Salud Sardinas de Jondachi” y García indica un 12,00% en “Frecuencia de efectos adversos en usuarias de implante subdérmico”. El valor encontrado en esta investigación supera aproximadamente el doble del reportado en la literatura consultada.

En este trabajo se encontró que el aumento del apetito fue un efecto secundario importante (13,33%), Torres reportó en su trabajo “Implantes subdérmicos en pacientes del subcentro de salud Sardinas de Jondachi en el periodo noviembre 2013 – junio 2014” que hubo 0,50% de disminución del apetito. En este estudio, no disminuyó, si no que aumentó, esto quizá contribuyó al gran aumento de peso encontrado en este trabajo.

Los efectos del implante subdérmico sobre las alteraciones emocionales resultó ser de 12,33%, lo cual coincide con lo reportado por García en su trabajo “Frecuencia de efectos adversos en usuarias de implante subdérmico” (12,00%).

5,67% de las encuestadas indican una disminución de la libido. Ruiz por su parte reporta un valor mayor, 15,00%, en el estudio “El implante subdérmico como alternativa para mejorar la accesibilidad y reducir la tasa de abandono de métodos anticonceptivos en las mujeres de la comunidad rural Carlos Concha”.

Las molestias en las mamas alcanzaron una recurrencia de 3,00%, muy por debajo de lo reportado por Patiño en su trabajo “Evolución a un año de los efectos adversos” quien encontró un 46,00% de este efecto adverso. Un valor mucho más cercano se le atribuye a Torres en su estudio “Implantes subdérmicos en pacientes del Subcentro de Salud Sardinas de Jondachi” que menciona un porcentaje de 5,15. Por su parte, Rosales en su investigación “Efectos adversos relacionados al uso del Implanon en usuarias de planificación familiar del Hospital Regional Hermilo Valdizán” reporta también un valor elevado de 76,00%.

Los principales factores asociados al abandono del tratamiento de uso de implantes subdérmicos en este trabajo, son los siguientes: el sangrado abundante (48,60%); los efectos adversos (31,78%) y la decisión de tener descendencia (19,62%).

Muchos investigadores reportan el sangrado abundante como principal causa del abandono del tratamiento del implante subdérmico, entre estos García y colaboradores en su trabajo “Frecuencia de efectos adversos en usuarias de implante subdérmico” reportaron que las principales causas de abandono del tratamiento fueron las alteraciones del ciclo menstrual (36,00%), las cefaleas (28,00%), el aumento de peso (12,00%) y los mareos (12,00%). En este estudio se sobrepasa por casi 13 puntos la primera causa de abandono del implante subdérmico.

La decisión de tener descendencia, tercer causa de abandono encontrada en este estudio, ha sido reportada también por Mrwebi y colaboradores en su trabajo “Razones de discontinuación de Implanon® en las usuarias de la Municipalidad Metropolitana de Buffalo City, Suráfrica: Un estudio cruzado” con un valor de 4,30%, 15 puntos por debajo del calculado en este trabajo.

B. Conclusiones

En la región de estudio analizada se puede concluir que:

- ✓ La edad de las pacientes estuvo entre los 14 y los 36 años, con una edad promedio de 25,32 años. El grado de instrucción preponderante fue la secundaria (74,28%), el estado civil fue el de casada (52,14%) y el 43,21% de las mujeres trabaja.
- ✓ El 30,00% de la muestra total analizada abandona el uso del implante hormonal subdérmico.
- ✓ La tasa de retiro es menor entre las mujeres que tienen edades entre los 20-29 años (11,89%). La mayor tasa corresponde al grupo de mujeres con edades entre los 14-19 años (49,47%).
- ✓ El patrón de sangrado afecta la calidad de vida de las usuarias del implante subdérmico, principalmente el sangrado abundante (27,00%), el sangrado frecuente (22,00%), el sangrado prolongado (17,67%), el sangrado infrecuente (9,00%) y en menor influencia la amenorrea (2,67%).
- ✓ Los principales efectos adversos relacionados con el uso del implante hormonal subdérmico como tratamiento anticonceptivo según su frecuencia son: las cefaleas (40,00%), el acné (25,67%), el cambio de patrón de sangrado (25,00%), el aumento de peso (23,33%), el aumento del apetito (13,33%), las alteraciones emocionales (12,33%), la disminución de la libido (5,67%) y los dolores mamarios (3,00%).
- ✓ Los principales factores asociados al abandono del tratamiento de uso de implantes subdérmicos, son los siguientes: el sangrado abundante (48,60%); los efectos adversos (31,78%) y la decisión de tener descendencia (19,62%).
- ✓ Los efectos adversos constituyen la segunda causa de abandono del implante hormonal subdérmico como tratamiento anticonceptivo.

C. Recomendaciones

Se proponen las siguientes recomendaciones:

- ✓ Reproducir el siguiente trabajo, identificando a la población de estudio en el momento de la colocación del implante hormonal subdérmico, con la oportuna recolección de datos personales como dirección y/o contacto telefónico, ya que se encontraron muchas falencias al revisar las historias clínicas, lo que en muchos casos retrasó el proceso de la investigación.
- ✓ Socializar este estudio a los centros de salud que ofertan en su cartera de servicios la anticoncepción por el método de implantes subdérmicos.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Montenegro-Pereira E., Lara-Ricalade R., Velásquez-Ramírez N. (2005) Implantes Anticonceptivos. *Perinatol. Reprod. Hum.*, vol.19, n.1, pp.31-43.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe de Planificación Familiar. Consultado en línea. Disponible en el enlace: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
3. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2015) Estudio de Seguimiento y Adherencia al Implante Subdérmico en Adolescentes y Jóvenes en la Argentina.
4. World Health Organization. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. Sel Pract. Recomm Contracept use. Consultado en línea. Disponible en el enlace: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252267/1/9789241565400-eng.pdf?ua=1>.
5. Tello H.A., (2015) Factores asociados a la elección del implante subdérmico (IMPLANON) como método anticonceptivo en usuarias del servicio de planificación familiar del Instituto Materno Perinatal, noviembre-diciembre de 2014.
6. García-León E., López-Benítez V., Pablos de la Vega G., Medina-Ramos G., Ramírez-Diarte A., Uriarte-Ontiveros S. (2011) Frecuencia de efectos adversos en usuarias de implante subdérmico. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*.
7. Blumenthal P.D., Gemzell-Danielsson K., Marintcheva-Petrova M. (2008) Tolerability and Clinical Safety of Implanon®. Consultado en línea. Disponible en el enlace: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18330815>.
8. Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2002)
9. Espinoza S., Rodríguez S., Almeida I. (2008) Sociedad Ecuatoriana de Bioética. Consultado en línea. Disponible en el enlace: http://www.bioetica.org.ec/proyecto_ley.htm.
10. Bankowski B., Hearme A., Lambrou N. (2015) Ginecología y Obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Johns Hopkins. Madrid. Marbán.
11. Torrado S. (1986) La cuestión poblacional argentina y las políticas de población, en Susana Torrado, Susana Novick y Silvia Olego de Campos (editoras) Política, población y política de población. Argentina 1946-1986. Buenos Aires, Cuadernos del CEUR N° 18.
12. López E. (1990) Anticoncepción en América Latina, en Dora Celton (comp). Problemas de población en América Latina. Córdoba, Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba.
13. Brigin H. (1991) Los derechos reproductivos en la Reforma Constitucional en Susana Torrado (comp) Política y Población en la

- Argentina: claves para el debate. Buenos Aires. Ediciones de La Flor y Honorable Senado de la Nación.
14. Torrado S. (1993) Procreación en la Argentina. Hechos e Ideas. Buenos Aires. Ediciones de la Flor y Centros de Estudios de la Mujer.
 15. Montenegro E., Lara R., Velázquez A. (2005) Implantes Anticonceptivos. México.
 16. Clínica Ginegranada. Disponible en el enlace: <https://ginegranada.es/historia>. Consultado en línea el 24/10/2019 6:35 pm.
 17. Planned Parenthood (2019) Disponible en el enlace: www.plannedparenthood.org. Consultado en línea: 24/10/2019, 7:01 pm.
 18. Cuidate (2019) Método Ogino. Disponible en el enlace: <http://cuidateplus.marca.com>. Consultado en línea: 24/10/2019 7:11 pm.
 19. Clínica Mayo (2019) Disponible en línea en el enlace: <https://www.mayoclinic.org>. Consultado el 24/10/2019 8:31pm.
 20. Instituto Mexicano de la Seguridad Social (2019) Disponible en el enlace: www.imss.gob.mx/salud-en-linea. Consultado el 24/10/2019 9:09 pm.
 21. Curtis K.M. and Peipert J.F. (2017) Long-Acting Reversible Contraception. New England Journal of Medicine. 376, pp461-468.
 22. Cuidate (2019) Disponible en el enlace: <http://cuidateplus.marca.com/209> . Consultado el 24/10/2019, 9:34pm.
 23. Mendoza Patiño N. (2008) Farmacología Médica. Universidad Nacional Autónoma de México. Editorial Médica Panamericana S.A.
 24. Rehan N., Inayatullah A., Chaudany I. (2000) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 5 (2), p113-118.
 25. Shamin N., Rehan N., Inayatullah A. (1994) Use of Norplant in Pakistan: Two Years Experience. Journal of the Pakistan Medical Association. Volume 44, N° 1.
 26. MedinePlus (2007). Control natal y planificación. Enciclopedia médica en español.
 27. Ud U. (2005) Nuevas Opciones Anticonceptivas. Population Report. 9. 70-2.
 28. Peipert J.F. (2011) Continuation and satisfaction of reversible contraception. Obstetrics and gynecology. 117(5), pp1105.
 29. Hickey M., Arcanges C. (2002) Vaginal bleeding disturbances and implantable contraceptives. Contraception. 65, pp75-84.
 30. Alvear M.A., Inca M.P. (2012) Prevalencia de efectos adversos de los implantes contraceptivos subdérmicos en adolescentes y adultas en el hospital gineco obstetricio Isidro Ayora de Quito. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas.
 31. Sznajder K.K. (2017) Incidence of discontinuation of LARC among adolescent and Young adult women served by an urban primary care clinic. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 30(1), pp53-57.

32. López L.M. (2016) Progestin only contraceptives: effects on weight. The Cochrane library.
33. Blumenthal P.D., Gemzell-Danielsson K. and Marintcheva-Petrova M. (2008) Tolerability and clinical safety of Implanon®. The European Journal Contraception & Reproductive Health Care. 13(sup1), pp29-36.
34. Vega P. (2016) Efectos colaterales del implante subdérmico de etinogestrel de 68mg (Implanon®/Nexplanon®) de las usuarias en el Hospital Nacional Hipólito Unemer. Universidad San Martín de Porras. Perú.
35. Rosales C. (2014) Efectos adversos relacionados al uso del Implanon en usuarias de planificación familiar del Hospital Regional Hermilo Valdizán. Perú.
36. Damey P.D., Zieman M., Ecklen K. (2014) Etonogestrel contraceptive implant UpToDate®. Disponible en el enlace: <http://www.uptodate.com>
37. Medina C. (2014) 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. Ecuador.
38. Ramos M. (2015) Efectos del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias del consultorio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú.
39. Calixto D.P., Ospina J.M., Manrique F.G., (2015) Retiro temprano del implante subdérmico con etonogestrel en usuarias de un programa de anticoncepción. Revista Univ. De Salud. 17(2), pp224-232.
40. Leal I., Molina T., Montero A., González C., Macintyre A. (2016) Patrón de sangrado uterino en adolescentes usuarias de implante anticonceptivo subdérmico etonogestrel. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 81(6); pp489-495.
41. Ruiz O. (2014) El implante subdérmico como alternativa para mejorar la accesibilidad y reducir la tasa de abandono de métodos anticonceptivos en las mujeres de la comunidad rural Carlos Concha. Ecuador.
42. Modesto W., Bahamondes M.V., Bahamondes L. (2014) A randomized clinical trial of the effect of intensive versus non-intensive counselling on discontinuation rates due to bleeding disturbances of three long-acting reversible contraceptives. Human Reproduction. 29(7), pp1393-1399.
43. Backman T. (2002) Advances information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system. Obstrtrics & Gynecology. 99(4), pp225-228.
44. Balestrini, Miriam. Cómo se Elabora el Proyecto de Investigación. BL Consultores Asociados. 2006. Servicio Editorial, Caracas; p. 70.
45. Patiño A.V., Ruelas M., Villarreal E.R., Martínez G.L., Galicia R.L., Vargas E.R. (2006) Evolución a un año de los efectos adversos. Obstet. Ginecol. 71(3), pp170-173.

46. Torres C. (2015) Implantes subdérmicos en pacientes del Subcentro de Salud Sardinas de Jondachi. Universidad Autónoma de los Andes. Ecuador.
47. Mrwebi (2018) “Razones de discontinuación de Implanon® en las usuarias de la Municipalidad Metropolitana de Buffalo City, Suráfrica: Un estudio cruzado”. Afri. Journal Reprod. Health. 22(1); pp 113-119.

6. ANEXOS

ANEXO A. Cuestionario para la determinación de los efectos adversos que producen el abandono del uso de implantes hormonales subdérmicos

Fecha: _____

1. Edad: _____

2. Nivel de estudios: Primaria _____ Secundaria _____ Universitario _____ Posgrado _____

4. Estado Civil: Soltera _____ Casada _____ Divorciada _____ Viuda _____

3. ¿Trabaja actualmente?: Sí _____ No _____

5. En el mes _____ del año 201____ se colocó un implante hormonal subdérmico, ¿lo tiene colocado en este momento o se lo retiró?

Lo tiene colocado		<i>Continúe con pregunta 6.1</i>
Se lo retiró		<i>Continúe con pregunta 13</i>
Nunca se lo colocó		<i>Fin del Cuestionario</i>
No sabe		<i>Fin del Cuestionario</i>

MUJERES CON IMPLANTES

6. Necesitamos nos cuente cómo se sometió al uso del implante hormonal subdérmico

6.1. ¿Antes de someterse al implante hormonal subdérmico recibió consejería/asesoramiento/información sobre otros métodos anticonceptivos?

Sí _____ No _____

6.2. ¿Elegió usted que le colocaran el implante hormonal subdérmico?

Sí _____ *Continúe con pregunta 7*

No _____ *Continúe con pregunta 6.3*

6.3. ¿Quién decidió que usted usara el implante hormonal subdérmico?

Profesional, médico(a), sistema de salud _____

Otros (familiar, pareja, padres) _____

7. Necesitamos que nos cuente cómo son sus menstruaciones desde que se colocó el implante hormonal subdérmico, para eso le vamos a pedir que nos conteste:

7.1. ¿Cuántos días duraba su menstruación antes de colocarse el implante hormonal subdérmico?

_____ días

Tesista: Marcos Esteban Rodríguez

7.2. ¿Cómo fue a los tres y seis meses después de haberse colocado el implante hormonal subdérmico?

	3 meses	6 meses	Actual	
Amenorrea				<i>Continuar en:</i>
Sangrado infrecuente				<i>Pregunta 11</i>
Sangrado frecuente				<i>Pregunta 11</i>
Sangrado abundante				<i>Pregunta 8</i>
Sangrado prolongado				<i>Pregunta 8</i>
Ciclos normales				<i>Pregunta 8</i>
Otro				<i>Pregunta 11</i>

Patrones de sangrado en períodos de 90 días (OMS):

Amenorrea: ausencia de sangrado

Sangrado infrecuente: menos de 2 episodios de sangrado-goteo

Sangrado frecuente: más de 5 episodios de sangrado-goteo

Sangrado prolongado: episodio de sangrado-goteo de más de 10 días de duración

8.1. ¿A quién consultó?

A un(a) médico(a)	
En la farmacia	
Con un(a) amigo(a)	
Otro(a)	

¿A quién? _____

8.2. ¿Le indicaron o le dieron algún tratamiento para mejorar/regularizar su sangrado menstrual?

Sí ____ *Continúe con pregunta 9*

No ____ *Continúe con pregunta 11*

9. Podría indicar cuál tratamiento le dieron

Calmantes, antiinflamatorios	
Hormonas	
Pastillas anticonceptivas	
Pastillas para la coagulación	
Antibiótico	

10. Con el tratamiento que le dieron ¿se modificó el patrón de sangrado/menstruación?

Sí ____ No ____

11. Podría indicar si a partir del uso del implante sintió/tuvo algún cambio

11.1. Al inicio del uso del implante

Cambios percibidos	Presente	Ausente	¿Qué hizo?		
			Cedió de forma espontánea	Requirió el uso de un medicamento	Requirió de una consulta profesional
Dolor mamario					
Acné					
Cefaleas					
Alteración emocional					
Dolor abdominal					
Dolor en la zona de inserción					
Pérdida libido					
Mareos					
Caída del cabello					
Infección vaginal					
Aumento apetito					
Temperamento depresivo					
Náuseas					
Cansancio					

Quistes ováricos					
Insomnio					
Migraña					
Diarrea					
Secreción genital					
Vómito					
Constipación					
Flatulencias					

Dismenorrea: leve: no inhibe la actividad normal y no requiere analgésicos; moderada: afecta la actividad diaria y requiere antiinflamatorios; severa: inhibe la actividad diaria, pobre efecto de los analgésicos y presenta diarrea, náuseas y vómitos.

Al inicio	No se modificó	Aumentó	Disminuyó
Modificaciones en el peso			

11.2. A los seis meses del uso del implante

Cambios percibidos	Presente	Ausente	¿Qué hizo?		
			Cedió de forma espontánea	Requirió el uso de un medicamento	Requirió de una consulta profesional
Dolor mamario					
Acné					
Cefaleas					
Alteración emocional					
Dolor abdominal					
Dolor en la zona de inserción					
Pérdida libido					
Mareos					
Caída del cabello					
Infección vaginal					
Aumento apetito					
Temperamento depresivo					
Náuseas					
Cansancio					
Quistes ováricos					
Insomnio					
Migraña					
Diarrea					
Secreción genital					
Vómito					
Constipación					
Flatulencias					

A los seis meses	No se modificó	Aumentó	Disminuyó
Modificaciones en el peso			

11.3. Al año del uso del implante

Cambios percibidos	Presente	Ausente	¿Qué hizo?		
			Cedió de forma espontánea	Requirió el uso de un medicamento	Requirió de una consulta profesional
Dolor mamario					
Acné					
Cefaleas					
Alteración emocional					
Dolor abdominal					
Dolor en la zona de inserción					
Pérdida libido					
Mareos					
Caída del cabello					
Infección vaginal					
Aumento apetito					

Temperamento depresivo					
Náuseas					
Cansancio					
Quistes ováricos					
Insomnio					
Migraña					
Diarrea					
Secreción genital					
Vómito					
Constipación					
Flatulencias					

Al año	No se modificó	Aumentó	Disminuyó
Modificaciones en el peso			

12. Cumplidos los tres años de efectividad del implante, se volvería a colocar un implante hormonal subdérmico (Marque todos los motivos señalados)

Si ¿Por qué?		No ¿Por qué?	
Por su efectividad en la prevención del embarazo		Porque me molesta el sangrado constante	
Porque me resulta cómoda su forma de administración / colocación		Porque me molesta el sangrado abundante	
Porque no requiere de la toma diaria		Porque quiero tener un hijo	
Por el cambio en el sangrado menstrual		Por sus efectos	
Otro motivo: ¿cuál?		Otro motivo: ¿cuál?	

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN