UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

"IMPLANTES SUBDÉRMICOS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO, BENEFICIOS Y SUS EFECTOS ADVERSOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE EN EL PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE DEL 2013",

Tesis previa a la Obtención del Título de Médico General

AUTOR:

Jorge Lenin Álvarez Herrera

DIRECTOR:

Dr. Colón Ortega G.

Loja - Ecuador

2014

CERTIFICACIÓN

Dr. Colón Ortega.
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de Tesis, previo a la obtención del Título de MÉDICO GENERAL, sobre el Tema: "**IMPLANTES SUBDÉRMICOS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO, BENEFICIOS Y SUS EFECTOS ADVERSOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE EN EL PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE DEL 2013."** De autoría del Sr. Jorge Lenin Álvarez Herrera, ha sido orientado, dirigido y revisado bajo mi dirección; por lo tanto autorizo su presentación, sustentación y defensa de grado.

Loja, 21 de Octubre del 2014

Atentamente.

AUTORÍA

Yo, Jorge Lenin Álvarez Herrera, egresado de la Carrera de Medicina, perteneciente al Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, declaro bajo juramento que el presente trabajo de grado: **"IMPLANTES SUBDÉRMICOS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO, BENEFICIOS Y SUS EFECTOS ADVERSOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE EN EL PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE DEL 2013.",** es de autoría propia y no ha sido previamente presentado para ningún grado y calificación profesional, además he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento, como tal será protegido por las leyes establecidas por el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establecen en los artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la ley de propiedad intelectual.

Por lo tanto la falta de permisos correspondientes o su mal uso serán penalizados por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Jorge Lenin Álvarez Herrera.

Firma: ……

Cedula: 1104157639

Fecha: 21 de Octubre del 2014

.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Jorge Lenin Álvarez Herrera, declaro ser autor de la tesis titulada : **"IMPLANTES SUBDÉRMICOS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO, BENEFICIOS Y SUS EFECTOS ADVERSOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE EN EL PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE DEL 2013."** Como requisito para optar el grado de **MÉDICO GENERAL;** autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repertorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice el tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veintiún días del mes de octubre del dos mil catorce.

Firma: ……..

Autora: Jorge Lenin Álvarez Herrera.

Cedula: 1104157639

Correo electrónico: george.live@hotmail.com

Teléfono: 072576630 **Celular:** 0991958627

Director de tesis: Dr. Ángel Colón Ortega Gutiérrez.

Tribunal de grado:

Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas. PRESIDENTE DEL TRIBUNAL.

Dr. Elvia Raquel Ruiz Bustán. MIEMBRO DEL TRIBUNAL.

Dr. José Miguel Sánchez Castillo. MIEMBRO DEL TRIBUNAL.

DEDICATORIA:

A Dios, fuente de mi inspiración en mis momentos de esmeros, dedicación, aciertos, reveses, alegrías y tristezas, por darme salud y la capacidad necesaria para poder desarrollarme como persona y profesional.

A mis profesores fuentes fundamentales en mi desarrollo, gracias por haberme brindado día a día conocimiento, sabiduría, orientación y lo más importante la amistad incondicional para realizarme como profesional y como ser humano para de esta manera ayudar a la comunidad.

Hago un testimonio de gratitud ilimitada a quienes por su comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad, a mis padres Jorge Álvarez Gálvez y Beatriz Herrera Guevara y mis Hermanos: Rubén Darío y Adriana Carolina por su apoyo, aliento, estímulo, mismas que me posibilitaron la conquista de esta meta y que este logro mío es el de ustedes.

Jorge Lenin Álvarez Herrera

AGRADECIMIENTO:

Al concluir el presente trabajo de investigación, expreso mi reconocido agradecimiento:

A Dios, por el gran don de la vida, la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza..

Mi infinito agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja y de manera especial al departamento de Grado del Área de Salud Humana quienes en base a su esfuerzo diario forman profesionales capaces de responder a las exigencias que día a día requiere la sociedad.

Además de manera especial expresar un imperecedero agradecimiento al Dr. Colon Ortega G. Que gracias a su apoyo incondicional logro guiarme en el desarrollo del presente trabajo.

1. TÍTULO:

“IMPLANTES SUBDÉRMICOS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO, BENEFICIOS Y SUS EFECTOS ADVERSOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE EN EL PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE DEL 2013”.

2. RESUMEN:

El presente estudio tiene como objetivo identificar los principales beneficios y efectos adversos de los implantes subdérmicos en las usuarias atendidas en el Hospital Universitario Motupe de la ciudad de Loja.

El estudio es de carácter descriptivo transversal, teniendo como universo una población femenina en edad fértil, constituida por 86 usuarias sexualmente activas a quienes se les inserto el implante subdérmico como método anticonceptivo en el periodo abril- septiembre del 2013. Para el estudio se aplicó una encuesta formulada por los investigadores y se obtuvieron datos acerca de los principales beneficios y efectos adversos en relación al uso de implantes anticonceptivos subdérmicos.

Al culminar la investigación se obtuvo: que la edad promedio del grupo de estudio es de 21.5 años, encontrando que los principales beneficios fueron: seguridad para la salud (39.5%), posponer el embarazo (36.1%) y por comodidad (13.9%). Asimismo el 58.1% de las usuarias presento efectos adversos, siendo los más prevalentes: los trastornos menstruales (25.6%), la cefalea (17.4%) y el acné (10.5%). Además presenta una efectividad del 100% con un índice de Pearl de 0, con un alto grado de satisfacción (95.4%).

PALABRAS CLAVE: implantes subdérmicos, usuarias en edad fértil, beneficios y efectos adversos, anticonceptivos.

SUMMARY:

This study aims to identify the main benefits and adverse effects of subdermal implants in users treated at the University Hospital Motupe city of Loja.

The study is cross-descriptive, as the universe a female population of childbearing age, consisting of 86 sexually active users who are insert subdermal implant for birth control in the period April-September 2013 For the study we applied a survey made by the researchers and data were obtained on the major benefits and adverse effects related to the use of subdermal contraceptive implants.

Upon completion of the investigation was obtained: the average age of the study group is 21.5 years, finding that the main benefits were secure method (39.5%), postponing pregnancy (36.1%) and convenience (13.9%). Also 58.1% of users present adverse effects, the most prevalent: menstrual disorders (25.6%), headache (17.4%) and acne (10.5%). It also presents an effectiveness of 100% with a Pearl index of 0, with a high degree of satisfaction (95.4%).

Keywords: subdermal implants, users of childbearing age, benefits and side effects, contraceptive

3. INTRODUCCIÓN

La planificación familiar es una de las tareas más importantes del programa especial de investigaciones en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
Para ello durante las últimas décadas se han desarrollado una amplia gama de opciones anticonceptivas que van desde anticonceptivos combinados orales de baja dosis, el desarrollo de progestinas de gran potencia antiprogestacional, dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel, así como anticoncepción intramuscular, subdérmica y transdérmica.

Los implantes subdérmicos han surgido como una necesidad en la búsqueda del anticonceptivo ideal. Existen en uso clínico el Levonorgestrel (Jadelle) desde 1995 y el Etonogestrel (Implanon) desde 1999, aprobados por la Federación de Drogas y Alimentos (FDA). Ambos liberan la progestina a tasas constantes después del primer año y se usan por cinco y tres años respectivamente, ofreciendo una anticoncepción reversible de acción prolongada.

La importancia acerca del conocimiento de estos métodos para planificación familiar, radica que en la actualidad, uno de los problemas medico sociales más importantes que afectan a la mujer en edad fértil, es el embarazo no deseado, considerando que el uso de métodos anticonceptivos puede servir como una solución. Si bien estos métodos son conocidos por las usuarias, la mayoría no los utiliza debido a la falta de información adecuada, a la vergüenza de adquirirlos, y a la carencia de servicios de salud y consejería que les garanticen una privacidad y confidencialidad merecidas.

Durante los últimos 30 años, ha existido una disminución en la tasa total de fecundidad (TTF) en todo el mundo. Sin embargo la tasa de embarazos no deseados es extremadamente alta, no sólo en los países en vías de desarrollo, sino también en los países desarrollados por lo que continua habiendo una gran necesidad no satisfecha de servicios y métodos anticonceptivos.

En los Estados Unidos prácticamente la mitad del total de embarazos son no planificados o no intencionados, y más de un tercio terminan en un 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.

A nivel mundial los implantes subdérmicos están aprobados en más de 60 países desarrollados y en vías de desarrollo, y actualmente son utilizados por millones de mujeres en todo el mundo, debido a su alta efectividad anticonceptiva, la baja tasa de complicaciones y efectos secundarios, la posibilidad de uso a largo plazo después de una sola intervención y el rápido regreso a la fecundidad después de la extracción.

Los implantes anticonceptivos constituyen una buena opción para la inclusión en la combinación de métodos ofrecida por los programas de planificación familiar, especialmente en lugares de escasos recursos facilitando así el costo-beneficio. Si las mujeres continúan utilizando los implantes como método de anticoncepción a largo plazo, éstos pueden resultar costo-efectivos, pero si las tasas de interrupción son altas poco tiempo después de comenzar a utilizar este método, los implantes subdérmicos pueden constituir una opción mucho más costosa.

Se han citado numerosas ventajas potenciales de los implantes anticonceptivos pero también se ha observado que ocasionan efectos adversos no deseados durante su uso, entre los más frecuentes, se encuentran alteraciones del ciclo menstrual, sangrado frecuente e irregular, oligomenorrea, sangrado prolongado, amenorrea, mareo, náuseas, cefalea y dolor local. Otros efectos de las progestinas solas por su efecto androgénico son el aumento de peso, acné e hirsutismo.

Según la OMS en el 2010 refiere que alrededor del 70% de las usuarias con implante subdérmico experimentan alteraciones en el sangrado menstrual, aunque la minoría puede experimentar efectos secundarios como: cefalea,

acné, erupciones cutáneas o hipertrofia de ovarios, sin embargo las alteraciones menstruales así como los demás efectos adversos desaparecen durante el primer año de uso.

En nuestro medio (Ecuador), la tasa de fecundidad no deseada ha disminuido en los últimos 15 años en un 50%, sin embargo el país se encuentra con el más alto índice de embarazos adolescentes en América Latina (17% aproximadamente). El crecimiento en los últimos 10 años bordea el 74% (ENIPLA, 2014), esto plantea una problemática importante, desde que se empezó a ser uso público de los métodos anticonceptivos en el año 1988, fecha en la que el gobierno ecuatoriano adopta por primera vez una política que específicamente respaldaba la planificación familiar, es necesario iniciar una campaña agresiva al prevención del embarazo.

En este contexto y como respuesta a la problemática presente se genera este proyecto, con la finalidad de permitir al médico tener un mejor parámetro de evaluación actual y obtener mejores expectativas para las usuarias con este método, desarrollando el presente trabajo titulado: **"IMPLANTES SUBDÉRMICOS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO, BENEFICIOS Y SUS EFECTOS ADVERSOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE"** que tuvo como objetivo general identificar los principales beneficios y efectos adversos que producen los Implantes subdérmicos como método anticonceptivo, en las usuarias atendidas en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo Abril - Septiembre del 2013 y como objetivos específicos: conocer las características demográficas de las usuarias; determinar la eficacia, satisfacción, señalar las causas de no continuidad de los implantes, realizar un plan de intervención dirigida a las usuarias concientizando el uso de los implantes subdérmicos como método anticonceptivo.

En este contexto, el presente trabajo investigativo con carácter descriptivo transversal, está dirigido a la concientización de las usuarias y a la población en general, que dichos factores como los efectos adversos y sus beneficios

pueden influir en la decisión de inserción o retiro de los implantes anticonceptivos subdérmicos.

La ejecución de esta investigación, se efectuó mediante la aplicación de una encuesta a 86 usuarias, la misma que recopiló información acerca de los beneficios y efectos adversos, donde los resultados obtenidos fueron: en relación a los beneficios; las usuarias optan por el uso de implantes subdérmicos por ser un método que brinda seguridad para la salud (39.5%), al igual que les permite posponer un nuevo embarazo (36.1%); los principales efectos adversos que se presentaron son: los trastornos menstruales (25.6%), la cefalea (17.4%), acné (10.5%) y el aumento de peso (9.3%); se identificó que las usuarias que optan por este método son mujeres jóvenes, cuyas edades oscilan entre los 20 a 29 años (73.3%) y con un nivel de instrucción educativa secundaria 45.3%. Además se pudo conocer que el motivo de retiro del implante es debido a los efectos adversos como son: los trastornos menstruales (33.3%) y la cefalea (16.7%). Además el grado de satisfacción es alto (95.4%) pese a sus efectos adversos, y existe un gran índice de efectividad (100%) para prevenir embarazos.

De esta manera se concluye con la realización del proyecto, se obtuvieron resultados positivos, pues se pudo educar y promover los conocimientos y actitudes a favor de una anticoncepción responsable que indudablemente mejorará la salud y condición de vida de las mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Universitario Motupe.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

“Sería uno de los más grandes triunfos de la Humanidad el hacer posible elevar la responsabilidad del acto de la reproducción al nivel de una acción voluntaria e intencional.”

Sigmund Freud, 1898

CAPITULO I

1. FERTILIDAD Y CONCEPCIÓN

1.1. Generalidades

La fertilidad humana se refiere a la capacidad de del ser humano de producir una descendencia. En este sentido, todos los seres vivos tienen como principal función la de continuar la existencia, por lo cual todos han sido dotados con la capacidad para reproducirse a través de la actividad sexual responsable siendo una condición inherente a la especie que permite perpetuarla.

1.1.1. Fecundidad

Bajo este término se conocen los aspectos relacionados con la procreación y se establece en función del número de embarazos y partos (frecuencia de nacimientos) que tiene la mujer en edad fértil, durante toda su vida reproductiva

1.1.2. Mujer en edad fértil

Comprende la edad de una mujer situada entre la pubertad y la menopausia, que oscila entre los 15 y los 49 años. Dentro de ese período, las mejores condiciones de fertilidad se dan normalmente hasta los 35 años. Después de esta edad las posibilidades de conseguir el embarazo disminuyen considerablemente. (Martínez, 2010)

1.1.3. Salud Reproductiva

La salud reproductiva es una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos a la reproducción y, en todas las etapas de la vida del ser humano. (INEC, 2010)

Según la O.M.S. la Salud Reproductiva es definida como:

¨ ***Salud Sexual y Reproductiva es tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular su fertilidad sin riesgo de efectos secundarios***

desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables.¨ (4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995).

Los Derechos Reproductivos son los derechos básicos de las personas a acceder y obtener la información, los servicios y el apoyo necesarios para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socioeconómica, etc. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2003)

1.1.4. Aspectos histórico-demográficos

Para entender mejor los cambios en los patrones de fertilidad actual, resulta ilustrativo observar las variaciones que se han producido en la demografía de los nacimientos de los países desarrollados durante los últimos tiempos. Hace aproximadamente 200 años, en Europa y Estados Unidos, se estimaba que la tasa de nacimientos era de aproximadamente 8 hijos por mujer, al igual que en ciertas sociedades actuales donde no se aplican medidas para la regulación de la fertilidad. En nuestro país entre 1982 y el 2010, las mujeres en edad fértil ha tenido un crecimiento de un 98,7%, en tanto que el número de hijos nacidos vivos disminuye en un 12,7% en el período de referencia, El promedio de hijos de las mujeres en edad fértil tiene una tendencia decreciente, al pasar de 4,0 en 1982 a 1,8 hijos por mujer en el año 2010 (Zambrano, 2012), existen diversos factores involucrados en esta disminución de las tasas de fertilidad, tales como el inicio más tardío del matrimonio y un relativo aumento en la incidencia de problemas de infertilidad, igualmente los estudios demográficos demuestran que la tasa global de fecundidad disminuye a medida que se elevan los niveles de desarrollo económico y social y uno de los mayores determinantes es la postergación en la búsqueda del primer embarazo por parte de las parejas actuales.

1.2. Concepción

Se refiere a la acción y al resultado de concebir, es decir de la unión de las dos células sexuales que tendrá como producto una célula cigoto, que contiene la unión de los cromosomas de la madre y el padre.

1.3 Fisiología del Aparato Reproductor Femenino

Ovogénesis

Es la formación de los gametos u ovocitos que son células sexuales especializadas, que transmiten la información genética, la ovogénesis se inicia mucho antes del nacimiento en las mujeres. El ovario fetal contiene muchas células germinales que se dividen por mitosis y se convierten en otro tipo de células mayores, las ovogonias, que también se dividen por mitosis y finalmente, dan lugar a los ovocitos primarios, permaneciento en un estado de desarrollo estacionario desde su formación antes del nacimiento, hasta inmediatamente antes de la pubertad, rodeados por una sencilla capa de células, constituyen el folículo primordial.

Los folículos primordiales maduran a folículos primarios que, a su vez, dan lugar a los folículos secundarios. Por último, da lugar al folículo maduro o de Graaf en el interior del cual el ovocito primario se convierte en ovocito secundario que es el que será expulsado, después de la ovulación, se convertirá en óvulo maduro si es fecundado y como consecuencia, se formará una nueva célula, el zigoto o huevo que tendrá 46 cromosomas, 23 procedentes del óvulo maduro y 23 procedentes del espermatozoide.

Ciclo Sexual Femenino

El ciclo menstrual promedio tiene una duración de 28 días, los ciclos pueden oscilar entre 21 a 35 días de una mujer a otra y también en una misma mujer a lo largo de su vida. Tales cambios dependen de 2 ciclos interrelacionados, el ciclo ovárico y el ciclo uterino o menstrual. El ciclo menstrual está controlado por el ciclo ovárico a través de las hormonas ováricas: los estrógenos y la progesterona.

Ciclo Ovárico

Los ovarios tienen la doble función de producir gametos (ovocitos) y de secretar hormonas sexuales femeninas los estrógenos y la progesterona. Al comienzo de cada ciclo ovárico (el primer día de la menstruación), aumentan el tamaño de los folículos primordiales por influencia de la hormona folículoestimulante (FSH), madurando a folículos primarios y después a

folículos secundarios. Normalmente uno de éstos continúa desarrollándose mientras los demás sufren regresión. Se distinguen 3 fases en el ciclo ovárico:

1ª fase o fase folicular: del día 1 al día 14 del ciclo, el folículo en desarrollo sintetiza y secreta el estrógeno 17-beta estradiol, con niveles plasmáticos máximos a los 2 días antes de la ovulación, hormona responsable del desarrollo del endometrio en la fase proliferativa del ciclo uterino.

2ª fase u ovulación: del día 14 al 16 del ciclo. Los niveles altos de estrógenos hacen que las células de la adenohipófisis se vuelvan más sensibles a la acción de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) secretada por el hipotálamo en forma de pulsos liberando las hormonas FSH y luteinizante (LH). La LH causa la ruptura del folículo maduro y la expulsión del ovocito secundario y del líquido folicular.

3ª fase o fase luteínica: del día 15 al día 28 del ciclo. Después de la ovulación, las células restantes del folículo forman una estructura que se llama cuerpo lúteo o cuerpo amarillo, bajo la influencia de la LH. El cuerpo lúteo entonces sintetiza y secreta dos hormonas: el estrógeno 17-beta estradiol y la progesterona que inducen la fase secretora del ciclo uterino, es decir, preparan el endometrio para la implantación del óvulo fecundado.

Ciclo uterino o menstrual

Durante el ciclo uterino las capas superficiales del endometrio experimentan cambios estructurales periódicos que pueden dividirse también en 3 fases:

1ª fase o fase menstrual: del día 1 al día 4 del ciclo, las capas superficiales del endometrio son expulsan al exterior por la vagina, provocada por la disminución de los niveles plasmáticos de estrógenos y progesterona.

2ª fase o fase proliferativa: del día 5 al día 14 del ciclo. Coincide con la fase folicular del ciclo ovárico. Se caracteriza porque las células endometriales se multiplican y reparan la destrucción que tuvo lugar en la menstruación anterior.
La hormona responsable de esta fase es el estrógeno 17-beta estradiol, secretado por las células del folículo ovárico en desarrollo.

3ª fase o fase secretora: del día 15 al día 28 del ciclo, coincide con la fase luteínica. Las glándulas del endometrio se hacen más complejas en su estructura y comienzan a secretar un líquido espeso rico en azúcares, aminoácidos y glicoproteínas. En esta fase el endometrio se prepara para la implantación del óvulo fecundado. Las hormonas responsables de esta fase son la progesterona y el estrógeno 17-beta estradiol secretadas por el cuerpo lúteo en el ovario. (American Society for Reproductive Medicine, 2013)

En caso de embarazo, el endometrio requiere el soporte hormonal del 17-beta estradiol y de la progesterona para permanecer en la fase secretora, de modo que el cuerpo lúteo se transforma en cuerpo lúteo gestacional y persiste hasta el tercer mes de embarazo, conservando su función secretora de hormonas. Si no hay fecundación, el cuerpo lúteo involuciona hacia el final del ciclo uterino y se atrofia, deja de secretar estrógenos y progesterona, esta involución causa vasoconstricción arterial en la mucosa, que resulta finalmente en necrosis de la capa superficial del endometrio y hemorragia, dando lugar a la menstruación.

CAPITULO II

2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientados básicamente al control de la reproducción que puede derivarse de las relaciones sexuales. En su concepto más amplio, la planificación familiar comprende dos vertientes:

1. Ayudar a las parejas que no pueden reproducirse, para lograr el embarazo.
2. Ayudar a otras a evitar o espaciar los embarazos según la percepción que tengan de la familia que razonada y libremente desean tener.

El uso de métodos de anticonceptivos es el determínate próximo más importante de la fecundidad, pero sobre todo, constituye una práctica eficaz para contrarrestar el riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil.

Anticoncepción: Es el impedimento de la concepción. No abarca sólo el conjunto clásico de procedimientos, dispositivos, o sustancias que impiden la reunión del espermatozoide y el oocito y su fertilización. También incluye los metodos que impiden el desarrollo del embrión en el tiempo que va de la fecundación al final de la implantación. (Herranz, 2001)

Anticoncepción en la mujer; Si elegir y aconsejar un método anticonceptivo es difícil para una mujer adulta, mucho más lo es si se trata de una adolescente. Ante una adolescente sexualmente activa que no desea embarazarse la anticoncepción debería ser teóricamente una respuesta adecuada y simple.

A medida que la adolescencia va dejando paso a la primera juventud, suelen ir cambiando los hábitos sexuales: la idea de no tener hijos y prevenir el embarazo durante algunos meses solo comparten la prioridad de encontrar un método efectivo. La elección de cuál es el más adecuado para cada una dependerá de sus condiciones particulares y de la asesoría experta de un profesional. La década de los 20 a los 30 es decisiva en el terreno de la anticoncepción en el que comienzan con más sentido la idea de la planificación

familiar, en estos años es cuando se suele empezar a pensar en el número de hijos, en el momento de tenerlo y en el de decidir que ya no se van a tener más. A partir de los 40 años nos encontramos con una situación paradójica: se supone que es el momento en el que más experiencia anticonceptiva se tiene y cuando mayor es el control de los impulsos pero aun así, la mujer sexualmente activa abandona a menudo la anticoncepción, pese a que aún es necesaria, si bien la fertilidad disminuye en la edad madura, el riesgo de embarazo persiste hasta la menopausia.

2.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Un método anticonceptivo es aquel proceso que impide o disminuye significativamente la posibilidad de que ocurra un embarazo al mantener relaciones sexuales. Por lo general implica acciones, dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad. Los métodos anticonceptivos deben cumplir con algunos requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida. Además contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad, y la prevención de embarazos no deseados. Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro ni es totalmente seguro. Cada método tiene sus indicaciones y deberá buscarse aquel que sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual. (BAHAMONDES, 2008)

Características básicas de los métodos Anticonceptivos

Deben tomarse en cuenta características universalmente establecidas:

a. La eficacia, se evalúa universalmente de acuerdo al índice de Pearl, que es igual al número de embarazos que ocurren, por cualquier razón, por cada 100 mujeres por año de uso de un método anticonceptivo dado. La OMS determina que el rango de seguridad más alto oscila entre 3 a 0.3, lo que quiere decir que ocurran de 3 en mil a 0.3 en 100 embarazos por cada 100 años-mujer de uso de un método. Sin ningún método anticonceptivo, el IP es de aproximadamente 60-85, es decir, que de 100 mujeres que tengan

vida sexual activa, resultan embarazadas 60-85 en el lapso de un año=100 años mujer.

Formula:

$$IP= \frac{\text{Nº total de embarazos} * 12}{\text{Nº de mujeres} * \text{Nº de meses}} * 100$$

IP = Nº relativo de embarazos x 1.20 dividido por Nº de meses de exposición.

Los datos para obtener el Índice de Pearl de un estudio particular:

- El número total de meses o ciclos de exposición de las mujeres en el estudio.
- El número de gestaciones observadas, y
- La razón por la que se abandona el estudio (gestación u otra razón). (URIZA, 2007)

b. Su seguridad, se refiere al uso de un método no debe provocar efectos adversos o que impliquen riesgos para la salud.

c. Si es sencillo de usar y si requiere controles médicos.

d. La protección que ofrezca frente al VIH y al resto de ITS.

e. Su reversibilidad, lo que significa poder recuperar la fertilidad una vez dejado el método. (PEREZ S. , 2010)

f. La aceptabilidad: debe considerarse si el método es molesto o desagradable, aunque no llegue a ser peligroso.

g. El costo de los anticonceptivos no debe ser una limitación para su uso. (ORELLANA , DIEZMA, & LASHERAS, 2013)

2.1.1. Clasificación de los métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos se pueden clasificar en temporales y definitivos.

2.1.1.1 Métodos anticonceptivos temporales: son reversibles y se subdividen en naturales, de barrera, intrauterinos y hormonales.

a. METODOS NATURALES

- Abstinencia periódica y calendario de ritmo
- Temperatura basal
- Método del moco cervical-Billings
- Lactancia materna prolongada

- Coito interrumpido (SANCHEZ, 2003)

b. MÉTODOS DE BARRERA:

Actúan como un obstáculo físico al paso del espermatozoide a la cavidad uterina.

- Preservativo masculino y femenino
- Espermicidas vaginales
- Diafragma
- Esponjas vaginales (SCHIAPPACASSE, 2007)

c. INTRAUTERINO

Son los dispositivos intrauterinos (DIU) que colocados en la cavidad uterina modifican su ambiente adecuándolo para evitar el embarazo, con una duración de 10 años.

- Inertes
- Liberadores de hormonas
- Liberadores de iones. (ALVARADO, IDROVO, & MANZANO, 2010)

d. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

Interfieren en la sincronización de los mecanismos de la ovulación, transporte tubárico, crecimiento y transformación endometrial y las modificaciones del moco cervical. Se clasifican en:

- Anticonceptivos orales: monofásico, bifásico y. trifásico:
- Anticonceptivos no orales**:** los inyectables y los implantes.
- Sistema de liberación transdérmica
- Anillos vaginales
- Anticoncepción de emergencia. (Abizanda, 2006)

2.1.1.2. Métodos anticonceptivos definitivos:

Son métodos que por lo general se consideran irreversibles, es decir, la persona que se somete a la intervención quirúrgica deja de ser fértil de por vida. Son de dos tipos:

- **Ligadura tubárica**.
- **Ligadura de los deferentes (Vasectomía)**. (GONZALEZ & MIYAR, 2001)

CAPITULO III

3. IMPLANTES ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS

3.1. Generalidades.

Los implantes son dispositivos subdérmicos que proveen una alta eficacia contraceptiva reversible, representa una categoría de anticonceptivos con una amplia variedad de opciones. Todos los implantes contraceptivos de uso clínico humano son de progestinas, son una excelente opción para mujeres que tienen contraindicaciones para métodos hormonales combinados y que deseen una protección para el embarazo a largo tiempo.

Existen en uso clínico dos tipos de implantes:

- Levonorgestrel 75mg (Jadelle), desde 1995.
- Etonogestrel 68mg (Implanon), desde 1999.

3.1.1. Aspectos históricos:

El desarrollo de los anticonceptivos subdérmicos tiene su comienzo en 1967, cuando el estadounidense Sheldon Segal y el chileno Horacio Croxatto propusieron el uso de las cápsulas subdérmicas del polímero llamado polidimetilsiloxano (conocido comercialmente como Silastic®), de tal manera que el material pudiera utilizarse en conjunción con las hormonas esteroideas (lipofílicas) para producir un anticonceptivo de acción prolongada. (SANTANA, GOMEZ, & REAL, 2000). En los primeros ensayos se utilizó acetato de clormadinona (descartado por su asociación con el cáncer de mama), acetato de megestrol (descartándose por sus efectos secundarios y baja efectividad), noretindrona, la norgestrinona y el levonorgestrel, con fracasos y éxitos.

En 1975 el Population Council en coordinación con el Comité Internacional de Investigación Anticonceptiva, seleccionó al LNG como el progestágeno para utilizarlo en el desarrollo de los implantes anticonceptivos subdérmicos, siendo el más eficaz y con menos efectos adversos, en 1979 se registró como marca para desarrollar el implante Norplant®. Luego en 1980 aparece un nuevo implante llamado Norplant II® y posteriormente llamado Jadelle® versión mejorada y simplificada, y en 1995 la Administración de Alimentos y Drogas

(FDA, por sus siglas en inglés) lo aprobó para su uso para 3 años y en algunos países 5 años. Entre 1980 y 1982, levonorgestrel es aprobado en: Finlandia, Chile, República Dominicana, Suecia y Estados Unidos. Posteriormente, en 1986, es aprobado en República Dominicana, Ecuador, Indonesia y Tailandia.

El etonogestrel, comercializado con el nombre de Implanon® disponible en Europa y Asia desde 1998, aprobado por la FDA en julio del 2006, comercializado en 32 países alrededor del mundo, para su uso de 3 años. (Irving & Harold, 2004)

3.1.2. Criterios de elegibilidad para la aplicación del implante subdérmico:

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

- **Categoría 1.** Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de un método anticonceptivo.
- **Categoría 2.** Una condición en la que las ventajas de utilizar un método generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.
- **Categoría 3.** Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar un método.
- **Categoría 4.** Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si se utiliza el método anticonceptivo. (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, 2010)

De acuerdo con la lista anterior, **JADELLE E IMPLANON** se ubican en la Categoría 1.

3.1.3. Técnica de inserción de los implantes

Los implantes deben ser insertados en los primeros siete días del ciclo menstrual, después de un aborto, o dentro de las siguientes seis semanas posteriores a un parto.

Se debe dar información adecuada para que la usuaria tome la decisión respecto al uso del implante; la orientación debe hacer hincapié en los efectos

secundarios, detalles respecto a la inserción y remoción, así como posibles complicaciones. Se debe comentar los beneficios y mostrar un implante a la paciente, para poderle aclarar los siguientes aspectos:

1. Los implantes no se desplazan en el organismo.
2. El tocar los implantes no los daña.
3. El movimiento del brazo y el ejercicio no están restringidos (después de los primeros días).
4. No cambian el deseo sexual.
5. No afectan la fecundidad futura ni causan defectos de nacimiento, en caso de que ocurra la gestación.
6. Utilizar algún otro método anticonceptivo, siete días después de su inserción, si ésta no ocurre dentro de los primeros siete días del ciclo menstrual. (MONTENEGRO, LARA, & VELÁSQUEZ, 2005)

Procedimiento de inserción

Una vez que se ha decidido que el implante es una opción adecuada para la anticoncepción, la paciente debe colocarse en posición supina y se le pide flexionar el brazo no dominante en un ángulo de 90° y girarlo hacia fuera, para facilitar el acceso a la cara interna. Previa realización de antisepsia en el área de inserción, se coloca un campo estéril bajo el brazo, por lo común, los implantes se colocan de manera que los extremos distales estén de 6 a 8 cm arriba del pliegue del codo. Los implantes profundos pueden originar tejido cicatrizal excesivo, mientras que los implantes muy superficiales, pueden ser expulsados. (Rodríguez R, 2010)

En el caso de que la usuaria desee realizarse el retiro del implante, el tiempo de este procedimiento varía, aunque el promedio es de 15 a 20 minutos.

Procedimiento de extracción

Para la extracción se necesita:

- Un bisturí
- Pinzas de dos tamaños distintos (Mosquito y Crile)
- Anestésico local: Lidocaína

Localice los implantes mediante palpación y marque su posición con un rotulador, por ejemplo. Cuando no sean palpables se pueden localizar mediante ecografía o radiografía de partes blandas. Inyecte una pequeña cantidad de anestésico debajo de los extremos de los implantes que están más próximos entre sí. Si inyectamos anestésico encima de los implantes se puede dificultar su localización, haciendo más difícil la extracción. Si es necesario, se puede administrar más anestésico poco a poco y en pequeñas cantidades.

Realice una incisión de 4 mm con el bisturí cerca de los extremos de los implantes. Procure que sea una incisión pequeña.
Empuje suavemente con el dedo cada implante hacia la incisión. Cuando se vea la punta en la incisión, agárrela con la pinza Mosquito. Utilice el bisturí, las pinzas o la venda de gasa para abrir con mucho cuidado la cápsula de tejido que rodea al implante. Agarre el extremo del implante con la segunda pinza (Crile) y suéltelo de la primera.
Extraiga el implante suavemente. Repita el procedimiento en el caso de un segundo implante. Después de completar el procedimiento, cierre la incisión y véndela igual que después de la inserción. Se tiene que mantener el brazo seco durante unos días.

Mida la longitud de los implantes extraídos para verificar el tipo de implante utilizado por la paciente, los implantes Jadelle la longitud deberá ser de 43mm. Y del Implanon la longitud es de 40mm. (MONTENEGRO, LARA, & VELÁSQUEZ, 2005)

3.2. IMPLANTES SUBDÉRMICOS DE LEVONORGESTREL (JADELLE®)

El producto contiene dos implantes para inserción subdérmica. Cada implante contiene 75mg de levonorgestrel y proporcionan una anticoncepción efectiva durante el período previsto de 5 años de vida útil del producto.

3.2.1. MECANISMO DE ACCIÓN

Los implantes de levonorgestrel tienen varios mecanismos anticonceptivos, entre los que destacan los siguientes:

Función Ovárica: El implante levonorgestrel ejerce una retroalimentación negativa sobre el eje hipotálamo–hipófisis, ya que suprime la secreción de hormona luteinizante (LH), con lo cual se evita la ovulación.

Moco Cervical: El eficaz efecto de levonorgestrel da como resultado un moco viscoso y escaso, inapropiado para la penetración de los espermatozoides.

Insuficiencia luteínica. El tercer mecanismo postulado se basa en el hecho que en muchos de los ciclos ovulatorios, la baja producción de progesterona por el ovario impide el desarrollo adecuado del endometrio de tipo secretorio, y podría evitar la implantación del blastocito. (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCION, 2001)

3.2.2. FARMACOCINÉTICA.

Administración: el levonorgestrel del implante se libera directamente al líquido tisular. La tasa de liberación de levonogestrel es de aproximadamente de 100 mcg/día el primer mes siguiente a la inserción, para disminuir a aproximadamente 40ug/día al cabo de un año, 30 mcg/día después de los 3 años y alrededor de 25 mcg/día después de los 5 años. Las concentraciones séricas de levonorgestrel son inversamente proporcionales al peso corporal, con diferencias aproximadas de 2 veces entre las mujeres que pesan 50 kg y 70 kg. Sin embargo esto es debido a la gran variación en las concentraciones plasmáticas de levonorgestrel y a la respuesta individual de cada paciente.

Distribución: en el suero, el levonorgestrel se une fundamentalmente a la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG), cuya concentración desciende al cabo de pocos días, reduciendo así las concentraciones plasmáticas totales de levonorgestrel.

Metabolismo: las vías metabólicas del levonorgestrel se conocen sólo en parte. Una de ellas es la 16beta-hidroxilación. Las concentraciones de los metabolitos, particularmente de los conjugados sulfatos, son más altas que las del propio levonorgestrel. La tasa de depuración metabólica es muy variable de una persona a otra.

Eliminación: la semivida de eliminación del levonorgestrel es de 13-18 horas. El levonorgestrel y sus metabolitos se excretan principalmente por vía urinaria (40-68%) y sólo en parte por las heces (16-48%). Tras la extracción de los implantes, las concentraciones plasmáticas de levonorgestrel descienden a valores no detectables en un plazo de 5 a 14 días.

3.2.3. BENEFICIOS.

a. La primera es que se trata de un implante altamente efectivo. La tasa de embarazo es menor al año de uso, además de su efectividad a largo plazo.

b. La capacidad de ser un método reversible, ya que es posible remover las cápsulas en cualquier momento: se ha observado que a las 96 horas (después de su remoción) hay sólo una pequeña cantidad de LNG en sangre, por lo que la mujer puede recuperar rápidamente su fertilidad.

c. Su elevada tolerabilidad, ya que el compuesto activo no tiene efectos indeseables secundarios a los compuestos estrogénicos.

d. La facilidad de uso, ya que no se requiere recordar su utilización al momento del coito, o el momento al que tiene que tomarse o inyectarse.

e. Excelente elección durante la lactancia

3.2.3. TASA DE CONTINUIDAD

En estudios poblacionales se obtuvo que la tasa de continuidad es alta. Si analizamos la continuación del método, en forma comparativa con lo que ocurre con otros métodos, observamos que su continuación sólo es superada por la esterilización femenina.

3.2.4. EFECTIVIDAD

La tasa de falla es de 0.05%, siendo uno de los más bajos en cuanto a la tasa de falla anticonceptiva, en comparación con otros métodos anticonceptivos. (Montenegro, Lara, & Velasquez, 2005)

3.2.5. EFECTOS ADVERSOS.

Con el uso de los implantes anticonceptivo, los efectos secundarios graves son raros y ocurren con la misma frecuencia que en la población usuaria con uso de otros métodos anticonceptivos.

Sangrado Vaginal Irregular

El sangrado vaginal irregular se presenta en el 70% de las usuarias de LNG. Las mujeres reportan experimentar, desde un aumento en los días de hemorragia hasta un manchado frecuente en los primeros tres meses. El 10% de las pacientes presentan amenorrea en los primeros tres meses de uso, molestia que disminuye entre 5 al 6%, durante los siguientes años. El mecanismo por el cual se producen las alteraciones menstruales, todavía no se encuentra completamente entendido, pero parece ser por la combinación de la secreción fluctuante ovárica de estradiol y exposición continua a progesterona a las glándulas endometriales, estroma y vasos sanguíneos. La evidencia actual sugiere que esto conlleva a angiogénesis alterada en el endometrio, fragilidad venosa, ausencia de pericitos, membrana basal alterada, migración leucocitaria alterada y defectos en la liberación de metaloproteinasas. (HATCHER, 1999).

Cambios de peso

El cambio de peso es un efecto frecuente de los implantes, prácticamente todos los estudios muestran un aumento de peso. La mayoría mostró un incremento entre 0.4–1.5 kg al año. Dentro de las causas de aumento de peso se han propuesto: el efecto androgénico de la progestina en uso, una retención de líquidos y un cambio en el metabolismo basal. Causas que no son muy diferentes de lo que ocurre con otros métodos anticonceptivos. (BAHAMONDES, 2008)

Cefalea

La cefalea se señala como el segundo trastorno más frecuente y una de las principales razones médicas del retiro, los episodios son, por lo general, leves y transitorios. De este porcentaje, 11 - 18% cursan con cefalea, que tiende a alcanzar un nivel máximo al año de uso.

Cambios en la Densidad Mineral Ósea

Este efecto ha sido objeto de estudio en usuarias de implantes de levonorgestrel, en las cuales se encontró un aumento en la densidad mineral ósea de la columna lumbar y antebrazo, después de uno a dos años de uso.

Acné

Es un posible efecto secundario de todos los tipos de anticonceptivos, ya que éstos disminuyen la globulina fijadora de hormona sexual, esto aumenta los andrógenos libres.

Quiste ovárico

Dado que los implantes no inhiben por completo el eje hipotálamo–hipófisis, la FSH fomenta el desarrollo de los folículos. El desarrollo folicular puede alcanzar más de 3 cm, hasta que los folículos se rompen espontáneamente, la mayoría se resuelven espontáneamente y no requieren de tratamiento adicional.

Cambios mamarios

Treinta por ciento de usuarias refieren mastalgia, la cual es probable que tenga un origen hormonal. Por su parte, la galactorrea se reportó más frecuentemente en mujeres en las que se les colocó el implante durante la lactancia.

Cambios en el carácter

La labilidad emocional se ha reportado en un 6.1% y depresión en un 2.4%.

Otros Efectos

El dolor pélvico ha sido reportado en 7 a 23%. Cuando hay embarazo con implante, el riesgo de ectópico es de hasta 30%. Se ha observado irritación cutánea local en el lugar de inserción del implante en un 5%, dismenorrea en un 8% durante el segundo al quinto año de uso. (Montenegro, Lara, & Velasquez, 2005)

Efectos en el metabolismo de los lípidos

En muchos estudios se ha visto una disminución del colesterol total y en los triglicéridos, los cuales tienden a retornar a su valor basal a los cinco años de uso. En general, los cambios de lípidos probablemente no son importantes para aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Efectos sobre la fertilidad futura

La mayoría de las mujeres restauran sus ciclos ovulatorios normales durante el primer mes después de la extracción. Las tasas de embarazo durante el primer

año después de la extracción del implante son comparables a aquéllas de las mujeres que no usan métodos anticonceptivos y tratan de lograr un embarazo.

Efectos sobre la lactancia

En relación con el uso durante la lactancia y sus posibles efectos sobre el feto, a través de los estudios realizados se ha podido comprobar que no afecta la lactancia ni tiene efectos perjudiciales para los lactantes expuestos**.**

Metabolismo de carbohidratos

Se ha demostrado un aumento leve, pero significativo, en los niveles de glucosa, en usuarias de implantes de levonorgestrel, lo que indica una disminución de los receptores de la insulina.

Función hepática

Con el levonorgestrel se ha encontrado un aumento de bilirrubinas en 50–60% de las usuarias, cifras que continúan elevadas en 50% de las pacientes, a los seis meses de su remoción. También se ha encontrado una disminución de proteínas totales, globulinas, ceruloplasmina; sin embargo, en otros estudios no se han encontrado cambios significativos. Se ha comparado Jadelle con Implanon y se encontró que ambos métodos aumentan las bilirrubinas y la γ–glutamiltransferasa, pero disminuyen las transaminasas; sin embargo, el efecto del Jadelle en las bilirrubinas fue significativamente mayor.

3.2.6. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS.

Se ha descrito disminución de la eficacia anticonceptiva en usuarias tratadas con medicamentos tales como: fenitoina, carbamazepina, rifampicina, hipérico (antidepresivo natural), que aumentan el metabolismo del levonorgestrel.

En las mujeres que siguen un tratamiento a largo plazo con inductores enzimáticos hepáticos debe considerarse la conveniencia de usar otro método anticonceptivo.

3.2.7. CONTRAINDICACIONES.

a. Hipersensibilidad al levonorgestrel.
b. Hemorragia vaginal anormal no diagnosticada.
c. Sospecha o confirmación de tumores estrógenos dependientes.

d. Hepatopatía aguda.
e. Tumor hepático.
f. Tromboembolismo.

3.2.8. PRECAUCIONES

Se debe tener especial atención en aquellas usuarias que presenten:

a. Enfermedad tromboembólica.
b. Migraña
c. Trastornos de la visión
d. Diabetes mellitus.
e. Si existiera ictericia colestásica se debe proceder al retiro de los implantes
f. Depresión.
g. Hipertensión intracraneal.
h. Amenorrea.
i. Cáncer de mama.

3.3. MPLANTES SUBDÉRMICOS DE ETONOGESTREL (Implanon®)

Implanon es un implante que utiliza una sola varilla de 40 mm de largo y 2 mm de diámetro que contiene 68 mg de Etonogestrel, metabolito activo del desogestrel, un progestágeno que se utiliza comúnmente en los anticonceptivos orales. Es menos androgénico y tiene mayor actividad progestacional que el levonorgestrel. (Knowles, 2012)

Viene mezclado con el polímero de acetato de etilen vinilo y ha sido diseñado para un uso de tres años. (EUROPEAN MEDICINES AGENCY, 2010)

3.3.1. MECANISMO DE ACCIÓN

El efecto anticonceptivo del etonogestrel se obtiene principalmente por inhibición de la ovulación, el gestágeno inhibe la producción de la hormona luteinizante LH y su pico preovulatorio. Además produce espesamiento del moco cervical, que hace que disminuya el volumen y aumente la celularidad y la viscosidad del moco, haciendo que se convierta en un “moco hostil”. También provoca atrofia endometrial, provocando que el tamaño y el grosor de la mucosa endometrial no sea el adecuado para que se produzca la nidación de un óvulo fecundado. Este efecto provoca la aparición de irregularidades

menstruales, inhibición de la capacitación espermática y disminución de la movilidad tubárica. (Guillebaud, 1999)

3.3.2. FARMACOCINETICA

Absorción: Después de la colocación se absorbe rápidamente en la circulación. Tiene una rápida liberación los primeros cuatro días después de la inserción y alcanza niveles suficientes para inhibir la ovulación durante el primer día. El índice de liberación es de 60–70 µg/día, en la semana 5 a la 6 y tiene una disminución de, aproximadamente, 35–45 µg/día, al final del primer año; 30–40 µg/día, al final del segundo año; y de 25–30 µg/día al final del tercer año. Las variaciones observadas en las concentraciones séricas pueden atribuirse a diferencias de peso. (LOOSE & STANCEL, 2005)

Distribución: El Etonogestrel se une en un 95.5 a 99 % a las proteínas del suero, sobre todo a la albúmina y en menor grado a la globulina transportadora de hormonas sexuales.

Metabolismo: El Etonogestrel es objeto de hidroxilación y reducción. Los metabolitos están conjugados a sulfatos y glucurónidos. Los estudios en animales demuestran que la circulación enterohepática probablemente no contribuye a la actividad progestagénica del Etonogestrel.

Eliminación: La excreción del Etonogestrel y de sus metabolitos, ya sea en forma de esteroides libres o de conjugados, se lleva a cabo por vía urinaria y fecal (relación 1.5:1). El metabolito activo Etonogestrel se secreta en la leche materna con una relación leche/suero de 0.37-0.55. Basándose en estos datos, se estima que por Kg de peso del bebé, éste ingeriría un máximo del 2.6 al 3.7 % de la dosis diaria (expresada por kg de peso de la madre).

A la semana de su retiro, los valores de la progestina son indetectables en el suero, lo que indica un rápido retorno a la fertilidad.

3.3.3. EFICACIA

El índice de Pearl a los 3 años es igual a 0 (intervalo de confianza del 95%: 0.00-0.07), debido a que no existe falla del método por error en su uso, la tasa de embarazo con el uso perfecto y típico son similares. Este alto grado de

protección anticonceptiva se obtiene, entre otras razones, porque a diferencia de los anticonceptivos orales, la acción anticonceptiva de Implanon no depende de la ingestión regular de tabletas.

3.3.4. BENEFICIOS

Los beneficios del implante de etonogestrel son los mismos aplicados para el implante de levonorgestrel con la única diferencia de tiempo, es decir se mantiene únicamente por 3 años.

3.3.4. EFECTOS ADVERSOS

Los efectos colaterales indeseables pueden ser más marcados dentro de los primeros meses de uso ya que como se mencionó, durante estos meses la dosis de liberación es mayor a la promedio.

Los efectos secundarios asociados no son serios, sin embargo se ha encontrado que la mayoría de usuarias, reportan algún efecto secundario.
El riesgo de embarazos ectópicos es mínimo. En investigaciones epidemiológicas se ha asociado el uso de anticonceptivos orales con una elevada incidencia de tromboembolismo venoso. Aunque se desconoce la relevancia clínica de este hallazgo para Etonogestrel (Implanon) se debe retirar en caso de una trombosis o una paciente con factores de riesgo. El cloasma puede ocurrir ocasionalmente. En las mujeres con sobrepeso, el reemplazo temprano del implante debe ser considerado por el personal de salud. En casos raros se ha documentado un aumento de la presión arterial.

Modificaciones del Patrón de Sangrado Vaginal.

Los sangrados vaginales pueden volverse más frecuentes o tener una mayor duración en algunas mujeres, mientras que en otras el sangrado puede ser incidental o totalmente inexistente.

El patrón de sangrado puede variar desde amenorrea, sangrado irregular y sangrado prolongado. Los tipos de sangrado más frecuentes son amenorrea y episodios de sangrado–goteo. Las mujeres que descontinúan el método son las que experimentan más días de sangrado y un sangrado más frecuente y prolongado.

Existen otros efectos, como: cefalea, náusea, mastodinia, cambios de apetito, mareo, alteraciones nerviosas y aumento de peso son frecuentemente reportadas, se presentan aproximadamente de un 2 a un 7.4% en usuarias.
Ocasionalmente, una infección, dolor transitorio, edema puede ocurrir en el sitio de inserción. Entre los reportados con una baja frecuencia están los cambios mamarios, cervicitis, dolor musculo esquelético, leucorrea y vaginitis. Raramente se ha observado un aumento clínicamente relevante de la presión arterial, puede ocurrir urticaria y angiodema. (POWER, FRENCH, & COWAN, 2008)

Efectos durante la lactancia

Los métodos de progestinas solas, que incluyen los implantes, son un buen método monohormonal debido a la transferencia de pequeñas cantidades de esteroides a los infantes, la iniciación del uso debe diferirse seis semanas posparto.

3.3.5. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Las interacciones medicamentosas que provocan un aumento de la depuración de hormonas sexuales pueden conducir a un sangrado por disrupción y a un fracaso del método anticonceptivo. El mecanismo de esta interacción parece basarse en las propiedades de inducción de enzimas hepáticas de estos medicamentos. Pueden preverse interacciones durante la utilización concomitante de hidantoínas, barbitúricos, primidona, rifampicina o carbamazepina; también se sospechan interacciones con la rifabutina, troglitazona, felbamato y griseofulvina.

Debe recomendarse a las mujeres tratadas a corto plazo con los medicamentos antes mencionados u otros medicamentos inductores de las enzimas hepáticas, que utilicen temporalmente un método de barrera además de Implanon, es decir durante el tiempo de administración concomitante del medicamento y por lo menos 7 días después de la suspensión del mismo. En las mujeres que reciben un tratamiento de larga duración con medicamentos inductores de enzimas hepáticas, se recomienda retirar Implanon y prescribir un método anticonceptivo no hormonal. (Schwarcz, Castro, & Galimberti, 2002)

3.3.6 CONTRAINDICACIONES

No deben emplearse anticonceptivos sólo-progestágenos si existe una de las condiciones enumeradas a continuación. Si una de estas aparece por primera vez durante la utilización de Implanon, el producto debe retirarse inmediatamente:

- Embarazo conocido o sospechado.
- Trastorno tromboembólico venoso activo.
- Presencia o antecedentes de enfermedad hepática severa mientras los parámetros de la función hepática no hayan regresado a niveles normales.
- Tumores progestágeno-dependientes.
- Sangrado vaginal no diagnosticado.
- Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de Implanon.
- Carcinoma mamario y/o genital. (FDA, 2012)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO Y DISEÑO GENERAL DE ESTUDIO:

El presente estudio es descriptivo ya que está dirigido a determinar la caracterización de las variables estudiadas, y de corte transversal ya que se examinarán las variables de una población en un período de tiempo determinado con un corte en el tiempo.

LUGAR:

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario de Motupe.

TIEMPO:

Se realizó entre los meses de abril a septiembre del 2013.

UNIVERSO:

Estuvo constituido por todas las usuarias en edad fértil que acudieron al servicio de consulta externa del departamento de ginecología y obstetricia para realizar planificación familiar con el implante subdérmico como método anticonceptivo conformado por 367 pacientes.

MUESTRA:

La muestra estuvo conformado por 86 usuarias en edad fértil con utilización del implante subdérmico como de método anticonceptivo: el levonorgestrel y etonogestrel considerando los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Usuarias que desearon colaborar con la presente investigación. Usuarias que tuvieron implante subdérmico atendidas en el Hospital Universitario de Motupe. Mujeres que solicitaron la colocación del implante subdérmico como método de planificación familiar.	A toda usuaria que no desee colaborar con la investigación. Usuarias que no son portadoras del implante anticonceptivo subdérmico. Usuarias con indicación médica de no utilización del implante subdérmico como método contraceptivo.

RECOLECCION DE LA INFORMACION:

Fuente Primaria:

- Para llevar a cabo el cumplimiento de los objetivos fue necesario elaborar un instrumento de recolección de datos, que fue un cuestionario de encuesta diseñado en base a fuentes científicas, estructurada y de autoría del investigador y validada a través de una prueba piloto a través de la cual se estableció los beneficios y los efectos adversos relacionados al uso del implante subdérmico. (**Anexo 2**)

Fuente Secundaria:

- Se empleó como fuente secundaria, la historia clínica de cada paciente del Hospital Universitario Motupe, con la finalidad de obtener datos relacionados a su salud y que permita realizar cruces de información.

Aspectos Éticos: El presente estudio se acogió a las normas éticas básicas de la Declaración de Helsinki, por lo que la información recogida de las usuarias a través de las encuestas que se desarrollaron para el efecto, se manejaron exclusivamente para el desarrollo de la presente investigación y únicamente por el investigador, con carácter confidencial, por lo que la identidad de los pacientes es de absoluta reserva del investigador, las encuestas fueron anónimas y no se divulgó su contenido por ningún motivo. Las usuarias que intervinieron de forma voluntaria y anónima previamente informados sobre la encuesta. Se solicitó por escrito la autorización del Director del Hospital Universitario Motupe, Dr. Rodrigo Ludeña, para el desarrollo de la investigación.

- La usuaria previa a la realización de encuestas se le notifico en un documento el consentimiento informado, que aprobaron la realización de las mismas. (**Anexo 1**)

PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

- **Organización de la información.-** La actividad se cumplió teniendo como referente los objetivos específicos de la investigación. De esta

manera, los datos se integraron, independientemente, en función de cada una de las variables que se investigan.

- **Representación gráfica de los datos.-** Los resultados fueron ordenados y analizados de forma manual priorizando datos generales y posterior ordenamiento según los objetivos, a continuación se realizó tabulación y representación estadística correspondiente mediante la utilización de los programas de Microsoft Word y Excel 2010.
- **Análisis e interpretación de los datos.-** Al final de cada una de las preguntas se interpretó los datos encontrados haciendo uso de los planteamientos de la teoría que consta en el desarrollo del marco teórico de la investigación.
- **Formulación de recomendaciones, conclusiones y análisis.-** Como resultado del proceso investigativo ejecutado, se conoce las respuestas y cumplimiento de la investigación tomando en cuenta los principales objetivos planteados que orientaron el trabajo.

ELABORACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS E INFORME:

De los resultados obtenidos, se elaboraron los lineamientos alternativos, los mismos que se plasman en una propuesta de intervención.

Esta propuesta se orienta, a mejorar el grado de conocimiento, prácticas y actitudes sobre el uso del implante subdérmico como método anticonceptivo en las usuarias del Hospital Universitario de Motupe. (**Anexo 3**)

Finalmente, se redactó el informe, tomando en cuenta los fundamentos teóricos y las normas establecidas por el Área de la Salud Humana, de la Universidad Nacional de Loja, para la presentación de la tesis de grado respectiva.

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

6. RESULTADOS

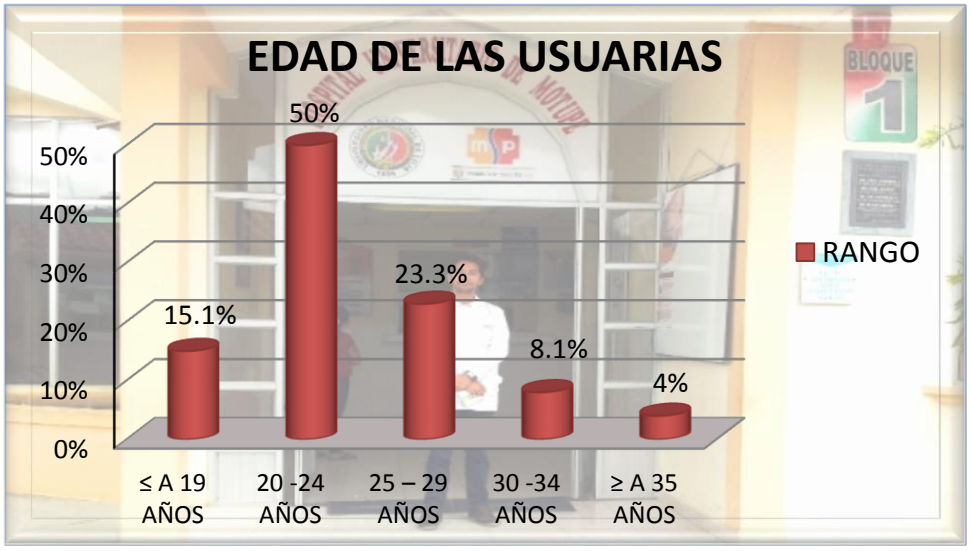
CUADRO N° 1

EDAD DE LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013

EDAD	FRECUENCIA	%
≤ A 19 AÑOS	13	**15.1**
20 -24 AÑOS	43	**50**
25 – 29 AÑOS	20	**23.3**
30 -34 AÑOS	7	**8.1**
≥ A 35 AÑOS	3	**3.5**
TOTAL	**86**	**100**

FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

GRAFICA N° 1



FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

Se puede apreciar que las edades de las usuarias con uso del implante subdérmico comprenden en su mayoría entre los 20 a 29 años que representan el 73.3%.

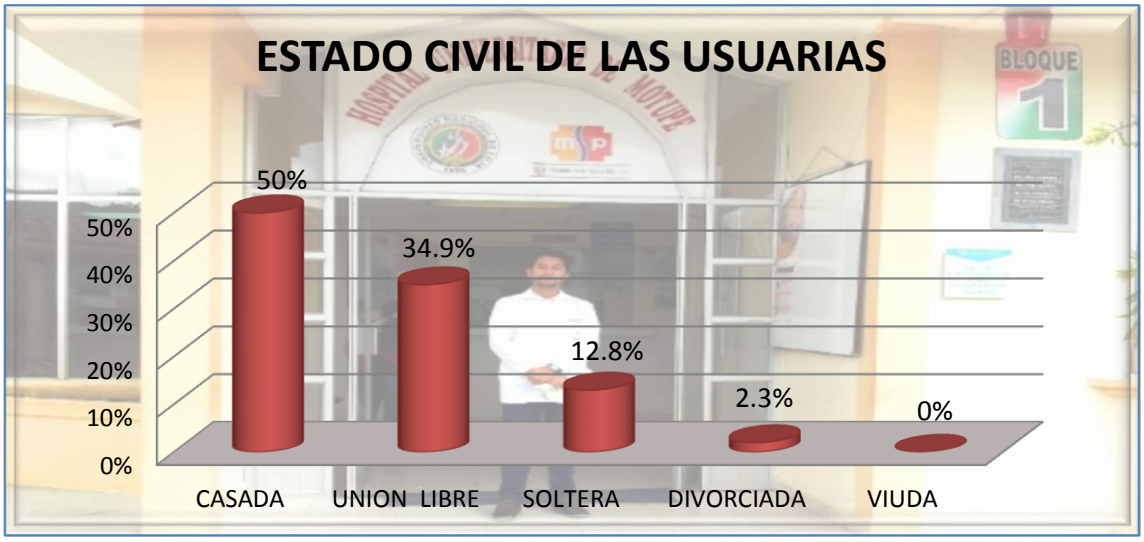
CUADRO N° 2

ESTADO CIVIL DE LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
CASADA	43	**50**
UNION LIBRE	30	**34.9**
SOLTERA	11	**12.8**
DIVORCIADA	2	**2.3**
VIUDA	0	**0**
TOTAL	**86**	**100**

FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

GRAFICA N° 2



FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

Se encontró que el estado civil de las usuarias con uso de implanté subdérmico, las mujeres casadas representan al 50%, mientras que la unión libre representa el 34.9%, y las solteras con un 12.8%.

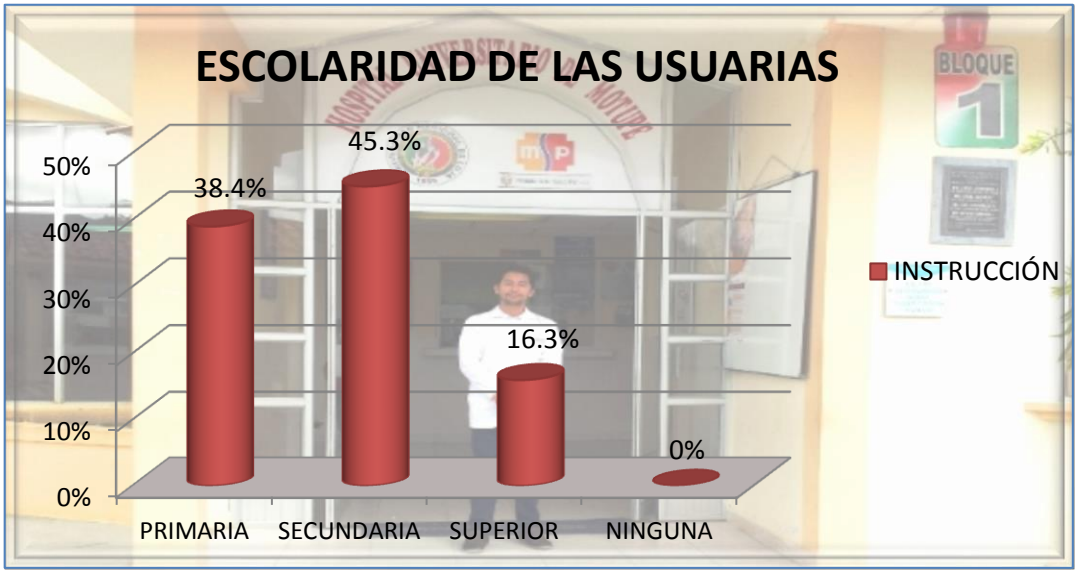
CUADRO N° 3

ESCOLARIDAD DE LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	33	**38.4**
SECUNDARIA	37	**45.3**
SUPERIOR	14	**16.3**
NINGUNA	0	**0**
TOTAL	**86**	**100**

FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

GRAFICA N° 3



FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

Se determinó que el grado de escolaridad de las usuarias está representando en su mayoría con un nivel de secundaria con el 45.3%, seguido del nivel primaria con un 38.4%

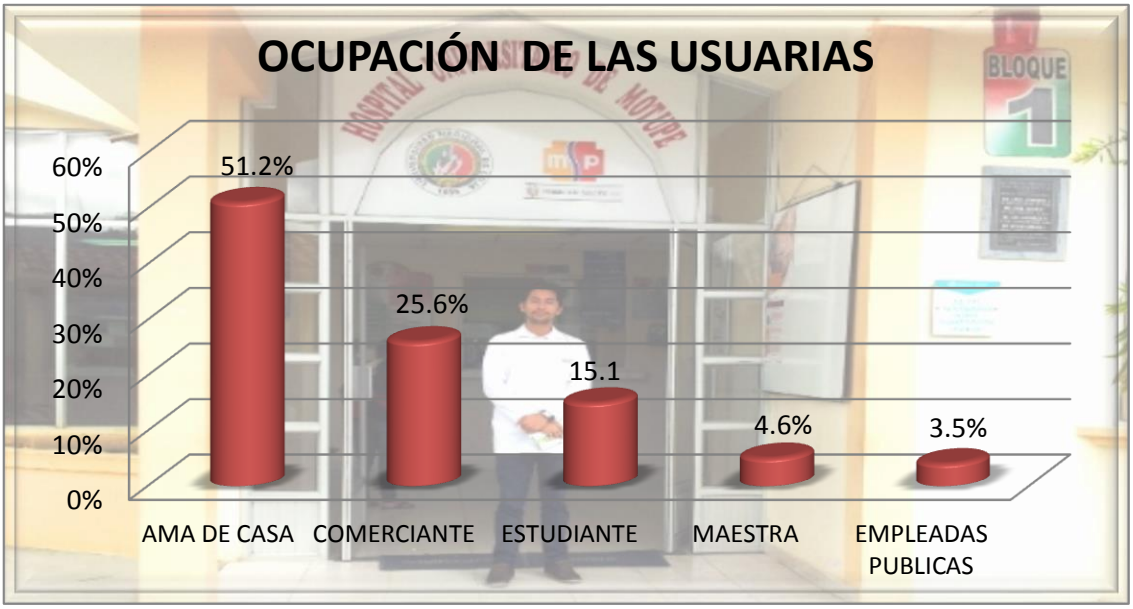
CUADRO N° 4

OCUPACIÓN DE LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013

OCUPACION	FRECUENCIA	%
AMA DE CASA	44	**51.2**
COMERCIANTE	22	**25.6**
ESTUDIANTE	13	**15.1**
MAESTRA	4	**4.6**
EMPLEADAS PUBLICAS	3	**3.5**
TOTAL	**86**	**100**

FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

GRAFICA N° 4



FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

Tenemos en cuanto a la ocupación, la mayoría de usuarias son amas de casa que correspondiente al 51,2%, las comerciantes al 25,6% y las estudiantes con 15.1%.

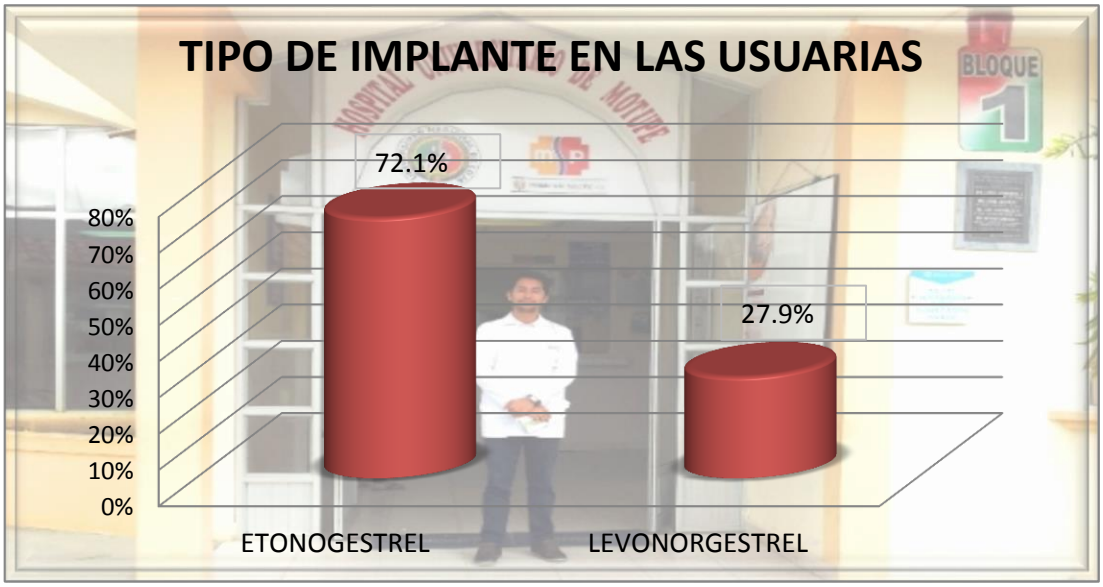
CUADRO N° 5

TIPO DE ANTICONCEPTIVO ACTUAL EN LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDERMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013

IMPLANTE	FRECUENCIA	%
ETONOGESTREL	62	**72.1**
LEVONORGESTREL	24	**27.9**
TOTAL	**86**	**100**

FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

GRAFICA N° 5



FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

Se aprecia que el Etonogestrel tiene mayor acogida como anticonceptivo con un 72.1% contra el Levonorgestrel que representa un 27.9% en el grupo de usuarias.

Sin embargo cabe recalcar que existen ocasiones en las que en el Hospital Universitario de Motupe, se colocaba el implante según la disponibilidad de material contraceptivo en farmacia.

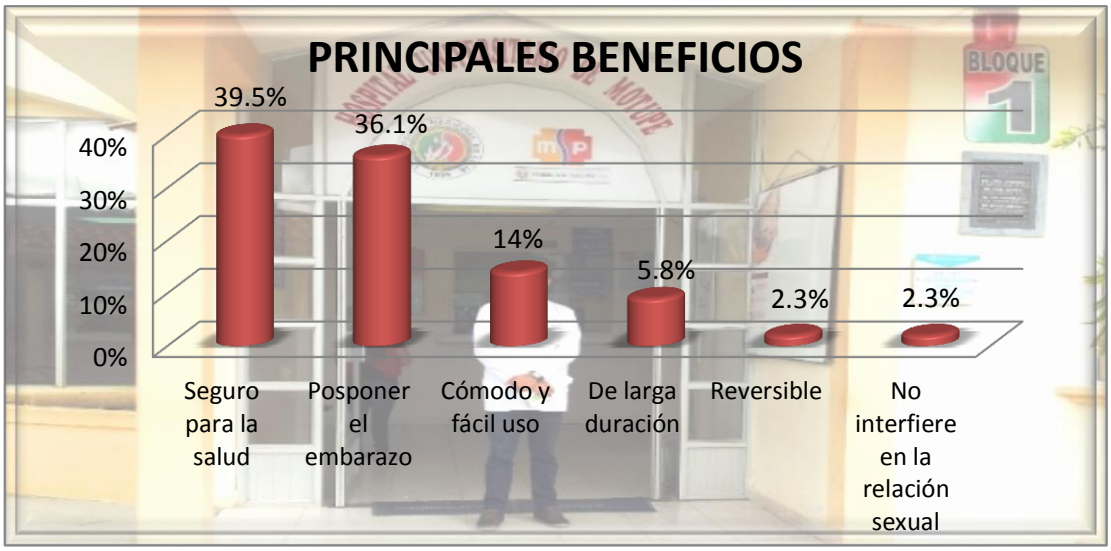
CUADRO N° 6

PRINCIPALES BENEFICIOS DE LOS IMPLANTE SUBDERMICO COMO METODO ANTICONCEPTIVO EN LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013

BENEFICIOS	FRECUENCIA	%
Seguro para la salud	34	**39.5**
Posponer el embarazo	31	**36.1**
Cómodo y fácil uso	12	**14**
De larga duración	5	**5.8**
Reversible	2	**2.3**
No interfiere en la relación sexual	2	**2.3**
TOTAL	**86**	**100**

FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

GRAFICA N° 6



FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

Entre los principales beneficios referidos por las usuarias que optan por el implante subdérmico como método anticonceptivo son: como un método seguro para la salud con un 39.5%, el posponer el embarazo con 36.1%, y cómodo y fácil uso con14%.

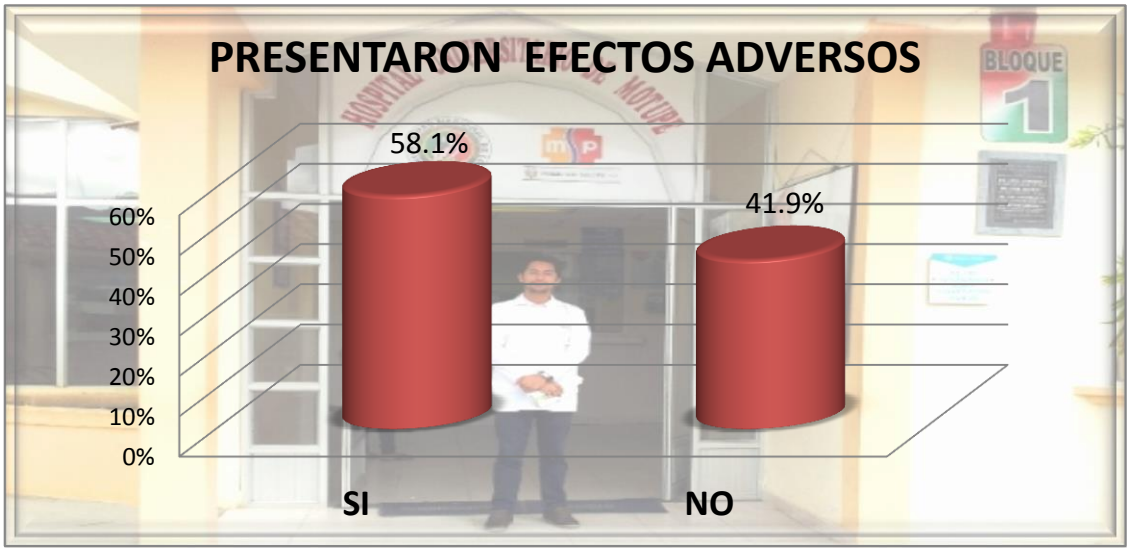
CUADRO N° 7

EFECTOS ADVERSOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO PRESENTADOS EN LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013

EFECTOS ADVERSOS	USUARIAS	%
SI	50	**58.1**
NO	36	**41.9**
TOTAL	**86**	**100**

FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

GRAFICA N° 7



FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

Del total de usuarias investigadas se observó que el 58.1% presentaron algún efecto adverso con el uso del implante subdérmico.

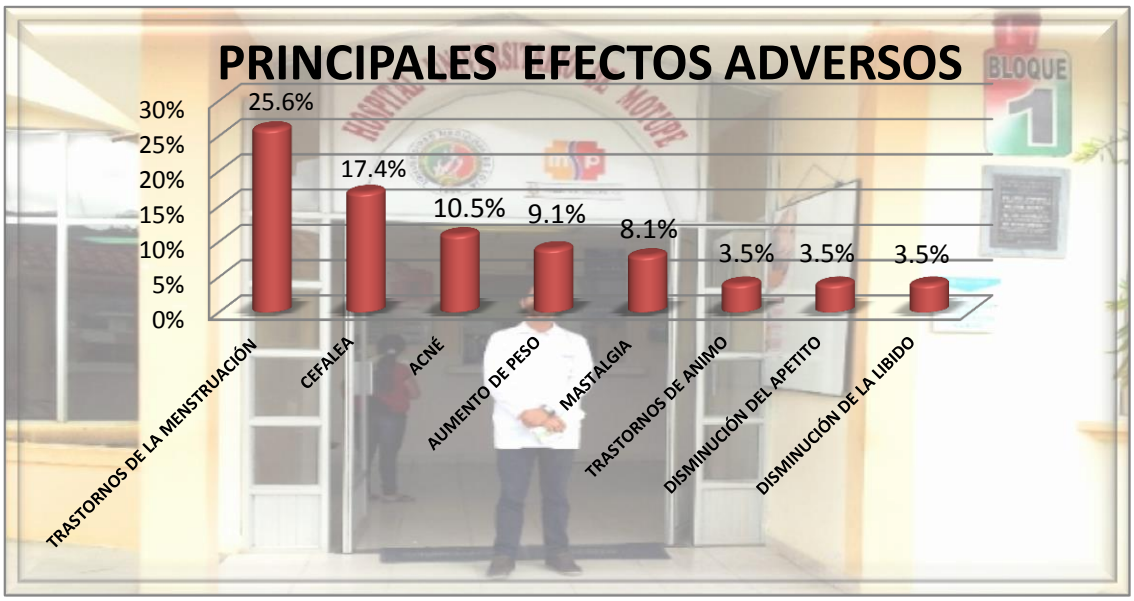
CUADRO N° 8

PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013

EFECTO ADVERSO	№ casos	%
TRASTORNOS DE LA MENSTRUACIÓN	22	**25.6**
CEFALEA	15	**17.4**
ACNÉ	9	**10.5**
AUMENTO DE PESO	8	**9.3**
MASTALGIA	7	**8.1**
TRASTORNOS DE ANIMO	3	**3.5**
DISMINUCIÓN DEL APETITO	3	**3.5**
DISMINUCIÓN DE LA LIBIDO	3	**3.5**
OTROS	9	**10.5**

FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

GRAFICA N° 8



FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

Los efectos adversos encontrados en las usuarias relacionados al uso del implante, son: los trastornos de la menstruación con el 25.6%, la cefalea con el 17.4% acné con el 10.5% y entre otros efectos adversos presentados fueron dolor en sitio del implante, nausea, vómitos, dolor abdominal, nódulos mamarios y alopecia.

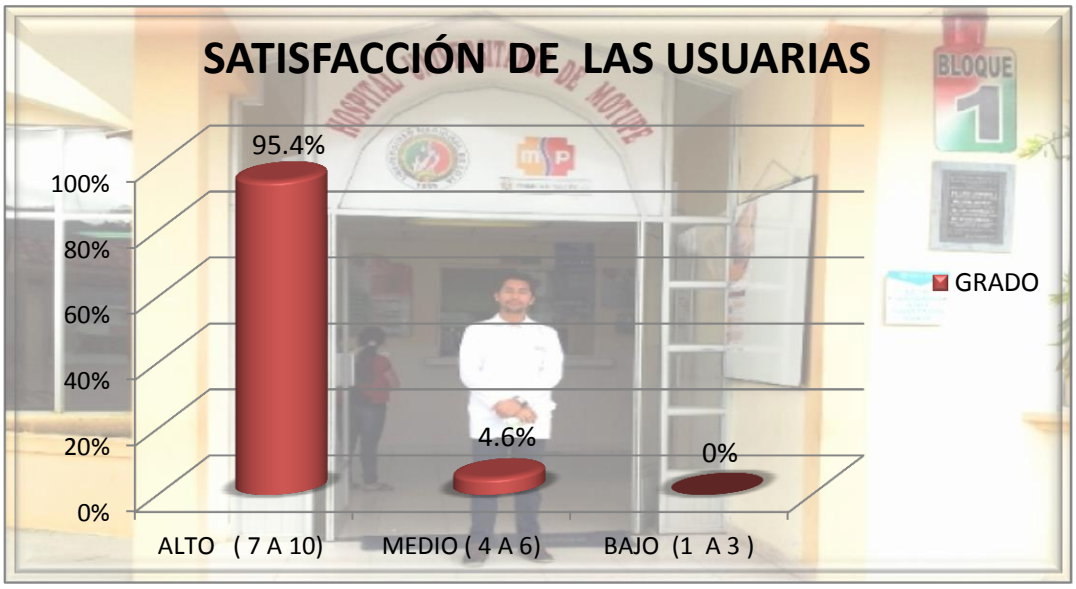
CUADRO N° 9

SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013

SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	%
ALTO (7 A 10)	82	**95.4**
MEDIO (4 A 6)	4	**4.6**
BAJO (1 A 3)	0	**0**
TOTAL	**86**	**100**

FUENTE: Historias clínicas y Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 20143**ELABORADO POR:** Jorge Lenin Álvarez Herrera

GRAFICA N° 9



FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

El grado de satisfacción de las usuarias fue evaluado en una escala de 0 a 10 en donde 0 es el mínimo grado de satisfacción y 10 el máximo grado de satisfacción de las 86 usuarias, 82 mencionan que presentaron un alto grado de satisfacción con el método con el 95.4% al utilizarlo.

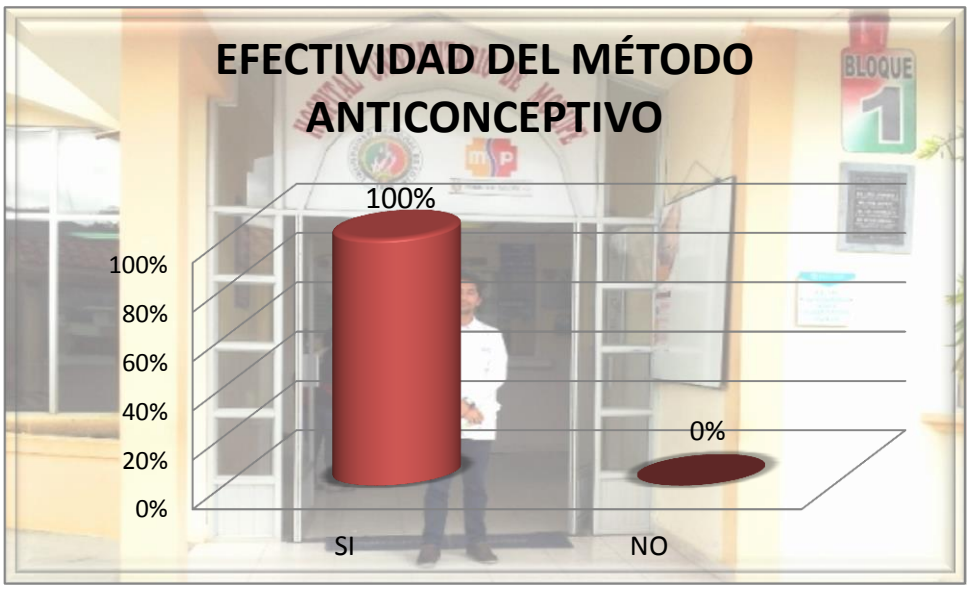
CUADRO N° 10

EFECTIVIDAD DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTE EMBARAZOS EN LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013

EMBARAZO	FRECUENCIA	%
SI	0	**0**
NO	86	**100**
TOTAL	**86**	**100**

FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

GRAFICA N° 10



FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

La efectividad del uso del implante subdérmico como método anticonceptivo en el grupo de estudio es del 100%, de acuerdo al índice de Pearl con un resultado de 0 embarazos dados durante su tiempo de uso.

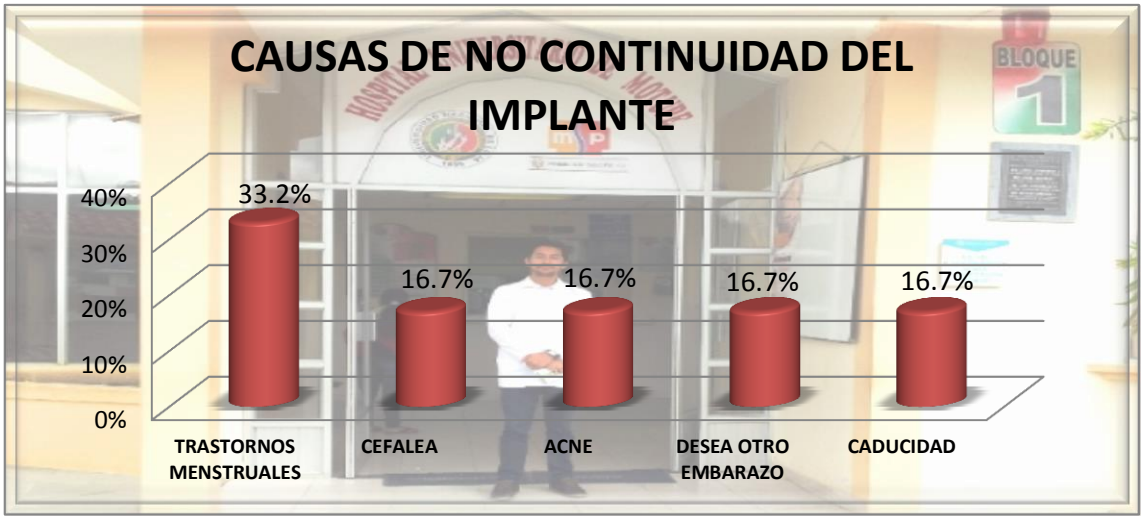
CUADRO N° 11

CAUSAS DE NO CONTINUIDAD DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013

CAUSAS	FRECUENCIA	%
TRASTORNOS MENSTRUALES	2	**33.2**
CEFALEA	1	**16.7**
ACNE	1	**16.7**
DESEA OTRO EMBARAZO	1	**16.7**
CADUCIDAD	1	**16.7**
TOTAL	**6**	**100**

FUENTE: Historias clínicas y Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

GRAFICA N° 11



FUENTE: Encuestas realizadas a las usuarias con uso de implante subdérmico en el "Hospital Universitario Motupe". Periodo abril - septiembre 2013
ELABORADO POR: Jorge Lenin Álvarez Herrera

En el tiempo de estudio de la presente investigación la causa más frecuente de retiro del implante subdérmico fueron los efectos adversos, encontrando a los trastornos menstruales con un 33.2% y la cefalea, el acné y el deseo de otro embarazo con 16.7 % respectivamente para cada uno.

7. DISCUSIÓN

En el presente trabajo investigativo, de acuerdo a la información recolectada en las usuarias en edad fértil con uso del implante subdérmico como método anticonceptivo atendidas en el “Hospital Universitario de Motupe” en el período abril- septiembre 2013, se obtuvo en lo referente a los principales beneficios de los implantes subdérmicos por la que las usuarias decidieron su uso: por ser un método que da seguridad con el 39.5%, de igual manera lo escogen para posponer un próximo embarazo siendo esto un 36.1%, además por ser cómodos y de fácil uso con un 14%. Estos datos guardan estrecha relación con un estudio realizado por el Dr. Dany Del Valle, en pacientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el año 2002 donde los beneficios fueron: método seguro (24.3%) y cómodo (32.16%). (Del Valle, 2002) Así también en otro estudio realizado por las Md. Alejandra Alvear y Patricia Inca en Quito durante el año 2013, se observó que los principales beneficios que existieron fueron: la seguridad del implante con 79.6% así como por la comodidad y fácil uso 14.6%. (Alvear & Inca, 2013).

De acuerdo a los principales efectos adversos presentados en este trabajo investigativo tenemos que el 58,1% de las pacientes presentaron algún efecto siendo el principal, los trastornos de la menstruación con el 25.6%, otros efectos secundarios frecuentes en este estudio fueron la cefalea con el 17.4%, el acné con 10.5% y el aumento de peso con 9.3%, los mismos resultados fueron de igual tendencia descrita en otros estudios. Según Dr. Del Valle, en su estudio en Guatemala encontró que de la población estudiada el 67.2% presento efectos adversos, de los cuales los más llamativos en orden de frecuencia fueron: amenorrea 19.5%, cefalea 15% y el sangrado irregular 13.3%. (Del Valle, 2002). Al igual estos datos tienen relación con un estudio de frecuencia de efectos adversos de los implantes en la ciudad de México por Felicitas García Y Silvia López en el 2011, donde se identificaron efectos adversos en el 71.7 % de las usuarias: siendo las alteraciones principales las del ciclo menstrual 36% y la cefalea 28% (GARCIA LEON & LÒPEZ BENITEZ, 2011). En otro estudio realizado en Tailandia, como resultados se obtuvo que la amenorrea (40,2%) y el sangrado frecuente (39,1%) fueron los

acontecimientos adversos menstruales más frecuentes, mientras que la mayoría de eventos adversos no menstruales fueron dolor de cabeza / mareo (27,2%) y dolor abdominal bajo (23,9%). (Castro, 2010) Con estos resultados se obtiene que los implantes produjeron similares efectos adversos al igual que otros anticonceptivos con progestina. El asesoramiento antes de la inserción es importante para una mayor satisfacción de la usuaria y una tasa de continuación más alta. Por ello es imprescindible informar a la usuaria tales efectos a presentarse.

En esta investigación en cuanto a perfil demográfico, es importante mencionar que el promedio de edad de las 86 participantes fue de 21.5 años, la mayoría son mujeres jóvenes entre 20-29 años (73.3%), edad significativa para el cuidado y reporte oportuno de las complicaciones, asimismo el nivel de escolaridad puede influir en los cuidados del implante ya que 43 % de las usuarias se encontró en el nivel de secundaria, y como ocupación principal ser ama de casa (51.2%), con antecedentes ginecológicos de haber presentado un 57% por lo menos una gesta. Asimismo los resultados muestran concordancia en una investigación efectuado por las Dras. Viviana Mazur, Verónica García y Lara Salceek en Buenos Aires en el año 2013; donde se obtuvo que el grupo etario entre 21 y 30 años son las de mayor frecuencia de colocación de los implantes, también la mayoría fueron multigestas. (Mazur, Garcia, & Salceek, 2013). En la investigación del Dr. Del Valle, tenemos que la edad más frecuente es la comprendida 21 a 25 años, en cuanto a la paridad de mayor frecuencia corresponde a las multíparas, siendo la mayoría casadas con nivel de escolaridad de primaria. (Del Valle, 2002). Finalmente segun García y López, el promedio de edad de las 162 participantes fue de 25.2 años, 68 % eran casadas con escolaridad de nivel bachillerato de 46%, 51.9 %, eran amas de casa (GARCIA LEON & LÒPEZ BENITEZ, 2011)

En cuanto a las causas de no continuidad de los implantes subdérmicos antes del tiempo de término de eficacia del método, en las usuarias de esta investigación, las principales causas fueron por los efectos secundarios, siendo el principal los trastornos menstruales 33.3 %, y la cefalea y el acné con un 16.7% respectivamente, situaciones que podrían remediarse en parte haciendo

mayor énfasis en la parte educativa a la usuaria, de forma que se pueda mejorar la tolerancia a los efectos adversos. Estos datos se relacionan con un estudio realizado por el departamento de planificación familiar en México en el año 2005, donde los motivos para el retiro del implante fueron; Hemorragia uterina disfuncional (46.1%), cefalea (33.3%) amenorrea (21%), otras causas fueron aumento de peso, dolor pélvico, dolor en el brazo portador del implante, disminución de la libido, visión borrosa, mastalgia. (Departamento de planificacion familiar de Mexico, 2005) Además en un estudio realizado por Pérez, Ortega y Ovies en la Habana Cuba, durante el año 2001 en donde se halló: del total de mujeres que interrumpieron el uso del método anticonceptivo antes de la fecha de vencimiento era un 38,2 %, motivada fundamentalmente en relación con sus efectos colaterales con 66.6%; entre ellas las más frecuentes fueron los trastornos menstruales, la cefalea y el acné. (PEREZ, ORTEGA, & OVIES, 2001)

Es así que los resultados obtenidos guardan similitud con los encontrados en varios estudios a nivel mundial, lo cual nos explica que la realidad de la ciudad de Loja se encuentra con los mismos problemas de salud pública de no contar con planes estratégicos y educativos.

Finalmente concerniente a la valoración de la eficacia de los dos tipos de implantes en la presente investigación los resultados fueron que durante el tiempo de uso del mismo, no se reportó ningún embarazo por lo tanto la efectividad del mismo es del 100% con un índice de Pearl de 0, así mismo, que a pesar de los efectos adversos reportados en su mayoría, las usuarias calificaron al implante como método de alto grado satisfacción (94.2%), estos resultados pueden ser explicados debido a su alta efectividad como anticonceptivo de larga duración y fácil manejo. Existe semejanza con los resultados según la investigación de la OMS, donde el autor refiere que el principal hallazgo de la revisión fue que los implantes subdérmicos son métodos de anticoncepción altamente efectivos: sólo se registraron dos, tres y cero embarazos en 4377, 2307 y 2068 mujeres por los años de seguimiento, respectivamente. (BAHAMONDES, 2008) Igualmente según Del Valle menciona en su estudio que la efectividad del uso del implante es alta

existiendo al segundo año de uso una probabilidad de embarazo del 0.1%. (Valle, 2002).

8. CONCLUSIONES

- Los principales beneficios de los implantes subdérmicos como método anticonceptivo mencionados por las usuarias para su uso fueron: como un método seguro para la salud con un 39.5%, el posponer el embarazo con un 36.1%, además mencionan por ser cómodos y de fácil uso con un 14%, y de larga duración con 5.8%.

- El principal efecto adverso relacionado con el implante subdérmico son los trastornos de la menstruación con el 25.6% y la cefalea con el 17.4% Otros efectos secundarios frecuentes son: el acné con un 10.5%, el aumento de peso con el 9.3% y mastalgia con 8.1%.

- La mayoría de las usuarias son mujeres jóvenes entre 20 a 29 años siendo el 73.3% de la población de estudio, el estado civil de en su mayoría son casadas con el 50 %, el nivel de escolaridad corresponde a secundaria con un 45.3%, su ocupación principal son ama de casa correspondiente al 51.2% y antecedentes ginecológicos de haber presentado un 57% por lo menos una gesta.

- Las principales causas del retiro del implante subdérmico fueron por los efectos secundarios siendo estos los trastornos menstruales con el 33.3 %, y la cefalea y acné con el 33.3% mientras que los otros dos motivos son para planificar un nuevo embarazo y caducidad del producto.

- Las usuarias refieren presentar una buena satisfacción por el método siendo esto el 95.3% y durante el tiempo de uso del implante no se reportó ningún embarazo por lo que la efectividad del implante subdérmico como método anticonceptivo es del 100%.

9. RECOMENDACIONES

- Realizar campañas de educación constante a las usuarias en edad fértil que son atendidas en el Hospital Universitario de Motupe por parte de la entidades competentes, para que así se mantengan informados acerca una reproducción responsable en el núcleo familiar y promover guías acerca de métodos anticonceptivos.
- Se debe concienciar al personal de salud para garantizar que las mujeres sean informadas acerca de los beneficios y efectos adversos de los métodos anticonceptivos especialmente el implante subdérmico
- En el Hospital Universitario de Motupe se recomienda fomentar un ambiente adecuado con personal adiestrado a informar, educar y orientar a las usuarias y en especial a las adolescentes, con horarios factibles y atención oportuna.
- Es necesario disponer de los métodos anticonceptivos oportunamente en toda fecha mejorando en la accesibilidad a métodos más seguros y eficaces por parte de administradores de centros de salud.
- Se debe recomendar el usos de los implantes subdérmicos como método anticonceptivo en las mujeres en edad fértil, debido a que diferencia de otros métodos no requieren de un gran control por parte de las usuarias, además se recomienda por su periodo de uso y por ser el que menos efectos adversos producen.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. ENIPLA. (2014). *MSP Programa de Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente.* Recuperado el 11 de 09 de 2014, de Ministerio de Salud Pública -l Sistema Nacional de Salud en Ecuador: http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/

2. Martínez, D. A. (23 de Junio de 2010). *Instituto de Medicina Reproductiva*. Recuperado el 2 de Agosto de 2014, de EDAD Y FERTILIDAD - Un problema de la mujer actual: http://www.imreproductiva.com/imagenes/edad%20y%20fertilidad.pdf

3. INEC. (2010). LAS MUJERES ECUATORIANAS QUE CONOCEN Y USAN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. *ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA*, 3.

4. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2003). CRITERIOS MEDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS. *MEJORANDO EL ACCESO AL CUIDADO DE CALIDAD EN PLANIFICACION FAMILIAR*, 46-56.

5. Zambrano, J. (Mayo de 2012). *Instituto Nacional de Estadisticas y Censos*. Recuperado el 31 de Julio de 2014, de Analisis - Revista Coyuntural - Evolucion de la Fecundidad en el Ecuador: http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis.pdf

6. American Society for Reproductive Medicine. (2013). *Comité de Educación del Paciente*. Recuperado el 28 de Julio de 2014, de Edad y Fertilidad - Guia para pacientes: www.ReproductiveFacts.org

7. Herranz, G. (14 de MAYO de 2001). *Ética médica y píldora del día después, III, Universidad de Navarra, Facultad de Medicina, Ciencias y Farmacia, Departamento de Humanidades Biomédicas, Centro de Documentación de Bioética.* Recuperado el 21 de AGOSTO de 2014, de Artículo publicado en Diario Médico.: http://www.unav.es/cdb/dhbghpdd3.html

8. Bahamondes, L. (1 de DICIEMBRE de 2008). *Intervenciones Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles u otros implantes como métodos efectivos de prevención del embarazo*. Recuperado el 28 de JULIO de 2014, de La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/CD001326_bahamondesl_com/es/

9. URIZA, G. (2007). *PLANIFICACION FAMILIAR.* Bogotà: 1a ed.

10. PEREZ SANCHEZ, A. (AGOSTO de 2010). *INDICACIONES PARA REALIZAR LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR*. Recuperado el 6 de DICIEMBRE de 2013, de Ginecología: http://www.cepep.org.py/endssr2004/informe_final/planificacion.htm

11. Orellana , A., Diezma, J., & Lasheras, M. (26 de Marzo de 2013). *Salud Madrid*. Recuperado el 11 de Agosto de 2014, de LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

http://ies.rosachacel.colmenarviejo.educa.madrid.org/documentos/AMPA/Metodos_Anticonceptivos.pdf

12. SANCHEZ, A. P. (2003). GINECOLOGIA. En P. S. A, *GINECOLOGIA* (págs. 1002-1086). SANTIAGO DE CHILE: EDITORIAL MEDITERRANEO LTDA.

13. SCHIAPPACASSE, V. (2007). *METODOS DE BARRERA* . Recuperado el 12 de AGOSTO de 2014, de RED PRO SALUD INTERAMERICANA : http:www.prosaludchile.org/dv/M%Etodos%20de%20 barrera%20VSF%202007.pdf

14. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCION. (OCTUBRE de 2001). *SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCION.* Recuperado el 25 de ABRIL de 2014, de ANTICONCEPCION Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: http://www.sec.es area_cientifica/conferencia_consenso/conferenciaconsenso_3.pdf

15. Guillebaud, J. (1999). *Lo esencial de la tecnología anticonceptiva*. Recuperado el 18 de Enero de 2014, de Manual para personal clínico. Programa de Información sobre Población de la Universidad Johns Hopkins: http://www.jhuccp.org/ect/spanect.stm

16. Schwarcz, R., Castro, R., & Galimberti, D. (Octubre de 2002). *GUÍA PARA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS*. Recuperado el 8 de Mayo de 2014, de http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf

17. POWER, J., FRENCH, R., & COWAN, F. (2008). *ANTICONCEPTIVOS IMPLANTABLES SUBDERMICOS VS OTRAS FORMAS DE ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES COMO METODS EFICACES DE PREVENCION DEL EMBARAZO.* Recuperado el 31 de JULIO de 2014, de LA BIBLIOTECA COCHRANE LIBRARY: http://www.update-software.com

18. Abizanda, D. (06 de Julio de 2006). *Guía de Buena Práctica Clínica en Anticoncepción*. Recuperado el 9 de mayo de 2014, de Atencion Primaria de Calidad: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_anticoncepcion.pdf

19. ALVARADO, A., IDROVO, M., & MANZANO, P. (2010). *UNIVERSIDAD DE CUENCA.* Recuperado el 15 de AGOSTO de 2014, de EMBARAZO-PREVENCION, ANTICONCEPCION, CONOCIMIENTOS APTITUDES PRACTICAS EN SALUD, ADULTO, ESTUDIANTES DE MEDICINA, INSTITUCIONES ACADEMICAS, EDUCACION SUPERIOR : http://www.dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3456/1/MED91.pdf

20. GONZALEZ, I., & MIYAR, E. (2001). CONSIDERACIONES SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR. METODOS ANTICONCEPTIVOS. *REVISTA CUBANA MEDICINA GENERAL INTEGRAL*, 367-378.

21. SANTANA, D. F., GOMEZ, D. M., & REAL, D. R. (1 de 11 de 2000). *Sistema de Implantes subdérmico: norplant.* Recuperado el 1 de 10 de 2014, de Rev Cubana Endocrinol 2000 -Instituto Nacional de Endocrinología. Departamento de Salud Reproductiva: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol11_1_00/end07100.htm

22. Irving Siving; Harold. Nash. (2004). *Jadelle Levonorgestrel Rod Implantes.* USA: ICON Group International.

23. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. (AGOSTO de 2010). *NORMATIVA DE PLANIFICACION FAMILIAR.* Recuperado el 12 de JULIO de 2014, de NORMATIVA DE PLANIFICACION FAMILIAR: http://iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma_planif_famil.pdf

24. MONTENEGRO, E., LARA, R., & VELÁSQUEZ, N. (Enero-Marzo de 2005). *MEDIGRAPHIC ARTEMISA*. Recuperado el 2014 de Julio de 21, de Implantes anticonceptivos Vol No. 1: http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2005/ip051e.pdf

25. Rodríguez R, G. (30 de JUNIO de 2010). *Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM*. Recuperado el 15 de Enero de 2014, de LIBRO SOBRE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN: http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/Libro-UNAM-Cap-2.pdf

26. HATCHER, R. (1999). LO ESENCIAL DE LA TECNOLOGIA ANTICONCEPTIVA. *UNIVERSIDAD DE JOHNS HOPKINGS*, 65-70.

27. EUROPEAN MEDICINES AGENCY. (2010). *IMPLANON(ETONOGESTREL).* Recuperado el 4 de MAYO de 2014, de IMPLANON(ETONOGESTREL): http://www.ema.europa.eu/ema/

28. LOOSE, D., & STANCEL, G. (2005). ESTROGENOS Y PROGESTERONA. En L. L, L. JONH, & P. KEITH, *BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA GOODMAN Y GILMAN* (págs. 1451-1570). CALIFORNIA: MACGRAW HILL.

29. FDA, U. F. (2012). *Center for Drug Evaluation and Research. IMPLANOM ® (Etonogestrel 68mg).* http://www.fda.gov/cder/index.html.

30. Del Valle, D. D. (2002). *Efectividad y causas de no continuidad del metodo anticonceptivo levonorgestrel subdermico.* Recuperado el 3 de septiembre de 2014, de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8629.pdf

31. Alvear, M. M., & Inca, M. (2013). *tesis de grado presentado como requisito para optar el titulo de especialista en ginecologia y obstetricia.* Recuperado el 28 de agosto de 2014, de http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1080/1/T-UCE-0006-37.pdf

32. GARCIA LEON, F., & LÒPEZ BENITEZ, S. V. (2011). Frecuencia de efectos adversos en. *Revista de Enfermeria del Instituto Mexicano del Seguro Social. México*, 21-24.

33. Castro, Á. M. (2010). *PUBLICACION CIENTIFICA ACERCA DEL IMPLANTE SUBDERMICO.* Recuperado el 9 de JULIO de 2014, de Revista ciencias biomedicas: https://es.scribd.com/doc/48986565/Revista-ciencias-biomedicas-vol-2

34. Mazur, V., Garcia, V., & Salceek, L. (2013). *implantes hormonales. tecnologia anticonceptiva apropiada en el primer nivel de atencion.* Recuperado el 15 de agosto de 2014, de implantes hormonales. tecnologia anticonceptiva apropiada en el primer nivel de atencion.: http://www.farmg.org.ar.

35. Departamento de planificacion familiar de Mexico. (2005). *IX REUNION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MEDICA*. Recuperado el 25 de AGOSTO de 2014, de http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2005/ee-08-2005/documentos/11.htm

36. PEREZ, Z., ORTEGA, M., & OVIES, G. (AGOSTO de 2001). *SCIELO*. Recuperado el 5 de SEPTIEMBRE de 2013, de Revista Cubana de Medicina General Integral - Caracterización del uso del implante subdérmico: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000400006&script=sci_arttext

37. Departamento de planificacion familiar de Mexico. (2005). *IX REUNION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MEDICA*. Recuperado el 25 de AGOSTO de 2014, de http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2005/ee-08-2005/documentos/11.htm

ANEXOS

11. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, de autoría del investigador Jorge Lenin Álvarez Herrera tiene como objetivo establecer el porcentaje de mujeres que presentan tales grados de satisfacción como son sus beneficios y los posibles reacciones o efectos adversos, de este modo determinar con datos reales de las ventajas y las consecuencias que prestan estos dispositivos y así ser manejado de una forma más integral en el cuidado da la salud familiar por el personal de salud, es por lo que se le pide que participe llenando una encuesta a través de la cual se obtendrá información que permitirá establecer la presencia o no de dichos efectos.

La información obtenida será manejada con carácter de confidencial y será de uso exclusivo para esta investigación, por lo que si usted acepta participar, deberá de firmar el presente consentimiento informado.

Yo……con numero de C.I……. acepto participar en la presente investigación, llenando la encuesta relacionada a los beneficios y efectos adversos que pudieran surgir por el uso de anticonceptivos subdérmicos.

Fecha……

…… ……

Firma de la participante Jorge Lenin Álvarez Herrera

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

Estimada encuestada a continuación encontrará una serie de enunciados acerca del método anticonceptivo y de sus efectos. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

DATOS INFORMATIVOS.

1.-ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS

HISTORIA CLINICA.	**:**
EDAD	**:**
ESTADO CIVIL	**:**
INSTRUCCIÓN	**:**
OCUPACION	**:**
PROCEDENCIA	**:**

2.-ANTECEDENTES GINECO- OBSTETRICOS

GESTAS			
Nuligesta		**Primigesta**	
Secundigesta		**Multigesta**	
PARTOS			
Nulípara		Primípara	
Secundípara		Multípara	
CESAREAS			
Ninguna		1	
2		≥ 3	
ABORTOS			
Ninguno		1	
2		≥ 3	

MENARQUIA			
< 10 años		**10 – 12 años**	
12 – 14 años		**> 14 años**	
DISMENORREA	Leve		
	Moderada		
	Intensa		
FRECUENCIA DEL FLUJO	Normal		
	Polimenorrea		
	Oligomenorrea		
CANTIDAD DE FLUJO	Normal		
	Hipermenorrea		
	Hipomenorrea		

3.- ANTICONCEPTIVO

USO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO ANTERIOR AL IMPLANTE SUBDERMICO

-NINGUNO		SI		NO	

METODO ANTICONCEPTIVO ANTERIOR

ORALES	MICROGYNON			
	MICROLUT			
INYECTABLES	MESIGYNA			
	TOPASEL			
BARRERA	CONDON			
	DIAFRAGMA			
NATURAL	RITMO	SI		NO
	COITUS INTERRUPTUS	SI		NO
	MELA			
DIU	T DE COBRE			

ANTICONCEPTIVO ACTUAL:		**BRAZO**		**FECHA DE COLOCACION:**
JADELLE		IZQUIERDO		
IMPLANON		DERECHO		

BENEFICIOS DE COLOCACION DEL IMPLANTE SUBDERMICO

Posponer el embarazo		Ya no desea tener más hijos	
Comodidad y Fácil uso		Reversible	
Seguridad o seguro para la salud		Método de larga duración	
No hay probabilidad de olvido		Otro:	
No interfiere en la relación sexual			

SATISFACCIÓN DEL IMPLANTE	Califique el método de 0 a 10			

EMBARAZO	SI		NO	

EFECTOS ADVERSOS

SIGNOS	
Acné	
Trastornos de la menstruación	
Amenorrea	
Dismenorrea	
Aumento de peso	
Alopecia	
Náuseas y vómitos	
Acceso de calor	
Nódulos Mamarios	

SINTOMAS	
Cefalea	
Mastalgia	
Disminución del apetito	
Trastorno del ánimo	
Disminución de la líbido	
Dolor en sitio del implante	
Dolor abdominal	
OTROS	
Ninguno	

MOTIVO DE RETIRO DEL IMPLANTE SUBDERMICO

Efecto adverso		La pareja se opone al método	
Deseo de un nuevo embarazo		Reacción en sitio de implante	
Nuevo compromiso		Cambiar otro método anticonceptivo	
Caducidad		Otro	

- Ha recibido Ud. Información sobre los métodos anticonceptivos?

  Si ( ) No ( )

  En caso de ser positiva su respuesta: ¿Qué información posee usted acerca de los métodos anticonceptivos?

  ……

  ……

  ……

GRACIAS POR SU COLABORACION.

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE LOS BENEFICIOS Y EFECTOS ADVERSOS PRODUCIDOS POR LA COLOCACIÓN DE LOS IMPLANTES SUBDÉRMICOS COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO A USUARIAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MOTUPE

1. JUSTIFICACION

El trabajo de tesis identifica uno de los problema de salud debido al desconocimiento sobre los beneficios y efectos adversos producidos por la colocación de los implantes subdérmicos como método anticonceptivo en mujeres en edad fértil ante esta situación y queriendo contribuir de alguna manera con este grupo humano, me permito presentar una propuesta dirigida a ellas.

2. FUNDAMENTACION

El implante es un método anticonceptivo a base de hormonas de larga duración, es un método relativamente nuevo y altamente efectivo que se emplea cuando no se busca un embarazo por un periodo prolongado. Los implantes subdérmicos han surgido como una necesidad en la búsqueda del anticonceptivo ideal, el cual debe tener alta seguridad, mínimos efectos colaterales, reversible, cómodo, fácil de usar y ser de larga duración. Están constituidos por una goma de silicona, sobre la cual va depositada la progestina, concretamente levonorgestrel o desogestrel. Debido a que es un método relativamente nuevo se desconoce cuáles son los riesgos, beneficios y efectos adversos que estos producen en las usuarias.

3. OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**
  - Brindar una charla educativa sobre los beneficios y manejo de los efectos adversos producidos por la colocación de los implantes

subdérmicos como método anticonceptivo en mujeres en edad fértil, que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Universitario Motupe de la ciudad de Loja.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**
  - Promover el uso de implante subdérmico como método anticonceptivo
  - Entregar trípticos sobre los beneficios y efectos adversos de los implantes subdérmicos como método anticonceptivo.
  - Aclarecer dudas e inquietudes sobre el uso de los implantes subdérmicos como método anticonceptivo.

4. UBICACIÓN SECTORIAL Y FISICA

La intervención educativa se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Universitario Motupe.

5. FACTIBILIDAD

Esta capacitación fue factible con el propósito de dar a conocer los efectos adversos y beneficios de la colocación de los implantes subdérmicos como método anticonceptivo en mujeres en edad fértil.

6. DESCRIPCION DE LA CAPACITACION

- ACTIVIDADES
  - Hacer conocer los riesgos, beneficios y manejo de los efectos adversos producidos por la colocación de los implantes subdérmicos como método anticonceptivo.
  - Entrega de trípticos a las usuarias una vez esclarecidos el uso de implantes subdérmicos.
  - Preguntas y respuestas de las participantes.
- RECURSOS
  - HUMANOS
    - Autor: Jorge Lenin Álvarez Herrera
    - Usuarias y familiares.
  - MATERIALES
    - Entrega de trípticos sobre los beneficios y efectos adversos que producen los implantes subdérmicos.
    - Papelería

- Cámara fotográfica
- Transporte.

- INFRAESTRUCTURA
  - Instalaciones de docencia del Hospital Universitario Motupe de la ciudad de Loja

IMPLANON®

CARACTERÍSTICAS IMPLANON:

Es efectivo desde el primer día, su duracion es de tres años, el producto consiste en un solo implnate subdermico

Ningún método anticonceptivo es 100% efectivo - **Implanon®** es 99% efectivo cuando se inserta correctamente.

Después de la remoción de **Implanon®** la hormona está completamente fuera del sistema de la paciente prácticamente en días - la fertilidad de las pacientes típicamente regresa en semanas.

Jadelle®

- Es un método anticonceptivo para uso a largo plazo (hasta 5 años).}
- El producto consiste de dos implantes para inserción subdérmico.
- La eficacia disminuye a partir del cuarto año de utilización. Por tanto, se debe considerar la posibilidad de quitarse los implantes Jadelle y sustituirlos por otros nuevos a los 4 años, sobre todo en mujeres que pesan más de 60 kg.

Es un método altamente efectivo que se utiliza para las parejas que no desean tener hijos de manera inmediato o desean planificar mejor los tiempos entre la concepción de cada hijo.

- Es solo una pequeña incisión, en el brazo.
- Es practico, seguro y enconómico.
- Tiene una duración media de dos años
- Tiene una efectividad mayor al 99%
- De acción casi inmediata.

REALIZADO POR:

Jorge Lenin Álvarez Herrera

"PREVENIR ES MEJOR QUE CURAR"

Universidad Nacional de Loja

RIESGOS Y BENEFICIOS DE LOS IMPLANTES SUBDERMICOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO MOTUPE

LOJA
2013

¿QUÉ ES EL IMPLNATE SUBDERMICO?

Es un método anticonceptivo a base de hormonas que se liberan en el torrente sanguíneo
Es altamente efectivo cuando la pareja planea no concebir hijos durante un periodo prolongado de tiempo.

Son varillas pequeñas y delgadas que en su interior contienen las hormonas que impiden el embarazo.

¿ Como actúa el implante subdérmico?

Impiden la ovulación: el óvulo no madura, no se libera y por lo tanto no ocurre el embarazo
Modifica el ambiente uterino: de manera que el útero no puede recibir ni mantener un óvulo fecundado.
Hace que el moco del cuello uterino sea más espeso, de manera que los espermatozoides no

¿CÓMO SE COLOCA EL IMPLANTE SUBDÉRMICO?

Una vez que se ha decidido junto con el médico por este método; se pueden colocar uno o varios de estos implantes (dependiendo de la marca del implante).

Se coloca en **cara interna del brazo no dominante, a unos 8 cm de la flexura del codo,** en el surco bicipital medial previa anestesia local y bajo condiciones de asepsia.

¿Cuándo se debe colocar el implante?

El médico coloca el implante durante los primeros días de la menstruación o al sus-pender las pastillas anticonceptivas.

¿ Como se retira el implante?

Se realiza **una mínima incisión con un bisturí** sobre el extremo distal del implante, **previa anestesia** que pondremos por debajo para ayudar a que la punta del implante se

¿Cuáles son los riesgos y beneficios de los implantes subdérmicos?

Ventajas.

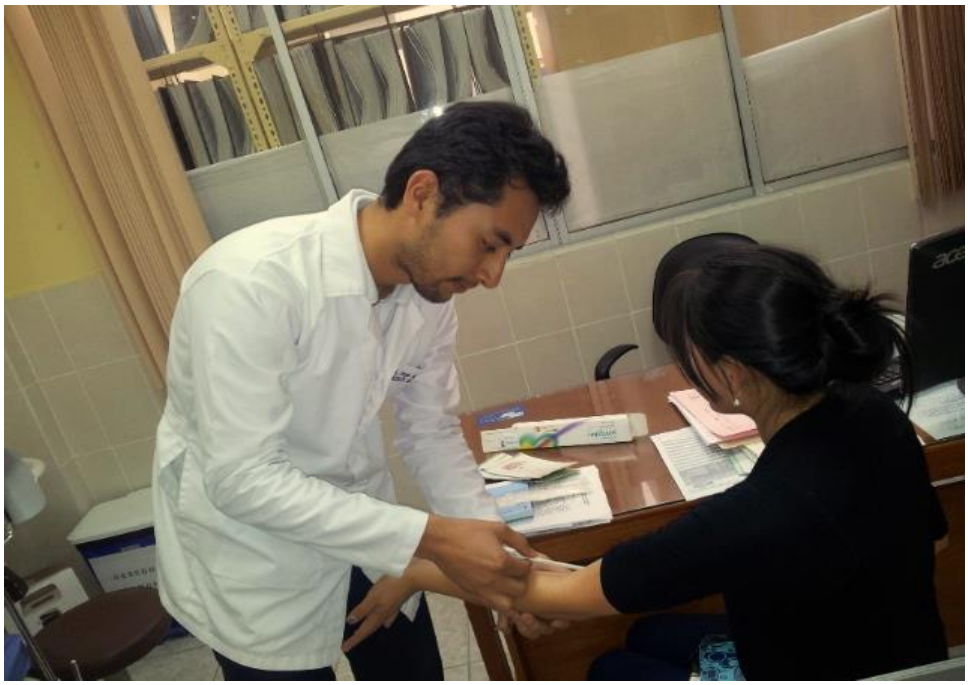
- Tiene una efectividad al 99.5 % de anticoncepción.
- Empieza a funcionar a las 8 horas de colocado el implante.
- Es una opción cuando hay contraindicación para el uso de estrógenos.
- Se puede usar durante la lactancia.
- Económico como método a mediano plazo.
- Sin efecto acumulativo del medicamento; cuando se retira el implante, se elimina toda la medicación en cuestión de días y retorna la fertilidad
- Tiene un efecto continuo.

Desventajas.

- Puede causar alteración en el ciclo menstrual.
- Aumento de peso, acné, retención de líquidos, depresión, nauseas, dolor de cabeza.
- Efectividad disminuida en pacientes con sobrepeso.
- No protege contra enfermedades de transmisión sexual.
- Molestias locales en el sitio de inserción

RECOLECCIÓN DE DATOS

“HOSPITAL UNIVERSITARIO MOTUPE”



12. INDICE

CERTIFICACIÓN....2
AUTORÍA....3
CARTA DE AUTORIZACIÓN....4
DEDICATORIA:....5
AGRADECIMIENTO:....6
1. TÍTULO:....7
2. RESUMEN:....8
SUMMARY:....9
3. INTRODUCCIÓN....10
4. REVISIÓN DE LITERATURA....14
CAPITULO I....14
1. FERTILIDAD Y CONCEPCIÓN....14
1.1. Generalidades....14
1.1.1. Fecundidad....14
1.1.2. Mujer en edad fértil....14
1.1.3. Salud Reproductiva....14
1.1.4. Aspectos histórico-demográficos....15
1.2. Concepción....15
1.3 Fisiología del Aparato Reproductor Femenino....16
CAPITULO II....19
2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR....19
2.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS....20
2.1.1. Clasificación de los métodos anticonceptivos....21
CAPITULO III....23
3. IMPLANTES ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS....23
3.1. Generalidades....23
3.1.1. Aspectos históricos:....23
3.1.2. Criterios de elegibilidad para la aplicación del implante subdérmico:....24
3.1.3. Técnica de inserción de los implantes....24
3.2. IMPLANTES SUBDÉRMICOS DE LEVONORGESTREL (JADELLE®)....26

3.2.1. MECANISMO DE ACCIÓN 26
3.2.2. FARMACOCINÉTICA. 27
3.2.3. BENEFICIOS. 28
3.2.3. TASA DE CONTINUIDAD 28
3.2.4. EFECTIVIDAD.....28
3.2.5. EFECTOS ADVERSOS. 28
3.2.6. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS. 31
3.2.7. CONTRAINDICACIONES. 31
3.2.8. PRECAUCIONES 32
3.3. MPLANTES SUBDÉRMICOS DE ETONOGESTREL (Implanon®) 32
3.3.1. MECANISMO DE ACCIÓN 32
3.3.2. FARMACOCINETICA 33
3.3.3. EFICACIA 33
3.3.4. BENEFICIOS.....34
3.3.4. EFECTOS ADVERSOS.....34
3.3.5. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS.....35
3.3.6 CONTRAINDICACIONES 36
5. MATERIALES Y MÉTODOS 37
ELABORACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS E INFORME: 39
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS 40
6. RESULTADOS.....41
CUADRO N° 1 41
EDAD DE LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013 41
CUADRO N° 2 42
ESTADO CIVIL DE LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013 42
CUADRO N° 3 43
ESCOLARIDAD DE LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013 43
CUADRO N° 4 44

OCUPACIÓN DE LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013 44

CUADRO N° 5 45

TIPO DE ANTICONCEPTIVO ACTUAL EN LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDERMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013 45

CUADRO N° 6 46

PRINCIPALES BENEFICIOS DE LOS IMPLANTE SUBDERMICO COMO METODO ANTICONCEPTIVO EN LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013 46

CUADRO N° 7 47

EFECTOS ADVERSOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO PRESENTADOS EN LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013 47

CUADRO N° 8 48

PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013 48

CUADRO N° 9 50

SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013 50

CUADRO N° 10 51

EFECTIVIDAD DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTE EMBARAZOS EN LAS USUARIAS CON IMPLANTE SUBDÉRMICO ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013 51

CUADRO N° 11 52

CAUSAS DE NO CONTINUIDAD DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2013 52

7. DISCUSIÓN 53

8. CONCLUSIONES 57

9. RECOMENDACIONES 58

ANEXOS 63

11. ANEXOS 64

ANEXO 1 64

ANEXO 2 65
ANEXO 3 68
RECOLECCIÓN DE DATOS 73
12. INDICE 75