

UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“FACTORES ASOCIADOS AL RETIRO ANTICIPADO DEL
IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO EN USUARIAS
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS
GUARDIA, HUARAZ, 2017-2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Bach. RODRIGUEZ SALCEDO, Elizabeth Karina

Bach. SHUÁN PÉREZ, Thania Yaquelín

ASESORA: Dra. VALENCIA VERA, Consuelo Teresa

HUARAZ – PERÚ

2019



FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación - RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: RODRIGUEZ SALCEDO ELIZABETH KARINA

Código de alumno: 141.1004.193 Teléfono: 930764032

Correo electrónico: ekrz_125@hotmail.com DNI o Extranjería: 73123253

2. Modalidad de trabajo de investigación:

Trabajo de investigación

Trabajo académico

Trabajo de suficiencia profesional

Tesis

3. Título profesional o grado académico:

Bachiller

Título

Segunda especialidad

Licenciado

Magister

Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

"FACTORES ASOCIADOS AL RETIRO ANTICIPADO DEL IMPLANTE
ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2017 - 2018"

5. Facultad de: CIENCIAS MÉDICAS

6. Escuela, Carrera o Programa: OBSTETRICIA

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: VALENCIA VERA CONSUELO TERESA Teléfono: 943621404

Correo electrónico: tvalenuavera@yahoo.es DNI o Extranjería: 31678026

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma:

D.N.I.: 73123253

FECHA:



FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación - RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: SWAÑÁN PÉREZ THANIA YAGUELÍN
Código de alumno: 141-1004-197 Teléfono: 961610721
Correo electrónico: thaswup1497@gmail.com DNI o Extranjería: 72654014

2. Modalidad de trabajo de investigación:

Trabajo de investigación Trabajo académico
 Trabajo de suficiencia profesional Tesis

3. Título profesional o grado académico:

Bachiller Título Segunda especialidad
 Licenciado Magister Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

"FACTORES ASOCIADOS AL RETIRO ANTICIPADO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO
SUBDERMICO EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, HOSPITAL
VÍCTOR RAMOS GUARDIA Y HUARAZ, 2017 - 2018"

5. Facultad de: CIENCIAS MÉDICAS

6. Escuela, Carrera o Programa: PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: VALENCIA VERA CONSUELO TERESA Teléfono:
Correo electrónico: svalenciavera@yahoo.es DNI o Extranjería: 31678026

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma:

D.N.I.: 72654014

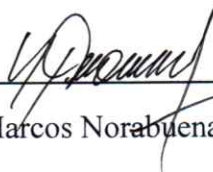
FECHA: / /

MIEMBROS DEL JURADO



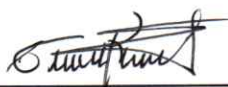
Dra. Ada Eudocia Rodriguez Figueroa

PRESIDENTE



Dr. Rafael Marcos Norabuena Penadillo

SECRETARIA



Mag. Gilma Aly Rojas Tello

VOCAL



Dra. Consuelo Teresa Valencia vera

ASESORA

DEDICATORIA

A Dios; por haberme dado el regalo de la vida y guiar mis pasos en todo momento. A mis padres; Hilda y Manuel, quienes me brindaron su apoyo incondicional, por ser mi motor y motivo para no desfallecer y darme el ejemplo de superación. A todas las personas que contribuyeron con mi formación personal, académico y espiritual; para hoy poder cumplir uno de mis más grandes objetivos de proyecto de vida.

Elizabeth.

A Dios; por ser mi guía, mi camino y fuerza, siendo mi fortaleza en los momentos de debilidad. A mis padres; Sara y Antonio por haberme apoyado incondicionalmente y darme la oportunidad de formarme profesionalmente pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron. A mi hijo; por haber sido mi motor y motivo para continuar y superarme cada día.

Thania.

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres; por darnos fortaleza en cada momento de dificultad y apoyarnos incondicionalmente para ser mejores cada día.

A nuestros docentes; quienes nos brindaron sus conocimientos, valores y apoyo moral para encaminarnos en cumplir una de nuestras metas.

A nuestra Facultad de Ciencia Médicas por formar profesionales competentes y de éxito, en especial a la Escuela Profesional de Obstetricia por darnos la oportunidad de formarnos profesionalmente con valores de servicio y atención al ser humano en bienestar de la población y darnos el gran regalo de tener en nuestras manos el inicio de la vida.

Tesistas.

ÍNDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. HIPÓTESIS.....	13
3. BASES TEÓRICAS.....	17
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	52
5. RESULTADOS.....	58
6. DISCUSIÓN.....	72
7. CONCLUSIONES.....	78
8. RECOMENDACIONES.....	79
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

Se planteó el problema: ¿Cuáles son los factores asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018? Objetivo General: Determinar los factores asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico; hipótesis: Los factores sociodemográficos, gineco- obstétricos y los efectos secundarios están asociados significativamente al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico. Investigación retrospectiva, transversal, descriptiva, correlacional, con una muestra de 84 usuarias. Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos, la información se procesó y contrastó mediante el programa SPSS V25 y la prueba Chi Cuadrado. Resultados: Factores sociodemográficos: 20-35 años (82.1%), conviviente (72.6%) y secundaria (46.4%). Factores gineco-obstétricos: multíparas (63.1%), no usaron anteriormente un método hormonal (44.0%) y deseo de embarazo (81%). Efectos Adversos que se presentaron con mayor frecuencia fueron: cefalea (65.5%), dolor en sitio de inserción (55.9%), hipermenorrea (50%) y disminución de peso (46.4%). Conclusión: los factores gineco-obstétrico (multiparidad, antecedente de uso de MAC diferente al hormonales) y los efectos secundarios (cefalea, dolor en sitio de inserción, hipermenorrea y disminución de peso) están asociados significativamente al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico, el 73.8% se retiró durante el primer año de uso.

Palabras claves: Factores asociados, retiro anticipado y implante anticonceptivo subdérmico.

ABSTRACT

The problem was raised: What are the factors associated with the early withdrawal of the subdermal contraceptive implant in family planning users, Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz, 2017-2018? General Objective: to determine the factors associated with the early withdrawal of the subdermal contraceptive implant; Hypothesis: Sociodemographic, gynecologic-obstetric factors and side effects are significantly associated with early withdrawal of the subdermal contraceptive implant. Retrospective, transversal, descriptive, correlational research, with a sample of 84 users. A data collection form was used as an instrument, the information was processed and contrasted by means of the SPSS V25 program and the Chi Square test. Results: Sociodemographic factors: 20-35 years (82.1%), cohabiting (72.6%) and secondary (46.4%). Gynecologic-obstetric factors: multiparous (63.1%), did not previously use a hormonal method (44.0%) and desire for pregnancy (81%). Side effects that occurred most frequently were: headache (65.5%), pain at the insertion site (55.9%), hypermenorrhea (50%) and weight loss (46.4%). Conclusion: gynecologic-obstetric factors (multiparity, antecedent of use of MAC other than hormonal) and side effects (headache, pain at the insertion site, hypermenorrhea and weight loss) are significantly associated with early withdrawal of the subdermal contraceptive implant, the 73.8% withdrew during the first year of use.

Key words: Associated factors, early withdrawal and subdermal contraceptive implant.

1. INTRODUCCIÓN.

La Planificación Familiar es parte fundamental de la Salud Sexual y Reproductiva; de suma importancia durante la edad fértil de la mujer y su pareja, para el disfrute de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y la libertad para decidir procrear o no hacerlo, o cuando y con qué frecuencia; postergándolo hasta que se encuentren en situaciones adecuadas de salud, economía y educación. También es una herramienta que ayuda a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial que son incrementados por diferentes complicaciones del embarazo, parto, puerperio y gestaciones no planificadas ^(1,2).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial, del total de mujeres en edad reproductiva, el 54% en el 2012 usaban algún tipo de anticoncepción; evidenciando un ligero incremento para el 2017, a un 57%; en África pasó de 23% a 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe incremento en 3 puntos, pasando de 64% a 67% ⁽¹⁾.

Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), en el 2018; el uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres presenta tendencia ascendente 2000 al 2018 de un 68.9% a un 76.3%. En estos mismos periodos el uso de métodos anticonceptivos modernos en el área rural pasó de 61.5% a 76.9%, y en el área urbana de 73% a 76.1%; así mismo, del total de mujeres en edad fértil el 39.1% uso un método moderno y el 13.6% alguno tradicional, en Ancash el 52.2% uso algún método moderno ^(3,4).

Los estudios realizados en los años de 1986 y 2016-2017, la tasa de fecundidad disminuyó a 44,2%, de 4,3 hijas (os) por mujer a 2,4 (reduciendo en un 1,9) ⁽⁵⁾. A pesar de ello aún existe una necesidad no satisfecha en el tema de planificación

familiar a nivel mundial, siendo extremadamente alta la tasa de embarazos no deseados, no sólo en los países en vías de desarrollo, sino también en países desarrollados. Cerca del 60% de los embarazos no planificados ocurren en mujeres que utilizan alguna forma de anticoncepción, esto probablemente sucede debido a la dificultad que tienen algunas mujeres con respecto al uso continuo y correcto de algunos de estos métodos ⁽⁶⁾.

Los implantes subdérmicos han surgido como una necesidad en la búsqueda del anticonceptivo ideal, siendo una anticoncepción reversible de acción prolongada, mínimo requerimiento de seguimiento médico, niveles bajos y estables de hormona sérica, lo cual minimiza los efectos metabólicos y rápida reversibilidad con la interrupción ⁽⁷⁾; estas características los convierten en una buena opción para las mujeres en edad fértil.

Los implantes evolucionaron disminuyendo el número de cápsulas, facilitando su inserción y extracción, reduciendo las complicaciones y molestias a las usuarias. En 1983, salió al mercado el primer implante anticonceptivo llamado “Norplant”; compuesto por 6 varillas, con una longitud de 34 mm por 2.4 mm de diámetro transversal, que liberaba 30 mcg diarios de levonorgestrel (LNG), ofreciendo protección por cinco años; debido a alteraciones del sangrado menstrual en algunos países las tasas de continuidad y preferencia del método eran bajas. Luego se dio pase al implante subdérmico “Jadelle”; dos varillas que contienen 75 mg de levonorgestrel cada una, efectivo para cinco años; las tasas de complicación y extracción eran casi la mitad de las tasas reportadas por “Norplant”. La industria “Organon”, en 1998, lanzó al mercado un implante que contenía un solo bastón, llamándolo “Implanon”; contiene 68 mg de Etonogestrel, con una longitud de 40

mm y 2 mm de diámetro transversal; ofrece tres años de protección, su efecto anticonceptivo se debe a la inhibición de la ovulación y cambios en el moco cervical, los cuales dificultan el paso de los espermatozoides, su efectividad se produce luego de las 8 horas de su inserción, presentando una mayor liberación de hormona etonogestrel durante el primer año, siendo con mayor tasa durante la semana 5-6 de uso, su acción anticonceptiva es reversible, lo cual se manifiesta por la rápida normalización del ciclo menstrual después de la extracción del implante ^(6,8,9).

Actualmente el uso del implante se da en más de 60 países y más de 11 millones de mujeres de todo el mundo, por ello la OMS asocia el incremento de su popularidad a las ventajas que ofrece ⁽⁷⁾, a su disponibilidad en los programas de planificación familiar. A pesar de que es una buena opción; se ha reportado algunos efectos colaterales en los diversos estudios realizados a nivel internacional, nacional y local; como trastornos menstruales, cefalea, ganancia de peso, acné que muchas veces determina su retiro anticipado.

En el estudio de pregrado realizado por Mendoza en Ecuador en el 2019, halló que el sangrado irregular (37%) es la razón principal para la remoción anticipada y en menor incidencia los efectos como la cefalea (27%), aumento de peso (22%) y acné (14%), el grupo etario donde se encuentra la mayor pedida de extracción se comprendió en edades de 20 a 25 años (48%) y menor pedida de extracción usuarias mayores de 30 años (12%) mayor de continuidad se reportó de 13 a 24 meses ⁽¹⁰⁾.

De la misma manera, en la investigación de pregrado realizado por Torres en España en el 2017, la tasa de abandono se produjo en el 32,7% de las pacientes;

las razones más frecuentes fueron los eventos adversos (13,9%); las irregularidades hemorrágicas (10,4%) y la planificación del embarazo (4,1%). Denotando que el 86,5% habían sufrido cambios en el periodo menstrual ⁽¹¹⁾.

Para Cuenca, en Ecuador en el 2015, las causas de abandono fueron; disminución del sangrado con un 25.33% en primer lugar; cefalea 21.33% en segundo lugar y un 18.67 aumento de peso en tercer lugar; el tiempo de abandono más frecuente del implante subdérmico fue menor a 1 año ⁽¹²⁾.

En Perú, en el 2014, el Ministerio de Salud (MINSA) con apoyo de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, distribuyó 33.471 implantes subdérmicos de etonogestrel, que benefició a varias usuarias de bajos recursos. Debido a sus efectos secundarios algunas usuarias solicitaron su retiro ⁽¹³⁾.

Según datos ENDES, en el 2018 el uso del implante anticonceptivo subdérmico fue de 2.1% en todas las mujeres en edad fértil, suministrándose en un 89.6% en el sector público y tan solo 9.3% en el sector privado. Sin embargo, la tasa de discontinuación fue de 5.2% a nivel nacional; siendo como principal los efectos secundarios (4.6%) seguido del 4% por cambio de método. En nuestra región solo en 2% uso el método anticonceptivo ⁽⁴⁾ en el Hospital Víctor Ramos Guardia entre el periodo 2017- 2018 se insertó un total de 296 implantes.

En un estudio realizado por Lumbré, en Lima en el 2017; revela que los efectos adversos con mayor prevalencia fueron las alteraciones premenstruales (46.9%), alteraciones en el peso (32.8%), cefalea (36%) y los efectos adversos con menor frecuencia fueron: cambios de caracteres (8.6%), tensión mamaria (11.7%) y dolor en la zona de inserción (3.9%) ⁽¹⁴⁾.

También, en un estudio realizado por Navarro, en Barranca en el 2019; reportó con mayor frecuencia los trastornos menstruales (91%) como el efecto secundario de mayor importancia para el retiro del Implanon, seguido de cefalea (59.8%), dismenorrea (65.9%), y labilidad emocional (53.8%). En caso de los trastornos menstruales, se presentó en la mayoría de los casos la hipermenorrea (44.7%), seguido de la amenorrea (34.1%). Así mismo el 72.7% de las mujeres en edad fértil, se retiraron el implante anticonceptivo subdérmico con uso de 25 a 35 meses, seguido del 21% que se retiraron antes de los 12 meses de uso ⁽¹⁵⁾.

Por las consideraciones mencionadas anteriormente, se consideró necesario realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente **problema**: ¿Cuáles son los factores asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018?; teniendo como **objetivo general** el determinar los factores asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018. Los **objetivos específicos** fueron: Identificar los factores sociodemográficos asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico, conocer los factores Gineco-obstétricos asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico, identificar si los efectos secundarios están asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico y determinar el tiempo de retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico.

De esta manera, se **concluyó** que los factores asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, son los factores gineco-obstétrico como la

multiparidad con 63.1%, antecedente de uso de MAC diferente a los métodos hormonales con un 44% y entre los efectos adversos que influyen para su retiro anticipado son; en primer lugar la cefalea con un 65.5%, seguido del dolor en sitio de inserción con un 55.9%, la hipermenorrea con 50% y por último la disminución de peso con un 46.4%, y el tiempo más frecuente de retiro se presentó durante el primer año de uso con un 73.8%.

La presente investigación consta de seis partes. En la primera se da a conocer la hipótesis, variables y su operacionalización. En la segunda parte, se expone los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en el contexto internacional, nacional y local. A continuación, en la tercera parte, se describe los materiales y métodos utilizados en el proceso de recojo, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta y quinta parte se exponen y discuten los resultados principales de la investigación, de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio. En la sexta parte se presenta las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluye el instrumento utilizado para la recolección de datos y los gráficos de cada una de las dimensiones estudiadas.

Finalmente, es pertinente indicar que la justificación de la presente tesis se fundamenta en la comparación de sus resultados con otros estudios nacionales e internacionales llevados a cabo en realidades diferentes a la muestra, a la vez que se generará beneficio a las usuarias del consultorio de planificación familiar del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, en quienes se intervendrá con acciones correctivas orientadas a reconocer los factores asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico, para aumentar la tasa de continuidad para provecho no solo de las usuarias sino también del hospital, al disminuir el riesgo

reproductivo y la morbimortalidad de las usuarias potenciales, así también, implementar estrategias para la mejora del programa de Planificación Familiar son énfasis en reconocer los factores asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico, capacitar a la obstetra para tomar medidas correctivas antes, durante y después de la inserción del método; como: mejorar la orientación y consejería con mayor relevancia en los efectos secundarios, mejorar la técnica de inserción, explicar a la usuaria los cuidados del implante luego de su inserción.

2. HIPÓTESIS

Los factores sociodemográficos, gineco- obstétricos y los efectos secundarios están asociados significativamente al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmicos en usuarias de Planificación Familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Variables:

- Variable independiente:

Factores Asociados.

- Variable dependiente:

Retiro anticipado del Implante Anticonceptivo Subdérmico.

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
* VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES ASOCIADOS	Factores o elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • < 20 años • 20 a 35 años • > 35 años 	De Razón
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente 	Nominal
			Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios • Primaria • Secundaria • Superior 	Nominal
		FACTORES GINECO OBSTETRICAS	Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Primípara • Multípara 	Nominal
			Antecedente de uso de MAC	<ul style="list-style-type: none"> • Inyección trimestral • Inyección mensual • Píldoras anticonceptivas • Otros 	Nominal

			Deseo de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
		EFECTOS SECUNDARIOS	Alteraciones menstruales	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea • Hipermenorrea • Hipomenorrea • Sangrado intermenstrual • Ninguno 	Nominal
			Alteración del peso corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso • Disminución de peso • Peso normal. 	Ordinal
			Acné	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
			Dolor en el sitio de inserción	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
			Cefalea	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal

			Nauseas	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
			Tensión Mamaria	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
			Alteraciones Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Ansiedad • Depresión • Irritabilidad en estado de ánimo 	Nominal
<p>*VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>RETIRO ANTICIPADO DEL IMPLANTE SUBDERMICO</p>	<p>Remoción anticipada del implante subdérmico a solicitud de la usuaria, antes de los 36 meses de lo establecido de su uso.</p>	<p>TIEMPO DE RETIRO</p>	<p>Tiempo transcurrido para la solicitud de retiro temprano desde la inserción de manera temprana debido a un efecto secundario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • < 6 meses • 6 – 12 meses • > 12 meses 	Ordinal

3. BASES TEÓRICAS.

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

MENDOZA, Mishelle. (2019). **Causas que influyen en el retiro anticipado de los implantes subdérmicos en mujeres atendidas en Centro de Salud Trinitaria 2 - 2018.** Ecuador. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar las causas que conllevan al retiro anticipado del implante subdérmico. Metodología: Estudio observacional, retrospectivo y transversal, constituida por 100 usuarias que optaron por el método subdérmico en el Centro de Salud Trinidad No. 2 de las que se procedió hacer una revisión de sus historias clínicas. Se utilizó como herramienta informática al programa Excel. Resultados: El grupo etario donde se encontró la mayor extracción fue entre las edades de 20 a 25 años (48%). La mayor muestra respecto al nivel de escolaridad se localizó en las usuarias de estudios secundarios 62%, un 22% en usuarias con educación superior y con menor incidencia al grupo de educación primaria. El sangrado irregular (37%) forma la razón principal para la remoción anticipada, seguido por la cefalea (27%), aumento de peso (22%) y acné (14%), Conclusiones: El sangrado irregular es la principal causa que llevó al retiro temprano del implante subdérmico, donde las características sociales de las pacientes no influyeron significativamente en la percepción de signos y síntomas relacionados con el implante y la tasa de uso y abandono del mismo se encontró entre los 13 a 24 meses de uso del método⁽¹⁰⁾.

GOMEZ, Diana. (2018). **Motivos de retiro anticipado de métodos de anticoncepción con Implantes Subdérmicos Jadelle® e Implanon NXT® por grupos de edad, Bogotá, 2016.** Colombia. Tesis de postgrado. Objetivo. Identificar motivos de retiro anticipado de métodos de anticoncepción con implantes subdérmicos Jadelle® e Implanon NXT® en tres grupos de mujeres distribuidos por edad. Metodología. Estudio retrospectivo de casos y controles, se revisó los datos recolectados de mujeres que acudieron a la cita de planificación familiar para retiro de implante subdérmico desde el 01 de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2016 con un total de 2454 mujeres. El análisis estadístico fue a través del Chi cuadrado de Pearson. Resultados: El 15,7% de las usuarias de implante subdérmico Implanon NXT® presentan un retiro anticipado, mientras que las usuarias de Jadelle® se retiran de forma anticipada en un 31,4 %. Se evidencia un 59,2% de casos de retiro anticipado para adolescentes, 29,8% en jóvenes y un 26,5% en adultas, siendo la principal causa el deseo de embarazo; evidenciando para Implanon NXT® el retiro en 4 de cada 100 mujeres, mientras que para Jadelle® casi 10 de cada 100. Como segunda causa de retiro en las usuarias de Jadelle® se encuentra la irregularidad menstrual donde 8 de cada 10 mujeres informan este motivo de retiro mientras en Implanon NXT® solo 2 de cada 10 lo refiere, seguido por la cefalea y el cambio de método. Conclusiones: Se identificó que el riesgo de retiro anticipado en usuarias de implante subdérmico Jadelle® es más del doble del riesgo que en las usuarias de Implanon NXT®. El grupo de adolescentes es el que presenta el mayor riesgo de retiro anticipado del método. La presencia de evento adverso aumenta de forma importante el riesgo de retiro anticipado ⁽¹⁷⁾.

TORRES, María. (2017). **Estudio observacional de las causas de abandono del implante anticonceptivo subdérmico con etonogestrel**. España. Tesis de pregrado. Objetivo: Valorar si a los efectos adversos del propio fármaco se le unen otros factores independientes del mismo y genera la posibilidad de que hay factores de riesgo que inciten a la paciente al abandono prematuro del método. Metodología: Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se encuestó a 196 usuarias del implante anticonceptivo de los departamentos de Vinarós y Castellón III; para lograr el objetivo, se analizó 37 encuestas que correspondieron a retiro prematuro del método. El análisis e interpretación se realizó mediante el programa estadístico IBM SPSS v.21. Resultados: El 18.88% corresponde a las usuarias con retiro anticipado del implante, con una media de edad de 35 años, 31 mujeres estaban en pareja y convivían con ella. El 83.8% habían finalizado la educación secundaria. 19 casos afirmaron que los cambios menstruales fueron el motivo principal para el retiro prematuro. Conclusiones: Se rechazó la asociación de factores sociodemográficos y factores reproductivos con el retiro prematuro del implante anticonceptivo. Las razones más frecuentes que pueden llevar a un retiro prematuro son las alteraciones del ciclo menstrual, cambios en el estado de ánimo, cefalea y aumento del peso. Además, una mayor preparación de la paciente con información previa, mejora la tolerancia durante su uso para evitar un retiro prematuro y alargar la duración de uso del mismo ⁽¹¹⁾.

CALIXTO, Diana. (2015). **Retiro temprano del implante subdérmico con etonogestrel en usuarias de un programa de anticoncepción de Tunja – Boyacá**. Colombia. Artículo de Investigación. Objetivo: Evaluar factores

relacionados con el retiro del implante subdérmico Implanon®, en mujeres usuarias del programa ambulatorio de planificación familiar. Metodología: Observacional, de corte transversal analítico. Se revisaron 184 historias clínicas de las usuarias que solicitaron el retiro del implante; se registraron las razones aducidas por las pacientes en una ficha de recolección de datos. Se realizó el análisis estadístico e inferencial. Resultados: La media de edad fue de 27,8 años, la principal razón fue cambios en el patrón de sangrado genital (74,5%), seguida de cefalea (71,7%), cambios en el estado de ánimo (57,6%), dolor pélvico 57,1% y dolor de origen venoso 42,9%; la mayoría de efectos se presentan al inicio de la inserción y tienden a desaparecer en el curso de los primeros meses, con excepción de la cefalea y los cambios de peso. Conclusiones: El implante subdérmico es un método anticonceptivo altamente eficaz; es recomendable realizar intervenciones de educación en salud previo a la inserción ⁽¹⁸⁾.

GOMEZ, Annie. (2015). **Motivos de retiro del implante subdérmico en el Hospital Escuela de Honduras, 2014 a 2015**. Honduras. Artículo de Investigación. Objetivo: Determinar los motivos de retiro del implante subdérmico en la clínica de planificación familiar del Hospital Escuela Universitario de Honduras del 2014 a 2015. Metodología: Se realizó una investigación retrospectiva de tipo descriptiva transversal con un enfoque cuantitativo. Constituido por 101 pacientes que solicitaron el retiro del implante subdérmico, se recolectó los datos en un libro de control. El análisis estadístico fue a través de una base de datos, haciendo uso del programa Epi Info™ 7. Resultados: El motivo de retiro más frecuente fue el sangrado

transvaginal en 36.63%, seguido de cefalea en 35.64%. Otros motivos de retiro incluyeron aumento de peso, náuseas, dolor en brazo, amenorrea, embarazo, deseo de embarazo y otros. El rango de tiempo de uso más frecuente fue entre los tres y seis meses con 32.67%. Conclusiones: La causa más común de retiro es el sangrado transvaginal, seguido por cefalea, aumento de peso y náuseas. Las morbilidades tienen incidencia baja, pero ocupan el quinto lugar en los motivos de retiro ⁽¹⁹⁾.

CUENCA, Andres. (2015). Causas de abandono del Implante subdérmico utilizado como método anticonceptivo por las pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Motupe, en el período de Mayo- Agosto 2014.

Ecuador. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar las causas de abandono del implante subdérmico utilizado como método anticonceptivo por las pacientes.

Metodología: Estudio descriptivo, prospectivo y transversal, donde se encuestó a 102 usuarias que se retiraron el implante. El análisis estadístico se realizó con los programas informáticos Excel. Resultados: El 73.53%, de usuarias se retiraron el implante Implanon, mientras que el 26.47% se retiraron el Jadelle.

Las causas de abandono del implante subdérmico (Implanon) son: la disminución del sangrado con un 25.33%; cefalea 21.33% y un 18.67% el aumento de sangrado y el aumento de peso respectivamente. Las causas de abandono del implante subdérmico (Jadelle) son: aumento de peso con un 37.04% aumento del sangrado 33.33% y cefalea con un 18.52%. Las pacientes que se retiraron el implante subdérmico (Implanon), por causas socioculturales son: el cambiar de método anticonceptivo con un 32%, seguido del deseo de un nuevo embarazo con un 25.33%, para el implante subdérmico (Jadelle),

fueron el cambio de método anticonceptivo con un 25.93%, seguido del deseo de un nuevo embarazo con un 14.81%. El tiempo de abandono más frecuente para ambos implantes subdérmicos es de menos de 1 año (44.12%), seguido de 1 a 2 años con un 42.16%. Conclusiones: Las causas más relevantes de abandono del implante subdérmico fueron el aumento de peso, hemorragia disfuncional y cefalea, entre las causas socioculturales fueron el cambio a otro método y deseo de un nuevo embarazo, siendo el tiempo de abandono más frecuente menor a un año ⁽¹²⁾.

RIMARI, Susan. (2018). Factores de deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias que asistieron al consultorio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho 2017. Perú.

Tesis de pregrado. Objetivo: Reconocer los factores de deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel. Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, conformada por 52 usuarias del servicio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho que decidieron retirárselo sin haber cumplido los tres años de uso entre los meses de febrero y agosto del 2017, para lo cual se usó la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico fue a través del programa SPSS V.22, para el análisis descriptivo o univariado de las variables cuantitativas se empleó medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar) y para análisis de variables cualitativas se hizo uso de frecuencias absolutas y relativas. Resultados: Los factores de deserción que se presentaron fueron cefalea (1.92%) desde el inicio hasta cumplir los 6 meses. Sobrepeso (1.92%), cambios en el patrón del sangrado (5.76%) y cefalea (13.46%) desde los 6 meses hasta

cumplir los 12 meses. Acné (1.92%), deseo de embarazo (1.92%), sobrepeso (5.76%), cefalea (11.53%) y cambios en el patrón del sangrado (23.07%) desde los 12 meses hasta cumplir los 18 meses. Acné (1.92%), cefalea (3.84%), deseo de embarazo (5.76%) y cambios en el patrón de sangrado (13.46%) desde los 18 meses hasta cumplir los 24 meses. Cefalea (5.76%) desde los 24 meses hasta cumplir los 30 meses. Conclusiones: Los factores de deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel en orden ascendente fueron: acné, sobrepeso, deseo de embarazo, cefalea y cambios en el patrón del sangrado ⁽²⁰⁾.

DELGADO, Briji. (2018). Deserción del Implante Subdérmico Nexplanon en mujeres de edad fértil atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II - Los Olivos 2017. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Identificar el porcentaje de la deserción del implante subdérmico Nexplanon en mujeres de edad fértil. Metodología: Estudio descriptivo, no experimental de corte transversal; se encuestó a 40 usuarias del registro del área de planificación familiar del Centro Materno Infantil Juan Pablo II. El análisis estadístico se realizó con el programa Excel. Resultados: Según los resultados obtenidos de la investigación se identificó que de un total de 40 usuarias, menos de la mitad (27.50%) desertó del uso del método anticonceptivo subdérmico Nexplanon por la presencia de algunas causas asociadas a este. Las causas de deserción fueron: alteraciones en el patrón menstrual 90.9%, variación de peso 81.8% y cefalea 63.6%. Conclusiones: La deserción de las usuarias del implante subdérmico Nexplanon fueron principalmente por alteraciones en el patrón menstrual, variación de peso y cefalea ⁽²¹⁾.

VEGA, Lizeth. (2017). **Efectos colaterales del implante subdérmico de Etonogestrel de 68mg. (IMPLANON®/NEXPLANON®) de las usuarias atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.2016.** Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los efectos colaterales del Implante subdérmico de Etonogestrel en las usuarias. Metodología: Estudio descriptivo simple, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 54 usuarias del Implante subdérmico. El instrumento que se usó fue la ficha clínica. Se uso el programa estadístico SPSS V 24.0. Resultados: Características generales: 81.4% (44) tuvieron entre 20 – 35 años, 70.3% (38) convivientes, 42.6% (23) ocupación independiente, seguida de ama de casa en 33.4% (18), 42.6% (23) instrucción secundaria; Características Gineco-Obstétricas: 66.6% (36) iniciaron relaciones sexuales entre 15 y 19 años, 57.4% (31) tuvieron 1 pareja sexual, 38.9% (21) tuvieron 1 hijo y usaron MAC anteriormente 100% (54); Los efectos: 22.2% (12) refieren dolor de mamas, 11.1% (6) sintieron cefalea, 5.6% (3) acné, 59.2% (32) refieren disminución del sangrado, el peso se mantiene igual en 63% (34) y aumentaron 22.2% (12), no hubo cambios emocionales en 57.4% (31) y 29.6% (16) refieren alteración emocional negativa, el deseo sexual disminuyó en 22.2% (12) y 76% se mantienen igual, y 85.2% (46) sienten mayor seguridad en las relaciones sexuales. Conclusiones: Los efectos, aproximadamente la cuarta parte de usuarias presentaron dolor de mamas, aumento de peso, alteración emocional negativa y disminución del deseo sexual; más de la mitad de usuarias manifiestan disminución en el sangrado; y la mayoría refieren sentir mayor

seguridad en su relación sexual, y no presentar cambios emocionales ni en el deseo sexual ⁽²²⁾.

LUMBRE, Yosali. (2017). Efectos adversos que manifiestan usuarias del implante subdérmico que acuden a consultorio de planificación familiar del Hospital María Auxiliadora durante Junio 2016- Febrero 2017. Perú.

Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los Efectos Adversos que manifiestan usuarias del Implante Subdérmico. Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en el que se incluyó a 128 historias clínicas de pacientes con implante subdérmico que manifestaron algún efecto adverso.

Instrumento: La técnica es la revisión documentaria y el instrumento una ficha de recolección de datos. Se uso el programa estadístico SPSS V 20. Resultados:

La mayoría de la población de estudio oscila entre 20- 24 años, las adolescentes representan un 10.2%, el grado de instrucción de mayor porcentaje fue estudio superior 44.5%, estado civil conviviente 66.4% y ama de casa 48.4%. Los efectos adversos que se registraron con mayor frecuencia fueron: alteraciones del patrón menstrual (46.9%), alteraciones en el peso (32.8%), cefalea (36%).

En cuanto a las alteraciones del patrón de sangrado menstrual, se encontró que la amenorrea se presentó con más frecuencia (25.8%), el tipo de patrón menstrual según el tiempo de uso del 1 a 2 mes fue con mayor porcentaje ciclos normales 17.9%, spotings 6.3%. del 3 y 4 mes de uso manifestaron con mayor frecuencia ciclos normales 18.8%, amenorrea con un (9.4%). Al 5 y 6 mes manifestaron ciclos normales 16.4% y amenorrea (12.5%). Los efectos adversos que se presentaron con menor frecuencia fueron: Cambios de carácter (8.6%) tensión mamaria (11.7%), dolor en la zona de inserción (3.9%).

Conclusiones: Los efectos adversos que más se registraron fueron: alteraciones en el peso, cefalea y alteraciones del patrón menstrual encontrándose en mayor porcentaje la amenorrea ⁽¹⁴⁾.

VASQUEZ, Brenda. (2016). **Factores Asociados al abandono de los Implantes hormonales Subdermicos atendidos en el Hospital Regional de Ica marzo 2014-2016**. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los factores asociados que influyen en el abandono de los implantes hormonales subdérmicos. Metodología: Estudio de tipo observacional con diseño descriptivo, prospectivo de corte transversal. Se aplicó un cuestionario a 29 usuarias que tuvieron factores asociados para el abandono del implante. El análisis estadístico fue a través de la Prueba estadística Chi cuadrado. Resultados: De la población estudiada el 79.57% presento efectos colaterales, de los cuales la mayor incidencia fueron las metrorragias con 27.96%, en cuanto a los factores sociodemográfico el grupo etario más vulnerable al retiro anticipado fueron las usuarias entre las edades de 18-29 años (77.4%) y las primíparas con un 65.59%. Conclusiones: Los efectos colaterales son causa de abandono del método implante hormonal subdérmico en el Hospital Regional de Ica marzo 2014-2016 ⁽²³⁾.

RAMOS, Marisabel. (2015). **Efectos del implante subdérmico de Etonogestrel en usuarias del consultorio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2014 Enero 2015**. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los efectos que ocasiona el uso del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias del consultorio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal de febrero 2014 enero 2015.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 78 usuarias. Para el análisis de los datos se usó el programa estadístico SPSS V.22, para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se empleó medidas tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar) y para análisis de variables cualitativas se hizo uso de frecuencias absolutas y relativas. Resultados: Los efectos que se presentaron al inicio de la inserción fue cefalea (3.8%) que al mes tuvo un incremento (24.4%) y al finalizar el año disminuyó (6.6%), los cambios emocionales que al mes incremento en un 24.4% de las usuarias y al año disminuyó a un 5.3%, también el acné se presentó al inicio (6.4%) y al finalizar el año disminuyó (1.3%). Las usuarias con sobrepeso al inicio de método fueron un total de 65.4% y al final del año disminuyo este porcentaje en un 46.1%. Las usuarias de peso normal al inicio fue de 32.1% y al finalizar el año 51.3%. El 31.6% del total de las usuarias disminuyó su peso al finalizar el año en un promedio de -8 ± 2.3 kg y solo el 9.2% (7) aumento en un promedio de 6.2 ± 2.3 kg. La mastalgia se presentó a los 3 meses (2.6%) y al año disminuyó (1.3%). El patrón de sangrado más frecuente fue la amenorrea (71.1%) seguido del sangrado infrecuente (15.8%), se presentaron 3 casos de sangrado prolongado (3.9%), los ciclos normales se presentaron en un 3.9% de las usuarias. Al inicio las pacientes presentaron dismenorrea en un 20.5% que luego disminuyó a 1.3%. Conclusiones: Los efectos adversos más frecuentes fueron la cefalea y el cambio emocional. Entre los efectos benéficos más frecuentes esta la disminución de peso y el efecto menos frecuente se observó la disminución del acné, la mastalgia y la dismenorrea. ⁽²⁴⁾.

NAVARRO, Wendy. (2019). **Efectos Secundarios y su relación con el Retiro Temprano del Implante anticonceptivo Subdérmico en mujeres en edad fértil, Hospital de Barranca-Cajatambo, 2016-2017.** Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar la relación que existe entre los efectos secundarios con el retiro temprano del implante anticonceptivo subdérmico en mujeres en edad fértil. Metodología: Estudio descriptivo, correlacional, retrospectivo y transversal, se trabajó con 132 mujeres en edad fértil que solicitaron el retiro temprano del implante anticonceptivo subdérmico, para ello se hizo uso de la ficha de recolección de datos. La información se procesó mediante el programa SPSS V 25.0 realizándose la contrastación de la hipótesis mediante la prueba Chi cuadrado. Resultados: Las características sociodemográficas: 20-35 años (68.1%), conviviente (62.9%) y de grado de instrucción secundaria (41.7%). Los efectos secundarios que se presentaron en mayor frecuencia fueron: Trastornos menstruales (91%), variación del peso (56.8%), cefalea (59.8%), dismenorrea (65.9%), y labilidad emocional (53.8%). En caso de los trastornos menstruales, se presentó en la mayoría de los casos la hipermenorrea (44.7%) y amenorrea (34.1%). Conclusiones: Existe una relación estadísticamente significativa entre los efectos secundarios con el retiro temprano del implante anticonceptivo subdérmico ⁽¹⁵⁾.

SOTO, Lisbeth. (2016). **Factores asociados a retiro temprano de implante subdérmico, programa de anticoncepción de la Microred Progreso-Chimbote.** Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los factores asociados con el retiro temprano en la jurisdicción del Centro de Salud Progreso durante agosto 2015 a diciembre de 2016. Metodología: Estudio

transversal analítico, se logró el seguimiento a 86 usuarias en quienes se registró 18 casos de retiro temprano. Prueba estadística para analizar resultados se usó la Odds Ratio (OR). Resultados: Se obtuvo como resultados que la cefalea presentó una OR de 12,06; las variaciones en el sangrado presentaron una OR de 1,51; los cambios en el estado de ánimo una OR de 5,94; el dolor pélvico una OR de 2,19; el dolor venoso un OR de 2,59; el acné con una OR de 2,48; y los mareos con un OR de 1,87. Conclusiones: Que la cefalea y los cambios en el estado de ánimo se encuentran asociados al retiro temprano de implante subdérmico ⁽²⁵⁾.

3.2. MARCO TEÓRICO.

A. IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO.

a. Definición:

Un implante anticonceptivo subdérmico de una pequeña varilla de plástico, blanda, y flexible, que mide 4 cm de longitud y 2 mm de diámetro que contiene 68 miligramos del principio activo etonogestrel, está hecho de copolímero de acetato de vinilo-etileno, un plástico que no se disuelve en el organismo. También contiene una pequeña cantidad de sulfato de bario que lo hace visible en las radiografías, precargado en un aplicador desechable, se inserta bajo la piel, en la cara interna del brazo, por un profesional capacitado ^(9,26,27).

Tipos de implante:

- Implante de un cilindro, contiene 68mg de etonogestrel, su tiempo de duración es de tres años.
- Implante de dos cilindros: contiene levonorgestrel, su duración es cinco años, si pesa más de 60 Kg, el tiempo se reduce a cuatro años ⁽¹⁶⁾.

b. Farmacología:

El etonogestrel, es una hormona femenina sintética parecida a la progesterona. Se encuentra dentro del grupo de los géstatenos en la 3ª generación del grupo de los derivados de la testosterona.

Una vez implantada, la varilla libera continuamente una pequeña cantidad de etonogestrel a la sangre, lo que modifica el equilibrio hormonal del organismo y contribuye a evitar la ovulación. El implante de etonogestrel

68mg confiere protección durante tres años; concluido dicho periodo, debe ser retirado ^(28,29).

Su efectividad se produce luego de las 8 horas de su inserción, presentando mayor liberación aproximadamente de 60-70 $\mu\text{g}/\text{día}$ en las semanas 5 a 6 y disminuye aproximadamente hasta 35-45 $\mu\text{g}/\text{día}$ al final del primer año, a 30-40 $\mu\text{g}/\text{día}$ al final del segundo año y a 25-30 $\mu\text{g}/\text{día}$ al final del tercer año. El aplicador está diseñado para ser manejado con una mano y facilitar la correcta inserción del implante por vía subcutánea ^(6,29,30).

○ **Propiedades farmacodinámicas:**

Mecanismo de acción: El efecto anticonceptivo del implante de etonogestrel 68mg se logra mediante la supresión de la ovulación, el aumento de la viscosidad del moco cervical y alteraciones del endometrio ⁽⁹⁾.

Función ovárica: El Implante ejerce una retroalimentación negativa sobre el eje hipotálamo-hipófisis, que suprime la secreción de hormona Luteinizante (LH), con lo cual se evita la ovulación ⁽³⁰⁾.

Moco cervical: El Etonogestrel da como resultado un moco viscoso y escaso, inapropiado para la penetración de los espermatozoides ⁽³⁰⁾.

Endometrio: Los receptores estrogénicos aumentan en la fase proliferativa y disminuyen en la fase secretora. En las células glandulares, los receptores en mención aumentan en la fase proliferativa y secretora temprana y disminuyen en la fase secretora tardía. En las células del estroma, los receptores de progesterona (A y B) aumentan significativamente en las fases proliferativa y secretora temprana y

aumentan poco en las fases secretora media y tardía. En las células glandulares aumentan significativamente en las fases proliferativa y secretora temprana y disminuyen en la fase secretora media y tardía. Esto produce un endometrio parcialmente delgado, con una maduración irregular y asincrónica. Estos cambios son reversibles y remiten en forma espontánea en el corto plazo ^(29,30).

○ **Propiedades farmacocinéticas:**

Absorción: Tras la inserción del implante, etonogestrel pasa rápidamente a la circulación. Se alcanzan concentraciones de inhibición de ovulación en el intervalo de 1 día. Las concentraciones séricas máximas (entre 472 y 1270 pg/ml) se alcanzan en el intervalo de 1 a 13 días. La velocidad de liberación del implante disminuye con el tiempo. En consecuencia, las concentraciones séricas disminuyen rápidamente en los primeros meses. Al final del primer año su concentración media es de aproximadamente 200 pg/ml (intervalo 150-261 pg/ml), que disminuye lentamente a 156 pg/ml (intervalo 111-202 pg/ml) hacia el final del tercer año. Las variaciones observadas en las concentraciones séricas pueden atribuirse parcialmente a diferencias en el peso corporal ^(9,30).

Distribución: Etonogestrel se une en un 95,5-99% a las proteínas séricas, predominantemente a la albúmina y en un menor grado a la globulina transportadora de hormonas sexuales. Los volúmenes de distribución central y total son de 27 l y 220 l, respectivamente, y prácticamente no varían durante el uso de etonogestrel 68mg ⁽³⁰⁾.

Metabolismo: Etonogestrel sufre hidroxilación y reducción. Los metabolitos se conjugan a sulfatos y glucurónidos. Los estudios en animales muestran que la circulación enterohepática probablemente no contribuye a la actividad progestagénica de etonogestrel ⁽⁹⁾.

Excreción: Tras la administración intravenosa de etonogestrel, la semivida de eliminación media es aproximadamente de 25 horas y el aclaramiento sérico es aproximadamente de 7,5 l/hora. Tanto el aclaramiento como la semivida de eliminación permanecen constantes durante el período de tratamiento. La excreción de etonogestrel y sus metabolitos, tanto como esteroides libres o como conjugados, tiene lugar por la orina y las heces (cociente 1,5:1). Tras la inserción en mujeres lactantes, el etonogestrel se excreta en la leche materna con una relación leche/suero de 0,44-0,50 durante los primeros cuatro meses ^(9,30).

c. Características:

- Eficacia elevada y de larga duración.
- No interfiere con el sexo.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- Brinda protección de tres años.
- Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso; aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser

diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.

- No afecta la lactancia.
- Puede disminuir el flujo menstrual (puede mejorar la anemia ferropénica).
- Puede disminuir los cólicos menstruales.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (amenorrea/sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/ SIDA, ni el HTVL1 ^(16,30).

d. Contraindicaciones:

- Embarazo conocido o sospechado.
- Antecedentes o historia actual de trombosis o desordenes tromboembólicos.
- Tumores hepáticos, benignos o malignos o enfermedad hepática activa.
- Sangrado genital anormal no diagnosticado.
- Cáncer de mama conocido o sospechoso, antecedentes personales de cáncer de mama u otro cáncer sensible a progestina ahora o en el pasado.
- Reacción alérgica a algunos de los componentes ^(29,30).

e. Criterios de selección:

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

Categoría 1. Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de un método anticonceptivo.

Categoría 2. Una condición en la que las ventajas de utilizar un método generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

Categoría 3. Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar un método.

Categoría 4. Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si se utiliza el método anticonceptivo ^(16,30).

f. Tasa de falla:

- Es uno de los métodos más eficaces y de mayor duración ⁽¹⁶⁾.
- 0.05% falla teórica y en el uso típico (1 en 100 mujeres) ⁽¹⁶⁾.
- Para las mujeres con un peso de 80 kg o más la tasa de embarazos usando los dos implantes fue de 6 por 100 al quinto año de uso, por lo que se recomienda que las usuarias los cambien a los 4 años. Estudios sobre el implante de 01 cilindro no encontraron que se reduzca su eficacia en el tiempo de uso aceptado ⁽¹⁶⁾.

Mencionan que el implante de etonogestrel es uno de los anticonceptivos más eficaces disponibles, superando a las operaciones de esterilización en eficacia. Darney y colaboradores (2009) analizaron 11 ensayos clínicos en

las que participaron 942 mujeres por 2 a 4 años (estudios realizados por el fabricante y presentados a la FDA para su autorización), mostraron que el implante de etonogestrel fue bien tolerado y efectivo: no se produjeron embarazos mientras las mujeres estaban utilizando este método de anticoncepción. Seis embarazos se reportaron durante los primeros 14 días después de la extracción del implante. El fabricante cita un índice de Pearl de 0.38 embarazos por cada 100 mujeres/año de uso, que es similar a la de los otros métodos anticonceptivos de acción prolongada. La efectividad del implante de etonogestrel no se ha estudiado adecuadamente en mujeres con más de 30 por ciento de su peso corporal ideal (índice de masa corporal mayor que 30kg/m²), pero su efectividad puede disminuir en usuarias que usan medicamentos que afecta el metabolismo del etonogestrel (ejemplo, los inductores de las enzimas hepáticas) ⁽²⁸⁾.

g. Aplicación del implante:

- Se puede insertar preferentemente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual (o cualquier día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación). En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo durante los primeros 5 días. Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos. Se le debe decir a la usuaria que los espermicidas y el retiro son menos eficaces ^(9,16).
- Se puede insertar en mujeres que dan de lactar inmediatamente post parto. Así como en mujeres que dan de lactar y no ha vuelto la

menstruación antes de los 6 meses post parto, sin método de respaldo. Si ha vuelto la menstruación se insertará siguiendo las indicaciones con las mujeres que tienen ciclos menstruales ⁽¹⁶⁾.

- Se pueden insertar en el post aborto, colocar en los primeros cinco días post evacuación, si se colocan después, es necesario utilizar un método de respaldo ^(16,30).

h. Programación de seguimiento: Es necesario citar a la usuaria a los tres días para examinar el lugar de la inserción, al mes, a los tres meses y luego anualmente. Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario. Posteriormente brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva ^(16,30).

i. Precauciones:

- Inserción y eliminación de complicaciones: Puede ocurrir dolor, parestesias, sangrado, hematoma, cicatrices o infección.
- Patrón de sangrado menstrual: Aconsejar a las mujeres respecto a los cambios en la frecuencia de sangrado, intensidad o duración.
- Embarazos ectópicos: Estar alerta a la posibilidad de un embarazo ectópico en mujeres que usan el implante de etonogestrel quienes llegan hacer embarazos o se quejan de dolor abdominal bajo.
- Eventos vasculares trombóticos y otros: El implante debe ser retirado en el caso de una trombosis.
- Enfermedad hepática: Retirar el implante en el caso de ictericia.

- Elevada presión arterial: El implante debe ser retirado si la presión sanguínea se eleva significativamente y no puede ser controlado.
- Efectos metabólicos de lípidos y carbohidratos: Monitorear a las mujeres prediabéticas y diabéticas que usan el implante de etonogestrel (28,30).

RETIRO ANTICIPADO DEL IMPLANTE SUBDERMICO

a. Definición:

Puede retirarse en el momento en que se desee ya sea por circunstancias médicas o personales, pero lo recomendable es una vez que termine su periodo de utilidad, a los 3 años desde su colocación, teniendo en cuenta que el retiro deberá ser precedido de una correcta y completa orientación que entre otros que incluya en analizar las causas para el retiro: deseo concepcional, efectos secundarios, embarazo (falla del método), si se trata de efectos secundarios valorar los mismos si están vinculados al implante y si se ha hecho un manejo correcto de los mismos ⁽²⁶⁾.

Estudios realizados en el Hospital Materno Infantil los Olivos en el 2017, las causas de deserción fueron: alteraciones en el patrón menstrual 90.9%, variación de peso 81.8% y cefalea 63.6%. Conclusión: La deserción de las usuarias del implante subdérmico Nexplanon fueron principalmente por alteraciones en el patrón menstrual, variación de peso y cefalea ⁽²¹⁾.

Considerando también que en el Hospital de la Escuela de Honduras, el motivo de retiro más frecuente fue el sangrado transvaginal presente en 36,63%, seguido de cefalea en 35,64%. Otros motivos de retiro incluyeron aumento y disminución de peso, náuseas, dolor y parestesias en brazo,

amenorrea, deseo de embarazo, mialgias, acné, prurito e hipersensibilidad.

El rango de tiempo de uso más frecuente fue entre los tres y seis meses con 32,67% ⁽¹⁹⁾.

b. Técnica de extracción: La técnica de extracción de implantes se debe aplicar paso a paso, de manera rigurosa y cuidadosa, evitando improvisaciones y riesgos innecesarios.

- Se realiza asepsia de la piel con clorhexidina alcohólica.
- Colocación de campos estériles.
- Se localiza el sector donde los implantes se encuentren más próximos entre sí.
- Se infiltrará un anestésico tópico en el sitio identificado. Conviene inyectar no más de 1 ó 2 cc. de anestésico, suficiente para realizar la incisión. Si se infiltra mucho y por encima del implante, esto puede dificultar su localización, haciendo más difícil la extracción. Si es necesario, se puede administrar más anestésico poco a poco y en pequeñas cantidades.
- Con el bisturí, se practica una incisión cutánea de 5 a 10 mm, que abarque ambos implantes.
- Una vez localizados los implantes se sujeta el extremo con una pinza pequeña (por ejemplo: pinza tipo mosquito). Para facilitar esta maniobra conviene presionar el extremo proximal del implante hacia el sitio de incisión.
- Luego se procede a debridar suavemente la cápsula de tejido que se ha formado alrededor del implante.

- Una vez que se logra acceder al implante, se toma el extremo con la pinza Adson o disección y se suelta de la primera.
- La extracción debe hacerse suavemente.
- Compresión y curación plana, en general no es necesario realizar sutura.
- En caso que el procedimiento haya sido dificultoso, o la incisión mayor de 10 mm puede realizarse un punto de sutura con Ethilon 3-0.
- De ser necesario se indicarán analgésicos vía oral (AINE).
- El proceso de extracción va a requerir más tiempo que la inserción (27,28).
- Si la paciente desea continuar utilizando este método, podrá insertarse un nuevo implante a través de la misma incisión.

c. Organización:

Según los diversos estudios relacionados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico, se aprecia los siguientes tiempos de retiro.

- Retiro menor a los 6 meses
- Retiro entre 6 meses y 12 meses
- Retiro mayor de 12 meses (19,12,29).

B. FACTORES ASOCIADOS

a) FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD: Es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos

temporales. Asimismo, el espacio que transcurrió de un tiempo a otro también suele recibir el nombre de edad ^(20,32).

ESTADO CIVIL: El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Donde las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un estado a otro, la enumeración de estados civiles más habitual es la siguiente: Soltero/a, Comprometido/a, En Relación (más de 1 Año de noviazgo), Casado/a, Unión libre o unión de hecho, Separado/a, Divorciado/a, Viudo/a, Noviazgo (período inferior a 1 año de relación amorosa) ^(21,32).

GRADO DE INSTRUCCIÓN: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos ⁽²¹⁾.

b) FACTORES GINECO OBSTETRICAS

PARIDAD: Para un mejor análisis se dividió a las gestantes en tres grupos: Primípara mujer que ha tenido un embarazo que resultó en producto viable, sin tomar en cuenta si el niño vivió al nacer, o se trató de nacimiento único o múltiple, Multípara es la mujer que ha tenido dos a cuatro hijos, Gran multípara suele reservarse dicho nombre para la mujer que ha tenido muchos embarazos viables; suele considerarse de cinco a más hijos. Estudios mencionan mujeres que usaron el implante subdérmico en mayor frecuencia fueron las primíparas con un 54,5% de pacientes, seguido de las multíparas con el 43,0% y en menor frecuencia se encontró a las nulíparas con 2,5% ^(12,34).

ANTECEDENTE DE USO DE METODO ANTICONCEPTIVO: MAC antes de utilizar el implante subdérmico ya que cada persona debe elegir su MAC de acuerdo a su propia situación de vida (estilo de vida, vida sexual, número de hijos que desea tener, número de parejas, valores, situación socioeconómica, etc.); las características del MAC que sean aceptables para ella y las condiciones de salud que se puedan ver afectadas por el uso del método, estudios muestran que el método más usado previo al implante fue la inyección trimestral (82.69%), el menos usado fue la inyección mensual (3.85%) y que el 7.69% no hizo uso de ningún método anticonceptivo de 52 pacientes que solicitaron en retiro del implante, también en un estudio nacional se observó que el método más usado previo al implante fue el preservativo (30,8%), seguido de la ampolla trimestral (23,1%), ampolla mensual (16,7%), solo el 3.8% de las usuarias utilizó píldoras anticonceptivas y el 25,6% de las usuarias afirmaron no haber utilizado previamente algún método anticonceptivo. En el que sin embargo otros estudios muestran un 60,3% pacientes dijeron que si usaron otro método anticonceptivo previo a la colocación del implante subdérmico, mientras que el 39,7% respondieron que no usaron ningún tipo de anticonceptivo antes ^(12,18,20).

DESEO DE EMBARAZO: Interés de una persona que tiene por conseguir la realización de un embarazo que inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. Mostrando estudios que se realizaron en la que en las pacientes que se retiraron el implante subdérmico, por deseo de un nuevo embarazo fue un 25.33% en Ecuador, es así que también en otros estudios

se encontró que en Honduras el 7,9% de los motivos de retiro del implante subdérmico era debido a deseo de embarazo, siendo así en Perú Lima fue un 7.69% ^(12,18,20)

c) EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO

▪ **Las Alteraciones menstruales:**

- **Amenorrea:** Ausencia o interrupción de la menstruación. Puede ser primaria (no se ha producido a los 14-16 años) o secundaria (ausencia de regla 6 meses o lo equivalente a 3 ciclos normales) ⁽³¹⁾.
- **Hipermenorrea:** Sangrado excesivo en cantidad y duración que ocurre a intervalos regulares ⁽³¹⁾.
- **Hipomenorrea:** Sangrado uterino en poca cantidad, siendo la duración del ciclo normal y de los días de menstruación normal o menor ⁽³¹⁾.
- **Spotting:** También conocido como sangrado intermenstrual, caracterizado por un sangrado uterino habitualmente no excesivo que ocurre en ciclos con menstruaciones regulares ⁽³¹⁾.

- **Alteración del peso corporal:** La ganancia de peso es una causa muy común de discontinuación e incumplimiento de los métodos anticonceptivos hormonales entre adolescentes. Se requiere saber el estado nutricional de la paciente que se mide con el IMC cuyos ítems son bajo peso (<18.5), peso normal (18.5-24.9), sobrepeso y obesidad (>25) y el promedio adecuado de aumento del IMC es de 0.7 kg/m² en los 3 años, no obstante es difícil de determinar si la ganancia de peso es por el contraceptivo o por otras causas. Una revisión clínica identificó un

aumento de peso significativo del 21% en 2 años de uso, este porcentaje no difiere mucho de los controles, usuarias de métodos no hormonales (14,31,33).

- **Acné:** El Etonogestrel posee efectos androgénicos leves y podría producir acné en las usuarias. En un estudio de 3 años de duración, el acné fue el segundo efecto adverso más común, presente en un 12,6%. En un estudio americano, 26% de mujeres presentaba acné al inicio del estudio; al final del mismo, el 24% reportó padecer el acné; de la población total, el 16% reportó disminución del acné, 70% no presentó cambios y el 14% incrementó el acné ⁽¹⁴⁾.
- **Dolor en sitio de inserción:** Se ha observado irritación cutánea local en el lugar de inserción del implante en un 5%. Se encuentra dentro de los efectos adversos poco comunes junto con el acné, aumento en sensibilidad mamaria y por supuesto la irritación en el sitio de inserción ⁽³¹⁾.
- **Cefalea:** La cefalea corresponde a menos del 5% de discontinuación de los implantes, los episodios por lo general, son leves y transitorios. De este porcentaje, el 11 al 18% de las pacientes reportan la cefalea como intensa, en el año de uso alcanza su nivel máximo. En varias revisiones no se ha encontrado diferencias entre los diversos tipos de implantes (14,31).
- **Náusea:** Según un estudio realizado en el año 2008 por la OMS, concluyó que la náusea se presenta en un 6.2% de las usuarias del implante subdérmico de Etonogestrel. Un estudio que evaluó los efectos

del sistema de 2 implantes subdérmico de levonogestrel durante 10 años, determinó que la prevalencia de náusea se presentó en un 1% ^(14,31).

- **Tensión mamaria:** Opresión, sensibilidad o dolor agudo en uno o ambos senos que ocurre comúnmente y, por lo general, no implica nada malo pero ha sido relacionado con el uso del implante de etonogestrel, en un 10% de casos del total de usuarias que usaron dicho método ⁽¹⁴⁾.
- **Alteraciones emocionales:** Las emociones han demostrado ejercer una influencia importante en muchas áreas de funcionamiento psicológico, son procesos emocionales, cuando se tornan disfuncionales, pueden generar problemas en la regulación emocional. Existen estudios que muestran que en promedio la experiencia de alteraciones emocionales con anticonceptivos es positiva, esto no quiere decir que no existan casos aislados que reaccionen en forma negativa. Si algunas personas experimentan cambios de estado de ánimo positivos, otras cambios negativos y otras son neutrales, en promedio el resultado es que no hay cambios significativos, pero en este caso fue la causa principal de retiro de implante de 310 pacientes, fueron retirados 41 implantes lo que representa el 13,2 % en la que se incluye la irritabilidad y la ansiedad, en últimos estudios, también existen estudios en la que se obtuvo como resultado con mayor porcentaje que los cambios emocionales que se mantiene igual en las usuarias del implante subdérmico en 57.40%, seguido de 29.60 % que tuvieron alteración negativa de 54 pacientes que optaron por retirarse el implante ^(14,20,24).

Manejo de los efectos adversos ^(16, 28):**Sangrado irregular** (sangrados inesperados que molestan a la usuaria)

- Tranquilícela explicando que muchas mujeres que utilizan los implantes presentan sangrado irregular. No hacen mal y habitualmente disminuyen o se interrumpen después del primer año.
- Para un alivio modesto a corto plazo, puede probar con 800 mg de ibuprofeno o 500 mg de ácido mefenámico 3 veces por día después de las comidas durante 5 días, comenzando a recibirlos cuando comienza el sangrado irregular.
- Si este medicamento no le ayuda, puede probar uno de los siguientes, comenzando cuando empiece el sangrado irregular: Anticonceptivos orales combinados con progestágeno levonogestrel. Indíquele que tome un comprimido por día durante 21 días. – 50 µg etinil estradiol diariamente durante 21 días.

No menstrúa

- Tranquilícela diciendo que hay algunas mujeres que utilizan implantes que dejan de tener menstruación y que esto no es nocivo. No es preciso perder sangre todos los meses. Es parecido a no tener menstruación durante el embarazo. La mujer no es infértil. La sangre no se acumula en su organismo. (Algunas mujeres se alegran de no presentar menstruación).

Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo habitual o más de 8 días)

- Tranquilícela diciendo que muchas mujeres que usan implantes presentan sangrado profuso o prolongado. Por lo general, no es perjudicial y disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses.

- Para un alivio modesto y a corto plazo, puede probar cualquiera de los tratamientos mencionados anteriormente para el sangrado irregular, comenzando cuando empiece el sangrado profuso. Los anticonceptivos orales combinados (AOC) con 50 µg de etinil estradiol pueden dar mejores resultados que los comprimidos de bajas dosis.
- Para ayudar a evitar la anemia, sugiera comprimidos de hierro y dígame que es importante que ingiera alimentos que contengan hierro, tales como carne y ave (hígado de pollo), pescado, verduras de hoja verde y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).
- Si continúa el sangrado profuso o prolongado o éste comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha que algo pueda andar mal por alguna otra razón, considere condiciones subyacentes no vinculadas con el uso del método.

Cefaleas comunes (no migrañosas)

- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Toda cefalea que empeore o aparezca con mayor frecuencia durante el uso de los implantes debe ser evaluada.

Dolor abdominal leve

- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.

Sensibilidad en los senos

- Recomiende el uso de un corpiño de soporte (incluso durante la actividad intensa y el sueño).

- Pruebe con compresas calientes o frías.
- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Dolor después de la inserción o extracción

- Para el dolor después de la inserción, asegúrese de que el vendaje o la gasa en el brazo no estén demasiado ajustados.
- Coloque un nuevo vendaje en el brazo y aconséjale que evite apretar el sitio durante unos días.
- Dele aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.

Infección en el sitio de inserción (rubor, calor, dolor, pus)

- No retire los implantes.
- Limpie el área infectada con agua y jabón o antiséptico.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Pida a la usuaria que regrese después de terminar los antibióticos si la infección no ha desaparecido. Si la infección no ha desaparecido, extraiga los implantes o remita a la paciente para su extracción.
- A menudo la expulsión total o parcial sigue a la infección. Solicite a la usuaria que vuelva si nota que se está saliendo el implante.

Dolor intenso en el abdomen inferior (sospecha de embarazo)

- El dolor abdominal puede deberse a diversos problemas, como folículos ováricos agrandados o quistes.
- La mujer puede continuar usando los implantes durante su evaluación.

No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos agrandados a menos que aumenten de tamaño de manera anormal, se tuerzan o estallen. Asegúrele a la usuaria que normalmente desaparecen por sí solos. Para asegurarse de que el problema se está resolviendo, vuelva a verla en 6 semanas, si es posible⁽²¹⁾.

- En caso de dolor abdominal intenso, esté particularmente alerta a otros signos o síntomas de embarazo ectópico, ya que si bien es raro y no es causado por los implantes, puede poner en peligro la vida de la mujer
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico, los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero a la larga pueden volverse graves. La combinación de estos signos o síntomas debería aumentar la sospecha de embarazo ectópico:
 - o Dolor o sensibilidad abdominal inusuales
 - o Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, especialmente si se trata de un cambio en su patrón de sangrado
 - o Debilidad o sensación de mareo
 - o Desmayos
- Si se sospecha un embarazo ectópico o alguna otra afección grave, remita a la mujer para su inmediato diagnóstico y tratamiento.

3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

a) Salud sexual:

Es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales ⁽¹⁶⁾.

b) Planificación familiar:

Es la decisión informada y voluntaria para elegir cuántos, cuándo y cada cuánto tiempo tener hijos. Además, brinda la posibilidad de elección de los métodos anticonceptivos que se considere pertinente para lograr que la planificación sea exitosa ⁽¹⁶⁾.

c) Método anticonceptivo (MAC):

Es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo, las mujeres pueden elegir entre muchos tipos diferentes de anticonceptivos ⁽¹⁶⁾.

d) Implante subdérmico:

El implante es una pequeña varilla de plástico, blanda, y flexible, que mide 4 cm de longitud y 2 mm de diámetro que contiene 68 miligramos del principio activo etonogestrel ⁽²⁹⁾.

e) Nexplanon:

Es una varilla pequeña y delgada del tamaño de un fósforo, implante que libera hormonas en el organismo que previenen el embarazo ⁽³⁰⁾.

f) Usuaria de implante:

persona de utiliza este método anticonceptivo implante ⁽¹⁶⁾.

g) Efectos secundarios:

Son efectos no deseados causados por las medicinas, la mayoría son leves, se van después de dejar de tomar el medicamento o dejar de usarlo. Otros pueden ser más graves ⁽²⁹⁾.

h) Amenorrea:

Ausencia o interrupción de la menstruación ⁽¹⁴⁾.

i) Hipomenorrea:

Poca cantidad, siendo la duración del ciclo normal y de los días de menstruación normal o menor ⁽¹⁴⁾.

j) Hipermenorrea:

Sangrado excesivo en cantidad y duración que ocurre a intervalos regulares ⁽¹⁴⁾.

k) Spotting:

Sangrado Intermenstrual de poca cantidad entre una menstruación y otra ⁽¹⁴⁾.

l) Cefalea:

Sensación dolorosa en cualquier parte de la cabeza, que va desde un dolor agudo a un dolor leve y puede ocurrir con otros síntomas ⁽³¹⁾.

m) Acné:

Afección cutánea que se produce cuando los folículos pilosos se llenan de grasa y células muertas de la piel ⁽³¹⁾.

n) Náuseas:

Sensación de náuseas que incluye ganas de vomitar ⁽¹⁴⁾.

o) Mastalgia:

Opresión, sensibilidad o dolor agudo en uno o ambos senos que ocurre comúnmente y, por lo general, no implica nada malo ^(14,31).

p) Peso:

El peso equivale a la fuerza que ejerce un cuerpo sobre un punto de apoyo, originada por la acción del campo gravitatorio local sobre la masa del cuerpo ^(14,33).

q) Dolor en zona:

Se ha observado irritación cutánea local en el lugar de inserción del implante ^(19,31).

r) Retiro anticipado:

Acción y resultado de retirarse o ser retirado, especialmente antes de lo establecido ⁽³⁵⁾.

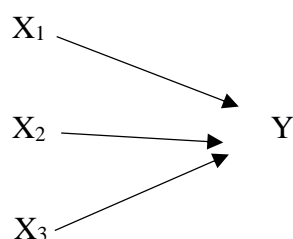
4. MATERIALES Y MÉTODOS.

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo DESCRIPTIVO, porque se recogió la información de las variables en condiciones naturales; CORRELACIONAL, porque se asoció la variable independiente con la dependiente. Así mismo fue RETROSPECTIVO, porque se trabajó con hechos que se dieron en el pasado. TRANSVERSAL, ya que el estudio se realizó con los datos obtenidos en un momento puntual. Finalmente fue de tipo OBSERVACIONAL, porque se evidenció situaciones ya existentes sin modificar su naturaleza.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño que se empleó en el presente estudio, fue no experimental por que se observó los fenómenos tal como se dan en su contexto natural sin provocar situaciones que altere el resultado, fue de tipo transversal correlacional porque se recolectó los datos en un solo momento en un tiempo único, siendo su propósito describir las variables y analizando su incidencia e interrelación en un punto dado.



Donde:

X₁: Factores sociodemográficos

X₂: Factores Gineco-obstétricos

X₃: Efectos secundarios

Y: Retiro anticipado

4.3. UNIVERSO O POBLACIÓN.

El estudio se realizó en la Hospital Víctor Ramos Guardia, ubicado en el distrito de Huaraz, provincia de Huaraz, Región Ancash.

La población de estudio estuvo integrada por N= 84 usuarias del implante anticonceptivo subdérmico, que solicitaron la extracción del método durante el periodo 2017-2018 antes de los 3 años de cumplir su uso, en el servicio de planificación Familiar del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz.

Para la elección de los elementos muestrales (unidad de análisis), se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

a) Criterios de inclusión:

- Usuarías que solicitaron el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico durante el período 2017-2018, del programa de Planificación Familiar (antes de los 3 años).
- Usuarías con edades promedio entre 15 – 49 años.
- Historias clínicas de usuarias con datos completos.

b) Criterios de exclusión:

- Historias clínicas no disponibles y/o incompletas.
- Mujeres que se retiraron por una contraindicación médica.
- Mujeres que continúan con el implante anticonceptivo subdérmico durante el periodo en estudio.
- Mujeres que se retiraron el implante anticonceptivo subdérmico después de los tres años de uso.

4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA.**4.4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS:**

La unidad de análisis estuvo conformada por cada una de las usuarias que solicitaron el retiro anticipado de implante anticonceptivo subdérmico.

4.4.2. MUESTRA:

En concordancia con el tipo de investigación, los objetivos y el alcance de las contribuciones que se realiza en el presente estudio, y el número de población disponible, se usó el muestreo no probabilístico por conveniencia, donde se trabajó con todas las unidades muestrales que cumplían los criterios de inclusión.

4.5. INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS.

La información se obtuvo usando como fuente de información las Historias Clínicas del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz.

Para ello, se utilizó una ficha de recolección de datos (Anexo N° 01) que estuvo compuesta por cuatro partes, por lo que fue elaborado de acuerdo al problema y a los objetivos de la investigación; según se detalla a continuación:

- Primera Parte: Factores Sociodemográficos: comprende 03 ítems en total.
- Segunda Parte: Factores Gineco Obstétricas: contiene 03 ítems.
- Tercera Parte: Efectos Secundarios del implante anticonceptivo subdérmico: Comprende 08 ítems.
- Cuarta Parte: Retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico: Abarca 01 ítems.

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN.

Se planeó ejecutar la valoración y el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos, para interpretar la información obtenida extrayendo las conclusiones necesarias del estudio.

- Análisis descriptivo

La información obtenida en la ficha de recolección de datos se analizó haciendo uso del programa estadístico SPSS V 25., para lo cual una vez confeccionada la base de datos, se procedió a realizar en análisis descriptivo de las variables en cuadros bidimensional y gráficos de barras usando las diferentes categorías de las variables de estudio.

- **Análisis inferencial**

Se aplicó la prueba de Chi cuadrado para determinar la relación y por ende el análisis de factor entre las variables de estudio con un nivel de significancia de 5%.

4.7.ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

Para las pautas de investigación desde el punto de vista ético, se tomó en cuenta los Principios Básicos y Operacionales de la Declaración de Helsinki que fue, promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM) como una fuente de principios éticos en estudios médicos en seres humanos.

De esta manera, el presente estudio se basa en los principios:

a) Principios Básicos:

- **Respeto por el individuo:**

Durante el desarrollo de la presente tesis, se considera necesario seguir como principio general, el respeto a los derechos de las mujeres en edad fértil que fueron usuarias del implante subdérmico, con la finalidad de salvaguardar su integridad personal; debido a que es responsabilidad de las investigadoras promover y velar los derechos de las pacientes en investigación (Artículo 2, 3, 4, 8 y 10), con el propósito principal de buscar el bienestar del sujeto (Artículo 6), lo cual ha sido siempre conveniente para el progreso de la medicina (Artículo 5).

- **Principio de la privacidad y confidencialidad:**

Se mantuvo la confidencialidad de las mujeres en investigación porque solo se tomó en cuenta el número de historia clínica, excluyendo datos

que puedan perjudicar la integridad, todo esto en cumplimiento de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

- **Principio de No maleficiencia:**

Se buscó y procuró en todo momento no causar daño a las mujeres en edad fértil que fueron usuarias del implante subdérmico (Artículo 10).

- **Principio de justicia:**

Todas las personas consideradas en el presente estudio, tuvieron la misma consideración y respeto, nadie fue discriminado por su raza, sexo, edad, ideas, creencias o posición social.

- **Principio de beneficencia:**

Se procuró el mayor beneficio posible para las mujeres en edad fértil que fueron usuarias de implante subdérmico, basado en las potenciales aplicaciones de los resultados de la presente tesis en beneficio de las personas. (Artículo 19).

b) Principios Operacionales:

El presente estudio se basó en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11), conducida y manejada por las investigadoras bajo la supervisión de un asesor (Artículo 15) usando protocolos aprobados, sujeta a una revisión y supervisión de un jurado correctamente convocado y previamente asesorado (Artículo 13) ⁽³⁶⁾.

5. RESULTADOS.

5.1.FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL RETIRO ANTICIPADO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÈRMICO DE LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Tabla 1. Edad asociada al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Edad	Tiempo de retiro anticipado							
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 20 años	1	1.2	4	4.8	0	0.0	5	6.0
20-35 años	17	20.2	31	36.9	21	25.0	69	82.1
>35 años	3	3.6	6	7.1	1	1.2	10	11.9
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.0

Prueba Chi- cuadrado: $x^2 = 4.405$ gl = 4 p - valor = 0.354

El 82.1% (69) de las usuarias tienen edades entre 20 a 35 años, de las cuales el 36.9% se retiraron el implante anticonceptivo subdérmico entre 6 - 12 meses, el 25% se retiraron > a 12 meses y el 20.2% < a 6 meses de uso. Al realizar la prueba de chi-cuadrado, se obtuvo el valor de $x^2 = 4.405$ con un p-valor=0.354, siendo esta probabilidad mayor que 0,05 ($p > 0,05$), se concluye que la edad no está asociada significativamente con el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico.

Tabla 2. Estado civil asociado al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Estado civil	Tiempo de retiro anticipado							
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltera	3	3.6	1	1.2	4	4.8	8	9.5
Casada	3	3.6	7	8.3	5	6.0	15	17.9
Conviviente	15	17.9	33	39.3	13	15.5	61	72.6
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.0

$$Prueba\ Chi- cuadrado: x^2 = 5.757 \quad gl = 4 \quad p - valor = 0.218$$

Se observa que el 72.6% (61) de las usuarias son convivientes, de las cuales el 39.3% se retiraron el implante anticonceptivo subdérmico entre 6 - 12 meses, seguido del 17.9% antes de los 6 meses y el 15.5% se retiraron > a 12 meses de uso.

Al realizar el análisis estadístico a través de la prueba chi-cuadrado, se obtuvo el valor de $x^2 = 5.757$ con un p-valor = 0,218, siendo esta probabilidad mayor que 0,05 ($p > 0,05$), se concluye que el estado civil no está asociado significativamente con el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico.

Tabla 3. Grado de instrucción asociado al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Grado de instrucción	Tiempo de retiro anticipado						Total	
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin estudios	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Primaria	2	2.4	5	6.0	1	1.2	8	9.5
Secundaria	13	15.5	14	16.7	12	14.3	39	46.4
Superior	6	7.1	22	26.2	9	10.7	37	44.0
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.0

Prueba Chi- cuadrado: $\chi^2 = 5.658$ $gl = 4$ $p - valor = 0.226$

Se aprecia que el 46.4% (39) de las usuarias tienen grado de instrucción secundaria, de las cuales el 16.7% se retiraron entre los 6-12 meses de uso con mayor frecuencia, el 15.5% se retiraron < a 6 meses y el 14.3% > a los 12 meses de uso.

Al realizar el análisis estadístico a través de la prueba chi-cuadrado, se obtuvo el valor de $\chi^2 = 5.658$ con un p-valor = 0,226, siendo esta probabilidad mayor que 0,05 ($p > 0,05$), se concluye que el grado de instrucción no está asociado significativamente con el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico.

5.2.FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL RETIRO ANTICIPADO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO DE LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Tabla 4. Paridad asociado al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Paridad	Tiempo de retiro anticipado							
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nulípara	0	0.0	1	1.2	4	4.8	5	6.0
Primípara	3	3.6	16	19.0	7	8.3	26	31.0
Múltipara	18	21.4	24	28.6	11	13.1	53	63.1
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.0

Prueba Chi- cuadrado: $\chi^2 = 12.817$ gl=4 p – valor = 0.012

Observamos que el 63.1% (53) de usuarias fueron múltiparas, de las cuales el 28.6% se retiraron entre los 6- 12 meses de uso, el 21.4% < a 6 meses y el 13.1% > a 12 meses de uso.

Al realizar la prueba de chi- cuadrado, se obtuvo el valor de $\chi^2 = 12.817$ con un p – valor = 0.012, siendo esta probabilidad menos que 0.05($p < 0.05$), se concluye que la paridad está asociada significativamente con el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico.

Tabla 5. Antecedentes de uso de MAC asociado al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Antecedente de uso de	Tiempo de retiro anticipado							
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
MAC								
Inyectable trimestral	6	7.1	18	21.4	6	7.1	30	35.7
Inyectable mensual	4	4.8	5	6.0	1	1.2	10	11.9
Píldoras anticonceptivas	0	0.0	0	0.0	7	8.3	7	8.3
Otros	11	13.1	18	21.4	8	9.5	37	44.0
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.0

Prueba Chi- cuadrado: $x^2 = 23.766$ gl=6 p - valor = 0.001

El 44.0% (37) de usuarias usaron otros métodos anticonceptivos que no fueron hormonales, siendo el 21.4% en las usuarias que se retiraron entre los 6-12 meses de uso, seguido del 13.1% se retiraron < a 6 meses de uso. Por otro lado, el 35.7% de usuarias usaron anteriormente el inyectable trimestral, de lo cual el 21.4% se retiraron el implante entre los 6 – 12 meses. Al realizar la prueba de chi- cuadrado, se obtuvo el valor de $x^2 = 23.766$ con un p – valor = 0.001, siendo esta probabilidad menos que 0.05(p<0,05), se concluye que el antecedente de uso de MAC está asociado significativamente con el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico.

Tabla 6. El deseo de embarazo asociado al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Deseo de embarazo	Tiempo de retiro anticipado							
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No	21	25.0	29	34.5	18	21.4	68	81.0
Si	0	0.0	12	14.3	4	4.8	16	19.0
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.

Prueba de Chi – cuadrado: $\chi^2=7.729$ $gl=2$ $p\text{-valor}=0.421$

Se observa que el 81% (68) de usuarias no se retiraron el implante anticonceptivo subdérmico por deseo de embarazo, sin embargo, el 19% si se retiraron por deseo de embarazo, siendo en mayor proporción el 14.3% se retiraron por este motivo entre los entre 6 - 12 meses de uso.

Al realizar la prueba de chi- cuadrado, se obtuvo el valor de $\chi^2 = 7.729$ con un p – valor = 0.421, siendo esta probabilidad mayor que 0.05($p>0,05$), se concluye que el deseo de embarazo no está asociado significativamente con el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico.

5.3.EFECTOS SECUNDARIOS ASOCIADOS AL RETIRO ANTICIPADO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO

Tabla 7. Trastornos de ciclo menstrual asociado al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Trastornos del ciclo menstrual	Tiempo de retiro anticipado							
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Amenorrea	3	3.6	18	21.4	0	0.0	21	25.0
Hipermenorrea	14	16.7	18	21.4	10	11.9	42	50.0
Hipomenorrea	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
S. Intermenstrual	4	4.8	5	6.0	6	7.1	15	17.9
Ninguno	0	0.0	0	0.0	6	7.1	6	7.1
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.0

Prueba de Chi – cuadrada: $x^2=32.641$ gl=6 p-valor=0.001

Se aprecia que el 50% (42) de usuarias presentaron hipermenorrea, el 21.4% se retiraron entre 6 - 12 meses y el 16.7% < a 6 meses. Así también, el 25% (21) presentaron amenorrea de ellas, el 21.4% se lo retiraron entre los 6 a 12 meses y el 3.6% < a 6 meses de uso. Al realizar la prueba estadística de chi cuadrado, concluimos que los trastornos del ciclo menstrual están asociados significativamente con el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico, p-valor=0.001.

Tabla 8. La alteración del peso corporal asociado al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Alteración del peso corporal	Tiempo de retiro anticipado							
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aumento de peso	3	3.6	13	15.5	8	9.5	24	28.6
Disminución de peso	9	10.7	24	28.6	6	7.1	39	46.4
Peso normal	9	10.7	4	4.8	8	9.5	21	25.0
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.0

Prueba Chi – cuadrado: $x^2=12.826$ gl=4 p-valor=0.012

Se observa un 75% (63 usuarias) que presentaron alteración de peso corporal; manifestando el 46.4% disminución de peso y el 28,6% aumento de peso. El 44.1% (37 usuarias) que se retiraron entre los 6 -12 meses de uso; el 28.6% presentó disminución de peso y el 15.5% aumento de peso.

Al realizar la prueba estadística de chi cuadrado, observamos que tiene un valor de $x^2=12.826$, gl=4 y p-valor=0.012, por la tanto podemos concluir la alteración del peso corporal está asociado significativamente al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico a una confianza de 95%.

Tabla 9. Acné asociado al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Acné	Tiempo de retiro anticipado							
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
No	16	19.0	36	42.9	19	22.6	71	84.5
Si	5	6.0	5	6.0	3	3.6	13	15.5
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.0

Prueba Chi – cuadrado: $x^2=1.509$ $gl=2$ $p\text{-valor}=0.470$

Se aprecia que el 84.5% (71) de usuarias no presentaron acné como efecto secundario al método, y solo el 15.5% presentaron acné, de los cuales un 6% se retiraron entre los 6 -12 meses de uso, otro 6% < a 6 meses y el 3.6% > a 12 meses de uso.

Al realizar la prueba estadística de chi cuadrado de dependencia, observamos que tiene un valor de $x^2= 1.509$, $gl=2$ y $p\text{-valor}= 0.470$; por la tanto podemos concluir que el acné no está asociado significativamente al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico, a una confianza al 95%.

Tabla 10. Dolor en el sitio de inserción asociado al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Dolor en el sitio de inserción	Tiempo de retiro anticipado							
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
No	0	0.0	24	28.6	13	15.5	37	44.1
Si	21	25.0	17	20.2	9	10.7	47	55.9
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.0

Prueba Chi – cuadrado: $x^2=22.044$ $gl=2$ $P\text{-valor}=0.000$

Se aprecia que el 55.9% (47) de usuarias presentaron dolor en el sitio de inserción, de las cuales el 25% se retiraron el implante anticonceptivo subdérmico < a 6 meses, el 20.2% entre los 6 - 12 meses y el 10.7% > a 12 meses de uso y el 44.1% no presentó dolor en el sitio de inserción.

Al realizar la prueba estadística de chi-cuadrado, se obtuvo el valor de $x^2=22.044$ con un $p\text{-valor}= 0.000$; siendo esta probabilidad menor que 0.05 ($p<0,05$), se concluye que el dolor en el sitio de inserción está asociado significativamente al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico a una confianza de 95%.

Tabla 11. Cefalea asociado al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Cefalea	Tiempo de retiro anticipado							
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
No	2	2.4	12	14.3	15	17.9	29	34.5
Si	19	22.6	29	34.5	7	8.3	55	65.5
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.0

Prueba Chi – cuadrado: $\chi^2=17.333$ gl=2 p-valor=0.000

El 65.5% del total de usuarias presentaron cefalea, de las cuales el 34.5% se retiraron entre 6 a 12 meses, el 22.6% < a 6 meses y el 8.3% > a 12 meses de uso.

Al realizar la prueba estadística de chi cuadrado, se obtuvo el valor de $\chi^2= 17.333$ y un p-valor= 0.000, siendo esta probabilidad menor que 0,05 ($p<0,05$), se concluye que la cefalea está asociado significativamente al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico a una confianza de 95%.

Tabla 12. Náuseas asociado al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Nauseas	Tiempo de retiro anticipado							
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
No	13	15.5	32	38.1	15	17.9	60	71.4
Si	8	9.5	9	10.7	7	8.3	24	28.6
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.0

Prueba Chi – cuadrado: $x^2=1.927$ $gl=2$ $p\text{-valor}=0.381$

Se aprecia que el 71.4% (60) del total usuarias no presentaron náuseas, de las cual el 38.1% se retiraron el implante anticonceptivo subdérmico entre 6 - 12 meses, el 17.9% > a 12 meses de uso y el 15.5% < a 6 meses.

Al realizar la prueba estadística de chi-cuadrado, se obtuvo el valor de $x^2=1.927$ y un $p\text{-valor}= 0.155$; siendo esta probabilidad mayor que 0,05 ($p>0,05$), se concluye que la náuseas no están asociados significativamente con el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico a una confianza de 95%.

Tabla 13. Tensión mamaria asociado al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en usuarias de planificación familiar, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Tensión mamaria	Tiempo de retiro anticipado							
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
No	9	10.7	28	33.3	13	15.5	50	59.5
Si	12	14.3	13	15.5	9	10.7	34	40.5
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.0

Prueba Chi – cuadrado: $x^2=3.731$ gl=2 p - valor=0.155

Se observa que el 59.5% (50) del total de usuarias no presentaron tensión mamaria, del cual el 33.3 % se retiraron el implante anticonceptivo subdérmico entre los 6 – 12 meses, el 15.5% > a 12 meses y el 10.7% < 6 meses de uso. Así también el 40.5% presentaron tensión mamaria de ellas, 15.5 % se retiraron entre los 6 -12 meses.

Realizando la prueba estadística de chi cuadrada, se obtuvo el valor de $x^2=3.731$ y un p-valor= 0.155, siendo esta probabilidad mayor que ($p<0,05$), se concluye que tensión mamaria no está asociado significativamente con el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico con una confianza de 95%.

Tabla 14. Alteraciones emocionales asociado al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017-2018.

Alteraciones emocionales	Tiempo de retiro temprano							
	< 6 meses		6-12 meses		>12 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	14	16.7	27	32.1	18	21.4	59	70.2
Ansiedad	3	3.6	3	3.6	0	0.0	6	7.1
Depresión	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Irritabilidad del estado de ánimo	4	4.8	11	13.1	4	4.8	19	22.6
Total	21	25.0	41	48.8	22	26.2	84	100.0

Prueba Chi – cuadrada: $\chi^2=4.275$ $gl=4$ $p\text{-valor}=0.370$

Se aprecia que el 70.2% (59) del total de usuarias no presentaron ningun tipo de alteraciones emocionales, de los cuales, el 32.1% se retiraron el implante anticonceptivo subdérmico entre los 6 - 12 meses, el 16.7% < 6 meses y el 21.4% > 12 meses de uso. Solo el 22.6% que se retiraron el método, presentaron irritabilidad del estado de ánimo.

Al realizar el análisis estadístico a través de la prueba Chi-cuadrado, no hay asociación con el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico a una confianza de 95%, $p\text{-valor}=0.370$.

6. DISCUSIÓN.

Los resultados de la presente tesis, respecto al primer objetivo específico orientado a identificar los factores sociodemográficos asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico, fueron dadas a conocer en las tablas 1, 2 y 3, en las cuales se observó que las usuarias con mayor porcentaje de retiro fueron las mujeres que se encontraron entre las edades de 20 a 35 años con un 82.1%, el 72.6% eran convivientes y el 46.4% tenían grado de instrucción secundaria; al realizar el análisis estadístico se observó que la edad, el estado civil y el grado de instrucción no están asociados con el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico ($p > 0,05$).

Datos similares al estudio fueron encontrados por Vega en su investigación llevado a cabo en Lima, donde señaló que el 81.4% de las usuarias con retiro temprano del implante anticonceptivo subdérmico tienen edades entre 20 y 35 años, 70.3% eran conviviente y el 42.6% tuvieron instrucción secundaria ⁽²²⁾. Del mismo modo Mendoza en su estudio realizado en Ecuador, encontró el 48% tenían edades entre los 20-25 años y el 25% entre los 25-30 años, el 43% tenían unión de hecho y el 62% tenían estudios secundarios ⁽¹⁰⁾. Así mismo, en el estudio realizado por Ramos el 69.2% se encontraban entre los 19 a 35 años de edad, 84.6% eran convivientes y el 83.3% tuvieron instrucción secundaria ⁽²⁴⁾. Del mismo modo para Navarro en su estudio, el 68.2% se encontraban entre los 21 a 35 años de edad, el 62.9% eran convivientes y el 58.3% tenían grado de instrucción secundaria ⁽¹⁵⁾. La presente investigación y las diferentes investigaciones coinciden al señalar el mayor porcentaje de retiro anticipado entre las usuarias que fluctúan entre los 20 – 35 años de edad, tal vez por corresponder a las edades de mayor exposición a la

reproducción. Así también; para Rimari en su trabajo el 82.69% son convivientes⁽²⁰⁾. El presente estudio y las diversas investigaciones concuerdan al señalar el mayor porcentaje son convivientes, tal vez porque al tener una pareja estable las usuarias necesitan el uso de un anticonceptivo de larga duración que le proporcionen mayor seguridad, sin embargo, otros factores influyen en su retiro prematuro.

Los resultados respecto al segundo objetivo específico; conocer los factores gineco-obstétricos asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico se detallan en las tablas 4, 5 y 6. Referente a la paridad un 63.1% son multíparas, dándose con mayor frecuencia en un 28.6% entre los 6 a 12 meses de uso. Respecto a antecedentes de uso de método anticonceptivo (MAC) un 44% de usuarias que no usaron ningún método hormonal anteriormente se retiraron con mayor frecuencia en un 21.4% entre los 6-12 meses. El 19% se retiraron por deseo de embarazo, con mayor frecuencia el 14.3% se dio entre los 6-12 meses.

Resultados reportados respecto a la paridad en estudios de Cuenca llevada a cabo en Ecuador que difieren con el resultado, con mayor frecuencia fueron las primíparas con un 54.5% seguidas de multíparas con el 43% que se retiraron dicho método⁽¹²⁾, esto debido que necesitan el uso de un anticonceptivo de larga duración, respecto al antecedente de uso de método anticonceptivo a diferencia de un estudio realizado por Calixto llevado a cabo en Colombia, el método más usado previo al implante fue la inyección trimestral con un 82.69%⁽¹⁸⁾ similar estudio realizado en Lima por Rimari como método anticonceptivo previo al implante fue el uso de preservativo con un 30.8%⁽²⁰⁾. Este último, teniendo cierta cercanía con el estudio, ya que menciona en mayor proporción, el uso de un método no

hormonal, esto puede ser debido a que no han experimentado el uso de un MAC hormonal anteriormente, pidiendo su retiro temprano, quizá debido a una deficiente orientación enfocado a los niveles hormonales altos del método durante el primer año, en esta etapa se presentan con mayor frecuencia los efectos secundarios. Referente al retiro del implante por deseo de embarazo se presentó datos con menor porcentaje estudio realizado por Gómez en Honduras, indica que el 7.9% se retiraron por el deseo de embarazo ⁽¹⁹⁾, así también el estudio realizado por Rimara llevado a cabo en Lima con un 7.69% ⁽²⁰⁾. Por el contrario, en el estudio de Cuenca realizado en Ecuador se observó un 25.33 % ⁽¹²⁾ siendo significativo para el autor.

Los resultados del tercer objetivo específico, identificar si los efectos secundarios son factores asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico, se detallarán en las tablas 7, 8, 10 y 11. Se observa que el 50% del total de mujeres se retiraron por el trastorno de ciclo menstrual hipermenorrea, con 21.4% entre los 6 a 12 meses, seguido del trastorno menstrual por amenorrea con un 25% del total, siendo el 21.4% entre los 6 a 12 meses y el sangrado intermenstrual con un 17.9%. Hallazgos similares fueron reportados por Navarro llevado a cabo en Ancash, el trastorno menstrual más frecuente fue la hipermenorrea con un 44.7% ⁽¹⁵⁾, en otro estudio similar realizado por Vega en Lima, reporto un 59.8% ⁽²²⁾ para el mismo trastorno menstrual. Por otro lado; Vasquez reporta un 27.96% ⁽²⁴⁾. Para Lumbre el 12.5% se retiraron por amenorrea con mayor frecuencia entre 5 a 6 meses ⁽⁴⁾, así también Navarro indica como segundo trastorno menstrual la amenorrea con un 34.1% ⁽¹⁵⁾.

Respecto a la alteración de peso corporal, se presentó un 46.4% donde disminuyó el peso de las usuarias dándose con mayor frecuencia entre los 6 a 12 meses con un 28.6%, mientras las que aumentaron de peso 28.6%, pero con mayor frecuencia se dio de 6 a 12 meses con un 15.5%, en comparación de su peso inicial. Siendo la alteración de peso corporal un 75%. Datos que difieren con el resultado, el trabajo realizado por Ramos reportan que de 78 usuarias, el 31.6% disminuyeron de peso cuando cumplieron los 12 meses a diferencia del aumento de peso a los 12 meses se obtuvo un 46.1%⁽²⁴⁾.

El 55.9% es por dolor en el sitio de inserción dándose con mayor frecuencia el retiro < a 6 meses con un 25% a diferencia del estudio de Lumbre que fue con menor incidencia de 3.9% en los 4 primeros meses⁽¹⁴⁾. Podemos deducir de este resultado las razones por la cual se presenta en dolor luego de la inserción son debido a la mala técnica de inserción, asepsia realizada por el personal de salud que brinda este servicio.

Referente a la cefalea se observa con un 65.5% del total de las usuarias dándose con mayor frecuencia entre los 6 a 12 meses con un 34.5%; hallazgo similar se evidencio en el estudio realizado por Calixto en Colombia, reporta un 71.7%⁽¹⁸⁾, así también para Delgado se presentó en un 63.6%⁽²¹⁾ y Navarro reporto 59.8%⁽¹⁵⁾ para el mismo efecto secundario. Por otro lado; datos con menor porcentaje se presentaron en investigaciones realizados por Ramos y Vega, ambos realizados en Lima reportan un 3.8% y 5.6% respectivamente^(24,22).

De acuerdo a cómo se presentaron los efectos secundarios que ocasionaron el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico con principal efecto fue la

cefalea con un 65.5% seguido de dolor en el sitio de inserción con 55.9%, la hipermenorrea con un 50% y la disminución del peso con 46.4%.

Resultados de los efectos secundarios con menor frecuencia se detallan en las tablas 9, 12, 13 y 14. Se reporta la incidencia de aparición de acné en un 15.5% con mayor frecuencia menor a los seis meses con 6% lo mismo hasta los 12 meses, estudio similar realizado por Mendoza con 14% ⁽¹⁰⁾ y de Vega con un 5.6% ⁽²²⁾.

Respecto a las náuseas se dieron con un 28.7%; con mayor incidencia entre los 6 a 12 meses en un 10.7%, también en el estudio de Gómez llevado a cabo en Honduras la frecuencia de aparición del náuseas fue baja, con un 7.92% ⁽¹⁹⁾.

La tensión mamaria se presentó con un 40.5%, con mayor frecuencia en un 15.5% entre los 6 a 12 meses. Estos resultados difieren en las siguientes investigaciones; de Vega donde reporta que presentaron un 22.2% ⁽²²⁾. Lumbre quien reporta un 11.7% ⁽¹⁴⁾ siendo considerado como un efecto no tan frecuente que influye para el retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico.

Referente a las alteraciones emocionales, se presentó un 29,7% entre la ansiedad (7.1%) irritabilidad de estado de ánimo (22.6%) dándose este con mayor frecuencia en un 13.1% entre los 6 a 12 meses. Datos similares se evidencia en la investigación de Lumbre (8.6%) ⁽¹⁴⁾, A diferencia del estudio de Calixto que hubo un 57,6% ⁽¹⁸⁾ donde indica como la tercera causa para retiro anticipado del método anticonceptivo.

Respecto al último objetivo específico planteado en el estudio; determinar el tiempo de retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico, el tiempo más frecuente fue entre los 6 a 12 meses con 48.8% seguido de > a 12 meses con 26.2% y un 25% < a 6 meses. Para Cuenca, en su estudio realizado en el Hospital

Universitario de Motupe, en Ecuador, el tiempo de abandono más frecuente del implante subdérmico es < de 1 año el 44,12%, seguido del 42,16% que es el tiempo entre 1 y 2 años ⁽¹²⁾.

7. CONCLUSIONES.

- Los factores sociodemográficos: edad, estado civil y grado de instrucción no están asociados al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en las usuarias, sin embargo, el retiro se dio con mayor frecuencia entre los 20 -35 años de edad, estado civil convivientes y con grado de instrucción secundaria.
- Los factores gineco-obstétricos: paridad y antecedentes de uso de MAC están asociados significativamente al retiro anticipado del implante anticonceptivo subdérmico en las usuarias, dándose con mayor frecuencia en multíparas y en usuarias que no usaron anteriormente un método hormonal.
- Los efectos secundarios: cefalea, dolor en el sitio de inserción, hipermenorrea y disminución del peso corporal están asociados significativamente al retiro anticipado del implante subdérmico.
- Los efectos secundarios: acné, náuseas, tensión mamaria y alteraciones emocionales no están asociados significativamente al retiro anticipado del implante subdérmico, sin embargo, se presentan en porcentajes considerables.
- El tiempo más frecuente de retiro anticipado fue entre los 6 a 12 meses, seguido < a 6 meses de uso.

8. RECOMENDACIONES.

- Se recomienda mayor comunicación con las usuarias, brindándole la información que conduzca a una decisión para sus necesidades y situación personal, enfatizando las ventajas, desventajas, limitaciones y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos, para lograr un uso continuo del método anticonceptivo en elección.
- Es necesario la capacitación del obstetra para mejorar las competencias técnicas y prácticas sobre el implante anticonceptivo subdérmico, tanto en la zona urbana como rural, fortaleciendo la atención de calidad acorde al requerimiento de las usuarias.
- Realizar un control periódico en Planificación Familiar posterior a la inserción del Implante, para evaluar y tratar los efectos secundarios, logrando un mayor porcentaje de usuarias continuadoras de este método, así aclarar dudas de las usuarias y evitar el abandono del método.
- Implementar un registro único en el servicio de planificación familiar de usuarias del implante anticonceptivo subdérmico sobre las causas de abandono para contar con una base de datos útil para futuras investigaciones.

9. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación Familiar [Internet]. Febrero 2018. [citado 4 Agosto 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
2. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. [Internet]. Colombia 2010. [citado 4 Agosto 2019] <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional. Indicadores: objetivos de desarrollo sostenible. [Internet].2017. Cap. 13. [Citado 15 Agosto 2019]. Disponible en :https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional. Planificación Familiar. [Internet].2018. Cap. 4. [Citado 15 Agosto 2019]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap004.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional. Fecundidad [Internet].2017. Cap. 3. [Citado 15 Agosto 2019]. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html

6. Ministerio de Salud (MINSA). Informe técnico 2015. Etonogestrel. [internet]. 2015.[Citado 20 Julio 2019].Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe>
7. Power J, French R, Cowan F. Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos eficaces de prevención del embarazo (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Rivera G, Viveros M, Ávila P, Miguel D, Vélez M. Efectos secundarios del implante subdérmico Implanon, como método anticonceptivo. Rev Sanid Milit Mex [internet]. 2010 [citado 20 Julio 2019];64(6):266-271.Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2010/sm106f.pdf>
9. Ministerio de Salud (MINSA). Implante Etonogestrel 68 mg. Informe Técnico N° 14-2012. Dirección general de medicamentos, insumos y drogas. Lima-Perú. 2012.
10. Mendoza M. Causas que influyen en el retiro anticipado de los implantes subdérmicos en mujeres atendidas en Centro de Salud Trinitaria II 2018 [Tesis de Pregrado]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2019.
11. Torres M, Viñuelas L. Estudio observacional de las causas de abandono del implante anticonceptivo subdérmico con etonogestrel [Tesis de Pregrado]. España (Valencia); 2017.

12. Cuenca A. Causas de abandono del implante subdérmico utilizado como método anticonceptivo por las pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Motupe, en el período de mayo- agosto 2014 [Tesis de Pregrado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2015.
13. García E, López Silvia, Pablos G, Medina G, Ramírez E, Uriarte S. Frecuencia de efectos adversos en usuarias de implante subdérmico. Rev. Obstet. del Inst. Mex Seguro Soc [internet]. 2011 [citado el 22 Agosto 2019]; 19 (1): 21-24. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim111e.pdf>
14. Lumbre Y, Mantilla S. Efectos adversos que manifiestan usuarias del implante subdérmico que acuden a consultorio de planificación familiar del Hospital María Auxiliadora durante Junio 2016- Febrero 2017” [Tesis de Pregrado]. Perú: Universidad Privada Norbert Wiene; 2017.
15. Navarro W, Ostos N. Efectos secundarios y su relación con el retiro temprano del implante anticonceptivo subdermico en mujeres en edad fértil, Hospital de Baranca- Cajatambo, 2016-2017 [Tesis de Pregrado]. Perú: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2019.
16. Ministerio de Salud (MINSA). Norma técnica de planificación familiar. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud, 2016.
17. Gómez D, Zabala D. Motivos de retiro anticipado de Métodos de anticoncepción con implantes subdérmicos Jadelle® e Implanon nxt® por grupos de edad, 2018 [Tesis de Postgrado]. Colombia: Universidad del Rosario; 2018.

18. Calixto D, Ospina J, Manrique F. Retiro temprano del implante subdérmico con etonogestrel en usuarias de un programa de anticoncepción de Tunja – Boyacá. Colombia. Rev. Univ. Salud. 2015; 17(2):224-232.
19. Gómez A. Motivos de retiro del Implante subdérmico en el Hospital Escuela de Honduras, 2014 a 2015. CIMEL 2017; 22(2) 60-64.
20. Rimari S. Factores de Deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias que asistieron al consultorio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
21. Delgado B, Ramón Y. Deserción del implante subdérmico Nexplanon en mujeres de edad fértil atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II - Los Olivos 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Privada Telesup; 2018.
22. Vega L. Efectos colaterales del implante subdérmico de Etenogestrel de 68mg. (IMPLANON®/NEXPLANON®) de las usuarias atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2017.
23. Vásquez B. Factores Asociados al abandono de los Implantes Hormonales Subdermicos atendidos en el Hospital Regional de Ica marzo 2014-2016 [Tesis de pregrado]. Ica: Universidad Alas Peruanas; 2016.
24. Ramos M. Efectos del implante subdérmico de Etonogestrel en usuarias del consultorio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2014 Enero 2015 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.

25. Soto L. Factores asociados a retiro temprano de implante subdermico, programa de anticoncepción de la Microred Progreso – Chimbote 2016 [Tesis de pregrado]. Chimbote: Universidad San Pedro; 2016.
26. Montenegro E, Lara R, Velásquez N. Implantes Anticonceptivos. *Perinatol Reprod Hum.* 2005; 19(1): 31- 43.
27. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud y desarrollo Social. Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes. Argentina
28. Ministerio de Salud. Medicina Familiar y Comunitaria. Guía para la Extracción de Implantes Anticonceptivos Subdérmicos. Uruguay. ASSE 2018. 8(2): 4 – 7.
29. Empresa Social del Estado. Inserción y Retiro del Implante Subdérmico Departamental Solución Salud. Colombia. 2014.
30. González C, Fernández J. Manejo de los Implantes Subdérmicos de Etonogestrel en Atención Primaria. Centro de Salud Entrevías, Territorio Sureste, SERMAS, Madrid. España 2011. 4 (2): 146-149.
31. Rosales C. Efectos Adversos relacionados al uso del Implanon en usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilo Valdizan Medrano, 2014-2015 [Tesis de pregrado]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2015.
32. Rosales E. Características sociodemográficas de las usuarias del implante anticonceptivo liberador de etonogestrel en el Hospital General de Zona número 2 (IMSS), Aguascalientes 2010 [Tesis de postgrado]. México: Ginecol Obstet Mex; 2010.
33. Rengifo k. Relación entre el uso del implante subdérmico de Etonogestrel y el peso en usuarias de planificación familiar del Centro Materno Infantil Juan

Pablo II del distrito de Los Olivos del año 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2018.

34. Herrera C, Calderón N, Carbajal R. Influencia de la paridad y edad materna. *Rev Per de Gin y Obst.* Lima- Perú. 1997; 43(2): 158-163.
35. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud y desarrollo Social. Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes. Argentina; 2018.
36. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM- Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos [Internet]. Marzo 2017. [citado 21 Agosto 2019]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/#>

ANEXOS

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“FACTORES ASOCIADOS AL RETIRO ANTICIPADO DEL IMPLANTE
ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2017-
2018”**

N° HC: _____

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- **Edad:**
 - < 20 años
 - 20 A 35 años
 - > 35 años
- **Estado civil:**
 - Soltera
 - Casada
 - Conviviente
- **Grado de instrucción:**
 - Sin estudios
 - Primaria
 - Secundaria
 - Superior

I. FACTORES GINECO-OBSTETRICOS:

- **Paridad:**
 - Nulípara
 - Primípara
 - Multípara
- **Antecedente de uso de MAC:**
 - Inyectable Trimestral
 - Inyectable Mensual
 - Píldoras anticonceptivas
 - Otros
- **Deseo de embarazo**
 - Si
 - No

II. EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO

- **Alteraciones menstruales:**
 - Amenorrea
 - Hipermenorrea
 - Hipomenorrea
 - Sangrado intermenstrual
 - Ninguno
- **Alteración del peso corporal**
 - Aumento de peso
 - Disminución de peso
 - Peso normal
- **Acné:**
 - Si
 - No
- **Dolor en el sitio de inserción:**
 - Si
 - No
- **Cefalea**
 - Si
 - No
- **Nauseas**
 - Si
 - No
- **Tensión mamaria**
 - Si
 - No
- **Alteraciones emocionales:**
 - Ninguno
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Irritabilidad en estado de ánimo

IV. RETIRO TEMPRANO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO:

- **Momento del retiro:**
 - < 6 meses
 - 6 – 12 meses
 - > 12 meses