



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL**

UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD MEDICA FAMILIAR NUM. 15.

MONTERREY, NUEVO LEON.

**FACTORES QUE DETERMINAN LA
SOLICITUD DE RETIRO DEL
IMPLANTE SUBDERMICO DE
ETONOGESTREL.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN**

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GRACIELA LEY DIAZ

No Registro 2005-1904-033

I M S S

Hospital General No 33

Jefatura de Educación Médica e Investigación

MONTERREY, N. L. 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A MIS PADRES: Autores y propulsores de lo que ahora es mi vida, que con su ejemplo de amor, honestidad y perseverancia supieron inculcar en mí el deseo de servir a los demás sin distinciones; por lo cual mi agradecimiento siempre será eterno.

A MI ESPOSO Y MIS HIJOS: Que son la fuerza y el motor de mi vida, y que con su apoyo y paciencia han logrado que culmine otra más de mis metas. Gracias porque con su amor y comprensión lograron que saliera adelante con este nuevo proyecto.

A MIS MAESTROS: Guía y fuente de sabiduría, que supieron transmitir sus conocimientos y gran experiencia. Gracias por la motivación para la superación personal y la actualización continua

¡DIOS LOS BENDIGA! LOS AMO.

Graciela.

ÍNDICE GENERAL

1-	IDENTIFICACIÓN	1
	Título del proyecto	
	Unidades y departamentos donde se realizará el proyecto	
	Investigador principal.	2
	Investigadores asociados	3
	Tesista	
	Asesor y director de tesis	
	Responsable del proyecto	
2-	MARCO TEORICO	4
3-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
4-	JUSTIFICACIÓN	8
5-	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
5.1-	Objetivo General	9
5.2-	Objetivo Específico	9
6-	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	9
7-	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	10
7.1-	Clasificación del diseño de estudio	10
7.1.1-	Según manipulación del factor de estudio	10
7.1.2-	Según el número de mediciones	10
7.1.3-	Según la relación cronológica entre el inicio del estudio y la observación de las variables de interés	10
7.2-	Población de estudio	11
7.3-	Criterios de selección	11
7.4-	Muestra	12
7.4.1-	Técnica muestral	12
7.4.2-	Cálculo del tamaño de la muestra	13
7.5-	Variables del estudio	13
8-	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	14
9-	ASPECTOS ÉTICOS	14
10-	PRODUCTOS ESPERADOS	14
11-	FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS	15
12-	ADMINISTRACIÓN DEL TRABAJO	16
12.1-	Cronograma de actividades	16
12.2-	Personal participante en la investigación	17
12.3-	Recursos físicos y materiales requeridos	17
12.4-	Plan de trabajo	18
13-	RESULTADOS	19
14-	DISCUSIÓN	23
15-	CONCLUSIONES	24
	BIBLIOGRAFÍA	25
	ANEXOS	26

1. IDENTIFICACIÓN.

1.1 TITULO DEL PROYECTO:

FACTORES QUE DETERMINAN LA SOLICITUD DE RETIRO DEL IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL.

1.2 UNIDADES Y DEPARTAMENTOS DONDE SE REALIZO EL PROYECTO:

**Unidad Médica Familiar No. 15.
Modulo de Planificación Familiar.
Dirección: Ruiz Cortinez esquina con Cerezo, Col. Moderna.
Ciudad: Monterrey, Nuevo León.
Teléfono: 83 51 91 55.**

**Unidad Médica Familiar No. 39.
Dirección: Estornino S/n, Col. Valle Verde 2º. Sector.
Ciudad: Monterrey, Nuevo León.
Teléfono: 83 81 48 22.**

Fecha de elaboración del Protocolo: 22 de agosto de 2003.

Para uso exclusivo del Comité de Investigación

Fecha de recepción del Protocolo	<u>07/12/2005</u>
Fecha de aprobación del Protocolo	<u>08/12/2005</u>
Fecha de registro del Protocolo	<u>08/12/2005</u>
Número de registro del protocolo	<u>2005-1904-033</u>

1. MARCO TEÓRICO.

La planificación familiar es el conjunto de acciones que una persona lleva a cabo para determinar el tamaño y la estructura de su familia, el conjunto de decisiones que toma y las prácticas que realiza en torno a su reproducción.

En términos jurídicos, existe consenso en el plano internacional acerca de que esta práctica es un derecho humano fundamental (naciones Unidas 1983).

En México, de acuerdo al artículo 4° Constitucional, la planificación familiar es el derecho que toda persona tiene a decidir de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento de sus hijos.

Desde una perspectiva sociodemográfica, se sabe que cuando el crecimiento acelerado de la población rebasa la capacidad social para producir y distribuir satisfactores suficientes, se presentan diversos tipos de problemas sociales, económicos y de salud pública.

La oposición del varón es una importante barrera para la adopción de prácticas anticonceptivas en algunos segmentos de la población, sobre todo en estratos socioeconómicos bajos.

La preferencia por el uso de métodos modernos se ha incrementado. En 1976 69.7% de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos estaba protegida por un método moderno y de alta efectividad (OTB, DIU u hormonales). Para 1992 esta tendencia cambió a 82.8%.¹

Los implantes anticonceptivos son un nuevo método de liberación prolongada de solo progestinas a través de la pared de cápsulas colocadas bajo la piel, actúan sobre el moco cervical, aumentando su densidad, lo cual dificulta el paso de los espermatozoides. Además detienen la ovulación en cerca de la mitad de los ciclos menstruales.²

El concepto de anticonceptivo mediante implantes de liberación prolongada fue propuesto en 1967 por el Population Council de Nueva York, donde fue desarrollado y patentado el sistema denominado Norplant, el cual se ha empleado desde 1990, prácticamente en todo el mundo, incluyendo México. La experiencia con su uso (más de 11 millones de usuarias), ha corroborado altas tasas de eficacia

anticonceptiva y continuidad, ya que puede ser empleado hasta por 7 años.³

A lo largo de los últimos años se han desarrollado otros sistemas de liberación prolongada que permiten tasas de eficacia prácticamente del 100%.⁷

Etonogestrel, es el metabolito biológicamente activo del desogestrel.

Los cristales de este esteroide están embebidos en una cápsula de etilvinil-acetato, recubierto con una membrana delgada del mismo copolímero.

El implante mide 40 mm. de longitud y tiene un diámetro externo de 2 mm, contiene 68 mg. de microcristales de etonogestrel la tasa de liberación es de 60 microgramos al día después de 3 meses, la cual disminuye lentamente a 30 microgramos / día a los 2 años de uso.

Al retirar el implante, las concentraciones de etonogestrel desaparecen a la semana. Siendo su vida media de 3 años. Logrando un estado de anovulación absoluta casi sin excepción.^{4,5}

Varios estudios han confirmado su alta eficacia con 0 embarazos durante los 3 años de acción anticonceptiva.^{6, 10, 11,12,13.}

La selección de un método anticonceptivo y la continuidad en su uso dependen de diversos factores, entre los que destacan las características socioculturales y demográficas de las parejas y la disponibilidad y calidad de los servicios.

El incremento en el uso de anticonceptivos y los niveles bajos de fecundidad están relacionados con un mayor conocimiento sobre la reproducción y una mayor participación de la mujer en la toma de decisiones sobre el ejercicio sexual.¹

Los efectos secundarios más frecuentemente reportados con el uso de los implantes subdérmicos con una frecuencia de 15 hasta 25% de las usuarias en los estudios clínicos controlados son: cefalea, dolor pélvico, aumento de peso y acné. 5 a 12% de las usuarias refirieron: mareo, hipersensibilidad mamaria,

náusea y cambios en el estado de ánimo. 3 a 9% presentó: pérdida de cabello, disminución de la libido y fatiga. Durante el primer año la mayor parte de las usuarias experimentan un patrón de sangrado prolongado a

intervalos irregulares, una cuarta parte de usuarias tiene sangrados regulares y cerca del 10% presentan amenorrea. ^{7, 8, 9.}

Se realizó un estudio en 11 países a través de Asia, África y América Latina, cuyo principal objetivo fue identificar los problemas menstruales que se asocian con un riesgo alto de suspensión temprana del implante, encontrándose que el antecedente en la paciente de sangrado transvaginal por más de 7 días, sangrado en gran cantidad, dismenorrea y sangrado ínter menstrual, fueron asociados con un alto riesgo de suspensión temprana del método. ^{8, 11.}

En el IMSS se llevó a cabo un estudio de valoración clínica con el implante de etonogestrel, se incluyeron 417 mujeres hasta junio del 2002, con un seguimiento de 12 meses se encontró que la tasa de continuación con este método fue del 88%. Las causas más frecuentes de discontinuación fueron: alteración en el patrón de sangrado (79%), cefalea (63%), náuseas (44%), mareo (36%) y cambios en el estado de ánimo (44%). Incremento de peso en promedio de 1.8 Kg. Hasta el momento no se han reportado fallas en el método. La experiencia institucional con el implante anticonceptivo de etonogestrel permite concluir que es fácil de aplicar y retirar, es cómodo para la usuaria. Presenta efectos secundarios debido a la progestina sola y ha demostrado una tasa de continuidad aceptable, asociado a una alta eficacia.⁴

En el Servicio de Planificación de la Familia del Policlínico “Plaza de la Revolución en Cuba, se realizó un estudio retrospectivo-descriptivo en 486 usuarias del Implante subdérmico para identificar los factores de riesgo reproductivo preconcepcional que llevaron a la elección del implante, las causas más frecuentes de su retiro, y además evaluar la técnica de extracción utilizada; así como un estudio analítico para determinar el tiempo de mantenimiento del método. El 76% de la usuarias del implante estaban dispensarizadas como pacientes de alto riesgo reproductivo preconcepcional. Los factores de riesgo preconcepcional más frecuentes detectados fueron el antecedente de 3 abortos o más (49%), seguido del bajo peso para la talla (46%), asma bronquial (15.6%) y el espacio intergenésico corto (13%). Interrumpieron

el uso del método anticonceptivo antes de la fecha de vencimiento el 38% de los casos. Las causas de interrupción fundamentalmente se relacionaron con sus efectos colaterales, entre ellas las más frecuentes fueron los trastornos de la menstruación (40%), seguida del deseo de embarazo (11.7%), displasia de mamas (8.5%), cefalea (7.7%), ansiedad (7.3%), aumento de peso (6.5%), pérdida de peso (5.6%), acné (4.8%), hipertensión arterial (2.8%), alopecia (2%), quiste de ovario (2%), esterilización quirúrgica (2%), anemia (1.6%), tiroidopatías (1.6%), trastornos psiquiátricos (1.6%), neoplasia intracervical (NIC I-II)¹²

En el Departamento de Planificación Familiar de la UMF No. 32 de Cd. Guadalupe, N.L., se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, para determinar las causas de retiro del implante subdérmico, aplicándose 463 implantes en el periodo de Enero del 2003 a Agosto del 2004, siendo retirados en 79 usuarias, lo que representa el 16.8%, donde las causas principales del retiro fueron: hemorragia uterina disfuncional (46%), cefalea (33.3%), amenorrea (21%), otras causas fueron: aumento de peso, dolor pélvico, dolor en el brazo portador del implante, cloasma, disminución de la libido, visión borrosa, mastalgia, etc.¹³

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La práctica de la anticoncepción ha experimentado considerables incrementos en nuestro país, observándose un notable descenso en la fecundidad como consecuencia de la creciente adopción de métodos anticonceptivos más seguros y eficaces.

La preferencia por el uso de métodos modernos se ha incrementado debido a la promoción tan importante que se les ha dado y a la disponibilidad que se tiene en las instituciones públicas de salud.

El implante subdérmico de Etonogestrel se encuentra disponible en la UMF No. 39 y en la UMF No. 15 desde el año 2003, habiendo tenido una gran aceptación por la comodidad del método, su eficacia y seguridad; habiéndose beneficiado a 292 mujeres en edad fértil del 1 de julio 2003 al 31 de Julio del 2005.

Sin embargo se han observado factores socioculturales y factores propios del Implante que son determinantes en la adopción y continuidad del método por lo que algunas usuarias acudieron a solicitar el retiro del implante; habiéndose retirado 54 Implantes (18.4%) en el mismo periodo.

Por lo que sería conveniente hacernos la siguiente pregunta:

¿Cuales son los factores que determinaron la solicitud del retiro del Implante subdérmico de Etonogestrel, de las usuarias de la UMF No. 15 y de la UMF No. 39 del IMSS en Nuevo León en el periodo del 1º. De julio del 2003 al 31 de julio del 2005?

4. JUSTIFICACIÓN

La planificación familiar tiene importantes consecuencias para la salud reproductiva de la población. Así contribuye a disminuir la morbilidad materna e infantil a través del espaciamiento de los embarazos, el inicio tardío de la reproducción y su limitación en situaciones de riesgo para la salud de la mujer. Por otra parte, los constantes avances en la tecnología anticonceptiva y en el conocimiento de la biología de la reproducción redujeron los efectos negativos de los métodos de planificación familiar.

Desde una perspectiva micro social, la planificación familiar ha permitido cambios en los patrones de la relación familiar, al contribuir a una planeación adecuada del tamaño y la estructura de la familia, a final de cuentas es la base de la sociedad y es ahí donde se adopta y ejerce la planificación familiar.

En el terreno individual, y partiendo de una perspectiva de género, la planificación familiar se concibe como una vía para mejorar el status de la mujer en la sociedad, ya que favorece el desempeño de tareas distintas a las maternas y domésticas. La posibilidad de planear y espaciar los embarazos así como evitar los no deseados, contribuye a que la mujer se adueñe de su proceso reproductivo y pueda controlarlo. ¹

Debido a la gran aceptación que ha tenido el Implante subdérmico y al alto costo del mismo es necesario valorar a cada paciente en particular para incluirla en este programa anticonceptivo hormonal de larga duración que evite rechazo del método a corto plazo, generando costos innecesarios por la deserción del mismo.

En nuestro medio no contamos con un Estudio de Investigación que identifique las causas que determinan el retiro del Implante de una manera concreta y científica; conocerlas sería de gran valor para una mejor selección de las candidatas a este método. Este análisis podría arrojar conclusiones útiles para utilizarlos en La Consejería de Planificación Familiar durante su promoción.

De no realizarse esta investigación, estaríamos trabajando sin analizar nuestro quehacer, sin identificar las posibles causas que determinan la suspensión del método de manera prematura por las usuarias, ni estaríamos en posibilidad de identificar los factores de riesgo presentes en nuestras pacientes como son la influencia social, ambiental y/o familiar que puedan afectar su salud y nivel de vida familiar por embarazos inesperados.

5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

5.1 OBJETIVO GENERAL.

Identificar los factores que determinaron la solicitud de retiro del Implante subdermico de Etonogestrel en las usuarias de la UMF No. 15 y de la UMF No. 39 del IMSS en Nuevo León en el periodo del 1º. De julio del 2003 al 31 de julio del 2005.

5.2 OBJETIVO ESPECIFICO.

- a) Identificar si los efectos propios del Implante determinaron la solicitud de retiro del Implante subdermico de Etonogestrel.**
- b) Identificar si los factores socioculturales determinaron la solicitud de retiro del Implante subdermico de Etonogestrel.**

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

7.1 TIPO DE ESTUDIO.

7.1.1 SEGÚN MANIPULACIÓN DEL FACTOR DE ESTUDIO..

Observacional.

Descriptivo.

Transversal.

.

7.1.2 SEGÚN EL NUMERO DE MEDICIONES.

Una sola medición.

7.1.3 SEGÚN LA RELACION CRONOLÓGICA ENTRE EL INICIO DEL ESTUDIO Y LA OBSERVACIÓN DE LAS VARIABLES DE INTERES.

Retrospectivo.

7.2 POBLACION DE ESTUDIO.

Pacientes que acudieron al Módulo de Planificación Familiar de la UMF 15 y la UMF 39 del IMSS del Estado de Nuevo León, solicitando el retiro del Implante subdérmico de Etonogestrel antes de los 3 años de la aplicación, del 1º de Julio del 2003 al 31 de Julio del 2005.

7.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

***Mujeres en edad fértil**

***Con implante subdérmico de Etonogestrel.**

***Que solicite el retiro del implante antes de los 3 años de ser Aplicado.**

B) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

***Las usuarias que no tengan datos completos en el expediente.**

*** Que el expediente no se localice.**

C) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Las usuarias con deseo de embarazo.

7.4 MUESTRA.

Se incluyeron al total de expedientes de pacientes que acudieron a retiro del implante en el periodo comprendido del 1 ° de julio 2003 al 30 de julio 2005, antes de los 3 años de ser aplicado.

7.4.1 TECNICA MUESTRAL.

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

7.4.2 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

No necesario, porque se tomaron en cuenta al total de pacientes que acudieron en el periodo determinado a solicitar retiro del Implante.

7.5. VARIABLES DEL ESTUDIO.

TIPO DE VARIABLE	NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACION
Dependiente	Retiro del Implante subdérmico	Método anticonceptivo de liberación prolongada de sólo progestinas a través de la pared de la pared de cápsulas, colocadas bajo la piel, que soliciten se retire.	Efecto de retirar, quitar, extraer, eliminar de la capa subdermica el Implante anticonceptivo.	Nominal	- Expediente clínico - Libro de control del Programa de Planificación Familiar.
Independiente	Factores que ocasionan el retiro del Implante subdérmico	a) Efectos propios del implante b) Factores socioculturales	Efectos secundarios ocasionados por la aplicación del Implante. Influencia del medio ambiente dentro del cual se desarrolla un individuo desde que nace (familia, educación, religión, etc.).	Nominal -Trastornos de la menstruación.(hipermenorrea, amenorrea). -Cefalea. -Aumento de peso -Varices Nominal -Influencia de la pareja. -Depresión. -Frigidez	- Expediente clínico - Libro de control del Programa de Planificación Familiar
Variables de control		Edad Gesta	Tiempo transcurrido desde el nacimiento. Número de embarazos	Numérico Numérico	Expediente clínico

8. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION:

- Hoja colectora de datos.

8.1 FUENTES DE INFORMACION.

- Registro de Atención Integral a la Salud (RAIS).
- Expediente Clínico.
- Libro de Control de Planificación Familiar del Módulo de Planificación Familiar de la UMF 15.
- Libro de Control de Planificación Familiar del Departamento de Trabajo Social de la UMF 39.

9. ASPECTOS ETICOS.

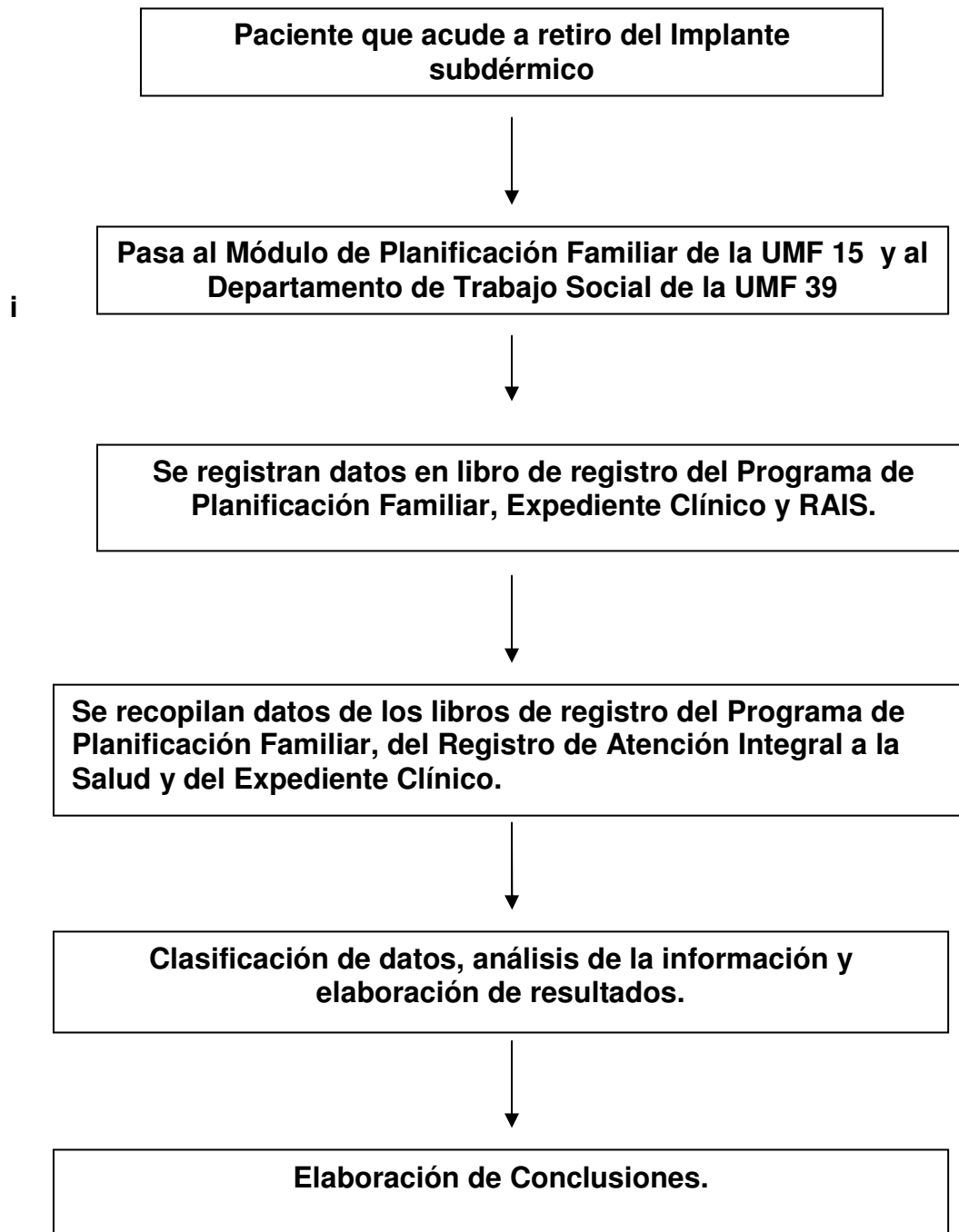
Por tratarse de un estudio retrospectivo y tomar los datos directos del expediente clínico, no se solicitó consentimiento informado; sin embargo se respetaron los principios éticos de beneficencia de las pacientes, guardando la confidencialidad de sus datos y su integridad personal no será puesta en riesgo, usando la información sólo para fines de este estudio de acuerdo a los principios éticos establecidos en Helsinki (1964-2000).

10. PRODUCTOS ESPERADOS:

Tesis de grado.

Articulo Científico..

11. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS.



12. ADMINISTRACIÓN DEL TRABAJO

12.1 Cronograma de actividades

2 0 0 6

Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Elaboración de protocolo							X	X	X	X		
Registro del protocolo ante el comité de investigación											X	
Colección de la información								X	X	X		
Captura de datos										X	X	
Análisis de datos											X	
Interpretación de resultados											X	
Formulación de reporte												X
Redacción de artículo científico.												X

12.2 PERSONAL PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACION.

Dra. Graciela Ley Díaz, Residente de la Especialidad de Medicina Familiar.

Dr. Leonte Garza Garza, Jefe Depto. Clínico turno vespertino UMF 39.

Dr. Antulio J. Sánchez Martínez, Ginecólogo Módulo de PPF. UMF 15.

Lic. Nora Alicia Díaz Nieto, Trabajadora Social turno vespertino UMF 39.

12.3 RECURSOS FISICOS Y MATERIALES REQUERIDOS PARA DESARROLLAR LA INVESTIGACIÓN:

*** Recursos proporcionados por el Investigador.**

Computadora.

Impresora.

Hojas de máquina.

Transporte.

*** Recurso proporcionado por el IMSS.**

Implante Subdérmico de Etonogestrel.

12.4 PLAN DE TRABAJO.

Se efectuó recolección de datos en el Módulo de Planificación Familiar de la UMF 15 y en el Servicio de Trabajo Social de la UMF 39, ya que en ésta no se cuenta con Módulo de Planificación Familiar, tomándose datos de los libros de control del programa de Planificación Familiar, haciéndose revisión de Expediente Clínico de las usuarias del Implante subdérmico que acudieron a retiro del Implante, antes de los 3 años desde su aplicación. Se realizó la recopilación de datos y el análisis de la información recolectada, efectuándose posteriormente resultados y conclusión del mismo.

13. RESULTADOS.

En la Unidad de Medicina Familiar #15 (UMF 15), Se aplicaron un total de 202 Implantes; retirándose 42 implantes (20.7%).

En la Unidad de Medicina Familiar #39 (UMF 39), se aplicaron un total de 90 implantes y se retiraron 10 implantes (11.1%)

La edad promedio fue de 28.8 años, siendo la edad mínima de 18 años y la máxima de 43 años.

En la UMF 15 ,el promedio de edad fue de 29.7 años con una desviación estándar de 6.2 años.

En la UMF 39, el promedio de edad fue de 21.4 años con una desviación estándar de 2.9 años. (Tabla 1)

Tabla 1. Edad Promedio.

	General	UMF 15	UMF 39
Edad promedio	28.8	29.7	21.4
D. E.	12.2	6.2	2.9

La mayoría de las usuarias tuvieron 1 o 2 gestas (80%). (Tabla 2).

Tabla 2. Número de gestas de las Usuarias del Implante.

GESTAS	NUMERO DE USUARIAS	%
1	16	32%
2	24	48%
3	6	12%
4	2	4%
5	2	4%

El tiempo de uso del método fue en promedio de 9.5 meses con una desviación estándar de 6.7 meses.

En la UMF 15 el tiempo de uso del método en promedio fue de 10.07 meses con una desviación estándar de 7 meses.

En la UMF 39 el tiempo de uso del método en promedio fue de 6.6 meses con una desviación estándar de 3.4 meses. (Tabla 3).

Tabla 3. Tiempo promedio de uso del método.

	General	UMF 15	UMF 39
Tiempo promedio	9.5	10.07	6.6
D. E.	6.7	7	3.4

Los efectos propios del Implante fueron la causa más frecuente para la suspensión del método en 42 usuarias (84%), ocupando la cefalea el primer lugar en 18 usuarias (36%), seguida de cefalea y otros en 15 usuarias, trastornos de la menstruación en 7 usuarias (14%), frigidez en 3 usuarias (6%), aumento de peso de + 10% en 2 usuarias (4%), Depresión en 3 usuarias (6%), várices en el miembro donde fue aplicado el implante en 1 usuaria, (2%) (Tabla 4).

Los factores socioculturales fueron causa de retiro del Implante en 7 usuarias (14%), encontrándose depresión en 3 usuarias (6%), frigidez en 3 usuarias (6%) y separación del cónyuge en 1 usuaria ((3%) (Tabla 5).

En la UMF 39 sólo los factores propios del implante fueron causa del retiro del Implante (cefalea, trastornos de la menstruación y aumento de peso).

Tabla 4. Efectos propios del implante causantes de retiro.

EFEECTO SECUNDARIO	USUARIAS N=50	%
Cefalea	18	36%
Cefalea y otros	15	30%
Trastornos menstruación	7	14%
Aumento de peso	2	4%
Várices	1	2%

Tabla 5. Factores socioculturales causantes de retiro del Implante.

	USUARIAS N=50	%
Depresión y otros	3	6%
Frigidez	3	6%
Separación de la pareja	1	2%

De acuerdo al número de gestas, se observa que la causa común de retiro del Implante en todos los grupos de gestas se presentó cefalea sola, además de cefalea y otra alteración. (Tabla 6);

De acuerdo al grupo de edad, la causa común de retiro del Implante fue la cefalea; la depresión se observa en los extremos de la edad. (Tabla 7).

La efectividad del Implante fue del 100% con 0 embarazos, en las 2 Unidades Médicas en donde se realizó el estudio.

HALLAZGOS.

Se eliminaron 4 usuarias (2 de la UMF 15 y 2 de la UMF 39) con retiro del Implante por deseo de embarazo, siendo el tiempo de uso del método de 6 a 13 meses.

GESTAS	CEFALEA	CEFALEA Y OTROS	TRASTORNOS MENSTRUACION	AUMENTO DE PESO	VARICES	DEPRESION	FRIGIDEZ	SEPARACIÓN PAREJA
1	4	5	3			2	2	
2	8	9	4	2				2
3	2	1			1	1	1	
4	2							
5	2							

Tabla 6. Número de gestas y causa de retiro del Implante.

EDAD	CEFALEA	CEFALEA Y OTROS	TRASTORNOS MENSTRUACIÓN	AUMENTO DE PESO	VARICES	DEPRESION	FRIGIDEZ	SEPARACION PAREJA
18-23	4	1	3		1	1	1	
24-29	3	3	3	2			1	1
30-35	6	4	1			1		
36-43	5	1				1	1	

Tabla 7. Edad y causa de retiro del Implante.

14. DISCUSIÓN.

En la UMF # 15, el porcentaje de retiro de Implante fue de 21.7%, más alta que la reportada en la Literatura (12%).

En la UMF #39, el porcentaje de retiros fue de 11.1%, un poco menor que la reportada.^{10,13.}

Los efectos propios del Implante fueron el factor principal determinante de solicitud de retiro del implante reportado, coincidiendo con el resultado de otros estudios.^{10, 12,13,}

El efecto propio del Implante que se reportó con mayor frecuencia y que fue causa de retiro del implante en nuestro estudio fue la cefalea, siendo la causa principal, y de mayor peso para el retiro del implante (66%), a diferencia de lo reportado en la literatura, donde el trastorno de la menstruación es la causa más frecuente.

La paridad observada menor de 2 gestas en el 80%, nos demuestra que en la actualidad se ha incrementado el conocimiento y la adopción de métodos de Planificación Familiar de mayor continuidad por parte de la población, que cada vez es más responsable de su reproducción.

La mujer ha tomado el control de su proceso de fertilidad y se corrobora en la edad de las pacientes y el número de gestas de las usuarias de este método en nuestra área de influencia.

El tiempo de uso del método, que en la mayoría fue menor de un año es quizá resultado de la Consejería, ya que es muy importante investigar los antecedentes familiares y personales patológicos y no patológicos de cada paciente, antes de ofrecerle cualquier método de planificación familiar, asegurando que la paciente es candidata ideal, tanto física como emocionalmente, para evitar un costo social elevado si el método va a ser retirado en corto tiempo (en promedio 9.5 meses), cuando su uso se extiende a 3 años. Como Médicos Especialistas en Medicina Familiar tenemos mucho qué hacer en el aspecto de Educación para la salud de la población, en especial de la pareja y la mujer a quien se ofrece el método.

Es importante mencionar el tratamiento de los efectos propios del Implante que se presentan actualmente en nuestras Unidades Médicas Familiares con buenos resultados en la mayoría que presenta trastornos de la menstruación, aunque con menos resultados en el tratamiento de la cefalea y que pueden incidir en la disminución de las solicitudes de retiro del Implante.

La suspensión del método por factores socioculturales se observó en el 14% de las usuarias, no haciéndose mención en estudios previos.

Es muy importante la integración de un Equipo Multidisciplinario el cual está presidido por el encargado del Módulo de Planificación Familiar un Ginecólogo y la Enfermera auxiliar, apoyado por los Médicos Familiares, la Enfermera Materno Infantil, Las enfermeras de Medicina Preventiva, Asistentes Médicas, Trabajadora Social y Coordinador Médico, los cuales deben estar capacitados con la suficiente información para promover y escoger adecuadamente a las pacientes candidatas al uso de los métodos de Planificación Familiar, tomando en cuenta los antecedentes Familiares y Personales patológicos y no patológicos, y así disminuir la suspensión del método por los efectos propios del mismo.

Sería conveniente valorar la forma en que se está dando la Consejería en Planificación Familiar y el tratamiento de los efectos secundarios para incidir en la disminución de las solicitudes de retiro del Implante subdérmico.

15. CONCLUSIONES.

De acuerdo a los reportes médicos, el Implante subdérmico de Etonogestrel es uno de los métodos de mayor continuidad y efectividad con que se cuenta actualmente, aunque existen factores que determinan la solicitud de retiro del Implante, siendo los efectos propios del Implante el principal motivo encontrado en nuestro estudio (86%), por lo que aceptamos la Hipótesis alterna 1 (Ha1).

Los factores socioculturales se encontraron en el 14% de las usuarias, notándose influencia en la decisión de suspender el método,, en una menor proporción en esta población, aceptándose la Hipótesis alterna 2 (Ha2). Concluyéndose que los factores socioculturales si determinaron la solicitud de retiro del implante.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Palma Yolanda y Gabriela Rivera, "La planificación familiar en México", en Langer, A. h K. Tolbert (eds.) *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*. México, México DR. Edamex/Population Council, 1996. Pp. 153-177.
2. Dr. Robert A. Hatcher, MD, Ward Rinehart, Richard Blackburn;"Lo Esencial de la Tecnología anticonceptiva", Programa de información en población de la Universidad de John Hopkins, 1999; pp. 8:1-8:24.
3. Croxatto HB., "Mecanismos que explican la acción anticonceptiva del implante con progestina en mujeres", *Contraception*,2002;65:21-27
4. Otero Flores B., Vázquez Estrada L.,Guerrero Carreño FJ,Lozano Balderas M.,"Implantes subdérmicos anticonceptivos", *Actualización en Metodología anticonceptiva*, 20002;39-4
5. Brache V. Massai, R. Mishel DR, "Función ovárica durante el uso del implante subdérmico", *Contraception*, 2002; 61: 199-204.
6. Glacier A.,"Anticonceptivos implantables para mujeres: Efectividad, porcentaje de discontinuación, retorno a la fertilidad y embarazo", *Contraception* 2002;65:29-37.
7. V.Brache, A. Faundes, F. Álvarez, L. Cochon; "Efectos adversos no menstruales durante el uso de anticonceptivos implantables en mujeres", *Contraception*, 2002, 65:.63-74.
- .8. Martha Hickey, Catherine d`Arcangues; "Alteraciones en el Sangrado vaginal y los anticonceptivos implantables", *Contraception*, 2002, 65:75-84.
9. Roberto Rivera, Wes Rountree; "Características de los problemas menstruales asociados con discontinuación de Norplant, resultados de un estudio multinacional", *Contraception*, 2003, 67: 373-377.
10. Li Hui Qin, Jeffrey M. Goldberg, Go Hao; "Estudio de seguimiento por 4 años de mujeres con implantes anticonceptivos", *Contraception*, 2001, 64: 301-303.
11. Croxatto HB, Urbancsek J., Massai R., Coelingh-Bernink H., Van Beek A., "Estudio multicéntrico de la eficacia y seguridad del implante anticonceptivo Implanon", *Hum. Reprod*, 1999; 59:167-74.
12. Pérez Parra Z., Ortega Blanco M., Ovie Carballo G., Pérez Vives J.L., "Caracterización del Implante Subdérmico", *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(4):344-8.
13. García Enríquez MD., Guajardo García F., Gómez Soto V., Garza E.;"Causas de deserción del Implante Subdérmico", *Rev. Salud Pública y Nutrición*, febrero 2005.

ANEXOS..

