



Universidad Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECO-OBSTÉTRICAS DE
LAS USUARIAS DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, EN EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 30 DE
JUNIO, LIMA; 2017”**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Presentado por:

Bachiller:

GARIZA CHAVEZ, MILAGROS ELIZABETH; MONGE GALA, YELIN MARIZETH

LIMA – PERÚ

2019

Dedicatoria

Este trabajo de investigación lo dedicamos a Dios por la vida que nos dio y a nuestros padres por el apoyo incondicional que nos brindan a diario para poder llegar hasta este momento de nuestra formación profesional.

Asesor de tesis

Dr. Walter Tapia Núñez

Jurado

Presidente: Dr. Carlos Rodriguez Chavez

Secretario: Mg. Scarlett Fernández Ledesma

Vocal: Lic. Carlos Velez Cervantes

ÍNDICE

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema	01
1.2 Formulación del problema	02
1.3 Justificación	03
1.4 Objetivo	05
1.4.1 Objetivo General	05
1.4.2 Objetivos Específicos	05
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	06
2.2 Base teórica	09
2.3 Terminología básica	31
2.4 Hipótesis	32
2.5 Variables e indicadores	32
3. CAPÍTULO III: DISEÑO Y METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de Investigación	37
3.2 Población y muestra	37
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
3.4 Procesamiento de datos y análisis estadísticos	39
3.5 Aspectos éticos	40
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Resultados	41
4.2 Discusión	53
5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	58
5.2 Recomendaciones	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: “Factores sociodemográficos de la población de estudio”	41
Tabla N°2: “Características sexuales de la población de estudio”	44
Tabla N°3: “Características obstétricas de la población de estudio”	46
Tabla N°4: “Características anticonceptivas de la población de estudio”	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1 Edad de la población de estudio	43
Gráfico N°2: Estado civil de la población de estudio.....	43
Gráfico N°3: Edad de inicio de relaciones sexuales de la población de estudio	45
Gráfico N°4: Número de parejas sexuales de la población de estudio.....	45
Gráfico N°5: Paridad de la población de estudio	47
Gráfico N°6: Número de abortos de la población de estudio	48
Gráfico N°7: Riesgo reproductivo de la población de estudio	48
Gráfico N° 8: Método anticonceptivo anterior de la población de estudio.....	51
Gráfico N° 9: Tiempo de uso de implante subdérmico de la población de estudio	51
Gráfico N° 10: Efectos secundarios del implante en la población de estudio	52
Gráfico N° 11: Manejo de efectos secundarios en la población de estudio	52

RESUMEN

OBJETIVO: Describir las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo del 1 de enero al 30 de junio de, 2017.

METODOLOGÍA: Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en el cual se revisaron 49 historias clínicas de usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acudieron al servicio de planificación familiar.

RESULTADOS: La edad promedio fue 25.57 años, 34.72% entre los 26 a 30 años, el 57.14% eran convivientes, el 67.35% estudiaron hasta la secundaria y el 44.90% vivía en el distrito de El Agustino; el 75.51% refiere haber iniciado su menstruación entre 12 a 14 años de edad, la edad de inicio de relaciones sexuales que mayor predomina es de 15-20 años de edad (81.63%), el 67.35% ha tenido más de una pareja sexual; el 81.64% tiene entre uno a 3 hijos, el 61.22% no tuvo ningún aborto, el 24.48% tenía al menos una cesárea, el 67.35% tenían alto riesgo reproductivo, el 67.35% tenía un IMC normal; el 83.67% utilizaba algún método anticonceptivo previo al uso del implante, el anticonceptivo anterior de preferencia fue el preservativo masculino (32.65%), el 42.86% cursaba el segundo año de uso, el 59.18% refirió que presentó algún efecto secundario, las alteraciones menstruales fue el efecto secundario que predominó con un 28.57% y el 59.18% de usuarias había recibido tratamiento a su molestia.

CONCLUSIÓN: La mayoría de usuarias del implante subdérmico tenían entre 26 a 30 años de edad; eran convivientes, habían estudiado hasta la secundaria, procedentes del distrito de El Agustino, su menarquia fue entre los 12 a 14 años, iniciaron su actividad sexual entre los 15 a 20 años, tuvieron más de una pareja sexual. La mayoría eran primíparas, no tuvieron abortos ni cesáreas; sin embargo, presentaron alto riesgo reproductivo; en cuanto al IMC fue normal, la anticoncepción previa al uso del implante que preferían fue el condón masculino. Las usuarias cursaban el segundo año de uso; las alteraciones menstruales fue el efecto de mayor frecuencia, por lo cual recibieron tratamiento oportuno.

PALABRAS CLAVE: Implante subdérmico, usuarias, características sociodemográficas, características gineco-obstétricas.

SUMMARY

OBJECTIVE: Describe the sociodemographic and gynecological-obstetric characteristics of the users of the subdermal contraceptive implant who attend the family planning service of the Hipólito Unanue National Hospital, from January 1 to June 30, 2017.

METHODOLOGY: A descriptive, retrospective, cross-sectional study in which 49 clinical records of users of the subdermal contraceptive implant that went to the family planning service were reviewed.

RESULTS: The average age was 25.57 years, 34.72% between the ages of 26 and 30, 57.14% were cohabitants, 67.35% studied until high school and 44.90% lived in the district of El Agustino; 75.51% reported having started their menstruation between 12 to 14 years of age, the age of initiation of sexual relations that predominates is 15-20 years of age (81.63%), 67.35% have had more than one sexual partner; 81.64% have between one and 3 children, 61.22% had no abortion, 24.48% had at least one cesarean, 67.35% had high reproductive risk, 67.35% had a normal BMI; 83.67% used some contraceptive method prior to the use of the implant, the previous contraceptive was preferably the male condom (32.65%), 42.86% was in the second year of use, 59.18% reported having a side effect, menstrual abnormalities was the side effect that predominated with 28.57% and 59.18% of users had received treatment for their discomfort.

CONCLUSION: The majority of users of the subdermal implant were between 26 and 30 years old; they were cohabitants, they had studied until high school, from the district of El Agustino, their menarche was between 12 to 14 years, they started their sexual activity between 15 to 20 years, they had more than one sexual partner. Most were primiparous, had no abortions or cesareans; however, they presented high reproductive risk; as for the BMI was normal, the contraception prior to the use of the implant that they preferred was the male condom. The users were in the second year of use; the menstrual alterations was the effect of greater frequency, for which they received timely treatment.

KEY WORDS: Subdermal implant, users, sociodemographic characteristics, gynecological-obstetric characteristics.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.

Las tasas de embarazos no deseados en todo el mundo son extremadamente altas, no solo en los países en vías de desarrollo, sino también en los países desarrollados. Por ello la OMS crea normas para el estudio, la fabricación y distribución de métodos anticonceptivos que lleguen a la población y logre la disminución de estas tasas de embarazos.

Según las proyecciones realizadas por las Naciones Unidas, a principios de 2014 se calculaba que la población mundial era de 7200 millones de personas, que se incrementaba en unos 82 millones de personas cada año y la cuarta parte de este crecimiento se producía en los países menos adelantados. De mantenerse dicha trayectoria, la población mundial alcanzaría 8100 millones en 2025 y 9600 millones en 2050. A escala mundial, todo el futuro crecimiento de la población tendrá lugar en las ciudades, casi en su totalidad en África, Asia y América Latina. ⁽¹⁾

Con el advenimiento del siglo XXI, se han dado pasos importantes en el diseño y prueba de nuevas metodologías anticonceptivas que garanticen alta eficacia y a la vez que disminuyan los riesgos y efectos colaterales indeseables en cuanto a anticonceptivos. Ya se han diseñado varios modelos de implantes subdérmicos conteniendo hormonas de liberación controlada. El primero fue Norplant, adminículo que contenía seis cápsulas de Levo-Norgestrel; el nuevo implante comenzó a perder popularidad cuando se evidenciaron marcadas diferencias para su remoción; se han desarrollado al menos dos nuevas alternativas para superar estas dificultades: Jadelle e Implanon. El Implanon consiste en una varilla de implante, libre de silicona que ofrece protección anovulatoria hasta por tres años, que se coloca a través de un aplicador estéril desechable; contiene 68 mg de etonogestrel suspendido en un núcleo de acetato de vinilo de etileno. Cada barra mide 4 cm de longitud, con diámetro de 2 mm. ⁽²⁾

Según La OMS el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en el África. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23.6% a 28.5%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60.9% a un 61.8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66.7%. ⁽³⁾

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 (ENDES) da cuenta que el 9.01% de las mujeres en el país, presentaron necesidad insatisfecha de planificación familiar, siendo esta mayor en Loreto (14.2%), Madre de Dios (14.1%), Amazonas (13.03%) Ayacucho y Huancavelica (13.0%) cada uno. En promedio la necesidad de servicios de planificación familiar de las mujeres en zona rural es de 10.1 % y en la zona urbana es de 8.6 %; la tasa global de fecundidad es de 2.6 hijos por mujer. Las regiones que presentan más alta tasa global de fecundidad son Loreto (3.8), Amazonas (3.6) Ayacucho y Madre de Dios (3.2) cada uno y Pasco (3.0) hijos por mujer. ⁽⁴⁾

El Estado peruano a través del Ministerio de Salud (MINSA) ofrece a las mujeres en general ejercer su derecho a la maternidad si lo desean de manera responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad de género. En el marco de una política de reducción de la muerte materna y así cumplir sus proyectos de vida, además de salvaguardar la salud del binomio madre-niño; por ello la planificación familiar se ha convertido en una estrategia fundamental que el Ministerio de Salud brinda a la población en general los servicios de orientación y consejería a través de profesionales competentes; así como la entrega de los diferentes métodos anticonceptivos a fin de satisfacer la demanda de la población, sobre todo de las mujeres en edad fértil ya que en todos los establecimientos de salud a nivel nacional existe personal capacitado en la materia correspondiente. ⁽⁴⁾

Por ello en el año 2014 gracias a la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA en el Perú se distribuyó 33.471 implantes subdérmicos de etonogestrel que benefició a varias usuarias de toda la población en general urbano rural. ⁽⁴⁾

Por todo lo mencionado, y dando a conocer nuestro tema realizaremos la siguiente investigación: Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2017.

1.2 Formulación del problema.

¿Cuáles son las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2017?

1.3 Justificación.

En todo el mundo la tasa de embarazos no deseados es extremadamente alta, no sólo en los países en vías de desarrollo, sino también en los países desarrollados. Por ejemplo, en los Estados Unidos prácticamente la mitad del total de embarazos son embarazos no planificados o no intencionados y más de un tercio terminan en un aborto. Cerca del 60% de los embarazos no planificados ocurren en mujeres que utilizan alguna forma de anticoncepción, incluso durante el mes en que conciben y esto probablemente sucede debido a la dificultad que tienen algunas mujeres con respecto al uso continuo y correcto de algunos de estos métodos. ⁽⁵⁾

El ejercicio pleno de la sexualidad es un derecho humano básico reconocido por Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según establece la OMS, esto requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Como parte integral de los derechos sexuales y reproductivos está el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos nacidos y futuros, además a disponer de la información y los métodos para lograr aquello. ⁽⁷⁾

El implante anticonceptivo subdérmico es un método anticonceptivo relativamente nuevo que está dándose a conocer en nuestro país por ser más eficaz y de mejor manejo para las usuarias por su tiempo prolongado de uso, que les permite seguir con sus actividades sin recordar constantemente la aplicación del método como en caso de otros métodos anticonceptivos.

A pesar del uso en diversas partes del mundo y ya desde el 2003 en nuestro país, aun no existen muchos estudios correspondientes al implante anticonceptivo subdérmico que muchas usuarias están solicitando conocer y el personal de salud debería saber para un buen manejo del método anticonceptivo. ⁽⁵⁾

Los implantes anticonceptivos podrían considerarse muy económico ya que el estado les brinda este método, y su efectividad tiene un porcentaje alto. No obstante, si el número de mujeres que interrumpen el método prematuramente es alto debido a los efectos colaterales que este produce, entonces el costo puede ser comparativamente alto. ⁽⁶⁾

Un aspecto muy relevante es que la eficacia de un método anticonceptivo está influenciada por su facilidad de uso, es por ello que los implantes anticonceptivos subdérmicos han demostrado su seguridad y eficacia, siendo considerado un método anticonceptivo esencial en la canasta de métodos que debe ofrecer un país y que sobre todo puede usar cualquier

mujer sin importar su edad, siempre que no tenga alguna condición médica que haga que el método no sea recomendable en ese momento. ⁽⁷⁾

En el consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue. los controles se realizan a la semana de haberse insertado el método para verificar la presencia del implante y diagnosticar si existiese alguna lesión presente en la piel, la segunda cita, al mes en la cual se realiza el control de los índices antropométricos y la medición de los signos vitales, luego a los tres meses en donde se realiza nuevamente lo antes mencionado y también dar información sobre alguna molestia o duda que pueda existir en la usuaria, a los 6 meses y posteriormente al año, secuencia de controles usadas como estrategia propias del establecimiento. Así mismo es necesario estar pendiente del periodo de reabastecimiento de suministros anticonceptivos el cual es determinado individualmente para cada método anticonceptivo por el profesional competente y así poder evitar el agotamiento del insumo principalmente del implante subdérmico. ⁽²¹⁾

En el Perú al no existir muchos estudios acerca del tema tratado, motivo por el cual los resultados obtenidos en nuestra investigación realizada en el Hospital Nacional Hipólito Unanue; además el presente estudio de investigación servirá para generar información y se pueda compartir exitosamente para futuras investigaciones. Se considera de vital importancia realizar este estudio ya que va permitir al personal de salud tener un mejor parámetro de evaluación actual y obtener mejores expectativas para las usuarias de este método. En nuestro medio local y en nuestro hospital de referencia actualmente no hay muchas investigaciones relacionadas a las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico por ser este un método nuevo instaurado recién desde el 2014 en nuestra región y por ende no existe suficiente información, tanto para el personal profesional como para las usuarias de dicho método. ⁽⁷⁾

Por lo argumentado anteriormente se ve conveniente realizar el presente trabajo de investigación que pretende describir las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2017.

Con el fin de brindar una consejería óptima, oportuna y de calidad a nuestras usuarias en nuestro país, ya que por la diversidad de climas, hábitos y costumbres el uso de anticonceptivos se inicia en diferentes edades; por esta razón es de suma importancia tener en cuenta estos factores para que el Estado pueda capacitar a las futuras usuarias mediante profesionales entrenados en planificación familiar y de esa manera ellas se sientan seguras del método que están utilizando. ⁽⁶⁾

1.4 . Objetivos

1.4.1 General.

Describir las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2017.

1.4.2 Específicos.

1. Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Identificar las características sexuales de la población de estudio.
3. Identificar las características obstétricas de la población de estudio.
4. Identificar las características anticonceptivas de la población de estudio.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.

2.1.1 Nacionales.

Aponte, R. (2016). En su estudio titulado “Características socio-reproductivas de las usuarias del implante subdérmico en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2015 Lima, Perú”; tuvo como objetivo Identificar las características socio-reproductivas de las usuarias del implante subdérmico. Materiales y métodos: Es un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Donde participaron 669 usuarias atendidas entre enero a diciembre del 2015. Utilizaron la técnica documental y como instrumento una ficha de datos; cuyas variables sociales son: edad, estado civil, grado de instrucción y procedencia. Las variables reproductivas fueron: edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, paridad, número de cesáreas, número de abortos, término de la última gestación, periodo intergenésico, riesgo reproductivo, método anticonceptivo anterior, motivo de retiro más frecuente, tiempo de uso del implante y nuevo método anticonceptivo que elige la usuaria. Resultados: La edad promedio fue 25.47 ± 5.6 años, 78.92% entre 20 – 34 años, convivientes (72.74%) y usuarias del quintil IV: 54.68%. El 66.72%, inició actividad sexual entre 12 y 18 años. Las usuarias tenían entre 1 a 3 hijos (93.73%) y no tenían antecedentes de abortos (66.18%), ni partos pretérminos (98.35%); con un periodo intergenésico menor a 2 años (92.16%), y de alto riesgo (76.39%), no usaban algún método anticonceptivo previo al implante (74.01%) y el motivo frecuente de discontinuación se debe a los efectos secundarios (68%). Se concluyó que las usuarias del implante subdérmico tenían una edad promedio de 25 años, eran convivientes y provenían de distritos que pertenecían al IV quintil. En cuanto a las características reproductivas tenían entre 1 a 3 hijos, sin antecedente de aborto o parto pretérmino con un periodo intergenésico menor a 2 años y de alto riesgo obstétrico. El motivo de discontinuación se debe a los efectos secundarios presentados. ⁽⁹⁾

Peña A., y col (2008). En su estudio titulado “Características demográficas y los efectos adversos del Jadelle comparado con el Implanon en usuarias del servicio de salud reproductiva de Inppares Lima, Perú.”; tuvo como objetivo describir las características demográficas y los efectos adversos del Jadelle comparado con el Implanon en usuarias del servicio de salud reproductiva de Inppares. Materiales y métodos: Se realizó un trabajo de tipo comparativo, descriptivo y retrospectivo. Para esto se trabajó con una muestra representativa de 66 usuarias, 39 de Jadelle y 27 de Implanon. Se obtuvo como resultados que los efectos secundarios más importantes para Jadelle fueron la cefalea, seguido de

vértigo y mareos para el primero, mientras que para las usuarias de Implanon los efectos más frecuentes fueron dolor de mamas, cefalea y acné. Se concluyó que tanto para Jadelle como para Implanon, existió un alargamiento de días de sangrado, seis días para Implanon, y 4 para Jadelle. Para ambos métodos el apetito se incrementó en más del 40%, sin embargo, el peso no se incrementa, por el contrario, para Jadelle se redujo un kilo (1 Kg), y para Implanon se incrementó un kilo (1 Kg). En cuanto a los cambios de carácter se encontró que existieron cambios negativos del carácter, tanto para Jadelle como para Implanon por último se mostró un incremento y una reducción del deseo sexual que oscilaba en 20%. Finalmente se encontró que la satisfacción para Jadelle era de 92% y para Implanon era de 78%.⁽³⁶⁾

2.1.2 Internacionales.

Espinaco, M. et al (2014). En su estudio titulado “Anticoncepción mediante el uso del implante subcutáneo. Cuatro años de experiencia y su repercusión en la mejora de la calidad de vida en mujeres en situación de exclusión social, España; 2014” Tuvo como objetivo analizar la experiencia de cuatro años de colocación de implantes subcutáneos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de entre 15 y 44 años de la población del barrio del Vacie - Sevilla. Material y método. Se realizó un estudio observacional y retrospectivo con una muestra de 269 implantes anticonceptivos colocados a mujeres de entre 15 y 44 años, en el periodo 2010-2013. La recogida de datos relacionados se efectuó en las revisiones, quedando anotados en el registro de inserción/retirada dispuesto al efecto. Resultados. La media de edad de las participantes fue de 27.03 años. Se cuantificó una media de abortos de 0.68% y 0.51% de uso de anticoncepción de urgencias. En relación al motivo para la elección de este tipo de anticonceptivo, el 34.20% lo eligió por dificultad en el cumplimiento de otros métodos, el 13.40% por intolerancia y el 52.40% por bajos recursos económicos. Respecto a la retirada del dispositivo un 3.65% solicitó su retirada antes de los tres años, de estas, un 62% alegó intolerancia al patrón de sangrado y un 34.20% deseo de un nuevo embarazo. La continuidad en el empleo del método fue del 96.35%, la tolerabilidad del 97.50%; el 100% de las mujeres del estudio lo calificó como un método efectivo y el 84.32% lo puntuó como sobresaliente. Conclusiones: Se ha alcanzado un resultado excelente y similar al de otros estudios. Al 90% de las mujeres se les ha insertado un nuevo implante en el momento de retirarle el caducado.⁽¹³⁾

Mazur, V.; García V.; Salceek L. (2013). En su estudio titulado “Implantes hormonales. Tecnología anticonceptiva apropiada en el primer nivel de atención, Argentina; 2013”. Tuvo como objetivo conocer la aceptabilidad del implante subdérmico por usuarias en dos centros de salud del gobierno de la ciudad y el perfil de las mismas. Material y método: Estudio de

tipo descriptivo, transversal, donde se incluyeron mujeres que concurrieron en el periodo comprendido de abril hasta agosto del 2013. Resultados: De 100 implantes colocados 48% tenían entre 21-30 años; en relación a la paridad previa: 15 mujeres eran nuligestas; de las que tuvieron embarazos previamente, 63 tuvieron entre 1 a 3 embarazos, el 26 % de los casos tenían un periodo intergenésico de 1 año. En relación a la utilización de anticoncepción al momento de la consulta, 94% se hallaba usando algún método anticonceptivo, donde 33% utilizaban anticonceptivos orales combinados. Conclusión: Resultó ser un método anticonceptivo con gran aceptación entre las pacientes incluyendo a las que se encontraban en periodo de lactancia. ⁽¹¹⁾

Rosales, A.; González, R. (2009). En su estudio titulado “Características sociodemográficas de las usuarias de implantes anticonceptivo liberador de etonogestrel, México; 2009”. Tuvo como objetivo conocer las características sociodemográficas de las usuarias del implante anticonceptivo liberador de etonogestrel y sus efectos en los 24 meses posteriores a su aplicación. Material y método: Estudio descriptivo y transversal realizado en 207 usuarias del implante liberador de etonogestrel a quienes se aplicó un cuestionario estructurado. Para la obtención, procesamiento y análisis de datos, se utilizó el programa Statistic v7. Resultados: El grupo de edad con mayor predominio fue el de 25 a 29 años. La mayoría tenía escolaridad secundaria, habitaba en el medio urbano, era casada y de religión católica; 48.6% se dedicaba al hogar; 82.6% tenía, al menos, un coito semanal; 84.3% tenía uno o dos hijos (66.3% deseaba más). El 95.9% de las parejas aprobaba el método; 29.6% refirió un embarazo previo no planeado; 72.1% era usuaria de algún método anticonceptivo (36.6% refirió mala experiencia con el método anterior); 41.9% solicitó el implante por comodidad; 90.1% recibió información del método, pero sólo 73.8% conocía los efectos secundarios. El 86.6% lo recomendaría; 11.6% abandonó el método por efectos indeseables, de los cuales el principal fue el sangrado irregular; mientras que 33.1% no presentó ningún efecto secundario y ninguna paciente se embarazó durante el tiempo de estudio. Conclusiones: El implante subdérmico es una alternativa anticonceptiva adecuada por su eficacia, tolerabilidad y alta tasa de continuidad. Las características principales de las usuarias fueron: mujeres jóvenes, con nivel educativo y económico aceptable, baja paridad y deseos de fertilidad futura. ⁽¹⁰⁾

Pérez, Z.; Ortega, M.; Ovies, G.; Pérez, J. (2001). En su estudio titulado “Caracterización del uso del implante subdérmico norplant, Cuba; 2001”. Tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo reproductivo preconcepcional que llevaron a la utilización del implante, las causas de su remoción y evaluación de la técnica de retiro empleada en el Servicio de Planificación de la Familia del Policlínico "Plaza de la Revolución". Material y método: Es un estudio descriptivo, donde además se realizó un estudio analítico de cohortes para

determinar el tiempo de permanencia del método en el período estudiado. Para la obtención de los datos se utilizó la información procedente de las historias clínicas que se encontraban en una base de datos creada previamente. Resultados: El 76.1 % de las usuarias del implante eran pacientes de alto riesgo reproductivo preconcepcional las cuales tenían entre 25-34 años y entre 20-24 años. Los factores de riesgo preconcepcional más frecuentes detectados fueron el antecedente de 3 abortos o más para un 49.1 %, seguido del bajo peso para la talla (46 %), asma bronquial (15.6 %) y el espacio intergenésico corto (13.1 %). En relación con la causa más frecuente de remoción antes de la fecha de vencimiento fueron los cambios en el patrón menstrual, sobre todo en las adolescentes. En cuanto al tiempo empleado para la extracción de los implantes en la mayoría de los casos (89.6 %) fue menos de 10 min, y en el primer intento. El tiempo de mantenimiento fue como promedio 42- 49 meses. Se concluyó que el norplant es un método anticonceptivo utilizado generalmente en mujeres con riesgo reproductivo, tal como informan otros estudios las alteraciones del patrón de sangrado menstrual es la causa más frecuente de su retiro y la técnica de retiro estándar no ofrece mayores complicaciones. ⁽¹²⁾

2.2. Base teórica.

2.2.1. Breve referencia histórica

Durante la historia de la humanidad todas la mayoría de culturas han utilizado diversas prácticas para evitar los embarazos y los métodos de anticoncepción eran una mezcla de magia y superstición con algo de sentido común, pero no es sino hasta 1790, cuando dos luchadoras sociales, Jenny Bentham y Mary Wollstonect, crean un movimiento moderno por la igualdad de la mujer y es entonces cuando toma sentido la relación entre el control de la natalidad y la idea que la liberación de la mujer iba ser posible. En el siglo XX se considera como antecedente dicho movimiento en la lucha de la mujer por sus derechos. ⁽¹⁴⁾

En 1930 el Vaticano a través de la iglesia católica acepta el derecho de la mujer de evitar la concepción mediante la abstinencia sexual periódica durante los días fértiles, método del ritmo. En 1952 Sanger y John D. Rockefeller III sumaron esfuerzos ya que, con dinero de la Fundación Brush, fundaron en Bombay la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), con sede central en Londres. En 1965, la Corte Suprema anulo la ley Comstock en Connecticut que prohibía el uso de contraceptivos para parejas casadas. Por otro lado, la encíclica escrita por el Papa Pablo VI, *Humanae Vitae* (latín: De la vida humana) fue publicada el 25 de julio de 1968. Esta, trata sobre la regulación de la natalidad, donde detalla la postura que tiene la Iglesia Católica hacia el aborto, el control natal y otras medidas que se relacionan con la vida sexual humana. ⁽¹⁴⁾

El desarrollo de los anticonceptivos de implante subdérmicos tiene su comienzo en el año 1967, cuando el estadounidense Sheldon Segal y el chileno Horacio Croxatto manifestaron el uso de barras subdérmicas del polímero polidimetilsiloxano (Silastic) para la difusión lenta y prolongada del principio activo del anticonceptivo se propuso que fueran hormonas esteroideas (lipofílicas). En los primeros ensayos primero en animales y luego en humanos se utilizó acetato de clormadinona (descartado por su asociación con el cáncer de mama), acetato de megestrol (descartándose por sus efectos secundarios y baja efectividad), noretindrona, la norgestrinona y el levonorgestrel, con fracasos y éxitos. ⁽¹⁵⁾

En 1975, se compararon la eficacia e incidencia de efectos indeseables en mujeres con implantes que contenían tanto levonorgestrel como norgestrinona, así como un grupo control con el dispositivo intrauterino TCU200. El estudio involucró a 500 mujeres. Al final del primer año, en las usuarias del implante de levonorgestrel hubo una tasa de embarazo de 0.6 por cada 100 mujeres en el primer año de uso, la que fue significativamente menor a la tasa de embarazo entre las usuarias de norgestrinona (3.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso), mientras que en el grupo de dispositivo intrauterino la tasa fue de 1.6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. ⁽¹⁶⁾

Los principales efectos colaterales, tanto con el implante de levonorgestrel como el de norgestrinona, fueron los trastornos en el patrón de sangrado menstrual. Teniendo en cuenta la baja tasa de embarazo demostrada en este estudio, además de la amplia experiencia documentada mundialmente con el uso del levonorgestrel; el Population Council en coordinación con el Comité Internacional de Investigación Anticonceptiva, seleccionó al levonorgestrel con progestágeno para utilizarlo en el desarrollo de los implantes anticonceptivos subdérmicos. La combinación de silastic y levonorgestrel es la que el Population Council utilizó para desarrollar y patentar sus sistemas de implantes norplant y norplant-2. ⁽¹⁶⁾

Los métodos anticonceptivos hormonales en el siglo XX han sido la contribución más importante que ha manifestado la ciencia, ya que la investigación en la biología de la reproducción humana es de suma importancia por el crecimiento acelerado de la población a nivel mundial. A través de diversos proyectos se propone estrategias para el control de la natalidad, como una forma maravillosa de trascender; en el control demográfico de la población. ⁽¹⁴⁾

2.2.2. Planificación familiar

La planificación familiar fue definida por la OMS como el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales. ⁽²⁰⁾

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad; es así que permite a la mujer decidir si quiere embarazarse y en qué momento, pues tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar logra espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. ⁽²⁰⁾

2.2.3. Tipos de métodos anticonceptivos

2.2.3.1. Métodos anticonceptivos naturales

- Abstinencia:

La metodología se basa en eludir la presencia de espermatozoides en la época de la ovulación, condicionando a las relaciones sexuales a modificaciones de conducta para la abstinencia del coito en la fase fértil del ciclo. Su origen se basa en los estudios de identificación científica del periodo fértil del ciclo realizados por Kyusuku Ogino y Herman Knaus. ⁽³³⁾

- Coito interrumpido:

Se denomina así al retiro del pene antes de eyacular para evitar el depósito del semen en la vagina. Este método; es frustrante, inseguro, psicológicamente perjudicial, quita concentración y entrega de la pareja además no es del todo confiable ya que existe la emisión de un fluido pre-eyaculatorio que contiene al menos 300000 espermatozoides preceden al orgasmo y eyaculación final. ⁽³³⁾

- **Método de la amenorrea de la lactancia (MELA):**

La lactancia es un periodo fisiológico de infertilidad; cuando se asocia a un tiempo prolongado de amenorrea prácticamente es un método natural de regulación de la fertilidad, mientras sea exclusiva. Las mujeres que lactan presentan un período de amenorrea e infertilidad que puede durar desde dos meses a dos o más años.

Las bases fisiológicas de la infertilidad asociada a la lactancia son:

- Inhibición de la ovulación y amenorrea: La succión frecuente del pezón ejerce un efecto inhibitorio en la función del hipotálamo y la hipófisis el cual determina una alteración de la secreción pulsátil de la hormona luteinizante (LH) que es la encargada de desencadenar la ovulación. En estas condiciones, la mujer no ovula y no tiene menstruaciones, lo que se llama amenorrea postparto.
- Alteración de los primeros ciclos menstruales. ⁽⁴⁾

- **Métodos de abstinencia periódica:**

Estos métodos se basan en reconocer los signos y síntomas asociados a los períodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad. La identificación del período fértil le permite a la mujer y a la pareja saber cuál es el período en que no deberá tener relaciones sexuales si quiere evitar un embarazo y usar los períodos infértiles para la actividad sexual.

Su eficiencia es variable siendo la falla, entre el 3% y el 20%. Esto significa que de cada 100 parejas usando estos métodos durante un año, 3 a 20 mujeres tienen la posibilidad de embarazarse. El uso correcto la tasa de fallas puede ser 3%.

La eficacia depende mucho de la motivación de la pareja, de la calidad de las instrucciones y de la capacidad de la mujer de reconocer el periodo fértil. ⁽¹⁹⁾

- **Método del ritmo o calendario:**

Consiste en identificar el período fértil. Para lo cual se debe tener en cuenta:

- Contar el número de días de cada ciclo, considerando como uno el primer día de menstruación.
- Debe hacerse el registro en un calendario los días de las menstruaciones (desde el inicio hasta su término) por lo menos durante 6 ciclos.
- Identificar el ciclo menstrual más corto y más largo. Aplicar la siguiente fórmula para calcular el período fértil: restar 18 al ciclo más corto para obtener el primer día del período fértil y restar 11 al ciclo más largo para obtener el último día del período fértil.
- Ósea que debe abstenerse desde el 8vo día hasta el 21 inclusive, que equivale a 14

días de abstinencia. Con ciclos muy variables la abstinencia será mayor. Este método puede ser el único método de elección para aquellas parejas que tienen contraindicaciones para otros anticonceptivos. ⁽¹⁹⁾

- Método de la temperatura basal:

Mediante este método se controla los cambios de la temperatura basal para identificar los días fértiles, que pueden ser de abstinencia o de sexo protegido.

El alza térmica debe ser observada y controlada por 3 días consecutivos donde se recomienda a la usuaria mantener la abstinencia desde el comienzo del ciclo hasta el cuarto día del alza térmica. ⁽³³⁾

- Método del moco cervical o Billings:

El método del moco cervical, también llamado de Billings, consiste en instruir a la usuaria sobre las variaciones del moco cervical durante el ciclo menstrual e identificar sus características en la fase fértil.

La usuaria debe ser debidamente entrenada para recoger en sus dedos muestra del moco cervical y reconocer sus características para decidir si tiene o no coito.

Fase 1: Menstruación 1 a 5 días. Puede o no acompañarse de moco que acompaña la menstruación.

Fase 2: Periodo seco del 5to al 8vo día. Se permite el coito, pero no frecuente, ya que el semen puede alterar el moco.

Fase 3: Periodo húmedo, fértil, del 10mo al 16avo día. Moco claro filante y abundante. Abstinencia de coito.

Fase 4: Periodo seco del 19 al 28avo día. Moco escaso y espeso. Infértil. Se permite el coito. Fase 5: Periodo premenstrual, moco nulo o escaso. Coito libre. ⁽⁴⁾

- Método sintotérmico:

Se denomina método sintomático térmico, cuando se acompaña del examen del moco cervical como segundo indicador, para mayor seguridad. ⁽⁴⁾

2.2.3.2. Métodos hormonales

- **Combinados orales:**

Son píldoras que contienen dos tipos de hormonas (estrógeno y progestágeno) las acciones anticonceptivas son numerosas, pero su efecto más importante es prevenir la ovulación al suprimir los factores hipotalámicos liberadores de gonadotropinas. Esto a su vez, impide la secreción hipofisaria de hormona estimulante del folículo (FSH) y hormona luteinizante (LH).

Se toman a diario el primer comprimido debe ser tomado entre el primer y quinto día del ciclo menstrual, con un tiempo especificado (21 a 28 días) y después se omiten durante un periodo preciso (cuatro a siete días) llamado intervalo sin píldoras. Durante este lapso sin píldoras, es de esperar la hemorragia por privación.

Algunos beneficios de las píldoras combinadas es la protección para el cáncer de ovario y del endometrio, control de los ciclos menstruales, alivio de la dismenorrea y también puede prevenir la anemia. Además, disminuye la incidencia de embarazo ectópico, quistes de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica y miomas uterinos. ⁽³³⁾

- **Píldoras de solo progestágeno:**

Son aquellas píldoras que no contienen estrógeno y los libera de los posibles efectos adversos de estos; tienen efecto anticonceptivo algo menor que las píldoras combinadas.

Deben tomarse sin interrupción entre ciclo y ciclo.

Su mecanismo de acción se basa en espesar el moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides y suprimir la ovulación en más de la mitad de los ciclos menstruales.

Tasa de falla: De 0.3 (teórica) a 8 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Características de algunos progestágenos:

Menos potentes y menos androgénicos

- Noretisterona
- Acetato de noretindrona
- Diacetato de etinodiol

Más potentes y más androgénicos

- Norgestrel
- Levonorgestrel ⁽³³⁾

- Inyectables combinados mensuales:

Contienen estrógeno y progesterona combinados en una sola inyección con capacidad anticonceptiva eficaz durante un mes y que están más de acuerdo con el sangrado cíclico menstrual.

El mecanismo de acción de los inyectables combinados es similar al de los anticonceptivos orales combinados, así como también sus efectos benéficos. Los efectos colaterales más frecuentes durante el uso de inyectables combinados son; irregularidad menstrual, alteraciones en el peso, cefalea. ⁽²⁷⁾

- Inyectables de solo progestágenos:

El más usado es el acetato de medroxiprogesterona de 150 miligramos, tienen las ventajas que una sola inyección intramuscular otorga protección anticonceptiva eficaz por tres meses

Actúa suprimiendo la ovulación y espesando el moco cervical, impidiendo así la fecundación, además produce cambios en el endometrio. Además, está indicado en mujeres con riesgo o contraindicaciones para el uso de estrógenos, en mayores de 35 años, en mujeres con alto riesgo obstétrico que no desean la esterilización, en púerperas ya que no altera la calidad de la secreción láctea. ^{(33) (4)}

- Anillo vaginal combinado (AVC):

Es un anillo anticonceptivo hormonal intravaginal flexible constituido por acetato de etinilvinilo que mide 54 mm de diámetro y 4 mm de grosor su centro contiene 2 hormonas, etonogestrel y etinilestradiol. Éstos se liberan a una velocidad de 15 y 120 ug/día, respectivamente, y se absorben a través del epitelio vaginal.

Antes de su distribución, los anillos se mantienen en refrigeración y una vez que se distribuyen su vida media es de cuatro meses. El anillo se coloca dentro de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación y se extrae después de tres semanas de uso, con el propósito de que haya una semana para la aparición de la hemorragia por supresión. ⁽³³⁾

- Parche transdérmico combinado (PTC):

El parche Ortho Evra tiene una capa interna con un adhesivo y una matriz de hormona, así como una capa resistente al agua. El parche se puede aplicar en las nalgas, la cara superior externa de la extremidad superior, la parte inferior del abdomen o la región superior del torso, pero se evita en las glándulas mamarias. Es un sistema anticonceptivo transdérmico

que contiene norelgestromin y etinilestradiol. El mecanismo de acción del parche transdérmico combinado es similar al de los anticonceptivos orales combinados.

Se usan durante tres semanas, cambiándolos una vez por semana, y seguidos de un período de una semana sin parche para permitir que aparezca la hemorragia por privación. Su eficacia es de tres embarazos de cada 1000 mujeres que usan correctamente durante un año. Sin embargo, en el uso habitual 6-8% de las mujeres puede embarazarse en el primer año de uso. ⁽²⁰⁾

- **Anticoncepción hormonal de emergencia:**

Tiene indicación específica de emergencia en mujeres que circunstancial o inesperadamente han tenido relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, en las fechas de riesgo de embarazo.

Es eficaz si se administra dentro de las 72 horas del coito; su mecanismo de acción es evitar la ovulación o que el ovocito sea fecundado. Las AOE no alteran el endometrio, no impiden la implantación ni interrumpen un embarazo. Las píldoras que se usan contienen levonorgestrel y vienen 2 píldoras. Se pueden tomar las 2 píldoras juntas o en dos dosis separadas. La segunda dosis debe tomarse 12 horas después de la primera. ⁽²⁰⁾

2.2.3.3. Métodos no hormonales reversibles

- **Dispositivo intrauterino (DIU):**

Es un pequeño elemento, muy simple, ya que, al introducirlo en el útero permanece en la cavidad uterina como un método eficaz y reversible.

Su mecanismo de acción es provocar en el endometrio una reacción a cuerpo extraño que se intensifica por la acción tóxica del cobre contra los espermatozoides. Alteran la motilidad y la migración de espermatozoides hacia las trompas impidiendo la fertilización. El cobre además neutraliza al zinc de las enzimas del semen. Hay aumento en la producción de prostaglandinas.

El retiro es fácil mediante la tracción de los hilos. puede hacerse en cualquier momento. ⁽³³⁾

2.2.3.4. Métodos anticonceptivos de barrera

- **Condón masculino:**

Es un método de barrera, constituido por una funda de goma (látex) usada por el hombre

para cubrir el pene durante el coito, evitando que el semen entre en contacto con los genitales femeninos. Además, muchos contienen espermicidas que aumentan el efecto anticonceptivo y otorgan protección antiinfecciosa.

Características:

- Protege contra la enfermedad inflamatoria pélvica y las enfermedades de transmisión sexual.
- Disminuye el riesgo de displasia cervical causada por vía sexual.
- De fácil obtención y bajo costo.
- No requiere examen ni prescripción médica.
- Fomenta la participación activa del varón en la anticoncepción.

- **Condón femenino:**

Prácticamente es una bolsa cilíndrica de un poliuretano blando de 15 cms. de largo por 7cms. de diámetro, que introducida en la vagina decepciona al pene y el semen como método de barrera, tiene dos anillos flexibles, uno interno y móvil que se usa para insertar el condón y otro externo y fijo que queda colocado fuera de la vagina.

Su eficacia está dada en su correcto uso, ya que pueden embarazarse alrededor de 5 de cada 100 mujeres durante un año.

Los condones son el único método que, bien utilizado, ha demostrado que protege de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. ⁽³³⁾

- **Diafragma:**

Es una membrana de látex con un borde en forma de anillo, flexible, que debe ser colocado en la vagina, cubriendo el cuello del útero. El diafragma impide la entrada de los espermatozoides dentro del útero. Debe ser usado conjuntamente con un espermaticida para conseguir máximo efecto anticonceptivo.

Existen muchas formas, aunque los más usados son los de resorte que se abren en arco o en forma plana. Se fabrican en diámetro de 50 a 105 mm. Deben ser prescritas por un profesional competente en la materia previa exploración. ⁽²⁰⁾

2.2.3.5. Métodos permanentes

- **Esterilización quirúrgica femenina o ligadura de trompas:**

Es una cirugía de oclusión tubaria es un método ampliamente usado para impedir el encuentro de los espermatozoides con el ovulo y por consiguiente la fecundación. El

bloqueo de ambas trompas es un método anticonceptivo eficaz, seguro y definitivo, con la ventaja de que se realiza una sola vez, excluyendo para siempre cualquier otra medida anticonceptiva.

En caso de solicitud o indicación, debe estar precedida de orientación y consejería con previo conocimiento de todos los métodos anticonceptivos, así como lo definitivo de la esterilización.

Indicaciones:

- Embarazo de alto riesgo
- Maternidad satisfecha y acuerdo de pareja para no tener más hijos
- Riesgo de la vida materna por embarazo o parto
- Intolerancia o dificultad a otros métodos anticonceptivos ⁽³³⁾⁽⁴⁾

Los efectos colaterales son raros; sin embargo, puede haber complicaciones poco frecuentes asociadas al procedimiento quirúrgico o a la anestesia, trauma de las vísceras abdominales, infección o hematoma.

- Esterilización quirúrgica masculina o vasectomía:

La esterilización masculina se realiza por ligadura y sección de los conductos deferentes, mediante una intervención aséptica simple, llamada vasectomía.

La esterilización es segura, eficaz y definitiva, pero no inmediata, pues para ello deben transcurrir unas 20 eyaculaciones, o varios meses, hasta que se objetive en el examen mensual azoospermia, por lo que debe usarse condón hasta esa fecha.

Se realiza a través de un pequeño corte en el escroto, con anestesia local. Dura cerca de 10 a 20 minutos y puede ser hecha en forma ambulatoria. No necesita hospitalización.

El índice de fracaso es de 0.1% durante todo el período de uso. ⁽³³⁾

2.2.4. Criterios de selección para el uso de anticonceptivos

Si bien existen muchos criterios médicos de elegibilidad en cuanto a la provisión de los diferentes métodos anticonceptivos; estos criterios tienen relevancia universal para la iniciación y el seguimiento del uso de métodos anticonceptivos y son los siguientes: ⁽¹⁹⁾

1. Se debe brindar información completa a las personas para que elijan voluntariamente un método anticonceptivo. La consejería debe incluir por lo menos: comprensión de la eficacia anticonceptiva del método; uso correcto del método; cómo funciona; efectos secundarios comunes; riesgos y beneficios para la salud inherentes al

método; signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud; información sobre el retorno a la fertilidad después de la interrupción del método, e información sobre protección contra las ITS.

2. Para aquellos métodos que requieren procedimientos quirúrgicos, inserción, adaptación y/o retiro realizado por proveedores de salud capacitados (esterilización, implantes, DIUs, etc.), se debe disponer de personal correctamente entrenado en instalaciones equipadas para tales fines y se deben seguir los procedimientos adecuados para prevenir infecciones.
3. Se debe mantener y contar con el equipamiento e insumos adecuados y apropiados con el fin de prevenir infecciones.
4. El estado a través del Ministerio de Salud (MINSA) debe entregar a los proveedores de servicios, guías de salud sexual y reproductiva que contengan información detallada y actualizada, así como tarjetas de usuaria/o u otras herramientas para permitir la adecuada evaluación de las/ los usuarios a fin de detectar cuadros clínicos en los que el uso de métodos anticonceptivos implicaría riesgos para la salud.
5. Por último, se debe capacitar y actualizar a los proveedores de servicios de salud para la orientación a las usuarias sobre planificación familiar. Y así satisfacer las necesidades de los usuarios no sólo en la anticoncepción sino también en sexualidad y la prevención de ITS y VIH-SIDA. ⁽¹⁹⁾

2.2.5. Riesgo reproductivo

Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. ⁽³¹⁾

CLASIFICACIÓN:

BAJO RIESGO

1. Déficit nutricional grados III y IV.
2. Muerte perinatal.

3. Incompetencia cervical o uterina.
4. Parto pretérmino y de bajo peso o uno de éstos.
5. Parto previo con isoinmunización.
6. Preeclampsia-eclampsia.
7. Desprendimiento prematuro de la placenta.
8. Cesárea anterior u otra operación uterina.

ALTO RIESGO

1. Tumor de ovario.
2. Hipertensión arterial.
3. Enfermedad renal.
4. Diabetes mellitus.
5. Cardiopatía.
6. Procesos malignos.
7. Anemia por hematíes falciformes (sickleemia).
8. Enfermedad pulmonar.
9. Enfermedad del tiroides.
10. Enfermedad hepática.
11. Epilepsia.
12. HIV

2.2.5.1 Antecedentes obstétricos y reproductivos

- **Paridad:** Es la condición, la cual es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando ha habido más de 3 partos.
 - Nulípara: Mujer que no ha tenido hijos o que ha tenido un embarazo no viable.
 - 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.

- **Intervalo intergenésico:** Es considerado corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.

- **Edad (Menos de 18 y más de 35 años):** En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc. En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas. ⁽¹⁹⁾
- **Peso (Desnutrición u obesidad):** Las mujeres desnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso.
- **Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales:** Pueden estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo. ⁽³²⁾
- **Cesárea anterior:** Condición de riesgo que como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar.

Las pacientes que van a utilizar el implante subdérmico como 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: ⁽²³⁾

- 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.

También, se debe tener en cuenta las condiciones sociales desfavorables; ya que estas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se

encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc. ⁽³²⁾

2.2.6. Implantes subdérmicos de progestágeno solo:

Los implantes son pequeños cilindros o cápsulas delgadas, flexibles no biodegradables que se colocan debajo de la piel de la parte superior interna del brazo. Brinda protección contra el embarazo a largo plazo y dependiendo del implante es eficaz por 3 a 5 años. Requiere de un proveedor para insertarlo y retirarlo, las alteraciones del sangrado son comunes pero no perjudiciales. ⁽²¹⁾

Tasa de falla: 0.05% falla teórica y en el uso típico (1 en 100 mujeres) ⁽²¹⁾

- Tipos de implantes subdérmico

El Norplant es un sistema de implantes subdérmico, constituido por 6 cápsulas de polidimetilsilixano, conocido como Silastic; cada una de las cuales mide 36 mm de largo por 2.4 mm de diámetro y contiene 36 mg de cristales de levonorgestrel. Las cápsulas liberan alrededor de 30 µg de levonorgestrel diarios y proveen una efectividad anticonceptiva por aproximadamente 5 años. El nombre de Norplant fue acuñado por el Population Council por la combinación de partes de las palabras "norgestrel" (primer nombre de levonorgestrel) e "implantes". ⁽¹⁶⁾

El Norplant-2 desarrollado al inicio de la década de los 80, consiste de sólo 2 cápsulas de Silastic, cada una de las cuales mide 44 mm de longitud y contiene 35 mg de levonorgestrel, su efectividad es de aproximadamente 3 años. Poseen una mayor rigidez, lo que junto a una mayor longitud que las del Norplant las hace más fácil de retirar. ⁽¹⁶⁾

El Implanon es un implante que se coloca justo bajo la piel. Cada envase contiene 1 implante de 4 cm de longitud y 2 mm de diámetro, en el interior de la cánula de un aplicador estéril desechable. Implanon está indicado para evitar el embarazo en mujeres entre 18 y 40 años en un período aproximado de 3 años, dependiendo del peso corporal.

El Implanon contiene 68 mg de etonorgestrel como principio activo; la velocidad de liberación es 60-70 microgramos/día en las semanas 5 a 6 y disminuye aproximadamente: hasta 35-45 microgramos/día al final del primer año, a 30-40 microgramos/día al final del segundo año y a 25-30 microgramos/día al final del tercer año. El implante es de acetato de vinilo-etileno, un plástico que no se disuelve en el organismo. ⁽²¹⁾⁽²²⁾

El Implanon NXT o Nexplanon es un implante radiopaco pues saldrá en las radiografías,

tomografías computarizadas (TC), imágenes por ultrasonido y resonancias magnéticas (RM). En otras palabras, será más fácil para el proveedor de cuidado de salud asegurarse de que el implante esté en el lugar correcto después de insertártelo y antes de quitártelo. Además, la inserción es más rápida y fácil debido a un nuevo aplicador. ⁽²³⁾

2.2.6.1 Propiedades farmacodinamias

Mecanismo de acción

Función ovárica. El implante levonorgestrel (Norplant y Jadelle) ejerce una retroalimentación negativa sobre el eje hipotálamo–hipófisis, ya que suprime la secreción de hormona luteinizante (LH), con lo cual se evita la ovulación. Durante el primer año de uso, sólo 14% de los ciclos tienen actividad lútea, ésta tiende a aumentar en los cinco años siguientes a la inserción, en donde aproximadamente 54% tienen actividad lútea, lo que concuerda con la disminución sérica del progestágeno en mención. ⁽¹³⁾

Moco cervical. El poderoso efecto del progestágeno levonorgestrel modifica el moco cervical y lo torna viscoso y escaso, tipo G, que impide la penetración de los espermatozoides. ⁽³²⁾

Endometrio. En las células del estroma, los receptores de progesterona 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 suprimido, con una maduración irregular y asincrónica. Estos cambios son reversibles y remiten en forma espontánea en el corto plazo, al suspenderse el método, por lo que no influye en la fertilidad posterior de la paciente. ⁽³³⁾

Efectos en el metabolismo de lípidos. En muchos estudios se ha visto una disminución del colesterol total y en los triglicéridos, los cuales tienden a retornar a su valor basal a los cinco años de uso. Para las fracciones de HDL y LDL, los resultados son muy variables e inconsistentes, por lo que se puede mencionar que los resultados varían mucho, en diferentes poblaciones, debido a características como la dieta, la ocupación y otros factores. En general, estos cambios no fueron de significancia clínica. ⁽¹⁰⁾

Metabolismo de carbohidratos. Se ha demostrado un aumento leve, pero significativo, en los niveles de glucosa, en usuarias de implantes de levonorgestrel comparado con controles con DIU. ⁽³²⁾

Otros cambios metabólicos. En las hormonas tiroideas, así como con otras hormonas y sus pulsos, no existen cambios significativos, por lo que el metabolismo de la mujer básicamente continúa de la misma forma que antes de la inserción del implante. ⁽¹⁹⁾

Función hepática. Con el levonorgestrel se ha encontrado un aumento de bilirrubinas en 50–60% de las usuarias, cifras que continúan elevadas en 50% de las pacientes, a los seis meses de su remoción. También se ha encontrado una disminución de proteínas totales, globulinas, ceruloplasmina; sin embargo, en otros estudios no se han encontrado cambios significativos. ⁽¹⁰⁾

2.2.6.2 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.

Distribución: La hormona de etonogestrel se une en un 95.5% a 99% a las proteínas séricas de la albúmina principalmente y en una menor proporción a la globulina encargada de transportar las hormonas sexuales. Los volúmenes de distribución central y total son de 27 l y 220 l, respectivamente, y prácticamente no varían durante el uso de etonogestrel 68mg.

Metabolismo: La hormona de etonogestrel sufre hidroxilación y reducción.

Excreción: La excreción de etonogestrel y sus metabolitos, tiene lugar por la orina y las heces. 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. ⁽¹⁰⁾

2.2.6.3 Efectividad

La eficacia y seguridad clínicas han sido adecuadamente contrastadas en ensayos clínicos aleatorizados. La experiencia clínica indica que el grado de eficacia es muy elevado, sin haber registrado un solo embarazo en más de 70.000 ciclos de uso (13 ciclos/mujer/año), lo que determina un índice de Pearl de 0 (0-0,2 con un intervalo de confianza del 95%).

UpToDate en su estudio Etonogestrel contraceptive implant 2012, menciona que el implante de Etonogestrel es uno de los anticonceptivos más eficaces disponibles, superando a las operaciones de esterilización. 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. ⁽¹²⁾

2.2.6.4 Efectos Adversos

Con respecto a los efectos adversos según diversos estudios de investigación, refieren que el principal efecto adverso es la alteración del patrón menstrual que se presenta en un 21.65% de la mujer en el primer año de uso y que consiste en menstruaciones abundantes y prolongadas, aumentos de peso corporal de 15.46%, cefalea 17.53% y mastalgia 5.15%. Además, en relación a los efectos hormonales no relacionados con el patrón menstrual se indica que los efectos secundarios hormonales más frecuentes fueron acné 18.5%, cefaleas 16.8%, dolor mamario 9.8% y aumento del peso corporal 6.5%.

En relación a los efectos metabólicos, específicamente relacionados con el metabolismo de los lípidos, los estudios son muy limitados, pero no han reportado cambios significativos en cuanto a los niveles de colesterol total, triglicéridos, colesterol HDL, LDL.

En cuanto al metabolismo de los carbohidratos se ha observado un incremento de los niveles de insulina durante estudios de tolerancia a la glucosa, lo cual sugiere una leve resistencia a la insulina.

En lo referente a la hemostasia y función tiroidea, no existen datos que sugieran cambios clínicamente relevantes.

Los implantes anticonceptivos de liberación prolongada no inducen la pérdida ósea significativa, a pesar de la creación de un estado relativamente hipoestrogénico y en contraste con otros métodos anticonceptivos de progestina, medroxiprogesterona de depósito. ⁽²⁴⁾

- Trastornos menstruales:

UpToDate, en su estudio Etonogestrel contraceptive implant (2012) mediante el análisis de los 11 estudios realizados por Darney y col. (2009) resume que el sangrado no programado fue la principal razón para la suspensión, con una tasa de 14,8% en los EE.UU. y Europa, pero sólo un 3.7% en el sudoeste asiático, Chile y Rusia.

El patrón de sangrado puede variar desde amenorrea, sangrado irregular y sangrado prolongado. Con el uso de este método, la discontinuación por estos tipos de trastornos es mayor en Europa y Canadá, que en otros países. Los tipos de sangrado más frecuentes son amenorrea y episodios de sangrado-goteo, con una incidencia de 20.8 a 26.1%.⁽²⁵⁾

Las mujeres que discontinúan el método son las que experimentan más días de sangrado y un sangrado más frecuente y prolongado. En los estudios el implante de Etonogestrel, 40% de las mujeres experimentaron dismenorrea, antes de la inserción y en 88% de estos casos desapareció o se redujo.⁽¹⁰⁾

Las Alteraciones más frecuentes del Ciclo Menstrual son:

- 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).
- Hipomenorrea: Poca cantidad, siendo la duración del ciclo normal y de los días de menstruación normal o menor.
- Menorragia: Cantidad excesiva a intervalos regulares.
- Spotting: Sangrado Intermenstrual de poca cantidad entre una menstruación y otra como causa de la ovulación.⁽²⁵⁾

- **Libido:**

A pesar de que no existen pruebas concluyentes en relación a los efectos de las progestinas en la inhibición del deseo sexual, múltiples estudios reportan una disminución de la libido en las usuarias de implantes de Etonogestrel, las frecuencias de presentación son variables.

En su estudio acerca de la eficacia y seguridad del implante de Etonogestrel, identifica frecuencias de disminución de la libido de 1% en la población Húngara a los 2 años de uso y 0% a los tres años de uso en la misma población, mientras reporta también un 4.8% en la población general.⁽³⁴⁾

- **Aumento de peso:**

La ganancia de peso es una causa muy común de discontinuación e incumplimiento de los métodos anticonceptivos hormonales entre las adolescentes. La literatura científica indica que las adolescentes que consumen anticonceptivos orales no presentan aumento de peso, además no hay evidencia que sugiera que el DIU, implantes contraceptivos, parches o anillos vaginales produzcan aumento de peso. Según estudios aproximadamente el 13% de pacientes reporta aumento de peso; sin embargo, solo el 3.3% abandona el método por esta

causa. El promedio 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.

- **Acné:**

El Etonogestrel posee efectos androgénicos leves y podría producir acné en las usuarias. Así como también Irritación en sitio de inserción. 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. ⁽³⁵⁾

- **Cefalea:**

La cefalea corresponde a menos del 5% de discontinuación de los implantes, los episodios por lo general, son leves y transitorios.

- **Cambios mamarios**

El 3 % de las usuarias refieren mastalgia, la cual es probable que tenga un origen hormonal. Por su parte, la galactorrea se reportó más frecuentemente en mujeres en las que se les colocó el implante durante la lactancia. ⁽³⁵⁾

2.2.6.5 Manejo de efectos secundarios

- **Sangrado irregular**

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 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 con lo siguiente, comenzando cuando empiece el sangrado irregular sugiera a la usuaria que tome anticonceptivos orales combinados un comprimido por día durante 21 días. ⁽³³⁾

- **Cefaleas:**

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:**

Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg).

- **Sensibilidad en las mamas:**

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. ⁽³³⁾

- **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 aconséjele 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:**

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. ⁽³³⁾

- **Malestar psicológico:**

En relación a síntomas relacionados con la esfera psicológica los estudios identifican una serie de patologías como nerviosismo, depresión, ansiedad, cambios de humor, labilidad emocional. ⁽²⁶⁾

2.2.6.6 Contraindicaciones y características

- **Contraindicaciones**

1. Embarazo conocido o sospechado.
2. Antecedentes o historia actual de trombosis.
3. Tumores hepáticos, benignos o malignos o enfermedad hepática activa.
4. Sangrado genital anormal no diagnosticado.
5. Cáncer de mama conocido o sospechoso, antecedentes personales de cáncer de mama u otro cáncer sensible a progestina ahora o en el pasado.
6. Reacción alérgica a algunos de los componentes.
7. El implante de etonogestrel puede llegar a ser menos efectivo en mujeres con sobrepeso. ^{(27) (21)}

- **Características**

1. Eficacia elevada y de larga duración.
2. No interfiere con el sexo.
3. Puede ser indicado en cualquier edad o paridad.
4. Brinda protección de 3 a 5 años.
5. Rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.
6. No requiere un examen pélvico previo a su uso.
7. No afecta la lactancia.
8. Puede disminuir el flujo menstrual.
9. Puede disminuir los cólicos menstruales.
10. Brinda protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
11. Puede producir cambios en el peso.
12. No previene ITS, VIH/SIDA, ni el HTVL1. ⁽²¹⁾

2.2.6.7 Método de Inserción

Idealmente la inserción debe realizarse en los primeros 5 días del ciclo menstrual, inmediatamente después del parto en las mujeres no lactantes y a las seis semanas en las lactantes, e inmediatamente después del aborto incompleto, la colocación toma 10 minutos y se realiza con anestesia local. A través de una punción efectuada con el mismo trocar, El Implanon viene con una jeringa aplicador que facilita muchísimo la inserción. No se necesita dar puntos, se coloca una vendita adhesiva y se recomienda un vendaje algo tenso para disminuir la posibilidad de equimosis y hematomas, se recomienda a la usuaria mantener la zona seca y limpia por lo menos 48 horas, evitar golpearse la zona, cargar objetos pesados o aplicar una presión fuerte en la herida. ⁽²⁹⁾

2.2.6.8 Método de extracción

Localice el implante mediante palpación y marque el extremo distal. Lave el área y aplique un desinfectante. Anestesia el sitio donde localizó el extremo del implante con 0.5-1 ml de lidocaína (al 1%). Haga una incisión de 2 mm de longitud en sentido longitudinal del brazo en el extremo distal del implante. Empuje suavemente el implante hacia la incisión hasta que la punta sea visible. Sostenga el implante con unas pinzas y extráigalo jalándolo suavemente. Con una segunda pinza diseque cuidadosamente el tejido alrededor del

implante antes de retirarlo posteriormente cierre la incisión con una sutura de mariposa y aplique una gasa estéril con un vendaje de presión suave para evitar las equimosis. ⁽³⁰⁾

2.2.6.9 Programación de seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria a los 7 días para examinar el lugar de inserción y al mes de iniciado el uso para su evaluación.
- 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. ⁽²¹⁾

2.3 Terminología básica

- a) **Edad:** Años cumplidos hasta la fecha actual

- b) **Método anticonceptivo:** Aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de un embarazo.

- c) **Implanon:** Implante subdérmico que consta de una cápsula no biodegradable que contienen 68 mg de levonorgestrel, el tiempo de duración es de tres años.

- d) **Planificación familiar:** Es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia.⁽¹⁸⁾

- e) **Usaria:** Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

- f) **Peso:** Para determinar este parámetro es requerimiento 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).

- g) **Riesgo reproductivo:** Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción.

- h) **Características sociodemográficas:** Nos indicaran las características personales como edad, el grado de instrucción, estado civil, lugar de procedencia que van intervenir en la decisión de elegir algún método anticonceptivo, en este caso el implante subdérmico.

- i) **Características Gineco-Obstétricas:** Es una cualidad que permite identificar algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes, pues abarca el inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, número de abortos, número de cesáreas, termino de ultima gestación, periodo intergenésico, riesgo reproductivo, método anticonceptivo usado, tiempo de uso de implante, la paridad y fecha de ultima menstruación.

2.4 Hipótesis

Este trabajo de investigación no requiere de hipótesis por ser un estudio descriptivo.

2.5 Variables e indicadores

a. Características sociodemográficas.

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Lugar de procedencia

b. Características gineco-obstétricas.

- Sexuales
 - Menarquia
 - Inicio de relaciones sexuales
 - Número de parejas sexuales
- Obstétricas
 - Paridad
 - Número de abortos
 - Número de cesáreas
 - Riesgo reproductivo
 - Índice de masa corporal
- Anticonceptivas
 - Método anticonceptivo anterior
 - Tiempo de uso
 - Efectos secundarios
 - Manejo de efectos secundarios

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
Edad	Años cumplidos hasta la fecha actual.	Cuantitativa	Razón	<ul style="list-style-type: none"> - De 14-19(1) - De 20-25(2) - De 26-30(3) - De 31-42(4) 	Historia Clínica
Estado civil	Situación de cada persona en relación con los derechos civiles.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera(1) - Casada(2) - Conviviente(3) - Divorciada(4) - Viuda(5) 	Historia Clínica
Grado de instrucción	Nivel de estudios realizados o en curso hasta la fecha actual.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeta(1) - Primaria(2) - Secundaria(3) - Superior técnico(4) - Superior universitario(5) 	Historia Clínica
Lugar de procedencia	Casa donde vive y reside la persona.	Cualitativa	Nominal	Distrito	Historia Clínica
CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS					
SEXUALES					
Menarquia	Edad en el que las usuarias refieren haber tenido su primera menstruación.	Cuantitativa	Razón	<ul style="list-style-type: none"> - De 9-11(1) - De 12-14(2) - De 15-17(3) 	Historia Clínica
Inicio de relaciones sexuales	Edad en la que la usuaria refiere haber tenido su primera relación sexual.	Cuantitativa	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de los 15 años(1) - De 15 a 20 años(2) - Después de los 20 años(3) 	Historia Clínica

Número de parejas sexuales	Es la cantidad de hombres con los que la usuaria ha mantenido relaciones sexuales hasta la actualidad.	Cuantitativa	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> - Uno(1) - Dos(2) - Tres a más(3) 	Historia Clínica
OBSTÉTRICAS					
Paridad	Número de orden del nacimiento vivo que se registra en relación con los embarazos anteriores.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Nulípara(1) - Primípara(2) - Multípara(3) - Gran multípara(4) 	Historia Clínica
Número de Abortos	Es el número de veces en el que la usuaria tuvo una interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria en donde el embrión o feto tiene menos de 500 gramos de peso y menos de 22 semanas, por lo tanto no tiene la capacidad para vivir fuera del útero.	Cuantitativa	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> - Cero(1) - Uno(2) - Dos(3) - Tres a más(4) 	Historia Clínica
Número de cesáreas	Es el número de veces en la que la usuaria se realizó una intervención quirúrgica en el cual se realiza una incisión en el abdomen y el útero de la madre para extraer uno o más bebés.	Cuantitativa	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> - Cero(1) - Uno(2) - Dos(3) - Tres a más(4) 	Historia Clínica
Riesgo reproductivo	Son los factores que aumentan la probabilidad que tiene la usuaria de sufrir algún daño (ella o su bebé) durante el proceso de la reproducción.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Alto(1) - Bajo(2) 	Historia Clínica

Índice de masa corporal	Es la razón matemática para estimar la cantidad de grasa corporal que tiene la usuaria, y así determinar por tanto si el peso está dentro del rango normal, o por el contrario, se tiene sobrepeso.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo peso(1) - Normal(2) - Sobrepeso(3) - Obesidad(4) 	Historia Clínica
ANTICONCEPTIVAS					
Método anticonceptivo anterior	Es el método que la usuaria ha utilizado anteriormente para prevenir un embarazo.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Anticonceptivos orales combinados(1) - Anticonceptivos orales solo de progestágeno(2) - Inyectable mensual(3) - Inyectable trimestral(4) - DIU(5) - Condón masculino(6) - Condón femenino(7) - Implante(8) - Ninguno(9) 	Historia Clínica
Tiempo de uso	Hace referencia a la acción y efecto de usar voluntariamente el Implante anticonceptivo subdérmico desde el día en que se colocó la usuaria.	Cuantitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - 0-1 año (1) - 1-2 años (2) - 2-3 años (3) 	Historia Clínica
Efectos secundarios	Son efectos no deseados causados por el implante subdérmico.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Cefalea(1) - Dismenorrea(2) - Mastodinia(3) - Acné(4) - Aumento de peso(5) - Alteraciones menstruales(6) - Náuseas(7) - Dolor en el lugar de inserción(8) - Ninguno(9) 	Historia Clínica

Manejo de efectos secundarios	Es el tratamiento que se le da a la usuaria en caso que se presentase cualquier efecto adverso debido al uso del método anticonceptivo.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Con tratamiento(1) - Sin tratamiento(2) 	Historia Clínica
-------------------------------	---	-------------	---------	--	------------------

CAPÍTULO III: DISEÑO Y METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Investigación

La investigación que se realizó fue de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

3.2 Población y muestra

La población estuvo conformada por Historias Clínicas de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero hasta el 30 de junio de 2017.

Para hallar el tamaño de muestra hicimos el siguiente cálculo:

$$\frac{n_c}{n_t}$$

$$=$$

$$\frac{n_c}{n_t}$$

$$=$$

Donde:

n_c : Muestra calculada

Z: 1,96

p: Prevalencia estimada

(1-p): Complemento

α : Máximo error, precisión deseada

n_f : Muestra final

n_t : Población finita dada

3.2.1 Criterios de Selección

a) Criterios de Inclusión:

- Historias Clínicas debidamente llenadas de usuarias del servicio de Planificación Familiar.
- Historias Clínicas de usuarias de los meses comprendidos entre el 1 de enero hasta el 30 de junio de 2017.
- Historias Clínicas de usuarias de implante subdérmico.

b) Criterios de Exclusión:

- Historias Clínicas de usuarias con otros diagnósticos.
- Historias Clínicas de usuarias de otros servicios.
- Historias Clínicas de usuarias llenadas antes del 1 de enero de 2017 o después del 30 de junio de 2017.
- Historias Clínicas de usuarias incorrectamente llenadas.
- Historias Clínicas de usuarias con otros métodos anticonceptivos.

3.2.2 Muestra

a) Unidad de análisis

Una Historia Clínica de una usuaria del servicio de planificación familiar que se colocó el implante subdérmico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero hasta el 30 de junio de 2017.

b) Tamaño de muestra

Estuvo conformada por 49 historias clínicas de usuarias que utilizan el implante subdérmico.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.3.1 Técnica

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la revisión documentaria de historias clínicas que cumplieran con criterios de inclusión y exclusión debidamente evaluadas por el equipo investigador.

Para ello se realizó las siguientes actividades:

- Autorizaciones: Inicialmente se procedió a solicitar autorización y aprobación del proyecto de tesis al Director General del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Dr. Luis Miranda Molina; el cual se llevó a cabo por medio del comité de ética. Luego se procedió a solicitar autorización al personal encargado del área de archivo para la recolección de datos.
- Proceso de selección: Se seleccionaron las Historias Clínicas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión de donde se recolectaron los datos.
- Recolección de datos: Se recolectó la información de las Historias Clínicas seleccionadas.

3.3.2 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento fue una ficha de recolección de datos que estuvo dividido en 2 partes:

- Parte I: Variables sociodemográficas, que contiene 4 ítems: Edad, estado civil, grado de instrucción y lugar de procedencia.
- Parte II: Características gineco-obstétricas: contienen 3 dimensiones: Sexuales, la cual cuenta con 3 ítems: menarquía, inicio de relaciones sexuales y número de parejas sexuales; obstétricas, que consta de 5 ítems: Paridad, número de abortos, número de cesáreas, riesgo reproductivo e índice de masa corporal; y por último anticonceptivas, que consta de 4 ítems: método anticonceptivo anterior, tiempo de uso, efectos secundarios y manejo de efectos secundarios.

Toda la información fue recolectada de cada historia clínica de las usuarias que cumplían los criterios ya mencionados.

Para la respectiva validación del instrumento, fue sometido a un juicio de expertos para ello se buscó la opinión de 5 expertos, entre obstetras y médicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue, cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para validar este instrumento. Una vez validado se procedió a realizar la recolección de datos.

3.4 Procesamiento de datos y análisis estadísticos

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20, para las variables cuantitativas se utilizaron las medidas de tendencia central, media, mediana, moda. Para la presentación de las variables tanto cuantitativas como para las cualitativas se utilizaron tablas de frecuencia y porcentaje, además de gráficos de barras o de sectores.

3.5 Aspectos éticos

Se respetó la privacidad de la información de las historias clínicas de las usuarias teniendo en cuenta los principios bioéticos. Además, los datos que fueron extraídos no han sido alterados por ningún medio, preservando la veracidad de su contenido.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla 1

Características sociodemográficas de la población de estudio

Ítems	Indicador	Frecuencia	Porcentaje %
Edad	De 14 a 19 años	7	14.28
	De 20 a 25 años	16	32.64
	De 26 a 30 años	17	34.72
	De 31 a 42 años	9	18.36
	Total	49	100.00
Estado civil	Soltera	14	28.57
	Casada	7	14.29
	Conviviente	28	57.14
	Divorciada	0	0.00
	Viuda	0	0.00
	Total	49	100.00
Grado de instrucción	Analfabeta	0	0.00
	Primaria	9	18.37
	Secundaria	33	67.35
	Superior técnica	6	12.24
	Superior universitario	1	2.04
	Total	49	100.00
Lugar de procedencia	ATE	12	24.49
	EAG	22	44.90
	SJL	12	24.49
	STA	3	6.12
	Total	49	100.00

Fuente: Propia de las Investigadoras

Interpretación:

En relación a las características sociodemográficas se encontró que el 14.28% de las usuarias tenían entre 14-19 años de edad, el 32.64% de las usuarias tenían entre 20-25 años de edad, el 34.72% de las usuarias tenían entre 26-30 años de edad, y el 18.36% de las usuarias tenían entre 31-42 años de edad. En cuanto a las medidas de tendencia central tenemos que la media es 25.57, la mediana es 26 y la moda es 27 años.

Con respecto al estado civil el 57.14 % equivalente a 28 usuarias eran convivientes, el 28.57% equivalente a 14 usuarias eran solteras y el 14.29% equivalente a 7 usuarias eran casadas.

Con respecto al grado de instrucción el 67.35% equivalente a 33 usuarias tuvo estudios secundarios, el 18.37% equivalente a 9 usuarias estudió hasta nivel primario, el 12.24% equivalente a 6 usuarias curso estudios superior técnico y el 2.04% equivalente a una usuaria tuvo estudio superior.

En relación al lugar de procedencia que mayor prevaleció El Agustino con 22 usuarias 44.90%, el 24.49% con 12 usuarias del distrito de Ate Vitarte, el 24.49% con 12 usuarias del distrito de San Juan de Lurigancho y el 6.12% con 3 usuarias procedentes del distrito de Santa Anita.

Gráfico N°1 Edad de la población de estudio

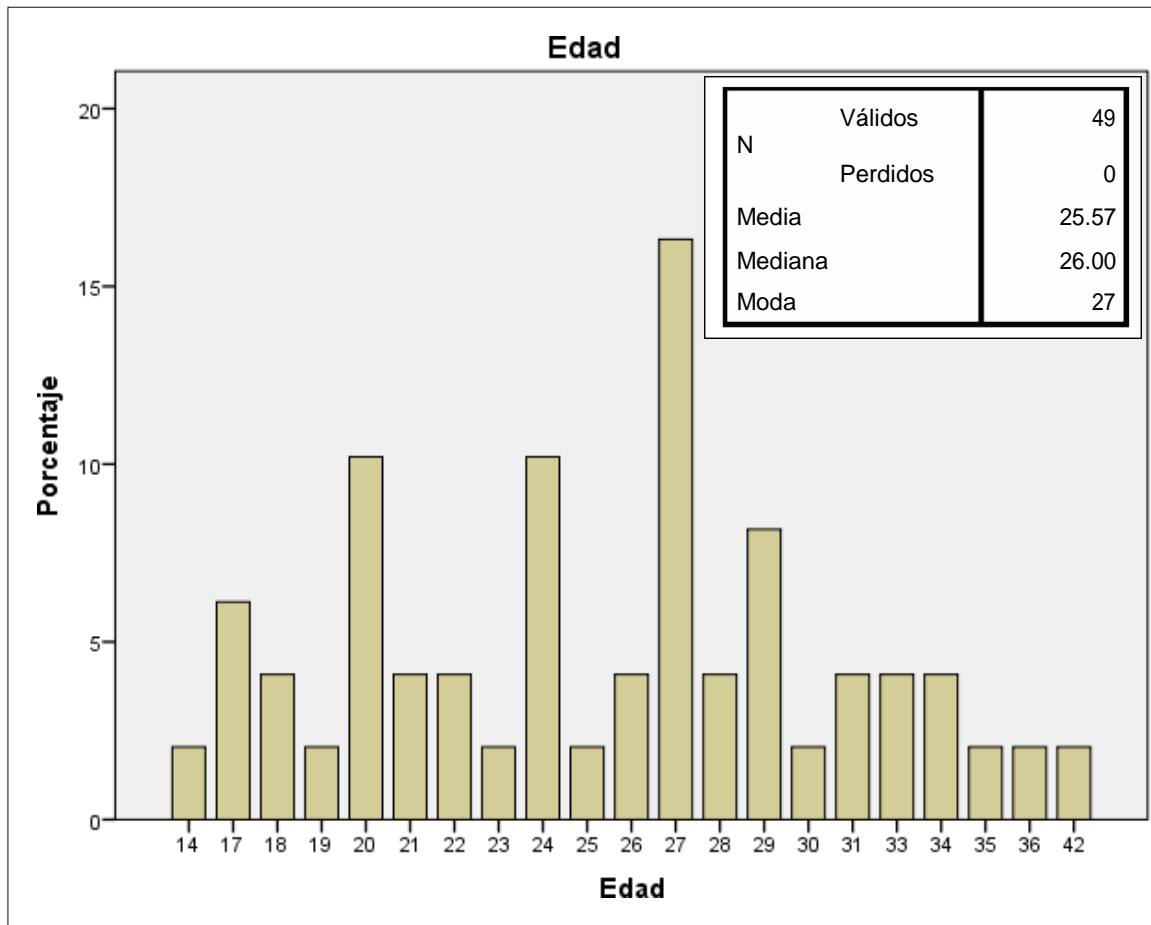


Gráfico N°2 Estado civil de la población de estudio

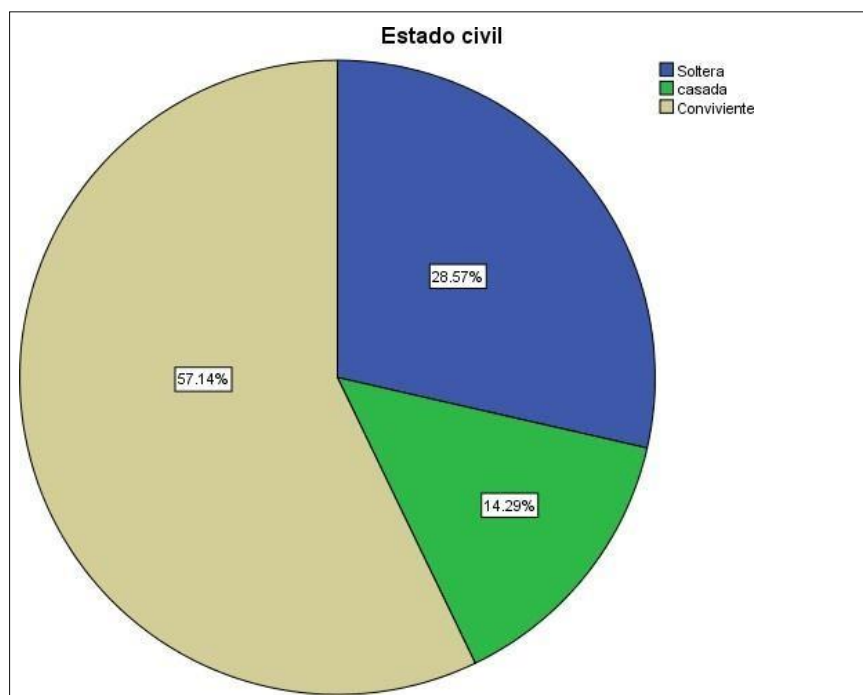


Tabla 2

Características sexuales de la población de estudio.

Ítems	Indicador	Frecuencia	Porcentaje %
Menarquia	De 9 - 11	6	12.24
	De 12 - 14	37	75.51
	De 15 - 17	6	12.24
	Total	49	100.00
Inicio de relaciones sexuales	Antes de los 15 años	6	12.24
	De 15 a 20 años	40	81.63
	Después de los 20 años	3	6.12
	Total	49	100.00
Número de parejas sexuales	Uno	16	32.65
	Dos	22	44.90
	Tres a más	11	22.45
	Total	49	100.00

Fuente: Propia de las Investigadoras

Interpretación:

En relación a las características sexuales tenemos que el 75.51% equivalente a 37 usuarias tuvo su menarquia entre los 12 a 14 años de edad, el 12.24% equivalente a 6 usuarias entre los 9 a 11 años, el 12.24% equivalente a 6 usuarias entre los 15 a 17 años.

Del total de usuarias el 81.63 % equivalente a 40 iniciaron su vida sexual entre los 15 a 20 años de edad, el 12.24% equivalente a 6 usuarias antes de los 15 años y el 6.12% equivalente a 3 usuarias después de los 20 años.

Con respecto al número de parejas sexuales el 44.90% equivalente a 22 usuarias refieren 2 parejas, el 32.65% equivalente a 16 usuarias refieren una pareja y el 22.45% equivalente a 11 usuarias refieren de 3 a más parejas.

Gráfico N°3 Edad de inicio de relaciones sexuales de la población de estudio

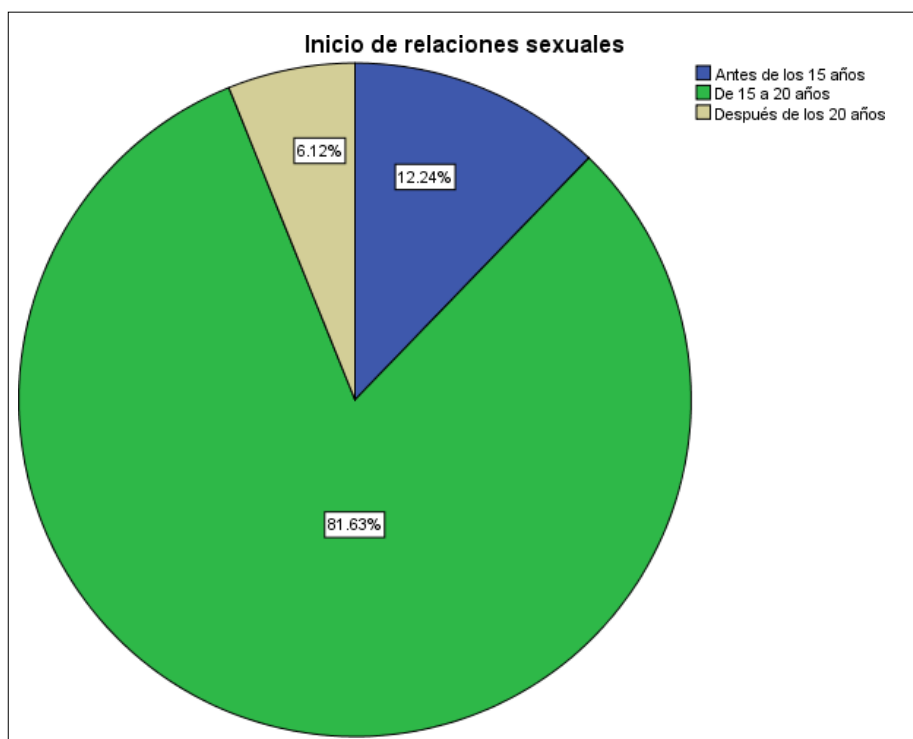


Gráfico N°4 Número de parejas sexuales de la población de estudio

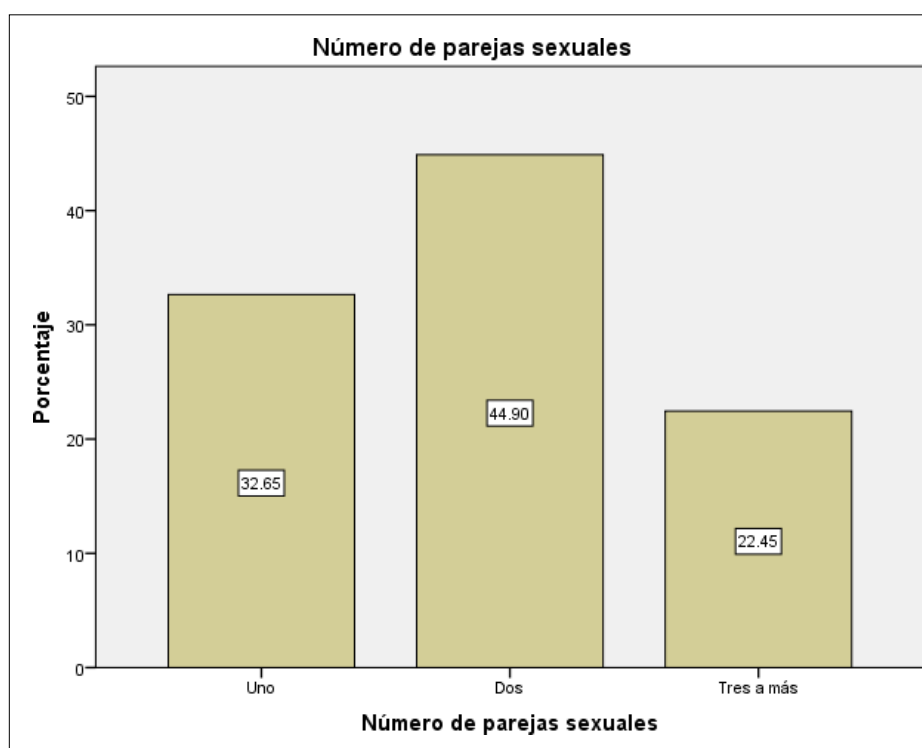


Tabla 3

Características obstétricas de la población de estudio.

Items	Indicador	Frecuencia	Porcentaje %
Paridad	Nulípara	9	18.37
	Primípara	20	40.81
	Múltipara	11	22.45
	Gran múltipara	9	18.37
	Total	49	100.00
Número de abortos	Cero	30	61.22
	Uno	10	20.41
	Dos	8	16.33
	Tres a más	1	2.04
	Total	49	100.00
Número de cesáreas	Cero	37	75.51
	Uno	6	12.24
	Dos	4	8.16
	Tres a más	2	4.08
	Total	49	100.00
Riesgo reproductivo	Alto	33	67.35
	Bajo	16	32.65
	Total	49	100.00
Índice de masa corporal	Bajo peso	2	4.08
	Normal	33	67.35
	Sobrepeso	14	28.57
	Obesidad	0	0.00
	Total	49	100.00

Fuente: Propia de las Investigadoras

Interpretación:

En relación a las características obstétricas se encontró que el 40.81% (20 usuarias) de ellas eran primíparas, el 22.45% (11 usuarias) eran múltiparas, el 18.37% (9 usuarias) eran gran múltiparas y el 18.37 % (9 usuarias) eran nulíparas.

Con respecto al número de abortos el 61.22% (30 usuarias) refieren cero, el 20.41% (10 usuarias) tuvieron uno, el 16.33% (8 usuarias) refieren dos y el 2.04% (1 usuaria) refiere de tres a más.

Del total de usuarias el 75.51% (37 usuarias) refirieron cero cesáreas, el 12.24% (6 usuarias) refirieron una cesárea, el 8.16% (4 usuarias) refirieron dos cesáreas y el 4.08% (2 usuarias) refirieron de tres a más cesáreas.

Del total de usuarias el 67.35% (33 usuarias) tienen alto riesgo reproductivo en comparación del 32.65% (16 usuarias) con bajo riesgo reproductivo.

Del total de usuarias se observó que el 67.35% (33 Usuarias) tenían un índice de masa corporal Normal y el 28.57% (14 Usuarias) tenían sobrepeso y el 4.08% (2 usuarias) tenían bajo peso.

Gráfico N°5 Número de partos de la población de estudio

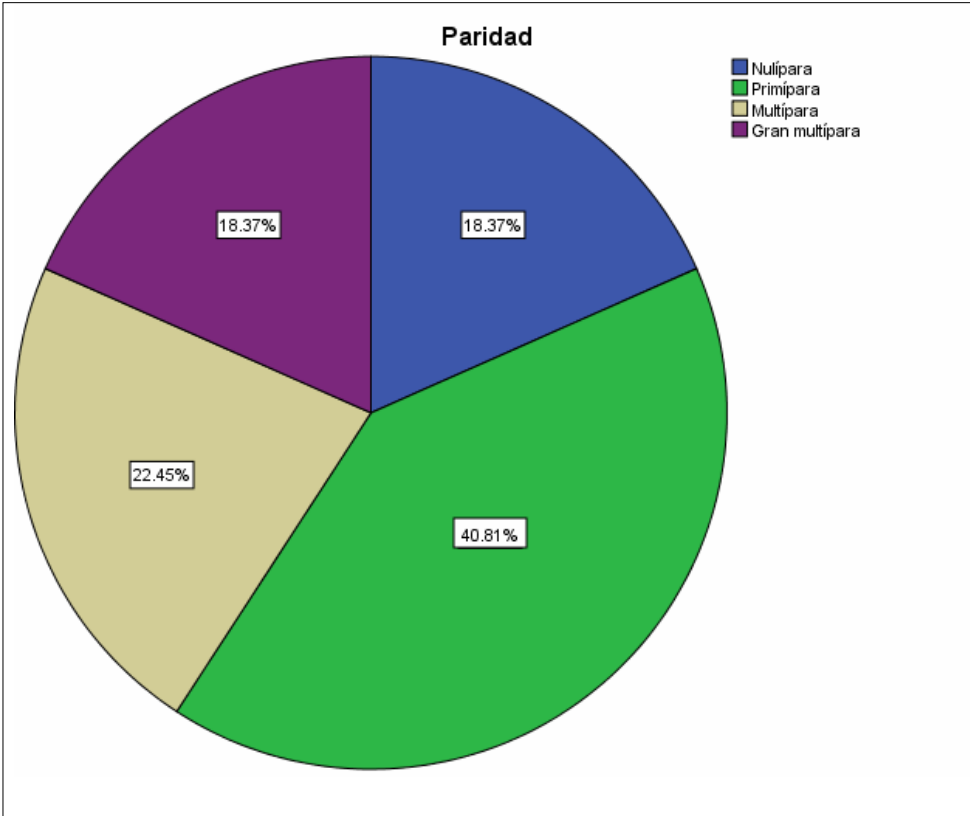


Gráfico N°6

Número de abortos de la población de estudio

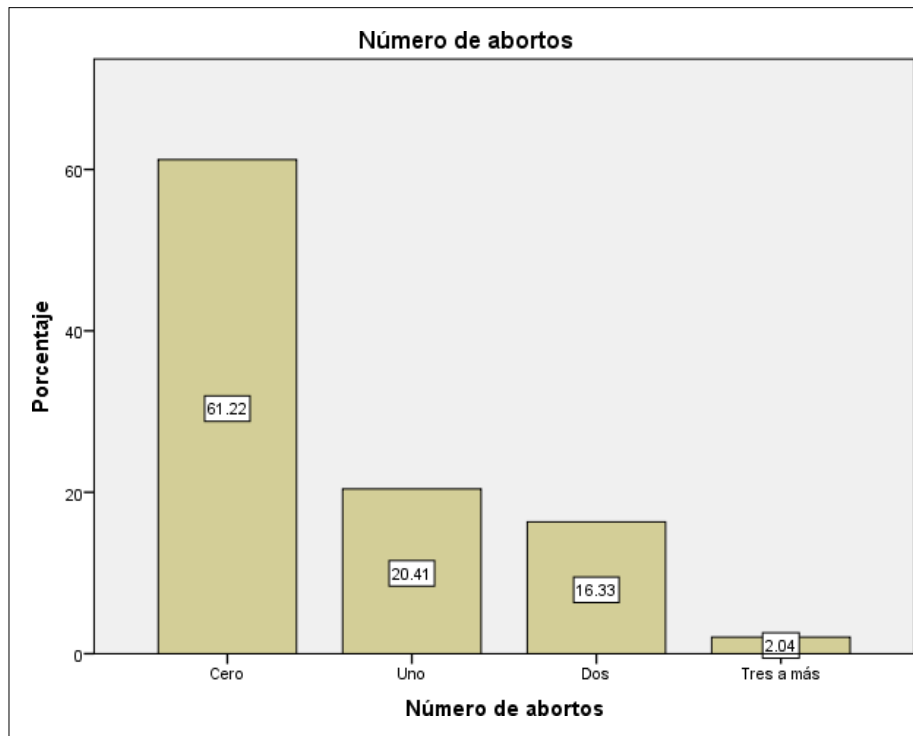


Gráfico N°7 Riesgo reproductivo de la población de estudio

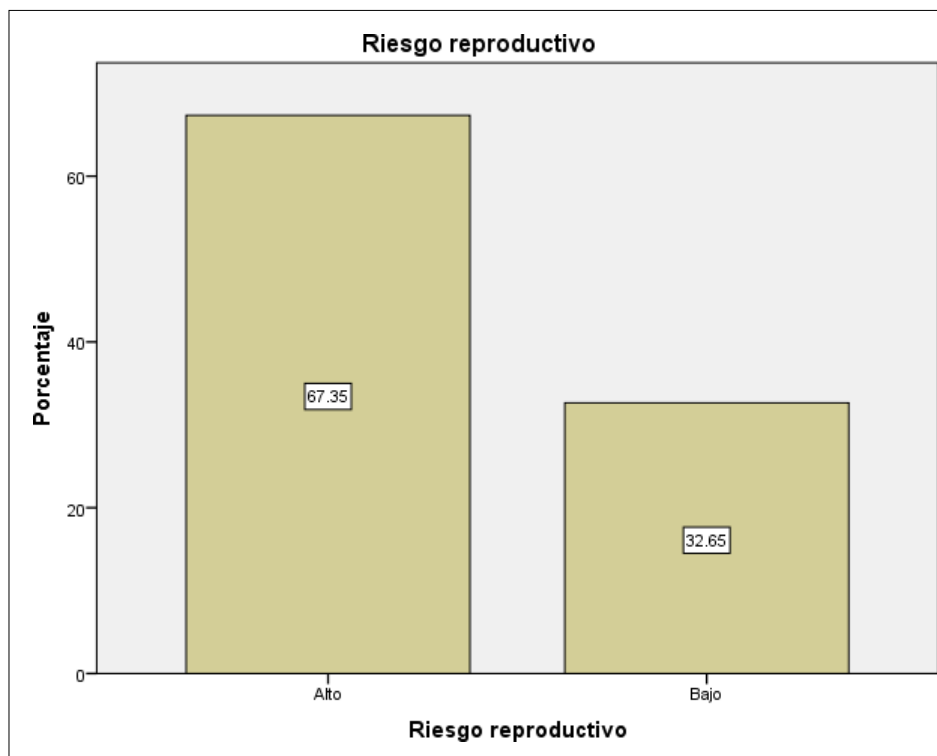


Tabla 4

Características anticonceptivas de la población de estudio.

Items	Indicador	Frecuencia	Porcentaje %
Método anticonceptivo anterior	Anticonceptivos orales combinados	4	8.16
	Anticonceptivos orales solo de progestágeno	0	0.00
	Inyectable mensual	9	18.37
	Inyectable trimestral	11	22.45
	DIU	0	0.00
	Condón masculino	16	32.65
	Condón femenino	0	0.00
	Implante	1	2.04
	Ninguno	8	16.33
	Total	49	100.00
Tiempo de uso	0 - 1 año	19	38.78
	1 - 2 años	21	42.86
	2 - 3 años	9	18.37
	Total	49	100.00
Efectos secundarios	Cefalea	5	10.20
	Dismenorrea	0	0.00
	Mastodinia	0	0.00
	Acné	0	0.00
	Aumento de peso	7	14.29
	Alteraciones menstruales	14	28.57
	Nauseas	0	0.00
	Dolor en el lugar de inserción	3	6.12
	Ninguno	20	40.82
	Total	49	100.00
Manejo de efectos secundarios	Con tratamiento	29	59.18
	Sin tratamiento	20	40.82
	Total	49	100.00

Fuente: Propia de las Investigadoras

Análisis:

En relación a las características anticonceptivas tenemos que del total de usuarias de Implante el 32.65% (16 Usuarias) manifestó usar como Método Anticonceptivo previo el condón masculino, el 22.45% (11 Usuarias) uso previamente la ampolla trimestral, el 18.37% (9 Usuarias) uso previamente la ampolla mensual, el 16.33% (8 Usuarias) manifestó no haber usado ningún método previo a la Inserción de Implante Subdérmico, el 8.16% (4 Usuarias) uso Anticonceptivos Orales Combinados y el 2.04% (1 usuaria) había usado implante.

Con respecto al tiempo de uso tenemos el 42.86% (21 usuarias) lo tenía utilizando entre 1 a 2 años, el 38.78% (19 usuarias) lo tenía utilizando entre 0 a 1 año y el 18.37% lo usaba desde hace un poco más de 2 años, pero menos de 3 años.

Con respecto a los efectos adversos que presentaron las usuarias, se encontró lo siguiente: de las 49 usuarias de implante subdérmico: el 40.82% (20 Usuarias) no presentó ninguno, el 28.57% (14 usuarias) presentó alteración del patrón menstrual (amenorrea, spotting) siendo el efecto con MAYOR FRECUENCIA, el 14.29% (7 Usuarias) presentó alteración en el peso, el 10.2% (5 Usuarias) presentó cefalea, el 6.12% (3 Usuarias) presentó dolor en zona de inserción.

Del total de usuarias se observó que el 59.18% (29 Usuarias) habían tenido tratamiento a los efectos secundarios propios del método anticonceptivo y el 40.82% (20 Usuarias) no requirieron tratamiento.

Gráfico N°8 Método anticonceptivo anterior de la población de estudio

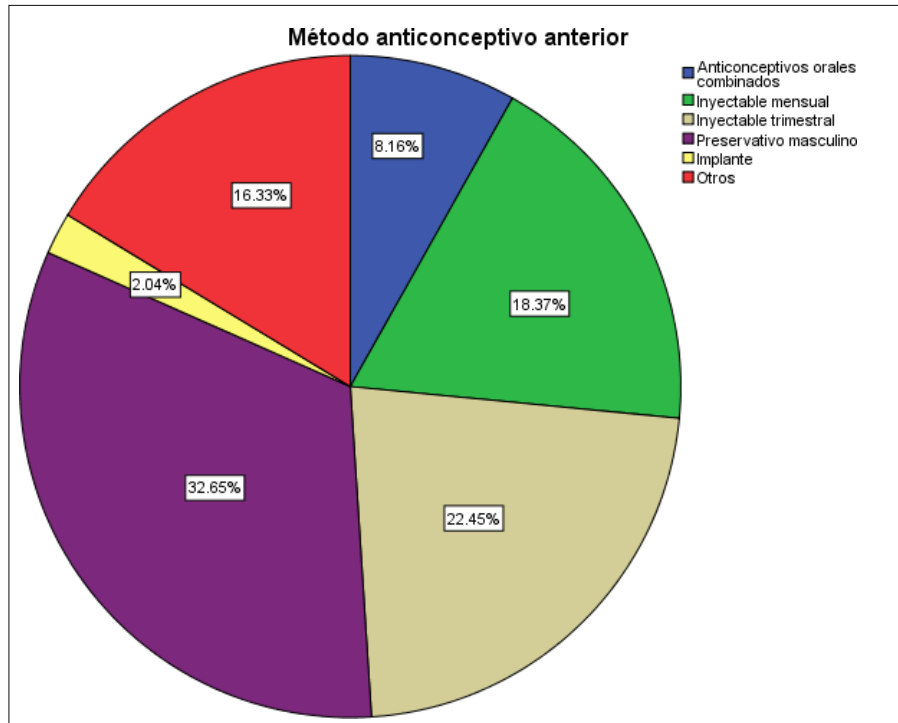


Gráfico N°9 Tiempo de uso de implante subdérmico de la población de estudio

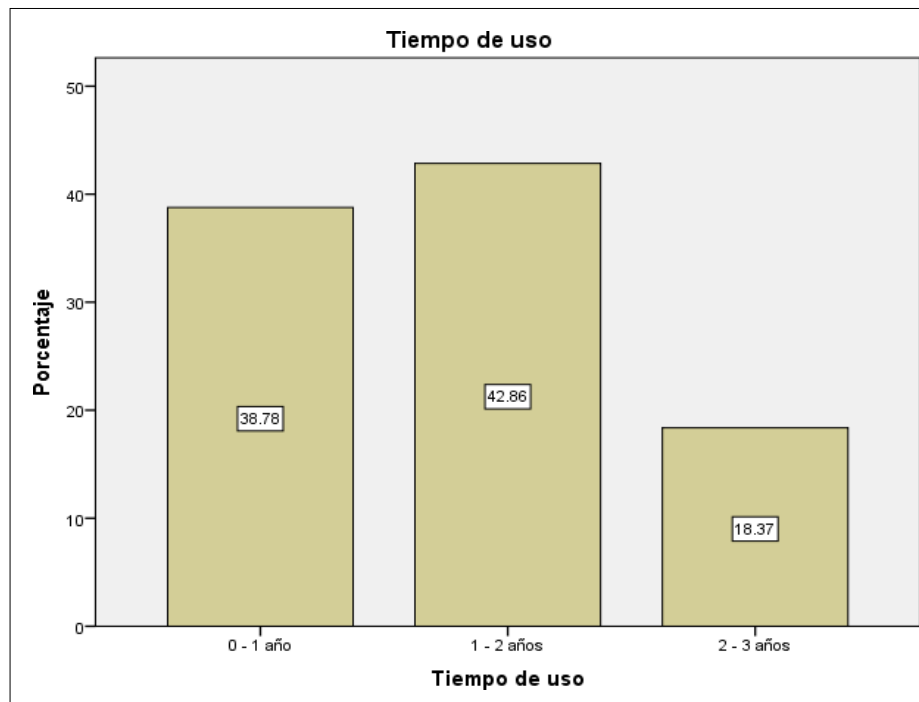


Gráfico N°10 Efectos secundarios del implante en la población de estudio

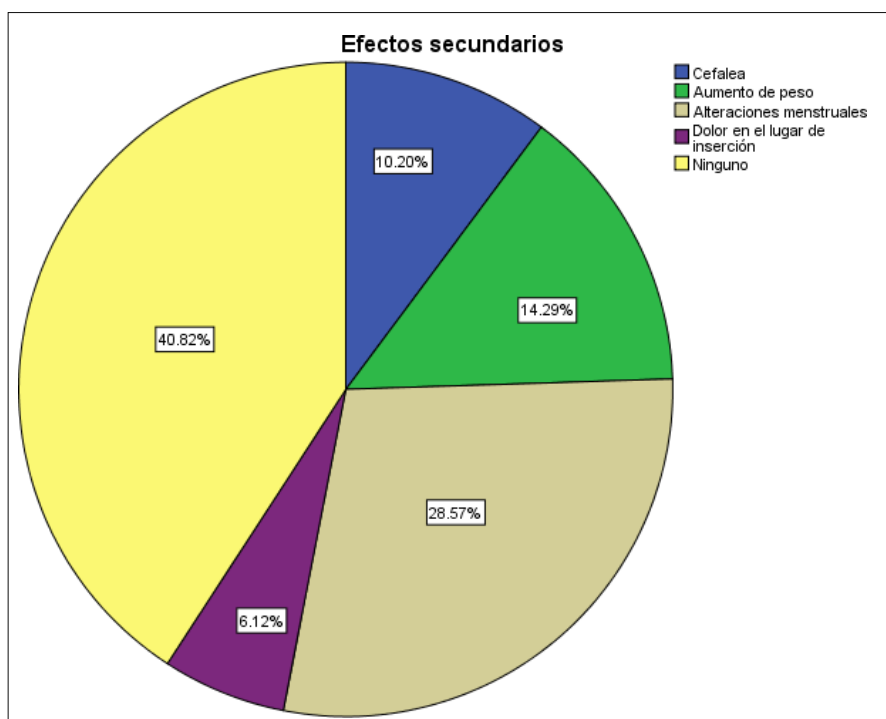
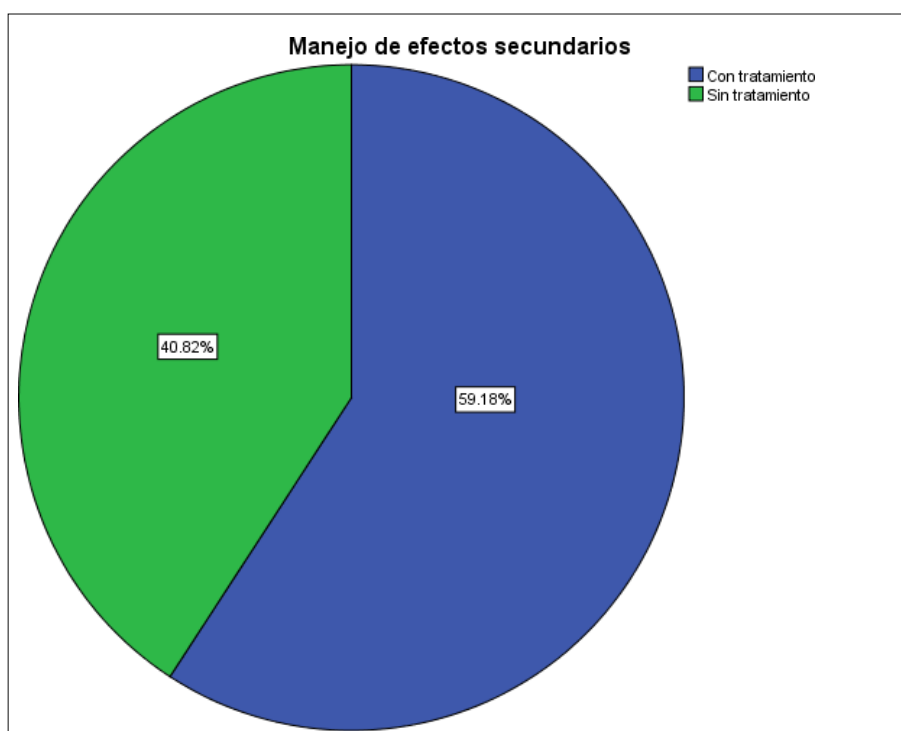


Gráfico N°11 Manejo de efectos secundarios en la población de estudio



4.2 Discusión:

En nuestra investigación: “ Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2017”, observamos que en relación a las **características sociodemográficas** la edad promedio fue 25.57 tal como concuerda con la investigación de Aponte, R. (2016) donde la edad promedio fue 25.47 (+/- 5.6 años). Además el grupo de mayor prevalencia fluctúa entre los 26 a 30 años lo cual concuerda con la investigación de Rosales, A.; Gonzáles, R. (2009) donde el grupo de mayor predominio fue el de 25 a 29 años de edad. También podemos mencionar que los implantes anticonceptivos subdérmico fueron colocados a usuarias cuyas edades oscilaban entre los 14 a 42 años tal como concuerda con la investigación de Espinaco, M. (2014) donde los implantes anticonceptivos subdérmico fueron colocados a mujeres en edad fértil entre los 15 a 44 años de edad. Estos hallazgos se verifican con estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9% a un 61,8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7%.

En relación al estado civil de las usuarias de implante anticonceptivo subdérmico de mayor prevalencia era convivientes con un porcentaje de 57.14% tal como concuerda con las investigaciones de Aponte, R. (2016) donde el estado civil predominante de las usuarias era convivientes con un porcentaje de 72.74%; no obstante, en el estudio de Rosales, A.; Gonzáles, R. (2009) el estado civil no concuerda ya que la mayoría de las usuarias eran casadas. Estos hallazgos toman mayor confiabilidad con el estudio realizado por el ministerio de salud (MINSA, 2013) aplicado en hospitales públicos, ESSALUD, centros de salud , fuerzas armadas y policiales del Perú donde la mayoría de mujeres en edad fértil son convivientes con un 78%; donde menciona que la convivencia se incrementa debido a la autonomía de las mujeres y que además el porcentaje de convivencia de mujeres jóvenes menores de 40 años de edad se ha triplicado en la última década, además estos datos concuerdan con reportes del año 2017 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) donde la mayoría de mujeres peruanas en unión libre utilizan algún método anticonceptivo.

Encontramos que el grado de instrucción de mayor prevalencia solo habían estudiado hasta la secundaria con un porcentaje de 67.35% tal como concuerda con las investigaciones de

Rosales, A.; Gonzáles, R. (2009) donde la mayoría de usuarias tenían escolaridad secundaria. Estos datos concuerdan con reportes del año 2013 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) donde el 83.2% de mujeres peruanas tuvieron como grado de instrucción secundaria.

Con respecto al lugar de procedencia de la población de estudio, se tuvo que el 44.9% de nuestra población fue procedente del distrito de El Agustino, sin embargo, estos datos no concuerdan con ninguna investigación ya que dichos estudios fueron realizados en distintos hospitales nacionales e internacionales.

En relación a las **características sexuales** encontramos en cuanto a la menarquia que el 75.51% refirió haber iniciado su menstruación de los 12 a 14 años de edad tal como no concuerda con ningún estudio considerado en nuestros antecedentes puesto que ninguno de ellos tomo en cuenta como variable. La OMS organización mundial de la salud (OMS) indica que la menarquia se utiliza como un indicador de madurez sexual y menciona que en los países subdesarrollados se presenta más tardía a comparación de países desarrollados donde la edad promedio de dicha población es 12 años.

Encontramos que la edad de inicio de relaciones sexuales que mayor predominó es de 15-20 años de edad con el 81.63% tal como no concuerda con el estudio de Aponte, R. (2016) donde el 66.72% inició su actividad sexual entre los 12 a 18 años de edad. Según la Organización de Estados Americanos (OEA) en varios países de Latinoamérica la mayoría de las jóvenes inician las relaciones sexuales en la adolescencia, aproximadamente el 50% de las mujeres se encontraban entre 15 a 20 años de edad.

Con respecto al número de parejas sexuales el que mayor predominó es el 67.35% el cual refirió haber tenido más de una pareja sexual tal como concuerda con el estudio de Aponte, R. (2016) donde el 60% había tenido más de una pareja sexual. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó un Plan de Acción, 2010-2016 en países de prioritarios de Latinoamérica (Perú, Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua) considero el incremento en número de parejas sexuales ya que es uno de los factores de riesgo para infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA.

En relación a las **características obstétricas** de las usuarias de implante anticonceptivo subdérmico el de mayor prevalencia fueron las mujeres que tenían entre 1 a 3 hijos con el 81.64% estos resultados concuerdan con la investigación de Aponte, R. (2016) quien obtuvo en su investigación que el 93.73% tenían entre 1 a 3 hijos; también coincidió con los

resultados de Rosales, A.; Gonzáles, R. (2009) donde el 84.3% tenía más de un hijo. Así mismo observamos que en el estudio de Mazur, V.; García, V.; Salceek, L. (2013) coincidió que la mayoría de usuaria tenía más de un hijo. Según la OMS/OPS se ha registrado durante los últimos 10 años en términos mundiales un aumento al número de mujeres que controla su vida reproductiva, espaciando más los embarazos o limitándolos. Esto ha traído consigo una disminución de las tasas mundiales de fecundidad. Actualmente el número promedio de hijos por mujer se sitúa en 2,69 mientras que a principios de los años sesenta ascendía a 4,97.

Con respecto al número de abortos de la población de estudio que mayor predominó es el 61.22% refirió ningún antecedente de aborto tal como concuerda con la investigación de Aponte, R. (2016) quien obtuvo en su investigación que el 66.18% no tiene antecedente de aborto. Así mismo encontramos que el solo el 2.04% de nuestra población de estudio tuvieron como antecedente de 3 abortos a más tal como no concuerda con el estudio de Pérez, Z.; Ortega, M.; Ovies, G.; Pérez, J. (2001) donde obtuvieron que el 49.1% tuvieron como antecedente de 3 abortos a más.

Encontramos respecto al número de cesáreas que el 24.48% eran cesareadas anteriores tal como concuerda con el estudio de Aponte, R. (2016) donde obtuvo en su investigación que el 27% tenían como antecedente cesáreas anteriores. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que, en los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materno- infantil

El riesgo reproductivo alto fue el que predominó en nuestra población de estudio con el 67.35% tal como concuerda con la investigación de Aponte, R. (2016) donde obtuvo 76.39% como alto riesgo reproductivo. Así mismo concuerda con la investigación de Pérez, Z.; Ortega, M.; Ovies, G.; Pérez, J. (2001) donde obtuvieron como resultado un 76.1% de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico eran pacientes de alto riesgo reproductivo preconcepcional. Es así que las usuarias de alto riesgo contribuyen a la identificación de los factores epidemiológicos de relevancia en esta población, y se convierte en una herramienta que contribuirá al control y prevención de embarazos de alto riesgo de manera que pueda favorecer la disminución de la morbi-mortalidad materno- infantil, el cual es un problema de salud pública que se ha ido incrementando.

En cuanto al índice de masa corporal (IMC) encontramos que el 67.35% se encuentra dentro de los parámetros normales tal como no concuerda con ningún estudio considerado en nuestros antecedentes puesto que ninguno de ellos tomo en cuenta como variable.

En relación a las **características anticonceptivas** de las usuarias de implante subdérmico el 83.67% utilizaba algún método anticonceptivo previo al uso de implante lo cual concuerda con la investigación de Mazur, V.; García, V.; Salceek, L. (2013) donde el 94% se hallaba usando algún método anticonceptivo previo al implante; también concuerda con la investigación de Rosales, A.; Gonzáles, R. (2009) donde obtuvieron que el 72.1% eran usuarias de algún método anticonceptivo previo a la inserción de implante anticonceptivo. Así mismo observamos que no concuerda con el estudio de Aponte, R. (2016) donde se obtuvo que la mayoría con un 74.01% no usaban algún método anticonceptivo previo al implante anticonceptivo subdérmico. Por otro lado, el anticonceptivo de preferencia, anterior a la colocación del implante subdérmico fue el condón masculino con un 32.65% el cual no concuerda con el estudio de Mazur, V.; García, V.; Salceek, L. (2013) donde el 33% de las usuarias preferían el uso de anticonceptivos orales combinados antes de la colocación del implante. Así mismo en nuestro estudio no se encontró a ninguna usuaria que haya utilizado el dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo anterior, lo cual no concuerda con la investigación Mazur, V.; García, V.; Salceek, L. (2013) donde se encontraron que el 7% utilizó dicho método previamente. Estos hallazgos se verifican con los resultados de El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informó que, a nivel nacional el 36,4% del total de mujeres entrevistadas, usa algún tipo de método anticonceptivo moderno, según resultados de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar 2017 – ENDES.

Con respecto al tiempo de uso del implante anticonceptivo subdérmico encontramos que el 38.78% apenas se encontraban en el primer año de uso; el 42.86% cursaba el segundo año de uso y el 18.37% se encontraban en el tercer año de uso; es así que el 100% no solicitó hasta el momento el retiro del método anticonceptivo subdérmico puesto que algunas apenas tenían unos meses de haberse colocado y otras aun no cumplían los 3 años de recomendación propio del método, dichos datos no concuerdan con la investigación de Aponte, R. (2016) donde el 78.94% se lo retiró en menos de tres años , el 21.05% culminó con el tiempo establecido propio del implante anticonceptivo; de las cuales el 15.79% optó continuar con el mismo método de implante anticonceptivo. Así mismo no concuerda con la investigación de Rosales, A.; Gonzáles, R. (2009) donde obtuvieron como resultado que el 11.6% de usuarias solicitó su retiro por diversos efectos indeseables. Sin embargo,

concuerta con la investigación de Espinaco, M. (2014) donde la continuidad en el empleo del método fue del 96.35%.

En relación a la presencia de efectos secundarios propios del implante anticonceptivo subdérmico, se encontró que la mayoría de usuarias cuyo porcentaje fue de 59.18% refirió que presentó algún efecto secundario tal como concuerda con la investigación de Aponte, R. (2016) donde se obtuvo que el 68% presentó efectos secundarios desde el uso de implante anticonceptivo, también concuerda en la investigación de Rosales, A.; Gonzáles, R. (2009) donde obtuvieron que el 66.9% presentó dichas molestias propias del método. Además del efecto secundario que predominó fueron las alteraciones menstruales con un porcentaje del 28.57% tal como concuerda con la investigación de Rosales, A.; Gonzáles, R. (2009) donde el principal efecto secundario fue el sangrado irregular. También concuerda con la investigación de Pérez, Z.; Ortega, M.; Ovies, G.; Pérez, J. (2001) donde el principal efecto secundario fueron los cambios en el patrón menstrual y así mismo concuerda con el estudio realizado por Espinaco, M. (2014) donde el 62% de usuarias refirió intolerancia al patrón de sangrado. En cuanto al aumento de peso obtuvimos en nuestra investigación que el 14.29% presentó un aumento de su peso a consecuencia del uso del implante anticonceptivo subdérmico, lo cual no concuerda con el estudio realizado por Peña, A. (2008) en donde se observó que no existió incremento en el peso de la población en estudio.

En relación al manejo de efectos secundarios encontramos que el 59.18% refiere que recibió tratamiento a su molestia de acuerdo a la guía de salud reproductiva y planificación familiar del MINSA y que en su minoría de usuarias con un 40.82% no recibió tratamiento alguno ya que dicho grupo poblacional no presentó efectos secundarios tal como concuerda con la investigación de Rosales, A.; Gonzáles, R. (2009) donde se encontró que el 33.1% no presentó efectos secundarios por lo cual no se requirió tratamiento alguno.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

1. La mayoría de usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acudieron al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue tuvieron entre 26 a 30 años de edad; además dentro del grupo de usuarias se encontró que un 14.28% eran adolescentes. Así mismo muchas de las usuarias eran convivientes, tenían como grado de instrucción secundaria, procedentes del distrito El Agustino.
2. Del total de usuarias la mayoría tuvo su primera menstruación entre los 12 a 14 años de edad, dieron inicio a su actividad sexual entre los 15 a 20 años de edad, las cuales tuvieron más de una pareja sexual.
3. La mayoría de usuarias eran primíparas (40.81%), no refieren haber presentado abortos anteriores tampoco cesáreas previas; sin embargo, presentan alto riesgo reproductivo; ya que muchas de ellas presentan enfermedades crónicas, como Diabetes, Cardiopatías, HIV, etc. En cuanto al índice de masa corporal tenemos que en gran parte de las usuarias fueron consideradas como normal.
4. En cuanto a la anticoncepción previa al uso del implante anticonceptivo subdérmico tenemos que la mayoría de usuarias prefería el uso de condones masculinos, con respecto al tiempo de uso muchas de las usuarias estaban cursando el segundo año de uso; tomando en cuenta los efectos secundarios del implante anticonceptivo existieron usuarias que presentaron alteraciones menstruales siendo el efecto de mayor frecuencia seguido de alteraciones en el peso y con un porcentaje menor con dolor en la zona de inserción. Las usuarias que presentaron efectos adversos a causa del implante recibieron en su totalidad tratamiento de acuerdo a cada caso.

5.2 Recomendaciones:

1. Fortalecer el compromiso del personal competente en las diferentes actividades de salud sexual y reproductiva para que de tal forma se pueda difundir a través de elementos de información como volantes, afiches, paneles, gigantografías, etc.; así lograr mejores resultados ampliando los conocimientos sobre planificación familiar para mujeres en edad fértil.
2. Realizar Charlas Educativas donde participen activamente las adolescentes de manera interactiva y fomentar la implementación de un consultorio de salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas para que todos logren aclarar dudas y tener una mejor visualización sobre temas de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual (ITS) y el uso adecuado de métodos anticonceptivos.
3. Promover el uso de métodos anticonceptivos de larga duración debido a que cuenta con una menor tasa de falla y por la dificultad en el cumplimiento de métodos anticonceptivos de corta duración; recomendando previamente el uso de inyectable trimestral si en caso fuera la primera vez que opte por el implante anticonceptivo subdérmico, evitando así temprana de dicho el abandono de este método de larga duración.
4. Brindar información que sea clara, contundente, precisa en cuanto a los métodos anticonceptivos hasta lograr despejar dudas y enfocarnos tanto en ventajas y desventajas propias del método de tal forma que la usuaria pueda optar por un anticonceptivo seguro y consciente de los posibles efectos adversos que se puedan presentar durante su uso.
5. Recomendar el abastecimiento continuo de los diferentes métodos anticonceptivos teniendo en cuenta principalmente al implante subdérmico para que de todas las usuarias que acudan al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue puedan beneficiarse del método que brinda el estado peruano.
6. Retomar políticas públicas de salud de años anteriores como por ejemplo aquellas que fueron implementadas hace más de 15 años, donde la promoción de la salud era la principal estrategia para captar la mayor cantidad de usuarias y puedan tener acceso a una atención integral en cuanto a la planificación familiar, a los derechos reproductivos y a la atención materna.

5.2.1 Limitaciones:

En nuestra investigación la limitación que más resalto fue el tiempo de respuesta en cuanto a los procesos administrativos por parte del hospital donde se realizó la tesis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas, la situación demográfica en el mundo 2014. Consultado el día 15 de enero del 2018. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
2. López F, Lombardía J. Novedades en anticoncepción hormonal. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. [En línea] 2005. [Citado el: 06 de Marzo de 2015.]. http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_3NovAnticoncepcionHormonal.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar. [En línea] OMS, Mayo de 2013. [Citado el: 06 de Marzo de 2018.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
4. Dirección General de Salud Reproductiva. Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general. [En línea] Noviembre de 2017. [Citado el: 04 de Marzo de 2018.]. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>
5. Ministerio de Salud. Informe Técnico N° 14-2012. Implante Etonogestrel 68mg. Lima-Perú. 2012. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload%5Cuploaded%5Cpdf/14-12_implante_etonogestrel_68mg.pdf. Acceso 18 de Enero 2018.
6. Ministerio de Salud. Situación actual en planificación familiar. Perú-2014. [En línea] <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/planfam/situacion.html>. Acceso 18 de Enero 2018.

7. Aguirre R. Orientación anticonceptiva y métodos de larga duración. Implante subdérmico. Uruguay. Junio 2014. [En línea]. <http://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2017/08/Implante-subd%C3%A9rmico-M%C3%A9todos-anticonceptivos-Ginecolog%C3%ADa-2014-06.pdf>. Acceso 20 de Enero 2018.
8. Tello, A. factores asociados a la elección del implante subdérmico (implanon) como método anticonceptivo en usuarias del servicio de planificación familiar del instituto nacional materno perinatal, noviembre-diciembre 2014. [tesis de licenciatura en obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana;2015.
9. Aponte, R. Características socio-reproductivas de las usuarias del implante subdérmico en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2015. [tesis de licenciatura en obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana;2016.
10. Rosales A, González R. Características sociodemográficas de las usuarias de implantes anticonceptivo liberador de etonogestrel. México. 2009. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom093d.pdf>. Acceso 7 de mayo de 2018.
11. Mazur V, García V. Implantes hormonales. Tecnología anticonceptiva apropiada en el primer nivel de atención. Argentina. 2013.
12. Pérez Z, Ortega M, Ovies G, Pérez J. Caracterización del uso del implante subdérmico norplant. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400006. Acceso 7 de Mayo de 2018.
13. Espinaco M, Román J, Muñoz J, Domínguez C. Anticoncepción mediante el uso del implante subcutáneo. Cuatro años de experiencia y su repercusión en la mejora de la calidad de vida en mujeres en situación de exclusión social. España-2014.

- Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/42/>. Acceso 12 de Enero de 2018.
14. Lattus J, Sanhueza B. Breve historia de la píldora anticonceptiva. Santiago de Chile-2017. Disponible en: <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/575>. Acceso 22 de Enero de 2018.
 15. Ramos M. Efectos del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias del consultorio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2014 Enero 2015. Lima-Perú. 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/4317/Ramos_gm.pdf. Acceso 18 de Enero de 2018.
 16. Santana F, Gómez M, Real R. Instituto Nacional de Endocrinología. Departamento de Salud Reproductiva. Sistema de implantes subdérmico: norplant. Cuba-2000. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol11_1_00/end07100.htm. Acceso 22 de Enero de 2018.
 17. Clínica Buenavista. Salud Sexual y Reproductiva. España-2018. Disponible en: <https://www.clinicabuenavista.com/salud-sexual-y-reproductiva/>. Acceso 22 de Enero de 2018.
 18. Mazarrasa L, Gil S. Salud Sexual y Reproductiva. Programa de Formación de Formadores en Perspectiva de Género y Salud. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf. Acceso 13 de febrero de 2018.
 19. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44710/9789243563886_spa.pdf;jsessionid=0720698A80FD5FB0BDC8D9D1D78F6A4E?sequence=1. Acceso 13 de febrero de 2018.

20. Holguin M, Franco K, Gaona L, Mendoza A. Valoración de enfermería en la planificación familiar de la mujer en etapa fértil. Ecuador-2017. Disponible en: <file:///C:/Users/Melanny/Downloads/309-631-1-PB.pdf> . Acceso 23 de febrero de 2018.
21. MINISTERIO DE SALUD. Guía Nacional de la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. Lima, Perú. 2016.
22. Anticonceptivos hormonales. Implanon 68mg. Subdérmico. Madrid-España. Disponible en; <https://www.anticonceptivas.org/implanon-implante/>. Acceso 12 de marzo de 2018.
23. Valcárcel J. Implanon NXT, 68 mg implante. Madrid-España. 2016. Disponible en: http://www.msd.es/static/section/images/ft_implanon_nxt_tcm2353-290509.pdf. Acceso 12 de marzo de 2018.
24. MINSA. Portal Web del Ministerio de Salud. [Online]. Lima; 2016. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/mais/adolescente/SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA/9.Norma%20T%E9cnica%20de%20Planificaci%F3n%20Familiar\[1\].pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/mais/adolescente/SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA/9.Norma%20T%E9cnica%20de%20Planificaci%F3n%20Familiar[1].pdf) . Acceso 20 de Junio de 2018.
25. Calixto Morales DP, Ospina Díaz JM, Manrique Abril FG. Retiro temprano del implante subdérmico con etonogestrel en usuarias de un programa de anticoncepción de Tunja-Boyacá, Colombia. Universidad y salud. 2015.
26. MINSA. Portal del Ministerio de Salud. [Online]. Lima; 2012. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload%5Cuploaded%5Cpdf/1412_implante_eto_norgestrel_68mg.pdf. Acceso 20 de Junio de 2018.
27. Betancourt Azanza G. Determinación de las causas más frecuentes de retiro de implantes anticonceptivos subdérmico con concentraciones de etonogestrel 68 miligramos (implanon) y levogestrel 75 miligramos (jadelle) en mujeres en edad fértil. Tesis. Loja: Universidad Nacional de Loja, Área de Salud Humana; 2012.

28. Carbajal Antonio JA, Cárdenas Blanco E, Pastrana Huanaco D. Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales. Med Inst Mex Seguro Soc. Publicado Enero 2009.
29. Alvear A, Inca Rea MP. Prevalencia de efectos adversos de los implantes contraceptivos subdérmico en adolescentes y adultas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito 2012. Tesis. Quito: Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
30. Medina Guevara CC. Determinación de satisfacción con el uso del implante subdérmico de etonogestrel "implanon" como medio de anticoncepción, efectos secundarios y razones para discontinuar el mismo, comparado con otros métodos hormonales de anticoncepción en adolescentes. Tesis. Quito: Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias de la Salud; 2014.
31. Torres C. Implantes Subdérmico en pacientes del Subcentro de salud Sardinas de Jondachi – Ecuador [Tesis Bachiller]. Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2015.
32. Herrear V, Oliva J, Dominguez F. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: file:///E:/riesgo_reproductivo.pdf . Acceso 14 de junio de 2018.
33. Ministerio de salud. Norma técnica de salud de planificación familiar 2016. Disponible en: Acceso 10 de junio de 2018. http://colegiodeobstetrasdelperu.org/wp-content/uploads/2018/06/RM_652-2016-MINSA-PLANIFICACION-FAMILIAR.pdf
34. Alarcón Zambrano LI, Arcos Bailón E. Identificación de los signos y síntomas presentados por las usuarias de implantes subdérmicos liberadores de etonogestrel (68mg) a partir del primer trimestre luego de su aplicación. Tesis de especialidad. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Especialización en ginecología y obstetricia; 2013.

35. Ramos Q. "Efectos del Implante Subdérmico de Etonogestrel en usuarias del consultorio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2014 - Enero 2015." [Tesis Título Profesional]. Lima: Cybertesis - Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.

36. Peña AA, Bendezu CR, Aspilcueta GD, Calderón SJ, Alzamora UL. Características demográficas y los efectos adversos del Jadelle comparado con el Implanón en usuarias del servicio de salud reproductiva inppares. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 2008.

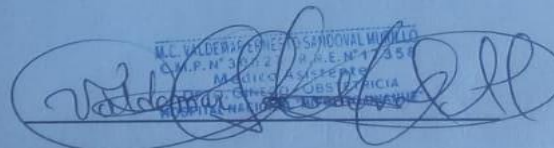
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	HIPOTESIS	VARIABLES	TIPO DE INVESTIGACIÓN	TÉCNICA E INSTRUMENTO	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
¿Cuáles son las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2017?	<p>Objetivo General. Describir las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2017.</p> <p>Objetivos Específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio. - Identificar las características sexuales de la población de estudio. - Identificar las características obstétricas de la población de estudio. - Identificar las características anticonceptivas de la población de estudio. 	La planificación familiar está asociada a la reducción de las muertes maternas ya que las mujeres, que planifican su familia usando eficazmente la anticoncepción, podrán reducir los embarazos de alto riesgo y postergar la concepción hasta que se encuentren en condiciones adecuadas en cuanto a su salud, economía y educación. Actualmente aparentemente las que más utilizan los implantes son usuarias de mayor edad.	La presente investigación no requiere de hipótesis por ser un estudio descriptivo.	<p>Variable Independiente: Características sociodemográficas y gineco-obstétricas.</p> <p>Variable Dependiente: Implante anticonceptivo subdérmico.</p> <p>Variables Intervinientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Riesgo reproductivo ✓ Efectos secundarios 	<p>La investigación que se realizó es de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.</p> <p>Ámbito de Investigación El estudio de investigación se desarrolló en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue, el cual es una dependencia del Ministerio de Salud, que se encuentra ubicado en la Av. Cesar Vallejos Nro. 1390 en el distrito de El Agustino, Lima.</p> <p>Población y muestra La población estuvo conformada por 49 Historias Clínicas de usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar que utilizan el implante subdérmico del Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero hasta el 30 de junio de 2017.</p>	<p>La técnica empleada para la recolección de datos fue una ficha de recolección de datos. Para ello se realizó las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se pidió autorizaciones a las autoridades correspondientes. - Se realizó el proceso de selección de Historias Clínicas que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión de donde se recolectaron los datos. - Se procedió a la recolección de datos. <p>El instrumento fue una ficha de recolección de datos que estuvo dividido en 2 partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parte I: Variables sociodemográficas, que contiene 4 ítems: Edad, estado civil, grado de instrucción y lugar de procedencia. - Parte II: Características gineco-obstétricas: contienen 3 dimensiones: Sexuales, la cual cuenta con 3 ítems: menarquía, inicio de relaciones sexuales y número de parejas sexuales; obstétricas, que consta de 5 ítems: Paridad, número de abortos, número de cesáreas, riesgo reproductivo e índice de masa corporal; y por último anticonceptivas, que consta de 4 ítems: método anticonceptivo anterior, tiempo de uso, efectos secundarios y manejo de efectos secundarios. 	Se procedió a construir el plan de tabulación de datos para el análisis transversal en donde estudiamos las 49 historias clínicas de usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar que utilizan el implante subdérmico. Los datos que se recolectaron se pasaron al paquete estadístico SPSS versión 20, para las variables cuantitativas se utilizaron las medidas de tendencia central, media, mediana, moda. Para la presentación de las variables tanto cuantitativas y cualitativas se utilizaron cuadros y gráficos de barras, frecuencia y porcentaje.

**CARTA SIMPLE DE PRESENTACIÓN DEL ASESOR DEL PROYECTO DE
TESIS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE**

Yo Sandoval Murillo Valdemar Ernesto identificado con DNI: 09434812, de profesión Médico Cirujano con C.M.P N° 30027, con especialidad de Médico Gineco-Obstetra y Mastología con R.N.E N° 17358, declaro ser asesor del proyecto de tesis titulada: "CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECO-OBSTÉTRICAS DE LAS USUARIAS DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DE 2017" realizado por la Bachiller Gariza Chavez, Milagros Elizabeth y la Bachiller Monge Gala Yelin Marizeth de la Universidad Norbert Wiener.

Atte.



M.C. VALDEMAR ERNESTO SANDOVAL MURILLO
C.M.P. N° 30027 R.N.E. N° 17358
MÉDICO GINECO-OBSTETRA
MÁSTOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

MC. Sandoval Murillo Valdemar Ernesto
DNI: 09434812

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

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

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

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

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



 KAREN JAUREGUI BENITO
 OBSTETRA
 C.O.P. 32543

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

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

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

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

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


 LIC. CARLOS RIVERA, HERO RICHARD
 C.C. N° 15174
 HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO URRUTU"
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

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

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

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

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


 LIC. GUADALUPE
 C. O. P.
 HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UMANUR"
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

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

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

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

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


Dr. Natalia J. Hurtado Gerona
OBSTETRIZ
C.O.P N° 28625
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

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

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

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

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Criterios	Jueces					Total
	J1	J2	J3	J4	J5	
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	0	0	3
Total	7	7	7	6	6	33

1: De acuerdo

0: Desacuerdo

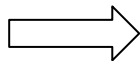
Según Herrera:



Donde:

- Ta: Total de acuerdo de jueces
- Td: Total de desacuerdo de jueces
- B: Grado de concordancia significativa

—



0.53 a menos	Validez nula
0.54 a 0.59	Validez baja
0.60 a 0.65	Valida
0.66 a 0.71	Muy válida
0.72 a 0.99	Excelente Validez
1.0	Validez perfecta

Confiabilidad del instrumento: Excelente validez

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

El implante es una varilla de 4 centímetros por 2 milímetros que libera un medicamento hormonal (gestágeno) de forma lenta y continuada.

Este medicamento actúa combinando varios mecanismos como espesamiento del moco cervical (es una variante del flujo de la vagina), enlentecimiento del transporte del óvulo, impide la ovulación y alteración de la capa interna del útero (endometrio).

Tras su retirada se produce un rápido retorno a la fertilidad con ovulación a las 3-6 semanas y reglas normales a los 3 meses.

CÓMO SE REALIZA:

El implante se inserta bajo la piel en la cara interna del brazo no dominante (izquierdo para los diestros y derecho para los zurdos) a unos 8 centímetros por encima del codo.

Para introducir el implante se utiliza un aplicador, bajo medidas higiénicas y preferentemente con anestesia local. Su colocación se realizará dentro de los 5 primeros días del ciclo, en caso de que no se usen previamente otros anticonceptivos.

El implante en condiciones normales se retira a los 3 años.

Se utiliza anestesia local para realizar una pequeña abertura en la piel por dónde se introduce la varilla.

Se retirará antes de las fechas señaladas, si aparecen efectos secundarios no soportables o por deseo de la mujer.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Los implantes subdérmicos (bajo la piel) son los métodos más eficaces para evitar el embarazo. Su tasa de fallos es casi nula.

Son muy seguros, los efectos secundarios son mínimos y no suponen grandes riesgos.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

El implante está indicado en mujeres que deseen una anticoncepción (evitar el embarazo) de larga duración, pero reversible (es decir, que se le puede quitar cuando usted lo desee).

Resulta una excelente alternativa en aquellos casos en que les resulta difícil cumplir con las indicaciones del método seleccionado para evitar posibles embarazos. Cuando su cuerpo rechaza el método utilizado o bien, cuando usted tiene contraindicados los estrógenos (hormona femenina).

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

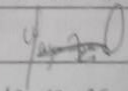
➤ LOS MÁS FRECUENTES:


- * El cambio de comportamiento del sangrado habitual es característico de este método, variando desde la ausencia (21%), o sangrados alargados y/o irregulares, que pueden reducirse al final del primer año.

- * La presencia de acné (15,3%) también es posible aunque a veces mejora.
- > Otros efectos menos frecuentes son:
 - * Dolor de mamas (mastalgia) (9,1%).
 - * Dolor de cabeza (8,5%).
 - * Aumento de peso (6,4%).
 - * Disminución del deseo sexual (libido).
 - * Aparición de quistes de ovario asintomáticos (sin síntomas) que suelen desaparecer espontáneamente.
- > En ocasiones puede producirse:
 - * Picor.
 - * Hematomas (morado).
 - * Dolor durante su introducción.
- > LOS MÁS GRAVES:
 - * Rara vez puede producirse una introducción profunda o el desplazamiento del implante a otras zonas del brazo.
 - * A veces puede resultar difícil retirar el implante porque no sea visible o porque se halle en una posición más profunda de lo normal.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:
 El cambio en el comportamiento de sangrado durante la menstruación no conlleva ningún problema de salud. No obstante, deben tenerse en cuenta estos cambios frecuentes antes de decidir utilizar este método anticonceptivo.
 Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Yo, MAYRA ALEXANDRA TOUNE ARTIGASO identificada con DNI N° 46725313, manifiesto haber leído y comprendido la información sobre el **IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO**. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar la colocación del implante, considerando los beneficios anticonceptivos y los efectos secundarios que podría presentar por uso.

Nombres y Apellidos: MAYRA ALEXANDRA TOUNE ARTIGASO
 DNI N°: 46725313
 Firma: 
 Fecha: 10-10-15

Huella digital: 



Universidad
Norbert Wiener

CARGO

Lima, 05 de julio de 2018

CARTA N° 13-07-273-2018/EAPO-UPNW

Dr. Luis Wilfredo Miranda Molina
Director del Hospital Hipólito Unánue

Presente.

De mi mayor consideración,

Mediante el presente expreso a Ud. el saludo institucional y el mío propio.

Asimismo, me permito solicitarle vuestra autorización para que las **Bachilleres Gariza Chavez, Milagros Elizabeth y Monge Gala, Yelin Marizeth**, alumnas de la carrera profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, pueda realizar la recolección de datos de las Historias Clínicas del departamento de Gineco-obstetricia del hospital que Ud. dirige y así poder desarrollar su tesis "**Características Sociodemográficas y Gineco obstétricas de las usuarias del Implante Anticonceptivo Subdérmico que acuden al servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Hipólito Unánue en el período de Enero a Junio de 2017**".

Agradezco la atención al presente y hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi distinguida consideración y estima personal.

Atentamente,



Salaverry
Oswaldo Eduardo Salaverry García
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA REVISIÓN DE EXPEDIENTES DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECOLÓGICAS DE LAS USUARIAS DEL IMPLANTE ANTICEDENTE SUBCUTÁNEO HNHU**

APELLIDO PATERNO: **GARZA** APELLIDO MATERNO: **CHAVEZ**

NOMBRES: **Milagros Elizabeth**

UNIVERSIDAD O INSTITUCIÓN: **UNIVERSIDAD NORBERT WIENER**

FACULTAD O ESCUELA: **ESCUELA DE OBSTETRICIA**

Pregrado Medicina Pregrado No Médico () Postgrado no residente médico () Residentado Médico ()

PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS		Adecuado	No Adecuado	N/A	Observación
Tiene carta de presentación del asesor en papel simple donde debe figurar nombre del estudiante, cargo del docente asesor y título de la investigación y su aprobación.		/			
Tiene orden pago son sello de Fondo Intangible		/			
CONTENIDO ESTRUCTURAL: ¿El proyecto tiene la siguiente estructura?					
1	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	/			
2	JUSTIFICACIÓN	/			
3	OBJETIVOS	/			
4	MARCO TEÓRICO	/			
5	TIPO DE ESTUDIO: DEBE ESPECIFICAR	/			
6	HIPÓTESIS	/			
7	VARIABLES	/			
8	POBLACIÓN	/			
9	MUESTRA	/			
10	RECOLECCIÓN DE DATOS	/			
11	TIENE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SI LO REQUIERE EL ESTUDIO			/	
12	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	/			
13	RECURSOS	/			
14	CRONOGRAMA	/			
15	PRESUPUESTO	/			
16	BIBLIOGRAFÍA	/			
17	EJECUCIÓN	/			

Nota: El contenido del proyecto es de entera responsabilidad del interesado y su asesor en contenido y forma

PARA ESTUDIOS (ENSAYOS) CLÍNICOS VERIFICAR:					
1	Tiene carta solicitando aprobación para la realización de un estudio clínico en el HNHU				
2	Tiene protocolo del estudio				
3	Tiene carta de justificación de uso de placebo (si lo requiere)				
4	Tiene Manual de Información para el investigador (brochure)				
5	Tiene formato de consentimiento informado				
6	Tiene póliza de seguros				
7	Tiene currículum vitae del investigador principal y secundarios				
8	Tiene fotocopia fedateada de factura sobre pago a tesorería HNHU para realización del ensayo clínico				

Conclusiones: NO CONCORDA LA NUMERACION DEL INDIC

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"
Firma y Sello Evaluador:
DR. WILFREDO EDUARDO CASTILLO BAZÁN
C.M.P. 24300 R.N.E.11663 R.N.E.22025
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

Fecha de Revisión: 02, 03, 2018

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"
SECRETARÍA DE LA OFICINA DE APOYO A LA
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
14 AGO 2018
HORA: 10:55
FIRMA: [Firma]



HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE

RUC: 20153219118
Av. Cesar Vallejo 1390 El Agustino
Maq.Nro:CR-2000-025 Telf.:362-7777

BOLETA DE VENTA ELECTRONICA

NRO BOLETA: B003-724

Nro : 1050097485 Fecha : 10/07/2018
Turno Nro : 50 Hora : 12:31

DNI : 46568525
Nombre : GARIZA CHAVEZ MILAGROS ELIZABETH
Fecha : 10/07/2018
Moneda : SOLES
Tarifa : HNHU

Descripcion	Cant.	Precio	Importe
TRABAJOS DE INVESTIGACION ESTUDIANTES POST GRADO			100.00
010602008	1	x 100.00	
Total S/ :			100.00

Op. Inafecta S/ : 100.00
Op. Gravada S/ : 0.00
I.G.V. S/ : 0.00
Import Total S/ : 100.00
Efectivo S/ : 100.00
Vuelto S/ : 0.00

SON: CIEN CON 00/100 SOLES

Nro Recibo Insumos: B003-724

OBS. :

Articulo : 1
Recaudador : DORINDA RONDOY
Punto Rec. : CAJA 05

Autorizado mediante Resolucion
Nro: 0340050005003/SUNAT
Representacion impresa del comprobante
de venta electronico, para consultar el documento
ingrese a la pagina: www.hnhu.gob.pe



HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE

RUC: 20153219118
Av. Cesar Vallejo 1390 El Agustino
Maq.Nro:CR-2000-025 Telf.:362-7777

BOLETA DE VENTA ELECTRONICA

NRO BOLETA: B003-724

Nro : 1050097485 Fecha : 10/07/2018
Turno Nro : 50 Hora : 12:31

DNI : 46568525
Nombre : GARIZA CHAVEZ MILAGROS ELIZABETH
Fecha : 10/07/2018
Moneda : SOLES
Tarifa : HNHU

Descripcion	Cant.	Precio	Importe
TRABAJOS DE INVESTIGACION ESTUDIANTES POST GRADO			100.00
010602008	1	x 100.00	
Total S/ :			100.00

Op. Inafecta S/ : 100.00
Op. Gravada S/ : 0.00
I.G.V. S/ : 0.00
Import Total S/ : 100.00
Efectivo S/ : 100.00
Vuelto S/ : 0.00

SON: CIEN CON 00/100 SOLES

Nro Recibo Insumos: B003-724

OBS. :

Articulo : 1
Recaudador : DORINDA RONDOY
Punto Rec. : CAJA 05

Autorizado mediante Resolucion
Nro: 0340050005003/SUNAT
Representacion impresa del comprobante
de venta electronico, para consultar el documento
ingrese a la pagina: www.hnhu.gob.pe

Exp. 28944

SOLICITO: Revisión y aprobación
del proyecto de tesis.

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"

S.D.

Yo, Monge Gala Yelin Marizeth

con DNI N° 47023609 Domicilio Calle Uata Ht. A1 Lt 19

Urb. Sol del Naranjal - SMP celular 923013150

teléfono fijo Correo Electrónico marsha_s219@hotmail.com

Ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que teniendo el proyecto de tesis titulado "Características
Sociodemográficas y gineco obstétricas de las usuarias del
implante Anticonceptivo subdérmico que acuden al
servicio de planificación familiar del Hospital
Nacional Hipólito Unanue en el periodo de
Enero a Junio de 2018" para poder realizar,
la recolección de datos de las Historias
Clínicas para dicho proyecto y así poder
desarrollar la tesis.

Por lo expuesto:

Solicito a usted atender mi petición a la brevedad posible y agradezco su gentil
deferencia.

El Agustino, C. de Julio de 2018



FIRMA:

Sr (a)

Yelin Marizeth Monge Gala

DNI: 47023609

SOLICITO: Revisión y aprobación
del proyecto de tesis

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"

S.D.

Yo, Gariza Chavez Milagros Elizabeth
con DNI N° 46568525 Domicilio Hzc. 435 Sol de Cardevilla
Carabayllo celular 980837020
teléfono fijo..... Correo Electrónico garizamilagros@yahoo.es

Ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que teniendo el proyecto de tesis titulado "Características
sociodemográficas y Gineco-obstétricas de las usuarias del Implante
Anticonceptivo Subdérmico que acuden al servicio de Planificación
familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el período
de Enero a Junio de 2017" para poder realizar la recolección
de datos de las Historias Clínicas para dicho proyecto y
así poder desarrollar la tesis

Por lo expuesto:

Solicito a usted atender mi petición a la brevedad posible y agradezco su gentil
deferencia.

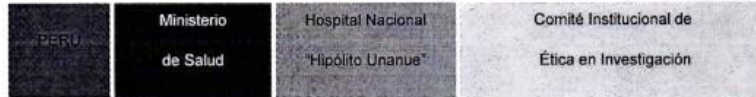
El Agustino, 10 de Julio de 2018

28944



FIRMA:

Sr(a) Elizabeth Gariza Chavez
DNI 46568525



" Año del Diálogo y Reconciliación Nacional "

CARTA N° 188 – 2018 - CIEI-HNHU

A : YELIN MARIZETH MONGE GALA
MILAGROS ELIZABETH GARIZA CHAVEZ

ASUNTO : Aprobación de Proyecto de tesis

Referencia : Expediente N° 28944

FECHA : El Agustino, 20 diciembre del 2018

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y dar respuesta al documento de referencia donde solicita revisión y aprobación del Proyecto de tesis titulado: "**Características Sociodemográficas y Gineco - Obstétricas de las usuarias del implante anticonceptivo subdérmico que acuden al Servicio de Planificación familiar del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo de enero a junio 2017**". Para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia - UNW.

El Comité, en sesión ordinaria del miércoles 5 de diciembre del presente año, según consta en el Libro de actas N° 6, acordó por unanimidad aprobar el Proyecto de tesis antes mencionado.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DRA. ANGELICA RICCI YAUQUILCA
LICENCIADA EN OBSTETRICIA - UNW

ARY
Archivo

Avenida César Vallejo N° 1390 distrito El Agustino - Lima - Perú
Correo electrónico : ciei@hnhu.gob.pe - angelicaricci05@yahoo.es Teléfono: 2919092 , 3627777 anexo 2196