

MOTIVOS DE RETIRO DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN EL HOSPITAL ESCUELA DE HONDURAS, 2014 A 2015

Annie Gómez-Hernández ^{1,2}, Alejandro Rivera-Hernández ^{1,2}, Eunice Funes-Ardón ^{1,2}
 Fredy Cárcamo-Perez ^{1,2}

1. Estudiante de carrera de Medicina y Cirugía en Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
2. ASOCEM-UNAH

CIMEL 2017; 22(2) 60-64

RESUMEN

Objetivo: Determinar los motivos de retiro del implante subdérmico en la clínica de planificación familiar del Hospital Escuela Universitario de Honduras del 2014 al 2015. **Metodología:** Se realizó una investigación retrospectiva de tipo descriptiva transversal con un enfoque cuantitativo con muestra de 101 pacientes que solicitaron el retiro del implante subdérmico. **Resultados:** El motivo de retiro más frecuente fue el sangrado transvaginal presente en 36,63%, seguido de cefalea en 35,64%. Otros motivos de retiro incluyeron aumento y disminución de peso, náuseas, dolor y parestesias en brazo, amenorrea, deseo de embarazo, mialgias, acné, prurito e hipersensibilidad. El rango de tiempo de uso más frecuente fue entre los tres y seis meses con 32,67%. **Conclusiones:** La causa más común de retiro fue el sangrado transvaginal, seguido por cefalea, aumento de peso y náuseas. Las morbilidades tienen incidencia baja, pero ocupan el quinto lugar en los motivos de retiro.

Palabras clave: anticonceptivos, planificación familiar, hemorragia uterina.

REASONS FOR REMOVAL OF THE CONTRACEPTIVE SUBDERMIC DEVICE AT THE "HOSPITAL ESCUELA DE HONDURAS"; 2014 – 2015

ABSTRACT

Objective: To determine the reasons for the removal of the contraceptive subdermic device at the Family Planning Clinic of the "Hospital Escuela Universitario de Honduras"

Methods: A retrospective descriptive and transversal research was conducted, with a quantitative focus. The sample rise to 101 patients who request the removal of the device. **Results:** The most common reason for the removal was the presence of transvaginal bleeding (36%), followed by headache (35.64%). Other reasons were increase or decrease of weight, nausea, pain and paresthesia in the arm, amenorrhea, willing to get pregnant, myalgia, acne, pruritus and hyper sensibility. The most frequent time of use was around three to six months (32.67%). **Conclusions:** The most common reason for device removal was the transvaginal bleeding, followed by headache, weight increase and nausea. The morbidities had a low incidence, nonetheless they are the fifth reason of removal.

Keywords: contraceptives, family planning, uterine bleeding.

Citar como: GÓMEZ HERNÁNDEZ, Annie Gabriela. MOTIVOS DE RETIRO DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN EL HOSPITAL ESCUELA DE HONDURAS, 2014 A 2015. CIMEL 2017; 22(2) 60-64. doi: <https://doi.org/10.23961/cimel.2017.222.678>.

INTRODUCCIÓN

El implante subdérmico es un método anticonceptivo nuevo utilizado a partir del año 2014 en el Hospital Escuela Universitario (HEU). Honduras es un país con una alta tasa de natalidad y fecundidad; tasa bruta de natalidad de 26.1% y un total de nacimientos de 207,800 en el 2012 (1). En los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno (2).

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo. Asimismo, permite 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(2). Así mismo, conseguir uno de los

Objetivos del Desarrollo Sostenible de la OMS, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales para 2030 (3).

El implante subdérmico consiste en una varilla de 68mg de etonogestrel de liberación lenta recubierto con acetato de vinilo. Este se inserta en el surco bicipital del brazo no dominante del paciente (4,5). Libera hormona por los próximos tres años de manera continua a razón de 60-70 µg/día las primeras semanas, hasta 25-30 µg/día al final del tercer año. El implante subdérmico comienza a actuar a las ocho horas de su inserción, alcanzando concentraciones plasmáticas suficiente (4,6), mediante los siguientes mecanismos de acción:

- Inhibición del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, produciendo un efecto indirecto en el endometrio porque suprime la hormona luteinizante (7).

- Aumenta el espesamiento del moco cervical, que dificulta la penetración de los espermatozoides (8).
- Inhibición de la ovulación (8). Al principio suprime el desarrollo folicular y la producción de estradiol. A los 6 meses la actividad del ovario incrementa lentamente (9).
- Disminuye la velocidad de transporte del óvulo, por la menor movilidad tubárica e interferencia en la fecundación (8).
- El endometrio está parcialmente suprimido, con una maduración irregular y asincrónica (10). La atrofia endometrial puede afectar la supervivencia de un blastocisto en el útero e impedir su implantación (8).

Según un estudio en España, el implante subdérmico tiene un índice de Pearl de 0,38 embarazos por cada 100 mujeres en un año (11), mientras en una investigación en México se obtuvo un índice de Pearl de 0, ya que no hubieron embarazos al utilizar este método (12). Este anticonceptivo está indicado para mujeres con un peso mayor de 70 kg; idealmente mayores de 30 años. Se ha comprobado que existe una correlación directa entre mayor peso (>70 kg) y un incremento del riesgo de embarazo, aunque aún para las mujeres obesas. Esta diferencia en las tasas de embarazo en relación con el peso corporal es probablemente porque la liberación del levonorgestrel se distribuiría en una mayor masa corporal (efecto diluyente) (13). Además, está indicada para pacientes que no pueden hacer uso de métodos anticonceptivos que contengan estrógenos, fumadoras, pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, migraña y púerperas, mujeres que amamantan a sus bebés pueden comenzar a usar todos los métodos de progestina en la sexta semana después del parto, según los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS (5,8,14). Dentro de sus contraindicaciones están el embarazo o sospecha de ello, trastornos tromboembólicos venosos activos en fase aguda, presencia o antecedente de alteraciones hepáticas graves o descompensadas, diagnóstico o sospecha de tumores dependientes de progestágenos como hepático y de mama, hemorragia vaginal no diagnosticada, tratamiento crónico con inductores enzimáticos o hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes de implante subdérmico (5,11,15,16).

Entre los efectos adversos que se presentan a la inserción del implante subdérmico encontramos la hemorragia vaginal prolongada y frecuente (17), seguida de cefalea en un 50% de los casos, mareos, náuseas y dolor pélvico en un 73.39 % y la caída del cabello en un 24% (18). Existen otros efectos adversos, como reacciones locales, tensión mamaria y dis-

menorrea; y una eficacia algo menor en mujeres obesas (19).

Debido a que el país carece de este tipo de estudios se ha trazado como objetivo determinar los motivos de retiro del implante subdérmico en la Clínica de Planificación Familiar del Hospital Escuela Universitario. Esta investigación beneficiará a los profesionales de la salud para que puedan dar educación adecuada a las pacientes, también a la población general para que identifiquen las manifestaciones y busquen ayuda de profesionales sanitarios capacitados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Se realizó una investigación retrospectiva de tipo descriptiva transversal con un enfoque cuantitativo.

Población de estudio: El universo consistió de 161 pacientes, se realizó un muestro no probabilístico con 101 pacientes, se revisaron las historias clínicas retrospectivamente de mujeres en edad fértil que asistieron a la Clínica de Planificación Familiar de consulta externa del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Escuela Universitario en el periodo de 2014 a 2015, solicitando el retiro de implante subdérmico. Se incluyó a las pacientes que planificaban con el implante subdérmico y solicitaron retirárselo por un motivo específico, durante el periodo de 2014 a 2015. Se excluyeron a las pacientes que no tenían datos completos de motivo de retiro, fecha de aplicación y fecha de retiro del implante subdérmico.

Instrumentos de Medición y Variables: Se realizó un instrumento epidemiológico digital que consistió en cinco preguntas de llenado obligatorio, de las cuales cuatro eran abiertas (nombre de la paciente, fecha de aplicación, fecha de retiro, motivo de retiro), y una cerrada (patología como motivo de retiro); una pregunta condicionada (de responder afirmativo si existía patología como motivo de retiro); y dos campos que generaban la respuesta a partir de los campos obligatorios (a partir de la fecha de aplicación y fecha de retiro, la ficha digital generaba el tiempo de uso y el rango determinado para dicha variable).

Las variables consideradas fueron 1) Tiempo de uso, 2) Motivo de retiro, 3) Morbidades. No valoramos otras variables debido a que la información con la que contabamos era limitada, por lo que consideramos únicamente las variables descritas.

El cuestionario final fue evaluado previamente por los investigadores en pacientes de Consulta Externa de Ginecoobstetricia, se aplicó a 46 personas en modo de prueba, se evaluaron dificultades, limitaciones y errores en las preguntas.

Procedimiento: Planteado el problema y realizado el marco

teórico, se prosiguió a desarrollar el alcance y diseño de la investigación y seleccionar la muestra. Luego se definieron las variables. Previa autorización por parte del jefe de Consulta Externa de Ginecoobstetricia del Hospital Escuela Universitario, se realizó una pesquisa en el libro de control de junio del 2014 hasta diciembre del 2015, del personal de procedimientos de dicho servicio.

Siguiendo la ética y normas, se veló por proteger la dignidad, integridad, intimidad y confidencialidad de la información personal de las pacientes que participaron en la investigación. Con el objetivo de generar nuevos conocimientos, sin sobrepasar los derechos y los intereses de las personas que participaron en la investigación.

La recolección de datos se llevó a cabo en enero del 2016 y fue enfocada a responder las tres principales variables: 1) Tiempo de uso, 2) Motivo de retiro y 3) Morbilidades. Se realizó una base de datos, haciendo uso del programa Epi Info™ 7 una vez procesada la información, se analizaron los resultados y se elaboraron las conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS

Se incluyeron para el estudio $n=101$ mujeres en edad fértil que asistieron a la Clínica de Planificación Familiar solicitando el retiro del implante subdérmico y presentaron sangrado transvaginal (36,63%, $n = 37$) como motivo principal de retiro, seguido de cefalea (35,64%, $n = 36$) (gráfico 1). El 7,9% ($n = 8$) de los motivos de retiro del implante subdérmico era debido a deseo de embarazo, cambio de método anticonceptivo, no desea planificar, entre otras.

En este estudio el tiempo promedio de uso antes del retiro del implante fue de tres a seis meses con un 32,67% ($n = 33$) (gráfico 2) y 6 de 101 pacientes tenían morbilidades por las que se solicitó el retiro de este método anticonceptivo. Dentro de estas encontramos diabetes mellitus no controlada, enfermedad cardiaca, lupus eritematoso sistémico, migrañas, síndrome de ovario poliquístico y síndrome depresivo.

DISCUSIÓN

El implante subdérmico es uno de los métodos anticonceptivos más seguros y fáciles de utilizar; muestra una eficacia del 99,9% durante el primer año de uso (19). El implante subdérmico no depende de la persona que los utiliza como los condones o los anticonceptivos orales (ACO) (6).

Gráfico 1: Frecuencia de motivos de retiro de implante subdérmico.

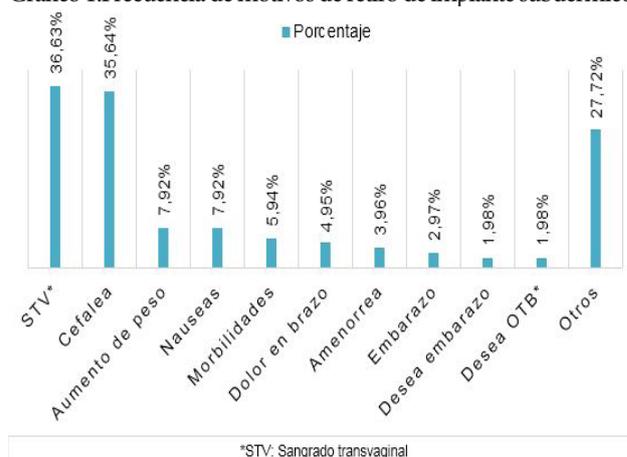
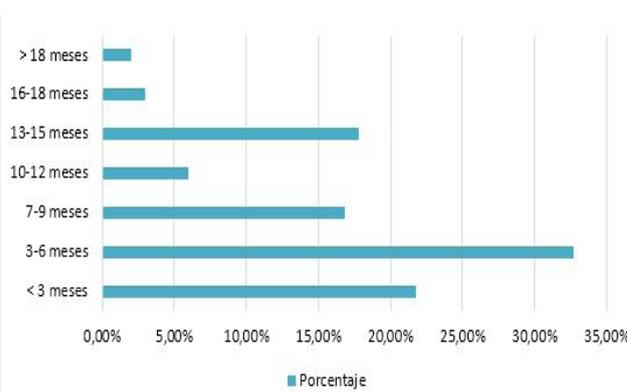


Gráfico 2: Rango de tiempo de uso previo al retiro del implante subdérmico.



El motivo más frecuente por el cual las usuarias solicitaban retirarse el implante subdérmico fue el sangrado transvaginal (sin especificar la alteración en la frecuencia, la duración y la cantidad de sangrado), seguido de cefalea. Estos datos son similares a los resultados del estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (18) en el cual la mayoría presentó alteración del ciclo menstrual en 36% y cefalea, en segundo lugar, con 28% (20). Estos datos difieren levemente con el estudio realizado en la Escuela Militar de Enfermeras en México donde la amenorrea se encuentra en primer lugar y el sangrado irregular en segundo lugar; la cefalea se encuentra dentro de los efectos adversos muy comunes, pero en sexto lugar (4). Así mismo, en Quito, Ecuador se mostraron resultados en los que las usuarias presentaron en su mayoría cefalea, pero el principal motivo de retiro fue por metrorragias (10). Otro motivo de retiro frecuente en ese estudio fue el deseo de planear embarazo, contrastando con nuestro estudio en el que solo dos usuarias relataron este motivo (16). Según estudios norteamericanos ($n=942$), los principales efectos adversos que llevaron al retiro de implante subdérmico fueron en primer lugar sangrado transvaginal irregular (11,1%), labilidad emocional (2,3%), aumento

de peso con igual porcentaje y cefalea solamente con un 1,6%(21).

Resulta de interés que el 7,9% de los motivos de retiro del implante subdérmico no era debido a los efectos adversos que produce, sino por causas diferentes como deseo de embarazo, cambio de método anticonceptivo, no desea planificar, entre otras. Mientras que en estudio realizado en Hospital Julius Doepfner en Ecuador determinó que la principal causa de retiro de los implantes subdérmicos es la presencia de los efectos adverso con un 87,50 % (10). En este estudio, el tiempo promedio de uso antes del retiro del implante fue de tres a seis meses con 32,67%. Esto indica que quienes solicitaron el retiro del implante toleraron estos efectos adversos aproximadamente un trimestre o se lo retiraron al poco tiempo de su aparición. Contrastando, el estudio realizado en el Instituto Peruano de Paternidad en el que las usuarias usaron el implante subdérmico por dieciséis meses antes de su retiro, siguiéndole en frecuencia un periodo de siete a nueve meses (17). En Ecuador se determinó que el tiempo de permanencia antes del retiro de los implantes anticonceptivos subdérmicos de etonogestrel fue más frecuente de seis meses y doce meses de permanencia con un 31,25% y 25%, respectivamente (10).

De la población estudiada solamente seis de las 101 pacientes tenían morbilidades por las que se solicitó el retiro de este método anticonceptivo. Dentro de estas encontramos diabetes mellitus no controlada, enfermedad cardíaca, lupus eritematoso sistémico, migrañas, síndrome de ovario poliquístico y síndrome depresivo. Aunque en la literatura internacional se encuentra que el implante subdérmico es un método anticonceptivo que se indica en pacientes con diabetes mellitus y migraña (8), encontramos en nuestra investigación que estas patologías fueron motivo de retiro ya que las manifestaciones de estas enfermedades, hiperglicemia y cefalea respectivamente, se exacerbaban con el uso de este.

El sector público de salud de Honduras ofrece este método anticonceptivo de manera gratuita debido a que es altamente eficaz, de bajo costo a largo plazo y de larga duración. Es necesario que se continúe brindando asesoría previa a la colocación del implante subdérmico y se informe a las usuarias acerca de los efectos adversos más comunes principalmente cambios en el patrón del ciclo menstrual.

Limitaciones, Dificultades y Sesgo: El implante subdérmico es relativamente nuevo en Honduras, implementado desde el 2014 por donación extranjera. La recolección de datos resultó dificultosa, por la falta de consignación de datos en los archivos de las pacientes que solicitaron el retiro del implante subdérmico, excluyéndolos de la muestra utilizada en esta investigación.

Conflicto de interés: *El autor declara no tener ningún conflicto de interés.*

Fuente de financiamiento: *autofinanciado*

Eventos presentados : *Investigación presentada en el XV Congreso Científico Nacional de la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.*

Agradecimientos: *a la Dra. Dulce Suyapa Lara Vallejo por ser nuestra tutora científica y asesorarnos en el transcurso de la elaboración de este proyecto científico.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF UNICEF UN Convention. 2013. p. 1–209.
2. Organización Mundial de la Salud. OMS | Planificación familiar. World Health Organization. 2013. p. 1,2.
3. Organización de las Naciones. Objetivos de Desarrollo Sostenible. En: Organización de Naciones Unidas. 2015.
4. Rivera-Téllez G, Viveros-Gómez MA, Ávila-González PV, Miguel-Olmedo DR, Vélez-Márquez MGD. Efectos secundarios del implante subdérmico Implanon , como método anticonceptivo. 2010;64(6):266–71.
5. Arribas Mir L, Puga González A, Soler Castillo A. Implantes anticonceptivos subcutáneos. Vol. 12, FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2005. p. 44–52.
6. Marisabel Betty Ramos Quispe. Efectos Del Implante Subdérmico De Familiar Del Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2014 Enero 2015. 2015.
7. Varma R, Mascarenhas L. Endometrial effects of etonogestrel (Implanon) contraceptive implant. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2001;13(3):335–41.
8. R SB, MA GM, J HP, M MB, F MS, I MG, et al. Métodos anticonceptivos con sólo gestágenos. Revisión de conjunto. *Rev Iberoam Fertil.* 2002;19(6):411–22.
9. Bennink HJ. The pharmacokinetics and pharmacodynamics of Implanon, a single-rod etonogestrel contraceptive implant. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2000;5 Suppl 2(Suppl 2):12–20.
10. Azanza DB. Determinación de las causas más frecuentes de retiro de implantes anticonceptivos subdérmicos con concentraciones de etonogestrel 68 miligramos (implanon) y. 2012.
11. González Fernández C, Fernández Revilla JM. Manejo de los Implantes Subdérmicos de Etonogestrel en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam.* 2011;4(2):146–9.
12. Rosales Aujang E, González Roque MG. Características sociodemográficas de las usuarias del implante anticonceptivo liberador de etonogestrel. *Ginecol Obstet Mex.* 2009;77(3):136–41.
13. Pérez FS, Gómez M, Real R. Enfoque actual SISTEMA DE IMPLANTES SUBDÉRMICO : NORPLANT. *Rev Cuba Endo-*

- crinol. 2000;11(1):41-50.
14. Marisol CCMG. Determinación de satisfacción con el uso del implante subdérmico de etonogestrel “implanón” como medio de anticoncepción, efectos secundarios y razones para discontinuar el mismo, comparado con otros métodos hormonales de anticoncepción en adolescentes de. 2014.
 15. Annalía Isabel Tello Huaranga. FACTORES ASOCIADOS A LA ELECCIÓN DEL PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL INSTITUTO NACIONAL. 2015.
 16. TAGUADA SU, YANCHATIPAN E. Efectos Adversos Del Uso De Implanon. Igarss 2014. 2014.
 17. F. Gary Cunningham et al. Williams Obstetricia. Vol. 53, Mexico. 2013. 1689-1699 p.
 18. Carbajal-Ugarte JA, Cárdenas-Blanco A, Pastrana-Huanaco E, Diana L-B. Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales. Estudio comparativo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008;46(1):83-7.
 19. Peña A, Carrillo RB, Gho DA, Saldaña JPC, Godos LA de los. Características Demográficas Y Los Efectos Adversos Del Jadelle. Rev Salud, Sex y Soc. 2008;3(1,2).
 20. Elizabeth García-León F, Verónica López-Benítez S, Pablos de la Vega G, Medina-Ramos G, Adriana Ramírez-Diarte E, Uriarte-Ontiveros S. Frecuencia de efectos adversos en usuarias de implante subdérmico. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2011;19(1):21-4.
 21. Perú M de S de. Implante Etonogestrel 68mg. 2012;

Correspondencia:

Annie Gabriela Gómez Hernández
ag1994h@gmail.com

Recibido: 16/12/2016

Aprobado: 26/08/2017