

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE
SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN
A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®) EN
EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, LIMA - 2014**

TESIS

Presentada por:

Bach. Sandra Flor Huanacuni Quenta

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE
SUBDERMICO DE ETNOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN
A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®) EN
EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, LIMA – 2014.

TESIS

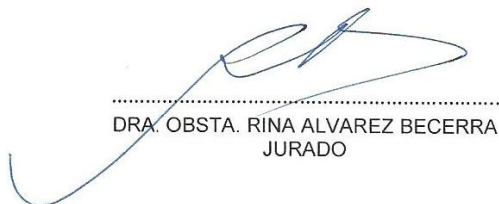
PRESENTADA POR:

BACH. SANDRA FLOR HUANACUNI QUENTA

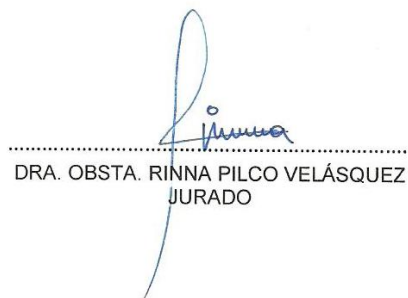
Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:



.....
MGR. NÉRIDA PÉREZ CABANILLAS
PRESIDENTA



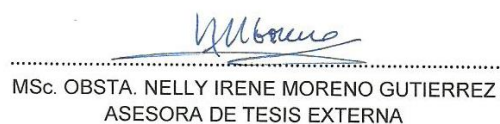
.....
DRA. OBSTA. RINA ALVAREZ BECERRA
JURADO



.....
DRA. OBSTA. RINNA PILCO VELÁSQUEZ
JURADO



.....
MSc. OBSTA. JUANA INES BARREDA GRADOS
ASESORA DE TESIS INTERNA



.....
MSc. OBSTA. NELLY IRENE MORENO GUTIERREZ
ASESORA DE TESIS EXTERNA

AGRADECIMIENTO

A Dios por la energía y fuerzas que me ha dado para poder llegar al final de mi carrera.

A mis padres y hermano por el amor que siempre me brindan, por el apoyo y comprensión durante toda mi vida.

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para terminar mi tesis.

A mi alma mater, la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann y los (as) docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia por brindarme los conocimientos y destrezas adquiridos previos.

A mis asesoras MSc. Obsta. Juana Inés Barreda Grados y la MSc. Obsta. Nelly Irene Moreno Gutiérrez, por sus revisiones y por su gran apoyo que enriquecieron la presente tesis.

DEDICATORIA

A mis padres Rigoberto y Rufina que me dieron la vida y siempre estuvieron conmigo en las buenas y en las malas, que me brindaron su apoyo, comprensión y amor, para seguir adelante.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN	xvii
ABSTRACT	xviii
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

	Pág.
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Justificación e importancia	6

1.4 Objetivos	7
1.4.1 Objetivo general	7
1.4.2 Objetivo específicos	7
1.5 Hipótesis	8
1.5.1 Hipótesis general	8
1.5.2 Hipótesis específicas	8

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema	11
2.1.1 A nivel internacional	11
2.1.2 A nivel nacional	19
2.2 Base teórica	26
2.2.1 Planificación familiar	26
2.2.2 Implante Subdérmico de Etonogestrel	27
2.2.3 Medroxiprogesterona	34

2.3 Definición de términos	42
----------------------------	----

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de investigación	44
3.2 Población y muestra	44
3.2.1 Población	44
3.2.2 Muestra	45
3.3 Criterios de selección	46
3.4 Variables de estudio	46
3.3.1 Variable Independiente	46
3.3.2 Variable Dependiente	46
3.5 Operacionalización de las variables	47
3.6 Técnicas e instrumentos para recolección de datos	48
3.7 Procesamiento y análisis de datos	48
3.8 Validez	49

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1 Análisis estadístico de los datos sociodemográficos	50
4.2 Proceso de contrastación de hipótesis	76

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN

DISCUSIÓN	115
CONCLUSIONES	117
RECOMENDACIONES	118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: FRECUENCIA DE USO DEL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACION A LA MEDROXIDROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014.	74
TABLA 2: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014.	76
TABLA 3: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014..	78
TABLA 4: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014.	80
TABLA 5: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN OCUPACION DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE	82

SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014.

TABLA 6: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN RELIGIÓN DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014. 84

TABLA 7: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN MENARQUIA DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014. 86

TABLA 8: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014. 88

TABLA 9: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN NÚMERO DE GESTACIONES DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014. 90

- TABLA 10: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN NÚMERO DE HIJOS VIVOS DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014. 92
- TABLA 11: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO ANTERIORMENTE DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014. 94
- TABLA 12: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN RAZÓN POR LA QUE USAN EL MÉTODO LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014. 96
- TABLA 13: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EFECTO PROPIO DEL MÉTODO EN LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014.SEGÚN EFECTO PROPIO DEL MÉTODO. 96

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1: FRECUENCIA DE USO DEL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACION A LA MEDROXIDROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014.	75
GRÁFICO 2: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014.	77
GRÁFICO 3: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014.	79
GRÁFICO 4: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL	81

MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014.

- GRAFICO 5: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN OCUPACION DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014. 83
- GRÁFICO 6: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN RELIGIÓN DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014. 85
- GRÁFICO 7: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN MENARQUIA DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014. 87
- GRÁFICO 8: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014. 89

- GRÁFICO 9: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN NÚMERO DE 91
GESTACIONES DE LAS MUJERES QUE USAN EL
ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE
ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA
MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL
MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014.
- GRÁFICO 10: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN NÚMERO DE HIJOS 93
VIVOS DE LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO
IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®)
EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA
(DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014.
- GRÁFICO 11: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN MÉTODO 95
ANTICONCEPTIVO USADO ANTERIORMENTE DE LAS MUJERES
QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO DE
ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA
MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL
MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014.
- GRÁFICO 12: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN RAZÓN POR LA QUE 97
USAN EL MÉTODO LAS MUJERES QUE USAN EL
ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDÉRMICO DE
ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA
MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®), HOSPITAL
MARIA AUXILIADORA. LIMA 2014.

GRÁFICO 13: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EFECTO PROPIO DEL 99
MÉTODO EN LAS MUJERES QUE USAN EL ANTICONCEPTIVO
IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®)
EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA
(DEPOPROVERA®), HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA
2014.SEGÚN EFECTO PROPIO DEL MÉTODO.

RESUMEN

La presente tesis elaborada con el objetivo de determinar los factores asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima - 2014. Es un estudio de tipo analítico, prospectivo, de corte transversal. La muestra fue de 196 casos. Como instrumento la ficha de datos, la prueba estadística fue Chi-cuadrado; *Resultados:* Los factores de la Medroxiprogesterona y el Etonogestrel son: la edad de 25 a 30 años (34,7% vs 41,8%), convivencia (38,3% vs 31,6%), secundaria (30,61% vs 33,67%); trabajo independiente (37,2% vs 35,7%), religión católica (36,7% vs 43,9%), menarquia de 10 a 12 años (46,4% vs 45,4%), la primera relación sexual de 20 a 24 años (43,9% vs 45,4%), con una gestación (21,9% vs 37,2%), con un hijo vivo (20,9% vs 37,2%), lo usan porque es más fácil de usar (27% vs 20,4%). En la Medroxiprogesterona se usó anteriormente el preservativo (4,6%); el efecto colateral fue aumento de peso (8,2%). En el Etonogestrel se usó anteriormente el inyectable (19,9%), el efecto colateral fue la alteración menstrual (5,1%). *CONCLUSIONES:* Los factores asociados fueron: la edad de 25 a 30 años, conviviente, secundaria, religión, número de gestaciones, al número de hijos, al método anticonceptivo usado anteriormente, alteración menstrual y los usa porque es más fácil de usar. ($P < 0,05$)

Palabras clave: Método Anticonceptivo, Implante Subdérmico de Etonogestrel, Acetato de Medroxiprogesterona.

ABSTRACT

This thesis developed in order to determine the factors associated with the use of contraceptive implant etonogestrel implant (Implanon®) compared to medroxyprogesterone (Depoprovera®) in the Maria Auxiliadora Hospital, Lima - 2014 is an analytical study, prospective, cross-sectional. The sample was 196 cases. As instrument data sheets, statistics Chi-square test was; Results: Factors of medroxyprogesterone and Etonogestrel are: the age of 25-30 years (34.7% vs 41.8%), cohabitation (38.3% vs 31.6%), secondary (30.61% vs 33.67%); independent work (37.2% vs 35.7%), Catholic (36.7% vs 43.9%), menarche of 10-12 years (46.4% vs 45.4%), first sexual intercourse of 20-24 years (43.9% vs 45.4%) with a gestation (21.9% vs 37.2%), with a live birth (20.9% vs 37.2%) use it because it is easier to use (27% vs 20.4%). In medroxyprogesterone previously used condoms (4.6%); the side effect was weight gain (8.2%). In Etonogestrel previously used the injection (19.9%), the side effect was menstrual disturbance (5.1%). CONCLUSIONS: The associated factors were age 25 to 30 years, partner, school, religion, number of pregnancies, number of children, the contraceptive method used previously, menstrual disturbance and used because it is easier to use. ($P < 0,05$)

Keywords: birth control, Etonogestrel subdermal implant, medroxyprogesterone acetate.

INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva coordina el programa de planificación familiar (PF) y anticoncepción, lo define como prioritario ya que permite alcanzar una vida sexual más sana y placentera a través de la prevención de embarazos no deseados y de alto riesgo, disminuyendo riesgo de mortalidad perinatal, aborto e infecciones de transmisión sexual, disminuyendo los niveles de fecundidad desacelerando el ritmo de crecimiento de la población del país, repercutiendo esto positivamente en el desarrollo económico.

Según las estadísticas mostradas por la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES), en el Perú, la necesidad insatisfecha de PF habría disminuido de 10,2 % (ENDES 2000) a 6,1% (ENDES 2011). ⁽¹⁾

La presente tesis titulada “Factores asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima – 2014”; consta de cuatro capítulos.

Capítulo I: se plantea el problema de investigación y se justifica la importancia de realizar este estudio, los objetivos y las hipótesis.

Capítulo II: se exponen los antecedentes de este estudio tanto a nivel nacional como internacional, la base teórica de la PF, los factores asociados al uso del anticonceptivo implante subdérmico de etonogestrel y la medroxiprogesterona, así como también, se definen términos para la comprensión del tema que tratamos.

Capítulo III: se explica el método de investigación, se identifican las variables de la investigación, se describe la población y muestra de estudio, se describe el instrumento de recolección de datos así como la forma de su procesamiento.

Capítulo IV: se presentan los resultados de la investigación, producto del procesamiento de los datos. Cada dato estadístico es interpretado y se realizan las asociaciones necesarias entre las variables medidas, lo cual deriva en la contratación de la hipótesis de investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema:

El embarazo reincidente es un problema social y de salud pública, asociado a diversos factores como las relaciones familiares, la escolaridad y el nivel socioeconómico, entre otros. En Estados Unidos esto ha ido disminuyendo, debido a que la mayoría de los programas de prevención de embarazos en la población, han incorporado el uso de anticoncepción efectiva, especialmente a los métodos hormonales como los inyectables y de implantes. El éxito de estos métodos de anticoncepción se atribuye al hecho de su larga duración y que son menos propensos a ser usados inconstantemente o que puedan ser discontinuados fácilmente como las píldoras.

En los países en vías de desarrollo una de cada cuatro mujeres se encuentra entre los 15 a 49 años; es decir, en edad reproductiva. De ellas, 867 millones no desearían quedar embarazadas, espaciar los nacimientos o limitar sus embarazos futuros. Unas 645 millones están utilizando métodos modernos de anticoncepción y se calcula

que unas 222 millones no usan ningún método moderno de anticoncepción, o utilizan métodos tradicionales y se encuentran con una necesidad insatisfecha de PF. En el Perú, la necesidad insatisfecha de PF habría disminuido de 10,2 % (ENDES 2000) a 6,1% (ENDES 2011). ⁽¹⁾

La anticoncepción hormonal, por medio de progestágenos como los implantes y los inyectables de depósito trimestrales, son de los métodos más eficaces disponibles en la actualidad. El concepto inicial, como método contraceptivo, se presentó en 1966 y desde entonces se propuso la utilización de una progestina, la cual se libera en dosis bajas durante un periodo de tiempo. A lo largo de los años este método ha sido estudiado y aceptado en diversos lugares y países; por lo que hoy en día se considera como un método seguro y eficaz, que se utiliza en más de 60 países por más de 11 millones de mujeres.

En nuestro medio existen pocos estudios, por lo cual se encuentran subvaluados los efectos secundarios que presentan ambos métodos. Dado que estos dos métodos de planificación familiar son de uso frecuente en la población se debe tener evidencia de cuáles son los factores asociados al uso de ambos métodos en nuestra población. A través del programa nacional de PF en el Perú

desde el mes de enero del año 2014, se está ofreciendo de manera gratuita a las usuarias el implante subdérmico en el Hospital María Auxiliadora (HMA) por tanto los profesionales de salud han sido altamente capacitados para garantizar que el anticonceptivo sea insertado y retirado correctamente y que las mujeres reciban la información necesaria y oportuna para su aplicación. ⁽²⁾

El objetivo primordial del HMA, es lograr que las mujeres tengan acceso a la información y a los servicios de la más amplia gama de métodos anticonceptivos para hacer uso de su derecho a la planificación familiar y regular su fecundidad de acuerdo a sus ideales reproductivos.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima - 2014?

1.3 Justificación e importancia

La anticoncepción hormonal, por medio de progestágenos como los implantes y los inyectables de depósito trimestrales, son de los métodos más eficaces disponibles en la actualidad. El concepto inicial, como método contraceptivo, se presentó en 1966 y desde entonces se propuso la utilización de una progestina, la cual se libera en dosis bajas durante un periodo de tiempo. A lo largo de los años este método ha sido estudiado y aceptado en diversos lugares y países; por lo que hoy en día se considera como un método seguro y eficaz, que se utiliza en más de 60 países por más de 11 millones de mujeres. ⁽⁴⁾

La razón que me ha motivado a realizar la presente investigación, es porque existen estudios tanto del implante subdérmico como también de la medroxiprogesterona sobre los factores asociados al uso de estos anticonceptivos, donde se evidencia que no existen diferencias significativas, pero sin embargo algunas usuarias que acuden al servicio del PF consideran que para usar el implante subdérmico, deberían usar inyectable acetato de medroxiprogesterona previamente.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 General

Determinar los factores asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima - 2014.

1.4.2 Específicos

- ❖ Identificar los factores personales asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima - 2014.
- ❖ Identificar los factores Gineco-Obstétricos asociados al uso anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima - 2014.
- ❖ Identificar los efectos propios del método asociados al uso del anticonceptivo implante Subdérmico de Etonogestrel

(Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima - 2014.

1.5. Hipótesis

1.5.1 General

H₀: Es probable que los factores asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) no tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el HMA, Lima – 2014.

H₁: Es probable que los factores asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) si tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el HMA, Lima – 2014.

1.5.2 Específica

H₀: Es probable que los factores personales asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) no tengan relación a la

Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el HMA, Lima
– 2014.

H₁: Es probable que los factores personales asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) si tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el HMA, Lima – 2014.

H₀: Es probable que los factores Gineco-Obstétricos asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) no tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el HMA, Lima – 2014.

H₁: Es probable que los factores Gineco-Obstétricos asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) si tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el HMA, Lima – 2014.

H₀: Es probable que los efectos propios del método asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) no tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el HMA, Lima – 2014.

H₁: Es probable que los efectos propios del método asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) si tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el HMA, Lima – 2014.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

2.1.1 A nivel internacional

Intriago Cantos Gema Andrea, Moreira Sánchez Melisa Vanessa.
"Implantes anticonceptivos sub-dérmicos y embarazo en mujeres, que asisten a la consulta de planificación familiar en la maternidad" Andrés de Vera de la ciudad de Portoviejo. Febrero - Julio del 2012. Ecuador. ⁽⁶⁾... "Se incluyeron 260 usuarias, tiene un promedio 21 a 25 años, la mayoría tiene educación secundaria, son amas de casas, tipo de religión católicas, su estado civil unión libre, las usuarias tienen antecedentes obstétricos las cuales en su mayoría son segundigestas, primíparas, con antecedentes de abortos y cesáreas. Además la mayoría refiere alteraciones en el flujo menstrual, Las mujeres que utilizan el implante han tenido un empleo previo de anticonceptivos, siendo los más empleados los inyectables, orales y el ritmo, los principales efectos adversos que se presentaron en la mayoría

de las usuarias son, en el caso de Implanon, cefalea, acné y trastornos de la menstruación y en el Jadelle son cefalea, trastornos de la menstruación y aumento de peso, siendo el Jadelle el que causa más efectos secundarios debido a su mecanismo de acción de 5 años. El estudio realizado durante los 6 meses pudo determinar la eficacia del método anticonceptivo que existe durante los primeros meses de utilización del implante debido a que ninguna de las usuarias confirmó embarazo actual. Siendo este el método anticonceptivo de mayor acogida entre las usuarias, a pesar de sus efectos adversos comunes no hay reportes de retiro del implante. Debido a los resultados obtenidos, se procedió a ejecutar el plan de acción, en el que se realizó una charla educativa de planificación familiar y anticonceptivos Subdérmico, como método alternativo de anticoncepción”.

González Fernández Cristina, Fernández Revilla Javier Miguel.

Manejo de los Implantes Sub-dérmicos de Etonogestrel. En: Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia. España.2011. (7)... “El efecto secundario más frecuente, es el cambio en el patrón de sangrado. Es muy importante que advierta a la mujer de su aparición, y con ello facilitamos mucho

la tolerancia a dicho método y la continuidad posterior. No se ha demostrado que tenga influencia sobre la masa ósea y no hemos observado ganancia ponderal significativa. Observamos como efectos secundarios menores, los primeros meses de uso, la cefalea, el acné y la tensión mamaria. En una de las pacientes, tras la inserción del implante, no logramos palparlo y hubo que recurrir a la ecografía para su localización. En ella se observó claramente una imagen hiperecogénica con sombra posterior. Hasta la fecha se ha retirado 3 de los 25 implantes. En dos de las pacientes por mala tolerancia a los cambios del patrón de sangrado y en el tercer caso porque la pareja decidió realizarse la vasectomía. Un problema al que debemos hacer referencia es el del precio, el cual es a veces un impedimento para el uso de estos implantes, sobre todo en el ámbito donde desarrollamos nuestro trabajo. Los anticonceptivos que proporcionan una mayor efectividad son aquellos cuyo cumplimiento no depende de la paciente. El implante subdérmico de Etonogestrel es un anticonceptivo eficaz, con poca contraindicaciones y de fácil colocación, por lo que constituyen un método ideal para utilizar desde Atención Primaria.

*Buitrón García Rafael Gerardo, Rodríguez Báez Alejandro, Juan González de la Cruz, Armando Vargas Domínguez, Roger Lara Ricalde, Otero Flores Braulio. **Localización difícil de implante anticonceptivo sub-dérmico de varilla única.** Informe de dos casos. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de México. México. 2010.*

⁽⁸⁾...Casos clínicos: Se presentan dos casos clínicos de implantes de localización difícil. Caso 1: mujer de 21 años de edad en quien, durante las revisiones a los 12, 24 y 36 meses posteriores a la aplicación del implante, no fue posible localizarlo. Caso 2: mujer de 28 años de edad con implante de varilla único aplicado en cara externa del brazo izquierdo, parcialmente palpable en el extremo distal. El ultrasonido mostró, en corte transversal, el extremo distal de los implantes a 6 y 7cm, respectivamente, por arriba de la cicatriz del sitio de inserción. Conclusiones: Por su fácil acceso y la sencillez del estudio, el ultrasonido es el método de elección para localizar implantes profundos no palpables.

*Rivera Téllez Graciela, Viveros Gómez María Antonieta, Ávila González Patricia Viridiana, Miguel Olmedo Deisy Roxana, Vélez Márquez María Guadalupe **"Efectos secundarios del implante subdérmico Implanon, como método anticonceptivo"** Hospital Central Militar.*

Ciudad de México. Noviembre –Diciembre del 2010. México ⁽⁹⁾ ... El “Implanon” es un método anticonceptivo moderno, que ofrece a las usuarias alta eficacia anticonceptiva hasta de 99%, en un periodo de tres años, es seguro, cómodo y accesible; dentro de los efectos secundarios que se describen, se encuentran las irregularidades en la menstruación, la presencia de acné, náuseas, dolor de cabeza; donde el primer descrito es el responsable de la mitad del total de razones para no continuar utilizando como método anticonceptivo. Objetivo. Determinar si los efectos secundarios influyen en la utilización y recomendación del Implante Subdérmico “Implanon”, como método anticonceptivo entre estudiantes de Enfermería. Material y método. Estudio descriptivo, transversal que se llevó a cabo en abril de 2009, en la Escuela Militar de Enfermeras, cuya muestra se determinó por conveniencia; los criterios de inclusión fueron: la utilización exclusiva del “Implanon” con otro método, y de eliminación a las que no desearan contestar el cuestionario. Resultados. Se obtuvo como muestra a 60 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión, 63.3% de ellas son menores de 20 años y originarias del centro del país. El nivel de conocimiento relacionado con los métodos

anticonceptivos y en específico con el Implanon es calificado alto (78.33%). Los motivos de preferencia para utilizarlo son: discreción, comodidad, temporalidad, no molesto, práctico, eficaz y seguro. La mediana de la presencia de efectos secundarios encontrados fue de 4, con un mínimo de 2 y un máximo de 11; el tiempo promedio de aparición fue de un mes; las irregularidades menstruales fue el principal efecto secundario que presentaron las usuarias, seguido de la caída del cabello; 93.3% de las usuarias continuarían con el método y recomendando el mismo, sin importar la presencia de efectos secundarios. Conclusiones: La presencia de efectos secundarios no influye en la utilización y recomendación del “Implanon” como método anticonceptivo; relacionado con las características de ser seguro, eficaz, accesible, cómodo, discreto, temporal, práctico, las cuales son más importantes para las usuarias que la presencia de los efectos secundarios.

Rosales Aujang Enrique, González Roque María. "Características sociodemográficas de las usuarias del implante anticonceptivo liberador de Etonogestrel" Gineco- Obstetricia. 2009. México. ⁽¹¹⁾

...La búsqueda de opciones para la anticoncepción se ha dirigido siempre al desarrollo de métodos cada vez más

eficaces e inocuos y, sobre todo, variados, para que quienes tienen contraindicación para alguno encuentren siempre una alternativa viable. 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.

*Medina Guevara, Cristina Carolina. **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 del Valle de Tumbaco.** Tesis (Médico), Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias de la Salud; Quito, Ecuador, 2014.*⁽¹²⁾... "Se realizó un estudio observacional analítico de diseño transversal en el Subcentro de Salud de Tumbaco, en donde se analizaron la satisfacción de uso del Implante Subdérmico de Etonogestrel "Implanon", los efectos secundarios y las razones para discontinuar el mismo, en comparación con otros métodos

hormonales de anticoncepción (método inyectable), acetato de Medroxiprogesterona. Se revisaron las historias clínicas de 299 mujeres adolescentes de 12 a 19 años, en el período de Enero de 2012 a Diciembre de 2013. Se encontró que las usuarias de Implanon están estadísticamente más satisfechas, que las usuarias de otros métodos anticonceptivos hormonales (99%). Los dos grupos presentaron efectos adversos en menos de la mitad de la población de usuarias, siendo el más frecuente la cefalea en ambos grupos. La continuación de uso es mayor en el grupo de usuarias de Implanon, que en el grupo de usuarias de otros métodos anticonceptivos (98.5 % vs. 83.5%). Al ser el embarazo adolescente un problema de salud pública en nuestro país, el uso de anticoncepción segura, reversible, de larga duración, y sobre todo, tolerable en esta población, es de vital importancia para disminuir la prevalencia de embarazos no deseados”.

2.1.2 A NIVEL NACIONAL

Chumbe Irene. Efectos adversos en la Salud Integral, Sexual y Reproductiva, relacionados con el uso dos métodos anticonceptivos sólo progestinas: el Implante Sub-dérmico y el Inyectable trimestral, en el Hospital María Auxiliadora.

Universidad san Martín de Porres, Lima, Perú. 2013.

(2)...Objetivo. Determinar efectos adversos en la Salud Integral, Sexual y Reproductiva, relacionados con el uso dos métodos anticonceptivos sólo progestinas: el Implante Sub-dérmico y el Inyectable trimestral, en el Hospital María Auxiliadora. Universidad san Martín de Porres, Lima, Perú. 2013. Método: Investigación de tipo descriptivo correlacional prospectivo; conformada por usuarias de Implante Sub-dérmico (Implanon), y usuarias del método inyectables trimestral (Depoprovera) siendo en total 186 usuarias, atendidas en el Hospital María Auxiliadora, en el mes de octubre de 2013. El instrumento de recolección de datos fue validado por expertos, siendo administrada por la investigadora previo consentimiento informado. La información fue procesada mediante el paquete estadístico SPSS versión 21; y el análisis con el χ^2 y RR. Resultados: Se presentaron en las usuarias de inyectable trimestral mayores efectos adversos en relación a las del implante sub-dérmico, como: aumento de peso, cefalea, caída de cabello, dolor de bajo vientre, depresión; aumento de apetito, variación del carácter, ansiedad, secreción vaginal, amenorrea, y cambios en la menstruación, todos ellos con

significancia estadística y de probabilidad de riesgo. El número de controles corresponde al método administrado por el profesional obstetra, recibiendo previamente consejería en forma integral y completa lo que constituyó factor protector al riesgo. Se sienten satisfechas con su anticonceptivo, el cual continuarían y los recomiendan. Conclusiones: El método implante sub-dérmico es un método ideal para las usuarias en general, por los efectos mínimos en su salud integral, sexual y reproductiva; haciéndose necesario implementar un protocolo de seguimiento a las usuarias de este nuevo anticonceptivo al alcance de las mujeres que desean espaciar su reproducción en mayor tiempo.

*J. Fabiola Gil. **Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del acetato de Medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de planificación familiar de Lima, 2005.***

Revista Peruana de Epidemiología. Vol 14 N° 3 Diciembre 2010.

⁽¹⁴⁾...”En este estudio se busca determinar los conocimientos, las actitudes que tengan las usuarias sobre el DMPA y su asociación a la aceptación de los efectos secundarios de los mismos. La población estuvo conformada por 125 usuarias de las cuales se entrevistó a 93 que cumplieron con los criterios de

inclusión, las cuales acudieron a su cita o en demanda del método. Es importante tener en cuenta las características de las usuarias que acuden al servicio de planificación familiar, y que nos encontramos en una zona urbana para poder tener una mejor visión con respecto a los resultados. Se encontró que son mujeres relativamente jóvenes de 20 a 35 años (44,1%), tienen como promedio de uno a dos hijos vivos (68.8%) lo que coincide con otros datos en los cuales se ve una mayor intención de uso se presenta entre las mujeres que actualmente tienen uno a tres hijos vivos (68,3%). Predomina también la convivencia como estado civil (60,2%) y que las usuarias en su mayoría tienen nivel de instrucción superior (51,6%) y secundaria un (44,1%). Otra característica importante de las usuarias es que la mayoría se dedica a actividades domésticas. En cuanto a la aceptación, las usuarias aceptan parte de los efectos secundarios del método; sin embargo, los cambios menstruales como la amenorrea y el sangrado en goteo en su mayoría no son aceptados por las usuarias. La irregularidad menstrual es bastante más aceptada por las usuarias (67,7%), al igual que la cefalea (52,7%) y el aumento de peso (65,6%), no siendo así en lo concerniente a la

disminución de peso, posiblemente porque las usuarias lo asocian a problemas de salud.

*Elorreaga Baudouin, Yanira Guadalupe; García Montalva, Marina Susana, Tesis: **Relación entre la consejería y los conocimientos y actitudes de las usuarias nuevas al programa de planificación familiar sobre el uso del acetato de Medroxiprogesterona en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, 2001.** Para optar el título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú 2012.* ⁽¹⁵⁾ ...”En un estudio realizado en nuestro país por el Consejo de población (con sede en New York) en el cual se entrevistó a 112 mujeres que usaban DMPA. Hasta el momento no se ha encontrado trabajos de investigación de este tipo; por lo que no tenemos un patrón de referencia que relacione los conocimientos y las actitudes con la consejería que se les brinda a las usuarias en el Programa de Planificación Familiar, pero si se pueden comparar las variables porque se han realizado estudios sobre el nivel de conocimientos y actitudes con Depoprovera, por todo lo antes mencionado este trabajo resulta de gran importancia. El perfil de las usuarias en estudio tiene las siguientes características: que el grupo etario más frecuente es de 15 a 24 años, cuya

relación conyugal en su mayoría es conviviente 55.8%, grado de instrucción superior 58.1%, y sin ocupación formal 43% (ama de casa). Respecto al número de hijos se tiene entre 1 a 2 hijos por pareja, inicio de relación sexual durante la adolescencia (53,8%) y el número de parejas sexuales 2 (51,6%). Según el manual mundial de proveedores en Planificación Familiar antes de administrar la inyección debe brindarse un minucioso asesoramiento sobre las alteraciones del patrón de sangrado y otros efectos colaterales; sin embargo, los resultados obtenidos demuestran que más del 50% de las usuarias no conoce los efectos del acetato de Medroxiprogesterona sobre la menstruación; del cual es muy importante tener conocimiento y evitar así las posibles dudas o temores con respecto a la amenorrea y las creencias de que el sangrado menstrual queda retenido o se acumula dentro del organismo y que esto es dañino o perjudicial para la salud de la mujer.

*García Briceño, Lourdes Jhaquelyn; Llactahuaman Cuchuñauya, Sara. Tesis: **Asociación entre el acetato de Medroxiprogesterona y deseo sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012.** Para*

obtener el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Obstetricia, Lima – Perú 2012. ⁽¹⁶⁾...”En este estudio se busca determinar la asociación entre el Acetato de Medroxi-progesterona y el deseo sexual. Es importante tener en cuenta las características de las usuarias que acuden al servicio de planificación familiar, y que nos encontramos en el Instituto Nacional Materno Perinatal para poder tener una mejor visión de los resultados, puesto que en dicho servicio se estiman 17, 244 atenciones anuales. Se encontró a la mayoría de usuarias en un rango de edad entre 20 a 24 años (40%) y que tienen como promedio de uno a dos hijos vivos (75,7%). Predomina también la convivencia como estado civil (61,4%) y que las usuarias en su mayoría tiene nivel de instrucción secundario (52,9%) y superior un 41.4%. En cuanto a los métodos anticonceptivos se observó que el inyectable trimestral fue el más frecuente (52,9%), seguido de los preservativos (24,3%) datos que difieren del ENDES 2010 donde los preservativos son más usados que los inyectables⁴. Dato que tal vez se deba a que el ENDES es poblacional y estos son datos de un establecimiento de salud”.

2.2 Base teórica

2.2.1 Planificación familiar

La 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. La planificación se trata de que las mujeres y hombres tengan acceso a la información y servicios de la más amplia variedad para hacer uso de sus derechos a la planificación familiar y regular su fecundidad de acuerdo a sus ideales reproductivos. ⁽¹⁷⁾

La anticoncepción contribuye a reducir el número de embarazos riesgosos, permitiendo particularmente a las mujeres de postergar el embarazo hasta encontrarse en mejores condiciones de salud. ⁽¹⁷⁾

La encuesta demográfica y de salud familiar 2013 Encuesta demográfica y salud sexual (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 %.

(18)

Los peruanos y las peruanas tienen la libertad de tener acceso a una variedad de métodos anticonceptivos gratuitos, para poder realizar una elección libre y voluntaria, a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva, a que las instituciones de salud velen porque se cumplan estos principios en todas sus fases de la atención y a ser atendidos.

2.2.2 Implante subdérmicos de etonogestrel

❖ Aspectos históricos

En 1974, diversos estudios multinacionales comparativos probaron 36 diferentes dosis en 1,100 voluntarias, estos estudios proporcionaron información sobre la eficacia, duración y efectos secundarios. Durante casi dos décadas se buscó el progestágeno ideal, por lo cual se evaluaron diversas progestinas, como la

noretindrona, el norgestimato y el acetato demegestrol. Posteriores estudios clínicos fueron realizados, entre 1980 y 1982, en diversos países: Chile, República Dominicana, Finlandia, Suecia y Estados Unidos. En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Planificación Familiar, revisaron el producto y Suecia lo aprobó para su utilización en la población femenina.

El sistema anticonceptivo a base de Etonogestrel consta de una cápsulas de 34 mm de largo y 2.4 mm de diámetro, hecha con un tubo de silastic flexible. La cápsula tiene un diámetro interno de 1.57 mm y una longitud interna de 30 mm, sellada en sus extremos con adhesivo de silicón, evita el embarazo durante tres años.

Se inserta subcutáneamente en el brazo de la mujer, evita el embarazo segregando Etonogestrel, una hormona progestágena que inhibe la ovulación y engrosa la mucosa cervical, disminuyendo así la movilidad de los espermatozoides.⁽⁶⁾

❖ **Mecanismo de acción**

a) Función ovárica

El Implante 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. ⁽⁹⁾

b) Moco cervical.

El poderoso efecto de Etonogestrel da como resultado un moco viscoso y escaso, inapropiado para la penetración de los espermatozoides. En algunos estudios in vitro se ha demostrado que, tres días después de la inserción, 80% de los espermatozoides tienen una pobre penetración. ⁽⁹⁾

c) Endometrio

Se sabe que en un ciclo normal en las células estromales, los receptores estrogénicos aumentan en la fase proliferativa y disminuyen en la fase secretora. En las células glandulares, los receptores en mención aumentan en la fase proliferativa y secretora

temprana y disminuyen en la fase secretora tardía. En las células del estroma, los receptores de progesterona (A y B) aumentan significativamente en las fases proliferativa y secretora temprana y aumentan poco en las fases secretora media y tardía. En las células glandulares aumentan significativamente en las fases proliferativa y secretora temprana y disminuyen en la fase secretora media y tardía. Esto produce un endometrio parcialmente delgado, con una maduración irregular y asincrónica. Estos cambios son reversibles y remiten en forma espontánea en el corto plazo, al suspenderse el método, por lo que no influye en la fertilidad posterior de la paciente. ⁽¹⁹⁾

❖ **Efectos adversos**

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

a) Sangrado

Los periodos prolongados de sangrado observado en el implante, se asocian con la falta de liberación de estradiol: endometrio delgado y supresión del desarrollo de arteriolas espirales.

b) Cambios de peso

Una de las causas de aumento de peso es el efecto androgénico de la progestina en el cuerpo porque se estima que produce una retención de líquidos o por un cambio en el metabolismo basal.

c) Cefalea

Un porcentaje de mujeres que utilizan este método anticonceptivo cursan con cefalea, la misma que al ser ligera y temporal cede con analgesia. Aunque los episodios de cefalea son transitorios y leves, las usuarias que lo presentan, particularmente son mujeres con migraña. Actualmente aún no se conoce el efecto que puede producir el uso prolongado de progestágeno sobre las paredes arteriales. ⁽⁴⁾

d) Acné

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

e) Quiste ovárico

Dado que los implantes no inhiben por completo el eje hipotálamo–hipófisis, la FSH fomenta el desarrollo de los folículos. La incidencia de quistes ováricos simples aumenta en usuarias que utilizan métodos anticonceptivos sólo gestágenos porque la concentración sérica baja del gestágeno suprime a la hormona luteinizante en un gran porcentaje de usuarias y por tanto, evita la ovulación. Los folículos que no se rompen con la ovulación suelen alcanzar un tamaño de 3 a 6 cm y persisten durante varias semanas.

f) Cambios mamarios

El 30% 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. ⁽⁴⁾

❖ **Efectividad**

La tasa de falla es de 0.05%, es más bajo en cuanto a la tasa de falla anticonceptiva, en comparación con otros métodos anticonceptivo.

❖ **Indicaciones**

Representan buena elección para las mujeres en edad reproductiva que tienen actividad sexual y desean anticoncepción continua y prolongada. Los implantes se debe plantear a mujeres que:

- a) Desean retraso del siguiente embarazo al menos 2-3 años.
- b) Desean método anticonceptivo a largo plazo eficaz.

- c) Presenten efectos secundarios relacionados con los estrógenos (anticoncepción combinada Estrógeno - Progestágeno).
- d) Tienen dificultad para toma diario de comprimidos, presentan contraindicaciones o dificultades para uso de DIU.
- e) Que han finalizado su deseo reproductor, pero aún no están preparadas para someterse a esterilización quirúrgica.
- f) Padecen enfermedades crónicas, en las que su salud se ve amenazada por un embarazo.

2.2.3 Acetato de medroxiprogesterona

El acetato de medroxiprogesterona, comercializado con el nombre de Depoprovera, se estudió por primera vez como anticonceptivo entre los años 1963 y 1966, y su uso fue extendiéndose paulatinamente.

Este método se utilizó en muchos países entre los años 1990 y 1994, pues los envíos del Fondo de las naciones unidas para actividades en materia de población casi se cuadruplicaron, pasando de 4,5 millones de 18 dosis anuales

a 16,7. En octubre de 1992, la administración de los Estados Unidos de alimentos y medicamentos aprobó el acetato de medroxiprogesterona para su uso como anticonceptivo en ese país, lo cual permitió que la agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional (USAID) empezara a suministrarlo a otras regiones del mundo.

Entre abril de 1994 y febrero de 1995 aproximadamente 35 000 mujeres empezaron a usarlo en Filipinas con tasas de continuidad muy elevadas; mientras que en 1994 el Acetato de Medroxiprogesterona fue introducido también en nuestro país. ⁽¹⁴⁾

El acetato de medroxiprogesterona se encuentra suspendido en forma de microcristales en una solución acuosa. El ministerio de salud lo distribuye y se administra a una dosis de 150 mg de por vía intramuscular profunda cada 3 meses (12 semanas). El efecto anticonceptivo dura unas 14 semanas y el margen de seguridad es uno de los más altos.

Se considera que no es un sistema de liberación prolongada, ya que de hecho se absorbe completamente y las concentraciones en sangre dependen de la dilución lenta de los microcristales. El primer inyectable debe administrarse

durante los primeros 5 días del ciclo para que sea eficaz desde el inicio. ⁽¹⁵⁾

❖ **Mecanismos primarios**

a) Ovulación:

La progestina perturba el equilibrio de las hormonas naturales bloqueando las señales del hipotálamo y la glándula pituitaria, las cuales son necesarias para la ovulación. Como consecuencia de ello, en algunos ciclos, ningún folículo se madura lo suficiente como para liberar al óvulo. Alteran centralmente los patrones de secreción; los signos de la ovulación no llegan en el momento indicado, por lo que las mujeres no ovulan normalmente; sin embargo, no siempre bloquean la ovulación ni lo hacen en todas las mujeres, ya que la suspensión de la ovulación está vinculada a la cantidad de progestina presente en el cuerpo de la mujer, por este motivo las mujeres que tienen niveles más bajos de progestina en la sangre tienen más probabilidad de ovular, y cuanto más

grasa tenga la mujer, más progestina se requiere para lograr el mismo nivel de eficacia anticonceptiva. ⁽¹⁵⁾

b) Moco cervical

Esta hormona mantiene espeso el moco todo el tiempo, lo cual dificulta la penetración del espermatozoide. ⁽¹⁶⁾

❖ **Mecanismos secundarios**

a) Endometrio

Bloquean el engrosamiento de la pared uterina o endometrio, haciéndolo menos hospitalario para el óvulo fecundado. El endometrio sigue formando un revestimiento que se elimina periódicamente, causa posible del sangrado periódico o irregular asociado con los inyectables.

b) Trompas de falopio

Se cree que retardan el desplazamiento del óvulo a lo largo de las trompas de Falopio desde el ovario hasta el útero, reduciendo el número de cilios, que son los

filamentos que recubren las trompas y movilizan el óvulo; además, disminuye la fuerza muscular de las trompas, por lo cual las contracciones de estas se debilitan. ⁽¹⁵⁾

❖ **Eficacia**

La eficacia anticonceptiva que excede el 99% (es decir la tasa reportada de embarazo accidental durante 1 año de uso es de 0,3%).

❖ **Contraindicaciones**

Excepto bajo circunstancias especiales, no se debe usar este medicamento cuando existan los siguientes problemas médicos:

- a) Hipersensibilidad a la progestina.
- b) Tumores malignos de mama, pueden empeorar la condición en algunos pacientes que no responden.
- c) Enfermedad hepática aguda: Incluyendo tumores hepáticos benignos o malignos.
- d) Embarazo conocido o sospechado.

- e) Tromboflebitis activa: Las altas dosis de medroxi-progesterona usadas para tratar el cáncer de mama y próstata se han asociado.
- f) Sangrado del tracto urinario, sangrado genital o uterino, no diagnosticado.
- g) Asma, insuficiencia cardiaca significativa, epilepsia, hipertensión, dolores de cabeza por migraña, disfunción renal significativa: Algunas progestinas pueden causar retención de líquidos y empeorar estas condiciones.
- h) Desórdenes del sistema nervioso central, como historia de depresión o convulsiones: Se han reportado casos de convulsiones con el uso de medroxiprogesterona inyectable; sin embargo no se ha establecido una relación clara.
- i) Diabetes mellitus: Las altas dosis de medroxiprogesterona pueden alterar el metabolismo de los carbohidratos por un mecanismo desconocido, produciendo una disminución leve en la tolerancia a la glucosa en algunos pacientes.
- j) Antecedentes de enfermedad o disfunción hepática.

- k) Factores de riesgo significativo de contenido mineral en los huesos: El efecto de las progestinas en la densidad de los huesos no está bien establecido y puede depender del tipo de progestina, dosis, género y edad del paciente.
- l) Antecedentes de desórdenes tromboembólicos, incluyendo enfermedad cerebrovascular, embolia pulmonar, trombosis de la retina o antecedente de tromboflebitis.

❖ **Efectos secundarios más comunes**

Es probable que la mayoría de las mujeres experimenten algún tipo de trastorno menstrual cuando usan este método anticonceptivo. En vez del período menstrual, las mujeres pueden presentar amenorrea, a veces experimentan un sangrado prolongado que fluctúa en frecuencia y duración, y solo un porcentaje muy reducido de mujeres tienen un sangrado abundante que puede ser causa de alarma. Cuando las mujeres experimentan sangrado prolongado o irregular, por lo general es temporal. Mientras que el sangrado

intermenstrual desaparece casi por completo con el tiempo; y a medida que aumenta la duración del uso del acetato de Medroxiprogesterona, también aumenta la probabilidad de amenorrea. Otro posible efecto secundario es el aumento de peso, que puede llegar a afectar más al cabo de varios años de uso 21. La supresión del estrógeno ocasionada por el uso del método anticonceptivo puede aumentar el apetito. Los dolores de cabeza también figuran entre las condiciones médicas comunes que experimentan las mujeres en edad de procrear. ⁽¹⁶⁾

El uso de la medroxiprogesterona puede llegar a aumentar la frecuencia de las cefaleas intensas. Esta consideración es importante, ya que este método no puede dejar de usarse fácilmente si surgen problemas. Se ha demostrado que la medroxiprogesterona hace reducir las concentraciones de estrógeno, y el estrógeno se necesita para el desarrollo y el mantenimiento de huesos fuertes; por lo que puede predisponer a las mujeres si su uso se prolongara a través de los años. ⁽¹⁴⁾

La demora en el retorno de la fertilidad es evidente. La concepción en general demora varios meses en producirse. El tiempo promedio para el retorno de la ovulación ocurre en 5 meses. ⁽¹⁴⁾

2.3 Definición de términos

2.3.1 Planificación familiar

Derecho básico de la pareja de decidir de manera libre y responsable cuántos hijos tener. ⁽²¹⁾

2.3.2 Método anticonceptivo

Un método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles. ⁽²¹⁾

2.3.3 Implante subdérmico

Etonogestrel 68mg, es un implante de sólo progestágeno, compuesto por una única varilla que puede ser insertada y extraída en forma rápida y sencilla por un profesional médico experimentado. ⁽⁷⁾

2.3.4 Acetato de medroxiprogesterona

Es un anticonceptivo reversible. Se trata de un sólo progestina, y es una opción para las mujeres en las que los anticonceptivos que contienen estrógeno está contraindicado o causa problemas de salud adicionales.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de investigación

La presente tesis es de tipo analítico, prospectivo, de corte transversal.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Usuaris del anticonceptivo Implante subdérmico de Etonogestrel y la Medroxiprogesterona que acudieron al control de consultorio de planificación familiar del HMA, son 132 usuarias del Implante y 248 usuarias del Inyectable en el periodo Octubre – Noviembre del 2014, que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo un total de 380 usuarias.

3.2.2 Muestra

Para la obtención de la muestra, siendo esta finita, es decir conocemos el total de la población 380 a estudiar, deseamos conocer cuántas del total tendremos que estudiar, con un nivel de confianza de 95% y con un margen de error de 5%. La respuesta la obtuvimos al utilizar la siguiente muestra:

$$n = \frac{N}{1 + (N \times P^2)}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra a encontrar

N = número total de sujetos en el universo (población, en nuestro caso 380)

P = precisión (error máximo permitido entre el parámetro y el estadístico) expresado en porción.

$$n = 196$$

Entonces el total de nuestra muestra fue 98 usuarias del anticonceptivo Implante subdérmico de Etonogestrel y 98 usuarias de Medroxiprogesterona.

3.3 Criterios de selección

3.3.1 Inclusión

Mujeres en edad fértil que acudieron al Hospital María Auxiliadora, durante el periodo Octubre - Noviembre del año 2014, para su primer control del método solicitado, cuya historia clínica contenga los datos que se requieren para la investigación.

3.3.2 Exclusión

Mujeres continuadoras que tenga más de un control de su anticonceptivo en el Hospital u otro Centro de Salud.

3.4 Variables de estudio

3.4.1 Independiente

- ❖ Uso del Etonogestrel
- ❖ Uso de la Medroxiprogesterona

3.4.2 Dependiente

- ❖ Factores asociados

3.5 Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Uso del método	<ul style="list-style-type: none"> - Usuaría de Etonogestrel - Usuaría de Medroxiprogesterona 	Nominal
1. FACTORES PERSONALES	Edad actual	En años	Intervalo
	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Casada - Conviviente 	Nominal
	Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeta - Primaria - Secundaria - Superior 	Ordinal
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> - Ama de casa - Trabajo dependiente - Trabajo independiente - Otros 	Nominal
	Religión	<ul style="list-style-type: none"> - Católica - Evangélica - Adventista - Otros 	Nominal
2. FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS	Menarquia	En años	Intervalo
	Inicio Relación sexual	En años	Intervalo
	Nº de gestaciones	<ul style="list-style-type: none"> - 1 gestación - 2 gestaciones - 3 gestaciones - > de 3 gestaciones 	Intervalo
	Nº de hijos vivos	<ul style="list-style-type: none"> - 1 hijo vivo - 2 hijos vivos - 3 hijos vivos - > de 3 hijos vivos 	Intervalo
	Tipo de método anticonceptivo usado anteriormente	<ul style="list-style-type: none"> - Método del calendario - Píldoras - Inyectables - Preservativo - DIU - Otros - Ninguno 	Nominal
	Razón por la que usa el método	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor seguridad - Menos efectos secundarios - Más fácil de usar - Larga duración - No se hace examen ginecológico 	Nominal
3.EFECTOS COLATERALES PROPIO DEL MÉTODO	Efectos colaterales propio del método	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor de cabeza - Nauseas - Alteración menstrual - Dolor en la zona de colocación - Aumento de peso - Disminución de peso - Dolor de mamas - Otros - Ninguno 	Nominal

3.6 Técnicas e instrumentos para recolección de datos

La información de recolectó de las historias clínicas de usuarias de ambos métodos, del mes de inicio que fue octubre al mes de noviembre del presente año, en el servicio de planificación familiar del Hospital María Auxiliadora.

El instrumento estuvo conformado por una Ficha de recolección de datos, la que se completó con información de las historias clínicas.

La ficha está conformada por partes: factores personales, Gineco - Obstétrico, efectos colaterales del método.

3.7 Procesamiento de datos

Una vez recolectada la información se procedió a:

- ❖ El ordenamiento y numeración de las fichas clínicas.
- ❖ Tabulación de los datos.
- ❖ Se ingresó la información al paquete estadístico Microsoft Office Excel 2010 para posteriormente ingresarlos a la base de datos del programa estadístico SPSS versión 21, lo que nos proporcionó las tablas y gráficos correspondientes.
- ❖ Se utilizó pruebas estadísticas como el chi cuadrado de Pearson para la constatación de hipótesis.

3.8 Validez

El instrumento ha sido validado por Obstetras Especialistas, quienes a la vez son capacitadoras nacionales del Hospital María Auxiliadora, primera sede del programa de inserción del anticonceptivo Implante subdérmico.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo de la ficha

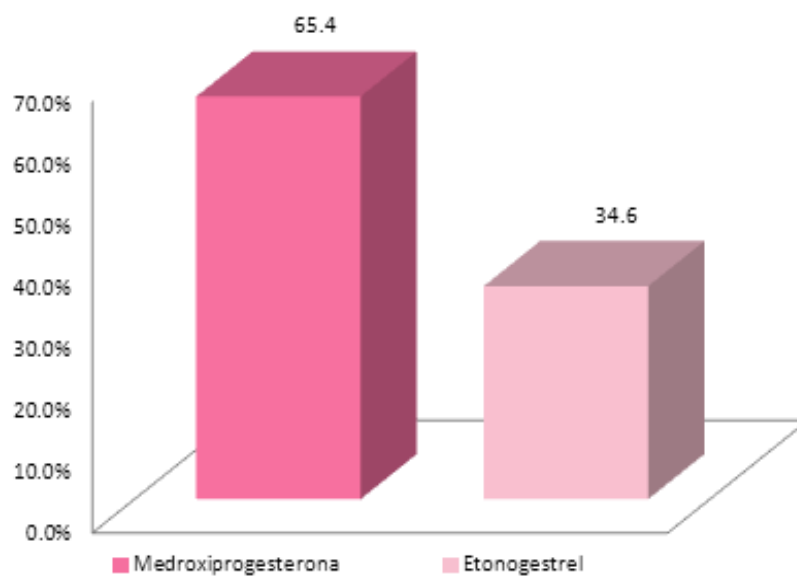
Tabla 1

Frecuencia de uso del anticonceptivo Implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®), HMA, Lima - 2014.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medroxiprogesterona	248	65,4 %
Etonogestrel	132	34,6 %
TOTAL	380	100,0 %

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora, S.J.M., Lima-2014

Gráfico 1



Fuente: Tabla 1.

Interpretación de la tabla 1 y gráfico 1

Se observa que:

La incidencia es del 65,4% en la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) y el 34,6% en el Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®).

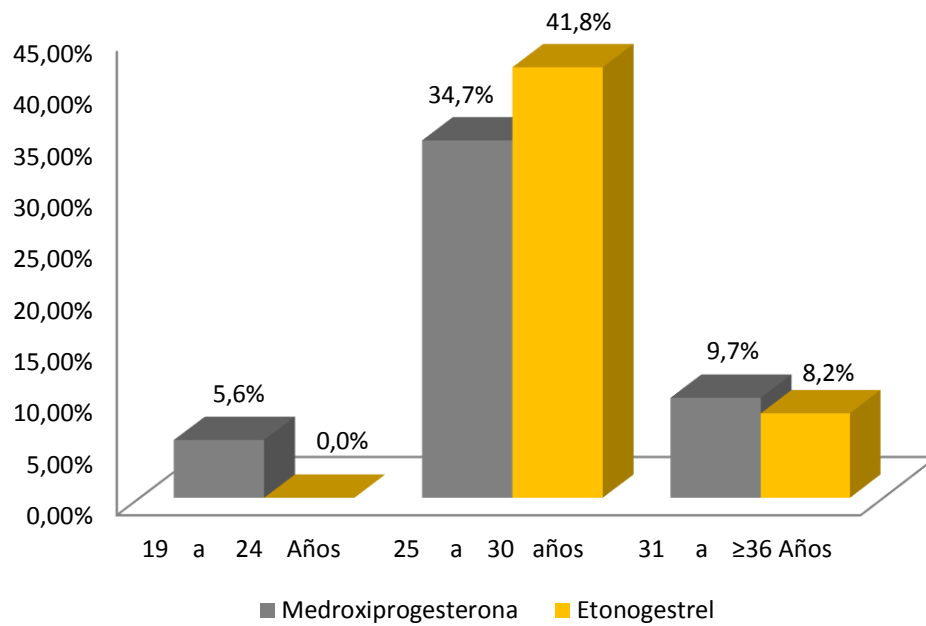
Tabla 2

Distribución de frecuencia según edad de las mujeres que usan el anticonceptivo implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la medroxiprogesterona (Depoprovera®), HMA, Lima -2014.

EDAD	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL	
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL			
	N°	%	N°	%	N°	%
19 a 24 años	11	5,6%	0	0,0%	11	5,6%
25 a 30 años	68	34,7%	82	41,8%	150	76,5%
31 a ≥ 36 años	19	9,7%	16	8,2%	35	17,9%
TOTAL	98	50%	98	50%	196	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora, S.J.M., Lima-2014

Gráfico 2



Fuente: Tabla 2.

Interpretación de la tabla 2 y gráfico 2

Se observa que:

El mayor porcentaje se encontró en la edad de 25 a 30 años, en la Medroxiprogesterona el 34,7% en 68 casos y en el Etonogestrel el 41,8% en 82 casos; de un total de 196 casos.

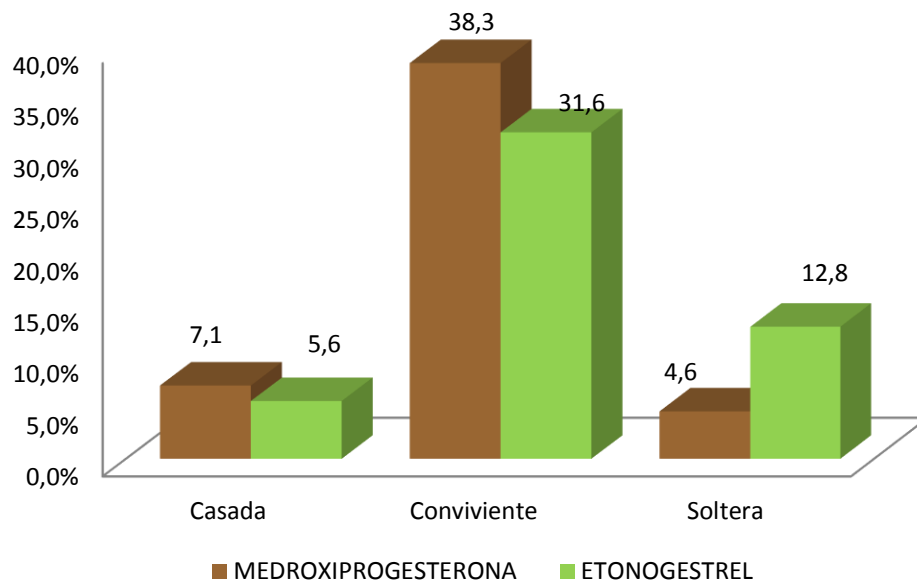
Tabla 3

Distribución de frecuencia según estado civil de las mujeres que usan el anticonceptivo implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la medroxiprogesterona (Depoprovera®), HMA, Lima -2014.

ESTADO CIVIL	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL	
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL		N°	%
	N°	%	N°	%		
Casada	14	7,1%	11	5,6%	25	12,8%
Conviviente	75	38,3%	62	31,6%	137	69,9%
Soltera	9	4,6%	25	12,8%	34	17,3%
TOTAL	98	50%	98	50%	196	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora, S.J.M., Lima-2014

Gráfico 3



Fuente: Tabla 3.

Interpretación de la tabla 3 y gráfico 3

Se observa que:

El mayor porcentaje se encontró la convivencia como estado civil, en la Medroxiprogesterona el 38.3% en 75 casos y en el Etonogestrel el 31.6% en 62 casos; de un total de 196 casos.

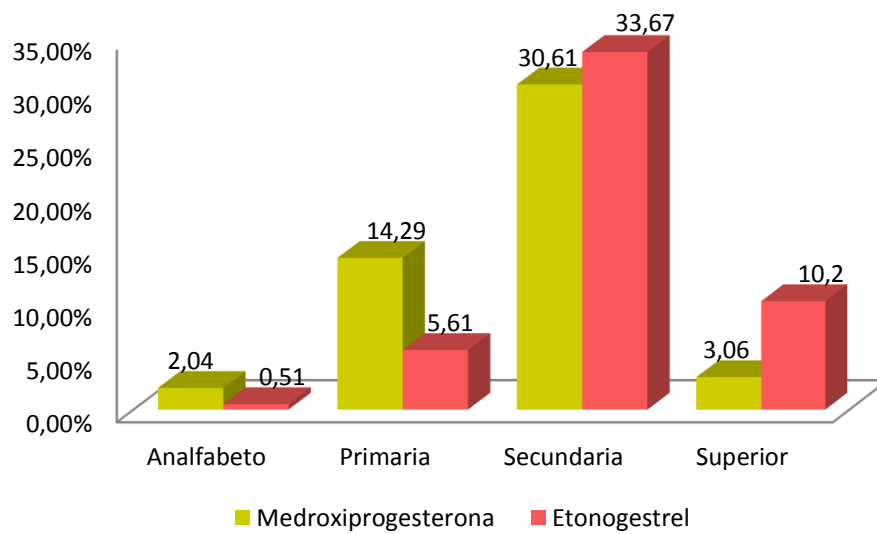
Tabla 4

Distribución de frecuencia según grado de instrucción de las mujeres que usan el anticonceptivo implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la medroxiprogesterona (Depoprovera®), HMA, Lima -2014.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL	
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL		N°	%
	N°	%	N°	%		
Analfabeto	4	2,04%	1	0,51%	5	2,55%
Primaria	28	14,29%	11	5,61%	39	19,9%
Secundaria	60	30,61%	66	33,67%	126	64,29%
Superior	6	3,06%	20	10,2%	26	13,27%
TOTAL	98	50%	98	50%	196	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora, S.J.M., Lima-2014

Gráfico 4



Fuente: Tabla 4.

Interpretación de la tabla 4 y gráfico 4

Se observa que:

El mayor porcentaje se encontró la secundaria como grado de instrucción, en la Medroxiprogesterona el 30,61% en 60 casos y en el Etonogestrel el 33,67% en 66 casos; de un total de 196 casos.

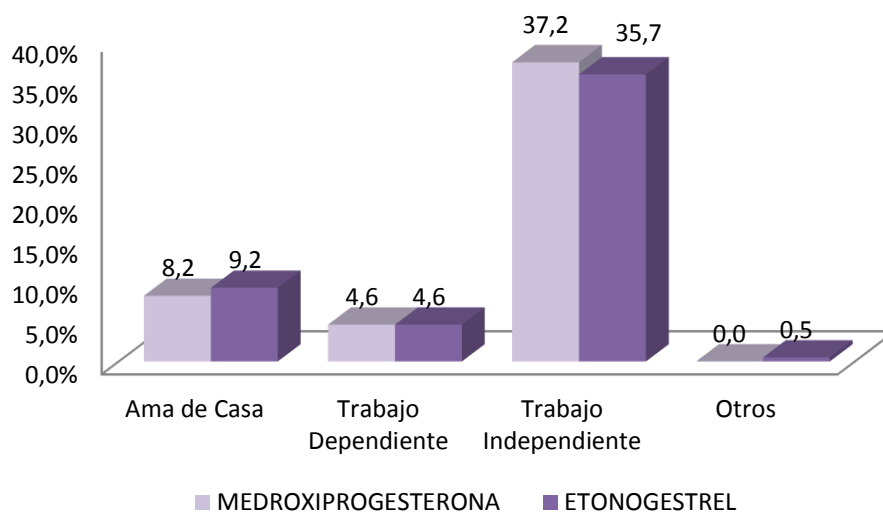
Tabla 5

Distribución de frecuencia según ocupación de las mujeres que usan el anticonceptivo implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la medroxiprogesterona (Depoprovera®), HMA, Lima -2014.

OCUPACIÓN	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL	
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL		N°	%
	N°	%	N°	%		
Ama de Casa	16	8,2%	18	9,2%	34	17,3%
Trabajo Dependiente	9	4,6%	9	4,6%	18	9,2%
Trabajo Independiente	73	37,2%	70	35,7%	143	73%
Otros	0	0,0%	1	0,5%	1	0,5%
TOTAL	98	50%	98	50%	196	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora, S.J.M., Lima-2014

Gráfico 5



Fuente: Tabla 5.

Interpretación de la tabla 5 y gráfico 5

Se observa que:

El mayor porcentaje se encontró el trabajo independiente como ocupación, en la Medroxiprogesterona el 37,2% en 73 casos y en el Etonogestrel el 35,7% en 70 casos; de un total de 196 casos.

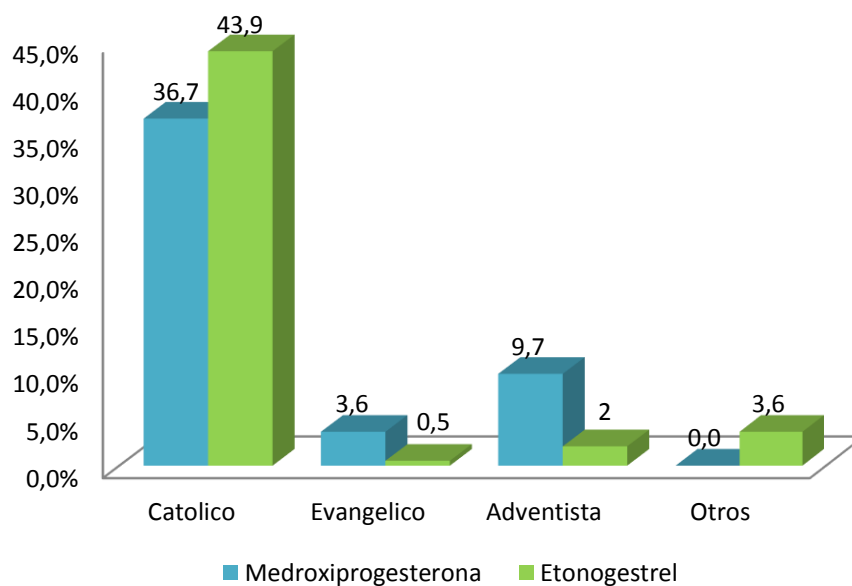
Tabla 6

Distribución de frecuencia según religión de las mujeres que usan el anticonceptivo implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la medroxiprogesterona (Depoprovera®), HMA, Lima -2014.

RELIGION	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL	
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL		N°	%
	N°	%	N°	%		
Católico	72	36,7%	86	43,9%	158	80,6%
Evangélico	7	3,6%	1	0,5%	8	4,1%
Adventista	19	9,7%	4	2%	23	11,7%
Otros	0	0,0%	7	3,6%	7	3,6%
TOTAL	98	50%	98	50%	196	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora, S.J.M., Lima-2014

Gráfico 6



Fuente: Tabla 6.

Interpretación de la tabla 6 y gráfico 6

Se observa que:

El mayor porcentaje se encontró la religión católica, en la Medroxiprogesterona el 36,7% en 72 casos y en el Etonogestrel el 43,9% en 86 casos; de un total de 196 casos.

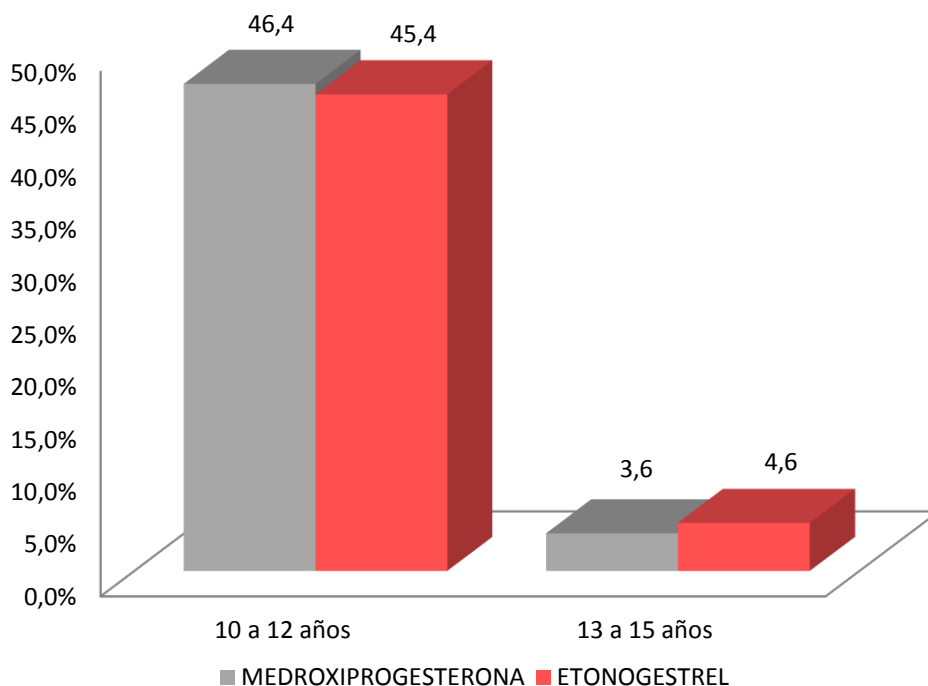
Tabla 7

Distribución de frecuencia según menarquia de las mujeres que usan el anticonceptivo implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la medroxiprogesterona (Depoprovera®),
HMA, Lima -2014.

MENARQUIA	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL	
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL		N°	%
	N°	%	N°	%		
10 a 12 años	91	46,4%	89	45,4%	180	91,8%
13 a 15 años	7	3,6%	9	4,6%	16	8,2%
TOTAL	98	50%	98	50%	196	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora, S.J.M., Lima-2014

Gráfico 7



Fuente: Tabla 7.

Interpretación de la tabla 7 y gráfico 7

Se observa que:

El mayor porcentaje se encontró en la edad de la primera menstruación de 10 a 12 años, en la Medroxiprogesterona el 46,4% en 91 casos y en el Etonogestrel el 45,4% en 89 casos; de un total de 196 casos.

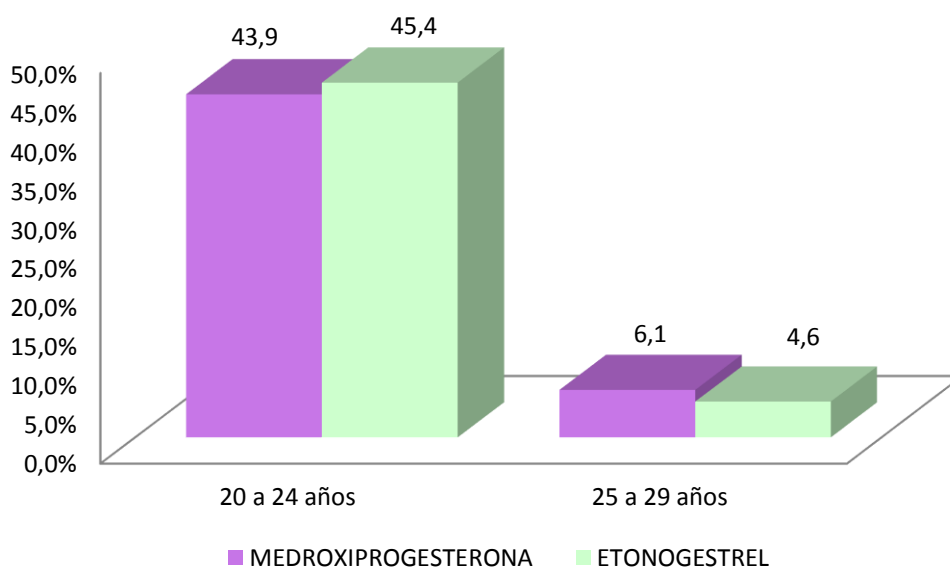
Tabla 8

Distribución de frecuencia según edad de la primera relación sexual de las mujeres que usan el anticonceptivo implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la medroxiprogesterona (Depoprovera®),
HMA, Lima -2014.

PRIMERA RELACION SEXUAL	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL	
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL		N°	%
	N°	%	N°	%		
15 a 19 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
20 a 24 años	86	43,9%	89	45,4%	175	89,3%
25 a 29 años	12	6,1%	9	4,6%	21	10,7%
TOTAL	98	50%	98	50%	196	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora, S.J.M., Lima-2014

Gráfico 8



Fuente: Tabla 8.

Interpretación de la tabla 8 y gráfico 8

Se observa que:

El mayor porcentaje se encontró en la edad de la primera relación sexual de 20 a 24 años, en la Medroxiprogesterona el 43,9% en 86 casos y en el Etonogestrel el 45,4% en 89 casos; de un total de 196 casos.

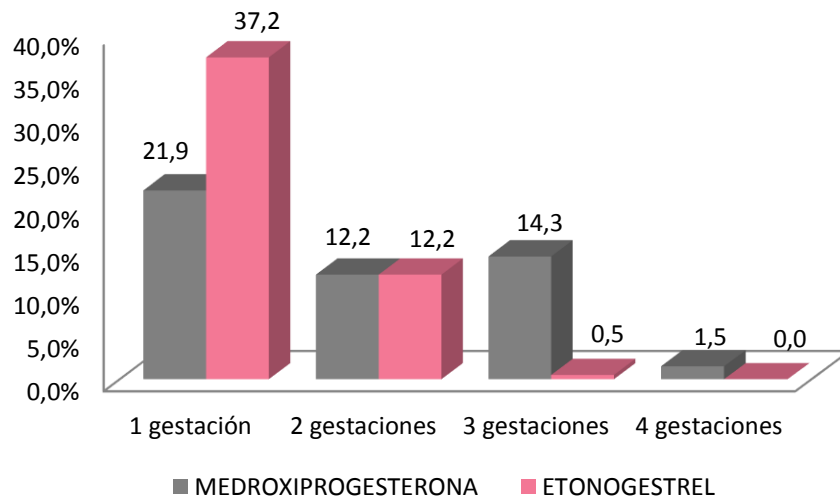
Tabla 9

Distribución de frecuencia según número de gestaciones de las mujeres que usan el anticonceptivo implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la medroxiprogesterona (Depoprovera®),
HMA, Lima -2014.

Nº DE GESTACIONES	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL	
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
1 gestación	43	21,9%	73	37,2%	116	59.2%
2 gestaciones	24	12,2%	24	12,2%	48	24.5%
3 gestaciones	28	14,3%	1	0,5%	29	14.8%
4 gestaciones	3	1,5%	0	0,0%	3	1.5%
TOTAL	98	50	98	50	196	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora, S.J.M., Lima-2014

Gráfico 9



Fuente: Tabla 9.

Interpretación de la tabla 9 y gráfico 9

Se observa que:

El mayor porcentaje se encontró 1 gestación en el número de gestaciones, en la Medroxiprogesterona el 21,9% en 43 casos y en el Etonogestrel el 37,2% en 73 casos; de un total de 196 casos.

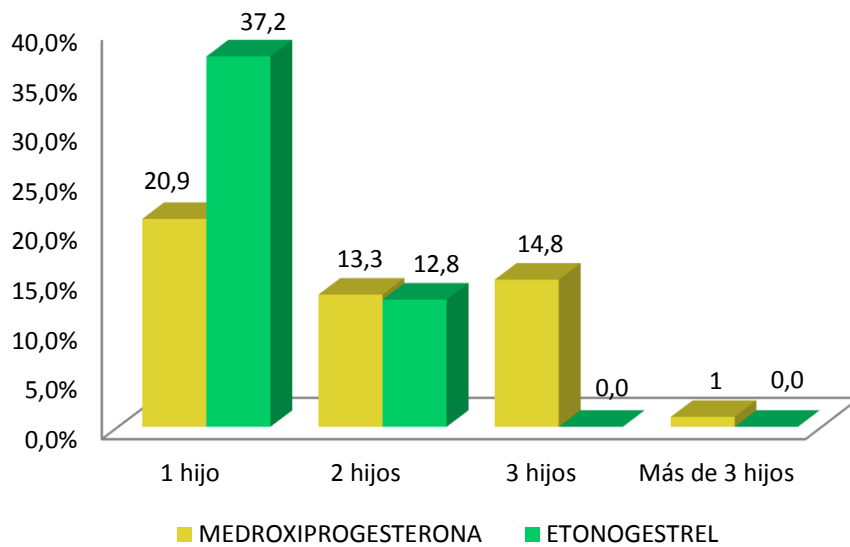
Tabla 10

Distribución de frecuencia según número de hijos vivos de las mujeres que usan el anticonceptivo implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la medroxiprogesterona (Depoprovera®),
HMA, Lima -2014.

Nº DE HIJOS VIVOS	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL	
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
1 hijo	41	20,9%	73	37,2%	114	58,2%
2 hijos	26	13,3%	25	12,8%	51	26%
3 hijos	29	14,8%	0	0,0%	29	14,8%
Más de 3 hijos	2	1%	0	0,0%	2	1%
TOTAL	98	50%	98	50%	196	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora, S.J.M., Lima-2014

Gráfico 10



Fuente: Tabla 10.

Interpretación de la tabla 10 y gráfico 10

Se observa que:

El mayor porcentaje se encontró 1 hijo en el número de hijos vivos, en la Medroxiprogesterona el 20,9% en 41 casos y en el Etonogestrel el 37,2% en 73 casos; de un total de 196 casos.

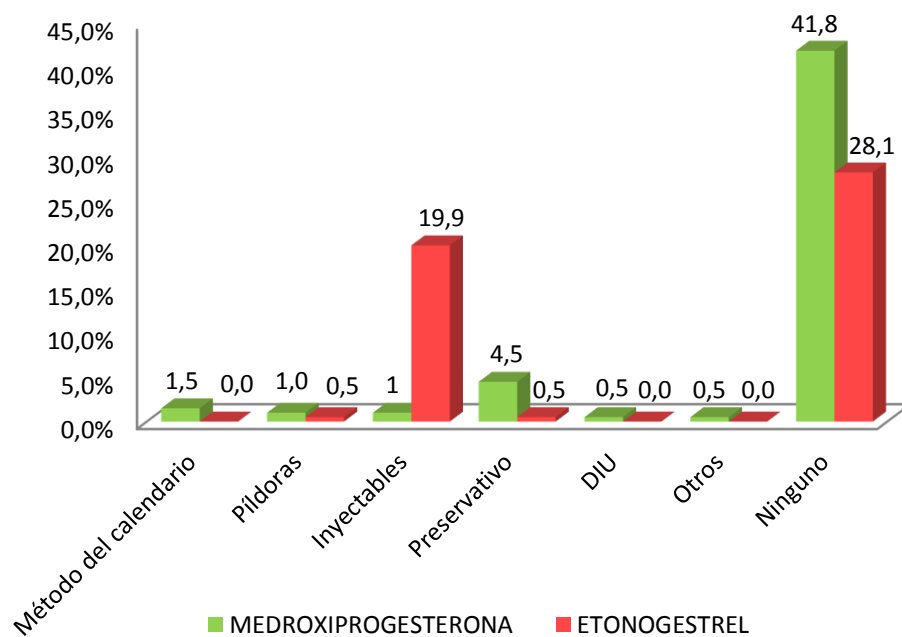
Tabla 11

Distribución de frecuencia según método anticonceptivo usado anteriormente de las mujeres que usan el anticonceptivo Implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la medroxiprogesterona (Depoprovera®), HMA, Lima -2014.

TIPO DE MAC USADO ANTERIORMENTE	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL	
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL		N°	%
	N°	%	N°	%		
Método del calendario	3	1,5%	0	0,0%	3	1,5%
Píldoras	2	1%	1	0,5%	3	1,5%
Inyectables	2	1%	39	19,9%	41	20,9%
Preservativo	9	4,6%	1	0,5%	10	5,1%
DIU	1	0,5%	0	0,0%	1	0,5%
Otros	1	0,5%	0	0,0%	1	0,5%
Ninguno	82	41,8%	57	29,1%	137	69,9%
TOTAL	98	50%	98	50%	196	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora, S.J.M., Lima-2014

Gráfico 11



Fuente: Tabla 11.

Interpretación de la tabla 11 y gráfico 11

Se observa que:

- ❖ En la Medroxiprogesterona el método más usado anteriormente fue el preservativo con un 4,6% en 9 casos; de un total de 196 casos.
- ❖ En el Etonogestrel el método más usado anteriormente fue el inyectable con un 19,9% en 39 casos; de un total de 196 casos.

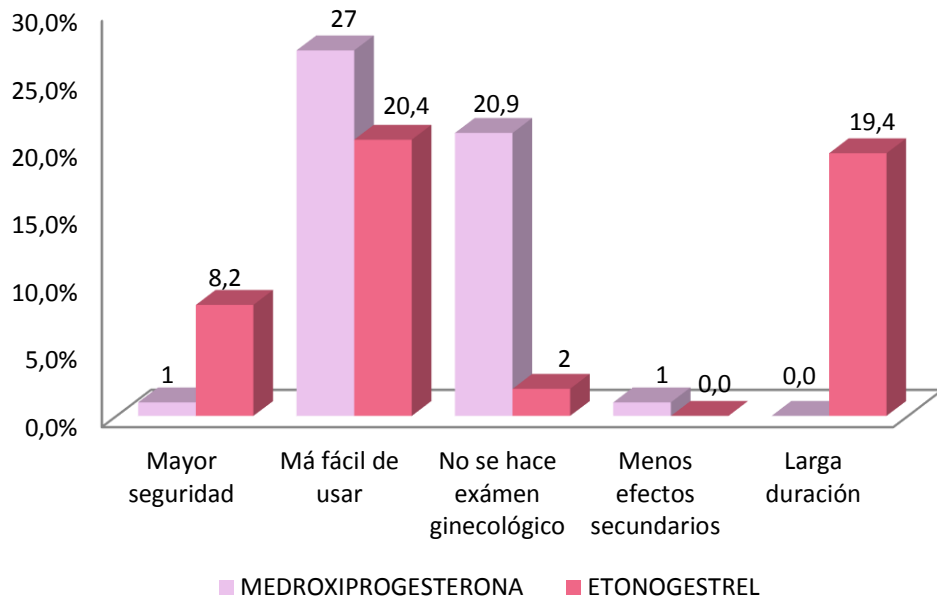
Tabla 12

Distribución de frecuencia según razón por la que usa el método las mujeres que usan el anticonceptivo Implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la medroxi-progesterona (Depoprovera®), HMA, Lima -2014.

RAZÓN POR LA CUAL USA EL MÉTODO	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL	
	MEDROXI-PROGESTERONA		ETONOGESTREL		N°	%
	N°	%	N°	%		
Mayor seguridad	2	1%	16	8,2%	18	9,2%
Más fácil de usar	53	27%	40	20,4%	93	47,4%
No se hace examen ginecológico	41	20,9%	4	2%	45	23%
Menos efectos secundarios	2	1%	0	0,0%	2	1%
Larga duración	0	0,0%	38	19,4%	38	19,4%
TOTAL	98	50%	98	50%	196	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora, S.J.M., Lima-2014

Gráfico 12



Fuente: Tabla 12.

Interpretación de la tabla 12 y gráfico 12

Se observa que:

- ❖ En la Medroxiprogesterona se presentó el aumento de peso con un 8,2% en 16 casos; de un total de 196 casos.
- ❖ En el Etonogestrel se presentó la alteración menstrual con un 5,1% en 10 casos; de un total de 196 casos.

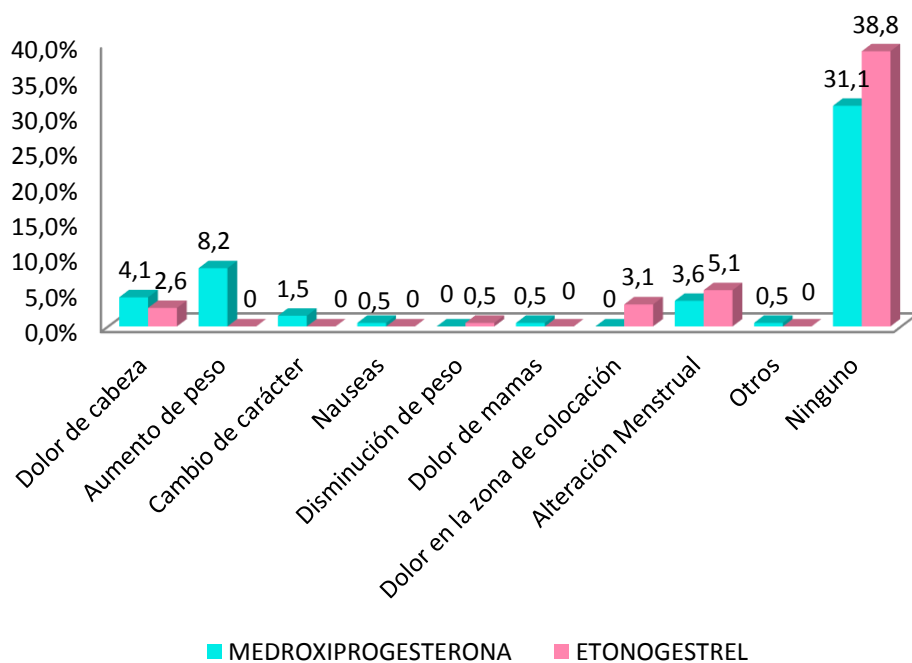
Tabla 13

Distribución de frecuencia según efecto propio del método en las mujeres que usan el anticonceptivo Implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) en relación a la medroxiprogesterona (Depoprovera®), HMA, Lima -2014.

EFECTOS COLATERALES	MÉTODO ANTICONCEPTIVO				TOTAL	
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL		N°	%
	N°	%	N°	%		
Dolor de cabeza	8	4,1%	5	2,6%	13	6,6%
Aumento de peso	16	8,2%	0	0,0%	16	8,2%
Cambio de carácter	3	1,5%	0	0,0%	3	1,5%
Nauseas	1	0,5%	0	0,0%	1	0,5%
Disminución de peso	0	0,0%	1	0,5%	1	0,5%
Dolor de mamas	1	0,5%	0	0,0%	1	0,5%
Dolor en la zona de colocación	0	0,0%	6	3,1%	6	3,1%
Alteración Menstrual	7	3,6%	10	5,1%	17	8,7%
Otros	1	0,5%	0	0,0%	1	0,5%
Ninguno	61	31,1%	76	38,8%	137	69,9%
TOTAL	98	50%	98	50%	196	100%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital María Auxiliadora, S.J.M., Lima-2014

Gráfico 13



Fuente: Tabla 13.

Interpretación de la tabla 13 y gráfico 13

Se observa que:

- ❖ En la Medroxiprogesterona se presentó el aumento de peso con un 8,2% en 16 casos; de un total de 196 casos.
- ❖ En el Etonogestrel se presentó la alteración menstrual con un 5,1% en 10 casos; de un total de 196 casos.

4.2 Proceso de contrastación de hipótesis

4.2.1 Primera hipótesis

H₀: Es probable que los factores personales asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) no tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima – 2014.

H₁: Es probable que los factores personales asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) si tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima – 2014.

Análisis estadístico de chi cuadrado relacional entre edad y método anticonceptivo.

EDAD	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL	
	N°	%	N°	%
19 a 24 años	11	5,6%	0	0,0%
25 a 30 años	68	34,7%	82	41,8%
31 a ≥ 36 años	19	9,7%	16	8,2%
TOTAL	98	50%	98	50%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del HMA, S.J.M., Lima-2014

Prueba estadística de chi – cuadrado:

- ***Tipo de prueba:***

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- ***Nivel de significación de la prueba:***

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- ***Distribución apropiada para la prueba:***

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

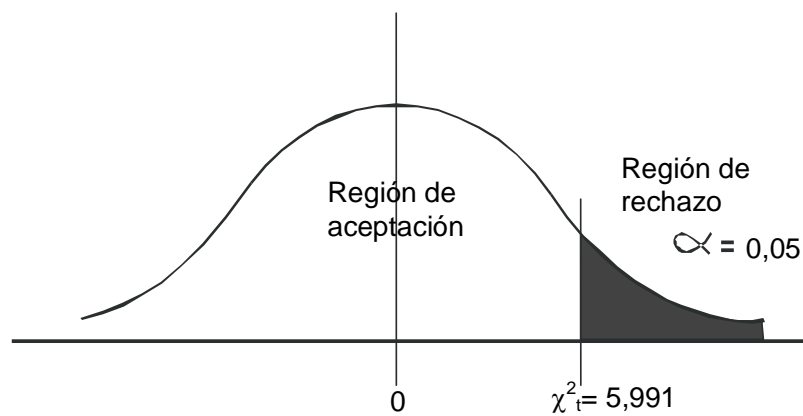
$$Gl = (2 - 1) * (3 - 1)$$

$$Gl = 2$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 5,991$$

- **Esquema gráfico de la prueba:**



$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 12,564$$

- **Regla de decisión:**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados :**

$$\chi^2_c = 12,564$$

$$\chi^2_t = 5,991 \quad \alpha = 0,05$$

Conclusión.- Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($12,564 > 5,991$), entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces se concluye que hay relación en cuanto a la edad, se asocia los factores personales al uso del anticonceptivo Etonogestrel y Medroxiprogesterona.

Análisis estadístico de chi cuadrado relacional entre estado civil y método anticonceptivo.

ESTADO CIVIL	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL	
	N°	%	N°	%
Casada	14	7,1%	11	5,6%
Conviviente	75	38,3%	62	31,6%
Soltera	9	4,6%	25	12,8%
TOTAL	98	50%	98	50%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del HMA, S.J.M., Lima-2014

Prueba estadística de chi – cuadrado:

- ***Tipo de prueba:***

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- ***Nivel de significación de la prueba:***

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- ***Distribución apropiada para la prueba:***

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

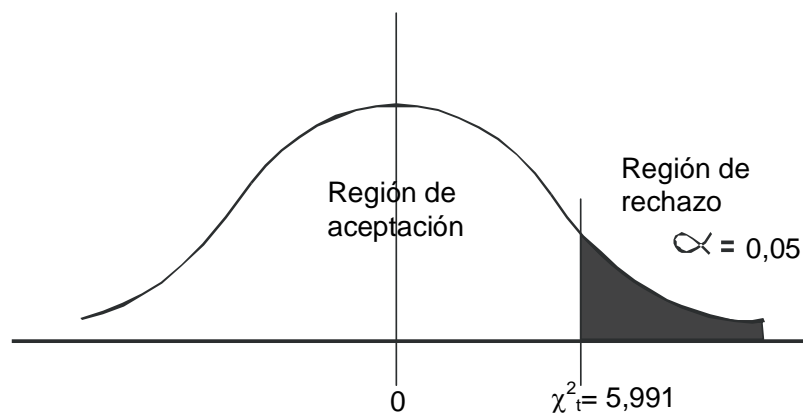
$$Gl = (2 - 1) * (3 - 1)$$

$$Gl = 2$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 5,991$$

- **Esquema gráfico de la prueba:**



$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 9,123$$

- **Regla de decisión:**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados:**

$$\chi^2_c = 9,123$$

$$\chi^2_t = 5,991 \quad \alpha = 0,05$$

Conclusión.- Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($9,123 > 5,991$), entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces se concluye que hay relación en cuanto al estado civil.

Análisis estadístico de chi cuadrado relacional entre grado de instrucción y método anticonceptivo.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	4	2,04%	1	0,51%
Primaria	28	14,29%	11	5,61%
Secundaria	60	30,61%	66	33,67%
Superior	6	3,06%	20	10,2%
TOTAL	98	50%	98	50%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del HMA, S.J.M., Lima-2014

Prueba estadística de chi – cuadrado:

- ***Tipo de prueba:***

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- ***Nivel de significación de la prueba:***

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- ***Distribución apropiada para la prueba:***

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- ***Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)***

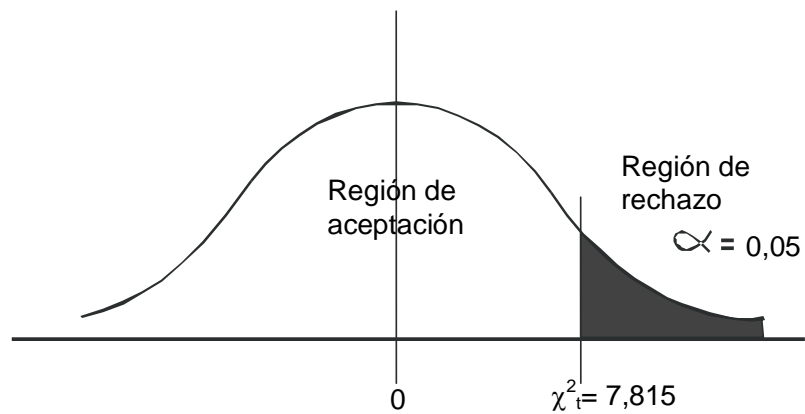
$$GI = (2 - 1) * (4 - 1)$$

$$GI = 3$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 7,815$$

- **Esquema gráfico de la prueba:**



$$\chi^2_c = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

$$\chi^2_c = 17,034$$

- **Regla de decisión:**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados:**

$$\chi^2_c = 17,034$$

$$\chi^2_t = 7,815 \quad \alpha = 0,05$$

Conclusión.- Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($17,034 > 7,815$), entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces se concluye que hay relación en cuanto al grado de instrucción.

Análisis estadístico de chi cuadrado relacional entre ocupación y método anticonceptivo.

OCUPACIÓN	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL	
	Nº	%	Nº	%
Ama de Casa	16	8,2%	18	9,2%
Trabajo Dependiente	9	4,6%	9	4,6%
Trabajo Independiente	73	37,2%	70	35,7%
Otros	0	0,0%	1	0,5%
TOTAL	98	50%	98	50%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del HMA, S.J.M., Lima-2014

Prueba estadística de chi – cuadrado:

- ***Tipo de prueba:***

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- ***Nivel de significación de la prueba:***

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- ***Distribución apropiada para la prueba:***

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

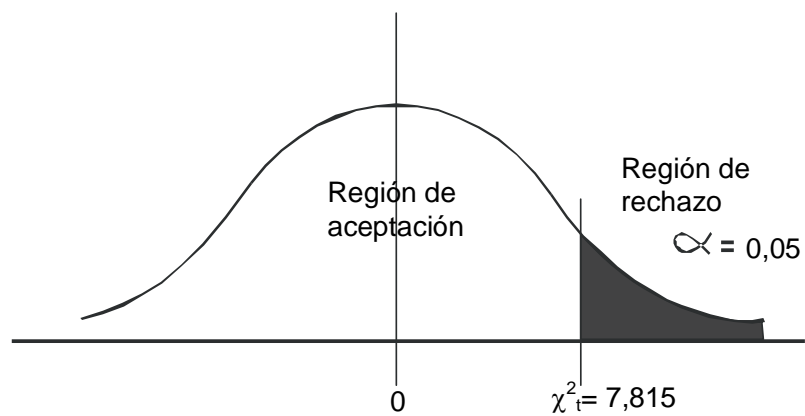
$$GI = (2 - 1) * (4 - 1)$$

$$GI = 3$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 7,815$$

- **Esquema gráfico de la prueba:**



$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 1,181$$

- **Regla de decisión:**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados:**

$$\chi^2_c = 1,181$$

$$\chi^2_t = 7,815 \quad \alpha = 0,05$$

Conclusión.- Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es menor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($1,181 < 7,815$), entonces, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces se concluye que no hay relación en cuanto a la ocupación.

Análisis estadístico de chi cuadrado relacional entre religión y método anticonceptivo.

RELIGION	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL	
	Nº	%	Nº	%
Católico	72	36,7%	86	43,9%
Evangélico	7	3,6%	1	0,5%
Adventista	19	9,7%	4	2%
Otros	0	0,0%	7	3,6%
TOTAL	98	50%	98	50%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del HMA, S.J.M., Lima-2014

Prueba estadística de chi – cuadrado:

- ***Tipo de prueba:***

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- ***Nivel de significación de la prueba:***

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- ***Distribución apropiada para la prueba:***

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- ***Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)***

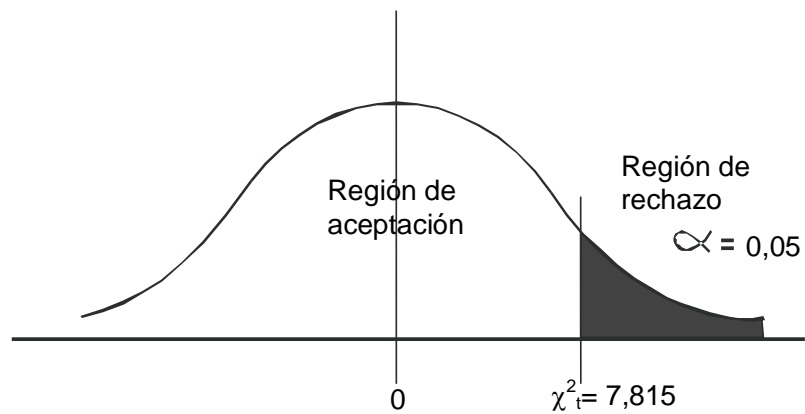
$$GI = (2 - 1) * (4 - 1)$$

$$GI = 3$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 7,815$$

- **Esquema gráfico de la prueba:**



$$\chi^2_c = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

$$\chi^2_c = 22,523$$

- **Regla de decisión:**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados:**

$$\chi^2_c = 22,523$$

$$\chi^2_t = 7,815 \quad \alpha = 0,05$$

Conclusión.- Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($22,523 > 7,815$), entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces se concluye que si hay relación en cuanto a la religión.

4.2.2 Segunda hipótesis específica

H₀: Es probable que los factores Gineco-Obstétricos asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) no tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima – 2014.

H₁: Es probable que los factores Gineco-Obstétricos asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) si tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima – 2014.

Análisis estadístico de chi cuadrado relacional entre menarquia y método anticonceptivo.

MENARQUIA	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL	
	Nº	%	Nº	%
10 a 12 años	91	46,4%	89	45,4%
13 a 15 años	7	3,6%	9	4,6%
TOTAL	98	50%	98	50%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del HMA, S.J.M., Lima-2014

Prueba estadística de chi – cuadrado:

- ***Tipo de prueba:***

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- ***Nivel de significación de la prueba:***

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- ***Distribución apropiada para la prueba:***

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- ***Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)***

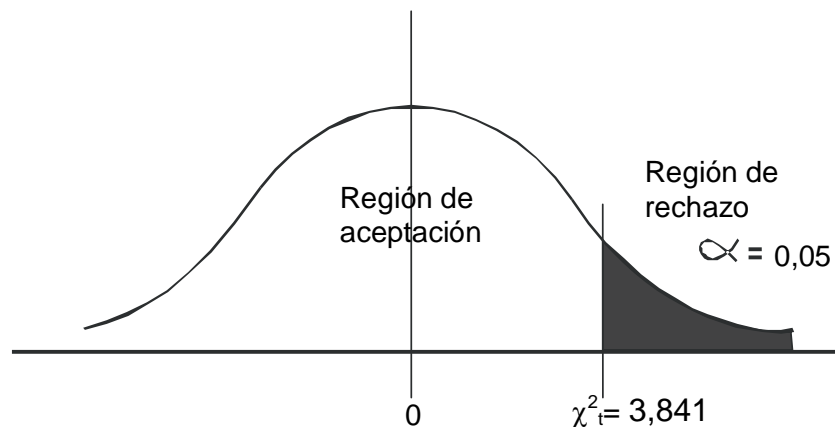
$$GI = (2 - 1) * (2 - 1)$$

$$GI = 1$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 3,841$$

- **Esquema gráfico de la prueba:**



$$\chi^2_c = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

$$\chi^2_c = 0,272$$

- **Regla de decisión:**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados:**

$$\chi^2_c = 0,272$$

$$\chi^2_t = 3,841 \quad \alpha = 0,05$$

Conclusión.- Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es menor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($0,272 < 3,841$), entonces, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces se concluye que no hay relación en cuanto a la menarquía.

Análisis estadístico de chi cuadrado relacional entre edad de la primera relación sexual y método anticonceptivo.

PRIMERA RELACION SEXUAL	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL	
	N°	%	N°	%
15 a 19 años	0	0,0%	0	0,0%
20 a 24 años	86	43,9%	89	45,4%
25 a 29 años	12	6,1%	9	4,6%
TOTAL	98	50%	98	50%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del HMA, S.J.M., Lima-2014

Prueba estadística de chi – cuadrado:

• ***Tipo de prueba:***

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

• ***Nivel de significación de la prueba:***

Se asume el nivel de significación del 5 %.

• ***Distribución apropiada para la prueba:***

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

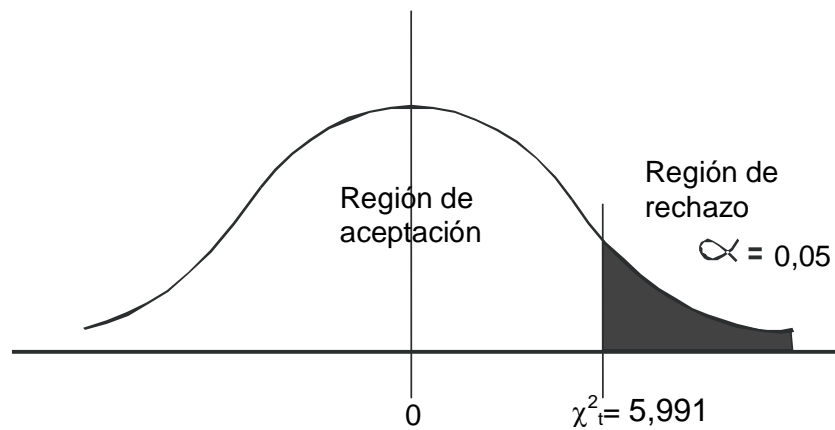
$$Gl = (2 - 1) * (3 - 1)$$

$$Gl = 2$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 5,991$$

- **Esquema gráfico de la prueba:**



$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 0,480$$

- **Regla de decisión:**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: **Se Acepta la H₀**

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: **Se rechaza la H₀**

- **Contraste de resultados:**

$$\chi^2_c = 0,480$$

$$\chi^2_t = 5,991 \quad \alpha = 0,05$$

Conclusión.- Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es menor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_i) ($0,480 < 5,991$), entonces, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces se concluye que no hay relación en cuanto a la edad de la primera relación sexual.

Análisis estadístico de chi cuadrado relacional entre número de gestaciones y método anticonceptivo.

Nº DE GESTACIONES	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL	
	Nº	%	Nº	%
1 gestación	43	21,9%	73	37,2%
2 gestaciones	24	12,2%	24	12,2%
3 gestaciones	28	14,3%	1	0,5%
4 gestaciones	3	1,5%	0	0,0%
TOTAL	98	50	98	50

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del HMA, S.J.M., Lima-2014

Prueba estadística de chi – cuadrado:

- ***Tipo de prueba:***

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- ***Nivel de significación de la prueba:***

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- ***Distribución apropiada para la prueba:***

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

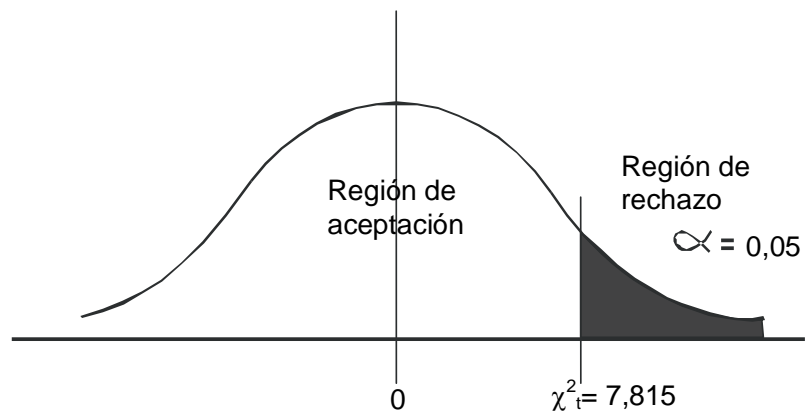
$$Gl = (2 - 1) * (4 - 1)$$

$$Gl = 3$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 7,815$$

- **Esquema gráfico de la prueba:**



$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 35,897$$

- **Regla de decisión:**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados:**

$$\chi^2_c = 35,897$$

$$\chi^2_t = 7,815 \quad \alpha = 0,05$$

Conclusión.- Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($35,897 > 7,815$), entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces se concluye que si hay relación en cuanto al número de gestaciones.

Análisis estadístico de chi cuadrado relacional entre número de hijos vivos y método anticonceptivo.

Nº DE HIJOS VIVOS	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL	
	Nº	%	Nº	%
1 hijo	41	20,9%	73	37,2%
2 hijos	26	13,3%	25	12,8%
3 hijos	29	14,8%	0	0,0%
Más de 3 hijos	2	1%	0	0,0%
TOTAL	98	50%	98	50%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del HMA, S.J.M., Lima-2014

Prueba estadística de chi – cuadrado:

- ***Tipo de prueba:***

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- ***Nivel de significación de la prueba:***

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- ***Distribución apropiada para la prueba:***

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

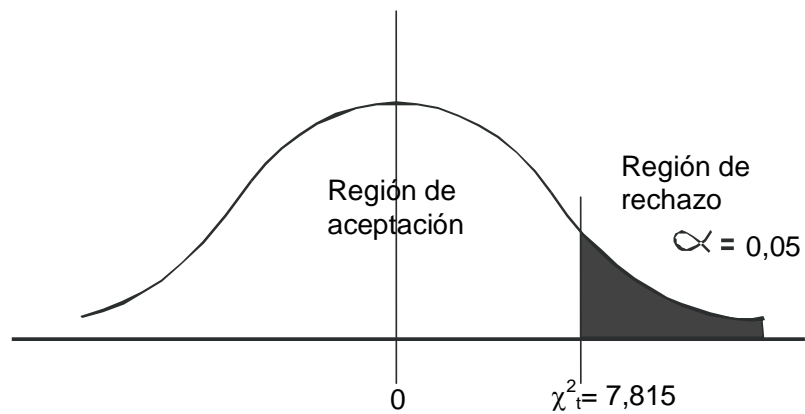
$$Gl = (2 - 1) * (4 - 1)$$

$$Gl = 3$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 7,815$$

- **Esquema gráfico de la prueba:**



$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 40,002$$

- **Regla de decisión:**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados:**

$$\chi^2_c = 40,002$$

$$\chi^2_t = 7,815 \quad \alpha = 0,05$$

Conclusión.- Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($40,002 > 7,815$), entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces se concluye que si hay relación en cuanto al número de hijos vivos.

Análisis estadístico de chi cuadrado relacional entre tipo de método usado anteriormente y método anticonceptivo.

TIPO DE MAC USADO ANTERIORMENTE	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL	
	Nº	%	Nº	%
Método del calendario	3	1,5%	0	0,0%
Píldoras	2	1%	1	0,5%
Inyectables	2	1%	39	19,9%
Preservativo	9	4,6%	1	0,5%
DIU	1	0,5%	0	0,0%
Otros	1	0,5%	0	0,0%
Ninguno	82	41,8%	57	29,1%
TOTAL	98	50%	98	50%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del HMA, S.J.M., Lima-2014

Prueba estadística de chi – cuadrado:

- ***Tipo de prueba:***

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- ***Nivel de significación de la prueba:***

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- ***Distribución apropiada para la prueba:***

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

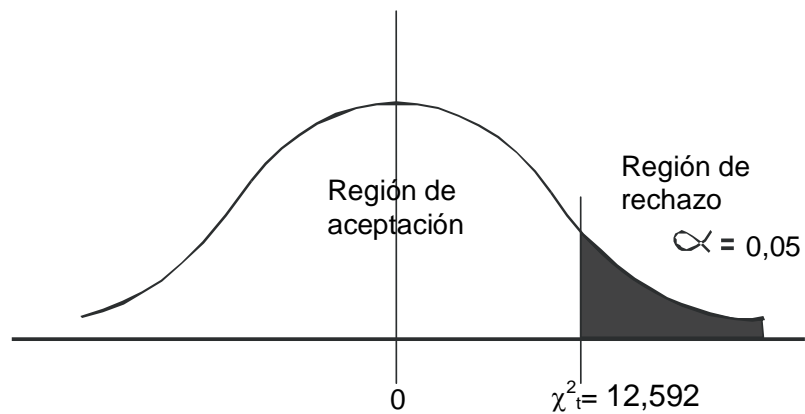
$$GI = (2 - 1) * (7 - 1)$$

$$GI = 6$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 12,592$$

- **Esquema gráfico de la prueba:**



$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 48,985$$

- **Regla de decisión:**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados:**

$$\chi^2_c = 48,985$$

$$\chi^2_t = 12,592 \quad \alpha = 0,05$$

Conclusión.- Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($48,985 > 12,592$), entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces se concluye que si hay relación en cuanto al método usado anteriormente.

Análisis estadístico de chi cuadrado relacional entre la razón por la que usa el anticonceptivo y método anticonceptivo.

RAZÓN POR LA CUAL USA EL MÉTODO	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL	
	N°	%	N°	%
Mayor seguridad	2	1%	16	8,2%
Más fácil de usar	53	27%	40	20,4%
No se hace examen ginecológico	41	20,9%	4	2%
Menos efectos secundarios	2	1%	0	0,0%
Larga duración	0	0,0%	38	19,4%
TOTAL	98	50%	98	50%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del HMA, S.J.M., Lima-2014

Prueba estadística de chi – cuadrado:

- ***Tipo de prueba:***

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- ***Nivel de significación de la prueba:***

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- ***Distribución apropiada para la prueba:***

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

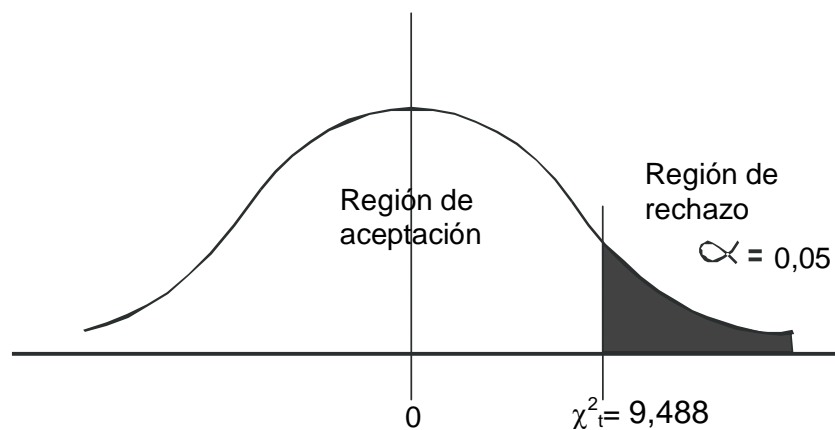
$$Gl = (2 - 1) * (5 - 1)$$

$$Gl = 4$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 9,488$$

- **Esquema gráfico de la prueba:**



$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 83,128$$

- **Regla de decisión:**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: **Se Acepta la H₀**

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: **Se rechaza la H₀**

- **Contraste de resultados:**

$$\chi^2_c = 83,128$$

$$\chi^2_t = 9,488 \quad \alpha = 0,05$$

Conclusión.- Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($83,128 > 9,448$), entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces se concluye que si hay relación en cuanto a la razón por la que se usa el método.

4.2.3 Tercera hipótesis específica

H₀: Es probable que los efectos propios del método asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) no tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima – 2014.

H₁: Es probable que los efectos propios del método asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) si tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima – 2014.

Análisis estadístico de chi cuadrado relacional entre efectos colaterales propios del método y método anticonceptivo.

EFECTOS COLATERALES	MÉTODO ANTICONCEPTIVO			
	MEDROXIPROGESTERONA		ETONOGESTREL	
	N°	%	N°	%
Dolor de cabeza	8	4,1%	5	2,6%
Aumento de peso	16	8,2%	0	0,0%
Cambio de carácter	3	1,5%	0	0,0%
Nauseas	1	0,5%	0	0,0%
Disminución de peso	0	0,0%	1	0,5%
Dolor de mamas	1	0,5%	0	0,0%
Dolor en la zona de colocación	0	0,0%	6	3,1%
Alteración Menstrual	7	3,6%	10	5,1%
Otros	1	0,5%	0	0,0%
Ninguno	61	31,1%	76	38,8%
TOTAL	98	50%	98	50%

Fuente: Encuesta aplicada en el Servicio de Planificación Familiar del HMA, S.J.M., Lima-2014

Prueba estadística de chi – cuadrado:

• ***Tipo de prueba:***

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

• ***Nivel de significación de la prueba:***

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- **Distribución apropiada para la prueba:**

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

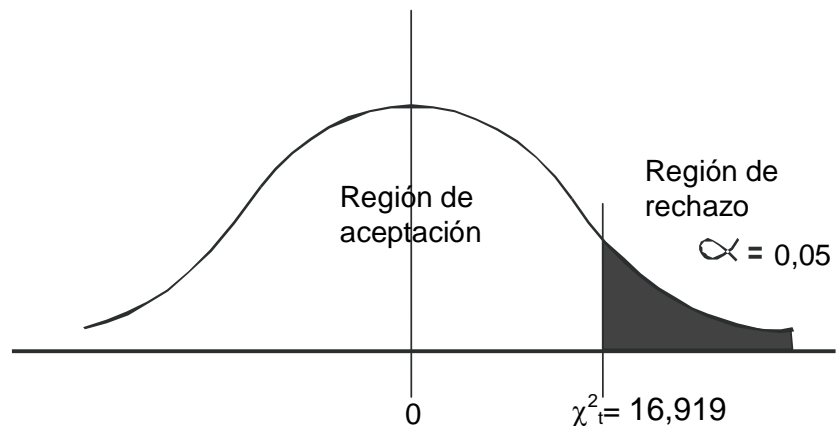
$$Gl = (2 - 1) * (10 - 1)$$

$$Gl = 9$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 16,919$$

- **Esquema gráfico de la prueba:**



$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 31,864$$

- **Regla de decisión:**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados:**

$$\chi^2_c = 31,864$$

$$\chi^2_t = 16,919 \quad \alpha = 0,05$$

Conclusión.- Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($31,864 > 16,919$), entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces se concluye que si hay relación en cuanto a los efectos colaterales propios del método.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La presente tesis busca determinar cuáles son los factores asociados al uso del anticonceptivo implante subdérmico de Etonogestrel en relación a la Medroxiprogesterona. Hasta el momento no se ha encontrado trabajos de investigación de este tipo; por lo que no tenemos un patrón de referencia que relacionen los factores, pero si se pueden comparar las variables porque se han realizado estudios sobre los anticonceptivos. Por todo lo antes mencionado este trabajo resulta de gran importancia,

Rosales y González (2009), las usuarias estudiadas que usan el implante subdérmico tienen la edad promedio de 25 a 29 años, cuya relación predomina es la convivencia, tienen educación secundaria, son amas de casas, tipo de religión católicas.

Intriago y Moreira (2012), las usuarias su mayoría son segundigestas, primíparas, con antecedentes de abortos y cesáreas, han tenido un empleo previo de anticonceptivos, siendo los más empleados los inyectables, los principales efectos colaterales que se presentaron fueron cefalea, acné, y alteraciones en el flujo menstrual.

Gil (2010), las usuarias eran relativamente jóvenes de 20 a 35 años, tienen como promedio de uno a dos hijos vivos, predomina también la convivencia como estado civil, en su mayoría tienen nivel de instrucción secundaria, otra característica importante es que la mayoría se dedica a actividades domésticas, en cuanto a los efectos secundarios predominaba la irregularidad menstrual, la cefalea y el aumento de peso.

Elorreaga y García (2012), el grupo etario más frecuente fue de 15 a 24 años, cuya relación conyugal fue conviviente, grado de instrucción superior, sin ocupación formal, de 1 a 2 hijos, inicio de relación sexual durante la adolescencia.

En comparación con los resultados obtenidos del estudio realizado en el Hospital María Auxiliadora del Lima, se manifiesta lo siguiente: la edad promedio de ambos anticonceptivos tienen mayor porcentaje de 25 a 30 años (76,5%), cuya relación es conviviente (69,9%), grado de instrucción secundaria (64,29%), ocupación ama de casa (17,3%), de religión católica (80,6%), tienen un hijos (58,2%), con mayor frecuencia la alteración menstrual era un efecto colateral (8,7%) y el aumento de peso.

Tanto el implante subdérmico como la medroxiprogesterona son métodos anticonceptivos muy eficaces y seguros, que por no tener las usuarias la adecuada información sobre estos y su manejo, es una pauta para que abandonen el método de planificación familiar.

CONCLUSIONES

1. Los factores asociados al uso del anticonceptivo Implante subdérmico en relación a la medroxiprogesterona son: la edad de 25 a 30 años, conviviente, secundaria, religión, número de gestaciones, número de hijos, método anticonceptivo usado anteriormente, alteración menstrual y usa el anticonceptivo porque es más fácil. ($P < 0,05$)
2. Las usuarias que usan la medroxiprogesterona tiene de 25 a 30 años (34,7%), son convivientes (38,3%), instrucción secundaria (30,61%), trabajo independiente (37,2%), religión católica (36,7%), menarquia de 10 a 12 años (46,4%), primera relación sexual de 20 a 24 años (43,9%), con un hijo vivo (20,9%), el método usado anteriormente fue el preservativo (4,6%), usan el método actual porque es más fácil (27%) y refieren aumento de peso (8,2%).
3. Las usuarias que usan el implante tienen de 25 a 30 años (41,8%), son convivientes (31.6%), instrucción secundaria (33,67%), trabajo independiente (35,7%), religión católica (43,9%), menarquia de 10 a 12 (45,4%), primera relación sexual de 20 a 24 años (45,4%), con un hijo vivo (37,2%), el método usado anteriormente fue el inyectable (19,9%), usan el método actual porque es más fácil (20,4%) y refieren alteración menstrual (5,1%).

RECOMENDACIONES

1. Primeramente que los (as) Obstetras del servicio de planificación familiar, en los distintos niveles de atención de salud, conozcan estos resultados de las características y factores asociados al uso de la Medroxiprogesterona y el implante subdérmico de Etonogestrel.
2. Continuar con la orientación y consejería, los detalles y riesgos del procedimiento de inserción en la zona adecuada y efectividad contraceptiva del método, así como la elección correcta de un método anticonceptivo.
3. Continuar con los estudios en nuestra Región, que permitan conocer los anticonceptivos modernos que brinda el Ministerio de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Calderon Montoya, Sheylla Allison. Percepciones de las madres adolescentes con embarazo reincidente sobre el uso de métodos anticonceptivos, atendidas en el Hospital de Vitarte, Julio 2013. Lima : s.n., 2014. págs. 15 - 38. Disponible URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3710/1/Calderon_ms.pdf
2. I. Chumbe. "Determinar efectos adversos en la Salud Integral, Sexual y Reproductiva, relacionados con el uso de dos métodos anticonceptivos sólo progestinas: el Implante Sub-dérmico y el Inyectable trimestral" Hospital María Auxiliadora. Lima : s.n., 2013.
3. OMS, Organización Mundial de Salud. Biblioteca de la Salud Reproductiva de la OMS. [23 de Agosto de 2013] Disponible URL:http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/CD001326_bahamon_desl_com/es/index.html.
4. Rosales, E. y Gonzalez, M. "Características sociodemográficas de las usuarias del Implante anticonceptivo liberados de etonogestrel" Gineco-Obstetricia. México - 2009. Disponible URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom093d.pdf>

5. Intriago, G. y Moreira, M. "Implantes anticonceptivos sub-dérmicos y embarazo en mujeres, que asisten a la consulta de planificación familiar en la maternidad" Ecuador - 2012.
6. González Fernandez, Cristina y Fernández Revilla, Javier Miguel. Manejo de los Implantes Subdérmicos de Etonogestrel. En: Atención Primaria. España : Revista Clínica de Medicina de Familia, 2011, Vol.1.
7. Buitrón García, Rafael Gerardo. Localización difícil de implante anticonceptivo subdérmico de varilla única, Hospital General de México. Servicio de Ginecología y Obstetricia, 2010. Disponible URL: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66221099012.pdf>
8. Rivera Téllez, Graciela, "Efectos secundarios del implante subdérmico Implanon, como método anticonceptivo". Noviembre - Diciembre, Hospital Central Militar. México-2010. Disponible URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2010/sm106f.pdf>
9. Rosales Aujang, Enrique y González Roque, María. "Características sociodemográficas de las usuarias del implante anticonceptivo liberador de etonogestrel". México - 2009. Disponible URL: http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/nieto/Ginecologia/2009/marzo09/art.original_caracteristicas.pdf

10. Medina Guevara, Cristina Carolina. 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 en adolescentes del Valle de Tumbaco. Quito, Ecuador: Universidad San Francisco de Quito - 2014. Disponible URL: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3445/1/110967.pdf>
11. Gil. Fabiola. Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del acetato de Medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de planificación familiar de Lim, 2005. Lima - Diciembre de 2010, Revista Peruana de Epidemiología, Vol. 14. Disponible URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2957/1/Gil_cj.pdf
12. Elorreaga Baudouin, Yanira Guadalupe y García Montalva, Marina susana. Relación entre la consejería y los conocimientos y actitudes de las usuarias nuevas al programa de planificación familiar sobre el uso del acetato de Medroxiprogesterona en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima, 2012. Disponible URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3025/1/elorreaga_by.pdf
13. García Briceño, Lourdes Jhaquelyn y LLactahuaman Chuchuñaua, Sara. Asociación entre el acetato de Medroxiprogesterona y deseo

sexual en usuarias de planificación familiar. Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre y diciembre 2012. Lima. Disponible URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2986/1/garcia_bl.pdf

14. Planificación Familiar. [En línea] Ministerio de Salud del Perú (MINSA). [Citado el: 30 de Agosto de 2014.] <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/planfam/index.html>.
15. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2013 (ENDES 2013). Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Disponible URL: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>
16. Santiago González, Karla Yazmin. Efectos Adversos de Implante Subdérmico (Etonogestrel) en Comparación con Dispositivo Intrauterino (Levonogestrel) en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del periodo Marzo 2011 a Marzo 2012. México: Instituto Materno Infantil del Estado de México, 2013. Disponible URL: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14042/1/397373.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO

FACTORES ASOCIADOS AL USO DE IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON®) EN RELACIÓN A LA MEDROXIPROGESTERONA (DEPOPROVERA®) EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, LIMA-2014

FICHA DE DATOS

MAC QUE USA: Medroxiprogesterona Etonogestrel

FACTORES PERSONALES:

- a) Edad:
- b) Estado civil: Soltera Casada Conviviente
- c) Grado de instrucción: Analfabeta Primaria Secundaria Superior
- d) Ocupación: Ama de casa T. dependiente T. independiente Otros
- e) Religión: Católico Evangélico Adventista Otros

FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS:

- a) Menarquía:
- b) Edad de la 1era relación sexual:
- c) Número de gestaciones: 1 gestación 2 Gestaciones 3 Gestaciones > de 3 gestaciones
- d) Número de hijos vivos: 1 hijo 2 hijos 3 hijos > de 3 hijos
- e) Tipo de MAC usado anteriormente: Método del calendario Píldoras Inyectables Preservativo DIU Otros Ninguno
- f) Razón por la que usa el método: Mayor seguridad Menos efectos secundarios Más fácil de usar Larga duración No se hace examen ginecológico.

EFFECTOS COLATERALES DEL MÉTODO:

- Dolor de cabeza Aumento de peso Cambio de carácter Nauseas Disminución de peso
- Dolor de mamas Dolor en la zona de colocación Alteración menstrual Otros Ninguno

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	MÉTODOS
<p>¿Cuáles son los factores asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima - 2014?</p>	<p>GENERAL: Determinar los factores asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el HMA, Lima-2014.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar los factores personales asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el HMA, Lima - 2014. ❖ Identificar los factores Gineco-Obstétricos asociados al uso anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el HMA, Lima - 2014. ❖ Identificar los efectos propios del método asociados al uso del anticonceptivo implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) en relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el HMA, Lima - 2014. 	<p>H₀: Es probable que los factores asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) no tengan relación a la Medroxi-progesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima – 2014.</p> <p>H₁: Es probable que los factores asociados al uso del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon®) si tengan relación a la Medroxiprogesterona (Depoprovera®) en el Hospital María Auxiliadora, Lima – 2014.</p>	<p>INDEPENDIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso del Etonogestrel • Uso de la Medroxiprogesterona <p>DEPENDIENTE: Factores asociados</p>	<p>MUESTRA:</p> <p>Serán todas usuarias del anticonceptivo Implante Subdérmico de Etonogestrel, continuadoras en su primer control al mes (casos), y usuarias de Medroxiprogesterona en su primer control al tercer mes (controles), que se atienden en el Hospital María Auxiliadora , Lima – 2014</p> <p>CRITERIOS DE SELECCIÓN</p> <p>INCLUSIÓN: Mujeres en edad fértil que acudieron al Hospital María Auxiliadora, San Juan de Miraflores, durante el periodo de estudio para su primer control del método solicitado, cuya historia clínica contenga los datos que se requieren para la investigación.</p> <p>EXCLUSIÓN: Mujeres continuadoras que tenga más de un control de su anticonceptivo en el Hospital u otro Centro de Salud</p>