

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

**“Efectos secundarios del implante subdérmico en usuarias
atendidas en el hospital Tingo María, 2024”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Quintos Mori, Alicia

ASESORA: Castillo Ruiz, Verónica Del Pilar

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 76556098

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 18010634

Grado/Título: Maestra en ciencias de salud con mención en: salud pública y docencia universitaria

Código ORCID: 0000-0003-0448-5255

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Bacilio Cruz, Silvia Lina	Doctora en ciencias de la salud	22515292	0000-0001-9904-5337
2	Villarreal Sanchez, Alfredo	Maestro en ciencias de la salud con mención en gerencia en servicios de salud	15216888	0000-0001-8343-934X
3	Ruiz Herrera, Gina Paola	Maestra en ciencias de la salud, con mención en salud pública y docencia universitaria	10690118	0009-0000-6507-1676



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tingo María, siendo las diez con cero horas del día veintiuno del mes de noviembre del año dos mil veinticinco, en el auditorio, edificio 2 de la Facultad de Ciencias de la Salud, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- DRA. SILVIA LINA BACILIO CRUZ
- MG. ALFREDO VILLARREAL SANCHEZ
- MG. GINA RUIZ HERRERA

Nombrados mediante RESOLUCION N° 4549-2025-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: **"EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA 2024"**, presentado por la Bachiller en Obstetricia Srta. **ALICIA QUINTOS MORI**, para optar el Título Profesional de Obstetra.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola **APROBADO** por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de **15** y cualitativo de **BUENO**.

Siendo las, 11:00 horas del día 21 del mes de noviembre del año 2025 los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

DRA. SILVIA LINA BACILIO CRUZ

DNI 22515292

ORCID 0000-0002-6009-6943

SECRETARIO

MG. ALFREDO VILLARREAL SANCHEZ

DNI 15216888

ORCID 0000-0001-8343-934X

VOCAL

MG. GINA RUIZ HERRERA

DNI 10690118

ORCID 0009-0000-6507-1676



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: ALICIA QUINTOS MORI, de la investigación titulada "EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, 2024", con asesor(a) VERONICA DEL PILAR CASTILLO RUIZ, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 3171-2023-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 13 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 14 de octubre de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

55. QUINTOS MORI, ALICIA..docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unasam.edu.pe

Fuente de Internet

4%

2

www.poderjudicial.gub.uy

Fuente de Internet

1%

3

www.yumpu.com

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.udh.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO

D.N.I.: 47074047

cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA

D.N.I.: 71345687

cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A mis progenitores por ser los pilares y mi respaldo en los malos y buenos momentos, por inculcarme los valores necesarios, aplicándolos en cada momento y enseñarme lo valioso que es la vida.

AGRADECIMIENTO

Al Supremo Hacedor, por concederme la dicha de consumir este trascendental escalón existencial, por infundirme aliento en los trances más lacerantes y por preservarme la lozanía en cada instante.

A mis consanguíneas por su afecto incondicional y perpetuo.

A los eruditos de la cátedra de Obstetricia de la Universidad de Huánuco por su valiosa injerencia en mi edificación intelectual.

A mi articuladora, la Obstetra Verónica del Pilar, por su sapiente indulgencia y permanente respaldo en mi instrucción; imposible omitir las orientaciones que me prodigó durante el epílogo de mi travesía profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	XII
CAPITULO I.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	17
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	17
1.3. OBJETIVOS	18
1.3.1. OBJETIVOS GENERALES.....	18
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.4.1. TEÓRICA.....	18
1.4.2. PRÁCTICA.....	19
1.4.3. METODOLÓGICA.....	19
1.5. LIMITACIONES.....	19
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	19
CAPITULO II.....	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL	21
2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL.....	25
2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL	29
2.2. BASES TEÓRICAS.....	30
2.2.1. HISTORIA DEL ETONOGESTREL.....	30
2.2.2. IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO	31

2.2.3. ORGANIZACIÓN	39
2.2.4. EFECTOS SECUNDARIOS.....	39
2.2.5. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	46
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	47
2.4. HIPÓTESIS	48
2.5. VARIABLES	48
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	48
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	48
2.5.3. VARIABLE INTERVINIENTES.....	48
2.6. OPERACIONZALIZACIÓN DE VARIABLES.....	49
CAPITULO III	51
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	51
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	51
3.1.1. ENFOQUE	51
3.1.2. ALCANCE O NIVEL.....	51
3.1.3. DISEÑO	51
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	51
3.2.1. POBLACIÓN	51
3.2.2. MUESTRA	51
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
CAPITULO IV.....	54
RESULTADOS.....	54
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS	54
4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	76
CAPITULO V.....	78
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	78
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES.....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS.....	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta?	54
Tabla 2. P8.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	55
Tabla 3. P9.- Variación de su peso corporal:	55
Tabla 4. P10.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	56
Tabla 5. P11.- ¿Tuvo presencia de acné?	57
Tabla 6. P12.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	57
Tabla 7. P13.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolor en el sitio de inserción?	58
Tabla 8. P14.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	59
Tabla 9. P15.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolores de cabeza?	59
Tabla 10. P16.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	60
Tabla 11. P17.- ¿Durante su vida cotidiana, presentó nauseas?.....	61
Tabla 12. P18.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	61
Tabla 13. P19.- ¿Durante su vida cotidiana, presentó dolores en las mamas?	62
Tabla 14. P20.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	62
Tabla 15. P21.- Presencia de cambios en sus emociones	63
Tabla 16. P22.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	63
Tabla 17. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta?	64
Tabla 18. P8.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	65
Tabla 19. P9.- Variación de su peso corporal	65
Tabla 20. P10.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	66

Tabla 21. P15.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolores de cabeza?	67
Tabla 22. P16.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	67
Tabla 23. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta?	68
Tabla 24. P8.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	69
Tabla 25. P9.- Variación de su peso corporal:	70
Tabla 26. P10.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	70
Tabla 27. P15.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolores de cabeza?	71
Tabla 28. P16.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	71
Tabla 29. P1.- ¿Cuál es su edad actual?	72
Tabla 30. P2.- ¿Cuál es su estado civil actual?	73
Tabla 31. P3.- ¿Cuál es su grado de estudio?	74
Tabla 32. P4.- ¿Cuál es su lugar de procedencia?	74
Tabla 33. P5.- ¿Qué tipo de ocupación tiene?	75
Tabla 34. P6.- ¿Cuánto tiempo viene usando el implante?	76
Tabla 35. Hipótesis general	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta?	54
Figura 2. P8.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	55
Figura 3. P9.- Variación de su peso corporal:.....	56
Figura 4. P10.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	56
Figura 5. P11.- ¿Tuvo presencia de acné?	57
Figura 6. P12.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	57
Figura 7. P13.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolor en el sitio de inserción?	58
Figura 8. P14.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	59
Figura 9. P15.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolores de cabeza?	59
Figura 10. P16.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	60
Figura 11. P17.- ¿Durante su vida cotidiana, presentó náuseas?	61
Figura 12. P18.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	61
Figura 13. P19.- ¿Durante su vida cotidiana, presentó dolores en las mamas?	62
Figura 14. P20.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	62
Figura 15. P21.- Presencia de cambios en sus emociones	63
Figura 16. P22.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	63
Figura 17. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta	64
Figura 18. P8.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	65
Figura 19. P9.- Variación de su peso corporal	66
Figura 20. P10.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	66

Figura 21. P15.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolores de cabeza?	67
Figura 22. P16.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	68
Figura 23. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta	69
Figura 24. P8.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	69
Figura 25. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta	70
Figura 26. P10.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	70
Figura 27. P15.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolores de cabeza?	71
Figura 28. P16.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?	72
Figura 29. P1.- ¿Cuál es su edad actual?	73
Figura 30. P2.- ¿Cuál es su estado civil actual?	73
Figura 31. P3.- ¿Cuál es su grado de estudio?	74
Figura 32. P4.- ¿Cuál es su lugar de procedencia?	74
Figura 33. P5.- ¿Qué tipo de ocupación tiene?	75
Figura 34. P6.- ¿Cuánto tiempo viene usando el implante?	76

RESUMEN

El presente trabajo investigativo que lleva como título Efectos secundarios del implante subdérmico en usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, 2024. **Propósito:** Indagar si las mujeres que optaron por el implante hipodérmico manifestaron manifestaciones colaterales durante su periodo de utilización. **Metodología:** Se trató de una pesquisa con orientación fundamental, de índole observacional debido a la implicancia indirecta del investigador. La captación de información se efectuó de forma prospectiva, bajo un enfoque transversal, al haberse evaluado reiteradamente la variable principal. La cohorte estuvo constituida por 80 usuarias portadoras del implante subcutáneo, atendidas en el nosocomio Tingo María durante el año 2024. Se empleó como técnica la indagación mediante encuesta y como herramienta el formulario correspondiente. **Hallazgos:** Las manifestaciones adversas más reiteradas entre las portadoras del implante hipodérmico fueron las irregularidades en el patrón catamenial (61,3%), destacando la amenorrea como la más prevalente, seguida por hipomenorrea (15%), metrorragias interepisódicas (8,8%) y menorragia (5%), reflejando que el ritmo menstrual resulta ser la dimensión fisiológica más impactada. Asimismo, se documentaron otras sintomatologías tales como incremento ponderal (55%), cefaleas (27,5%), labilidad afectiva (17,5%), molestias en la zona de inserción (10%), náuseas y erupciones acneiformes (ambos 6,3%), ansiedad y mastalgia (ambos 2,5%), mayormente surgidas en el semestre posterior a la implantación. Se identificó una vinculación estadísticamente relevante entre la calidad de la atención brindada y la emergencia de reacciones secundarias ($\chi^2 = 58,273$; $p = 0,000$), siendo más frecuentes en quienes recibieron un nivel asistencial intermedio. **Epílogo:** Tras la confrontación de la hipótesis planteada, se infiere que las usuarias del implante subdérmico efectivamente experimentaron efectos fisiológicos no deseados.

Palabras claves: Efectos secundarios, método anticonceptivo, implante subdérmico, usuarias, hospital.

ABSTRACT

This research paper, entitled Side Effects of Subdermal Implants in Users Treated at Tingo María Hospital, 2024, examines whether women who opted for the subdermal implant experienced side effects during their period of use.

Approach: The investigation bore a rudimentary aim; with researcher involvement, it adopted an observational contour. Data procurement was anticipatory and transversal, as the metric under scrutiny was appraised recurrently. The cohort comprised 80 recipients employing the subdermal insert, all attended at Tingo María Infirmary, 2024. The methodological tactic embraced was interrogation via questionnaire as the instrumental conduit.

Findings: Predominant somatic repercussions comprised menstrual irregularities (61.3%), chiefly amenorrhea, succeeded by hypomenorrhea (15%), intermenstrual hemorrhage (8.8%), and hypermenorrhea (5%), revealing that cyclic excretory rhythms were predominantly perturbed. Ancillary manifestations included mass accretion (55%), cranial discomfort (27.5%), mood volatility (17.5%), insertion-site soreness (10%), queasiness and dermatologic eruptions (both 6.3%), with occasional anxiety and mammary discomfort (both 2.5%), largely surfacing within the half-year post-implantation. A consequential statistical linkage emerged between care stratification and side-effect manifestation (Chi-square = 58.273; $p = 0.000$), with heightened prevalence among those in intermediary care. **Inference:** Following hypothesis validation, it was deduced that recipients of the hypodermic insert indeed exhibited physiological aftermaths.

Keywords: Side effects, contraceptive method, subdermal implant, users, hospital.

INTRODUCCIÓN

En la contemporaneidad, la implementación del dispositivo subdérmico ha sido sancionada en más de seis decenas de naciones, siendo adoptado por cerca de 11 millones de féminas en el orbe. La Organización Mundial de la Salud (OMS) postula que el contingente de usuarias que opta por esta modalidad contraceptiva exhibe una progresión ascendente, atribuible a sus ventajas, tales como las enunciadas por la Federación Internacional de Planificación Familiar, la cual señala su elevada potencia inhibidora de la fecundación, durabilidad extendida, niveles plasmáticos hormonales reducidos y estables lo que atenúa impactos metabólicos y una recuperación expedita de la fertilidad tras su remoción.¹

El dispositivo en cuestión, de índole anticonceptiva, se inserta en la hipodermis; es una cánula de aproximadamente 4 cm de longitud y 2 mm de grosor, de naturaleza no biodegradable y con flexibilidad mecánica, contenida en un adminículo aséptico preconFigura do, que alberga en su interior un agente hormonal de tipo progestágeno, el cual es liberado de manera paulatina al flujo hemático. Su principal mecanismo reside en la anulación del proceso ovulatorio. Esta acción es transitoria y reversible, como se manifiesta en la pronta reanudación de los ciclos menstruales regulares luego de su extracción. ²

Diversas indagaciones a escala global han constatado que la aparición de efectos colaterales no deseados motivó el cese del uso del implante a partir del primer año, destacando entre las causas: alteraciones en el esquema hemorrágico menstrual, incremento ponderal, cefalalgia, lesiones acneiformes, entre otros. ³

En el contexto peruano, el Ministerio de Salud (MINSA), a través de la táctica sanitaria enfocada en la Salud Sexual y Reproductiva, facilitó la distribución de 33,471 implantes subcutáneos de etonogestrel, beneficiando a usuarias pertenecientes a colectivos socioeconómicamente vulnerables. Inicialmente, la acogida fue positiva por parte de mujeres en edad fértil; no obstante, con el tiempo, un sector solicitó su remoción a causa de

manifestaciones adversas. ⁴

En la pesquisa conducida por Ramos en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) durante el año 2015, se identificaron las siguientes repercusiones fisiológicas del uso del implante subdérmico: cefalea (24.4%), inestabilidad afectiva (5.3%), lesiones cutáneas tipo acné (6.4%), incremento del índice de masa corporal (65.4%) y mastalgia hacia el tercer mes (2.6%). El esquema de sangrado más prevalente fue la amenorrea (71.1%), seguida de hemorragia esporádica (15.8%), sangrado prolongado (3.9%); los ciclos normoevolutivos se observaron en un 3.9% de las participantes, mientras que la dismenorrea fue reportada inicialmente en un 20.5%. ⁵

Se ha considerado para la presente los integrados en capítulos:

- I. Fundamentación del problema, donde deseamos sustentar teóricamente el interés y necesidad en realizar este estudio con este grupo vulnerable.
- II. Marco teórico, nos afianzamos en material de estudio científico precedente que nos permite brindar diferentes puntos de vista para elegir la mejor forma de abordaje.
- III. Metodología de la Investigación, describimos los procedimientos escogidos para poder cumplir de forma adecuada nuestros objetivos, encontrar resultados trascendentes de interés y poder recomendar con propiedad.
- IV. Resultados, comprende la presentación de los resultados del estudio con su análisis, interpretación y discusión, así como también las conclusiones, recomendaciones, fuentes de información y anexo.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En la escena global, la gestación no proyectada se ha erigido como un escollo significativo para la salubridad pública. A pesar de disponerse de una amplia gama de métodos profilácticos, persisten múltiples causas que explican su ineficaz implementación; entre ellas, destaca la escasa fidelidad en su utilización, lo cual deviene en la discontinuidad del resguardo reproductivo femenino y, en consecuencia, incrementa el peligro de morbilidad y letalidad tanto para la gestante como para el producto de la concepción. En la actualidad, las mujeres procuran un mecanismo anticonceptivo que se ajuste cabalmente a sus necesidades, que sea accesible, perdurable y funcional, siendo el implante subcutáneo el que mejor encarna estas aspiraciones: ofrece eficacia optimizada, fiabilidad superior, acción extendida y respuesta rápida.⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Federación Internacional de Planificación Familiar, expone que la mayoría de las usuarias opta por el artefacto contraceptivo Implanón sobre otras alternativas, dada su elevada tasa de rendimientos benéficos.⁷

El servicio de Planificación Familiar constituye el pilar axial dentro del ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva; durante la fase fértil de la mujer y su compañero, resulta crucial su disponibilidad para asegurar el disfrute pleno de una vida sexual saludable, exenta de peligros, y el ejercicio autónomo del derecho a determinar el momento, la periodicidad y la postergación voluntaria de la maternidad, de acuerdo con su preparación afectiva, financiera y educativa. Asimismo, esta prestación sanitaria representa una herramienta primordial en la mitigación de los índices de morbi-mortalidad materna a escala planetaria, los cuales han mostrado una tendencia ascendente debido a las contingencias asociadas a la gestación, el alumbramiento y el puerperio, siendo los embarazos no deseados los que concentran las cifras más

alarmantes.⁸

Durante el año 2023, conforme a los datos arrojados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), se evidenció una progresión ascendente de 22,2 puntos porcentuales en el empleo de métodos anticonceptivos contemporáneos por parte de mujeres en edad reproductiva que se encuentran en unión conyugal o cohabitacional, a lo largo de los últimos 27 años. No obstante, en el quinquenio más reciente, dicho incremento ha sido de 3,7 puntos porcentuales.

Desagregando por ámbito geográfico, la utilización de tecnologías contraceptivas modernas ha mostrado un aumento de 16,7 puntos porcentuales en las zonas urbanizadas y de 34,8 puntos en las regiones rurales durante el mismo periodo de 27 años. En el lapso más reciente de cinco años, este crecimiento fue de 3,1 puntos en áreas urbanas y de 4,1 en las rurales.

Desde una perspectiva educacional, el ascenso más pronunciado en la adopción de métodos anticonceptivos modernos hace 27 años se observó entre mujeres sin instrucción formal (32,5 puntos), seguido por aquellas con nivel de enseñanza primaria (26,2 puntos). Entre 2013 y 2018, los incrementos más significativos continuaron concentrándose en los mismos grupos: mujeres sin escolarización (6,2 puntos) y aquellas con primaria completa (4,2%).⁹

Una de las aspiraciones consignadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de cara al 2030 es garantizar el acceso universal a prestaciones en salud sexual y reproductiva, donde la utilización de métodos anticonceptivos y la satisfacción de la demanda específica constituyen componentes cruciales.

En el marco del servicio de planificación familiar, surgieron los implantes subcutáneos como alternativa predilecta para muchas usuarias. Esta predilección se debe a su durabilidad funcional, carácter reversible, ausencia de necesidad de vigilancia médica constante, estabilidad y bajo nivel de secreción hormonal, efectos metabólicos ínfimos y pronta restitución de la

fertilidad tras su interrupción; cualidades que lo consagran como una opción óptima para mujeres en etapa fértil. ¹⁰

Actualmente, más de seis decenas de naciones y más de 11 millones de mujeres alrededor del planeta hacen uso del implante subdérmico. Según la OMS, su creciente popularidad responde a las numerosas prerrogativas que ofrece, así como a su presencia en los dispositivos de planificación familiar. A pesar de su perfil favorable, se han registrado eventos adversos en diversos estudios internacionales, tales como cefalalgia, aumento ponderal, irregularidades menstruales y erupciones acneiformes, factores que han motivado su retirada anticipada. ¹⁰

En el trienio más reciente en el Perú, la prevalencia del uso de anticonceptivos pasó de 55% a 57%, cifra aún por debajo del promedio regional de 70%, según lo declarado por Guillermo Atencio, titular de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSARE) del Ministerio de Salud (MINSA). El objetivo institucional del MINSA es alcanzar ese umbral regional del 70%, motivo por el cual se implementan estrategias para optimizar la divulgación informativa sobre estos métodos, considerados pilares fundamentales de salud pública. ¹¹

Durante 2023, la ENDES reveló que el principal dispensador de métodos anticonceptivos modernos en el país fue el aparato estatal, con un 55,0% de las usuarias actuales declarando haber accedido a dichos insumos mediante el sector público. En paralelo, el ámbito privado cubrió el 43,0% de la demanda, destacando dentro de éste la participación de boticas y farmacias (37,2%).

Resulta esencial la promoción de contenidos precisos respecto al uso adecuado de los mecanismos anticonceptivos, a fin de establecer una conexión efectiva y aceptación por parte de las familias que deseen estructurar su descendencia de manera voluntaria, así como prevenir las secuelas de una vivencia sexual y reproductiva caótica y riesgosa. Entre las opciones disponibles se encuentran los Implantes Subdérmicos, cuya utilización está respaldada por evidencia tanto de efectos secundarios como

de amplia aceptación, por lo que se torna indispensable el conocimiento detallado de sus repercusiones y directrices para una correcta praxis terapéutica por parte del personal de salud. ¹²

En la metrópoli limeña, durante el año 2021, Vines llevó a cabo una indagación que evidenció que la manifestación adversa con mayor prevalencia fue la modificación del esquema hemorrágico menstrual. ¹³

En el nosocomio regional Hermilio Valdizán Medrano, específicamente en el departamento de Planificación Familiar, se constató que la mayoría de las usuarias expresaron satisfacción respecto a la eficacia del implante subdérmico de etonogestrel 68 mg. ¹⁴

Considerando que una proporción significativa de mujeres opta por este dispositivo, resulta pertinente la ejecución de la presente investigación, con el objetivo de identificar si las usuarias experimentaron alguna repercusión fisiológica no deseada vinculada al uso del método.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los efectos secundarios del implante subdérmico en usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuáles son los efectos secundarios más frecuentes en las usuarias que utilizan el implante subdérmico atendidas en el Hospital de Tingo María, 2024?

¿En qué tiempo aparecen los efectos secundarios en las usuarias que utilizan el implante subdérmico atendidas en el Hospital de Tingo María, 2024?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las usuarias que utilizan el implante subdérmico atendidas en el Hospital Tingo María, 2024?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVOS GENERALES

Describir los efectos secundarios del implante subdérmico en usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, 2024.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los efectos secundarios más frecuentes en las usuarias que utilizan el implante subdérmico atendidas en el Hospital de Tingo María, 2024.

Determinar el tiempo en que aparecen los efectos secundarios en las usuarias que utilizan el implante subdérmico atendidas en el Hospital de Tingo María, 2024.

Determinar las características sociodemográficas en las usuarias que utilizan el implante subdérmico atendidas en el Hospital de Tingo María, 2024.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. TEÓRICA

La fundamentación epistémica del presente estudio, en una lectura más introspectiva, se erige sobre un postulado robusto: dilucidar la manera en que los implantes subdérmicos generan repercusiones fisiológicas en el organismo humano, con especial énfasis en la población femenina en etapa fértil, a fin de que éstas puedan identificar y reconocer los eventos adversos más recurrentes asociados a su utilización. Este trabajo contribuye al enriquecimiento del acervo bibliográfico preexistente, aportando datos empíricos relevantes que nutrirán líneas investigativas venideras. Asimismo, posibilita la formulación de constructos teóricos en torno a la incidencia y periodicidad de dichos efectos secundarios, permitiendo establecer correlaciones clínicas que respalden la toma de decisiones informadas

en el ámbito sanitario.

1.4.2. PRÁCTICA

Desde un enfoque operativo, la presente indagación proyecta una incidencia favorable sobre el panorama de la salud colectiva, al ofrecer insumos que permitan a los profesionales sanitarios tomar decisiones más informadas, favoreciendo así una praxis asistencial más integral y contextualizada. Del mismo modo, actúa como vehículo pedagógico para empoderar a las usuarias mediante la divulgación de los posibles riesgos asociados al uso del implante subdérmico, facilitando que sus elecciones reproductivas se basen en un conocimiento reflexivo y deliberado.

1.4.3. METODOLÓGICA

En este plano, esta investigación instruye en el diseño y ejecución de estrategias de abordaje rigurosas, orientadas a la obtención de resultados dotados de validez y reproducibilidad. Fomenta la sinergia interdisciplinaria, potenciando la riqueza epistémica del estudio y promoviendo la renovación de marcos analíticos frente a problemáticas complejas. En síntesis, el desarrollo de esta pesquisa sobre los efectos secundarios más prevalentes del implante subdérmico no sólo amplía el corpus teórico, sino que también aporta evidencia empírica tangible con implicancias directas para las políticas y prácticas en salud pública.

1.5. LIMITACIONES

Las limitaciones para la ejecución de este proyecto son los siguientes:

- Localización geodemográfica de las féminas en etapa reproductiva que emplean el implante subdérmico y su aceptación para participar del presente proyecto.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Es viable, porque se dispone de recursos financieros, porque se

trabajará con el presupuesto del propio tesista. Recursos humanos porque hay un número considerado de usuarias que hacen uso del implante subdérmico y también, se cuenta con acceso a la información donde se realizará el estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

La Paz Bolivia. (2021) Chávez, A. La finalidad primordial consistió en evidenciar la vinculación entre la cesación prematura del dispositivo anticonceptivo y la presencia de reacciones colaterales, así como variables sociodemográficas y gineco-obstétricas, en usuarias del Centro Marie Stopes de El Alto durante el año 2018. Se empleó un diseño empírico, de índole analítica, sincrónica y retrospectiva, bajo el esquema metodológico de casos y controles, abarcando una cohorte de 50 sujetos en cada grupo. Se utilizó un instrumento de acopio de datos extraído de los registros clínicos de mujeres usuarias del implante subdérmico (IS) de levonorgestrel, considerando como interrupción anticipada un uso inferior a los doce meses. Entre los hallazgos, se constató que la media etaria de los casos fue de 28 años, mientras que en los controles fue de 26; el 88 % de los primeros y el 94 % de los segundos residían en zonas urbanas. Un 38 % de las integrantes del grupo caso y un 26 % del grupo control poseían formación universitaria. Solo el 10 % de los casos y el 32 % de los controles no manifestaron secuelas indeseadas; la aparición de formaciones quísticas ováricas se reportó en un 18 % de los casos frente a un 4 % de los controles. En la conclusión, se destacó que la prevalencia de abandono anticipado del IS en mujeres mayores de 30 años alcanzó el 69 %, frente al 43 % en menores de esa edad ($p=0.02$; OR 2.95); entre aquellas con antecedentes de interrupción gestacional, la tasa fue del 73 % en contraste con el 44 % en quienes carecían de tal historial ($p=0.02$; OR 3.45); en presencia de riesgo reproductivo, se observó una proporción del 80 %, mientras que en su ausencia fue del 45 % ($p=0.01$; OR 4.95). Además, en quienes experimentaron reacciones adversas, el retiro se produjo en un 57 %, frente a un 24 % en quienes no las presentaron

($p=0.01$; OR 4.24); específicamente, en mujeres con quistes ováricos como efecto colateral, el porcentaje se elevó al 82 %, frente al 46 % en quienes no desarrollaron dicha condición ($p=0.03$; OR 5.27). En suma, se corroboró una correlación significativa entre la interrupción temprana del IS de levonorgestrel y factores como la edad, antecedentes de aborto, riesgo reproductivo y, de manera preponderante, la presencia de efectos adversos. ¹⁵

Tulcán Ecuador (2021) Montalvo, J. La indagación tuvo por finalidad caracterizar las manifestaciones colaterales del implante subdérmico (IS) de etonogestrel en féminas que concurren al Dispensario Sanitario N°1, partiendo del postulado de que la implementación de artefactos anticonceptivos constituye un pilar axial en cualquier enclave asistencial. Por ende, se reputa esencial auscultar de manera directa cuáles son las reacciones fisiológicas desfavorables que experimentan las usuarias de dicho dispositivo hormonal, siendo imperioso instaurar tácticas formativo-didácticas que posibiliten la elucidación precisa de tales efectos, con miras a propiciar una evolución sostenida en el empleo idóneo de esta herramienta de regulación natal. La pesquisa se inserta dentro del paradigma metodológico híbrido cuali-cuantitativo, con arquitectura no experimental de corte sincrónico, ostentando atributos de pesquisa-acción y de índole elucidativa, es decir, los datos emanados de las informantes posibilitan una descripción minuciosa del escenario contemporáneo, específicamente, la identificación de las repercusiones fisiopatológicas más prevalentes derivadas del uso del IS de etonogestrel. Los hallazgos permitieron inferir que las beneficiarias del método refieren un sentimiento de disconformidad durante el lapso de vigencia del artefacto contraceptivo. La intervención oportuna con dichas usuarias coadyuva a la arquitectura del Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida, favoreciendo la consecución de los objetivos en torno a la salud gineco-obstétrica, en particular lo atinente a la morbilidad materna y la gestación precoz. Se subraya la imperiosa necesidad de sostener un vínculo colaborativo con la colectividad, mediante la provisión de instrucción permanente y la

conservación de un modelo de Atención Integral en Salud priorizado, dentro del cual se articulan lineamientos que orienten el perfeccionamiento continuo en la promoción del bienestar comunitario.

16

Colombia (2021) LM Gómez. Con la intención de dilucidar las secuelas indeseadas y las causales de remoción anticipada del Implante Jadelle® en mujeres adscritas al Hospital de Clínicas, así como de auscultar el grado de instrucción proporcionado al momento de la inserción del dispositivo, se llevó a cabo un estudio de corte correlacional. La muestra contempló un total de 160 participantes, quienes intervinieron mediante la aplicación de un formulario estructurado tras otorgar su anuencia informada. Se recurrió al análisis estadístico de índole descriptiva, expresado en cifras cardinales y proporciones porcentuales. Se halló que un 83 % de las involucradas fue ilustrado previamente sobre las eventuales reacciones adversas del implante, y un 89 % fue instruido sobre su potencia anticonceptiva. En cuanto a las perturbaciones fisiológicas, el 80,6 % de las usuarias reportó sintomatología desfavorable, prevaleciendo las descompensaciones menstruales, las cuales representaron un 61 % de los casos. Se colige que la incidencia de interrupción prematura del uso del dispositivo a raíz de efectos no deseados fue elevada, alcanzando al 35 % de las consultantes, destacándose nuevamente la irregularidad menstrual como argumento hegemónico en un 43 % de los episodios. Se recomienda, por ende, instaurar un proceso de consejería riguroso y previo a la inserción del implante, así como fomentar la asistencia regular a controles clínicos post-inserción, con el objeto de facilitar orientación terapéutica en caso de eventualidades fisiológicas, promoviendo así una continuidad sostenida en la utilización del método. ¹⁷

Ecuador (2019) Cordero, M. Se propuso como finalidad escudriñar la proporción y los elementos vinculantes al desistimiento anticipado del IS de etonogestrel en usuarias atendidas dentro del perímetro sanitario 03D01 de Azogues, en el lapso comprendido entre 2014 y 2017. En

cuanto al proceder metodológico, concretamente en lo que atañe al conglomerado muestral, se incluyeron 234 individuos femeninos, conformando el universo analizado, escogido de manera aleatoria bajo un esquema de índole descriptiva. El aforo muestral se estimó con una certidumbre del 95% y un margen de yerro inferencial del 4%. Los registros fueron acopiados y examinados mediante el sistema computacional SPSS, edición 2015. Se estimó como estadísticamente sustancial toda conexión con $p < 0,005$. En lo referente a los hallazgos, la franja etaria osciló entre los 13 y los 46 años, siendo el 58,5% conyugalmente vinculadas y el 49,1% radicadas en zonas urbanizadas. La tasa de cese prematuro del dispositivo se cifró en 33,3% (IC 95%: 26,98 - 39,02), y se asoció con disrupciones en el patrón hemático menstrual que menoscaban la vivencia cotidiana (RP 3,9; IC 95%: 3,1 - 5,0; $p < 0,001$), aumento ponderal superior a 10 kg (RP 3,5; IC 95%: 2,8 - 4,0; $p < 0,001$), cefalea aguda (RP 3,7; IC 95%: 3,0 - 5,0; $p < 0,001$), molestias en el punto de inserción (RP 3,1; IC 95%: 2,6 - 4,0; $p = 0,004$) y la intención deliberada de gestación (RP 3,3; IC 95%: 2,7 - 4,0; $p < 0,001$). Se colige, por ende, que la frecuencia de abandono temprano del IS de etonogestrel y sus condicionantes guardan paralelismo con lo consignado en la literatura especializada.¹⁸

Roldos Ecuador (2019) Navarrete, K. Su propósito residió en auscultar las repercusiones del IS en púberes atendidas en el Centro Sanitario Martha de Roldós durante el período comprendido entre diciembre de 2018 y febrero de 2019. La metodología se inscribió en un diseño no experimental, con orientación cuantitativa, carácter descriptivo, enfoque prospectivo y corte transversal, aplicándose una cohorte de 60 jovencitas; la técnica recabatoria consistió en una indagación estructurada. Entre los hallazgos se evidenció que el 52% portaba el implante por menos de un año; Jadelle fue el dispositivo más prevalente, presente en el 78% de los casos. El síntoma adverso más habitual fue la cefalea, reportada por el 47%, mientras que en el sistema reproductivo destacó la amenorrea en el 52%. Asimismo, el 73% de las encuestadas manifestó haber recibido orientación sobre planificación

familiar previa a la inserción del implante. Se infiere, en consecuencia, que las manifestaciones colaterales del IS constituyen una causa recurrente de atención médica entre las adolescentes en dicho recinto sanitario.¹⁹

2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

Barranca Perú (2024) Asencios, M Espinoza, C. Su finalidad consistió en auscultar la aprehensión subjetiva respecto al empleo del IS hormonal entre beneficiarias del Dispensario Sanitario Lauriama. La pesquisa se inscribió en una modalidad descriptiva y de índole prospectiva, abarcando un contingente de 100 féminas usuarias del artefacto anticonceptivo hormonal subdérmico, valiéndose de un cuestionario previamente validado como artefacto de indagación. Los hallazgos revelaron que el 35% ya eran portadoras del implante subdérmico; antecediendo a su transición al método anticonceptivo (MAC) implantológico, el 5% recurría al condón, el 13% ingería píldoras contraceptivas, el 34% empleaba inyectables de liberación sostenida y el 13% prescindía de cualquier método profiláctico. El 74,3% de las partícipes tenía entre uno y dos descendientes, mientras que el 25,7% ostentaba tres o más vástagos. De igual modo, el 73,3% promediaba tres décadas de existencia; el 57% se hallaba en convivencia conyugal; el 67% poseía formación secundaria; el 54% se desempeñaba como encargadas del hogar; el 57% profesaba la fe católica, y el 90% procedía de entornos urbanizados. En términos socioeconómicos, el 48% se encontraba en situación de precariedad, y el 10% en umbrales de miseria extrema. La valoración de las usuarias respecto al acompañamiento recibido durante la deliberación y colocación del MAC implantológico fue estimada como satisfactoria. Además, el 68% no reportó eventos colaterales; el 20% manifestó efectos de intensidad media, y el 12% presentó reacciones adversas notorias. Se concluye, por ende, que la percepción general sobre el uso del IS hormonal entre las consultantes del servicio de Regulación Familiar del Centro de Salud Lauriama fue auspiciosa tanto en lo concerniente a la competencia técnica como a la

empatía del trato. ²⁰

Andahuaylas Perú (2023) Méndivil, K. Con la mira puesta en esclarecer los elementos coadyuvantes al desistimiento del implante subdérmico en mujeres beneficiarias del servicio de regulación reproductiva del dispensario sanitario de San Jerónimo, durante el intervalo comprendido entre enero y julio de 2021, se llevó a cabo una pesquisa de corte basal, sin intervención, con diseño transversal y enfoque correlacional. El procedimiento metodológico incluyó una técnica de revisión documental, valiéndose de una cédula de acopio de datos como herramienta principal. Para la validación de la conjetura investigativa, se aplicó el estadígrafo de Chi Cuadrado. Se evidenció que, en lo concerniente al espectro idiosincrático, el 38,6% de quienes discontinuaron el uso del implante se encontraban en el rango etario de 18 a 25 años; el 31,6% habitaba en la zona urbana de San Jerónimo; el 56,1% ostentaba formación educativa secundaria; el 40,4% tenía entre dos y tres descendientes; y el 89,5% no manifestaba intención procreativa al momento de la renuncia al método. El cotejo estadístico entre las variables personales y el abandono del implante arrojó un p-valor de 0.000 (≤ 0.05), corroborando la existencia de una ligazón estadísticamente significativa. En cuanto a las variables clínicas, la perturbación del ritmo menstrual fue la afección más prevalente con un 56,1%, seguida de cefaleas en el 49,1%. La aplicación del mismo coeficiente de Chi Cuadrado arrojó un p-valor de 0.000 (≤ 0.05), indicando igualmente una correlación significativa entre los síntomas clínicos y la renuncia al método subdérmico. Se infiere, por consiguiente, que tanto las características individuales como los padecimientos clínicos presentan una asociación substancial con el abandono del implante. Por ende, se recomienda proporcionar información exhaustiva sobre dicho dispositivo y sus eventuales reacciones adversas, así como instaurar un seguimiento sistemático de las usuarias con el fin de detectar tempranamente efectos indeseados y aplicar intervenciones adecuadas. ²¹

Andahuaylas Apurímac (2023) Gutiérrez, V. Se propuso indagar la eventual vinculación entre fenómenos colaterales indeseables y la interrupción del uso de implante en féminas adscritas al programa de regulación reproductiva del establecimiento sanitario de Andahuaylas durante el año 2022. La aproximación metodológica fue de índole fundamental, diseño transeccional, de nivel asociativo y sin manipulación experimental. Se recurrió a cuadros de frecuencias, cifras absolutas y proporciones, así como al test estadístico de chi-cuadrado para el contraste de hipótesis. Los hallazgos revelaron que un 68,0% de las participantes que manifestaron cefalalgia cesaron el implante antes del semestre; el estadístico chi-cuadrado arrojó ($p=0.049\leq 0.05$), lo cual evidencia una conexión estadísticamente significativa entre dicha dolencia y el abandono del IS. En cuanto a la dismenorrea, el 64,0% discontinuó el IS entre los 12 y 24 meses; el coeficiente correspondiente fue ($p=0.0035\leq 0.05$), indicando nuevamente una asociación relevante. En el caso de la hipermenorrea, un 44,0% cesó el implante antes del medio año; el p-valor resultante ($0.012\leq 0.05$) respalda también una correlación significativa. Finalmente, el 60,0% de quienes experimentaron incremento ponderal suspendieron el implante antes de los seis meses, con un p-valor de $0.000\leq 0.05$, lo que reafirma la relación sustancial entre dicho efecto y el retiro del IS. En síntesis, se concluye que los efectos adversos presentan un nexo considerable con la discontinuación del implante. ²²

Lima (2023). Muñoz, J. Se propuso escudriñar las motivaciones subyacentes que propiciaron la cesación del implante en damas de edad fecunda atendidas en el policlínico SUSALUD MEDIC durante el año 2022. El abordaje metodológico adoptado fue de índole cualitativa, con orientación fundamental, de carácter prospectivo y corte sincrónico, encuadrado dentro de un esquema observacional y de perfil descriptivo. Entre los hallazgos destaca que el 41.6 % (25) contaban con 35 o más primaveras, idéntico porcentaje ejercía alguna ocupación laboral, el 48.4% convivía maritalmente, el 36.6 % (22) poseía instrucción terciaria, y un 58.3% profesaba el credo católico. En cuanto a las causas del retiro,

el 63% manifestó condicionantes psicoemocionales; el 61% exhibía influencias de índole cultural, primordialmente orientadas a la procreación deliberada; y un 61% presentaba determinantes socioeconómicos, ligados en su mayoría a metas reproductivas alcanzadas. Se concluye, por tanto, que el elemento psíquico se erige como el vector más incidente en la interrupción del implante, seguido por las esferas socioeconómica y cultural, relegando a los efectos fisiológicos secundarios como causas principales y revelando así la existencia de otras etiologías relevantes.²³

Huancavelica (2023) Pumacahua, N. y Huiza, K. Se propuso como propósito dilucidar las secuelas desfavorables vinculadas al implante en féminas adscritas al programa de regulación natalicia del Puesto Sanitario de Santa Ana - Huancavelica durante el bienio 2021-2022. La pesquisa adoptó un enfoque empírico, retrospectivo y explicativo con corte sincrónico, contando con un universo de 130 participantes y una cohorte seleccionada de 100. Se constató que el 59% eran individuos en la flor de la juventud; el 30% poseía instrucción técnica completa; el 52% cohabitaba con pareja; el 46% ejercía labores domésticas sin remuneración; y el 78% provenía de entornos ciudadanos. Se reveló que el 51% optó por el implante motivadas por su confiabilidad; el 58% lo portaban desde hacía más de un ciclo anual; de ellas, el 49% presentó ausencia de menstruación; el 50% reportó molestia leve durante la inserción; el 97% recibió orientación adecuada, y el 83% manifestó no contemplar sustituir el método anticonceptivo. Asimismo, el 43% eran multíparas y el 24% primíparas. Los síntomas adversos detectados incluyeron: incremento ponderal entre el tercer y quinto mes en el 25,3%; disminución del peso desde el sexto mes en el 10,5%; sangrado intermenstrual entre el tercer y quinto mes en el 20,3%; cefalea desde el sexto mes en el 31,6%; y fluctuaciones afectivas en los primeros dos meses en el 21,3%. Como inferencia, se estableció que los efectos colaterales más notorios del implante comprenden cefalea, ganancia de masa corporal, inestabilidad anímica y sangrado escaso, siendo menos comunes el algia en el sitio de inserción, aparición de lesiones

acneiformes, mastodinia, náuseas y reducción ponderal.²⁴

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL

En Tingo María (2021), Panduro, Kelly. Cuya indagación tuvo como propósito escudriñar los elementos concomitantes al desistimiento del uso de anticonceptivos hormonales por parte de las usuarias que acudieron al Puesto de Salud Supte San Jorge entre los meses de enero y junio de 2018. Se adoptó una metodología de índole cuantitativa, dado que los fenómenos fueron expuestos tal como ocurrieron, con enfoque descriptivo, prospectivo, analítico y transversal. La cohorte investigada estuvo conformada por 90 féminas en edad fértil. Entre los hallazgos más destacados, se evidenció que el 50,0% se encontraba en la fase juvenil de su ciclo vital (18-29 años), mientras que el 44,4% correspondía al tramo adulto (30-49 años); el 85,6% procedía de sectores urbanos. El 51,1% ostentaba instrucción secundaria, y el 58,9% convivía maritalmente. El método contraceptivo más frecuentemente adoptado y posteriormente discontinuado fue la inyección trimestral (53,3%), seguido por las píldoras orales combinadas mensuales (18,9%), los inyectables mensuales (16,7%) y, en menor medida, el implante hormonal (11,1%). En cuanto a los motivos clínicos que propiciaron el abandono, el 42,2% señaló el incremento de peso corporal como causa primordial, y el 21,1% mencionó la aparición de cefaleas. Dentro del espectro de factores personales, el 71,1% indicó efectos fisiológicos no deseados como determinantes. También se identificaron factores de índole cultural mitos y creencias populares como razones del abandono, destacando la creencia errónea de que la ausencia de menstruación provoca una acumulación interna que asciende hasta la cabeza, alcanzando una incidencia del 63,3%. Además, en el 20,0% de los casos, la negativa de la pareja frente al uso de métodos anticonceptivos contribuyó a la interrupción. Otro obstáculo identificado fue la dilatada espera en el servicio de planificación familiar. A pesar de que la disponibilidad del servicio alcanzó el 81,1%, ello no impidió que muchas decidieran cesar el uso de dicho método.²⁵

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. HISTORIA DEL ETONOGESTREL

Conforme a lo estipulado por el bioquímico estadounidense Sheldon Segal y el galeno chileno Horacio Croxatto, hacia los albores de 1967 postularon la utilización de cápsulas hipodérmicas elaboradas a partir del polímero polidimetilsiloxano; en 1972, el aparato estatal otorgó su visto bueno a dicha indagación, institucionalizando su incorporación al ámbito terapéutico en 1998. Desde el año 2006, el dispositivo implantable estuvo accesible en el territorio de los Estados Unidos. Eventualmente, se hace alusión al etonogestrel como una progestina adscrita a la tercera generación, susceptible de ser mercantilizada globalmente. Es comúnmente reconocida como una forma profarmacológica del etonogestrel in vivo.

En los calendarios de 1975, el Consejo Popular en coalición con el Comité Internacional de Investigación sobre Anticoncepción articuló una propuesta que promovía los implantes subcutáneos como opción sustitutiva, dado que no exhibían reacciones colaterales durante su implementación.²⁶

El pionero de estos dispositivos, concebido en 1983, fue el Norplant, el cual fungió como instrumento regulador demográfico en las décadas de 1960; sin embargo, su irrupción coexistió posteriormente con la difusión de la píldora y del dispositivo intrauterino durante los años noventa, en un contexto discursivo más centrado en la autodeterminación reproductiva. De acuerdo con una pesquisa llevada a cabo por la WHO en 2003, dicha época fue considerada la era del Norplant, pues su utilización se extendía en más de 60 naciones, con una cifra aproximada de 11 millones de usuarias alrededor del orbe. Su uso continúa en alza, motivado por su disponibilidad generalizada y facilidad operativa.

Los dispositivos de mayor notoriedad comprenden un trío: Jadelle, incluyendo el Sino-Implant II, Implanón y Nexplanon. La marca Jadelle

consiste en un par de bastoncillos, cada uno de los cuales incorpora 75 mg de levonorgestrel, ostentando una eficacia y vigencia de cinco ciclos anuales; el Sino-Implant II, que se disemina bajo denominaciones comerciales como Zarin, Femplant y Trust, también posee dos segmentos con idéntico contenido de 75 mg de levonorgestrel por unidad, pero con una durabilidad funcional de cerca de cuatro años; por su parte, tanto el Implanón como el Nexplanon consisten igualmente en dos inserciones que contienen 68 mg de etonogestrel, garantizando una operatividad anticonceptiva de tres años. ²⁶

2.2.2. IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO

2.2.2.1. DEFINICIÓN

Se trata de un bastoncillo maleable de polímero termoplástico y dúctil, con un calibre de 2 mm y una extensión longitudinal de 4 cm, incorporando en su interior 68 miligramos de etonogestrel. Está constituido por un copolímero de acetato de vinilo con etileno, material sintético que, al ser introducido en el organismo, no sufre descomposición ni biodegradación. Asimismo, integra ínfimas porciones de sulfato de bario, lo cual le otorga visibilidad en estudios radiográficos. Este dispositivo viene en un inyector de uso único ya cargado, de carácter desechable, el cual se implanta en la región subcutánea del brazo específicamente en la cara medial por un operador sanitario debidamente acreditado. ²⁷

Las variantes de este artefacto subdérmico son las siguientes:

- **Implante monocilíndrico:** incorpora 68 mg de etonogestrel y posee una vigencia funcional de tres años.
- **Implante bicilíndrico:** contiene levonorgestrel y presenta una duración de cinco años; sin embargo, en pacientes con masa corporal superior a 60 kilogramos, su eficacia se ve acotada a un periodo de cuatro años. ²⁸

2.2.2.2. FARMACOLOGÍA

Al etonogestrel se le identifica como un agente hormonal femenino de síntesis, análogo estructural de la progesterona. Este compuesto se clasifica dentro del espectro de los géstatenos, específicamente entre los derivados de tercera generación de la testosterona.

Una vez implantado en el tejido dérmico, el cilindro comienza a emitir de forma sostenida ínfimas dosis de etonogestrel hacia el torrente circulatorio, alterando la homeostasis endocrina e inhibiendo el proceso ovulatorio. El dispositivo, con una carga de 68 mg de dicha sustancia, proporciona una salvaguarda anticonceptiva eficiente con una incidencia de fallo muy baja a lo largo de tres ciclos anuales, siendo extraído una vez transcurrido dicho intervalo. ²⁹

Transcurridas 8 horas desde su colocación, inicia su acción farmacológica, alcanzando su cúspide de liberación entre la quinta y sexta semana, con un promedio de emisión entre 60 y 70 µg diarios. Al término del primer año, esta tasa se reduce a una franja estimada de 35 a 45 µg/día; hacia el final del segundo año, oscila entre 34 y 40 µg/día, y al concluir el tercer año, se sitúa entre 25 y 30 µg/día.

Para optimizar su implantación, el aplicador ha sido ideado para ser manipulado con una sola extremidad, permitiendo su introducción por vía hipodérmica de manera precisa. ³⁰

a. Propiedades farmacodinámicas:

Mecanismo de acción: El efecto anticonceptivo del implante de etonogestrel 68mg se logra mediante la supresión de la ovulación, el aumento de la viscosidad del moco cervical y alteraciones del endometrio. ²⁷

Función ovárica: El Implante ejerce una retroalimentación

negativa sobre el eje hipotálamo–hipófisis, que suprime la secreción de hormona Luteinizante (LH), con lo cual se evita la ovulación.²⁷

Moco cervical: El Etonogestrel da como resultado un moco viscoso y escaso, inapropiado para la penetración de los espermatozoides.²⁷

Endometrio: Los sitios receptores para estrógenos experimentan un incremento durante la etapa proliferativa y una regresión en la fase secretora. En las células glandulares, dichos receptores muestran una elevación tanto en la fase proliferativa como en la etapa inicial de la fase secretora, declinando posteriormente en su fase tardía. Por su parte, en el estroma endometrial, los receptores progestagénicos (tipos A y B) manifiestan un notable ascenso en las fases proliferativa y en los primeros compases de la secretora, con una elevación más discreta durante las etapas media y final de esta última. En las células glandulares, los receptores de progesterona también se incrementan marcadamente en las fases iniciales, pero decrecen en la porción media y tardía del periodo secretor. Como consecuencia de estas fluctuaciones, el endometrio adopta una morfología parcialmente adelgazada, presentando una maduración desordenada y disarmónica. Estas alteraciones son de carácter transitorio y tienden a resolverse espontáneamente en lapsos breves.²⁷

b. Propiedades farmacocinéticas:

Captación: Una vez emplazado el implante, el etonogestrel es prontamente vehiculizado hacia el torrente hemático. Las concentraciones inhibitorias de la ovulación se logran en una franja temporal de aproximadamente un día. Los niveles séricos cúspide (oscilando entre 472 y 1270 pg/ml) se manifiestan dentro de un lapso de 1 a 13 días. La cadencia de liberación del dispositivo

decrece progresivamente con el transcurso cronológico, con lo cual las tasas plasmáticas descienden de manera acelerada en los primeros meses. Al concluir el primer ciclo anual, la concentración promedio se sitúa alrededor de 200 pg/ml (con un rango entre 150 y 261 pg/ml), decayendo paulatinamente hasta aproximadamente 156 pg/ml (intervalo 111–202 pg/ml) al cierre del tercer año. Las oscilaciones interindividuales en los niveles séricos se deben en parte a disparidades ponderales. ³¹

Difusión: El etonogestrel presenta una afinidad de unión a proteínas plasmáticas del 95,5 al 99%, fundamentalmente con la albúmina y, en menor proporción, con la globulina vehiculizadora de esteroides sexuales. Los volúmenes de partición central y global se estiman en 27 litros y 220 litros, respectivamente, sin exhibir alteraciones notables a lo largo del periodo de administración del implante de 68 mg. ³¹

Transformación bioquímica: El etonogestrel experimenta procesos de hidroxilación y reducción, generando metabolitos que posteriormente son conjugados con sulfatos y glucurónidos. Las observaciones experimentales en modelos animales sugieren que la recirculación enterohepática no parece jugar un rol significativo en la acción progestacional del compuesto. ³²

Eliminación: Tras su administración parenteral por vía intravenosa, la vida media de depuración oscila en torno a las 25 horas, con un coeficiente de depuración plasmática cercano a los 7,5 litros por hora. Tanto el ritmo de eliminación como la vida media permanecen invariables durante todo el régimen terapéutico. La excreción del etonogestrel y sus productos catabólicos, ya sea en su forma libre o conjugada, se efectúa a través de las vías urinaria y fecal, con una proporción aproximada de 1,5:1. En mujeres lactantes, tras la inserción del implante, el compuesto se detecta en la secreción láctea con una proporción leche/suero de entre 0,44 y 0,50 durante los primeros cuatro meses. ³²

2.2.2.3. CARACTERÍSTICAS

- Elevado potencial anticonceptivo con prolongada vigencia funcional.
- No interfiere con la cópula ni altera la experiencia coital.
- Susceptible de ser prescrito a cualquier estadio etario o paridad, incluyendo a mujeres nuligestas.
- Proporciona resguardo gestacional durante un trienio completo.
- Permite una restitución expedita de la capacidad reproductiva tras su remoción.
- No exige examen ginecológico bimanual previo; aunque se sugiere una valoración clínica inicial, esta puede postergarse para otra ocasión con fines de optimización de la salud reproductiva femenina.
- Compatible con la lactancia materna, sin interferencias en la producción láctea.
- Potencial para reducir la hemorragia menstrual, contribuyendo así a la mejoría de estados anémicos hipoférricos.
- Posible mitigación de las dismenorreas.
- Ofrece cierta salvaguarda frente a infecciones inflamatorias del tracto pélvico.
- Induce modificaciones en el patrón hemático menstrual en la mayoría de las usuarias (amenorrea, hemorragias dispares o goteo imprevisible).
- Puede provocar oscilaciones ponderales (incremento o disminución del peso corporal).
- No confiere protección contra afecciones venéreas, tales como las ITS, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) ni el HTLV-1.³³

2.2.2.4. CONTRAINDICACIONES

- Gestación confirmada o presuntamente en curso.

- Antecedentes clínicos o condición vigente de trombosis venosa o alteraciones tromboembólicas.
- Neoplasias hepáticas, ya sean de naturaleza benigna o maligna, o hepatopatías activas.
- Hemorragias genitales atípicas de etiología no esclarecida.
- Carcinoma mamario comprobado o en sospecha, historial personal de neoplasia mamaria o de otras neoplasias hormonodependientes actuales o pretéritas.
- Hipersensibilidad inmunológica frente a alguno de los excipientes o principios activos del dispositivo.³¹

2.2.2.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Las usuarias candidatas a este régimen anticonceptivo deben ser evaluadas conforme a los criterios categoriales establecidos por la Organización Mundial de la Salud para la implementación de métodos contraceptivos de carácter transitorio. Dichas clasificaciones se desglosan de la siguiente manera:

Categoría 1. Circunstancia clínica en la que no se identifican limitaciones para la utilización del método anticonceptivo en cuestión.

Categoría 2. Condición en la cual los beneficios potenciales de emplear el método sobrepasan, en términos generales, los eventuales riesgos ya sean hipotéticos o documentados asociados a su uso.

Categoría 3. Escenario en el cual los peligros teóricos o verificados tienden a superar las posibles ventajas del método anticonceptivo.

Categoría 4. Estado fisiopatológico que implica un nivel de riesgo sanitario inadmisibles ante la implementación del método contraceptivo.³³

2.2.2.6. TASA DE FALLA

- Constituye uno de los procedimientos anticonceptivos de mayor solvencia y persistencia temporal.
- 0.05% de ineptitud teórica y práctica (1 de cada 100 féminas).
- En mujeres con una masa corporal igual o superior a 80 kg, la proporción de gestaciones empleando ambos implantes ascendió a 6 por 100 al completar el lustro de uso, por lo cual se sugiere su sustitución al alcanzar el cuarto año. Indagaciones sobre el implante de un solo cilindro no hallaron merma en su potencia durante el lapso recomendado.³³ Se señala que el dispositivo subdérmico de etonogestrel figura entre los métodos de control natal más certeros disponibles, incluso superando la eficacia de las intervenciones esterilizantes. Darney et al. (2009), al escrutar 11 ensayos experimentales con 942 participantes a lo largo de 2 a 4 años (investigaciones financiadas por el productor y remitidas a la FDA para su validación), concluyeron que el implante fue bien asimilado y funcionó con alta efectividad: no se documentaron concepciones mientras las usuarias mantenían el implante. Se registraron seis embarazos únicamente en los primeros 14 días tras su extracción. El productor consigna un índice de Pearl de 0.38 fecundaciones por cada 100 usuarias/año, comparable al de otros métodos anticonceptivos de acción prolongada. La potencia del implante no ha sido evaluada rigurosamente en mujeres cuyo peso excede el 30% del ideal (IMC superior a 30kg/m²), aunque podría reducirse en quienes consumen fármacos que alteran el catabolismo del etonogestrel (v.gr., inductores enzimáticos hepáticos).²⁹

2.2.2.7. APLICACIÓN DEL IMPLANTE

- Puede implantarse preferentemente entre la primera y quinta jornada del ciclo catamenial (o en cualquier momento del mismo o en el puerperio, siempre que exista certeza razonable

de la ausencia de gravidez). Si la inserción ocurre fuera de ese margen, se requiere un recurso anticonceptivo auxiliar durante los primeros cinco días. Entre estos mecanismos suplentes se cuentan la continencia sexual, los profilácticos masculinos y femeninos. Debe advertirse a la usuaria que los agentes espermicidas y el coitus interruptus presentan menor confiabilidad.³³

- Es viable su colocación en mujeres lactantes de manera inmediata tras el alumbramiento. Asimismo, puede emplearse en madres que amamantan y que no han experimentado el retorno del sangrado menstrual antes de los seis meses posparto, sin requerir protección adicional. En caso de haberse reiniciado el ciclo menstrual, la inserción debe realizarse conforme a los lineamientos establecidos para mujeres con ritmos menstruales activos.³³
- También es factible su implementación tras una interrupción gestacional, idealmente dentro de los cinco días subsiguientes a la evacuación. De realizarse posteriormente, será imprescindible utilizar un método anticonceptivo complementario.³³

2.2.2.8. PROGRAMACIÓN DE SEGUIMIENTO

Es menester convocar a la usuaria al tercer día para inspeccionar el locus de implantación, luego al cumplirse el primer mes, a los tres meses y de ahí en adelante con cadencia anual. Conviene informarle que puede apersonarse al nosocomio en cualquier instante que ella o su consorte lo juzguen pertinente. Posteriormente, se debe dispensar anualmente una valoración holística en materia de salud sexogenésica y reproductiva.³³

2.2.2.9. PRECAUCIONES

- ✓ **Implantación y extirpación con eventualidades adversas:**
Pueden manifestarse algias, parestesias, efusión hemática,

equimosis, queloides o procesos sépticos.

- ✓ Régimen **hemorrágico catamenial**: Se recomienda orientar a las féminas respecto a posibles alteraciones en la cadencia, volumen o temporalidad del sangrado.
- ✓ Gestaciones **ectópicas**: Debe mantenerse en guardia ante la eventualidad de una nidación extrauterina en portadoras del implante de etonogestrel que presenten concepción o refieran algia hipogástrica.
- ✓ Incidentes **vasculares trombóticos y afines**: Es imperativo extraer el dispositivo en caso de trombosis confirmada.
- ✓ Disfunción **hepatocelular**: Se debe proceder a la remoción del implante ante la aparición de ictericia.
- ✓ Hipertensión **arterial acentuada**: La extracción del implante es necesaria si la tensión sanguínea alcanza niveles elevados que no puedan ser regulados.
- ✓ Alteraciones **metabólicas de lípidos y glúcidos**: Es crucial vigilar a mujeres con disglucemias, ya sean en estado prediabético o diabético, que utilicen el implante de etonogestrel. ³⁴

2.2.3. ORGANIZACIÓN

Conforme a múltiples indagaciones vinculadas a la remoción prematura del implante anticonceptivo hipodérmico, se identifican los siguientes intervalos temporales para su extracción:

- Extracción anterior al semestre de colocación.
- Extracción en el intervalo de seis a doce lunaciones.
- Extracción posterior al duodécimo mes. ³⁵

2.2.4. EFECTOS SECUNDARIOS

2.2.4.1. LAS IRREGULARIDADES MENSTRUALES

- ✓ **Amenorrea**: Supresión o cese del flujo menstrual. Se clasifica como primigenia (si no ha acontecido entre los 14 y 16 años) o

sobrevenida (**ausencia** del flujo por seis meses o el equivalente a tres ciclos regulares). ³⁸

- ✓ **Hipermenorrea:** Efluvio sanguíneo uterino copioso y prolongado que se presenta con cadencia periódica regular. ³⁸
- ✓ **Hipomenorrea:** Hemorragia uterina de exiguo volumen, con cronograma menstrual conservado y duración del flujo dentro del margen habitual o inferior. ³⁸
- ✓ **Spotting:** Denominado también goteo intermenstrual, consiste en una exudación uterina habitualmente discreta que sobreviene en ciclos con ritmos menstruales establecidos. ³⁸

2.2.4.2. TRANSMUTACIÓN DEL SOMATOTIPO

La acumulación ponderal constituye una de las motivaciones más reiteradas para la interrupción o incumplimiento de esquemas anticonceptivos hormonales entre púberes. Es indispensable conocer el perfil nutricional de la consultante, determinado mediante el índice de masa corporal (IMC), cuyas categorías comprenden: infrapeso (<18.5), normopeso (18.5-24.9), sobrepeso y corpulencia excesiva (>25). El incremento medio proyectado del IMC es de 0.7 kg/m² en un trienio, aunque es complejo discernir si dicha variación obedece al contraceptivo o a factores exógenos. Una evaluación clínica reveló un acrecentamiento ponderal significativo del 21% tras dos años de uso, cifra comparable a la de usuarias de métodos no hormonales. ³⁹

2.2.4.3. ACNÉ

El etonogestrel ostenta una modesta actividad androgénica, la cual podría precipitar la aparición de lesiones acneiformes en algunas usuarias. En una pesquisa longitudinal de tres años, el acné emergió como la segunda manifestación indeseada más frecuente, presente en un 12,6%. En una indagación norteamericana, un 26% de las participantes exhibía acné al inicio; al cierre, un 24% reportó persistencia, con un 16% registrando

mejoría, un 70% sin variaciones, y un 14% con agravamiento. ¹⁴

2.2.4.4. ALGIA EN EL LOCUS DE IMPLANTACIÓN

Se ha documentado irritabilidad cutánea localizada en el punto de inserción del implante en un 5% de los casos. Esta dolencia se incluye entre los efectos colaterales infrecuentes, junto con las erupciones acneiformes, hipersensibilidad mamaria y la irritación dérmica local. ³⁸

2.2.4.5. CEFALALGIA

Las neuralgias craneales representan menos del 5% de los motivos para la cesación del uso de implantes; suelen ser episodios de intensidad leve y curso transitorio. Dentro de este subconjunto, entre un 11% y 18% de las pacientes perciben la cefalea como severa, alcanzando su apogeo durante el primer año de empleo. Diversas revisiones no evidencian discrepancias entre los tipos de implantes utilizados. ³⁸

2.2.4.6. NÁUSEA

Según una pesquisa conducida por la Organización Mundial de la Salud en 2008, la sensación nauseosa se presenta en un 6.2% de las usuarias del implante subcutáneo de etonogestrel. Un estudio retrospectivo que evaluó los efectos del sistema bifásico de levonorgestrel a lo largo de una década reveló una prevalencia del 1%. ³⁸

2.2.4.7. CONGESTIÓN MAMARIA

Sensación de presión, hipersensibilidad o punzada aguda en uno o ambos pechos, fenómeno comúnmente benigno pero vinculado al uso del implante de etonogestrel, manifestado en un 10% del total de usuarias. ¹⁴

2.2.4.8. INESTABILIDAD AFECTIVA

Los estados emocionales influyen significativamente en múltiples dominios del funcionamiento psíquico; cuando estos procesos devienen disfuncionales, pueden interferir con la autorregulación afectiva. Algunos estudios indican que, en promedio, la experiencia emocional vinculada al uso de anticonceptivos es favorable, aunque existen casos puntuales con respuestas adversas.²⁷

a. Conducción de efectos colaterales indeseados

Hemorragia anárquica (exudaciones inesperadas que perturban a la consultante):

- ✓ Apacígüela señalando que muchas féminas usuarias de implantes presentan ritmos hemorrágicos erráticos. Estas efusiones no son nocivas y comúnmente menguan o cesan luego del primer año.
- ✓ Para un respiro sintomático de corta duración, puede ensayarse con 800 mg de ibuprofeno o 500 mg de ácido mefenámico, tres veces diarias post ingesta durante cinco jornadas, iniciando su consumo con el sangrado anómalo.
- ✓ Si esta medicación resulta ineficaz, puede proponerse lo siguiente, al comienzo del sangrado: píldoras anticonceptivas combinadas con levonorgestrel; un comprimido de 50 µg de etinilestradiol a diario por 21 días.

Ausencia catamenial (no hay menstruación):

- ✓ Tranquilícela explicando que ciertas usuarias de implantes dejan de experimentar menstruaciones, sin que ello represente perjuicio alguno. No es imperativo el sangrado mensual. Es análogo a la amenorrea gestacional. La fertilidad no desaparece.

La sangre no se acumula internamente. (Algunas incluso lo consideran una ventaja).

Sangrado copioso o de larga duración (más del doble del habitual o más de 8 días):

- ✓ Consuélela indicando que este fenómeno es frecuente y, en general, benigno, cediendo tras algunos meses.
- ✓ Puede administrarse cualquiera de los remedios ya señalados para el sangrado irregular, iniciando con la hemorragia. Las AOC con 50 µg de etinilestradiol suelen mostrar mayor eficacia que las de baja dosificación.
- ✓ Para evitar cuadros de ferropenia, recomiéndese la ingesta de comprimidos férricos e increméntese el consumo de viandas ricas en hierro: carnes (vísceras de ave), peces, vegetales frondosos, y leguminosas (frijoles, tofu, lentejas, arvejas).
- ✓ Si la metrorragia persiste, se inicia tras un periodo prolongado de normalidad o hay sospecha de etiología no relacionada al implante, indáguese causas subyacentes.

Cefalalgias comunes (no migrañosas):

- ✓ Recomendese ácido acetilsalicílico (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico disponible.
- ✓ Toda cefalea que se intensifique o se torne más recurrente bajo uso del implante debe ser evaluada clínicamente.

Dolencia abdomino-pélvica leve:

- ✓ Sugírase el uso de analgésicos como los anteriores.

Mastodinia (hipersensibilidad mamaria):

- ✓ Indíquese el uso de un sostén de contención, incluso durante esfuerzos físicos o el descanso nocturno.
- ✓ Pueden aplicarse compresas calóricas o criógenas.
- ✓ Analgésicos como aspirina, ibuprofeno o paracetamol son también recomendables.
- ✓ Considérense fármacos accesibles a nivel local.

Dolencia posinserción o postextracción:

- ✓ Verifique que el apósito no esté demasiado ceñido.
- ✓ Sustitúyalo y recomiéndese evitar presión sobre el área por unos días.
- ✓ Adminístrese analgésico oral.

Infección en el sitio de inserción (eritema, calor, dolor, supuración):

- ✓ No extraiga los implantes de inmediato.
- ✓ Higienice el área con agua y jabón o antiséptico.
- ✓ Prescriba antibiótico oral por 7–10 días.
- ✓ Solicite retorno si no hay mejoría; en caso necesario, efectúese la extracción o derivación.
- ✓ La expulsión parcial o total del implante puede seguir a infecciones. Si esto ocurre, indicarle a la usuaria que se presente al servicio.

Dolor agudo en la región pélvica inferior (sospecha gestacional):

- ✓ Tal malestar puede derivarse de folículos ováricos dilatados o quistes.
- ✓ No es preciso suspender el implante durante la evaluación.
- ✓ No suele requerirse tratamiento a menos que el quiste aumente desmesuradamente, se retuerza o colapse. Asegúrese de que desaparece por sí solo. Si es viable, revísese a las seis semanas.
- ✓ En presencia de dolor intenso, manténgase alerta ante signos de gravidez ectópica. Aunque infrecuente y no atribuible al implante, representa riesgo vital.
- ✓ En fases iniciales puede no haber síntomas claros, pero con el tiempo estos pueden agudizarse. La concurrencia de los siguientes signos debe aumentar la sospecha:
- ✓ Dolor o sensibilidad abdominal fuera de lo usual
- ✓ Hemorragia vaginal irregular o falta de menstruación, especialmente si se altera el patrón previo
- ✓ Mareo o sensación de desfallecimiento
- ✓ Pérdida de conciencia
- ✓ Si se presume gestación ectópica u otra patología grave, remítase a la paciente de forma inmediata para diagnóstico y asistencia especializada.

2.2.5. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

2.2.5.1. CRONOETAPA

Se refiere al lapso transcurrido desde el advenimiento vital de un organismo. Esta noción permite fraccionar la existencia humana en segmentos temporales definidos. Asimismo, se denomina también cronoetapa al intervalo entre dos momentos determinados.

36

2.2.5.2. CONDICIÓN CONYUGAL

Denota la circunstancia jurídica y social de los individuos según sus vínculos familiares, ya sean conyugales o consanguíneos, confiriéndoles prerrogativas y obligaciones específicas. Las categorías de esta condición pueden variar según la jurisdicción, aunque comúnmente se reconocen: Célibe, Prometido/a, Vinculación estable (más de un año de cortejo), Enlazado/a por matrimonio, Cohabitación consensuada, Disgregado/a, Disuelto/a legalmente, Enlutado/a, y Cortejo incipiente (menos de un año de relación afectiva). ³⁶

2.2.5.3. NIVEL ESCOLÁSTICO

Corresponde al peldaño más alto de educación formal alcanzado o en ejecución, sin considerar si dicho proceso ha sido concluido, pausado temporalmente o interrumpido de manera definitiva. ²²

2.2.5.4. ORIGEN GEOGRÁFICO

Alude al enclave inicial desde el cual parte un individuo o medio de locomoción (automotor, ferroviario, aeronáutico, náutico, entre otros) hasta su destino final. ³⁷

2.2.5.5. QUEHACER VITAL

Conforme a la perspectiva de Gary Kielhofner, se entiende

como la praxis esencial del ser humano en todas sus manifestaciones, producto de un itinerario evolutivo que culmina en la satisfacción de sus pulsiones biológicas, dinámicas psíquicas y demandas sociales. ⁴¹

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- a) Implante subdérmico (IS): El implante es una pequeña varilla de plástico, blanda, y flexible, que mide 4 cm de longitud y 2 mm de diámetro que contiene 68 miligramos del principio activo etonogestrel. ³³
- b) Nexplanon: Es una varilla pequeña y delgada del tamaño de un fósforo, implante que libera hormonas en el organismo que previenen el embarazo. ³¹
- c) Usuaria de implante: Persona que utiliza este método anticonceptivo, implante. ³³
- d) Efectos secundarios: Son efectos no deseados causados por las medicinas, la mayoría son leves, se van después de dejar de tomar el medicamento o dejar de usarlo. Otros pueden ser más graves. ³⁵
- e) Hipomenorrea: Poca cantidad, siendo la duración del ciclo normal y de los días de menstruación normal o menor.
- f) Hipermenorrea: Sangrado excesivo en cantidad y duración que ocurre a intervalos regulares.
- g) Spotting: Sangrado Intermenstrual de poca cantidad entre una menstruación y otra.
- h) Cefalea: Sensación dolorosa en cualquier parte de la cabeza, que va desde un dolor agudo a un dolor leve y puede ocurrir con otros síntomas.
- i) Acné: Afección cutánea que se produce cuando los folículos pilosos se llenan de grasa y células muertas de la piel.
- j) Náuseas: Sensación de náuseas que incluye ganas de vomitar.
- k) Mastalgia: Opresión, sensibilidad o dolor agudo en uno o ambos senos que ocurre comúnmente y, por lo general, no implica nada malo.

- l) **Peso:** El peso equivale a la fuerza que ejerce un cuerpo sobre un punto de apoyo, originada por la acción del campo gravitatorio local sobre la masa del cuerpo. ²⁴
- m) **Dolor en zona:** Se ha observado irritación cutánea local en el lugar de inserción del implante. ³⁸
- n) **Usuaría del programa de planificación familiar:** según el Ministerio de Salud (MINSA), se refiere a la persona que hace uso de un método anticonceptivo (MAC) temporal o le ha sido practicado un MAC permanente. ⁴⁰

2.4. HIPÓTESIS

- **Ha:** Las usuarias atendidas en el Hospital Tingo María en el año 2024, presentan efectos secundarios con relación al uso del implante.
- **Ho:** Las usuarias atendidas en el Hospital Tingo María en el año 2024, no presentan efectos secundarios con relación al uso del implante.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Implante Subdérmico

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

- Efectos secundarios

2.5.3. VARIABLE INTERVINIENTES

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Procedencia
- ocupación

2.6. OPERACIONZALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente	Dimensiones	Indicador	Valores	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento de medición
IMPLANTE SUBDÉRMICO	Desde cuándo la usuaria viene usando el Implante.	Tiempo de uso	• < de 6 meses. • De 6 a 12 meses • > de 12 meses.	Cuantitativa	Ordinal	Encuesta
Variable dependiente	Dimensiones	Indicador	Valores	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento de medición
EFECTOS SECUNDARIOS RELACIONADOS AL USO DEL IMPLANTE	Físicos Psicológicos Reproductivos ⁽³⁷⁾	Alteraciones menstruales	• Amenorrea • Hipermenorrea • Hipomenorrea • Sangrado entre menstruaciones • Ninguno	Cualitativa	Nominal	Encuesta
		Alteración del peso corporal	• Aumento de peso • Disminución de peso • Peso Normal		Nominal	
		Acné	• Si • No		Nominal	
		Dolor en el sitio de inserción	• Si • No		Nominal	
		Cefalea	• Si • No		Nominal	
		Nauseas	• Si • No		Nominal	
		Tensión mamaria	• Si • No		Nominal	

		Alteraciones emocionales	• Ansiedad • Depresión • Irritabilidad • Ninguno		Nominal	
Variable intervinientes	Dimensiones	Indicador	Valores	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento de medición
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.	Edad	Edad actual en años	• < 20 años • 20 a 35 años • > 35 años	Cuantitativa	De razón	Encuesta
	Estado civil.	Actualmente en qué estado se encuentra	• Soltera • Casada • Conviviente • Divorciada		Nominal	
	Grado de instrucción	Último grado de estudio aprobado	• Sin estudios • Primaria • Secundaria • Superior		Ordinal	
	Procedencia	Zona donde reside	• Urbano • Urbano marginal • Rural		Nominal	
	Ocupación	Tipo de trabajo en la actualidad.	• Ama de casa • Trabajo dependiente • Trabajo independiente		Nominal	

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación que se realizó en el siguiente trabajo fue: Según la intervención del investigador observacional, según el análisis de los datos prospectivo, según la cantidad de veces que se va medir transversal.

3.1.1. ENFOQUE

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, porque mide fenómenos, se utiliza datos concretos y se realizó un análisis causa – efecto.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

Descriptiva

3.1.3. DISEÑO

No experimental, transversal

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo compuesta por 114 usuarias que fueron atendidas en el Hospital Tingo, 2024.

3.2.2. MUESTRA

Se conformó por 80 usuarias que se atendieron en el Hospital Tingo María de febrero a octubre del 2024.

➤ Tipo de muestreo

No probabilística

➤ **Criterios de selección**

- Criterios de inclusión:
 - Usuarías atendidas en el Hospital Tingo María, que usen el Implante
 - Usuarías que aceptaron participar en la presente investigación y que se atienden en el Hospital Tingo María.
 - Usuarías que viven en Tingo María y cuentan con número de celular.
- Criterios de exclusión:
 - Usuarías que no aceptaron participar en el estudio de investigación
 - Usuarías que no pudieron ser ubicadas, ya sea porque cambiaron de domicilio o sus domicilios de referencias sean falsas.
 - Usuarías que tengan algún problema que les impida participar en el presente estudio.
 - Usuarías que no viven en Tingo María y no cuenten con número de celular.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos que se utilizó en esta investigación fue la encuesta, esta, fundamentada para conocer los efectos secundarios de las usuarias sobre el implante.

El instrumento fue la hoja de encuesta. La misma que fue utilizada por Tuesta, K. Efectos adversos relacionados al uso del Implante Subdérmico en usuarias de planificación familiar en la Micro Red Sur de Salud de Iquitos, 2016. Modificada por la autora.

Estuvo conformada por un total de 22 preguntas para marcar que se elaboró en función de las variables e indicadores, este se dio de forma

anónima. Estuvo estructurado de la siguiente manera: en el primer parámetro se ubicó las características sociodemográficas, contando con 5 preguntas y en el segundo parámetro, los efectos secundarios, contando con 17 preguntas.

Los datos que se obtuvieron en la encuesta fueron procesados en el software estadístico SPSS versión 23 de donde se obtuvieron los resultados descriptivos, se realizó Tabla s de frecuencias y gráficas de barras de las variables, así como los resultados inferenciales mediante la contrastación de hipótesis con el estadístico chi cuadrado.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

En esta parte se presentaron los resultados sobre le objetivo general: **Describir los efectos secundarios de las usuarias que usan el implante subdérmico atendidas en el Hospital Tingo María, 2024**, de haber encuestado a 80 usuarias que se atendieron en el Hospital Tingo María de febrero a octubre del 2024.

Tabla 1. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ausencia de menstruación	49	61,3
	Aumento del sangrado	4	5,0
	Menstruación escasa	12	15,0
	Sangrado inter menstrual	7	8,8
	Ninguno	8	10,0
	Total	80	100,0

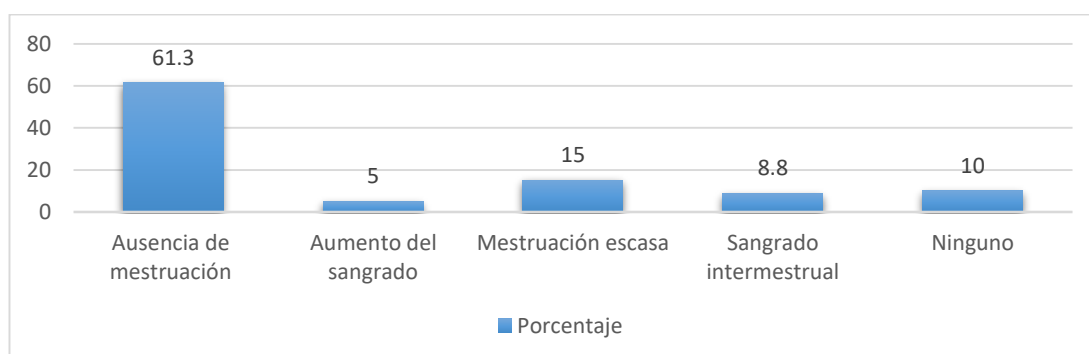
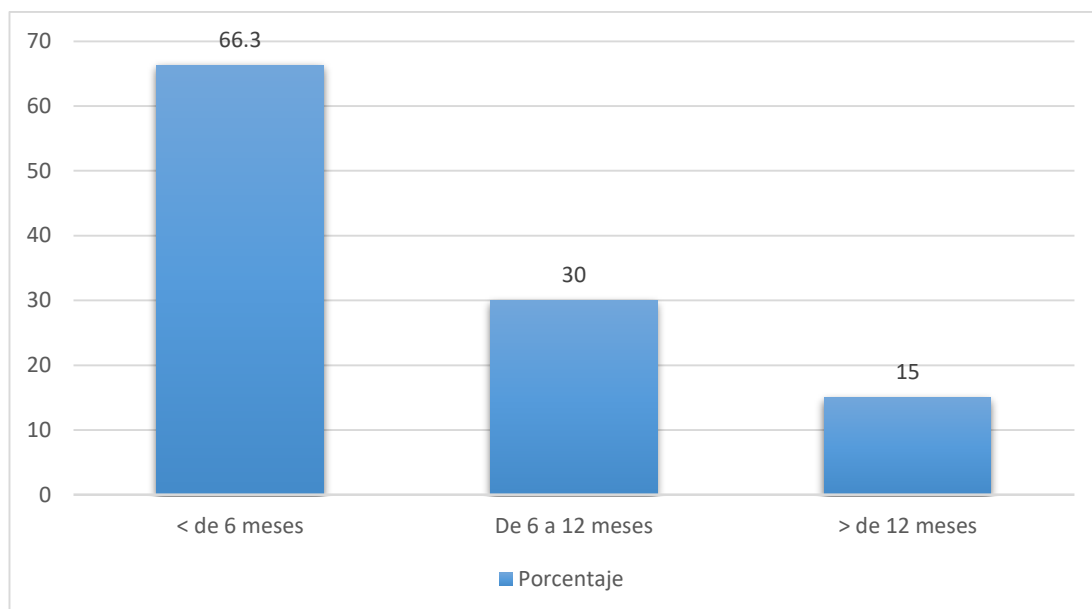


Figura 1. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta?

La Tabla 1 y la Figura 1 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas de las 80 mujeres encuestadas respecto a los cambios percibidos en su menstruación. El 61,3% reportó ausencia de menstruación, constituyendo la alteración más común. El 15,0% indicó menstruación escasa, el 10,0% no presentó ningún cambio, el 8,8% manifestó sangrado intermenstrual y el 5,0% refirió un aumento del sangrado.

Tabla 2. P8.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	< de 6 meses	53	66,3
	De 6 a 12 meses	24	30,0
	> de 12 meses	3	3,5
	Total	80	100,0

**Figura 2.** P8.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 2 y la Figura 2 presentan la distribución de frecuencia y porcentaje sobre el tiempo transcurrido desde que las 80 mujeres encuestadas comenzaron a notar cambios en su menstruación. El 66,3% indicó haber percibido estos cambios hace menos de 6 meses, el 30,0% señaló entre 6 a 12 meses, y solo el 2,5% refirió más de 12 meses. Se registró un caso (1,3%) sin respuesta por sistema. Estos resultados muestran que la mayoría de las participantes ha comenzado a notar alteraciones menstruales en un periodo reciente.

Tabla 3. P9.- Variación de su peso corporal

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Aumento de peso	44	55,0
	Disminución de peso	2	2,5
	Peso normal	34	42,5
	Total	80	100,0

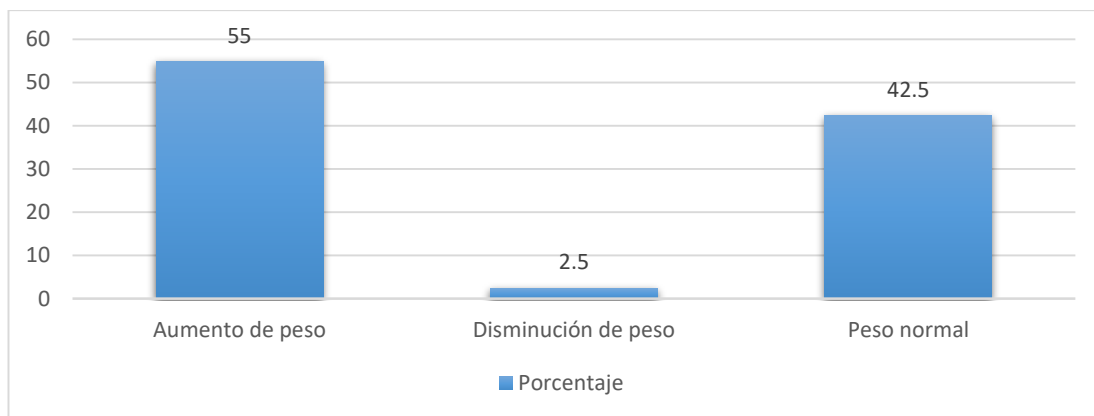


Figura 3. P9.- Variación de su peso corporal

La Tabla 3 y la Figura 3 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje respecto a la variación del peso corporal en las 80 mujeres encuestadas. El 55,0% reportó un aumento de peso, el 42,5% indicó mantener un peso normal y solo el 2,5% manifestó una disminución de peso.

Tabla 4. P10.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	34	42,5
	< de 6 meses	6	7,5
	De 6 a 12 meses	40	50,0
	Total	80	100,0

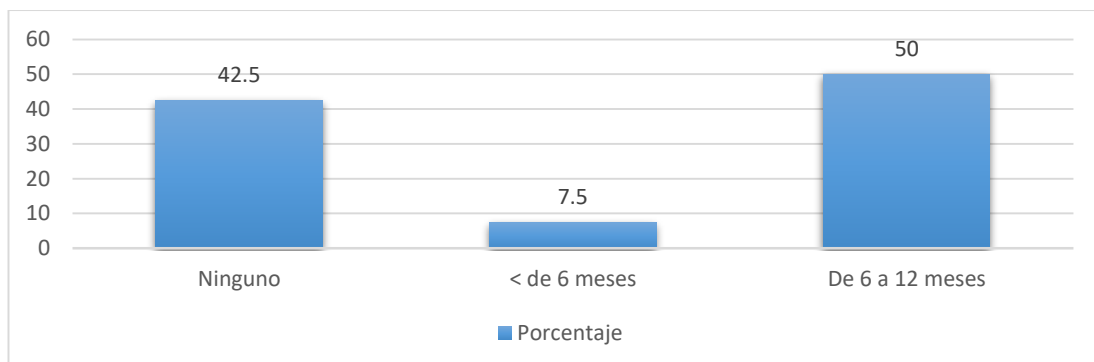
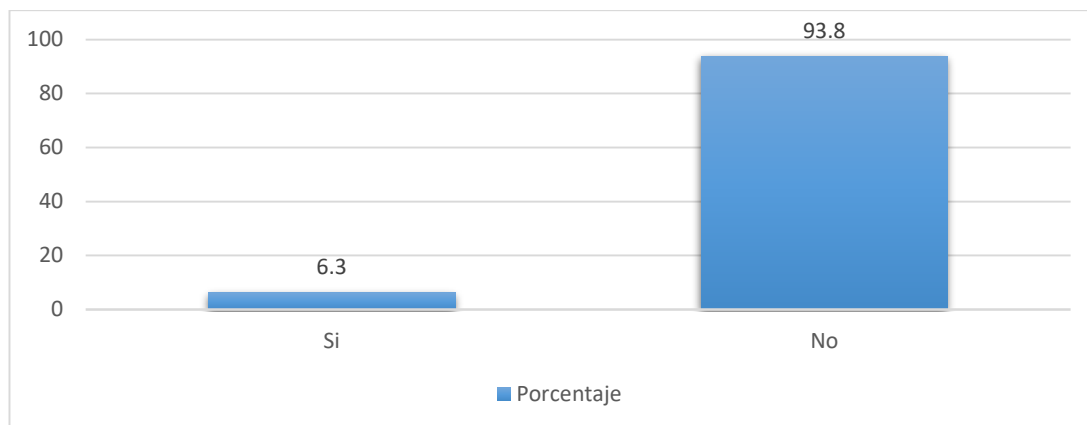


Figura 4. P10.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 4 y la Figura 4 presentan la distribución de frecuencia y porcentaje sobre el tiempo en que las 80 mujeres encuestadas comenzaron a notar cambios relacionados con su peso corporal. El 50,0% indicó haber notado estos cambios entre 6 a 12 meses atrás, el 7,5% señaló menos de 6 meses, mientras que el 42,5% afirmó no haber notado ningún cambio.

Tabla 5. P11.- ¿Tuvo presencia de acné?

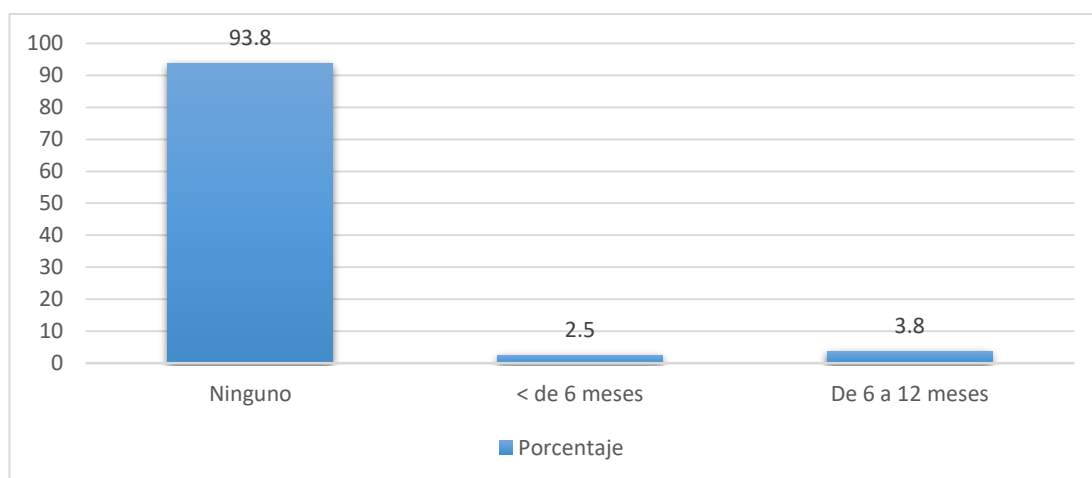
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	5	6,3
	No	75	93,8
	Total	80	100,0

**Figura 5.** P11.- ¿Tuvo presencia de acné?

La Tabla 5 y la Figura 5 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje sobre la presencia de acné en las 80 mujeres encuestadas. El 93,8% indicó no haber presentado acné, mientras que solo el 6,3% manifestó haberlo tenido. Estos resultados evidencian que la gran mayoría de las participantes no ha experimentado este síntoma dermatológico.

Tabla 6. P12.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	75	93,8
	< de 6 meses	2	2,5
	De 6 a 12 meses	3	3,8
	Total	80	100,0

**Figura 6.** P12.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 6 y la Figura 6 presentan la distribución de frecuencia y porcentaje sobre el tiempo en que las mujeres encuestadas comenzaron a notar la aparición de acné. El 93,8% indicó no haber notado ningún cambio, mientras que el 3,8% refirió haberlo notado entre 6 a 12 meses atrás y el 2,5% mencionó menos de 6 meses. Estos resultados confirman que la presencia de acné es mínima entre las participantes del estudio, y entre quienes sí lo han experimentado.

Tabla 7. P13.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolor en el sitio de inserción?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	8	10,0
	No	72	90,0
	Total	80	100,0

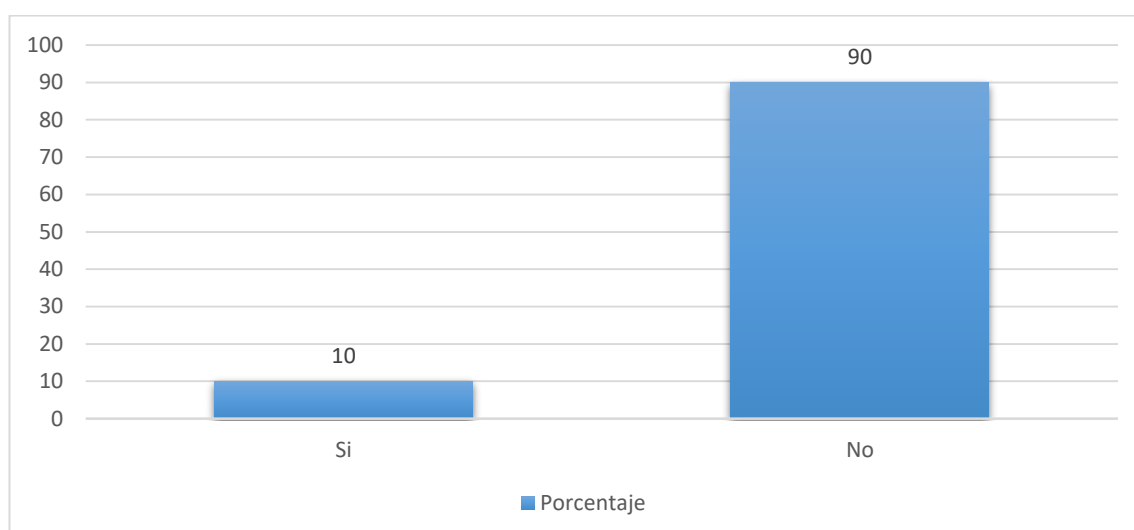
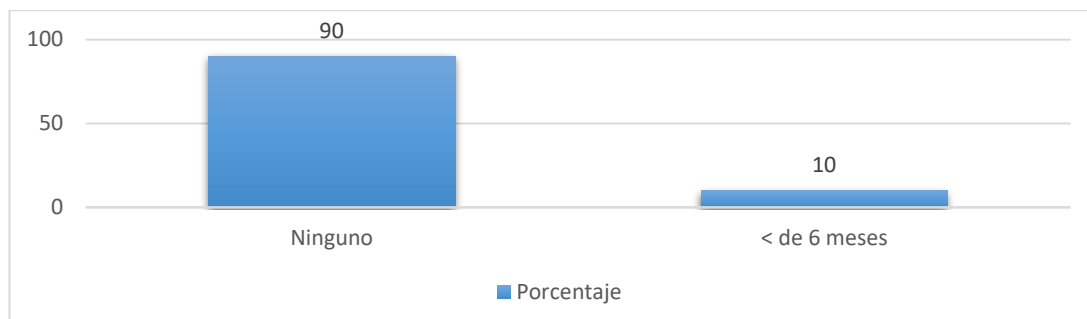


Figura 7. P13.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolor en el sitio de inserción?

La Tabla 7 y la Figura 7 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje sobre la presencia de dolor en el sitio de inserción durante la vida cotidiana de las 80 mujeres encuestadas. El 90,0% manifestó no haber presentado dolor, mientras que el 10,0% indicó haberlo experimentado. Estos resultados sugieren que la mayoría de las participantes no percibió molestias en el lugar de inserción, lo que podría estar relacionado con una adecuada técnica de colocación y buena adaptación al método utilizado.

Tabla 8. P14.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

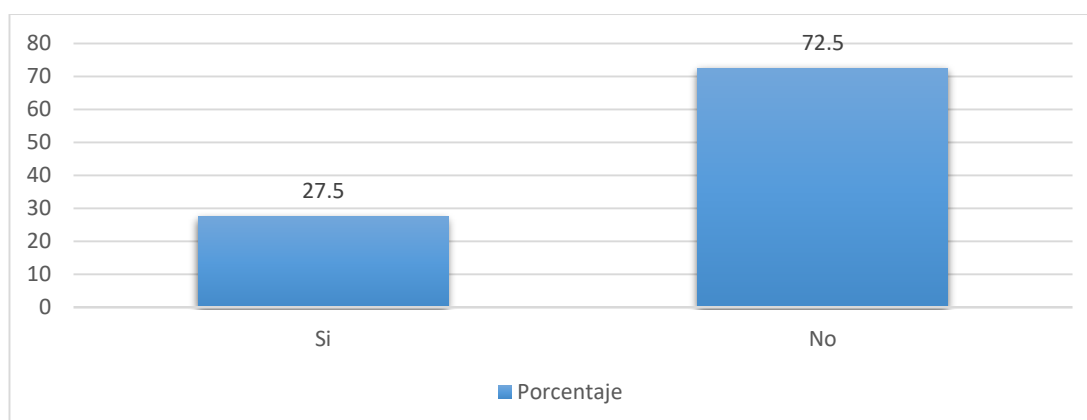
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	72	90,0
	< de 6 meses	8	10,0
	Total	80	100,0

**Figura 8.** P14.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 8 y la Figura 8 presentan la distribución de frecuencia y porcentaje sobre el tiempo en que las mujeres encuestadas comenzaron a notar dolor en el sitio de inserción. El 90,0% señaló no haber experimentado ningún cambio, mientras que el 10,0% reportó haber sentido dolor en los últimos 6 meses. Estos datos reflejan que la aparición de dolor en el sitio de inserción es poco frecuente entre las participantes, y cuando se presenta, suele ocurrir en un periodo reciente.

Tabla 9. P15.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolores de cabeza?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	22	27,5
	No	58	72,5
	Total	80	100,0

**Figura 9.** P15.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolores de cabeza?

La Tabla 9 y Figura 9 muestra la distribución de frecuencia y porcentaje sobre la presencia de dolores de cabeza durante la vida cotidiana en las 80 mujeres encuestadas. El 72,5% indicó no haber presentado este síntoma, mientras que el 27,5% reportó haberlo experimentado. Estos resultados indican que, aunque la mayoría de las participantes no presenta cefaleas, una proporción significativa sí ha tenido este malestar, lo cual podría estar relacionado con cambios hormonales, efectos secundarios del método anticonceptivo utilizado o factores externos como el estrés.

Tabla 10. P16.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	58	72,5
	< de 6 meses	14	17,5
	De 6 a 12 meses	6	7,5
	> de 12 meses	2	2,5
	Total	80	100,0

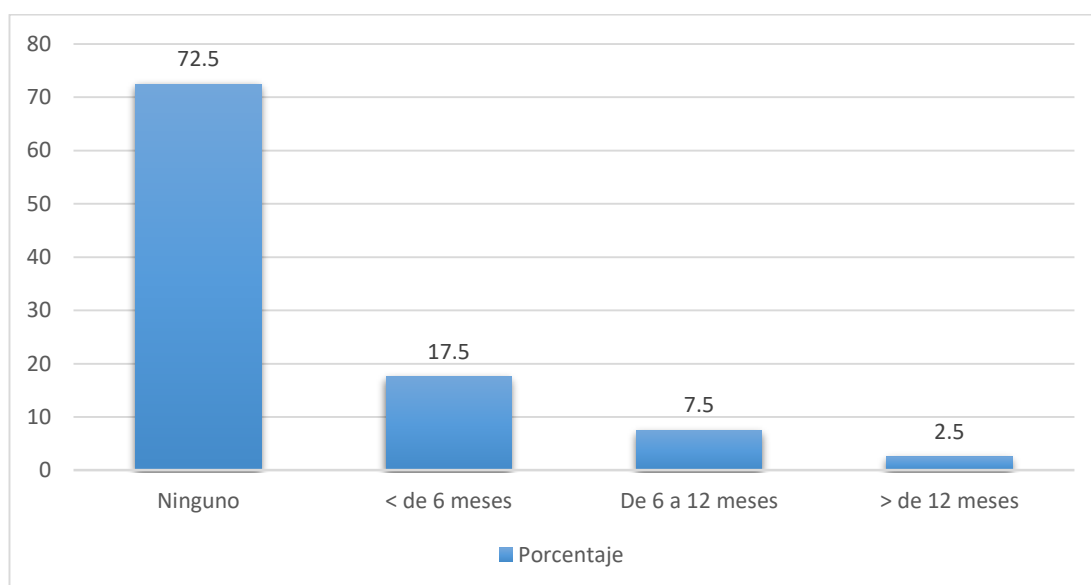
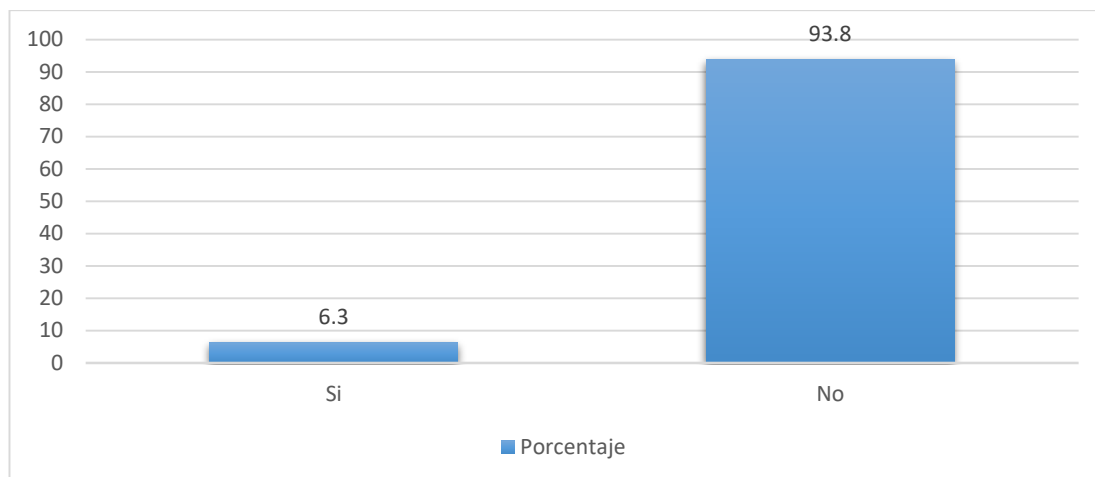


Figura 10. P16.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 10 y la Figura 10 presentan la distribución de frecuencia y porcentaje sobre el tiempo en que las mujeres encuestadas comenzaron a notar dolores de cabeza. El 72,5% indicó no haber presentado este síntoma, mientras que el 17,5% señaló haberlo experimentado hace menos de 6 meses, el 7,5% entre 6 a 12 meses y el 2,5% hace más de 12 meses. Estos resultados muestran que, aunque la mayoría de las participantes no ha tenido dolores de cabeza, existe un grupo considerable que ha comenzado a percibirlos en un periodo reciente.

Tabla 11. P17.- ¿Durante su vida cotidiana, presentó náuseas?

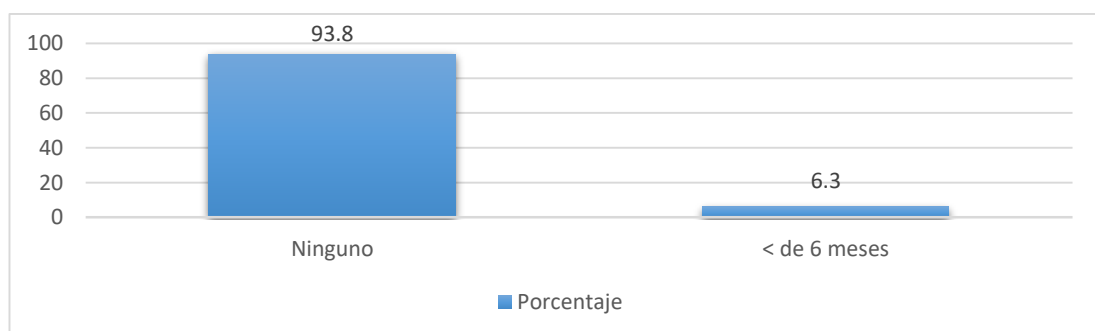
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	5	6,3
	No	75	93,8
	Total	80	100,0

**Figura 11.** P17.- ¿Durante su vida cotidiana, presentó náuseas?

La Tabla 11 y la Figura 11 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje sobre la presencia de náuseas durante la vida cotidiana en las 80 mujeres encuestadas. El 93,8% indicó no haber presentado náuseas, mientras que solo el 6,3% reportó haberlas experimentado. Estos resultados evidencian que las náuseas no son un síntoma común entre las participantes del estudio, lo cual podría indicar una buena tolerancia gastrointestinal al método anticonceptivo empleado.

Tabla 12. P18.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	75	93,8
	< de 6 meses	5	6,3
	Total	80	100,0

**Figura 12.** P18.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 12 y Figura 12 presentan la distribución de frecuencia y porcentaje sobre el tiempo en que las mujeres encuestadas comenzaron a notar la presencia de náuseas. El 93,8% manifestó no haber experimentado este síntoma, mientras que el 6,3% indicó haberlo notado en los últimos 6 meses.

Tabla 13. P19.- ¿Durante su vida cotidiana, presentó dolores en las mamas?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	2	2,5
	No	78	97,5
	Total	80	100,0

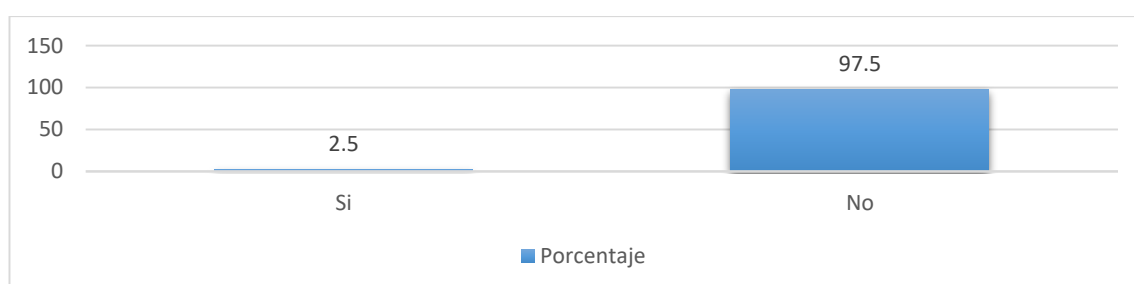


Figura 13. P19.- ¿Durante su vida cotidiana, presentó dolores en las mamas?

La Tabla 13 y la Figura 13 muestra la distribución de frecuencia y porcentaje sobre la presencia de dolores en las mamas durante la vida cotidiana en las 80 mujeres encuestadas. El 97,5% indicó no haber experimentado este síntoma, mientras que solo el 2,5% reportó haberlo presentado.

Tabla 14. P20.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	78	97,5
	< de 6 meses	2	2,5
	Total	80	100,0

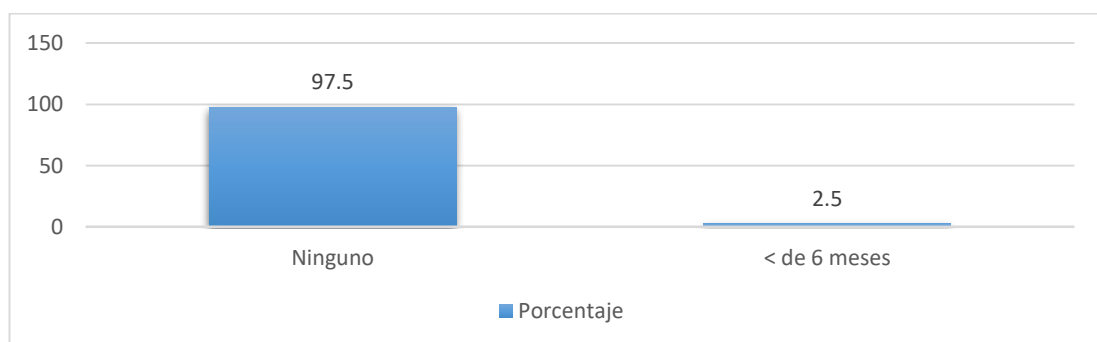


Figura 14. P20.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 14 y la Figura 14 presenta la distribución de frecuencia y porcentaje sobre el tiempo en que las mujeres encuestadas comenzaron a notar dolor en las mamas. El 97,5% manifestó no haber percibido este síntoma, mientras que el 2,5% indicó haberlo notado en los últimos 6 meses.

Tabla 15. P21.- Presencia de cambios en sus emociones

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ansiedad	2	2,5
	Irritabilidad	14	17,5
	Ninguno	64	80,0
	Total	80	100,0

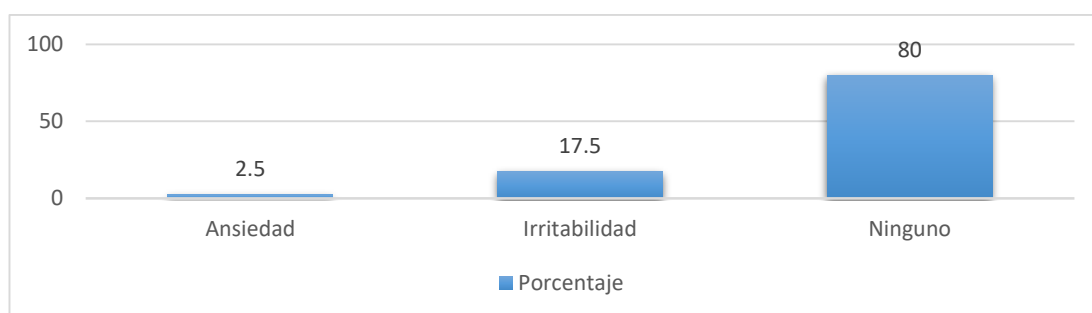


Figura 15. P21.- Presencia de cambios en sus emociones

La Tabla 15 y la Figura 15 muestra la distribución de frecuencia y porcentaje sobre la presencia de cambios emocionales en las 80 mujeres encuestadas. El 80,0% indicó no haber experimentado alteraciones emocionales, mientras que el 17,5% reportó irritabilidad y el 2,5% ansiedad.

Tabla 16. P22.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	64	80,0
	< de 6 meses	8	10,0
	De 6 a 12 meses	6	7,5
	> de 12 meses	2	2,5
	Total	80	100,0

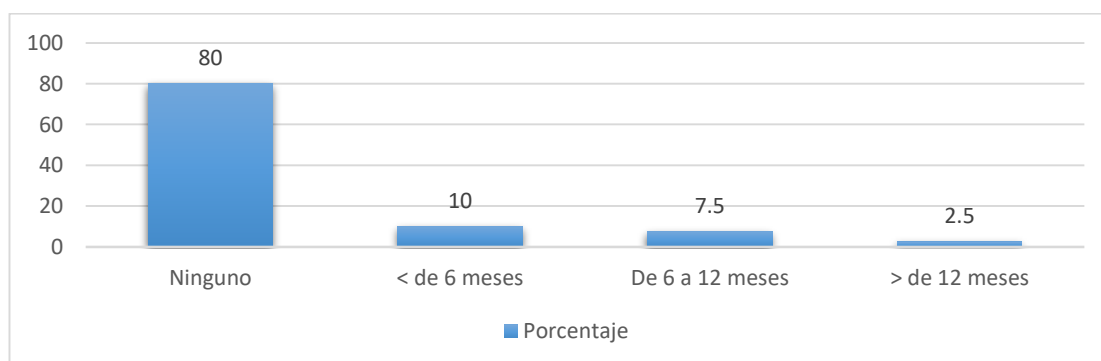


Figura 16. P22.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 16 y la Figura 16 presenta los resultados sobre el tiempo en que las mujeres encuestadas comenzaron a notar cambios emocionales. El 80,0% señaló no haber experimentado ningún cambio, mientras que el 10,0% manifestó haberlos percibido hace menos de 6 meses, el 7,5% entre 6 a 12 meses, y el 2,5% indicó que los cambios iniciaron hace más de un año. Estos datos evidencian que, aunque la mayoría no ha reportado alteraciones emocionales, existe una proporción de mujeres que ha comenzado a experimentar estos cambios en distintos momentos, principalmente en el último semestre.

En la misma línea se presentaron los resultados sobre el objetivo específico 1: **Identificar los efectos secundarios más frecuentes de las usuarias que usan el implante subdérmico atendidas en el Hospital de Tingo María, 2024.**

Tabla 17. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ausencia de menstruación	49	61,3
	Aumento del sangrado	4	5,0
	Menstruación escasa	12	15,0
	Sangrado intermenstrual	7	8,8
	Ninguno	8	10,0
	Total	80	100,0

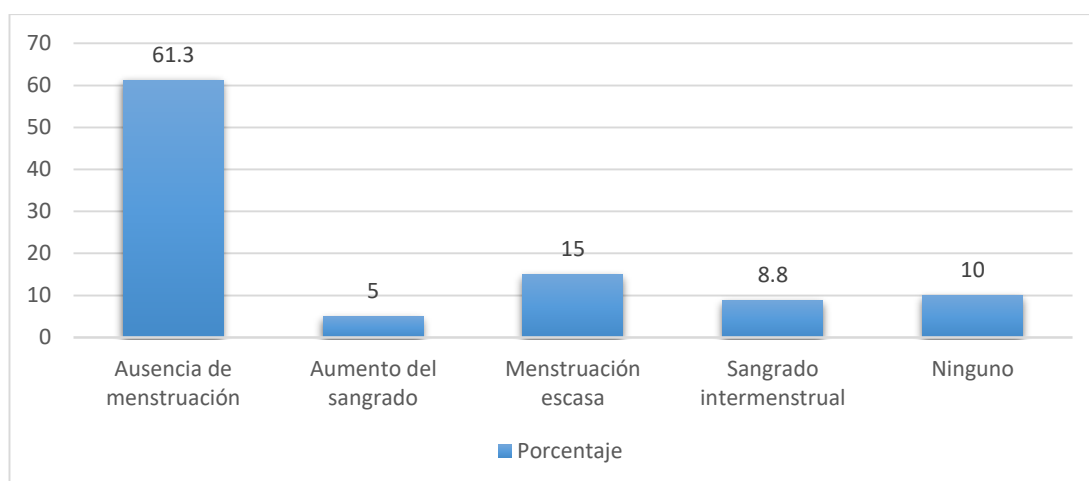


Figura 17. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta

La Tabla 17 y la Figura 17 presenta la distribución de frecuencia y porcentaje respecto a los cambios menstruales reportados por las 80 mujeres encuestadas. El 61,3% manifestó ausencia de menstruación, el 15,0% indicó

menstruación escasa, el 8,8% sangrado intermenstrual, y el 5,0% refirió aumento del sangrado. Solo el 10,0% no reportó ningún cambio. Estos resultados evidencian que la gran mayoría de las participantes ha experimentado alteraciones en su patrón menstrual, siendo la amenorrea la más frecuente.

Tabla 18. P8.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	< de 6 meses	53	66,3
	De 6 a 12 meses	24	30,0
	> de 12 meses	3	2,5
	Total	80	100,0

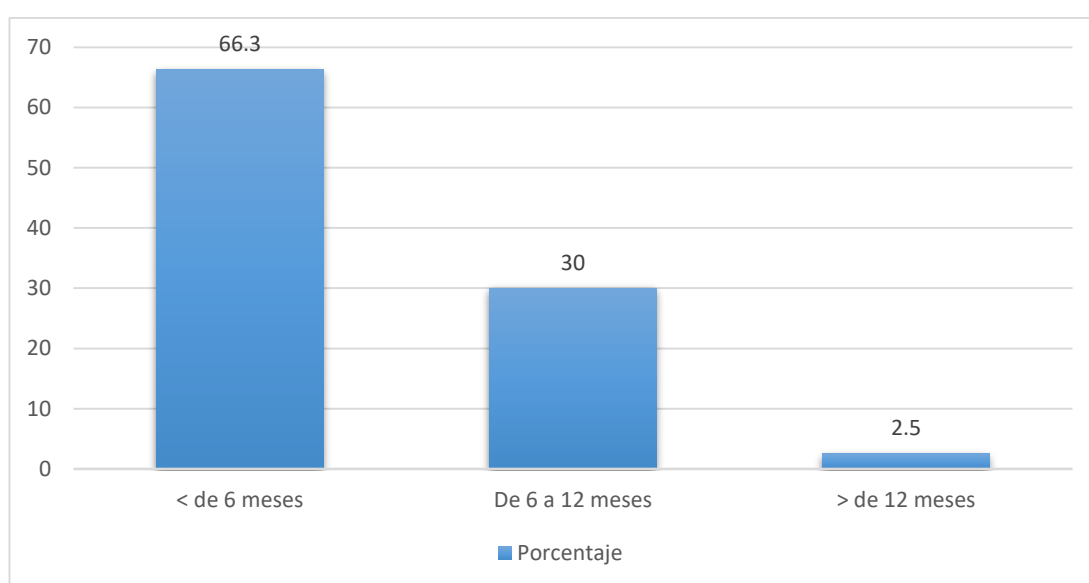


Figura 18. P8.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 18 y la Figura 18 muestran la distribución temporal sobre el momento en que las mujeres encuestadas comenzaron a notar cambios en su menstruación. El 66,3% indicó haberlos percibido hace menos de 6 meses, el 30,0% entre 6 y 12 meses, y solo el 2,5% hace más de un año.

Tabla 19. P9.- Variación de su peso corporal

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Aumento de peso	44	55,0
	Disminución de peso	2	2,5
	Peso normal	34	42,5
	Total	80	100,0

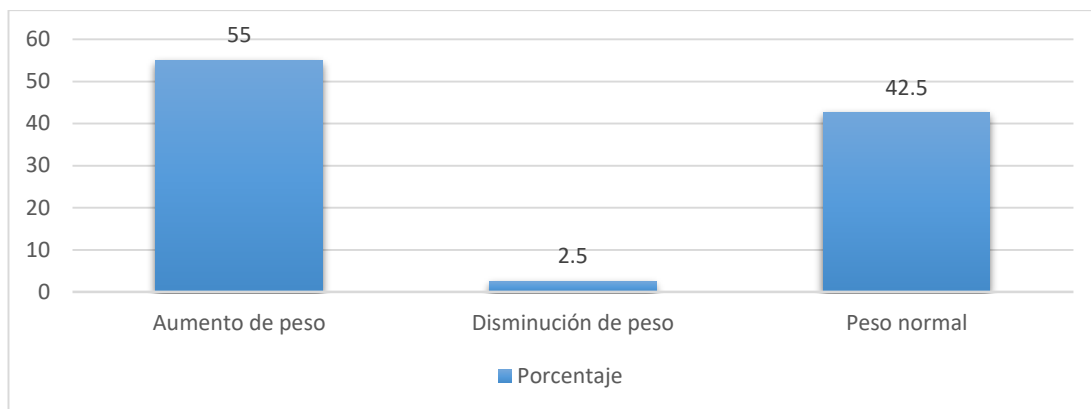


Figura 19. P9.- Variación de su peso corporal

La Tabla 19 y Figura 19 presenta la distribución de frecuencia y porcentaje sobre la variación del peso corporal en las 80 mujeres encuestadas. El 55,0% reportó haber tenido un aumento de peso, el 42,5% indicó que su peso se ha mantenido normal, y solo el 2,5% manifestó una disminución. Estos datos evidencian que más de la mitad de las participantes ha experimentado incremento en su peso, lo cual podría estar vinculado a los efectos secundarios de métodos anticonceptivos hormonales, cambios en el metabolismo o en el estilo de vida.

Tabla 20. P10.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	34	42,5
	< de 6 meses	6	7,5
	De 6 a 12 meses	40	50,0
	Total	80	100,0

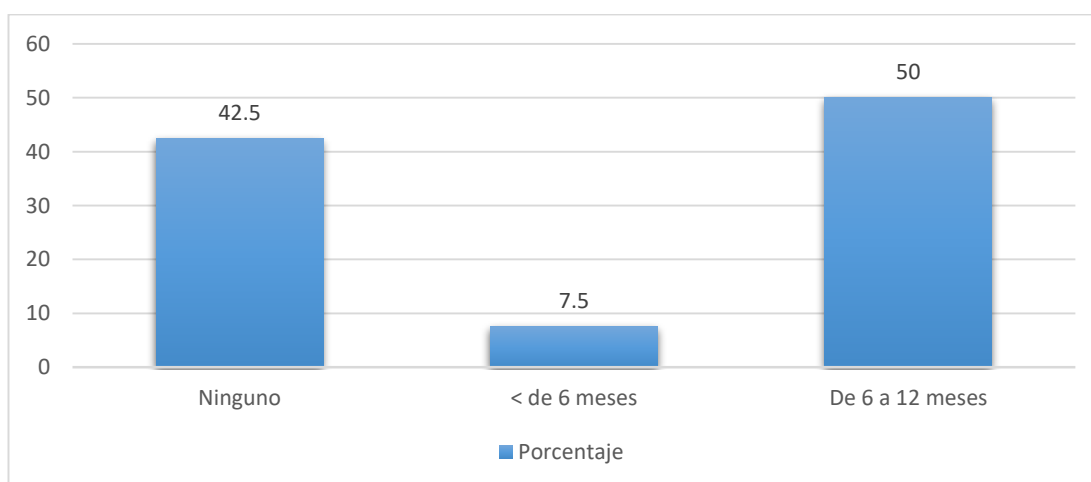


Figura 20. P10.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 20 presenta la distribución de frecuencia y porcentaje sobre el tiempo en que las mujeres encuestadas comenzaron a notar cambios en su peso corporal. El 50,0% reportó haber notado estos cambios entre 6 a 12 meses, el 7,5% hace menos de 6 meses y el 42,5% indicó no haber notado variaciones.

Tabla 21. P15.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolores de cabeza?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	22	27,5
	No	58	72,5
	Total	80	100,0

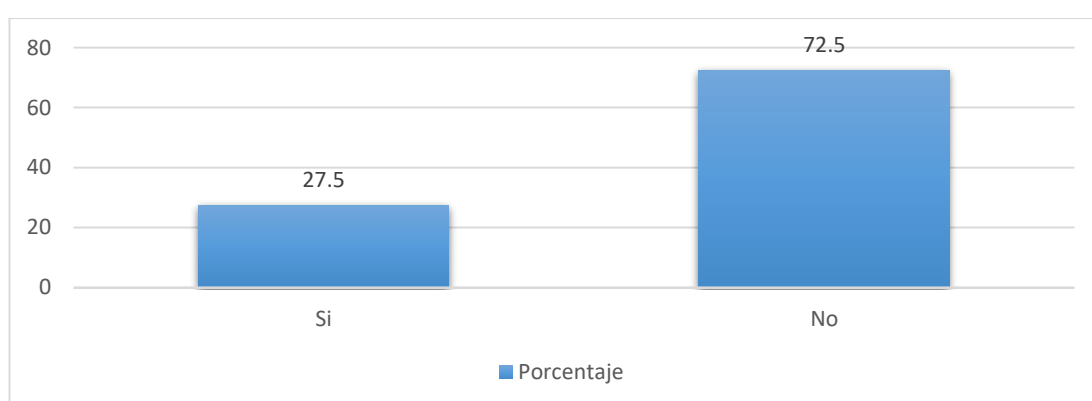
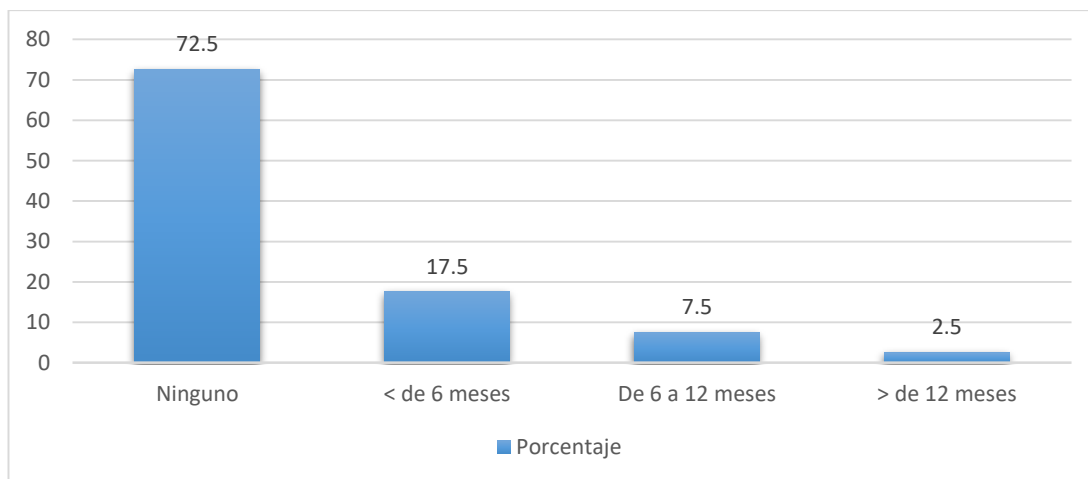


Figura 21. P15.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolores de cabeza?

La Tabla 21 y la Figura 21 presentan la distribución de frecuencia y porcentaje sobre la presencia de dolores de cabeza durante la vida cotidiana en las 80 mujeres encuestadas. El 72,5% señaló no haber experimentado este síntoma, mientras que el 27,5% indicó que sí lo presentó. Estos resultados muestran que, aunque la mayoría de las participantes no ha tenido cefaleas, una proporción considerable sí las ha experimentado, lo cual podría estar asociado a factores hormonales, tensión emocional o efectos secundarios del método anticonceptivo.

Tabla 22. P16.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	58	72,5
	< de 6 meses	14	17,5
	De 6 a 12 meses	6	7,5
	> de 12 meses	2	2,5
	Total	80	100,0



Nota: Elaboración propia

Figura 22. P16.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 22 y la Figura 22 muestran el tiempo en que las mujeres encuestadas comenzaron a notar dolores de cabeza. El 72,5% indicó no haber presentado este síntoma, mientras que el 17,5% lo notó hace menos de 6 meses, el 7,5% entre 6 a 12 meses, y el 2,5% desde hace más de un año. Estos resultados indican que, aunque la mayoría no ha experimentado cefaleas, una parte de las participantes ha comenzado a presentarlas recientemente, lo que podría estar vinculado con el inicio del uso de métodos anticonceptivos o cambios hormonales.

De igual manera se presentaron los resultados sobre el objetivo específico 2: **Determinar el tiempo en que aparecen los efectos secundarios en las usuarias que utilizan el implante subdérmico atendidas en el Hospital de Tingo María, 2024.**

Tabla 23. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ausencia de menstruación	49	61,3
	Aumento del sangrado	4	5,0
	Menstruación escasa	12	15,0
	Sangrado intermenstrual	7	8,8
	Ninguno	8	10,0
	Total	80	100,0

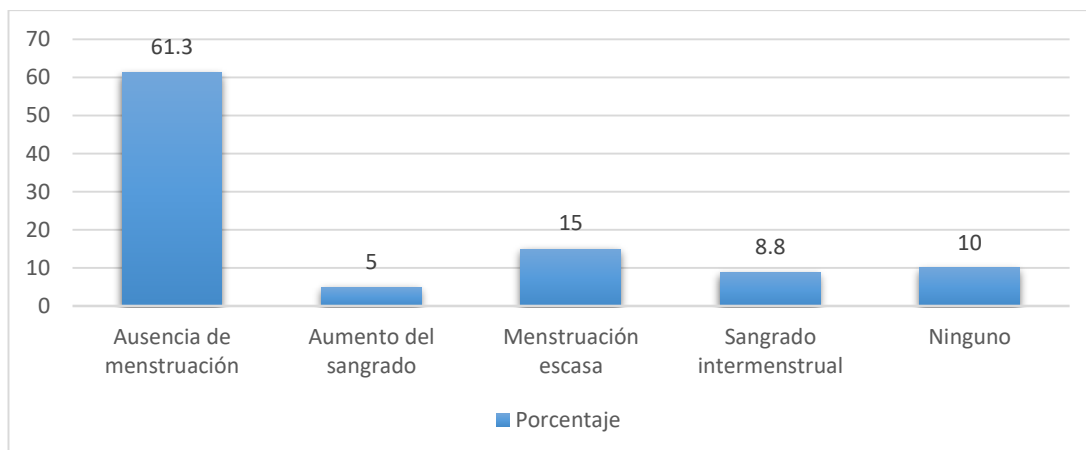


Figura 23. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta

La Tabla 23 y la Figura 23 presentan la distribución de frecuencia y porcentaje sobre los cambios en la menstruación informados por las 80 mujeres encuestadas. El 61,3% reportó ausencia de menstruación, el 15,0% mencionó menstruación escasa, el 8,8% sangrado intermenstrual y el 5,0% aumento del sangrado. Solo el 10,0% no indicó ningún cambio.

Tabla 24. P8.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	< de 6 meses	53	66,3
	De 6 a 12 meses	24	30,0
	> de 12 meses	3	4,7
Total		80	100,0

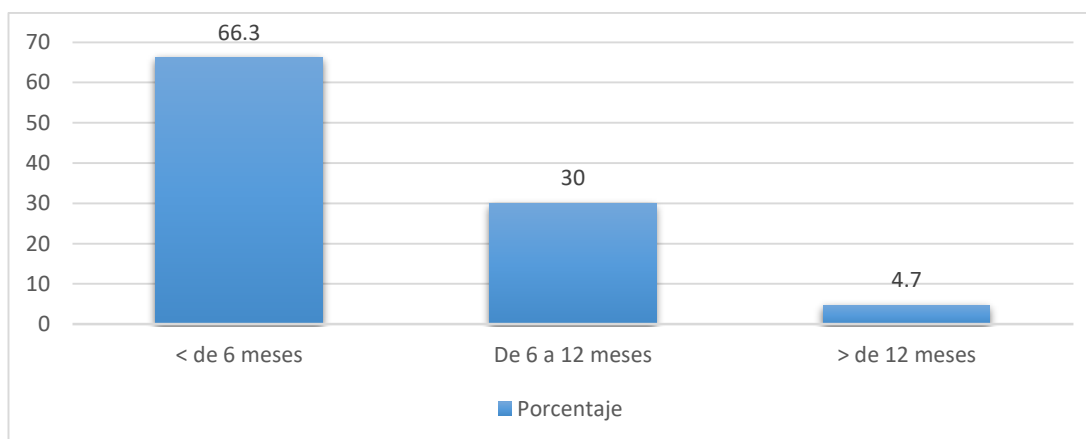


Figura 24. P8.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 24 y la Figura 24 muestra la distribución de frecuencia y porcentaje sobre el tiempo en que las mujeres encuestadas comenzaron a notar cambios en su menstruación. El 66,3% indicó haber percibido los cambios hace menos de 6 meses, el 30,0% entre 6 a 12 meses, y solo el 2,5% refirió más de un año. Se registró un caso (1,3%) con dato perdido por

sistema. Estos resultados revelan que la mayoría de las alteraciones menstruales han surgido recientemente, lo cual podría estar asociado al inicio o uso reciente de métodos anticonceptivos hormonales.

Tabla 25. P9.- Variación de su peso corporal

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Aumento de peso	44	55,0
	Disminución de peso	2	2,5
	Peso normal	34	42,5
	Total	80	100,0

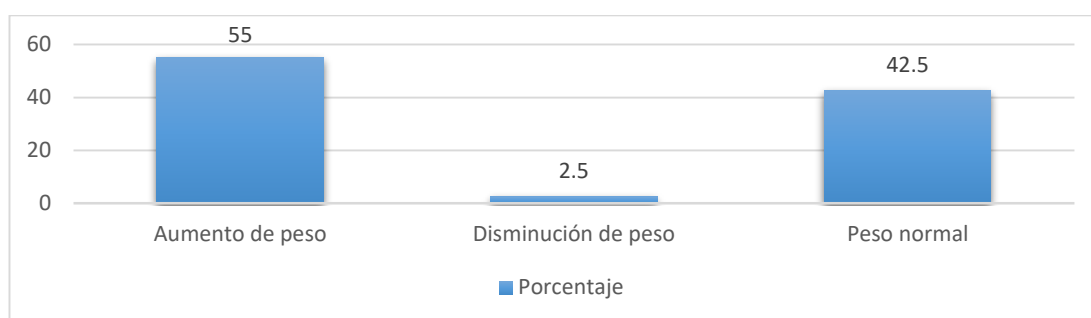


Figura 25. P7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta

La Tabla 25 y la Figura 25 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje de las respuestas de los 80 estudiantes universitarios en relación con la variación de su peso corporal. El 55,0% de los encuestados reportó un aumento de peso, el 42,5% indicó mantener un peso normal y solo el 2,5% manifestó una disminución de peso.

Tabla 26. P10.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	34	42,5
	< de 6 meses	6	7,5
	De 6 a 12 meses	40	50,0
	Total	80	100,0

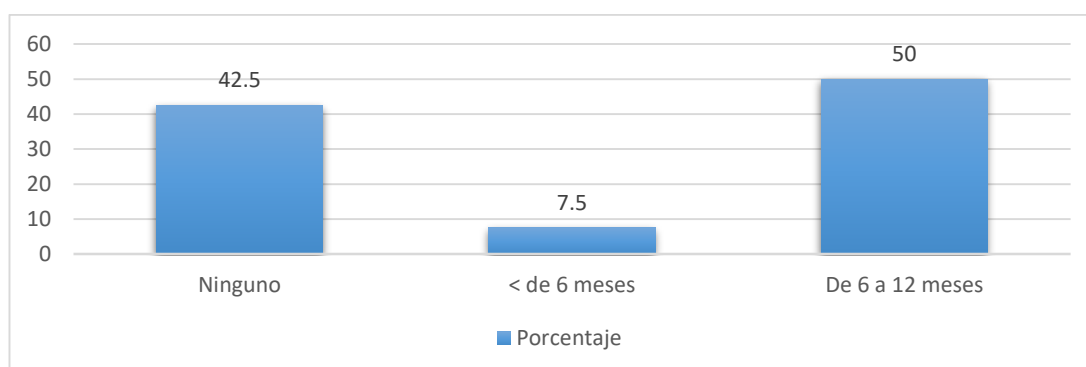


Figura 26. P10.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 26 y la Figura 26 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje de los 80 estudiantes universitarios en relación con el tiempo en que comenzaron a notar cambios en su peso corporal. El 50,0% de los encuestados indicó haber percibido estos cambios entre los últimos 6 a 12 meses, el 7,5% mencionó que fue hace menos de 6 meses, mientras que el 42,5% manifestó no haber notado ningún cambio.

Tabla 27. P15.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolores de cabeza?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	22	27,5
	No	58	72,5
	Total	80	100,0

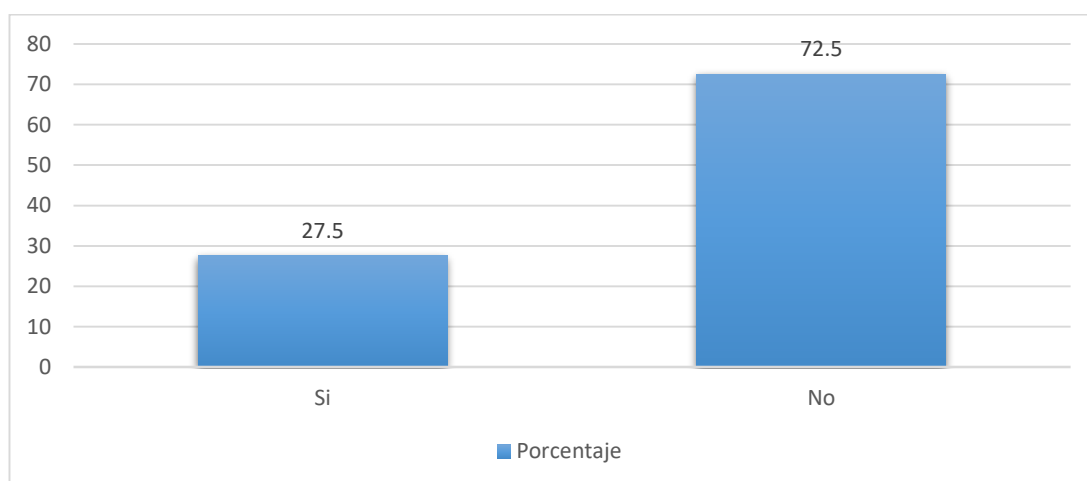


Figura 27. P15.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolores de cabeza?

La Tabla 27 y la Figura 27 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje de los 80 estudiantes universitarios en relación con la presencia de dolores de cabeza durante su vida cotidiana. El 27,5% de los encuestados afirmó haber experimentado dolores de cabeza, mientras que el 72,5% indicó no haberlos tenido. Estos resultados reflejan que, aunque la mayoría de los estudiantes no presenta este síntoma, una proporción significativa sí lo experimenta.

Tabla 28. P16.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	58	72,5
	< de 6 meses	14	17,5
	De 6 a 12 meses	6	7,5
	> de 12 meses	2	2,5
	Total	80	100,0

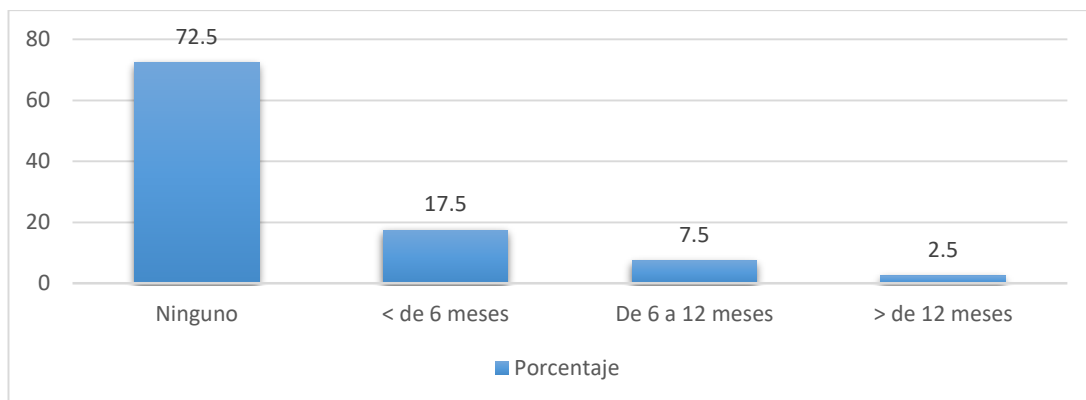


Figura 28. P16.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

La Tabla 28 y la Figura 28 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje de los 80 estudiantes universitarios en relación con el tiempo en que comenzaron a notar cambios vinculados a la aparición de dolores de cabeza. El 72,5% de los encuestados señaló no haber notado ningún cambio, mientras que el 17,5% reportó haberlos notado hace menos de 6 meses, el 7,5% entre 6 a 12 meses y solo el 2,5% indicó haber notado cambios desde hace más de 12 meses. Estos resultados evidencian que la mayoría de los estudiantes no ha experimentado variaciones en este síntoma, aunque un grupo no menor ha comenzado a percibirlo en el último semestre, lo que podría estar relacionado con factores recientes como aumento del estrés académico, cambios en el estilo de vida o alteraciones en la alimentación.

Asimismo, se presentaron los resultados sobre el objetivo específico 3: **Determinar las características sociodemográficas de las usuarias que usan el implante subdérmico atendidas en el Hospital de Tingo María, 2024.**

Tabla 29. P1.- ¿Cuál es su edad actual?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	< de 20 años	15	18,8
	De 20 a 35 años	43	53,8
	> de 35 años	22	27,5
	Total	80	100,0

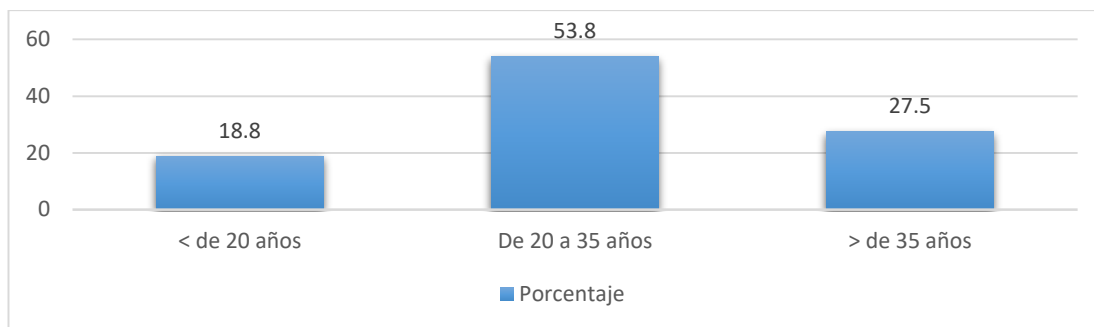


Figura 29. P1.- ¿Cuál es su edad actual?

La Tabla 29 y la Figura 29 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje de los 80 estudiantes universitarios según su edad actual. El 53,8% de los encuestados se encuentra en el rango de 20 a 35 años, el 27,5% tiene más de 35 años y el 18,8% es menor de 20 años. Estos datos indican que la mayoría de los participantes pertenece al grupo etario joven-adulto, lo cual es esperable en un contexto universitario.

Tabla 30. P2.- ¿Cuál es su estado civil actual?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Soltera	6	7,5
	Casada	10	12,5
	Conviviente	64	80,0
	Total	80	100,0

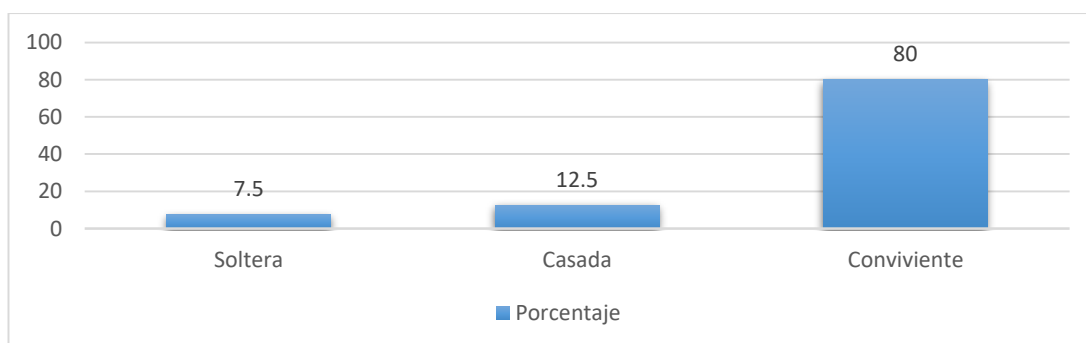
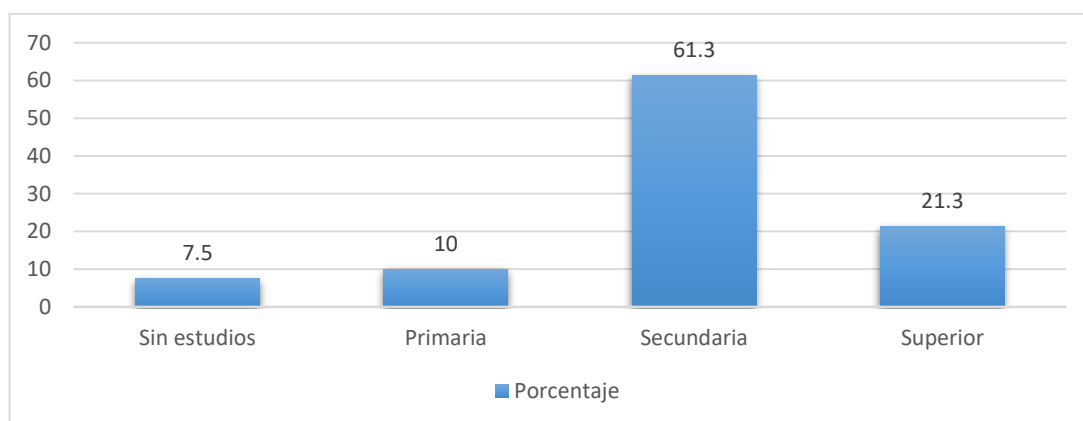


Figura 30. P2.- ¿Cuál es su estado civil actual?

La Tabla 30 y la Figura 30 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje del estado civil actual de los 80 estudiantes universitarios. De ellos, 64 (80,0%) indicaron estar en condición de conviviente, 10 (12,5%) manifestaron estar casados y solo 6 (7,5%) se identificaron como solteros.

Tabla 31. P3.- ¿Cuál es su grado de estudio?

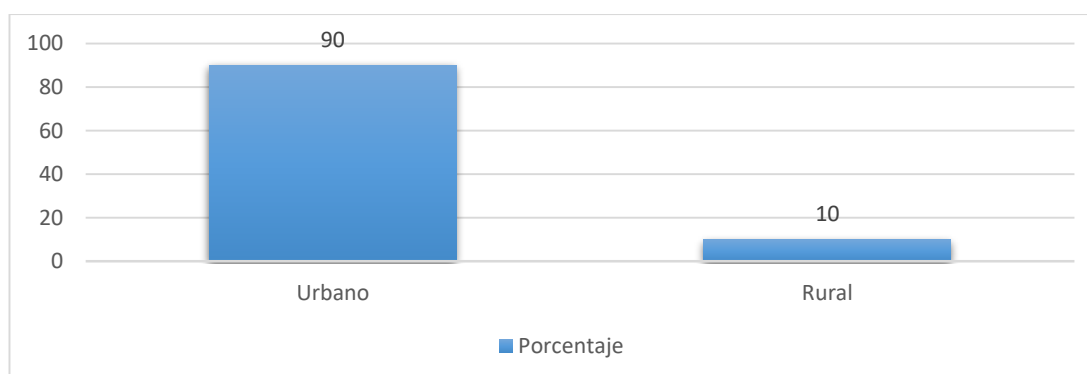
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sin estudios	6	7,5
	Primaria	8	10,0
	Secundaria	49	61,3
	Superior	17	21,3
	Total	80	100,0

**Figura 31.** P3.- ¿Cuál es su grado de estudio?

La Tabla 31 y la Figura 31 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje del grado de estudio de los 80 estudiantes universitarios. De ellos, 49 (61,3%) cuentan con estudios secundarios, 17 (21,3%) tienen formación superior, 8 (10,0%) alcanzaron solo el nivel primario y 6 (7,5%) no tienen estudios. Estos resultados evidencian que la mayoría de los encuestados posee al menos educación secundaria, lo cual podría influir positivamente en su comprensión de temas relacionados con la nutrición y el autocuidado.

Tabla 32. P4.- ¿Cuál es su lugar de procedencia?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Urbano	72	90,0
	Rural	8	10,0
	Total	80	100,0

**Figura 32.** P4.- ¿Cuál es su lugar de procedencia?

La Tabla 32 y la Figura 32 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje del lugar de procedencia de los 80 estudiantes universitarios. De ellos, 72 (90,0%) provienen de zonas urbanas y solo 8 (10,0%) de zonas rurales. Estos resultados indican un predominio claro de estudiantes con origen urbano, lo que podría estar asociado a mayores oportunidades de acceso a servicios educativos, de salud y a una mayor exposición a información relacionada con la nutrición.

Tabla 33. P5.- ¿Qué tipo de ocupación tiene?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ama de casa	61	76,3
	Trabajo dependiente	7	8,8
	Trabajo independiente	12	15,0
	Total	80	100,0

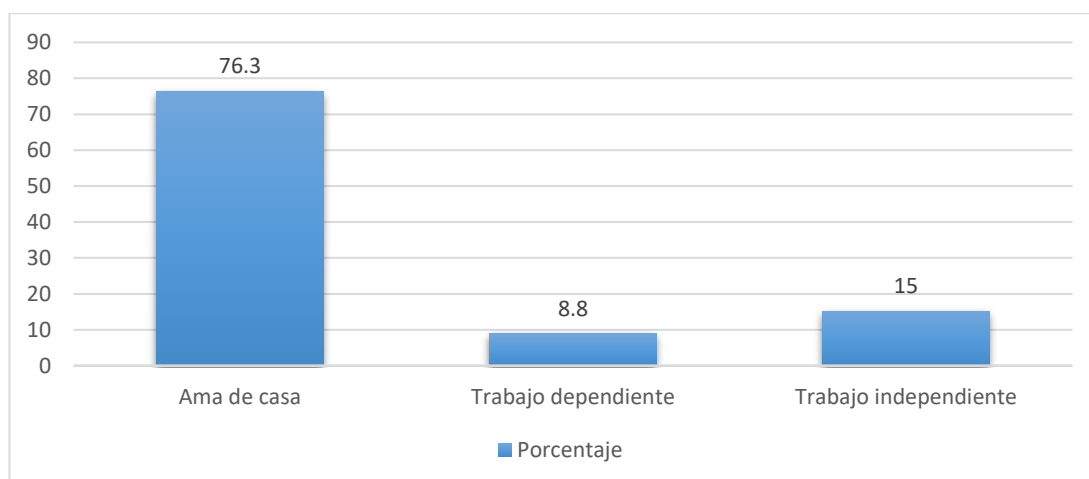
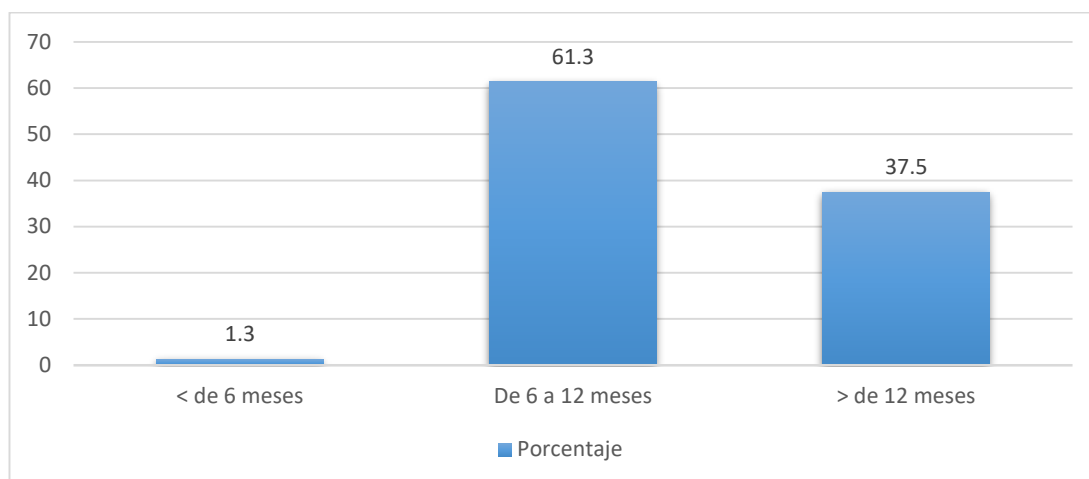


Figura 33. P5.- ¿Qué tipo de ocupación tiene?

La Tabla 33 y la Figura 33 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje del tipo de ocupación de los 80 estudiantes universitarios. De ellos, 61 (76,3%) indicaron ser amas de casa, 12 (15,0%) señalaron tener un trabajo independiente y 7 (8,8%) desempeñan un trabajo dependiente. Estos resultados reflejan que la mayoría de los estudiantes combina sus estudios con responsabilidades domésticas, lo que podría influir en la disponibilidad de tiempo, nivel de estrés y en sus hábitos alimentarios.

Tabla 34. P6.- ¿Cuánto tiempo viene usando el implante?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	< de 6 meses	1	1,3
	De 6 a 12 meses	49	61,3
	> de 12 meses	30	37,5
	Total	80	100,0

**Figura 34.** P6.- ¿Cuánto tiempo viene usando el implante?

La Tabla 34 y la Figura 34 muestran la distribución de frecuencia y porcentaje del tiempo de uso del implante en los 80 estudiantes universitarios. De ellos, 49 (61,3%) reportaron estar usando el implante entre 6 a 12 meses, 30 (37,5%) lo han utilizado por más de 12 meses y solo 1 (1,3%) lleva usándolo menos de 6 meses. Estos resultados indican que la mayoría de las participantes tiene una experiencia moderada con el uso del implante, lo cual permite evaluar con mayor precisión posibles efectos asociados, como variaciones en el peso corporal, cambios hormonales o síntomas secundarios.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis general:

Ha: Las usuarias atendidas en el Hospital Tingo María en el año 2024, presentan efectos secundarios con relación al uso del implante.

Ho: Las usuarias atendidas en el Hospital Tingo María en el año 2024, no presentan efectos secundarios con relación al uso del implante.

Tabla 35. Hipótesis general

			Y: efectos secundarios con relación al uso del implante				Chi cuadrado				
			Alto	Medio	Bajo	Total	X²	sig			
X: Las usuarias atendidas	Medio	Recuento	39	45	94	178	58,273	,000			
		% del total	14,4%	16,6%	34,7%	65,7%					
	Bajo	Recuento	16	66	11	93					
		% del total	5,9%	24,4%	4,1%	34,3%					
	Total		Recuento	55	111	105			271		
			% del total	20,3%	41,0%	38,7%			100,0%		

Interpretación: En la Tabla 35 se observa que el 14,4% de las usuarias con un nivel medio de atención presentan efectos secundarios altos relacionados con el uso del implante, mientras que el 16,6% presentan efectos secundarios medios y el 34,7% bajos. En el grupo con nivel bajo de atención, el 5,9% reporta efectos secundarios altos, el 24,4% medios y el 4,1% bajos. En total, el 65,7% de las participantes recibió una atención media y el 34,3% una atención baja respecto al uso del implante.

Decisión: La prueba de Chi-cuadrado obtuvo un valor de 58,273 con una significancia de 0,000, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de atención brindada a las usuarias y los efectos secundarios relacionados con el uso del implante ($p < 0,05$). Esto confirma que la calidad de atención influye significativamente en la presencia de efectos secundarios entre las usuarias.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En relación con el objetivo cardinal, se expusieron las manifestaciones colaterales en las beneficiarias del implante asistidas en el Hospital Tingo María, 2024. Se halló que estas reportaron una gama diversa de reacciones adversas, siendo las disrupciones del ritmo menstrual las más prevalentes: un 61,3% evidenció amenorrea, seguidas por hipomenorrea (15,0%), metrorragia interepisódica (8,8%) y menorragia (5,0%), lo cual pone de manifiesto que el esquema menstrual constituye el componente fisiológico más perturbado por el dispositivo. Paralelamente, un 55,0% refirió incremento ponderal, un 27,5% cefalalgia y un 17,5% labilidad afectiva, lo que sugiere un influjo hormonal y emocional significativo. Otros síntomas de menor incidencia incluyeron dolor en el punto de inserción (10,0%), emesis (6,3%), dermatosis acneiforme (6,3%), zozobra (2,5%) y mastodinia (2,5%), predominantemente percibidos durante el semestre reciente, lo cual sugiere una irrupción sintomática posimplantación. En lo tocante al nivel asistencial (Tabla 35), se encontró que un 14,4% de las usuarias con atención intermedia manifestó efectos elevados, un 16,6% medianos y un 34,7% leves; mientras que, en el grupo con atención deficiente, el 5,9% presentó efectos intensos, el 24,4% moderados y el 4,1% menores, evidenciándose que un 65,7% recibió atención intermedia y un 34,3% baja. El análisis con Chi-cuadrado reveló un estadístico de 58,273 y una significancia de 0,000, implicando una correlación estadísticamente veraz entre la calidad asistencial y la incidencia de efectos colaterales ($p < 0,05$), confirmando que el grado de atención influye de manera decisiva en la aparición de dichos efectos entre usuarias del implante. Este hallazgo guarda consonancia con Chávez (2021), quien identificó que un 57% de mujeres con eventos adversos optaron por retirar precozmente el implante, frente a un 24% sin sintomatología ($p=0,01$; $OR=4,24$), sugiriendo que dichos eventos inciden en la continuidad del método. No obstante, la presente pesquisa no abordó el retiro, sino la frecuencia y tipo de efectos en relación con la atención recibida. Montalvo (2021), por su parte, también alude a insatisfacción frente a síntomas afines, aunque su abordaje mixto no establece asociación

inferencial. La coincidencia sintomática (ciclos alterados, perturbaciones hormonales) podría explicarse por la farmacodinámica compartida del implante.

En correspondencia con el objetivo específico 1, se individualizaron los efectos más reportados por las usuarias del implante atendidas en el Hospital de Tingo María, 2024. Se verificó que la anovulación (61,3%) y el incremento ponderal (55,0%) fueron los efectos dominantes, seguidos por cefalea en el 27,5% de los casos. Adicionalmente, se documentó hipomenorrea en un 15,0%, hemorragias intermenstruales en un 8,8% y menorragia en un 5,0%, corroborando que las disrupciones del ciclo son las alteraciones más prevalentes vinculadas al implante. Con respecto al peso, el 50,0% de las mujeres que notaron fluctuaciones lo hizo entre los últimos 6 a 12 meses, mientras que las irregularidades menstruales se manifestaron en los seis meses previos en un 66,3%, indicando un inicio reciente postinserción. En relación con las cefalalgias, aunque el 72,5% no informó molestias, un 27,5% sí las padeció, primordialmente en el último semestre. Estos datos se alinean parcialmente con Gómez (2021) en Colombia, quien reportó que el 80,6% de usuarias presentaron efectos adversos, destacando las irregularidades menstruales (61%) como el principal catalizador de retiro (43%). Asimismo, Cordero (2019) en Ecuador halló una asociación significativa entre el retiro prematuro y las alteraciones menstruales (RP 3,9; $p < 0,001$), incremento ponderal superior a 10 kg (RP 3,5; $p < 0,001$) y cefalea intensa (RP 3,7; $p < 0,001$), efectos concordantes con los observados en este estudio. La similitud sintomática puede ser atribuida al efecto hormonal del etonogestrel, que según Sánchez (2020), modifica el eje hipotálamo-hipofisario, alterando la periodicidad menstrual y promoviendo retención hídrica.

Asimismo, en el objetivo específico 2, se determinó la cronología de aparición de efectos adversos en las usuarias del IS atendidas en el Hospital de Tingo María, 2024. Se concluyó que la mayoría de estos emergen durante el semestre inicial tras la implantación. Específicamente, el 66,3% experimentó irregularidades menstruales en los primeros seis meses, y el 30,0% entre los 6 a 12 meses, reflejando una pronta respuesta orgánica. En

cuanto al aumento de masa corporal, el 50,0% lo percibió entre los 6 a 12 meses, y el 7,5% antes de ese lapso, evidenciando una manifestación más diferida respecto al ciclo menstrual. En el caso de la cefalea, un 17,5% refirió su aparición antes de los seis meses, un 7,5% entre 6 y 12 meses y un 2,5% con antigüedad mayor a un año, indicando que, aunque menos frecuente, este efecto también se presenta en fases iniciales. Estos hallazgos guardan similitud con Navarrete (2019) en Ecuador, quien reportó que el 52% de adolescentes tenía menos de un año con el implante y ya mostraba cefalea (47%) y amenorrea (52%), indicando aparición temprana de síntomas afines. En contraste, el estudio de Ascencios y Espinoza (2024) en Barranca señaló que el 68% de usuarias no evidenció efectos secundarios, aunque sin detallar temporalidad, lo cual dificulta una comparación precisa. Las similitudes con Navarrete podrían deberse a la captación de datos durante el primer año de uso en ambos casos.

Finalmente, en lo concerniente al objetivo específico 3, se definieron los perfiles sociodemográficos de las usuarias del IS asistidas en el Hospital de Tingo María, 2024. Se observó que el grupo etario predominante es el de 20 a 35 años (53,8%), seguido por mayores de 35 años (27,5%) y menores de 20 (18,8%), perfilando a una población mayoritariamente adulta joven. En cuanto a su estado conyugal, el 80,0% cohabita, el 12,5% se halla casada y el 7,5% permanece soltera, sugiriendo un predominio de vínculos estables. En relación con la escolaridad, el 61,3% alcanzó nivel secundario, el 21,3% estudios superiores, el 10,0% primaria y el 7,5% carece de formación académica, delineando un colectivo de instrucción media. En cuanto a procedencia, el 90,0% es oriundo de zonas urbanas, lo cual podría relacionarse con mejor acceso a servicios de salud reproductiva. Sobre la ocupación, el 76,3% se identificó como encargada del hogar, el 15,0% realiza actividades autónomas y el 8,8% posee empleo subordinado, reflejando un alto compromiso con labores domésticas. Respecto a la duración del uso del implante, el 61,3% lo empleó entre 6 a 12 meses, el 37,5% por más de un año y apenas el 1,3% por menos de seis meses, revelando un predominio de usuarias con experiencia reciente o intermedia, lo que permite una comprensión más matizada del entorno sociopersonal de quienes optan por

este anticonceptivo en la región. Estos resultados se asemejan a los de Méndivil (2023) en Andahuaylas, quien igualmente observó preeminencia de mujeres jóvenes (38,6% entre 18 y 25 años), urbanas (31,6%) y con secundaria concluida (56,1%), hallando una relación significativa entre dichos factores y el abandono del IS ($p=0,000$). De modo paralelo, Gutiérrez (2023) constató que el incremento ponderal, la cefalea y las irregularidades menstruales, asociados a rasgos individuales, inciden en la interrupción anticipada del uso del implante ($p<0,05$). La convergencia entre estudios puede deberse a la semejanza en el perfil de las usuarias en zonas urbanas del Perú.

CONCLUSIONES

Se infiere que las interrupciones del ritmo menstrual constituyen la manifestación colateral más prevalente entre las receptoras del implante atendidas en el nosocomio de Tingo María durante el 2024, siendo la anulación del flujo la más notificada (61,3%). Igualmente, se identificaron perturbaciones de índole hormonal y psicoemocional como el incremento ponderal (55,0%), cefalea (27,5%) e inestabilidad afectiva (17,5%). Asimismo, se constata una asociación estadísticamente significativa entre el nivel asistencial recibido y la manifestación de sintomatología adversa, sugiriendo que una atención de mayor calidad podría atenuar su ocurrencia ($p < 0,05$).

Se determina que los efectos adversos de mayor frecuencia en las usuarias del implante son la anovulación (61,3%) y el incremento corporal (55,0%), seguidos por algias craneales (27,5%). Las perturbaciones del esquema menstrual resultan ser el fenómeno más prominente, con manifestaciones como hipomenorrea, sangrado entre ciclos y exacerbación del flujo.

Se establece que la mayoría de las reacciones secundarias emergen durante el semestre inicial de utilización del implante. Específicamente, el 66,3% de las irregularidades menstruales se presentó en ese intervalo, mientras que el aumento ponderal se registró mayoritariamente entre los 6 a 12 meses (50,0%). Las cefalalgias también se manifestaron principalmente dentro de los primeros seis meses.

Se determina que el perfil sociodemográfico de las portadoras del implante atendidas en el Hospital de Tingo María en el 2024 se compone mayoritariamente por féminas jóvenes entre 20 y 35 años (53,8%), convivientes (80,0%), con instrucción secundaria (61,3%) y procedencia urbana (90,0%). Además, una proporción significativa se dedica a quehaceres domésticos (76,3%) y ha utilizado el implante entre 6 a 12 meses (61,3%), constituyendo así un panorama útil para la formulación de estrategias en salud pública y planificación reproductiva.

RECOMENDACIONES

Se sugiere al cuerpo asistencial del Hospital de Tingo María robustecer la calidad del servicio ofrecido a las beneficiarias del implante, con particular énfasis en los espacios de asesoramiento inicial y el acompañamiento subsecuente. Tal mejora busca mitigar la incidencia de reacciones adversas, optimizar la constancia en el uso del método y elevar tanto la satisfacción como la confianza de las usuarias.

Se insta al equipo de planificación familiar del Hospital de Tingo María a intensificar las jornadas de inducción previas al inicio del uso del implante, resaltando especialmente las manifestaciones colaterales más recurrentes, como las irregularidades del sangrado cíclico y el incremento ponderal. Esta estrategia contribuirá a que las usuarias adopten decisiones fundadas y manejen de forma realista sus expectativas respecto al dispositivo.

Se exhorta a los responsables de los programas de supervisión clínica a instaurar controles periódicos durante el primer semestre tras la inserción del implante, con el propósito de detectar tempranamente fenómenos adversos tales como cefalalgias, alteraciones en el ritmo menstrual o cambios en el peso corporal. Esta vigilancia sistemática facilitará intervenciones oportunas y un acompañamiento más eficaz a las usuarias.

Se recomienda a las instancias sanitarias regionales y hospitalarias la elaboración de tácticas comunicacionales y de alfabetización en salud orientadas al perfil verídico de las usuarias: mujeres en etapa joven-adulta, convivientes, dedicadas al ámbito doméstico y con escolaridad intermedia. Las campañas deben adecuarse a sus referentes culturales y lingüísticos, utilizando entornos comunitarios o centros asistenciales urbanos para maximizar su alcance y eficacia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Intervenciones Anticonceptivas implantes subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles otros implantes como métodos efectivos de prevención del embarazo. Última versión ed. Bahamondes, editor. Ginebra: Bahamondes; 2008.
2. Betancourt D. Determinación de las causas más frecuentes de retiro de implantes anticonceptivos subdérmico de concentraciones de etonogestrel 68 miligramos (Implanon) y levonorgestrel 75 miligramos (Jadelle) en las mujeres en edad fértil que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Julius Doerfner de la ciudad de Zamora en el periodo de marzo 2011 a marzo 2012 [tesis licenciatura]. Loja: Universidad Nacional de Loja, 2014.
3. Ramos M. Efectos del IS de etonogestrel en usuarias del consultorio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2014 enero 2015 [tesis licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
4. Rodriguez S. Frecuencia de efectos adversos en usuarias de IS. Revista Obstetricia del Instituto Mex Seguro Social 2011; 19 (1): 21 – 24.
5. Darney PD. Mini Z. Vanessa AB. Etonogestrel contraceptive Implant UpToDate® [sitio web] [citado 16 Junio 2022]. Disponible en: URL: <http://www.uptodate.com/es/home>.
6. Rosales, A., Enrique, G. (2009). Características sociodemográficas de las usuarias del implante anticonceptivo liberador de etonogestrel. Ginecología y Obstetricia de México, 77(03), 136-141.
7. Ministerio de Salud. (2016). Norma Técnica de Planificación Familiar. Recuperado de <https://www.saludarequipa.gob.pe/>
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación Familiar [Internet]. Febrero 2018. [Citado 4 agosto 2019]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 - Nacional y Regional. Indicadores: objetivos de desarrollo sostenible. [Internet].2023. Cap. 13. [Citado 10 Julio 2024]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap013.pdf
10. Power J, French R, Cowan F. Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos eficaces de prevención del embarazo (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Diario Oficial del Bicentenario EL PERUANO, 2022. [internet]. [citado el 10 Julio 2024]. Disponible en: <https://www.elperuano.pe/noticia/174981-prevalencia-en-el-uso-de-anticonceptivos-aumento-al-57-en-los-ultimos-tres-anos>
12. Riofrio J. (2020). IS: Indicaciones y Efectos Secundarios. Universidad Técnica de Machala. Pág. 7 [Internet]. [Citado 12 setiembre 2024]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15245>
13. Vines, J. (2021). Efectos secundarios del IS que influyen en el retiro anticipado del método anticonceptivo en usuarias del Centro de Salud Materno Infantil Rímac durante los años 2019 - 2020 [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5262>
14. Rosales Paredes CB. Efectos adversos relacionados al uso del implanon en usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilo Valdizan Medrano, 2014-2015. Tesis Profesional. Huánuco: Universidad de Huánuco, Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2016.

15. CHAVEZ, Alfredo. (2021). Relación del Retiro Temprano de IS con sus Efectos Adversos, Características Sociodemográficas y Obstétricas, en Usuarías del Centro El Alto Marie Stopes, 2018. {internet} {citado 10 marzo 2024} disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/26000>

16. MONTALVO, Jhon. (2021). EFECTOS SECUNDARIOS DEL IS DE ETONOGESTREL EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N°1 TULCÁN. {internet} {citado 10 marzo 2024} disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/12251>

17. LM GOMEZ (2021). Efectos adversos y motivos de retiro de IS Jadelle® en usuarias de Policlínica de salud Sexual y Reproductiva del Hospital de Clínicas en período junio 2015- diciembre 2017. {internet} {citado 10 marzo 2024} disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1388632>

18. CORDERO, María. (2019). Prevalencia y factores asociados al abandono del IS de Etonogestrel, Distrito 03D01, Azogues, 2014-2017. {internet} {citado 10 marzo 2024} disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31923>

19. NAVARRETE, Katherine. (2019). “Efectos del implante subdermico en pacientes adolescentes en el Centro de Salud Martha de Roldos desde noviembre del 2018 hasta enero del 2019” {internet} {citado 10 marzo 2024} disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42286>

20. Barranca - Perú (2024). ASENCIOS,M; ESPINOZA, C. ⁽¹⁵⁾ Percepción Sobre el Uso del IS en Usuarías de Planificación Familiar del Centro de Salud Lauriama, 2023 {internet} {citado 10 marzo 2024} disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12935/312>

21. Méndivil K. Factores relacionados al abandono del IS en usuarias atendidas en el Servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud de San Jerónimo periodo enero a julio 2021. Tesis de pregrado [Internet]. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. Andahuaylas.

Actualizado 20/10/2023. Citado el 12/10/2024. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/20.500.12918/8165>

22. GUTIERREZ, Vanessa. (2023). Efectos Adversos y Retiro del IS en Usuarías de Planificación Familiar del Centro de Salud Andahuaylas, 2022. {internet} {citado 10 marzo 2024} disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12918/8163>
23. MUÑOZ, Jhoselyn. (2023). CARACTERIZACION DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL QUE SE RETIRARON EL IMPLANTE SUBDERMICO EN EL POLICLINICO SUSALUD MEDIC, 2022 {internet} {citado 10 marzo 2024} disponible en: <https://hdl.handle.net/11537/36190>
24. PUMACAHUA, Noelia y HUIZA, Kelly (2023). Efectos Adversos del IS en Usuarías de Planificación Familiar de un Centro de salud en Huancavelica 2021 A 2022. {internet} {citado 10 marzo 2024}
25. PANDURO, Kelly (2021), realizó Factores Relacionados al Abandono de Métodos Anticonceptivos Hormonales en Usuarías Atendidas en el Centro de Salud Supte San Jorge, Enero – Junio, 2018. {internet} {citado 10 marzo 2024} disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/3023>
26. García, E., Vázquez, López, V., Medina, G. (setiembre, 2011). Frecuencia de los efectos adversos en usuarias del IS. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc., 19(1), 21-24.
27. Montenegro E, Lara R, Velásquez N. Implantes Anticonceptivos. Perinatol. Reprod Hum. 2005; 19(1): 31- 43.27.
28. Ministerio de Salud. Medicina Familiar y Comunitaria. Guía para la Extracción de Implantes Anticonceptivos Subdérmicos. Uruguay. ASSE 2018. 8(2): 4 – 7.
29. Empresa Social del Estado. Inserción y Retiro del IS Departamental Solución Salud. Colombia. 2014.

30. Ministerio de Salud (MINSA). Informe técnico 2015. Etonogestrel. [Internet]. 2015. [Citado 20 Julio 2019]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe>
31. González C, Fernández J. Manejo de los Implantes Subdérmicos de Etonogestrel en Atención Primaria. Centro de Salud Entrevías, Territorio Sureste, SERMAS, Madrid. España 2011. 4 (2): 146-149.
32. Ministerio de Salud (MINSA). Implante Etonogestrel 68 mg. Informe Técnico N° 14-2012. Dirección general de medicamentos, insumos y drogas. Lima-Perú. 2012.
33. Ministerio de Salud (MINSA). Norma técnica de planificación familiar. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud, 2016.
34. Ministerio de Salud. Medicina Familiar y Comunitaria. Guía para la Extracción de Implantes Anticonceptivos Subdérmicos. Uruguay. ASSE 2018. 8(2): 4 – 7.
35. Empresa Social del Estado. Inserción y Retiro del IS Departamental Solución Salud. Colombia. 2014.
36. Rosales E. Características sociodemográficas de las usuarias del implante anticonceptivo liberador de etonogestrel en el Hospital General de Zona número 2 (IMSS), Aguascalientes 2010 [Tesis de postgrado]. México: Ginecol Obstet Mex; 2010.
37. Rosales C. Efectos Adversos relacionados al uso del Implanon en usuarias de Planificación Familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, 2014-2015 [Tesis de pregrado]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2015.
38. Rengifo k. Relación entre el uso del IS de Etonogestrel y el peso en usuarias de planificación familiar del Centro Materno Infantil Juan Pablo II

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

39. Ministerio de Salud Perú. Norma técnica de planificación familiar. Lima; 2017.
40. Santo, R. El ser humano como ser ocupacional. Rehabilitación. 2005; 39(5): 195-200 citado el 12 de octubre del 2024. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16961/SantosRiego_SerHumano.pdf
41. Medlineplus, información de salud para usted. EE.UU citado el 12 de octubre del 2024 Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/drugreactions.html#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20son%20los%20efectos%20secundarios,Otros%20pueden%20ser%20m%C3%A1s%20graves.>

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Quintos A. Efectos secundarios del implante subdérmico en usuarias atendidas en el hospital Tingo María, 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2026 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
“EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN
USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, 2024”.

Nombre del encuestador:

Lugar donde se realiza la encuesta:

Ciudad: _____ **Departamento:** _____ **Fecha:**

Estimadas señoras:

La presente encuesta tiene como objetivo determinar la relación que existe entre los “EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, 2024”.

INSTRUCCIÓN: Se le pide responder las preguntas en la encuesta. La participación de este estudio es completamente voluntaria. La información que se recogerá será confidencial. Sus respuestas a la encuesta serán anónimas. Si tiene alguna pregunta durante la encuesta, o le parece incómoda, tiene el derecho de hacerlo saber al investigador o de no responderlas.

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE USTED CREA CONVENIENTE.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

1.- ¿Cuál es su edad actual?

- 1). < de 20 años
- 2). De 20 a 35 años
- 3). > de 35 años

2.- ¿Cuál es su estado civil actual?:

- 1). Soltera
- 2). Casada
- 3). Conviviente
- 4). Divorciada

3.- ¿Cuál es su grado de estudio?

- 1). Sin estudios

- 2). Primaria
- 3). Secundaria
- 4). Superior

4.- ¿Cuál es su lugar de procedencia?

- 1). Urbano
- 2). Urbano Marginal
- 3). Rural

5.- ¿Qué tipo de ocupación tiene?

- 1). Ama de casa
- 2). Trabajo dependiente
- 3). Trabajo independiente

II. EFECTOS SECUNDARIOS.

6.- ¿Cuánto tiempo viene usando el implante?

- 1). < de 6 meses
- 2). De 6 a 12 meses
- 3). > de 12 meses

7.- ¿Qué cambios en su menstruación usted presenta?

- 1). Ausencia de menstruación
- 2). Aumento del sangrado
- 3). Menstruación escasa
- 4). Sangrado intermenstrual
- 5). Ninguno

8.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

- 1). < de 6 meses
- 2). De 6 a 12 meses
- 3). > de 12 meses

9.- Variación de su peso corporal:

- 1). Aumento de peso
- 2). Disminución de peso
- 3). Peso normal

10.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

- 1). < de 6 meses
- 2). De 6 a 12 meses
- 3). > de 12 meses

11.- ¿Tuvo presencia de acné?

- 1). Si
- 2). No

12.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

- 1). < de 6 meses
- 2). De 6 a 12 meses
- 3). > de 12 meses

13.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolor en el sitio de inserción?

- 1). Si
- 2). No

14.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

- 1). < de 6 meses
- 2). De 6 a 12 meses
- 3). > de 12 meses

15.- ¿Durante su vida cotidiana, tuvo dolores de cabeza?

- 1). Si
- 2). No

16.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

- 1). < de 6 meses
- 2). De 6 a 12 meses
- 3). > de 12 meses

17.- ¿Durante su vida cotidiana, presentó náuseas?

- 1). Si
- 2). No

18.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

- 1). < de 6 meses
- 2). De 6 a 12 meses
- 3). > de 12 meses

19.- ¿Durante su vida cotidiana, presentó dolores en las mamas?

- 1). Si
- 2). No

20.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

- 1). < de 6 meses
- 2). De 6 a 12 meses
- 3). > de 12 meses

21.- Presencia de cambios en sus emociones

- 1). Ansiedad
- 2). Depresión
- 3). Irritabilidad
- 4). Ninguno

22.- ¿Desde qué tiempo usted empezó a notar estos cambios?

- 1). < de 6 meses
- 2). De 6 a 12 meses
- 3). > de 12 meses

ANEXO 2

CARTA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO

“EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, 2024”.

Por medio de la presente, acepto libre y voluntariamente participar en el proyecto de investigación: “EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, 2024”.

Declaro que se me ha explicado el objetivo del proyecto, mi rol como participante al responder en una encuesta y que bajo ninguna circunstancia será expuesta la identificación de mi persona y afecte mis derechos individuales.

He sido informada también de que, en caso de requerir orientación de Consejería o datos de referencia a los Servicios de Salud, recibiré la información necesaria por parte del personal del proyecto.

En caso de tener alguna pregunta posterior, me dirigiré al responsable del proyecto. QUINTOS MORI, Alicia.

Acepto voluntariamente, responder a la hoja de encuesta con sinceridad ya que este será de carácter anónimo.

FECHA:

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

DNI:

ANEXO 3

AUTORIZACIÓN PARA LA INVESTIGACION

	GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO	HOSPITAL TINGO MARÍA	UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION	
---	------------------------------	-------------------------	--	---

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Tingo María, 21 de Enero del 2025.

CARTA DE AUTORIZACION N° 007 - 2025-GRH-GRDS-DIRESA-HTM/UADI.

Srta.
QUINTOS MORI, ALICIA

Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACION PARA EJECUCION DE TRABAJO DE INVESTIGACION.

Por medio del presente me dirijo a usted para saludarle, el motivo de la presente es para comunicarle que mediante Provedo N° 006-2025-GRH-DRSH-HTM da viabilidad a su solicitud, por lo que la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, **AUTORIZA** la recolección de datos para su Trabajo de Investigación, Titulado **"EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARIA, 2024"**.

Asimismo, deberá contar con su equipo de protección personal a la hora de ingresar a nuestro establecimiento de salud por su seguridad bajo responsabilidad; reportar sus hallazgos de recolección de datos obtenidos al término de su Investigación, además dejará 1 ejemplar de su trabajo de investigación.

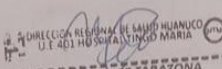
Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



COPIA 17aaag
C. de Archivo

Reg. Doc.	05515022
Reg. Exp.	03282374



DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA
MAGALY PEREZ TARAZONA
COPIA N° 19455
PRESIDENTA DEL COMITE DE INVESTIGACION UADI

Hospital de Tingo María - Unidad Ejecutora 401

ANEXO 4

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE PROYECTO DE TESIS

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACION /MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTOS RECOLECCION DE DATOS
GENERAL ¿Cuáles son los efectos secundarios de las usuarias que usan el implante subdérmico atendidas en el Hospital Tingo María, 2024?	GENERAL Describir los efectos secundarios de las usuarias que usan el implante subdérmico atendidas en el Hospital Tingo María, 2024. ESPECÍFICOS - Identificar los efectos secundarios más frecuentes de las usuarias que usan el implante subdérmico atendidas en el Hospital Tingo María, 2024. - Determinar el tiempo en que aparecen los efectos secundarios en las usuarias que utilizan el implante subdérmico atendidas en el Hospital Tingo María, 2024. - Determinar las características sociodemográficas de las usuarias que usan el implante subdérmico atendidas en el Hospital Tingo María, 2024.	Ha: Las usuarias atendidas en el HTM en el año 2024, presentan efectos secundarios con relación al uso del implante. Ho: Las usuarias atendidas en el HTM en el año 2024, no presentan efectos secundarios con relación al uso del implante.	Variable de Interés (variable independiente). - implante subdérmico. Variable dependiente - Efectos secundarios Variable intervinientes - Edad - Estado civil - Grado de instrucción - Procedencia - Ocupación	LA POBLACIÓN DE ESTUDIO: La población de estudio estará compuesta por 114 usuarias que fueron atendidas en el HTM, 2024. Tipo de muestreo: No probabilística La muestra: Estará conformada por 80 usuarias que se atendieron en el HTM de febrero a octubre del 2024.	TIPO Y NIVEL DE INV. El tipo de investigación: Observacional Prospectivo Transversal El nivel de investigación: Descriptivo DISEÑO: No experimental, transversal	TÉCNICA: La técnica de recolección de datos que se utilizará en esta investigación será la encuesta. INSTRUMENTO: El instrumento será una hoja de encuesta. Se realizará un total de 22 preguntas para marcar que se elaboró en función de las variables e indicadores, este se dará de forma anónima.