

El implante subdérmico anticonceptivo efectivo para la prevención del embarazo en mujeres con riesgo preconcepcional

Gamez Urgelles, Yaneisy¹
Bou Lobaina, Yadimil²

¹Dirección Municipal de salud/Departamento Enfermería, Guantánamo, Cuba, yaneisygamez@infomed.sld.cu

²Policlínico Asdrúbal López Vázquez/Departamento Enfermería, Guantánamo, Cuba, yadimil@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: las opciones de anticoncepción se han ampliado de forma notable en los últimos años, el profesional de enfermería desde su rol de educador debe contribuir a la orientación para facilitar que las parejas tengan acceso a métodos anticonceptivos.

Objetivo: destacar la efectividad del implante subdérmico en la prevención del embarazo en mujeres con riesgo preconcepcional en el período 2015- 2017.

Método: se realizó una investigación de desarrollo tecnológico e intervención concebida desde una metodología participativa de mujeres en edad fértil que fueron atendidas en la consulta de planificación familiar del policlínico Asdrúbal López Vázquez. El universo estuvo constituido por 495 mujeres que recibieron protección.

Resultados: las mujeres recibieron mayor orientación por el médico y la enfermera, predominó el grupo de edades de 20-30 años, la Hipertensión Arterial fue el riesgo que más favoreció el uso del norplant seguido de las adolescentes con riesgos asociados, la disrupción del patrón menstrual fue el principal factor de retiro del anticonceptivo, este fue efectivo en todos los casos y la enfermera tuvo una participación destacada en la implantación del anticonceptivo.

Conclusiones: se pudo evidenciar que el implante subdérmico es un método anticonceptivo muy efectivo que su uso favorece la adecuada protección de las mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional, además se evidenció la participación del profesional de enfermería en la colocación del mismo con una gran preparación científico técnica.

Palabras clave: implante subdérmico; anticoncepción; riesgo preconcepcional; enfermería

I. INTRODUCCIÓN

En materia sanitaria, los aspectos sexuales deben ser siempre tratados y debatidos. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud plantea que la salud sexual y reproductiva es la integración del ser humano a lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social en función del logro de un enriquecimiento positivo de la personalidad humana.¹

Los niveles de participación para lograr una mejor salud sexual y reproductiva alcanzan lo individual, familiar, comunitario y social, de manera que el sistema de salud debe asumir un rol de liderazgo que abarque desde la producción de información necesaria sobre sus requerimientos hasta la propuesta y ejecución de intervenciones, si bien la mayor responsabilidad radica en incluir el tema, con la prioridad que corresponde, en la agenda de todos los sectores.²

La problemática relativa a los embarazos no deseados cobra cada año un precio elevado a la salud de la mujer. Se calcula que cada año ocurren 45 millones de abortos en condiciones de riesgo, una cuarta parte de estos tienen lugar en una adolescente, según datos de la Organización Mundial de la Salud en el año 2010, aproximadamente 358 000 mujeres murieron de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio.

Las opciones de anticoncepción se han ampliado de forma notable en los últimos años con la introducción de sistemas cada vez más adaptados a la fisiología y necesidades femeninas.³

Las opciones de anticoncepción se han ampliado de forma notable en los últimos años con la introducción de sistemas cada vez más adaptados a la fisiología y necesidades femeninas. Las pautas prolongadas o flexibles y el uso de estrógenos naturales en la anticoncepción hormonal y los nuevos dispositivos (DIU) en la intrauterina son los principales avances que se han producido en el campo de los anticonceptivos y así lo explica la Sociedad Española de Contracepción (SEC): “En los últimos tiempos ha aumentado el uso de los LARC (métodos de concepción eficaz reversible de largo uso), mientras que ha habido un descenso en la utilización de los métodos irreversibles. Actualmente, la anticoncepción a largo plazo se considera estratégica para prevenir el embarazo en mujeres de alto riesgo y también en la prevención del aborto voluntario de repetición”.^{4,5}

Los implantes resultan métodos anticonceptivos más ventajosos que los demás métodos hormonales, pues evitan su paso por el hígado. El implante se inserta debajo de la piel del brazo de forma sencilla y rápida, mediante un pequeño pinchazo bajo anestesia local, en cualquier momento del ciclo pero preferiblemente en los primeros días de la menstruación. Debe ser colocado y retirado si la mujer lo decide por el personal de salud entrenado para ello ya sea de enfermería o médico. Las mujeres con abundante menstruación o anemia serán beneficiadas porque las menstruaciones con el implante son menos frecuentes y más ligeras, es el método más recomendable para aquellas mujeres que siguen amamantando, pues se puede colocar sin utilizar la lactancia.⁶

El norplant es muy recomendado por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y el Population Council, quienes plantean que su principal ventaja es que puede proporcionar una contracepción efectiva durante un tiempo prolongado (5 años) sin efectos colaterales serios. En cuanto a su efectividad, algunos reportes lo sitúan por encima de la esterilización quirúrgica bilateral, con una tasa acumulativa de embarazo de 3,7 % al cabo de 5 años; por otra parte en relación con los efectos colaterales se plantea que al menos el 60 % de las usuarias de norplant refieren patrones de sangrado irregular durante el primer año, que generalmente va disminuyendo a medida que aumenta la duración del uso. Si tenemos en cuenta la eficacia del método, lo prolongado de su uso, los pocos efectos secundarios y que prácticamente no tiene

contraindicaciones, el norplant se convierte en una excelente opción de planificación familiar para aquellas mujeres con un elevado riesgo reproductivo.⁷

El profesional de enfermería de conjunto con el médico de la familia como parte del equipo básico de salud desde su rol de educador, debe contribuir a la orientación sobre anticoncepción para facilitar que las parejas tengan información actualizada sobre métodos anticonceptivos y de esta forma evitar el embarazo no deseado.

En la consulta de planificación familiar del policlínico "Asdrúbal López Vázquez", el norplant es uno de los métodos que tiene mayor demanda, sobre todo en aquellas mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Teniendo en cuenta que se arribó a los primeros 2 años de su uso, nos propusimos destacar la efectividad del implante subdérmico en la prevención de embarazo en mujeres con riesgo preconcepcional.

II. MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo tecnológico e intervención concebida desde una metodología participativa de mujeres en edad fértil que fueron atendidas en la consulta de planificación familiar del policlínico Asdrúbal López Vázquez, con el objetivo de destacar la efectividad del implante subdérmico en la prevención de embarazo en mujeres con riesgo preconcepcional en el período 2015- 2017. El universo estuvo constituido por 495 mujeres que recibieron protección.

La investigación se concibió en tres etapas una primera para recoger la información donde se revisó el registro de la consulta de planificación familiar y las historias clínicas individuales de las pacientes atendidas.

Una segunda etapa donde se aplicó un cuestionario de preguntas de carácter anónimo donde se recogieron variables como medios de orientación utilizados por las pacientes, edad, el riesgo que presentaban, las causas del retiro del norplant.

Se evaluó además la efectividad del implante subdérmico teniendo en cuenta el período de permanencia en meses en cada paciente y mediante la observación se pudo determinar la participación del personal médico y de enfermería previamente capacitado para la realización del proceder.

Una tercera etapa donde se desarrollaron un conjunto de acciones de enfermería encaminadas a fortalecer la labor educativa sobre la importancia de la anticoncepción y riesgo preconcepcional, para contribuir a disminuir el embarazo en mujeres con riesgos y sus complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

Los datos se procesaron por el método aritmético simple, con la ayuda de una calculadora manual Casio y se almacenaron en una base de datos de una computadora Síragon, fueron resumidos en números y por cientos, los resultados se representaron en tablas de distribución y frecuencia simple y de doble entrada. La discusión se realizó a través del análisis de los resultados más relevantes con el auxilio del criterio del autor y los emitidos por los investigadores de las bibliografías revisadas.

III. RESULTADOS

Teniendo en cuenta los medios de orientación utilizados para el uso del norplant (tabla 1), se pudo observar que 221 pacientes el 44,6% recibieron orientación de la enfermera y el médico de la familia y el 21,4% en la consulta de planificación familiar. Lo cual habla a favor de la labor educativa que debe realizar el equipo

básico de salud. Estos han de conocer, promover y respetar los derechos sexuales y reproductivos, incorporar a su trabajo una nueva visión sobre la planificación familiar en sus prácticas profesionales, mejorar el acceso a las informaciones y la calidad de atención en salud sexual y reproductiva y disponer de métodos anticonceptivos para disminuir los embarazos no planificados y sobre todo evitarlos en mujeres que tengan asociado algún riesgo que pueda traer complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.⁸

Tabla 1: Medios de promoción y orientación utilizados por las pacientes para el uso del implante subdérmico

Medios de orientación	No	%
Médico y enfermera	221	44,6
Consulta de planificación familiar	106	21,4
Medios de difusión	80	16,1
Otros	88	17,7

Fuente: Cuestionario

Al realizar el análisis de los factores de riesgo que favorecieron el uso del implante subdérmico (tabla 2) se pudo apreciar que el factor de riesgo de mayor incidencia fue la Hipertensión Arterial para un 13,9%, seguido de las adolescentes con riesgos asociados en un 10,5%, los antecedentes obstétricos desfavorables en un 9,6%, el período intergenésico corto en el 7,6% y el asma bronquial en el 6,26%.

Tabla 2: Factores de riesgo que favorecieron el uso del norplant

Factores de riesgo	No	%
Hipertensión	69	13,9
Asma Bronquial	31	6,26
Esquizofrenia	2	0,40
Antecedentes obstétricos	48	9,6
Hipertiroidismo	2	0,40
Hipotiroidismo	4	0,80
Retraso mental	2	0,40
NIC III	1	0,20
Cardiopatías	8	1,61
Epilepsia	2	0,40
Rasgo siklemico	6	1,21
Espacio intergenésico corto	38	7,6
Obesidad	9	1,81
Diabetes Mellitus	12	2,42
Adolescentes con riesgo asociado	52	10,5
Otros	19	3,83

Fuente: cuestionario, historia clínica

Varias son las causas que favorecieron el retiro del norplant antes del tiempo establecido (Tabla 3), dentro de ellos el que más predominó fue la disrupción del patrón menstrual en el 13,9% seguido del aumento de peso 5,65% y las mujeres que deseaban embarazo en un 6,26%

Tabla 3: Causas del retiro del norplant

Causas del retiro	No	%
-------------------	----	---

Disrupción del patrón menstrual	54	13,9
Desean embarazo	26	6,26
Aumento de peso	28	5,65
Pérdida de peso	22	4,4
Acné	16	0,40
Esterilización quirúrgica	10	0,80
Cefalea	17	0,40
Displasia de mamas	8	0,20
Otros	12	1,61
Total	193	38,9%

Fuente: cuestionario

Al realizar un análisis de la efectividad del norplant según la permanencia en meses (Tabla 4), se pudo apreciar que el mayor porcentaje 61,01% tuvo dos años con el implante y fue efectivo en toda su totalidad o sea que no hubo embarazo durante ese período y de la misma manera se comportó en el 38,9% que tuvo solo 1 año con el implante también fue efectivo según los resultados del estudio.

Tabla4. Análisis de la efectividad del norplant según permanencia en meses

Duración (en meses)	No	%	Efectivos	No efectivos
0-12	193	38,9	193	0
12-24	302	61,01	302	0
Total	495	100	495	0

Fuente: cuestionario, historia clínica

De la participación del personal de enfermería en la implantación del norplant (Tabla 5), se pudo apreciar el 65,5% fue colocado por el médico con la ayuda de la enfermera pero es de destacar que el 34,3% fue implantado solamente por el personal de enfermería capacitado y acreditado para la realización del proceder siempre utilizando las buenas prácticas de enfermería.

Tabla 5. Participación del personal de enfermería en la implantación del norplant

Participación de enfermería	No	%
Enfermera sola	170	34,3
Enfermera con el médico	325	65,6

Fuente: Historia clínica, observación

Las acciones independientes de enfermería van dirigidas a:

- 1- Diseñar programas educativos para elevar el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil y la pareja sobre la Planificación Familiar, Riesgo preconcepcional y anticoncepción.

- 2- Establecer las coordinaciones con otros sectores para intensificar las acciones de promoción y prevención dirigidas a las mujeres con riesgo, la pareja y la familia.
- 3- Utilizar escenarios en la comunidad para presentar el tema vinculado a la familia dándole participación a los líderes formales dígase delegados, presidentes de CDR, FMC, etc.
- 4- Participar de conjunto con el médico de la familia en la dispensarización del riesgo preconcepcional y realizar labor educativa para concientizar a la pareja de la planificación del embarazo en el momento preciso.
- 5- Realizar acciones educativas en la promoción del uso del ácido fólico para la prevención de malformaciones congénitas y dificultades nutricionales.
- 6- Realizar actividades educativas con los círculos de adolescentes llevando el tema ala reflexión de los mimos. Además dando participación al sector de educación mediante los círculos de interés y los programas de capacitación dándole participación a los padres.
- 7- Aplicar técnicas de educación para la salud en la realización de actividades grupales con las mujeres en edad fértil y su pareja que permita lograr cambios de actitudes y comportamientos relacionados con el control del riesgo preconcepcional.

El objetivo de las acciones se amplía a la familia y a la comunidad, que aprende de sus propias experiencias de salud y han de estar orientadas a la promoción de salud, en la atención primaria puede ser utilizado en cualquier ámbito de actuación de enfermería, pues las acciones son sencillas y adaptables a distintas realidades asistenciales.

IV. CONCLUSIONES

Como resultado de la investigación se pudo evidenciar que el norplant es un método anticonceptivo muy efectivo que su uso favorece la adecuada protección de las mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional, además se evidenció la participación del profesional de enfermería en la colocación del mismo con una gran preparación científico técnica, se desarrollaron acciones concretas dirigidas a la promoción y prevención para evitar el embarazo en mujeres con riesgo.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS): 10 datos sobre la salud materna, septiembre de 2010. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/

2. Organización de Naciones Unidas (ONU). Objetivos de desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe, Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas; 2005.
3. Cabezas Cruz EE. Morbilidad y mortalidad perinatal de la adolescente en Cuba. En: Peláez J, et al. Ginecología Pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de familia. Cap. XXII. La Habana: Editorial Científico Técnica UNFPA; 2007.
4. Machado Rodríguez H. Anticoncepción de Emergencia. Una oportunidad, una posibilidad, un derecho y una necesidad. En: Peláez J, et al. Controversias y Aspectos Novedosos en Anticoncepción. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2009.
5. Toro H. Temas de salud pública en el nuevo contexto de la salud reproductiva. Oficina para América Latina y el Caribe, UNFPA; 2000.
6. FamilyPlanning International. NORPLANT. La necesidad de capacitación y asesoramiento. Network esp 1995;10(4):13-6
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Adolescencia, oportunidades y riesgos. En: Salud Reproductiva: una medida de equidad. Cap 4. Estado de la Población Mundial. UNFPA; 2005.
8. Sihvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. Women'slifecycle and abortiondecisions in unintendedpregnancies. J EpidemiolCommunityHealth. 2003;57(8):601-5. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37(3):399-408 <http://scielo.sld.cu> 407
9. Peláez J. Problemática del aborto y el embarazo en la adolescente. Peláez J, et al. Ginecología Pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de familia. Cap. XXI. La Habana: Editorial Científico Técnica UNFPA; 2007.
10. Alan GuttmacherInstitute. StatePolicies in Brief: accesstoemergencycontraception. Disponible en: http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_EC.pdf
11. Álvarez González JD. Nuestra experiencia con los adolescentes y la (A.E.). Adolescencia y Anticoncepción de Emergencia. Rev Iberoamericana de Fertilidad. 2002;Marzo:94-6.
12. Glantz S, Glantz C, Campbell-Heider N, Schaff E. Norplant® use among urban minority women in the United States. Contraception 2000;61(2):83-90.
13. Peláez J. Anticoncepción de Emergencia en Adolescentes. Nuestra Experiencia. Sexología y Sociedad. 2008;14(37):22-6.
14. Langer A. Salud Sexual y Reproductiva. Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y Oportunidades. New York: Population Council/Banco Interamericano de Desarrollo; 2000.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo: OMS;1994. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37(3):399-408 <http://scielo.sld.cu> 408
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Mundial Sobre la Mujer, Beijing; 1995.
17. Colectivo de autores. Enfermería Ginecobstétrica. La Habana: Editorial CienciasMédicas; 2010