



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1995; 41 (1): 45-47

Experiencia con el implante de levonorgestrel en el Hospital Nacional Cayetano Heredia

MAURICIO P. J.,* [NUÑEZ P. J.](#),* MARADIEGUE M. E.**

Se ha desarrollado modelos de administración para los anticonceptivos esteroideos, alternativos a la vía oral, que requieran dosis menores de esteroides. Las vías de administración son principalmente la subcutánea, vaginal o intrauterina, donde se coloca dispositivos a partir de los cuales se liberan lentamente y en forma predecible los anticonceptivos esteroideos. Uno de estos modelos alternativos son los implantes de levonorgestrel.

El método de implante de levonorgestrel es altamente efectivo, con un efecto anticonceptivo, a los 5 años comparables con la esterilización quirúrgica, con una tasa de embarazo de 0,2 a 0,4% años mujer, una buena aceptabilidad y rápido retorno de la fertilidad'. Este método se viene usando en más de 40 países, incluyendo varios latinoamericanos como Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, República Dominicana y México. En el Perú, su uso fue autorizado en 1987. En EE.UU., la FDA aprobó su venta en 1990.

Material y Métodos

Estudio clínico prospectivo descriptivo realizado en las primeras 331 usuarias de implante de levonorgestrel en la Clínica de Planificación Familiar del Hospital Nacional Cayetano Heredia (CPF-HNCH) entre marzo de 1989 y mayo de 1992. Los implantes utilizados fueron fabricados por Leiros en Finlandia y proporcionados por el Population Council.

El implante de levonorgestrel consiste en un conjunto de seis cápsulas flexibles de silastic, cada una contiene 36 mg de levonorgestrel. Cada cápsula tiene una longitud de 34 mm, se coloca en el tejido subcutáneo de la superficie interna del brazo. Inicialmente, se libera 85 microgramos diariamente, luego esta cantidad declina a un nivel de 30 microgramos por día a los 18 meses de uso.

La inserción y retiro, de los implantes fueron realizados por el personal módico del Departamento de Ginecología y Obstetricia del HNCH, quienes recibieron capacitación previa. Las usuarias recibieron consejería sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles, con sus características, ventajas y complicaciones. A las mujeres que deseaban usar los implantes como método anticonceptivo se les aplicó un cuestionario especialmente diseñado para detectar la presencia de contraindicaciones y firmaron un consentimiento informado.

La inserción de los implantes se realizó durante los días de sangrado menstrual o durante las dos primeras semanas postaborto. Las citas de seguimiento se realizaron al mes, a los tres y seis meses, y luego cada seis meses. Las pacientes que aceptaron y no cumplieron con sus visitas de seguimiento fueron contactadas por teléfono o a través de visitas domiciliarias con el fin de disminuir las pérdidas de seguimiento. Se diseñó un formulario precodificado, para obtener los datos para evaluar las complicaciones y la eficacia del método. La tasa de eventos y continuidad se han calculado con las tablas de vida de Tietze y Lewit.

El rango de edad de nuestras pacientes varió entre 18 y 41 años (Tabla 1), 62% tenían entre 21 y 30 años. El 66% refirió tener secundaria completa o educación superior (Tabla 2). El 96,98 de las usuarias manifestó tener unión estable (casadas o convivientes), mientras el 2,11% eran solteras (Tabla 3).



Entre los antecedentes obstétricos, de los 935 embarazos que refieren las usuarias, el 22% fueron abortos (Tabla 2). El 47% de las usuarias tuvo por lo menos un aborto (Tabla 3). Del total de usuarias, el 5,141% refirió no haber tenido, ningún hijo vivo, el 28,7% manifestó tener un hijo nacido vivo, mientras que el 66% refirió tener dos o más nacidos vivos (Tabla 1).

Tabla 1. Experiencias Departamento Obstétrico del HNCH con el implante de levonorgestrel		
	N	%
Edad (años)		
15 - 20	20	6,04
21 - 30	208	62,84
31 - 40	102	30,82
> 40	1	0,30
Edad mínima: 18 años Edad máxima: 41 años		
Grado de instrucción		
Ninguno	11	3,32
Primaria incompleta	17	5,14
Primaria completa	24	7,25
Secundaria completa	58	17,52
Secundaria incompleta	151	45,62
Superior	70	21,15
Estado Conyugal		
Unión estable	321	96,98
Soltera	7	2,11
Otros	3	0,91
Abortos		
1	110	33,23
2	37	11,18
3	6	1,81
4	1	0,30
Ninguno	177	53,48
Nacidos vivos		
0	17	5,14
1	95	28,70
2	117	35,35
3	55	16,62
4 o más	47	14,20
Hijos vivos		
0	13	3,93
1	98	29,61
2	121	36,55
3	53	16,01
4 o más	46	13,90



El 57% tenía antecedentes de haber usado métodos anticonceptivos mecánicos u hormonales, mientras que 10,27% refirió coitus interruptus y abstinencia periódica como método contraceptivo (Tabla 3). En cuanto al futuro deseo de embarazo de las usuarias, el 48,9% no deseaba tener más hijos (Tabla 3).

Resultado de embarazos	N	%
Nacidos vivos	710	75,94
Nacidos muertos	19	2,03
Abortos	206	22,03
Total	935	100,00

	N	%
Último método anticonceptivo		
Ninguno	74	22,36
DIU	93	28,10
Píldora-inyección	102	30,81
Condón-tableta vaginal	28	8,46
Abstinencia periódica/coito interruptus	34	10,27
Deseo de embarazo		
No	162	48,93
Si, en los próximos 3 años	14	4,23
Si, después de 3 años	123	37,16
No está segura	32	9,67

En las complicaciones inmediatas de la inserción, el 25% presentó equimosis leve de remisión espontánea, no observándose infecciones ni hematomas (Tabla 4). Efectos colaterales se presentaron en el 891% de las usuarias en el primer mes de uso, observándose disminución de estos con el tiempo de uso. En el segundo año se observó 73% de complicaciones y en el tercer año 58% (Tabla 5).

En cuanto al número de retiros (Tabla 6), en relación a los años de uso, hubo 42 usuarios (2,69% del total) a quienes se les extrajo los implantes, lo que representa una tasa de retiro de 16,45% años mujer y una tasa de aceptación de 83,55% años mujer (Tabla 7). De estas usuarias, 33 tuvieron un año o menos de uso; a seis se les extrajo el implante en el segundo año de uso y, a tres en el tercer año.

Discusión

La planificación familiar es básica en los países en vía de desarrollo, y es necesaria la investigación de nuevos métodos anticonceptivos que se administre por diversas vías para que las usuarias puedan tener un amplio abanico de posibilidades y elegir la que más se adecúe a ellas.

Los implantes pueden ser usados en cualquier edad. En nuestro estudio el mayor porcentaje estuvo en la tercera década, que es la edad en que ocurre la mayor proporción de concepciones. El 66% tuvo educación secundaria o superior; esto sugiere que son las mujeres jóvenes, con mayor grado de instrucción, las que tienen mayor interés en planificar la familia, por lo que optan por un método de larga duración. En nuestro país hay un alto porcentaje



de mujeres que no desea tener otro embarazo. En este estudio, 48,9% no lo deseaba; sin embargo, no se decidía por la anticoncepción quirúrgica, de modo que surgió como alternativa el usar implantes de levonorgestrel.

Los problemas menstruales fueron los efectos colaterales más frecuentes, se les observó en 63,4% al primer mes de uso y disminuyeron al 40,9% al año de uso; cifras similares a las informadas por Sivin¹ y Faundes². Al compararlos con los desórdenes menstruales de la población general no se puede obtener ninguna conclusión por la falta de una población control y a la amplia variación en su incidencia (5,9-47,3%) que informan autores nacionales^{2,4} y extranjeros (6-68%)^{5,7}.

Tabla 4. Complicaciones luego de la inserción del implante		
Complicaciones	N	%
Ninguna	249	75,22
Esquimosis leve	82	24,78
Infección	0	0,0
Hematomas	0	0,0
Total	331	100,00

En cuanto al retiro de los implantes, algunos fueron a solicitud de las usuarias, quienes habían sido aconsejadas por módicos de otras especialidades, que aparentemente desconocían el método.

Entre las 331 pacientes, sólo hubo un embarazo, una tasa de falla de 0,39% años mujer, comparable con la informada en la literatura internacional (0,2- 0,4% años mujer)^{1,21,9}; dicha usuaria presentó tuberculosis pulmonar a los cuatro meses de levonorgestrel; luego de 3 meses de tratamiento específico regresó a su control presentando náuseas y distensión abdominal baja; se le diagnosticó gestación intraútero. Existe información¹¹ que drogas como rifampicina, anticonvulsivantes y AINEs pueden competir a nivel de receptores celares de las hormonas contenidas en los anticonceptivos esteroideos, causando una disminución en la actividad contraceptiva. La rifampicina empleada en esta usuaria es probable que haya disminuido la potencia contraceptiva de levonorgestrel, lo cual explicaría el único embarazo ocurrido.

Al analizar las tasas anuales de aceptación, similares a las descritas por Sivin y Diaz^{1,10}, el problema de bajo número de usuarias que acudieron a sus controles pese a las visitas domiciliarias realizadas.

Tabla 5. Efectos colaterales durante el seguimiento				
Efectos colaterales en el seguimiento (%)	Meses			
	1	6	24	36
Ninguno	10,8	19,6	26,9	41,6
Problemas menstruales	63,4	32,6	49,8	41,6
Cefalea	5,4	6,5	21,4	16,6
Náuseas	1,2	2,2	7,8	
Mareos	1,8	6,5	4,5	
Cambios anímicos	3,0	13,0	15,4	
Cambio de peso	1,8	2,2	8,2	16,6
Dolor-parestesia en zona implante	1,8			
Cambio en libido	2,4		7,0	8,3
Otros	8,4	17,4	18,4	8,3
Nº de usuarias que acuden control	280	146	95	12



Tabla 6. Causas de retiro y tasas de cierre (años mujer)		
Motivo de retiro	N	Tasa año/mujer
Problemas menstruales	8	3,13
Cefalea	6	2,35
Deseo de embarazo	5	1,96
Dolor en zona de implante	4	1,56
Sobrepeso	4	1,56
Acné y/o hirsutismo y/o alopecia	3	1,17
Ansiedad	2	0,78
Pérdida de libido	1	0,39
Disminución del tamaño de mamas	1	0,39
Tuberculosis intestinal	1	0,39
Hipertensión arterial	1	0,39
Insuficiencia coronaria	1	0,39
Psoriasis	1	0,39
Hipoacusia	1	0,39
Lactancia	2	0,39
Problemas familiares	1	0,39
Embarazo	1	0,39
Total	42	
Total de cierres		16,45
Tasa de continuación		83,55
Años/mujer		354,74

Las usuarias refirieron un alto porcentaje de efectos secundarios, pero en su mayoría de leve intensidad, que no fueron motivo para extraer los implantes; los implantes tienen una tasa de continuidad de 83,5% años mujer. Por lo tanto, los implantes de levonorgestrel tienen alta eficacia y elevada continuidad que los convierte en excelente anticonceptivo de larga duración para los programas de planificación familiar.



Referencias Bibliográficas

1. Sivin I et al: A four years clinical study of Norplant implants. *Stud Fam Plann* 1983; 14:184.
2. Faundes A, et al: Subjetive percepcion of bleeding and serum ferritin con-centration in long terin LISCIN of Norplant. *Contraception* 1987; 35:189-196.
3. Vega Rizo-Patron J: Hemorragia Uterina dishincional. Aspectos anatomo patológicos: Experiencia en el Servicio de Anatomía Patológica Hosp. D. A. Carrión. *Ginecol Obstet (Perú)* 1975; 21 (1-3): 132.
4. Pacheco J. Hemorragia uterina disfuncional: Diagnóstico. *Ginecol Obstet (Perú)* 1975; 21 (1-3): 101.
5. Herrera A: Hemorragia Uterina disfuncional. Diagnóstico Diferencial. *Ginecol Obstet (Perú)* 2975; 21(1-3): 112.
6. Acua G: La biopsia de endometrio. *Rev Gin Obst Ven* 1985: 45 (3): 171.
7. Schoedcr E: Endometrial hipoplasia in relation to genital function. *Am j Obstet Ginecol* 1974; 68:294.
8. Sánchez J: Hiperplasia endometrial y So correlación clínica. Presentación de 58 casos. *Ginecol. Obstet Mex* 1963; 28: 7-8.
9. Trussell H et al; Contraceptive failure in the United States. A critical review. *Stud Fam Plann* 1990; 21:51-55.
10. Díaz S et al: A five year clinical trial of levonorgestrel silastic implants (Norplant). *Contraception* 1982, 25: 447.
11. Rivlin M. *Manual of Clinical Problems in Obstetries and Gynecology*. Boston, Little Brown. 1990. p. 305.