

Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina

Informe final
del análisis de datos
del Protocolo de
Investigación



Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina

**Informe final del análisis de datos del
Protocolo de Investigación**

Secretaría
de Gobierno
de Salud



Ministerio de Salud
y Desarrollo Social
**Presidencia
de la Nación**



Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

**Secretario de Promoción de la Salud, Prevención
y Control de Riesgos**

Dr. Mario Sergio Kaler

**Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención
de la Enfermedad**

Dr. Daniel Espinosa

Directora de Salud Sexual y Reproductiva


Dra. Silvia Oizerovich

**Coordinadora Técnica de la Dirección de Salud Sexual
y Reproductiva**

Dra. Gabriela Perrotta

**Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral
en la Adolescencia**

Dr. Juan Carlos Escobar



Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en Argentina.

Informe final del análisis de datos del Protocolo de Investigación.

Aprobado por el Comité de Ética en investigación de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Silvia Oizerovich(a), Gabriela Perrotta(a), Natalia Suárez(a), Ariel Karolinski(b), Victoria Bertolino(b), Daniel Maceira(c), Natalia Espinola(c), Rodolfo Gómez Ponce de León(d)

(a) Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social

(b) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Argentina

(c) Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

(d) Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer Reproductiva (CLAP-SMR) OPS -OMS

Primera edición: Noviembre 2018

Revisada y editada por el equipo técnico de la Dirección de salud Sexual y Reproductiva: Luciana Azcárate, Ofelia Musacchio, Marianela Meneghetti

Diseño gráfico: Walter Oxley

Coordinación técnica: Maria Sol Wasyluk Fedyszak

Colaboraciones:

Agradecemos a las/los referentes provinciales que, con su compromiso permanente, han sido pilar fundamental para que este estudio se realice.

También agradecemos muy especialmente al equipo que efectuó los llamados telefónicos y consolidó las bases que fueron el insumo a partir del cual se desarrolló la presente investigación. Fueron parte de este equipo: Julieta Avanzini, Ivo Cavallo, Cloe Soifer, Victoria Fernández y María Elisa Ferrer Cavazzoli.

Agradecimiento:

Esta publicación fue posible gracias al apoyo técnico y financiero del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/ SMR -OPS/OMS) y de la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Argentina.

INDICE

Prólogo	5
1-Introducción	6
2-Revisión de la literatura	8
3-Preguntas de Investigación	11
4-Metodología	12
5-Resultados	15
5.1.- Características socioeconómicas de la muestra de mujeres adolescentes y jóvenes que se colocaron el implante subdérmico	15
5.2.- Mujeres que retiraron su implante. Perfiles comparados	18
5.3.- Uso del implante subdérmico y presencia de efectos secundarios	23
5.4.- Análisis de satisfacción en el uso del implante	26
5.5.- Análisis de conductas posteriores al retiro del implante	32
6- Análisis Multivariado	35
7-Discusión y Conclusiones	41
Anexo A	43
Formulario de Seguimiento para usuarias del implante subdérmico	43
Anexo B	50
Tabla B1: Cantidad de casos por grupo de edad con teléfono de contacto registrado, por provincia por Región Geográfica	50
Tabla B2: Cantidad de observaciones de la muestra original	51
Anexo C	52
Tabla C1: Características de la muestra de mujeres bajo Programa, según retiro o no del implante	52
Tabla C2: Resumen de variables utilizadas en el análisis econométrico	53
Anexo D	54
Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA)	54
Referencias bibliográficas	55



Prólogo

Presentar este informe del Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina es un logro que queremos resaltar. Por un lado, da cuenta de la capacidad y la relevancia de la producción de evidencia científica, en este caso sobre un método anticonceptivo, para revisar, mejorar y avalar las políticas públicas. Y, por otro, aporta evidencia local sobre la adherencia al implante en adolescentes y jóvenes, con sus propias costumbres, culturas y características, en un momento en el que el embarazo no intencional en la adolescencia es abordado como un tema prioritario en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos en nuestro país.

En la Argentina, la tasa de fecundidad de mujeres adolescentes alcanzaba el 62,6 por mil en el año 2015, muy elevada comparada con 48,9 por mil a nivel mundial. Asimismo, el 67,7% de las adolescentes que pasaron por una situación de parto refieren que esos embarazos no fueron planificados, según los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), que reúne la información de aproximadamente el 70% de las maternidades del subsistema público de salud.

Con estas cifras como marco general de un problema que debía ser abordado por el subsistema público de salud, en el año 2014 el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, hoy Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR), incorporó el implante subdérmico a la canasta de insumos anticonceptivos. En un primer momento, se priorizó como población destinataria del implante a las adolescentes de 15 a 19 años sin obra social o prepaga que hubieran tenido al menos un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) en el año previo a la colocación y que residieran en las jurisdicciones que presentaban las mayores tasas de fecundidad adolescente (Buenos Aires, Formosa, Jujuy, Misiones, Santiago del Estero, Tucumán). A partir del año 2015,

el Programa extendió este insumo a todas las jurisdicciones del país ampliando la población destinataria a todas las mujeres adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, sin obra social o prepaga, hubieran tenido o no un evento obstétrico.

Este informe presenta los principales hallazgos del estudio de seguimiento realizado sobre 1.101 adolescentes y jóvenes que al momento de colocarse el implante, en el año 2015, tenían entre 15 y 24 años. Sus conclusiones brindan un insumo importante para seguir mejorando las estrategias y la accesibilidad y, sobre todo, para seguir haciendo hincapié en la importancia de la consejería en salud sexual y salud reproductiva previa a la elección del método anticonceptivo, como instancia clave para garantizar el derecho a elegir y mejorar la adherencia al método.

Asimismo, el estudio fortalece la relevancia de la estrategia impulsada por la DSSyR con respecto a la promoción del uso de métodos anticonceptivos de larga duración debido a su mayor efectividad por no requerir de la participación activa de las usuarias para la toma diaria o para recordar cotidianamente el uso del método.

Por otro lado, el implante, como método anticonceptivo de larga duración, tiene la ventaja de no ser colocado en el útero, a diferencia del DIU que es el otro método de larga duración que se promueve. Estos elementos, junto a los hallazgos de este estudio, muestran que el implante es un método anticonceptivo ampliamente elegido y elegible por las adolescentes.

A 15 años de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, hoy Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, celebramos la publicación de este estudio y nos complace poder compartirlo y usarlo como herramienta de trabajo.

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud,
Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Sergio Kaler

Directora de Salud Sexual
y Reproductiva

Dra. Silvia Oizerovich

Subsecretario de Promoción de la Sa-
lud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel Espinosa

Coordinadora Técnica de la Dirección
de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Gabriela Perrotta

1

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas y adolescentes menores de 15 años tienen un/a hijo/a anualmente, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Adicionalmente, 3 millones de adolescentes de ese grupo se someten a abortos inseguros cada año [1].

La tasa de fecundidad adolescente (15-19 años) de América Latina y el Caribe (ALC), con un valor de 73,2 por mil, se destaca por ser muy elevada, comparada con 48,9 a nivel mundial y 52,7 en los países en desarrollo. La misma prácticamente duplica los niveles del resto de las regiones, sólo es superada por África, en donde alcanza 103 por mil. En Asia, América del Norte y Oceanía las tasas varían entre el 32,8 y 37,3 por mil mientras que en Europa no supera el 19 por mil [2]. En particular, la tasa de fecundidad de mujeres adolescentes para nuestro país alcanzaba el 62,6 por mil en el año 2015 [3]. Merece un apartado especial la tasa de fecundidad adolescente en menores de 15 años ya que muchos de estos embarazos son consecuencia de situaciones de coerción y abuso sexual. Por otra parte, un embarazo en una niña o adolescente menor de 15 años implica riesgos aumentados para su salud tanto física como psicológica y social.

Esta situación epidemiológica y sanitaria, que se traduce en elevadas cifras de mortalidad materna y morbilidad grave, implicó definir nuevos abordajes de la salud de las/os adolescentes, dirigidas a integrarlas/os desde un enfoque que tome en cuenta el curso de vida y desde la perspectiva de derechos, equidad,

género y etnicidad. Ello se tradujo en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), el Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS/OMS y la formulación de metas específicas dentro de los objetivos de Desarrollo Sostenible [4].

En Argentina, se registraron en el año 2016 96.905 nacidos vivos de madres adolescentes (lo que representa el 13% del total de nacidos vivos) y 2.419 nacidos vivos de niñas y adolescentes menores de 15 años (0,3%) [5]. El 67,7% de las adolescentes que pasaron por una situación de parto refieren que esos embarazos no fueron planificados¹.

Por su parte, de las 245 muertes maternas registradas en 2016, 31 (12,7%) fueron de adolescentes menores de 20 años, cinco de ellas producto de abortos.

Respecto de las políticas públicas en la materia puede destacarse la promulgación, en el año 2002, de la Ley que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)², y, en el año 2006, la Ley que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral.³

Como parte de las atribuciones y responsabilidades del Programa, actual Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR), perteneciente a la Secretaría de Gobierno de Salud, del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, se establece la compra y distribución de insumos para garantizar acceso y cobertura en anticoncepción para población usuaria del subsistema público de salud que no cuenta con obra social ni prepaga (preservativos; anticonceptivos hormonales inyectables, orales, para el período de lactancia, combinados y de emergencia; dispositivos intrauterinos –DIU–, cajas de instrumental para su colocación; y tests de embarazo) a través del Programa REMEDIAR + REDES (hoy Medicamentos esenciales).

1- Sistema de Información Perinatal (SIP), Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y Adolescencia, Ministerio de Salud. El SIP registra la información proveniente de aproximadamente del 70% de las maternidades del subsistema público del país.

2- Ley 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. Postula los siguientes objetivos: Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la morbimortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida y patologías genital y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

3- Ley 26.150 de creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, a "efectos de asegurar el derecho de todos los educandos a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y gestión privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica".

Asimismo, la DSSyR brinda asistencia técnica y capacitaciones, genera guías y protocolos de atención, realiza el monitoreo de las acciones en las diferentes provincias y regiones sanitarias, y realiza acciones en conjunto con otras dependencias de la Secretaría de Gobierno de Salud como la Dirección de SIDA y ETS y el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, entre otras.

En el año 2014, a partir del ingreso del implante subdérmico al país, se amplía la canasta de insumos anticonceptivos del entonces PNSSyR y se incorpora este insumo con el objetivo de disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia y, particularmente, su repitencia. Dentro de sus beneficios se encuentra su alta efectividad, una duración de tres años, la no dependencia de la usuaria de la realización de acciones cotidianas o periódicas para garantizar su uso correcto y que no se coloca en el útero. No necesariamente requiere controles periódicos, permitiendo un mínimo seguimiento, lo que facilita su uso en mujeres que tienen dificultades para acceder a los servicios de salud en forma continua.

La primera etapa de esta estrategia se inició en el año 2014, incorporando como población objetivo a mujeres adolescentes de 15 a 19 años, que hubieran tenido un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto)

en el año previo a la colocación del implante subdérmico, y que no contaran con cobertura de los subsistemas de seguridad social o medicina prepaga. La estrategia se inició en siete jurisdicciones de alta necesidad, principalmente capitales de provincias con riesgo sanitario⁴. En 2015 se amplió la población objetivo a mujeres de 15 a 24 años, en todo el país, hubieran tenido o no un evento obstétrico.

El objetivo del presente estudio es conocer y analizar el nivel de adherencia de la población al uso del implante subdérmico, sus niveles de satisfacción y confianza, y determinar sus potenciales efectos secundarios y motivos de retiro.

El informe se organiza del siguiente modo: realiza una revisión de la literatura sobre experiencias similares dentro de la región latinoamericana y fuera de ella, identifica las preguntas de investigación que evaluarán el impacto de la iniciativa, describe la metodología utilizada y presenta los resultados alcanzados, tanto desde una mirada de estadísticas descriptivas como a través de un enfoque multivariado. Finalmente, se resaltan las principales lecciones aprendidas a fin de fortalecer las intervenciones promovidas por esta Dirección en la agenda de salud pública ministerial a nivel nacional, así como su disseminación a escala regional y mundial.

4- Las provincias seleccionadas fueron: Buenos Aires (Regiones Sanitarias VI y XII), Formosa, Jujuy, Misiones, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.

2

Revisión de la literatura

En los últimos años ha aumentado el interés mundial sobre el uso de anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés), los cuales proporcionan una prevención del embarazo con alta efectividad y de largo plazo.

Los métodos LARCs incluyen el DIU (DIU de cobre y DIU hormonal con levonorgestrel) y el implante hormonal subdérmico. La principal ventaja de éstos es la no dependencia de la usuaria de la realización de acciones cotidianas o periódicas para garantizar el uso correcto del método, como la toma de pastilla diaria, recibir una inyección mensual o cada tres meses, o colocarse un anillo intravaginal mensualmente o un parche semanalmente [6, 7]. A partir de ello es que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y organizaciones académicas y científicas como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG), Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil (SAGIJ) y la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA), apoyan políticas públicas para fomentar su uso como intervención efectiva para reducir las tasas de embarazos no intencionales en la adolescencia y las tasas de aborto. [7-11]

El embarazo no intencional ocurre como consecuencia tanto de la falta de uso, la falta de información y de acceso a un método anticonceptivo, así como por las deficiencias en el uso o el uso incorrecto de la anticoncepción.[12] Los métodos anticonceptivos reversibles más comúnmente utilizados son aquellos de corta duración, como las pastillas anticonceptivas y el preservativo, que tienen tasas de falla anual del 9% y 18% respectivamente, en Estados Unidos.[13] Los LARCs, al eliminar la necesidad de acciones cotidianas por parte de la persona usuaria, se asocian con tasas de falla anual de 0.2-0.8% (DIU - DIU-levonorgestrel) y 0.05% (implantes subdérmicos) [13-15], cuya continuidad, de acuerdo a estudios realizados en Estados Unidos, es similar en diferentes grupos étnicos y socioeconómicos [12-16]. Las tasas de continuidad en implantes subdérmicos en el primer año se estiman entre 67% a 75% [17-20]. A su vez, entre los LARCs, la tasa de

continuidad en corto plazo (6 semanas) resulta más alta con los implantes que con el DIU, de acuerdo con un estudio realizado en varios países (Chile, Brasil, República Dominicana, Tailandia, Hungría, Turquía, Zimbabwe). [21]

Adicionalmente se evidencian tasas bajas de suspensión de LARCs en adolescentes y mujeres adultas jóvenes en Estados Unidos, como también nulíparas, en comparación con mujeres adultas, y en comparación con las altas tasas de interrupción de los métodos anticonceptivos de corta duración en este grupo de edad.[14, 15]

Las fallas con los anticonceptivos orales son dos veces mayores en las mujeres menores de 21 años en comparación con las mujeres mayores a esa edad de acuerdo con estudios en Estados Unidos, lo que contribuye significativamente al riesgo de embarazo no intencional en la adolescencia. [14, 15]

Si bien, las tasas de uso de LARCs siguen siendo bajas entre adolescentes y mujeres jóvenes adultas, las mismas se encuentran en aumento. En EE.UU, el uso de LARCs pasó del 8,5% en 2009 al 11,6% en 2012 [22] y el uso de implante creció de 0.4% a 1% entre 2002 y 2011-2013 [6]. De acuerdo con el primer Consenso Mexicano sobre el implante subdérmico, se estima que en el 2003 existían más de 1.300.000 usuarias del implante subdérmico en más de 25 países, con gran aceptación en Europa, Asia y América Latina. [23]

La OMS, OPS, UNFPA y sociedades científicas han recomendado que se incremente el uso de los métodos LARCs [13, 23, 24]. A pesar de esta recomendación, la razón del bajo uso de estos métodos es variada, incluyendo barreras de acceso a las usuarias, niveles de aceptación tanto por parte de las/os profesionales de la salud como de las personas usuarias y disponibilidad del sistema de salud. Según Luchowski et al (2014), [25] la falta de interés de la usuaria y la falta de capacitación de las/os profesionales de la salud son las razones más frecuentes por las que los/as obstetras-ginecólogos no ofrecen el implante en su práctica. A ello se agrega la falta de información y la presencia de falsas creencias por parte de usuarias y profesiona-

les de la salud sobre su uso [26], lo que requiere el desarrollo de espacios de información para intentar incrementar el acceso a los métodos LARCs. En tal sentido, el estudio de Fleming (2010) [27] realizado en San Francisco California, muestra que las mujeres que han oído hablar del DIU por parte de sus obstetras-ginecólogos tienen más probabilidades de estar interesadas en su uso que aquellas que no lo han hecho.

Una de las barreras más importantes para el uso de LARCs es el costo inicial para el dispositivo y la inserción, incluso en mujeres con obra social o prepaga. Los gastos de bolsillo continúan siendo en muchos casos prohibitivos, factor no relevante en el caso nacional para la población bajo este estudio, donde su acceso y colocación son gratuitos en el subsistema público de salud. [28] En todo caso, el implante subdérmico y los DIU son altamente costo-efectivos, incluso con un uso relativamente breve (12-24 meses). Según un estudio realizado en California, los métodos LARCs son más eficaces en función de los costos que el uso de métodos de corta duración o ningún método, con ahorros de más de USD7 por cada USD1 gastado. [29]

Para tratar de disminuir las barreras de acceso a los métodos de larga duración, se han desarrollado programas a gran escala en los últimos años. Un ejemplo de ello es el Proyecto CHOICE y la Iniciativa de Planificación Familiar de Colorado en EE.UU⁵.

El Proyecto CHOICE fue un estudio prospectivo de cohortes que inscribió a 9.256 mujeres en la región de Saint Louis en Estados Unidos con un enfoque en la eliminación de barreras para el uso de LARCs. CHOICE brindó capacitación a los equipos de salud priorizando el trabajo en métodos de larga duración, asesoramiento anticonceptivo, eliminación de barreras de costos, inserción el mismo día y apoyo anticonceptivo posterior a la visita para las participantes. Los investigadores encontraron altas tasas de aceptación de los métodos LARCs (75%) y de continuación (77% a los 2 años), y que las usuarias de métodos de corta duración tenían más de 20 veces más probabilidades de tener un embarazo no intencional que las mujeres que usaban un método LARC. [14, 30, 31]

Además, el 72% de las adolescentes de 14 a 19 años eligieron los métodos LARCs y el 67% de ellas seguían usando su método LARC 24 meses

después.[32] Esta alta tasa de uso de los métodos LARCs se tradujo en una reducción del 79% en las tasas de embarazo en adolescentes.[33] Otros estudios como el de Tocce et al también confirma que el uso de los métodos LARCs reduce el riesgo de embarazo siendo aún mayor entre las adolescentes, así como la tasa de aborto inducido.[34] El Proyecto CHOICE y otros estudios han demostrado que cuando se trabaja con los equipos de salud disminuyendo las barreras de acceso y de costo, las mujeres a menudo eligen los métodos LARCs y están muy satisfechas con su método. El embarazo no intencional y los costos asociados se pueden evitar con un uso más generalizado del DIU y el implante.[35]

A pesar de sus ventajas, los efectos secundarios relacionados con el uso de estos métodos se constituyen como su principal debilidad. El principal efecto secundario está relacionado con las alteraciones en el sangrado menstrual. En un análisis de continuación y satisfacción con anticonceptivos a los 12 meses, el 10% de las usuarias de implantes suspendieron el método debido a hemorragias impredecibles. [16] No obstante, la interrupción por tal motivo se produce particularmente durante los primeros seis meses de uso y luego se estabiliza. Otro importante efecto secundario evidenciado en el uso de los implantes subdérmicos es el aumento de peso [36, 37]. Otras razones de discontinuación son el dolor pélvico, el deseo de embarazo y los cambios de humor.[36, 38]

La evidencia ha mostrado que, para la mayor adhesión y continuidad en el uso de estos métodos, la consejería en salud sexual y salud reproductiva es crucial. Hay evidencia de que las mujeres que reciben asesoramiento sobre los posibles efectos secundarios, incluyendo sangrado irregular y amenorrea, están más satisfechas y más propensas a continuar usándolos.[20, 39] De acuerdo con algunos estudios, cuando se proporciona asesoramiento de manera intensiva, las tasas de continuación de un año han alcanzado el 80-90% en usuarias de implantes. [20, 40, 41]

Harper (2015) [42] realizó un ensayo aleatorizado en 40 clínicas en EE.UU para mejorar el conocimiento de los proveedores sobre la elegibilidad y el asesoramiento basados en la evidencia, junto con las habilidades de inserción. Los investigadores demostraron que el doble de mujeres eligió un método LARC

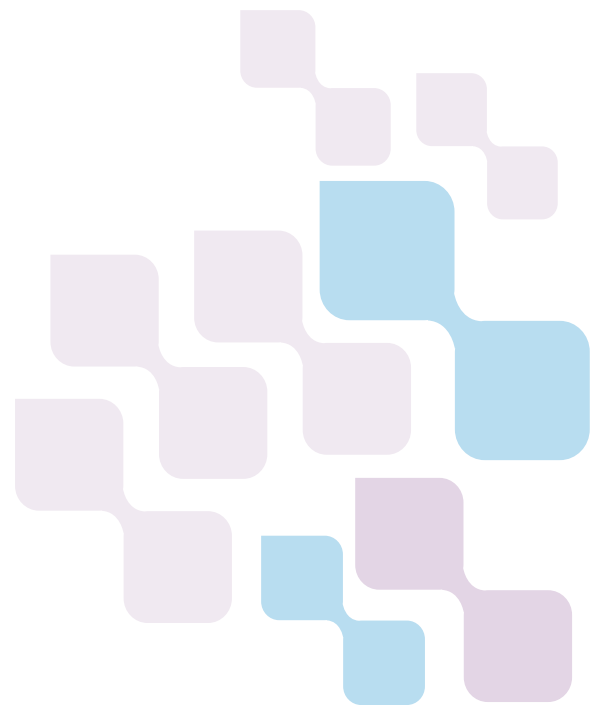
5- Contraceptive Choice Center. Sitio web oficial: www.choiceproject.wustl.edu/

en las clínicas asignadas al azar a la intervención. Además, la tasa de embarazos no intencionales se redujo en un 50% en las mujeres que se presentaron a las visitas de planificación familiar. Este ensayo también mostró que las mujeres que asistían a las visitas de atención postaborto a menudo no accedían al método LARC debido a la falta de cobertura de seguro.

A nivel nacional, se encontraron dos estudios que analizaron el uso del DIU en mujeres argentinas como método anticonceptivo reversible de acción prolongada.[43, 44] Los hallazgos sugieren un buen rendimiento general a largo plazo con la inserción del DIU, con tasas bajas de malestar y/o resultados adversos. No se encontraron estudios que analicen el uso de implantes.

Por otro lado, hay otros estudios que analizan las tasas de uso de métodos anticonceptivos, incluyendo un método LARC. Gogna et al (2017) [45] muestran que los métodos más utilizados por adolescentes residentes en cuatro provincias argentinas (Chaco,

Misiones, Santiago del Estero y Buenos Aires) fueron la pastilla anticonceptiva (40,7%) y el preservativo (37,0%), mientras que sólo el 13,2% utilizaba un método de mediana o larga duración (inyectable o dispositivo intrauterino). En igual sentido, Maceira et al (2017) [46] muestran que el preservativo masculino y las pastillas anticonceptivas son los métodos anticonceptivos más conocidos por las/os adolescentes, mientras que los menos conocidos resultaron ser el implante subdérmico y el diafragma (encuestas a adolescentes de escuelas secundarias públicas cursando el primer y último año lectivo en cinco provincias argentinas: Salta, Jujuy, Chaco, La Rioja y Misiones).



3

Preguntas de Investigación

¿Cuál es el nivel de aceptación del implante subdérmico administrado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, hoy Dirección de Salud Sexual y Reproductiva?

¿Es esta respuesta homogénea entre mujeres de diferente grupo etario y residentes en distintas regiones geográficas del país?

¿Cuáles son las condiciones sociodemográficas y sanitarias de las mujeres que adhieren al tratamiento? ¿Son estas características disímiles entre aquellas que decidieron retirarse el implante de las que lo mantienen?

¿Cuáles son los problemas identificados por las usuarias y cuáles las ventajas de su uso?

¿Cuál es el nivel de satisfacción de las usuarias que usan el implante? ¿Pueden identificarse particularidades en la relevancia de ciertos factores -socioeconómicos, geográficos, etc.- que resulten alineados con tal satisfacción?

¿Es posible establecer patrones que determinen el modo de toma de decisiones de las usuarias que solicitan el retiro del implante antes de tiempo de aquellas que lo mantienen? ¿Cuáles son las causas que determinan la discontinuidad?



4

Metodología

La investigación consistió en un estudio cualitativo, retrospectivo, mediante el uso de una encuesta telefónica semiestructurada a usuarias identificadas por la DSSyR a las que se le colocó durante los últimos dos años un implante subdérmico provisto por el entonces Ministerio de Salud de la Nación.

Selección de la muestra: El estudio de seguimiento se realizó sobre el grupo de mujeres adolescentes de 15 a 19 años y de mujeres jóvenes de 20 a 24 años al momento de colocarse el implante (año 2015) en efectores públicos del subsistema público de salud y de las que se tenía registro informado y dato telefónico de contacto⁶. Se trabajó con una muestra probabilística aleatoria, estratificada por región geográfica y grupo de edad⁷.

Quedaron excluidas de la muestra:

- Todas las adolescentes de 15 a 19 años o jóvenes de 20 a 24 años que se hubieran colocado el implante subdérmico en un efector no perteneciente al subsistema público de salud.
- Todas las adolescentes de 15 a 19 años o jóvenes de 20 a 24 años que se hubieran colocado el implante subdérmico en un efector del subsistema público de salud con anterioridad o posterioridad al año 2015, independientemente de que estuvieran registradas en la base de usuarias del implante subdérmico.
- Todas las adolescentes de 15 a 19 años o jóvenes de 20 a 24 años que se hubieran colocado el implante subdérmico en un efector del subsistema público de salud, que estuvieran registradas en la base de datos pero que no tuvieran teléfono de contacto registrado.
- Todas las mujeres menores de 15 años o mayores de 24 años a las que se hubiera colocado el implante en un efector del subsistema público de salud, independientemente de que estuvieran registradas en la base de datos o no y de que tuvieran teléfono o no.
- Todas las adolescentes de 15 a 19 años o jóvenes de 20 a 24 años que se hubieran colocado el implante en un efector del subsistema público de salud pero que no estuvieran registradas en la base de usuarias informadas por los programas provinciales a la DSSyR.

Los casos elegibles para formar parte de la muestra fueron **15.440**, cuya distribución por región se puede observar en la tabla 1.a.

Para seleccionar los casos a incluir en la muestra se realizó un muestreo probabilístico, con selección simple al azar para cada una de las regiones geográficas, con asignación proporcional en los grupos de edad (Anexo C2). **Resultaron elegibles 1.951 casos.**

La muestra final quedó conformada por 1.101 mujeres. La realización de la encuesta telefónica presentó dificultades. En muchos casos la información del teléfono de contacto de la usuaria estaba desactualizada, lo que generó la necesidad de realizar una cantidad de llamados mayor al originalmente planificado.

En otros, el número de teléfono estaba incompleto: sin código de área, sin diferenciación entre línea fija o celular, números incorrectos, líneas que no correspondían a un cliente en servicio o que estaba siendo utilizada por otra persona que no tenía relación alguna con la usuaria.

Finalmente, en un tercer grupo, el teléfono era atendido por una persona distinta a la usuaria registrada (en general la madre), motivo por el cual la encuesta no se realizaba y se trataba de acordar un horario en el que la usuaria pudiera responder.

Las tablas siguientes dan cuenta de las usuarias de implante subdérmico con registro telefónico disponible (Tabla 1a) y la composición de la muestra posterior (Tabla 1b). De la selección muestral aleatoria por grupo etario surgió la primera ronda de llamadas, realizadas por un equipo de la DSSyR entrenado especialmente. En los casos que la usuaria no fuera identificada (por cambio de número telefónico, llamada no atendida,

6- La fuente de información proviene de las bases de implantes subdérmicos colocados, enviadas periódicamente por la/el responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de cada una de las provincias a la DSSyR. A pesar de ello pueden existir implantes subdérmicos no informados.

7- Las Regiones geográficas utilizadas por el Ministerio de Salud son: Noroeste, Noreste, Centro, Patagónica, Cuyo. A los fines de este estudio para la Región Centro se separa a la Ciudad de Buenos Aires y 4 Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires (V, VI, VII y la XII) y se las considera como una Región independiente.

etc.), se procedió a sustituirla por otra hasta completar el tamaño muestral requerido y a fin de poder garantizar la representatividad por región geográfica. Por cada usuaria registrada se debía realizar hasta tres llamados a fin de poder contactarla y realizarle la encuesta. Para ello, fue necesario completar la primera ronda de llamadas con otra complementaria. En todos los casos, la dispersión entre la estructura de distribución

regional y la muestral de las mujeres con implante no supera el 3%, dando cuenta de la representatividad.

El nivel de respuestas alcanzado en las usuarias de mayor edad fue relativamente superior a las más jóvenes. De todos modos, la escala de encuestadas permite el análisis separado por grupo etario. La proporción de respuesta de mujeres de 15-19 es de 5.5% y de mujeres de 20-24 años es de 10.6% (Ver Tabla 1a y 1b).

Tabla 1a

Población de mujeres que recibieron implante con Teléfono Registrado, por Región y Rango de Edad

	Rango Etario				Total	%
	15-19		20-24			
	N	%	N	%		
AMBA	4.046	73,07	1.491	26,93	5.537	35,86
Centro	1.796	67,17	878	32,83	2.674	17,32
Cuyo	1.073	78,90	287	21,10	1.360	8,81
NEA	1.515	54,30	1.275	45,70	2.790	18,07
NOA	1.632	64,56	896	35,44	2.528	16,37
Patagonia	403	73,14	148	26,86	551	3,57
Total	10.465	67,78	4.975	32,22	15.440	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

La Tabla 1b refleja la estructura de la muestra final estudiada, detallando el número absoluto y relativo de observaciones por región geográfica y por grupo

etario, así como también el aporte de cada región al total de la población muestral definitiva.

Tabla 1b

Muestra de mujeres que recibieron Implante, por Región y Rango de Edad

Region	Rango Etario				Total	%
	15-19		20-24			
	N	%	N	%		
AMBA	186	32,3	174	33,1	360	32,7
Centro	130	22,6	78	14,9	208	18,9
Cuyo	78	13,5	25	4,8	103	9,4
NEA	81	14,1	114	21,7	195	17,7
NOA	75	13,0	124	23,6	199	18,1
Patagonia	26	4,5	10	1,9	36	3,3
Total	576	100,0	525	100,0	1.101	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Consideraciones éticas: el protocolo inicialmente fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital Durand (Versión N°1,01, Diciembre 2016 - Formulario de Seguimiento Versión N°1,01, Diciembre 2016). A su vez el protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación PAHOERC bajo el número de resolución 12-0060. Se preservó la confidencialidad de todos los datos personales (nombre y apellido, dirección y número telefónico) de las mujeres encuestadas, quienes brindaron un consentimiento informado verbal para participar de la investigación.

Fuente de recolección de datos

Se diseñó un instrumento ad-hoc (encuesta semiestructurada) con preguntas referidas a: (i) identificación de la usuaria: provincia de residencia, fecha de colocación del implante, edad al momento de colocarse el implante, eventos obstétricos previos y fecha del último evento obstétrico; y (ii) datos sociodemográficos de la usuaria: asistencia a la escuela, nivel de estudios alcanzado y situación laboral.

Asimismo, se preguntó sobre: uso de métodos anticonceptivos (MAC) previos, patrón de sangrado, efectos secundarios y grado de satisfacción; y para aquellas que habían decidido el retiro del implante se preguntó sobre el motivo de la extracción, si utilizó algún MAC posterior y/o si tuvo algún embarazo (haya o no continuado).

Análisis bivariado de los datos:

El material recogido fue volcado a una planilla sobre la cual se ha elaborado un grupo de tablas y figuras orientadas a aportar a la resolución de las preguntas de investigación presentadas en la sección anterior. Para el análisis bivariado se calcularon las frecuencias de las variables.

Análisis multivariado:

Se procedió a estimar un set de ecuaciones multivariadas para identificar los motivos de retención/retiro del implante subdérmico, como también identificar los parámetros que determinan los niveles de satisfacción alcanzados por las usuarias. Se identificó un

modelo de selección discreta de opciones, donde se procuró ponderar los factores que llevaron a alcanzar niveles diferentes de satisfacción en las usuarias con el uso de implantes, así como también que afecten su probabilidad de retiro.

Para ello se consideraron una serie de vectores explicativos, asociados con las características personales de las usuarias (edad, educación), historia reproductiva previa (embarazos y abortos) y efectos secundarios identificados (nivel de sangrado, aumento de peso, entre otros).

En todos los casos, se busca identificar elementos que faciliten una evaluación de la intervención, estableciendo su apropiación por parte de la población objetivo, incorporando los argumentos surgidos de la opinión de las usuarias en las líneas de intervención y en los espacios de consejería futuras.

La implementación econométrica toma la forma de modelo logit ordenado para las estimaciones de nivel de satisfacción y modelo probit para la estimación de la probabilidad de retiro del implante.

Las variables explicativas se pueden organizar en ocho vectores: (i) edad de la mujer bajo programa, (ii) nivel educativo y condición laboral, (iii) presencia de abortos y/o partos previos, (iv) región de residencia, (v) efectos secundarios, (vi) problemas identificados durante su uso, (vii) recepción de consejería y (viii) si la decisión de colocarse el implante fue propia o inducida por el entorno familiar o sanitario.

Para cada ejercicio, se optó por desarrollar tres regresiones alternativas, una por cada grupo etario por separado, y una tercera de análisis de toda la población en conjunto, incorporando una variable de discriminación de edad, a fin de establecer la presencia de efectos específicos para mujeres menores de veinte años o mayores a ese umbral de edad.

Se calcularon los coeficientes de las variables elegidas siendo estadísticamente significativas aquellas que muestran un p -valor < 0.1 . Se utilizó el programa Stata 2014. Finalmente, se seleccionó el modelo que resultó ser el más estable con el mejor potencial explicativo.

5

Resultados

5.1. Características socioeconómicas de la muestra de mujeres adolescentes y jóvenes que se colocaron el implante subdérmico

La Tabla 2 muestra el total de la población entrevistada, según su área geográfica de residencia y el nivel de estudios alcanzado. A nivel nacional, el nivel secundario como fuente de educación prevalente, se observa en tres posibles dimensiones: concluido (25.5% de las usuarias), incompleto (25%) y secundario en curso (18.6%).

En un segundo renglón se ubican aquellas con educación terciaria o universitaria en curso, con 12.2%

y 7.3%, respectivamente, en tanto que los estudios completos o incompletos de ambas categorías no superan, en conjunto, el 6.5%. La población bajo programa con educación primaria o menos solo representa el 5% del total.

La apertura por región geográfica refleja gran variabilidad entre regiones: mayor nivel secundario completo en AMBA y un porcentaje mayor de mujeres bajo el curso de su educación secundaria en Patagonia y la Región Centro, a modo de ejemplo.

Tabla 2

Muestra de Mujeres con Implante, por Región y Nivel Educativo

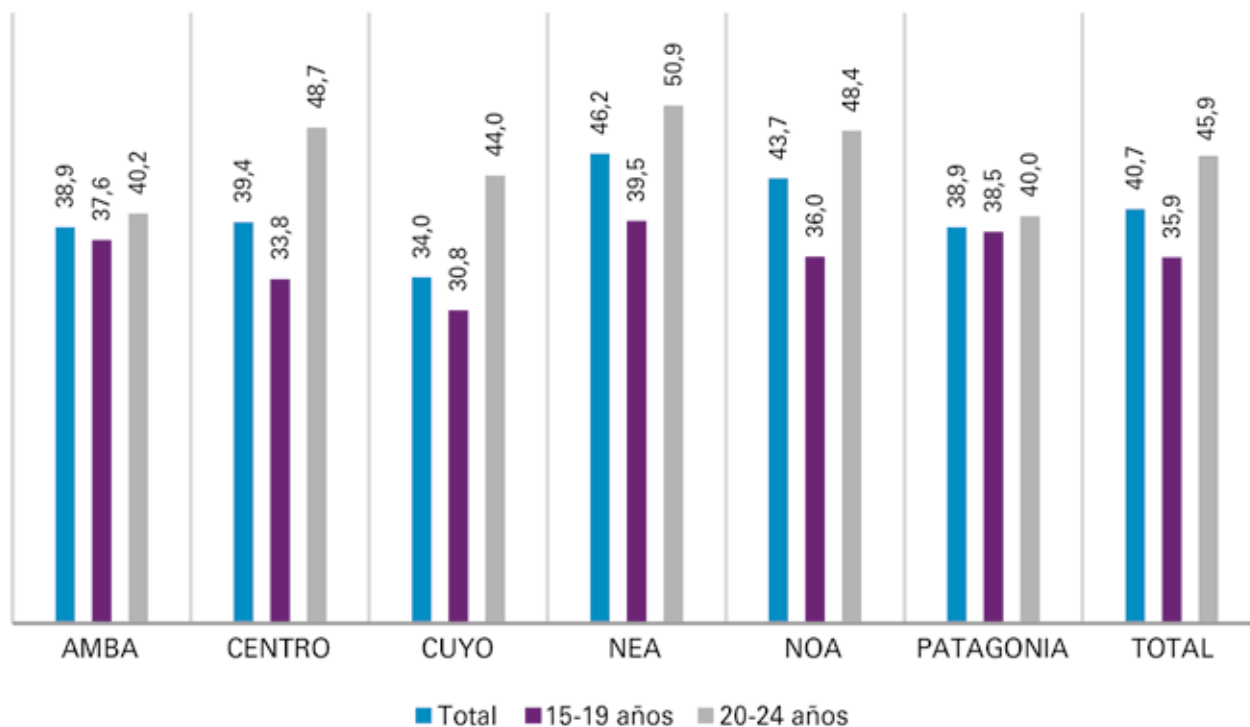
Total	Porcentaje de mujeres de la muestra						Total
	AMBA	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia	
Cursa primario	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,4
Cursa secundario	16,2	21,8	25,2	19,1	13,1	33,3	18,6
Cursa terciario	8,4	8,7	10,7	15,5	22,1	2,8	12,2
Cursa universitario	7,8	5,3	7,8	7,2	8,0	8,3	7,3
Primaria incompleta	0,6	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,4
Primaria completa	5,3	2,9	6,8	3,1	2,0	11,1	4,2
Secundaria incompleta	25,6	29,1	25,2	20,1	24,1	25,0	25,0
Secundaria completo	30,9	26,7	19,4	22,7	22,6	13,9	25,5
Terciario incompleto	0,8	1,0	0,0	1,0	3,0	0,0	1,2
Terciario completo	1,7	2,4	1,0	2,6	4,0	0,0	2,3
Universitario incompleto	1,9	1,0	1,9	4,1	0,5	5,6	2,0
Universitario completo	0,8	0,0	0,0	3,6	0,5	0,0	1,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Del mismo modo, el total de mujeres trabajando al momento de la encuesta verifica una mayor participación del grupo de relativa mayor edad (20-24 años) con un promedio de 45,9% contra el 35,9% de las menores (15-19 años). Por encima del promedio na-

cional se ubican las regiones del Noreste, Noroeste y Centro para aquellas de más de 20 años, mientras que el Noreste nuevamente, Patagonia y la Región del AMBA superan el promedio en el grupo de menores de 19 años (Figura 1).

Figura 1
Muestra de Mujeres con Implante que Trabajan
(por Rango de Edad y Región)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

En términos de antecedentes reproductivos, las Tablas 3 (a y b) reflejan el número de partos y abortos de la población bajo estudio para cada grupo de edad y abierto por región de residencia. En cuanto a los partos, se incluye en éstos a las cesáreas, entre las adolescentes de 15 a 19 años se registraron 373 casos (64,8%) con al menos un parto previo (n=323 con un solo parto, n=50 con 2 o más partos). En el grupo de mujeres de 20 a 24 años se registraron 432 casos (69,1%) con al menos un parto (n=270 con un solo parto, n=162 con 2 o más partos).

Asumiendo un basal de dos partos en aquellas respuestas asociadas con “dos o más”, se verifica que la cantidad de niñas/os nacidas de madres menores de 20 años es de 1.04 nacimientos por madre adolescente; en tanto que en el grupo de las mujeres mayores de esa edad y hasta los 24 años, la tasa de fecundidad básica es de 1.35 niñas/os por mujer bajo programa.

Tabla 3 (a - b)

Historia Reproductiva y Abortos, por Rango de Edad y Región

	Antecedentes de partos					
	15 a 19 años			20 a 24 años		
	0	1	>=2	0	1	>=2
AMBA	61	108	17	32	91	51
Centro	43	74	13	8	39	31
Cuyo	44	33	1	9	9	7
NEA	29	46	6	30	52	32
NOA	19	46	10	13	70	41
Patagonia	7	16	3	1	9	0
Total	203	323	50	93	270	162
	35,2%	56,1%	8,7%	17,7%	51,4%	30,9%

	Abortos					
	15 a 19 años			20 a 24 años		
	0	1	>=2	0	1	>=2
AMBA	161	24	1	153	18	3
Centro	117	12	1	69	9	0
Cuyo	76	2	0	24	1	0
NEA	76	5	0	101	11	2
NOA	65	9	1	111	12	1
Patagonia	24	2	0	9	1	0
Total	519	54	3	467	52	6
	90,1%	9,4%	0,5%	89,0%	9,9%	1,1%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Si bien en un inicio el implante sólo se colocaba post evento obstétrico, en el año 2015 la estrategia se amplió a mujeres de 15 a 24 años con o sin evento obstétrico previo. A pesar de esto, el método es mucho más usado por mujeres que tuvieron un parto previo y accedieron a los servicios de salud (el 98% de los partos en Argentina son institucionales). Podemos pensar que es posible que los equipos de salud sigan priorizando el uso de este anticonceptivo entre las adolescentes y jóvenes con antecedentes obstétricos. Por otro lado, todavía existe una proporción no despreciable de mujeres que recién accede al implante luego de 2 o más embarazos (sobre todo en mujeres mayores de 20 años), lo que habla de la pérdida de oportunidades para evitar la reiteración de embarazos no intencionales. Esto refuerza la necesidad de implementar

espacios de consejería y la estrategia de anticoncepción inmediata post-evento obstétrico (AIPE) para darle la posibilidad a cada mujer de elegir un método anticonceptivo, si así lo quiere, antes del alta por un parto o aborto y evitar un próximo embarazo no intencional.

Por su parte, el número de mujeres de la muestra que ha pasado por uno o más abortos previos es de 57 en las menores de 20 años y de 58 en las de 20 a 24 años. Cabe aclarar que, si bien la mayoría tuvo un solo aborto (54 entre las adolescentes de 15 a 19 años y 52 en jóvenes de 20 a 24 años), el hecho de que algunas de ellas (3 adolescentes y 6 jóvenes) hayan tenido 2 o más abortos previos evidencia la importancia de ofrecer anticoncepción inmediata en los eventos obstétricos (incluidos los abortos), antes del alta.

5.2.- Mujeres que retiraron su implante. Perfiles comparados

El 13.1% del total de las mujeres de la muestra decidieron solicitar el retiro del implante, un porcentaje que se encuentra por debajo de los publicados por

la evidencia internacional (entre 33% y 25%) [17-19]. Estos valores son relativamente similares entre grupos etarios (11.3% en menores de 20 años y 15% en el grupo entre 20 y 24 años), tal como se presenta en la Tabla 4 a a continuación.

Tabla 4a

Mujeres con Implante Retirado, por Región y grupo de edad

	Implante retirado					
	Total		15-19 años		20-24 años	
	N	%	N	%	N	%
AMBA	43	11,9	17	9,1	26	14,9
Centro	35	16,8	24	18,5	11	14,1
Cuyo	16	15,5	9	11,5	7	28,0
NEA	24	12,3	7	8,6	17	14,9
NOA	25	12,6	7	9,3	18	14,5
Patagonia	1	2,8	1	3,8	0	0,0
Total	144	13,1	65	11,3	79	15,0

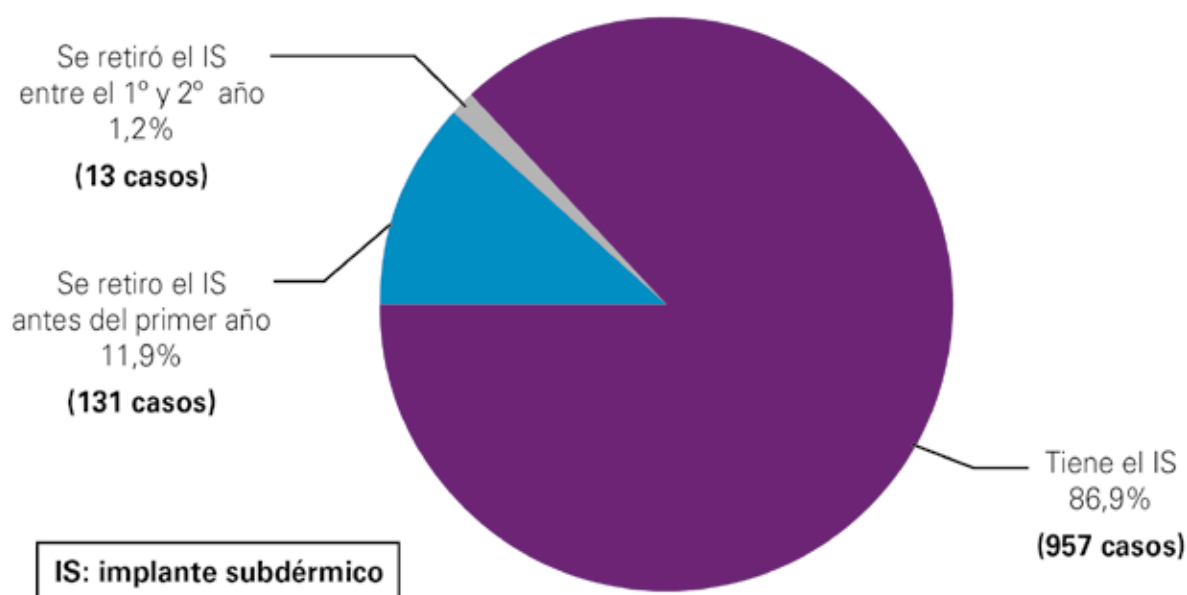
Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Este valor es consistente en todas las regiones y para ambos grupos etarios oscilando entre 12% y 17% aproximadamente, salvo para las mujeres con

más de 20 años de Cuyo (28%), y la muy baja tasa de Patagonia con un solo caso en una mujer de 15 a 19 años.

Figura 2

Distribución de mujeres según situación con el implante subdérmico (muestra: 1101 casos)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Tabla 4b

Mujeres con Implante Retirado, por tiempo que mantuvieron el implante y grupo de edad, % del total de implantes colocados

Momento de retiro del implante	Total (N=144)	15-19 años (N=65)	20-24 años (N=79)
Antes del sexto mes	4,60% (51)	3,30% (19)	6,10% (32)
Entre seis y un año!	7,20% (80)	6,80% (39)	7,80% (41)
Entre un año y dos!	0,90% (10)	0,90% (5)	1,00% (5)
Ns/Nc	0,30% (3)	0,30% (2)	0,20% (1)

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

En la Tabla 4b se observa que, sobre el total de mujeres que se retiraron el implante, el 91% lo hicieron al año o antes (131 mujeres de 144), de las cuales el 36% se lo retiró antes de los 6 meses (51 de 144); y un 8% luego de un año y antes de los dos años (10 de 144). Sobre el total de implantes colocados, el 11,8% se lo retira dentro del primer año, en tanto que menos de 1% se retiró entre el año y el segundo año desde la colocación. Las mujeres de 20-24 años muestran un retiro del implante más temprano que las mujeres de 15 a 19 años.

El nivel educativo de aquellas que se lo retiraron es marginalmente superior si se considera la relación porcentual de cada grupo en la Tabla 5. En el nivel de secundario en curso se observa una diferencia estadísticamente significativa, donde el porcentaje de mujeres que lo mantuvieron colocado (19.1%) es mayor a aquellas que se lo retiraron (13.9%), mientras una situación inversa se observa en el nivel universitario en curso.

Tabla 5

Mujeres con implante retirado y colocado, por Nivel Educativo

	Implante retirado (N=144)	Implante colocado (N=956)	Diferencia
Cursa primario	0,0% (0)	0,4% (4)	-0,4%
Cursa secundario	13,9% (20)	19,1% (183)	-5,3%
Cursa terciario	9,8% (14)	12,6% (120)	-2,8%
Cursa universitario	12,5% (18)	6,5% (62)	6,0%
Primaria incompleta	0,7% (1)	0,3% (3)	0,4%
Primaria completa	3,5% (5)	4,2% (40)	-0,7%
Secundaria incompleta	23,8% (34)	25,2% (241)	-1,4%
Secundaria completo	26,4% (38)	25,3% (242)	1,1%
Terciario incompleto	0,7% (1)	1,3% (12)	-0,6%
Terciario completo	3,5% (5)	2,1% (20)	1,4%
Universitario incompleto	1,4% (2)	2,1% (20)	-0,7%
Universitario completo	2,1% (3)	0,8% (8)	1,2%

Los valores en negritas son estadísticamente significativos con un p valor<5%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Un parámetro de comparación similar y con resultados alineados con lo presentado párrafos arriba se observa en el corte por condición de empleo: para todas las regiones, con excepción de la Patagonia -don-

de no hubo retiros-, el porcentaje de mujeres con implante retirado que trabajan es superior a aquellas con implante no retirado (Tabla 6).

Tabla 6

Mujeres con implante retirado y no retirado, por condición laboral

Trabaja	Implante retirado		Implante no retirado	
	N	%	N	%
AMBA	21	48,84	119	37,66
Centro	15	42,86	68	39,31
Cuyo	7	43,75	28	32,18
NEA	13	54,17	78	45,61
NOA	12	48,00	75	43,35
Patagonia	0	0,00	14	40,00

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Las dos tablas siguientes (Tablas 7 y 8) reflejan el mismo corte por número de partos. Se observa que, en proporción, el número de mujeres sin partos pre-

vios y retiro de implante subdérmico (35.42%) es mayor al porcentaje de incidencia de las que no se lo retiraron y lo mantienen (25.73%).

Tabla 7

Mujeres con Partos Realizados, por condición de implante

Partos	Implante retirado		Implante no retirado	
	N	%	N	%
0	51	35,42	246	25,73
1	76	52,78	516	53,97
2	15	10,42	162	16,95
3	2	1,39	26	2,72
4	0	0,00	3	0,31
5	0	0,00	2	0,21
7	0	0,00	1	0,10
Total	144	100,00	956	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Tabla 8

Mujeres con Abortos Realizados, por condición de implante

Abortos	Implante retirado		Implante no retirado	
	N	%	N	%
0	126	87,5	859	89,9
1	18	12,5	88	9,2
2	0	0,0	7	0,7
3	0	0,0	2	0,2
Total	144	100,0	956	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Las Tablas 9 y 10 presentadas a continuación proponen analizar, por región geográfica y por rango de edad, la respuesta brindada por quienes se colocaron un implante acerca de si recibieron consejería y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos (MAC), separando entre aquellas que lo mantuvieron (Tabla 9) y quienes se lo retiraron (Tabla 10).

A pesar de que se espera que el 100% conteste que recibió consejería/asesoramiento, al analizar la Tabla 9 se observa que el 80% de las mujeres que tienen el

implante colocado contestaron que recibieron consejería/asesoramiento sobre otros MAC, entre valores entre 72% y 86% para todas las regiones y grupos de edad. La región con mayor respuesta afirmativa fue la región Patagonia.

Al interior de cada región se identifica una mayor afirmación de recepción de consejería/asesoramiento de las mujeres de 20-24 años, aunque la diferencia por grupo de edad es estadísticamente significativa solo en la región AMBA y NOA.

Tabla 9

Mujeres que Mantuvieron el Implante y Afirman recibir Consejería/Asesoramiento/Información sobre otros Métodos Anticonceptivos

Región	Total	15-19 años	20-24 años	Diferencia por rango de edad
AMBA	78% (246)	73% (123)	84% (123)	-11%
Centro	78% (135)	78% (83)	78% (52)	1%
Cuyo	82% (71)	81% (56)	83% (15)	-2%
NEA	81% (139)	80% (59)	82% (80)	-3%
NOA	82% (141)	72% (48)	88% (93)	-16%
Patagonia	86% (30)	84% (21)	90% (9)	-6%
Total	80% (762)	76% (390)	84% (372)	-7%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Tabla 10

Mujeres que se Retiraron el Implante y Afirmaron recibir Consejería/Asesoramiento/Información sobre otros Métodos Anticonceptivos

Región	Total	15-19 años	20-24 años	Diferencia por rango de edad
AMBA	84% (36)	76% (13)	88% (23)	-12%
Centro	86% (30)	96% (23)	64% (7)	-32%
Cuyo	81% (13)	67% (6)	100% (7)	-33%
NEA	83% (20)	100% (7)	76% (13)	24%
NOA	80% (20)	100% (7)	72% (13)	28%
Patagonia	100% (1)	100% (1)	(0)	100%
Total	83% (120)	88% (57)	80% (63)	8%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Para las mujeres que se retiraron el implante se observa que la tasa de respuesta afirmativa a si recibieron consejería/asesoramiento se encuentra entre 64% y 100%. En este caso, las mujeres de 15-19 años tienen mayor porcentaje de respuestas afirmativas que las mujeres de 20-24 años. Entre regiones se observa una mayor diferencia por grupo de edad y estadísticamente significativa en la mayoría de éstas, excepto en AMBA.

Comparando las que se lo retiraron vs las que mantuvieron el implante, se verifica que entre las primeras hubo una leve mayor proporción que recibió información (83% vs 80%). Esto es consistente en el grupo de edad de 15 a 19 años, mientras que para el grupo de 20-24 años la situación es inversa.

La tabla 11 muestra que tanto en las mujeres de 15-19 años como en aquellas mayores de 20 y hasta 24 años, la decisión de colocación del implante fue reportada como mayoritariamente propia, más allá de su retiro posterior. En todos los casos, más del 87% de las mujeres entrevistadas manifestaron tomar ellas mismas la decisión de utilizar esta acción de control del embarazo. Más aún, en los casos de retiro del implante, el peso de actores externos -familia, pareja, profesionales del sistema de salud- fue mayor, aunque marginal, y concentrado en menores de 19 años.

Tabla 11

¿Quién decidió la colocación del Implante, según implante mantenido y retirado?

	Sin Implante		Con Implante	
	15-19 años (N=65)	20-24 años (N=79)	15-19 años (N=492)	20-24 años (N=445)
Ella	88%	94%	97%	98%
Profesional, médico, sistema de salud	6%	6%	0%	0%
Otros (familia, pareja, etc.)	6%	-	3%	2%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

5.3.- Uso del implante subdérmico y presencia de efectos secundarios

En esta sección se presenta información vinculada con los efectos secundarios asociados a la colocación y uso de los implantes. Por un lado, separados por grupo etario, se reportan los síntomas identificados en tres momentos en el tiempo: primer trimestre, a los seis meses y al primer año.

Por su parte, las frecuencias de sangrado evolucionan con respuestas que van de menor a mayor, siendo la más mencionada la del sangrado infrecuente

con valores porcentuales que evolucionan del 19% al 30% en el grupo de mujeres más jóvenes y del 22.6% al 35% en las usuarias de entre 20 y 24 años. La ausencia de cambios en el patrón de sangrado es similar en los dos grupos de edad.

Por otro lado, la presencia de amenorrea se reduce sistemáticamente, partiendo de valores cercanos al 50% de las respuestas en el primer trimestre y llegando a porcentajes que muestran una caída a la mitad al final del primer año (Ver Tabla 12 a y b).

Tabla 12 (a-b)

Síntomas Identificados luego de la Colocación del Implante, por Rango de Edad

15 a 19 años	Primer trimestre		A los seis meses		> 1 año	
	N	%	N	%	N	%
Amenorrea	257	50,4	233	45,7	135	26,5
Sangrado infrecuente	101	19,8	122	23,9	153	30,0
Sangrado frecuente	27	5,3	38	7,5	67	13,1
Sangrado prolongado	74	14,5	85	16,7	121	23,7
Sangrado abundante	19	3,7	27	5,3	40	7,8
Sangrado normales	83	16,3	74	14,5	101	19,8
Total	510	100,0	510	100,0	510	100,0

20 a 24 años	Primer trimestre		A los seis meses		> 1 año	
	N	%	N	%	N	%
Amenorrea	222	49,8	210	47,1	122	27,4
Sangrado infrecuente	101	22,6	124	27,8	156	35,0
Sangrado frecuente	20	4,5	29	6,5	41	9,2
Sangrado prolongado	54	12,1	54	12,1	94	21,1
Sangrado abundante	15	3,4	17	3,8	36	8,1
Sangrado normales	72	16,1	68	15,2	97	21,7
Total	446	100,0	446	100,0	446	100,0

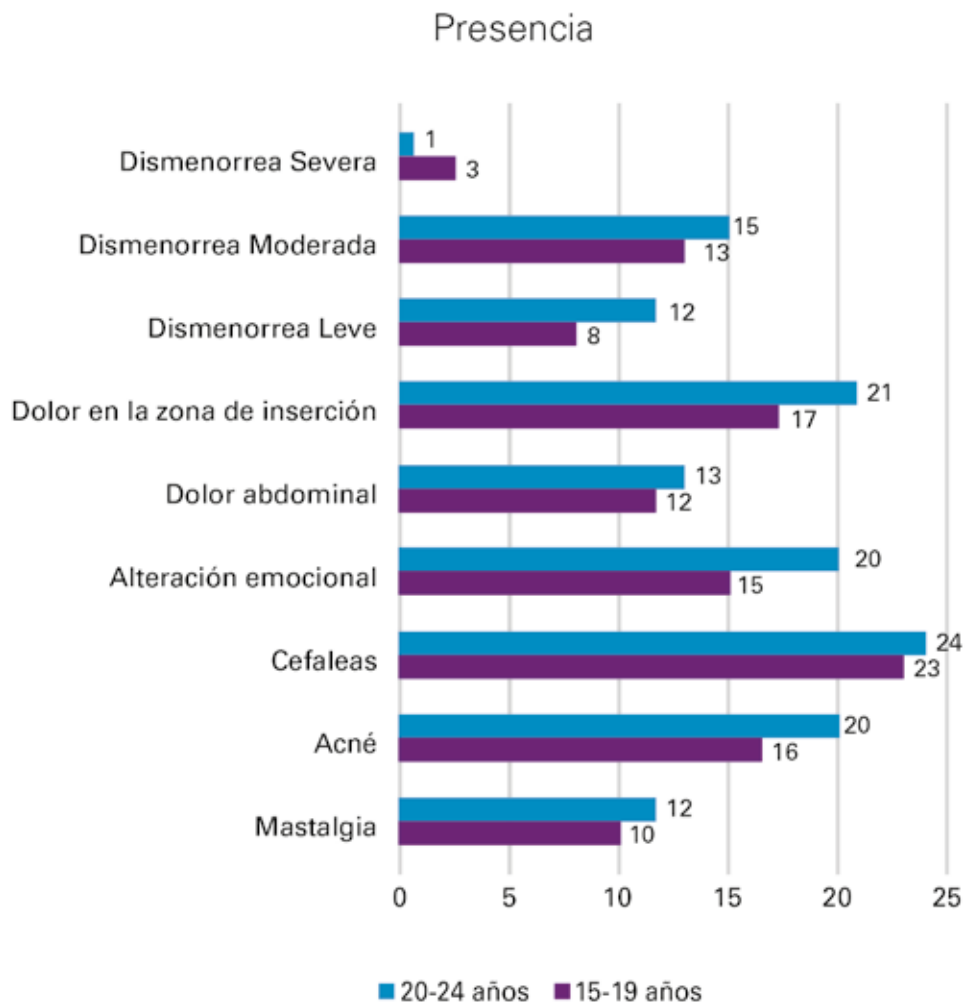
De acuerdo con la Figura 3, las usuarias presentan como primer problema identificado la presencia de cefaleas, en un 23-24% según el grupo de edad, seguido por dolor en la zona de inserción y acné, con porcentajes similares y alrededor del 17% para las mujeres de 15-19 años y 21% en las mayores de 20 años. La alteración emocional es la cuarta razón reportada de problemas, con valores de entre 15% y 20%.

Ante la pregunta de si consultaron frente alguno de estos síntomas, se verifica que el uso del sistema sanitario es frecuente, con porcentajes mayores al 55-60% en seis de las nueve opciones mencionadas en el cuestionario para el caso de las mujeres menores de 20 años, con menor nivel de consulta en las mayores.

Finalmente, si bien algunas entrevistadas mencionan la dismenorrea como problema asociado al implante, no se encuentra una justificación desde la evidencia médica para dicha aparición. Por el contrario, el implante es uno de los tratamientos propuestos para esta patología.

Complementariamente, la Figura 4 abre la realidad de estos problemas al espacio regional, mostrando amplia dispersión en la identificación de los mismos, y mayor frecuencia en las zonas de AMBA, en primer lugar, y el Noreste argentino, en segundo término.

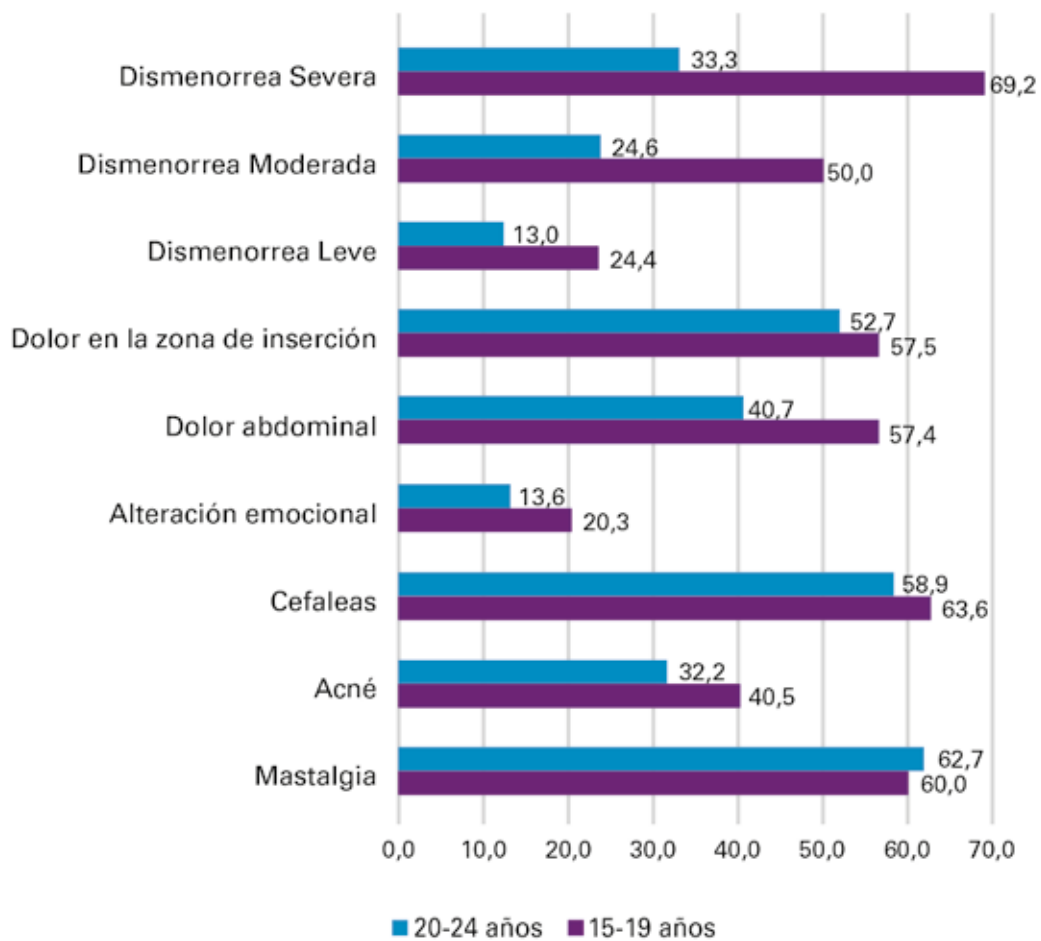
Figura 3
Problemas Identificados luego de la Colocación del Implante y Posterior de Consulta, por Rango de Edad
 (en % del total)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

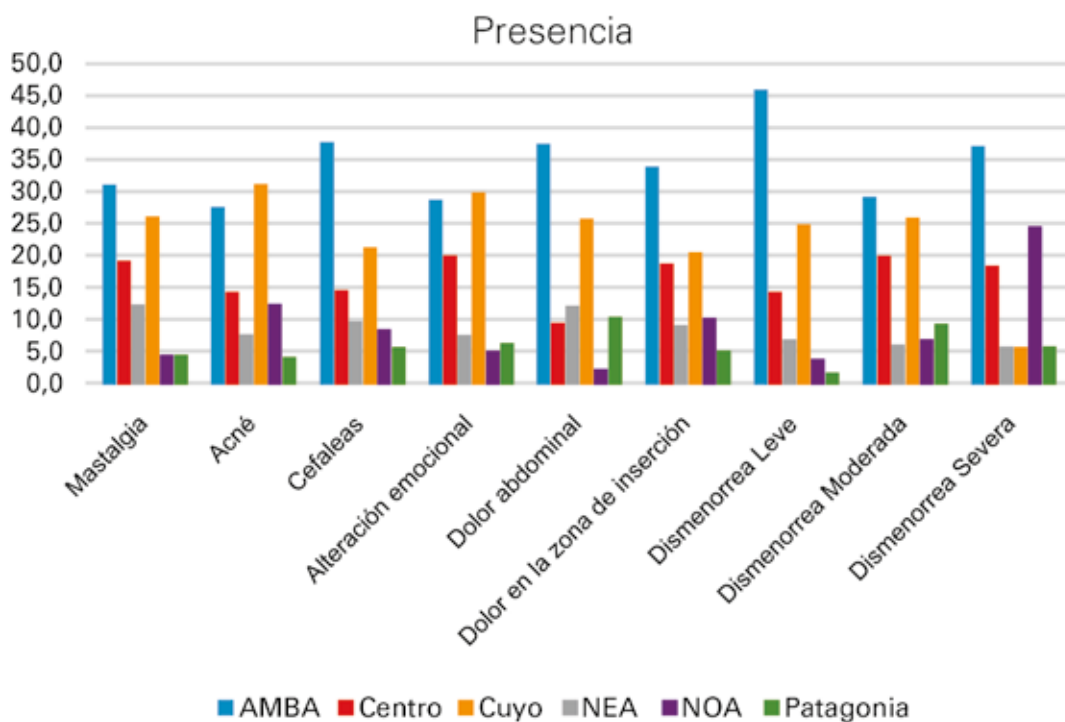


Hizo Algo



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Figura 4
Problemas Identificados luego de la Colocación del Implante, por Región
(en % del total)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

5.4.- Análisis de satisfacción en el uso del implante

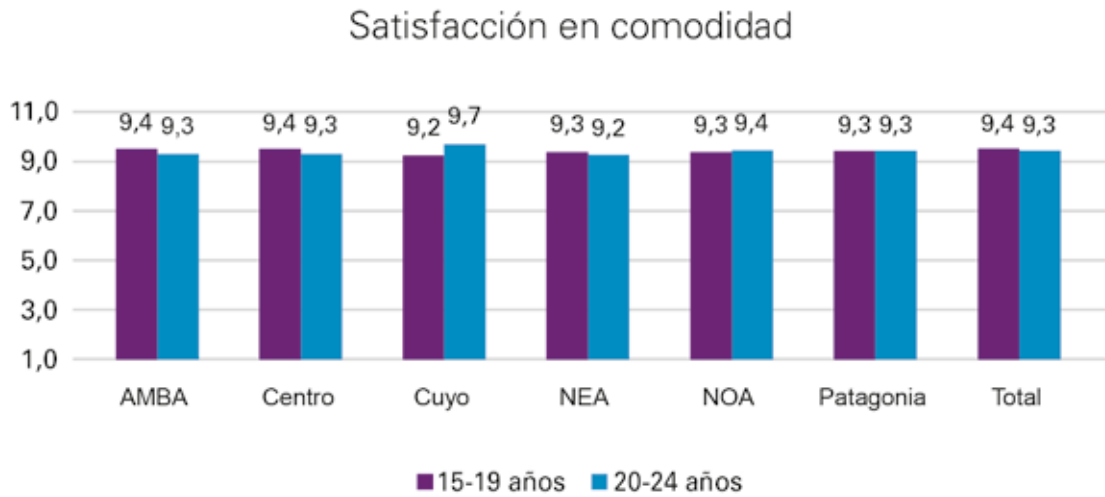
Los niveles de satisfacción reportados, que serán analizados tanto en términos de comodidad (Figura 5) como de confianza (Figura 6), son altamente alentadores.

- Para evaluar comodidad se preguntó en relación a lo que implica la colocación única de un método que tiene efectividad por 3 años.
- Para evaluar confianza se preguntó en relación a la prevención del embarazo.

Tomando una escala del 1 al 10, donde 10 es el mayor nivel de satisfacción, el promedio nacional resultó en el entorno de 9.4 para ambos grupos etarios, con picos que superan el 9.6 en las mujeres de Cuyo con más de 20 años de edad. Las menores de 19 años resultan relativamente más satisfechas en cinco regiones (excluyendo Cuyo y NOA), siendo las jóvenes del AMBA las que reportan mayor comodidad.

Figura 5

**Comodidad en el Uso de Implante, por Rango de Edad
(en promedio de usuarias, rango 1-10 -10 "muy satisfecha")**



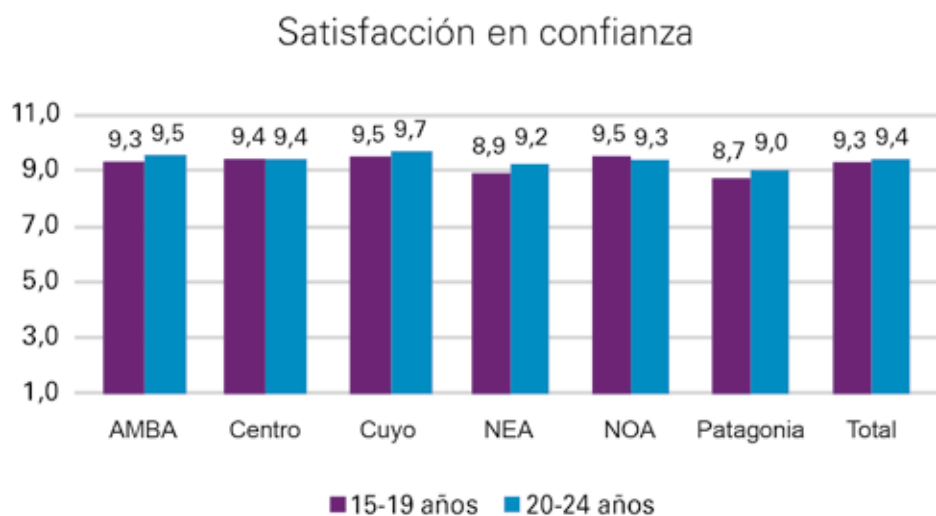
Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

En términos de confianza, las respuestas positivas también son altas, aunque en el entorno de 9.2 sobre 10. Patagonia y NEA son aquellas regiones que más

se alejan del patrón nacional, con valores cercanos a 8.8 y 9, mientras que en Cuyo superan el 9.4.

Figura 6

**Confianza en el Uso de Implante, por Rango de Edad
(en promedio de usuarias, rango 1-10 -10 "muy satisfecha")**



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

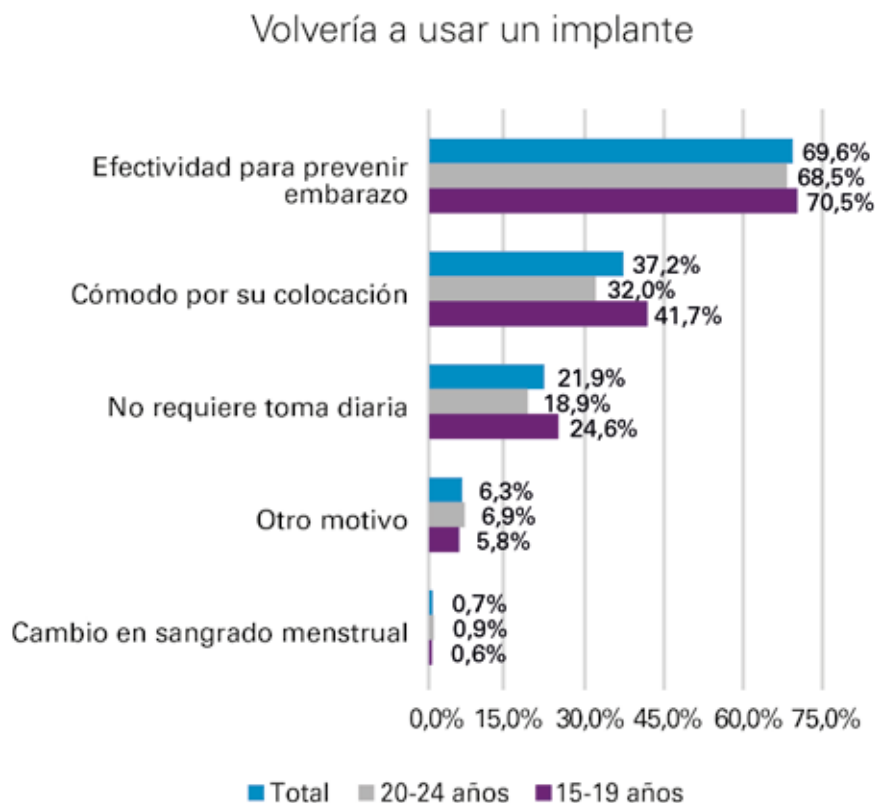
La efectividad para prevenir embarazos, consistentemente con los patrones mencionados recientemente, resulta la causa por la cual las usuarias volverían a colocarse el implante, en el entorno del 70% para ambos grupos de edad considerados. En segundo lugar, con la mitad de las respuestas válidas, se ubica la comodidad de su colocación, seguido por la posibilidad de no necesitar toma diaria.

Dentro de este ranking, la presencia de cambio en sangrado menstrual no alcanza el 1% de las respuestas.

Dentro de las razones de por qué no volverían a colocarse el implante, los efectos discutidos en la sección previa concentran la mayor atención, aunque ellos sólo se reducen al 3.8% de las evaluaciones en menores de 20 años y al 7.7% en las mayores. Estos resultados se observan en la Figura 7. Las respuestas no son mutuamente excluyentes.

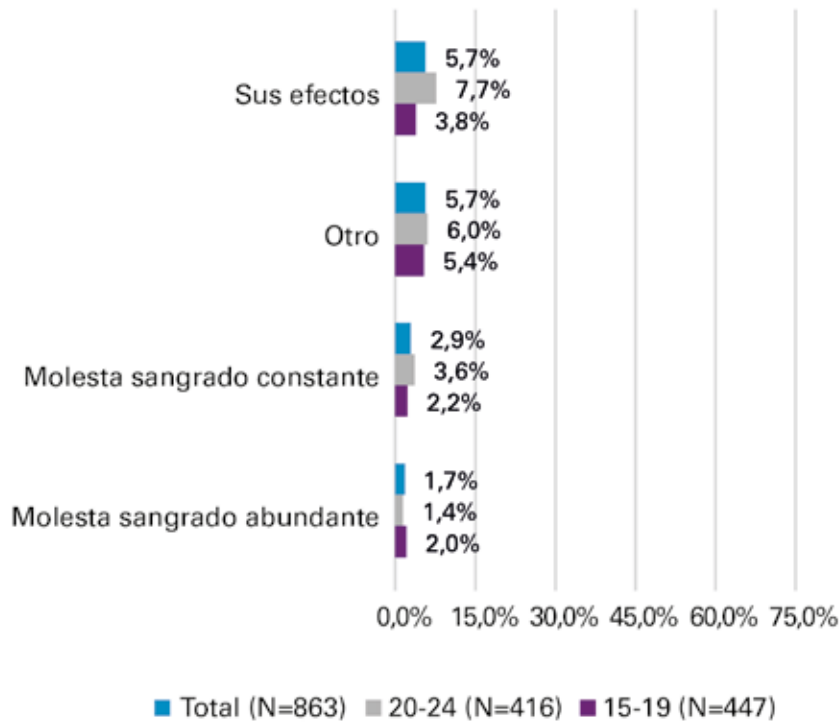
El 1.6% de las mujeres señalaron que no volverían a colocarse el implante porque quieren tener un hijo/a.

Figura 7
Razones por las que se volvería a colocar un implante o no,
por Rango de Edad
 (en % del total)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

No volvería a usar un implante



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

El ordenamiento de los motivos de evaluación positiva en el uso de implantes entre regiones no muestra cambios significativos sobre los patrones identificados previamente, con leves alteraciones en la intensidad de cada respuesta, como se muestra en la Figura 8.

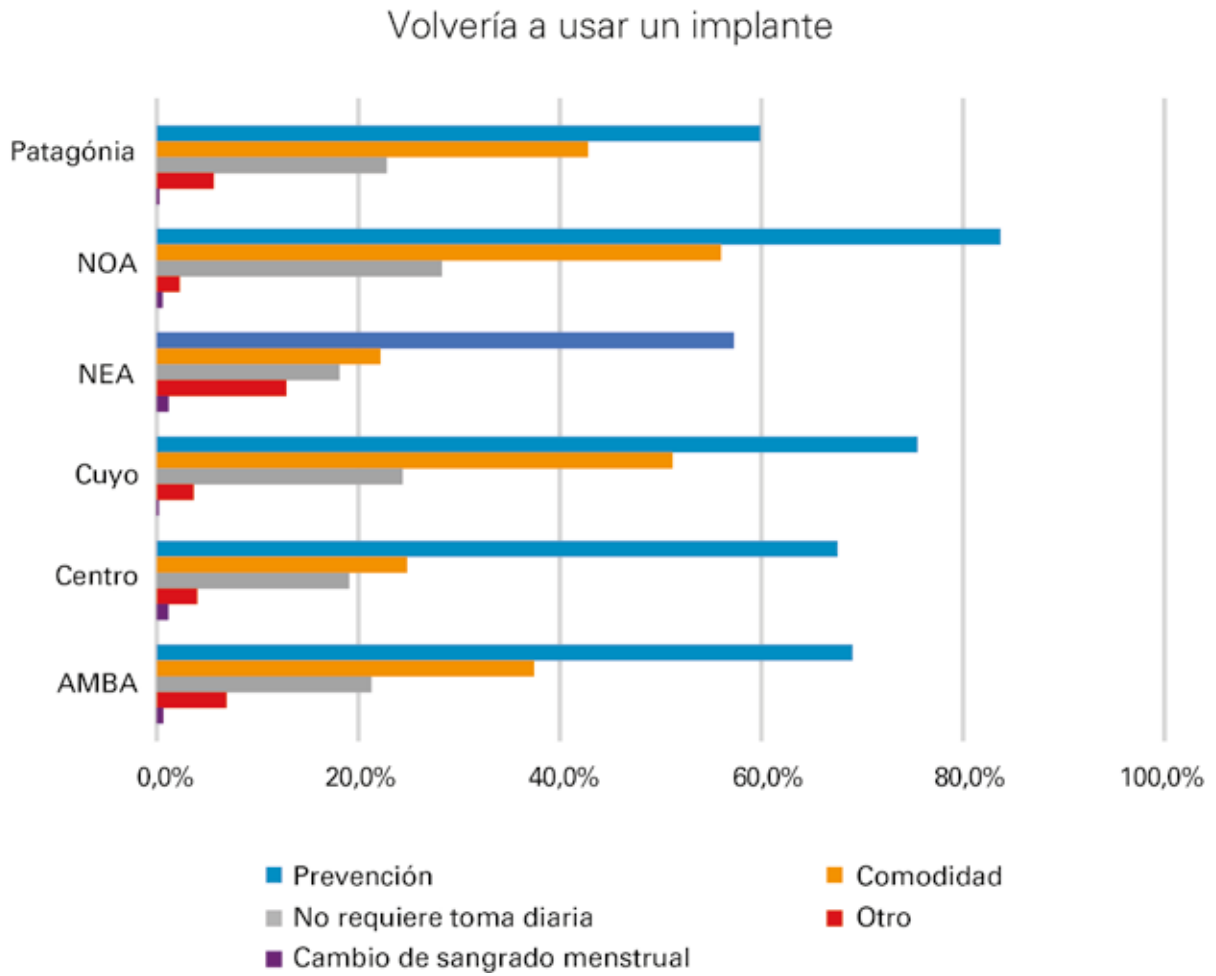
Finalmente, la Figura 9 muestra los efectos secundarios u otras situaciones que declaran las mujeres como motivos para el retiro del implante, expresados para el total de la muestra de las personas que se lo retiraron y por rango de edad.

Las dos causas más frecuentemente mencionadas son la ausencia de menstruación y el aumento de

peso, con participaciones de 39.6% y 31.9%, respectivamente, para el total de mujeres que optaron por esta alternativa. La búsqueda de embarazo es tomada en consideración por aproximadamente el 12.5% de las adolescentes y jóvenes entrevistadas.

En la mayoría de los casos, las mujeres mayores de 20 años son las que expresan mayores inconvenientes, con excepción de las razones asociadas con “mucho sangrado menstrual”, “dismenorrea” y “mastalgia”.

Figura 8
Razones por las que volverían a usar un implante,
por Región (en % del total)

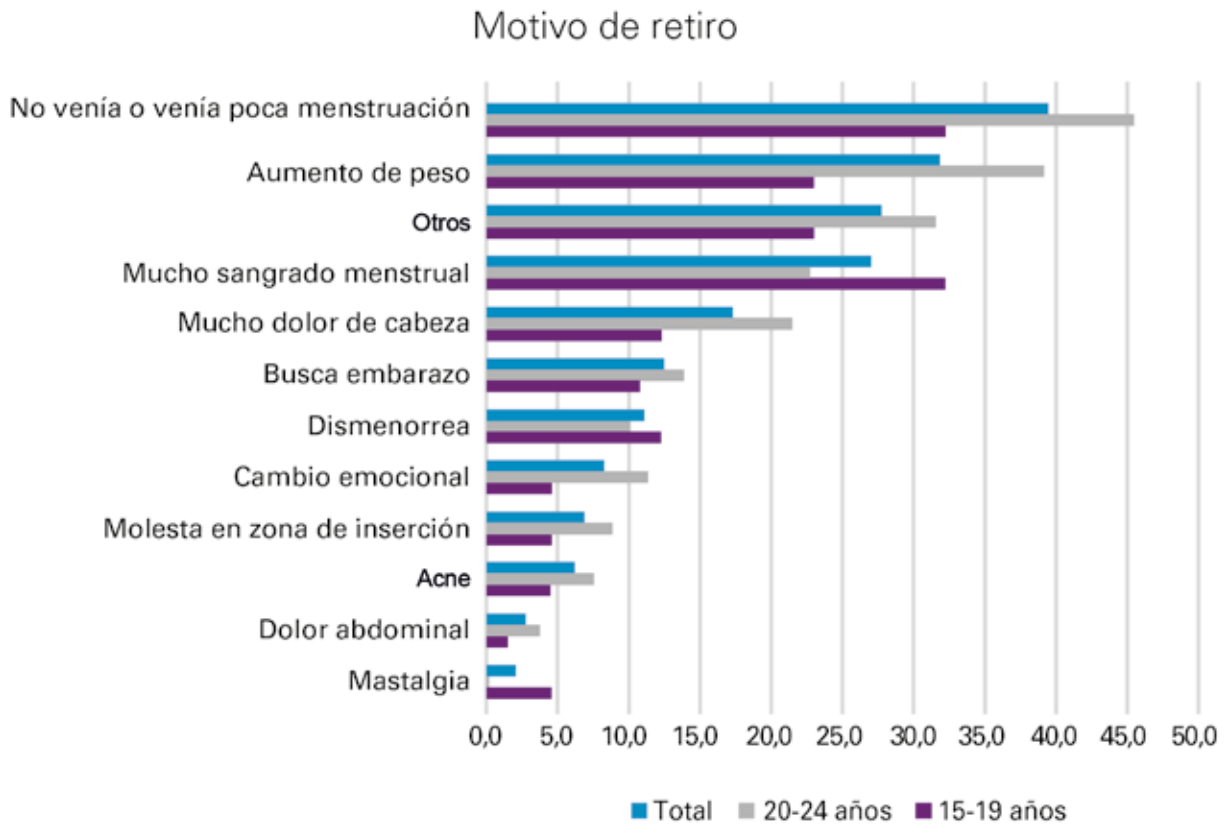


Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.



Figura 9

Motivos para el Retiro de Implante, por Rango de Edad
(en % del total)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Un número bajo de mujeres (39 de 144) describieron que fueron otras razones las que motivaron el retiro, entre las que sobresalen, con seis observaciones cada una, los casos de mareos, náuseas o dolores menstruales, por un lado, y rechazo o rotura del implante, por otro. A continuación, con tres respuestas en cada ocasión, se encuentran la presencia de quiste ovárico y la caída del cabello, y cambios en la presión arterial con dos respuestas.

Además, en dos casos se declara que el médico o la pareja le indicó que se lo retirara, y en otras dos oportunidades que fue retirado por haberse cumplido dos años de uso, lo que evidencia la falta de información.

Tabla 13

Otros Motivos para el Retiro del Implante: Apertura

Otros motivos de discontinuación	N	(%)
Mareos, náuseas y dolores menstruales	6	4,2
Rechazo o rotura del implante	6	4,2
Quistes ováricos	3	2,1
Caida del cabello	3	2,1
Sangrado prolongado	2	1,4
Cambios en la presión arterial	2	1,4
Marido o médico le dijo que se lo sacara	2	1,4
Se lo retiraron por cumplido los años de uso	2	1,4
Mucho bello	1	0,7
Le diagnosticaron hipotiroidismo	1	0,7
Hematomas	1	0,7
Hemorragia nasal	1	0,7
Mucho dolor en el brazo	1	0,7
Infección en el brazo	1	0,7
Internada por gastritis y ella lo relaciono con el implante	1	0,7
Me dijeron que si aumentaba tanto de peso no era mas efectivo	1	0,7
No necesita métodos anticonceptivos, comenzo a tener relaciones con mujeres	1	0,7
Quedo embarazada	1	0,7
Se lo quiso sacar	1	0,7
Tiene asma y por las hormonas le hacia mal y tenia que usar mucho salbutamol	1	0,7
Transpiracion fria	1	0,7

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

5.5.- Análisis de conductas posteriores al retiro del implante

Por último, esta sección reporta el uso o no de otro método anticonceptivo en aquellas mujeres que decidieron retirarse el implante. La Tabla 14 muestra que el uso de anticonceptivos orales representa el 50.5% de las opciones tomadas por aquellas que deciden usar un anticonceptivo. Ello ocurre principalmente en las menores de 19 años (en un 63.4% de los casos reportados) y en menor proporción en aquellas que superan los 20 años.

El segundo método elegido, tanto para las adolescentes de 15 a 19 años como para las jóvenes de 20 a 24 años, es el anticonceptivo inyectable mensual. En ambos grupos es elegido por una de cada cuatro usuarias. En tercer y cuarto lugar se ubican el preservativo y el DIU, ambos con más uso entre las jóvenes de 20 a 24 años que entre las adolescentes de 15 a 19 años.

Tabla 14

Mujeres que Utilizan Método Alternativo, luego del Retiro de Implante, por Rango de Edad (en % del total)

Método usado luego de retirado	15-19 años (N=40)	20-24 años (N=60)	Total (N=100)
Anticonceptivo oral	63,4	41,7	50,5
Anticonceptivo inyectable mensual	24,4	25,0	24,8
Preservativo	7,3	16,7	12,9
DIU	2,4	10,0	6,9
Otro	2,4	3,3	3,0
Anticonceptivo inyectable trimestral	0,0	1,7	1,0
Aticonc. oral+ Presevativo	0,0	1,7	1,0
Anticonceptivo hormonal de emergencia	0,0	0,0	0,0
DIU LNG	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

En 24 adolescentes consultadas, las razones para suspender el uso de algún método anticonceptivo se orientan en un 50% a la búsqueda del embarazo, en tanto que el 25% de ambos grupos etarios adu-

cen otras razones personales no especificadas en el formulario. La percepción de daño a la salud y falta de confort son las razones siguientes, reuniendo en promedio el 25% de las causas restantes.

Tabla 15

Mujeres que no Utilizan Método Alternativo, luego del Retiro de Implante, por Rango de Edad (en % del total)

No usa otro método porque:	15-19 años (N=12)	20-24 años (N=12)	Total (N=24)
Desea quedar embarazada	50,0	50,0	50,0
Otro	25	25	25
Teme daño en la salud	8,33	16,7	12,5
No le gusta/no quiere usarlos	8,33	8,3	8,3
Hace daño + no le gusta	8,33	0,0	4,2
La pareja no quiere	0,0	0,0	0,0
No tiene dinero para comprarlo	0,0	0,0	0,0
No conoce métodos	0,0	0,0	0,0
Razones religiosas	0,0	0,0	0,0
Cree que no puede quedar embarazada	0,0	0,0	0,0
En el centro nunca tienen	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Luego del retiro del implante, el 16% de las mujeres reportaron haber quedado embarazadas, con poca diferencia entre grupos de edad, aunque con brechas significativas al interior de cada región. La incidencia de embarazo luego del retiro del implante representa el 25% de las mujeres de Cuyo y 24% del NEA, contra el 5.7% de la Región Centro. Sin embargo, la

búsqueda de embarazo en Cuyo se asocia principalmente con las menores de 20 años, al igual que en la Región del Noreste, en contraposición del Noroeste donde el peso de las mayores de 20 años es más relevante. La Tabla 16 refleja esta correspondencia para el total de respondientes.

Tabla 16

Mujeres que Quedan Embarazadas, luego del Retiro de Implante, por Región y Rango de Edad (en % del total)

Región	15-19 años		20-24 años		Total	
	N	%	N	%	N	%
AMBA	3	17,6	4	15,4	7	16,3
Centro	2	8,3	0	0,0	2	5,7
Cuyo	3	33,3	1	14,3	4	25,0
NEA	2	28,6	2	11,8	4	16,7
NOA	1	14,3	5	27,8	6	24,0
Patagonia	0	0,0	-	-	0	0,0
Total	11	16,9	12	15,2	23	16,0

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Por último, el 65.2% del total de los embarazos reportados luego del retiro del implante fueron señalados como buscados por las usuarias, correspondien-

do al total del NEA, el 75% de Cuyo y el 66% del Noroeste.

Tabla 17

Embarazo Buscado luego del Retiro de Implante, por Región y Rango de Edad (en % del total)

Región	15-19 años		20-24 años		Total	
	N	%	N	%	N	%
AMBA	1	33,3	2	50,0	3	42,9
Centro	1	50,0	0	0,0	1	50,0
Cuyo	2	66,7	1	100,0	3	75,0
NEA	2	100,0	2	100,0	4	100,0
NOA	1	100,0	3	60,0	4	66,7
Patagonia	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	7	63,6	8	66,7	15	65,2

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

6

Análisis Multivariado

El propósito de esta sección es el de identificar la relevancia conjunta de las variables consideradas de modo individual en las secciones previas. Para ello, y como trazadoras aproximadas de éxito, se recurrió a tres indicadores posibles de identificar a partir de la encuesta realizada.

Los primeros dos se vinculan directamente con la satisfacción de las usuarias y refieren a los niveles de comodidad y de confianza asociados con el uso del método anticonceptivo bajo estudio.

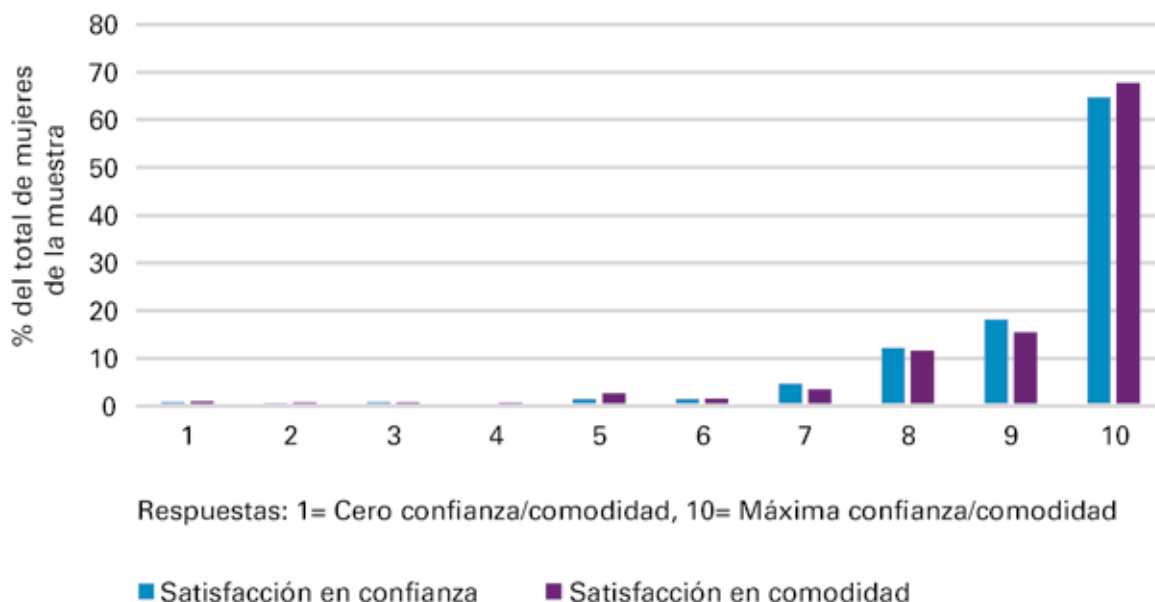
En ambos casos, se toma como variable dependiente la calificación asignada por la usuaria bajo tales

parámetros. Dentro del cuestionario, las mismas debieron definir con un valor de 1 a 10 la comodidad y confianza brindada por el implante, donde "10" se refiere a la más alta calificación.

Como se indica en la Figura 10, la calificación bajo ambos parámetros fue muy positiva: más del 60% de las mujeres respondieron 10 (valor máximo). Por ello, se decidió estimar un sistema de modelos probits ordenados, donde la variable dependiente toma valor 10 si la respuesta fue máxima satisfacción, descendiendo hasta el valor 1 en el caso de mínima aceptación.

Figura 10

Satisfacción del implante subdérmico en comodidad y confianza (en % del total)



La tercera variable considerada es aquella que analiza la probabilidad de ocurrencia del retiro del implante, para lo cual se examinan los potenciales determinantes que influyen en esta decisión.

En todos los casos, se busca identificar elementos que faciliten una evaluación de la intervención (la incorporación del implante subdérmico a la canasta métodos anticonceptivos en el subsistema público

de salud), estableciendo la adherencia al método estudiado por parte de la población objetivo, incorporando las opiniones surgidas en la encuesta a las usuarias para establecer líneas futuras de intervención y revisar la estrategia de consejería.

Para cada ejercicio, se optó por desarrollar tres regresiones alternativas, una por cada grupo etario por separado y una tercera de análisis de toda la población en conjunto, incorporando una variable de discriminación de edad a fin de establecer la presencia de

efectos específicos para mujeres menores de veinte años o mayores a ese umbral de edad.

Comodidad

En el análisis de la trazadora de comodidad, la Tabla 18 muestra que ni la diferencia etaria ni el nivel educativo resultan significativos para explicar la satisfacción. Esta referencia tampoco encuentra paralelo con el estatus laboral de la usuaria.

Tabla 18

Comodidad en el Uso del Implante

VARIABLES	Var. Dep.: Ranking de satisfacción en comodidad con implante		
	Muestra 15-19 años	Muestra 20-24 años	Total
edad_20_24			0.0786 (0.147)
Cursa secundario	-0.244 (0.261)	0.321 (0.476)	-0.0353 (0.209)
Secundario completo	-0.207 (0.268)	0.126 (0.270)	-0.0250 (0.185)
Cursa o cursó nivel terciario/universitario	-0.277 (0.271)	0.0552 (0.295)	-0.117 (0.196)
trabaja	-0.0151 (0.200)	-0.158 (0.215)	-0.0458 (0.143)
partos	0.345 (0.217)	-0.186 (0.319)	0.188 (0.170)
abortos	0.280 (0.326)	0.373 (0.365)	0.285 (0.239)
eligio_ella	0.0489 (0.425)	1.036 (0.970)	0.312 (0.397)
Recibió consejería	0.553** (0.228)	0.153 (0.278)	0.376** (0.169)
Amenorrea a 6 m	0.0239 (0.249)	-0.0825 (0.309)	-0.0232 (0.185)
Sangrado infrecuente a 6m	-0.0132 (0.265)	-0.124 (0.329)	-0.124 (0.193)
Sangrado frecuente a 6m	-0.472 (0.329)	-0.307 (0.426)	-0.431* (0.248)
Sangrado prolongado o abundante a 6m	-0.137 (0.272)	-0.248 (0.344)	-0.113 (0.207)
Mastalgia	-0.749** (0.310)	-0.694** (0.323)	-0.666*** (0.223)

Acné	0.123 (0.267)	-0.376 (0.243)	-0.140 (0.179)
Cefalea	-0.466** (0.224)	-0.421 (0.277)	-0.422** (0.167)
Cambio emocional	0.0994 (0.306)	-0.429* (0.257)	-0.167 (0.195)
Dolor abdominal	-0.330 (0.313)	-0.0881 (0.347)	-0.156 (0.218)
Dolor en inserción	-0.0862 (0.255)	-0.405 (0.248)	-0.240 (0.177)
Dismenorrea	0.226 (0.394)	0.488 (0.339)	0.362 (0.254)
Aumento de peso	0.0503 (0.212)	-0.383* (0.225)	-0.154 (0.151)
Constante	-6.168*** (1.250)	-4.852*** (1.323)	-5.587*** (0.786)
Dummies de región	Si	Si	Si
Observaciones	509	441	950
Pseudo R2	0,0306	0,0409	0,0249

Errores estándar robustos entre paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Los síntomas y problemas identificados durante el uso del implante muestran reacciones diferenciales por edad. Si bien en los dos grupos de edad aparece la mastalgia como problema identificado de manera negativa y estadísticamente significativa, las usuarias más jóvenes identifican menor comodidad con la cefalea, cuyo coeficiente también es negativo y estadísticamente significativos al 95%. Por su parte, en aquellas usuarias mayores a los diecinueve años, la caída relativa de comodidad en el uso del implante se correlaciona con el cambio emocional, a igual significancia estadística que en los casos mencionados previamente.

Resalta el vínculo positivo y significativo (al 95%) hallado entre la presencia de consejería sobre otros MAC y la comodidad en el uso del implante por parte de las adolescentes. El coeficiente de esta variable para el total que recibió consejería/asesoramiento (es decir, yendo de 0 a 1), presentaría un aumento de 0.55 en las probabilidades de alcanzar un nivel más alto de comodidad, manteniendo otras variables constantes. La interpretación de este coeficiente refuerza la relevancia de fomentar espacios de promoción de salud sexual y salud reproductiva, más allá del método utilizado.

Confianza

La respuesta a la implementación de esta política pública desde una perspectiva de generación de confianza cuenta con algunas similitudes y diferencias con respecto a la variable de comodidad. Tales resultados pueden ser interpretados a la luz de la particularidad de esta trazadora, que se asocia con percepciones de eficacia (prevención de embarazos) y la presencia de preconceptos, más allá de los resultados objetivos del uso del método. La Tabla 19, construida sobre los mismos parámetros que la anterior, permite identificar los coeficientes de cada variable independiente y su significancia estadística en relación al vínculo entre la confianza de la usuaria y la colocación del implante.

En primer lugar, no se observan, como en el caso anterior, diferencias por grupo de edad, aunque sí por nivel educativo, mostrando una relación negativa y estadísticamente significativa en la satisfacción por confianza para el nivel educativo terciario. Para el total, se observa una disminución de 0.356 en las probabilidades de lograr mayor confianza en relación con las que tienen un nivel educativo menor al secundario completo. Además, las mujeres que trabajan

muestran una relación positiva y estadísticamente significativa con la variable dependiente.

Una posible lectura vincula más educación con mayor criterio crítico ante un método anticonceptivo nuevo, independientemente de su eficacia. Esta misma lectura de los coeficientes de la regresión puede justificar la poca significancia estadística de la consejería, a diferencia de los resultados de la tabla previa (Tabla 18 de Comodidad) donde la correlación con comodidad de la usuaria sí es significativa.

Para el grupo de 15-19 años, haber tenido un parto influye positivamente en incrementar la confianza

hacia el método anticonceptivo analizado. Por otro lado, para las mujeres de 20-24 años se observa una relación negativa entre haber tenido un aborto y la satisfacción con el uso de este método, aunque ambos coeficientes tienen una significancia estadística al 90%.

Los cambios emocionales y el sangrado frecuente reducen los niveles de confianza en el grupo de usuarias adolescentes. Por su parte, el aumento de peso se correlaciona con la percepción de eficacia de este método anticonceptivo en las adolescentes.

Tabla 19

Confianza en el Uso del Implante

VARIABLES	Var. Dep.: Ranking de satisfacción en confianza con implante		
	Muestra 15-19 años	Muestra 20-24 años	Total
edad_20_24			0.191 (0.155)
Cursa secundario	-0.0374 (0.266)	-0.201 (0.495)	-0.144 (0.212)
Secundario completo	-0.0686 (0.293)	0.405 (0.342)	0.143 (0.204)
Cursa o cursó nivel terciario/universitario	-0.142 (0.287)	-0.553* (0.297)	-0.356* (0.198)
trabaja	0.370* (0.212)	0.445* (0.231)	0.393*** (0.149)
partos	0.377* (0.212)	0.172 (0.280)	0.221 (0.170)
abortos	0.340 (0.333)	-0.591* (0.352)	-0.108 (0.231)
eligio_ella	0.150 (0.415)	0.519 (0.785)	0.209 (0.331)
Recibió consejería	0.369 (0.239)	0.0135 (0.316)	0.216 (0.176)
Amenorrea a 6 m	0.154 (0.259)	0.0590 (0.327)	0.00675 (0.188)
Sangrado infrecuente a 6m	0.266 (0.272)	0.358 (0.328)	0.219 (0.198)
Sangrado frecuente a 6m	-0.810** (0.348)	0.00895 (0.486)	-0.620** (0.276)
Sangrado prolongado o abundante a 6m	0.221 (0.289)	-0.242 (0.354)	0.00888 (0.213)

Mastalgia	-0.0859 (0.316)	-0.0977 (0.331)	-0.107 (0.232)
Acné	-0.173 (0.282)	0.351 (0.281)	0.111 (0.190)
Cefalea	0.107 (0.246)	0.123 (0.307)	0.141 (0.180)
Cambio emocional	-0.467 (0.318)	-0.560* (0.294)	-0.472** (0.199)
Dolor abdominal	0.436 (0.379)	-0.522 (0.417)	0.0713 (0.241)
Dolor en inserción	-0.277 (0.256)	0.00113 (0.283)	-0.105 (0.181)
Dismenorrea	0.147 (0.334)	0.150 (0.387)	0.191 (0.247)
Aumento de peso	0.462** (0.226)	-0.0475 (0.234)	0.222 (0.155)
Constante	-5.182*** (1.159)	-4.754*** (1.187)	-4.819*** (0.648)
Dummies por región	Si	Si	Si
Observaciones	507	441	948
Pseudo R2	0,0314	0,0425	0,0226

Errores estándar robustos entre paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

Determinantes del Retiro del Implante

La Tabla 20 muestra características de las mujeres que decidieron retirar su implante. De acuerdo con los resultados econométricos del estudio multivariado, el perfil de esta usuaria se vincula con el grupo superior de edad (20-24 años) que trabaja y reside en el área Centro (o en menor proporción, la zona cuyana) y que no tiene antecedentes de parto. Asimismo, estas chances se incrementan con la presencia efectiva de consejería, y con que la decisión de colocación de implante hubiera sido inducida por la familia o el equipo de salud.

La significancia estadística de cada coeficiente varía, recibiendo mayor peso estadístico la región geográfica y la trayectoria reproductiva en las usuarias de 20 a 24 años.

Para el conjunto de la muestra, el peso de la decisión propia ubica a su coeficiente al 99% de confianza. El nivel educativo, por su parte, no resulta un factor relevante en el comportamiento analizado.

Tabla 20

Probabilidad de Retiro del Implante

VARIABLES	Var. Dep.: Retiro del implante		
	Muestra 15-19 años	Muestra 20-24 años	Total
edad_20_24			0.225** (0.105)
Cursa secundario	-0.241 (0.197)	-0.132 (0.359)	-0.152 (0.161)
Secundario completo	-0.0479 (0.203)	0.0349 (0.187)	-0.0143 (0.136)
Cursa o cursó nivel terciario/universitario	-0.112 (0.219)	0.165 (0.191)	0.0304 (0.140)
centro	0.434** (0.179)	-0.137 (0.218)	0.251* (0.136)
cuyo	-0.0108 (0.244)	0.516* (0.297)	0.178 (0.182)
nea	-0.0623 (0.239)	-0.109 (0.194)	-0.0426 (0.150)
noa	0.0827 (0.242)	-0.0518 (0.190)	0.0322 (0.147)
patagónia	-0.402 (0.478)		-0.647 (0.453)
trabaja	-0.0558 (0.149)	0.310** (0.142)	0.110 (0.0997)
partos	-0.499*** (0.159)	-0.0436 (0.185)	-0.303*** (0.117)
abortos	-0.438 (0.279)	0.338 (0.210)	0.0352 (0.160)
eligio_ella	-0.512** (0.253)	-0.617* (0.341)	-0.523*** (0.200)
Recibió consejería	0.369* (0.197)	-0.167 (0.180)	0.131 (0.129)
Constante	-0.698** (0.333)	-0.509 (0.407)	-0.731*** (0.250)
Observaciones	575	512	1,097
Pseudo R2	0,0715	0,0391	0,0344

Errores estándar robustos entre paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta DSSyR.

7

Discusión y Conclusiones

Como se ha dicho, el objetivo general de este estudio ha sido determinar el nivel de aceptación del implante como método anticonceptivo en mujeres entre 15 y 24 años, identificando los desafíos de la implementación de la política pública que incluyó este insumo en la canasta de métodos anticonceptivos a fin de mejorar la cobertura y el acceso de la población, en una política particularmente asociada con el acceso a la atención en salud para un ejercicio efectivo a los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Respondiendo a las preguntas de investigación planteadas previamente, el nivel de aceptación del implante ha quedado demostrado ante la evidencia de continuidad de uso del mismo. El porcentaje de mujeres que deciden retirarse el implante antes del primer año de su colocación sólo alcanza el 11,9% (porcentaje levemente menor que el referenciado en los estudios internacionales sobre implante), siendo este porcentaje sólo de 1,2% al segundo año de su uso.

Por su parte, la tasa de retiro es menor entre mujeres entre 15 a 19 años (del 11%) que entre mujeres de 20 a 24 años (15%). Ello señala al implante como una estrategia significativa en el diseño de una política de prevención de embarazos no intencionales en la población adolescente.

Por otro lado, de acuerdo con el modelo multivariado utilizado, hay mayor probabilidad de retiro del implante en mujeres nulíparas que en mujeres con partos, siendo la decisión de quedar embarazada la causa principal del retiro.

En cuanto a los principales problemas señalados por las usuarias en el uso de implante, las más jóvenes identifican la mastalgia y la cefalea. En las usuarias mayores a diecinueve años, la caída relativa de comodidad en el uso del implante se correlaciona también con mastalgia, aunque asimismo con cambio emocional, si bien los porcentajes de extracción son reducidos.

Como ventajas manifestadas por las usuarias se declara la efectividad para prevenir embarazos, siendo ella la razón por la que volverían a colocarse un implante, alcanzando el entorno del 70% para ambos

grupos de edad considerados. En segundo lugar, encontramos la comodidad de su colocación, seguida por la posibilidad de no necesitar recordar la toma diaria de un método anticonceptivo.

En la muestra se encuentra un solo embarazo confirmado con implante colocado, evidenciando la baja tasa de falla del implante, aunque señala asimismo la posibilidad de que dicha falla ocurra.

Se resalta el impacto estadísticamente positivo y significativo que tiene la consejería en métodos anticonceptivos, al 95% de confianza, porcentaje hallado entre la presencia de consejería y la comodidad en el uso del implante tanto por parte de las adolescentes como de mujeres jóvenes. Ello concuerda con la evidencia internacional, que subraya la utilidad de brindar información como parte de una estrategia de decisión informada por parte de las mujeres.

Los altos niveles de satisfacción en comodidad y confianza hallados en la muestra nacional identifican al implante como un método anticonceptivo de profunda aceptación, al tiempo que la relevancia de las consejerías para consolidar la comodidad de la usuaria y sostener la adherencia al método refleja la necesidad de fortalecer esta estrategia, fundada en la autonomía, la comunicación y la información a la usuaria, fomentando espacios de promoción de salud sexual y salud reproductiva, más allá del método utilizado.

En línea con ello, cuando la decisión de la colocación del implante es realizada por el/la profesional de la salud o un miembro del círculo familiar, desplazando la decisión de la usuaria, es más probable que la mujer se retire el implante antes de tiempo. Ello también muestra la relevancia de la capacitación con perspectiva de género y derechos a equipos de salud y la información a población como parte de las líneas de trabajo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.

Por su parte, como fuera mencionado previamente, el retiro del implante expresa que no es la efectividad del insumo el principal motivo para retirarlo antes de tiempo. Al igual que lo hallado en la evidencia internacional, los efectos secundarios que constituyen los principales motivos de retiro del implante se asocian

a los problemas relacionados al sangrado menstrual, tanto la ausencia como el aumento del mismo, el aumento de peso y la cefalea.

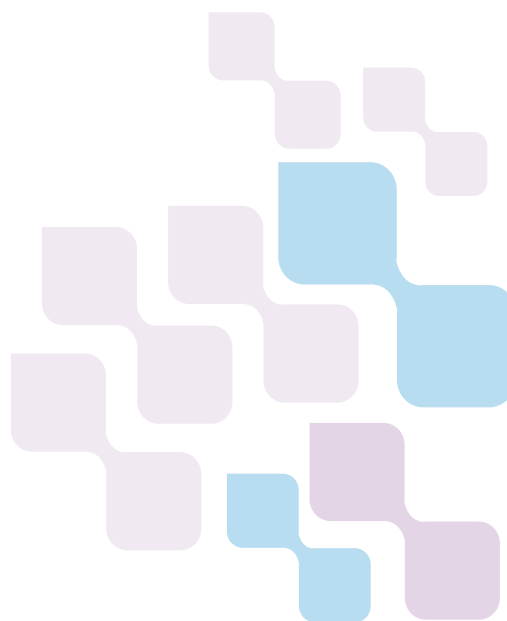
Por otro lado, resulta significativo que a mayor cantidad de eventos obstétricos por los que ha pasado la usuaria de implante menor sea el porcentaje de implante retirado, lo que podría hablar de la mayor confianza en el método y más necesidad de evitar un embarazo de forma segura al haber pasado por varios eventos obstétricos.

Es fundamental tomar la evidencia que presenta este trabajo para fortalecer la estrategia de consejería, con perspectiva de género y derechos, previa a la colocación del método anticonceptivo, haciendo hincapié en los posibles efectos secundarios (entre ellos, el patrón de sangrado, la cefalea y el aumento de peso) y las razones por las cuales justifica retirarse o mantener el implante colocado. La importancia de la consejería previa radica en la posibilidad de mejorar la adherencia al método en tanto es más probable que la usuaria que lo elige conociendo los posibles efectos secundarios, lo mantenga colocado aunque estos se presenten.

Asimismo, resulta relevante seguir trabajando con los equipos de salud acerca de la disponibilidad del implante para adolescentes y jóvenes hasta los 24 años, hayan tenido o no un evento obstétrico.

También se desprende de los resultados la importancia de fortalecer la estrategia de anticoncepción inmediata post evento obstétrico, tanto en el post parto como en el post aborto, para evitar la reiteración de embarazos no intencionales.

Finalmente, es importante señalar que, al momento de la incorporación del implante subdérmico en la canasta de insumos anticonceptivos, todavía no se estaba implementando el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA), del que actualmente forma parte la DSSyR. Este documento servirá como evidencia nacional para sostener, dentro del Plan ENIA, la utilización del implante subdérmico como método de larga duración elegido frecuentemente por la población adolescente.



PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL
Y PROCREACIÓN RESPONSABLE**Formulario de Seguimiento para usuarias del implante subdérmico**

Fecha de realización de la entrevista	Consultor
Provincia:	Nº de orden

1. Identificación de la usuaria (se toman los datos de la base de datos)

Fecha de colocación del implante: / /	Edad al momento de colocarse el implante:
Antecedentes reproductivos previos a la colocación del Implante subdérmico: Partos Cesáreas Aborto Ninguno	

Hola, buenos días/ buenas tardes, mi nombre es XXXXX y nos estamos comunicando desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable para realizarte unas preguntas con relación al uso del implante subdérmico. La encuesta es anónima y confidencial la finalidad de la misma es conocer tu opinión sobre este método anticonceptivo

2. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): ___/___/_____

3. ¿Actualmente asistís a la escuela, profesorado, universidad?

Sí		<i>Continuar con la pregunta 3.1</i>
No		<i>Continuar con la pregunta 3.2</i>

3.1 ¿Qué nivel estás cursando?

Primario		Terciario		<i>Continuar con la pregunta 4</i>
Secundario		Universitario		

3.2 ¿Asististe alguna vez a la escuela?

Sí		<i>Continuar con la pregunta 3.3</i>
No		<i>Continuar con la pregunta 4</i>

3.3 ¿Cuál es el mayor nivel que cursaste?

Primario incompleto		Terciario incompleto	
Primario completo		Terciario completo	
Secundario incompleto		Universitario incompleto	
Secundario completo		Universitario completo	
Nunca curso / Sí n estudios			

4. ¿Trabajás actualmente?

Sí	
No	

5. En el mes de _____ del año 2015 te colocaste un implante subdérmico, ¿lo tenés colocado actualmente o te lo retiraste?

Lo tiene colocado		<i>Continuar con la pregunta 6</i>
Se lo retiró		<i>Continuar con la pregunta 13</i>
Nunca se lo colocó		<i>Fin del cuestionario</i>
No sabe		<i>Fin del cuestionario</i>

A) USUARIAS CON IMPLANTE

6.1. ¿Antes de colocarte el implante recibiste consejería/asesoramiento/información sobre otros métodos anticonceptivos?

Sí		No	
----	--	----	--

6.2. ¿Elegiste vos que te coloquen el implante?

Sí		No	
----	--	----	--

Si la respuesta es SI, pasa a 7

6.3. ¿Quién lo decidió?

Profesional, médico/a, sistema de salud	
Otros (familia, pareja, etc.)	

7. Necesitamos que nos cuentes cómo son tus menstruaciones desde que te colocaste el implante, para eso te vamos a pedir que nos digas:

7.1 ¿Cuántos días duraba tu menstruación previo a la colocación del implante?

7.2. ¿Cómo fue a los tres meses y a los seis meses de haberte colocado el implante y en la actualidad?

	1° trimestre posterior a la colocación	A los seis meses	Actualmente	Continuar
Amenorrea				Pregunta 11
Sangrado infrecuente				Pregunta 11
Sangrado frecuente				Pregunta 8
Sangrado prolongado				Pregunta 8
Sangrado abundante				Pregunta 8
Ciclos normales				Pregunta 11
Otros				Pregunta 11

Patrones de sangrado en períodos de 90 días (OMS):

Amenorrea: ausencia de sangrado

Sangrado infrecuente: menos de 2 episodios de sangrado-goteo

Sangrado frecuente: más de 5 episodios de sangrado-goteo

Sangrado prolongado: episodio de sangrado-goteo de más de 10 días de duración

8.1 ¿A quién consultaste?

Consultó a una médica / un médico	
Consultó en la farmacia	
Consultó con una amiga	
Consulta a otra/o ¿A quién?	

8.2 ¿Te indicaron o te dieron algún tratamiento para mejorar / regulariza tu sangrado menstrual?

Sí		Continuar con la pregunta 9
No		Continuar con la pregunta 11

9. ¿Podrías decirnos qué tratamiento te dieron?

AINES (<i>ibuprofeno, ácido mefenámico</i>) antinflamatorios
Hormonas: tratamientos con hormonas por ejemplo noretisterona, progesterona.
Anticoncepción hormonal: pastillas anticonceptivas
Ácido tranexámico: pastillas para la coagulación (sustancia utilizada para neutralizar el sistema de fibrinólisis)
Doxiciclina: antibiótico

10. ¿Con el tratamiento que te dieron se modificó el patrón de sangrado / menstruación?

Sí, se modificó	
No, no se modificó	

11. Podrías decirnos si a partir del uso del implante sentiste / tuviste algún cambio**11.1 Al inicio del uso del implante**

Cambios percibidos Al inicio	Presente	Ausente	¿Qué hiciste?		
			Cedió en forma espontánea	Requirió el uso de un medicamento	Requirió de una consulta con un profesional
Mastalgia (dolor mamario)					
Acné					
Cefaleas					
Alteración emocional					
Dolor abdominal					
Dolor en la zona de inserción					
Dismenorrea (dolor menstrual , pudiéndose presentar antes y/o durante menstruación)	L: M: S:				

Dismenorrea: leve: no inhibe la actividad normal y no requiere analgésicos; moderada: afecta la actividad diaria y requiere antiinflamatorios; severa: inhibe la actividad diaria, pobre efecto de los analgésicos y presenta diarrea, náuseas y vómitos.

Al inicio	No se modificó	Aumentó	Disminuyó
Modificaciones en el peso			

11.2 A los 6 (seis meses)

Cambios percibidos A los seis meses	Aumentó	Disminuyó	No se modificó/ persiste	Apareció	¿Qué hiciste?		
					Cedió en forma espontánea	Requirió el uso de un medicamento	Requirió de una consulta con un profesional
Mastalgia (dolor mamario)							
Acne							
Cefaleas							
Alteración emocional							
Dolor abdominal							
Dolor en la zona de inserción							
Dismenorrea (dolor menstrual, pudiéndose presentar antes y/o durante menstruación)				L: M: S:			

A los seis meses	No se modificó	Aumentó	Disminuyó
Modificaciones en el peso			

11.3 Al año

Cambios percibidos A los seis meses	Aumentó	Disminuyó	No se modificó/ persiste	Apareció	¿Qué hiciste?		
					Cedió en forma espontánea	Requirió el uso de un medicamento	Requirió de una consulta con un profesional
Mastalgia (dolor mamario)							
Acne							
Cefaleas							
Alteración emocional							
Dolor abdominal							
Dolor en la zona de inserción							
Dismenorrea (dolor menstrual, pudiéndose presentar antes y/o durante menstruación)				L: M: S:			

Al año	No se modificó	Aumentó	Disminuyó
Modificaciones en el peso			

12 ¿Además del implante, utilizas el preservativo en tus relaciones sexuales?

Sí, siempre	
Sí, a veces	
No	

13. A continuación te pedimos que por favor nos indiques tu grado de satisfacción con el implante subdérmico respondiendo las siguientes preguntas.

13.1 Del 1 al 10 (siendo el 1 el menor grado de satisfacción y el 10 el mayor grado de satisfacción) como evaluarías el grado de comodidad en el uso del método considerando el modo de administración del mismo, esto es que te lo colocas 1 vez y tiene una duración de tres años.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13.2 Del 1 al 10 (siendo el 1 el menor grado de satisfacción y el 10 el mayor grado de satisfacción) como evaluarías el grado de confianza que te brinda el método en relación a la prevención del embarazo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13.3 HACER SÓLO SI LA USUARIA REFIERE CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SANGRADO (PREG 7.2)
¿Cómo te afectan los cambios en el patrón sangrado / menstruación a partir del uso del implante subdérmico?

En nada		Bastante	
Poco		Mucho	
Algo			

13.4 Cumplidos los tres años de efectividad del implante, te volverías a colocar un implante subdérmico (Marcar todos los motivos señalados)

SI ¿Por qué?		No ¿Por qué?	
Por su efectividad en la prevención del embarazo		Porque me molesta el sangrado constante	
Porque me resulta cómoda su forma de administración / colocación		Porque me molesta el sangrado abundante	
Porque no requiere de la toma diaria		Porque quiero tener un hijo	
Por el cambio en el sangrado menstrual		Por sus efectos	
Otro motivo: ¿cuál?		Otro motivo: ¿cuál?	

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

B) USUARIAS QUE SE RETIRARON EL IMPLANTE

14.1 ¿Antes de colocarte el implante recibiste consejería/asesoramiento/información sobre otros métodos anticonceptivos?

Sí	
No	

14.2. ¿Elegiste vos que te coloquen el implante?

Sí		No	
----	--	----	--

Sí la respuesta es SI, pasa a 15

14.3. ¿Quién lo decidió?

Profesional, médico/a, sistema de salud	
Otros (familia, pareja, etc.)	

15. ¿Nos podrías decir cuando te sacaste el implante? (fecha aproximada)

Fecha de extracción del implante subdérmico: ___/___/_____

16. ¿Nos podrías decir el motivo por el que decidiste retirarte el implante subdérmico?

Porque quería buscar un embarazo		Porque empecé a tener mucho dolor de cabeza	
Porque me molestaba la zona en la que estaba colocado		Porque me salieron muchos granos /acné	
Porque engordé / aumenté de peso		Por la mastalgia	
Porque tenía mucho sangrado menstrual		Por dolor abdominal	
Porque no me venía la menstruación / me venía muy poco o con poca frecuencia		Por la dismenorrea	
Porque me deprimí / cambios en el humor / estado de ánimo		Por otro motivo ¿cuál?	

17. Luego de la extracción del implante, ¿comenzaste a usar otro método anticonceptivo?

Sí		<i>Continuar con la pregunta 21</i>
No		<i>Continuar con la pregunta 18</i>

18. ¿Te interesaría utilizar algún método anticonceptivo?

Sí		<i>Continuar con la pregunta 19</i>
No		<i>Continuar con la pregunta 20</i>

19. ¿Qué método anticonceptivo te interesaría utilizar?

pasar a preg. 23

20. ¿Y por qué no te interesa / no querés usar algún método anticonceptivo? Marque todos los motivos mencionados

Desea quedar embarazada	
La pareja no quiere	
Teme que le hagan daño a la salud	
No tiene dinero para comprarlos	
No conoce los métodos	
Razones religiosas	
Cree que no puede quedar embarazada	
No le gusta usarlos/No quiere	
En el centro de salud nunca tienen	
Otras razones	

Especificar: [_____] ***Continuar con la pregunta 23***

21. ¿Qué método anticonceptivo empezaste a utilizar? Marque todos los métodos mencionados

Anticonceptivo oral	<input type="checkbox"/>	DIU	<input type="checkbox"/>
Anticonceptivo Inyectable mensual	<input type="checkbox"/>	Preservativo	<input type="checkbox"/>
Anticonceptivo Inyectable trimestral	<input type="checkbox"/>	SIU	<input type="checkbox"/>
Anticonceptivo hormonal de emergencia	<input type="checkbox"/>	Otro ¿cuál?	<input type="checkbox"/>

22. ¿Cuánto tiempo pasó entre la extracción del implante y el comienzo del uso del nuevo método?

	¿Cuántos?
En días	<input type="text"/>
En semanas	<input type="text"/>
En meses	<input type="text"/>

23. Luego de la extracción del implante, ¿quedaste embarazada?

Sí	<input type="checkbox"/>	<i>Continuar con la pregunta 24</i>
No	<input type="checkbox"/>	<i>Fin del cuestionario</i>

24. ¿Buscabas ese embarazo?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Tabla B1

Cantidad de casos por grupo de edad con teléfono de contacto registrado, por provincia por Región Geográfica

Región	Provincia	Grupo de edad		
		15 a 19	20 a 24	Total de casos elegibles
AMBA	Ciudad de Buenos Aires	439	303	742
	Partidos del Conurbano Bonaerense	3577	1218	4795
CENTRO	Buenos Aires I	359	132	491
	Buenos Aires II	13	4	17
	Buenos Aires III	96	16	112
	Buenos Aires IV	23	14	37
	Buenos Aires VIII	0	0	0
	Buenos Aires IX	49	18	67
	Buenos Aires X	31	3	34
	Buenos Aires XI	155	36	191
	Córdoba	678	495	1,173
	Entre Ríos	392	160	552
	Santa Fe	0	0	0
CUYO	Mendoza	580	91	671
	San Juan	353	127	480
	San Luis	140	69	209
NEA	Chaco	346	482	828
	Corrientes	390	122	512
	Formosa	302	243	545
	Misiones	477	428	905
NOA	Catamarca	146	116	262
	Jujuy	375	161	536
	La Rioja	271	40	311
	Salta	709	484	1,193
	Santiago del Estero	131	95	226
	Tucumán	591	221	812
PATAGÓNICA	Chubut	11	7	18
	Neuquén	146	7	153
	Río Negro	217	105	322
	Santa Cruz	9	8	17
	Tierra del Fuego	20	21	41
RS V, VI, VII Y XII	Buenos Aires V	1,858	249	2,107
	Buenos Aires VI	598	73	671
	Buenos Aires VII	760	396	1,156
	Buenos Aires XII	631	500	1,131
Total		11,296	5,226	16,522

Tabla B2

Cantidad de observaciones de la muestra original

Regiones	15-19	20-24	Total
AMBA	263	98	361
CENTRO	222	116	338
CUYO	240	63	303
NEA	192	153	345
NOA	230	115	345
PATAGÓNIA	176	83	259
Total	1316	635	1951

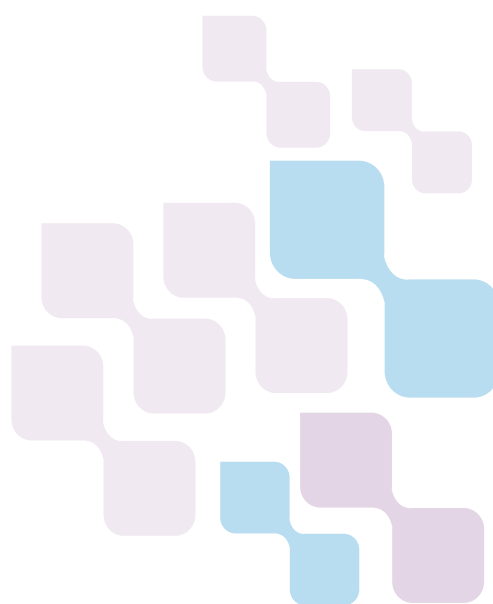


Tabla C1

Características de la muestra de mujeres bajo Programa, según retiro o no del implante

Características	Total Pacientes (n=1102), n(%)	Pacientes con implante colocado (n=958), n(%)	Pacientes con implante retirado (n= 144), n(%)
Edad, años			
15 - 19	576 (52.27)	511 (53.34)	65 (45.14)
20 - 24	526 (47.73)	447 (46.66)	79 (54.86)
Lugar de residencia			
AMBA	360 (32.70)	317 (33.12)	43 (28.86)
Cuyo	208 (18.89)	173 (18.08)	35 (24.31)
Centro	103 (9.36)	87 (9.09)	16 (11.11)
NEA	195 (17.71)	171 (17.87)	24 (16.67)
NOA	199 (18.07)	174 (18.18)	25 (17.36)
Patagonia	36 (3.27)	35 (3.66)	1 (0.69)
Educación			
Asiste primario	4 (0.36)	4 (0.42)	0 (0.00)
Asiste secundario	204 (18.58)	184 (19.23)	20 (14.18)
Asiste terciario/Univestitario	214 (19.49)	182 (18.94)	32 (22.70)
Primario incompleto	4 (0.36)	3 (0.31)	1 (0.71)
Primario Completo	46 (4.19)	41 (4.28)	5 (3.55)
Secundario incompleto	275 (25.05)	241 (25.18)	34 (24.11)
Secundario completo	280 (25.50)	242 (25.29)	38 (26.95)
Terciario/Universitario incompleto	35 (3.18)	32 (3.34)	3 (2.13)
Terciario/Univesitario completo	36 (3.28)	28 (2.93)	8 (5.68)
Antecedentes			
Ninguno	245 (22.46)	201 (21.22)	44 (30.56)
Historia de abortos	115 (10.44)	97 (10.13)	18 (12.50)
Partos	805 (73.05)	712 (74.32)	93 (64.58)
Decisión de colocación de implante			
Ella	1044 (94.91)	913 (95.50)	131 (90.97)
Otros (profesional y/o familiar)	56 (5.09)	43 (4.50)	13 (9.03)
Recibió Consejería			
Si	883 (80.27)	763 (79.81)	120 (83.33)
No	217 (19.73)	193 (20.19)	24 (16.67)

Tabla C2

Resumen de variables utilizadas en el análisis econométrico

Variable	Descripción	N	Media	Desvío estándar
Variables dependientes				
Satisfacción comodidad	Comodidad en el uso del implante, del 1 al 10 (siendo 10 el mayor grado de satisfacción)	954	9,330	1,183
Satisfacción confianza	Confianza en el uso del implante, del 1 al 10 (siendo 10 el mayor grado de satisfacción)	952	9,324	1,300
Implante retirado	Variable dicotómica. Mujer con implante retirado=1	1.102	0,131	0,337
Variables explicativas				
Menos de secundario	Variable dicotómica. Cursa primario=1. Referencia	1.102	0,299	0,530
Cursa secundario	Variable dicotómica. Cursa secundario=1	1.102	0,185	0,389
Secundario completo	Variable dicotómica. Secundario completo=1	1.102	0,194	0,396
Cursa o cursó terciario/universitario	Variable dicotómica. Cursó o cursa terciario/universitario=1	1.102	0,259	0,438
edad_15_19	Variable dicotómica. Tiene entre 15 y 19 años de edad=1	1.102	0,523	0,500
edad_20_24	Variable dicotómica. Tiene entre 20 y 24 años de edad=1	1.102	0,477	0,500
AMBA	Variable dicotómica. Reside en AMBA=1	1.101	0,327	0,469
Centro	Variable dicotómica. Reside en Región Centro=1	1.101	0,189	0,392
Cuyo	Variable dicotómica. Reside en Región Cuyo=1	1.101	0,094	0,291
NEA	Variable dicotómica. Reside en Región NEA=1	1.101	0,177	0,382
NQA	Variable dicotómica. Reside en Región NQA=1	1.101	0,181	0,385
Patagonia	Variable dicotómica. Reside en Región Patagonia=1	1.101	0,033	0,178
Trabaja	Variable dicotómica. Trabaja=1	1.100	0,408	0,492
Partos	Variable dicotómica. Tiene antecedentes de partos=1	1.102	0,964	0,786
Abortos	Variable dicotómica. Tiene antecedentes de abortos=1	1.102	0,114	0,354
eligio_ella	Variable dicotómica. Fue decisión de ella la colocación del implante=1	1.100	0,949	0,220
eligio_prof	Variable dicotómica. Lo decidió el profesional médico la colocación del implante=1. Referencia	1.099	0,030	0,171
eligio_otro	Variable dicotómica. Lo decidió un familiar la colocación del implante=1	1.099	0,020	0,140
Recibió consejería	Variable dicotómica. Recibió consejería para la colocación del implante=1	1.100	0,803	0,398
Amenorrea a 6 m	Variable dicotómica. Tuvo amenorrea en los primeros 6 meses de uso del implante=1	956	0,463	0,499
Sangrado infrecuente a 6m	Variable dicotómica. Tuvo sangrado infrecuente en los primeros 6 meses de uso del implante=1	956	0,257	0,437
Sangrado frecuente a 6m	Variable dicotómica. Tuvo sangrado frecuente en los primeros 6 meses de uso del implante=1	956	0,070	0,255
Sangrado prolongado a 6m	Variable dicotómica. Tuvo sangrado prolongado en los primeros 6 meses de uso del implante=1	956	0,145	0,353
Sangrado abundante a 6m	Variable dicotómica. Tuvo sangrado abundante en los primeros 6 meses de uso del implante=1	956	0,046	0,210
Mastalgia	Variable dicotómica. Tuvo mastalgia en los primeros 6 meses de uso del implante=1	953	0,106	0,308
Acné	Variable dicotómica. Tuvo acné en los primeros 6 meses de uso del implante=1	953	0,179	0,384
Cefalea	Variable dicotómica. Tuvo cefalea en los primeros 6 meses de uso del implante=1	952	0,236	0,425
Cambio emocional	Variable dicotómica. Tuvo cambio emocional en los primeros 6 meses de uso del implante=1	953	0,170	0,376
Dolor abdominal	Variable dicotómica. Tuvo dolor abdominal en los primeros 6 meses de uso del implante=1	953	0,118	0,322
Dolor en inserción	Variable dicotómica. Tuvo dolor en el área de inserción en los primeros 6 meses de uso del implante=1	953	0,187	0,390
Dismenorrea leve	Variable dicotómica. Tuvo dismenorrea leve en los primeros 6 meses de uso del implante=1	954	0,100	0,300
Dismenorrea moderada	Variable dicotómica. Tuvo dismenorrera moderada en los primeros 6 meses de uso del implante=1	954	0,129	0,335
Dismenorrea fuerte	Variable dicotómica. Tuvo dismenorrea fuerte en los primeros 6 meses de uso del implante=1	954	0,017	0,128
Aumento de peso	Variable dicotómica. Tuvo aumento de peso en los primeros 6 meses de uso del implante=1	954	0,354	0,479

Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA)

El Plan ENIA es una iniciativa intersectorial de la que participan el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y el Ministerio de Educación, a través de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR), el Programa de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA), la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) y el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI). Se propone abordar la temática desde una perspectiva integral, con enfoque de derechos, género e interculturalidad.

Sus objetivos principales son:

- Sensibilizar a la población en general y a los/as adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el (Embarazo no intencional en la adolescencia) ENIA.
- Mejorar la oferta de servicios en salud sexual y salud reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones.
- Potenciar las decisiones informadas de los/as adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) según el marco normativo vigente.



Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de Salud. El embarazo en la adolescencia. Datos y cifras. Recuperado el 20 de noviembre de 2018 de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
2. Binstok, G. Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común. Fondo de población de Naciones Unidas, 2016.
3. DEIS. Dirección de Estadística e información de Salud (s.f.). Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Recuperado el 20 de noviembre de: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Boletin155Adolescentes.pdf>, 2015.
4. Organización Mundial de la Salud (s.f.), La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar. Recuperado el 20 de noviembre de 2018 de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1.
5. Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS). Anuario 2016. Ministerio de Salud.
6. Curtis, K.M. and J.F. Peipert, Long-Acting Reversible Contraception. *New England Journal of Medicine* 2017; 376: p. 461-468.
7. Bahamondes, L., et al., Estimated disability-adjusted life years averted by long-term provision of long acting contraceptive methods in a Brazilian clinic. *Human Reproduction*, 2014. 29(10): p. 2163-2170.
8. ACOG., American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Gynecologic Practice. *Obstet Gynecol. Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices* 2012 Oct. 120: p. 983-8.
9. ACOG., American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Gynecologic Practice. *Obstet Gynecol. Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices* 5, 2018 May. 131.
10. UKMEC, UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2017.
11. Oizerovich, S., Manual de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Un abordaje interdisciplinario. Anticoncepción de larga duración. 2015, Buenos Aires: Editorial Journal. 7.
12. Parks, C. and J.F. Peipert, Eliminating health disparities in unintended pregnancy with long-acting reversible contraception (LARC). *American journal of obstetrics and gynecology*, 2016. 214(6): p. 681-688.
13. American College of Obstetricians Gynecologists, Increasing access to contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. *Committee Opinion*, 2015. 642.
14. Winner, B., et al., Effectiveness of long-acting reversible contraception. *New England Journal of Medicine*, 2012. 366(21): p. 1998-2007.
15. Trussell, J., Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, 2004. 70(2): p. 89-96.
16. Peipert, J.F., et al., Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstetrics and gynecology*, 2011. 117(5): p. 1105.
17. Teunissen, A.M., B. Grimm, and F.J. Roumen, Continuation rates of the subdermal contraceptive Implanon® and associated influencing factors. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2014. 19(1): p. 15-21.
18. Harvey, C., C. Seib, and J. Lucke, Continuation rates and reasons for removal among Implanon® users accessing two family planning clinics in Queensland, Australia. *Contraception*, 2009. 80(6): p. 527-532.
19. Kalmuss, D., et al., Determinants of early implant discontinuation among low-income women. *Family Planning Perspectives*, 1996: p. 256-260.
20. Modesto, W., M.V. Bahamondes, and L. Bahamondes, A randomized clinical trial of the effect of intensive versus non-intensive counselling on discontinuation rates due to bleeding disturbances of three long-acting reversible contraceptives. *Human Reproduction*, 2014. 29(7): p. 1393-1399.
21. Meirik, O., et al., A multicenter randomized clinical trial of one-rod etonogestrel and two-rod levonorgestrel contraceptive implants with nonrandomized copper-IUD controls: methodology and insertion data. *Contraception*, 2013. 87(1): p. 113-120.
22. Kavanaugh, M.L., J. Jerman, and L.B. Finer, Changes in use of long-acting reversible contraceptive methods among US women, 2009–2012. *Obstetrics and gynecology*, 2015. 126(5): p. 917.
23. Lara Ricalde, R. and Otero Flores, B., Primer consenso mexicano sobre el implante anticonceptivo de una sola varilla de etonogestrel, A.M.d.G.y. *Obstetricia*, Editor. 2003: México.

- 24.** Otero Flores, B., 2º Consenso mexicano sobre el implante anticonceptivo de una sola varilla de Etonogestrel. 2010: México.
- 25.** Luchowski, A.T., et al., Obstetrician–gynecologists and contraception: long-acting reversible contraception practices and education. *Contraception*, 2014. 89(6): p. 578-583.
- 26.** Bahamondes, L., C. Villarroel, N. Frías Guzmán, S. Oizerovich et al., The use of long-acting reversible contraceptives in Latin America and the Caribbean: current landscape and recommendations. *Human Reproduction Open*, 2018. 2018(1): p. hox030.
- 27.** Fleming, K.L., A. Sokoloff, and T.R. Raine, Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception*, 2010. 82(2): p. 178-182.
- 28.** Homco, J.B., et al., Reasons for ineffective pre-pregnancy contraception use in patients seeking abortion services. *Contraception*, 2009. 80(6): p. 569-574.
- 29.** Foster, D.G., et al., Cost savings from the provision of specific methods of contraception in a publicly funded program. *American Journal of Public Health*, 2009. 99(3): p. 446-451.
- 30.** McNicholas, C., et al., The contraceptive CHOICE project round up: what we did and what we learned. *Clinical obstetrics and gynecology*, 2014. 57(4): p. 635.
- 31.** Mazza, D., et al., Increasing the uptake of long-acting reversible contraception in general practice: the Australian Contraceptive ChOice pRoject (ACCORd) cluster randomised controlled trial protocol. *BMJ open*, 2016. 6(10): p. e012491.
- 32.** O’Neil, M.E., et al., Twenty-four-month continuation of reversible contraception. *Obstetrics and gynecology*, 2013. 122(5): p. 1083.
- 33.** Secura, G.M., et al., Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *N Engl J Med*, 2014. 371(18): p. 1316-1323.
- 34.** Tocce, K.M., J.L. Sheeder, and S.B. Teal, Rapid repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *American journal of obstetrics and gynecology*, 2012. 206(6): p. 481. e1-481. e7.
- 35.** Cleland, K., et al., Family planning as a cost-saving preventive health service. *New England Journal of Medicine*, 2011. 364(18): p. e37.
- 36.** Sznajder, K.K., et al., Incidence of Discontinuation of Long-Acting Reversible Contraception among Adolescent and Young Adult Women Served by an Urban Primary Care Clinic. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 2017. 30(1): p. 53-57.
- 37.** Lopez, L.M., et al., Progestin only contraceptives: effects on weight. *The Cochrane Library*, 2016.
- 38.** Blumenthal, P.D., K. Gemzell-Danielsson, and M. Marintcheva-Petrova, Tolerability and clinical safety of Implanon®. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2008. 13(sup1): p. 29-36.
- 39.** Backman, T., et al., Advance information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system. *Obstetrics & Gynecology*, 2002. 99(4): p. 608-613.
- 40.** Rubenstein, J., et al., Counselling styles and their effect on subdermal contraceptive implant continuation rates. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2011. 16(3): p. 225-228.
- 41.** Davie, J.E., et al., Impact of patient counseling on acceptance of the levonorgestrel implant contraceptive in the United Kingdom. *Clinical Therapeutics*, 1996. 18(1): p. 150-159.
- 42.** Harper, C.C., et al., Reductions in pregnancy rates in the USA with long-acting reversible contraception: a cluster randomised trial. *The Lancet*, 2015. 386(9993): p. 562-568.
- 43.** Jagroep, S.R., et al., A retrospective evaluation of the intrauterine device in a patient population in Buenos Aires, Argentina. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 2016. 42(2): p. 88-92.
- 44.** Medina, R., et al., Uso del dispositivo intrauterino reversible y de larga duración en mujeres asistidas en la sala de puerperio normal en el Hospital Materno Infantil. *Rev. fac. cienc. méd.(Impr.)*, 2011: p. 21-28.
- 45.** Gogna, M. and G. Binstock, Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. *Salud Colectiva*, 2017. 13(1): p. 63-72.
- 46.** Maceira, D., et al., Salud Adolescente: hábitos, necesidades y acceso a los servicios de salud desde la mirada de los estudiantes. No publicado, 2017.



0800 222 3444

argentina.gob.ar/salud/saludsexual
saludsexual@msal.gob.ar