



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 2003; 49 (4) : 237 - 242

SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DE IMPLANTES DE LEVONORGESTREL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

[Juan Pretell, Juan Mauricio¹](#)

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar las características y el porcentaje de satisfacción de las usuarias de implante subdérmico de levonorgestrel (Norplant®) pertenecientes al Programa de Planificación Familiar del HNCH. **DISEÑO:** Estudio descriptivo, retrospectivo. **MATERIAL Y METODOS :** Del total de usuarios a quienes se les extrajo el implante entre enero 1995 y diciembre 1999, se incluyó 82. Los datos fueron obtenidos mediante una ficha de recolección de datos y una encuesta. La satisfacción fue evaluada mediante la escala de Likert. **REULTADOS:** El 71,9% de usuarias resulto satisfecha La tasa de embarazo fue 0%. El 70,7% de las usuarias presento algun efecto secundario, el mas frecuente fue la alteración de la menstruación (47,6%). La principal ventaja fue la protección contra el embarazo a largo plazo (53,7%). Se registro 59% de continuidad a los 5 años y las principales causas de remoción temprana fueron deseo de embarazo (23,5%) y alteraciones menstruales (23,5%). Se encontró significancia estadística con la satisfacción evaluada en la siguientes variables: aumento de peso ($p= 0,0077$), dolor en zona del implante ($p= 0,000055$), síntomas depresivos (0,00000), nivel educativo ($p =0,033$), recomendación del metodo ($p= 0,000$) y deseo de reimplante ($p= 0,0000$). **CONCLUSIONES:** Los implantes subdérmicos de levonorgestrel resultan ser un metodo anticonceptivo muy bien aceptado por las usuarias, a pesar de los efectos secundarios que presentan, altamente efectivo y una buena alternativa para mujeres que deseen anticoncepción a largo plazo.

Palabras clave: Levonorgestrel; Usuaría del metodo, Satisfacción; Efectos secundarios.

ABSTRACT

OBJECTIVES. To determine the characteristics and satisfaction of levonorgestrel users (Norplant®) at the CHNH Family Planning Program. **DESIGN:** Descriptive retrospective study. **MATERIAL AND METHODS:** Eighty-two users to whom Norplant® was removed between January 1995 and December 1999, were included. Data was obtained from records and satisfaction was evaluated through a survey employing Likert's scale. **RESULTS:** Up to 71,9% of users were satisfied, The pregnancy rate was 0%; 70,7% of users presented a side effect, being menstrual irregularities the most frequent (47,6%). The main advantage was protection against pregnancy at the long term



(53,7%). A 59% of continuity was registered during the five years and the main causes of early removal were pregnancy desire and menstrual alterations with 23,5% in both cases. A statistical significance was found with users satisfaction in the following variables: weight gain ($p= 0,0077$), pain at the implantation zone ($p= 0,000055$), depressive symptoms ($p= 0,000000$), educational level ($p= 0, 033$), method recommendation ($p= 0, 0000$) and desire for a re-implant ($p= 0,00000$). CONCLUSIONS. The levonorgestrel subdermal implants (Norplant®) was a very well accepted contraceptive method in spite of the side effects, highly effective and a good alternative for women wishing a long term contraceptive.

Key words: Levonorgestrel; Method's user; Satisfaction; Side effects.

INTRODUCCIÓN

Norplant® es el nombre de la marca registrada que el Population Council utiliza para referirse a los implantes subdérmicos de levonorgestrel¹, un progestágeno sintético biológicamente activo², que está contenido en seis bastoncillos flexibles cerrados de polidimetilsiloxano² (34 mm x 2,4 mm de diámetro), con una carga aproximada de 36 mg en cada uno y una descarga de 80 mg/d durante los 6 a 12 primeros meses y luego de 30 a 35 mg/d por el tiempo restante. Se inserta en la parte superior, cara interna del miembro superior no dominante³ sugiriéndose su inserción durante los primeros 7 días del ciclo menstrual y no antes de las 6 semanas posparto⁵. Es un anticonceptivo reversible^{1,2,6}, se observa tasas de concepción al año luego del retiro de hasta 78%^{2,7-9}. Puede ser usado por mujeres de cualquier edad¹. Se los puede retirar en cualquier momento del ciclo menstrual² y se ve afectado por la depuración individual y el peso corporal; así, la disminución promedio de la concentración sérica con el aumento corporal es 0,0033 mg/L/kg.

El mecanismo de acción consiste en bloquear la descarga de LH necesaria para la ovulación. Con ello, durante los 5 años sólo son ovulatorios cerca de la tercera parte de ellos^{1,6,10-12}, el moco cervical se vuelve escaso y denso, lo cual no permite la penetración de espermatozoides^{1,6,10,14}; y, por último, hay supresión de la función endometrial, lo cual interfiere con la implantación del óvulo fertilizado^{2,13}.

La satisfacción que expresan las pacientes respecto al uso del Norplant® no ha sido aún explorada en nuestro medio, a diferencia de lo que ocurre a nivel internacional, donde se ha publicado muchas investigaciones. Este parámetro es bastante subjetivo y depende de la experiencia vivida por cada paciente, la cual se basa en parámetros objetivables^{2,3,16,20,23}, como: efectividad, efectos secundarios, deseo de volverlo a usar, tasa de continuidad y recomendación del método a otros sujetos, entre otros.

El principal objetivo de nuestro estudio fue determinar el porcentaje de satisfacción global en las usuarias de los implantes subdérmicos de levonorgestrel (Norplant®) pertenecientes al Programa de Planificación Familiar del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), así como sus principales indicadores: porcentaje de reimplante del método, continuidad y porcentaje de recomendación del método.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, donde se incluyó un total de 82 usuarias evaluables, luego de la revisión de historias clínicas y verificar los criterios de inclusión (mujeres pertenecientes al Programa de Planificación Familiar del HNCH, entre 18 y 49 años, con un uso máximo de 5 años del método, en quienes se les haya extraído el Norplant® entre enero de 1995 y diciembre de 1999, siendo ubicadas con facilidad, es decir, por teléfono y/o dirección adecuada) y exclusión (mujeres con algún método contraceptivo adicional, mujeres que no dieron su consentimiento y que no hubieran sido ubicadas en su domicilio). La forma de elección de los sujetos fue de tipo intencional. Para conocer la experiencia de dichas usuarias se utilizó una ficha de recolección de datos y una encuesta. La encuesta se realizó en el domicilio de las usuarias o en el consultorio de Planificación Familiar del hospital, realizándose inmediatamente a la extracción o máximo hasta un año después; luego, se llenaba la ficha de recolección de datos de cada usuaria ya entrevistada, utilizando como base la historia clínica que tenía cada paciente. La remoción temprana la definimos como extracción de los implantes de Norplant® antes de los 5 años de uso. La satisfacción de las usuarias fue evaluada a través del empleo de la escala de Likert²⁴.

RESULTADOS

La única variable (Tabla 1) que presentó una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la satisfacción de las usuarias fue el grado de instrucción, en donde, se pudo observar que la mayoría poseía un nivel educativo elevado, llegando a 51,2% con secundaria completa, 24,4% superior no universitaria y 8,5% superior universitaria; el grupo con mayor porcentaje de usuarias satisfechas fue el de secundaria completa con 52,5%.

La edad fluctuaba entre 25 y 34 años, observándose el mayor porcentaje de satisfacción entre los 30 y 34 años (33,9%). Las casadas eran las que mayor porcentaje de satisfacción presentaban con 50,9%. En lo que respecta a la ocupación, la mayoría era ama de casa (51,2% de la población estudiada) y representaba el grupo con mayor porcentaje de satisfacción, con 47,5%. El peso promedio registrado fue $55,78 \pm 6,453$ kg. La mayoría de usuarias presentaba entre uno y dos embarazos previos, llegando a 71,9% en forma combinada; las usuarias con un embarazo previo representaban al 35,6% de las usuarias satisfechas; por último, se debe mencionar que la mayoría de usuarias evaluadas no estaba utilizando algún tipo de anticoncepción (53,7%) en el mes previo a la inserción. Sin embargo, en las que sí lo estaban usando predominaron los métodos hormonales (63,2%).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las usuarias de Norplant®, HNCH 1995-1999, según el grado de satisfacción

Características sociodemográficas	Usuarias				p
	Satisfechas (n= 59)		No satisfechas (n= 23)		
	N	%	N	%	
Edad					
• 18-27	11	18,6	2	8,7	> 0,05
• 25-29	15	25,4	9	39,1	
• 30-34	20	33,9	4	17,4	
• 35-39	9	15,3	6	26,1	
• 40-44	4	6,8	2	8,7	
Estado civil					
• Soltera	5	8,5	3	13,0	> 0,05
• Conviviente	22	37,3	7	30,4	
• Casada	30	50,9	13	56,5	
• Separada	2	3,4	-	-	
Grado de instrucción					
• Ninguna	-	-	1	4,4	< 0,01
• Primaria incompleta	3	5,1	3	13,0	
• Secundaria incompleta	6	10,2	-	-	
• Secundaria completa	31	52,5	11	47,8	
• Superior no universidad	13	22,0	7	30,4	
• Superior universidad	6	10,2	1	4,4	
Ocupación actual					
• Ama de casa	28	47,5	14	60,9	> 0,05
• Obrera	18	30,5	5	21,7	
• Empleada	7	11,9	1	4,4	
• Pequeño negocio	4	6,8	2	8,7	
• Profesional	1	1,7	-	8,7	
• Independiente	1	1,7	-	8,7	
• Estudiante	-	-	1	4,4	
Número de embarazos					
• Ninguno	1	1,7	-	-	> 0,05
• Uno	21	35,6	10	43,5	
• Dos	20	33,9	8	34,8	
• Tres	16	27,1	4	17,4	
• Cuatro	1	1,7	-	-	
• Cinco	-	-	1	4,4	
Gasto familiar mensual					
• 250-450	8	13,6	5	21,7	> 0,05
• 451-600	19	32,2	7	30,4	
• 601-800	11	18,6	4	17,4	
• 801-1000	7	11,9	2	8,7	
• 1001-3000	-	-	2	8,7	
Método que usaba					
• Sin respuesta	32	54,2	7	30,4	> 0,05
• Píldora	7	11,9	2	8,7	
• DIU	6	10,2	5	21,7	
• Inyectable	6	10,2	5	21,7	
• Condón	2	3,4	1	4,4	
• Implante	2	3,4	-	-	
• Ritmo	2	3,4	-	-	
• Ninguno	2	3,4	3	13,0	

Las variables demográficas fueron comparadas con el grado de satisfacción de las usuarias del Norplant.

* p < 0,05

Del total de usuarias evaluadas sólo 67% conocía de la existencia de este método previo a la inserción, siendo el personal de salud el principal grupo informante (47,3%). El 70,7% de las usuarias presentó algún tipo de efecto secundario (ver Tabla 2), siendo las alteraciones menstruales lo más frecuente (47,6%). En segundo lugar se encontró el incremento de peso (31,7%) y en tercer lugar la cefalea (19,5%). En el 44,1% de las usuarias satisfechas se presentó alteraciones menstruales. En este grupo se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la satisfacción de las usuarias en las siguientes variables: dolor intenso en la zona de implante, aumento en el peso y síntomas depresivos.



Tabla 2. Efectos secundarios presentados por las usuarias de Norplant® en el HNCH en relación al grado de satisfacción

Características	Usuaris				p
	Satisfechas (n= 59)		No satisfechas (n= 23)		
	N	%	N	%	
• Dolor intenso en la zona del implante	1	1,7	9	39,1	< 0,05
• Cambios de conducta	5	8,5	4	17,4	> 0,05
• Cambio en el peso	12	20,3	14	60,1	< 0,05
• Alteraciones menstruales	26	44,1	13	56,5	> 0,05
• Síntomas depresivos	-	-	2	8,7	< 0,05
• Cefalea	13	22,0	3	13,0	> 0,05
• Mastalgia	3	5,1	3	13,0	> 0,05

Cada efecto secundario fue comparado con el grado de satisfacción de las usuarias de Norplant

La protección a largo plazo contra el embarazo fue la principal ventaja reportada en 53,7% y la principal desventaja fue el haber presentado efectos secundarios con 45,1%. La tasa de embarazo fue de 0 embarazos por cien mujeres año para la población estudiada.

Se observó un 59% de continuidad a los 5 años ($p < 0,01$) y se encontró 87,5% de usuarias satisfechas en este grupo. Se encontró asociación estadística altamente significativa con la satisfacción de las usuarias. La remoción temprana, entre 1 y 3 años de uso, se realizó en 64,7% y las principales causas fueron deseo de embarazo (23,5%) y alteraciones menstruales (23,5%).
Tabla 3.

Tabla 3. Motivo de remoción temprana del Norplant®

Motivos de la remoción	N	%
• Cefalea	3	8,8
• Deseo de embarazo	8	23,5
• Alteraciones menstruales	8	23,5
• Alteración en el comportamiento	1	2,9
• Dolor en la zona del implante	4	11,8
• Síntomas depresivos	1	2,9
• Cambio de peso	4	11,8
• Disminución de la libido	1	2,9
• Disminución de las mamas	1	2,9

En cuanto a los indicadores de satisfacción, el 74,4% no prefirió otro método y se encontró asociación estadística con la satisfacción de la usuaria ($p < 0,05$). El 77% de las usuarias evaluadas recomendarían el método a otros sujetos ($p = 0,000000$). El 66% deseaba un reimplante de un nuevo set ($p = 0,000000$). Todas estas variables presentan relación estadísticamente significativa con la satisfacción de las usuarias. Por último, 72,0% de las usuarias evaluadas estaba satisfecha con el uso del Norplant®.



DISCUSIÓN

Según Balarezo²⁵, nuestra población crece a un ritmo que no obedece a una decisión consciente, libre y responsable de las parejas, puesto que el comportamiento reproductivo y las relaciones interpersonales y familiares están regidas por las viejas estructuras socioeconómicas y culturales propias de nuestro subdesarrollo. Como dice Mauricio y col²⁶, la planificación familiar es básica en los países en vías de desarrollo como el Perú, y es necesaria la investigación de métodos anticonceptivos que sean administrados por diversas vías, para que las usuarias puedan tener la posibilidad de elegir el que más se adecúe a ella.

Como lo refieren diversos autores^{1,7,17,26-28}, estos implantes pueden ser utilizados a cualquier edad de la etapa reproductiva; el rango de edad en nuestro estudio fue de 25 a 34 años, lo cual coincide con otros estudios, como el realizado por Mauricio²⁶, quien encontró que 62% tenía entre 21 y 30 años. En nuestro estudio no se encontró relación de la edad con la satisfacción.

En general, las otras variables, como unión de pareja, ocupación, paridad, peso, nivel económico, uso de anticonceptivo previo, no han sido relacionadas con la satisfacción de las usuarias. Sin embargo, nosotros realizamos esta relación, resultando no estadísticamente significativa; el nivel educativo, como lo vimos anteriormente, sí guarda relación con el parámetro en estudio, lo cual podría ser explicado por el hecho que la consejería influiría en la aceptación y satisfacción del método^{2,27,29} y que el nivel educativo a su vez es importante en la capacidad de entenderla.

En resumen, el perfil sociodemográfico de nuestras usuarias es muy similar al reportado por otros estudios, tratándose de mujeres en la tercera década de edad, con unión estable, de bajos recursos económicos, con nivel educativo alto, de ocupación amas de casa, con dos hijos en promedio y que en su mayoría no ha utilizado un método anticonceptivo previo.

No hay datos claros sobre el conocimiento previo que tiene la población de este método anticonceptivo. Para nuestra población de estudio, la tercera parte de las usuarias recién se enteró de la existencia del método en el consultorio del hospital, lo cual es bastante elevado si lo comparamos con otros métodos. De los conocedores del método, en su mayoría había recibido la información de un personal de salud, lo que coincide con lo reportado por Chompootawee y col³⁰, quienes encontraron que el personal de salud había recomendado el método en 45% de los casos.

El conocimiento de los efectos secundarios es de mucha utilidad, ya que es uno de los principales motivos de discontinuidad del método, lo cual está íntimamente ligado con la calidad de la consejería y a su vez indirectamente con la satisfacción que pueda alcanzar la usuaria. La cifra alcanzada en este estudio de presentación de efectos secundarios es similar a la reportada por otros autores, como Mauricio²⁶, quien muestra hasta 89% en el primer mes y 58% al tercer año; y, en el estudio de Sihvo¹⁹ en Finlandia, llega a 97%.

La alteración menstrual fue el efecto secundario más frecuente, llegando a presentarse en forma global hasta en 47,6%; esto coincide con otros estudios, como el de Tseng⁷, quien reportó 65% de usuarias con este problema. En el Perú, Mauricio²⁶ lo reportó en 63,4% y Glantz en Estados



Unidos²⁹ en 44,4% de usuarias. El patrón de sangrado varía, siendo lo más frecuente manchado, sangrado irregular y amenorrea. Sin embargo, nuestro estudio tuvo la limitante de basarse en las historias clínicas en donde no se indicaba esta alteración; es por ello que no profundizamos en el tema. Es importante tener en mente, sobre todo en el momento de la consejería, etapa fundamental para el manejo de este problema^{2,17,27,29}, que los episodios de sangrado anormal disminuyen con la duración del uso³⁰. El segundo lugar en frecuencia fue ocupado por el incremento de peso, con 31,7% del total estudiado; este hallazgo difiere de otros estudios, en donde la cefalea ocupa el segundo lugar ^{2,7,27}. Sin embargo, en nuestro estudio esta última ocupó el tercer lugar en frecuencia con 19,5%. Todo ello podría ser explicado simplemente por diferencias en los grupos estudiados. Lo importante de esto es que el dolor en la zona de implante, aumento de peso y síntomas depresivos fueron los que guardaban relación estadísticamente significativa con la satisfacción de las usuarias; esto se explicaría debido a que durante la consejería no se profundiza en estos puntos, produciéndose efecto en la aceptabilidad de este método cuando las usuarias los presentan, ya que no saben cómo lidiar con estos problemas ^{2,27,29}.

La principal ventaja reportada fue la protección a largo plazo contra el embarazo (53,7%), lo que coincide con lo reportado por Fraser²⁷ y Ortayli²⁸; y la principal desventaja reportada fue la presencia de efectos secundarios, sobretodo alteraciones menstruales; esto concuerda con lo encontrado por Ortayli²⁸ en Turquía, siendo las alteraciones menstruales la mayor razón de disgusto y principal causa de discontinuidad temprana.

La efectividad del método es otro parámetro de importancia y se mide a través de la tasa de embarazo a los 5 años^{2,7,17,27,30}. Puede haber un riesgo incrementado a medida que transcurren los años de uso (concentración de la hormona sérica), así como con el peso de la paciente, que al incrementarse disminuye la efectividad del método. La tasa de embarazo registrada fue de 0 por cien mujeres año; esto corrobora la eficacia del Norplant[®], teniendo la tasa de embarazo más baja de los métodos reversibles²⁷, lo cual es reportado en varios estudios internacionales^{2,7,27,30-32}

Se ha visto que la continuidad a los 5 años de uso del Norplant[®] es mayor en comparación con otros métodos, como dispositivo intrauterino, acetato de medroxiprogesterona y anticoncepción oral². Se registró 59% de continuidad a los 5 años, valor que coincide con lo observado en otros estudios internacionales^{7,20,30}, que varía entre 46% y 72%. La continuidad disminuye conforme pasa el tiempo de uso y encontramos asociación estadísticamente significativa con la satisfacción de las usuarias.

Es importante incidir en las causas de remoción temprana para poder actuar sobre ellas. En nuestro estudio, las principales causas fueron deseo de embarazo y alteraciones menstruales, lo cual coincide con otros estudios, donde mencionan a las alteraciones menstruales como la principal razón ^{7,27,29} y otros al deseo de embarazo^{30,31}. En la mayoría de usuarias (64,7%) se practica la remoción temprana entre el primer y tercer año de uso, siendo las alteraciones menstruales en el primer y segundo año y el deseo de embarazo en el segundo año en adelante, las razones principales.



Respecto a los indicadores de satisfacción antes mencionados, todos resultaron tener una relación estadísticamente significativa con la satisfacción de las usuarias, pudiéndose explicar por el hecho que reflejan la experiencia vivida de la usuaria, la cual se relaciona con la satisfacción que ésta pueda alcanzar^{17,28}. Para conocer en forma directa la satisfacción alcanzada por nuestras usuarias evaluadas, se utilizó la escala de Likert, resultando un 71,9 de satisfacción global. Esto también fue observado por Ruminjo¹⁷ en Ghana, llegando al 100% de satisfacción en las que completaron los 5 años; y en Nigeria, en donde llegó a 86,3% de satisfacción. Para finalizar, hay que recordar que es importantísima la consejería adecuada a la usuaria, ya que este método es proveedor-dependiente³³ y como parte de esa consejería no sólo se debe explicar los detalles del método sino sobretodo tomar en cuenta el entorno sociocultural de la usuaria

BIBLIOGRAFÍA

1. Hatcher R, Rinehart W, Blackburn R. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Facultad de Salud Pública. Universidad de John Hopkins. 1999.
2. Coukell AJ, Balfour JA. Levonorgestrel subdermal implants. A review of contraceptive efficacy and acceptability. *Drugs* 1998; 55: 861-17.
3. Kirkman RJ, Bromham DR, O'Connor TP, Sahota JE. Prospective multicentre study comparing levonorgestrel implants with a combined contraceptive pill: final results: *Br J Fam Plann* 1999; 25(2): 36-40.
4. Wyeth Laboratories Inc. Norplantâ system (Levonorgestrel implants): prescribing information. Philadelphia, PA, USA. 23 Jul 1996.
5. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization WHO/FRH/FPP/96.9. Geneva. 1996.
6. Berek J, Adashi E, Hillard P. Ginecología de Novak. Mc Graw Hill. 1999.
7. Tseng L-H, Lee T-Y, Yang Y-S, et al. Norplant subdermal contraceptive system: experience in Taiwan. *Contraception* 1996; 53: 177-80.
8. Singh K, Viegas OAC, Fong YF, et al. Acceptability of Norplantâ implants for fertility regulation in Singapore. *Contraception* 1992; 45: 39-47.
9. Buckshee K, Chatterjee P, Dhall Gi, et al. Return of fertility following discontinuation of Norplant-II subdermal implants. ICMR task Force on Hormonal Contraception. *Contraception* 1995; 51: 237-42.
10. Brache V, Faundes A, Johansson E, et al. Anovulation, inadequate luteal phase and poor sperm penetration in cervical mucus during prolonged use of Norplantâ implants. *Contraception* 1995; 31 (3): 261-73.
11. Brache V, Alvarez-Sánchez F, Faundes A, et al. Ovarian endocrine function through five years continuous treatment with Norplantâ subdermal contraceptive implants. *Contraception* 1990; 41: 169-77.
12. Faundes A, Cochon L, Brache V, et al. Ovulatory dysfunction during continuous administration of low-dose levonorgestrel by subdermal implants. *Fertil Steril* 1991; 56: 27-31.



13. Shaaban MM, Ghaneimah SA, Segal S, et al. Sonographic assessment of ovarian and endometrial changes during long-term Norplantâ use and their correlation with hormonal levels. *Fertil Steril* 1993; 59: 998-1002.
14. Croxatto HB, Diaz S, Salvatierra AM, et al. Treatment of Norplantâ subdemal implants inhibits sperm penetration through cervical mucus in vitro. *Contraception* 1987; 36 (2): 193-201.
15. Mosby's Complete Drug reference 7th edition. Levonorgestrel. St. Louis: Mosby. 1997.
16. Eilers GM, Swanson TK. Women's satisfaction with Norplantlâ, as compared with oral contraceptives. *J Fam Pract* 1994; 38 (6): 596600.
17. Ruminjo JK, Amatya RN, Dunson TR, Krueger SL, Chi-I. Norplantâ, implants acceptability and user satisfaction among women in two African countries. *Contraception* 1996; 53(2): 101-7.
18. Noerpramana NP. A cohort study of Norplantâ implant: Side-effects and acceptance-*Adv Contracept* 1995; 11 (2): 97-114.
19. Sihvo S, Ollila E, Hemminki E. Perceptions and satisfaction among Norplantâ users in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74(6): 441-5.
20. Rehan N, Imayatullah A, Chaudhary I. Norplantâ: User's perspective in Pakistan. *Adv Contracept* 1999; 15(2): 95-107.
21. Clarke LL, Schmitt K, Bono CA, Steele J, Miller MK. Norplantlâ, selection oral satisfaction among low-income women. *Am J Public Health* 1998; 88(8): 1175-81.
22. Argina H, Lukman HY. Norplantâ implants in Ethiopia. *East Afr Med J* 1997; 74 (4): 258-62.
23. Haugen MM, Evans CB, Kin MH. Patient satisfaction with levonorgestrel-releasing contraceptive implant. Reasons for and patterns of removal. *J Reprod Med* 1996; 41 (11): 849-54.
24. Llanos-Zavalaga F, Rosas-Aguirre A, Mendoza Reguera D, Contreras Ríos C. Comparación de las escalas de Likert y vigesimal para la evaluación de satisfacción de atención en un hospital del Perú. *Rev Med Herediana* 2001; 12 (2): 52-7.
25. Balarezo GN. Características y experiencia en el uso de las aceptantes del método anticonceptivo Norplantâ en Lima, Perú. Tesis para optar el grado de maestro en Salud Pública con mención en Salud y Población. Lima-U.P.C.H., 1992.
26. Mauricio PJ, Núñez PJ, Maradiegue ME. Experiencia con el implante de levonorgestrel en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Ginecol Obstet (Perú)* 1995; 41 (1).
27. Fraser IS, Tiitinen A, Affandi B, et al. Norplantâ consensus statement and background review. *Contraception* 1998; 57: 1-9.
28. Ortayli N. User's perspective on implantable contraception for women. *Contraception* 2002; 65 (1): 107-11.
29. Glantz S, Glantz JC, Campbell-Heider N, Schaff E. Norplantâ use among urban minority women in the United States. *Contraception* 2000; 61 (2): 83-90.
30. Choompootaweep S, Kochagarn E, Sirisumpan S, et al. Effectiveness of Norplantâ implants among Thai Women in Bangkok. *Contraception* 1996; 53 (1): 33-6.
31. Ba MG, Moreau JC, Sokal D, Dunson R, Dao B, Kovedow D, Diadhiou F. A5-year clinical evaluation of Norplantâ implants in Senegal. *Contraception* 1999; 59(6): 377-81.
32. Chetri M, Bhatta A, Amatya RN, et al. Five-year evaluation of safety, efficacy and acceptability of Norplantâ implants in Nepal. *Adv Contracept* 1996; 12 (9): 187-99.



33. Shoupe D, Mishell DR Jr, Bopp BL, et al. The significance of bleeding patterns in Norplantâ implant user's. *Obstet Gynecol* 1001; 77(2): 256-60.

1 Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
Servicio de Planificación Familiar

Correspondencia

Dr. Juan Pretell Mazzini.
Calle Pasteur 1321. Lince