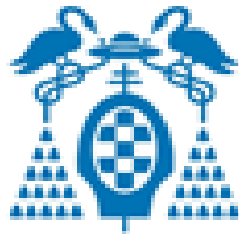


**IV MÁSTER EN ANTICONCEPCIÓN Y SALUD SEXUAL Y
TRABAJO FIN DE MÁSTER**



**Universidad
de Alcalá**

**PERFIL DE LA USUARIA DE IMPLANTE Y
RELACIÓN DEL PATRÓN DE SANGRADO CON
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y
EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS MISMAS.**



MARÍA PILAR CALVO CAROD

Año 2015

HCU Lozano Blesa, Zaragoza

Previo a la exposición del trabajo me gustaría expresar mi agradecimiento a todo equipo de Ginecología del Centro de Especialidades Inocencio Jiménez, que ha colaborado en la realización y que me ha aportado sus conocimientos y experiencias personales, en especial al Dr. José Vicente González Navarro y la Dra. Sira Repollés Lasheras, sin cuya guía no hubiese sido posible llevar a cabo este trabajo.

Gracias

ÍNDICE

1. Introducción	1
1.1. Consejo anticonceptivo y situación de la anticoncepción en España	1
1.2. Anticonceptivos sólo gestágenos (ASG)	2
1.3. Criterios de elegibilidad.....	3
1.4. Presentaciones del implante subdérmico.....	3
2. Objetivos.....	5
3. Material y métodos.....	6
4. Resultados.....	8
4.1. Perfil usuaria implante subdérmico	8
4.2. ¿Existen relación entre el patrón de sangrado y alguna de las variables estudiadas?.....	11
5. Discusión	15
6. Conclusiones	18
7. Bibliografía.....	19

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CONSEJO ANTICONCEPTIVO Y SITUACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN EN ESPAÑA

La anticoncepción tiene como objetivo permitir a las mujeres y hombres un control sobre la natalidad, así como la oportunidad de decidir el momento que consideren oportuno para ser padres, ofreciéndoles una variedad de métodos que sean eficaces y fáciles de utilizar, adecuándolos a las características de cada paciente. (1)

El derecho a la información y prestación en métodos anticonceptivos es uno más de los derechos humanos, dentro del apartado de los denominados derechos sexuales y reproductivos. (2)

Los métodos anticonceptivos continúan evolucionando para poder adaptarse a los cambios sociales y adecuarse a los nuevos requerimientos de las usuarias, dando lugar a lo que se conoce como “ la anticoncepción a la carta”. (3)

Atendiendo a los datos de la Encuesta SEC de utilización de métodos anticonceptivos en España en 2014(4), el 83% de las mujeres sexualmente activas utilizan algún método anticonceptivo. El más utilizado en todas las franjas de edad continúa siendo el preservativo (31,3%) seguido de anticoncepción hormonal combinada (20,7%), métodos irreversibles(12,7%) y LARC (6,7%). Realizando la comparativa con la VII Encuesta Daphne Schering Pharma de 2011(6), las cifras siguen siendo muy similares (**Tabla 1**) :

	DAPHNE 2011	SEC 2014
Preservativo	35,6%	31,3%
Píldora	16,3%	16,2%
Doble método	1,3%	1,3%
DIU	5,2%	6,1%
Vasectomía pareja	5,7%	7,2%
Ligadura tubárica	3,3%	5,5%
Otros (anillo, parche, implante,..)	5,3%	5,4%
Coitus interruptus	2,2%	0,8%
Naturales	0,3%	0,1%

Tabla 1. Métodos anticonceptivos en la población española: comparación Encuesta Daphne Schering Pharma de 2011- Encuesta SEC 2014.

1.2. AC SÓLO GESTÁGENOS (ASG)

La eficacia anticonceptiva de los métodos hormonales reside fundamentalmente en el componente gestagénico a través de diferentes mecanismos de acción (6):

- Inhibición de la secreción de gonadotrofinas a nivel del eje hipotálamo hipofisario impidiendo a nivel ovárico la maduración del folículo y la ovulación (inhibición de la ovulación).
- Transformación con aumento de la densidad del moco cervical circunstancia que dificulta el paso de los espermatozoides.
- Disminución de la motilidad tubárica

Los anticonceptivos con sólo gestágeno pueden ser utilizados por cualquier mujer que los demande, dada su alta eficacia anticonceptiva. Resultan especialmente útiles en aquellos casos en los que los estrógenos están contraindicados por razones médicas, en la lactancia o cuando la mujer desea un método de larga duración.

Podemos encontrarlos en todas las formas de presentación: oral, subdérmica, inyectable y como dispositivo intrauterino. El nivel de eficacia es alto en todas ellas, con un índice de Pearl inferior a la unidad. **Tabla 2.**

	Índice de Pearl	Índice de Pearl
Método anticonceptivo	Efectividad(uso habitual)	Eficacia(uso perfecto)
Píldora sólo gestágeno	5-10	0,4
Inyectable	3	0,3
Implante subdérmico	0,05	0,05
DIU-LNG	0,1	0,1

Tabla 2: Índice Pearl anticonceptivos sólo gestágeno

El Implante subdérmico y el DIU de LNG muestran dos ventajas adicionales respecto a las otras formas de presentación: podemos etiquetarlos de LARC o métodos de larga duración, y además no dependen de la usuaria, por lo que la efectividad y la eficacia son equiparables.

Entre los efectos no deseados, encontramos : cefaleas, cambios en el peso, acné y otros síntomas androgénicos debidos a la disminución de los niveles de SHBG libre, cambios de humor, alteraciones psicológicas, náuseas, mastodinia , dolor abdominal

,quistes funcionales de ovario y alteraciones del patrón de sangrado, siendo este último el más frecuente y una de las principales causas de abandono del método.(7,8.9)

Resulta fundamental realiza un correcto consejo anticonceptivo desde las consultas de Planificación familiar, previniendo a las usuarias de las posibles alteraciones en el patrón de sangrado, para lograr una mayor adherencia al método. (10)

1.3. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

En la consulta de Planificación familiar, el primer paso y el más importante, es realizar una adecuada anamnesis; se realizará de forma sistemática una toma de TA y, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la paciente y los criterios de elegibilidad de la OMS. (11) podremos realizar un adecuado consejo anticonceptivo: (**Tabla 3**)

CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO	CON CRITERIO CLÍNICO LIMITADO
1	Use el método en cualquier circunstancia	SI (use el método)
2	En general, use el método	SI (use el método)
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados	NO (no use el método)
4	No se debe usar el método	NO(no use el método)

Tabla 3: Criterios de elegibilidad OMS

1.4. PRESENTACIONES DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO:

- **Jadelle®:**

El producto contiene dos implantes para inserción subdérmica. Cada implante contiene 75 mg de levonorgestrel. La tasa de liberación de levonogestrel es de aproximadamente de 100 µg/día en el primer mes siguiente a la inserción, para

disminuir a aproximadamente 40 µg/día al cabo de 1 año, 30 µg/día después de 3 años y alrededor de 25 µg/día después de 5 años.

Los implantes son cilindros flexibles de color blanco o blanquizco, sellados, de unos 43 mm de longitud y 2,5 mm de diámetro.

Jadelle® es un método anticonceptivo para uso a largo plazo (hasta 5 años) . (12)

- **Implanon®:**

Un implante contiene 68 mg de etonogestrel; la velocidad de liberación es 60-70 µg/día en las semanas 5 a 6 y disminuye aproximadamente: hasta 35-45 µg/día al final del primer año, a 30-40 µg/día al final del segundo año y a 25-30 µg/día al final del tercer año. Implante subdérmico.

Varilla flexible no biodegradable de color blanco a blanquecino.

Implanon® es un anticonceptivo de larga duración, en forma de implante (1 varilla) para insertar por vía subdérmica, con una duración de 3 años. (13)

2. OBJETIVOS

- Identificar variables sociodemográficas y epidemiológicas de las usuarias de implante subdérmico y las razones que las llevan a elegirlo como método anticonceptivo y a retirarlo.
- Identificar los patrones de sangrado de las usuarias
- Analizar si existe relación entre el patrón de sangrado y las variables estudiadas.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de estudio retrospectivo, transversal y analítico, que pretende, en primer lugar, establecer el perfil demostrar la existencia de relación entre el patrón de sangrado y determinadas variables epidemiológicas y sociodemográficas de las usuarias de implante subdérmico.

El tamaño muestral utilizado ha sido de 203 pacientes portadoras de implante (86 Jadelle® y 117 Implanon®), atendidas en la Consulta de Planificación Familiar del Centro de Especialidades Inocencio Jiménez de Zaragoza, y en las consultas del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, entre 2005 y 2015. Los datos se han obtenido del Registro de Historias clínicas del hospital y del Centro de Especialidades Inocencio Jiménez, de la historia clínica informatizada (HP Doctor 2.21, Hewlett-Packard Española S.A. y OMI-AP).

No han sido seleccionadas todas las pacientes portadoras de implante por falta de datos relevantes para el estudio que no se encontraban reflejados en la historia clínica.

Para realizar la base de datos se ha utilizado Microsoft Excel 2010, y para el posterior análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS versión 15.0. (SPSS Inc., Chicago, United States).

Las variables empleadas en la elaboración de la base de datos han sido:

1. Edad en el momento de inserción del implante
2. Gestaciones
3. Número de partos/abortos/cesáreas/hijos nacidos vivos.
4. Talla y peso → Índice de masa corporal (IMC)
5. Nacionalidad
6. Motivo de inserción : se ha dividido en 5 grupos que atienden a:
 - Comodidad: entre los motivos expuestos por las pacientes constan el hecho de que no sea necesario recordar la toma de una píldora o el recambio en cortos periodos de tiempo, así como el rápido retorno a la fertilidad.
 - Eficacia: superior al 99%. La revisión de once estudios internacionales demostraron que el índice de Pearl es 0.00 (IC 95% 0.00-0.20) (14)
 - Causa médica: contraindicaciones para el uso de estrógenos, deficiencia mental y patología psiquiátrica
 - Consejo médico/matrona

- Satisfacción de otra usuaria: Un de 2011 ha demostrado que ocho de cada 10 mujeres que usa el implante están satisfechas o muy satisfechas con él (15)
7. Motivo de retirada: patrón de sangrado, caducidad/cambio, caducidad/otro método, deseo gestacional, otros (aumento de peso, acné, causa médica: aumento enzimas hepáticas 1 caso ...), caducidad sin precisar qué método anticonceptivo iban a utilizar a continuación.
8. Tipo de Implante : Jadelle® o Implanon®
9. Patrón de sangrado: utilizando la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que propuso en el año 1997 la utilización de los periodos de referencia de noventa días en lugar del ciclo clásico de veintiocho días:
- Amenorrea: No sangrado.
 - Sangrado infrecuente: menos de dos episodios de sangrado o manchado.
 - Sangrado frecuente: más de cuatro episodios de sangrado o manchado.
 - Sangrado regular: tres episodios de sangrado o manchado de unos cinco días de duración cada uno.
 - Sangrado irregular: diferencia entre el intervalo libre de sangrado más corto y más largo es mayor de diecisiete días.
 - Sangrado prolongado: al menos un episodio de sangrado o manchado de diez o más días de duración.

Para establecer si existe asociación entre el patrón de sangrado y el resto de las variables, se ha realizado el análisis de los datos utilizando el estadístico Chi cuadrado, considerando significativas aquellas diferencias cuya $p < 0,05$. Para medir la fuerza de asociación entre las variables, se ha utilizado como estadístico Phi, considerando una asociación débil si el valor oscila entre 0-0.30, asociación moderada si el valor oscila entre 0,30 y 0,70 y asociación fuerte si se encuentra entre 0,70 y 1. A continuación, para establecer cuáles son las categorías dentro de cada variable responsables de las diferencias, utilizamos los residuos tipificados corregidos, considerando significativos aquellos con un valor $> 1,96$.

4. RESULTADOS

4.1. PERFIL USUARIA IMPLANTE SUBDÉRMICO

El estudio muestra que de las 203 pacientes incluidas, 117 eran portadoras de Implanon® (57,6%). La media de edad de las usuarias era de 31,89 años, oscilando las edades entre 14 y 50 años, y existiendo un mayor porcentaje de utilización entre los 36 y los 40 años. **Gráfico 1**

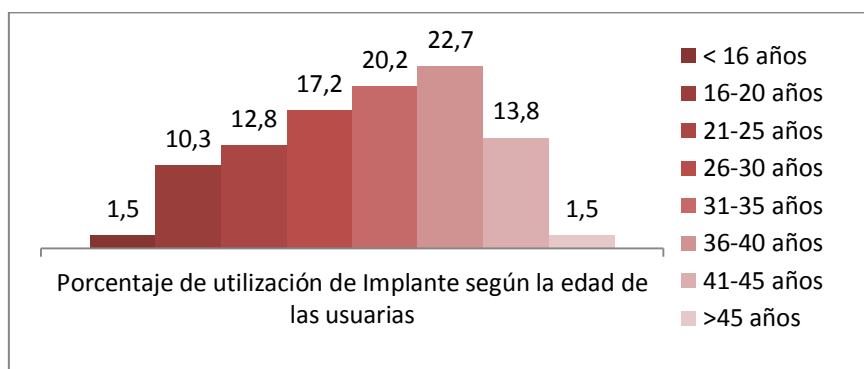


Gráfico 1. Porcentaje de utilización de Implante según la edad de las usuarias por quinquenios.

En relación al índice de masa corporal (IMC) el 68% de las pacientes tenían un peso normal, con un IMC de entre 18 y 25. Un 22,7% presentaban un IMC menor de 18, suponiendo el sobrepeso leve y la obesidad menos de un 10%. **Gráfico 2**

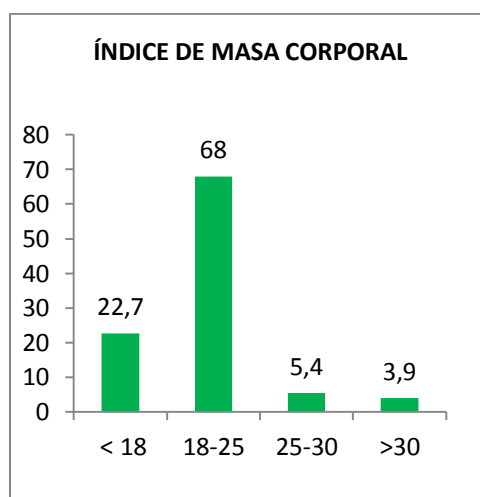


Gráfico 2. Distribución IMC en las usuarias de Implante subdérmico

Respecto a la paridad, un 73,9% de las usuarias tenían, al menos, un hijo, siendo esto lo más frecuente con un 34% de los casos. Un 14,3% de las usuarias de implante se habían sometido, al menos, a una cesárea. **Gráfico 3**

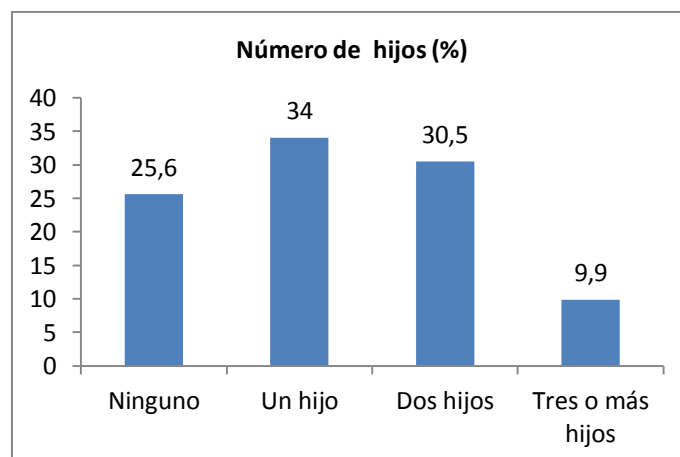


Gráfico 3. Número de hijos de las portadoras de Implante.

Respecto a la nacionalidad, la gran mayoría de las usuarias eran españolas, representando el 61,4% de las pacientes incluidas en el estudio (67,5% europeas), seguidas de un 24,5% de sudamericanas. No se encontró ninguna paciente asiática.

Gráfico 4

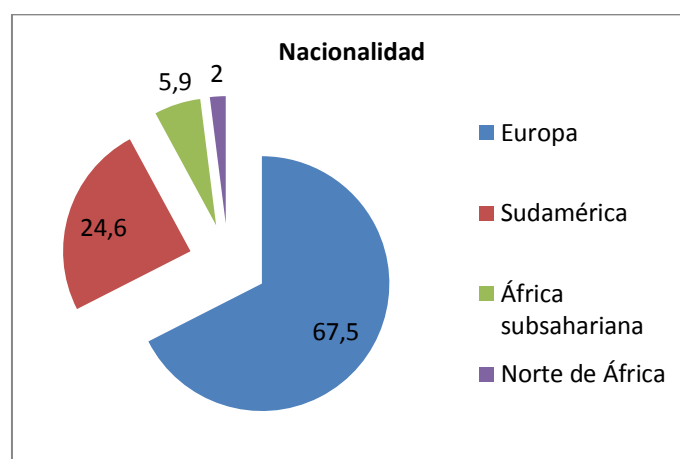


Gráfico 4: Variable nacionalidad

Entre los motivos de inserción del implante subdérmico como método anticonceptivo, el más frecuente, con un 38,9% de los casos fue la comodidad, seguida de la indicación por causa médica en un 22,2% de los casos. **Gráfico 5**

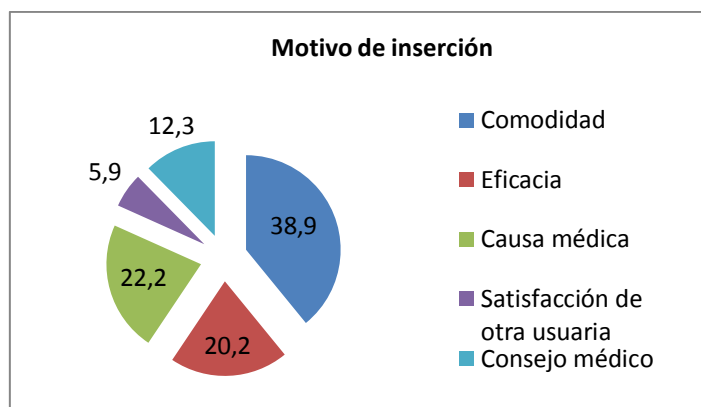


Gráfico 5: Variable motivo de inserción

Del total de pacientes estudiadas, 88 todavía llevan el implante subdérmico. El motivo más frecuente de retirada fue la caducidad/ recambio (29,1%) seguido por el patrón de sangrado mal tolerado (11,8%), la caducidad/ cambio de método (5%), aparición de otros síntomas mal tolerados como el acné (4%), la caducidad sin especificar cuál era la causa del cese de la utilización de implante (3,5%) y en última instancia el deseo gestacional (3,4%) . Hay que recalcar que el motivo de retirada del implante más frecuente, previo a la caducidad del mismo, fue el patrón de sangrado, ya que, del 27,5% de las pacientes se lo retiraron antes de la caducidad , 11,8% fue por este motivo . Del total de pacientes que se retiran el implante por el patrón de sangrado (24), 5 lo hicieron por amenorrea, 6 por sangrado frecuente, 2 por sangrado infrecuente y 11 por sangrado prolongado. **Gráfico 6**

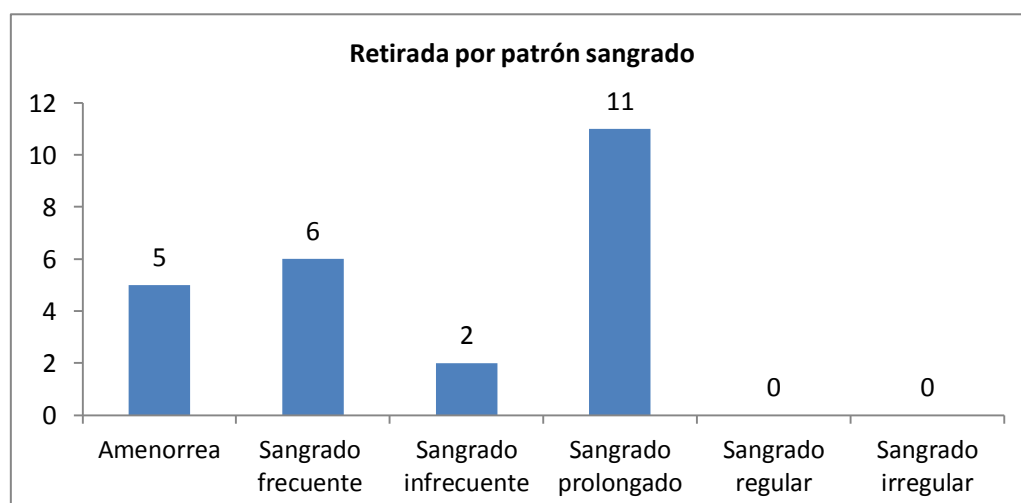


Gráfico 6: Patrones de sangrado que motivan la retirada por discomfort

Respecto al patrón de sangrado encontrado en la población a estudio, observamos que el más frecuente fue la amenorrea, con un 25,1% de las pacientes y el que menos

presentaban nuestras pacientes fue el sangrado frecuente (9,9%). Un 3,9% de las pacientes no acudieron a control postinserción. **Gráfico 7**

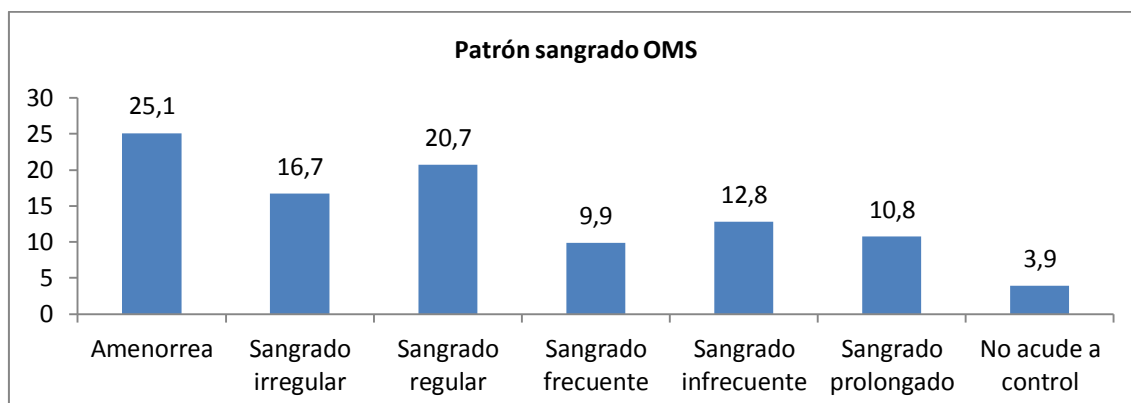


Gráfico 7: Patrón sangrado OMS.

4.2. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN DE SANGRADO Y ALGUNA DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS?

En primer lugar he analizado si la edad de la paciente podría tener relación con el patrón de sangrado que presentan, obteniendo que no existen diferencias estadísticamente significativas(Chi cuadrado: 41,677 ; $p= 0,485$). En menores de 25 años hay una mayor prevalencia de amenorrea, mientras que en el resto de franjas de edad predomina el sangrado regular. **Gráfico 8**

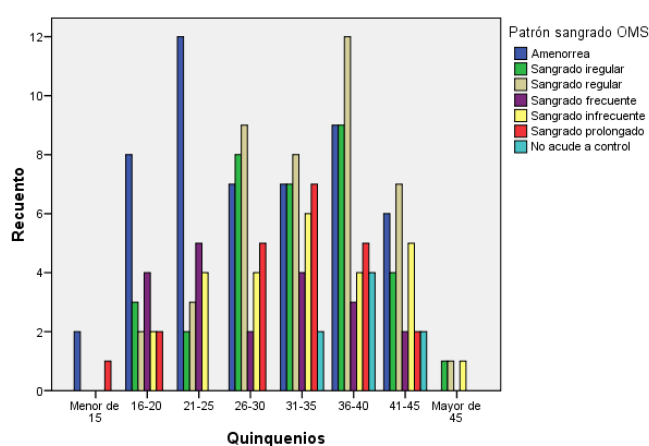


Gráfico 8: Distribución patrón sangrado según edad

La segunda variable que he relacionado con el patrón de sangrado ha sido el IMC, obteniendo que no existen diferencias significativas, y que por tanto no hay asociación entre ellas (chi cuadrado: 25,608 ; $p= 0,109$). **Gráfico 9.**

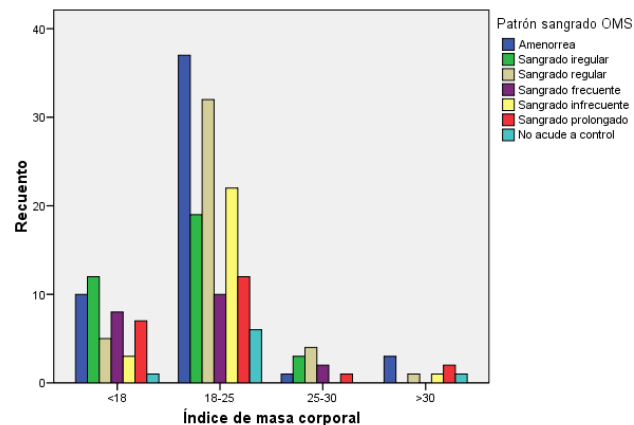


Gráfico 9: Patrón de sangrado según IMC

La tercera relación establecida ha sido entre haber tenido o no hijos previos a la inserción del implante, y el patrón de sangrado con implante, obteniendo que sí existen diferencias significativas con un nivel de asociación moderado (Chi cuadrado : 32,178 , $p=0,00$; Phi= 0,398 , $p=0,00$). Mediante el análisis de los residuos tipificados corregidos hemos conseguido averiguar las categorías responsables de que existan diferencias ; que en este caso son: amenorrea con no tener hijos(3,6) , sangrado frecuente y no tener hijos (3,6) y sangrado regular con tener al menos un hijo (2).

Gráfico 10

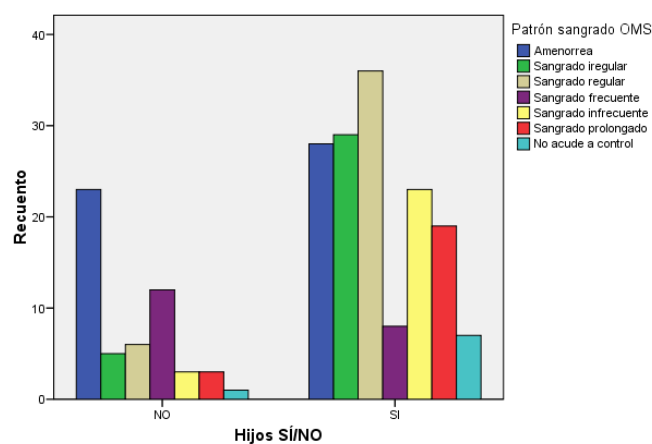


Gráfico 10: Patrón de sangrado- Hijos Sí/No

En cuarto lugar, se ha analizado si existe relación entre haber sido sometida a cesárea y el patrón de sangrado con el implante , obteniéndose que no existen diferencias estadísticamente significativas (Chi cuadrado: 4,347 , $p=0,630$). En las pacientes sometidas a cesárea se observa una mayor prevalencia de amenorrea. **Gráfico 11**

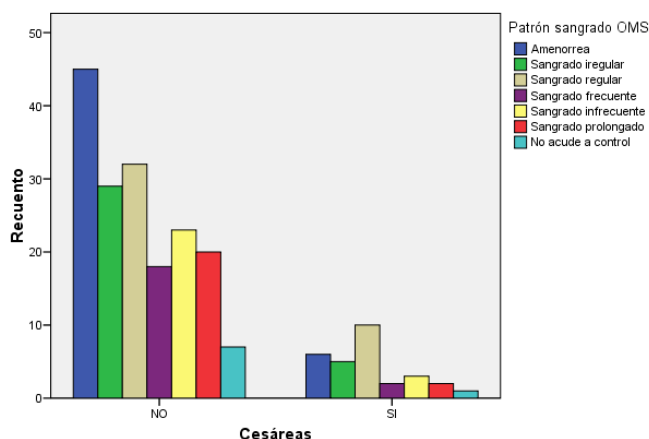


Gráfico 11: Patrón de sangrado y cesáreas.

En quinto lugar se ha estudiado si existe relación entre la nacionalidad de las pacientes y el patrón de sangrado con implante, observando que no existen diferencias estadísticamente significativas (chi cuadrado: 19,433 ; $p=0,366$). **Gráfico 12**

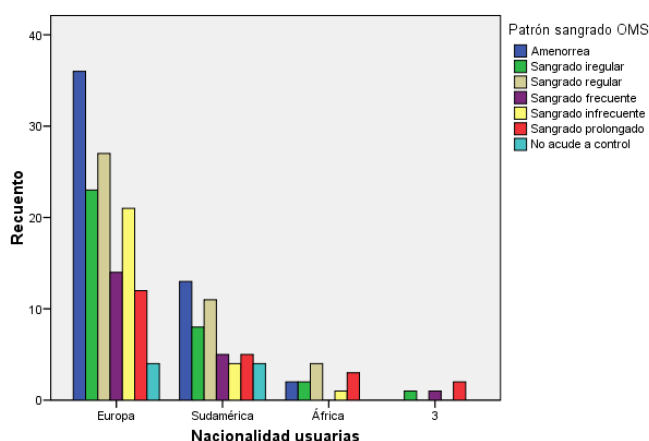


Gráfico 12: Patrón de sangrado y nacionalidad.

La última variable que he relacionado con el patrón de sangrado ha sido el tipo de implante de las pacientes, obteniendo que no existen diferencias significativas (Chi cuadrado: 11,183 , $p=0,08$). Se observa una mayor prevalencia de amenorrea entre las portadoras de Implanon®. **Gráfico 13**

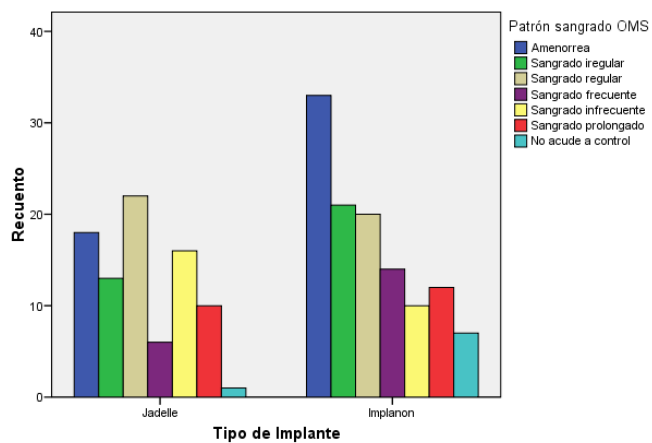


Gráfico 13: Tipo de implante y patrón de sangrado.

5. DISCUSIÓN

El perfil de las usuarias de implante analizadas en este estudio es similar al de otros estudios (16,17): Mujer de 31,89 años de media, con un IMC comprendido entre 18 y 25, al menos un hijo, que solicitaron el implante por comodidad y que, si se lo retiran antes de tiempo, es fundamentalmente por problemas con el patrón de sangrado. En el estudio realizado, se observa que los patrones de sangrado que originan más disconfort en las pacientes y que motivan su retirada fueron amenorrea, sangrado frecuente y sangrado prolongado, hallazgos similares a los encontrados en otros estudios.(18,19)

La alta eficacia anticonceptiva del Implante subdérmico queda patente en este estudio, en el que se han registrado 0 embarazos en portadoras de Implante, no ha habido ninguna retirada por gestación en curso, dado que esta es una causa de retirada del mismo. (12)

En cuanto a la posible relación entre diferentes variables epidemiológicas y sociodemográficas con el patrón de sangrado, solamente se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el caso de haber tenido hijos o no previamente a la inserción del implante. No he encontrado bibliografía con hallazgos similares en las bases de datos habituales (Pubmed, Cochrane). Sin embargo, he encontrado un estudio en el que queda reflejado que las pacientes con obesidad sufren menos alteraciones en el patrón de sangrado respecto a aquellas con normopeso, y por lo tanto se retiran en menor porcentaje el implante por dicho motivo.(20)

En otro estudio queda patente que no existe relación entre el patrón de sangrado y las siguientes variables: edad, raza, IMC, paridad, anticoncepción previa. (21) En la relación de algunas variables con el patrón de sangrado, como la edad, pese a no presentar diferencias estadísticamente significativas, sí presentan diferencias importantes en la frecuencia, y, quizá, aumentado el tamaño muestral podríamos llegar a encontrar significación.

Las principales limitaciones del estudio para conseguir una adecuada validez interna y externa son: pequeño tamaño muestral y la no aleatorización de la muestra por la falta de datos relevantes para el estudio. No se ha llevado a cabo una recogida sistemática de los datos, ya que, al tratarse de un estudio retrospectivo, no se han podido rescatar aquellos datos que no constaban en la historia clínica. Este ha sido uno de los

principales inconvenientes, bien por olvidos, falta de tiempo en consulta por la presión asistencial o por no considerar necesario que ciertos datos epidemiológicos tales como la estatura o la nacionalidad consten en la historia clínica.

Resulta fundamental realizar un adecuado consejo anticonceptivo, conocer los criterios de elegibilidad de la OMS y advertir a las pacientes de las posibles variaciones en el patrón de sangrado, para conseguir una mayor adherencia al método y disminuir las tasas de abandono del mismo. También los profesionales debemos formarnos adecuadamente en anticoncepción, saber realizar una correcta inserción del implante y conocer el momento adecuado para hacerlo, evitando de este modo embarazos indeseados. (22)

Se observa que la tasa de retirada de implantes se relaciona en un porcentaje nada despreciable con el patrón de sangrado, y que los sangrados peor tolerados según la literatura son sangrado irregular, sangrado frecuente y sangrado prolongado, mientras que la amenorrea, el sangrado infrecuente y regular son, en general, bien tolerados. (21). En el estudio se mantienen como peor tolerados sangrado prolongado y frecuente, mientras que el irregular no motiva ninguna retirada, y la amenorrea se encuentra entre los mal tolerados.

En la muestra estudiada, los implantes sólo han sido recetados e insertados por ginecólogos. Convendría ampliar el abanico de posibilidades a la Atención Primaria para conseguir mayor adhesión al método y reducir la demora de las consultas de Planificación Familiar, lo que llevaría a una mayor satisfacción de las usuarias y a una disminución del número de embarazos no deseados. (23,24)

De cara a futuros estudios resultaría interesante que fuesen multicéntricos, con un mayor número de pacientes, y que se hiciese una recogida sistemática de los datos de forma retrospectiva y prospectiva, para asegurar un correcto seguimiento. La elaboración de encuestas para valorar el estado previo y el nivel de satisfacción de las usuarias una vez insertado el implante, sería de gran utilidad. Para ello se deberían recoger datos de interés como: nivel de estudios, situación laboral, estado civil, lugar de residencia, religión, nivel de actividad sexual previa y posterior, deseo sexual pre y postinserción, utilización de anticoncepción previa, si han recibido una correcta información sobre el método anticonceptivo, enfermedades concomitantes, patrón de sangrado previo a la inserción de implante, consumo de tabaco y/o alcohol, toma de

Fármacos, etc. Todo ello nos ayudaría a establecer un perfil de usuarias más completo, y poder realizar una comparación entre los datos obtenidos antes de la inserción del implante y posteriormente.

6. CONCLUSIONES

- La edad media de las usuarias de Implante en la comunidad estudiada es de 31,89 años, siendo el grupo más numeroso el comprendido entre 36 y 40 años. El grueso de la población estudiada(68%) tenía un IMC entre 18 y 25, representando el sobrepeso y la obesidad menos del 10%.
- Respecto a la paridad, el 73,9% de las pacientes tenían, al menos, un hijo. El 34% de las pacientes tenían sólo un hijo, siendo esto lo más frecuente.
- Respecto a los motivos de inserción, la comodidad fue el más frecuente(38,9%) , seguido de causa médica(22,2%). Un amplio porcentaje de las usuarias de implante por causa médica, lo hacían por deficiencia mental o trastorno psiquiátrico y tenían una baja tasa de abandono del método , por lo que es una buena opción anticonceptiva en este grupo de pacientes.
- Respecto a la retirada, el 43,4% de las pacientes todavía no se lo han retirado, el 37,6% lo hicieron por caducidad del dispositivo, y el 29,1% se insertó un nuevo implante. Cabe destacar que , del total de pacientes que se retiraron el dispositivo por un motivo diferente al recambio (27,5%), el 11,8% lo hicieron por discomfort con el patrón de sangrado, siendo los peor tolerados amenorrea, sangrado frecuente y sangrado prolongado. Resulta fundamental un adecuado consejo anticonceptivo desde la consulta, informando de las posibles alteraciones en el patrón de sangrado para conseguir mayor adhesión al método y reducir la tasa de retirada por este motivo.
- En el estudio queda demostrada la altísima eficacia del método, ya que no se ha detectado ningún caso de embarazo durante la utilización del mismo.
- En cuanto a la relación entre el patrón de sangrado y las variables analizadas, solamente se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con el hecho de tener hijos o no tenerlos. Con un nivel de asociación moderado. Las categorías responsables de que existan diferencias son: amenorrea-no hijos, sangrado –no hijos y sangrado regular- al menos un hijo.
- Convendría realizar estudios con un tamaño muestral mayor y con un mayor número de variables, para tratar de encontrar nuevas variables que estuviesen asociadas al patrón de sangrado.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. PROSEGO. Protocolos Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Anticoncepción sólo con gestágenos 2006
2. Guía Clínica de la Sociedad Española de Contracepción. Anticoncepción Hormonal Combinada Consenso de un grupo de expertos. Septiembre 2008
3. Pérez E., García J. Anticonceptivos orales. En: Palacios S., Salud y Medicina de la mujer. Madrid: Ediciones Harcourt, 97-112, 2001
4. Encuesta SEC de métodos anticonceptivos 2014. Disponible en: http://sec.es/descargas/EN_AnticoncepcionSEC2014.pdf
5. VII Encuesta Daphne Schering Pharma de 2011 disponible en: [http://www.acaive.com/vii-encuesta-bayer-de-anticoncepcion-en-espana-equipo-daphne/publicaciones/\)\)\)\)\)](http://www.acaive.com/vii-encuesta-bayer-de-anticoncepcion-en-espana-equipo-daphne/publicaciones/))))))
6. Speroff L., Glass R.H. y Kase N.G. Anticoncepción. En: Speroff L., Glass R.H. y Kase N.G. Endocrinología ginecológica e infertilidad. Madrid: Waverly Hispánica S.A., 831-1010, 2000
7. Protocolo Anticoncepción Sólo Gestágenos. SEC 2013.
8. Continuation rates of subdermal contraceptive Implanon(®) and associated influencing factors. Teunissen AM, Grimm B, Roumen FJ. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2014 Feb;19(1):15-21
9. A three-year comparative study of continuation rates, **bleeding** patterns and satisfaction in Australian women using a **subdermal contraceptive implant** or progestogen releasing-intrauterine system. Weisberg E, Bateson D, McGeechan K, Mohapatra L. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2014 Feb;19(1):5-14.
10. Management of etonogestrel subdermal implant-related bleeding. Casey PM, Long ME, Drozdowicz LB, Marnach ML, Weaver AL. J Reprod Med. 2014 May-Jun;59(5-6):306-12.
11. Criterios médicos para la elección de método anticonceptivo. OMS. 4º Edición. 2009. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/es/
12. Ficha técnica Jadelle®
13. Ficha técnica Implanon®
14. The contraceptive efficacy of Implanon®: a review of clinical trials and marketing experience. Graesslin O, Korver T. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2008 ;13(S1):4-12.

15. Continuation and satisfaction of reversible contraception. Peipert JF, Zhao Q, Alsworth JE et al. *Obstet Gynecol* 2011; 117; 1105-13.
16. Sociodemographic characteristics of users of the contraceptive implant releasing etonogestrel. Rosales Aujang E, González Roque MG. *Ginecol Obstet Mex.* 2009 Mar;77(3):136-41. Spanish.
17. Postabortion Initiation of Long-Acting Reversible Contraception by Adolescent and Nulliparous Women in New Zealand. Rose SB, Garrett SM. *J Adolesc Health.* 2015 Nov
18. Continuation rates of the subdermal contraceptive Implanon(®) and associated influencing factors. Teunissen AM, Grimm B, Roumen FJ. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2014 Feb;19(1):15-21.
19. Bleeding related to etonogestrel subdermal implant in a US population. Casey PM, Long ME, Marnach ML, Bury JE. *Contraception.* 2011 May;83(5):426-30.
20. Association of body mass index with removal of etonogestrel subdermal implant. Casey PM, Long ME, Marnach ML, Fleming-Harvey J, Drozdowicz LB, Weaver AL. *Contraception.* 2013 Mar;87(3):370-4.
21. Bleeding related to etonogestrel subdermal implant in a US population. Casey PM, Long ME, Marnach ML, Bury JE. *Contraception.* 2011 May;83(5):426-30.
22. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008 Jun;13 Suppl 1:13-28.
23. A successful approach to long-acting contraceptive implants in primary care. Jeffreys LA, Clark AL. *Contraception.* 2012 Apr;85(4):381-3.
24. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. Arribas-Mir L, Rueda-Lozano D, Agrela-Cardona M, Cedeño-Benavides T, Olvera-Porcel C, Bueno-Cavanillas A. *Contraception.* 2009 Nov;80(5):457-62.