

Título del trabajo

CALIDAD DE VIDA EN LAS USUARIAS CANARIAS DE IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO

Autores. Centro de trabajo

Sara Sánchez Suárez. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife (HUNSC).

Lourdes Roldán Gutiérrez. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas (CHUIMI).

Resumen y palabras clave

Subdermal implant, long-acting reversible contraception, quality of life, continuation rates, bleeding patterns

Introducción

Uno de los objetivos más importantes en la salud de la mujer desde la antigüedad ha sido evitar los embarazos no deseados. En la actualidad se sabe que las usuarias de métodos anticonceptivos no sólo los utilizan por la protección anticonceptiva, principal motivo de inicio en más del 80% de los casos, sino también por sus beneficios adicionales como regular el ciclo menstrual y/o alivio de síntomas menstruales con el fin de mejorar la calidad de vida, sin que tampoco se vea afectada la esfera sexual.

Según el “World Contraceptive Report”, publicado por Naciones Unidas sobre el uso de anticonceptivos en el mundo en 2013, se observa como, en comparación con el resto de continentes, Europa presenta una alta prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y de métodos anticonceptivos modernos, además de la mayor prevalencia de uso de píldora y preservativo masculino. El uso de los métodos reversibles de larga duración (DIU + implante) en Europa se encuentra en un 12%, siendo en Asia del 17.9%¹.

La encuesta Daphne, que se realiza cada dos años en España, sobre la utilización de métodos anticonceptivos recoge en el año 2011 que más del 75% de las mujeres en edad fértil usaban algún método anticonceptivo. El preservativo es el método más utilizado en todas las franjas de edad constituyendo el 35.6% de toda la población encuestada, seguido de la píldora (16.3%), la vasectomía (5.7%), otros métodos

hormonales (anillo, parche, implante...) (5.3%), el DIU (5.2%), ligadura de trompas (3.3%), coito interrumpido (2.2%), doble método (1.3%) y métodos naturales (0.3%)².

Encontramos datos más recientes en la encuesta SEC sobre el uso de anticonceptivos en España del año 2014 en donde se ve que el 83% de las mujeres sexualmente activas utilizan métodos anticonceptivos. El preservativo continúa siendo en este año el método más utilizado en un 31.3%, aunque su uso desciende a medida que aumenta la edad, seguido de la píldora (16.2%), métodos irreversibles (12.7%) y métodos de larga duración (DIU + implante) (6.7%). El porcentaje de uso del implante anticonceptivo subcutáneo en esta encuesta es del 0.5%³.

Por lo tanto, observamos que actualmente y con el paso de los años, la anticoncepción hormonal continúa siendo el segundo método anticonceptivo más utilizado en nuestro país con claro predominio de la administración vía oral. Se objetiva un ligero incremento en el uso de métodos anticonceptivos de larga duración (DIU + implante) en los últimos años.

La anticoncepción con sólo gestágenos es una de las opciones anticonceptivas más utilizadas en nuestro país actualmente, ya que abarca una amplia variedad de posibilidades tanto en formas de presentación, vías de administración y composición. Comparten la presencia de un gestágeno como componente hormonal único que será el que confiera la eficacia anticonceptiva del producto y evita los efectos secundarios imputables al uso de estrógenos⁴.

Los anticonceptivos de sólo gestágenos inhiben la secreción del pico de LH, inhibiendo así la ovulación. Producen un espesamiento del moco cervical y atrofia del endometrio. También se describe una posible acción sobre el peristaltismo tubárico, disminuyendo el mismo e impidiendo la capacitación espermática.

Dentro de los métodos modernos actuales de sólo gestágenos y de larga duración se encuentran los implantes anticonceptivos subdérmicos. En la actualidad el implante tiene una prevalencia de uso en España de un 0.5% con un índice de Pearl (IP) del 0.05, frente a la anticoncepción hormonal combinada que tiene una prevalencia de uso del 16.2% y un IP 0.16³.

A pesar de que los implantes tienen una tasa de fallos muy baja es un método que se utiliza poco en España. El efecto secundario descrito con más frecuencia es la

alteración del patrón de sangrado. Se ha descrito que el sangrado frecuente y prolongado es la causa de más del 90% de los abandonos⁵.

No existe en la actualidad en la literatura ningún estudio que evalúe específicamente la calidad de vida de las pacientes con implante anticonceptivo subcutáneo. Intentamos acercarnos al motivo por el cual las mujeres en España y por extrapolación en Canarias, utilizan con más frecuencia otros métodos anticonceptivos como preservativo o píldora antes que el implante anticonceptivo subcutáneo.

En España el único cuestionario validado actualmente para la valoración de la calidad de vida de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos es el Cuestionario SEC-QoL⁶, elaborado y publicado por la Sociedad Española de Contracepción en 2011.

El objetivo de este estudio será evaluar el impacto sobre la calidad de vida en las usuarias del implante anticonceptivo subcutáneo, mediante el cuestionario específico SEC-QoL. Al mismo tiempo, se intentará conocer la prevalencia de continuidad y abandono del método así como el perfil sociodemográfico de las usuarias y los efectos secundarios del implante.

Material y método

Diseño. Población a estudio

Se ha diseñado un estudio descriptivo transversal a partir de los datos recogidos mediante encuestas telefónicas para evaluar la calidad de vida de las mujeres usuarias de implante anticonceptivo subcutáneo. El grupo de pacientes ha sido extraído de algunas de las consultas de Contracepción pertenecientes al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) de Tenerife y Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI) de las Las Palmas entre Enero 2012 y junio 2015. De esta forma, se obtuvo un tamaño muestral de 118 mujeres.

Las mujeres incluidas en el estudio eran portadoras del implante anticonceptivo subcutáneo tipo Implanon NXT[®] y no presentaban contraindicación para el uso del mismo. Además, se excluyeron aquellas pacientes con categorías 3 y 4 de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Según la OMS⁷, las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasificaron en una de las cuatro categorías siguientes: 1. Una condición para la que

no hay restricción para el uso del método anticonceptivo. 2. Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados. 3. Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método. 4. Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Las pacientes firmaron un consentimiento informado para la inserción del dispositivo y además se les informó verbalmente sobre los posibles cambios en el patrón menstrual.

El Implanon NXT® es una varilla única flexible, radiopaca, no biodegradable de 4 cm de longitud y 2 mm de diámetro. Cada implante contiene 68 mg de etonogestrel; la velocidad de liberación es aproximadamente de 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. La duración del tratamiento es de tres años. Dicho implante se coloca en la cara interna del brazo no dominante de forma subcutánea, a unos 8 cm del cóndilo del húmero, en los 5 primeros días del ciclo⁴. Confiere protección tras las primeras 24 horas postinserción y una vez extraído el implante se restablece la fertilidad, habiéndose comprobado la ovulación dentro de las 3 primeras semanas en más del 90% de las pacientes.

A todas las pacientes se les realizó una encuesta telefónica donde se registraron las siguientes variables: edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, situación laboral, estado civil, antecedentes obstétricos, peso (Kg) y talla (metros), fórmula menstrual previa, motivo de inicio del método, fecha de inserción, años de uso, fecha de retirada del dispositivo, motivo de retirada, fórmula menstrual durante la utilización del método y encuesta de calidad de vida, utilizando para ello el cuestionario SEC-QoL. Dicho cuestionario incluye 19 ítems con 5 categorías de respuesta tipo likert, agrupados en 5 factores o dimensiones⁶.

Para el cálculo de la calidad de vida de las pacientes con respecto al método anticonceptivo, se utilizó el siguiente algoritmo matemático publicado para tal fin por la SEC⁶: $[(\text{puntuación real} - \text{puntuación mínima}) / (\text{puntuación máxima} - \text{puntuación mínima}) \times 100]$. Para lo que se obtuvo en un primer momento la puntuación real de cada mujer sumando los puntos para cada uno de los 19 ítems; finalmente, se calculó la puntuación final del SEC-QoL, cuyo rango varió de 0 a 100, siendo las puntuaciones más cercanas a 100 las que definían mejor calidad de vida de las usuarias. Esto mismo se realizó para el cálculo de la puntuación final para cada una de las 5

dimensiones: social, menstrual, mama, psicológica y sexual. Se calculó también la Mínima Diferencia Importante (MDI), con su punto de corte en 3,4 a partir del cual se estima que la mujer ha incrementado su calidad de vida con el método actual respecto a métodos previos⁶.

Análisis estadístico

En un primer momento, se presentan las variables a estudio de forma resumida. Las variables continuas fueron resumidas mediante su media \pm desviación típica y para las variables categóricas mediante la frecuencia observada en porcentaje y su intervalo de confianza al 95%.

Para la comparación de medias se utilizó el test de la t de Student en el caso de ser variables continuas; mientras que las variables categóricas se compararon mediante el test de la Chi Cuadrado. En todos los casos se asumió normalidad dado que el tamaño muestral analizado así lo hacía posible.

Se calculó también la puntuación final de la escala de calidad de vida para cada mujer a partir de los ítems del cuestionario SEC-QOL, tanto ítem a ítem como para cada una de las 5 dimensiones del cuestionario. Se compararon las medias obtenidas durante el uso de otros métodos anticonceptivos respecto a las obtenidas con el implante. De esta forma, también se calculó la Mínima diferencia Importante (MDI); se compararon las MDI con métodos previos frente al implante.

Para cada uno de estos contrastes, se aceptó que las diferencias detectadas eran estadísticamente significativas cuando el valor de la p fue menor o igual a 0,05.

Todos los análisis han sido realizados con el paquete estadístico SPSS[®] versión 21.0

Resultados

De las 118 mujeres de la muestra, 96 respondieron telefónicamente a la entrevista. A las 22 restantes no se les pudo localizar. Finalmente hubo un total de 96 usuarias que fueron las que se incluyeron en el análisis estadístico.

Las características demográficas y reproductivas se exponen en la Tabla 1. La media de edad de las pacientes incluidas en nuestro estudio fue de 32.3 años; el 81.3% de nacionalidad española; 58.4% tenían estudios de bachiller o superior; 54.2% estaban trabajando en el momento de inserción del implante; y el 63.5% se trataba de pacientes convivían en pareja.

En cuanto a la paridad, el 29.2% eran pacientes nulíparas frente a un 70.8% de múltiparas. Nos encontramos que, en nuestro medio, las pacientes usuarias de

implante anticonceptivo eran pacientes jóvenes y multíparas en su mayoría. Sólo el 43.8% de las pacientes presentaban normopeso en el momento de inserción del implante.

Tabla 1. Características demográficas y reproductivas del grupo a estudio

Tabla 1.- Características demográficas y reproductivas del grupo a estudio					
Edad Media+/-DS	32.35+/-7.8		Estado civil	%	IC 95%
Rango	%	IC 95%	Solteras	36.5	(36.6-36.4)
20-30	60.1	(60.2-60.0)	Viven en pareja	63.5	(63.6-63.4)
31-40	24.5	(24.58-24.41)	Paridad		
41-50	15.25	(15.32-15.17)	Multíparas	70.8	(70.9-70.7)
Nacionalidad			Nulíparas	29.2	(29.29-29.1)
Española	81.3	(81.37-81.22)	Ocupación		
Inmigrantes	18.8	(18.87-18.72)	Trabaja	54.2	(54.3-54.1)
Nivel estudios			No trabaja	45.8	(45.8-45.7)
Primaria	0.8	(0.817-0.782)	IMC*		
Secundaria	22.0	(22.08-21.91)	Bajo peso	1.0	(1.02-0.98)
Bachiller	18.6	(18.67-18.52)	Normopeso	43.8	(43.9-43.7)
FP	23.7	(23.78-23.61)	Sobrepeso	42.7	(42.8-42.6)
Universitarios	16.1	(16.17-16.02)	Obesidad	12.5	(12.56-12.43)

* IMC recodificado según criterios de la OMS. Bajo peso IMC < de 18, normo peso 18-24.99, sobrepeso 25-29.99, obesidad > 30.

De las 96 usuarias de implante anticonceptivo subcutáneo, conservaban el implante al cabo de un año 83 mujeres (86.5%), 69 (71.9%) a los dos años y 65 mujeres (67.7%) lo mantuvieron durante tres años (resultados no mostrados).

En las Tablas 2a. y 2b. presentamos qué método anticonceptivo usaban las pacientes antes de decidirse a colocarse un implante y los motivos principales de inicio de uso del mismo. Nos encontramos con que el 60.4% de las pacientes usaba anticonceptivos orales combinados y el 33.3% usaban preservativo. Los motivos más frecuentemente referidos por las pacientes para cambiar a implante fueron su comodidad de uso en un 37.5% y en un 28.1% la sensación de seguridad que les proporcionaba el llevar un implante frente a su método previo.

Tabla 2a. Método anticonceptivo previo a implante

Uso de anticonceptivos previo a implante					
	%	IC 95%		%	IC 95%
AHC	60.41	(60.5-60.31)	Mirena	1.04	(1.06-1.02)
Barrera	33.35	(33.44-33.25)	Minipildora	1.04	(1.06-1.02)
DIU Cu	3.12	(3.15-3.08)	Inyectable	1.04	(1.06-1.02)

Tabla 2b. Motivo de cambio a implante

Motivo de cambio a implante					
	%	IC 95%		%	IC 95%
Cefaleas	9.4	(9.45-9.34)	Aumento peso	4.16	(4.19-4.12)
Comodidad	37.5	(37.59-37.40)	Spotting	1.04	(1.06-1.02)
Dismenorrea	8.33	(8.38-8.27)	Trombosis	2.08	(2.10-2.05)
Seguridad	28.12	(28.20-28.03)	Atrofia OCI	1.04	(1.06-1.02)
SMA*	8.33	(8.38-8.27)			

SMA* = sangrado menstrual abundante.

Del total de la muestra hubo 50 pacientes (42.4%) que no refirió ningún efecto secundario con el uso del implante anticonceptivo subcutáneo. Nos encontramos con un 16.1% de mujeres que referían spotting, 4.2% de amenorrea, 4.1% subida de peso, y un 2.5% de mujeres que refería cefalea. Algunas mujeres asociaron varios efectos secundarios. Dentro de estos efectos secundarios, hubo algunos que propiciaron la retirada del mismo. Se encontraron múltiples causas de abandono del implante anticonceptivo subcutáneo que se presentan en la Tabla 3. El 51.6% lo abandonaron por cambios en el patrón de sangrado. Entre las pacientes que abandonaron el método por estar descontentas con el patrón de sangrado la causa más frecuente fue el spotting continuo. Y el 22.6% refirieron abandono del método por haber presentado aumento de peso desde la inserción del mismo.

Tabla 3. Motivo de retirada de implante

Motivo de retirada de implante					
Retirados	31 implantes retirados de 96 usuarias entrevistadas: un 32.29 %				
	%	IC 95%		%	IC 95%
Spotting	51.61	(51.78-51.43)	Cambios emocionales	3.22	(3.28-3.15)
Subida peso	22.58	(22.72-22.43)	Deseo gestación	3.22	(3.28-3.15)
Cefalea	6.45	(6.53-6.36)	Método definitivo	3.22	(3.28-3.15)
Sofocos	3.22	(3.28-3.15)	Acné	6.45	(6.53-6.36)

Existen diferencias significativas (Tabla 4) en las puntuaciones de la escala de calidad de vida (cuestionario SEC-QoL) en las usuarias que usaban métodos anticonceptivos distintos al implante frente a estas mismas pacientes tras la utilización del implante, observando una mayor calidad de vida en este último caso.

Tabla 4. Comparación y diferencias entre la puntuación obtenida con el cuestionario SEC-QoL en las usuarias en relación a métodos previos vs implantes.

Tabla 4a. Puntuación SEC-QoL

Puntuación SEC-QoL obtenida por la usuarias con método previo y con implante			
	Media	Desviación típica	p valor
SEC-QoL con método previo	95.71	6.37	<0.001
SEC-QoL con implante	82.57	14.08	

Tabla 4b. Mínima diferencia importante obtenida SEC-QoL

Mínima diferencia importante (MDI) obtenida en la SEC-QoL con método previo y con implante			
	Frecuencia	IC 95%	p valor
Menor de 3.4	16	(16.073-15.92)	<0.001
Mayor o igual 3.4	84	(84.07-83.9)	

Tabla 4c. Puntuación SEC-QoL por dimensiones método previo vs implante

SEC-QoL por dimensiones método previo respecto a implante			
Dimensiones	Método anticonceptivo	Media	+/-DS
Dimensión social	Método previo	93.26	16.07
	Implante	73.94	4.24
Dimensión menstrual	Método previo	82.30	23.80
	Implante	98.15	5.14
Dimensión mama	Método previo	81.40	25.53
	Implante	95.96	13.52
Dimensión psicológica	Método previo	88.35	18.29
	Implante	93.35	15.43
Dimensión sexual	Método previo	58.59	19.87
	Implante	91.22	13.98

Tabla 4d. Mínima diferencia importante SEC-QoL por dimensiones

SEC-QoL por dimensiones método previo respecto a implante		
Dimensiones	Diferencia	IC 95%
Dimensión social	-19.32	[(-22.37)-(-16.26)]
Dimensión menstrual	15.85	(10.91-20.79)
Dimensión mama	14.56	(8.94-20.21)
Dimensión psicológica	5	(0.58-9.41)
Dimensión sexual	32.63	(27.90-37.36)

Tabla 4e. Puntuación SEC-QoL por dimensiones AHC vs implante

SEC-QoL por dimensiones AHC respecto a implante			
Dimensiones	Método anticonceptivo	Media	+/-DS
Dimensión social	AHC	94.65	11.61
	Implante	74.39	2.49
Dimensión menstrual	AHC	88.14	20.63
	Implante	97.84	5.80
Dimensión mama	AHC	83.62	23.41
	Implante	96.69	10.34
Dimensión psicológica	AHC	86.96	18.18
	Implante	94.82	13.09
Dimensión sexual	AHC	55.60	19.76
	Implante	91.37	13.51

Tabla 4f. Mínima diferencia importante SEC-QoL por dimensiones AHC

SEC-QoL por dimensiones AHC respecto a implante		
Dimensiones	Diferencia	IC 95%
Dimensión social	(-20.26)	[(-20.36)-(-20.15)]
Dimensión menstrual	9.7	(9.77-9.62)
Dimensión mama	13.07	(13.15-12.98)
Dimensión psicológica	8.13	(8.2-8.06)
Dimensión sexual	35.77	(35.89-35.64)

Cuando se calculó la Mínima Diferencia Importante (MDI) (Tabla 4b) a partir de la cual se estima que la mujer ha incrementado su calidad de vida con el método actual respecto a métodos previos, se observó como para la inmensa mayoría de ellas, y de forma significativa, la diferencia detectada fue superior al punto de corte establecido para tal fin.

Una vez se compararon las diferencias obtenidas en cada una de las 5 dimensiones con el método previo frente al implante (Tablas 4c y 4d), fue el uso de éste último el que obtuvo mayores puntuaciones medias en cada dimensión de forma estadísticamente significativa, excepto para el caso de la dimensión social donde se encontró lo inverso; para esta dimensión se obtuvo mayores puntuaciones en el caso de métodos anticonceptivos previos.

Obtenemos resultados similares cuando analizamos por separado el grupo de las usuarias que como método anticonceptivo previo usaban anticonceptivos hormonales combinados (grupo más numeroso) (Tablas 4e y 4f). Se obtienen puntuaciones medias mayores en cada dimensión de forma estadísticamente significativa, excepto para el caso de la dimensión social donde volvió a encontrarse lo inverso.

Fig. 1 SEC-QoL comparativa por dimensiones entre método previo e implantes

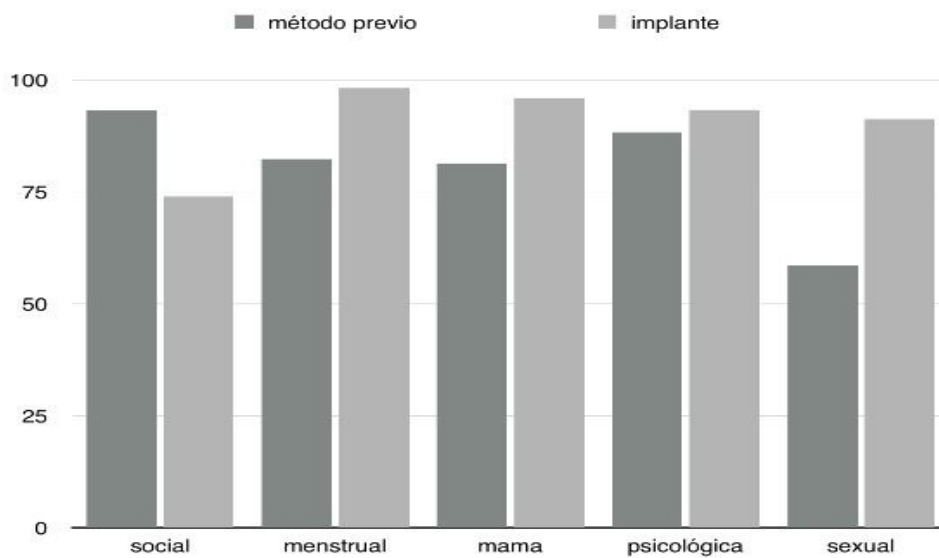
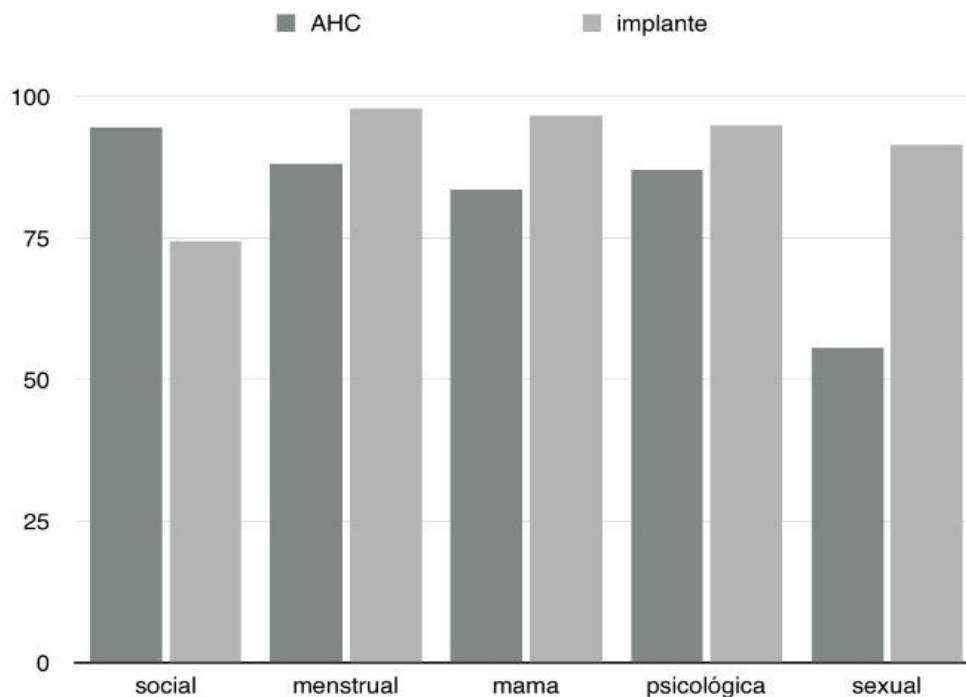


Fig. 2 SEC-QoL comparativa por dimensiones entre ACO e implantes



Discusión

Nuestros resultados extraídos de las encuestas telefónicas realizadas a 96 pacientes de algunas de las consultas de Contracepción pertenecientes al HUNSC de Tenerife y al CHUIMI de las Las Palmas muestran cómo el uso del implante anticonceptivo subcutáneo mejoró, respecto a otros métodos anticonceptivos, la calidad de vida de las usuarias basándonos en el cuestionario de calidad de vida SEC-QOL⁶, tanto para la puntuación final obtenida para cada ítem como la calculada para las dimensiones. En este caso, a excepción de la dimensión social, las otras cuatro dimensiones: menstrual, mama, sexual y psicológica, mostraron una mayor puntuación final en las usuarias del implante. Esta mejora se objetivó también cuando se valoró si la diferencia obtenida con el implante frente a otros métodos anticonceptivos previos era relevante y significativa, detectando que en la inmensa mayoría de las mujeres que usaban el implante esa diferencia era superior al punto de corte establecido para tal fin.

El cuestionario sobre calidad de vida en usuarias de métodos anticonceptivos utilizado para el estudio fue publicado por la SEC en 2011⁶. Fue desarrollado para evaluar el impacto de los métodos anticonceptivos sobre la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres. El trabajo donde se publicó mostraba como varios grupos de mujeres, según utilizaran uno u otro método, tenían una mejor calidad de vida, sobre todo aquellas que desde el inicio de la encuesta utilizaban un método anticonceptivo eficaz. En los tres grupos de mujeres evaluados en el trabajo se obtuvo una mejora en la calidad de vida durante el seguimiento, pero esta mejoría fue más marcada en aquellas mujeres que cambiaron a un método más efectivo que el que usaban previamente⁶.

En nuestro estudio, cuando analizamos ítem a ítem y calculamos la puntuación final detectamos de forma similar que el cambio hacia un método anticonceptivo más efectivo y seguro, como es el implante anticonceptivo subcutáneo mejora la calidad de vida de las mujeres, especialmente en la dimensión sexual. Sin embargo, no encontramos mejoría en la calidad de vida con respecto a la dimensión social.

La dimensión social la conforman 5 ítems relacionados con la vida social de actividades de fin de semana y ejercicio físico y, tal como se ha comentado, de forma no esperada, se obtuvo mayor puntuación para las mujeres usuarias de otros métodos, sobre todo para los AHC. Pensamos que ésto no puede ser atribuido al sesgo de memoria latente en las respuestas, dado que el mismo debería estar presente en el resto de ítems de cada una de las dimensiones. Quizá sería de interés

el analizar este hallazgo en una muestra mayor, captada en el momento que estuvieran con los AHC, y una vez se hiciera el cambio al implante, repetir la encuesta a los 6 meses.

En nuestro conocimiento, no existen estudios que evalúen el impacto en la calidad de vida de las usuarias de implante anticonceptivo subcutáneo utilizando el cuestionario de calidad de vida SEC-QoL, por lo que no podemos comparar nuestros resultados con estudios de las mismas características. Tan sólo hemos encontrado un estudio metodológicamente similar, el Estudio Zocal¹⁷. Es un estudio multicéntrico y prospectivo que evaluó el impacto en la calidad de vida, de las mujeres que utilizan anticonceptivo oral con estrógeno natural comparado con el tratamiento anticonceptivo de barrera tradicional (preservativo) y el tratamiento con anticonceptivos orales combinados con etinilestradiol 20/30. Para ello utilizan el cuestionario validado SEC-QoL y como resultados obtienen mejoría en la calidad de vida en los tres grupos de estudio, tanto globalmente como por dimensiones durante el seguimiento de las mujeres, y también tanto en el grupo de mujeres que cambió de método como en aquél que mantuvo su método previo.

En cuanto a la continuidad del uso del implante, en Europa, aproximadamente el 10% de las mujeres entre 15-49 años usan anticonceptivos de larga duración, del cual el 7% recae sobre los implantes⁹. Los implantes anticonceptivos subcutáneos presentan una tasa de continuación en todo el mundo de 30-53%¹⁰.

Nuestro porcentaje de continuación a tres años fue de 67.7%, porcentaje mayor que la tasa publicada en Australia 53%¹¹, la tasa española 65%⁸, y la descrita en el estudio británico (47%)¹². La tasa de continuación en Europa es del 83% y tasa de satisfacción fue del 79%¹³.

Tanto la evaluación del impacto en la calidad de vida de las pacientes usuarias de métodos anticonceptivos como el conocimiento de la prevalencia de continuación de un método es importante para el consejo anticonceptivo, ya que tasas altas de continuación reflejan mayor satisfacción con dicho método.

La principal razón que causó la retirada del implante prematuramente en nuestro estudio fue la alteración en el patrón de sangrado (51.6%) y esta tasa de discontinuidad del método por alteración del patrón de sangrado se encuentra, en los diferentes estudios, entre el 10 y 41%¹⁴. No todas las mujeres que sufren algún efecto secundario interrumpirán el método ya que a todas las mujeres no les afecta por igual el cambio en el patrón de sangrado. Esto va a estar también influenciado por un

adecuado consejo anticonceptivo, en donde se explique a la mujer, además de la efectividad de los métodos, los posibles efectos secundarios.

Al final del estudio, el patrón de sangrado más frecuentemente referido por las pacientes fue el spotting. En estudios previos que usaron calendarios menstruales para control del patrón de sangrado informaron como el patrón más frecuente el sangrado infrecuente o irregular⁸.

Cuando se analizó si existía una relación entre el IMC de las mujeres y la retirada del implante no se detectaron diferencias significativas. De igual manera, tampoco se encontró asociación con el IMC y el motivo de la retirada del implante (resultados no mostrados). Por tanto, no parece que el sobrepeso o la obesidad constituya una limitación para la inserción y el uso continuado del implante.

Todo lo anterior es de interés ya que aumentando el conocimiento en relación a los efectos secundarios más frecuentes, así como a las principales motivos de retirada; de esta forma, se podría aumentar la tasa de continuidad de este método anticonceptivo.

Las fortalezas de nuestro estudio incluyen el que las pacientes fueron las que decidieron el método anticonceptivo que deseaban, previamente informadas por un profesional sanitario y conocían los efectos secundarios que podían ocurrir. Por contra, los datos han sido recogidos mediante encuesta telefónica en vez de en una visita en consulta. Y a las pacientes no se les entregó un calendario menstrual sino que debían recordar los síntomas que habían presentado durante el tiempo de uso del método así como el patrón de sangrado, pudiendo haberse introducido un sesgo de memoria en este sentido.

Conclusiones

A pesar de que los métodos reversibles como los anticonceptivos orales combinados y el preservativo continúan siendo los métodos anticonceptivos más usados en nuestro país, nos encontramos en nuestro medio con un alto porcentaje de continuación en las usuarias de implante anticonceptivo subdérmico asociado además a una mejoría en la calidad de vida con respecto a los ACO utilizados como método previo. Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración deben ser considerados como anticonceptivos de primera línea en pacientes de todas las edades que no deseen gestación en los próximos 3-5 años.

La calidad de vida en las usuarias de implante anticonceptivo subcutáneo, en la muestra de mujeres estudiada, globalmente es mejor que la que presentaban dichas mujeres cuando utilizaban un método anticonceptivo previo menos eficaz.

En nuestra población tenemos un porcentaje de continuación del método a tres años de un 67,74%, siendo el principal motivo de abandono del método la alteración del patrón de sangrado que también coincide con el efecto secundario más frecuente referido por las pacientes.

Referencias bibliográficas

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Contraceptive Use 2013*.
2. VII Encuesta de anticoncepción en las mujeres españolas. 2011. Equipo Daphne. <http://www.acaive.com/pdf/Encuesta-anticoncepcion-Equipo-Daphne-26-10-11-2.pdf>
3. Sociedad Española de Contracepción. Encuesta SEC 2014. Uso de anticonceptivos en España 2014. http://sec.es/descargas/EN_AnticoncepcionSEC2014.pdf
4. Sociedad Española de Contracepción. Protocolo SEGO/SEC. Anticoncepción sólo gestágenos. 2013.
5. National Institute for Health and Care Excellence. NICE clinical guideline 30. Long-acting reversible contraception (update). Issued: October 2005 last modified: August 2015. guidance.nice.org.uk/cg30
6. Pérez-Campos E, Dueñas JL, de la Viuda E, Gómez MA, Lertxundi R, Sánchez-Borrego R, Canals I, Bermejo R, Arbat A, Badía X, Perulero N, Lete LI. Development and validation of the SEC-QOL questionnaire in women using contraceptive methods. *Value Health* 2011 Sep-Oct;14(6):892-9. doi: 10.1016/j.jval.2011.08.1729.
7. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Cuarta edición, 2009. Fecha de publicación 2012. ISBN: 978 92 4 356388 6.
8. Arribas Mir L, Rueda-Lozano, D, Agrela Cardona M, et al. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. *Contraception* 2009;80:457-62.

9. Haimovich S. Profile of long-acting reversible contraception users in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2009 Jun;14:187-95. doi: 10.1080/13625180902741436.
10. Diedrich JT, Zhao Q, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Three-year continuation of reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Nov;213(5):662.e1-8. doi:10.1016/j.ajog.2015.08.001. Epub 2015 Aug 7.
11. Weisberg E, Bateson D, McGeenchan K, Mohapatra L. 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. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2014;19:5-14. doi:10.3109/13625187.2013.853034.
12. Lakha F, Glasier AF. Continuation rates of Implanon in the UK: data from an observational study in a clinical setting. *Contraception* 2006;74:287-9. doi:10.1016/j.contraception.2006.05.072
13. Short M, Dallay D, Omokanye S, Stauch K, Inki P. Acceptability of long-acting, progestin-only contraception in Europe: A two-year prospective, non-interventional study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014 Feb;19(1):29-38. doi: 10.3109/13625187.2013.862230. Epub 2013 Nov 29.
14. Teunissen AM, Grimm B, Roumen FJ. Continuation rates of the subdermal contraceptive Implanon® and associated influencing factors. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014 Feb;19(1):15-21. doi: 10.3109/13625187.2013.862231. Epub 2013 Dec 13.
15. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:115.e1-7. doi:10.1016/j.ajog.2010.04.017
16. Rai K, Gupta S, Cotter S. Experience with Implanon® in a north-east London family planning clinic. *Eur J Contracept Reprod Heal Care* 2004;9:39-46. doi:10.1080/13625180410001696223.
17. Estudio multicéntrico y prospectivo para evaluar el impacto en la calidad de vida de un anticonceptivo oral basado en acetato de nomegestrol (NOMAC) y 17β-estradiol. Estudio ZOCAL. Promotor: TEVA Pharma S.L.U.