

ORIGINAL

Uso de la anticoncepción con solo gestágenos en atención primaria: estudio GESTAGAP



Raquel Rodríguez-Rodríguez^{a,*}, Elena Polentinos-Castro^b,
Amaya Azcoaga-Lorenzo^c, Cristina González-Fernández^d y Grupo GESTAGAP¹

^a CS Las Calesas, SERMAS, Madrid, España

^b Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria Norte de Madrid, SERMAS, Madrid, España

^c CS Pintores, SERMAS, Parla, Madrid, España

^d CS Puerta Bonita, SERMAS, Madrid, España

Recibido el 5 de febrero de 2018; aceptado el 22 de mayo de 2018

Disponible en Internet el 13 de agosto de 2018

PALABRAS CLAVE

Anticoncepción;
Atención primaria;
Gestágenos;
Satisfacción del
paciente

Resumen

Objetivo: Estimar la prevalencia de uso de anticoncepción hormonal de solo gestágenos (AHSG) entre las mujeres demandantes de anticoncepción reversible en atención primaria (AP).

Diseño: Estudio descriptivo transversal multicéntrico.

Emplazamiento: AP de la Comunidad de Madrid.

Participantes: Mujeres entre 16-50 años, usuarias de anticoncepción reversible, que hablen español y hubieran acudido en el último año a consulta de AP.

Mediciones principales: Encuesta telefónica. Variable principal: método anticonceptivo utilizado: solo gestágenos (sí/no). Edad, paridad, país de origen, tipo de método anticonceptivo (MAC) utilizado, motivo de elección, duración, fuente de información, lugar de obtención, satisfacción con el método.

Resultados: 417 mujeres. Edad: media 30,3 años (DE: 7,7). Españolas: 69%, estudios secundarios y universitarios: 82%, nulíparas: 57%. Tipo de MAC utilizado: AHSG 14%, hormonal combinado (AHC): 74%, DIU cobre: 2%, preservativo: 10%. La prevalencia de uso de AHSG fue del 13,9% (IC 95%: 10,6-17,2). Entre los AHSG el método más utilizado fue el inyectable trimestral de acetato de medroxiprogesterona (4,6%), píldora oral de desogestrel (4,1%), DIU-LNG (3,9%), implante subdérmico de etonogestrel (1,9%). El médico de familia fue el prescriptor del MAC en el 71% de las mujeres. Satisfacción: alta (mediana 10 sobre 10). Utilizar AHSG se asoció con mayor edad, ser extranjera y motivos de prescripción: lactancia y tener contraindicación médica para AHC ($p < 0,05$).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rakrrodr@gmail.com (R. Rodríguez-Rodríguez).

¹ Los componentes del grupo GESTAGAP se relacionan en el [anexo 1](#).

KEYWORDS

Contraception;
Primary care;
Progesterone
congeners;
Patient satisfaction

Conclusiones: La prevalencia de uso para la AHSG fue del 14%, la satisfacción fue muy alta para todos los MAC. El perfil de usuaria para la AHSG corresponde a mujer de mayor edad, extranjera y con condiciones como la lactancia o la contraindicación para otros MAC.

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Use of contraception with only progestogens in primary care: Study GESTAGAP**Abstract**

Aim: To estimate the prevalence of use of progestin-only contraceptive among women who request reversible contraception in Primary Care (PC).

Design: Multicentre cross-sectional study.

Setting: Primary Care Health Care Centres (Madrid).

Participants: Women aged 16-50 years old, users of reversible contraception, who speak Spanish, and had attended the Primary Care Centre in the last year.

Main measurements: Primary outcome: contraceptive method used: Contraception with progestins-only (yes/no). Age, parity, country of origin, type of contraceptive method used, reason for choice, source of information, satisfaction with the contraceptive method. Telephone survey.

Results: A total of 417 women were interviewed. The median age was 30.3 years (SD: 7.7). Spanish 69%, and 82% of participants had secondary or university studies. More than half (57%) were nulliparous. The type of contraceptive used included: progestins only: 14%, combined hormonal contraceptive: 74%, copper IUD: 2%, and condom 10%. The prevalence of use of "progestins-only" was 13.9% (95% CI: 10.6-17.2). Medroxyprogesterone acetate injection was the most progestin-only method used (4.6%), desogestrel oral pill (4.1%), IUD-levonorgestrel IUD (3.9%), and etonogestrel subdermal implant (1.9%). The family doctor was the prescriber in 71% of the women. Satisfaction: high (range 9-10). Using only progestogens was associated with older age, being non-Spanish, breastfeeding, and having a medical contraindication for combined contraception ($P < 0.05$).

Conclusions: The prevalence of use for progestins was 14%, satisfaction was very high for all contraceptive methods. The user profile for the only progestins-only corresponds to older, and non-Spanish women with conditions such as breastfeeding or contraindications for other contraceptives.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las mujeres o parejas demandantes de servicios públicos de planificación familiar en nuestro país pueden acudir a diferentes proveedores, atención primaria (AP), consultas de ginecología y en algunas regiones a centros de planificación familiar específicos. En España, el acceso a la anticoncepción está limitado y depende en gran medida del lugar de residencia de las mujeres, ya que los recursos y servicios en materia anticonceptiva están a cargo de las comunidades autónomas, quienes establecen las pautas de acceso de acuerdo con sus políticas en materia de salud sexual y reproductiva¹.

El asesoramiento y prescripción de anticoncepción está incluido en la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de AP de la Comunidad de Madrid². Desde las consultas de medicina de familia, enfermería y/o matrona se debe dar la información sobre las distintas opciones anticonceptivas y promover su uso; sin embargo, el porcentaje de cumplimiento de dicho servicio según el último análisis de CSE (informe disponible de 2016) ronda el 30% y no existen

datos publicados sobre qué información se facilita acerca de los distintos métodos³. Aunque los estudios de prevalencia sobre el uso de métodos anticonceptivos (MAC) en población general son escasos en la literatura científica, sí se sabe que, dentro de la oferta anticonceptiva disponible, la anticoncepción hormonal con solo gestágenos (AHSG) ocupa en general un papel minoritario. Recientemente, la Sociedad Española de Contracepción (SEC) ha publicado los datos de la «Encuesta de anticoncepción 2016», según la cual solo un 4,6% del total de mujeres encuestadas utilizan un AHSG (3,4% DIU hormonal, 0,2% píldora de solo gestágenos, 0,8% implante subdérmico, 0,2% inyectable de solo gestágenos) frente a un 25,6% que utiliza la anticoncepción hormonal combinada (AHC)⁴. En una publicación de 2013 acerca de un estudio realizado en el sistema público de AP del Reino Unido, entre las mujeres en edad fértil, se estimaba que la prevalencia, para los AHSG, era del 13,7%, y para la AHC, del 16,3%⁵.

Los AHSG han demostrado una alta efectividad y un perfil de seguridad excelente^{6,7}, pudiendo ser también utilizados en situaciones en las que los estrógenos están

contraindicados, como por ejemplo mujeres fumadoras de más de 35 años o con otros factores de riesgo cardiovascular asociados⁸. Además, la variada oferta de vías de administración los convierte en una opción atractiva, pudiéndose ajustar a las distintas preferencias de las usuarias. El implante de etonogestrel representa la única opción de anticoncepción reversible de larga duración (LARC) que se puede ofrecer a las mujeres desde las consultas de AP en la Comunidad de Madrid; la ventaja de no depender de la mujer para su uso correcto le aporta una mayor efectividad y altas tasas de continuidad^{9,10}. En el Reino Unido la publicación de diversos estudios de evaluación económica sobre estos métodos anticonceptivos reversibles de larga duración ha constatado que son métodos muy efectivos y rentables^{7,9}.

En la guía NICE sobre métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), se refleja como los expertos coinciden en que estos métodos LARC deberían tener un papel más amplio en la anticoncepción y su mayor uso podría ayudar a reducir los embarazos no deseados. El uso limitado actual de estos métodos LARC sugiere que los profesionales de la salud necesitan un mejor conocimiento de estos para poder ayudar a las mujeres a tomar una decisión informada. Las autoridades sanitarias también necesitan conocer la rentabilidad de los métodos LARC en comparación con otros métodos anticonceptivos para impulsar su uso¹¹.

El objetivo principal del estudio GESTAGAP fue estimar la prevalencia de uso de AHSG entre las mujeres en edad fértil demandantes de anticoncepción reversible en AP. Como objetivos secundarios se propusieron conocer el perfil de la mujer que utiliza AHSG y estudiar qué variables se asocian con un mayor uso de estos anticonceptivos.

Metodología

Diseño

Estudio descriptivo transversal multicéntrico utilizando una encuesta telefónica en siete centros de AP de la Comunidad de Madrid durante los meses de febrero a mayo de 2015.

Población

Mujeres entre los 16 y 50 años que consultaron en el último año en uno de los siete centros de salud incluidos en el estudio, y que estuviesen utilizando un método anticonceptivo reversible. Se excluyó a las mujeres que en el momento de la encuesta no estaban usando ningún

método anticonceptivo por deseo de embarazo o por otra razón, así como a las que hubiesen optado por un método anticonceptivo (MAC) irreversible (ligadura de trompas, Essure®, vasectomía de su pareja...). También fueron excluidas las mujeres que no hablaban español o no dieron su consentimiento para participar en el estudio. La recogida de información fue a través de entrevista telefónica por el propio médico, en ausencia de traductores, lo que llevó a excluir a las mujeres no castellanoparlantes.

Selección y reclutamiento de la muestra

A través de la historia clínica informatizada (HCI) se seleccionaron las mujeres que tenían registrado un diagnóstico CIAP de anticoncepción (códigos CIAP W11, W12, W14) y/o prescripción de un anticonceptivo en el último año. Se realizó un muestreo aleatorio simple por centro de salud por personal diferente de los investigadores que entrevistaron a las participantes.

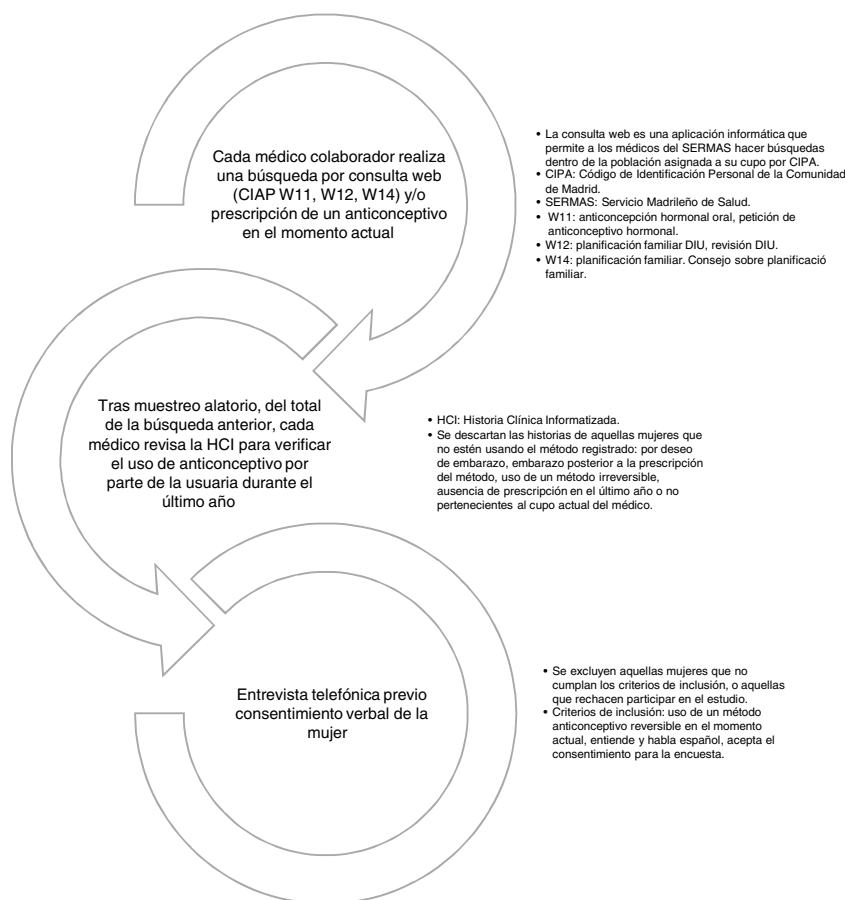
Las HCI fueron revisadas por los médicos correspondientes para verificar el uso del método identificado. A continuación, el facultativo contactaba con la mujer telefónicamente y solicitaba el consentimiento informado verbal para realizar el cuestionario. Si durante la entrevista la mujer refería estar utilizando otro MAC distinto del registrado en la HCI, se interrogaba sobre el que estaba tomando la mujer en ese momento.

Cálculo del tamaño muestral

Considerando una prevalencia del 10% (estudio piloto previo), con un error de precisión del 3% y una confianza del 95%, la muestra a entrevistar sería de 384 mujeres, y estimando unas pérdidas del 10%, se calculó un tamaño muestral final de 427 mujeres.

Variables

La variable de resultado principal fue la prevalencia de uso de AHSG (píldora de desogestrel, implante de etonogestrel, inyección de acetato de medroxiprogesterona depot y DIU de levonorgestrel [LNG]). Se recogieron también variables sociodemográficas, información de uso de otros métodos anticonceptivos, historia reproductiva de las mujeres, tiempo y motivo de elección y satisfacción con el método utilizado.



Esquema del estudio GESTAGAP.

Análisis estadístico

Se describieron las variables utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y la media (DE) o mediana (RIC) para las cuantitativas según fuese la distribución de la variable.

Se estimó la prevalencia de uso de AHSG con su IC 95%, y la prevalencia de uso de otros métodos anticonceptivos. Para evaluar la asociación entre el uso de AHSG y AHC con otras variables, se utilizaron las pruebas de chi-cuadrado, o la *t* de Student. Se calcularon las odds ratio, con intervalos de confianza del 95%, para estudiar posibles factores asociados al uso de un tipo de anticonceptivo. Todos los análisis se realizaron con SPSS 21.0.

El protocolo fue aprobado por la Comisión Central de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Resultados

Se entrevistó a 417 usuarias de MAC reversibles, encontrándose una prevalencia de uso de AHSG del 13,9% (IC 95%: 10,6-17,2). Respecto a los otros métodos utilizados, el método más usado fueron los AHC: 73,6% (IC 95%: 69,37-77,87%), el DIU de cobre lo utilizaban el 2,40% (IC 95%: 0,92-3,87%), y los métodos de barrera el 10,07% (IC 95%: 7,17-12,97%).

La media de edad fue de 30,3 años (DE 7,8), el 69% eran españolas, el 82,5% tenían estudios secundarios o universitarios y la mayoría eran mujeres trabajadoras (68,3%). El 51,2% de ellas no habían estado nunca embarazadas y el 25,7% habían abortado al menos en una ocasión. El resto de las características sociodemográficas de las mujeres encuestadas se describen en la [tabla 1](#).

Entre los AHSG, el método más utilizado fue el inyectable trimestral de acetato de medroxiprogesterona (4,6%), seguido de la presentación oral de desogestrel (4,1%), el DIU-LNG (3,9%) y por último el implante subdérmico de etonogestrel (1,9%). En la [tabla 2](#) se describen todos los métodos anticonceptivos utilizados.

En el 70,7% de todos los casos el anticonceptivo había sido prescrito por el médico/a de familia; el 85,7% de los AHC y el 55,2% de los AHSG habían sido prescritos por este especialista; el resto de prescriptores desglosado para AHC y para AHSG se puede consultar en la [tabla 3](#).

La satisfacción de las mujeres con el MAC que estaban utilizando fue muy alta, con una mediana de 10 puntos en una escala de 1-10 puntos (RIC: 9-10).

Las mujeres que usaban AHSG eran de forma estadísticamente significativa de más edad y en mayor proporción de origen no español respecto a las usuarias de AHC ([tabla 4](#)). Se ha encontrado también asociación entre el uso de un AHSG con la lactancia materna, la existencia de una contraindicación médica para el uso de los AHC y con la búsqueda de un método de larga duración. Aunque no fue

Tabla 1 Características basales

		%
<i>Sociodemográficas</i>		
Edad	Edad media 30,32, DE 7,7	
Procedencia (n = 417)	Europa	3,63
	Asia	0,48
	América	23,73
	África	2,66
	España	69,49
Nivel de estudios (n = 417)	No finalizó estudios	2,9
	Estudios primarios	14,6
	Estudios secundarios	49,2
	Estudios universitarios	33,3
Situación laboral (n = 416)	Ama de casa	3,1
	Desempleada	14,4
	Estudiante	13,4
	Pensionista	0,5
	Trabajadora por cuenta ajena	63,5
	Trabajadora por cuenta propia (autónoma)	4,8
<i>Historia reproductiva</i>		
Embarazos	No embarazos	36,3
	Un embarazo	17
	Dos o más embarazos	12,9
Partos	No partos	57,2
	Un parto	20,7
	Dos más partos	22,2
Abortos	No abortos	74,3
	Un aborto	18,0
	Dos o más abortos	7,7

Tabla 2 Utilización del método anticonceptivo

Método anticonceptivo utilizado, n (%)	
Píldora combinada	277 (66,4)
Anillo hormonal	27 (6,5)
Parche hormonal	3 (0,7)
Píldora de solo gestágenos	17 (4,1)
Inyectable de AMPD	19 (4,6)
Implante hormonal	8 (1,9)
DIU hormonal	14 (3,4)
DIU de cobre	10 (2,4)
Barrera (preservativos)	42 (10,1)

Tabla 3 Prescripción del método anticonceptivo utilizado

Agente prescriptor del método actual	Todos los tipos, n (%)	AHC, n (%)	AHSG, n (%)
Medicina de familia	295 (70,7)	263 (85,7)	32 (55,2)
Ginecología pública	32 (7,7)	12 (3,9)	12 (20,7)
Ginecología privada	9 (2,2)	3 (1)	6 (10,3)
Endocrinología	1 (0,2)	1 (0,3)	—
Matrona del CS	5 (1,2)	2 (0,7)	3 (5,2)
Oficinas de farmacia	15 (3,6)	14 (4,6)	—
Planificación familiar	15 (3,6)	10 (3,3)	4 (6,9)
Desconocido	45 (10,8)	—	—

estadísticamente significativo, también se observó un mayor número de embarazos y partos previos entre las usuarias de AHSG.

Discusión y conclusiones

La prevalencia de uso de AHSG entre las mujeres usuarias de anticoncepción reversible fue del 13,9%, observándose una media de edad superior, más embarazos previos y la presencia de contraindicaciones para el uso de estrógenos que en las usuarias de AHC. En España no se han identificado estudios de prevalencia sobre el uso de los distintos métodos anticonceptivos que hayan sido realizados exclusivamente en AP, por lo que no ha sido posible comparar nuestros resultados. En un estudio realizado en el Reino Unido en el que se estimó la prevalencia de los distintos métodos anticonceptivos⁵ se obtuvieron cifras similares a las nuestras, siendo la anticoncepción con solo gestágenos del 13,7%.

En nuestro país, la encuesta realizada por la SEC en 2016⁴ revela que solo un 7,41% de las mujeres que utilizaba un método anticonceptivo reversible era con solo gestágenos, algo superior a lo observado en 2014, que era solo del 5,76%¹². Aun observando respecto a encuestas previas¹² que el uso de la AHSG está en aumento, la diferencia con nuestros datos parece bastante significativa y podría ser explicada por diferentes motivos. En primer lugar, es posible que a las mujeres demandantes de anticoncepción en AP se les ofrezca más este tipo de anticonceptivos que a las que acuden a otros proveedores, y es de esperar que las que respondieron a la encuesta de la SEC hubieran recibido la indicación en diferentes servicios y no fundamentalmente en AP, como resultó en la muestra que estudiamos. No podemos descartar también que los facultativos que aceptaron colaborar estén más interesados en la anticoncepción y conozcan mejor las diferentes opciones, o que los centros de salud no sean del todo representativos de la AP de Madrid, dado que no se realizó un muestreo aleatorio de los mismos, y puede que tengan alguna característica especial respecto al manejo de la anticoncepción. Por otro lado, aunque no hubo asociación estadística entre el precio como motivo de elección y los AHSG, hay que tener en cuenta que estos están dentro de los productos financiados, pudiendo ser más demandados u ofrecidos por el prescriptor que otros anticonceptivos no financiados. Además, el hecho de que la mayoría de ellos requieran la actuación de un profesional sanitario para su administración (inyectable, implante, DIU)

Tabla 4 Relación entre las características de la mujer y el tipo de anticoncepción hormonal: AHC y AHSG

	Combinados, media		Solo gestágenos, media		Diferencia medias	IC 95%	p
<i>Edad</i>	28,88		34,13		-5,25	(-7,52 a -2,99)	<0,001
<i>Historia obstétrica</i>							
Embarazos	0,73		1,98		-1,251	(-1,586 a -0,915)	0,001
Abortos	0,3		0,43		-0,13	(-0,320-0,060)	0,178
Partos	0,47		1,55		-1,081	(-1,313 a -0,850)	0,001
<i>Satisfacción</i>	8,91		8,77		0,134	(-0,331-0,599)	0,571
	Combinados				Solo gestágenos		
	n	%	n	%	OR	IC 95%	p
<i>Nacionalidad</i>							
Española	234	76,2	30	51,7	1		
No española	73	23,8	28	48,3	0,334	(0,187-0,596)	0,001
<i>Condición médica</i>							
Contraindicación médica	16	5,2	8	14	2,969	(0,596-7,311)	0,036
Lactancia	0		11	19,3	1,239	(1,091-1,407)	0,001
Beneficios no contraceptivos	120	39	15	26,3	0,557	(0,296-1,048)	0,07
Control del ciclo	150	48,9	4	7	0,079	(0,028-0,224)	0,001
<i>Larga duración</i>	14	4,6	20	35,1	11,313	(5,271-24,282)	0,001
<i>Fácil uso</i>	108	35,2	28	49,1	1,779	(1,006-3,145)	0,046
<i>Precio</i>	12	3,9	0	0			
<i>Otras causas</i>	8	2,6	1	1,8	0,667	(0,082-5,441)	0,99

puede sobreestimar su uso respecto a los anticonceptivos de otras vías de administración, mayoritariamente AHC, que pueden ser obtenidos sin la participación de un profesional sanitario.

El que las usuarias de los AHSG tuvieran más partos previos es consistente con la búsqueda de un método de larga duración, aspecto que también se asoció al uso de estos anticonceptivos de forma significativa. Tampoco sorprende que situaciones concretas como la lactancia o mujeres con otras condiciones médicas que contraindican el uso de los estrógenos hayan mostrado diferencias significativas entre el uso de los AHSG y los AHC. Esto probablemente indica que los profesionales ofertan más estos métodos cuando las mujeres no pueden usar los estrógenos, así como cuando han finalizado su deseo reproductivo. Obviamente es adecuado el uso de los AHSG en estas situaciones, pero no de forma exclusiva^{8,13}, y estos datos apoyan la hipótesis de que los AHSG son considerados en España unos métodos de segunda elección por los profesionales, lo que también podría conducir a ser menos demandados por las usuarias. Es posible también que las mujeres con el perfil obtenido en el estudio para uso de AHSG acudan con más frecuencia al centro de salud a solicitar asesoría y prescripción que las mujeres que no tienen ningún condicionante que pueda limitar el uso de AHC.

La alta satisfacción de las usuarias, con todos los anticonceptivos, fue muy elevada y coincide con otros estudios realizados en el ámbito de la AP², lo que es de esperar, puesto que la muestra fueron mujeres que usaban el método de forma regular. Es posible que las que no estuvieran satisfechas hubieran consultado y cambiado de MAC previamente.

En cualquier caso, es otra limitación de nuestro estudio que, aunque se alcanzó el tamaño muestral previsto, no se recogió cuántas mujeres rechazaron participar en la encuesta; esto puede que sobrestime los datos de satisfacción, ya que es previsible que estas usuarias acepten participar más.

Un dato importante, aunque puede que obvio dado el ámbito del estudio, fue que la mayoría de las pacientes habían recibido la indicación del MAC en AP, lo que hace suponer que las usuarias confían en su médico/a de familia en este aspecto, por lo que dicho servicio debería ofrecerse en cualquier centro de AP.

Este estudio aporta información sobre el uso de anticoncepción en el ámbito de la AP, y especialmente sobre el uso de los AHSG, los cuales han demostrado ser un método eficaz y seguro. Los AHSG pueden ser utilizados por mujeres en las que los estrógenos están contraindicados, aunque su uso no tiene por qué limitarse a estas circunstancias.

La anticoncepción forma parte de la cartera de servicios del SNS, por lo que es importante conocer la prevalencia de uso de los diferentes métodos disponibles, el perfil de las mujeres que lo utilizan y los motivos de elección. Las mujeres acuden a su centro de salud a recibir asesoramiento y la prescripción de un método anticonceptivo adecuado a sus preferencias y posibilidades confiando en su médico/a de familia. La administración sanitaria debería fomentar la oferta de este servicio y la financiación de todos los MAC desde AP, puesto que la accesibilidad es el factor más importante para dar una adecuada atención en planificación familiar y prevenir embarazos no deseados.

Lo conocido sobre el tema

- Los anticonceptivos hormonales con solo gestágenos (AHSO) tienen una elevada eficacia y un favorable perfil de seguridad.
- No se han encontrado estudios a cerca de la prevalencia de uso de AHSO entre las mujeres en edad fértil demandantes de anticoncepción reversible en AP.
- El asesoramiento y prescripción de anticoncepción está incluido en la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de AP de diversas comunidades autónomas, como la Comunidad de Madrid.

Qué aporta este estudio

- Pese a su elevada eficacia y favorable perfil de seguridad, los AHSO se utilizan menos que los AHC.
- Las usuarias de AHSO son mayores, han finalizado su deseo reproductivo y tienen contraindicaciones para el uso de AHC.
- La satisfacción de las mujeres respecto al uso de anticoncepción reversible es muy alta, independientemente del método utilizado.

Financiación

La publicación de este artículo ha sido financiada por la Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (FIIBAP) mediante la convocatoria de ayudas para traducciones/publicaciones 2017.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Grupo GESTAGAP

CS Las Calesas (Madrid)

Raquel Rodríguez Rodríguez, Vera González García, Isabel Zamarrón Méndez, Alicia Alonso López, Aranzazu Vigil-Escalera Villaamil, Diana Campodonico, Pilar Kloppe Villegas, Rafael Beijinho do Rosario, Juan Antonio López-Rodríguez, Martín Sebastian Pessagc, Sergio Pescador Saster, Rocío García-Gutiérrez Gómez, Belén Arellano Borreguero, Rafael Gómez Moreno

CS Puerta Bonita (Madrid)

Cristina González Fernández, Cristina Muñoz Martínez de Salinas, Carmen Sanz Rodrigo, Carmen M. Muros Muñoz

CS Vicente Soldevilla (Madrid)

M. José Iglesias Piñeiro, Pilar Sanz Velasco, M. Rosario Aylon Carrasco, Rafael López Navarro, Santiago Prada Mansilla, Beatriz Fernández Virgala, Concepción Bravo Pache, Carmen Vaillo Muñoz, Dolores Peñalva Merino, Elena Barrios Rueda, Francisca Melian Nuez

CS San Fernando de Henares (San Fernando de Henares)

Rocío Triano Sánchez, Miguel Ángel Martínez Álvarez

CS Alpes (Madrid)

Ana I. Moreno Gómez, Margarita Puerto Rodríguez, Gustavo Mora Navarro, M. Dolores Martín Álvarez, Sara Ascensión Pérez Medina, Raquel Cabral Rodríguez

CS Rafael Alberti (Madrid)

Mónica Yanes Baonza, Emilia Arrébola Vivas, Alberto González Hernández, Celia Sala Arnaiz, Elena A. González Romero

CS Jaime Vera (Leganés)

Marta Chamorro Gavela, Alejandra Rodríguez Martín

CS Pintores (Parla)

Amaya Azcoaga Lorenzo

Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria Norte de Madrid

Elena Polentinos Castro

Bibliografía

1. Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE). Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España. Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual. 2016.
2. Canto de Cetina TE, Canto P, Ordoñez Luna M. Effect of counseling to improve compliance in Mexican women receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*. 2001;63:143-6.
3. Revisar, Health K. Libro blanco sobre la percepción de los anticonceptivos entre las mujeres españolas; 2012.
4. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (SEC). Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España. 2016.
5. Cea-Soriano L, García Rodríguez L, Machlitt A, Wallander M-A. Use of prescription contraceptive methods in the UK general population: A primary care study. *BJOG*. 2014;121:53-61.
6. Trussell J, Wynn LL. Reducing unintended pregnancy in the United States. *Contraception*. 2008;77:1-5.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Health and social care directorate. Quality standards and indicators. Briefing paper; 2015. p. 1-49.
8. WHO. Medical Eligibility criteria for Contraceptive Use; 2015. p. 1-276. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth.
9. Ruddick C. Long-acting reversible contraception: Reducing unintended pregnancies. *Community Pract*. 2009;82:24-7.
10. Arribas-Mir L, Rueda-Lozano D, Agrela-Cardona M, Cedeño-Benavides T, Olvera-Porcel C, Bueno-Cavanillas A. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. *Contraception*. 2009;80:457-62.
11. NICE. Long-acting reversible contraception. Clinical Guideline. Vol. CG30, Nice. 2005. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg30/resources/surveillance-report-2017-longacting-reversible-contraception-2005-nice-guideline-cg30-pdf-5973461879749>.
12. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. SEC. Estudio Poblacional sobre el Uso y la Opinión de los métodos Anticonceptivos en España. 2014.
13. Egarter C, Frey Tirri B, Bitzer J, Kaminsky V, Oddens BJ, Prilepskaya V, et al. Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study: A cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. *BMC Womens Health*. 2013;13:9.