

Revisión bibliográfica

Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral

*Adherence and compliance of oral contraceptive pill*Eva Adarve-Hidalgo¹, Gemma Falguera², Gloria Seguranyes³

¹Matrona. Doctoranda en Ciencias Enfermeras. Universidad de Barcelona. Hospital-Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR). Mollet del Vallès (Barcelona). Grupo de Investigación GRASSIR. IDIAP. ²Matrona. Doctora en Ciencias Enfermeras. Responsable del ASSIR del Área Metropolitana Norte. Institut Català de la Salut. Grupo de Investigación GRASSIR. IDIAP. ³Matrona. Doctora en Investigación en Cuidados. Profesora titular en el Departamento de Enfermería SP, SM, MI. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. Grupo de Investigación GRASSIR. IDIAP

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores relacionados con la adherencia y el cumplimiento de las mujeres con los anticonceptivos hormonales orales (ACO).

Metodología: Revisión bibliográfica. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, CINAHL, Cochrane Library, MEDES y ENFISPO en los últimos 10 años.

Resultados: Se seleccionaron un total de 35 artículos originales y una revisión bibliográfica. Los factores que mejoran el cumplimiento de los ACO son los conocimientos que tiene la mujer sobre la píldora, iniciar el método de forma inmediata y el apoyo de la pareja. Los factores que influyen en la adherencia son el coste de los ACO, la falta de conocimientos ante los olvidos y la práctica de descansos de la píldora.

Conclusiones: El consejo contraceptivo debe ser individualizado, teniendo en cuenta los factores que afectan a la adherencia y el cumplimiento.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Anticoncepción, anticonceptivos orales, adherencia, cumplimiento, consejo contraceptivo.

ABSTRACT

Aim: To identify the factors related with the adherence and compliance of women that use the oral contraceptives (OC).

Methodology: Literature review. A search in PubMed, CINAHL, Cochrane Library, MEDES, and ENFISPO databases has been performed in the last 10 years.

Results: A total number of 35 original articles and a review were selected. The factors which improve the compliance of OC are the knowledge of women about the pill, "the quick start" contraceptive method and the partner support. The highlighted factors which concern the adherence are the OC cost, the shortage of knowledge facing oversights and the resting periods of pill.

Conclusions: The contraceptive counselling must be personalized considering the factors which concern the compliance and adherence.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Contraception, oral contraceptives, patient compliance, medication adherence, contraceptive counseling.

INTRODUCCIÓN

En 2014, un 72,7% de las mujeres utilizaba métodos contraceptivos en España. El método más utilizado fue el preservativo (31,3%), seguido de los anticonceptivos hormonales orales (ACO) (16,2%). En la franja de edad comprendida entre los 20 y 29 años, el uso de ACO se situó en el 27,5% de las mujeres¹.

Los ACO son uno de los métodos preferidos por las mujeres más jóvenes por su facilidad de uso y por su elevada eficacia. No obstante, este método requiere una implicación diaria por parte de la usuaria².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como el «grado en el que el

Fecha de recepción: 30/07/15. Fecha de aceptación: 26/10/15.

Correspondencia: E. Adarve Hidalgo.
ASSIR Mollet. Institut Català de la Salut. Ronda Pinetons, 8.
08100 Mollet del Vallès (Barcelona).
Correo electrónico: evaadarve@gmail.com

Parte del contenido de este artículo fue presentado como póster en el I Congreso de la Asociación de Matronas de Euskadi y XIII Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España de Ámbito Nacional, celebrado en Bilbao en octubre de 2014. No se declara ningún conflicto de intereses por parte de las autoras.

Adarve-Hidalgo E, Falguera G, Seguranyes G. Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. *Matronas Prof.* 2016; 17(1): 28-34.

comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de asistencia sanitaria». La falta de adherencia terapéutica constituye un importante problema de salud pública y es considerada como uno de los temas prioritarios por la OMS, dadas sus consecuencias clínicas y económicas, y sitúa el incumplimiento en una de las fronteras que más separan la eficacia de la efectividad de un determinado fármaco; es decir, la toma inadecuada de éstos afecta directamente al objetivo por el que se han prescrito³.

Según la Sociedad Española de Contracepción, se entiende por cumplimiento o adherencia al método anticonceptivo hormonal oral «la toma diaria de la píldora en el mismo horario y al conjunto de medidas que realiza la usuaria para la prevención de embarazos en caso de olvido o con la toma de tratamientos que interfieran con los ACO»⁴.

La eficacia teórica de los ACO disponibles en el mercado es superior al 99%, y se considera óptima. No obstante, la efectividad en condiciones reales es del 91-92%; es decir, la toma diaria de la píldora da lugar a una efectividad menor debido a las irregularidades en el cumplimiento del régimen anticonceptivo de las mujeres, por lo que la falta de adherencia condiciona la efectividad⁵.

El incumplimiento anticonceptivo tiene un gran impacto en la vida de las mujeres. Según los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en 2013 un 13,6% de las mujeres que solicitaron una IVE (un total de 14.785) eran usuarias de métodos hormonales⁶.

Las matronas dentro del ámbito profesional tienen competencias para asesorar en materia de anticoncepción y consejo reproductivo a la mujer, a los jóvenes y la familia, así como para promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población⁷.

La cartera de servicios de la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) del Departamento de Salud de Cataluña incluye el consejo reproductivo a las mujeres y familias, y especifica que la matrona es el profesional de referencia en la atención y seguimiento de los métodos anticonceptivos de barrera y hormonales. Las matronas desarrollan estas actividades en los centros de salud de los ASSIR en atención primaria, en colaboración con los ginecólogos y psicólogos⁸.

Para garantizar un asesoramiento efectivo de las matronas a las mujeres que demandan ACO, es necesario conocer cuáles son los factores que influyen en el cumplimiento y la adherencia a la píldora contraceptiva, por lo que se planteó realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada al respecto.

OBJETIVOS

Identificar los factores relacionados con la adherencia y el cumplimiento de las mujeres con los ACO.

METODOLOGÍA

Diseño

En este estudio se presenta una revisión bibliográfica de la literatura científica.

Bases de datos bibliográficas

Se han consultado las bases de datos en inglés PubMed, CINAHL y Cochrane Library, y las españolas MEDES y ENFISPO. También se consultaron las webs de sociedades científicas en el ámbito de la planificación familiar o de instituciones sanitarias nacionales e internacionales.

Estrategia de búsqueda

Los términos utilizados en inglés fueron: «compliance», «adherence», «contraception», «contraceptives» y «oral contraceptives». En CINAHL y PubMed se usaron, además, los términos del thesaurus «patient compliance» y «medication adherence». Los términos utilizados en español fueron «anticoncepción», «anticonceptivos», «contracepción», «píldora», «anticonceptivos hormonales orales», «adherencia» y «cumplimiento». Los operadores booleanos empleados fueron AND y OR, y los truncamientos (*) o (\$). La búsqueda inicialmente se limitó al periodo de los últimos 5 años y posteriormente se amplió a 10.

Criterios de selección

Se incluyeron artículos o documentos publicados en los últimos 10 años en español o inglés, que tuvieran resumen y que trataran sobre ACO, adherencia o cumplimiento del método. Se excluyeron los artículos de opinión.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 715 referencias bibliográficas, de las cuales 173 cumplían los criterios de selección. Después de leer los resúmenes y comprobar si había duplicidad documental procedente de las diferentes bases de datos, se seleccionó un total de 36 artículos. De ellos, 35 son artículos originales y 1 es una revisión bibliográfica.

De los artículos originales, 32 utilizan metodología cuantitativa y 3 cualitativa. De ellos, 6 son revisiones sistemáticas, 6 ensayos clínicos, 7 estudios de cohortes, 11 estudios descriptivos y 2 estudios de evaluación económica. De los artículos con metodología cualitativa, 1 utiliza la técnica Delphi, 1 utiliza la técnica de grupos focales y entrevistas en profundidad, y 1 sólo utiliza los grupos focales.

También se han incluido en la revisión 2 guías de consenso y 1 protocolo de sociedades científicas europeas y españolas, la encuesta poblacional sobre contracepción en España «Daphne» y una tesis doctoral.

Los resultados obtenidos se han organizado en los siguientes temas:

- Motivos de incumplimiento anticonceptivo.
- Valoración de la adherencia a los ACO.
- Abandono del método contraceptivo.
- Factores que mejoran el cumplimiento anticonceptivo.
- Factores que afectan negativamente al cumplimiento anticonceptivo.
- Situaciones de especial interés en el incumplimiento contraceptivo.
- Recomendaciones para mejorar la adherencia a los ACO.

Motivos del incumplimiento anticonceptivo

En los estudios realizados en España se ha observado que el motivo de incumplimiento anticonceptivo más frecuente expresado por las mujeres es el «sencillamente me olvidé», y que el 65-70% de las usuarias son malas cumplidoras, porque olvidan o retrasan la toma de la píldora más de 1 vez al mes^{9,10}. En otro estudio se observó que, a pesar del olvido, el 18% de las mujeres no usaron ningún método adicional, como el preservativo y/o la píldora poscoital, y el 43% de las que se olvidaron la píldora tuvieron, ese mes, temor de estar embarazadas¹¹.

Trussell et al.¹² estudiaron en Estados Unidos el impacto económico que genera la mala adherencia a los métodos anticonceptivos, incluidos los ACO, y estimaron que el coste para la sanidad ascendía a 228 millones de dólares anuales¹². En España, Lete et al. hicieron una estimación de los costes que suponían para el Sistema Nacional de Salud los embarazos no planificados secundarios a la mala adherencia a los ACO, y la cifra superó los 80 millones de euros. En este cálculo imputaron los costes de la asistencia al parto, de la hospitalización, de las interrupciones espontáneas y voluntarias del embarazo y del tratamiento de los posibles embarazos ectópicos¹³.

Valoración de la adherencia al método anticonceptivo hormonal oral

La adherencia a un tratamiento es un concepto amplio en el que se tienen en cuenta dos factores: por un lado, el «cumplimiento», es decir, la toma correcta según la posología del fármaco, y por otro, la «continuidad», concepto que hace referencia al uso constante del tratamiento en el tiempo. Esto supone que la valoración del incumplimiento varía según los autores, que entienden por este concepto desde el olvido de una píldora 1 vez cada 3 meses al olvido de una píldora al mes¹⁴.

Las sociedades científicas han consensuado como «olvido de una píldora todo retraso superior a 12 horas». Por tanto, las guías de anticoncepción hormonal oral consideran que la eficacia contraceptiva desciende a partir de este momento, recomendando el uso de medidas adicionales, como el preservativo¹⁵⁻¹⁷. Sin embargo, en el estudio MIA, sobre factores relacionados con el incumplimiento contraceptivo, se contabiliza como olvido cualquier retraso superior a 1 hora, aunque no hay evidencia de que esto suponga un riesgo de embarazo⁹.

La falta de adherencia al método condiciona su efectividad; sin embargo, se ha observado que el perfil de mujeres reclutadas en los ensayos clínicos para evaluar la eficacia farmacológica, en ocasiones no corresponde a la población a la que realmente va destinado el fármaco. Es decir, durante los estudios de evaluación de los métodos anticonceptivos no se contemplan situaciones como evaluar a las mujeres con sobrepeso o bajo peso, las edades tempranas u otros factores, como la frecuencia del coito o la fertilidad del cónyuge. Ello podría ocasionar una sobreestimación de la eficacia de los ACO, por lo que el grado de adherencia de las usuarias no sería el único factor que influiría en la pérdida de efectividad de éstos¹⁸.

Huber et al.¹⁹ realizaron un ensayo clínico sobre el cumplimiento contraceptivo. Observaron que los diarios de seguimiento son una buena estrategia para valorar el cumplimiento anticonceptivo por parte de las mujeres, y pueden ser de utilidad para evaluar el cumplimiento en los estudios de intervención.

Abandono del método contraceptivo

El 49,5% de las mujeres en España abandona los ACO en los 12 meses posteriores al inicio del tratamiento, lo que supone una falta de continuidad. Entre los motivos más frecuentes de abandono destacan la aparición de efectos secundarios y la falta de adherencia²⁰. En un estudio realizado en Estados Unidos, el porcentaje de abandonos fue del 47%, muy similar al español. De las mujeres que abandonaron los ACO a las 4 semanas, un 20% eligió otro método de alta eficacia y un 55% decidió usar anticoncepción de barrera o no usar ningún método, a pesar de seguir manteniendo relaciones sexuales coitales con la pareja. También se observó que a partir del cuarto ciclo contraceptivo empezaban a aparecer los olvidos de la píldora, a los 3 meses del inicio del tratamiento un 25% de las mujeres había abandonado el método y a los 6 meses sólo un 60% lo continuaba²¹.

Respecto a la aparición de efectos secundarios, uno de los factores que influyen en el abandono de los ACO es la percepción de cambios en el peso habitual, por lo que estas mujeres tienen una menor continuidad del método, y ocurre con mayor frecuencia en mujeres que presentan trastornos de comportamiento alimentario, como la bulimia²².

Factores que afectan al cumplimiento anticonceptivo

Existen algunos factores que afectan al cumplimiento de los ACO de las mujeres:

Falta de conocimientos ante los olvidos

Una revisión sistemática sobre la comprensión de las instrucciones de la píldora muestra que las mujeres tienen problemas sobre cómo gestionar los olvidos de la píldora, y no siempre saben cuándo hacer uso de medidas complementarias para reducir el riesgo de un embarazo no planificado²³.

Coste de los ACO

En un estudio que analizaba la situación del copago de los anticonceptivos orales y si el coste de éstos influía en la adherencia y el cumplimiento de los ACO, se observó que las mujeres con un estatus social elevado tenían una mejor adherencia que las que tenían otras situaciones económicas menos privilegiadas²⁴.

Práctica de descansos en la toma de la píldora

La práctica de descansos, frecuentemente ligada a falsos mitos, como la dificultad futura de concepción, sigue siendo uno de los riesgos de embarazo evitables, ya que frecuentemente las mujeres se quedan embarazadas durante este periodo de descanso. El riesgo aumenta si el motivo de la elección de los ACO fue por problemas con el uso del preservativo. En la actualidad esta práctica está desaconsejada, excepto en casos concretos como, por ejemplo, que la mujer precise ser sometida a una intervención quirúrgica mayor²⁵.

Edad de las mujeres

La edad no parece ser un factor determinante en la adherencia a los ACO, ya que la adherencia de las mujeres mayores de 35 años era similar a la de las más jóvenes²⁶.

Presencia de predictores de mal cumplimiento

En un estudio realizado en Estados Unidos se observó que el bajo nivel de instrucción, la etnia hispana, la pobreza y la obesidad eran predictores de mal cumplimiento de las mujeres con los ACO, y se mencionaba que era posible que la etnia hispana fuera peor cumplidora debido a la barrera idiomática²⁷.

En el estudio MIA, en el que se evaluaron los factores que influían en el mal cumplimiento de los ACO en España, se observó que las mujeres con peor cumplimiento tenían una serie de características o situaciones comunes, entre las que destacan las siguientes⁹:

- Bajo grado de información sobre el método anticonceptivo.

- Falta de comprensión de las instrucciones sobre el método anticonceptivo.
- Indiferencia de las mujeres por quedarse embarazadas.
- Falta de apoyo de la pareja.
- No participación en la elección del método.
- No tener una rutina para tomar el tratamiento.
- Dificultades para recordar tomar el método anticonceptivo.

Factores que mejoran el cumplimiento anticonceptivo

A continuación se presentan algunos factores que predisponen positivamente al cumplimiento de los ACO:

Información y conocimientos

Según un estudio cualitativo realizado en Estados Unidos, las principales fuentes de información de las mujeres sobre los anticonceptivos son la experiencia personal y la información proporcionada por los amigos o familiares. También muestra que la falta de información limita las opciones percibidas por las más jóvenes para prevenir el embarazo, y que el grado de comprensión de cómo funcionan los anticonceptivos es un determinante de su uso²⁸.

Hall et al.²⁹ evaluaron los conocimientos de las mujeres usuarias de ACO, y observaron que las que tenían menores conocimientos sobre los ACO presentaban una menor continuidad del método y un mayor número de abandonos. Por ello, estos autores consideran importante proporcionar a las mujeres una información completa y comprobar que ésta se haya comprendido.

Confianza en el método

Entre los motivos por los que las mujeres prefieren los ACO a otros métodos contraceptivos destaca la seguridad que les inspira por ser un método con una larga trayectoria, que ha demostrado su eficacia a lo largo de los años, por lo que lo consideran fiable, y también por el rápido retorno a la fertilidad, además de ser un método bien aceptado por las parejas²⁰.

Apoyo de la pareja

El apoyo de la pareja y los familiares influye en las decisiones anticonceptivas. Se ha observado que, en entornos desfavorecidos o donde el uso de anticonceptivos no tiene una aceptación cultural, el apoyo de la pareja y los familiares es un factor que puede incrementar el uso de estos métodos³⁰.

Motivación

Curtis et al.³¹ realizaron en Estados Unidos una encuesta poblacional a las mujeres usuarias de ACO, en la que se constató que la motivación es uno de los principales factores relacionados con la continuidad del método; es

decir, las mujeres con una gran motivación por el uso de ACO tenían una mayor continuidad que las que no estaban tan motivadas.

Participación en la elección del método

Un estudio realizado en 11 países mostró que las mujeres que conocían las ventajas y desventajas de los métodos disponibles en el mercado, y que escogieron en función de sus preferencias, tuvieron mejor adherencia que aquellas a quienes no se les ofrecían alternativas³².

La elección del método puede verse condicionada por el coste que suponen los diferentes métodos. Lete et al. realizaron un estudio en el que valoraron los costes que genera la elección de un método anticonceptivo para la usuaria. Compararon el uso de los ACO financiados con el de otros métodos hormonales combinados, y observaron que el coste para la mujer es 5,5 veces mayor si elige un parche y 5,7 veces mayor si elige un anillo vaginal¹³.

Un tema preocupante es la autoprescripción de los ACO. En un estudio realizado en Estados Unidos sobre la autoprescripción de los ACO, se identificó que el 20% de las mujeres usuarias de ACO había obtenido el tratamiento sin consultar a ningún especialista. De ellas, un 23,7% tenía algún tipo de contraindicación para los ACO y en un 9,3% la contraindicación era absoluta. Los factores de riesgo más frecuentes que presentaban las mujeres fueron la migraña, la enfermedad cardiovascular y la hipertensión³³.

Intervenciones educativas en la toma de ACO

Con el fin de aumentar el cumplimiento contraceptivo se han realizado diversos estudios de intervención, que se presentan a continuación:

- El envío de mensajes de texto recordatorios diarios a los móviles de las mujeres (SMS) mostró una leve mejora en el cumplimiento^{34,35}.
- Las llamadas telefónicas semanales recordatorias a mujeres adolescentes fueron efectivas en los primeros 6 meses³⁶.
- Una intervención educativa intensiva de los profesionales de salud, en la que visitaban a los adolescentes cada 3 meses en la consulta, fue eficaz pero tuvo un alto coste económico³⁷.
- Garbers et al.³⁸, en un ensayo clínico en el que se comparaban los materiales de salud adaptados a diferentes niveles socioculturales (folletos) con el consejo habitual, concluyeron que estos materiales mejoran la continuidad y la adherencia a los ACO.

Situaciones de especial interés que tener en cuenta

Se ha estudiado el grado de adherencia de las mujeres que están en tratamiento con fármacos con potencial teratogé-

no, y se ha observado que presentan una adherencia similar a los ACO que las mujeres no expuestas a estos fármacos, por lo que se debe reforzar el consejo contraceptivo^{39,40}.

Recomendaciones para mejorar la adherencia a los ACO

Para mejorar la adherencia a los ACO se han contemplado diversas estrategias, entre las que destacan las siguientes:

Inicio inmediato de los ACO

Una revisión sistemática que evaluaba la efectividad de la pauta tradicional de inicio de los ACO, «inicio en el primer día de menstruación» frente a la pauta de «inicio inmediato», o *quick start*, entendida como el inicio de la toma de la píldora en cualquier momento del ciclo añadiendo el uso adicional de 7 días de preservativo, mostró que el inicio inmediato está relacionado con una mayor continuidad del método; sin embargo, no aporta suficiente evidencia de su efectividad en la reducción del número de embarazos no deseados⁴¹.

Prescripción de ACO genéricos

En un estudio en el que se evaluó la adherencia a diferentes medicaciones crónicas, entre ellas los ACO, se puso de manifiesto que el uso de ACO genéricos aumentaba la adherencia, ya que el coste para la usuaria era menor⁴².

Prescripción de varios blísteres

Una revisión sistemática ha mostrado que la prescripción de varios blísteres anticonceptivos incrementa la continuidad de los ACO⁴³. Además, en un estudio realizado en mujeres de más de 35 años, la dispensación de más de 3 blísteres mejoró la adherencia y la continuidad de los ACO⁴⁴.

Uso de ACO en ciclos continuos

El uso de los ACO en ciclo continuo, también llamado «pauta 63 + 7», consiste en realizar 3 ciclos consecutivos de píldoras activas seguidos de 7 días de descanso; esta pauta mejora el cumplimiento en las mujeres con sintomatología premenstrual y/o menstrual, y tiene el mismo perfil de seguridad que la pauta tradicional. No obstante, no se encontraron diferencias en el cumplimiento anticonceptivo entre las dos pautas en las mujeres sin sintomatología⁴⁵.

Utilización de los ACO con otros fines terapéuticos

Se ha demostrado la efectividad y la menor frecuencia de abandono en las mujeres en las que los ACO tienen un beneficio no contraceptivo, como el control de la dismenorrea, el síndrome premenstrual, el acné o el hirsutismo, debido a la mejoría de los síntomas⁴⁵.

Consejo contraceptivo individualizado

En España, un grupo de expertos en anticoncepción realizó recomendaciones en las que sugerían tener en cuenta el estilo de vida de la mujer, así como el nivel sociocultural, dentro del asesoramiento contraceptivo. Se debe tener en cuenta que, en las mujeres que presentaban horarios irregulares, historia de consumo de drogas o alcohol, un bajo nivel de instrucción, patologías psiquiátricas o síndromes de malabsorción, se valoraron estos factores como malos predictores del cumplimiento o situaciones donde la eficacia anticonceptiva podía verse reducida, por lo que dichos expertos no aconsejan los ACO como método de primera elección y proponen valorar otras vías alternativas⁴⁶.

Acceso a páginas web sobre anticoncepción

Las mujeres acceden a páginas web informativas que orientan hacia el correcto uso de la píldora⁴⁷, o a páginas web que asesoran en materia de sexualidad y contracepción, con respuesta por correo electrónico o chat⁴⁸. No obstante, no hay estudios al respecto que prueben su efectividad en el cumplimiento anticonceptivo.

A pesar de los estudios mencionados anteriormente, una revisión de la Biblioteca Cochrane, en la que se evalúan las estrategias para mejorar el cumplimiento de los métodos ACO, recomienda hacer más estudios de intervención que mejoren el cumplimiento del método⁴⁹.

DISCUSIÓN

La calidad del tipo de estudios encontrados es muy heterogénea, por lo que los resultados que se presentan pueden tener limitaciones.

La adherencia a los ACO es un concepto que resulta ambiguo, ya que no se dispone de una terminología unificada para los conceptos de continuidad, adherencia y cumplimiento, lo que hace que en muchas ocasiones estos conceptos se sobrepongan o se utilicen de forma indistinta; por ello, es necesario que las sociedades científicas establezcan un consenso sobre estos términos.

Por otra parte, la valoración de la adherencia anticonceptiva es un aspecto poco desarrollado, puesto que no se han encontrado instrumentos psicométricos validados que evalúen cómo distinguir claramente a las mujeres que tienen un buen cumplimiento de las que no lo tienen¹⁴.

Hay pocos estudios sobre cómo mejorar la efectividad de los ACO y, ante los resultados obtenidos, es necesario evaluar nuevas estrategias que mejoren el cumplimiento y la adherencia a los ACO.

CONCLUSIONES

En España, la adherencia de las mujeres a los ACO es baja. Las repercusiones de un mal cumplimiento exponen a las mujeres al riesgo de un embarazo no deseado y a la inseguridad y el temor al mismo.

La falta de continuidad de un método está relacionada con el aumento de conductas de riesgo y de gestaciones no planificadas.

La mejora de la adherencia y el acceso a métodos anticonceptivos seguros tienen un impacto positivo sobre la economía de los países.

Los factores que mejoran la adherencia a los ACO son los conocimientos que la mujer tiene sobre el método, el apoyo de la pareja, iniciar su uso de forma inmediata y la prescripción de fármacos anticonceptivos en modalidades de más de 3 blísteres.

Los factores que influyen en el mal cumplimiento de los ACO son el coste generado por ellos, la falta de conocimientos ante los olvidos, la práctica de descansos y la presencia de predictores de mal cumplimiento.

Por tanto, el consejo contraceptivo a las mujeres debe ser individualizado y tener en cuenta todos los factores, así como hacer especial hincapié en el manejo de los olvidos por parte de la mujer y su pareja.

La matrona, ante la detección de problemas de adherencia a los ACO, debe asesorar a la mujer sobre el acceso a otros métodos anticonceptivos, como los métodos de larga duración, especialmente cuando no hay un deseo genésico a medio plazo, o bien facilitar el acceso a métodos definitivos para las parejas que desean finalizar su etapa reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC. Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España. Madrid: Sociedad Española de Contracepción; 2014.
2. Lete I, Doval JL, Pérez-Campos E, Sánchez-Borrego R, Correa M, De la Viuda E, et al. Factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive method: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study. *Contraception*. 2007; 76(2): 77-83.
3. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra: WHO; 2003.
4. Sociedad Española de Contracepción. Libro blanco de la anticoncepción hormonal combinada. Manuales SEC. Madrid: Sociedad Española de Contracepción; 2012.
5. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 4.ª ed. Ginebra: OMS; 2011.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes a 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
7. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). BOE, n.º 129 (28 de mayo de 2009).
8. Direcció General de Planificació i Avaluació. Cartera de serveis de les unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva de suport a l'atenció primària (Catalunya). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2007.
9. Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zarate T, Díaz-Martín T, Martínez-Astorquiza-Corral T. Evaluation of factors associated with

- noncompliance in users of combined hormonal contraceptive methods: a cross-sectional study: results from the MIA study. *BMC Womens Health*. 2013; 13: 38-47 [consultado el 29 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/13/38>
10. Equipo Daphne. Encuesta Bayer Schering Pharma. Sexualidad y anticoncepción en la juventud española. Madrid: Equipo Daphne; 2011.
 11. Lete I, Doval JL, Pérez-Campos E, Lertxundi R, Correa M, De la Viuda E, et al. Self-described impact of noncompliance among users of a combined hormonal contraceptive method. *Contraception*. 2008; 77: 276-82.
 12. Trussell J, Henry N, Hassan F, Prezioso A, Law A, Filonenko A. Burden of unintended pregnancy in the United States: potential savings with increased use of long-acting reversible contraception. *Contraception*. 2013; 87(2): 154-61.
 13. Guerra S, Sánchez F, Encinas A, Ugarte L, Barbadillo N, Lete I. Costes de la anticoncepción hormonal combinada en España: ¿hay algún método más coste-efectivo? *Prog Obstet Ginecol*. 2015; 58(5): 221-6.
 14. Hall KS, Castaño PM, Stone PW, Westhoff C. Measuring oral contraceptive knowledge: a review of research findings and limitations. *Patient Educ Couns*. 2010; 81: 388-94.
 15. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. Missed pill recommendations. Emergency contraception: clinical effectiveness unit. London: Faculty of Family Planning; 2011 [consultado el 29 de julio de 2015]. Disponible en: www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceEmergencyContraception11.pdf
 16. European Consortium for Emergency Contraception. Emergency contraception. A guideline for service provision in Europe. Ternat: European Society of Contraception and Reproductive Health; 2013.
 17. Sociedad Española de Contracepción. Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción de urgencia. Madrid: Sociedad Española de Contracepción; 2013.
 18. Trussell J, Portman D. The creeping pearl: why has the rate of contraceptive failure increased in clinical trials of combined hormonal contraceptive pills? *Contraception*. 2013; 88(5): 604-10.
 19. Huber LB, Broel EC, Mitchelides A, Dmochowski J, Dulin M, Scholes D. Comparison of prospective daily diaries and retrospective call to measure oral contraceptive adherence. *Contraception*. 2013; 88(4): 492-7.
 20. Lete I, Pérez-Campos E, Correa M, Robledo J, De la Viuda E, Martínez T, et al. Continuation rate of combined hormonal contraception: a prospective multicenter study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012; 21: 490-5.
 21. Stuart JE, Secura GM, Peipert JF, Pittman ME. Factors associated with 12-month discontinuation among contraceptive pill, patch and ring users. *Obstet Gynecol*. 2013; 121(2): 330-6.
 22. Hall KS, White KO, Rickert VI, Reame NK, Westhoff CL. An exploratory analysis of associations between eating disordered symptoms, perceived weight changes, and oral contraceptive discontinuation among young minority women. *J Adolesc Health*. 2013; 52(1): 58-63.
 23. Zapata LB, Steenland MW, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. Patient understanding of oral contraceptive pill instructions related to missed pills: a systematic review. *Contraception*. 2013; 87(5): 674-84.
 24. Kazerooni R, Vu K, Takizawa A, Broadhead C, Morreale AP. Association of copayment and socioeconomic status with hormonal contraceptive adherence in a female veteran population. *Womens Health Issues*. 2014; 24(2): e237-41.
 25. Dueñas JL, Lete I, Serrano I, Dovala JL, Martínez-Salmeán J, Coll C, et al. La práctica de «descansos» en el uso de anticoncepción hormonal oral en España. Resultados de 4 encuestas de ámbito nacional. *Prog Obstet Ginecol*. 2006; 49(1): 25-31.
 26. Borrero S, Zhao X, Mor MK, Schwarz EB, Good CB, Gellad WF. Adherence to hormonal contraception among women veterans: differences by race/ethnicity and contraceptive supply. *Am J Obstet Gynecol*. 2013; 209(2): 103.e1-11.
 27. Westhoff CL, Torgal AT, Mayeda ER, Shimoni N, Stanczyk FZ, Pike MC. Predictors of noncompliance in an oral contraceptive clinical trial. *Contraception*. 2012; 85: 465-9.
 28. Carter MW, Bergdall AR, Henry-Moss D, Hatfield-Timajchy K, Hock-Long L. A qualitative study of contraceptive understanding among young adults. *Contraception*. 2012; 86(5): 543-50.
 29. Hall KS, Castaño PM, Westhoff CL. The influence of oral contraceptive knowledge on oral contraceptive continuation among young women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2014; 23(7): 596-601.
 30. Hodgson EJ, Collier C, Hayes L, Curry LA, Fraenkel L. Family planning and contraceptive decision-making by economically disadvantaged, African-American women. *Contraception*. 2013; 88(2): 289-96.
 31. Curtis S, Evens S, Sambisa W. Contraceptive discontinuation and unintended pregnancy: an imperfect relationship. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011; 37: 58-66.
 32. Bitzer J, Gemzell-Danielsson K, Roumen F, Marintcheva-Petrova M, Van Bakel B, Oddens BJ. The CHOICE study: effect of counselling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012; 17: 65-78.
 33. Yu J, Hu XH. Inappropriate use of combined hormonal contraceptives for birth control among women of reproductive age in the United States. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013; 22(7): 595-603.
 34. Hou MY, Hurwitz S, Kavanagh E, Fortin J, Goldberg AB. Using daily text-message reminders to improve adherence with oral contraceptives: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010; 116(3): 633-40.
 35. Castaño P, Bynum JY, Andrés R, Lara M, Westhoff C. Effect of daily text messages on oral contraceptive continuation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012; 119(1): 14-9.
 36. Kirby D, Raine T, Thrush G, Yuen C, Sokoloff A, Potter SC. Impact of an intervention to improve contraceptive use through follow-up phone calls to female adolescent clinic patients. *Perspect Sex Reprod Health*. 2010; 42(4): 251-7.
 37. Martin J, Slade P, Sheeran P, Wright A, Dibble T. "If-then" planning in one-to-one behavior change counselling is effective in promoting contraceptive adherence in teenagers. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2011; 37(2): 85-8.
 38. Garbers S, Meserve A, Kottke M, Hatcher R, Chiasson MA. Tailored health messaging improves contraceptive continuation and adherence: results from a randomized controlled trial. *Contraception*. 2012; 86(5): 536-542.
 39. Steinkellner A, Chen W, Denison SE. Adherence to oral contraception in women on Category X medications. *Am J Med*. 2010; 123(10): 929-34.e1.
 40. Collins MK, Moreau JF, Opel D, Swan J, Prevost N, Hastings M, et al. Compliance with pregnancy prevention measures during isotretinoin therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2014; 70(1): 55-9.
 41. López LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. Immediate start of hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (12): CD006260.
 42. Shrank WH, Hoang T, Ettner SL, Glassman PA, Nair K, DeLapp D, et al. The implications of choice: prescribing generic or preferred pharmaceuticals improves medication adherence for chronic conditions. *Arch Intern Med*. 2006; 166(3): 332-7.
 43. Steenland MW, Rodríguez MI, Marchbanks PA, Curtis KM. How does the number of oral contraceptive pill packs dispensed or prescribed affect continuation and other measures of consistent and correct use? A systematic review. *Contraception*. 2013; 87(5): 605-10.
 44. Kazerooni R, Takizawa A, Vu K. Predictors of adherence to hormonal contraceptives in a female veteran population. *Contraception*. 2014; 89(4): 292-8.
 45. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (7): CD004695.
 46. Lete I, De la Viuda E, Gómez MA, Haimovich S, Martínez M. Nuevas recomendaciones para el consejo anticonceptivo basadas en el estilo de vida. Resultados de un estudio Delphi. *Prog Obstet Ginecol*. 2015; 58(1): 4-13.
 47. Lemaitre S, Collier F, Hulin V. Benefit of the Internet as an information tool in case of oral contraceptive miss. Survey of 1964 women visiting the website www.g-oubliemapiule.com. *Rev Prat*. 2009; 59 Supl 10: 7-15.
 48. Falguera-Puig G. Análisis del uso de la web Sexeloves y evaluación de una estrategia de mejora de la consulta virtual, basada en la formación complementaria de las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas) que gestionan la web [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2012.
 49. Halpern V, López LM, Grimes DA, Stockton LL, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (10): CD004317.