

Intervenciones eficaces en la adherencia a la medicación contraceptiva: revisión sistemática

Realizado por:

Cintia Brito Pérez

DNI: 42233417N

Ángela Suárez Porta

DNI: 43388486K

Tutores:

Ascensión Fumero Hernández

Wenceslao Peñate Castro

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso académico 2018/2019

Resumen

Actualmente, la falta de conocimiento sobre los anticonceptivos orales está provocando un déficit en la adherencia a los mismos. Es por ello, que en esta revisión se presenta una recopilación de artículos que tienen como finalidad aplicar un programa de intervención para mejorar la adherencia a la contracepción hormonal oral. Esta información fue extraída a través de tres bases de datos: MEDLINE, Cochrane Library y PsycINFO. De esta búsqueda se seleccionaron un total de 9 publicaciones divulgadas entre 2010 y 2016. Las principales estrategias terapéuticas empleadas han sido el asesoramiento o counseling, la mensajería de texto o llamadas telefónicas y la forma de administración de los anticonceptivos orales. A través de los datos recabados, esta revisión concluye que, en líneas generales, la mensajería de texto presenta mejores tasas de adherencia a las píldoras anticonceptivas que el counseling y que la forma de administración de las píldoras.

Palabras clave: adherencia, efectividad, intervención, tratamiento contraceptivo.

Abstract

Currently, the lack of knowledge about oral contraceptives is causing a deficit in adherence to them. we present a collection of articles that aim to apply an intervention program to improve adherence to oral hormonal contraception. This information was extracted through three databases: MEDLINE, Cochrane Library and PsycINFO. A total of 9 publications published between 2010 and 2016 were selected from this search. The main therapeutic strategies used have been counseling or counseling, text messaging or the form of pill's administration. Through the data collected, this review concludes that, in general terms, text messaging has better adherence rates to contraceptive pills than counseling and the form of pill's administration.

Key words: adherence, effectiveness, intervention, contraceptive treatment.

Introducción

Actualmente, el anticonceptivo hormonal oral constituye el segundo método anticonceptivo más utilizado en España (Benjumea, 2011). Este pequeño comprimido une dos tipos de hormonas femeninas (estrógeno y progestágeno) con el fin de prevenir el embarazo. Además de prevenir la gestación, también pueden ser utilizados con otros fines como el síndrome del ovario poliquístico, acné o regulación menstrual, entre otras.

A pesar de su popularidad, existen varios estudios muestran tasas de interrupción de un 25% a 85% durante los primeros 6 a 12 meses de uso. Muchas mujeres suspenden el tratamiento mientras permanecen sexualmente activas, cuando aún están en riesgo de un embarazo no deseado, y adoptan un método menos efectivo o no lo hacen (White, 2011). Además, entre aquellas mujeres que sí se adhieren a los anticonceptivos orales durante al menos 6 meses, es muy común no tomarlos correctamente. En un estudio en Estados Unidos con 943 mujeres, el 47% de las usuarias dejó de tomar, al menos, una píldora por ciclo y el 22% perdió al menos dos (Berenson, 2012).

Según la Sociedad Española de Contracepción, se entiende por cumplimiento o adherencia al método anticonceptivo hormonal oral a 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 anticonceptivos orales (SEC, 2016). Se ha observado que un 9% de las mujeres experimentaban un embarazo no deseado, mientras que realizando un uso perfecto de los mismos, la tasa de embarazos no deseados se reducía a un 0.3% (Trussell, 2011). Asimismo, según la revisión sistemática realizada por Mack (2019), en los países en desarrollo los anticonceptivos orales tienen tasas de interrupción superiores al 40% a los 12 meses (Ross 2017). Por otra parte, además de destacar en su revisión que uno de los motivos más comunes de abandono de los anticonceptivos orales son los efectos secundarios (Daniels, 2013), Mack resalta que otras razones para la interrupción incluyen problemas con el acceso (Blanco, 2011) y la confusión sobre las instrucciones para tomar píldoras (Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zárate, 2013; Westhoff, 2007).

Como facilitadores del cumplimiento, la Sociedad Española de Contracepción destaca la motivación, la aceptabilidad, la participación, la percepción de seguridad; la correcta información, el entorno social y los medios de comunicación; factores específicos del método como pueden ser los efectos secundarios, sencillez de uso, costo y reversibilidad; y, finalmente, la tolerabilidad. Asimismo, se ha mostrado que la fuerza del hábito (tener las píldoras en un lugar fijo o tomarlas a la misma hora) también favorecía la adherencia a los anticonceptivos orales (Murphy, 2018).

Actualmente, el sistema que se utiliza para administrar anticonceptivos orales no es del todo efectivo, pues consiste en una única y fugaz visita en la que tan solo se dedican, usualmente, unos minutos para la educación sobre la píldora. Por esta razón, un grupo de investigadores sugirió incorporar educadores al personal clínico o realizar intervenciones a través de mensajes de texto o llamadas telefónicas entre las visitas (Berenson, 2012) o cualquier otra intervención innovadora que pudiera mejorar la adherencia. Es evidente que esta falta de adherencia a los anticonceptivos orales requiere de una atención especializada, por ello se han llevado a cabo intervenciones psicológicas y/o educativas con el fin de paliar el abandono de este tratamiento a largo plazo.

Una de las intervenciones dirigidas a la mejora de la adherencia es el counseling. Este concepto se refiere a una técnica de comunicación con la cual se potencian los propios recursos de los pacientes, promoviendo su autoconocimiento, manejando sus emociones y facilitando así la vida de un modo más pleno y gratificante (Martí-Gil et al., 2013). Además, es de vital importancia que se comprendan los pros y los contras de los métodos anticonceptivos considerados, puesto que la elección puede estar influenciada por la comprensión de la probabilidad de embarazo con cada método y los factores que afectan a la efectividad (López et al. (2013).

Otro tipo de intervención destacable es el uso de mensajería, tanto como recordatorio para la toma de la dosis diaria, como para aumentar el conocimiento sobre los anticonceptivos mediante textos educativos. Además, se trata de un enfoque potencialmente útil, pues las intervenciones telefónicas constituyen una forma rentable y confidencial para llegar a las personas que no pueden acudir a un centro clínico de manera regular (Kirby,

2011). En su intervención, Castaño (2012) informó de una mayor adherencia en las personas que recibieron mensajes de texto en comparación con las que no lo recibieron, encontrándose además un menor número de píldoras olvidadas por parte del grupo experimental durante el ensayo. Apoyando estos datos, Hall (2013) realizó una intervención con el fin de comprobar si los mensajes de texto educativos aumentaban la adherencia a los anticonceptivos, encontrando que el grupo que recibió mensajes de texto educativos experimentó un mayor aumento en las puntuaciones medias en adherencia en comparación con las mujeres que no recibieron mensajes de texto, mejorando del mismo modo el conocimiento de los beneficios de los anticonceptivos orales, del mecanismo de acción y de la eficacia de los mismos, llegando a la conclusión de que los mensajes de texto mejoran el conocimiento de los anticonceptivos orales y, finalmente, la adherencia a los mismos.

La forma de administración de píldoras también es un tipo de intervención a destacar. Algunos estudios muestran un aumento inicial en el sangrado que puede hacer que las mujeres dejen de usar los anticonceptivos. Los regímenes alternativos en los que la duración de la fase activa es de más de 21 días o la fase de placebo de menos de 7 días, pueden reducir los síntomas asociados con el intervalo libre de hormonas, disminuir el sangrado, mejorando así la aceptabilidad y, por tanto, las tasas de continuación (Nanda, 2014).

Diferentes revisiones sistemáticas han indagado con el fin de saber qué intervenciones son eficaces para la adherencia a los anticonceptivos hormonales orales, concluyendo muchas de ellas que una combinación entre mensajería y counseling sería lo más adecuado para la mejora de la adherencia. Un ejemplo de ello se encuentra en la revisión sistemática realizada por Mallart y Rodríguez (2018), donde afirman que los mensajes diarios de carácter educativo unidos a una atención rutinaria por parte del equipo médico sobre los anticonceptivos orales, se trata de una estrategia efectiva en el aumento de la adherencia. Asimismo, Halpern et. al (2013) confirman que se puede necesitar una combinación de asesoramiento intensivo y múltiples contactos y recordatorios para mejorar la adherencia y la aceptación del uso de anticonceptivos.

Por tanto, el objetivo primario de este trabajo es realizar una revisión sistemática de las intervenciones que se han llevado a cabo para la mejora de la adherencia a los anticonceptivos hormonales orales. Además, se observará en qué modelo de intervención se ha mostrado mayor eficacia.

Método

La selección de artículos se ha llevado a cabo hasta el mes de julio de 2019. Se han seguido los pasos de la declaración PRISMA, una guía de publicación de la investigación diseñada para mejorar la integridad del informe de revisiones sistemáticas y meta-análisis (Urrútia y Bonfill, 2010).

Identificación y selección de estudios

Para llevar a cabo esta búsqueda, se combinaron las siguientes palabras clave: *adherence, adherence to medication, adherence to treatment, compliance, birth control, contraception, intervention, effectiveness y discontinuation*, en las bases de datos Cochrane Library, PsycINFO y MEDLINE.

Además, se llevó a cabo una comprobación para hallar la calidad de los ensayos clínicos. Tal y como se explica en la declaración CONSORT, los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) bien diseñados y correctamente ejecutados proporcionan la mejor evidencia sobre el efecto de las intervenciones sanitarias, pero una metodología inadecuada puede resultar en estimaciones sesgadas de este efecto, con los consecuentes problemas al sacar conclusiones y tomar decisiones clínicas o sanitarias (Cobos-Carbó y Augustovski, 2011).

Criterios de inclusión y exclusión

En primer lugar, los artículos escogidos debían contener al menos dos de las palabras clave nombradas anteriormente, en el título y/o en el resumen o *abstract*. Además, debían estar escritos en inglés o en español. Se seleccionarían aquellos fundamentados en anticonceptivos hormonales y orales; incluyendo los artículos en los que se podía identificar fácilmente los resultados de los anticonceptivos de interés, desechando así los demás. Cada uno de ellos debía llevar a cabo una intervención psicológica y/o educativa con el fin de aumentar la adherencia al tratamiento. Finalmente, todos debían aportar la media (u otro estadístico descriptivo similar como la OR) y la n del grupo control y del grupo experimental y la desviación típica.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se excluirían aquellos artículos que no contuvieran ninguna de las palabras clave ni en el título, ni en el resumen o *abstract* y que no estuvieran escritos en inglés o español. También se desecharían los artículos en los cuales los métodos anticonceptivos que estudiaban no fueran hormonales orales o aquellos en los que sí constaban pero en los resultados no se pudieran discriminar. Se excluirían aquellos en que los que la variable dependiente no fuera la adherencia. Por último, se descartarían los que no contuvieran datos que permitieran el análisis posterior.

Procesos de selección

Siguiendo las pautas indicadas anteriormente, se procedió a la selección de la bibliografía las autoras de esta revisión en dos fases: 1) se descartaron aquellos que no contenían las palabras clave mencionadas anteriormente, a partir de la lectura del título y del resumen o *abstract*; y 2) se leyeron completamente aquellos que sí contenían la combinación correcta de palabras clave, y se procedió a extraer la información necesaria para esta revisión.

Extracción de datos

Tras el proceso de selección, se extrajo la información bibliográfica (primer autor y año de publicación), n del grupo de control y experimental o experimentales, en el caso de haber más de uno; media y desviación típica de cada uno de ellos; variable que se mide en la intervención y tipo de medida (intergrupo o intragrupo); principal objetivo, los resultados y las principales conclusiones, tal y como se recoge en la *Tabla 2*.

Resultados

En primer lugar, se llevó a cabo la búsqueda de artículos a través de las palabras clave nombradas anteriormente, en las bases de datos MEDLINE, Cochrane Library y PsycINFO. Tras dicha exploración, encontramos un total de 2.033 artículos, de los cuales se descartaron tanto los que no cumplían con los criterios de búsqueda, como los registros duplicados que resultaron de la búsqueda en una misma base de datos con diferentes palabras clave y de cada una de las bases de datos por separado, siendo 1.989 el total de registros desechados.

Posteriormente, se procedió a la lectura del resumen o *abstract* de los artículos resultantes con el fin de hallar aquellos que fueran de utilidad, teniendo que ser, por tanto, intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia a los anticonceptivos hormonales orales. En este momento, se descartaron 17 artículos, quedándonos con 27. Finalmente, se llevó a cabo la lectura completa de los artículos obtenidos en el último cribado, es decir, de un total de 9 artículos, descartando el resto (18) según los criterios de exclusión descritos en apartados anteriores.

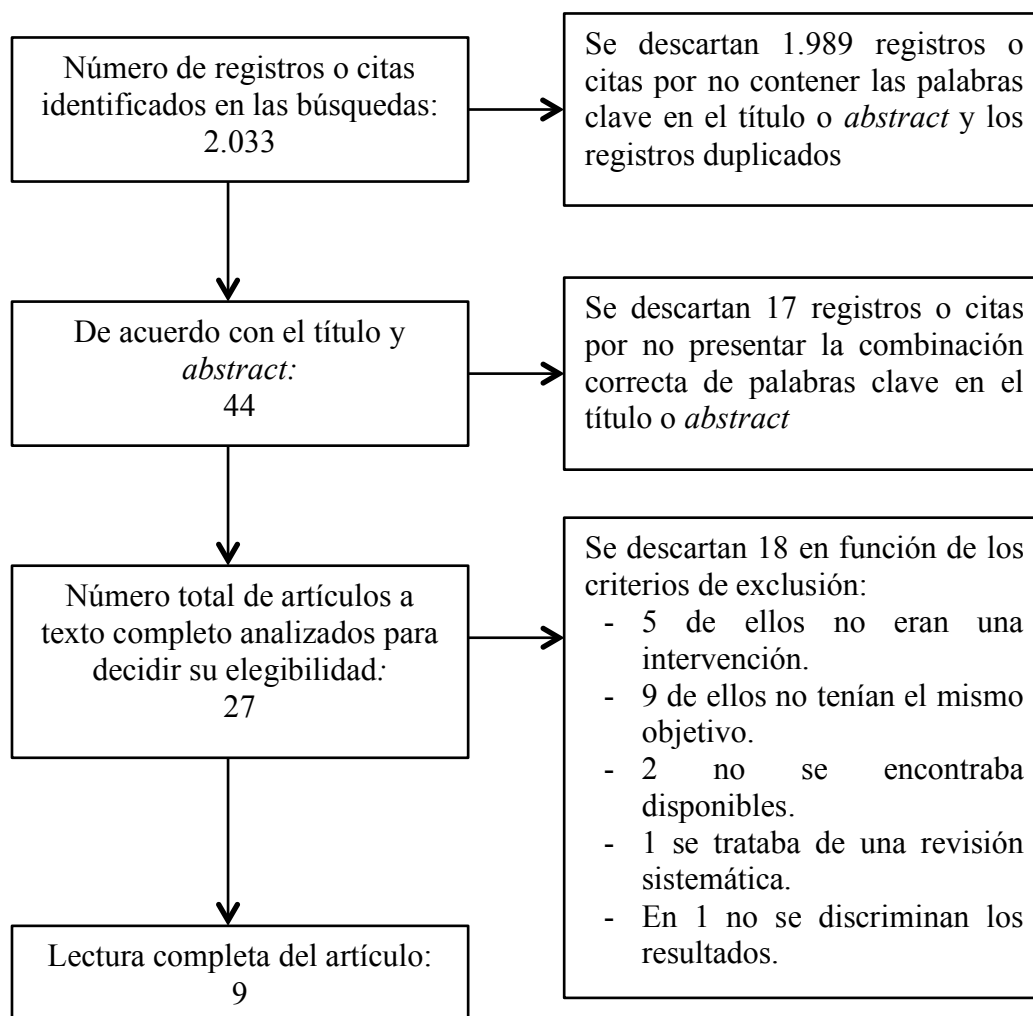


Figura 1. Diagrama de flujo de las fases de la revisión sistemática.

A la hora de evaluar la calidad de los trabajos, se ha observado que las medias de los ensayos clínicos se encuentran comprendidas entre 20 y 31, de un total de 37 ítems. Siguiendo la lista de comprobación de la información que hay que incluir al comunicar un ensayo clínico (*Tabla 1*), se ha observado que la mejor puntuación en cuanto a calidad la obtiene Castaño (2012) con una media de 31, mientras que la puntuación más baja es la de Kirby (2011), con un 20 de media.

Tabla 1. Lista de comprobación de la información que hay que incluir al comunicar un ensayo aleatorizado.

Item n°	Hou (2010)	Kirby (2011)	Berenson (2012)	Castaño (2012)	Garbers (2012)	Hall (2013)	Stephenson (2013)	Nanda (2014)	Nebot (2016)
1a. Ensayo	0	1	1	1	1	1	1	1	0
1b. Resumen	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2a. Antecedentes	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2b. Objetivos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3a. Diseño	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3b. Métodos	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4a. Criterios	1	1	1	1	1	1	1	1	0
4b. Procedencia	1	1	1	1	0	1	1	1	0
5. Intervenciones	1	0	1	1	1	1	1	1	1
6a. Variables	0	1	1	1	1	1	1	1	0
6b. Cambios	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7a. Tamaño muestral	1	1	1	1	1	1	1	1	0
7b. Análisis intermedio	1	0	0	1	0	0	1	0	1
8a. Asignación	1	1	1	1	1	1	1	1	0
8b. Aleatorización	1	0	0	1	1	1	1	1	0
9. Mecanismo aleatorización	1	1	0	1	1	1	1	1	0

10. Generación aleatorización	1	0	0	1	1	0	0	0	0
11a. Cegado	1	1	1	0	1	0	0	1	0
11b. Similitud intervenciones	1	0	0	0	0	0	0	0	0
12a. Estadísticos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12b. Análisis adicionales	1	0	1	1	0	0	1	1	1
13a. Participantes aleatorios	1	1	0	1	1	1	1	1	1
13b. Pérdidas	1	0	0	1	1	0	1	1	0
14a. Reclutamiento	1	1	0	1	1	0	1	0	1
14b. Finalización	0	0	0	0	0	0	0	1	0
15. Características	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16. Número participantes	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17a. Resultados	0	1	1	1	1	1	0	1	1
17b. Respuestas dicotómicas	0	0	0	1	0	0	0	0	0
18. Resultados alternativos	1	0	1	1	0	0	1	0	1
19. Daños	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20. Limitaciones	1	1	1	1	1	1	1	0	1
21. Generalización	1	0	0	1	1	0	1	0	1
22. Interpretación consistente	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23. Número registro	1	0	1	1	1	1	1	1	1

24. Acceso	1	0	1	1	1	1	1	1	1
25. Fuentes	1	0	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL	29	20	23	31	27	23	28	27	21

De “1a” a “1b” pertenece al *título*

De “2a” a “2b” pertenece a la *introducción*

De “3a” a “12b” pertenece a los *métodos*

De “13a” a “19” pertenece a los *resultados*

De “20” a “22” pertenece a la *discusión*

De “23” a “25” pertenece a *otra información*

De los 9 artículos seleccionados, el 55.5% (5) llevó a cabo una intervención basada en mensajes de texto diarios; un 33.3% (3) se fundamentó en el asesoramiento o counseling; y el 11.1% (1) llevó a cabo una intervención basada en el tipo de administración. El 90% (8) presentaron un diseño intergrupo y el 10% (1), un diseño intragrupo. Del total, el 66.6% (6) empleó un grupo control y un grupo experimental; el 22.2% (2), utilizó un grupo control y dos grupos experimentales; y el 11.1% (1) empleó un único grupo experimental.

En cuanto a los resultados (*Tabla 2*), las intervenciones basadas en counseling que no resultaron significativas respecto a la adherencia de los anticonceptivos fueron dos de tres. En la intervención de Berenson (2012), en ninguno de los tres grupos se dio un aumento significativo en el uso de anticonceptivos orales tras la intervención (19.8%, 18% y 19.8%). Por otra parte, tampoco existen diferencias significativas en cuanto al olvido de píldoras en la última semana entre el grupo control (19.8%), el grupo experimental 1 (19.8%) y el grupo experimental 2 (19.8%). No obstante, los pacientes que estaban en el grupo de asesoramiento más llamadas telefónicas, indicaron que la señal sirvió como recordatorio significativamente más (28.9%) que el grupo que solo recibió counseling (22.9%) y grupo control (23.5%); sin embargo, este efecto desaparece a los 12 meses. En relación con lo anterior, Stephenson (2013), tampoco encuentra diferencias significativas con el grupo control, es decir, aquellas que recibieron un régimen estándar (88.5%); y el grupo experimental (86.6%) en cuanto a la tasa de continuación de la toma de los anticonceptivos. Finalmente, en el estudio realizado por Nebot (2016), el uso de la contracepción oral descendió de un 5.4% a un 4.3%.

Por otro lado, en cuanto a aquellos basados en mensajería de texto, en el estudio realizado por Castaño (2012) se encontró un aumento significativo de la adherencia en el grupo intervenido (75%) en comparación al grupo control (54%) durante la intervención. Sin embargo, esta mejora fue disminuyendo gradualmente con el tiempo, de forma que a los 6 meses, el efecto se mantuvo estable para el grupo control (54%) y había disminuido para el grupo experimental (69%). Pasados 8 meses, el efecto de la intervención en el grupo experimental se había extinguido. Asimismo, en el grupo intervenido las usuarias olvidaron un menor número de píldoras (39%) que las del grupo control (27%). Sin embargo, en el estudio realizado por Hou (2010), el número de

píldoras olvidadas aumentó a lo largo de la intervención para los dos grupos, no encontrándose diferencias significativas entre ambos. Kirby (2011) observó que el uso de los anticonceptivos hormonales no difiere entre los grupos de intervención y control en cualquiera de las evaluaciones de seguimiento. Por otra parte, en la intervención realizada por Hall (2013), se comprobó que las personas que recibieron el mensaje de texto educativos (25.5%) tenían una mejor conocimiento sobre la pastilla anticonceptiva que los que habían recibido una rutina normal (23.3%) y, por tanto, una mayor adherencia a la misma. Asimismo, Garbers (2012) encontró que la tasa de adherencia al anticonceptivo fue diferente para el grupo control (69%) y el grupo experimental 2 (86%), sin embargo no existieron diferencias significativas entre el que no recibió mensajería (control) y el grupo experimental 1 (65%).

Finalmente, en cuanto a la intervención de Nanda (2014), basada en el tipo de administración de píldoras, concluye que en el grupo control (uso normal) el 26.1% había olvidado más de dos veces tomar las píldoras frente a el 77.6% que si había continuado tomándolas. Mientras que, en el grupo de intervención (cíclicas) el 22.3% de las mujeres había olvidado tomárselas frente al 71.7% de mujeres, en ese mismo grupo, que sí había continuado.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el 50% (4) de las intervenciones que se han incluido en esta revisión sistemática encontraron un aumento significativo de la adherencia a los anticonceptivos orales hormonales. Cabe decir, que de ese 50%, el 37.5 % (3) de las intervenciones que aumentan la adherencia pertenecían a mensajería y el otro 12.5% (1) pertenecían al counseling.

Tabla 2. Información extraída de los artículos de investigación.

Autor	Tipo de medida	N control	N exp.	N exp. 2	Variable medida	Media cont.	Media exp.	Media exp. 3	Resultados
Hou (2010)	Intergrupo	41	41		Media de píldoras olvidadas (medidas a través de un diario).	1.1 ± 1.3	1.4 ± 2.2	-	No se encontraron diferencias significativas en cuanto al número de píldoras olvidadas entre el grupo que recibió recordatorio, de intervención; y el grupo que no lo recibió, de control (p = 0.6).
					Media de píldoras olvidadas (medidas a través de monitoreo electrónico).	5.0±4.5	5.8±4.3	-	No se encontraron diferencias significativas en cuanto al número de píldoras olvidadas entre el grupo que recibió recordatorio, de intervención; y el grupo que no lo recibió, de control (p = 0.28).
Kirby (2011)	Intergrupo	403	402	-	Tiempo de la encuesta (número de meses desde el inicio) e impacto de la intervención en cada uno de esos puntos temporales.	6 meses 78% 12 meses 74% 18 meses 75%	6 meses 78% 12 meses 74% 18 meses 75%	-	El uso de anticonceptivos hormonales no difiere entre los grupos de intervención, llamadas y servicio clínico, y el grupo control, solo servicio clínico, en cualquiera de las evaluaciones de seguimiento (p=0.27).

Berenson (2012)	Intergrupo	388	383	384	Uso correcto de los anticonceptivos orales.	3 meses 55.2%	3 meses 49.9%	3 meses 58.3%	No hay aumento significativo del uso correcto de anticonceptivos entre grupos experimentales basados en clínica y en clínica mas llamadas telefónicas, en ninguna de las tres medidas de seguimiento.
						6 meses 37.4%	6 meses 31.9%	6 meses 39.3%	
						12 meses 19.8%	12 meses 18.0%	12 meses 19.8%	
					Píldoras omitidas durante la última semana.	3 meses 55.2%	3 meses 55.2%	3 meses 55.2%	No existe diferencia significativa en cuanto al número de píldoras omitidas entre los grupos experimentales, basados en clínica y en clínica mas llamadas telefónicas
					6 meses 37.4%	6 meses 37.4%	6 meses 37.4%		
					12 meses 19.8%	12 meses 19.8%	12 meses 19.8%		
					Pacientes indican que la señal o indicio sirvió como recordatorio para la toma de píldoras	3 meses 42.9%	3 meses 47.1%	3 meses 64.5%	Existe una diferencia significativa en cuanto a las participantes del grupo basado en clínica mas llamadas y el grupo intervenido solo con counseling y que el grupo control, tras los 3 y 6 meses ($p < .01$). Este efecto desaparece a los 12 meses ($p = .28$).
					6 meses 34.7%	6 meses 35.9%	6 meses 49.5%		
					12 meses 23.5%	12 meses 22.9%	12 meses 28.9%		
Castaño (2012)	Intergrupo	482	480	-	Tasa de continuación a los anticonceptivos orales.	Durante 54%	Durante 75%	-	El grupo que recibió mensajes educativos diarios tuvo una mayor adherencia en comparación al grupo control durante la intervención ($p = .003$) pero no tras 6 meses ($p = .16$).
						6 meses 54%	6 meses 60%		
					Ninguna píldora olvidada durante el pasado mes.	27%	39%	-	El grupo intervenido, con mensajes educativos, posee menos usuarias que olvidaron tomar alguna pastilla que el grupo

									control que tuvieron intervención a la rutina (p = .04).
Garbers (2012)	Intergrupo	70	76	78	Porcentaje de pacientes que se adhirieron al método anticonceptivo elegido 4 meses después de la visita de planificación familiar	69%	65%	86%	La tasa de adherencia al anticonceptivo difirió entre el grupo de experimental 2, "intervención + genérico", y el grupo control, siendo los primeros más propensos a adherirse al tratamiento (86% vs. 69% p=.011). No se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental 1, "intervención + asesoramiento" y el control (65% vs 69% p=.6).
Hall (2013)	Intergrupo	327	332	-	Nivel de conocimiento de los anticonceptivos hormonales orales para mejorar la adherencia.	Inicio 22.7 6 meses 23.7	Inicio 22.8 6 meses 25.5	-	Las personas que recibieron el mensaje recordatorio tenían una mejor adherencia a la pastilla anticonceptiva que los que habían recibido una rutina de control (p <.001)
Stephenson (2013)	Intergrupo	177	179	-	Porcentaje de pacientes que continuaron la toma de los anticonceptivos	88.5%	86.6%	-	No hay diferencia significativa entre ambos grupos, régimen estándar y régimen personalizado del counseling, en cuanto a la tasa de continuación de la toma de los

									anticonceptivos (p=.6)
Nanda (2014)	Intergrupo	178	180	-	Número de píldoras olvidadas tres o más veces en el último mes (%)	26,1%	22,3%	-	No hay diferencia significativa en el número de píldoras olvidadas, el uso normal de píldoras y el uso cíclico fueron efectivos y aceptables.
					Tasa de continuación de la píldora anticonceptiva a los 12 meses (%)	77.6%	71.7%	-	No hay diferencia significativa en la tasa de continuidad, el uso normal de píldoras y el uso cíclico fueron efectivos y aceptables.
Nebot (2016)	Intragrupo	-	126	-	Uso de anticonceptivos tras la intervención mediante asesoramiento.	-	Pre: 5.4% Post: 4.3%	-	Se halla un descenso en el uso de la anticoncepción hormonal oral tras la intervención.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión sistemática de las intervenciones que se han llevado a cabo para la mejora de la adherencia a los anticonceptivos hormonales orales, así como para observar en qué modelo de intervención se ha mostrado mayor eficacia. Se hallaron resultados significativos en las intervenciones de Castaño (2012), Hall (2013) y Garbers (2012), todas ellas basadas en mensajería de texto.

En cuanto a aquellas intervenciones basadas en counseling, en todas ellas se llevó a cabo una visita inicial en la que se recogieron datos básicos de los participante, por ejemplo, datos sociodemográficos o historial médico, mediante un cuestionario o una entrevista; además todas las usuarias tenían entre 14 y 25 años, por lo que se trataba de una población joven; y todas fueron asignadas al azar a los grupos de la intervención; además, todos contenían un grupo control al que se le asignó un régimen estándar y, al menos, un grupo experimental al que se le asignó un régimen personalizado. Finalmente, no se encontró un aumento de la adherencia a los anticonceptivos en ninguno de los casos. En el caso de Berenson (2012) no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres que recibieron asesoramiento sobre cómo usar los anticonceptivos orales y las que no, por lo que se concluye que ese tiempo educativo sumado en la visita clínica o por teléfono no es suficiente para aumentar la adherencia a la píldora. Asimismo, tampoco encontró diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al número de píldoras omitidas. De acuerdo con esto, los resultados de la investigación de Kirby (2011), buscando aumentar la adherencia a los anticonceptivos a través llamadas telefónicas para abordar las preocupaciones de las mujeres jóvenes, mostraron que el uso de anticonceptivos aumentó desde el inicio hasta el seguimiento (a los 6 meses) en ambos grupos, es decir, no existe diferencia significativa entre el grupo control y el experimental. Tampoco encontró un aumento de la adherencia el estudio de Nebot (2016), pues los resultados mostraron un descenso de la adherencia al anticonceptivo oral mientras que la adherencia aumentaba para otros anticonceptivos después de la intervención. De igual forma, en el estudio realizado por Stephenson (2013), donde se compara el uso estándar de píldoras con el uso personalizado de las

mismas y se completa un diario electrónico, no se mostraron diferencias significativas en la continuidad y en las tasas de satisfacción al año entre los dos regímenes anticonceptivos.

En segundo lugar, en cuanto a las intervenciones basadas en mensajería de Castaño (2012), Hall (2013), Garbers (2012) y Hou (2010), todas tienen en común la aleatorización de la investigación, además las edades se encuentran comprendidas entre 13 y 30 años. También, tienen al menos un grupo control y, al menos, un grupo experimental que recibió mensajes. Asimismo, todos los estudios llevaron a cabo una entrevista de referencia. Sin embargo, las intervenciones de Hall (2013), Castaño (2012) y Garbers (2012) se alargaron aproximadamente 6 meses mientras que la de Hou (2010) se llevó a cabo en tan solo 3 meses, lo que se podría considerar como un factor importante y diferenciación para la efectividad de la adherencia. Otro dato a destacar es que cada uno de los estudios presentados se centró en variables diferentes. Por un lado, Hall (2013), midió el nivel de conocimiento sobre las píldoras anticonceptivas, encontrando que el grupo que recibió mensajes de texto educativos experimentó un mayor aumento en las puntuaciones medias en comparación con las mujeres que no recibieron mensajes de texto, llegando a la conclusión de que los mensajes de texto mejoran el conocimiento de los anticonceptivos orales y, por tanto, la adherencia a los mismos. Castaño (2012) cuantificó la tasa de continuación y el porcentaje de píldoras olvidadas, llegando también a la conclusión de que los mensajes de texto educativos mejoran la continuación de los anticonceptivos orales. Sin embargo, comprobaron que este efecto no era permanentemente, pues se encontró mejora durante la intervención y el seguimiento pero fue disminuyendo gradualmente, y, pasados 8 meses, el efecto se había extinguido. Además, se encontró que las participantes del grupo control omitieron un mayor número de píldoras por mes en comparación con el grupo experimental. Garbers (2012) buscó el porcentaje de usuarias que se adhirieron al método anticonceptivo, concluyendo que las mujeres que recibieron materiales de salud y un módulo informático autoguiado tuvieron tasas de continuación más elevadas que el grupo control, que solo recibió un folleto genérico, no obstante, las tasas de satisfacción con los dos métodos y las tasas de elección de métodos anticonceptivos eficaces no tenían resultados significativos, es decir, los dos grupos presentan puntuaciones similares. Finalmente, Hou (2010) investigó la media de píldoras olvidadas, llegando a la conclusión de que, aunque las mujeres que recibieron mensajes de texto afirmaron

que estos eran de gran utilidad, no hubo diferencias significativas entre la media de píldoras olvidadas entre las mujeres que recibieron mensaje de texto (grupo experimental) y las que no (grupo control).

Por otra parte, en cuanto a las intervenciones basadas en el tipo de administración de anticonceptivos, Nanda (2014) concluye que no existen diferencias significativas entre el grupo que llevo a cabo un uso normal de las mismas y el grupo que llevó a cabo un uso cíclico, en cuanto a la tasa de continuación y en cuanto al número de píldoras olvidadas.

A lo largo de la realización de esta revisión se han encontrado una serie de limitaciones. Entre dichas restricciones se destaca la falta de información existente sobre el aumento de la adherencia a los anticonceptivos hormonales orales encontrados en las bases de datos utilizadas en esta revisión (MEDLINE, Cochrane Library y PsycINFO). Para futuras revisiones es recomendable ampliar el número de bases de datos para así encontrar una mayor cantidad de información que cumpla con los requisitos de la revisión.

En conclusión, en base a los estudios revisados, podemos afirmar que, en primer lugar, el asesoramiento educativo del anticonceptivo hormonal oral, no es suficiente para mejorar la adherencia a los mismos a largo plazo; en segundo lugar, teniendo en cuenta la efectividad de las intervenciones realizadas en base a los mensajes de texto, podemos afirmar que se trata de un método efectivo para mejorar la adherencia anticonceptiva. Sin embargo, se ha observado que una vez acaban las intervenciones basadas en este método, la adherencia a la píldora vuelve a reducirse, por tanto, podríamos decir que no es un método que perdure en el tiempo. Cabe destacar que el factor más influyente para la adherencia que se observa es el tiempo, dado que las intervenciones de mensajería más efectivas anteriormente citadas son las que se llevaron a cabo en un periodo de 6 meses, de hecho, en las intervenciones clínicas se recomienda un seguimiento de un año como mínimo para ver los efectos. Esto sugiere que si se aumentara de 6 meses a un año la intervención es posible que la adherencia tras el tratamiento no disminuyese, algo a anotar para las siguientes intervenciones basadas en esta materia.

Referencias

- Adarve-Hidalgo, E., Falguera, G., & Seguranyes, G. (2016). Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. *Matronas profesión, 1*, 28–34. Recuperado de <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbibliografia-adherencia-y-cumplimiento.pdf>
- Berenson A. B., y Rahman M. (2012). A randomized controlled study of two educational interventions on adherence with oral contraceptives and condoms. *Contraception, 86* (2012), 716 – 724. doi:10.1016/j.contraception.2012.06.007
- Castaño, P. M., Bynum, J. Y., Andrés, R., Lara, M., y Westhoff., C. (2012). Effect of Daily Text Messages on Oral Contraceptive Continuation. *The American College of Obstetricians and Gynecologists, 119* (1), 14 – 20. doi:10.1097/AOG.0b013e31823d4167
- Gaudet, L. M., Kives, S., Hahn, P. M., Reid, R. L. (2004). What women believe about oral contraceptives and the effect of counseling. *Contraception, 69* (1), 31 – 6. doi:10.1016/j.contraception.2003.07.003
- Davie, J. E., Walling M. R., Mansour, D. J., Bromham, D., Kishen, M., Fowler, P (1996). Impact of patient counseling on acceptance of the levonorgestrel implant contraceptive in the United Kingdom. *Clinical Therapy, 18* (1), 150–9. doi:10.1016/S0149-2918(96)80187-1
- De la Cuesta Benjumea, R., Franco Tejada, C., & Iglesias Goy, E. (2011b). Actualización en anticoncepción. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 3*, 75–87. Recuperado de <https://medes.com/publication/70432>
- Gilliam M, Knight S, & McCarthy, M. (2004). Success with oral contraceptives: A pilot study. *Contraception* 2004 (69), 413–418. doi:10.1016/j.contraception.2003.12.006
- Hall, K. S., Castaño, P. M., Westhoff, C. L. (2014). The Influence of Oral Contraceptive

- Knowledge on Oral Contraceptive Continuation Among Young Women. *Journal of women's health*, 23 (7), 596 – 601. doi: 10.1089/jwh.2013.4574
- Hanna, K. M. (1993) Effect of Nurse-Client Transaction on Female Adolescents' Oral Contraceptive Adherence. *Journal of Nursing Scholarship*, 25 (4), 285 – 290.
- Hou M. Y., Hurwitz, S., Kavanagh, E., Fortin J., Goldberg, A. (2010). Using daily text-message reminders to improve adherence with oral contraceptives: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 2010 (116), 633–40. doi:10.1097/AOG.0b013e3181eb6b0f
- Hou M. Y., Shelley, H., Kavanagh, E., Fortin, J., Goldberg, A. B. (2010). Using Daily Text-Message Reminders to Improve Adherence With Oral Contraceptives. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 116 (3), 633 – 640. doi:10.1097/AOG.0b013e3181eb6b0f
- King, I. (1981). *A theory of nursing: Systems, concepts, process*. New York: John Wiley & Sons.
- Kirby, D., Raine, T., Thrush, G., Yuen, C., Sokoloff, A., & Potter, S. C. (2010). Impact of an intervention to improve contraceptive use through follow-up phone calls to female adolescent clinic patients. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 42(4), 251–257. doi:10.1363/4225110
- Lopez, L. M., Steiner, M., Grimes, D. A., Hilgenberg, D., & Schulz, K. F. (2013). Strategies for communicating contraceptive effectiveness (Review). Recuperado de www.cochranelibrary.com
- Halpern V., Lopez L. M., Grimes D. A., Stockton L.L., Gallo M. F. (2013). Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. doi:10.1002/14651858.CD004317.pub4
- Rosenberg, M.J., Waugh, M.S., Burnhill, M. S. (1998) Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation. *Family Planning Perspectives*, 30 (2), 89–92. doi:10.2307/2991665

- Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, 83 (5), 397–404. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.021
- White, K. O., Westhoff, C. (2011) The effect of pack supply on oral contraceptive pill continuation: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 118 (3), 615–22. doi:10.1097/AOG.0b013e3182289eab
- Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). PRISMA declaration: a proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 135 (11), 507-11. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015
- Westhoff, C., Heartwell, S., Edwards, S, Ziemann, M., Cushman, L., Robilotto, C., et al. (2007) Initiation of oral contraceptives using a quick start compared with a conventional start: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 109 (6), 1270–6. doi:10.1097/01.AOG.0000264550.41242.f2.
- Cobos-Carbó, A., & Augustovski, F. (2011). Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. Recuperado de www.elsevier.es
- Garbers, S., Meserve, A., Kottke, M., Hatcher, R., & Chiasson, M. A. (2012). Tailored health messaging improves contraceptive continuation and adherence: results from a randomized controlled trial. Recuperado de www.elsevier.es

