

## ARTÍCULO ORIGINAL

## ADHERENCIA A ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA (INYECTABLE Y ORAL) EN MUJERES DE 14 A 24 AÑOS DE EDAD EN 6 CIUDADES DE COLOMBIA.<sup>34</sup>

Dr. Pio Iván Gómez Sánchez<sup>1</sup>, Hernando Gaitán-Duarte<sup>2</sup>, María Nelcy Rodríguez Malagón<sup>3</sup>.

### RESUMEN

#### OBJETIVO

Determinar el efecto de la vía de administración sobre la adherencia de los anticonceptivos hormonales.

#### METODOLOGÍA

Estudio mixto (cohortes concurrentes y entrevistas a profundidad) en mujeres entre 14 y 24 años. Se excluyeron mujeres con embarazo, lactancia, enfermedades neoplásicas, alteraciones psiquiátricas, y criterios de elegibilidad para anticoncepción hormonal categoría 3 y 4 de la OMS. Tamaño muestral: 85 mujeres para el anticonceptivo inyectable y de 250 mujeres para el anticonceptivo oral, diferencia esperada de adherencia: 15%,  $\alpha$ :5%, poder: 80%. Variables medidas: Edad, escolaridad, afiliación al sistema de seguridad social, apoyo familiar, estrato social, embarazos, uso previo de método anticonceptivo. Análisis: Se describen las características basales de los dos tipos de usuarias. Se comparan las características de las adherentes y no adherentes por medio de análisis uni y multivariado y entrevistas a profundidad

#### RESULTADOS

De enero de 2008 a junio de 2009 ingresaron 316 mujeres (218 anticonceptivos orales y 98 inyectable combinado). 250 (79%) tuvieron seguimiento a los 6 meses (1170 ciclos). Hubo mayor adherencia en el grupo de anticoncepción inyectable que en el grupo que tomo anticonceptivos orales ( $p$ : 0.017). No hubo diferencias significativas en el peso a los 6 meses 57.75 ( $\pm$  8.34) vs 57.15 ( $\pm$  7.36) ( $p$ : 0.584). No hubo diferencias entre las mujeres adherentes y no adherentes

por edad, tipo de afiliación, marca del anticonceptivo o nivel educativo.

#### CONCLUSIONES

La vía de administración está asociada a la adherencia de uso en mujeres jóvenes.

#### ABSTRACT

**Objective:** Determining young females' adherence to a hormonal contraceptive and the effect of administration route, adjusted according to associated factors.

#### METHODOLOGY

A mixed study (concurrent cohorts and in-depth interviews) of females aged 14 to 24, who wished to use combined oral and injectable hormonal contraceptive methods was carried out between January 2008 and June 2009. Females who were pregnant, nursing, suffering neoplastic diseases or psychiatric alterations or who were drug addicts or mentally-retarded were excluded; WHO category 3 and 4 eligibility criteria were used. Sample size was 335 females: 85 for injectable contraceptive (IC) and 250 for oral contraceptive (OC); 15% expected adherence difference, 5%  $\alpha$ , 80% power were used.

#### RESULTS

316 females were studied: 218 (68%) received OC and 98 (32%) IC; 250 (79%) were followed-up after 6 months (1,170 cycles). There were no contraceptive failures using either method (Pearl Index=0.0). The IC group (89.4%) had greater adherence than the OC group (77%) ( $p$ =0.017). 97% of them had received some type of contraceptive counseling; 72.5% had used contraception previously. Participants did not feel that counseling had provided all the information they needed

#### CONCLUSIONS

Young females' adherence was associated with administration route and type of counseling

#### INTRODUCCIÓN

En la actualidad, para la población adolescente y joven el uso adecuado de métodos anticonceptivos es un elemento vital para una óptima salud sexual y reproductiva. La Organización

<sup>1</sup>. Ginecólogo, Epidemiólogo, Magister en Salud Sexual y Reproductiva.

-Fellow American Congress Obstetricians and Gynecologists.

-Asesor Médico Principal de IPPF Región de Hemisferio Occidental.

-Profesor Titular Departamento de Ginecología y Obstetricia, Instituto de Investigaciones Clínicas Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.

<sup>2</sup>. Ginecólogo, Magister en Epidemiología Clínica.

-Profesor Titular Departamento de Ginecología y Obstetricia, Instituto de Investigaciones Clínicas Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.

<sup>3</sup>. Magister en Bioestadística.

-Profesora Asociada Departamento de Estadística Universidad Nacional de Colombia

Panamericana de la Salud ha considerado que el cuidado de la salud para los y las adolescentes debe desarrollarse desde el marco conceptual de la promoción de la salud<sup>1 2</sup>. Dentro de este concepto de la promoción de la salud el uso de métodos anticonceptivos es una alternativa válida<sup>34</sup>.

Hay varios aspectos a considerar en la evaluación de los factores asociados al uso adecuado de los métodos anticonceptivos. Entre estos se encuentran: la efectividad del método, el costo, la disponibilidad, y la adherencia al método de uso, los cuales han sido consideradas como elementos claves para evitar un embarazo no planeado.

Se ha descrito la baja adherencia a la anticoncepción del grupo de adolescentes y mujeres jóvenes<sup>5 6</sup> pero poco se conoce respecto a las causas de esta baja adherencia. No se conoce por ejemplo: el efecto de la edad sobre la adherencia a los anticonceptivos, las causas de abandono o no adherencia a los anticonceptivos hormonales, por otra parte se dispone de escasa información sobre intervenciones efectivas para mejorar la adherencia a los métodos anticonceptivos o el efecto de la vía de administración en la adherencia<sup>7 8</sup>.

El objetivo de este estudio es determinar el efecto de la vía de administración sobre la adherencia en mujeres de 14 a 24 años y cuáles son los factores asociados a la adherencia adecuada.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio mixto cuali y cuantitativo (cohortes concurrentes y entrevistas a profundidad) en mujeres entre 14 y 24 años con vida sexual activa y deseo de utilizar métodos de anticoncepción hormonal combinada oral o inyectable, que consultaron a centros de atención primaria en Bogotá, Bucaramanga, Cali, Manizales y Medellín ubicados en la región central de Colombia y Barranquilla ubicada en la costa norte del país. Se excluyeron mujeres embarazadas, en lactancia, con enfermedades neoplásicas, con alteraciones psiquiátricas o drogadicción, retardo mental y criterios de elegibilidad para anticoncepción hormonal combinada categorías 3 y 4 de la OMS<sup>9</sup>. Se estimó un tamaño muestral para el anticonceptivo inyectable de 85 mujeres y de 250 mujeres para el anticonceptivo oral, con base en una adherencia esperada en anticoncepción vía oral de 75%, una adherencia esperada en anticoncepción inyectable del 90%, un nivel de significancia de 5%, un poder del 80%, una relación de sujetos 1:3 (Inyectable: oral), pérdidas en el seguimiento del 20%. Se realizó un muestreo secuencial. El estudio fue aprobado por un comité de ética independiente (el comité de ética de la Organización Sanitas Internacional).

Procedimiento: A las mujeres que asistían en busca de un método de anticoncepción a las instituciones seleccionadas, se les brindó consejería en métodos anticonceptivos. A aquellas mujeres que posterior a la asesoría en anticoncepción desearon utilizar anticonceptivos hormonales combinados, se les explicó la naturaleza del estudio y se les solicitó la firma del consentimiento informado. Se les explicaron las alternativas de anovulatorio oral (combinación

de 3 mg de drospirenona y 0,03 mg de etinilestradiol ó combinación de levonorgestrel 0,1 mg y etinilestradiol 0,02 mg) o inyectable combinado (5 mgr de valerato de estradiol y 50 mgr de acetato de noretisterona). La decisión sobre cual anticonceptivo utilizar fue tomada de manera voluntaria por la mujer. Posterior a la firma del consentimiento informado se diligenció el formulario de ingreso que contenía datos de identificación y variables sociodemográficas, se tomaron los datos del examen físico y ginecológico de ingreso y de laboratorio pertinentes. Se dio una nueva explicación del uso adecuado del anticonceptivo y se hizo una evaluación de lo que entendió la mujer (instrumento para evaluación de que entendió adecuadamente). Se entregó fórmula del método seleccionado para tres meses y se citó a control al mes, tres meses y seis meses. Cuando la mujer no asistió al control, se hizo contacto telefónico por parte de una enfermera profesional quien formuló las preguntas respectivas de adherencia. Las mujeres que tuvieron control telefónico se interrogaron sobre las posibles causas de inasistencia al control. En los controles de seguimiento se registraron las fechas en que inició una nueva caja de anovulatorios o se aplicó la inyección, número de tabletas que dejó de tomar mediante la verificación de los cartones de tabletas o fecha en que fue administrada por la farmacia o fechas que correspondía la inyección que no fue aplicada. Se indagó sobre casos de embarazo que terminaron en aborto, embarazo ectópico o estuvieran en control. Además se averiguó por eventos adversos serios y no serios, así como sobre posibles causas de falta de adherencia terapéutica

Se midieron las siguientes variables: Edad, escolaridad, afiliación al sistema de seguridad social, actividad a la que se dedica en la actualidad, apoyo familiar, estrato social, embarazos, partos y abortos previos, uso previo de método anticonceptivo, tipo de método utilizado y antecedentes patológicos. Se definió como paciente adherente al tratamiento: a aquella paciente que uso los anticonceptivos según las instrucciones del médico y no tuvieron olvidos mayores a 12 horas. Se evaluó el porcentaje de adherencia a los 6 meses, el porcentaje de ciclos adherentes según vía de administración, el tiempo continuo de toma de las pastillas. Los eventos adversos relacionados graves y no graves y la presencia de embarazos ectópicos, abortos, embarazos en curso y la causa de no toma o aplicación adecuada del anticonceptivo hormonal.

Para el componente cualitativo la recolección de la información se basó en entrevistas a profundidad usando una guía semiestructurada a una muestra de participantes seleccionada por conveniencia. Cada entrevista se realizó en un lugar cómodo, con buena iluminación y ventilación, en un ambiente tranquilo donde se minimizaron las posibles interrupciones que distrajeran la participante. Se ofreció a la participante un ambiente amigable pero neutral, en el cual se pudiera realizar la entrevista sin incurrir en ningún tipo de actitud que indujera los planteamientos de la participante.

El guión temático que sirvió de guía para el desarrollo de la entrevista no era conocido por las participantes, éste exploró los diferentes temas que se deseaban conocer, y se incluían además aspectos que afloraron en la discusión, sin que las

participantes consideraran que era preestablecido. En este sentido, se exploró inicialmente sobre la decisión de usar el método, el grado de satisfacción con el método anticonceptivo seleccionado, los factores que pueden afectar su uso, la forma de utilizar el método y la utilización de los servicios de salud. Se realizaron preguntas apreciativas con el fin de orientar a descubrir que sienten las participantes sobre el tema y abrir la discusión en torno al mismo para lograr la construcción de significados

Para controlar los sesgos y facilitar el análisis de la información previo consentimiento informado se grabaron en audio las entrevistas, las cuales se transcribieron textualmente para su posterior análisis por medio de una codificación y categorización abierta inductiva.

Fase de profundización de explicaciones: escuchando a las participantes, el investigador solicitó en medio de la discusión explicaciones sobre respuestas de las preguntas apreciativas, intentando hacer una valoración de la importancia de las percepciones, significados y experiencias ya que esto genera más confianza y verificación constante de la información obtenida. Una vez concluida la exploración de percepciones y expectativas, se generó el cierre permitiendo que la participante hiciera al investigador preguntas sobre dudas que hubieran surgido de la sesión.

**Análisis.** Los resultados se presentan en tablas. Las variables numéricas continuas se presentan con medidas de tendencia central y dispersión. Las variables categóricas como proporciones. El grupo de anovulatorios orales se comparó con el de inyectables por medio de la prueba t de student para variables continuas o prueba de rangos según normalidad. Las variables categóricas se comparan por medio de la prueba Chi<sup>2</sup>.

Para el componente cualitativo se hizo transcripción textual de todas las entrevistas realizadas, se realizaron resúmenes del contenido por temática. Se elaboraron las categorías y se realizó la codificación utilizando el software Atlas Ti.

## RESULTADOS

En el periodo comprendido entre los meses de enero de 2008 hasta junio de 2009, 316 mujeres cumplieron los criterios de inclusión- exclusión del estudio y aceptaron ingresar al estudio. De estas 218 decidieron usar anticonceptivos orales (AO) y 98 inyectable combinado (IC). Se hizo seguimiento a los 6 meses en 250 de ellas (79%), 165 mujeres en el grupo de anticoncepción oral y de 85 mujeres en el grupo de anticoncepción inyectable (p: 0.026). No se presentaron embarazos en ningún grupo durante el periodo estudiado (Índice de Pearl: 0 para un total de 1179 ciclos de seguimiento).

Las características basales de las mujeres incluidas y con seguimiento completo a los 6 meses según vía del método de anticoncepción utilizada se observa en la tabla 1. Se encuentra que los dos grupos fueron similares en sus características socio- demográficas y antropométricas, difirieron en el tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, y apoyo social.

En cuanto a los antecedentes ginecobstétricos 189 mujeres no habían tenido hijos (75%) y no se encontraron diferencias en el número de partos o abortos previos. No se encontraron diferencias en cuanto al número de mujeres con morbilidad previa al inicio del estudio. Tampoco hubo diferencias en el uso previo de métodos de anticoncepción. El colegio es el sitio donde las mujeres más reciben información sobre métodos anticonceptivos, seguido de universidades e instituciones de salud.

Respecto a la adherencia a los 6 meses, hubo mayor adherencia al grupo de anticoncepción inyectable. Un total de 127 (77%) de las mujeres que tomaron Anticonceptivos orales y 76 de las mujeres con anticonceptivo inyectable (89.4%) fueron adherentes al método (p: 0.017). Al tomar en cuenta el número de ciclos adherentes en el primer grupo se encontró que 746 de 990 fueron adherentes mientras en el segundo grupo fueron adherentes 433 de 510 (p: 0.000 ) No hubo diferencias significativas en cuanto al peso a los 6 meses 57.75 ( $\pm$  8.34) vs 57.15 ( $\pm$  7.36) (p: 0.584).

Las causas de suspensión del método, fue olvido en la tercera parte tanto para orales como inyectable (p: 0.179). El estado de acné previo a la anticoncepción estuvo presente en el 15.79% de las mujeres que usaron orales y en el 8,22% de las usuarias de inyectable (p: 0.118). Luego del uso de anticoncepción hormonal el acné mejoró en el 78.79% de los casos de anticonceptivo oral vs 62.5 en el inyectable (p: 0.381). Los eventos adversos más frecuentes en el grupo de anticonceptivos orales fueron: Acné severo, cefalea, náuseas, gastritis, aparición de teleangiectasias en piernas, mastodinia severa, menorragia, dismenorrea. En el grupo de anticonceptivos inyectables fueron: Aumento de peso, cefalea, ciclos irregulares, micosis, náuseas y rash cutáneo generalizado mas prurito,

No se encontraron diferencias entre las mujeres adherentes y no adherentes por edad, tipo de afiliación, marca del anticonceptivo de manera global, o nivel educativo. Ver tablas 3 y 4.

### Análisis cualitativo

#### Decisión de usar el método:

Es de resaltar cómo en la decisión de usar un anticonceptivo la opinión del médico pesa mucho como se puede colegir de estos dos comentarios:

Una mujer que se había pasado a AO dijo: *“Yo estaba utilizando un anticonceptivo inyectable y la doctora me dijo que la inyección era ... algo muy grande o sea....para mí, la doctora hizo la metáfora que para mí eso era como para un elefante o una vaca, que traía demasiadas hormonas...”*

Una mujer usuaria de AO dijo: *“...yo quería como más inyección porque a mí se me olvida, si yo no programo el celular para que me acuerde se me olvida pero el doctor me decía que por mi problema (síndrome de ovarios poliquísticos) la ausencia de periodo ayudaba a formar mas quistes”.*

#### Satisfacción con el método anticonceptivo seleccionado:

En general las mujeres se encuentran satisfechas con

el método que están utilizando actualmente, pero sigue pesando el concepto del profesional médico, lo que ilustra el siguiente comentario: “...A mí el no tener menstruación usando algunos métodos pensándolo como mujer me parece fascinante, pero mi doctora no lo ve recomendable”.

#### Factores que pueden afectar el uso del método anticonceptivo:

Dentro de los factores que mencionan pueden afectar el uso está el costo, lo cual con el sistema de recambio que se ofrece se puede minimizar pero es queja común que esa información la recibieron cuando ya llevaban mucho tiempo usando el método. Adicionalmente mencionan que en muchas farmacias no conocen lo del recambio o los médicos no les informan.

Se menciona como factor importante en el uso la posibilidad de olvido en la compra especialmente con los AO: “...sino que a veces por ejemplo me las tengo que empezar a tomar el domingo y entonces me pasa que por ejemplo uno se ha ido para una finca y no las alcanza a comprar....”

#### Forma de uso:

La forma de uso es variable dependiendo de la usuaria, unas son muy disciplinadas en el caso de los AO: “Siempre me acuerdo, las mantengo en la billetera y ahora que me casé las mantengo en la cocina en una parte especial y como siempre me toca hacer la comida, lavar la loza entonces ahí me acuerdo. Siempre me las tomo a la misma hora en la noche”

Otras no tienen esa disciplina: “Yo coloco alarma, mi esposo me llama cuando estoy trabajando de noche para acordarme y aún así se me olvida hasta tres veces en el mes....”

#### Utilización de los servicios de salud:

La mayoría de las mujeres han asistido al servicio de su EPS pero no sienten que allí la calidad del servicio sea la mejor, por lo que tratan de asistir a medicina particular o medicina prepagada.

Una mujer manifestó: “el ginecólogo que me tocó en la EPS no me dio afinidad, uno como mujer le tiene mucho miedo a eso, empezando que uno mujer con otro señor...no hubo química...”

Consideran que en la EPS tratan de promocionar métodos como los implantes subdérmicos, pero le tiene temor a los posibles efectos.

Es llamativo que a ninguna mujer entrevistada le han hablado de doble protección o protección de infecciones de transmisión sexual.

## **DISCUSIÓN**

El presente estudio encontró que hay mayor adherencia en la anticoncepción inyectable en comparación con la anticoncepción oral en mujeres entre 14 y 24 años. Por otra parte se encuentra que no hubo un incremento en el peso de la mujer y ambos métodos se asociaron a una mejoría en la presencia de acné, sin diferencia significativa entre ellos.

La tercera parte de las mujeres que usaron tanto AO como AI los suspendieron por olvido, pero no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos.

Existe mucha investigación en adherencia terapéutica en general, pero ésta abarca también numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas<sup>10</sup>. Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2001<sup>11</sup>, adoptaron la siguiente definición de la adherencia al tratamiento prolongado, una versión que fusiona las definiciones de Haynes y Rand<sup>12</sup>: *El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.*

En China se realizó una investigación en la cual durante tres ciclos se dieron a las mujeres un paquete especial de AO que tenía un sistema computarizado el cual registraba la hora y fecha en que éste se ingería. Estas mujeres habían sido instruidas sobre el adecuado uso de AO y en los controles al preguntársele sobre píldoras olvidadas, no mencionaron ninguna falla en la ingesta, sin embargo al revisar los datos que arrojaba el sistema computarizado de las píldoras se concluyó que el 30% de las mujeres habían tenido riesgo de embarazo por mal uso de los AO. Al reinterrogar estas mujeres se encontró que las principales razones para no tomar adecuadamente los AO fueron: cambios en la rutina diaria, ausencia del compañero y presencia de sangrado genital<sup>13</sup>.

El hecho de que el olvido es una causa muy importante para no seguir la adherencia a los anticonceptivos hormonales, se intentó modificar por medio del uso de sistemas electrónicos que facilitan la toma de la píldora anticonceptiva. Sin embargo estos métodos no han mostrado impactar de manera positiva la adherencia la cual disminuye de manera progresiva con el tiempo de uso<sup>14</sup>. Al comparar el uso de anovulatorios orales combinados con anillo mensual anticonceptivo no se encontró diferencias en la adherencia entre los dos métodos, pero hubo reporte de uso más consistente del anillo en los primeros tres meses<sup>15</sup>.

Algunos estudios han encontrado que el preparado inyectable con 5 mgr de valerato de estradiol y 50 mgr de acetato de noretisterona puede tener menos discontinuación por amenorrea o sangrado irregular<sup>16</sup>.

Un factor muy importante en la adherencia a la anticoncepción es el concepto del profesional de la salud que da la asesoría<sup>17</sup>, así vemos que en el presente estudio algunas mujeres querían utilizar un método pero el concepto médico las indujo a otro y vemos cómo algunas mujeres que deseando inyectables fueron inducidas a tomar AO a pesar de su falta de disciplina para ello. Es importante difundir entre los profesionales de la salud los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud para desmitificar y actualizar el uso de anticoncepción.

Aunque la mayor parte de los estudios no han mostrado beneficio de las estrategias para mejorar la adherencia y continuación<sup>18</sup>, es importante asegurar la continuidad en el uso de AO y AI, por lo que se debe estimular a las mujeres

para que tengan una provisión y que la compra sea periódica y no cada mes.

La pérdida en el seguimiento se constituyó en la principal debilidad del estudio, que afectó diferencialmente de manera más importante al grupo de AO. Sin embargo al considerar que todas las pacientes perdidas en los dos grupos adherentes al tratamiento, escenario poco probable, la adherencia al grupo de anticoncepción inyectable sigue siendo mayor que al grupo de anticoncepción oral (p:0.05), como tampoco en el escenario más probable, donde todas las pérdidas son consideradas no adherentes. El haber estimado la asociación entre adherencia y método por medio de un estudio de cohortes y no de un ensayo clínico controlado lo hace más susceptible de sesgos de selección y medición. De esta manera es posible que el factor que afectó la adherencia haya influido para que la mujer no regresara al control. Como fortaleza hay que resaltar el tiempo de seguimiento, ya que la mayoría de estudios relacionados con adherencia tienen un seguimiento programado a tres meses, de igual forma es una fortaleza el abordaje cualitativo complementario que permite conocer aspectos relacionados con la adherencia.

**CONCLUSIÓN**

La vía de administración de anticonceptivos combinados se asocia a la adherencia de uso en mujeres jóvenes. Hay varios y diversos factores personales, socioeconómicos, del sistema de salud y de los profesionales que pueden afectar el uso y adherencia anticonceptiva.

**Declaración de conflictos de Interés**

Este proyecto se realizó como un proyecto de extensión firmado entre la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y Laboratorios Lafrancol.

**AGRADECIMIENTOS**

Se agradece a los siguiente profesionales que colaboraron en el reclutamiento de las participantes y en la recolección de la información: Adriana Cuartas Alejandro Rodriguez, Ana María Trujillo, Clara Maria Restrepo, Félix Toro Moreno, Guillermo Henao, Gloria Patricia Valencia, Hermes Jaimes, Hoover Canabal, Humberto Espinosa, Jaime Ruiz Povea, Jorge Escobar, Jorge Sejnau Sayher, Lucy Abdala, Susy Manotas, Luis Felipe Estrada, Maria Cecilia Cock, Maria Eugenia Turizo y Sandra Serna. De igual forma a la licenciada Silvia Espinal por su apoyo en la monitoria del estudio.

**Tabla 1** Características basales de las pacientes incluidas en el análisis de seguimiento a los 6 meses

Características	ORAL	INYECTABLE	P
	n=165	n=85	
Edad (promedio, DE*)	20.5 (±3.6)*	19.9 (± 3.6)*	0.229
<b>Estudios</b>			0.193
Primaria completa	2 (1.2%)	1 (1.2%)	
Secundaria incompleta	14 (8.5%)	16 (18.8%)	
Secundaria completa	29 (17.7%)	11 (12.9%)	
Universitaria	111 (67.7%)	54 (63.5%)	
Técnicos	9 (4.5%)	3 (3.5%)	0.247
<b>Ocupación</b>			
Estudiante	126 (76,4%)	63 (74.1%)	
Trabaja	33 (20,0%)	17 (20.0%)	
Otra	6 (3.6%)	5 (4.9%)	0.007
<b>Afiliación</b>			
Contributivo	75 (46.0%)	26 (31.0%)	
Subsidiado	6 (3.7%)	12 (14.3%)	
Medicina prepagada	56 (34.4%)	37 (44.1%)	
Particular	24 (14.7%)	8 (9.5%)	0.289
Otro	4 (2.4%)	2 (2.4%)	
<b>Estado civil</b>			
Casada	13 (8.0%)	6 (7.1%)	
Unión libre	6 (3.7%)	8 (9.5%)	0.000
Tiene pareja estable	111 (68.1%)	52 (61.9%)	
Sin pareja estable	33 (20.4%)	18 (21.4%)	
			0.157
<b>Apoyo Social</b>			
Si	147 (89,1%)	60 (36,4%)	
No	13 (7,9%)	21 (12,7%)	
Otro	5 (3,0 %)	4 (4.7%)	0.157
<b>Apoyo Social De</b>			
Compañero	23 (13,9%)	15 (25.0%)	
Familiar	117 (70,9%)	45 (75.0%)	
Sin dato	7 (4,2%)	0	

\*DE: Desviación Estándar

Tabla 2 Uso previo y actual de anticoncepción

	ORAL	INYECTABLE	P
	N = 165	N = 85	
<b>Usa anticoncepción actualmente</b>			
<b>Método utilizado</b>			
Condón	47 (28,4%)	21 (24,7%)	0.139
Ritmo	6 (3,6%)	5 (5,8%)	
Coitos interruptus	2 (1,2%)	3 (3,5%)	
DIU	4 (2,42%)	3 (3,5%)	
Anticonceptivos orales combinados	50 (30,3%)	15 (17,6%)	
Anticonceptivos inyectables combinados	13 (7,9%)	13 (15,2%)	
Anticonceptivos transdérmicos combinados	1 (0,6%)	0	
Sin método actual	34(20,6%)	22(25,8)	
Sin dato	8 (4,9%)	3 (3,5%)	

Tabla 3 Análisis univariado entre pacientes adherentes y no adherentes al Anticonceptivo

Edad n=203	Adherente	No adherente	P
	n=47		
15 a 19 años	48 (23.7%)	13 (27.7%)	0.564
20 a 24 años	155 (76.4%)	34 (72.3%)	
<b>Régimen de afiliación</b>			
Contributivo	85 (41,9%)	16 (34,0%)	0.760
Subsidiado	14 (6,9%)	4 (8,5%)	
Medicina Prepagada	73 (36,0%)	20 (42,6%)	
Particular	26 (12,8%)	6 (12,8)	
Otro	3 (1,5%)	0	
Sin dato	2 (1,0%)	1(2,1%)	
<b>Compuesto activo</b>			
levonorgestrel 0,1 mg + etinilestradiol 0,02 mg.	11(6.2%)	3 (6.8%)	0.096
Noretisterona enantato 50 mg + valerato de Estradiol 5 mg	67 (37.6%)	9 (20.5%)	
3 mg de drospirenona + 0,03 mg de etinilestradiol	100 (56.2%)	32 (72.7%)	
Sin dato	25 (12.3%)	3 (6.3%)	
Estudios			0.24

Primaria completa	3 (1.5%)	0 0	0.455
Secundaria incompleta	24 (11.9%)	6 (12.(%)	
Secundaria completa	31 (15.4%)	9 (19.2%)	
Universitaria	133 (65.8%)	32 (68.1%)	
Técnicos	11 (5.5%)	0	
Sin dato	1	0	

Tabla 4 Análisis bivariado entre pacientes adherentes y no adherentes al Anticonceptivo de variables asociadas a la adherencia por vía de administración.

Edad	ORALES				P	INYECTABLES				P
	Adherente		No adherente			Adherente		No adherente		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
15 a 19 años	24	18.9	10	26.3	0.321	24	31.6	3	33.3	0.915
20 a 24 años	103	81.1	28	73.7		52	68.4	6	66.7	
<b>Régimen de afiliación</b>					0.760					0.703
Contributivo	60	47,2	15	39,5		25	32,9	1	11,1	
Subsidiado	4	3,1	2	5,3		10	13,2	2	22,2	
Medicina Prepagada	41	32,3	15	39,5		32	42,1	5	55,6	
Particular	19	15,0	5	13,2		7	9,2	1	11,1	
Otro	2	1,6	0	0,0		1	1,3	0	0,0	
Sin dato	1	0,8	1	2,6	1	1,3	0	0,0		
<b>Marca</b>					0.815					
levonorgestrel 0,1 mg + etinilestradiol 0,02 mg.	11	8,7	3	7,9						
Noretisterona enantato 50 mg + valerato de Estradiol 5 mg						67	100	9	100	
3 mg de drospirenona + 0,03 mg de etinilestradiol										
Sin dato	16	12,6	3	7,9						

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Serie OPS/FNUAP No. 2, 2000. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Normasweb.pdf>
2. Gómez P.I., Marissa Billowits, Silvia Huaynoca. The Right to Care. Guidelines on Sexual and Reproductive Healthcare for Youth. 2017 ISBN: 978-0-9965637-0-3
3. Vazquez S, Ruiz AI, Gómez P.I., Adolescencia un enfoque integral. Bogotá, Colombia. 2013 ISBN: 97895858060702
4. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. La salud en las Américas. Volumen I. 2002.
5. Gómez P.I., Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Editorial: r&r artes gráficas. Lima, Perú. 2010 ISBN: 9786124589768
6. Arias YG. Experiencia Médica la Adherencia Terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5):502-5
7. Gómez P.I.. Anticoncepción: Pasado, presente y futuro Editorial: Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C. 2010. Tiraje: 1200 ISBN: 978-958-719-450-0
8. Gómez P.I, Capítulo: Anticoncepción hormonal de depósito. En Libro: Ginecología y Obstetricia basadas en nuevas evidencias. Bogotá DC-Colombia. 2ª Edición. 2008:477-489. ISBN: 978-958-8379-06-7
9. WHO: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Fifth edition, 2015
10. Hillard PJ. Contraception: Adherence? Compliance? Successful use? And how do we know? J Womens Health (Larchmt). 2010;19(12):2157-8.
11. Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001, Issue 1.
12. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. American Journal of Cardiology, 1993, 72:68D-74D.
13. Wrigth K. Por que las mujeres no se toman la píldora. Rev. Network. Family Health Internacional. 2003;23(3):8-11
14. 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
15. Gilliam ML, Neustadt A, Kozloski M, Mistretta S, Tilmon S, Godfrey E. Adherence and acceptability of the contraceptive ring compared with the pill among students: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2010 ;115(3):503-10
16. Gallo MF, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, d'Arcangues C. Combination injectable contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD004568.
17. Hooper D J. Attitudes, awareness, compliance and preferences among hormonal contraception users: a global, cross-sectional, self-administered, online survey. Clin Drug Investig. 2010;30(11):749-63.
18. Halpern V, Grimes DA, Lopez L, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD004317