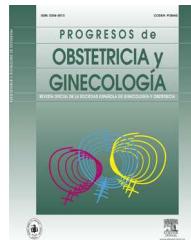


PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Nuevas recomendaciones para el consejo anticonceptivo basadas en el estilo de vida. Resultados de un estudio Delphi



Iñaki Lete ^{a,*}, Esther de la Viuda ^b, María Ángeles Gómez ^c,
Sergio Haimovich ^d y Mercedes Martínez ^e

^a Servicio de Ginecología, Hospital Universitario Araba, Universidad del País Vasco, Vitoria, Álava, España

^b Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Guadalajara, Fundación Española de Contracepción (FEC), Guadalajara, España

^c Centro de Salud Sexual y Reproductiva Alicante III, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

^d Servicio de Ginecología, Hospital Universitario del Mar, Barcelona, España

^e Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 6 de julio de 2014; aceptado el 7 de julio de 2014

Disponible en Internet el 18 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Consejo anticonceptivo;
Estilo de vida;
Método Delphi

Resumen

Objetivo: Elaborar un listado de condiciones más allá de las condiciones médicas de la OMS que puedan ayudar en la toma de decisiones durante el proceso de asesoría anticonceptiva.

Métodos: Estudio Delphi en el que 27 expertos contestaron a 24 preguntas planteadas por los coordinadores del estudio. Se requirió un nivel de consenso igual o superior al 50% del total de expertos consultados en cada una de las preguntas con respuesta de escala nominal formulada.

Resultados: Tras el proceso Delphi se realizaron 20 recomendaciones sobre cuestiones relacionadas con el consejo anticonceptivo: condiciones médicas, época de la vida, estilo de vida, estado laboral, nivel académico, nivel económico, actividad sexual, métodos anticonceptivos y cumplimiento con el régimen anticonceptivo.

Conclusiones: El consejo anticonceptivo debe de contemplar, además de las condiciones médicas, los aspectos relacionados con el estilo de vida de la mujer para mejorar la adherencia al método anticonceptivo más adecuado.

© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisignacio.letelasa@osakidetza.net (I. Lete).

KEYWORDS

Contraceptive counseling;
Lifestyle;
Delphi methodology

New lifestyle-based recommendations for contraceptive counseling. A Delphi study**Abstract**

Objective: To present a list of factors that go beyond the medical conditions established by the World Health Organization to assist decision-making during the process of contraceptive counseling.

Methods: A Delphi study was carried out, in which 27 experts responded to 24 questions posed by the study coordinators. At least 50% agreement among the experts on a nominal scale was required in each of the questions.

Results: After the Delphi process, 20 recommendations were made on issues related to contraceptive counseling: medical conditions, stage of life, lifestyle, employment status, educational level, economic status, sexual activity, contraceptive methods and contraceptive adherence.

Conclusions: In addition to medical conditions, contraceptive counseling should include issues related to women's lifestyles in order to improve adherence to the most appropriate contraceptive method.

© 2014 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La prescripción de cualquier método anticonceptivo está determinada por las preferencias de la mujer o pareja candidata a su uso y por las condiciones médicas del paciente.

Las condiciones médicas se evalúan aplicando los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, de manera que en los casos en que los criterios son 3 o 4, el método elegido está restringido para su uso.

Se han descrito numerosos factores que, además de los médicos, influyen en la elección de un método anticonceptivo: edad, paridad, nivel socioeconómico, estilo de vida, etc.². Aunque reconocidos, estos factores no siempre son considerados durante el consejo anticonceptivo de una manera estructurada, de forma que la prescripción final del método anticonceptivo no contempla, en ocasiones, las características personales, no médicas, de las mujeres.

El objetivo del consejo anticonceptivo debería de ser la elección y la prescripción del mejor método anticonceptivo para las necesidades individuales de la mujer. Por ello, nos planteamos elaborar un listado de condiciones más allá de las de la OMS, que puedan ayudar en la toma de decisiones durante el proceso de asesoría anticonceptiva.

Material y métodos

Se ha empleado la metodología Delphi con objeto de optimizar el proceso de consulta a los miembros del panel. El panel de especialistas ha sido constituido por 27 especialistas con una amplia distribución geográfica en nuestro país. La razón para su inclusión en el panel obedece a su experiencia tanto en la investigación como en la práctica clínica/asesoramiento en el campo de la anticoncepción.

Concretamente, la metodología Delphi posibilita el conocimiento de la opinión grupal, que no meramente individual, del colectivo de expertos en las diferentes áreas de información planteadas por los coordinadores. Para ello, se requiere un nivel de consenso —de acuerdo o de desacuerdo— igual o superior al 50% del total de expertos consultados en cada una de las preguntas con respuesta de escala nominal (nivel de

acuerdo) formulada. En el caso de las preguntas con respuestas basadas en una escala ordinal (de 1 a 9 puntos o de 0 a 10 puntos), el consenso de acuerdo requiere una mediana igual o superior a 7 puntos y/o un rango intercuartílico relativo (RIR) igual o inferior al 25%.

En el caso de que la mediana de las respuestas fuera igual o inferior a 3 puntos, se establecería un consenso en desacuerdo con el enunciado de la pregunta.

Las cuestiones, 24 en total, elaboradas por los coordinadores se distribuyeron en 5 secciones diferenciadas: sección «Identificación y evaluación de los factores médicos que influyen en la elección de un anticonceptivo hormonal», 5 cuestiones; sección «Evaluación de los factores e identificación del método más adecuado para cada perfil de usuaria», 7 cuestiones; sección «Revisión del cumplimiento anticonceptivo», 5 cuestiones; sección «Actualización del consejo anticonceptivo», 3 cuestiones, y sección «Diferencias entre los métodos anticonceptivos», 4 cuestiones.

La metodología del estudio contempló el desarrollo de 2 fases. En la primera, y con objeto de conocer los niveles de consenso para las diferentes preguntas planteadas, los 27 especialistas participantes (anexo) respondieron entre los días 31 de mayo y 11 de junio del 2013, de forma anónima y a través Internet, a un cuestionario totalmente estructurado sobre la base de preguntas en escala métrica (mayoría) y categórica. Los coordinadores, responsables de la búsqueda sistemática de literatura para la elaboración de las preguntas, no respondieron el cuestionario.

Las cuestiones que no alcanzaron un nivel de consenso suficiente fueron propuestas para su inclusión en la segunda fase, desarrollada entre los días 5 y 15 de julio del 2013. El objetivo de esta segunda fase fue el de recabar los motivos y las razones que explicaban la dispersión de opiniones entre el colectivo de expertos. Los coordinadores, responsables del análisis y la identificación de las cuestiones con mayor divergencia de opinión, tampoco respondieron a las preguntas incluidas en la segunda fase.

A partir de las respuestas, se estableció una serie de recomendaciones que fueron validadas por los especialistas participantes en una reunión presencial el día 5 de septiembre del 2013 (tabla 1).

Tabla 1 Recomendaciones finales

1. Durante el asesoramiento anticonceptivo se *recomienda* considerar: la existencia de patologías acompañantes, presencia de hábitos tóxicos, edad, actividad sexual, existencia de ideas erróneas y el uso previo de la anticoncepción de urgencia y los factores del entorno de la mujer, como la época de la vida en la que se encuentra (adolescencia, lactancia, perimenopausia, etc.), su estilo de vida, su entorno sociocultural y su nivel económico
2. En mujeres jóvenes se *recomienda* obtener información sobre la presencia de factores predictores de mal cumplimiento (consumo de alcohol y otras drogas, malos resultados académicos y bajo nivel educacional de la usuaria y su pareja, inicio precoz de las relaciones sexuales y sin protección) para, en caso afirmativo, recomendar métodos anticonceptivos que no requieran participación activa (métodos de larga duración)
3. Se *recomienda* preguntar a todas las usuarias del preservativo sobre la consistencia de uso y en los casos de uso inconsistente del preservativo, se *recomienda* asesorar sobre los beneficios no contraceptivos de los métodos hormonales combinados y sobre el coste-efectividad de los métodos de larga duración
4. En aquellas mujeres que desean elevada efectividad anticonceptiva, se *recomienda* no utilizar el preservativo como método único
5. En el asesoramiento de un método anticonceptivo hormonal combinado, es muy *recomendable* informar sobre las distintas vías de utilización del mismo
6. Para mejorar las tasas de cumplimiento, se *recomienda* el uso de métodos de larga duración
7. A fin de disminuir el número de incidencias y abandonos prematuros en usuarias de anticoncepción hormonal combinada por un mal control del ciclo y/o aparición de efectos secundarios dependientes de estrógeno, se *recomienda* el uso del anillo vaginal
8. Se *recomienda* el uso del anillo vaginal en las mujeres que deseen utilizar la menor cantidad posible de hormonas para evitar el embarazo

En el caso de las mujeres jóvenes:

9. Se *recomiendan* los métodos hormonales combinados para lograr un mejor control del ciclo y los métodos hormonales no diarios para lograr una mayor adherencia
10. Por lo que refiere a la discreción, se *recomiendan* los métodos a largo plazo y la anticoncepción hormonal combinada con excepción de la vía transdérmica y del doble método
11. Para el control y el tratamiento de los síntomas asociados a la menstruación, se *recomiendan* todos los métodos anticonceptivos, excepto los de barrera y el DIU de cobre
12. Para la protección frente a infecciones de transmisión sexual, se *recomienda* el uso del doble método
13. En aquellos casos en los que se pretenda un método que provea un buen control del ciclo, una buena cumplimentación, sea discreto, ofrezca beneficios añadidos y no se vea afectado por los vómitos o el alcohol, se *recomienda* el uso del anillo vaginal

En el caso de las mujeres en la perimenopausia:

14. En ausencia de contraindicaciones, se *recomienda* el uso de anticoncepción hormonal combinada, debido a sus efectos beneficiosos
15. En mujeres perimenopáusicas con problemas de lubricación vaginal, se *recomienda* el uso del anillo vaginal

Diferentes estilos de vida

16. En el caso de las mujeres con horario laboral irregular y/o prolongado, se *recomienda* el uso de métodos anticonceptivos que no impliquen la toma diaria
17. En mujeres atletas, se *recomienda* el uso de anticoncepción hormonal combinada
18. En mujeres militares en operaciones activas, mujeres con discapacidad psíquica y mujeres internadas en instituciones penitenciarias, se *recomienda* el uso de métodos a largo plazo, reversibles y que mejoran los síntomas asociados a la menstruación (SIU/LNG-implante)
19. Se *recomienda* el uso de vías no orales y evitar el uso de anticoncepción oral en mujeres con problemas de absorción gastrointestinal
20. En mujeres sin deseo gestacional, se *recomienda* el uso de anticonceptivos hormonales combinados, como opción válida, para el tratamiento del dolor pélvico asociado a la endometriosis

Resultados

Se plantearon, al panel de expertos, 24 preguntas, cuyas contestaciones fueron:

1. *¿Hasta qué punto le parece adecuado utilizar los métodos anticonceptivos hormonales combinados (AHC) para las mujeres con dolor pélvico asociado a la endometriosis?*

Veinticuatro expertos otorgaron 7 o más puntos a la utilización de anticonceptivos hormonales combinados orales (ACO) (mediana: 8; RIR: 25%). Asimismo, 25 expertos valoraron con 7 o más puntos la utilización del anillo vaginal

en esta situación (mediana: 9; RIR: 17%). Finalmente, 21 expertos concedieron 7 o más puntos al uso de parches anticonceptivos (mediana: 8; RIR: 25%).

2. *¿Hasta qué punto está de acuerdo con que las mujeres con endometriosis pueden obtener algunos beneficios al utilizar AHC en pauta continuada?*

La totalidad (100%) de los expertos del panel considera que el uso de AHC proporciona una mejoría del dolor pélvico crónico y un aumento de la calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres con endometriosis. Asimismo, una amplia mayoría de expertos (89%) se muestra de acuerdo con que el uso del anillo vaginal en pauta

continuada induce una mejoría de las lesiones endometrióticas en el tabique rectovaginal.

3. *¿Hasta qué punto está usted de acuerdo con la afirmación de que las mujeres diabéticas tipo 1, sin complicaciones vasculares y al final de su vida reproductiva, pueden beneficiarse del uso del anillo vaginal por carecer de efectos clínicamente significativos sobre el metabolismo de los lípidos y de los hidratos de carbono?*

El 93% de los expertos consultados considera que las mujeres diabéticas tipo 1 con las características referidas pueden beneficiarse del uso del anillo vaginal.

4. *¿Hasta qué punto está de acuerdo en que las mujeres con SOP en tratamiento con el anillo vaginal tienen menos efectos metabólicos negativos que las mujeres que toman ACO con etinilestradiol (EE) y drospirenona?*

La mayoría de los especialistas del panel (63%) se muestra de acuerdo con que las mujeres con ovario poliquístico presentan menos efectos metabólicos negativos cuando se encuentran en tratamiento con el anillo vaginal en lugar de con anticonceptivos orales con etinilestradiol y drospirenona.

5. *¿Cuál es su opinión sobre el grado de adecuación de los métodos AHC para proporcionar un buen control del ciclo?*

La totalidad (100%) de los expertos consultados considera adecuada la utilización de los AHC.

6. *¿Hasta qué punto considera usted que la AHC es el mejor método para las mujeres atletas?*

Veintiséis de los 27 expertos del panel concedieron 7 o más puntos al uso de la AHC en esta población (mediana: 9; RIR: 17%).

7. *¿Hasta qué punto considera usted que la anticoncepción de larga duración (DIU/implante) es el mejor método para las mujeres militares?*

Veintidós expertos otorgaron 7 o más puntos a la anticoncepción de larga duración (LARC) en este grupo de mujeres (mediana: 9; RIR: 17%).

8. *¿Hasta qué punto considera usted que los métodos LARC son los más adecuados para las mujeres con discapacidad psíquica en régimen de internamiento?*

Los 27 miembros del panel concedieron 7 o más puntos al uso de los métodos LARC en este grupo de mujeres (mediana: 9; RIR: 22%).

9. *¿Hasta qué punto considera usted que serían los métodos LARC los más adecuados para las mujeres recluidas en centros penitenciarios?*

Los 27 expertos otorgaron 7 o más puntos al uso de los métodos LARC en este grupo de mujeres (mediana: 9; RIR: 22%).

10. *¿Hasta qué punto considera usted adecuado cada uno de los métodos anticonceptivos para cada uno de los potenciales beneficios no anticonceptivos en las mujeres jóvenes?*

En el caso específico del control de ciclo, los miembros del panel lo consideran un beneficio potencial asociado a los métodos oral combinado (mediana: 8; RIR: 13%), transdérmico (mediana: 8; RIR: 13%) y vaginal (mediana: 9; RIR: 6%), así como al uso del doble método (mediana: 8; RIR: 13%). No así en el caso del DIU de cobre (mediana: 5; RIR: 110%), implante (mediana: 5; RIR: 50%) y el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU LNG) (mediana: 5; RIR: 90%).

La «discreción» fue considerada por los expertos como un beneficio potencial con el uso de los métodos oral (mediana: 7; RIR: 14%) y vaginal (mediana: 9; RIR: 11%), así como con el DIU de cobre (mediana: 10; RIR: 10%), con implantes (mediana: 9; RIR: 11%) y con SIU LNG (mediana: 10; RIR: 10%).

En el caso de los beneficios añadidos, los expertos alcanzaron un alto nivel de consenso con respecto a los métodos oral (mediana: 9; RIR: 6%), transdérmico (mediana: 8; RIR: 13%) y vaginal (mediana: 9; RIR: 11%), así como con el uso de implantes (mediana: 7; RIR: 29%), de SIU LNG (mediana: 8; RIR: 13%) y del doble método (mediana: 9; RIR: 17%). No así con la utilización del DIU de cobre, en el que el grado de consenso fue bajo (mediana: 4; RIR: 113%).

Por lo que refiere a la protección frente a las infecciones de transmisión sexual, es considerada por los miembros del panel como un beneficio asociado al doble método (mediana: 9; RIR: 22%), con un alto nivel de consenso.

Finalmente, los expertos consultados consideran que la no afectación por el alcohol o los vómitos se presenta como un beneficio potencial asociado a las vías transdérmica (mediana: 9; RIR: 22%) y vaginal (mediana: 9; RIR: 22%), así como al DIU de cobre (mediana: 10; RIR: 0%), a los implantes (mediana: 10; RIR: 10%) y al SIU LNG (mediana: 10; RIR: 5%).

11. *¿Hasta qué punto considera usted adecuado aconsejar el uso del anillo vaginal como método anticonceptivo en la perimenopausia?*

Veinticinco expertos conceden 7 o más puntos a la idoneidad de esta recomendación (mediana: 9; RIR: 22%).

12. *¿Hasta qué punto considera usted adecuado cada uno de los métodos anticonceptivos para cada uno de los potenciales beneficios indicados en el caso de la mujer con horario laboral irregular y/o prolongado?*

Por lo que respecta a la consistencia de uso, es considerado por los expertos un beneficio potencial en el caso de los métodos oral (mediana: 7; RIR: 21%), transdérmico (mediana: 8; RIR: 13%) y vaginal (mediana: 9; RIR: 11%), así como con el uso del DIU de cobre (mediana: 10; RIR: 20%).

13. *En su opinión, ¿qué factores son importantes para dar lugar a un mal cumplimiento entre las adolescentes?*

La totalidad (100%) de los expertos del panel considera que el consumo de alcohol y otras drogas es un factor de riesgo para un mal cumplimiento por la población adolescente (mediana: 9; RIR: 11%). Por lo que respecta a otros factores, 25 expertos conceden 7 o más puntos al inicio precoz de relaciones sexuales y sin protección (mediana: 8; RIR: 38%); 18 al mayor número de parejas sexuales (mediana: 7; RIR: 29%), y 24 a los malos resultados académicos y el bajo nivel educacional de la usuaria y de su pareja (mediana: 8; RIR: 25%).

14. *Indique las razones que, a su juicio, pueden dar lugar a un uso inconsistente del preservativo.*

La totalidad (100%) de los expertos del panel afirma que la improvisación en las relaciones sexuales es motivo para un uso inconsistente del preservativo (mediana: 9; RIR: 17%). Asimismo, la mayoría considera que el costo

del preservativo, la interferencia en las relaciones sexuales y su frecuencia también constituyen motivos para un uso inconsistente de este método anticonceptivo.

La opinión de los expertos sobre el coste del preservativo como motivo para su uso inconsistente fue seleccionada para la segunda fase del estudio Delphi, en la que se solicitó a los especialistas que mantuvieron un bajo grado de acuerdo con la afirmación que expusieran las razones para justificar su respuesta. En la segunda fase, la mayoría de los expertos consultados volvió a mostrarse de acuerdo con la consideración del coste como factor para un uso inconsistente del preservativo. En esta ocasión, y utilizando la escala de 0 a 10 puntos, en la que el 10 representa el máximo grado de adecuación, 17 expertos consultados otorgan 7 o más puntos a esta consideración (mediana: 7; RIR: 28%).

15. *Indique, a continuación, hasta qué punto está de acuerdo en asesorar en casos de uso inconsistente del preservativo sobre las ventajas del uso de otros métodos anticonceptivos respecto al preservativo.*

La totalidad de los especialistas del panel (100%) se muestra de acuerdo a la hora de aconsejar sobre las ventajas de otros métodos anticonceptivos con respecto al preservativo en los casos en los que se utiliza de forma inconsistente.

16. *A este respecto, indique su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones que le presentamos a continuación: 1) el cumplimiento en usuarias típicas es diferente según la pauta de administración hormonal, y 2) la pauta mensual se asocia a un mejor cumplimiento.*

1) Una amplia mayoría (85%) de los miembros del panel entiende que el cumplimiento en usuarias típicas es diferente según la pauta de administración hormonal.
2) La mayoría de los expertos (78%) coincide en señalar la pauta mensual como la asociada a un mejor cumplimiento en usuarias típicas.

17. *A este respecto, indique su grado de acuerdo con cada una de las siguientes razones que originan menos visitas de control entre las usuarias de métodos hormonales: 1) los métodos que no son diarios facilitan el uso, y 2) el anillo vaginal ocasiona menos efectos secundarios asociados a los estrógenos.*

1) La gran mayoría (93%) de los expertos consultados considera que el uso de los métodos que no son diarios resulta más fácil para las usuarias.
2) El consenso es total (100%) a la hora de afirmar que el anillo vaginal ocasiona menos efectos secundarios asociados a los estrógenos.

18. *Indique la importancia de cada uno de los siguientes factores en el consejo anticonceptivo: edad, actividad sexual, hábitos tóxicos, uso de tampones, uso previo de anticoncepción de urgencia, ideas erróneas previas sobre métodos anticonceptivos, existencia de patologías acompañantes que pueden interferir con el método anticonceptivo (epilepsia, cardiopatías, etc.) o beneficiarse del mismo (miomas, endometriosis, alteraciones del ciclo).*

La totalidad (100%) de los expertos del panel considera que la presentación de patologías acompañantes que pueden interferir con el método anticonceptivo o beneficiarse del mismo cobra una gran importancia en el consejo sobre anticoncepción.

Asimismo, la gran mayoría de los especialistas también considera que la edad, la actividad sexual y los hábitos tóxicos deben ser considerados a la hora de ofrecer consejo anticonceptivo (mediana: 8; RIR: 25%).

En el caso de la importancia del uso previo de anticoncepción de urgencia, únicamente 14 expertos otorgaron 7 o más puntos a su importancia en el consejo anticonceptivo (mediana: 7; RIR: 57%). Por ello, y si bien el consenso fue alto (mediana ≥ 7), la pregunta fue seleccionada para la segunda fase del estudio Delphi, en la que tras ser replanteada por los coordinadores, 22 especialistas concedieron 7 o más puntos a esta consideración (mediana: 8; RIR: 25%), obteniéndose de nuevo un alto nivel de consenso (mediana ≥ 7 ; RIR $\leq 25\%$).

Por su parte, y por lo que respecta a la importancia de las ideas erróneas previas sobre métodos anticonceptivos, 22 miembros del panel concedieron 7 o más puntos a la consideración (mediana: 9; RIR: 33%), por lo que el nivel de consenso fue alto (mediana ≥ 7).

Finalmente, y por lo que respecta a la importancia del uso de tampones a la hora de ofrecer el consejo sobre anticoncepción, los especialistas mostraron un elevado grado de desacuerdo. Concretamente, 23 miembros del panel concedieron 6 o menos puntos a esta consideración (mediana: 2; RIR: 200%), alcanzándose por tanto un alto nivel de consenso en desacuerdo (mediana ≤ 3). Sin embargo, y replanteada la pregunta en la segunda fase del estudio Delphi, 16 expertos otorgaron 7 o más puntos a la importancia del uso de tampones en este sentido (mediana: 7; RIR: 28,5%), por lo que el nivel de consenso de acuerdo fue alto (mediana ≥ 7).

19. *Indique la importancia de cada uno de los siguientes factores en el consejo anticonceptivo: época de la vida (adolescencia, posparto, menopausia), entorno sociocultural, estilos de vida, situación económica de la usuaria.*

El número de especialistas que otorgó 7 o más puntos a la época de la vida fue de 25 (mediana: 9; RIR: 22%); de 23 en el caso de los estilos de vida (mediana: 8; RIR: 25%) y de 22 en los que respecta a la situación económica de la usuaria (mediana: 9; RIR: 22%).

En el caso de la importancia del entorno sociocultural, 24 miembros del panel concedieron 7 o más puntos a su importancia (mediana: 8; RIR: 38%). Sin embargo, y dada la gran dispersión de las respuestas, la pregunta fue seleccionada para la segunda fase del estudio Delphi, en la que el número de expertos que otorgó 7 o más puntos se elevó a 26 (mediana: 8; RIR: 38%).

20. *¿Hasta qué punto considera usted importante la información previa de las distintas vías de utilización de la anticoncepción hormonal para mejorar el cumplimiento?*

Veintiséis especialistas otorgan 7 o más puntos a esta consideración (mediana: 10; RIR: 10%).

21. *Indique, por favor, su opinión sobre el nivel de efectividad del preservativo entre las mujeres que quieren evitar un embarazo.*

Las respuestas de los expertos reflejan una baja valoración de la efectividad del preservativo a la hora de prevenir los embarazos no deseados. Concretamente, y a partir de una escala de 0 a 10 puntos, en la que el 10 representa el máximo grado de adecuación, 3 especialistas

concedieron 5 puntos, 13 otorgaron 6 puntos, 7 valoraron el enunciado con 7 puntos y 4 concedieron 8 puntos (mediana: 6; RIR: 17%).

22. ¿Hasta qué punto está usted de acuerdo en que los métodos hormonales combinados (píldora, parche y anillo) tienen la misma efectividad para evitar el embarazo?

Una gran mayoría de miembros del panel (78%) se muestra de acuerdo en afirmar que los métodos hormonales combinados presentan una efectividad similar en la evitación del embarazo.

23. Según su opinión, las mujeres que deseen utilizar la mínima cantidad de hormonas, ¿hasta qué punto cree usted que deberían de utilizar la vía oral, la vía transdérmica o la vía vaginal?

La mayoría de los expertos consultados (93%) considera que la vía vaginal se presenta como una alternativa válida para las mujeres que deseen utilizar la cantidad mínima de hormonas.

24. De acuerdo con su experiencia, ¿hasta qué punto considera usted adecuado cada uno de los métodos hormonales combinados para las mujeres con problemas de absorción/metabolización de las hormonas esteroideas?

Veintiséis expertos consideran que el anillo vaginal es un método adecuado para la anticoncepción en mujeres con problemas de absorción/metabolización de las hormonas esteroideas (mediana: 10; RIR: 10%).

Asimismo, 22 de los miembros del panel también consideraron adecuado el uso de parches transdérmicos en esta población (mediana: 9; RIR: 28%).

Respecto a la anticoncepción oral, el consenso fue alto en desacuerdo (mediana ≤ 3 puntos).

Discusión

Para nuestro conocimiento, este es el primer estudio, utilizando la metodología Delphi, que se realiza para determinar aspectos relacionados con el consejo anticonceptivo. Tanto el grupo coordinador del proyecto como los expertos involucrados consideraron que algunas patologías médicas y algunas formas de estilo de vida pueden condicionar la elección del método anticonceptivo.

Dentro de las patologías médicas que se pueden tratar con anticonceptivos, se encuentra la endometriosis. La endometriosis es una enfermedad crónica y recurrente que se asocia a ciclos ovulatorios.

El uso crónico y continuado de un tratamiento combinado con estrógenos y gestágenos ha demostrado su eficacia en la supresión de los implantes endometrióticos ectópicos y en la mejoría del dolor pélvico y de la calidad de vida de las mujeres, ofreciendo una alternativa a la cirugía³. Sin embargo, los estudios han constatado la falta de adherencia al tratamiento con los anticonceptivos orales, por lo que se ha propuesto el uso continuado del anillo vaginal y el parche para el manejo del dolor pélvico recurrente tras la cirugía conservadora de la endometriosis⁴. En este estudio, las mujeres estuvieron más satisfechas con el uso del anillo y, además, se observó una mejoría de las lesiones endometrióticas en el tabique rectovaginal con el uso del anillo vaginal.

Las mujeres diabéticas tienen un riesgo elevado de complicaciones durante el embarazo y parto, y los recién nacidos

una mayor morbimortalidad, por lo que es importante que el uso de un método anticonceptivo en estas mujeres sea altamente eficaz y seguro⁵. La OMS establece en sus criterios médicos de elegibilidad que los AHC tienen una categoría 2 (los beneficios superan a los riesgos) en aquellas mujeres diabéticas de menos de 20 años de evolución, con enfermedad no vascular y con independencia de que sean insulino o no insulinodependientes¹. El uso del anillo vaginal en mujeres con diabetes mellitus tipo 1 no tiene efectos clínicamente significativos sobre el metabolismo de los lípidos y de los hidratos de carbono, manteniendo cifras de HbA1c $\leq 7,5\%$ ⁶ y presentándose como una opción contraceptiva adecuada incluso para aquellas mujeres en la etapa final de su vida reproductiva⁷.

El síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) es la endocrinopatía más frecuente en mujeres en edad reproductiva. La resistencia a la insulina y el hiperandrogenismo que se observa en estas mujeres aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares si lo comparamos con mujeres de igual edad e IMC. El tratamiento de elección en las mujeres que no desean gestación es la píldora combinada. Sin embargo, y dados los posibles efectos metabólicos negativos asociados⁸, es preferible el uso del anillo vaginal frente al uso de un ACO con drospirenona, pues disminuye el área bajo la curva de la glucosa y el péptido C, y no incrementa los índices de resistencia a la insulina⁹.

El buen control del ciclo es un factor determinante para el cumplimiento y la aceptabilidad de la ACO. En la evolución de estos preparados se ha ido disminuyendo la dosis hormonal en un intento de reducir los efectos secundarios indeseados. Sin embargo, la reducción de la dosis estrogénica lleva asociado un peor control del ciclo. El anillo vaginal, que libera 15 µg de EE y 120 µg de etonogestrel, ha demostrado en numerosos estudios un excelente control del ciclo^{10,11}. Así, el control del ciclo inducido por el anillo vaginal es superior al de los ACO, tal y como demuestran los estudios comparativos llevados a cabo con píldoras con 30 µg de EE y 150 µg de levonorgestrel y con 30 µg de EE y 3 µg de drospirenona^{12,13}.

Las mujeres atletas buscan beneficio en la reducción de la cantidad menstrual¹⁴. Los anticonceptivos orales mejoran las capacidades motoras en fase posmenstrual (no así en el resto de fases, en las que disminuye la capacidad motora)^{15,16}. Este hecho permite a las atletas beneficiarse del uso de AHC, pudiendo programar la fase del ciclo acorde con los eventos de competición¹⁷.

Las mujeres militares en servicio activo buscan no presentar los síntomas de la menstruación para que no perjudique en su rendimiento¹⁸. Además, y por lo que respecta a las militares en operaciones de combate, también buscan despreocuparse del método^{19,20}.

Las mujeres disminuidas psíquicas, en función de su grado de afectación, pueden ser dependientes y requerir su internamiento en centros especializados. Así, y atendiendo a esta situación, los métodos anticonceptivos óptimos son aquellos que no dependan de las usuarias y que, por razones de higiene, consigan una amenorrea o una disminución importante del sangrado²¹.

Las mujeres presidiarias —el 70% tiene edades comprendidas entre los 18 y los 39 años— hacen, por lo general, un uso muy escaso de anticoncepción, por lo que la estancia en prisión se considera como una oportunidad para educar y aconsejar al respecto²². Las tasas de gestaciones no deseadas

y abortos se establecen en el 84 y el 35%, respectivamente. Únicamente el 28% de estas mujeres utiliza consistentemente un método en los 3 meses previos al ingreso en prisión. Sin embargo, el 55% expresó el deseo de comenzar o continuar con el método durante el tiempo en prisión. Además, las mujeres que comienzan un método durante su estancia en prisión tienen una probabilidad hasta 15 veces superior de mantenerlo que aquellas que son remitidas a un centro de planificación al quedar en libertad. En este contexto, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) cobran una especial importancia, dada que su prevalencia es elevada debido a las prácticas de riesgo²³.

Las mujeres jóvenes se caracterizan por un elevado número de parejas sexuales y, en muchas ocasiones, por la inconsistencia del uso del preservativo^{24,25}. La edad promedio de inicio de las primeras relaciones se establece en torno a los 16 años²⁶. En caso de gestación, la población de mujeres menores de 24 años es la que más aborta —conjuntamente con las mayores de 40. Una característica común en muchas mujeres jóvenes es su deseo de que sus progenitores no conozcan su vida sexual ni el uso de un método anticonceptivo²⁷. Esta población es especialmente vulnerable los fines de semana por el consumo de alcohol y la falta de rutinas y horarios, situaciones que afectan al uso regular del método anticonceptivo²⁸.

Las mujeres perimenopáusicas, si bien tienen una fertilidad disminuida, requieren contracepción en aquellos casos en que permanecen sexualmente activas. Además, presentan con frecuencia problemas menstruales y síntomas climatéricos. Ningún método anticonceptivo está contraindicado por la edad y los métodos hormonales ofrecen, además de una contracepción eficaz, beneficios añadidos que mejoran la calidad de vida de las mujeres perimenopáusicas^{29,30}. Dentro de la ACHC, el anillo vaginal consigue un mejor control del ciclo con 15 µg de EE que los anticonceptivos orales de 30 µg. Además, el anillo vaginal también mejora la lubricación vaginal, factor a tener en cuenta dado que las consultas por sequedad y molestias derivadas son frecuentes en esta población.

El consejo anticonceptivo es de máximo interés entre las mujeres trabajadoras porque la planificación familiar permite compaginar mejor trabajo y familia³¹. La mujer de carrera (ejecutivas, etc.) tiene horarios irregulares y, en ocasiones, viajes frecuentes. La mujer que alterna turnos de trabajo diurnos y nocturnos, como sucede con el personal sanitario, la policía o las azafatas, carece de rutina, lo que puede afectar al hábito del uso del método.

En España, las cifras de embarazo no planificado se establecen en torno al 42%, llegando a representar más del 80% en las mujeres más jóvenes. Los estudios muestran que el cumplimiento anticonceptivo es menor entre las adolescentes, así como la existencia de distintos factores pronóstico específicos de mal cumplimiento³²⁻³⁵. La identificación de las adolescentes que presenten factores que aumenten el riesgo de discontinuación del uso de anticonceptivos presenta gran relevancia para enfocar los recursos en la atención preferencial de este grupo^{28,36-38}. El preservativo es el método más utilizado en España en todos los grupos de edad, siendo frecuente el uso inconsistente (25%)^{28,39}. El uso incorrecto, intermitente o discontinuado del preservativo (sólo en días fértiles, con parejas no estables, antes de la eyaculación, etc.) o los fallos del método (rotura, deslizamiento, etc.) son la principal causa de demanda de anticoncepción de urgencia y de solicitud de interrupción voluntaria de embarazo.

Es importante conocer los motivos principales para el uso inconsistente del preservativo de cara a poder ofrecer otras opciones anticonceptivas, como son los LARC y los hormonales, exentos de los inconvenientes o las desventajas del uso del preservativo y que aportan otros beneficios añadidos no anticonceptivos. En la actualidad, disponemos de diferentes pautas de administración de anticoncepción hormonal, diaaria, semanal y mensual. La investigación y la aparición de nuevas pautas tienen la finalidad primordial de facilitar el uso y mejorar el cumplimiento. Los ensayos clínicos que comparan el cumplimiento en función de la pauta de administración no encuentran diferencias significativas^{32,40-42}. En cambio, los estudios observacionales, que incluyen usuarias típicas, refieren diferencias de cumplimiento en función de las pautas de administración⁴³⁻⁴⁵.

La vía oral, el método más popular de anticoncepción hormonal, origina un mayor número de consultas o llamadas relacionadas con efectos secundarios relacionados con las hormonas y las alteraciones del ciclo que el anillo vaginal⁴⁶. En el estudio de Victor y Fink⁴⁶ se concluye que las usuarias del anillo precisan, en comparación con las usuarias de la píldora y el parche, un menor número de consultas con los clínicos al presentar una mayor satisfacción, tolerabilidad y cumplimiento. Los niveles bajos de EE (15 µg), junto a una menor variación u oscilación de los niveles séricos de EE a lo largo del ciclo, proporcionan un mejor control del ciclo y menos efectos secundarios estrogenodependientes^{44,45}. Dado, por una parte, que las tasas de abandono asociadas a los efectos secundarios y/o al mal control del ciclo pueden llegar hasta el 60% y, por otra, que no siempre resulta posible atender y responder a las llamadas y consultas que se generan en los primeros meses de uso, sería deseable valorar e informar al respecto a las usuarias para ayudar a la libre elección que más se ajuste a sus necesidades y a los medios asistenciales disponibles.

El consejo anticonceptivo debe considerar los diferentes aspectos de las mujeres que orienten a la elección de un determinado método que satisfaga mejor sus necesidades y expectativas, lo que mejorará el cumplimiento y la continuación del método⁴⁴⁻⁵⁹. El contexto en el que se está desarrollando la vida de una mujer en ese momento constituye uno de los aspectos a considerar en el asesoramiento para elegir un método anticonceptivo^{48,53,54,60-62}. Distintos estudios publicados en los últimos años han valorado el cambio en la elección del método anticonceptivo después de recibir una información estructurada y homogénea sobre las características de las 3 vías de utilización de la anticoncepción hormonal combinada, así como los motivos que llevaban a las mujeres a elegir o rechazar una determinada vía de utilización^{2,63,64}.

Los resultados de la Encuesta DAPHNE evidencian que el preservativo es el método anticonceptivo más utilizado en España⁶⁵. La mayoría de los abortos se realizan en mujeres que refieren haberse embarazado a pesar de utilizar el preservativo^{66,67}. Según la Sociedad Española de Contracepción, la efectividad del preservativo es limitada.

La revisión Cochrane realizada a partir de ensayos clínicos concluye que los diferentes métodos hormonales combinados presentan una efectividad similar^{40,44,68}. Los métodos anticonceptivos hormonales combinados utilizan diferentes dosis hormonales⁶⁹⁻⁷¹.

Las mujeres sometidas a cirugía bariátrica y las mujeres con problemas de absorción intestinal presentan problemas de

absorción/metabolización de las hormonas esteroideas⁷²⁻⁷⁵. En dicho casos, son preferibles los métodos anticonceptivos no orales⁷⁶.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

MSD España financió este estudio.

Conflictos de intereses

I. Lete ha participado como ponente en simposios patrocinados por MSD, TEVA y Bayer y es miembro de los comités asesores de MSD y TEVA.

E. de la Viuda participa en programas educacionales y de investigación patrocinados por MSD, Chiesi, Bayer, HRA Pharma y TEVA.

M. Gómez ha participado como ponente en simposios patrocinados por MSD, Gedeon-Richter, Cassen, Teva y Janssen.

M. Martínez ha participado como ponente en simposios patrocinados por MSD, TEVA, Bayer, HRA Pharma y EFFIK.

J.L. Doval ha participado en programas educacionales y de investigación patrocinados por MSD, Sanofi Pasteur y Bayer.

E. Pérez Campos participa en programas científicos de MSD, Gynea, Gedeon Richter y Bial, y ha sido miembro del comité de asesores de Grünenthal y TEVA.

R. Sánchez Borrego es miembro del comité de asesores de Amgen, Pfizer, Abbott y TEVA.

J. Calaf Alsina ha participado en programas educacionales y de investigación patrocinados por Bayer, Casen Fleet, Jansen Cilag, Eli Lilly, Gedeon Richter, Isdin, Merck-Serono, MSD y Teva.

F. Martínez San Andrés ha participado en proyectos científicos patrocinados por MSD, Ferring y TEVA.

I. Ramírez Polo ha participado como ponente en simposios patrocinados por distintos laboratorios y como investigador en diferentes programas de investigación.

J.V. González participa en programas educacionales y de investigación patrocinados por MSD, Bayer, Gedeon, Janssen, TEVA, Sanofi y GSK.

El resto de los autores y expertos comunican no tener conflictos de intereses en este trabajo.

Agradecimientos

Agradecemos a Entheos su asistencia durante el desarrollo de la metodología Delphi.

Appendix A. [{(Anexo)}]

- María Jesús Alonso Llamazares (Dispositivo Apoyo Centro Orientación Sexual Jóvenes, Málaga, España).
- Joaquim Calaf Alsina (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España).
- María Jesús Cancelo (Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España).
- Marta Correa Rancel (Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, España)
- José Luis Doval Conde (Complejo Hospitalario Universitario Ourense, Ourense, España).
- José Vicente González (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España).
- Ramón Guisado (Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España).
- José Gutiérrez Ales (Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España).
- Jesús Hijona Elosegui (Hospital Universitario Ciudad de Jaén, Jaén, España).
- Azucena Llopis Pérez (Centro de Planificación Familiar, Mérida. Badajoz, España).
- Paloma Lobo (Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España).
- Eduardo López Arregui (Clínica Euskalduna, Bilbao, España).
- Francisca Martínez San Andrés (Institut Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, España).
- Hildegard Mausbach (PASSIR, Barcelona, España).
- Nicolás Mendoza Ladrón de Guevara (Clínica Márgen, Granada, España).
- Dolores Ojeda Jabardo (Gabinete Médico Velázquez, Madrid, España).
- Nuria Parera (Institut Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, España).
- Inmaculada Parra (Unidad de Saluda sexual y reproductiva de Sueca, Sueca, España).
- Ezequiel Pérez Campos (Hospital General de Requena, Requena, España).
- Macarena Quesada (Centro de Salud Campoamor, Alicante, España).
- Isabel Ramírez Polo (UGC Cayetano Roldan, San Fernando, España).
- Modesto Rey (Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España).
- Alberto Salamanca (Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España).
- Rafael Sánchez-Borrego (Clínica Diatros, Barcelona, España).
- Isabel Serrano (Centro Madrid Salud Arganzuela, Madrid, España).
- Isabel Silva (Centro Planificación Familiar Villena, Villena, España).
- Manuel Sosa Marrero (Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria, España).

Bibliografía

1. Criterios. médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4.a ed. Ginebra, Suiza: OMS; 2009.
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;76:77–83.
3. Vercellini P, Eskenazi B, Consonni D, Somigliana E, Parazzini F, Abbiati A, et al. Oral contraceptives and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2011;17:159–70.
 4. Vercellini P, Barbara G, Somigliana E, Bianchi S, Abbiati A, Fedele L. Comparison of contraceptive ring and patch for the treatment of symptomatic endometriosis. *Fertil Steril*. 2010;93:2150–6.
 5. Chuang CH, Chase GA, Bensyl DM, Weisman CS. Contraceptive use by diabetic and obese women. *Women Health Iss*. 2005;15:167–73.
 6. Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN, Chebotnikova TV, Melnichenko GA. Use of the NuvaRing hormone-releasing system in late reproductive-age women with type 1 diabetes mellitus. *Gynecol Endocrinol*. 2008;24:99–104.
 7. Grodnitskaya EE, Grigoryan OR, Klynyshkova EV, Andreeva EN, Melnichenko GA, Dedov II. Effect on carbohydrate metabolism and analysis of acceptability (menstrual cycle control) of extended regimens of the vaginally inserted hormone-releasing system 'NuvaRing' as compared with the standard 21/7 regime in reproductive-age women with type 1 diabetes mellitus. *Gynecol Endocrinol*. 2010;26:663–8.
 8. Halperin IJ, Kumar SS, Stroup DF, Laredo SE. The association between the combined oral contraceptive pill and insulin resistance, dysglycemia and dyslipidemia in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Hum Reprod*. 2011;26:191–201.
 9. Battaglia C, Mancini F, Fabbri R, Persico N, Busacchi P, Facchetti F, et al. Polycystic ovary syndrome and cardiovascular risk in young patients treated with drospirenone ethinylestradiol or contraceptive vaginal ring. A prospective, randomized, pilot study. *Fertil Steril*. 2010;94:1417–25.
 10. Roumen FJ, Apter D, Mulders TM, Dieben TO. Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl oestradiol. *Hum Reprod*. 2001;16:469–75.
 11. Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186:389–95.
 12. Oddsson K, Leifels-Fischer B, Wiel-Masson D, de Melo NR, Benedetto C, Verhoeven CH, et al. Superior cycle control with a contraceptive vaginal ring compared with an oral contraceptive containing 30 (micro) g ethinylestradiol and 150 (micro) glevonorgestrel: A randomized trial. *Hum Reprod*. 2005;20:557–62.
 13. Milsom I, Lete I, Bjerntnes A, Rokstad K, Lindh I, Gruber CJ, et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30 mg ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone. *Hum Reprod*. 2006;21:2304–11.
 14. Bennell K, White S, Crossley K. The oral contraceptive pill: A revolution for sportswomen? *Br J Sports Med*. 1999;33:231–8.
 15. Izquierdo-Miranda S, Almenares-Pujadas ME, Rodríguez-Leal EA. Anticonceptivos orales y capacidades motrices. *Prog Obstet Ginecol*. 2006;49:20–4.
 16. Rickenlund A, Thoren M, Nybacka A, Frystyk J, Hirschberg AL. Effects of oral contraceptives on diurnal profiles of insulin, insulin-like growth factor binding protein-1, growth hormone and cortisol in endurance athletes with menstrual disturbance. *Hum Reprod*. 2010;25:85–93.
 17. Frankovich RJ, Lebrun CM. Menstrual cycle, contraception, and performance. *Clin Sports Med*. 2000;19:251–71.
 18. Kaunitz AM. Menstruation: Choosing whether... and when. *Contraception*. 2002;62:277–84.
 19. Schneider MB, Fisher M, Friedman SB, Bijur PE, Toffler PA. Menstrual and premenstrual issues in female military cadets: A unique population with significant concerns. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1999;12:195–201.
 20. Jacobson JC, T. Jensen JT. A policy of discrimination: Reproductive health care in the military. *Women Health Iss*. 2011;21:255–8.
 21. Roxburgh DR, West MJ. The use of norethisterone to suppress menstruation in the intellectually severely retarded women. *Med Clin Aust*. 1973;2:310–3.
 22. Sufrin CB, Creinin MD, Chang JC. Contraception services for incarcerated women: A national survey of correctional health providers. *Contraception*. 2009;80:561–5.
 23. Oswalt K, Hale JG, Cropsey KL, Villalobos GC, Ivey SE, Matthews CA. The contraceptive needs for STD protection among women in jail. *Health Educ Behav*. 2010;37:568–79.
 24. Tydén T, Palmqvist M, Larsson M. A repeated survey of sexual behavior among female university students in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91:215–9.
 25. Calatrava M, López-del Burgo C, de Irala J. Sexual risk factors among European young people. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:534–40.
 26. Kearney MS, Levine PB. Why is the teen birth rate in the United States so high and why does it matter? *Review J Econ Perspect*. 2012;26:141–66.
 27. González E, Molina BT, Montero A, Martínez V, Molina R. Factors associated with maintenance of contraception among adolescents. *Rev Med Chil*. 2009;137:1187–92.
 28. Rodriguez García de Cortazar A, Hernan García M, Cabrera León A, García Calleja JM, Romo Aviles N. ¿Qué opinan las adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo? *Adicciones*. 2007;19:153–67.
 29. Penney G. Contraception in adolescence and the perimenopause. *Medicine*. 2006;34:20–2.
 30. Hardman SMR, Gebbie AE. Hormonal contraceptive regimens in the perimenopause. *Maturitas*. 2009;63:204–12.
 31. Draper L. Working women and contraception: History, health, and choices. *AAOHN J*. 2006;54:317–24 [quiz 325-6].
 32. Raine TR, Foster-Rosales A, Upadhyay UD, Boyer CB, Brown BA, Sokoloff A, et al. One year contraceptive continuation and pregnancy in adolescent girls and women initiating hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol*. 2011;117:363–71.
 33. Westhoff CL, Torgal AT, Mayeda ER, Shimoni N, Stanczyk FZ, Pike MC. Predictors of noncompliance in a oral contraceptive clinical trial. *Contraception*. 2012;85:465–9.
 34. Gonzalez E, Molinab T, Montero A, Martinez V, Molina R. Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas. *Rev Med Chil*. 2009;137:1187–92.
 35. Swan H, O'Connell DJ. The impact of intimate partner violence on women's condom negotiation efficacy. *J Interpers Violence*. 2012;27:775–92.
 36. Hartman LB, Monasterio E, Hwang LY. Adolescent contraception review and guidance for pediatric clinicians. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2012;42:221–63.
 37. Curtis S, Evans S, Sambisa W. Contraceptive discontinuation and unintended pregnancy: An imperfect relationship. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011;37:58–66.
 38. Hughey AB, Neustadt AB, Mistretta SQ, Tilmon SJ, Gillian ML. Daily context matters; predictors of missed oral contraceptive pills among college and graduate students. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203:323e1–7.
 39. East L, Jackson D, O'Brien L, Peters K. Use of the male condom by heterosexual adolescents and young people: Literature review. *J Adv Nurs*. 2007;59:103–10.
 40. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception (review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2012. 1: CD003552. doi: 10.1002/14651858.CD003552.pub3.
 41. 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.

42. Roumen FJ. The contraceptive vaginal ring compared with the combined oral contraceptive pill: A comprehensive review of randomized controlled trials. *Contraception*. 2007;75:420–9.
43. 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;115:503–10.
44. 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.
45. Sabatini R, Cagiano R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception*. 2006;74:220–3.
46. Victor I, Fink RA. Comparing patients telephone callback rates for different hormonal birth control delivery systems. *Am J Therapeutics*. 2006;13:507–12.
47. McNicholas C, Peipert JF. Long-acting reversible contraception for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2012;24:293–8.
48. Brunner Huber LR, Huber KR. Contraceptive choices of women 35–44 years of age: findings from the behavioral risk factor surveillance system. *Ann Epidemiol*. 2009;19:823–33.
49. Serrano I. Consejo anticonceptivo: de la teoría a la práctica. *Diálogos*. 2009;77:15–9.
50. Lete I. Asesoramiento anticonceptivo. En: Documentos de Consenso SEGO (79). Anticoncepción. Madrid: Meditex; 2006 p. 106–11.
51. Tepe M, Mestad R, Secura G, Allsworth JE, Madden T, Peipert JF. Association between tampon use and choosing the contraceptive vaginal ring. *Obstet Gynecol*. 2010;115:735–9.
52. Pérez-Campos E. Manual de sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. Madrid: Edikamed; 2010.
53. UKMEC. 2009. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. United Kingdom Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use Update. London: FRSH; 2009.
54. Pérez-Campos E, Lete I. Métodos anticonceptivos. Bases fisiológicas. Manejo clínico. Madrid: Ezequiel Pérez Campos e Iñaki Lete; 2008.
55. Ramírez I. Manejo clínico y estrategias de cumplimiento de la anticoncepción oral combinada. Guía Clínica de la Sociedad Española de Contracepción. Anticoncepción hormonal combinada: Consenso de un grupo de expertos. Barcelona: Doctoractive, S.L; 2008. p. 37–42.
56. Hughey AB, Neustadt AB, Mistretta SQ, Tilmon SJ, Gilliam ML. Daily context matters: Predictors of missed oral contraceptive pills among college and graduate students. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203:323e1–7e.
57. Hall KS, Castano PM, Stone PW, Westhoff C. Measuring oral contraceptive knowledge: A review of research findings and limitations. *Patient Educ Couns*. 2010;81:388–94.
58. Maguire C, Westhoff C. The state of hormonal contraception today: Established and emerging noncontraceptive health benefits. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(4 Suppl):S4–8.
59. Bacopoulou F, Greydanus DE, Chrousos GP. Reproductive and contraceptive issues in chronically ill adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15:389–404.
60. Greydanus DE. Concepts of contraception for adolescent and young adult women with chronic illness and disability. *Dis Mon*. 2012;58:258–320.
61. Beasley A. Contraception for specific populations. *Sem Reprod Med*. 2010;28:147–55.
62. Baxter S, Blank L, Guillaume L, Squires H, Payne N. Views of contraceptive service delivery to young people in the UK: A systematic review and thematic synthesis. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2011;37:71–84.
63. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol*. 2012;120:1291–7.
64. 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.
65. Merckx M, Donders GG, Grandjean P, van de Sande T, Weyers S. Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011;16:418–29.
66. Uso de métodos anticonceptivos en España en el año 2011. [Consultado 5 Nov 2013]. Disponible en: www.equipodaphne.es
67. Serrano I, Doval JL, Lete I, Arbat A, Coll C, Martínez-Salmean J, et al. Contraceptive practices of women requesting induced abortion in Spain: A cross-sectional multicentre study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012;17:205–11.
68. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83:397–404.
69. Sociedad Española de Contracepción. Conferencia de Consenso sobre actualización de la anticoncepción hormonal combinada, intrauterina y de emergencia. 2011. [Consultado 5 Nov 2013]. Disponible en: www.sec.es
70. Goldzieher JW, Stanczyk FZ. Oral contraceptives and individual variability of circulating levels of ethinyl estradiol and progestins. *Contraception*. 2008;78:4–9.
71. Timmer CJ, Mulders TMT. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethynodiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clin Pharmacokinet*. 2000;39:233–42.
72. Abrams L. Pharmacokinetic overview of OrthoEvra™/Evra™. *Fertil Steril*. 2002;77:S3–12.
73. Burkman RT, Fisher AC, Wan GJ, Barnowski CE, LaGuardia KD. Association between efficacy and body weight or body mass index for two low-dose oral contraceptives. *Contraception*. 2009;79:424–7.
74. Higginbotham S, Society of Family Planning. Contraceptive considerations in obese women. *Contraception*. 2009;80:583–90.
75. Torgal AH. Ovarian suppression in normal weight and obese women using a contraceptive vaginal ring. *Contraception*. 2010;82:199.
76. Edelman AB, Cherala G, Stanczyk FZ. Metabolism and pharmacokinetics of contraceptive steroids in obese women: A review. *Contraception*. 2010;82:314–23.