



Impacto de la asesoría sobre anticoncepción en la selección de métodos hormonales combinados en Colombia

Pío Gómez Sánchez,¹ Fidel Lozano,² Andrés Velásquez,³ Martha Marrugo⁴ y Luz Torres⁵

Forma de citar

Gómez Sánchez P, Lozano F, Velásquez A, Marrugo M, Torres L. Impacto de la asesoría sobre anticoncepción en la selección de métodos hormonales combinados en Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(6):395-401.

RESUMEN

Objetivo. Determinar el impacto de la asesoría anticonceptiva informada sobre la elección de método anticonceptivo.

Métodos. Estudio descriptivo multicéntrico de evaluación antes y después en nueve ciudades de Colombia. Se invitó a participar mujeres que consideraban usar métodos hormonales combinados de autoadministración al momento de la consulta. Se indagó sobre el uso y preferencia de método anticonceptivo, previa firma del consentimiento informado. En una etapa posterior, se brindó asesoría médica estandarizada en anticoncepción y, a continuación, se preguntó nuevamente por la preferencia de método anticonceptivo y las motivaciones para su elección.

Resultados. Ingresaron 858 mujeres al estudio. Al inicio del estudio, 538 (62,7%) mujeres usaban píldora combinada y 281 (32,8%) no utilizaban ningún método anticonceptivo. Antes de recibir asesoría, las mujeres mostraron una preferencia por la píldora (62,7%), seguida por el anillo intravaginal (28,4%) y el parche transdérmico (14%). Luego de la asesoría, la preferencia fue la siguiente: píldora (40,8%), anillo intravaginal (31,5%) y parche transdérmico (11,3%). También luego de la asesoría, 32,5 %, 26,8% y 7,5% de las que consideraban usar píldora, parche y anillo, respectivamente, cambiaron su intención de uso.

La región de origen, el estatus laboral, el deseo de concebir un hijo en el futuro y tener una relación estable presentaron una relación estadística con la selección del método, pero la edad, el número de hijos o el grado de escolaridad no fueron factores determinantes.

Conclusiones. La asesoría médica tiene impacto en la selección del anticonceptivo hormonal combinado autoadministrado, lo que ayuda a las mujeres a utilizar el método de su preferencia y presentar una mejor adherencia al método acorde a sus condiciones particulares.

Palabras clave

Anticoncepción; anticonceptivos; dispositivos anticonceptivos; toma de decisiones; consejo; Colombia.

Hoy en día, en Colombia, más de la mitad de los nacimientos corresponden a embarazos no planeados y la prevalencia

del uso de anticonceptivos en mujeres ha permanecido sin grandes cambios en los últimos 10 años (1). Reportes mundiales informan que todos los métodos anticonceptivos evitan aproximadamente 190 millones de embarazos no planeados por año. Esto hace que disminuyan las tasas de nacimientos no deseados, embarazos en adolescentes, abortos inseguros y la mortalidad tanto materna como

perinatal (2). En Colombia, para 1989 se estimaron 288 400 abortos y para 2008 la cifra subió a 400 400 abortos inducidos, de los cuales solo 322 fueron procedimientos realizados bajo las excepciones de la sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional Colombiana (3).

Aunque el plan de beneficios del sistema de salud colombiano ofrece un amplio abanico de métodos anticonceptivos,

¹ Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. La correspondencia se debe dirigir a Pío Gómez Sánchez. Correo electrónico: pigomez@unal.edu.co

² MSD (Laboratorios Merck); Bogotá, Colombia.

³ Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

⁴ Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

⁵ Universidad Libre de Cali, Cali, Colombia.

solo 54% de las mujeres que usan un método moderno reportaron haber recibido orientación sobre los posibles efectos del método seleccionado (1). Es decir que un poco menos de la mitad de las usuarias de anticonceptivos han discutido con su médico sobre el método escogido. Esto es relevante, dado que estudios han mostrado que el conocimiento de las mujeres sobre estos métodos anticonceptivos al iniciar su uso es escaso e incluso errado (4) y que la falla terapéutica se asocia a su uso incorrecto o irregular (5, 6). Además, es bien conocido que las expectativas de uso de un anticonceptivo de las mujeres difieren considerablemente de las preferencias de formulación de los profesionales de la salud (7). Es así que, mientras 80% de los médicos tienen a los anticonceptivos orales (ACO) como primera opción, solo 50% de las mujeres tienen la misma preferencia. Esto puede convertirse en una barrera para la decisión anticonceptiva de la mujer.

La introducción de los anticonceptivos hormonales combinados mediante rutas de administración no orales ha ampliado la posibilidad de elección sobre anticoncepción para las mujeres. En la actualidad, en Colombia, además de la píldora anticonceptiva existen otros métodos hormonales combinados autoadministrados como el anillo intravaginal mensual y el parche transdérmico semanal.

La información clara y precisa acerca de los diversos métodos de anticoncepción hormonal combinada puede ayudar a la mujer en su elección para el método anticonceptivo ideal sobre la base de las opciones disponibles. Esto puede impactar de manera positiva la adherencia al método (8, 9).

El propósito de este artículo es presentar los resultados del Programa de Investigación y Educación en Salud Anticonceptiva (PIENSA) en Colombia. Este programa, que cuenta con el aval científico de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), se realizó en once países de América Latina: Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela. Su objetivo fue evaluar el impacto de la asesoría sobre métodos anticonceptivos hormonales combinados autoadministrados sobre el método finalmente seleccionado por la mujer. Además, se evaluaron las razones y factores asociados al método seleccionado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Con el aval del Comité de Ética de la Fundación Esensa (www.esensa.org), se realizó un estudio multicéntrico descriptivo de evaluación antes y después en nueve ciudades de Colombia: Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Ibagué, Manizales, Medellín, Pereira y Valledupar.

Se invitó a participar a mujeres que asistían a consulta ginecológica que manifestaran interés en utilizar métodos anticonceptivos hormonales combinados. Se excluyeron mujeres que tuvieran contraindicaciones médicas para el uso de este tipo de anticonceptivos. Luego de firmar el consentimiento informado, se solicitó a las participantes diligenciar un formulario con preguntas relacionadas con el uso y satisfacción de los anticonceptivos utilizados previamente, su preferencia al momento del ingreso al estudio y su percepción sobre los anticonceptivos hormonales combinados autoadministrados.

Médicos ginecólogos ofrecieron a cada participante asesoría sobre los tres métodos hormonales anticonceptivos combinados autoadministrables disponibles en Colombia (píldora, anillo intravaginal y parche transdérmico). Para asegurar la coherencia y reproducibilidad de la asesoría anticonceptiva ofrecida por los ginecólogos participantes, se utilizó una ayuda visual con información uniformada, balanceada y previamente acordada por los investigadores que incluía: eficacia de los métodos anticonceptivos, modo de acción, modos de uso, beneficios y riesgos potenciales, e idoneidad con respecto a las necesidades de cada mujer.

Una vez recibida la asesoría, se solicitó a las participantes responder la segunda parte del cuestionario, donde se indagó sobre la selección final del método anticonceptivo, las razones que avalaban dicha decisión y aquellas que llevaron a desechar las otras alternativas.

Para calcular el tamaño de la muestra se buscó contar con un número de individuos suficiente para detectar una prevalencia de uso del 25%, con un poder estadístico de 90% y con una precisión relativa de 2,5%. Además, esta muestra se corrigió para tolerar una pérdida por no respuesta de hasta 5%. Con estas consideraciones, el número de mujeres a ingresar al estudio fue de 850 e ingresaron 858, lo que superó el tamaño muestral calculado.

Análisis estadístico

Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de cada una de las variables. Se utilizó la prueba de McNemar, aceptando un valor de P menor a 0,05 como estadísticamente significativo para evaluar el cambio de la preferencia anticonceptiva antes y después de la asesoría de manera global y particular, es decir de acuerdo a cada método preferido al ingreso del estudio. Por otra parte, se evaluó la asociación de las variables incluidas en el estudio con el método de anticoncepción finalmente seleccionado utilizando la prueba de chi-cuadrado.

RESULTADOS

En total se incluyeron 858 pacientes (lo que superó el tamaño muestral calculado de 850) de entre 16 y 50 años de edad, con un promedio de edad de 27 años. La mayoría de mujeres eran provenientes de la región central del país (47%), tenían estudios universitarios (67%), trabajaban a tiempo completo (50,6%), eran nulíparas (61,1%), manifestaron estar en una relación estable (79,3%) y planeaban tener más hijos en el futuro (52,7%) (cuadro 1). En relación al uso previo de métodos anticonceptivos y su tiempo de utilización, los ACOs fueron los más reportados (47,8%), seguidos por la inyección mensual de hormonas (14,3%) y los métodos de barrera (12,1%); 40,4% de las mujeres manifestaron que aún usaban el método referido, mientras que 35,4% afirmó haberlo interrumpido hacía más de tres meses.

Más de la mitad de las participantes manifestaron haber tenido experiencia previa con los anticonceptivos hormonales autoadministrados. El 62,7% de las participantes refirieron haber usado ACO en el pasado durante un promedio 2 años y la mayoría (58,4%) manifestó haber estado satisfecha con el método. Por el contrario, menos de 5% de las participantes habían utilizado alguna vez el anillo intravaginal (2,8%) o el parche transdérmico (1,7%) por un término menor a tres meses.

Preferencia de uso anticonceptivo antes y después de la asesoría

Luego de recibir la asesoría anticonceptiva, la elección de las mujeres de

CUADRO 1. Características demográficas de la población en estudio

Característica	No.	%
Edad (años)		
Media ± (DE)	27 ± (6)	
< 25	62	7,0
25 - 35	385	45,0
> 35	411	48,0
Ciudad		
Bogotá	277	32,3
Barranquilla	164	19,1
Bucaramanga	21	2,4
Cali	129	15,0
Ibagué	31	3,6
Manizales	23	2,7
Medellín	125	14,6
Pereira	55	6,4
Valledupar	33	3,8
Región		
Centro	407	47,4
Costa	197	23,0
Occidente	254	29,6
Educación		
Escuela primaria	16	1,9
Escuela preparatoria	127	14,8
Educación avanzada	132	15,4
Universitaria	579	67,5
Estatus laboral		
Empleo de tiempo completo	434	50,6
Empleo de medio tiempo	130	15,2
Sin empleo, estudiante, ama de casa	281	32,8
Paridad		
0	524	61,1
1	187	21,8
2	92	10,7
≥ 3	22	2,6
Planea tener más hijos		
Sí	452	52,7
No	185	21,6
Aún no lo sabe	188	21,9
No responde	33	3,8
Se encuentra en una relación estable		
Sí	680	79,3
No	174	20,3
No responde	4	0,5

los diferentes métodos mostró cambios en todas las preferencias iniciales: ACO (de 53,5% a 40,8%; valor de $P < 0,001$), anillo intravaginal (de 14,1% a 31,5%, valor de $P < 0,01$) y parche transdérmico (de 6,8% a 11,3%, valor de $P < 0,01$). La asesoría también tuvo un efecto sobre las mujeres que al momento de entrar al estudio no tenían claro que método utilizar, pasando de 14,5% a 7,5% (valor de $P < 0,01$). Por el contrario, aquellas mujeres que preferían otro tipo de método anticonceptivo, diferente a las tres opciones mencionadas, no mostraron un cambio significativo posterior a la asesoría (11%

versus 9%, valor de $P = 0,23$) y, en la mayoría de los casos (4%), optaron por la inyección hormonal mensual.

Cambios de preferencia anticonceptiva según la preferencia antes de la asesoría

La asesoría mostró un efecto variable en la elección final de método, de acuerdo a la preferencia inicial (cuadro 2). De aquellas mujeres que al ingreso habían manifestado interés de usar AOC, después de la asesoría solo 67,5% continuaron con su intención inicial, mientras que 92,5% y 73,2% no cambiaron su preferencia inicial por el anillo intravaginal y el parche transdérmico, respectivamente. Entre las mujeres que al ingreso no sabían que método utilizar, 45,4% finalmente prefirieron el anillo intravaginal, mientras que 24,1% optaron por ACO y 12% por el parche transdérmico.

Motivaciones para la elección final de método anticonceptivo y factores asociados

Las participantes en el estudio argumentaron diversas razones para la elección final de método. La mayoría de las mujeres que optaron por ACO argumentaron que este método ofrece un patrón de sangrado regular (71,4%) y lo consideran fácil de utilizar (64,9%) (figura 1). Aquellas que escogieron el anillo intravaginal sustentaron su elección principalmente por su perioricidad mensual (80,7%) y su fácil aplicación (67,4%) (figura 2). Por su parte, aquellas que luego de la asesoría se inclinaron por el parche transdérmico lo hicieron, en su mayoría, por ser de fácil aplicación (80,4%) y de uso semanal (70,1%).

En cuanto a las razones para el no uso de ACO, las mujeres lo rechazaron por su uso diario y la posibilidad de olvido; para el no uso del parche transdérmico argumentaron la existencia de otros métodos más convenientes, la falta de discreción y la posible irritación de la piel como los factores que pesaron para su rechazo. Finalmente, las razones para el no uso del anillo intravaginal se centraron en la incomodidad que implica su colocación.

Entre las variables sociodemográficas recolectadas, la paridad, el deseo de tener otro hijo, el estado laboral y la región geográfica de origen mostraron una asociación estadísticamente significa-

tiva ($P < 0,01$) con el método finalmente seleccionado

DISCUSIÓN

La preocupación por mejorar la calidad de vida de las personas en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva es uno de los estímulos más sobresalientes en el ámbito mundial para generar conocimiento sobre anticoncepción a partir de la investigación (10). Existen diversos estudios, en diferentes regiones del mundo, acerca de la asesoría en anticoncepción hormonal combinada autoadministrada que ilustran las percepciones de las mujeres hacia los ACO, el anillo intravaginal y el parche transdérmico (4, 11, 12).

Después de la primera mitad del siglo XX, el uso de los ACO significó un cambio en el paradigma hacia la autonomía reproductiva en la mujer e impulsó grandes retos hasta el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos (13). Los resultados de este estudio muestran que la asesoría anticonceptiva objetiva y de contenido balanceado sobre todas las opciones anticonceptivas disponibles tiene un impacto significativo sobre la elección final de método anticonceptivo, con un claro aumento del número de mujeres que escogen el parche transdérmico y el anillo intravaginal.

La píldora sigue siendo el método hormonal de autoadministración más preferido, pero también fue el método que más mujeres cambiaron por otro luego de recibir la asesoría. Al ingreso al estudio, aproximadamente 40% de las usuarias de píldoras refirieron no estar particularmente satisfechas con dicho método. Los ACO combinados se asocian con una potencial menor adherencia que otros métodos de uso no diario (14). Es así que la tecnología ha permitido tener hoy día opciones de anticoncepción combinada como inyecciones mensuales y métodos de autoadministración como el anillo intravaginal y el parche transdérmico, que han mejorado la satisfacción con el método anticonceptivo (15).

Solo 24 de las participantes habían utilizado el anillo intravaginal al momento de ingreso al estudio, lo que muestra el poco conocimiento de este método por las usuarias, similar a lo observado en otras poblaciones (11) y tal vez refleje, en parte, la baja confianza que estos métodos generan entre las mujeres y el continuo predominio de la forma oral para

CUADRO 2. Intención de uso luego de la asesoría según el último método anticonceptivo utilizado y método preferido por la usuaria antes de la asesoría

	Anticonceptivos orales		Parche transdérmico		Anillo intravaginal		Otro método		No sabe		Total antes de la asesoría ^a
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	
Método usado previamente											
Ningún método	52	(48,6)	16	(14,9)	27	(25,2)	5	(4,8)	7	(6,5)	107
Anticonceptivos orales	202	(51,8)	36	(9,2)	124	(31,8)	21	(5,4)	7	(1,8)	390
Inyección mensual	42	(35,3)	13	(10,9)	36	(30,2)	25	21,0	3	(2,5)	119
Métodos de barrera	36	(35,6)	15	(14,8)	36	(35,6)	8	(7,9)	6	(5,9)	101
Otros métodos	18	(17,8)	17	(16,8)	47	(46,5)	18	(17,8)	1	(1,0)	101
Intención de uso antes de la asesoría											
Anticonceptivos orales	301	(67,5)	30	(6,7)	91	(20,4)	14	(3,1)	10	(2,1)	446
Parche transdérmico semanal	3	(5,4)	41	(73,2)	9	(16,1)	2	(3,6)	1	(1,8)	56
Anillo intravaginal mensual	5	(4,7)	2	(1,9)	98	(92,5)	1	(0,9)	0	(0,0)	106
Otro método	11	(12,2)	5	(5,6)	21	(23,3)	47	(52,2)	6	(6,7)	90
No lo sabe	26	(24,1)	13	(12,0)	49	(45,4)	13	(12,0)	7	(6,5)	108
Total después de la asesoría ^a	346	(43)	91	(11)	268	(33)	77	(10)	24	(3)	

^a Doce pacientes tuvieron datos perdidos en la intención antes de la asesoría y 40 participantes escogieron más de un método luego de la asesoría y fueron excluidas a efectos de la comparación entre antes y después de la asesoría. Los porcentajes registrados están calculados tomando como denominador los totales de cada método anticonceptivo antes de la asesoría.

CUADRO 3. Asociación entre las variables sociodemográficas seleccionadas y el método anticonceptivo seleccionado luego de la asesoría

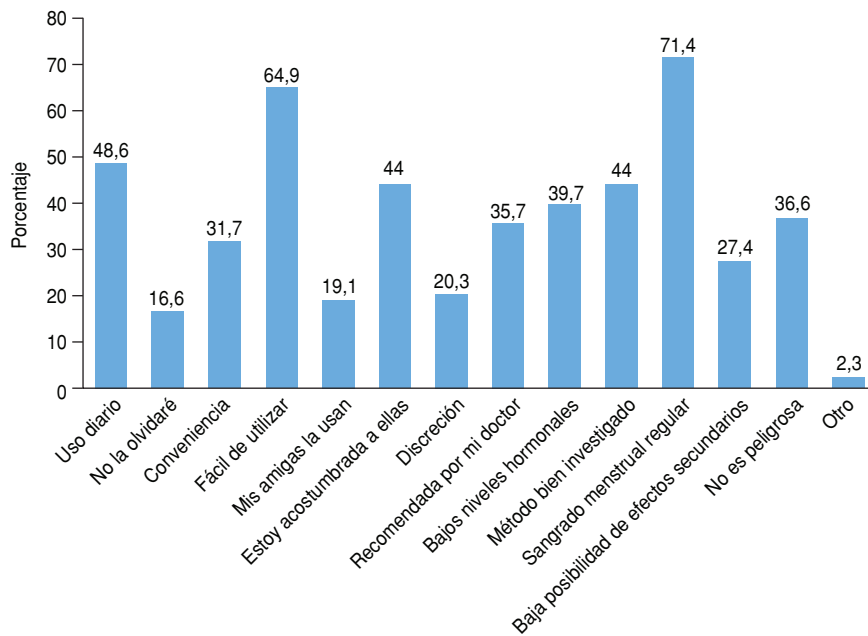
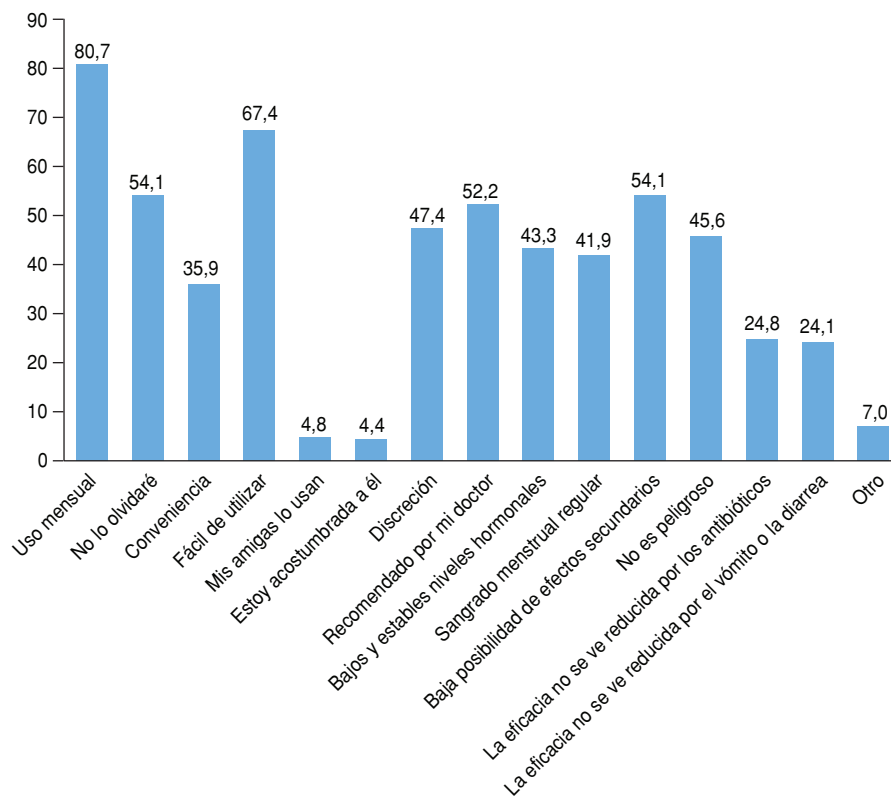
	Método finalmente elegido				Valor P
	Anticonceptivos orales No. = 350	Parche transdérmico No. = 97	Anillo intravaginal No. = 270	Otro método No. = 77	
Edad (años)					0,32
< 25	5,7	8,2	7,4	10,4	
25 - 35	41,1	47,4	45,9	48,1	
> 35	53,1	44,3	46,7	41,6	
Región					< 0,01
Centro	41,7	47,4	46,3	57,1	
Costa	20,6	22,7	25,9	27,3	
Occidente	37,7	29,9	27,8	15,6	
Educación					0,07
Escuela primaria	2,0	2,1	0,7	5,2	
Escuela preparatoria completa	16,3	16,5	10,0	18,2	
Educación avanzada después de la preparatoria	14,0	16,5	15,6	16,9	
Universitaria	67,4	63,9	73,3	59,7	
Paridad					< 0,01
0	67,4	52,6	61,9	44,2	
1	19,7	22,7	23,0	26,0	
2	6,0	14,4	11,9	19,5	
≥ 3	2,0	5,2	1,5	5,2	
Desea tener más hijos					< 0,01
Sí	57,7	47,4	53,3	42,9	
No	14,3	25,8	22,6	33,8	
Aún no lo sabe	23,4	21,6	21,1	20,8	
Se encuentra en una relación estable					0,73
Sí	78,3	79,4	80,7	84,4	
No	20,9	20,6	18,9	15,6	
Estatus laboral					< 0,01
Sin empleo, estudiante, ama de casa	39,7	23,7	26,7	32,5	
Empleo de medio tiempo	13,7	16,5	19,6	5,2	
Empleo de tiempo completo	44,3	57,7	53,0	62,3	

la anticoncepción hormonal de autoadministración (16). A esto debe agregarse que algunos profesionales de la salud no están actualizados en nuevas alternativas de anticoncepción, lo que puede

limitar la información que se brinda en la asesoría (17).

Sin embargo el cambio de la percepción y de preferencia por el anillo intravaginal y el parche transdérmico

luego de la asesoría sobre anticoncepción pone en evidencia cómo la educación de las pacientes permite la elección de métodos novedosos que responden a necesidades insatisfechas hasta el mo-

FIGURA 1. Razones que influyeron en la elección de la píldora combinada como anticonceptivo después de la asesoría médica**FIGURA 2. Razones que influyeron en la elección del anillo intravaginal mensual como anticonceptivo después de la asesoría médica**

mento. La principal razón para elegir estas alternativas son su periodicidad (uso mensual y semanal, respectivamente) y su facilidad de uso. Es probable que esto indique la gran dificultad que representa

el uso diario de las pastillas para un número considerable de mujeres.

Los resultados aquí presentados también dejan entrever que estas alternativas anticonceptivas no satisfacen de la misma

manera a todas las mujeres. Es claro que, para muchas de ellas, la introducción de un cuerpo extraño en la vagina o aplicar algo sobre la piel son razones suficientes para no usar estos métodos.

Otro resultado interesante del estudio es la gran utilidad que ofrece la asesoría sobre anticoncepción para aquellas mujeres que están indecisas en la selección de método anticonceptivo. Al menos la mitad de las mujeres que al ingreso no sabían que método utilizar pudieron realizar una elección informada gracias a la asesoría.

Los resultados que se publican en este artículo son consistentes con lo observado en otros estudios. En un estudio transversal, multicéntrico español con 1 200 mujeres publicado en 2012, diseñado para evaluar el efecto de asesoría estructurada sobre anticoncepción se observó un incremento considerable, luego de la asesoría, en la preferencia del parche transdérmico (4,7% versus 8,3%) y el anillo intravaginal (8% versus 30%) (4). En otro estudio realizado en España con 9 700 mujeres encontraron la aceptación más alta (46%) para el anillo intravaginal, seguida de ACO (39%) y el parche transdérmico (15%) (18). En este estudio, los preferidos fueron el anillo intravaginal y el parche transdérmico, principalmente por la menor probabilidad de omisión involuntaria (62%), conveniencia y la frecuencia mensual o semanal de uso. Los ACO se prefirieron debido a su eficacia (60%) y facilidad de uso.

Aunque el perfil de las mujeres no varió de manera notable, se encontraron diferencias estadísticamente significativas según la región el país, el estatus laboral, la paridad y el deseo de tener más hijos en el futuro con respecto a la selección del método anticonceptivo, aunque no se halló que la edad, tener una relación estable o el grado de escolaridad fueran factores determinantes. Algunas diferencias culturales y educativas pueden marcar una mayor o menor aceptabilidad con nuevas alternativas anticonceptivas, como se ha visto también en otros estudios (4).

En este estudio se observan algunas debilidades que deben considerarse durante la interpretación de los resultados. En primer lugar, este estudio incluyó en su mayoría mujeres mayores de 25 años con título universitario. La educación de nivel universitario en la población mujer en edad fértil en Colombia es mucho menor al 67,5% reportado en la pobla-

ción de estudio (1). En segundo lugar, el costo de las opciones anticonceptivas (todas similares a los anticonceptivos orales originales) no sería un impedimento para la población en estudio. Esto no se puede aplicar a la población general, dado que el anillo intravaginal y el parche transdérmico no son provistos por el sistema de salud colombiano y, por otra parte, los anticonceptivos orales cuentan en el mercado con opciones genéricas más económicas y pueden condicionar la elección final de método. Estas características podrían afectar la aplicabilidad de los resultados a la población general.

En conclusión, la asesoría estructurada sobre anticoncepción influye de manera considerable la elección final de método anticonceptivo. Si bien la píldora anticonceptiva sigue siendo el método finalmente elegido por las mujeres, el importante aumento en la elección final de anillo en particular muestra el importante

rol de la asesoría en la práctica clínica. Esta decisión informada podría contribuir a la adherencia a largo plazo de los métodos anticonceptivos (9), tema que sigue en estudio en la actualidad (19).

Agradecimientos. Los autores desean agradecer a todas las mujeres que participaron en el estudio, a los profesionales que colaboraron en la recolección de datos (Luz Elena Moreno, Adriana Gomez, Adriana María Arango, Adriana Trujillo, Alberto Agudelo, Alberto Angulo, Alberto Quintero Molina, Ana María González Aristizábal, Ana María Rebolledo Borrero, Camilo Libos, Carlos Enrique Restrepo Gómez, Claudia Marín, Claudia Santarelli, Daniel Londoño, Diego Rubiano, Edith González, Eduardo Acosta Cajiao, Erik Escobar, Esperanza María Burgos Lara, Germán González, Guillermo Ignacio Acosta Osio, Gustavo López, Jaime Eduardo López Jaramillo, Jhon Jairo Palacios Cardona, Jorge

Cuenca Urbina, Jorge E. Saa, Jorge Rugeles Rivero, Jose Duvan López Jaramillo, Juan Camilo Villegas, Juan Diego Villegas Echeverry, Luis Carlos Hincapié, María Clemencia Ceballos Peñalosa, María Cristina Alba Velásquez, María Raquel Sierra Marín, Mario Humberto Carvajal Restrepo, Miriam Meza Carvajal, Mónica Ruiz, Nancy Wilches García, Oscar Alfredo Medina Tirado, Pablo González Isaza, Roberto Tarud, Ruby Otero, Tamara Cantillo Hernández, Victoria Durán y Zoila Osorio Orozco), a Humberto Reinales y su equipo por el procesamiento y análisis estadístico de los datos y a Gustavo Hernández de MSD Colombia por su revisión de estilo y escritura médica.

Financiamiento. El estudio fue patrocinado por MSD Colombia.

Conflicto de intereses. Fidel Lozano es Director Médico de MSD Colombia.

REFERENCIAS

- Ojeda G OM, Ochoa L, Samper B, Sánchez F. Salud sexual y reproductiva: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia). Profamilia, Bienestar Familiar, United State Agency for International Development, Ministerio de la Protección Social. 2010.
- Gómez PI. Anticoncepción. Pasado, presente y futuro. Editorial Universidad Nacional de Colombia: Bogotá; 2010.
- Guttmacher Institute. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias; 2011.
- Craig AD, Dehlendorf C, Borrero S, Harper CC, Rocca CH. Exploring young adults' contraceptive knowledge and attitudes: disparities by race/ethnicity and age. *Womens Health Issues*. 2014;24(3):e281-9.
- Rovner J. US abortion survey produces surprise statistics. *Lancet*. 1996;348:470.
- Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404.
- 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;(1):65-78.
- Merckx M, Donders GG, Grandjean P, Van de Sande T, Weyers S. Does structured counseling influence combined hormonal contraceptive choice? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011;16:418-29.
- Halpern V, Lopez LM, Grimes DA, Stockton LL, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;10:CD004317.
- Dhont M. History of oral contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010: S12-S18.
- Carey AS, Chiappetta L, Tremont K, Murray PJ, Gold MA. The contraceptive vaginal ring: female adolescents' knowledge, attitudes and plans for use. *Contraception*. 2007;76(6):444-50.
- Oddens BJ. Determinants of contraceptive use: from birth control to fertility awareness. *Eur J Obstet Gynecol Reproduct Biol*. 1997;71:1-2.
- Szarewski A, Mansour D, Shulman LP. 50 years of "The Pill": celebrating a golden anniversary. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2010;36(4):231-8.
- Chin JR, Swamy G, Floyd S, Bastian L. Hormonal Contraceptives and Adherence. Improving Patient Treatment Adherence. Springer, New York, 2010:151-77.
- 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(4):276-82.
- de Irala J, Osorio A, Carlos S, López-del Burgo C. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. *Contraception*. 2011):558-64.
- Gómez PI. Conocimientos de anillo mensual anticonceptivo en un grupo de especialistas en ginecología. Estudio de corte transversal, Colombia, 2010. *Rev Col Enf*. 2011;6(6):31-8.
- Lete I, Doval JL, Perez-Campos E, Sanchez-Borrego R, Correa M, de la Viuda E, et al. Factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive method: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study. *Contraception*. 2007;76(2):77-83.
- Alizadeh Charandabi S, Moghaddam Tabrizi F, Jahanfar S. Structured versus routine family planning counselling for contraception. *The Cochrane Library*. 2014.

Manuscrito recibido el 18 de agosto de 2014. Aceptado para publicación, tras revisión, el 6 de abril de 2015.

Impact of contraception counseling on choice of combined hormonal methods in Colombia

ABSTRACT

Objective. Determine the impact of informed contraceptive counseling on choice of contraceptive method.

Methods. Multicenter descriptive study using before-and-after evaluation in nine cities in Colombia. Women considering use of self-administered combined hormonal methods at the time of consultation were invited to participate. They were asked about contraceptive method use and preference, following signing of informed consent. Later, they were given standardized medical advice on contraception and then asked again about contraceptive preference and reasons for their choice.

Results. The study enrolled 858 women. At the beginning of the study, 538 (62.7%) women were using the combined pill and 281 (32.8%) were not using any contraceptive method. Before receiving counseling, women showed a preference for the pill (62.7%), followed by the intravaginal ring (28.4%), and transdermal patch (14%). After counseling, preferences were as follows: pill (40.8%), intravaginal ring (31.5%), and transdermal patch (11.3%). After counseling, 32.5%, 26.8%, and 7.5% of those considering the pill, patch, and ring, respectively, changed their intended choice.

Region of origin, employment status, desire to conceive a child in the future, and having a stable relationship showed a statistical relationship to choice of method. However, age, number of children, and level of education were not determining factors.

Conclusions. Medical advice has an impact on choice of self-administered combined hormonal contraceptives, which helps women to use the method of their choice and improves adherence to the method in accordance with its particular conditions.

Key words

Contraception; contraceptive agents; contraceptive devices; decision making; Colombia.
