

Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital “Materno Infantil del Este”, Petare

Drs. Ramón Fernández*, Luis López**, Hercilia Martínez**, Diego Kopecky**, Gabriel Uzcátegui**, Marilyn Muñoz**

Servicio de Planificación Familiar del Hospital “Materno Infantil del Este Dr. Joel Valencia Parparcén. Caracas

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de uso de los distintos métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, durante el periodo enero 2002 - diciembre 2006.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, en el cual se revisaron 5 140 historias de usuarias que acudieron en busca de datos sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Ambiente: Servicio de Planificación Familiar del Hospital “Materno Infantil del Este”. Caracas.

Resultados: 39,12 % utiliza anticoncepción hormonal oral (AO); 20,89 % esterilización quirúrgica (Eqx), 20,56 % dispositivos intrauterinos (DIU); y el 16,83 % anticoncepción hormonal parenteral (AHP). El resto estaba representado por 1,19 % método de barrera (condón masculino), 1,03 % subdérmico y 0,37 % transdérmico. Entre la AO el 66,92 % utilizaba píldoras monofásicas, 23,13 % minipíldora y 9,95 % trifásicos. De los dispositivos intrauterinos el 90,05 % eran medicados (cobre) y el 9,95 % inertes. Finalmente en cuanto a la AHP el 95,95 % fue combinada y el 4,05 % sólo acetato de medroxiprogesterona.

Conclusiones: La primera opción preferida por las usuarias fue la AO seguida por la esterilización quirúrgica y los DIU. La AHP se ubicó en el cuarto lugar. El resto de las opciones representaban menos del 3 %. Es importante destacar que la participación libre e informada de la usuaria en la elección del método anticonceptivo es un pilar fundamental tanto en la efectividad del mismo como en la disminución del abandono.

Palabras clave: Anticoncepción. Uso. Prevalencia.

SUMMARY

Objective: To determine the frequency of use of the different available contraceptive methods available today, during the period January 2002 - December 2006.

Methods: Retrospective, descriptive, cross-sectional study, in which 5 140 records of users were revised in search of data on the use contraceptive methods.

Setting: Family Planning Service of the Hospital “Materno Infantil del Este.” Caracas.

Results: 39.12 % use oral hormonal contraception (OHC); 20.89 % surgical sterilization (SE), 20.56 % intra-uterine devices (IUD); and 16.83 % parenteral hormonal contraception (PHC). The rest was represented by 1.19 % barrier methods (masculine condom), 1.03 % subdermic and 0.37 % transdermic. Among the OHC 66.92 % used mono-phasic pills, 23.13 % minipild and 9.95 % three-phasic. About intra-uterine devices 90.95% was medicated ones (copper) and 9.95 % inert. Finally about PHC 95.95% was combined and the 4.05 single acetate of medroxiprogesterona.

Conclusions: The first preferred options by clients were the OHC followed by the SE and the DIU. The PHC was in the fourth place. The rest options represent less than 3 %. It is important to highlight that the client's free and informed participation in the election of the contraceptive method is a fundamental point in the effectiveness and in the decrease of the abandonment.

Key words: Contraception. Use. Prevalence.

* Médico Ginecoobstetra adjunto al Servicio de Planificación Familiar.

** Médicos residentes del Hospital Materno Infantil del Este Dr. Joel Valencia Parparcén. Caracas.

INTRODUCCIÓN

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la población mundial aumenta a una tasa alarmante. Luego de tomarse 16 siglos para duplicarse de 250 millones a 500 millones de habitantes, en solo dos siglos llegó a 100 millones en 1850 para hacerlo nuevamente en un solo siglo para un total de 2 000 millones de habitantes para 1950. Para el año 1990 la población mundial alcanzó los 5 000 millones de habitantes (1). Esta tendencia continuará al menos otros 50 años y se espera que la población mundial para el año 2050 se encuentre cerca de los 9 322 millones de habitantes (2).

El informe sobre el estado de la población del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) de 2007 revela que los países en desarrollo, donde habita casi el 80 % de la población del mundo, crecen en 84 millones cada año. Nuestros 4 000 millones de habitantes se habrán incrementado en 1 000 millones más en solo 11 años. Se prevé que entre 2000 y 2030, la población urbana del mundo aumentará un 72 %, mientras que la superficie de las zonas edificadas donde viven 100 000 o más personas podría aumentar en un 175 % (3-4).

Para Venezuela, si bien es cierto que la fecundidad muestra un descenso sostenido desde los años cincuenta (7,0); situándose en 3,1 para 1995 hasta ubicarse en 2,62 en el 2006, cuando ésta se corrige según status socioeconómico, 2006, cuando ésta se corrige según estatus socioeconómico, tal descenso sólo ocurren el nivel medio o medio alto. En los estratos bajos, la fecundidad no se comporta de este modo e incluso puede presentar incrementos variables. Más aún, la mortalidad materna aún continúa alta con un 59,9 por 100 000 nacidos vivos (NV) para el año 2005, todo esto derivado en gran medida al incremento de embarazos no planeados o no deseados (5-6).

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la información y los servicios de planificación familiar, se reconoce no sólo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y los niños y niñas, sino también como un derecho humano (1).

Según el informe de la conferencia internacional sobre población y el desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, “Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso relacionados. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas de decidir libre

y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho de alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva” (1,7).

Sobre esta base y reconociendo que la salud reproductiva como un estado de bienestar físico, mental y social (y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias) en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos, es importante destacar la capacidad de las parejas de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia.

Estos derechos se fundamentan de manera importante en estrategias de planificación familiar que proporcionen información accesible, completa y precisa sobre los diversos métodos de anticonceptivos que incluya sus riesgos y beneficios para la salud; posibles efectos secundarios y su eficacia para prevenir la propagación de infecciones de transmisión sexual así como VIH/SIDA.

Durante las últimas décadas se han desarrollado una amplia gama de opciones anticonceptivas que van desde anticonceptivos combinados orales de baja dosis, el desarrollo de progestinas de gran potencia antiprogestacional, dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel, así como anticoncepción intramuscular, subdérmica y transdérmica (8-11).

Actualmente, los métodos anticonceptivos disponibles en nuestro país se pueden clasificar según su duración de protección anticonceptiva en métodos temporales y métodos definitivos.

Los métodos anticonceptivos temporales

1. Métodos naturales o de abstinencia periódica
2. Métodos de barrera
 - a. Preservativo femenino
 - b. Preservativo masculino
3. Método de lactancia materna y amenorrea
4. Métodos hormonales
 - a. Métodos hormonales orales (MHO)
 - a1. MHO combinados (MHOC)
 - MHOC monofásicos
 - MHOC trifásicos
 - a2. MHO de solo progestinas
 - b. Métodos hormonales parenterales (MHP)
 - b1. MHP intramusculares (MHPIM)
 - MHPIM combinados
 - MHIMP de solo progestinas
 - b2. MHP subdérmicos
 - b3. MHP transdérmicos

- b4. MHP vaginal (anillo vaginal anticonceptivo)
- 5. Dispositivos intrauterinos (DIU)
 - a. DIU inertes
 - b. DIU medicados (DIU-M)
 - DIU-M de cobre
 - DIU-M liberadores de levonorgestrel
- 6. Anticoncepción de emergencia

Los métodos anticonceptivos definitivos

1. Esterilización quirúrgica femenina
2. Esterilización quirúrgica masculina

Reconocer la amplia variedad de posibilidades anticonceptivas disponibles en la actualidad aumenta la posibilidad de que éste se adapte de manera óptima a cada usuaria, de acuerdo a su edad, paridad, estado de salud, factores de riesgo, creencias y otros factores propios de cada grupo cultural (12-14).

Muchas veces los usuarios y las usuarias nuevas traen en mente un método y piensan, que es la mejor opción para ellos. Sin embargo, y con base en la existencia de una amplia gama de métodos, es importante destacar que las decisiones en este sentido se deben tomar teniendo en cuenta los propósitos y preferencias de los usuarios.

Por tanto, es importante conocer los diferentes métodos anticonceptivos especialmente los más utilizados, lo que por nuestra población implica, la posibilidad de adquisición de información veraz y el libre acceso a los mencionados métodos.

La prevalencia de uso de cada uno de los métodos anticonceptivos en una población dada, depende de múltiples factores que van desde la disponibilidad y acceso a los métodos, hasta las creencias y aspectos culturales que afectan la elección del mismo. A nivel mundial los estudios reportan una gran variedad de cifras dependiendo del área geográfica que se analiza. Así Chimere (15) en Sur África, reporta un 58,1 % de uso de anticonceptivos hormonales parenterales intramusculares (AHPIM); 28,9 % de uso de anticoncepción hormonal oral (AHO) y 3 % de uso de DIU, contrario a lo documentado por Uygur (16) en Etiopía que reporta un 53,3 % de uso de DIU; 13,5 % de uso de condón masculino y sólo 4 % de AHO.

Bertrand y col. (17) en Guatemala reportaron una prevalencia de uso de 43,7 % para la esterilización quirúrgica femenina; 14,8 % para los métodos naturales (ritmo); 13,1 % para la AHO; 10,1 % para la AHPIM; 6 % para los condones y finalmente 5,6 % para el DIU. En nuestro país, Díaz y col. (18)

reportan un 60,73 % de uso de DIU, 32,91 % de ACO y 2,18 % de condón para el año 1991.

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de uso de los distintos métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, en las usuarias que asisten al Servicio de Planificación Familiar del Hospital “Materno Infantil Dr. Joel Valencia Parparcén” durante el período comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2006.

MÉTODOS

El presente estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo y analítico en el cual se revisaron 5 140 historias clínicas de usuarias que acudieron a la consulta de planificación familiar del Hospital Materno Infantil “Dr. Joel Valencia Parparcén” durante 2002 - 2006 en busca de datos relacionados con el uso de métodos anticonceptivos.

El departamento de registros médicos suministró los documentos para proceder a la revisión de los mismos. Los datos recolectados se registraron en fichas organizados de la siguiente manera:

- a. Información general de la usuaria: edad, estado civil, nivel educativo y situación laboral.
- b. Información sobre antecedentes gineco-obstétricos: gestaciones, partos, abortos, uso previo de métodos anticonceptivos.
- c. Información sobre los métodos anticonceptivos: método anticonceptivo utilizado en la actualidad.

Para la presentación y análisis de los resultados se utilizaron cuadros y gráficos de distribución de frecuencia.

RESULTADOS

La edad de las usuarias osciló entre los 15 y 51 años, con un promedio de $30,69 \pm 7,97$ años. Al relacionar la edad de las usuarias según el método anticonceptivo utilizado en la actualidad. Se encontró que el menor promedio de edad se registró en el grupo de AHO (26,66 años) y el mayor en el grupo de usuarias de Eqx (33,98 años) (Figura 1).

En cuanto al estado civil y el nivel educativo encontramos que las usuarias se encontraban predominantemente en unión estable (60,62 %) y la mayoría de las usuarias presentaban entre 7 y 9 años de educación formal (43,87 %), sólo el 1,26 % era analfabeta (Cuadro 1).

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

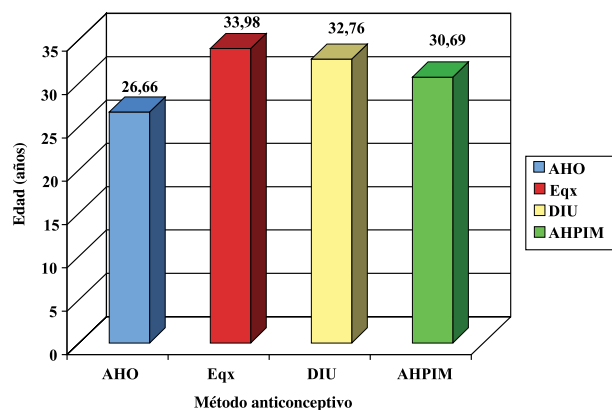


Figura 1. Promedio de edad según método anticonceptivo utilizado.

AHO: anticoncepción hormonal oral

Eqx: esterilización quirúrgica femenina

DIU: dispositivos intrauterinos

AHPIM: anticoncepción hormonal parenteral intramuscular

En lo que respecta a la actividad laboral desarrollada por las usuarias, la mayor parte de ellas ejercía sus labores dentro del hogar (intra domiciliario 58,56 %) como se aprecia en el Cuadro 1.

En los antecedentes gineco-obstétricos encontramos que la mayoría de las usuarias (50,58 %) tenían el antecedente de 1 ó 2 gestas (sólo 6,71 % nuligestas); y sin aborto previo en el 76,26 % de los casos (Cuadro 2).

Cuadro 1
Características generales

Característica	Número	%
Estado civil		
Soltera	1 317	25,62
Unión estable	3 116	60,62
Casada	707	13,75
Nivel educativo		
Analfabeta	65	1,26
< 4 años	280	5,45
4 – 6 años	910	17,70
7 – 9 años	2 255	43,87
> 10 años	1 630	31,71
Situación laboral		
Trabajo intra domiciliario	3 010	58,56
Trabajo extra domiciliario	2 130	41,44

Cuadro 2
Antecedentes

Antecedentes	Número	%
Antecedentes de gestaciones		
Nuligestas	345	6,71
1 – 2 gestas	2 600	50,58
3 – 4 gestas	1 754	34,12
> 4 gestas	441	8,58
Antecedentes de abortos		
0 abortos previos	3 920	76,26
1 – 2 abortos previos	1 131	22,00
3 – 4 abortos previos	89	1,73
Antecedentes uso de métodos anticonceptivos		
Si	3 449	67,10
No	1 691	32,90

En cuanto el uso previo de algún método anticonceptivo encontramos que la mayor parte de las usuarias (67,10 %) reportaban la utilización de al menos un método anticonceptivo antes de acudir a la consulta de planificación familiar (Cuadro 2).

El método anticonceptivo, más utilizado actualmente (2 011 mujeres) fue la AHO (39,12 %) seguido por la Eqx (20,98 %) y los DIU (20,56 %) como se aprecia en el Cuadro 3.

Cuadro 3
Métodos anticonceptivos actualmente en uso

Método anticonceptivo	Número	%
AHO	2 011	39,12
Eqx	1 074	20,89
DIU	1 057	20,56
AHPIM	865	16,83
Barrera	61	1,19
AHPSD	53	1,03
AHPTD	19	0,37
Total	5 140	100,00

AHO: anticoncepción hormonal oral

Eqx: esterilización quirúrgica femenina

DIU: dispositivos intrauterinos

AHPIM: anticoncepción hormonal parenteral intramuscular

Barrera: métodos anticonceptivos de barrera (condón masculino)

AHPSD: anticoncepción hormonal parenteral subdérmica

AHPTD: anticoncepción hormonal parenteral transdérmica

En las Figuras 2, 3 y 4 se discriminan cada uno de los sub tipos de métodos anticonceptivos utilizados por las usuarias (AHO, AHPIM y DIU):

Entre los métodos de AHO el más utilizado resultó la AHOC monofásica con un 66,92 % de usuarias, seguida por la minipíldora con 22,13 % (Figura 2). Con respecto a la AHPIM, la de tipo combinada se ubicó como el método con mayor prevalencia de uso (95,95 %) (Figura 3). Finalmente, en relación de los DIU los más utilizados correspondieron a los DIU medicados con cobre con una frecuencia de uso de 90,05 % (Figura 4).

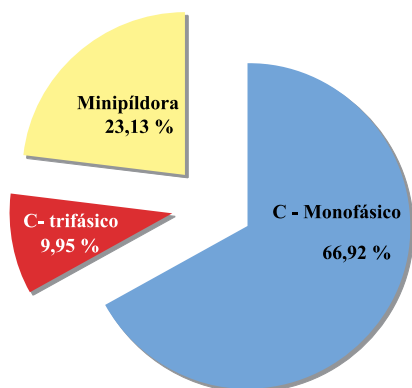


Figura 2. Frecuencia porcentual de uso de los distintos métodos de AHO.

AHO: anticoncepción hormonal oral. C-Monofásico: anticoncepción hormonal oral combinada monofásica. C-Trifásica: anticoncepción hormonal oral combinada trifásica. Mini píldora: anticoncepción hormonal oral de sólo progestinas.

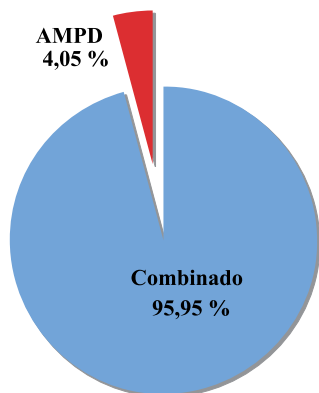


Figura 3. Frecuencia porcentual de uso de los distintos métodos de AHPIM

AHPIM: anticoncepción hormonal parenteral intramuscular. Combinado: anticoncepción hormonal parenteral intramuscular combinada. AMPD: anticoncepción hormonal parenteral intramuscular de sólo progestina (acetato de medroxiprogesterona – depósito).

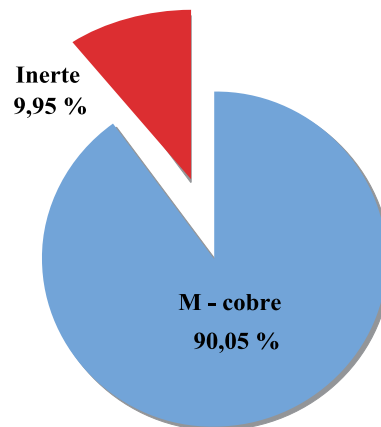


Figura 4. Frecuencia porcentual de uso de los distintos DIU.

DIU: dispositivos intrauterinos

M- cobre: dispositivos intrauterinos medicados con cobre.

Inerte: dispositivos intrauterinos inertes.

DISCUSIÓN

Los métodos anticonceptivos constituyen una herramienta importante en el reconocimiento del derecho fundamental de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos, y a disponer de la información, la educación y los medios necesarios para hacerlo. De manera que, la elección, fundamentada en un proceso eficaz de consejería, buscaría optimizar el ejercicio de este derecho, incrementar la efectividad de los mismos y disminuir el abandono de los métodos.

Todo esto destaca la importancia del conocimiento de las preferencias anticonceptivas de las usuarias atendidas, de acuerdo a las características propias de cada población evaluada (19).

Entre las características propias de la población evaluada, encontramos una amplia gama de edades de las usuarias que acceden a nuestro servicio de planificación familiar. Comenzado con adolescentes de 15 años hasta pacientes de 51 años de edad. El promedio de edad se ubicó en los $30,69 \pm 7,97$ años, similar a lo reportado a nivel nacional e internacional (15,20-22).

Si se analizan las edades en relación con el método anticonceptivo en la actualidad los datos quedan expresados de una manera más específica. Así observamos que las usuarias más jóvenes se ubicaron en el grupo de AHO con un promedio de edad de 26,66 años; seguidas por las usuarias de AHPIM con

30,69 años. En tercer lugar se ubicaron las usuarias de DIU con 32,76 años y finalmente las de Eqx con 33,98 años. Todo esto concuerda con lo esperado, con base en las preferencias de acuerdo a la edad y metas reproductivas de las usuarias. Las pacientes más jóvenes prefieren métodos hormonales temporales y las mayores de 30 años eligen fundamentalmente métodos no hormonales como el DIU o definitivos como la esterilización quirúrgica femenina.

En cuanto al estado civil sólo el 13,75 % de las usuarias estaban casadas, el 25,62 % solteras y la mayor parte de ellas (60,62 %) se encontraban en unión estable al momento de la evaluación. El análisis según nivel educativo reportó que la mayoría de las usuarias, a pesar de ser de un nivel socio económico bajo o medio-bajo, el 75,58 % tenían más de 6 años de educación formal y el analfabetismo tuvo un bajo porcentaje (1,26 %). La mayoría de las usuarias desempeñaban sus labores dentro de su propio hogar (58,56 %) y el 41,44 % fuera del mismo.

Con respecto a los antecedentes ginecoobstétricos se encontró que gran parte de las usuarias presentaban 1 ó 2 embarazos previos (50,58 %), 42,7 % con 3 o más embarazos y sólo el 6,71 % eran nuligestas. Cifra ésta que pone en evidencia la baja cobertura del servicio de planificación familiar a las mujeres desde su adolescencia (antes de su primera relación sexual) y hasta la ocurrencia de 1 ó 2 embarazos.

En este orden de ideas se encontró que el 67,10 % reportó haber utilizado algún método anticonceptivo antes de asistir al servicio de planificación familiar. Este hallazgo nos hace reflexionar acerca de la escogencia y utilización de métodos anticonceptivos sin ningún tipo de control o supervisión médica, que por supuesto influye tanto en la óptima selección del método adecuado para cada usuaria (sin riesgos elevados para la salud) como en la eficacia del método por uso incorrecto o falta de seguimiento del mismo.

La prevalencia de uso según los métodos anticonceptivos analizados se ubicó de la siguiente manera: el 39,12 % utiliza AHO; 20,89 % Eqx, 20,56 % DIU; y el 16,83 % AHPIM. El resto estaba representado por 1,19 % método de barrera (condón masculino), 1,03 % AHPSD y 0,37 % AHPID, similar a lo reportado por Skjeldestad (22) pero distinto a otros autores a nivel internacional que reportan los DIU (16,21,23), a los condones (24) o a la AHPIM en primer lugar (15).

Entre los subtipos de AHO se encontró que el 66,92 % utilizaba píldoras monofásicas, 23,13 % minipíldora y 9,95 % trifásicos. Los dispositivos

intrauterinos más utilizados fueron los medicados con cobre (90,05 %) y sólo el 9,95 % inertes. Finalmente en cuanto a la AHPIM el 95,95 % fue combinada y el 4,05 % sólo acetato de medroxiprogesterona de depósito, todo esto diferente a lo reportado por la división de poblaciones de las Naciones Unidas tanto a nivel mundial como regional (25).

En conclusión, la opción preferida por las usuarias de nuestro servicio fue la AHO seguida por la Eqx y los DIU en tercer lugar. La AHPIM se ubicó en el cuarto lugar y el resto de las opciones en conjunto representaban menos del 3 %. Estos resultados son disímiles a lo reportado por las Naciones Unidas en 2003 para Sur América que sitúa en primer lugar a la esterilización quirúrgica femenina (33,1 %), seguido por los la AHO con 17,1 %, los condones con 4,7 % y en cuarto lugar a los DIU 4,4 % (26).

Finalmente, es importante resaltar que el conocimiento de las preferencias de métodos anticonceptivos de una población dada cobra vital importancia no sólo en la optimización de la prestación del servicio, sino también a nivel de la distribución de recursos y suministros (3,27) que deben ofrecer los programas de salud a la población general, en especial a aquellas con menor acceso y uso a la planificación familiar (28).

REFERENCIAS

1. WHO. ICPD at ten. 1994 International conference on population and development. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/ens/en57.pdf>
2. Diczfalusy E. Crecimiento poblacional: ¿Demasiado, muy poco o ambos? Boletín médico de la IPPF. 2002;36(1):1-2.
3. UN - UNFPA. Informe anual 2006. Fondo de Población de las Naciones Unidas División de Información, Asuntos de la Junta Ejecutiva y Movilización de Recursos. Disponible en http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/694_filename_ar06_spa.pdf
4. UN - UNFPA. Estado de la población mundial 2007. Liberar el potencial del crecimiento urbano. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible en http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/697_filename_swp2007_spa.pdf
5. Tasa global de fecundidad corregida, según entidad federal, 2000-2006. Demografía. Estadísticas vitales del gobierno Bolivariano de Venezuela. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/registrosvitales/estadisticasvitales.asp>
6. Anuario de Mortalidad, DGEAE. Ministerio del poder popular para la salud. Mortalidad materna Venezuela, 1957-2005. Disponible en: http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/

- Archivos/GrafMaternas.pdf
7. Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Resumen del programa de acción. El Cairo 1994. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>
 8. Zurawin RK, Ayensu-Coker L. Innovations in contraception: A review. *Clin Obstet Gynecol.* 2007;50(2):425-439.
 9. Erkkola R. Recent advances in hormonal contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007;19(6):547-553.
 10. Simon M, Shulman LP. Alternatives to oral regimens of contraception. *Minerva Ginecol.* 2007;59(3):271-286.
 11. Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Hormonal contraception: State of the art and future perspectives. *Minerva Ginecol.* 2007;59(3):241-270.
 12. Srikanthan A, Reid RL. Religious and cultural influences on contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30(2):129-137.
 13. Aker S, Boke O, Dundar C, Peksen Y. The effects of temperament and character on the choice of contraceptive methods. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2007;1:1-7.
 14. Kopf GS. Contraceptive development: Targets, approaches and challenges. *Soc Reprod Fertil Suppl.* 2007;63:421-431.
 15. Chimere O. Contraceptive prevalence in rural South Africa. *Int Fam Plan Perspect.* 1996;22:4-9.
 16. Uygur D, Erkaya S. Contraceptive use and method choice in Turkey. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75:87-88.
 17. Bertrand J, Seiber E, Escudero G. Contraceptive dynamics in Guatemala: 1978-1998. *Int Fam Plan Perspect.* 2001;27(3):112-118 & 136.
 18. Díaz A, Blanco L, Díaz G, López J, Fernández R. Encuesta sobre anticonceptivos y relación sexual. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1991;51(1):17-22.
 19. Galazios G, Tsikouras P, Liberis V, Koutlaki N, Vlachos G, Teichmann AT, et al. Attitudes towards contraception in three different populations. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2008;35(1):22-26.
 20. Merchán D. Anticonceptivos en la Maternidad "Concepción Palacios". *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1965;25:507-526.
 21. Adeyemi AS, Adekanle DA, Komolafe JO. Pattern of contraceptive choice among the married women attending the family planning clinic of a tertiary health institution. *Niger J Med.* 2008; 17(1):67-70.
 22. Skjeldestad FE. Use of contraceptives in Norway in 2005. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2007;127(21):2803-2805.
 23. D'Arcangues C. Worldwide use of intrauterine devices for contraception. *Contraception.* 2007;75(6 Suppl):2-7.
 24. Lete I, Dueñas JL, Martínez-Salmeán J, Parrilla JJ, Serrano I, Bermejo R, et al. Contraceptive practices and trends in Spain: 1997-2003. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;135(1):73-75.
 25. UN. Department of economics and social affairs. Population division. Levels and trends of contraceptives use as assessed in 1998. Key findings. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/pubsarchive/contraceptives1998/contraceptives1998.htm>
 26. UN. World contraceptive use 2003. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2003/wcu2003.htm>
 27. Diczfalusy E. Contraceptive prevalence, reproductive health and our common future. The C Donald Christian memorial lecture. *Obstet Gynecol Surv.* 1993;48(5):321-332.
 28. Arteaga M, Szcedrin W. Madres adolescentes y anticoncepción. Tasas de continuación y eventos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1985;45:159-167.

Viene de pág. 27

El ACOG y el requerimiento de la vacuna contra el VPH a las niñas y mujeres inmigrantes

Aunque el ACOG recomienda fuertemente la vacuna anti VPH, no apoya la vacunación obligatoria anti VPH. Las futuras inmigrantes deben tener la misma oportunidad que las mujeres americanas de tomar una decisión informada acerca de si se vacuna o no contra el VPH.

El ACIP está conformado por 15 expertos en los campos asociados con inmunizaciones que son seleccionados por la Secretaría del Departamento de Salud de Estados Unidos para proveer asesoría y lineamientos a la Secretaría, la Secretaría Asistente de Salud, y el CDC en el control de las enfermedades prevenibles por vacunas.

El ACIP desarrolla recomendaciones escritas para la administración rutinaria de vacunas en niños y adultos en la población civil.

http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr02-02-09.cfm