

081524

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



ORGANIZACION DE CONSULTORIOS
DE PLANIFICACION FAMILIAR

(Evaluación preliminar del trabajo realizado en las "CLINICAS PRO-SALUD MATERNAL",
de la Asociación Demográfica Salvadoreña - 1966)

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

HUGO MORAN QUIJADA

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

MARZO DE 1968

378.7284

DES-T.M.

M 8290

1968

Eg. 1- 16318

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10123865

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

R E C T O R

DR. A N G E L G O C H E Z M A R I N

S E C R E T A R I O

DR. G U S T A V O A D O L F O N O Y O L A

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

D E C A N O

D R A . M A R I A I S A B E L R O D R I G U E Z

S E C R E T A R I O

DR. R I C A R D O A L B E R T O C E A

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES DE
DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA OBSTETRICA:

| | |
|-----------------|-----------------------------|
| Presidente: | Dr. Roberto Orellana Valdés |
| Primer Vocal: | Dr. Raúl Argüello Escolán |
| Segundo Vocals: | Dr. Armando Vaquerano Nuila |

CLINICA MEDICA:

| | |
|-----------------|---------------------------|
| Presidente: | Dr. José Benjamín Mancía |
| Primer Vocal: | Dr. José Simón Basagoitia |
| Segundo Vocals: | Dr. Miguel Parada Castro |

CLINICA QUIRURGICA:

| | |
|----------------|-------------------------------|
| Presidente: | Dr. Carlos González Bonilla |
| Primer Vocal: | Dr. Fernando Alvarado Piza |
| Segundo Vocal: | Dr. Guillermo Rodríguez Pacas |

J U R A D O D E T E S I S

Presidente: Dr. Jorge Bustamante

Primer Vocal: Dr. Alberto Aguilar Rivas

Segundo Vocal: Dr. Reynaldo Conrado Lazo

DEDICATORIA

A MARIA AUXILIADORA Y SAN JUAN BOSCO

A MIS PADRES:

Porfirio Morán y
Lucía de Morán, con cariño

A MI HERMANA:

Gloria Luz Morán.

A MIS DEMAS HERMANOS Y FAMILIARES, con afecto

A MI ABUELA:

Tomasa v. de Quijada, con cariño

A LA MEMORIA DE:

Don Carlos Alvarez Angel (Q.D.D.G.)
con profundo respeto.

A DOÑA TERESA LEMUS v. de ALVAREZ:

Con afecto y agradecimiento

A LA RESPETABLE FAMILIA ALVAREZ LEMUS:

Con agradecimiento sincero.

A MIS PROFESORES Y COMPAÑEROS.

A G R A D E C I M I E N T O

A L D O C T O R

J O R G E B U S T A M A N T E

Quien dirigió este trabajo.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A

DON CARLOS ALVAREZ LEMUS

Quien hizo posible mis estudios de medicina.

Para él, mi más sincero, profundo y eterno
agradecimiento.

ORGANIZACION DE CONSULTORIOS
DE PLANIFICACION FAMILIAR

I N D I C E

INTRODUCCION

- I SITUACION DEMOGRAFICA DE EL SALVADOR
 - II PAPEL DEL MEDICO EN LA PLANIFICACION FAMILIAR
 - III METODOS ANTICONCEPTIVOS
 - IV ORGANIZACION DE PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR
 - a - HISTORIA
 - b - MATERIAL Y METODO
 - c - INCIDENCIA DE EMBARAZOS
 - d - INCIDENCIA DE EXPULSIONES
 - e - INCIDENCIA DE RETIROS
 - f - ESTUDIO DE LAS CITOLOGIAS
 - V RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- BIBLIOGRAFIA

- o - o - o - o - o - o -

INTRODUCCION

Es indudable, que el crecimiento de la población que está ocurriendo en todo el mundo, es un fenómeno observado por todos; pero que, desgraciadamente, muy pocos le dan la importancia que se merece, y mucho menor es aún el número de los que se atreven a proponer una solución a este problema de tanta envergadura en la actualidad.

El presente trabajo que versa sobre: "ORGANIZACION DE CONSULTORIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR" no pretende en ninguna forma solucionar el complejo y multifacético problema del crecimiento poblacional actual, sino más bien, trata de analizar la labor efectuada durante el año 1966, desde el primero de enero hasta el 31 de diciembre de ese año, en los consultorios que bajo el nombre de "CLINICA PRO-SALUD MATERNA" funcionan en San Salvador bajo los auspicios de la Asociación Demográfica Salvadoreña (A.D.S.) y de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador.

En esta forma espero colaborar al estudio de la planificación familiar en nuestro medio, en donde reviste tanta importancia, dadas nuestras condiciones de sub-desarrollo.

A ninguna persona consciente de sus obligaciones como ciudadano y de sus deberes para con la Patria, se le escapa el hecho del crecimiento de población; no solamente en El Salvador sino que en casi todos los países del mundo entero y muy especialmente en América Latina.

El estudio de la situación demográfica de El Salvador se discutirá en un capítulo aparte de este trabajo; pero a mane

ra de información y para dar una idea del crecimiento de población en todos y cada uno de los continentes y en el mundo entero, veamos la evolución de la población mundial entre los años 1800 y 1950, y su estimación para el año 2000, en cifras tanto absolutas como porcentuales por área, publicadas en 1953 por la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U.) (19).

EVOLUCION DE LA POBLACION MUNDIAL

| AREA | Millones de Personas | | | | |
|-----------------------------------|----------------------|------|------|------|---------|
| | 1800 | 1850 | 1900 | 1950 | 2000 |
| MUNDO | 906 | 1171 | 1608 | 2995 | 6280 |
| ASIA (Excluyendo a la U.R.S.S.) | 602 | 749 | 937 | 1379 | 3870 |
| EUROPA (Excluyendo a la U.R.S.S.) | 150 | 204 | 277 | 393 | 568 |
| U.R.S.S. | 37 | 62 | 113 | 181 | 379 |
| AFRICA | 90 | 95 | 120 | 199 | 517 |
| AMERICA SAJONA | 5 | 29 | 80 | 168 | 312 |
| AMERICA LATINA | 20 | 35 | 75 | 162 | 592 |
| OCEANIA | 2 | 2 | 6 | 13 | 293(??) |

Como puede verse en este reporte, la población de América Latina se cuadruplicó para el año 1900 y esta población se duplicó para el año 1950 y esta última población se cuadruplicará para el año 2000.

Al mismo tiempo nótese en este cuadro, que para el año 2000 la población de América Latina representará aproximadamente la décima parte de la población mundial.

Obsérvese que la población mundial se triplicó del año 1800 al año 1950, y que esta última población se duplicará para el año 2000.

Es indiscutible, por lo tanto, el crecimiento de población tal como lo demuestran las cifras anteriormente mencionadas; es por ésto que debe este crecimiento poblacional manejarse adecudamente, para que no ocurra en forma desordenada produciendo miseria y dolor.

Mucho más importante aún es nuestra obligación de conocerlo y no dejarlo en manos de personas incapaces de solucionarlo, de contribuir a solucionarlo de modo que no aumente los problemas de las nuevas generaciones.

De lo dicho anteriormente, se deduce la necesidad urgente de planificar la familia, base fundamental de toda sociedad.

En este trabajo se darán opiniones desde el punto de vista médico, y no desde ningún otro punto de vista, ya sea en el campo político, social, económico, cultural o de cualquier otra índole.

Quiero por este medio agradecer la valiosa colaboración que me prestó la Asociación Demográfica Salvadoreña (A.D.S.) al facilitarme el uso de su archivo central; lo mismo al personal que trabaja en esa Institución, quienes no escatimaron esfuerzos para facilitarme el uso de los expedientes de las pacientes para que yo pudiera llevar a cabo este trabajo.

San Salvador. Marzo de 1968.

I - SITUACION DEMOGRAFICA DE EL SALVADOR

Antes de entrar en detalle sobre nuestra situación demográfica, daré algunos datos que considero de importancia acerca de nuestro País.

SITUACION GEOGRAFICA: El Salvador está situado en la América-Central, en la zona tórrida, al norte de la línea Ecuatorial y al oeste del Meridiano de Greenwich entre los paralelos 13-grados 8' y 14 grados 24' latitud norte, y los meridianos 87-grados 39' y 90 grados 8' longitud oeste del Meridiano de Greenwich (3).

POBLACION: 3,036.544 habitantes, población estimada al primero de julio de 1966, lo que nos da una densidad bruta de población de 152 habitantes por Km.² (3). La Estimación de la población ha sido hecha por la Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía.

Esta Dirección tomó como documentos-fuente, los registros civiles llevados en los 261 Alcaldías Municipales del País.- La estimación de la población se ha hecho en base al Censo de 1961, al crecimiento natural de la población y al saldo del movimiento migratorio (3).

EXTENSION: Por no estar bien delimitada la frontera con Honduras, en la Segunda Conferencia Nacional de Estadística celebrada en San Salvador del 10. al 15 de noviembre de 1953, para efectos de cálculo se recomendó tomar la superficie aproximada de 20.000 Kms.cuadrados (3).

En nuestros días, uno de los acontecimientos más importantes desde el punto de vista demográfico, es el crecimiento -

acelerado de la población de los países de Asia, Africa y América Latina.

Esto es debido en parte a los adelantos de la medicina moderna para combatir las enfermedades, que son los frenos naturales del crecimiento demográfico. Puede decirse con justicia que aunque la medicina salvadoreña no ha alcanzado los progresos y adelantos obtenidos en otros países altamente desarrollados, como Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, Francia, etc., sin embargo, ha logrado reducir la mortalidad general tal como lo veremos más adelante, y de este modo ha contribuido al crecimiento de la población en nuestro medio, aunque lo ha hecho en forma indirecta.

Es así como hemos visto desaparecer la Viruela, la Fiebre Amarilla, en otro tiempo azotes de nuestro pueblo; estamos viendo el control del paludismo, y hemos visto cómo la Medicina Preventiva ha reducido la Tosferina, las Gastroenteritis y las Infecciones de las Vías Respiratorias, causantes de gran número de muertes infantiles.

Se desarrollan actualmente campañas de vacunación masiva contra la Parálisis Infantil, tanto en el área urbana como rural y en el año de 1967 se inició la vacunación contra el Sarampión en los niños de nueve meses a dos años de edad.

Todo esto traerá como consecuencia lógica una disminución de la mortalidad infantil, y por lo tanto, un aumento en la tasa de crecimiento de nuestra población.

Quiero hacer constar, que no estoy en contra de todas estas medidas preventivas tomadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ni lo hago responsable de estar au

mentando nuestra población por haber aplicado estas medidas de carácter preventivo.

Pero sí, es también absolutamente necesario que así como se combate la muerte y se prolongue la vida, se adopten las medidas para la planificación familiar por medio de la regulación de la natalidad, tan urgentes en la actualidad para nosotros tal como lo veremos más adelante.

De este modo, la "explosión demográfica" es un desafío a la estabilidad económica y social en los lugares en que aquélla se está produciendo.

Desde este punto de vista, El Salvador está siendo desviado en su desarrollo económico y social, puesto que nuestro crecimiento de población es grande y nuestra producción no corre paralela, como nosotros mismos lo sabemos, con la explosión demográfica. Sobre todo si tomamos en cuenta que somos un país altamente dependiente de la agricultura, y dicho sea de paso, una agricultura poco especializada, no mecanizada y además anticuada; con una población rural mayor que la urbana lo que nos hace producir menos que otros países del resto del mundo.

Esto naturalmente no nos debe llevar a la conclusión errónea de que el crecimiento de población, mayor que el crecimiento de la producción, es el único factor determinante en el desarrollo económico de El Salvador.

Pero cierto es también, que si nosotros colaboramos en la planificación familiar y de este modo reducimos la "explosión demográfica" en nuestro País, estamos colaborando en parte a

la solución de uno de los problemas causantes de nuestro estado socio-económico, que actualmente no nos permite mantener un nivel de vida mejor; y así poder tener el privilegio de algún día entrar en el círculo de los llamados países desarrollados y no mantenernos en la situación en que ahora estamos.

Se nos podrá objetar que existen países en los cuales no se lleva a cabo la planificación familiar; a esto se puede decir que países más desarrollados que nosotros llevan a cabo la planificación de la familia, como lo es Inglaterra, Holanda, Bélgica Japón y Formosa que tiene uno de los mejores programas de planificación familiar del mundo.

En la página siguiente veremos la evolución de la población de El Salvador en los últimos años.

Podremos observar cómo hemos crecido en forma acelerada en las últimas décadas.

Veamos la:

C U A D R O I
 EVOLUCION DE LA POBLACION DE EL SALVADOR EN LOS ULTIMOS AÑOS
 1930, 1951 á 1962 y la población para 1967,
 1980 y 2000 (20)

| AÑOS | HABITANTES |
|------|----------------|
| 1930 | 1.000.000 (10) |
| 1951 | 1.954.286 (2) |
| 1952 | 2.020.309 |
| 1953 | 2.088.440 |
| 1954 | 2.157.873 |
| 1955 | 2.231.641 |
| 1956 | 2.307.659 |
| 1957 | 2.391.942 |
| 1958 | 2.475.675 |
| 1959 | 2.564.063 |
| 1960 | 2.660.927 |
| 1961 | 2.750.010 |
| 1962 | 2.852.452 (2) |
| 1967 | 3.100.000 (10) |
| 1980 | 6,000.000 |
| 2000 | 10.000.000 |

Puede notarse en estos datos, que desde 1930 a 1967 la población salvadoreña se ha triplicado, en trece años más la población actual se habrá duplicado y en 23 años más se habrá triplicado.

Según Bernal (5), la evolución de la población de El Salvador desde 1524 a 1980 es como sigue:

C U A D R O 2
POBLACION DE EL SALVADOR, 1524 a 1980
(Miles de personas)

| AÑO | POBLACION | AÑO | POBLACION |
|------|-----------|------|-----------|
| 1524 | 130.0 | 1899 | 758.9 |
| 1551 | 60.0 | 1900 | 783.4 |
| 1570 | 77.0 | 1910 | 783.4 |
| 1770 | 132.1 | 1920 | 1178.7 |
| 1778 | 146.7 | 1930 | 1437.4 |
| 1796 | 161.1 | 1940 | 1643.1 |
| 1807 | 200.1 | 1950 | 1855.9 |
| 1821 | 250.0 | 1961 | 2511.0 |
| 1855 | 394.0 | 1963 | 2667.2 * |
| 1878 | 554.8 | 1965 | 2712.4 |
| 1882 | 612.9 | 1970 | 3093.2 |
| 1887 | 664.5 | 1975 | 3548.1 |
| 1892 | 703.5 | 1980 | 4110.7 |

* Magnitud obtenida mediante una extrapolación geométrica de los resultados censales de 1950 y 1961, referida al 10 de julio de 1963: $(P_{63} = 2510\ 984 (1 + 0.0282)^{2.17} = 2667\ 167\ h.)$ Esta cifra es más apropiada que la anteriormente mencionada de 2732.3; debido a que nuestro registro de nacimientos y defunciones no funcionan bien. Con el propósito de comprobar lo antes dicho, cito el siguiente antecedente: El Censo de población

último registró un total de 2.510.984 y sin embargo nuestra población referida a la misma fecha, lo de mayo de 1961, y calculada con base al censo de 1950 y al crecimiento natural ascendió a 2.693.732 habitantes.

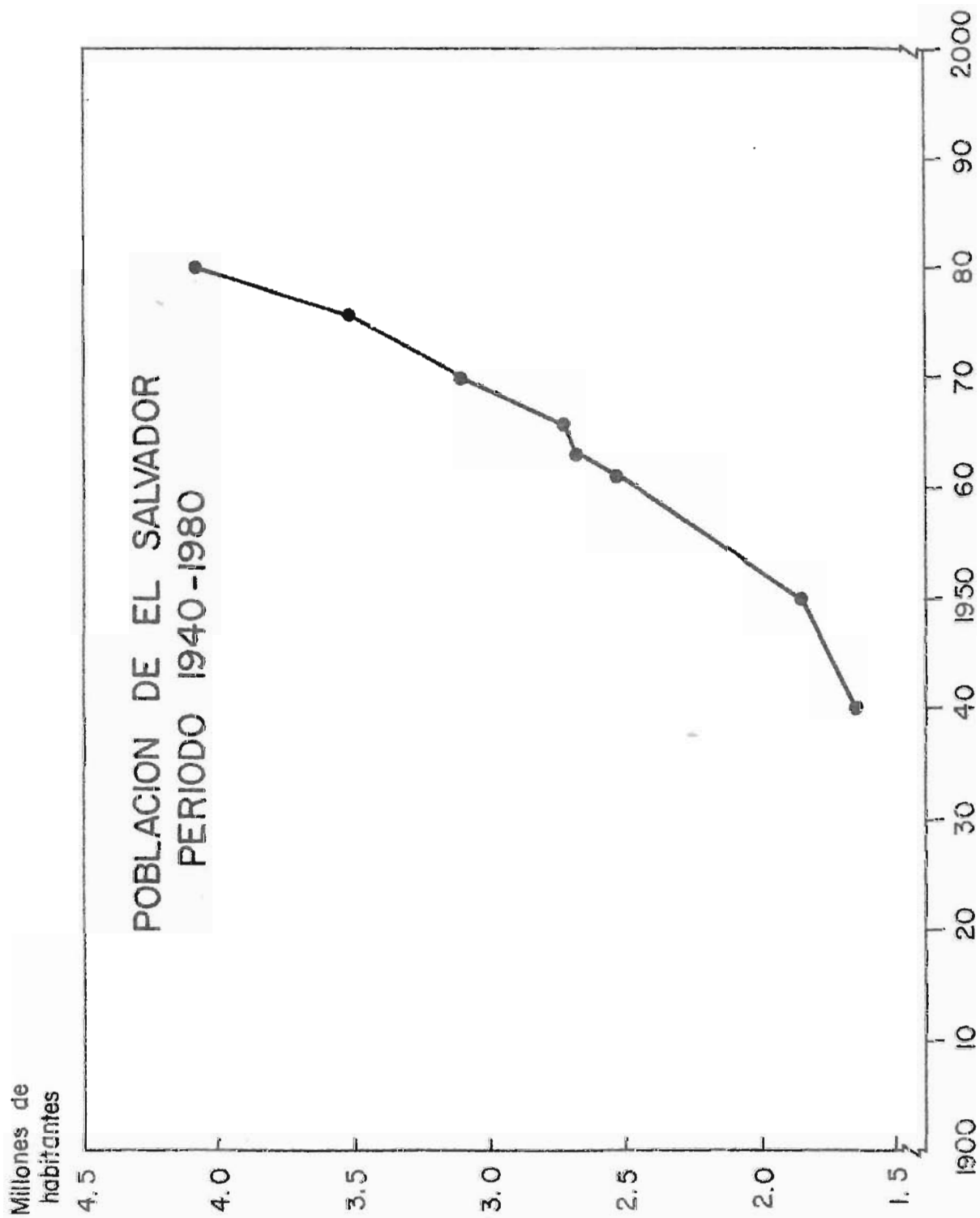
En la gráfica de la siguiente página puede notarse claramente el crecimiento marcadamente acelerado, que ha tenido la población salvadoreña desde 1940 hasta 1965 y el que tendrá para 1980.

De modo que, El Salvador no escapa al crecimiento demográfico acelerado como se muestra con los datos aquí presentados y bien demostrado en la curva de la siguiente página; por el contrario, es uno de los países de América Latina que ha experimentado mayor crecimiento de población en los últimos 30 años (1).

A tal grado ha llegado el aumento de población en los últimos treinta años que la hipótesis de Malthus de que: la población se duplica en 25 años, prácticamente se ha cumplido (1)

Naturalmente para buscar soluciones a este complicado problema, es necesario conocer más a fondo el problema demográfico de El Salvador; para ello, es necesario investigar natalidad, mortalidad, migración y además los factores que actúan sobre estas tres variables, para poder tener una visión real del problema demográfico en nuestro medio.

Pero como ello implica el estudio minucioso de todos y cada uno de los componentes de la dinámica de la población, lo cual no es el fin de este trabajo, sólo mencionaremos brevemente algunos datos y no entraremos en más detalles.



Según Alens Z., la evolución de la población salvadoreña, sin tomar en cuenta todas las variables del crecimiento de población y de acuerdo con los censos de 1930, 1950 y - 1961, es la siguiente: El siguiente cuadro resume los resultados obtenidos en los tres censos.

C U A D R O 3

| Fechas Censales | Población Total | Crecimiento absoluto | Período Inter-Censal | Crecim. Inter-Censal | Relativo anual * |
|-----------------|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 3/Mayo/1930- | 1,234.361 | | | | |
| | | 421.556 | 20.1 años | 29.4% | 1.3% |
| 13/Jun./1950 | -1.855.917 | | | | |
| | | 655.067 | 10.9 " | 35.3% | 2.8% |
| 2/Mayo/1961- | 2.510.984 | | | | |

* Se utilizó la relación $N_t = N_0 (1 + r)^t$, siendo N_t la población en el momento t ; N_0 , la población en el momento inicial "0"; t , el respectivo período intercensal en años; y r , la tasa de crecimiento geométrico.

Puede notarse que las cifras de las columnas 4 y 5, indican que la población no ha crecido uniforme.

Mientras la tasa del período intercensal 1930-1950 fué de 1.3% la del período 1950-1961 fué de 2.8%. Como estas tasas son promedios anuales de cada período intercensal, cabe esperar que el crecimiento haya sido progresivo, acelerándose en los últimos años.

Si la tasa de crecimiento que se observó en el período 1950-1961 se mantiene constante en el futuro, la población salvadoreña se duplicará aproximadamente dentro de 25 años, con-

lo cual, notamos que se estaría cumpliendo la hipótesis de Malthus (ya antes mencionada), sobre el crecimiento de población publicada en 1798, en su libro "UN ENSAYO SOBRE EL PRINCIPIO DE POBLACION"

Si aceptamos para efectos de cálculo como lo ha establecido la Dirección General de Estadística y Censos (3), que nuestra extensión territorial es de 20.000 Kms. cuadrados y con las tasas de crecimiento antes dichas, nuestra densidad bruta de población ha evolucionado en la siguiente forma: (1)

Al 2 de Mayo de 1930....72 habitantes por Km. cuadrado

Al 13 de Junio de 1950. 93 habitantes por Km. cuadrado

Al 2 de Mayo de 1961...126 habitantes por Km. cuadrado

Y la densidad de población estimada para el 10.de Julio de 1966 (3), por la Dirección General de Estadística y Censos es de 152 habitantes por Km. cuadrado.

Las cifras anteriores nos indican que en el lapso de 31 años la densidad de población aumentó en un 75%; así mismo se estima que la densidad de población al 10.deJulio de 1966 ha aumentado en un 20.6%.

Es evidente por lo tanto que crecemos con ritmo acelerado, y que continuaremos aumentando nuestra densidad de población conforme los años transcurran; es necesario que encontremos las medidas necesarias para regular el aumento desordenado de la población para el bienestar de nosotros mismos en el futuro. No debemos esperar a que la sobrepoblación lleve a alcanzar tales proporciones que posteriormente nos traiga fatales consecuencias.

Las cifras anteriores colocan a El Salvador, como el segundo país de Latino América más densamente poblado; solamente siendo superado por Puerto Rico y Haití en el continente americano y en el resto del mundo por Holanda, Bélgica, Inglaterra, Formosa y Japón (24).

Para dar una mejor idea de la densidad de población que tenemos en la siguiente gráfica podemos observar nuestra densidad de población en relación a los demás países del área centroamericana. Nótese la diferencia marcada entre las densidades de los demás países y la de El Salvador.

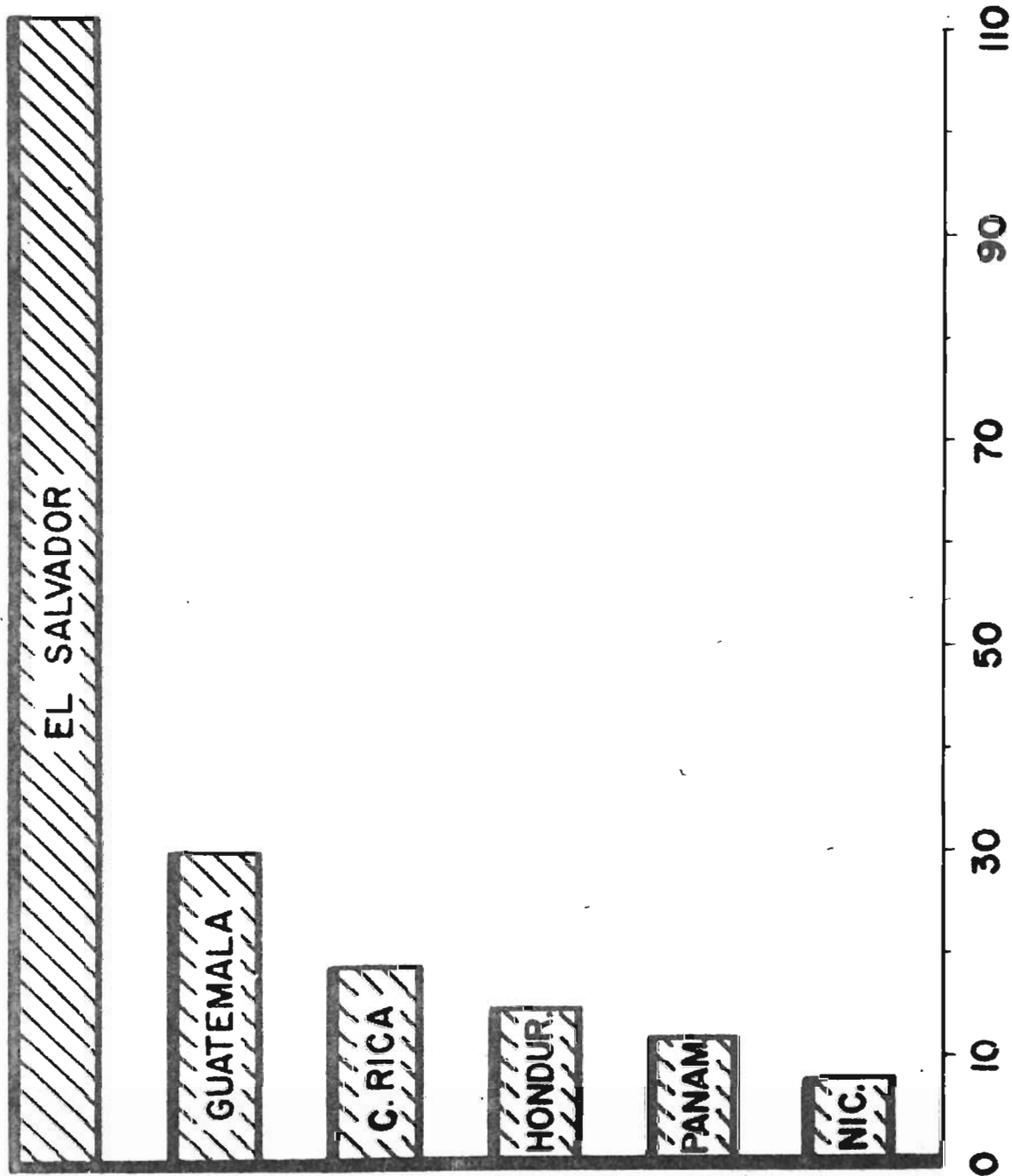
Como la extensión territorial es invariable, al aumentar la densidad de población, no queda ninguna duda de que es la población la que está creciendo con ritmo acelerado y no regulado, tal como lo demuestran las cifras anteriores del aumento de población.

Este aumento está influido por dos de los componentes dinámicos más importantes de la población que son: la natalidad y la mortalidad.

En el cuadro de la siguiente página, observaremos la evolución de las tasas de mortalidad, natalidad y mortalidad infantil, comprendido entre los años 1930 y 1964, según Alenz (1).

DENSIDAD DE LA POBLACION EN RELACION CON LA

SUPERFICIE TOTAL: 1955



HABITANTES POR Km²

La evolución de las tasas de mortalidad, natalidad y mortalidad infantil, desde 1930 a 1964, según Alens es como sigue:

(1).

C U A D R O 4

| AÑOS | Natalidad por mil | Mortalidad por mil | Crecimiento natural por mil | Mortalidad Infantil |
|------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|------------------------|
| 1930 | 46.0 | 21.7 | 24.3 | 130.4 |
| 1931 | 45.9 | 22.4 | 23.5 | 154.5 |
| 1932 | 41.1 | 21.8 | 19.3 | 134.0 |
| 1933 | 42.2 | 23.6 | 18.6 | 141.0 |
| 1934 | 41.5 | 25.2 | 16.3 | 136.2 |
| 1935 | 40.1 | 25.0 | 15.1 | 140.3 |
| 1936 | 43.3 | 21.2 | 22.1 | 120.3 |
| 1937 | 41.7 | 20.4 | 21.3 | 133.4 |
| 1938 | 43.7 | 19.1 | 24.6 | 117.2 |
| 1939 | 44.4 | 19.6 | 24.8 | 115.6 |
| 1940 | 45.7 | 19.2 | 26.5 | 120.8 |
| 1941 | 43.7 | 18.4 | 25.3 | 105.3 |
| 1942 | 42.6 | 22.8 | 19.8 | 117.5 |
| 1943 | 42.1 | 22.6 | 19.5 | 110.0 |
| 1944 | 42.2 | 19.7 | 22.5 | 117.9 |
| 1945 | 42.9 | 18.2 | 24.7 | 108.0 |
| 1946 | 40.8 | 17.6 | 23.2 | 113.0 |
| 1947 | 47.2 | 17.2 | 30.0 | 96.4 |
| 1948 | 44.6 | 16.9 | 27.7 | 100.4 |
| 1949 | 46.3 | 15.5 | 30.8 | 93.3 |
| 1950 | 48.7 | 14.8 | 33.9 | 81.2 |
| 1951 | 49.0 | 15.2 | 33.8 | 76.8 |
| 1952 | 49.3 | 16.5 | 32.8 | 85.5 |
| 1953 | 48.8 | 15.0 | 33.8 | 82.7 |
| 1954 | 49.1 | 15.3 | 33.8 | 82.4 |
| 1955 | 49.2 | 14.6 | 34.6 | 76.7 |
| 1956 | 48.5 | 12.8 | 35.7 | 70.3 |
| 1957 | 50.9 | 14.6 | 36.3 | 87.0 |
| 1958 | 49.6 | 14.1 | 35.5 | 88.7 |
| 1959 | 48.4 | 12.6 | 35.8 | 78.1 |
| 1960 | 49.5 | 11.7 | 37.8 | 76.3 |
| 1961 | 49.5 | 11.3 | 38.2 | 70.0 |
| 1962 | 49.0 | 11.7 | 37.3 | 71.4 |
| 1963 | 50.0 | 11.1 | 38.9 | 67.7 |
| 1964 | 48.5 | 10.8 | 37.7 | 65.0 |

Es conveniente aclarar que para estos datos se tomó en cuenta el registro de nacimientos y defunciones, los censos de 1930, 1950 y 1961 y una estimación de la población que aumenta cada año, desde 1930 hasta 1964, en la que se supuso - que la población salvadoreña crece en forma geométrica.

Puede observarse que las tasas de natalidad permanecen constantes desde 1930 hasta 1949, la baja aparente de 1932 a 1946 puede deberse a falta de inscripción de nacimientos.

A partir de 1955 la tasa de natalidad permaneciendo alta hasta nuestros días, colocando a El Salvador entre los países de más alta natalidad en América (1).

En cambio la mortalidad muestra una franca tendencia a descender. De una mortalidad máxima en 1934 de 25.2 por mil a solamente 10.8 por mil en 1964, es decir, que descendió en más del 100%.

Puede decirse que habiendo sido la natalidad alta en los últimos 35 años, frente a una mortalidad en descenso aunque - no llega al mínimo deseado, el crecimiento de la población - salvadoreña ha sido notablemente alto, sobre todo en los últimos diez años, lo que queda en evidencia si se observan las - tasas de crecimiento natural ya citadas.

Existen países a los cuales puede aplicárseles la llama-da Teoría de la "Transición Demográfica" (1), a las tasas de mortalidad y natalidad, según la cual los problemas de crecimiento de población deben resolverse por sí solos, gracias a un descenso de la natalidad. Esta teoría sólo puede ser aplica-da a los países de elevado nivel económico; no teniendo por lo tanto razón de ser en nuestro País, debido a nuestro bajo nivel

económico, siendo éste a su vez propiciado en parte por nuestro alto crecimiento poblacional, lo que vendría a constituir prácticamente un círculo vicioso que necesariamente tenemos que romper.

Si por otra parte consideramos la importancia que para el desarrollo económico y social de un país desempeña la distribución por grupos de edades, tendremos para El Salvador lo siguiente:

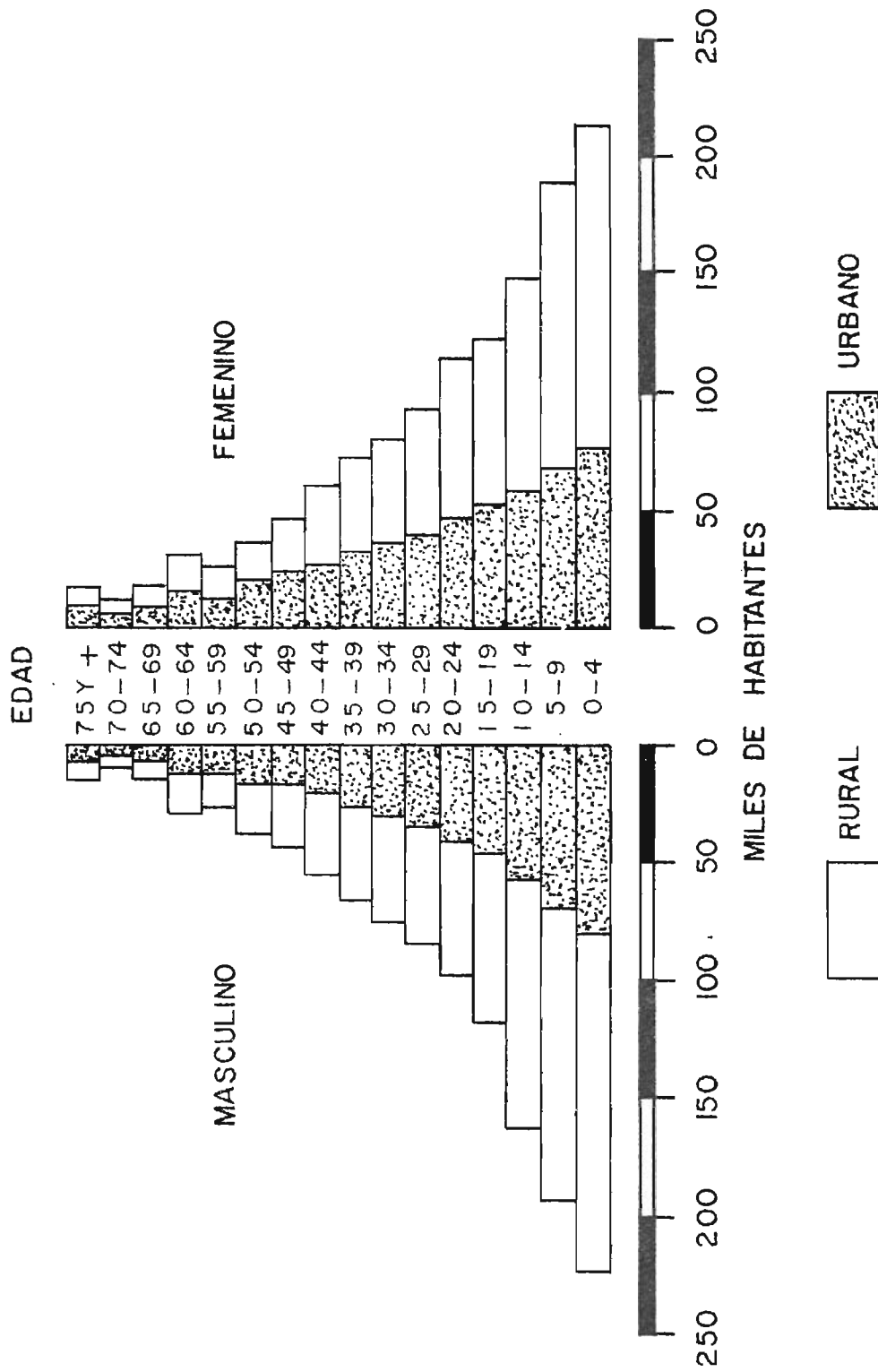
- A - De 0 a 14 años: población netamente dependiente, que necesita alimentación, educación, vivienda, etc., para que sea productiva en el futuro. El Salvador tiene más del 40% de su población en este grupo (20).
- B - De 15 a 59 años, población disponible para la producción y de la cual depende el resto de la población.
- C - Mayores de 60 años: que junto con los menores de 15 años forman la población dependiente.

Por tener una gran cantidad de población menor de 15 años, El Salvador es de los países que tiene una "pirámide de población de las llamadas "jóvenes" tal como puede observarse en la gráfica de la siguiente página. Esta pirámide se caracteriza por tener una base ancha dada su numerosa población joven y además por su rápido crecimiento que contrasta con la cúspide que es muy estrecha.

Obsérvese en esta gráfica, la composición de la pirámide por sexo y área de la población.

COMPOSICION DE LA POBLACION POR EDAD SEXO Y AREA

1961



Esto quiere decir que nuestro país no está demográficamente desarrollado.

En cambio, hay otros países que tienen gran cantidad de población vieja por tener muchas personas de edad avanzada: en estos países la natalidad es menor cada año, razón por la cual la base de la pirámide se mantiene estrecha.

En el siguiente cuadro se compara la natalidad alta de El Salvador, media de Estados Unidos y baja de Francia (1).

C U A D R O 5

TASAS DE NATALIDAD DE EL SALVADOR, E.E.U.U. Y FRANCIA:

| PAIS | AÑO | GRUPOS DE EDADES Y PORCENTAJES | | | |
|----------------|------|--------------------------------|------------|---------------|-------|
| | | 0-14 años | 15-59 años | 60 y más años | Total |
| El Salvador | 1950 | 41.2 | 53.8 | 5.0 | 100.0 |
| | 1961 | 44.8 | 49.7 | 5.5 | 100.0 |
| Estados Unidos | 1950 | 26.9 | 61.0 | 12.1 | 100.0 |
| Francia | 1946 | 21.8 | 62.3 | 15.9 | 100.0 |

Como puede observarse en el cuadro anterior las diferencias son más que evidentes.

Más del 40% de la población salvadoreña entre los años de 1950 y 1961 era menor de 15 años; en Estados Unidos el porcentaje es de 27% y en Francia es aún menor (22%).

En cuanto al grupo mayor de 60 años, El Salvador tenía el 5% en 1950 y el 5.5% en 1961, mientras en Estados Unidos esa proporción es más del doble (12.1%) y en Francia es casi el triple (15.9%).

En nuestro país el problema es aún mayor ya que la proporción de población joven ha aumentado de 1950 a 1961 en 3.6%, en contraste con la disminución del 4.1% que hubo en ese mismo período en la población productiva, o sea la de 15 a 59 años.

Este fenómeno ocurrido en El Salvador, disminuye el potencial de trabajo de nuestro País, y aumenta la cantidad de personas "dependientes" de las potencialmente trabajadoras y productivas.

Lo anteriormente dicho, queda demostrado al recordar la "razón de dependencia" que se define así: "La proporción de personas menores de 15 años más las de 60 y más años, con respecto a la población, de 15 a 59 años de edad"

Tomando en cuenta esta definición, la "razón de dependencia" para El Salvador, aumentó de 0.86 en 1950 a 1.01 en 1961; mientras que para Estados Unidos es de 0.64 y 0.60 para Francia. Esto quiere decir, que en El Salvador por cada persona capaz de trabajar, hay otras dos personas más que dependen económicamente de ella. Naturalmente que ésto es una carga para la población productiva.

Si ahondamos un poco más sobre nuestra realidad nacional, veremos que somos un país sub-desarrollado, o en pleno desarrollo como algunos pretenden llamarnos; esta última condición es otro enorme obstáculo para elevar nuestro nivel de vida y que al mismo tiempo nos hace pensar en la necesidad urgente que tenemos de la planificación familiar.

En términos generales se considera que un país está sub-desarrollado cuando: (24)



1. Su población rural es más de la mitad de la totalidad
2. Ocupa más del 50% de su población en labores agrícolas
3. Sus ingresos dependen casi exclusivamente de la agricultura
4. Índice de analfabetismo mayor del 50% en su población
5. Alta natalidad
6. Monocultivista
7. Ingresos anuales per cápita bajos: insuficientes para satisfacer sus necesidades.
8. Ingresos mal distribuidos entre su población; pocos tienen mucho y muchos tienen poco.

Si tomamos en consideración todas y cada una de las condiciones mencionadas, veremos que somos el país sub-desarrollado por excelencia, pareciera que se nos hubiera tomado como prototipo para ello.

Siendo como es la situación nuestra y tomando en cuenta que nuestro crecimiento económico es insuficiente, como ya antes lo he dicho, es necesario organizar y planificar las medidas pertinentes para mejorar el aspecto económico, social, cultural, salud, vivienda, educación y muy importante es la planificación de la familia que es la médula de toda sociedad.

Sabemos que tenemos un índice de analfabetismo de 52% (6) y un ingreso per cápita de 522 colones por año (6), lo cual como puede verse es insuficiente para satisfacer las necesidades mínimas de cualquier ciudadano salvadoreño. Hasta 1962, teníamos 6832 viviendas, cuando según las estimaciones hechas necesitamos como mínimo 15.000 viviendas por año (6).

Nuestra población salvadoreña carece de los servicios médicos adecuados, y es así como el 80% de esta población no pue

de pagarse los servicios médicos; el 15% los paga si el caso es agudo y grave y solamente el 5% puede pagar sus servicios médicos privados. Aún con el establecimiento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social que lleva más de diez años de estar funcionando no hemos podido solucionar este grave problema (20).

Si a ésto agregamos que existen hospitales en El Salvador, tales como el Hospital de Maternidad, que sufren una gran carga en su presupuesto debido a enfermedades puramente sociales, pero que constituyen a estas alturas un verdadero problema de salud pública. Tal es el caso del aborto en El Salvador (método que nosotros no admitimos para regular la natalidad), en donde el número estimado de abortos por año es de 36.000, de los cuales 23.000 son provocados y gran número de estos abortos son atendidos en el Hospital de Maternidad (10).

Todos estos problemas se agravan debido a que por nuestra pobre situación económica y desarrollo no podemos planificar a corto plazo, y es aquí por lo tanto donde el médico puede y debe colaborar a la solución de estos problemas.

Creo que las autoridades superiores en unión con las Instituciones privadas tomen la iniciativa o por lo menos colaboren para reducir el crecimiento poblacional a una tasa más moderada, mediante un programa efectivo de planificación familiar, ya que hasta este momento no lo han hecho ni han dado los primeros pasos para poder iniciarlo.

En este sentido, creo que todos los salvadoreños y muy especialmente el gremio médico, deberos tomar muy en cuenta las palabras dichas por Abraham Stone en 1952, en Los Anales de la Academia de Ciencias de Nueva York, enfocando este complejo problema: (21)

"El creciente interés en la paternidad planificada que se observa en el mundo entero, deriva del reconocimiento en el campo médico, de que la planificación de la familia y el espaciamento de la prole son necesarias para el bienestar físico de la madre y el niño; del conocimiento psicológico de que la eliminación del temor y la ansiedad ante la concepción no deseada es necesaria para la estabilidad emocional de la vida doméstica y familiar; de la convicción espiritual de que la paternidad voluntaria, el control consciente de la reproducción, contribuye a la dignidad humana y a los valores morales de la vida; y de nuestra conciencia social de que es esencial para el bienestar de las naciones y la paz del mundo, lograr un mejor equilibrio entre la población y los recursos, entre la fertilidad humana y la de los suelos"

En vista de todo lo anteriormente manifestado, vuelvo a recalcar que deberos tomar las medidas prácticas necesarias que hagan desaparecer o por lo menos desvanezcan el futuro sombrío que se cierne sobre las nuevas generaciones que no deben sufrir este problema.

II - PAPEL DEL MEDICO EN LA PLANIFICACION FAMILIAR

La finalidad de la Medicina, es mantener la salud y prevenir y curar la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la salud como: "el estado de bienestar completo físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o alteración patológica."

Como puede notarse, el concepto de salud incluye el bienestar mental, emocional y social.

Por lo tanto, la asistencia médica se considerará completa solamente cuando se incluye tanto en el diagnóstico como en la terapéutica, la parte mental y emocional del paciente. Si descuidamos estos aspectos, hemos fallado en gran parte del tratamiento para el paciente.

Esto es más importante cuando vemos el papel que el médico juega en la planificación familiar. Este programa múltiple tiene como objetivo el logro de la salud familiar.

Para ello, este programa dispone de los siguientes servicios: (12)

1. Anticonceptivos
2. Diagnóstico y tratamiento de la pareja estéril
3. Educación y consulta prematrimonial
4. Medicina Preventiva
5. Investigación de los aspectos positivos y negativos de la reproducción humana.

El médico en su clínica particular, goza de mucha facilidad para exponer a sus pacientes este programa completo; no así el médico que sirve en servicios públicos asistenciales,

en donde ciertos "tabúes" sexuales no permiten hacerlo.

Sin embargo, el médico es en esencia un servidor público y su obligación es ayudar al rico y al pobre; al negro y al blanco; al culto y al inculto. Por lo tanto, en cuanto mayor sean los beneficios que reciban sus pacientes, mayor será la responsabilidad de que las mujeres, reciban iguales enseñanzas sobre planificación familiar, sin importar sus status económico y social.

Sabemos que la mujer es el único ser del reino animal que sobrevive a su capacidad reproductora.

Esta capacidad comprende desde los 15 hasta los 45 años de vida, quedando después la mujer ejerciendo su función sexual únicamente. Se ve disminuida por sus períodos, el embarazo, el puerperio y a veces la lactancia.

Actualmente, nosotros observamos que existen dos clases de mujeres: las que tienen de dos a tres hijos y las que tienen más de cinco hijos, lo cual nos hace notar que las primeras regulan su natalidad por cualquier medio; mientras que las segundas no lo hacen por falta de educación, razones religiosas o de cualquier otra índole.

Esta regulación puede ejercerse previniendo la concepción en cuyo caso se habla de anticonceptivos e impidiendo el nacimiento de un nuevo ser ya formado e implantado, en cuyo caso se tratará de un aborto o de un feticidio.

En el caso de los anticonceptivos, se previene la unión de los gametos, o se inhibe la producción de los mismos. En el caso de aborto, se destruye una vida, que al acompañarse de pre-

meditación, alevosía y ventaja, se convierte en un verdadero asesinato aunque la víctima no tenga personalidad definida.

Veamos lo que sucede en nuestro medio en la regulación de la natalidad, desde el punto de vista médico, sin olvidarnos de que el problema es muy complejo.

Sabemos que crecemos con ritmo acelerado, y que nuestra producción no va paralela con el crecimiento de nuestra población; por lo tanto, debemos encontrar los métodos para mantener ese equilibrio; pero, ello no debe ser a costa de destruir vidas (tal es el caso del aborto), ni dejar morir a los ya nacidos, sino que, regulando la natalidad por medio de un programa bien establecido de Planificación Familiar.

Si el equilibrio, se ha roto, estamos en la obligación de regular la natalidad, pero no destruyendo vidas, sino evitando la formación de esa vida por medio del control de la concepción.

Es aquí donde el papel de los anticonceptivos es importante y decisivo, ya sea conociéndolos y usándolos. Pero desgraciadamente, el uso de estos métodos se ha limitado a un grupo privilegiado de personas, que por su posición económica y social, han tenido acceso a ellos.

Es así como los países sub-desarrollados como el nuestro, no han tenido la oportunidad de practicarlos por falta de información, o porque ésta ha sido incompleta.

Es aquí donde el médico que se cree servidor a la sociedad y a la Patria, debe y tiene la obligación de hacer llegar por todos los medios posibles, la información necesaria sobre

tales métodos, ésto es, al rico y al pobre, al negro y al blanco, al culto y al analfabeto, o sea, en una palabra, como lo ha dicho la doctora Carmen Miró: "democratizando los métodos efectivos de la anticoncepción".

No es justo que el conocimiento de tales métodos, sea un maná concedido a un cierto grupo de personas y familias privilegiadas, y que el resto de nuestra población salvadoreña que dicho sea de paso es la mayoría, desconozcan los métodos que para ello existen.

Si vemos nuestro problema desde otro punto de vista, y sabiendo que en El Salvador ocurren 36.000 abortos por año (10), de los cuales 23.000 son provocados, y que estos abortos que en su mayoría son atendidos en los hospitales de salud pública (como antes ya lo había dicho), puesto que ocupan camas en los distintos hospitales del País, que bien pudieran destinarse a otros pacientes, y no cargar el presupuesto de dichos hospitales que ya de por sí es exiguo. Esto sin tomar en cuenta las muertes maternas que ocurren como complicación por hemorragia, infección, etc. que lleva consigo este método, muy comúnmente usado en nuestro medio para controlar la natalidad.

Por lo antes expuesto, es el Estado a quien corresponde cumplir con el mandato constitucional que dice: "Es obligación del Estado velar por la Salud de los habitantes de la República de El Salvador" Por ello, debe crear las condiciones necesarias para el adecuado desarrollo del individuo y de la familia, protegiendo y fomentando la salud de los mismos, en este caso de la madre y el niño.

Esto quiere decir, regular la natalidad, para evitar el aborto, producto de una maternidad no deseada, ya sea por razones económicas - morales ó de cualquier otra índole.

En 1963, el doctor Burlsson, que fué profesor de Antropología Social en el Departamento de Medicina Preventiva y - Salud Pública, en nuestra Escuela de Medicina, hizo un estudio en el Hospital de Maternidad de San Salvador, enfocando el problema del aborto provocado, confesado, el cual aunque pequeño por el número de casos, arrojó datos de sumo interés para nosotros, sobre todo por el problema que representa en nuestro medio (7).

Se estudiaron cuarenta casos, siendo veinte mujeres casadas y veinte que no lo eran, de lo cual, puede deducirse que el matrimonio no está en contra ni en favor del aborto, ésto debido a que el matrimonio no reviste las responsabilidades inherentes que trae consigo en nuestro medio.

Las pacientes en su mayoría fueron católicas, y ésto probablemente por ser bautizadas, pero no porque practiquen y conozcan a fondo los principios morales de su religión.

C U A D R O 6

MÉTODOS USADOS PARA PROVOCAR EL ABORTO (7)

| MÉTODOS | NÚMERO DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|-----------------|------------|
| SONDA | 29 | 72.5 |
| MEDICAMENTOS ORALES | 3 | 7.5 |
| LIQUIDOS VAGINALES | 3 | 7.5 |
| PERMANGANATO | 2 | 5.0 |
| LEGRADO | 1 | 2.5 |
| INYECCION | 1 | 2.5 |
| NO INFORMADOS | 1 | 2.5 |

De los 40 casos, 29 o sea el 72.5% usaron sondas Melatón puestas por ellas mismas en la cavidad uterina o por una tercera-persona, los medicamentos orales y los líquidos vaginales ocuparon el segundo lugar con el 7.5% cada uno.

De estos cuarenta casos estudiados, 16 pacientes tuvieron la ayuda o el consejo de una enfermera o partera, doce pacientes fueron ayudados por una amiga, 10 pacientes lo hicieron por iniciativa propia y dos fueron hechos por médicos.

Puede notarse aunque no quisiera hacerlo, que en el caso de los médicos y las enfermeras, su integridad profesional está totalmente por los suelos, al ser capaces de cometer una acción criminal y abominable.

En este estudio, las razones aducidas por las pacientes para provocarse el aborto fueron: (7)

1. Incapacidad económica para criar y educar adecuadamente al hijo.
2. Vergüenza por llevar un embarazo ilícito
3. Desajuste entre el número de hijos deseados y los tenidos expresada en términos de mortalidad infantil

El Dr. Jorge Bustamante afirma que más del 33% de todos los abortos son abortos inducidos, en el Hospital de Maternidad, pero de éstos, solamente un pequeño porcentaje confiesa su ejecución. Si a ello agregamos todas aquellas pacientes en las que ha habido fuertes sospechas de maniobras abortivas, tales como aquéllas que presentan laceraciones cervicales o vaginales, quemaduras vaginales por cáusticos, este porcentaje se eleva considerablemente. En efecto, de su análisis de 1927 admisiones únicamente 37 admitieron aborto criminal, pero se

encontraron 480 pacientes catalogadas como sospechosas de aborto criminal, ascendiendo el total a 537 pacientes; además 61 pacientes más por lo grave de su infección y por estar bajo el cuidado de "comadronas" se consideraron como criminales, llegando el total a 598 pacientes, o sea un porcentaje del 33% de abortos criminales, aproximadamente. (8).

No podemos cruzarnos de brazos ante el problema médico social, cuyo auge es verdaderamente alarmante. Sobre todo sabiendo que este método pone en peligro la vida de la madre, y más importante aún, priva de su vida a la cual todos los seres humanos tenemos derecho, a un inocente cuyo único pecado es haber sido concebido en un ambiente inmoral, insociable y carente de todo sentimiento humano, lo mismo que denota el franco desconocimiento de los métodos que regulan la natalidad, por medio de una planificación familiar adecuada.

La planificación familiar debe, por medio de su vocero autorizado que es el médico, enseñar los métodos que evitan la concepción, para luego evitar un aborto posterior.

Desde el punto de vista materno, el mayor número de embarazos representa un riesgo, tal como lo es el caso de la gran múltipara. Así es notable la diferencia entre la mujer con uno o dos hijos y la mujer con seis o más hijos; en esta última se hace notar el efecto de la multiparidad, ya que ésta envejece más rápido, con más várices, más prolapsos, etc. que la diferencian de la que tiene pocos hijos.

Además, la gran múltipara representa un mayor riesgo, desde el punto de vista médico, primero tomando en cuenta el punto de vista obstétrico, tenemos: mayor incidencia de placenta pre-

via, más presentaciones fetales anormales, más hemorragias - post-partum, toxemia crónica, etc. Desde el punto de vista ginecológico tenemos mayor incidencia de cáncer del Cérvix, enfermedades tumorales, prolapsos genitales, etc. Todo esto diferencia a la mujer de poca paridad y a la gran multípara.

Desde el punto de vista psicológico podrá comprenderse - que la gran multípara quien es una mujer ya cansada por el - gran número de partos, sus relaciones sexuales son para ella no un placer, sino más bien un sacrificio, puesto que teme un hijo no deseado producto de un nuevo embarazo, y a la vez tiene la obligación de ceder a las exigencias del marido, porque de lo contrario le acarrea más problemas hogareños.

Palmer y Kramer han hecho notar que el riesgo de muerte fetal aumenta con el número de partos (25).

C U A D R O 7

Probabilidad de muerte de la madre y probabilidad de muerte de la madre y el niño, según edad de la madre y número de - orden del parto (Verushalmy, Palmer y Kramer en 1940).

EDAD DE LA MADRE

| No. de orden del parto | -20 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40 y más |
|------------------------|------|-------|-------|-------|-------|----------|
| 1 | 11.9 | 11.8 | 19.5 | 37.7 | 49.5 | 87.1 |
| 2 | 5.5 | 8.0 | 13.8 | 19.8 | 20.7 | 15.7 |
| 3 | -.- | 4.4 | 14.2 | 8.1 | 9.9 | 22.4 |
| 4 y 5 | -.- | 6.9 | 11.0 | 12.8 | 23.4 | 61.4 |
| 6 y 7 | -.- | -.- | 15.3 | 10.1 | 24.4 | 44.8 |
| 8 y más | -.- | -.- | -.- | 22.9 | 22.9 | 28.6 |

PROBABILIDADES DE MUERTE DE MADRE Y NIÑO

| No. de orden del parto | -20 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40 y más |
|------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|----------|
| 1 | 4.9 | 9.6 | 7.7 | 19.4 | 45.7 | 87.1 |
| 2 | 5.5 | 4.0 | 6.2 | 11.2 | 15.5 | 15.7 |
| 3 | -.- | 1.1 | 9.1 | 12.6 | 14.9 | 22.4 |
| 4 y 5 | -.- | 11.5 | 4.6 | 9.9 | 28.0 | 35.7 |
| 6 y 7 | -.- | -.- | 18.4 | 14.1 | 19.5 | 33.6 |
| 8 y más | -.- | -.- | 48.1 | 19.6 | 35.5 | 34.3 |

Las probabilidades expresadas por 10.000

Estos datos basados en un estudio de 250.000 mujeres que tuvieron sus partos de 1936 a 1939, demuestran elocuentemente que ambos fenómenos actúan independientemente cuanto mayor sea la edad de la madre, mayor es el riesgo, cualquiera sea el número de partos; a igual edad de la madre, excluido el riesgo de la primípara añosa, el mayor número de partos previos aumenta el riesgo de muerte.

De tan fundamental estadística basados en gran número de casos, y en la cual los autores muestran que la única causa de muerte materna, no influida por la edad de la madre o el número de orden del parto, es la infección puerperal que hoy se domina con los antibióticos, puede deducirse que hay una edad propicia, que hay un número de orden del parto favorable y cuando ellos son sobrepasados, aumenta el riesgo para la madre y el niño, ya se consideren separados o en conjunto.

Además, otro aspecto que debemos de tener muy en cuenta es el del hijo que la madre no había deseado tener, por lo tanto se verá abandonado, con falta de cariño materno: crecerá psicológicamente anormal y terminará en un psicópata o delincuente juvenil, lo que probablemente ha hecho que la crimina-

lidad aumenta en nuestro medio en los últimos años. Todo ello, a causa de ser hijos sin padre, sin cuidado materno, sin conocer el cariño y luego ser lanzados a la calle, en donde el ambiente social que se vive no es nada acogedor, y en donde ellos tienen que crecer, desarrollarse, luchar por la subsistencia y con toda seguridad multiplicarse.

Estos hijos así creados, amén de que no sirven para la producción de nuestro País, son una carga para la sociedad, por la grave amenaza que le representan.

Criminales sin escuela, ladrones sin escrúpulos, producto de hijos no deseados, o que no han recibido el cálido consuelo del amor maternal; y que posteriormente, con una mente socialmente destruída, son los resentidos sociales enemigos acérrimos de la familia, base fundamental de la sociedad.

Otro problema médico dentro de la planificación familiar lo constituye el control de la natalidad por medio de los llamados métodos irreversibles de anticoncepción: como son la esterilización en el hombre y en la mujer. Es un verdadero problema médico, sobre todo en nuestro medio, en donde en clientela privada se practica esterilización cuando se quiere, solamente porque se puede pagar al médico los honorarios por él solicitados. No existe en nuestro País, ninguna ley que regule la esterilización de la mujer en la práctica privada, y en donde en ocasiones se practica incluso sin el consentimiento de alguno de los cónyuges.

Para la esterilización en el Hospital de Maternidad de San Salvador, se exigen los requisitos siguientes (16).

1. Firma de la paciente
2. Firma del esposo
3. Firma del Médico Jefe de Servicio
4. Firma de un médico agregado del Servicio
5. Firma del Médico Director del Hospital
6. Partidas de nacimiento de los demás hijos
7. Sangre para la intervención
8. Exámenes complementarios (sangre, orina, serología)

Al contrario de lo que sucede en la práctica privada, en este hospital se exigen estos requisitos, aunque no están estipulados en ningún Reglamento Hospitalario, sirviendo más bien para justificar la esterilización, y ésto sin tomar en cuenta cuando la esterilización se practica por enfermedades tales como cardiopatías, tuberculosis pulmonar, epilepsia, etc.

No obstante la dificultad de llenar estos requisitos en el Hospital de Maternidad de San Salvador, se practican más de 250 esterilizaciones por año, y que según Martínez Sandoval (16), una de cada 39 mujeres han sido esterilizadas en este hospital.

Así mismo, hace notar Martínez Sandoval, que las esterilizaciones han disminuído en forma relativa y directa en 1965; puesto que en 1956 se atendieron 7377 partos y se practicaron 227 esterilizaciones, lo que da una relación de esterilización/parto de 1:32. En cambio, en 1965 se atendieron 13.823 partos y se hicieron 204 esterilizaciones, lo que da una relación de esterilización/parto de 1:68.

El descenso anterior, puede explicarse por el establecimiento de los consultorios de Planificación Familiar, inicia-

dos el primero de septiembre de 1964.

La esterilización como método de control de la natalidad usado en esta forma, no es inocuo y lleva consigo sus riesgos de muerte materna, puesto que en el Hospital de Maternidad han habido muertes atribuidas al método.

La paciente esterilizada presenta posteriormente síntomas que dependen más que todo de su estado emocional, al verse imposibilitadas de volver a concebir, presentando dispareunias, dismenorreas, nerviosismo que no es más que la manifestación emocional de su estado psicológico interno.

El hecho de esterilizar a una paciente, prácticamente la aleja del médico, porque creen que ya no necesitan de él; en contraposición al uso de otros anticonceptivos que periódicamente tienen que ser controlados por el médico y en quienes puede detectarse enfermedades incipientes.

Por lo tanto, nosotros debemos planificar la familia dando servicio anticoncepcional, lo que permite hacer a la vez medicina preventiva por las siguientes razones (12).

- 1 - El espaciamiento internatal protege la salud de madres e hijos, pues se ha demostrado que los índices de prematuridad y mortalidad infantil, son más altos en niños que nacen a intervalos menores de dos a tres años.
- 2 - El cáncer genital en etapa temprana suele ser descubierto en el curso de un examen cuidadoso.
- 3 - La medicina psicosomática revela que las tensiones emocionales pueden causar enfermedad física. Una vida sexual adecuada, manejada por una planificación

familiar efectiva, gracias a los métodos anticonceptivos, mantiene la estabilidad emocional y la salud mental.

- 4 -Los métodos anticoncepcionales, permiten a las pacientes con enfermedades tales como la tuberculosis la oportunidad de restablecer su salud antes de procrear más hijos.

Para dar más énfasis al papel que al médico le corresponde en la planificación familiar, por medio de la regulación de la natalidad, ha sido claramente expuesto por el doctor Jorge Bustamante en el XVII Congreso Médico Nacional, del mes de Diciembre de 1966, en el cual textualmente dijo: (9).

"En resumen, el papel del médico frente al problema de la regulación de la natalidad debe de reducirse a aconsejar a las parejas que voluntariamente lo soliciten, métodos de anticoncepción que han estado en uso por la población económicamente pudiente, pero que por falta de educación y de información adecuada, no son del dominio de la masa de población proletaria; a prevenir el aborto ilegal y combatirlo por medio de métodos que eviten la concepción del hijo no deseado; a reducir el número de hijos de las familias numerosas y que como consecuencia de la multiparidad se expone la vida de la madre y del producto mucho más de lo que normalmente se arriesga; a prevenir que nazcan niños indeseados que puedan resultar en problemas de orden psicológico, por abandono de la madre o por falta de padre responsable y por último a luchar con los científicos de otras disciplinas por el objetivo primordial de la vida: paz y salud para todos los hombres, pero en el concepto moderno de la salud: bienestar físico, mental y social del individuo.

III - METODOS ANTICONCEPTIVOS

ANTICONCEPTIVO: "Todo lo que se opone a la concepción"

(unión del espermatozoide con el óvulo maduro)

Para los demógrafos, es el método o sistema que impide temporalmente el embarazo en una pareja fértil.

HISTORIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS.-

Según Trietze (22), la historia de los métodos contraceptivos puede resumirse así:

Mencionado en el Antiguo Testamento (Génesis 38) y reportado por algunos Antropólogos (Nage 1962) el método más viejo conocido por el hombre es el "coitus interruptus" o sea, retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación. En el occidente de Europa y durante la edad media parece haber sido el método anticonceptivo más usado. Parece ser que fué el método más usado cuando la natalidad del mundo declinó a fines del siglo XVIII. Ha sido considerado por los médicos como ineficaz y dañino a la salud.

Las esponjas y tapones vaginales usados como anticonceptivos se mencionan en la Tosephta, documento hebreo, editado 250 D.C. Más recientemente las esponjas fueron recomendadas por Francis Placa y distribuidas en Londres y al norte de Inglaterra en 1823.

Las duchas vaginales con agua, vinagre y otros productos usados bajo el nombre de "higiene femenina" se usan desde hace mucho tiempo. El "bidet" apareció en Francia en el siglo XVIII. La ducha fué el principal método recomendado por Charles Knowlton (1833) y muy usado hasta la segunda guerra mundial.

El condón hizo su primera aparición para cubrir el pene en el curso del acto sexual en el siglo XVI, como medida profiláctica contra las enfermedades venéreas según el Italiano Fallo, El condón hecho de intestino de oveja y otros animales apareció en el siglo XVIII. Esta innovación ha sido atribuída a un inglés - llamado Cundum a veces equivocadamente identificado como médico en las cortes de Charles II (Berstein 1940).

El uso en gran escala del condón fué posible después de la vulcanización del caucho por Good Year, y Hancock en 1940. Antes de 1938 gran cantidad de condones eran de mala calidad. En ese año la Food and Drug Administration vigila en su calidad de modo que en 1960 se estimó que de cada 1.000 condones 997 son de buena calidad, (Tietze 1960); ofrece cierta protección contra el embarazo y las enfermedades venéreas. Pueden usarse en cualquier situación y sin ninguna instrucción. En Estados Unidos - se usan unos 600 millones de unidades por año.

El diafragma vaginal fué inventado por Wilhem P.J. Mesinga, médico alemán antes de 1882. Antes de los anticonceptivos orales el diafragma y las jaleas vaginales eran los métodos más usados por la clientela privada en los Estados Unidos, y en Europa. Debido a que este método requiere el examen pélvico de un médico o de una enfermera, el método no se recomienda en los lugares donde no hay suficiente personal para ello. Falla dependiendo de la posición sexual, sobre todo en la posición en la cual la mujer está encima del hombre.

Los anticonceptivos químicos consisten de un agente capaz de inmovilizar al espermatozoide y un vehículo para su introducción y distribución en la vagina. El espermaticida es una pe -

queña fracción y el vehículo actúa como barrera. Las cremas y jaleas son espermaticidas y no requieren el uso necesario del diafragma.

También se usan tabletas y jaleas, pero hay que esperar unos minutos y a veces el flujo vaginal no es suficiente para disolverlas.

Uno de los métodos más viejos de la anticoncepción al cual se le ha dado validez en las últimas décadas es el "ritmo". Está basado en la vieja noción de que la mujer no puede concebir durante parte de su ciclo menstrual. Durante el período Hipocrático (500 años A.C.) Toranos, recomendó abstenerse del coito antes y después de la menstruación (Guttmacher 1953). Consejos similares dió Aetios de Amida en el siglo VI y Capellmann en 1883.

La forma moderna del Ritmo fué desarrollada por Ogino en 1932 en el Japón y Knaus en Austria en 1933, basados en que el óvulo se libera del ovario dos semanas antes de la nueva menstruación. Es el método universalmente aceptado por la Iglesia Católica. Puede ser efectivo, usado en mujeres con ciclos regulares.

ANTICONCEPTIVOS ORALES.

Fué Gregory Pincus en 1958, John Rock y otros, ese mismo año, quienes desarrollaron la "píldora". Los compuestos más investigados han sido los 19-noresteroides, especialmente el noretinodrel y la noretindrona. En dosis apropiadas junto con un estrógeno, suprimen la ovulación. Algunas mujeres presentan efectos colaterales. Las mujeres que dejan de tomarlos conciben con rapidez.

En 1960, la Food and Drug Administration aprobó la venta de Enavid (noretinodrel=mestranol), para la anticoncepción.

En 1961 y 1962 se ha usado en gran escala y se reportó tromboflebitis.

A raíz de ésto, en 1963, la Food and Drug Administration formó un comité de nueve expertos dirigidos por el Dr. I.S. Wright, para estudiar dichos efectos. Después de un minucioso estudio el comité concluyó que la incidencia de tromboembolismo no es mayor en las mujeres que usan Enavid que en las que no lo usan.

A mediados de 1964, ocho años después de que Pincus inició sus estudios en Puerto Rico y cuatro años después de usarse en el comercio 3.5 millones de personas tomaban anticonceptivos en Estados Unidos.

ANTICONCEPTIVOS INTRAUTERINOS.

Un nuevo invento ha llamado la atención de los demógrafos y en el aspecto de Salud Pública del control de la natalidad. Al inicio del siglo XX, P. Richter (1909) de Waldenberg, descubrió y recomendó la introducción de dos a tres anillos de seda dentro de la cavidad uterina. Veinte años después, Ernst Grafenberg (1930) reportó anillos de seda que luego modificó por plata. Cayó en desuso y no volvió a mencionarse excepto por Walton en 1948.

En 1959 aparecieron dos reportes sobre DIU, el primero en el American Journal of Obstetrics and Gynecology por W. Oppenheimer y el otro por Ishihama del Japón. Ota modificó el anillo de Grafenberg agregándole tres anillos en espiral.

A mediados de 1962-1964, L.C. Margulies del Mt. Sinai Hospital de N.Y. city, inventó su espiral de polietileno. En 1965

Jack Lippes de la Universidad de Búffalo inventó su asa en doble ese. Al mismo tiempo Bernberg inventó el suyo que son dos triángulos unidos en su ápice. Zipper en Santiago de Chile al mismo tiempo inventó el suyo, el cual consta de dos metros de nylon trenzados enrollados en forma de un anillo de 22 mm. de diámetro.

EFICACIA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

Todo método anticonceptivo debe ser evaluado y el estudio de la eficacia o efectividad, debe diferenciarse: (12).

a - Eficacia teórica: es la efectividad del método usado en condiciones ideales, ésto es, con regularidad absoluta, siguiendo las instrucciones sin omisión alguna, o error de técnica. Ej.: en el laboratorio.

Eficacia teórica es mayor que la eficacia práctica.

b - Eficacia real o práctica, ó eficacia clínica resultará de la eficacia teórica del método y las variables difíciles de medir: como son caracteres socio-económicos, motivación de la paciente. Es la efectividad del método al servicio de la pareja.

Para la evaluación de la efectividad clínica o real se debe tomar en cuenta: (23)

a - Regularidad en el uso del método

b - Aceptabilidad del método

La regularidad es lo más importante para que un método sea altamente eficaz, también la aceptabilidad del método es de suma importancia para que la eficacia sea lo más alta posible.

Según la Dra. Calderone la aceptabilidad del método depende de: (12)

- 1 - Grado de "MOTIVACION" de la paciente que es lo más importante
- 2 - Carácter del método
- 3 - Artefactos del método
- 4 - Caracteres físicos y químicos de los materiales del método.
- 5 - Anatomía y función de los genitales de la paciente
- 6 - Actitudes emocionales hacia el sexo
- 7 - Creencias religiosas
- 8 - Nivel intelectual y educacional de la paciente
- 9 - Costumbres y "tabúes" culturales.

Por estas razones la aceptabilidad del método puede variar entre parejas del mismo grupo social. Es por ello de gran importancia que el médico haga entender a las parejas, que si el método que les sugiere no es el más adecuado, que existen otros métodos tal vez más aceptables para ellos.

Tal vez sea mejor recomendar un método teóricamente "boco perfecto" pero que puede ser aceptado por la pareja por razones emocionales, culturales, religiosas o por ser más fácil, y no el método que sea teóricamente perfecto, pero que no es aceptable a determinada pareja.

Las clínicas de planificación familiar deberán ofrecer todos los métodos disponibles para que la pareja haga la selección. Para medir la eficacia clínica de los métodos anticonceptivos en comparación con los porcentajes de éxitos y fracasos, Raymond Pearl (12) en 1930, sugirió que el índice de embara -

zos por 100 años de exposición debería computarse así:

$$R = \frac{\text{Número total de concepciones} \times 1200 (100 \text{ años en meses})}{\text{Total de meses en exposición}}$$

El denominador precisó la duración y exposición al embarazo, substrayendo del total de meses de vida marital los meses en que no se podía concebir, tales como embarazo, parto, separación y otros factores.

Ejemplo: si 100 parejas son expuestas durante dos años y salen 20 embarazadas, la tasa de embarazos ó índice de fracasos será:

$$R = \frac{20 \times 1200}{100 \times 24} = 10$$

Si R es menor de 10 el método es bueno

Si R está entre 10 y 20 el método es regular

Si R es mayor de 20 el método es malo.

Pearl comparó la capacidad reproductiva de las mujeres que habían practicado el control de la natalidad, con las que nunca la habían practicado.

Stix y Noterstein (12), mejoraron el método de Pearl, al computar los índices de embarazo en forma separada por períodos de vida matrimonial durante los cuales no se practicó concepción y en los períodos en que se practicó.

De este modo los índices de embarazo usando anticonceptivos se han llamado "índice de fracasos"

Como se comprenderá la eficacia de un método determinado no es igual en todas las circunstancias en que es usado, variando con cada anticonceptivo, porque depende de su aceptabilidad y regularidad. Así por ejemplo en algunos estados de los Estados Unidos el índice de fracasos para el diafragma y el condón

es de aproximadamente 14 por 100 años de exposición (12), y hasta 40 por 100 años de exposición para el ritmo y la ducha post-coito.

SELECCION DEL METODO.

El médico tiene la obligación de dar a conocer todos los métodos de anticonceptivos existentes en la actualidad. LA SELECCION DEL METODO QUE HA DE USARSE, ES HECHA EXCLUSIVAMENTE POR LA PAREJA.

La anticoncepción es puramente preventiva en relación con el embarazo, ya que este último no es una enfermedad. También es cierto que en ocasiones la anticoncepción puede clasificarse como terapéutica en relación con patologías que sobrecargan la mente de la madre, que la libera del temor intenso de un embarazo no deseado, también terapéutica puede ser, si se relaciona a una familia o a un estado con muy pocos recursos económicos.

La selección del método anticonceptivo depende de los siguientes factores (12).

- 1 - El método anticoncepcional no es para un individuo sino para una pareja
- 2 - No existe ningún método "ideal" para todas las parejas
- 3 - Es útil prescribir un método para empleo frecuente y otros métodos que puedan aplicarse en diversas circunstancias, excepto el ritmo.
- 4 - La eficacia y aceptabilidad de cualquier método variará en proporción directa a la experiencia del médico, al ajuste del método, a las necesidades de la pareja y al grado de motivación.

De comprender estos principios, tendremos según la doctora Calderone los tres axiomas anticoncepcionales que literalmente dicen: (12)

- 1 - CUALQUIER METODO ANTICONCEPCIONAL ES MAS EFICAZ QUE NO EMPLEAR NINGUNO
- 2 - EL METODO MAS EFICAZ ES AQUEL QUE LA PAREJA EMPLEE CON LA MAYOR CONSTANCIA
- 3 - LA ACEPTACION ES EL FACTOR DE MAYOR IMPORTANCIA EN LA EFICACIA PRACTICA DE CUALQUIER METODO ANTICONCEPTIVO

CLASIFICACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS:

Según la doctora Calderone, se clasifican así:

- 1 - Métodos locales que requieren los servicios del médico:
 - a - Diafragma
 - b - Capuchón cervical
- 2 - Métodos locales que no requieren los servicios del médico:
 - a - Condón
 - b - Jaleas, cremas y espumas de aerosol
 - c - Tabletillas espumosas vaginales
 - d - Esponja y espumas
 - e - Esponja y tapones con espermaticidas caseros
- 3 - Sistemas y Métodos:
 - a - Inhibición hormonal de la ovulación
(anticonceptivos orales)
 - b - Método del ritmo
 - c - Lactancia
 - d - Método "combinado"
- 4 - Anticoncepción permanente (quirúrgico)

a - Esterilización de la mujer

b - Esterilización del hombre

5 - Métodos en estudio:

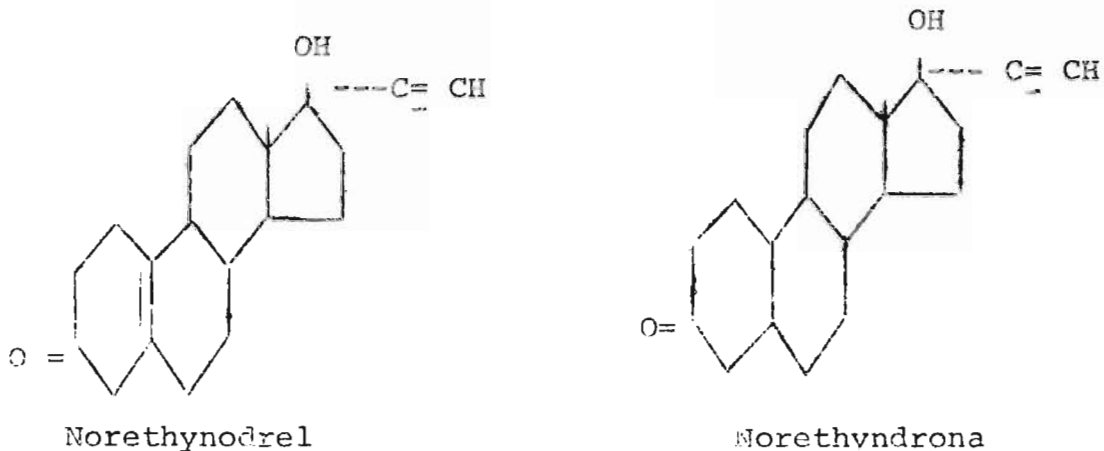
a - Dispositivos intrauterinos (DIU)

De todos los métodos antes mencionados hablaré brevemente de ellos, pero haré más énfasis especialmente en los anticonceptivos orales y en los dispositivos intrauterinos, por ser los dos métodos más usados en la actualidad. Naturalmente empezando la discusión por los métodos antes mencionados que a mi juicio los considero de mayor importancia en la actualidad.

ANTICONCEPTIVOS ORALES.

PROGESTAGENOS: Toda sustancia química que tiene relación con la progesterona.

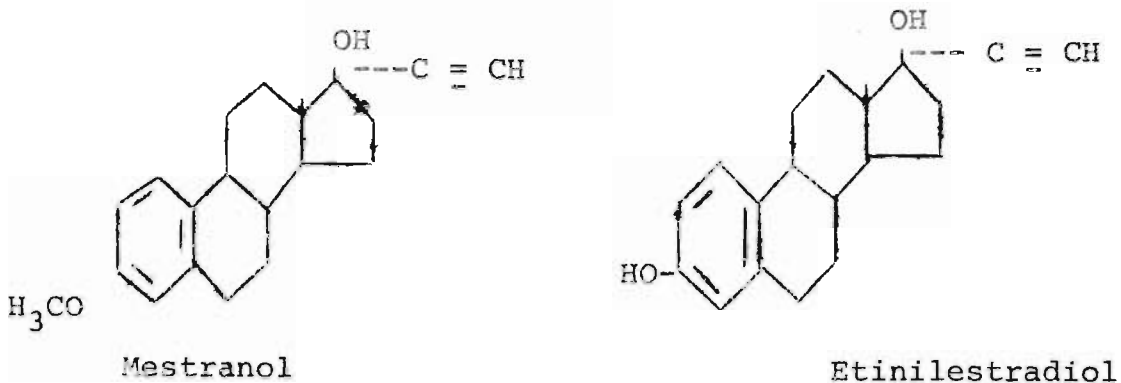
Estructura química de los Progestágenos: la estructura química de los progestágenos usados en los anticonceptivos orales tales como el Noerthynodrel y la Norethyndrona es la siguiente:



Parece ser que el grupo etinyl ($-C \equiv CH$), en la posición 17 de la molécula junto con su norestructura es lo que les da su alta actividad oral. Ambos con efectos progestacionales. El norethynodrel no tiene efectos androgénicos y la norethyndrona con mí-

nimos efectos androgénicos, pero sin efectos estrogénicos.

La estructura química de los estrógenos usados en los anticonceptivos orales es la siguiente: (13)



Los estrógenos usados en la anticoncepción oral son el mestranol y el einilestradiol. Su potencia depende del grupo atinil en la posición 17. (13)

La actividad biológica de los anticonceptivos orales puede dividirse así: (13)

1 - Efectos sobre el útero, vagina y ovario:

- a - Utero: con el tratamiento simultáneo hay transformación de la fase secretora a la fase de agotamiento. Con el tratamiento secuencial en la primera fase se observan modificaciones proliferativas. En la segunda fase hay transformación secretora.
- b - Vagina: cornificación del epitelio vaginal
- c - Ovario: Inhibición folicular y ausencia del cuerpo lúteo.

2 - Efectos sobre el ciclo menstrual: la menstruación dura menos tiempo y es menos abundante, con el tratamiento simultáneo, no así con el tratamiento secuencial (14,17)

3 - Efectos endocrinos asociados: (13)

Por tener estrógenos y gestágenos combinados pueden causar ciertos efectos propios e independientes de cada uno de estos compuestos:

- a - Líbido: Es variable, Se ha notado aumento, pero disminución en otras pacientes.
- b - Frecuencia del coito: Sólo el Ortho-novum aumentó la frecuencia en el 29%
- c - Tensión pre-menstrual: disminuye durante el uso cíclico de los anticonceptivos.
- d - Dismenorreas: en general la disminuyen, pero dependiendo del anticonceptivo que se usa.
- e - Mamas: producen agrandamiento, sensibilidad y aumento del tejido alveolar.
- f - Lactancia: dosis altas de anticonceptivos orales la inhiben o reducen, pero las dosis bajas no las modifican.
- g - Peso del cuerpo: la mayoría de pacientes no muestran variación significativa, pero algunas de ellas pueden aumentar de peso. Aunque hay reportes que afirman la disminución del mismo (13)
- h - Cloasma: apareció como un hallazgo en Puerto Rico y México, aunque parece ser más importante para su apareamiento el factor étnico.
- i - Glándulas sebáceas: producen los anticonceptivos agrandamiento de las mismas en la mujer y el hombre prepuberal, aumentando la producción de sebo.

- j - Acné: es variable. Mientras se ha reportado que lo hacen desaparecer los progestágenos, también se ha reportado que lo produce (13)
 - k - Masculinización fetal: puede ocurrir la masculinización del feto femenino si se administran dosis altas de anticonceptivos en las primeras semanas del embarazo. Se ha observado con el Norlutín.
 - l - Tiroides: según Pincus, parece haber un discreto aumento de la glándula.
- 4 - Efectos metabólicos.
- a - Excreción de estrógenos: no está aumentado
 - b - Excreción de pregnandiol: no hay aumento a mediados del ciclo, porque no hay cuerpo lúteo funcionando
 - c - Función adrenal:
 - I - Aumento del cortisol unido a las proteínas
 - II- La excreción de 17-cetosteroides es normal
 - III-La excreción de 17-hidroxycorticosteroides es normal.
 - IV- La excreción de aldosterona puede disminuirse
 - d - Lípidos sanguíneos: disminuye el colesterol y aumentan los fosfolípidos
 - e - Pruebas tiroideas: El PBI suele aumentar y disminuir la captación del yodo 131.
 - f - Metabolismo de la glucosa: hay tolerancia disminuida en el 50% de pacientes. No existe hiperglicemia. La paciente diabética no es afectada por los anticonceptivos orales.
 - g - Porfiria intermitente: los estrógenos pueden aumentar

la excreción de los precursores de las porfirinas y asociarse a esta enfermedad. Reportado con Anovlar y Enavid.

h -Hígado: colestasis, aumento de BSP, Ictericia

i -Tendencia a disminuir el tiempo de coagulación (14)

5 - Efectos secundarios: Aparecen en el 15 al 35 % de las pacientes.

a -Náuseas y vómitos

b -Mareos, cefaleas, sensibilidad en los senos

c -Nerviosismo

Generalmente desaparecen al segundo o tercer ciclo.

MECANISMO DE ACCION

Acerca del mecanismo de acción se explica así: (14)

1 - Inhiben la ovulación interfiriendo con la secreción de hormonas gonadotrópicas

2 - Aumento de la viscosidad del moco cervical lo cual imposibilita la entrada del espermatozoide.

3 - Cambios en el endometrio interfiriendo con la anidación del óvulo fecundado.

4 - Interferencia con la maduración del folículo de Graaf.

El uso de los anticonceptivos orales se ha generalizado a partir de su aparición en el mercado mundial y así tenemos que actualmente son muchas las personas que toman la llamada "píldora" anticonceptiva. La "Food and Drug Administration" (17) ha calculado que en los Estados Unidos la cifra media de personas que toman anticonceptivos orales son:

| | | |
|------|-----------|----------|
| 1961 | 408.000 | personas |
| 1962 | 1.187.000 | " |
| 1963 | 2.235.000 | " |
| 1964 | 3,050.000 | " |
| 1965 | 5.000.000 | " |

En los demás países se calcula que 2.000.000 de personas toman anticonceptivos orales. Y para 1980, 40.000.000 de personas tomarán los anticonceptivos orales (17).

Para la administración de los anticonceptivos orales existen dos métodos de hacerlo: (14)

- 1 - Método combinado
- 2 - Método secuencial.

1 - Método combinado: consiste en la administración de la combinación de progestágeno-estrógeno durante veinte días del ciclo menstrual. Así se inhibe la ovulación y se provoca una nueva menstruación posterior. Puede tomarse por 20 ó 21 días dependiendo del medicamento usado. El más potente de ellos es la combinación de la Searle, que es el Metrulen (13) (diacetato de etinodiol-estrógeno). Ellos reducen la duración y el volumen del sangrado menstrual.

2 - Método secuencial: consiste en administrar solamente estrógeno durante la fase temprana y media del ciclo, seguido por un período corto de una mezcla de estrógeno gestágeno. Esto sirve para reducir los efectos secundarios.

Teóricamente este método simula el ciclo ovulatorio normal. El estado transitorio de "pseudoebarazo" que sucede con el método combinado, es evitado por este método. Los cambios endometriales histológicos son mínimos en relación con el ciclo ovulatorio normal.

La introducción de un estrógeno inhibe la producción de hormona folículo estimulante y al mismo tiempo estimula el endometrio produciendo una fase proliferativa, al final cuando se da la mezcla de estrógeno=progestágeno hace aparecer el flujo menstrual y el endometrio pasa de su fase proliferativa a secretora.

Las formas de usar el método secuencial son:

- a - quince días sólo estrógeno, luego 5 días estrógeno progestágeno.
- b - diez y seis días estrógeno sólo y luego cinco días estrógeno-progestágeno.

La efectividad del método secuencial es de un embarazo por cada 151 años de exposición. La incidencia de los efectos secundarios es menor (14).

Según Greenblatt, la fertilidad posterior en las pacientes que toman anticonceptivos orales es como sigue: 54% embarazan después del primer ciclo y 77% en el segundo ciclo. Pincus reporta 63% embarazan en el primer ciclo y 92% en el segundo ciclo.

En cuanto a su aceptabilidad puedo decir que: (15) la anticoncepción oral parece ser el método más aceptable entre las parejas de alta fertilidad, y en las que los métodos mecánicos son inadecuados o de poca confianza. Como en todos los métodos anticonceptivos los pacientes los usan si se les enseña adecuadamente, para que el método resulte agradable y eficaz.

COMO SE TOMAN LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES (13)

Los anticonceptivos orales se toman así:

1 - La administración de los anticonceptivos orales empieza después del período menstrual. El primer día del sangramiento se llamará día 1 (uno), y a la paciente se le indica que tome la primera tableta el día 5 (cinco), haya o no cesado el flujo menstrual. A partir de ese día se tomará una tableta diaria - por 20 ó 21 días, dependiendo del compuesto usado. La menstruación usualmente ocurre uno a siete días después de tomar la última tableta.

2 - La siguiente serie de tabletas se tomará en igual forma cuando la menstruación ocurre después de la primera serie de tabletas, el primer día del sangramiento se llama día 1. La paciente vuelve a tomar su primer tableta el día 5 y luego una diaria.

3 - La paciente debe tomar la tableta a la misma hora cada día. Si las tabletas no se toman, la ovulación y el embarazo pueden ocurrir. La incidencia de embarazo aumenta en proporción al número de tabletas que se omite. Pincus lo demuestra claramente en el siguiente cuadro: (13)

C U A D R O 8

Incidencia de embarazo en relación al número de tabletas de Enavid olvidadas: (12)

| No.de días que no se tomaron las tabletas | Dosis diarias de Enavid | | |
|---|-------------------------|-------|---------|
| | 10 mg. | 5 mg. | 2.5 mg. |
| | Número de embarazos | | |
| 0 | 0 | 1 ? | 0 |
| 1 - 5 | 9 | 3 | 0 |
| 6 - 19 | 14 | 3 | 2 |

Frecuencia de embarazo por 100 años-mujer

| | | | |
|------|------|------|----|
| 0 | 0 | 0.19 | 0 |
| 1-5 | 12.2 | 7.2 | 0 |
| 6-19 | 45.0 | 31.2 | 33 |

Como puede notarse, cuando se olvidan de una a cinco tabletas hay embarazo, pero la frecuencia es baja, pero si se olvidan más de cinco tabletas la frecuencia es mucho mayor.

Además, de la ocurrencia de embarazo puede presentarse sangramiento.

Si se omite inadvertidamente una tableta, deberá tomarse en las próximas 24 horas y ese día debe tomarse la tableta correspondiente.

4 - Si al séptimo día después de la última tableta no aparece flujo menstrual, el siguiente ciclo debe iniciarse sin esperarse a que aparezca dicho flujo.

5 - Si aparecen "manchas" de sangre durante el ciclo, la paciente debe continuar tomando las tabletas. Si aparece sangramiento marcado (flujo menstrual) la paciente debe suspender las tabletas y reiniciar un nuevo ciclo a partir del día 5 después de que se inició el sangramiento.

Cuando se usa el método secuencial, la paciente deberá tomar primero las tabletas que sólo tienen estrógenos en los primeros 15 días o 16 días, seguido por las tabletas que tienen estrógeno- progestágeno por 5 ó 6 días más.

Si no ocurre hemorragia después del primer ciclo de tabletas, eso no significa necesariamente que hay embarazo o que

las tabletas no han evitado la ovulación, y el nuevo ciclo deberá iniciarse al séptimo día. El retardo o la amenorrea ocurrirá en 1 a 2% de los ciclos tomados (13). Usualmente después del segundo ciclo aparece menstruación.

Las manchas y el sangramiento son más frecuentes en el primer ciclo y disminuyen en los demás. La ocurrencia de manchas durante cuatro o más ciclos puede indicar que la paciente necesita una dosis diaria mayor (13).

Especial atención merecen tres tipos de pacientes a las que se quiere administrar los anticonceptivos orales (13)

1 - La paciente ovuladora temprana o joven: son aquellas pacientes que ovulan antes del quinto día del ciclo, o sea durante los primeros días de uso de anovulatorios. Estas pacientes pueden embarazarse porque no ha habido chance de inhibir la ovulación. Esta labilidad al embarazo en las "ovuladoras tempranas" sólo se presenta en el primer ciclo, porque después del primer ciclo los anovulatorios actuarán como en las demás pacientes. A estas pacientes se les recomendará durante el primer ciclo usar otros métodos anticonceptivos, o abstenerse del coito durante los primeros 7 a 8 días del ciclo menstrual.

2 - Paciente puérpera: en ella debe considerarse:

a - el efecto de los anticonceptivos sobre la lactancia

En este caso puede usarse dosis pequeñas que no afectan la lactancia.

b - Cuándo debe empezar a tomar los anticonceptivos?

El tiempo para iniciar los anticonceptivos orales en la puérpera es cuatro semanas después del parto, o en su control post-natal que es seis a siete semanas después del parto.

3 - Paciente pre-menopáusicas: la paciente pre-menopáusicas no es diferente en términos de manejo, dosis o respuesta a los anticonceptivos. Teóricamente no hay un límite de mayoría de edad para su uso. Como no se puede establecer cuándo la ovulación cesa en una paciente pre-menopáusicas, sin discontinuar los anovulatorios, al terminar el ciclo deberá observarse la paciente. Deberá hacerse las pruebas para poder determinar si hay ovulación ó no, y durante este período la paciente usará otro anticonceptivo, hasta que no quede ninguna duda de que la ovulación espontánea ha cesado. Una vez haya ovulación espontánea, deben suspenderse los anticonceptivos orales.

EFFECTIVIDAD CLINICA.

Es casi del 100% si se usan con regularidad, siendo un poco más efectivo el método combinado que el secuencial (13)

La proporción de embarazos nunca es mayor del 0.1% mujeres-año de exposición(17).

Si se omiten tabletas, (lo cual no es una falla del método sino irregularidad de la paciente) el número de embarazos es proporcional al número de días que se omiten las tabletas.

CONTRAINDICACIONES.

Son relativas y el médico deberá evaluar cada caso en particular. Deberá tomarse en cuenta los efectos de los anticonceptivos orales en contraposición a su eficacia, aceptabilidad e inocuidad con relación a otros anticonceptivos. Ellas son: (17)

- 1 - En antecedentes de Carcinoma de la mama o del endometrio debe tenerse prudencia.
- 2 - Enfermedades cardiovasculares y renales. Por retención de sodio y agua.

- 3 - Várices, flebitis y tromboembolismo
- 4 - Alergias
- 5 - Epilepsia
- 6 - Trastornos hepáticos en cuanto a su excreción
- 7 - Depresión psíquica
- 8 - Lactancia
- 9 - Esclerosis en placa

Lo más importante en todas las pacientes que reciben el beneficio de los anticonceptivos orales, es la valoración de cada caso en particular. De manera que como antes dije las contraindicaciones en ningún momento son relativas. Lo que sí se recomienda es usarlos con prudencia en los casos antes indicados.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS.

Es un método efectivo, práctico y fácil de usar.

Los más conocidos son: (22)

- a - El aparato en doble "ese" del Dr. Jack Lippes, de Búfalo, N.Y., con sus respectivos tamaños, A, B, C, D.
- b - El espiral del Dr. Lazar C. Margulies de Manhattan.
- c - El espiral de Zipper de Santiago de Chile

Los dos primeros aparatos son usados por 1.500.000 personas en Estados Unidos y unos 4,000.000 de personas en el resto del mundo (19).

MECANISMO DE ACCION.

Aunque su mecanismo de acción no está bien dilucidado, algunas teorías lo explican de la siguiente forma: (11)

- a. Reacción por necrosis endometrial
- b. Formación de decíduoma

- c. Atrofia reversible del endometrio
- d. Alteración del Ph por acción del material del espiral sobre el endometrio
- e. Reacción a cuerpo extraño que causa hipertrofia del endometrio, lo que impide la anidación.
- f. Movimiento rotatorio del aparato que impide la anidación.
- g. Alteración en la producción de hormonas
- h. Aumento de las contracciones musculares de las trompas, lo cual acelera el paso tubario del óvulo.
- i. Alteraciones entre el tono y la contractilidad del esfínter cervical, lo que impide el paso del espermatozoide.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS. (10)

- 1 - Embarazo
- 2 - Cáncer genital
- 3 - Infección pélvica severa y activa

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS (10)

- 1 - Menometrorragias
- 2 - Fibromas uterinos
- 3 - Expulsadoras habituales

La O.M.S. agrega: (18)

- 4 - Cervicitis y erosión que deben ser tratadas antes de colocar el dispositivo intrauterino

COMPLICACIONES.

- a - Expulsión: El 7% lo expulsan en la primera menstruación y luego la incidencia va descendiendo (10). Debe revisarse la posición del aparato al primer mes de colocado. Entre el 3.8 y el 17.6% lo expulsan en el primer año.

- b. Embarazo: se presenta en el 3% de los casos. Cuando hay embarazo hay que tratar de determinar si el aparato está "in situ" en la vagina, ausente o no determinado (10). La O.M.S. dice que hay 1.8 a 2.9 embarazos por 100 DIU puestos en un año (18).
- c. Hemorragias: Se presenta en el 12% de los casos. De los cuales el 5% obliga a retirar el aparato (10)
- d. Infección: cuando la hay el 50% dan Metritis crónica (10). Debe tratarse con antibióticos.
- e. Perforación uterina: Es variable: 1:200, 1:25000 y 1:800 (10) Otros 1:1000 casos (15).
- f. Dispauremia
- g. Leucorrea?

El 25% de las extracciones es por hemorragia y dolor. Dos tercios de las mujeres quedan embarazadas después de seis meses de extraído el aparato y el resto lo hacen en el año siguiente (20).

CUANDO SE COLOCA EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO?

- a. Seis semanas después del parto. Cuatro semanas después de aborto (10). En mujeres con ciclo menstrual normal al final de la menstruación en el quinto día después del inicio de su regla (10, 13).

Otros métodos anticonceptivos conocidos son: (12)

DIAFRAGMA: los hay de dos tipos:

- a - Diafragma plano
- b - Diafragma arciforme

Tamaño: oscila desde 50 hasta 105 mm. de diámetro. Los más usados son los de 70 a 80 mms.

Instrucciones para el uso:

- a - Vaciar la vejiga
- b - Poner jalea o crema espermaticida antes de usarlo
- c - Colocararlo siempre que haya relaciones sexuales y con la excavación hacia arriba.
- d - Dejarlo por un período mínimo de seis horas post-coito
- e - Puede dejarse hasta 16 horas, pero poner jalea o crema en cada coito.
- f - Lavarlo después de usarlo y examinarlo para ver si no tiene perforaciones.

Contraindicaciones al diafragma (12)

- a - Variaciones anatómicas de los genitales
- b - Pared genital corta. Obesidad
- c - Pacientes que no les gusta maniobrase los genitales
- d - Pacientes que no aprenden a usarlo
- e - Pacientes con vagina grande y dedos cortos.

CAPUCHON CERVICAL: (12)

Son de dos tipos:

- a) Prorace: Semejante a una taza profunda
- b) Dumas: Forma de cúpula con una zona circular central.

Tamaño: hay de 24, 30 y 36 mm.

Indicaciones:

- a - quienes no pueden usar diafragma
- b - pared vaginal corta
- c - Cistocele
- d - Retroversión y anteflexión marcada

Contraindicaciones:

- a - Laceraciones cervicales
- b - Erosión
- c - Huevos de Naboth
- d - Cuello extremadamente pequeño o muy largo
- e - Infección

Instrucciones para el uso:

- a - Lavarlo antes de usarlo
- b - Poner jalea espermaticida
- c - Puede dejarse una o dos semanas

CONDON O PRESERVATIVO. (12)

Es el anticonceptivo mecánico más usado en todo el mundo. Se usa para la profilaxis de las enfermedades venéreas. Lo mismo en vaginitis o tricomonas y durante la menstruación. La mayoría de los fracasos se deben a extracción inadecuada, por sacar el pene de la vagina sin el preservativo puesto. Las medidas más usadas son alrededor de 70 a 80 mm. de diámetro.

JALEAS VAGINALES Y ESPUMA DE AEROSOL.

Con este tipo de anticonceptivos la mayoría de las pacientes se quejan de exceso de lubricación. La espuma de aerosol es mejor que la crema porque no deja la vagina muy lubricada.

Debe usarse todas las veces que haya relaciones sexuales. Si después de una hora de haberlo puesto no ha habido relaciones sexuales debe volver a ponerse. No debe lavarse la vagina seis horas después del coito.

TABLETA ESPUMANTE.

Cada tableta produce 25-50 c.c. de espuma en contacto con 2 cc. de agua, lo que inmoviliza 80 cc. de esperma en 20 segundos. Deben mojarse antes de usarse y esperar 5 minutos antes del coito. Si a la hora no hay relaciones sexuales se debe poner otra tableta.

SUPOSITORIOS VAGINALES.

Su principio activo es el acetato fenilmercúrico, diferente del de las jaleas y cremas que es el Nonilfenoxipolietoxietano. Deben usarse regularmente y esperar 15 minutos antes del coito. Se deshacen en 7 a 10 minutos. Si no hay coito a la hora debe colocarse un nuevo supositorio.

ESPONJA CON ESPUMA.

A la esponja se le pone polvo espermaticida se moja y se espera que haga espuma. Todos estos métodos tienen el inconveniente de las manipulaciones previas de los genitales, lo cual para algunas pacientes es muy molesto y repulsivo.

ESTERILIZACION DE LA MUJER.

Puede hacerse por tres métodos:

- a - Ovariectomía bilateral
- b - Histerectomía
- c - Extirpación parcial o total de las trompas

La esterilización quirúrgica tiene el inconveniente de que es un método contraceptivo de las llamadas irreversibles.

Según la Doctora Calderone y fundada en experiencia clínica y estudios estadísticos, la eficacia teórica de los métodos anticonceptivos no quirúrgicos es la siguiente: (12)

- Grupo 1 - EFICACIA MAXIMA: Supresión de la ovulación por anticonceptivos orales
- Grupo 2 - SUMAMENTE EFICACES: Diafragma o capuchón cervical, con crema o jalea; "método combinado" condón.
- Grupo 3 - MUY EFICACES: Espuma vaginal por aerosol
- Grupo 4 - MENOS EFICACES: Cremas y jaleas usadas exclusivamente: tabletas de espuma; supositorios; coito interrumpido; ritmo; esponja con espuma.
- Grupo 5 - EFICACIA MINIMA: Amamantamiento
- Grupo 6 - PROBABLEMENTE INEFICACES: Ducha vaginal simple con sustancias químicas añadidas.

METODO COMBINADO:

Incluye el empleo del ritmo, el condón por el esposo y crema o jalea vaginal por la mujer.

METODO DEL RITMO: (25)

Consiste en abstenerse de tener relaciones sexuales durante aproximadamente 60 horas al mes, que es el período fértil de la mujer en cada ciclo menstrual. Se calcula así:

- a - La mujer debe llevar un registro escrito de la fecha del comienzo de cada período menstrual durante 12 meses.
- b - Calcular cuál fué el período intermenstrual más corto y restarle 18 días.
- c - Calcular cuál fué el período intermenstrual más largo y restarle 11 días.

Las fechas comprendidas entre estas dos restas abarcan el período fértil durante el cual no debe haber relaciones sexuales.

La falta del conocimiento exacto de estas fechas hace que el método del ritmo sea a veces inefectivo. Este método debe también ser enseñado por el médico, para que la paciente pueda llevar bien las fechas exactas para que el método sea eficaz.

Este último fué el primer método anticonceptivo aceptado por la Iglesia Católica.

III - ORGANIZACION DE PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

La organización de programas de planificación familiar en El Salvador se remonta al mes de mayo de 1962, cuando en San Salvador se reunieron 21 personas altruistas que compartían la preocupación del contraste existente entre el acelerado crecimiento de la población y el reducido desarrollo económico de la nación y que este desequilibrio planteaba grandes problemas de alimentación, vivienda, educación, asistencia médica, etc. (4).

Esas 21 personas representantes de los diversos sectores de la comunidad acordaron constituir una asociación, con fines no lucrativos, cuyo domicilio sería San Salvador, pero cuyas actividades abarcarían toda la República, tomando como objetivo estudiar los problemas demográficos y fomentar la paternidad y maternidad responsable como base del bienestar físico, mental y social de la familia y en consecuencia de la estabilidad familiar.

En junio de 1963 obtuvo la Asociación la personería jurídica por medio de decreto publicado en el Diario Oficial en donde se aprobaron sus estatutos (4)

Según estos Estatutos los fines de la Asociación son:

- 1 - Propiciar toda clase de estudios demográficos y sociales que afecten la economía nacional y particular
- 2 - Fomentar el matrimonio como base de la unidad y protección familiar.
- 3 - Difundir la educación sexual a fin de que alcance al mayor número de personas
- 4 - Realizar investigaciones y campañas contra el aborto.

- 5 - Establecer y fomentar consultorios para dar asistencia médica en problemas de esterilidad y fertilidad, a quienes lo solicitasen.

Por esta misma época se observó que el número de abortos provocados iba en aumento. Al mismo tiempo se notó que aún las mujeres que no pertenecían a las clases privilegiadas, empezaron a controlar de algún modo su natalidad y muy especialmente por medio del aborto y la esterilización.

Ante esta realidad, un grupo de especialistas del Hospital de Maternidad de San Salvador y patrocinados por la Asociación Demográfica Salvadoreña, iniciaron el primero de septiembre de 1964 un estudio sobre el uso de anticonceptivos intrauterinos. En Octubre de 1965, se presentaron al gremio médico los resultados de dicho estudio, el que mostró que el método es altamente efectivo, de fácil aplicación, con bastante aceptabilidad de las pacientes y que no ocasionaba complicaciones de importancia.

Un hecho que llamó la atención durante el estudio fué que la afluencia de pacientes a estos consultorios fué cada vez mayor, solicitando consejos anticonceptivos.

Fué así como la Asociación Demográfica abrió el primero de marzo de 1966, los tres primeros consultorios "Pro-Salud Materna" dos de ellos en San Salvador y uno en San Miguel (4).

La demanda aumentó y hubo que abrir más consultorios y en la actualidad se cuenta con 23 consultorios en todo el País.

En estos consultorios médicos, las pacientes reciben información con relación a la planificación familiar. Se in-

vestiga rutinariamente el cáncer genital investigación que se repite a los seis o doce meses. En los casos sospechosos la paciente es remitida inmediatamente a los centros asistenciales correspondientes. (4)

Los métodos aconsejados para la planificación familiar son aquellos métodos reversibles que el médico considera probados clínica y prácticamente, y se deja a las pacientes la libre elección del método. Además se imparten charlas educativas sobre la paternidad responsable.

En Enero de 1967, se inició el programa de pláticas educativas para grupos de personas del mismo sexo, a quienes se les instruye sobre: (4)

- a - La responsabilidad paterna
- b - La planificación familiar
- c - Las funciones de los órganos de la reproducción
- d - El aborto
- e - El cáncer
- f - Métodos anticonceptivos

Además se les distribuye material impreso sobre estos temas. Con la valiosa colaboración de la Facultad de Medicina, la Asociación Demográfica Salvadoreña, patrocina cursillos sobre: "Dinámica de la población, Fisiología de la Reproducción y Planificación familiar", para médicos, enfermeras y trabajadores sociales, tanto nacionales como del resto de Centro América.

MATERIAL Y METODO.

El material usado en este trabajo consist e en el estudio y revisión minuciosa de los expedientes clínicos de

las pacientes atendidas en los consultorios Pro-Salud Materna de la Asociación Demográfica Salvadoreña, durante el período comprendido entre el 1o. de Enero y el 31 de Diciembre de 1966. Dichos expedientes corresponden a todos los consultorios establecidos en San Salvador.

Estos expedientes se encuentran en el archivo central de dicha Asociación.

El estudio antes mencionado comprende los siguientes puntos:

1 - INCIDENCIA DE EMBARAZOS.

Aquí se revisará la incidencia de embarazos que ocurrieron con las pacientes que han sido atendidas en los consultorios. En cada caso de embarazo se investigó el método con el cual ocurrió el embarazo. Si ocurrió con espiral, se investigará si el espiral estaba "in situ" en la vagina, ausente o si no se determinó su posición.

2 - INCIDENCIA DE EXPULSIONES.

Sabemos muy bien, que los dispositivos intrauterinos pueden ser expulsados espontáneamente por las pacientes, razón por la cual se investigará la incidencia de expulsiones, de acuerdo a la paridad y edad de la paciente. Tipo de dispositivo más expulsado, se investigará la posición en que se encontró al expulsarlo. Se investigará además segundas expulsiones y su tratamiento seguido.

3 - INCIDENCIA DE RETIROS

También sabemos que el dispositivo intrauterino, puede ser retirado por el médico debido a complicaciones que el

dispositivo intrauterino ocasione, o a solicitud de la paciente. Se investigarán las causas de los retiros, de acuerdo con su frecuencia.

4 - En esta investigación se incluye el estudio de las CITOLOGIAS, para ver los resultados que han sido contestados. Sabemos que rutinariamente, a todas las pacientes se les practica esta citología en la primera consulta y en sus controles posteriores en las "Clínicas Pro-Salud Materna, de la Asociación Demográfica Salvadoreña"

Durante el año de 1966 se atendieron en los consultorios Pro-Salud Materna 3778 pacientes, de las cuales para este estudio se tomaron en cuenta nada más aquellas pacientes que fueron controladas al mes y un año después de su primera consulta. El resto de pacientes se descartaron. En el siguiente cuadro se podrá ver la distribución de pacientes según el estudio hecho:

C U A D R O 9
DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS

| | No.de Pacientes | Porcentaje |
|-----------------------------|-----------------|------------|
| PACIENTES ESTUDIADAS | 2625 | 69.5 % |
| PACIENTES QUE NO REGRESARON | 1014 | 26.8 % |
| PACIENTES NO CONTROLADAS | 139 | 3.7 % |
| TOTAL DE PACIENTES | 3778 | 100.0 % |

Como podemos ver en el cuadro anterior, hubo 1014 pacientes o sea el 26.8% del total de consultas dadas ese año, que no regresaron a su primer control. La razón que se tuvo para descartarlas fué: desconocer lo que ha sucedido a estas pa -

cientes. Cualquiera haya sido la causa por la cual no regresaron, no pueden entrar en el estudio.

Hubo 139 pacientes que aunque habían asistido a su primer control al mes, en el momento que se hizo este trabajo aún no habían sido controladas al año, razón por la cual también fueron descartadas, ya que en este momento desconocemos si ellas regresarán a su control, o no lo harán.

Nótese que casi el 70% de las pacientes regresaron a su primer año de control. El 26.8% de las pacientes no regresaron por causas que desconocemos, y que a mi juicio ameritan el estudio de la trabajadora social, para conocer los motivos por los cuales no regresaron a su control. Este porcentaje de pacientes no debe despreciarse y amerita un estudio más a fondo del problema, el cual hasta este momento no se ha hecho.

En el siguiente cuadro vemos la relación entre el número de pacientes estudiadas a quienes se les puso el dispositivo intrauterino (DIU) y las que tomaron anticonceptivos orales escogidos por ellas, en su primera consulta.

C U A D R O 10

METODO ANTICONCEPTIVO USADO

| METODO USADO | No.de Pacientes | Porcentaje |
|------------------------|-----------------|------------|
| DIU | 2603 | 99.1 % |
| ANTICONCEPTIVOS ORALES | 22 | 0.9 % |
| TOTAL | 2625 | 100.0 % |

Como puede observarse en los expedientes clínicos de las 22 pacientes que tomaron anticonceptivos orales, solamente ellas escogieron este método desde el inicio de sus consultas. El res

to de pacientes o sea el 99.1% usaron el dispositivo intrauterino.

Esto viene a demostrar la gran aceptabilidad que tiene el DIU entre este grupo de población, quizá por ser un método fácil de usar, que no requiere ninguna participación activa de parte de la pareja, excepto que debe ser controlado por el médico al mes de insertado, un año después de su inserción, exceptuando aquellos casos en que se presentan complicaciones.

Las 22 pacientes que usaron anticonceptivos orales fué porque así lo solicitaron ellas mismas en su primera consulta y continuaron tomando los anticonceptivos orales hasta un año después de su inicio.

C U A D R O 11

Enseguida veremos la frecuencia con que se presentó cada grupo de pacientes, de acuerdo a la paridad de las mismas,

| PARIDAD | No.de Pacientes | Porcentaje |
|---------|-----------------|------------|
| 0 -1 | 154 | 5.9 % |
| 2 -3 | 991 | 38.1 % |
| 4 -5 | 853 | 32.7 % |
| 6 ó más | 605 | 23.3 % |
| TOTAL | 2603 | 100.0 % |

Obsérvese que la paridad más frecuente fué la de aquel grupo de pacientes que había tenido de dos a tres partos con una frecuencia de 38.1% seguido del grupo de cuatro a cinco partos con una frecuencia de 32.7%. Nótese que el grupo menos frecuente fué el de 0 a 1 parto, lo cual probablemente es de-

bido a que las pacientes nulíparas asisten en número escaso a estas clínicas, tal como pude observar en el estudio. Nótese que es de 6 a 7 veces menos frecuente que el de 2 a 3 partos, quienes sin duda buscan por sí solas regular natalidad. Las grandes múltiparas ocupan el tercer lugar en frecuencia en este caso.

C U A D R O 12

La frecuencia por grupos etarios fué al siguiente:

| EDAD | No.de Pacientes | Porcentaje |
|---------------|-----------------|------------|
| 15 - 19 años | 154 | 5.9 % |
| 20 - 24 años | 806 | 30.9 % |
| 25 - 29 años | 864 | 33.2 % |
| 30 - 34 años | 500 | 19.2 % |
| 35 - 39 años | 231 | 8.9 % |
| 40 ó más años | 48 | 1.9 % |
| TOTAL | 2603 | 100.0 % |

El grupo etario más frecuente fué el de 25 a 29 años con 33.2% seguido del grupo de 20 a 24 años con 30.9% de frecuencia. Puede verse que el grupo etario más joven que comprende de los 15 a los 19 años, fué aproximadamente seis veces menos frecuente que los dos anteriormente mencionados, probablemente debido a que tienen pocos hijos o no los tienen. El grupo menos frecuente fué el de 40 años o más, que contrasta con los tres primeros grupos etarios, ya que su frecuencia fué de 1.9% ésto debido probablemente a que las mujeres saben que ya su capacidad reproductiva tiende a desaparecer, aunque puede haber otros factores tales como cervicitis crónica o erosiones cervicales que hayan oblitado a usar otro método.

Obsérvese que más del 80% de las pacientes están comprendidas entre los 20 y 34 años de edad. A partir de los 25 años la frecuencia desciende notablemente.

Veremos ahora, la distribución por paridad y edad de las 22 pacientes que tomaron anticonceptivos orales.

C U A D R O 13

Frecuencia según la paridad de las pacientes que tomaron anticonceptivos orales.

| PARIDAD | No.de Pacientes | Porcentaje |
|---------|-----------------|------------|
| 0 - 1 | 1 | 4.6 % |
| 2 - 3 | 4 | 18.1 % |
| 4 - 5 | 10 | 45.5 % |
| 6 ó más | 7 | 31.8 % |
| TOTAL | 22 | 100.0 % |

Nótese que el grupo de paridad más frecuente fué el grupo de 4 a 5 partos, seguido del grupo de 2 a 3 partos, que es lo contrario de lo que sucedió en el caso de los dispositivos intrauterinos, aunque haciendo notar que la muestra es muy pequeña para hacer comparaciones. En cuanto al grupo de 0 a 1 parto fué también el menos frecuente en el caso de los anticonceptivos orales.

C U A D R O 14

La frecuencia por edades en el grupo de los anticonceptivos orales fué:

| EDAD | No.de pacientes | Porcentaje |
|---------------|-----------------|----------------|
| 15 - 19 años | 0 | 0.0 % |
| 20 - 24 años | 6 | 27.3 % |
| 25 - 29 años | 11 | 50.0 % |
| 30 - 34 años | 1 | 4.6 % |
| 35 - 39 años | 4 | 18.1 % |
| 40 años o más | 0 | 0.0 % |
| TOTAL | 22 | 100.0 % |

Obsérvese que la frecuencia de grupo etario mayor fué de 50% y corresponde al grupo de 25 a 29 años, seguido del grupo de 20 a 24 años con 27.3%, sucediendo el mismo fenómeno que con los dispositivos intrauterinos. Una diferencia manifiesta viene con el grupo que ocupó el tercer lugar, puesto que en cuanto a este grupo de anticonceptivos orales el grupo de 35 a 39 años ocupó el tercer lugar en frecuencia con un 18.1%, en el caso de los dispositivos intrauterinos el tercer lugar lo ocupó el grupo de 20 a 24 años.

No hubo pacientes que tomaran anticonceptivos orales en los grupos etarios más jóvenes y más viejos, tal como lo demuestra el cuadro anterior.

La ausencia de pacientes en los grupos etarios de 15 a 19 años y de 40 años ó más puede deberse a que la muestra es muy pequeña, como para que este porcentaje de 0.0 tenga un valor significativo. En cuanto a los otros grupos de edades las diferencias son manifiestas.

Veamos el tipo de dispositivos intrauterinos que se colocaron en las pacientes en estudio en su primera consulta:

C U A D R O 15

DISPOSITIVO INTRAUTERINO USADO

| DIU INSERTADO | No.de Pacientes | Porcentaje |
|------------------|-----------------|----------------|
| Lippes A | 0 | 0.0 % |
| Lippes B | 7 | 0.4 % |
| Lippes C | 2353 | 90.3 % |
| Lippes D | 231 | 8.8 % |
| Mangulies grande | 12 | 0.5 % |
| TOTAL | 2603 | 100.0 % |

Como puede verse, al 90.3% de las pacientes se les insertó el Lippes C. Es importante que se tenga muy en cuenta esta enorme diferencia, por los resultados posteriores del estudio. No había en los expedientes clínicos explicación alguna del por qué se empleó en la mayoría de los casos el asa de Lippes C.

INCIDENCIA DE EMBARAZOS.

Seguidamente veremos la distribución de embarazos, lo que representa el índice de fracasos del dispositivo intrauterino, de acuerdo a la paridad de las pacientes.

En los 2.603 pacientes estudiados hubo un total de 64 embarazos, lo que representa el 2.4% del total. La distribución y frecuencia de acuerdo con la paridad fué la siguiente:

C U A D R O 16

INCIDENCIA DE EMBARAZO, SEGUN LA PARIDAD :

| PARIDAD | No.de Pacientes | No.de Embarazos | Porcentaje |
|--------------|-----------------|-----------------|------------|
| 0 - 1 | 154 | 7 | 4.54+3.09% |
| 2 - 3 | 991 | 25 | 2.52+0.85% |
| 4 - 5 | 853 | 16 | 1.87+0.66% |
| 6 ó más | 605 | 16 | 2.64+1.10% |
| TOTAL | 2603 | 64 | |

Obsérvese que el grupo más frecuente en los que hubo embarazo fué el de la paridad de 0-1, y desciende a la paridad de 4-5, para luego ascender en las multíparas. Obsérvese también que en cuanto más pequeña es la muestra mayor es la variación que existe en estos porcentajes, tal como sucede en el grupo de paridad de 0-1.

Veamos ahora lo que sucedió en la incidencia de embarazos distribuidos de acuerdo a los grupos etarios:

C U A D R O 17

Incidencia de Embarazos, según la edad:

| EDAD | No.de Pacientes | No.de Embarazos | Porcentaje |
|----------------|-----------------|-----------------|-------------|
| 15-19 años | 154 | 4 | 2.59+ 2.2 % |
| 20-24 años | 806 | 27 | 3.34+ 1.17% |
| 25-29 años | 864 | 20 | 2.31+ 0.91% |
| 30-34 años | 500 | 9 | 1.90+ 0.85% |
| 35-39 años | 231 | 4 | 1.73+ 1.08% |
| 40 ó más años, | 38 | 0 | 0.00 % |
| TOTAL | 2603 | 64 | |

En cuanto a la edad vemos que la frecuencia disminuyó desde el grupo de 20 a 24 años hasta el de 40 ó más años, en el cual no hubo ningún embarazo, lo que contrasta con el resto de los demás grupos etarios, sin dejar de tomar en cuenta que esta muestra es pequeña si se compara con todas las demás. Como puede verse también que el grupo de 15 a 19 años ocupó el segundo lugar en frecuencia.

Si bien es cierto que la variación entre cada uno de estos porcentajes es pequeña, también es cierto que existe diferencia entre ellos. Más adelante se presentarán estos datos en una gráfica para su mejor interpretación.

Tanto al grupo de embarazos por paridad y por grupos de edades se les hizo la prueba de χ^2 , y en ambos casos se comprobó por medio de esta prueba que tanto para la paridad como para los grupos etarios las diferencias entre cada grupo de paridad y de edades no son significativas. O sea, que en nuestro estudio, no se puede concluir a pesar de los datos observados, que a medida que la mujer es más vieja el índice de embarazos es menor y viceversa. Lo mismo puede decirse para la paridad o sea que en cuanto más partos ha tenido una paciente menor es la incidencia de embarazos. Pero debe hacerse notar que en este estudio a pesar de ello, se explica, porque las diferencias son muy pequeñas. Si las diferencias de incidencia de embarazo hubieran sido mayores, probablemente desde el punto de vista estadístico habrían tenido valor.

En cuanto a los embarazos, se revisó el tipo de dispositivos intrauterinos con el cual se presentó el embarazo, tal como lo vemos en este cuadro.

C U A D R O 18

Frecuencia de DIU, con que hubo embarazos

| DIU INSERTADO | No.de Embarazos | PORCENTAJE |
|------------------|-----------------|------------|
| Lippes A | 0 | 0.0 % |
| Lippes B | 0 | 0.0 % |
| Lippes C | 60 | 93.7 % |
| Lippes D | 4 | 6.3 % |
| Margulies grande | 0 | 0.0 % |
| Total | 64 | 100.0 % |

Obsérvese que el 93% de los embarazos fué con Lippes C, tal como antes había dicho, ésto era lo que se esperaba puesto que el 90% de las pacientes tenían colocado Lippes C, seguido de Lippes D.

Al momento de comprobar el embarazo el dispositivo intrauterino se encontró en las cuatro siguientes posiciones:

C U A D R O 19

Posición del DIU, al comprobar embarazo:

| POSICION DIU | No.de Embarazos | Porcentaje |
|----------------|-----------------|------------|
| "IN SITU" | 28 | 43.7 % |
| VAGINA | 9 | 14.1 % |
| AUSENTE | 15 | 23.4 % |
| NO DETERMINADO | 12 | 18.8 % |
| TOTAL | 64 | 100.0 % |

Como puede verse en el 43.7% de los casos de embarazo el DIU estaba "in situ" seguido por la posición de "ausencia" en el 23.4% de embarazos. No se pudo determinar su posición en el 18% de los embarazos. Finalmente en la vagina fué donde se encontró con menos frecuencia.

INCIDENCIA DE EXPULSIONES.

El número de dispositivos intrauterinos que fueron expulsados espontáneamente fué 179, o sea el 6.8% de todas las pacientes a quienes se les colocó el DIU.

Veamos su frecuencia de acuerdo con la paridad:

C U A D R O 20

Incidencia de expulsiones según la paridad:

| PARIDAD | No.de Pacientes | No.de Retiros | Porcentaje |
|---------|-----------------|---------------|--------------|
| 0 - 1 | 154 | 31 | 20.12+6.30 % |
| 2 - 3 | 991 | 82 | 8.27+1.68 % |
| 4 - 5 | 853 | 46 | 5.39+1.46 % |
| 6 ó más | 605 | 20 | 3.29+0.85 % |
| TOTAL | 2603 | 179 | 6.8% |

Obsérvese el notable descanso en la frecuencia a partir del grupo de más baja paridad, como es el de 0-1 que tiene una frecuencia de expulsiones espontánea de 20.12%, y que conforme la paridad aumenta, la frecuencia de expulsiones es cada vez menor, como puede observarse en este cuadro. Nótese que las diferencias de porcentajes son bastante manifiestas.

Los DIU expulsados de acuerdo con los grupos de edades fueron:

C U A D R O 21
Incidencia de Expulsiones según la edad:

| EDAD | No.de Pacientes | No.de Expulsiones | Porcentaje |
|---------------|-----------------|-------------------|-------------|
| 15 - 19 años | 154 | 26 | 16.8+5.81 % |
| 20 - 24 años | 806 | 72 | 8.93+1.68% |
| 25 - 29 años | 864 | 50 | 5.78+1.44% |
| 30 - 34 años | 500 | 24 | 4.80+1.71% |
| 35 - 39 años | 231 | 6 | 2.59+1.79% |
| 40 ó más años | 48 | 1 | 2.08+4.42% |
| TOTAL | 2603 | 179 | |

En el cuadro anterior puede notarse que la frecuencia disminuye a partir del grupo de 15-19 años, hasta el grupo de 40 ó más años. Puede observarse que a medida que la paciente es más vieja, conforme a estos grupos etarios, la frecuencia de expulsiones es cada vez menor. La frecuencia de expulsiones del grupo de 15 a 19 años es ocho veces mayor que el de 40 ó más años. El de 20-24 años, es cuatro veces mayor, el de 30-34 años es el doble.

Es evidente pues, que existe un descenso en la frecuencia de la expulsión conforme aumenta la edad de la paciente.

Tanto a la frecuencia de las expulsiones, según la paridad y según los grupos de edades, se les hizo la prueba de χ^2 , para ver si las diferencias existentes, tanto entre cada grupo de paridad, como entre cada grupo etario, eran significativas.

El resultado de esta prueba estadística es el siguiente: De acuerdo con los datos obtenidos para cada grupo etario y para cada grupo de paridad, las diferencias de las frecuencias de las expulsiones entre cada grupo etario y de paridad son significativas.

Esto quiere decir, que podemos afirmar que la frecuencia de las expulsiones es menor en cuanto mayor es la edad de la paciente, o sea que a medida que la mujer es más joven las expulsiones son más frecuentes y disminuyen al hacerse más vieja. En cuanto a la paridad podemos afirmar que en este estudio se demostró que la frecuencia de expulsiones es mayor cuanto menor es la paridad y que esta frecuencia disminuye a medida que la paridad aumenta.

La frecuencia del tipo de dispositivo intrauterino expulsado fué la siguiente:

C U A D R O 22

DIU más frecuentemente expulsado:

| DIU EXPULSADO | No.de Expulsiones | Porcentaje |
|------------------|-------------------|----------------|
| Lippes A | 0 | 0.0 % |
| Lippes B | 0 | 0.0 % |
| Lippes C | 170 | 95.5 % |
| Lippes D | 9 | 4.5 % |
| Margulies grande | 0 | 0.0 % |
| TOTAL | 179 | 100.0 % |

Nótese que el 95.5% de los DIU expulsados fueron Lippes C lo cual es fácilmente explicable porque al 90% de las pacientes se les aplicó Lippes C en su primer consulta, tal como aparece en el Cuadro 15. No hubo ninguna expulsión de Lippes B, ni de Margulies grande.

Los DIU expulsados por las pacientes de este estudio, se encontraron en las siguientes posiciones:

C U A D R O 23

Posición en que se encontró el DIU

| POSICION DIU EXPULSADO | No.de EXPULSIONES | PORCENTAJE |
|------------------------|-------------------|------------|
| -VAGINA | 17 | 43.0 % |
| AUSENTE | 99 | 55.3 % |
| NO DETERMINADO | 3 | 1.7 % |
| TOTAL | 179 | 100.0 % |

Como puede verse en el 55% de las expulsiones no se encontró el dispositivo intrauterino. En el 43% de las expulsiones no se pudo determinar en dónde se encontraba el dispositivo. Es posible que en los casos en que no se pudo determinar la posición, el dispositivo haya estado ausente, lo cual daría una frecuencia para esta posición de 57.0%

INCIDENCIA DE RETIROS.

El número de retiros fué de 356, lo que corresponde al 13.6% del total de pacientes estudiados.

Según la paridad la frecuencia de los retiros fué la siguiente:

C U A D R O 24

Incidencia de retiros según la Paridad:

| PARIDAD | Nó.de Pacientes | No.de Retiros | Porcentaje |
|---------|-----------------|---------------|--------------|
| 0 - 1 | 154 | 33 | 21.42+6.42 % |
| 2 - 3 | 991 | 157 | 15.84+2.21 % |
| 4 - 5 | 853 | 114 | 13.36+2.25 % |
| 6 ó más | 605 | 52 | 8.59+2.15 % |
| TOTAL | 2603 | 356 | |

Obsérvese que la frecuencia mayor de retiros ocurrió en el grupo con paridad de 0-1, y que va descendiendo en los grupos siguientes, o sea es cada vez menor en cuanto la paridad es mayor. Nótese que las diferencias son bastante marcadas entre los distintos grupos de paridad. El grupo con paridad de 0-1 es casi dos y media veces mayor que el de 6 ó más partos; y éste, al mismo tiempo es dos veces menor que el de 2-3 partos. La menor frecuencia ocurrió entre las mujeres de 6 ó más partos.

Según la edad de las pacientes, la frecuencia de los retiros mostró los siguientes datos:

C U A D R O 25

Incidencia de retiros según la edad:

| EDAD | No.de Pacientes | No.de Retiros | Porcentaje |
|---------------|-----------------|---------------|---------------|
| 15-19 años | 154 | 35 | 22.72+6.73 % |
| 20-24 años | 806 | 135 | 16.74+2.42 % |
| 25-29 años | 864 | 114 | 13.19+2.23 % |
| 30-34 años | 500 | 43 | 8.60+2.37 % |
| 35-39 años | 231 | 21 | 9.09+3.68 % |
| 40 ó más años | 48 | 8 | 16.66+10.37 % |
| TOTAL | 2603 | 356 | |

Como puede verse en este cuadro, la frecuencia mayor de retiros fué en las pacientes de 15-19 años de edad y de allí fué descendiendo hasta llegar al grupo de 30-34 años de edad. Sin embargo, podemos observar que de los 35 años en adelante de nuevo la frecuencia aumentó, pero este aumento aunque es notable, no ha sido mayor que la frecuencia de retiros observados en la edad de 15-19 años.

Obsérvese que la frecuencia de retiros para 40 ó más años fué de 16.66% y no supera a la de 22.72% para el primer grupo de edad. Este aumento puede deberse a la presencia de Cervicitis Crónica y Erosiones que en muchos casos obligó a retirar el aparato.

También a la frecuencia de retiros, según los grupos de edad y paridad, se les hizo la prueba de X^2 , para saber si las diferencias de frecuencias entre cada grupo de edad y paridad eran significativas.

El resultado de la prueba es el siguiente: de acuerdo con los datos obtenidos para cada grupo etario y de paridad, las diferencias entre las frecuencias de retiros para cada caso sí son significativas.

Esto quiere decir, que podemos afirmar que la frecuencia de retiros es mayor cuanto más joven es la paciente y disminuye conforme la edad de la paciente aumenta. Aunque haciendo notar que en nuestro caso para la edad de 40 años o más, la incidencia de expulsiones aumentó, pero hasta la edad de 30 años éstos datos son significativos. En cuanto a la paridad podemos afirmar que, la mayor incidencia de retiros se observa en las pacientes que tienen la menor paridad, y que ésta disminuye al

aumentar la paridad, siendo la más baja en las grandes múltiparas tal como lo hemos observado.

La frecuencia de los tipos de DIU retirados fué la siguiente:

C U A D R O 26

Frecuencia del DIU más retirado:

| TIPO DE DIU RETIRADO | No.de RETIROS | PORCENTAJE |
|----------------------|---------------|------------|
| Lippes A | 0 | 0.0 % |
| Lippes B | 2 | 0.6 % |
| Lippes C | 321 | 90.1 % |
| Lippes D | 31 | 8.7 % |
| Margulies grande | 2 | 0.6 % |
| TOTAL | 356 | 100.0 % |

Nótese que el DIU retirado más frecuente fué el Lippes C, tal como se esperaba puesto que según el cuadro 15 el 90% de las pacientes tienen colocado Lippes C, siguiéndole en frecuencia el Lippes D.

Las causas por las cuales se retiró el DIU fueron las siguientes:

C U A D R O 27

Frecuencia de las causas de retiro del DIU:

| CAUSA | No.de Retiros | Porcentaje |
|---------------------|---------------|------------|
| Hemorragia | 80 | 22.6 % |
| Dolor | 67 | 18.8 % |
| Hemorragia y dolor | 56 | 15.7 % |
| Infección | 49 | 13.7 % |
| Deseo de más hijos | 38 | 10.6 % |
| Molestias al esposo | 16 | 4.5 % |
| Temor a daños | 15 | 4.3 % |

| | | |
|-----------------------|-----|---------|
| Expulsión repetida | 12 | 3.4 % |
| Falta de confianza | 9 | 2.6 % |
| Temor a cáncer | 6 | 1.6 % |
| Separación del esposo | 6 | 1.6 % |
| Embarazo | 2 | 0.6 % |
| <hr/> | | |
| TOTAL | 356 | 100.0 % |
| <hr/> | | |

La hemorragia fué la causa más frecuente para extraer el DIU en el 22.6% de los casos; seguido del dolor en el 18.8%, luego hemorragia y dolor juntos con 15.7% de los casos y después infección con el 13.7%. Llama la atención el hecho de que el 50. lugar lo ocupó el deseo de tener más hijos, haciendo notar que de todas estas pacientes solamente dos tenían más de 25 años de edad, el resto tenían menos de 25 años de edad. En cuanto a su paridad, no hubo ninguna paciente que deseara tener más hijos que haya tenido una paridad mayor de cuatro.

De los 356 retiros, recibieron anovulatorios un total de 310 pacientes y éstas continuaron llegando a recibir su tratamiento hasta un año después de que se les puso por primera vez el DIU.

De las 46 pacientes restantes que no recibieron ningún otro método, a 38 de ellas no se les prescribió ningún otro anticonceptivo, porque deseaban tener más hijos y a seis más por haberse separado del esposo y no quisieron aceptar seguir tomando anticonceptivos. y las últimas dos pacientes fué porque se comprobó que estaban embarazadas.

En la gráfica siguiente veremos lo que sucedió con la incidencia de retiros, expulsiones y embarazos, según la paridad de cada paciente:

a - La gráfica superior (raya continua y puntos intermedios), representa los retiros; puede observarse cómo la gráfica muestra un franco descenso desde la paridad de 0-1 hasta la paridad de 6 ó más. Obsérvese que la mayor incidencia de retiros (21.42%) fué en la paridad de 0-1 y la menor (8.59%) fué en la paridad de 6 ó más. Nótese que la paridad de 0-1 en donde la muestra era pequeña la variación fué menor. Podemos afirmar (en esta gráfica que los retiros son más frecuentes en cuanto menor (0-1) es la paridad de la paciente, y disminuyen al aumentar la paridad de la paciente.

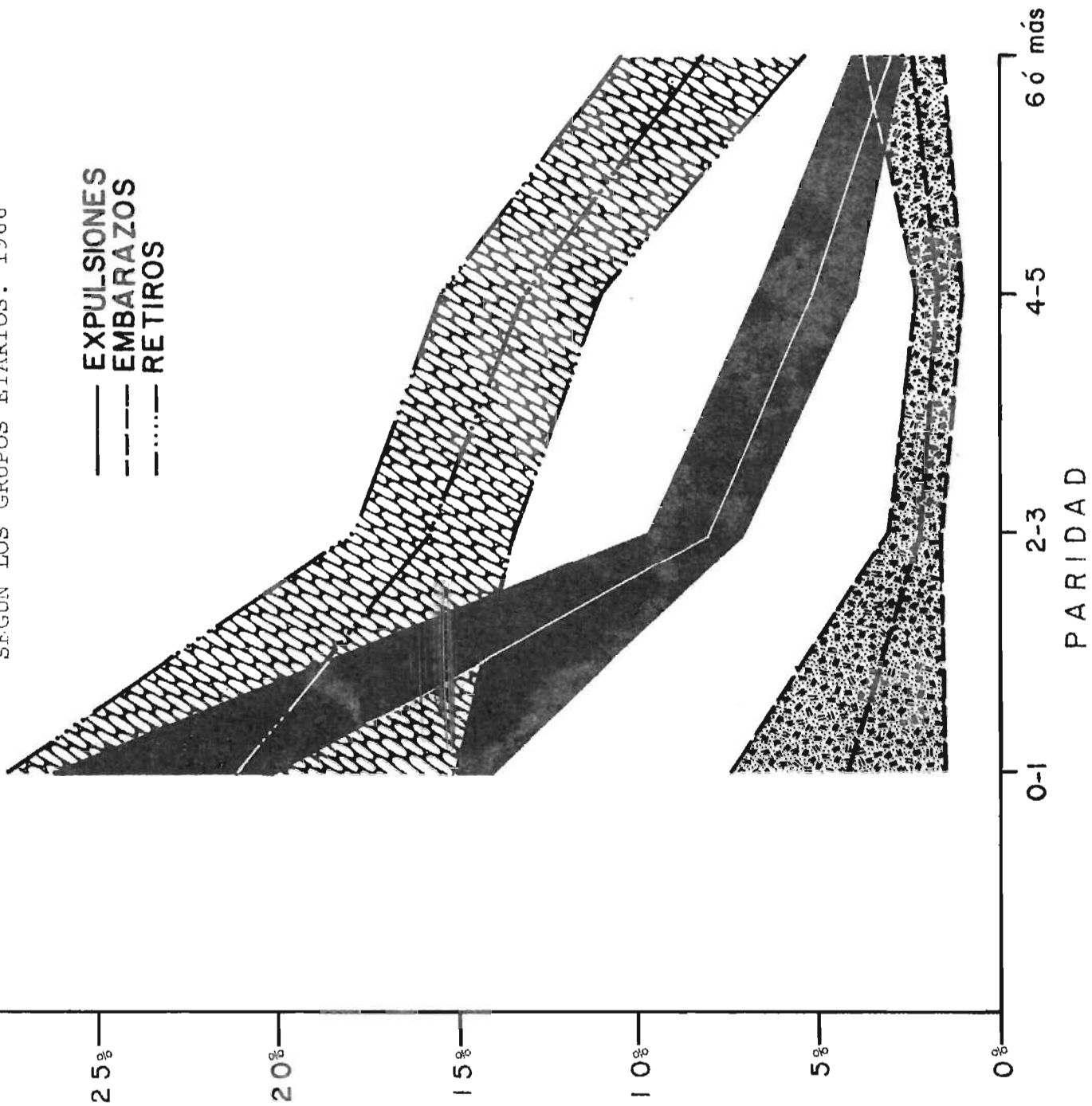
b - La gráfica intermedia (raya continúa) corresponde a las expulsiones y en ella podemos observar el descenso brusco de la paridad de 0-1 a la de 2-3 y luego el descenso progresivo desde esta paridad hasta la de 6 ó más partos. La mayor incidencia de expulsiones fué en la paridad de 0-1 ($20.12 \pm 6.3\%$) y la menor en la paridad de 6 ó más ($3.29 \pm 0.85\%$). Nótese que en la paridad de 0-1 en donde la muestra fué muy pequeña la variación fué mayor. Aquí podemos afirmar que los retiros son más frecuentes en cuanto menor (0-1) es la paridad de la paciente, y disminuyen progresivamente al aumentar la edad de la paciente.

c - La gráfica inferior (línea entrecortada) corresponde a los embarazos y se observa que disminuyen desde la paridad de 0-1 hasta la paridad de 4-5, en donde se observa un aumento hasta la paridad de 6 ó más. Obsérvese que la mayor incidencia de embarazos ($4.54 \pm 3.09\%$) ocurrió en la paridad de 0-1, y la menor incidencia en la paridad de 4-5 y luego ascendió en la paridad de 6 ó más. Aunque se observa un descenso desde la paridad de 0-1,

INCIDENCIA DE EXPULSIONES, RETIROS Y EMBARAZOS

SEGUN LOS GRUPOS ETARIOS. 1966

- EXPULSIONES
- - - EMBARAZOS
- ···· - RETIROS



estas diferencias son muy pequeñas para ser estadísticamente significantes.

Veamos lo que ocurre en la siguiente gráfica en donde se representan los mismos fenómenos, pero de acuerdo a la edad de las pacientes estudiadas.

a - En la gráfica superior (raya continua y puntos intermedios) se ha representado los retiros y puede observarse que existe un descenso desde la edad de 15 a 19 años ($22.72 \pm 6.73\%$) hasta la edad de 30-34 años ($8.60 \pm 2.37\%$) y que a partir de la edad de 35 a 39 años ($9.09 \pm 3.68\%$) la incidencia de nuevo ascendió, con una variación grande igual a la edad de 15 a 19 años, lo que puede deberse a que la muestra es muy pequeña. Podemos afirmar que los retiros son más frecuentes en cuanto menor es la edad de la paciente y disminuyen progresivamente, hasta la edad de 35 años en donde empiezan a ascender hasta la edad de 40 ó más años.

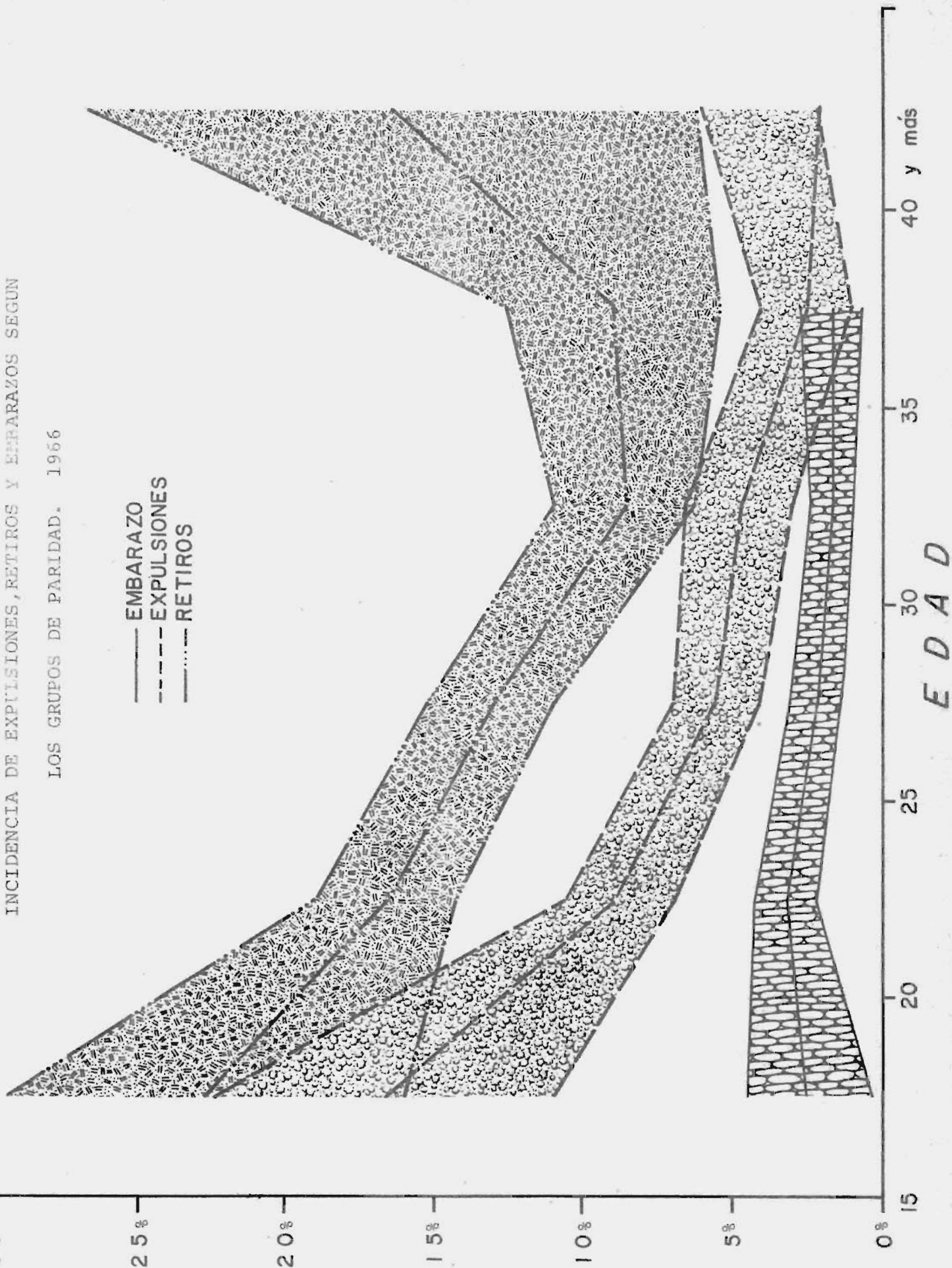
b - En la gráfica intermedia (línea entrecortada) que corresponde a las expulsiones, podemos observar que existe descenso desde la edad de 15-19 años en que la incidencia fué $6.87 \pm 5.81\%$ hasta la edad de 40 ó más años en que la incidencia fué de $2.08 \pm 4.42\%$. Obsérvese que en el último valor la variación es grande debido a la pequeñez de la muestra. Podemos afirmar aquí que la incidencia de expulsiones es mayor en cuanto menor (15-19 años) es la edad de la paciente y disminuye a medida que la edad de la paciente aumenta.

c - En la gráfica inferior (línea continua) se representa la incidencia de embarazos y puede observarse que la mayor frecuen

INCIDENCIA DE EXPULSIONES, RETIROS Y EMBARAZOS SEGUN

LOS GRUPOS DE PARIDAD. 1966

— EMBARAZO
 - - - EXPULSIONES
 ····· RETIROS



cia fué en la edad de 20-24 años (3.34 1.17%) y desde esta edad disminuyó progresivamente hasta la edad de 40 ó más años en que su frecuencia fué 0.0%.

Obsérvese que las pacientes de 15-19 años ocuparon el segundo lugar en incidencia. En este caso aunque se observa descenso las diferencias entre cada uno de estos datos son muy pequeñas y no son estadísticamente significativas.

Es importante hacer notar que de las 179 expulsiones que hubo, 18 de ellas o sea el 10.05% del total ocurrieron después del primer control y las 161 restantes expulsiones o sea el 89.95% ocurrieron en los meses siguientes.

Ya antes había dicho (Cuadro 22) que de los 179 DIU expulsados, 170 eran Lippes C y solamente 9 Lippes D de todos los insertados habían sido expulsados.

La conducta que se siguió después de la primera expulsión del Lippes C fué la siguiente:

C U A D R O 22

Tratamiento después de la primera expulsión:

| TRATAMIENTO SEGUIDO | No.de PACIENTES | PORCENTAJE |
|-------------------------------|-----------------|------------|
| Lippes A reinsertados | 2 | 1.2 % |
| Lippes B reinsertados | 0 | 0.00% |
| Lippes C reinsertados | 65 | 38.2 % |
| Lippes D reinsertados | 65 | 38.2 % |
| Margulies grande reinsertados | 3 | 1.8 % |
| Anovulatorios | 31 | 18.3 % |
| Ningún otro método | 4 | 2.3 % * |
| TOTAL | 170 | 100.0 % |

* A estas cuatro pacientes que no se le dió ningún otro mé-

todo corresponden a cuatro pacientes con DIU expulsados y en quienes se comprobó el embarazo.

Obsérvese cómo después de la primera expulsión, el porcentaje de Lippes C reinsertado es igual al del Lippes D, ó sea el 38.2% de reinsertaciones, que juntos suman 130 inserciones, o sea el 76.4% de todos los DIU reinsertados. Nótese cómo después de la primera expulsión de Lippes C, los anovolatorios ocuparon el segundo lugar en tratamiento a seguir. Luego siguió el Margulies grande. Es notorio el hecho de la reinsertación de dos Lippes A, sin aparecer la explicación en los expedientes.

De los restantes nueve Lippes D expulsados por primera vez, fueron todos reinsertados de nuevo con ese mismo tamaño.

De los 65 Lippes C reinsertados después de la primera, hubo en los meses siguientes 30 segundas expulsiones, o sea que el 46.1% de Lippes C reinsertados después de la primera expulsión fueron expulsados por segunda vez. Quedaron "in situ" después de la primera expulsión, 35 Lippes C o sea el 53.9% de los Lippes C reinsertados después de la primera expulsión.

De los 9 Lippes D reinsertados después de la primera expulsión solamente un Lippes D fué expulsado o sea el 11.1% y quedaron "in situ" 8 Lippes D, o sea el 88.9% de los Lippes D reinsertados después de la primera expulsión.

Debe tenerse en cuenta que la cantidad de Lippes C y Lippes D colocados tienen una diferencia muy grande entre ambos. La conducta que se siguió después de la segunda expulsión del Lippes C fué la siguiente:

C U A D R O 29

Tratamiento seguido después de la segunda expulsión:

| TRATAMIENTO SEGUIDO | No.de PACIENTES | PORCENTAJE |
|----------------------|-----------------|------------|
| Lippes A reinsertado | 0 | 0.0 % |
| Lippes B reinsertado | 0 | 0.0 % |
| Lippes C reinsertado | 5 | 16.6 % |
| Lippes D reinsertado | 11 | 36.7 % |
| Margulies Grande | 3 | 10.0 % |
| Anovulatorios | 11 | 36.7 % |
| TOTAL | 30 | 100.0 % |

Podemos ver que después de la segunda expulsión del Lippes C el tratamiento seguido en primer lugar fué reinsertión del Lippes D y el uso de anovulatorios cada uno con 36.7% lo que hace un total de 73.4% para ambos. Nótese que de nueve se reinsertó por segunda vez el Lippes C y en último lugar quedó la inserción del Margulies.

De estos 5 Lippes C que fueron reinsertados por segunda vez fueron expulsados por tercera vez 3 de ellos, y en esa tercera expulsión se les prescribió anovulatorios.

De estos 11 Lippes D reinsertados después de expulsar por segunda vez el Lippes C dos de ellos fueron expulsados y se les reinsertó Margulies Grande, de los cuales los dos Margulies se expulsaron y se prescribió anovulatorios.

De acuerdo con su clasificación, las citologías tomadas en la primera consulta estuvieron clasificadas así:

CUADERNO 30

Resultados de las citologías

| CITOLOGIA | No.de Pacientes | Porcentaje |
|-----------------------------------|-----------------|------------|
| GRADO 0 (NEGATIVA) | 2511 | 96.4 % |
| GRADO I (NEGATIVA INFLAMATORIA) | 29 | 1.1 % |
| GRADO II (LIGERAMENTE SOSPECHOSA) | 23 | 0.9 % |
| GRADO III (SOSPECHOSA) | 33 | 1.3 % |
| GRADO IV (ALTAMENTE SOSPECHOSA) | 2 | 0.1 % |
| GRADO V (POSITIVA) | 0 | 0.0 % |
| TOTAL | 2603 | 100.0 % |

De las 29 citologías Grado I solamente seis continuaban siendo grado I, de las citologías Grado II, 15 regresaron a ser Grado I al año de controladas. De las citologías Grado III 15 aparecieron negativas después de controles sucesivos al año siguiente. Cinco aparecieron negativas inflamatorias y las restantes 17 continuaron en estudio en el Hospital de Maternidad. De las citologías grado IV una fué reportada como Cervicitis Crónica por biopsia, en la otra no apareció reporte citológico por estar en control en el Hospital de Maternidad. (En el Hospital había sido irregular en sus controles y no se ha podido estudiar a esta paciente).

De las citologías tomadas al año de control, estuvieron distribuidas así:

CUADERNO 31

Resultado de las citologías al año de control

| CITOLOGIA | No.de Pacientes | Porcentaje |
|-----------------------------------|-----------------|------------|
| GRADO 0 (NEGATIVA) | 2473 | 95.0 % |
| GRADO I (NEGATIVA INFLAMATORIA) | 30 | 1.3 % |
| GRADO II (LIGERAMENTE SOSPECHOSA) | 12 | 0.4 % |
| GRADO III (SOSPECHOSA) | 15 | 0.5 % |
| GRADO IV (ALTAMENTE SOSPECHOSA) | 3 | 0.1 % |

| | | |
|--------------------|------|---------|
| GRADO V (POSITIVA) | 2 | 0.1 % |
| NO REPORTADAS * | 58 | 2.6 % |
| <hr/> | | |
| TOTAL | 2603 | 100.0 % |
| <hr/> | | |

* De estas 63 citologías no reportadas, 38 corresponden a las pacientes que pidieron se les retirara el espiral por desear más hijos y no volvieron a su citología. De las restantes no aparecen tomadas 18 citologías, sin especificarse el motivo por el cual no se tomó. De las doce citologías restantes, no apareció el reporte.

Las pacientes con citología grado IV y V fueron referidas al Hospital de Maternidad para su estudio.

V - RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

RESUMEN:

Se estudió el trabajo realizado por la Asociación Demográfica Salvadoreña en sus consultorios de San Salvador y se encontró que durante el año de 1966, habían asistido 3778 pacientes, de las cuales 2625 (el 69.5%) regresaron al año control; 1014 pacientes (26.8%) no regresaron a su primer control por motivos desconocidos; 139 pacientes no habían sido controladas.

El 99.1% de las pacientes escogieron el DIU como método anticonceptivo, lo cual demuestra la gran aceptabilidad del método.

En los consultorios establecidos en esta ciudad por la ADS, las pacientes que más solicitaron servicio fueron las que tenían paridad de 2 a 3; y el grupo etario más frecuente fué el de 25 a 29 años. De todas las pacientes a quienes se les dió anticonceptivos orales después de retirarles el DIU, no se observó ningún embarazo al año de control. Hubo 2.4% de embarazos con DIU, del total de pacientes estudiadas, lo cual demuestra la alta efectividad de este método en este grupo de población.

De las 23 citologías Grado II, 15 regresaron a ser Grado I al año de control. De las 38 citologías Grado III, 15 regresaron a negativas al año de control; 5 regresaron a negativas inflamatorias y las restantes continuaban en estudio.

CONCLUSIONES:

- 1 - En vista de nuestro crecimiento acelerado de la población y dadas nuestras condiciones de sub-desarrollo y que no crecemos económicamente en proporción adecuada al crecimiento de la población, es una urgente necesidad la planificación familiar.
- 2 - La aceptabilidad del dispositivo intrauterino quedó francamente demostrada para este grupo de población.
- 3 - La alta efectividad del DIU se demostró para este grupo de población al observar sólo 2.4% de embarazos, del total de pacientes estudiadas.
- 4 - La incidencia de embarazo fué mayor en el grupo de paridad de 0-1 y descendió hasta la paridad de 4-5.
- 5 - La edad más frecuente de embarazos fué en el grupo de 20-24 años y luego descendió progresivamente hasta el grupo de 40 ó más años.
- 6 - La incidencia de expulsiones fué de 6.8% del total de pacientes estudiadas. La mayor frecuencia de expulsiones ocurrieron en el grupo de paridad de 0-1 y luego disminuyó hasta las de 6 ó más partos. La mayor frecuencia de expulsiones ocurrió de 15 - 19 años.
- 7 - La incidencia de expulsiones es mayor en cuanto más joven es la paciente y disminuye a medida que la edad de la paciente aumenta.
- 8 - La incidencia de expulsiones es mayor en cuanto menos partos ha tenido la paciente y disminuye a medida que la paridad de la paciente aumenta.

- 9 - La incidencia de retiros fué de 13.6% del total de pacientes estudiadas. El DIU fué retirado más frecuentemente en el grupo de pacientes con paridad de 0-1, luego disminuyó progresivamente con la paridad. La edad en que más frecuentemente se retiró fué en el grupo de 15-19 años y luego disminuyó hasta el grupo de 30-34 años.
- 10- La incidencia de retiros es mayor en cuanto menor es la paridad de la paciente y disminuye a medida que la paridad de la paciente aumenta.
- 11- La incidencia de retiros es mayor en cuanto más joven es la paciente y disminuye a medida que la edad de la paciente aumenta hasta la edad de 35 años.
- 12- La causa más frecuente de retiro del DIU fué la hemorragia, luego el dolor, el tercer lugar lo ocupó la hemorragia y el dolor juntos.
- 13- No se observó cambio de una citología de grado inferior a otro superior inmediato.

RECOMENDACIONES:

- 1 - La Asociación Demográfica Salvadoreña, debe establecer en sus consultorios, una oficina para el estudio de las pacientes que no regresan después de su primera consulta, y así poder determinar las razones por las cuales no regresan y darles la ayuda necesaria.
- 2 - La Asociación Demográfica Salvadoreña debe de hacer llegar sus servicios al área rural.

- 3 - El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe organizar programas de Planificación familiar a nivel nacional.
- 4 - Debe emplearse el método del dispositivo intrauterino para este grupo de población, por su gran aceptabilidad y su alta eficacia, plenamente comprobada en este estudio.
- 5 - La A.D.S. debe evaluar año con año los resultados de los métodos anticonceptivos utilizados en las clínicas Pro-Salud Materna.

- 1 ALENS, Z.A., Consideraciones sobre la realidad demográfica en El Salvador. Economía Salvadoreña. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de El Salvador, El Salvador, 21: 65-75, 1965.
- 2 ANUARIO ESTADISTICO. El Salvador. Sección Demográfica. 1962.
- 3 ANUARIO ESTADISTICO. El Salvador. Demografía y Salud. 1966.
- 4 BENEKE, O. San Salvador, El Salvador. 1968 (Comunicación personal).
- 5 BERNAL, A. Necesidad de investigar y calificar las características de los obreros de la construcción en El Salvador. San Salvador, El Salvador, Universidad de El Salvador. 1964, 151 p. (Tesis doctoral mimeografiada)
- 6 BIRTH CONTROL U.S. PROGRAM OF TO SLOW START. Science 156. (3776): 765, May 12, 1967.
- 7 BURLESON, D., Rodríguez, A., Vásquez, E. Estudio del aborto provocado y confesado en el Hospital de Maternidad. San Salvador. 1963. (Trabajo mimeografiado).
- 8 BUSTAMANTE, J. El aborto: problema médico-social de El Salvador. Arch.Col.Med. El Salvador, 9: 102-128, Junio 1956.
- 9 BUSTAMANTE, J. El problema médico en el control de la natalidad. Arch.Col.Med. El Salvador. 20: 211-216, Sept:1967.
- 10 BUSTAMANTE, J. San Salvador, El Salvador, 1967. (Comunicación personal.)

- 11 CALDERONE, H.S. Manual of contraceptives practice.
:: Baltimore, The Williams & Wilkins, 1964, 295 p.
- 12 CALDERONE, H.S. Técnicas anticoncepcionales. México,
Editorial Interamericana, S.A. 1966, 283 p.
- 13 DRILL, V.A. Oral contraceptives. New York, Mc Graw-Hill
Book Company, 1966, 211 p.
- 14 GREENBLATT, R.B. Ovulation. Philadelphia, J.B.Lippincott
Company, 1966. 341 p.
- 15 KLEIMAN, R.L. Manual médico, anticoncepción. México,
Editorial Pax-México, 1967. 159 p.
- 16 MARTINEZ SANDOVAL, J.A. Esterilización quirúrgica en el
Hospital de Maternidad de San Salvador. San Salvador
El Salvador, Universidad de El Salvador. 1967. 65 p.
(Tesis doctoral mimeografiada).
- 17 O.M.S. Aspectos clínicos del empleo de gestógenos orales
Serie de Informes Técnicos. No.336. 1966.
- 18 O.M.S. Aspectos fisiológicos y clínicos del empleo de
dispositivos intrauterinos. Serie de informes técni-
cos. No.332- 1966.
- 19 O.N.U. Determinantes y consecuencias de las corrientes de
población. Reporte 1953.
- 20 SIGUENZA, C.H. Planificación familiar. San Salvador, El
Salvador, Universidad de El Salvador. 1967. 36 p.
(Tesis doctoral mimeografiada).
- 21 STONE, A. "Present-day international trend un family
planning. Ann.Ny. Acad. Sci. 54: 769-775, 1952.

- 22 TIETZE, C. History of contraceptives methods. The Journal of Sex Research. 1: 69-85 July, 1965.
- 23 TIETZE, C. The clinical effectiveness of contraceptives methods. Amer.J.Obstet. Gynec. 78: 650, 1959.
- 24 TORUÑO, C., H.R. Problemas de población en El Salvador. Es necesario el control de la fecundidad? San Salvador, El Salvador. 1962. 79 p. (Tesis doctoral mimeografiada).
- 25 VIEL, B. La explosión demográfica. Cuántos son demasiados? Santiago de Chile, Universidad de Chile. 1966
242 p.