

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

República de Guatemala, Centro América

INCIDENCIA DE ABORTOS EN EL HOSPITAL  
GENERAL

**T E S I S**



Presentada a la Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
por

RAFAEL CHANG LAU

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, Noviembre de 1962.

---

*Editorial "San Antonio" — 10ª Av. 7-54, Zona 1 — Tel. 21990*

## INTRODUCCION

Habiendo desempeñado el cargo de Practicante Interno en el Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital General durante veinte meses en períodos alternos, tuve la idea de recopilar datos de las historias clínicas de las pacientes que ingresaron a ese servicio durante los tres años comprendidos del 1o. de Enero de 1959 al 31 de Diciembre de 1961, los cuales arrojaron el número más grande de ingresos en un servicio interno de dicho centro, cifra nunca superada por otro servicio.

El tema a considerar es de sumo interés como problema Médico-Social, pues demuestra un aumento progresivo anual del número de pacientes, atreviéndome a asegurar que seguirá en vía ascendente en los años venideros, mientras aumente la población local y rural, se faciliten los medios de transporte que comunican a la capital y no aumente los Centros Asistenciales Gineco-obstétricos departamentales, ni se imparta ninguna información para evitar el embarazo no deseado.

Los datos numéricos se detallan más adelante con sus respectivos cuadros estadísticos. Como se podrá ver en ellos, el mayor número corresponde a pacientes con diagnóstico de egreso de Aborto Incompleto con o sin complicación (séptico o aséptico) y el resto egresan con un diagnóstico de cualquier otra complicación prenatal.

Posterior a los datos numéricos deseo dar algunas recomendaciones, que de ser puestas en práctica reducirán la frecuencia de tales complicaciones.

*INCIDENCIA DE ABORTO*

Aborto proviene del Latín Abortio, Abortus: Sucumbir, perecer.

Se habla de aborto cuando el producto de la concepción no es viable y no puede tener sobrevivencia, ya sea porque el peso del feto es inferior a 400 gramos, o su edad menor de 24 a 26 semanas. Monro, cita el caso de un niño que pesó al nacer 397 gramos y que sobrevivió.

Hay abortos espontáneos que ocurren sin que la gestante se dé cuenta, suceden después de una o dos semanas de la fecha que debería tener su menstruación; tomándose como simples retrasos del ciclo fisiológico, pero en realidad son abortos insospechados.

Sumando el número de partos y abortos que se produjeron en los Hospitales Roosevelt y General respectivamente durante el lapso de tres años, se estableció que los abortos forman el 14.4% de dicha suma. Este es un dato obtenido de acuerdo con las estadísticas de dichos hospitales exclusivamente, ya que no se tomaron en cuenta los datos del Materno Infantil del Instituto de Seguridad Social, Hospitales Privados y residencias particulares.

La mayoría de las pacientes tratadas en el Hospital General, proceden de familias de escasos recursos económicos, no afiliadas ni beneficiarias del Centro Materno Infantil. Además el Hospital Roosevelt no recibe gestantes antes de las 22 semanas de embarazo y en el Servicio de Ginecología del Hospital General no aceptan pacientes de este tipo.

No se tomaron en cuenta las complicaciones prenatales de los casos no tratados en este centro asistencial, por no existir ningún registro de las mismas. Lo mismo puede decirse de los casos rurales donde se supone que el aborto es menos frecuente.

Como puede comprobarse en todos los tratados de la materia, la incidencia del aborto es variable, promediando en un 27.5%. Taussig menciona el extremo de 43.4% y a la vez expone la dificultad de obtener datos estadísticos exactos de los abortos en cualquier país del mundo, pero es probable que su mayoría corresponde a las ciudades centrales y su minoría en los medios rurales, de los cuales una tercera parte son espontáneos y las dos terceras partes provocados.

Con respecto a la edad de embarazo no se pudo obtener un dato exacto, ya que las pacientes en su mayoría ocultan la fecha de la última menstruación, no la recuerdan y en ocasiones no pueden expresarlo en castellano, y sin tener a la vista el producto de la concepción se dificulta aún más calcular su edad.

La incidencia de abortos en EE.UU. se estima entre 500.000 a 1.000.000 al año. En las estadísticas de abortos efectuados en las prisiones de mujeres hay un aborto por cada 2.5 partos. En Alemania de la post-guerra hubo 500.000 abortos con 25.000 defunciones. En Hamburgo en 1926 hubo 15.000 abortos con 16.000 partos, calculándose que 4/5 eran provocados.

Algunos autores mencionan que el aborto es más frecuente en el primer trimestre del embarazo, siendo más raro en el segundo.

En los datos recopilados hay mayor número de pacientes con 0 y 1 parto anterior (ver cuadro No. 3) posiblemente la mayoría de este grupo logran inducirse al aborto recurriendo a alguna persona irresponsable moralmente, ingresando al Hospital General con una complicación, tal como amenaza de aborto, aborto incompleto séptico o aséptico. Actualmente con el uso

y abuso de los antibióticos empleados por personas empíricas, las infecciones complementarias han podido reducirse.

Los aborteros, dijo alguien "son un mal que es bien habido" y existen desde tiempo inmemorial, desde la organización tribal a la era atómica.

## II

### ESTADISTICA

Los datos estadísticos que a continuación se detallarán, fueron obtenidos en los tres años a que se hace alusión (1959-60-61) sumando Ocho mil cuatrocientos setenticinco (8,475) ingresos; de estos solamente Siete Mil ciento setentiséis (7,176) historias clínicas fueron revisadas, faltando Mil doscientas noventinueve (1,299) papeletas que por diferentes causas no se pudieron localizar (extravío, error de anotación del número de historia clínica, etc., etc.).

Los datos estadísticos se analizarán en el siguiente orden:

- a) Edad
- b) Días de hospitalización
- c) Número de partos
- d) Hijos vivos
- e) Partos distócicos
- f) Cesáreas anteriores
- g) Reingresos
- h) Diagnóstico de Egreso
- i) Relación con partos del Hospital Roosevelt
- j) Abortos Previos
- k) Perforaciones Uterinas y Mortalidad
- l) Tratamiento efectuado
- m) Otros diagnósticos.

**E D A D :**

Como demuestra el cuadro No. 1, la edad es de suma importancia, ya que la mayoría de los casos están comprendidos entre los 21 y los 30 años que es la edad reproductiva por excelencia de la mujer, estas cifras coinciden con las que citan otros autores.

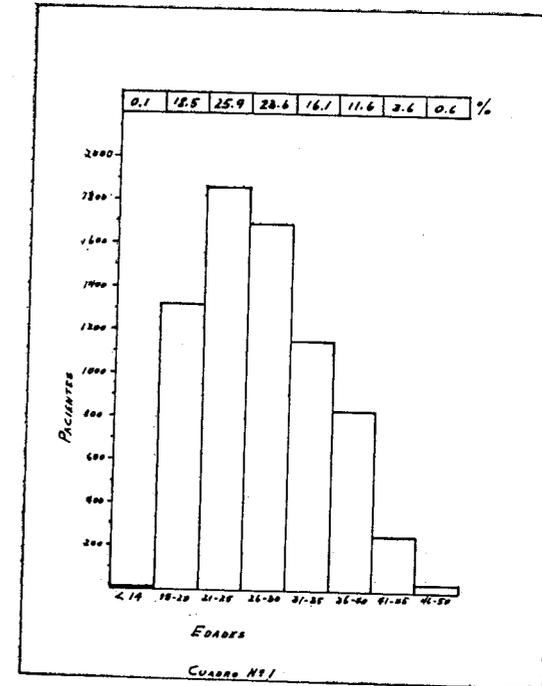
Mil ochocientos cincuentiocho casos (1,858), comprenden a pacientes de 21 a 25 años y mil seiscientos noventiseis (1,696), de los 26 a 30 años, con una relación de 25.9 y 23.6% respectivamente. Antes y después de esta edad, el número desciende contándose solo 9 casos en menores de 14 años y 41 casos entre 46 y 50 años, con la relación de 0.1% y 0.6% respectivamente.

La mujer en la edad comprendida entre 21 y 30 años con relaciones sexuales legalizadas o no, accidentales o frecuentes, de amor o de frivolidad, de cualquier estrato social, económico, religioso o moral, nuligestas o multigestas, ante un embarazo no deseado por iniciativa propia o por insinuación de tercera persona optan por desembarazarse del producto de la gestación, sér que bajo ningún momento pidió ser concebido, ya que no hay más culpabilidad que la de los individuos que con el único afán de satisfacer una necesidad biológica sexual y sin desear un niño no tomaron las precauciones necesarias para evitarlo.

Ahora preguntamos: ¿Por qué suceden estas cosas? Porque hay una escasa o nula instrucción sexual, de hombres y mujeres, tanto en el Hogar como en la Escuela, es más, al abordar el tema sexo, se evita a todo precio y cuando más tarde se dan cuenta de la realidad por experiencia propia, se lamentan los desastres que ocurren a diario y que pudieron evitarse con una adecuada educación.

Extraordinario es como veremos más adelante, que la mayor proporción recaiga sobre las nulíparas y no sobre las nul-

típaras, como autores centroamericanos lo describieron en el III Congreso de Ginecología y Obstetricia en Managua Nicaragua.



## DIAS DE HOSPITALIZACION:

En el cuadro No. 2 vemos que mil cuatrocientos sesentiocho (1,468) pacientes o sea el 20.5%, estuvieron hospitalizadas durante 3 días, que ciento cuarentiuno (141) estuvieron 0 días (2%) y veintitres (23) pacientes de 31 a 48 días (0.3%).

Con estancia aproximada de paciente-hospitalización de treinticuatro mil doscientos sesenta (34,260) días o sea un total de 93.9 años-paciente en el período en que se hizo este cómputo. Los días se contaron después de 24 horas de estancia y a partir del sexto día al trigésimo o más días, se tomó el promedio de cada columna.

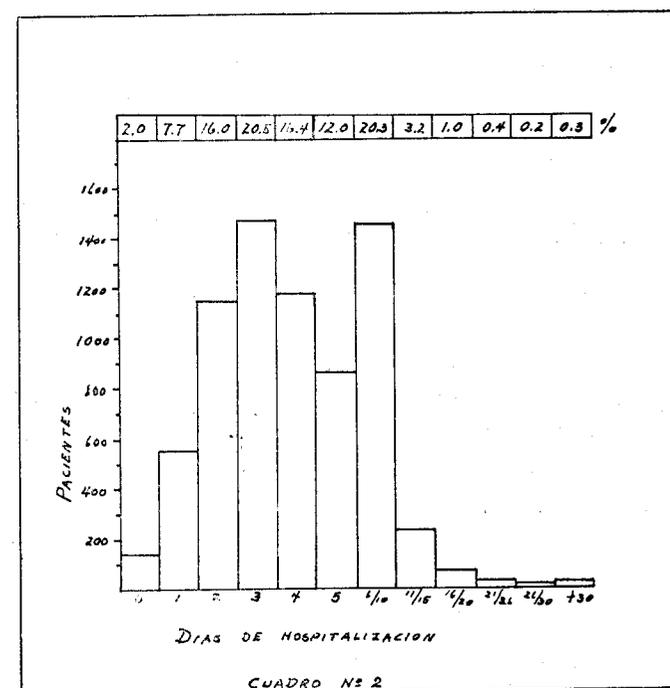
La columna primera o sea de 0 días de hospitalización comprende a afiliadas o beneficiarias del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, habiéndoles hecho el ingreso para el servicio únicamente para su tratamiento de urgencia, mientras se tramitaba el Certificado de Trabajo para ser aceptadas en el Centro Materno Infantil, ya que en el servicio de emergencia por el gran volumen de trabajo no se les hacía el tipo de interrogatorio concerniente a si gozaban o no de los beneficios del IGSS. La pregunta de si era o no beneficiaria se hacía con el único objeto de no sobrecargar el servicio, ya que como ustedes comprenden, en este centro no se exige ningún requisito legal ni material para su ingreso. La minoría de las que no fueron hospitalizadas rehusaron el tratamiento o se fugaron, algunas no habían previsto quedarse hospitalizadas y pidieron su egreso el mismo día para solucionar problemas socio-económicos, mientras se les hacía el tratamiento hospitalario, de estas unas no regresaron y otras reingresaron posteriormente.

Al principio se mencionó que este servicio (Complicaciones Prenatales) cuenta con la mayor afluencia de enfermas y mayor movimiento de pacientes en el Hospital, y teniendo un número limitado de camas (43), hay necesidad frecuentemente de colocar a dos pacientes en cada cama y en ocasiones hasta 5 en-

fermas en 2 camas contiguas. Esto es posible porque el tratamiento de estas afecciones es rápido y efectivo y hace posible una corta estancia de las pacientes en el Hospital, lo cual se ha logrado en parte, merced a los medicamentos actuales.

Esta es una situación muy especial la cual no se observa en ningún otro servicio hospitalario.

Las estancias de más de cinco días son debidas a alguna infección coadyuvante que obligó a prolongar el tratamiento ya que los casos de amenaza de aborto requieren un período de reposo más prolongado.



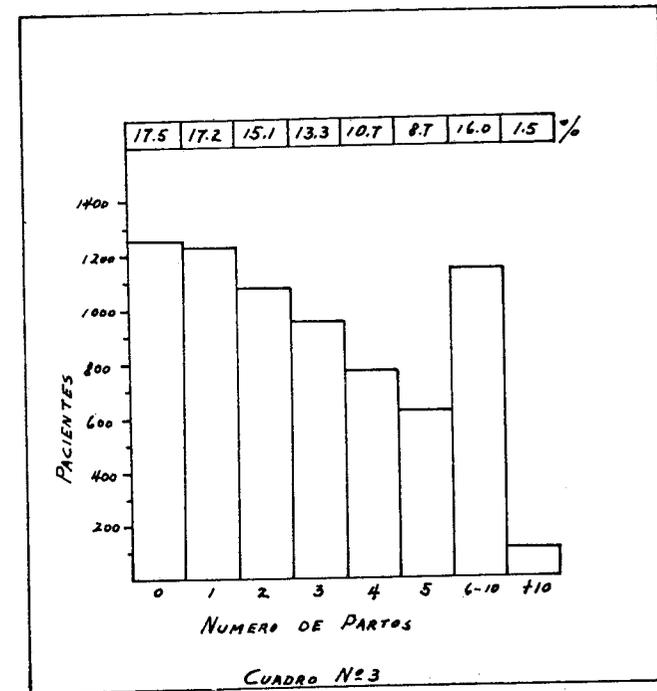
## NUMERO DE PARTOS:

El número de partos anteriores que han tenido las pacientes ingresadas al servicio, fué obtenido por el interrogatorio y nos proporcionó un dato estadístico que nos servirá de referencia al hacer comparaciones cuando se hable del número de hijos vivos en el próximo capítulo.

Como puede verse en el cuadro No. 3, el mayor número de ingresos fueron de pacientes nulíparas arrojando la suma de Mil doscientos cincuenticinco (1,255) o sea (17.5%); en segundo lugar fueron las primíparas en un total de Mil doscientos treintitrés (1,233) (17.2%). Las cifras anteriores se refieren exclusivamente al número de partos, sin tomar en cuenta que los hijos vivan o nó.

Es increíble que la mayor concurrencia de enfermas hayan sido nulíparas y primíparas y no como mencionan otros autores que la incidencia de aborto es más frecuente en las múltíparas. Esto confirma lo dicho antes a propósito de la edad, que es en la tercera década donde hay más nulíparas que primíparas con abortos previos.

Quiero hacer notar que este interrogatorio adolece de ciertos defectos por la dificultad con que se obtienen los datos de partos, porque hubo un pequeño número de pacientes de raza indígena, que no hablan el castellano; además hubo pacientes a quienes se les hizo el tratamiento de aborto por el Servicio de Emergencia, sin ninguna anamnesis, encontrándose la hoja del historial clínico vacía.

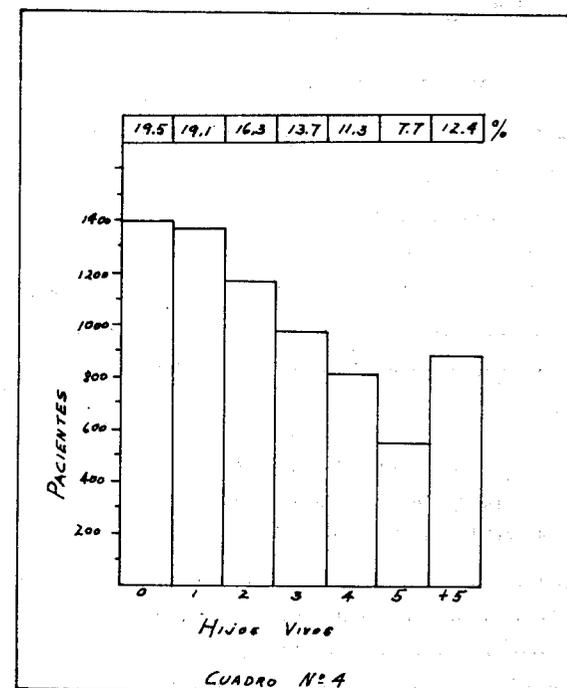


## HIJOS VIVOS:

Se anotaron únicamente los hijos vivos y no el número de partos. La primera columna del cuadro No. 4, suma mil trescientos noventa y siete (1397) casos o sea 19.5% englobado tanto a las pacientes que no tienen hijos porque fallecieron y/o las que nunca los concibieron.

Al comparar este cuadro con la cifra de la primera columna del cuadro anterior que suma 1,255, encontramos que hay mayor número de pacientes sin hijos que de pacientes nulíparas. Como no conocemos exactamente por qué causas estas pacientes no tienen hijos vivos (fallecimiento, o falta de concepción) no nos atrevemos a derivar de esta comparación una prueba de certeza de alta mortalidad infantil, sin embargo nos queda la duda de que la causa de que las cifras de mujeres sin hijos sea mayor que la de nulíparas se deba a nuestra mortalidad infantil, por esto es necesario hacer estudios estadísticos posteriores y comprobar nuestra sospecha.

La séptima columna de este cuadro donde están las pacientes con más de 5 hijos vivos que suman 890, contrasta con la séptima columna del cuadro No. 3 que tiene un total de 1,153, siendo su relación de 12.4 a 16.0% respectivamente. Esto acaba de demostrar con hechos aún más fehacientes la enorme mortalidad infantil en nuestro medio debida a la poca preparación y escasa instrucción de las madres en el cuidado de sus hijos, agregándose a ello la precaria situación económica, la mala vivienda y la pésima salubridad.



**PARTOS DISTOCICOS:**

Se encontraron:

- 32 pacientes con 1 parto distócico anterior (0.4%).
- 2 pacientes con 2 partos distócicos previos (0.02%).
- 1 paciente con 3 partos distócicos previos (0.01%).

En realidad estos datos por su escaso número, son de poco interés en el tema general que tratamos, pero se podría suponer que para evitar otra distocia se provocaron el aborto.

**CESAREAS ANTERIORES:**

89 de las enfermas egresadas del Servicio, habían presentado cesáreas anteriores.

- 71 pacientes con 1 cesárea 1%.
- 8 pacientes con 2 cesáreas 0.1%.
- 10 pacientes con 3 cesáreas 0.1%.

Este es un dato recopilado como antecedente quirúrgico obstétrico, pero que no es de gran valor al tema que tratamos.

**REINGRESOS:**

Los reingresos efectuados en el mismo mes, hicieron un total de 180 casos, de los cuales 176 reingresaron solo 1 vez (2.4%) y 4, (0.1%) 2 veces.

Entre las causas más importantes de reingreso debe citarse la debida a amenaza de aborto; prueba de que estas pacientes por su pauperismo se ven obligadas a continuar ejecutando trabajos pesados, incompatibles con su salud y a ello se debe que recaigan.

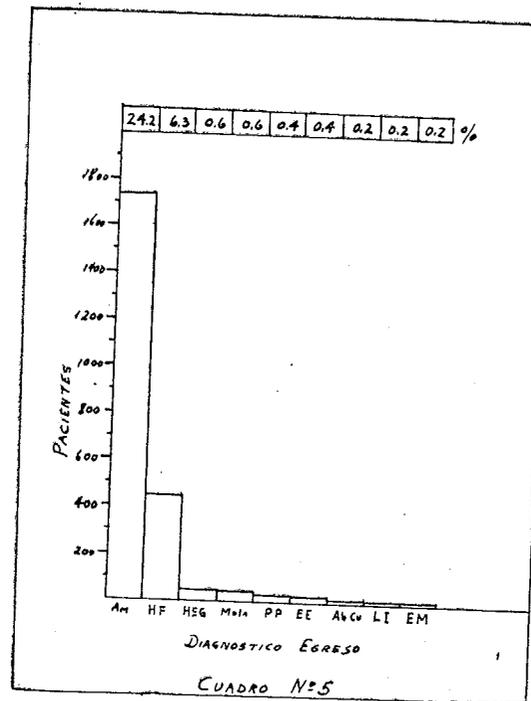
**DIAGNOSTICO DE EGRESOS:**

Cuatro mil seiscientos treintinueve (4,639) casos egresaron con diagnóstico de Aborto (63.2%), de los cuales,

- a) Aborto Completo con 282 casos, 3.9%
- b) Aborto Incompleto con 3,895 casos, 54.3%
- c) Aborto Incompleto séptico, con 362 casos, 5%

Corresponde (cuadro No. 5) en proporción descendente el diagnóstico de:

- Amenaza de aborto, con un total de 1,740 casos 24.2%
- Hemorragia Funcional con 455 casos, 6.3%
- Hiperemesis Gravidica, con 46 casos, 0.6%
- Mola Hidatiforme, con 45 pacientes, 0.6%
- Pelvi Peritonitis, con 31 casos, 0.4%
- Embarazos etópicos con 29 casos, 0.4%
- Aborto en Curso, 17 casos, 0.2%
- Legrados Incompletos, 16 casos, 0.2%
- Endometritis Post-Aborto, con 16 casos, 0.2%



*RELACION DEL NUMERO DE ABORTOS DEL  
HOSPITAL GENERAL, CON EL DE PARTOS  
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT.*

Los datos que a continuación se enumeran fueron tomados en los Hospitales General y Roosevelt, en consecuencia, nos dan exclusivamente una estimación somera e irregular del número total de partos y abortos efectuados en la Capital de Guatemala, ya que no se toman en cuenta los efectuados en otros centros, tales como el Centro Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Maternidades particulares, ni de los partos efectuados en el domicilio de las pacientes.

Existe una gran dificultad en obtener los datos de las Instituciones Privadas y especialmente las que se refieren a los partos a domicilio y a los abortos, máxime cuando hubo intervención criminal.

El total de partos en el Hospital Roosevelt durante tres años comprendidos del 1o. de Enero de 1959 al 31 de Diciembre de 1961, fué de veintinueve mil doscientos noventaicinco (29,295). En tanto que el número de ingresos al Hospital General por Complicaciones Prenatales sumó ocho mil cuatrocientos setentaicinco (8,475) en el mismo periodo de tiempo, de éstas no se tomaron en cuenta mil doscientos noventa y nueve (1,299) porque no se encontraron las fichas clínicas.

Ingresos . . . . .	8.475
Estudiados . . . . .	7.176
Extraviados . . . . .	1.299

De las estudiadas (7,176) egresaron con el diagnóstico de Aborto en sus diferentes formas 4,937 (68.7%). Hay que agregar que a 398 pacientes no se les hizo el tratamiento adecuado, por razones tales como fuga, traslados al IGSS, etc.

La relación del número de abortos, al número de partos es de 1 aborto por cada 5.9 partos, es decir que de 100 embarazadas, el 14.4% abortan, en otras palabras que cada embarazo tiene el 14.4% de probabilidades de terminar en aborto.

*ABORTOS PREVIOS:*

Se dice que hay aborto previo, cuando el interrogatorio que se les hace a los Pacientes a su ingreso, ésta refiere a ver padecido de abortos anteriores, claro está que éste dato es incompleto e inseguro en un gran número de casos, especialmente en aquellos que hubo alguna intervención criminal, resultando natural que en tal situación se oculte así un hecho que va en contra de la moral ya que es indudable que un alto porcentaje de los abortos son provocados intencionalmente y que no dejan huella alguna, cuando no presentan complicación complementaria.

De la lectura de las cifras anteriores (ver cuadro No. 6) en las que se ve que en 34.8% de las pacientes estudiadas tuvieron aborto previo, no debe inferirse que las mismas tuvieron predisposición natural al aborto como sucede a las pacientes con aborto habitual. Al contrario aquí se trata de mujeres reincidentes en la práctica del aborto provocado, siendo ésta la única o mejor solución que encuentran estas personas para evitar los problemas económico-sociales que derivan del aumento de la familia.

Esta práctica se conoce desde 2737 A. de C. encontrados en escritos chinos.

## PERFORACIONES UTERINAS Y MORTALIDAD

En la actualidad, rara vez se observa este accidente en el Hospital General, ya que la técnica y delicadeza del acto operatorio y la supervisión del Cirujano, evitan cometer tal error.

Se comprobaron con la autopsia únicamente 2 casos de perforación uterina, habiendo fallecido una de dichas pacientes en un Servicio de Medicina.

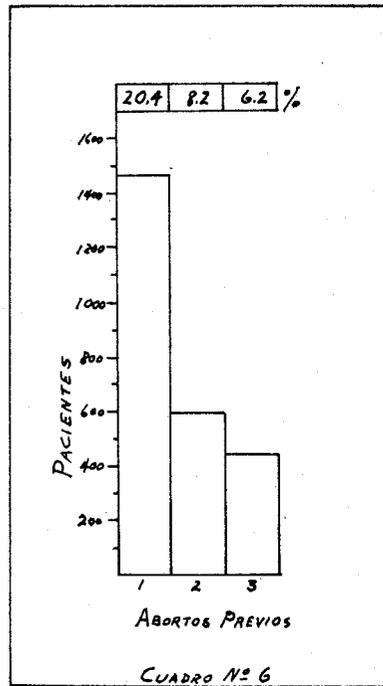
Hago notar que es posible que hayan ingresado algunas otras pacientes con perforación uterina, sin que se diagnosticara tal complicación y que la misma hubiera sido encubierta por el tratamiento sistemático a que se someten las pacientes febriles con complicaciones prenatales.

Este accidente es mucho más frecuente entre quienes practican el aborto criminal, por la situación especial en que lo ejecutan, a sabiendas de que es un acto punible, arriesgando la vida de la gestante y sometiéndola al riesgo de sufrir cualquiera otra complicación.

En consecuencia es preciso que legislen con más efectividad y severidad contra las personas que se dedican a tal oficio.

Sin embargo es preciso no ignorar que en tales casos, entre hechura y consentidora se mantiene una gran fidelidad en la preservación del secreto, lo que pone serias dificultades cuando se trata de establecer y comprobar que el aborto no obedeció a causas naturales.

En todos los países donde no está legalizado el aborto, se persigue a quienes lo practican criminalmente a pesar de lo cual la incidencia no disminuye, por ello me arriesgo a asegurar que su frecuencia no disminuirá en tanto no se establezca una adecuada planificación de la familia.



Mortalidad: Durante este período de tiempo solamente 4 pacientes fallecieron (0.05%). Una de ellas por Shock Hemorrágico. Otra por Perforación Uterina comprobada en la necropsia. Otra por Septicemia a consecuencia de aplicación incorrecta de inyección hipodérmica y la última que falleció posteriormente en un Servicio de Medicina, a consecuencia de un aborto provocado (confesado).

Puede notarse la baja mortalidad en dicho servicio por causa de aborto.

#### TRATAMIENTOS EFECTUADOS:

A continuación se enumeran los casos tratados quirúrgicamente.

Legrado instrumental, incluyendo embarazos molares, hacen un total de 3,917 pacientes correspondiendo al 54.6% del total.

Laparatomía exploradora se efectuó en 56 casos o sea 0.8% En los cuales se comprobaron 29 embarazos ectópicos (0.4% del total). Hubo 16 casos de Legrados Incompletos (0.2% del total).

Se trataron además 1,740 amenazas de aborto (24.2%). 46 casos de Hiperemesis Grávida (0.6%). 31 casos de Pelvi-peritonitis (0.4%). 16 de Endometritis (0.2%).

Se dió transfusiones sanguíneas a 558 pacientes (7.8%).

En este estudio, no se incluye el tratamiento Médico complementario, que varió en cada caso particular.

En todos los legrados instrumentales se usó anestesia general de acción ultracorta, Tiobarbiturato de sodio (Tiamilal sódico), por vía intravenosa, sin haberse presentado ningún accidente.

#### OTROS DIAGNOSTICOS:

Dentro del total de Historias Clínicas recopiladas, se encontró una gran variedad de enfermedades de diversa índole tanto de esfera Médica como de la Quirúrgica, así como enfermedades gineco-tológicas. Es de lamentarse, que el Servicio de Complicaciones Prenatales, se encuentre separado de los de Ginecología y Obstetricia, ya que a mi juicio deben estar unidos, es decir en un mismo Centro, para evitar pérdidas de tiempo en el tratamiento inmediato de las pacientes y lograr una mejor enseñanza en dicha rama a los estudiantes de Medicina.

No se mencionan enfermedades en particular, para no hacer mas extenso el tema: Las enfermedades diagnosticadas fueron:

- a) Del Area Anexial, 52 casos.
- b) De la esfera uterina, 5 casos (Fibromas. TBC, C. A. del Cervix, Pólipos, Cervicitis).
- c) Vaginal, 13 casos, tanto traumáticos como infecciosos, (Leucorrea, Vaginitis, traumáticos Post-coito).
- d) Tológicas netamente, casos de amenaza de partos Prematuro y Puerperios, 10 casos enviados al Hospital Roosevelt.
- e) Médicas, contándose Neumonías, Tifoideas, Tuberculosis Pulmonar, Diarreas Infecciosas, Lumbago, Ciática, Distonía Neurovegetativa, Flebotrombosis, etc.
- f) Quirúrgicas: Hernias, Fístulas.
- g) Venéreas: Lues, Bartoliníitis.
- h) Urológicas: Cistitis.

- i) Esterilidad, 2 casos.
- j) Aborto en curso, 17 casos 0.2%.
- k) Aborto Frustrado, 4 casos, las pacientes no volvieron en la fecha citada para control. Por consiguiente se ignora la evolución posterior de las mismas.
- l) Embarazos Ectópicos, 29 casos (0.4%) esta cifra es pequeña porque los casos se resuelven en Emergencia y Ginecología.

Algunas pacientes egresaron con el diagnóstico de Complicación Prenatal ,agregado a uno de los diagnósticos mencionados.

La situación expuesta nos hace ver la urgencia de que los Servicios de Ginecología y Tología formen una sola unidad. Por la relación que existe entre ellas y porque de su integración derivan los beneficios de un tratamiento integral a las pacientes.

### I I I

#### *EDUCACION SEXUAL DE LA POBLACION GUATEMALTECA:*

Este es tema de gran interés general que involucra particularmente a ambos sexos en la edad de la pubertad y en el período reproductivo.

De su discusión y divulgación se pueden obtener grandes beneficios.

El tema sexual para la mayoría de los padres es un tabú jamás lo discuten con sus hijos, obedeciendo esto a prejuicios religiosos o de otros orígenes que están arraigados en la sociedad, se veda que a los niños se les impartan conocimientos de orden científico, la juventud busca por sus propios medios el acceso a lo desconocido y prohibido, resultando de ello experiencias desastrosas en formación ulterior del individuo.

Sería más sano guiarlos correctamente, evitando malas interpretaciones y tergiversaciones sobre lo que es el sexo, una educación sexual bien orientada conduciría a formar un nuevo tipo de familia guatemalteca más armoniosa, íntegra y feliz.

Sería deseable que una campaña educativa de ese tipo abarcara a todas las personas que se encuentran en el período del desarrollo sexual, sin importar su condición económica y cultural, esta educación puede impartirse en el hogar, la escuela o en instituciones creadas para el efecto.

No se nos oculta el hecho de que siendo el 71.9% de la población guatemalteca, analfabeta, una campaña educativa de este orden implica la erogación de un gran esfuerzo, pero por

otro lado es un hecho innegable que toda persona nace con sexo y que no es un esfuerzo mal gastado tratar de que todos y cada uno de los miembros de la sociedad tengan la oportunidad de recibir educación sexual. Para así lograr personas de conducta sexual normal, de limitar en forma racional la explosión demográfica que se avecina y el de ahorrarle a los adolescentes jóvenes y adultos la serie de problemas de orden emocional, económico y social que se derivan de la falta de educación sexual y de los errores que comete por esa misma falta.

En nuestro medio casi sin excepción el individuo obtiene el conocimiento relativo al sexo a través de su propia experiencia o por lecturas muchas veces mal orientadas y perjudiciales a diferencia de la que se obtendría siguiendo un programa bien planeado, amablemente impartido, lógicamente expuesto, es decir beneficioso en sus resultados.

## I V

### *CREACION DE CLINICAS DE ORIENTACION*

Con el apoyo del Estado y bajo la supervisión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se pueden crear Centros de Consulta para orientación y a la vez organizar cursillos de preparación pre-nupcial para todas aquellas personas que fuesen a contraer patrimonio, en los que se explicará científicamente cómo conducirse antes y durante el matrimonio, no olvidándose de divulgar los cuidados especiales que necesita el recién nacido y su educación posterior.

En estos mismos centros se ayudará a la mujer u hombre que presenten esterilidad.

Los horarios de tales cursos estarán comprendidos fuera de las horas ordinarias de trabajo, con el objeto de lograr mayor concurrencia. Los cursillos que se han de impartir tienen que ser bien preparados, por Médicos especializados en la materia y la exposición que se haga, será lo más concreto, de fácil asimilación dando a los oyentes literatura sobre los temas tratados.

La duración del cursillo deberá ser cuidadosamente estudiada, dejo al criterio de los especializados establecerla, sin embargo deseo dar mi opinión acerca de la forma de impartir este cursillo.

Toda aquella pareja que desee contraer matrimonio, tendrá que asistir al cursillo, en grupos separados de hombres y mujeres, una hora diaria, durante 10 días y luego conjuntamente 5 horas más, para completar un total de 15 horas por persona.

Es posible, que de hacer obligatoria la asistencia a este cursillo, el número de matrimonios baje, pero si los contrayentes

notan que es de beneficio e indispensable para la vida matrimonial, es casi seguro que aumente el número de matrimonios legalizados.

Si se llegara a realizar esta obra haciéndola obligatoria, me atrevo a pre-decir, que en un futuro cercano, habrán familias guatemaltecas felices e hijos útiles a la patria.

Actualmente se exige a los contrayentes un certificado prenupcial, especialmente al hombre; de la misma manera se les exigiría certificado de asistencia a los cursillos previos a contraer nupcias.

El número de matrimonios en la República, es muy bajo; la tasa por 1000 habitantes fué de 4.4 en el año de 1960, es decir que se contó con 16,561 matrimonios legalizados.

Además de impartir cursillos, estos centros servirían de consultorios, para atender a aquellas personas que tengan problemas de orden sexológico e igualmente en la orientación de una familia planificada.

## V

### PLANIFICACION DE LA FAMILIA

Guatemala no es un país super-poblado, pero esto no quiere decir que no deba regularse el número de hijos espaciándoles en lo posible, limitándolos.

Se dice que el progreso de una nación va de acuerdo con, el aumento del número de sus habitantes, pero no debe incrementarse la población con hijos nacidos en un ambiente miserable de insalubridad; preferible es tener una familia limitada, a la que se le pueda garantizar salud y bienestar, promoviendo la formación de ciudadanos útiles a la comunidad.

En otros países no sobre poblados y desarrollados, está tomando auge el control de la concepción para una planificación familiar.

Margaret Sanger de los E.E.U.U., popularizó el control de la natalidad, a pesar de todos los ataques sufridos, cristalizó su ideal, como lo prueba el hecho de que actualmente hay establecidas más de 200 clínicas que dan información tanto para el control de la concepción como para luchar contra la esterilidad.

En Guatemala, no se cuenta en la actualidad con ningún centro de información y ayuda para la planificación de la familia; hay urgente necesidad de que se funde, ya que nuestra mortalidad infantil es sumamente elevada y el aumento progresivo de la natalidad repercute directamente sobre los índices de mortalidad infantil.

Hemos hecho notar al principio de este trabajo que en Guatemala el número de abortos aumenta cada año, se puede afirmar que tales abortos son en su mayoría provocados, a pe-

sar de no contar con datos de absoluta certeza, siendo esta la manera de reaccionar para planificar la familia en nuestro medio en forma empírica, ignorante e inconsciente, arriesgando salud y vida y considero más conveniente el control científico de la concepción y no la destrucción del producto de la gestación por medios criminales.

En México, actualmente funcionan dos clínicas destinadas para el efecto y cada día se popularizan más y más. Son varios los países Europeos que tienen problemas de super población y cuentan con clínicas para el mismo fin.

En la Rusia socialista, se legalizó el aborto voluntario, se prohibió en el año 1936 aduciéndose un fracaso total.

Con lo anteriormente dicho se demuestra que conviene bajo todo punto de vista un control de la natalidad, especialmente para Guatemala, haciendo para ello previos estudios socio-económicos y evitándose malas interpretaciones de éste tema tan serio y delicado en el fondo.

## V I

### *METODOS ANTICONCEPTIVOS*

Para el logro de una efectiva y segura planificación familiar se recurren a sistemas científicos reconocidos llamados en general contraceptivos, que etimológicamente significan todo aquello que está en contra, de la unión de producto de la célula germinal masculina con la femenina; es decir la falta de unión del espermatozoo con el óvulo. Infinidad de substancias y productos se han ideado desde tiempos inmemoriales desde Onan hasta nuestra fecha, es decir, desde el Coitus Interruptus (Onanismo) hasta los productos científicos comprobados y aconsejables de la actualidad.

Se usa corrientemente métodos anticonceptivos de esa escasa o ninguna eficacia a pesar de haberse probado fisiológicamente su poco valor, en la práctica diaria los más corrientes (el coitus interruptus que es el onanismo) son: abstinencia, coitus interruptus, ritmo, duchas vaginales post-coito.

1) Abstinencia: muy difícil de realizar salvo por enfermedad o convicción; la abstinencia por impotencia sexual pone en peligro la felicidad del hogar; la abstinencia forzada va en contra de las leyes naturales y conduce a la aparición de neurosis.

2) Coito interrumpido: da origen a traumatismos psíquicos, además de ser difícil controlar la eyaculación.

3) Ritmo: está comprobado que este sistema es muy inseguro porque la ovulación puede ocurrir entre el sexto y 22º día del ciclo, por lo cual las concepciones siguiendo el ritmo son muy frecuentes.

4) Los métodos anticonceptivos más eficaces comprenden el uso de los siguientes medios: a) preservativos, b) jaleas, c) cremas, d) diafragma, e) capuchones cervicales, f) tapones cervicales, g) medicamentosos, h) quirúrgicos.

Indudablemente el más eficaz es el uso de esteroides que inhiben la ovulación, sin embargo no ha transcurrido un período de prueba suficiente que nos garantice su inocuidad, por otra parte la interferencia de estos fármacos en el desarrollo normal de los cambios cíclicos del ovario nos hace pensar que el método es antifisiológico y que posiblemente trastorna los mecanismos regulatorios recíprocos que normalmente mantienen la hipófisis y los ovarios.

El uso de preservativos es bastante eficaz pero no debemos ignorar que muchas personas lo rehusan considerando que interfieren con el logro de placer normal.

El uso de crema y de diafragma parece ser uno de los medios más eficaces y menos molestos de evitar la concepción, sin embargo no nos atrevemos aconsejarlo para una campaña masiva debido a que su costo sobrepasa las posibilidades de la mayoría de nuestra población.

El uso de tapones o de esponjas impregnadas en polvos o soluciones anticonceptivas a pesar de que su eficacia es sólo de un 80% aproximadamente podría aconsejarse en el desarrollo de una campaña nacional de planificación de la familia.

Los métodos Quirúrgicos comprenden las ligaduras de las trompas en la mujer o la de los conductos deferentes en el hombre. También se pueden practicar las ligaduras reversibles de las trompas.

No se aconseja, desde luego, el uso de métodos más radicales, de esterilización quirúrgica, ni el uso de radiaciones con el mismo fin.

En resumen, la elección en el método anticonceptivo estaría condicionada 1o.) a las condiciones económicas de la familia. 2o.) a la predilección de cada sujeto en participar porque ningún método debe producir disminución o pérdida del placer del acto sexual.

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos en términos generales su adopción es indeseable, no sólo porque toda intervención quirúrgica encierra riesgos potenciales y estos casos, se toman un riesgo innecesario, sino por que puede conducir a una esterilidad permanente. Y no es frecuente que por fallecimiento de uno de los cónyuges o aún sin esta condición se encare el problema de no poder tener más hijos a pesar de desearlos. Por otra parte algunas personas después de una intervención de este tipo, experimentan la sensación de estar incompletas sexualmente. Esto puede conducir a la disminución de la libido, aparición de frigidez y otras manifestaciones neuróticas.

## CONCLUSIONES

- 1o.—El número de pacientes que ingresan al Hospital General por complicaciones Prenatales es bastante alto y su tratamiento absorbe una parte considerable del presupuesto hospitalario, en consecuencia es urgente tomar medidas que tiendan a disminuir su incidencia.
- 2o.—El Servicio de Complicaciones Prenatales tiene un número limitado de camas para atender un gran número de pacientes.
- 3o.—El Servicio de Complicaciones Prenatales debe integrarse a los Servicios de Ginecología y Obstetricia.
- 4o.—Siendo el número de Abortos tan grande, hay que señalar que el índice de mortalidad es bajo.
- 5o.—Creemos que el mayor número de abortos especialmente en mujeres jóvenes y múltiparas sean abortos provocados, aunque su demostración es sumamente difícil.
- 6o.—Se debe fomentar la educación sexual bien planificada de todos los sectores de nuestra sociedad.
- 7o.—Se insiste en la creación de Centros de Orientación para planificar la familia.
- 8o.—Exigir como requisito previo al matrimonio la asistencia a los cursillos de preparación pre-nupcial.
- 9o.—Por Historias Clínicas incompletas debido posiblemente a la necesidad de movilizar a las pacientes rápidamente, no se pudieron catalogar otros datos de mucha importancia.

RAFAEL CHANG LAU.

FRANCISCO CEREZO  
Asesor

FERNANDO MOLINA B.  
Revisor

Vo. Bo.

CARLOS ARMANDO SOTO  
Secretario

Imprímase

RAUL RODRIGUEZ PADILLA  
Decano Interino

BIBLIOGRAFIA

- 1) American Journal of Obstetric and Gynecology — Vol. 79, No. 3; marzo 1960. Vol. 80, No. 6; Diciembre 1960.
- 2) American Journal of Obstetric and Gynecology — Vol. 81 N° 2, Febrero 1961. Vol. 82 No. 2, Febrero 1961.
- 3) American Journal of Obstetric and Gynecology — Vol. 83 N° 9, Mayo 1962. Vol. 83 No. 11, Junio 1962.
- 4) Bierring Walter. Rypins, Medical Licensure Ejamintions — 9th Edition. 1960.
- 5) Castañeda Palacios, Ricardo. "Consideraciones Relativas al Problema de Aborto Provocado y enfoque de una Campaña Anti-Conceptiva. Modificación de la Técnica de Esterilización Reversible de Aldrige", Revista del Colegio de Médicos, 1954.
- 6) Davis Loyal, M. D. Texbook of Sugery — Philadelphia London 1956.
- 7) Dubrow, M. D. Hilliard y Col. Combined Postpartum and Family — Planning Clinic — Obstetricias Gynecology — Vol. 11 No. 5 de Mayo de 1958.
- 8) Dirección General de Estadística — Guatemala en Cifras — República de Guatemala, 1960.
- 9) Falls — Holt, Atlas of Obstetrics Complications. 1961.
- 10) Family Planning New — Published by The Pathfinder Fund. Vol. 3, No. 2 Octubre 1961 —U.S.A.

- 11) Finkelstein y Col. La Eficacia del Preceptín Gel. The American Academy of Obstetrics and Gynecology — Vol. 4 N° 2 Agosto de 1954.
- 12) Gradwohl R. B. H. — Legal Medicine C. V., Mosby Company — 1954.
- 13) Girón Manuel Antonio — Pediatría Social — Guatemala, 1956.
- 14) Mondor, H. Diagnostics Urgents — Sixième Edition — 1947.
- 15) Martius Heinrich — Tratado de Obstetricia — Barcelona Madrid.
- 16) Pavlovsky, A. J. — Abdomén agudo Quirúrgico IV edition 1947
- 17) Reid Duncan E. — Textbook of Obstetrics 1962.
- 18) Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología — No. 3.
- 19) Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología Vol. II No. 3 1962 Vol. II No. 1. 1962. Vol. I, N° 4. 1961.
- 20) Telinde Richard W. Perative Gynecology II, Edition — 1953.
- 21) The Journal of the American Medical Association — Vol. 180. No. 5, Chicago, Illinois. Mayo 5 1962.
- 22) Winter & Naujoks. El Aborto Artificial. — Madrid.

- 23) Wharton, Ph, B., M. D. — Ginecología — Urología Femenina, México, D. F.
- 24) Zalba M. y Bozal J. El Magisterio Eclesiástico y La Medicina. — Madrid. 1955.