

1971

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



PLANIFICACION FAMILIAR

GUILLERMO GLAUSER PIRA

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. HISTORIA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR
- III. OBJETIVOS
- IV. DESCRIPCION DE LOS SIGUIENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS:
 1. Permanentes
 - a) Esterilización
 - b) Vasectomía en el hombre
 - c) Ligadura de trompas uterinas en la mujer.
 2. Sin ningún agente
 - a) Ritmo
 - b) Método de la temperatura basal
 - c) Método del Dr. Billings
 - d) Lactancia, etc.
 3. Con agentes químicos o mecánicos
 - a) Diafragmas
 - b) Tapones cervicales
 - c) Espermicidas
 - d) Dispositivos intrauterinos, etc.
 4. Hormonas Esteroides
 - a) Orales
 - b) Inyectables
- V. DESARROLLO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR CON METODOS ANTICONCEPTIVOS:
 1. Planificación familiar post-parto
 2. Resumen del 5o. informe de progreso de anticoncepción uterina.
 3. Investigación: Estudio de Singur (India)
 4. Planificación familiar en los países socialistas
 5. Factores que afectan la fecundidad en los mismos.
- VI. UN EXPERIMENTO SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR EN ACATENANGO
- VII. RESUMEN
- IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

La explosión demográfica que cada día es más comentada, está creando problemas cada vez más difíciles de resolver. El Mundo en la actualidad está habitado por tres mil millones de personas actualmente, y según los cálculos que se han efectuado, es posible que para finales del Siglo XX exista una población global de siete mil millones. Cada día se presentan mayores problemas educacionales, sociales y económicos, y es más difícil producir más y mejores alimentos; todo esto asociado al hacinamiento, a la mal nutrición, y a la enfermedad epidémica, así como el stress producido por la inadaptación, se convierte en importante problema que nos ha hecho penetrar profundamente en la convicción de que si queremos afrontar las grandes calamidades: el hambre, la ignorancia, la enfermedad, el temor y la violencia, prescindiendo del problema de la población, fracasaremos rotundamente, porque no hemos puesto en sí el objetivo básico de procurar a cada niño una expectativa de vivir y la esperanza de disfrutar de la dignidad humana. De no hacerlo así, derrocharemos el don más precioso de la Tierra, la potencialidad humana. Hay en el planeta Tierra miles y miles de hombres, mujeres y niños viviendo en condiciones inadecuadas, y muchos de ellos han cambiado la alegría del campo por la desilusión urbana. No podemos afrontar estos problemas separadamente, sino que hay que afrontarlos en conjunto: el desarrollo, la oportunidad, la comprensión, la cooperación, la protección materno infantil y la planificación familiar. En síntesis, el propósito de una vida plena y feliz sobre la libertad y la dignidad humana.

HISTORIA: ASPECTOS SOBRESALIENTES

La planificación familiar aunque parece nueva es tan antigua como la humanidad misma, habiendo referencias tan antiguas como el caso de Onan citado en la Biblia. (Génesis-38: 8-10).

El papiro Petri de Egipto que data del año 1850 A. C., que constituye el primer texto médico que se conoce conteniendo un número extraordinario de recetas entre las que hay algunas anticonceptivas; y podemos aún mencionar más ejemplos: el de Elbers y el de Kahun. Después, el gran ginecólogo Soranos preconizaba otros métodos anticonceptivos más evolucionados, de acuerdo a los avances que efectuaba la ciencia Médica en todos los órdenes.

Los camelleros egipcios fueron los primeros en usar dispositivos intrauterinos, colocando pequeñas piedrecitas en la matriz de las camellas

antes de hacer grandes giras en el desierto del Sahara.

Luego en 1850, Francis Place en Inglaterra fue el primero que inició una campaña para educar al público sobre métodos anticonceptivos; dicha campaña fue reforzada por Richard Carlile.

El Movimiento Holandés fundado por Víctor Carel y Alleta Jacobs (1822), que fue la primera persona que abrió una clínica sobre planificación familiar.

Del movimiento inglés, se menciona a Marie Stopes quien fundó la primera clínica de planificación familiar en el Imperio Británico.

E. U. A.: Margaret Sanger fundó la primera clínica de planificación familiar en "New York" en 1916; luego en 1921 organizó la Liga Estadounidense de Control de la Natalidad. Fundó asimismo, el Comité Nacional Pro-Legislación Federal del Control de la Natalidad.

En 1923 instaló la oficina de investigación clínica, y por último en 1948 fundó la Federación Internacional de Planificación Familiar.

Suecia: Elise Ottensen Jensen fundó en 1933 "La Unión sueca para información Sexual".

Guatemala: La planificación familiar se ha enfocado desde hace tiempo, ejemplo de esto: Doctor Carlos F. Mora (1926), Gustavo A. Trangay (1931), Dr. Roberto H. Valle Calvo: Tesis de Graduación en 1936, donde hace alusión a varios métodos y teorías (Ogino y Knaus), indicando que deben de organizarse y abrirse en Guatemala clínicas de planificación familiar.

En 1960 se inició la organización de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala, que adoptó la planificación familiar como uno de los medios de lograr sus objetivos fundamentales; la entidad obtuvo su personalidad jurídica en agosto de 1964, e inició sus actividades con la primera clínica el 2 de enero de 1965, ofreciéndose al público desde el principio dos métodos anticonceptivos: el dispositivo intrauterino tipo Lippes, proporcionado gratuitamente por la I.P.P.F. y ciclos de pastillas de progestágenos orales. Asimismo, mediante un convenio con el Incan, se practicó a toda señora un "papanicolau" para la detección precoz de cáncer, que posteriormente se impuso como parte ineludible del examen.

Dentro del campo de la planificación familiar está naturalmente el estudio de la pareja estéril; luego, desde enero de 1967 se proyectó el programa al área rural, a través de médicos de Salud Pública y otras instituciones asistenciales, iniciando la Aprofam los proyectos piloto en el

área rural.

Finalmente en julio de 1969 por disposición del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y al crearse la Dirección de Servicios de Salud se forma la División de Salud Materno-Infantil y Familiar, que incluye un programa de orientación familiar, comprendiendo este programa Divulgación Educativa y Servicios Médicos sobre Planificación Familiar.

OBJETIVOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

- a) Salud de la madre
- b) Salud de los hijos
- c) Tranquilidad de los esposos
- d) Felicidad Hogareña

PLANIFICACION DE LA FAMILIA, FINALIDADES Y METODOS

A) NIVEL FAMILIAR

1. Planificación de la Familia

Razones e indicaciones

- a) Salud de la madre
- b) Salud de los hijos
- c) Tranquilidad de los esposos
- d) Felicidad hogareña

Los Métodos deben ser:

- a) Reversibles
- b) Seguros
- c) Inocuos
- d) Baratos
- e) Aceptables:
 - 1. DIU
 - 2. Oral
 - 3. Inyectable
 - 4. Ritmo
 - 5. Otros

2. Control de la Natalidad

- a) Salud de la Madre
- b) Multiparidad
- c) Salud de los hijos
- d) Consolidación del hogar

- a) Reversibles o irreversibles
- b) Los de arriba indicados
- c) c.1 Vasectomía
- c.2 Ligaduras

PLANIFICACION DE LA FAMILIA, FINALIDADES Y METODOS

B) NIVEL ESTATAL

1. POLITICA DE POBLACION

Razones e Indicaciones:

Decisiones políticas o gubernamentales en los programas de desarrollo.

Métodos:

- 1. Política Pro-natalista:
 - a) Leyes favorecedoras de la familia numerosa.
 - b) Subsidio familiar.
 - d) Honores.
- 1. Indiferente:
 - a) Ninguno
- 3. Neo-malthusiana:
 - a) Oficialización de los programas de planificación y control de la familia

2. CONTROL DE POBLACION

Razones e Indicaciones: Cooperar en:

- a) Desarrollo económico nacional.
- b) Programas de Salud Pública; nutrición, higiene materno-infantil, salud mental y prestación de servicios anticonceptivos.
- c) Problemas de Vivienda.
- d) Problemas de Educación.

Métodos:

- a) Recomendar la postergación del primer embarazo.
- b) Impartir Educación Sexual.
- c) Integración de la planificación y del control de la natalidad a los programas nacionales de salud.
- d) Aplicación de métodos anticonceptivos: DIU, Oral, Ritmo Inyectable, Otros.

METODOS MODERNOS PARA EL CONTROL DE LA CONCEPCION

- | | | |
|---|--|--|
| 1o. PERMANENTES | Esterilización.
Vasectomía en el hombre.
Ligadura de las Trompas Uterinas en la mujer. | |
| 2o. SIN NINGUN AGENTE | Ritmo o Períodos Seguros.
Coitus Interruptus.
Lactancia. | |
| 3o. CON AGENTES MECANICOS
O QUIMICOS | Diafragma.
Condón.
Espermicidas.
Dispositivos Intra-uterinos. | |
| 4o. HORMONAS ESTEROIDES | Orales | Métodos combinados.
Métodos secuenciales.
Micro-dosis. |
| | Inyectables | Mensual (Topasel)*
Trimestral (Depoprovera)
Semestral |
| | | * Acetofénido de Anhidroxipogesterona
150 mgs. |
| | | Enantato de Estradiol 10 mgs.
1 cc. |
| | | Deladroxato Squibb. |

METODOS PERMANENTES

Esterilización:

Esta medida aplicada al hombre o a la mujer, debe de reservarse a circunstancias definidas claramente en las que resulta deseable y obligatoria una contracepción permanente. No solamente deben de sopesarse las indicaciones médicas aceptadas, sino que debe de observarse escrupulosamente las cuestiones de consentimiento y las leyes locales así como las costumbres que rigen para este procedimiento.

La Esterilización en el Hombre:

La esterilización en el hombre se efectúa por medio de la vasectomía que es una intervención quirúrgica que consiste en cerrar los conductos deferentes.

La Esterilización en la Mujer:

La esterilización en la mujer se efectúa por medio de la ligadura de las trompas de falopio; se efectúa por medio de una incisión transversal en la parte inferior del abdomen; se puede efectuar asimismo la intervención quirúrgica por la vía trasvaginal. Hay una serie de técnicas que van desde la torsión de las trompas de Falopio hasta la extracción de las mismas.

La operación de Pomeroy se efectúa formando un asa en la porción media de la trompa y se sutura con Catgut la base de la inflexión haciendo un nudo firme. El asa entonces se corta por encima de la sutura. Estos métodos tienen naturalmente su riesgo quirúrgico y deben efectuarse por razones médicas bien definidas, como se expresó claramente arriba.

METODO SIN NINGUN AGENTE

Método de la Ovulación: (Método del Dr. John Billings)

El método de la ovulación en su forma más simple, no es nada más que la combinación del método de la temperatura basal y la observación de los síntomas de la ovulación. Este método es aceptado por la religión Católica. Siendo éste el método más económico que se conoce.

Método del Ritmo:

Exige este método el conocimiento de los doce últimos intervalos menstruales; empleando una forma numérica en la que hay que restar 18 días del número de días del ciclo más corto y 11 días del ciclo más largo. No debe de llevarse a cabo relaciones sexuales en los días que de este modo se calculen, ni en ninguno de los días comprendidos entre ellos; por ejemplo: si la variación del ciclo tiene lugar entre 26 y 29 días (es decir 26-18 y 29-11) por lo que habrá que practicar abstinencia del día 8 al 18 del ciclo inclusive.

Método de la Temperatura Basal

Este método consiste en observar la temperatura basal diaria, y evitar las relaciones sexuales hasta que la temperatura mencionada anteriormente haya estado elevada durante tres mañanas sucesivas y restringiendo

asimismo las relaciones sexuales durante los últimos 9 o 10 días del ciclo menstrual.

Uso de la Lactancia como Método Anticonceptivo:

Este método consiste en que la mujer que está lactando puede no ovular por algún tiempo, por lo que este método no es recomendable ni seguro.

Coitus Interruptus:

El coitus interruptus es probablemente el método anticonceptivo más difundido, teniendo la desventaja de producirse un embarazo fácilmente y los trastornos emocionales, ansiedad que se presenta en las parejas que utilizan este método.

METODOS CON AGENTES MECANICOS O QUIMICOS

Diafragmas Vaginales:

Son dispositivos que separan la parte superior de la inferior de la vagina, lo que impide que los espermatozoides logren acceso al cérvix. El diafragma debe ser prescrito y ajustado por un médico quien debe instruir a la paciente sobre la forma de copa con el diámetro que varía entre 50 y 100 mm, que queda transversalmente en la vagina con el borde anterior superior ajustado por detrás de la sínfisis del pubis y su borde postero inferior en la cara anterior del sacro, aumentándose la seguridad de este método con crema espermaticida.

Tapones cervicales:

Dispositivo generalmente con forma de dedal y se encuentra fabricado de metal, goma o plástico. Este dispositivo se ajusta sobre la porción vaginal del cérvix. Tanto este método como el anterior, son contraceptivos de gran eficacia.

Condomes:

Entre los métodos anticonceptivos usados hoy en día figuran éstos, que como en el caso de los diafragmas no ofrecen absoluta garantía. Este método es más efectivo si se agrega el uso de espermicida.

SISTEMAS INTRAUTERINOS

Dichos sistemas no son más que una modificación de los antiguos anillos de Grafenberg. Estos dispositivos tienen formas diversas y están hechos a base de materiales como el plástico de polietileno o el alambre de acero inoxidable. Estos dispositivos son sumamente eficaces y deben ser colocados previo examen ginecológico por un médico experto. Pueden permanecer inutero por varios años.

A continuación enumeraremos las principales complicaciones que se llevan a cabo por el uso de estos dispositivos, basadas en una estadística efectuada en Quito, Ecuador; en el centro de estudios de la Asociación de Bienestar de la Familia, quien usó el Sistema Intrauterino "Lippes", el número de casos estudiados fue de 2,231. Entre los efectos secundarios el principal fue la Metrorragia en un 8.9 o/o, y fue el motivo principal de remoción por causa médica. Fueron también motivos de causa de remoción la polimenorrea y el dolor pélvico. En un 2.3 o/o se presentó infección pélvica de intensidad variada, y 6 casos requirieron remoción. Se presentó en el 6.7 o/o de las pacientes activas de Amenorrea no sintomática de embarazo; en un 3.3 o/o hubo pérdida de peso de la paciente, durante el uso del dispositivo.

NOTA:

Dismenorrea: se presentó el 0.4 o/o del total de los casos estudiados que tiene que ver con la contractibilidad uterina menstrual, se usaron analgésicos y espasmódicos en el tratamiento.

Leucorrea: El 7.1 o/o de las pacientes la presentaron, aunque no se cree agravada por la presencia de dispositivo intrauterino.

De todas maneras se emplea medicación local polivalente. En el 1.4 o/o se revelaron cefalea de interpretación difícil. Se comenta la incidencia de hilos de Lippes cortos o perdido durante el uso. Al describir los casos cerrados, se encuentran 190 expulsiones, las cuales ocurren durante los 3 primeros meses de uso. Se contabilizaron 53 embarazos accidentales, de los cuales 18 terminaron en aborto, 2 a término; de los restantes no fue posible obtener información.

NOTA:

Merck comenta en su sección de Planificación Familiar, que uno de los factores que limita el uso de tales sistemas, es una eliminación en su 10 o/o de los casos, aproximadamente.

HORMONAS ESTEROIDES

Anticonceptivos Orales:

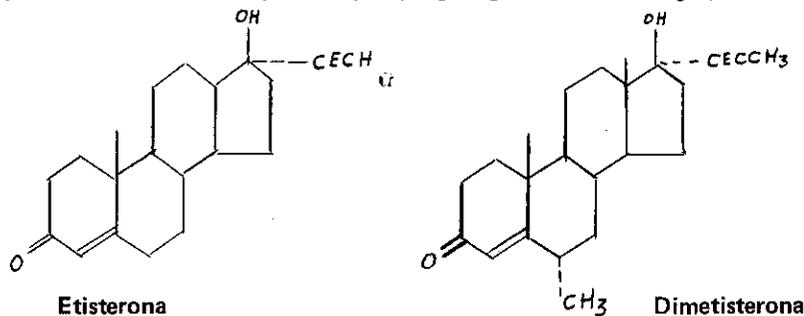
En 1954 Djerassi y colaboradores, sintetizaron con una nueva técnica varios esteroides y todos ellos resultaron activos progestágenos por vía oral.

Luego Pincus y colaboradores ensayaron más de 200 de estas sustancias y tres de éstas resultaron poderosos inhibidores de la ovulación (Noretisterona, Etil Nortestosterona y Noretinodrel). En 1955 Pincus reporta estos estudios en el Quinto Congreso sobre planificación familiar en Tokio, Japón. Este trabajo incluía datos obtenidos en colaboración con el Dr. John Rock sobre inhibición de la ovulación, provocada por la Progesterona por vía oral con un régimen del 5o. al 24o. día del ciclo. Asimismo se presentaban estudios preliminares sobre el uso de Noretinodrel como inhibidor de la ovulación. Conduciendo todos estos estudios al uso del Noretinodrel como primer anticonceptivo, empleado en el campo de la experimentación en San Juan, Puerto Rico en el año de 1956. Continúan los estudios experimentales sobre estos medicamentos, agregándoles un estrógeno el cual es conveniente para mantener el endometrio hasta después de interrumpir la medicación.

Farmacología:

Dividiremos estos compuestos en cuatro grupos, para una mejor explicación.

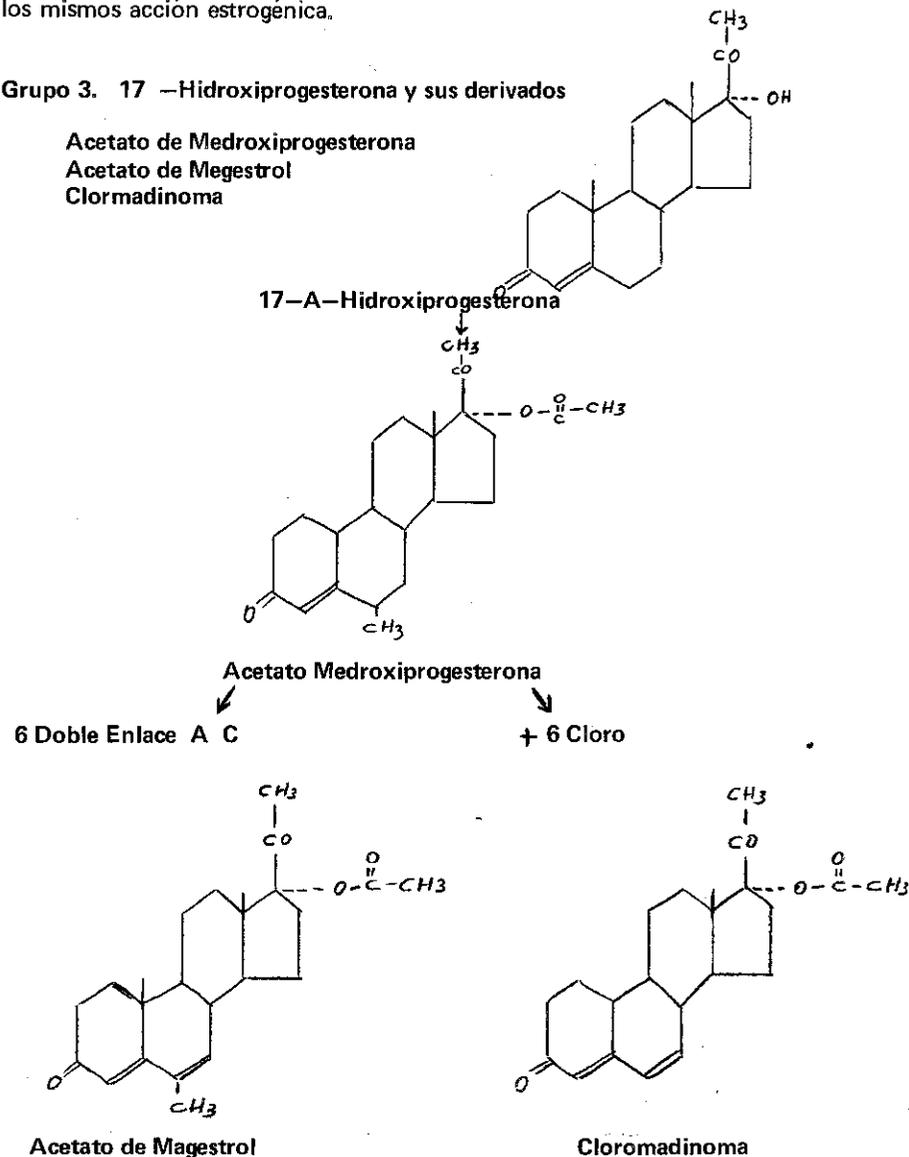
GRUPO 1: Grupo de la Etisterona, que fue el primer progestágeno usado por vía oral. Se ha usado aproximadamente por 20 años, y por ser poco activo ha sido desplazado por progestágenos de nuevos grupos.



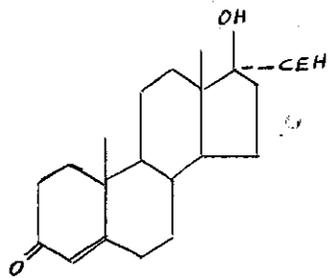
GRUPO 3: Estos compuestos se caracterizan por el Grupo OH en el carbono número 17. Se halla esterificado y un alógeno o un grupo metilo se añade a la posición seis, para producir un compuesto progestacional activo por la vía oral. Estos son compuestos químicos inhibidores de la ovulación menos activos y menos eficaces como hemostáticos, no teniendo los mismos acción estrogénica.

Grupo 3. 17 -Hidroxiprogesterona y sus derivados

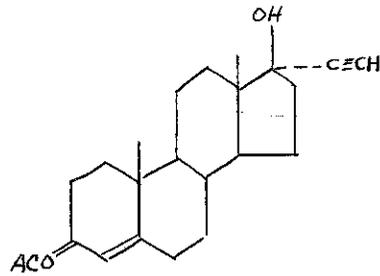
Acetato de Medroxiprogesterona
Acetato de Megestrol
Clormadinoma



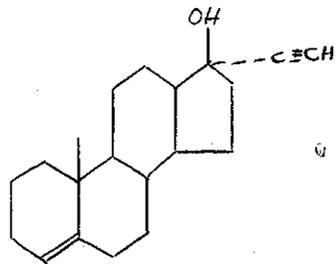
GRUPO 2: Los compuestos de este grupo son los inhibidores de la ovulación más poderosos que se conocen y tienen un efecto intenso sobre el sangrado uterino de origen endocrino. Cuando estos compuestos se utilizan como anticonceptivos por vía oral, no reproducen un verdadero endometrio secretor, sino una regresión glandular con aumento de las células del estroma. Y administrado cíclicamente producen una disminución de la pérdida menstrual, que se considera como un sangrado por privación.



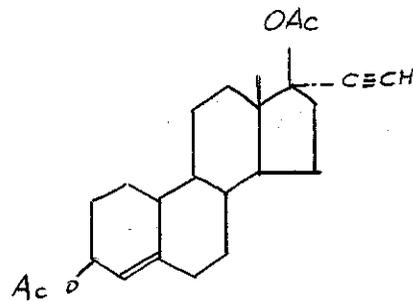
Noretisterona



Noretinodrel



Linoestrenol

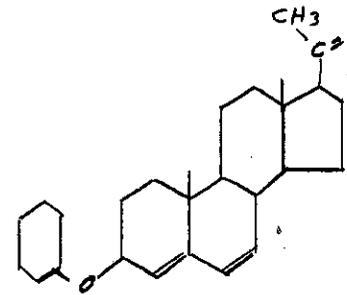
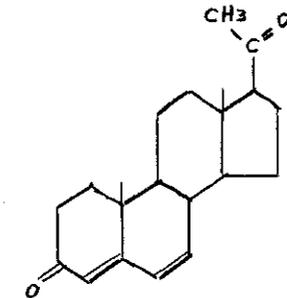


Diacetato de Etinodiol

GRUPO 4: Son compuestos poco inhibidores de la ovulación, ejercen escaso control del ciclo menstrual, producen un endometrio secretor normal y son útiles para mantener el embarazo. Estos compuestos no tienen acción estrogénica.

Grupo 4. Derivados de la Progesterona.

Progesterona-3
Ciclopentil Enol Eter
Dihidrogesterona

Progesterona-3-Ciclopentil
Enol EterDihidrogesterona (6-Dehidro
Retroprogesterona, Isomero
De La Progesterona)

Procedimientos de Prueba para el Uso de Anticonceptivos:

Se prueban los nuevos anticonceptivos tanto en animales como en seres humanos; en los animales utilizando principalmente ratas y conejas, en las que se efectúan pruebas de selección para determinar la acción tóxica, aguda y crónica de estas drogas así como también sus efectos secundarios y sus posibles efectos teratogénicos. Valorando asimismo sus propiedades inhibitoras de la ovulación y efectuando los ensayos biológicos de la actividad estrogénica, androgénica y progestogénica de la droga en estudio. En numerosos ensayos efectuados para evaluar los efectos progestágenos en la mujer, se ha demostrado que no se obtienen resultados comparables a los obtenidos en los estudios de los animales, por lo que se efectúan estudios de estas drogas, para determinar sus efectos colaterales, sus contra indicaciones y sus posibles efectos teratogénicos.

Luego se continúa con las pruebas clínicas preliminares, para el uso de un anticonceptivo por vía oral y éstas consisten en valorar la dosis óptima y la combinación conveniente, la que se deducirá a través de un estudio de por lo menos 25 pacientes con cada una de las diferentes dosis y diferentes combinaciones durante varios meses y evaluando los resultados clínicos, tomando como criterio que la paciente no presente náusea, baja incidencia de sangrado intermenstrual y el mínimo de efectos colaterales. Se continúa luego con las valoraciones clínicas a gran escala y se realizan ensayos sobre 100 o más mujeres voluntarias, y se ha demostrado que con 100 pacientes utilizando un producto por 6 ciclos se obtienen datos suficientes para establecer su comparación con otros productos. Para efectuar estudios de problemas que pudieran producirse a largo plazo, continúa un grupo usando el producto indefinidamente.

Mecanismos en Acción:

Se sabe que estos productos inhiben la ovulación, pero su mecanismo de acción exacto aún no es conocido; se cree que lo hacen por inhibición hipofisiaria de las gonadotropinas, por interferencia de las gonadotropinas, por acción directa sobre los ovarios o por todos estos mecanismos. Se sabe también que cuando se administran al principio del ciclo, suprimen la secreción de progesterona y estrógenos endógenos, asimismo alteran los caracteres histológicos del endometrio, de tal forma que dificultan la implantación y cambian las características del moco cervical.

Modo de Administración:

Se toma una tableta diaria a partir del 5o. día del ciclo menstrual (el 5o. día se cuenta a partir del primer día del flujo menstrual), y se administra luego una diaria durante veinte días consecutivos. Normalmente se presenta el flujo menstrual a los tres o cuatro días de suspender las tabletas. El primer día de la menstruación se cuenta como día primero del ciclo inmediato y el próximo régimen de tabletas empezará al quinto día del siguiente ciclo. De todas maneras se pueden hacer modificaciones, por ejemplo:

- a) Ciclo rutinario: 21/7, en el cual se tomar una tableta diaria durante 21 días y luego 7 días de descanso, independiente de la menstruación.
- b) Ciclos consecutivos de solamente estrógenos, durante 15 o 16 días, seguidos de una tableta combinada de estrógeno y progestágeno durante otros 5 o 6 días consecutivos. En todos los casos pueden darse tabletas de placebo en los intervalos, para que no se altere la continuidad en la de las tabletas.

EFICACIA: Los anticonceptivos orales son los más efectivos; siempre

que se sigan las instrucciones para tomarlas correctamente.

Efectos Colaterales: (Mínimos)

El más frecuente de todos, es la náusea, dolor de cabeza, edema pre-menstrual, mastalgia de presión, dolor abdominal, letargia, descarga vaginal aumentada, edema por retención de agua, aumento o disminución de peso; menos frecuentemente, aumento o disminución de los síntomas de venas varicosas, similares a los que se presentan en el embarazo normal. Se desarrolla rápidamente tolerancia a estas drogas, y la mayor parte de los síntomas desaparecen espontáneamente entre el tercero y cuarto ciclo de administración.

Efectos Colaterales: (Perjudiciales)

Como era de esperarse se han encontrado algunos casos de acné, disminución de la lactancia en un tercio de las mujeres que tomaron anticonceptivos en este estado y se ha observado un aumento de la fertilidad en las mujeres que usan estas drogas, por ejemplo: Goldziegher y colaboradores encontraron que el 61 o/o de las pacientes a las que se les suspendieron las tabletas, se embarazaron inmediatamente en el curso del primer ciclo subsecuente; al mismo tiempo, que sólo se embarazaron el 34 o/o de las pacientes que utilizaron otros métodos anticonceptivos. Como era de esperar se han presentado algunos casos de trombosis venosa en mujeres que se encuentran tomando anticonceptivos orales, siendo su incidencia en las no embarazadas, del orden de 2 a 3 casos por mil. Para estudiar este problema tuvo lugar una reunión de expertos en Chicago en 1962, llegando a la conclusión de que no había relación directa entre estas drogas y la trombosis venosa en las condiciones en que habían sido utilizadas.

Otros Efectos:

Hay preocupaciones sobre efectos perjudiciales que pudieran aparecer sobre el funcionamiento hepático, renal, tiroideo, sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, o sobre efectos genéticos desfavorables. Pero hasta ahora estos estudios realizados en varios países no han reportado ningún efecto patológico de interés. Pero sí se ha informado de algunos cambios, tales como la reducción en la excreción de 17-cetoesteroides y 17-hydroxiesteroides. Se ha visto que los compuestos 17 no provocan in vitro reducción en la retención de bromosulfaleina, pero se ha demostrado que dichos cambios no tienen ninguna significación.

Aunque con frecuencia se ha hablado de la relación estrecha entre la carcinogénesis y la administración de estas drogas, no se han podido encontrar estos efectos, y nadie ha demostrado que produzcan cáncer en

los seres humanos. La impresión clínica actual de muchos investigadores es en realidad de que hay una reducción en la incidencia del cáncer del cérvix en todas las mujeres que están bajo la administración de estas drogas. No hay asimismo ningún aumento ni evidencia alguna sobre el cáncer de la mama.

Efectos Sobre el Ciclo Menstrual:

El ciclo menstrual se regulariza en las mujeres que toman tabletas anticonceptivas, estableciéndose éste de 26 a 28 días; inclusive en aquellas pacientes que sus ciclos eran irregulares. Asimismo, los ciclos se acortan con unos productos más que con otros, por ejemplo, hay mujeres que con noretinodrel, o acetato de megestrol sangran más que con noretisterona o linestrenol; eso debería tomarse en cuenta, para cambiar en cualquier momento un producto por otro. Puede ser útil incrementar la dosis con una tableta o media extra por día en la última parte del ciclo cuando hay goteo o sangrado intermenstrual. Finalmente puede ser aconsejable suprimir el método por inadecuado frente a una paciente determinada.

Cuando se usan los anticonceptivos en el período de pospartum es importante asegurarse que la paciente no esté embarazada, por lo tanto es mejor esperar hasta la primera menstruación antes de iniciar las tabletas como rutina, principiando siempre el quinto día después de iniciada la menstruación.

Indicaciones y Contraindicaciones:

Este es el método más indicado para las parejas de alta fertilidad y asimismo para todas las mujeres que tienen ciclos irregulares. No hay contraindicaciones para el uso de estas drogas en las mujeres normales. Nosotros creemos que una de las contraindicaciones más importantes es no administrar estas drogas a mujeres muy jóvenes que no estén completamente desarrolladas, ya que su administración puede crear problemas nuevos aún no estudiados. Contraindicaciones asimismo estos compuestos para mujeres menopáusicas, puesto que al presentarse el sangrado por privación se hace difícil aconsejar a la mujer cuando puede descontinuar la anticoncepción. No hay razón para creer que la inhibición prolongada de la ovulación retarde el comienzo de la esterilidad natural que sigue a la menopausia. Creemos también que estas drogas no deben administrarse a mujeres con síndrome pre-varicoso.

HORMONAS ESTEROIDES

Anticonceptivos Inyectables:

Son métodos anticonceptivos usados por vía parenteral, los cuales pueden ser mensuales, trimestrales, semestrales o anuales. Teniendo estos métodos la ventaja de que omiten por completo la posibilidad de olvido por parte de la paciente.

Como se puede observar, estos compuestos se encuentran en la misma clasificación que los anticonceptivos orales, en las hormonas esteroideas, por lo que todas sus características son similares, únicamente variando la vía de administración y su duración.

PLANIFICACION FAMILIAR "POSTPARTO"

El Consejo de Población organizó y dió su apoyo a un programa postparto a gran escala que se llevaría a cabo en 25 hospitales de 19 ciudades en 14 países del mundo entero.

El concepto de integrar la planificación familiar a los servicios prenatales, de maternidad y postparto no tiene nada de nuevo, pero como es el caso con otros muchos en el campo de población, se requería su demostración y valoración.

El programa postparto está bajo la dirección general de Bernard Berelson, Vice-Presidente del Consejo de Población, pero su administración diaria está a cargo del Dr. Gerald Zatchni.

El diseño actual de los programas nacionales de planificación familiar se ha establecido en función de las mujeres en edad reproductiva, por lo que tienden a ser generales y servirse de medios como las visitas domiciliarias, las reuniones y la comunicación de masas, sin tener en cuenta que esta política deja bastante de lado un grupo fecundo muy importante. En efecto, en toda población existente hay una porción substancial de mujeres que "conciben precozmente", es decir, aquellas que quedan nuevamente embarazadas poco después de haber dado a luz; son las que siendo altamente fecundas no practican la anticoncepción y entre las cuales muchas desearían evitar el tener más hijos. En la mayoría de los programas no se entra en contacto con ellas con la suficiente premura, así que siempre se las encuentra embarazadas y por lo tanto "inelegibles".

Conceptos:

- 1) Las mujeres que conciben precozmente representan una proporción

apreciable de la natalidad por su alta fecundidad y su ineficacia en limitarla. El análisis de Shep sobre el Hutterites, una secta comunal del noroeste de los Estados Unidos, mostró que a los 7 meses del último parto una quinta parte de las mujeres estaban embarazadas nuevamente. En caso de mortinato o de muerte a los pocos días del nacimiento, el intervalo también es muy corto, tal vez debido a no haber lactancia. El plazo para una nueva concepción era más prolongado cuando el niño había sobrevivido por lo menos un mes, lo que una vez más indica la importancia de la lactancia.

En zonas de bajos ingresos de la ciudad de Nueva York, Polgar y Rothstein encontraron que el 22 o/o de las mujeres que habían tenido 2 o más embarazos el intervalo promedio entre las concepciones era inferior a 16 meses, lo que equivale a aproximadamente 7 meses entre el final de un embarazo y el siguiente.

2.- Las mujeres que conciben tempranamente tienden a una serie de embarazos. El Estudio de Fecundidad de Princeton demostró que entre las habitantes de las áreas metropolitanas de los Estados Unidos, tres cuartas partes de las que habían tenido un primer embarazo precoz tenían un segundo con la misma característica, mientras que entre las que se habían demorado para concebir la primera vez, el período entre el primer y el segundo se distribuía en forma mucho más uniforme. Tietze analizó pares de intervalos entre parto y parto con 132 mujeres Hutterite y llegó a la siguiente conclusión: "Los intervalos relativamente cortos presentan una tendencia ligeramente aumentada a verse seguidos por otros del mismo tipo". Es interesante constatar que los que siguen al aborto inducido son bastante más cortos que los posteriores a un nacido vivo.

3.- Si los programas no procuran específicamente llegar lo más pronto posible a todas las mujeres que acaban de dar a luz van a perder la oportunidad de proteger este grupo tan significativo. Taylor y Tietze sugieren que, de no tomarse medidas anticonceptivas y suponiendo un 50 o/o de incidencia de infecundidad después de un parto, cerca de la mitad de las mujeres estarán nuevamente embarazadas a los 3 meses de la primera menstruación postparto y cerca del 80 o/o al cabo del año; en ese momento "el potencial de embarazo" del grupo está casi extinguido pues ya no quedan sino las relativamente poco fecundas.

Donde se presta asistencia maternal en hospitales o clínicas existe la oportunidad de suministrar educación y servicios de planificación familiar. En la práctica el método más eficaz de identificar a la mujer mejor dispuesta a limitar su familia es dirigirse a la que acaba de dar a luz; los estudios han demostrado que las más motivadas son las que han tenido un embarazo reciente, cualquiera que haya sido su resultado.

Las Líneas Generales de Operación:

1.- Los hospitales participantes se han comprometido a dar a conocer la planificación familiar a todos sus casos de parto o aborto, sirviéndose de charlas, medios audio-visuales y otros, recalcando su posibilidad, seguridad y eficacia; informar sobre la disponibilidad de los distintos métodos, inclusive el dispositivo intrauterino, en el servicio postparto; subrayar que las que no desean otro hijo antes de 1 o 2 años debieran considerar la conveniencia de utilizar el servicio.

2.- El personal del hospital, los médicos, residentes, enfermeras, trabajadoras sociales y demás están listos a contestar cualquier pregunta que les hagan las mujeres y tomar la iniciativa de tratar el tema de la planificación familiar siempre que sea apropiado hacerlo.

3.- Cuando los pacientes no regresan al control postparto, especialmente si se trata de las que habían manifestado estar interesadas en limitar su familia, la visitadora social o su equivalente procura establecer contacto con ellas por teléfono, por correo y/o visitándolas personalmente.

4.- Los servicios, que incluye píldoras, cremas, diafragmas o DAIU, así como los controles posteriores se proporcionan al precio acostumbrado por el hospital.

5.- Un programa de este estilo casi inevitablemente va a producir una comunicación de boca a boca que redundará en la asistencia al hospital de las parientes, amigas, vecinas y conocidas de las mujeres que han sido atendidas allí. A ellas también se les prestará el servicio, siempre que encajen dentro del criterio local de "elegibles" y así se informará a las que reciben la atención de maternidad.

Métodos Anticonceptivos:

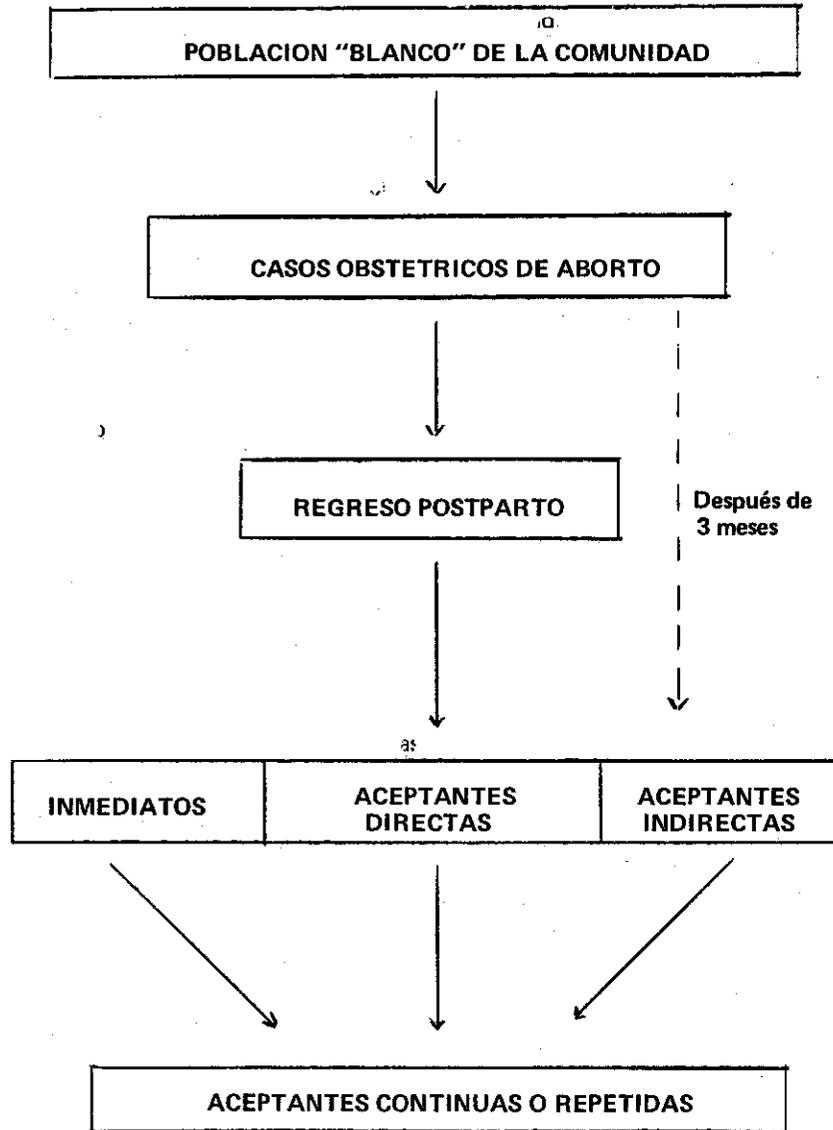
Se están utilizando la mayoría de los métodos anticonceptivos inclusive el ritmo; en 15 hospitales se hace la inserción del DAIU en el postparto, inmediato, es decir, antes de ser dada de alta la paciente; en otros se hace en el momento de la visita de control postparto, generalmente a las 5 u 8 semanas de haber salido del hospital.

Al comienzo del programa, poco se usaban las píldoras pero posteriormente se las pudo emplear con más frecuencia.

PROGRAMA INTERNACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR
POSTPARTO

FIGURA 1

Selección



Recolección de Datos:

El gráfico que precede es un esbozo de lo que se pretendía saber respecto a cada programa; el primer cuadro corresponde a la población "blanco" de la comunidad atendida por el hospital, es decir, todas las mujeres casadas en edad reproductiva que viven en el área atendida por el hospital y que, de acuerdo con las disposiciones del mismo, tienen derecho a solicitar sus servicios. El segundo incluye todos los casos obstétricos, inclusive los de aborto, a los que se prestó atención médica; el tercero representa el servicio postparto de protección materna, que en la mayoría de los sitios consiste en el control normal al cabo de las 4 o 6 semanas del parto; abarcan todas las mujeres que volvieron al hospital después de haber terminado su embarazo para que se les proporciona atención materna, ya incluyera ésta o no, los servicios de planificación familiar. El cuarto comprende todas las nuevas aceptantes, aún aquellas que anteriormente ya practicaban el control de la natalidad; se dividen en dos categorías: las directas, o sea las que aceptan el servicio dentro de un plazo de 3 meses después de su salida del hospital (la mayoría lo hacen entre la 4 y la 6 semana); las que lo hacen antes de ser dadas de alta se llaman aceptantes inmediatas. La segunda categoría corresponde a las aceptantes indirectas, es decir, aquellas que solicitan servicios de planificación familiar sin haber sido pacientes obstétricas en los 3 meses indicados anteriores y son amigas, vecinas o parientes de las anteriores. El último cuadro, el de aceptantes continuas o repetidas, se refiere a las mujeres que fueron atendidas inicialmente en la clínica de planificación familiar del hospital y que continúan practicando la anticoncepción en forma más o menos regular 6, 12 o 18 meses después; este último grupo se deriva de todos los anteriores.

Los cuadros pudieran considerarse como una serie de filtros, en los que cada uno fluye del anterior; la población "blanco" es el más grande y engloba un gran número de mujeres que nunca entrarán a formar parte de las otras categorías; algunas serán casos obstétricos y otras no; de las primeras, unas cuantas se harán aplicar el DAIU o aceptarán las píldoras antes de ser dadas de alta, otras lo harán al regresar a su visita de control y habrá un cierto número que no se convertirán en usuarias; finalmente, entre las aceptantes existirán un porcentaje que lo será en forma continua y otras que abandonarán el uso del método. En consecuencia cada uno de los cuadros está relacionado con todos los demás, lo que permite establecer una serie de tasas a partir de ellos. El sistema de registros diseñado para el programa se estableció de manera que permitiera medir la magnitud de cada cuadro, obtener datos de tendencias de cambios en el tiempo, identificar las características personales de las mujeres en los distintos cuadros y poder calcular los costos; también se pretende saber hasta qué punto la no aceptación es deliberada o razonada y qué proporción corresponde a simple indiferencia.

ANTICONCEPCION INTRAUTERINA: RESUMEN DEL QUINTO INFORME DE PROGRESO DE E.U.A. Y PUERTO RICO

El Comité Nacional de Protección Materna está efectuando una valoración estadística a gran escala de la anticoncepción intrauterina. Se han compilado registros de más de 20,000 mujeres que han utilizado el método durante un total de 250,000 meses.

Se presenta a continuación un resumen de su Quinto informe sobre Progreso, que no incluye sino una parte de todo el material del estudio.

Este informe está basado en los registros individuales de casos enviados por los investigadores participantes durante los primeros 20 meses del programa, es decir hasta febrero de 1965.

Para que los datos fueran los más comparables y significativos posible no se consideraron sino los provenientes de los hospitales y consultorios de los Estados Unidos, incluyendo Puerto Rico, y los 4 dispositivos anticonceptivos intrauterinos (DAIU) más usados por las primiparas y multiparas: la espiral grande de Mergulies (la ginespiral tamaño regular, antes conocida como espiral 5) la espiral grande de Lippes (Espiral D, antes Espiral (2)) el lazo grande de Birnberg (Lazo 5) y el anillo de acero inoxidable de Hall y Stone. Este trabajo cubre exclusivamente el período de uso ininterrumpido a partir de la primera aplicación del dispositivo y comprende 11,222 primeras aplicaciones, con un período total de uso de 85,782 meses-mujer.

La tabla 1 indica el número de primeras aplicaciones, el total de meses mujer de uso y la cantidad de embarazos, expulsiones, extracciones, casos de enfermedad inflamatoria pélvica y pacientes que no volvieron a controles sucesivos para cada uno de los cuatro dispositivos. En la Tabla 2 aparecen las tasas acumulativas correspondientes por 100 primeras aplicaciones, es decir por 100 mujeres, hasta finalizar el primer año de aplicación, con errores standar.

EMBARAZOS. Los 187 que figuran en la Tabla 1 incluyen todas las concepciones posteriores a la aplicación del DAIU y anteriores a la expulsión advertida o a la extracción. Las tasas acumulativas de embarazo en los 12 meses siguientes a la aplicación fueron 1.8 por 100 mujeres con la espiral y 7.5 con el anillo (Tabla 2). Al interpretarlas debe tenerse en cuenta que la mayoría de estos casos son controlados con bastante más frecuencia de lo que sería posible dentro de un programa de salud pública e inclusive en la práctica particular, por lo tanto es más fácil determinar precozmente las expulsiones que han pasado inadvertidas a la usuaria y así reducir el riesgo de un embarazo accidental.

De estos 187 embarazos, 99 se presentaron con el dispositivo in situ (Tabla 1); los restantes se pueden calificar como "Embarazos con el dispositivo en localización indeterminada". Se ha evitado usar la expresión "embarazo después de una expulsión que pasó inadvertida", utilizada por algunos investigadores, ya que por definición es imposible determinar con exactitud de fecha de una expulsión inadvertida y por lo tanto no se puede relacionar con la calculada de la concepción.

Entre los 99 embarazos con el dispositivo in situ, 7, o sea 1 entre 14, fueron ectópicos; esta incidencia es muy alta en relación al número de embarazos, pero muy baja en cuanto al número de pacientes y al tiempo que habían estado en observación. Suponiendo una tasa normal de fecundación y una baja de implantación tubárica de los óvulos fecundados, la interferencia mecánica para una implantación uterina daría 8 a 12 embarazos ectópicos por 1,000 mujeres por año; con 85,782 meses mujer de observación se podrían esperar entre 57 y 86, cuando en realidad no se informó sino de 7. Esto indica que la acción anticonceptiva del DAIU supone la existencia de factores distintos de la interferencia mecánica con la implantación uterina.

EXPULSIONES: La experiencia ha demostrado que a muchos casos de embarazo con el dispositivo en localización indeterminada se trata de una expulsión, así que para obtener una cifra más completa de expulsiones se añadió el número de embarazos informados. Sobre esta base, el total calculado es 1,117 y las tasas correspondientes están entre 2.4 y 22.5 por 100 casos. El número de expulsiones informadas con los dispositivos sin coña posiblemente es demasiado bajo, por la dificultad de determinar si se encuentran presentes o no; por esta misma razón el de embarazos con estos dispositivos en localización indeterminada hace que el de los asociados a la expulsión sea exagerada. Por lo tanto el total de expulsiones y las tasas, ajustadas para incluir estos últimos, son posiblemente demasiado altas cuando se trata de dispositivos sin coña.

Además del número de expulsiones, incluyendo los embarazos con el dispositivo en localización determinada, la Tabla 1 también muestra la distribución del total, dividida en expulsiones advertidas e inadvertidas.

EXTRACCIONES: Las cifras correspondientes a extracciones por razones médicas o personales fueron 1,206 y 156 respectivamente (Tabla 1) y las tasas en el primer caso fueron desde 9.1 para el lazo hasta 22.4 para la espiral de Margulies y en el segundo de 0.9 a 3.3, para las 100 primeras aplicaciones (Tabla 2).

Las extracciones por razones médicas iban desde los casos en que el investigador las consideraba médicamente necesarias hasta las quejas referentes al DAIU, provenientes a veces de la paciente y a veces de su

médico privado. También incluían los de enfermedades preexistentes o intercurrentes, que no tenían nada que ver con el dispositivo. Las razones que se encontraron con mayor frecuencia fueron hemorragia (incluyendo manchado) y dolor (incluyendo calambres, dolor de espalda y otras molestias), que muchas veces iban juntas y representaron 7 de cada 18 casos.

Este grupo también comprende los de molestias sufridas por el esposo o compañero (44 de espiral de Margulies y 3 de espiral de Lippes), molestias que se atribuyeron al apéndice transcervical del DAIU, y todos los de embarazo posterior a la aplicación (22), pero no los de extracciones después de expulsión parcial (clasificadas como expulsión) ni las que se hicieron al presentarse un embarazo accidental (clasificadas como embarazo).

Las extracciones por razones personales incluyen todas las que se consideran relacionadas con la aceptabilidad de la anticoncepción intrauterina: temor al cáncer, falta de confianza, objeciones del esposo o del médico de familia (sin que hubiera queja específica) escrúpulos religiosos y un grupo reducido en el que las usuarias la solicitaron sin dar mayor explicación.

En el cómputo de las tasas de extracción de la Tabla 2 no figuran las extracciones debidas al deseo de concebir, al hecho de no necesitarse ya la protección o a que la paciente no siguió residiendo en el lugar donde se efectuaba el experimento, como tampoco las que fueron consecuencia de las exigencias del trabajo, por ejemplo las biopsias endometriales, ya que éstas no tenían nada que ver con la aceptación del método, pero las cifras correspondientes están indicadas en la Tabla 1.

E.P.I. Se informó de 193 casos de enfermedad pélvica inflamatoria después de la aplicación del DAIU; según los investigadores, entre éstos había 46 severos, 115 leves y 32 dudosos. La Tabla 1 muestra su distribución por tipo dispositivo. Las tasas acumulativas para el primer año de la aplicación van desde 1.7 para la espiral de Lippes hasta 3.9 para la de Margulies; en 21 casos se procedió a la extracción, 102 fueron tratados con éxito con el DAIU in situ; en los 10 restantes se trataba de enfermedad pélvica inflamatoria posterior a la expulsión del dispositivo o a su extracción.

CONTROLES POSTERIORES: El número de pacientes que no regresó a los controles sucesivos fue de 599; este grupo se define como el constituido por mujeres que han dejado pasar por lo menos 3 meses in presentarse al control que les había sido fijado y con las cuales no ha sido posible comunicarse por teléfono, por carta o mediante la visita domiciliaria. La tasa acumulativa de pérdida para los controles sucesivos en

el primer año, por 100 aplicaciones, figura en la Tabla 2 y varía mucho según el tipo de dispositivo. Estas diferencias en parte reflejan el éxito relativo de los investigadores en lograr un control sucesivo completo y en parte la manera como se había programado los intervalos entre las visitas.

TABLA 1

NUMERO DE PRIMERAS COMPLICACIONES, MESES-MUJER DE USO Y CONSECUENCIAS, POR TIPO DE DISPOSITIVO

Consecuencias	Espiral de Margulies	Espiral de Lippes	Lazo	Anillo	Total
Primeras aplic.	2.654	5.226	2.085	1.157	11.222
Meses-mujer de uso	24.318	45.353	9.165	6.956	85.782
Embarazos					
Dispositivo in situ	17	56	14	12	99
Dispositivo en localización indeterminada	14	29	22	23	88
Total	31	85	36	35	187
Exp. (incl. EDLI)	413	303	8	87	811
Advertida por la usuaria	70	135	32	69	306
Inadvertida por la usuaria					
Total	483	438	40	156	1.117
Extracciones	485	561	104	56	1.206
Razones médicas					
Razones Personales	71	70	9	6	156
Razones Intrascendentes	119	114	14	23	270
Total	675	745	127	85	1,632
Enfermedad Pélvica inflamatoria	76	65	31	21	193
Casos perdidos para los controles suces.	303	152	52	90	599

No se sabe qué proporción de estos casos perdidos para los controles sucesivos continúa utilizando el DAIU y cuantos han prescindido de él por una razón u otra. Al computarse las tasas de embarazo, las de expulsión y de extracción se incluyeron estos casos a

partir del mes de la aplicación hasta el último en el que se obtuvo información, lo cual implica que los embarazos, expulsiones y extracciones se presentan con la misma frecuencia durante un período dado después de la aplicación entre los pacientes que se pierden para los controles sucesivos que entre las que permanecen bajo observación.

TABLA 2

TASAS ACUMULATIVAS DE CONSECUENCIAS HASTA LA TERMINACION DE PRIMER AÑO POR 100 PRIMERAS APLICACIONES, POR TIPO DE DISPOSITIVO, CON ERRORES ESTANDAR

Consecuencias	Espiral de Margulies	Espiral de Lippes	Lazo	Anillo
Embarazos	1.8 ± 0.4	2.4 ± 0.3	5.7 ± 2.1	7.5 ± 1.4
Expuls. (incl. EDLI)	22.5 ± 1.0	9.9 ± 0.5	2.4 ± 0.4	18.2 ± 1.5
Extracciones				
Razones Médicas	22.4 ± 1.0	13.7 ± 0.6	9.1 ± 1.5	9.3 ± 1.4
Razones Personales	3.3 ± 0.5	1.9 ± 0.3	2.0 ± 1.1	0.9 ± 0.4
Enferm. Pélvica				
Inflamatoria	3.9 ± 0.5	1.7 ± 0.2	2.2 ± 0.4	3.2 ± 0.8
Casos perdidos para los controles sucesivos	12.9 ± 0.8	3.3 ± 0.3	2.0 ± 0.4	11.9 ± 1.4

INDIA: ESTUDIO DE SINGUR

Se presenta el estudio de Singur en esta tesis por tener patrones socio-económicos y culturales similares a los de Guatemala.

Sitio:

Singur (India) es la sede del centro de investigación y demostración del Instituto de Higiene y Salud Pública All-India.

En el decenio de 1951-1961 registró un aumento de población de 32.9 o/o (incluyendo la migración debida a la participación), comparado con 21.5 o/o, cifra nacional.

El estudio comprende un grupo de poblaciones de más o menos 7,500 habitantes, y 15 aldeas de control con 13,000 habitantes.

A continuación se mencionan algunos datos descriptivos de la

población experimental en Singur, al comienzo del estudio;

Población total: 7,423, de la cual 53 o/o eran hombres y 44 o/o estaban por debajo de los 15 años.

Número total de familias: 1,138.

Tamaño promedio de la familia: 6.5 personas.

Número total de mujeres casadas entre los 15 y los 44 años (población a la que iba dirigido el experimento): 1,118. habitantes

Edad a la que se había contraído matrimonio: promedio para los hombres 21, para las mujeres 13 y 15 en promedio para las mujeres entre 40 y 44 años; un poco más elevado para los hogares en que el matrimonio vivía solo con los hijos; menos de 5 o/o de esterilidad presuntiva y 25 que no tenían hijos vivos.

Religión: Casi todos hindúes, la mitad pertenecientes a la casta intermedia Mahisya.

Alfabetismo: 60 o/o de los casados y 18 por ciento de las casadas sabían leer y escribir.

Status Económico: 3/4 vivían en casas de adobe con techo de paja; Más del 60 por ciento dependían de la agricultura para su subsistencia.

El programa se estableció en 1954; en 1956 comenzó el trabajo preliminar en una aldea situada fuera del área de estudio para que se pudieran efectuar las actividades preparatorias sin que se contaminara el sitio mismo del estudio. La encuesta básica de fecundidad se hizo en Singur y Bandipur en octubre de 1957 y en diciembre del mismo año comenzó el programa de acción, que aún se continúa.

Personal:

El estudio ha sido dirigido, administrado y supervisado por personal del Instituto All-India

La cantidad de personal ha fluctuado, dependiendo de las fases del programa. Un funcionario principal, una funcionaria médica, un antropólogo, un estadístico, 6 asistentes de campo, 3 hombres y 3 mujeres, 2 asistentes de campo para la recolección de estadísticas vitales, una especialista en computación.

Costos:

El presupuesto actual del programa es de US\$ 12,000. En los primeros 5 años de operación, habiendo sido sufragado por fondos de gobierno indio y de las fundaciones norteamericanas.

Indole del Programa de Acción:

En la fase preliminar se examinaron en la aldea situada fuera del área de estudio, los factores sociales y culturales relacionados con el programa. Se entrenaron los asistentes de campo, se ensayaron y se revisaron distintos sistemas educativos y se introdujeron algunos métodos anticonceptivos para ver la reacción de la gente. Desde el principio se decidió enfocar el programa de acción tanto hacia los maridos como hacia las esposas.

El área experimental se dividió en 3 zonas y el paso siguiente consistió en ganarse la aprobación de los habitantes de la aldea y se buscó la colaboración de los dirigentes de la comunidad, de los médicos locales y de los ancianos del lugar. Se organizaron reuniones comunales dirigidas especialmente a los hombres, presididas por el funcionario principal del personal de campo, en las que se discutieron asuntos tales como la planificación familiar como medio de mejorar las condiciones de pobreza, desnutrición y enfermedad. Durante el curso del programa se siguieron haciendo de cuando en cuando reuniones comunales, especialmente en relación a la celebración anual del Día de la Planificación Familiar, que servían para darle mayor relieve al programa y renovaban el interés por el mismo. La asistencia máxima en las reuniones para hombres fue de 250 y 200 para las de mujeres.

La parte principal del programa de acción la constituían sesiones de pequeños grupos, con una asistencia de 4 a 6 personas, que duraban 1 hora en promedio, y el contacto individual con los asistentes de campo, con los que ya estaban familiarizados, y que tenían lugar aproximadamente una vez cada 2 meses.

En una reunión de grupo típica el asistente hacía una presentación que incluía:

- 1) La introducción del tema como parte de la actividad del centro de Salud de Singur.
- 2) Las razones económicas y de salud de la planificación familiar.
- 3) La fisiología de la reproducción humana, incluyendo especialmente el ciclo de la ovulación y de la menstruación como base para el uso del ritmo, el coito interrumpido y las tabletas espumantes. Al terminarse la presentación tenía lugar una discusión, en la que participaban activamente los miembros del grupo.

La enseñanza se impartía con ayudas visuales: portafolios, franelógrafos y tarjetas.

Se utilizaron también cuadros y tarjetas con diagramas de los órganos sexuales masculinos y femeninos, para hacer comprender mejor los procesos de ovulación, menstruación, fecundación, implantación, producción del semen y como ayuda suplementaria un modelo tridimensional de los órganos femeninos.

Materiales y Suministros:

Al iniciarse el programa propiamente dicho a finales de 1957, los habitantes del área experimental recibieron información sobre el ritmo, el coito interrumpido y las tabletas espumantes, con un método simplificado para el ritmo: abstinencia entre 11 y 18 días después del comienzo de la menstruación. En 1960 se introdujo el condón y en 1961 se comenzó a practicar la esterilización en el Centro de Salud. Los asistentes de campo distribuían gratuitamente las pastillas espumantes y los comprobantes que permitían retirar los condones en los dispensarios. En general, a cada pareja se le daba lo suficiente para un mes.

Diseño de la Investigación:

El programa de investigación comenzó con la compilación de datos vitales, nacimientos, matrimonios y defunciones, tanto en el área experimental como en la de control, siendo éste el único contacto de los trabajadores de campo con el área de control. Había necesidad de recoger esta información para poder valorar el programa de acción, pues los registros vitales disponibles eran inadecuados. El funcionario médico del Centro de Salud de Singur es en la actualidad el registrador oficial del distrito y los datos recopilados cada 6 meses más o menos por los trabajadores de campo se comparan con los registros del Centro.

Además al comenzar el programa de acción a finales de 1957, se procedió a una encuesta de actitudes entre todas las parejas elegibles del área de experimentación familiar, su deseo de practicarla, etc.

Hubo que suprimir varias parejas de la lista de las elegibles por menopausia, esterilización, muerte de uno de los esposos, cambio de domicilio, etc., y de introducir nuevas por haberse mudado al área.

Con estas revisiones el total se elevó a 1,052 al comenzar el programa de acción.

Las visitas regulares de los asistentes, tenían lugar cada dos meses, daban los datos sobre la práctica de la planificación familiar y los métodos que se estaban usando.

Resultados:

Estos programas de acción se pueden valorar en función de 4 factores, cada uno más importante que el anterior; información sobre planificación familiar, actitud en relación a la planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos y tasa de natalidad. En el estudio de Singur se dispone de los datos para cada uno de estos factores.

Al comienzo, menos del 10 o/o de los entrevistados en la encuesta sabían de algún método de planificación familiar; unos 2 meses después de haberse comenzado la instrucción de grupo se entrevistaron 85 alfabetos y 170 analfabetos, entre mujeres y hombres, para evaluar el efecto de las enseñanzas y se vio que la gran mayoría conocían uno o dos sistemas, aunque solamente la mitad de las mujeres que mencionaron el ritmo tenían información correcta. Tampoco se comprendía bien la relación entre la ovulación y la abstinencia periódica o el mecanismo de prevención de la fecundación con las tabletas espumantes; en general las mujeres entendían menos que los hombres las explicaciones.

Respecto a la actitud, 80 o/o manifestó su deseo de enterarse de los métodos de planificación familiar, o por lo menos no presentó ninguna objeción, y los maridos no se opusieron a que sus mujeres fueran informadas; de éstos, alrededor del 90 o/o estaban dispuestos a que se les diera la información en grupos separados por sexo y en realidad casi todos asistieron a estas reuniones en alguna ocasión u otra.

Pocos habían utilizado anteriormente algún método anticonceptivo y un 30 o/o aproximadamente de las parejas elegibles empezaron a usarlo, la mitad en forma regular y la otra sólo ocasionalmente. Entre los usuarios, el método del ritmo tuvo una alta aceptación inicial y sigue siendo el más importante, posiblemente porque la abstinencia periódica es parte de la cultura de esta gente.

Al principio la aceptación de las tabletas espumantes fue muy limitada, tal vez porque se creyó que podían perjudicar a la mujer o al niño que se concibiera a pesar de su uso; además su eficacia se vio disminuida por ciertas prácticas sexuales que no daban tiempo a que se produjera la espuma.

Al introducirse los condones al comienzo del programa en 1960, la aceptación fue muy limitada, pero poco a poco fue mejorando y en la actualidad se usan más que las tabletas espumantes.

El método que dio menos resultados fue el de coito interrumpido; las mujeres lo consideran como fuera de control e incumbencia y los hombres impropio y perjudicial para su salud y placer.

Existe una demanda cada vez mayor de la esterilización, especialmente la vasectomía.

Por último, los datos vitales obtenidos en la encuesta por hogares permiten verificar la eficacia del programa de acción en relación a la tasa de natalidad, que es el criterio definitivo.

Como lo indican los datos siguientes, la disminución en la tasa, aunque no muy grande, es consistente y Singur se considera el primer esfuerzo con éxito de reducir la tasa de natalidad en una población de este tipo, por medio de un programa educativo. En el área experimental la tasa había empezado a disminuir un año antes de introducirse el programa de acción, pero inclusive si el esfuerzo educativo lo único que hizo fue acelerar una tendencia existente, esto ya representa un logro importante, especialmente si se considera el fracaso de los anteriores programas de acción, en lo que se habían usado los mismos métodos anticonceptivos. Está por ver si habrá una mayor reducción o si se ha llegado a un tope que representa el límite de lo que se puede lograr en esta forma.

PLANIFICACION FAMILIAR EN LOS PAISES SOCIALISTAS

La planificación familiar se inició en la URSS después de la II guerra mundial. Existiendo asimismo una serie de centros de maternidad que cuentan con Ginecólogos, Comadronas y Abogados que dan información sobre planificación familiar y sobre los métodos más comunmente usados por ellos que son los siguientes: Diagramas, Copas Cervicales, Pasta Gramicidín, Tabletatas Vaginales (Nicozeptina, que contiene ácido nicotínico, luteína y un agente vegetal se ha demostrado una eficacia de estas tabletas hasta del 97 o/o se usan asimismo los anticonceptivos orales y los dispositivos intrauterinos.

En la Unión Soviética en 1917 se permite el aborto libre, después se prohíbe por los problemas de Relaciones Exteriores que afronta el país con Alemania. Se legalizó el aborto nuevamente en 1954 con restricciones y después de vivas discusiones por las siguientes razones: No se disponía de anticonceptivos altamente eficaces y al mismo tiempo aceptados por todas las clases de población; 2) Existía el deseo de librar una campaña intensiva contra el aborto ilegal; 3) Parecía deseable que todas las mujeres embarazadas estuvieran bajo supervisión médica; a pesar de estas consideraciones en muchas conferencias médicas en la URSS se ha llegado a la conclusión de que el aborto inducido presenta problemas y que debe de ser substituído por una anticoncepción efectiva, siendo la legalización del aborto una medida transitoria contándose asimismo con una serie de unidades especiales cuya función es reducir los abortos legales. En Checoslovaquia, la República Democrática Alemana y Yugoslavia existen

comisiones médicas encargadas de autorizar el aborto y en casos de decisión adversa se puede apelar a un organismo médico superior. En Rumania y la URSS las mujeres pueden dirigirse directamente a las consultas externas; en Bulgaria y Hungría, a los Hospitales asimismo es obligatoria la información sobre anticoncepción.

Factores que Afectan la Fecundidad:

Las tasas brutas de natalidad de la URSS han pasado de 27.7 en 1955 a 20.8 en 1964. Los factores que más fuertemente influyen sobre la fecundidad son:

1.- La creciente integración de las mujeres a las actividades de la comunidad. Más del 83 o/o de las que tienen entre 15 y 59 años trabajan y cerca de la mitad de todos los empleados pertenecen al sexo femenino; 79 o/o de los médicos, 70 o/o de los maestros, 39 o/o de los agrónomos, 32 o/o de los ingenieros y 37 o/o de los científicos son mujeres; hay más de 800 que son miembros de la Academia de Ciencias o Profesoras Universitarias. En 1958 la fecundidad de las que trabajan, comparada a la de aquellas dedicadas a las actividades hogareñas era 1/4 parte menos en el grupo de edad de 20 a 29 y la mitad en el de 30 a 39. Ya entre 1929 y 1933, Strumiliv había informado que la fecundidad entre las primeras era 87.7 por 1,000 y 169.1 entre las segundas.

2.- Urbanización e industrialización crecientes. En los últimos 10 años la tasa de natalidad en las áreas rurales ha sido superior en un 25 o/o a la que las urbanas; en 1962 era 25.0 por 1,000 en las primeras y 20.0 en las segundas. En el período 1950-62 la población urbana pasó de 39 o/o a 52 o/o de la total.

3.- Elevación de los niveles culturales y educativos. El analfabetismo era muy generalizado en la época de los zares, pero ya hace bastantes años que dejó de existir en la Unión Soviética; en 1964, 32 o/o de la población y 50 o/o de la trabajadora había recibido educación secundaria como mínimo.

TABLA IV

Número de hijos	Empleados	Obreros	Agricultores en las Granjas Colectivas
Un hijo	50	46	40
Dos hijos	41	39	32
Tres hijos	8	12	19
Cuatro o más hijos	1	3	9

En un estudio de la familia soviética efectuado en 1962, Ovsienko informó sobre la distribución porcentual de familia por número de hijos de 16 años o menos y por estatus de trabajo del jefe de familia (Ver Tabla 4). Las cifras indican que el número de hijos disminuye a medida que el nivel educativo es mayor.

4.- Cambio en la edad del matrimonio. La edad promedio en la que se casa la mujer ha pasado de 23 años en 1910 a 27 en 1950 (Uralis) en 1960, 25 o/o de las recién casadas tenían 20 años o menos; 66 o/o, 25 o menos; 78 o/o, 30 o menos y 89 o/o, 40 o menos.

5.- Factores socio-psicológicos. Los factores que favorecen el aumento en el tamaño de la familia son el pleno empleo, la confianza en el futuro, el mayor número de instituciones dedicadas al cuidado de los niños, la generosa protección acordada a la madre y a los hijos y un mayor apoyo económico para las mujeres con familias numerosas.

PLANIFICACION FAMILIAR EN LA REPUBLICA DEMOCRATICA ALEMANA

Se inició la planificación familiar en el programa de Salud Pública de 1963, pudiendo todas las mujeres recibir información gratuita al respecto en los Centros de Salud, impartida por Ginecólogos y Médicos de Salud Pública; incluyendo consultas sobre anticoncepción, problemas de esterilidad, orientación pre-marital y matrimonial y educación sexual.

Un Instituto de Investigación sobre planificación familiar situado en Rostoc, imparte cursos a médicos y comadronas y la facultad de Medicina dicta cursos sobre el tema, se presentan asimismo programas radiales y de televisión sobre temas relacionados con el matrimonio y la familia incluyendo a la anticoncepción; asimismo se publican en los periódicos.

Los métodos anticonceptivos más usados son: cremas, supositorios, nonagel, diafragmas, y contraceptivos orales (ovosiston).

Normas similares rigen los demás países socialistas.

UN EXPERIMENTO SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR EN ACATENANGO

Resumen

El municipio de Acatenango del Departamento de Chimaltenango, tiene una extensión de aproximadamente 162 k² y 11,000 habitantes. Consta de un pueblo, cinco aldeas y seis caseríos; con una densidad de población de sesenta y tres habitantes por kilómetros cuadrado, un promedio familiar de 8 personas, hablándose español y cakchiquel. Según datos correspondientes al año 1969, en Acatenango la tasa de mortalidad infantil fue de 149 x 1,000 h. nacidos vivos y una tasa de mortalidad neonatal de 84 x 1,000 h., así como la de mortandad postnatal de 65 x 1,000.

El índice de natalidad es de 39.8 por 1,000 h. y el índice de mortalidad general es de 17.5 x 1,000.

Estimológicamente Acatenango quiere decir lugar de los hongos. Predomina en dicha área la Raza Indígena, su actividad económica principal es el cultivo del café incrementándose últimamente el maguey. Actualmente cuenta con un Centro de Salud, una Escuela con edificios modernos y en buenas condiciones.

En el municipio de Acatenango con la colaboración de la Asociación Pro-Bienestar de la familia, de los Drs. Carlos Walheim, Luis F. Galich y el Prosa, el autor de la presente tesis instaló y se encuentra funcionando una estación piloto de planificación familiar; prestando los siguientes servicios:

- 1o. Entrenamiento técnico del personal del Centro.
- 2o. Proporcionar materiales de divulgación: Ayuda Audiovisual, películas, láminas ilustradas, folletos, etc.
- 3o. Pláticas a madres que deseen planificar su familia.
- 4o. Proporcionar dispositivos intrauterinos a las pacientes sin costo alguno.
- 5o. Proporcionar contraceptivos orales o por vía parenteral a las pacientes.
- 6o. Efectuar pruebas de embarazo cuando fuere necesario.
- 7o. La paciente que solicita los servicios de la unidad piloto de

planificación familiar se le efectúa examen físico, examen ginecológico, papanicolau, para una detección temprana del cáncer cervical, contando para su efecto con la colaboración del I.N.C.A.N.

- 8o. Tratamientos de enfermedades ginecológicas y seguimientos de los métodos contraceptivos mencionados anteriormente, con un sistema de tarjetas adecuado.

Métodos:

En razón de una evaluación socio-económica efectuada en combinación con el servicio social de Acatenango, creemos que para poblaciones de este tipo, se deben usar los siguientes métodos de acuerdo al grado cultural del estrato social donde se van a introducir.

A) Contraceptivos por vía oral

Nosotros propusimos el uso de un ovulístico de una mezcla de norgestrel (gestágeno oral), y etinilestradiol; el estrógeno oral más estudiado desde que fue descubierto en 1937 en Alemania por Hohlweg e Inoffen.

Dicho ovulístico se presenta en envase calendario de 28 grageas, cada una con 0.5 mgs. de norgestrel y 0.05 mgs. de etinil estradiol más 7 grageas de placebo, administrándolo en todas sus indicaciones de acuerdo a un esquema de dosificación sencilla, una gragea al día. Este tipo de envase permite practicar tratamientos ininterrumpidos sin que exista la necesidad de intercalar descansos; formando ciclos de precisión cronométrica, creímos que el método descrito anteriormente era el más fácil de introducir y usar, puesto que es interrumpido para formar hábito de ingerir una gragea al día, pues según los estudios que se han efectuado en poblaciones con patrones culturales similares a la presente.

Acceptabilidad: perfecto control del ciclo y mínima incidencia de fenómenos secundarios.

Cuidados especiales: Reconocimientos ginecológicos periódicos; cada 6 meses aproximadamente de acuerdo a las direcciones publicadas por aquella identidad llamada O.M.S., teniendo como consecuencia de ésto una detección temprana del cáncer cervical en las pacientes del municipio de Acatenango.

Sistemas intrauterinos: Se propuso el uso de la ASA de Lippes teniendo el inconveniente estos dispositivos, que requieren el uso de personal especializado pero que son de gran eficacia en estos núcleos de población por su bajo costo y mantenimiento; pueden producir asimismo, los siguientes inconvenientes:

- a) Mancharo vaginal
- b) Menorragias
- c) Espasmos uterinos que se producen en un 5 o/o de los pacientes.
- d) Expulsión del 10 o/o aproximadamente de estos dispositivos espontáneamente.

Asimismo, se da orientación en dicha clínica sobre los métodos del ritmo inyectable y el de la ovulación.

La estación piloto de Acatenango cuenta con los medicamentos y equipo necesario para desarrollar esta actividad.

La planificación familiar repercutirá en el área rural de la siguiente manera:

- 1o. Dando una detección precoz del cáncer.
- 2o. Una mejor educación.
- 3o. Mejor estado nutricional.
- 4o. Mejor estado Económico.
- 5o. Mejor estado Cultural.
- 6o. Mejor salud en general.

Esto quiere decir, un mejor estatus socio-económico y cultural a la familia guatemalteca.

RESUMEN

Se analizaron publicaciones especializadas sobre el tema, obteniéndose asimismo, experiencias en el terreno de la planificación familiar en el área rural por el trabajo experimental que se efectuó en Acatenango, Municipio del Departamento de Chimaltenango.

Se estudiaron los métodos anticonceptivos orales, inyectables, dispositivos intrauterinos, diafragmas, tapones cervicales, espermicidas y

cremas, que son los métodos más eficaces para usar en nuestro medio, y vimos en el transcurso del trabajo cómo los anticonceptivos orales son fáciles de usar por las pacientes después de explicaciones impartidas por personal capacitado y haber recibido orientación adecuada. Los procedimientos de prueba de estos medicamentos, las pruebas clínicas preliminares y las que se efectuaron a gran escala, sus efectos colaterales mínimos cuando son bien indicados, los hace sumamente confiables, y su eficacia es lo más efectiva siempre que se sigan las indicaciones exactas. Se ha demostrado asimismo un aumento de la fertilidad de las mujeres que usan estas drogas, encontrando que el 61 o/o de las pacientes que se les suspendieron se embarazaron inmediatamente en el curso del siguiente ciclo; al mismo tiempo, que solo se embarazaron el 34 o/o de las pacientes que utilizaron otros métodos anticonceptivos. Hay preocupación sobre posibles efectos perjudiciales producidos por estas drogas, pero hasta ahora los estudios realizados en varias partes del mundo no han reportado efectos patológicos de importancia. Sin embargo, los dispositivos intrauterinos son sumamente eficaces y se deben colocar siempre previo examen ginecológico; tienen los inconvenientes que deben ser colocados por personal altamente especializado y se han reportado asimismo expulsiones de estos dispositivos hasta en un 10 o/o. Con respecto a los diafragmas, tapones cervicales, espermicidas y cremas, arriba mencionados, no son métodos seguros ni creemos que sean recomendables en nuestro medio.

La esterilización aplicada al hombre o a la mujer debe de reservarse a circunstancias definidas claramente, en las que resulta deseable y obligatoria una contracepción permanente. No solamente deben de sopesarse las indicaciones médicas aceptadas, sino que deben de observarse escrupulosamente las cuestiones de consentimiento, las leyes y las costumbres que rigen para este procedimiento.

El método de la ovulación del Dr. Billings que no es más que la combinación del método de la temperatura basal y la observación de los síntomas de la ovulación, el cual es aceptado por la Iglesia Católica; no me parece porque es bastante difícil de seguir con exactitud, según estudios efectuados.

CONCLUSIONES

Los métodos de planificación familiar que desde el principio han venido a resolver, no sólo el problema que existe de verdadera preocupación mundial por el crecimiento acelerado de la población, sino que también la situación familiar, han logrado grandes avances en materia científica, según los estudios experimentales llevados a cabo en diversas partes del mundo, y han consolidado las bases para los programas futuros.

RECOMENDACIONES

- I. Que el Estado defina una política poblacional.
- II. Que el Estado emita leyes sobre planificación familiar que sean adecuadas al país.
- III. Instruir a la familia guatemalteca sobre estos temas.
- IV. Que se ofrezca a la población los servicios que esta necesite y de acuerdo con la política que defina el Estado.
- V. Es necesario preparar al personal médico, paramédico de todo el país en las técnicas más efectivas de planificación familiar.
- VI. Es necesario llevar a cabo programas de educación sexual para distintos grupos nacionales, utilizando los medios de comunicación más eficientes, a manera de informar a cada habitante sobre las actuales posibilidades de planificar la familia.

BIBLIOGRAFIA

1. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. División de Estudios de Población. Bogotá. Ed. Tercer Mundo, s. f. 281 p.
2. Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala. División de Servicios de Planificación Familiar. Desarrollo de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala. Trabajo presentado al Seminario sobre problemas demográficos de Guatemala y su relación con el Servicio Social Profesional, celebrado en la Ciudad de Quezaltenango del 4 al 6 de septiembre de 1970. (mimeografiado).
3. Berelson, Bernard. Programas de planeación familiar en todo el mundo. Development Digest. 1:62 Mayo de 1967.
4. Best, C. & Taylor, N. Bases fisiológicas de la práctica médica. 6a. ed. México, Uteha, 1964. 1558 p.
5. Billings, John. Método de la ovulación, resumen. Guatemala, Movimiento Familiar Cristiano. Septiembre 1970. 19 p.
6. Brenes, Víctor. Educación sexual, métodos y principios. Costa Rica, Asociación Demográfica Costarricense. 1969. 20 p.
7. Cutting, Windsor. Manual de farmacología. Barcelona, Montaner y Simon, S. A., 1966. 714 p.
8. Duverger, Maurice. Sociología política. Barcelona, Ediciones Ariel, 1968, 1968. 426 p.
9. Enke, Stephen. Algunos aspectos económicos de disminuir el crecimiento demográfico. Development Digest. 1:69, Mayo de 1967.
10. FIPF. Actas de la 8a. conferencia. Celebrada en Santiago de Chile del 9 al 15 de abril de 1967. Santiago, 1968. 574 p.
11. Gurvitch, Georges. Tratado de sociología. Buenos Aires, Ed. Kapelusz, 1962. 592 p.
12. Leinman, R. L. Manual Médico Anticoncepción. Argentina, Editorial Pax-México. 1967. 159 p.
13. Ufer, J. Hormonoterapia en gineco-obstetricia. Madrid, Alhambra, 1965. 168 p.

14. Valle Calvo, Roberto. Ensayo crítico de la limitación de la familia. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Agosto 1936, 32 p.

Vo. Bo.

6

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

4

Br. Guillermo Glauser P.

Dr. Luis F. Galich
Asesor

Dr. Carlos Walheim
Revisor

Dr. José Quiñónez
Director de la Fase

Dr. Carlos A. Bernhard
Secretario

Vo. Bo.

Dr. César A. Vargas
Decano