

2. www.celade

CELADE

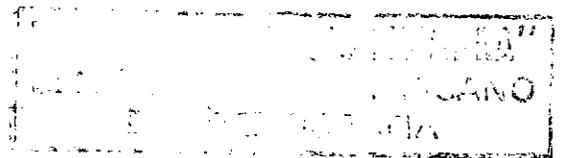
CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

Distribución interna

Christopher Tietzo

y

Sarah Lewit



EVALUACION ESTADISTICA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS:
EFECTIVIDAD DE USO Y EFECTIVIDAD EXTENDIDA DE USO

(Traducción del artículo del mismo nombre que aparece en "A Handbook for Service Statistics in Family Planning Programs". The Population Council, noviembre, 1969)

Serie D, N°68.
Septiembre, 1971.
400.

6148

Las opiniones y datos que figuran en este trabajo son responsabilidad del autor, sin que el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) sea necesariamente partícipe de ellos.

I N D I C E

	<u>Página</u>
Conceptos de efectividad de uso	1
Clasificación por situación de término	3
Ajuste por pérdida para el seguimiento	6
Ejemplos de clasificación	7
Registro de seguimiento	12
Referencias	14

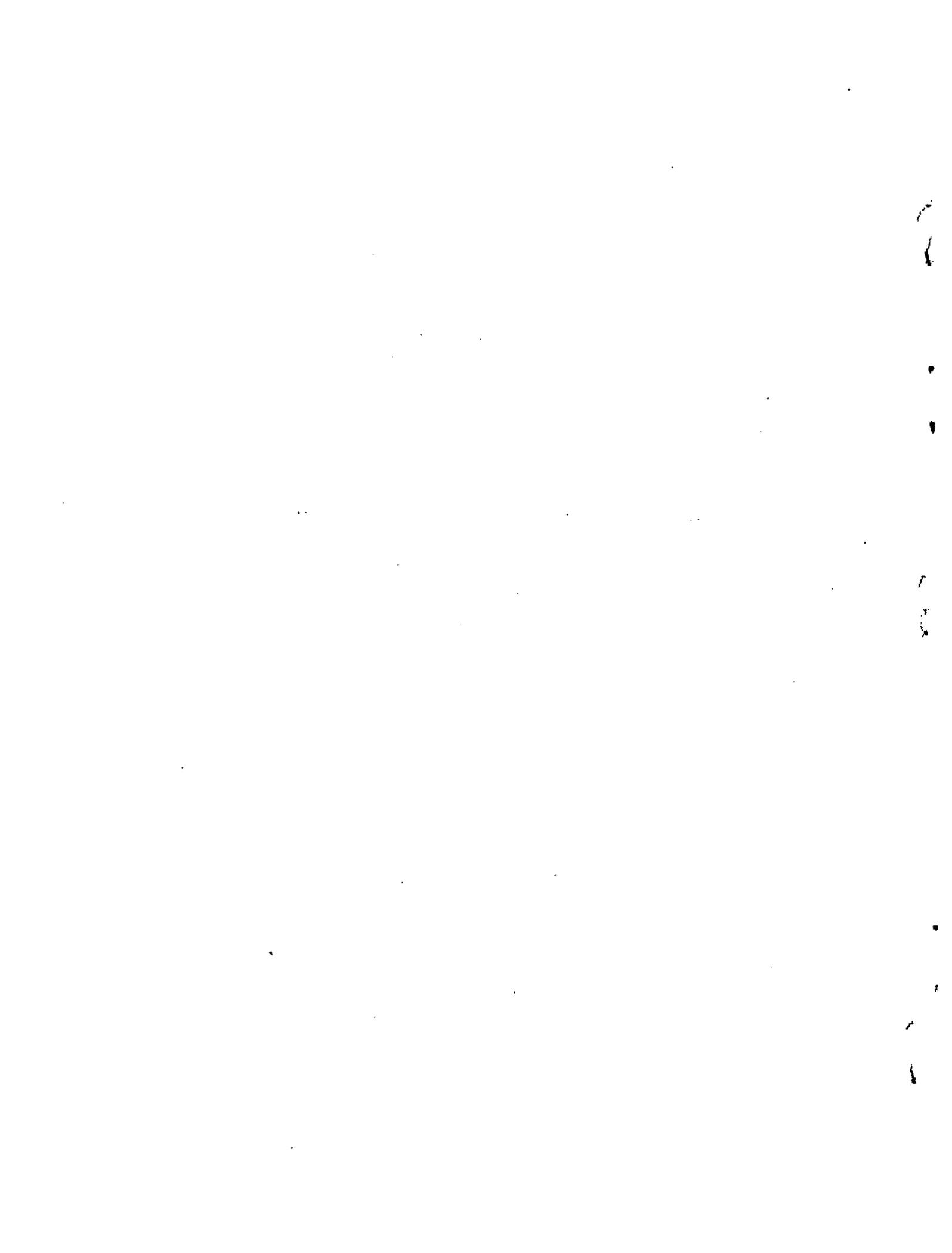
Índice de cuadros y gráfico

Cuadros

1. Situación de término, por tipo de análisis	4
2. Clasificación de los ejemplos de la experiencia anticonceptiva mostrada en el Gráfico I	10

Gráfico.

1. Ejemplos de experiencia anticonceptiva	8
---	---



El advenimiento reciente de los programas nacionales de planificación familiar y el crecimiento de los programas locales han originado una aguda necesidad de evaluaciones estadísticas seguras de los métodos anticonceptivos. En estas evaluaciones, los criterios principales son la efectividad en términos de tasas de embarazo y la continuación o interrupción de uso del o de los métodos anticonceptivos estudiados.

Durante más de 25 años los expertos interesados en la evaluación de la efectividad anticonceptiva han diferenciado entre efectividad teórica^{1/} y efectividad de uso.^{2/} La efectividad teórica, también conocida como biológica^{3/} o fisiológica,^{4/} se refiere a la acción antifecundidad de un método o producto en condiciones ideales. Si fuera posible poner la población en un laboratorio se lograría asegurar el uso coherente de un anticonceptivo sin error ni omisión. En esas condiciones, la interacción entre los factores químicos o mecánicos y la fisiología humana determina el grado de efectividad.^{5/} En realidad es factible alcanzar un alto nivel de efectividad teórica en poblaciones humanas, pero, en circunstancias ordinarias, imposible verificarlo.

Conceptos de efectividad de uso. La efectividad de uso, también conocida como efectividad clínica,^{6/} se relaciona con la experiencia de una población humana en relación a la anticoncepción en general o con un método o producto determinado mientras está expuesta al riesgo de un embarazo accidental. Tradicionalmente el término abarca periodos de uso incluyendo las irregularidades en la práctica anticonceptiva, pero excluye los de no uso posterior a la interrupción. En los estudios sobre un método específico, el cambio a otro también cancela el periodo considerado de exposición.

La efectividad de uso de un método es de esperar que sea significativamente inferior a la efectividad teórica del mismo cuando exige una acción periódica, relacionada o no con el coito. En estos casos, la efectividad teórica puede inferirse a partir de los niveles de efectividad de uso alcanzados por los grupos de mayor éxito entre usuarias altamente motivadas. Con los métodos casi permanentes, tales como los dispositivos intrauterinos, la efectividad de uso tiende aproximadamente a la efectividad teórica.

En 1959 se introdujo un nuevo término "efectividad demográfica"^{7/} para evaluar la experiencia de las parejas que adoptaban la anticoncepción y permanecían en riesgo de embarazo accidental ya sea que continuaran o no la práctica. Este concepto amplió el periodo de exposición para incluir tanto los periodos de no uso y uso que siguen a la adopción de la anticoncepción. La efectividad definida en esta forma puede ser sustancialmente inferior a la efectividad de uso en su definición tradicional si hay muchas parejas que discontinúan después de corto tiempo de uso inicial. En vista de que el término "efectividad demográfica" parece demasiado amplio y tal vez excesivamente ambicioso, se sugiere reemplazarlo por "efectividad extendida de uso" que pone de relieve la relación entre el nuevo concepto y el tradicional.

El hacer la diferencia entre efectividad de uso y efectividad extendida de uso reviste especial importancia en programas de anticoncepción oral o intrauterina, ya que estos dos métodos permiten diferenciar, respecto de los tradicionales, con mayor precisión entre períodos de uso y de no uso.

La mayor parte de la investigación sobre efectividad anticonceptiva ha sido realizada por clínicos y en general auspiciada por fabricantes de anticonceptivos. Como los primeros están esencialmente orientados hacia el método y los segundos hacia el producto y como la efectividad teórica no puede ser evaluada directamente en la población, el énfasis de los estudios clínicos se ha dirigido hacia la efectividad de uso. En muy pocos casos se ha procurado seguir a las pacientes o clientes más allá del momento en que abandonaron el método prescrito.^{8/} Aunque la efectividad extendida de uso ha sido evaluada en algunos estudios basados en entrevistas de muestras de la población general,^{9/} las diferencias de concepto entre este enfoque y el tradicional no han sido todavía suficientemente tratadas en la literatura.

A partir de la década del 30 la medida aceptada de efectividad anticonceptiva ha sido la tasa de embarazo por 100 años-mujer de uso, computada de acuerdo con la fórmula de Pearl,

$$R = \frac{E \times 1200}{M}$$

en la que el numerador representa el número de embarazos accidentales multiplicado por 1 200 y el denominador es la suma de todos los meses de exposición de todas las parejas incluidas en la investigación.^{10/} La fórmula de Pearl supone una tasa constante de embarazo para una población dada en todos los meses que siguen a la iniciación de la práctica anticonceptiva. En otras palabras, la tasa de embarazo de 50 mujeres observadas durante dos años se iguala a la de 100 mujeres observadas durante un año o a la de 200 observadas durante seis meses.

En realidad las tasas de embarazo varían con la duración del uso según el número de observaciones. En los estudios de efectividad de uso estas tasas tienden a declinar a medida que aumenta la duración del uso^{11/} y este descenso puede ser muy marcado. En los de efectividad extendida de uso, aumentarán por un tiempo, a medida que las parejas abandonen la anticoncepción y luego descenderán gradualmente. Aún no se dispone de datos empíricos. En vista de esas relaciones ya no es posible considerar la fórmula de Pearl como instrumento adecuado para evaluar la efectividad anticonceptiva, y se recomienda encarecidamente sustituirla por las tasas acumulativas de embarazo basadas en los métodos de tabla de vida.

La tabla de vida también es el procedimiento preferido para el cálculo de tasas acumulativas de continuación e interrupción de la práctica anticonceptiva en general o de los medios anticonceptivos específicos.^{12/} cuestiones que despiertan cada vez mayor interés entre científicos y demógrafos.

Las tasas acumulativas de embarazo y las de continuación pueden computarse como tasas "brutas" usando una tabla de vida de salida única^{13/} y midiendo la efectividad y la continuación como fenómenos aislados. Las tasas acumulativas, en términos de efectividad extendida de uso igualmente pueden calcularse como tasas

"netas" utilizando la tabla de vida de salida múltiple^{14/} que tiene en cuenta los efectos competitivos de los embarazos y otros tipos de interrupción. La tasa de continuación es el complemento de la suma de las netas de interrupción.

El cálculo de las tasas brutas y netas es relativamente sencillo si el período de exposición se ha limitado a un único intervalo de embarazo. Con esta limitación, la reanudación de la anticoncepción después de un embarazo accidental o planificado da comienzo a un nuevo período de exposición que se puede considerar como un nuevo caso. Se recomienda también que para una evaluación de rutina, el análisis de tabla de vida se limite ya sea a la práctica anticonceptiva en general, sin tener en cuenta el método, o al primer método o producto prescrito o escogido por cada paciente o cliente. La evaluación de los segundos y subsiguientes métodos requiere la separación de la experiencia de la usuaria en "segmentos" y su combinación en "cohortes sintéticas" de experiencia.^{15/} Los datos básicos que se requieren en este caso con frecuencia son imposibles de obtener y la información adicional lograda no justifica muchas veces el volumen y costo muy superiores del cálculo.

Es la opinión de los autores que (para la evaluación de la práctica anticonceptiva en los programas nacionales y locales) la efectividad extendida de uso es más apropiada que la efectividad de uso en su sentido tradicional. Además, las tasas de embarazo computadas en estos términos están sujetas a menos error, puesto que no es necesario separar la mayoría de los períodos de no uso de los de uso. De todos modos se recomienda que en la medida de lo posible se clasifique cada usuaria por efectividad de uso y efectividad extendida de uso, ya que las tasas de continuación pueden calcularse en términos del primer concepto solamente.

Clasificación por situación de término. Además de las variables demográficas y sociológicas que parezcan pertinentes, todas las mujeres incluidas en el estudio debieran clasificarse por: (1) el primer método o producto prescrito o escogido; (2) situación de término y (3) duración del uso o exposición. La clasificación por situación de término y duración del uso o exposición variará con la manera como se haya enfocado el análisis. Las cuatro formas básicas del análisis son: 1) Efectividad de uso de toda práctica anticonceptiva, 2) Efectividad de uso del primer método, 3) Efectividad extendida de uso de toda práctica anticonceptiva, y 4) Efectividad extendida de uso del primer método (Cuadro 1).

En términos de efectividad de uso de toda práctica anticonceptiva, sin tener en consideración el método, el período de uso comienza con el inicio de la anticoncepción y termina con cualquiera de las siguientes seis situaciones:

- 1) continúa en el uso de la anticoncepción al final de la observación, no está embarazada;
- 2) embarazo accidental durante el uso de la anticoncepción;
- 3) interrupción sin deseo de protección (planificando un embarazo);
- 4) discontinuación sin necesidad de protección (separación del marido, por ejemplo);
- 5) otra discontinuación; por ejemplo, con exposición continua al riesgo de un embarazo no deseado;
- 6) pérdida para el seguimiento (PPS).

Cuadro 1

SITUACION DE TERMINO, POR TIPO DE ANALISIS

Situación de término	Tipo de análisis			
	Efectividad de uso		Efectividad extendida de uso	
	Toda anti-concepción	Primer método	Toda anti-concepción	Primer método
Usuaría	x	x	-	-
En riesgo	-	-	x	x
Embarazo accidental	x	x	x	x
Interrupción, por planificación de embarazo	x	x	x	x
Interrupción, sin necesidad de protección	x	x	x	x
Otra interrupción	x	x	-	-
Cambio de método	-	x	-	x
PPS	x	x	x	x

La investigación de la efectividad de uso del primer método anticonceptivo requiere una clasificación más para la situación de término: (7) cambio de método.^{16/} Las situaciones de término (5) y (7) pueden subdividirse en: a) expulsión del DIU; b) extracción y otras terminaciones por razones médicas; c) terminaciones por razones personales. Es importante definir en forma precisa esas categorías para evitar ambigüedades.

En los estudios de efectividad de uso de la anticoncepción en general, las irregularidades y los breves periodos de no uso no se consideran al computar los meses de uso. Sin embargo, se omiten los periodos de no uso de un mes o más de duración seguidos por la reanudación del uso, con o sin exposición al riesgo de embarazo; los periodos de uso que preceden y siguen a estas interrupciones se añaden; y la duración del uso se trata como un único periodo prolongado. En los estudios de efectividad de uso del primer método las interrupciones se tratan en la forma descrita en el caso anterior, sólo que se omiten de la duración del uso los periodos de uso de otro método seguido por la reanudación del primero, como se hace con los periodos de no uso. Bajo ciertas circunstancias, no siempre se podrán identificar los periodos de no uso temporal o de utilización de otro método, especialmente en los estudios retrospectivos. Sin embargo, la sobrestimación del uso resultante de no considerar dichos periodos posiblemente no constituya una fuente importante de error.

En términos de efectividad extendida de uso de la práctica anticonceptiva en general, los periodos de no uso se asimilan a los precedentes de uso. El periodo de exposición comienza con el inicio de la anticoncepción y termina en una de las cinco situaciones siguientes:

- 1) no está embarazada pero sí en riesgo al final de la observación, ya sea que use o no la anticoncepción;
- 2) embarazo accidental, incluyendo el involuntario ocurrido durante el no uso;
- 3) discontinuación para planificar un embarazo;
- 4) discontinuación sin necesidad de protección;
- 5) PPS.

En la determinación de la duración de la exposición se omiten los periodos de no uso sin deseo o necesidad de protección pero sí se incluyen los de no uso con riesgo continuado de embarazo involuntario.

Para la evaluación de la efectividad extendida de uso del primer método prescrito o escogido se necesitan las siguientes seis situaciones de término:

- 1) no está embarazada pero sí expuesta al riesgo al final de la observación, ya sea que esté usando el primer método o ninguno;
- 2) embarazo accidental durante el uso del primer método o el no uso;
- 3) discontinuación para planificar un embarazo;
- 4) discontinuación sin necesidad de protección;
- 5) cambio de método;
- 6) PPS.

Los periodos de no uso que siguen inmediatamente a los de uso del primer método se incluyen en el periodo de exposición.⁴

⁴ Se omiten en la determinación de la duración de la exposición los periodos de uso de otro método, y los de no uso sin necesidad de protección, seguidos por la reanudación del primer método.

Algunos estudios retrospectivos se basan totalmente en las entrevistas de seguimiento a mujeres que han aceptado los servicios anticonceptivos en el contacto inicial, pero de las cuales no se dispone de información posterior en los registros clínicos o de otros servicios. En dichos estudios el análisis se funda en los datos obtenidos en la entrevista. Otros estudios se basan en parte en los registros clínicos o de otros servicios y en parte en la información recabada en las entrevistas de seguimiento. En los estudios retrospectivos habitualmente se establece una fecha común de interrupción. La más conveniente es el último día del mes civil. El mismo procedimiento se puede seguir en los estudios prospectivos, o bien asignar individualmente las fechas de interrupción; por ejemplo, al terminarse el 12º o 24º mes después del contacto inicial.

Se recomienda comenzar las visitas de seguimiento varios meses después de la fecha de interrupción. Las dos grandes ventajas de este procedimiento son:

- 1) los embarazos que se presentan antes de esta fecha son más fácilmente identificables; y
- 2) las usuarias activas posiblemente regresen a la clínica para control o en busca de suministros. (Esto reduce el número de aceptantes que deben visitarse).

Ajuste por pérdida para el seguimiento. Se notará que en cada uno de los cuatro tipos de análisis enumerados se incluye la categoría "PPS" (casos perdidos para seguimiento).^{17/}

Anteriormente estos casos se habían tratado de diferentes maneras, dependiendo del tipo de anticonceptivos estudiado. Con el objeto de lograr un procedimiento uniforme para la evaluación estadística, se recomienda que los casos de PPS se prorrateen, de acuerdo con la situación de término y la duración del uso o exposición de las aceptantes de quienes se tuvo información en las entrevistas de seguimiento que fue posible realizar.

Para aplicar este procedimiento, primero es necesario determinar, entre las aceptantes, a las que se debe hacer visitas de seguimiento, y luego, las que constituyen la pérdida para el seguimiento. No se necesita visitar aquellas mujeres cuyos registros clínicos o de servicio proporcionan la siguiente información:

- 1) las usuarias continuas en una fecha de interrupción predeterminada, cuya continuidad ha sido establecida por la presencia del DIU o por el consumo continuo de píldoras orales u otros suministros, después de esa fecha;
- 2) mujeres que quedaron embarazadas en circunstancias conocidas de uso (inclusive el método usado) o no uso de la anticoncepción;
- 3) mujeres que han sido sometidas a la esterilización quirúrgica, o bien sus maridos.^{18/}

Todas las demás mujeres se siguen con posterioridad a la fecha de interrupción aunque su experiencia es evaluada sólo hasta esa fecha.

Todas las mujeres en seguimiento (las que no regresaron a la clínica después de la fecha de interrupción y cuyo registro clínico no indica embarazo en condiciones conocidas o esterilización quirúrgica) se clasifican por situación en el último contacto (SUC) con la clínica, dentro del primer método prescrito o escogido. Esta incluye aplicación, presencia, expulsión o extracción del DIU; prescripción, uso continuo o interrupción de los métodos orales o tradicionales; embarazo en circunstancias desconocidas y embarazo sospechado pero no confirmado. Cada grupo SUC se distribuye además por tiempo transcurrido entre la primera aceptación y el último contacto. Las mujeres cuyo seguimiento no fue posible (no se estableció contacto en la visita de seguimiento) se clasifican como pérdida para el seguimiento.

"Los casos PPS sin información después de la primera visita clínica, son reemplazados por una selección aleatoria de aquellas mujeres que se pudo entrevistar; que habfan aceptado el mismo método anticonceptivo y por la misma fecha; y para quienes se obtuvieron características personales comparables en el contacto inicial, tales como edad y paridez.

Si para las usuarias PPS se dispone de alguna información de sus registros clínicos, una aproximación más sofisticada, pero más laboriosa, permite al investigador considerar la experiencia contenida en los registros clínicos. En esta situación, cada caso PPS se reemplaza por el registro de una mujer en el mismo grupo SUC que pudo ser entrevistada después de la fecha de interrupción, eligiendo aquél que más se parece al caso PPS en términos de tiempo entre la primera aceptación y el último contacto. Si hay varias en esa situación, se elige el más similar en cuanto a características personales o fecha de aceptación, o ambas. Sin embargo, si el registro clínico de un caso PPS indica embarazo en condiciones desconocidas en cuanto a uso o no de la anticoncepción, o embarazo sospechado, y no se puede encontrar una mujer entrevistada con la misma SUC, debe suponerse que ha ocurrido un embarazo mientras se usaba el método más recientemente prescrito o escogido".

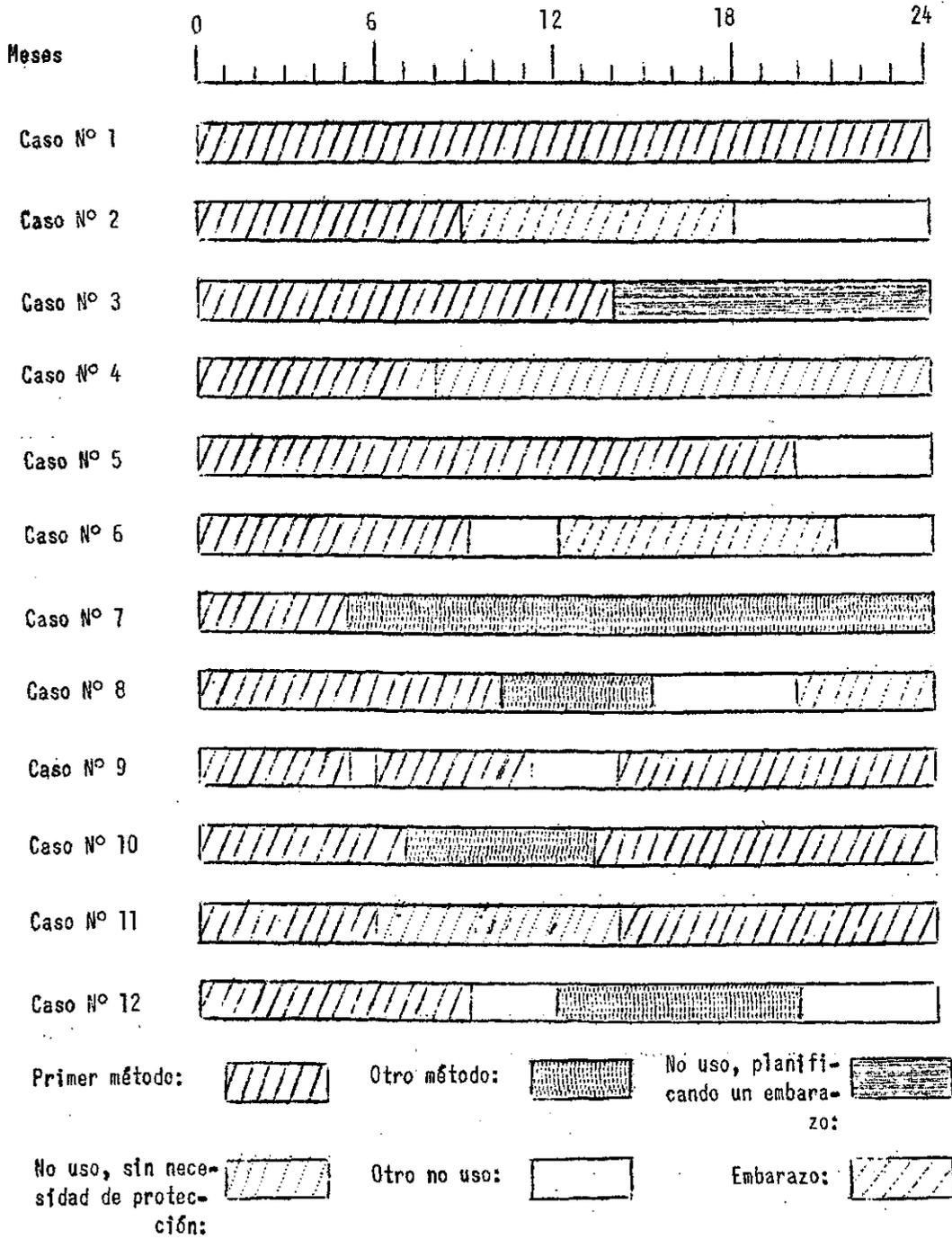
No es posible lograr el seguimiento si no se dispone de registros clínicos o de otros servicios con información completa y específica sobre la identidad y residencia de las aceptantes. E inclusive si se cuenta con ella, el intento de localizarlas debe proseguirse con toda energía para que tenga éxito. No es factible establecer normas de seguimiento universalmente válidas. Lo que en un país se consideraría como resultado halagüeño en otro puede representar un fracaso desalentador.

Ejemplos de clasificación. En el Gráfico 1 se presentan 12 ejemplos de experiencia anticonceptiva en un período de 24 meses después del inicio de la anticoncepción. Se distinguen 6 categorías de uso y de no uso:

- 1) uso del primer método prescrito o escogido;
- 2) uso de otros métodos;
- 3) no uso por planificarse un embarazo;
- 4) no uso sin necesidad de protección;
- 5) otros no usos, por ejemplo, no uso con exposición continua al riesgo de embarazo involuntario;
- 6) embarazo.

Gráfico 1

EJEMPLOS DE EXPERIENCIA ANTICONCEPTIVA



En el Cuadro 2 se resume la clasificación de cada uno de los 12 casos por situación de término, según meses de uso o exposición para 4 tipos de análisis:

- 1) efectividad de uso, en el sentido tradicional, de la anticoncepción en general sin considerar el método, o toda anticoncepción;
- 2) efectividad de uso del primer método;
- 3) efectividad extendida de uso de toda anticoncepción;
- 4) efectividad extendida de uso del primer método.

Caso Nº 1. Esta mujer ha utilizado el primer método prescrito o escogido durante todo el período de dos años. En el análisis de efectividad de uso se la clasifica como usuaria y en el de efectividad extendida de uso como en riesgo. En ambos casos la duración del uso, o exposición, es de 24 meses.

Caso Nº 2. Esta mujer tuvo una concepción involuntaria a los 9 meses de uso del primer método. En los cuatro tipos de análisis se la clasifica como embarazo accidental con 9 meses de uso o exposición.

Caso Nº 3. Esta mujer utilizó el primer método durante 14 meses y lo interrumpió porque quería un hijo. En los cuatro tipos de análisis se la clasifica como planificando un embarazo, con 14 meses de uso o exposición.

Caso Nº 4. Esta mujer se separó de su marido después de 8 meses de uso del primer método. En los cuatro tipos de análisis se la clasifica como sin necesidad de protección con 8 meses de uso o exposición.

Caso Nº 5. Esta mujer interrumpió el uso del primer método al cabo de 20 meses sin estar planificando un embarazo y con necesidad de protección. En la fecha de interrupción no estaba embarazada. En el análisis de efectividad de uso se la clasifica como otra interrupción con 20 meses de uso; en el de efectividad extendida de uso, como en riesgo, con 24 meses de exposición.

Caso Nº 6. Esta mujer interrumpió el uso del primer método al cabo de 9 meses, sin estar planificando un embarazo y con necesidad de protección; concibió 3 meses más tarde. En el análisis de efectividad de uso se la clasifica como otra interrupción con 9 meses de uso; en el de efectividad extendida de uso, como embarazo accidental con 12 meses de exposición.

Caso Nº 7. Esta mujer cambió de método a los 5 meses y continuó su uso hasta la fecha de interrupción. En el análisis de efectividad de uso o de efectividad extendida de uso para toda anticoncepción, se la clasifica respectivamente como usuaria o en riesgo con 24 meses de uso o de exposición. Para la evaluación del primer método figura como cambio de método con 5 meses de uso.

Caso Nº 8. Esta mujer utilizó el primer método durante 10 meses, luego otro durante 5 y ninguno durante 5 más, al cabo de los cuales concibió. Para la evaluación de toda anticoncepción en términos de efectividad de uso se la clasifica como otra interrupción con 15 meses de uso; en términos de efectividad extendida de uso, como embarazo accidental con 20 meses de exposición. Para la del primer método en términos tanto de efectividad de uso como extendida se la clasifica como cambio de método con 10 meses de uso.

Cuadro 2

CLASIFICACION DE LOS EJEMPLOS DE LA EXPERIENCIA ANTICONCEPTIVA MOSTRADA EN EL
GRAFICO 1

Caso No	EXPERIENCIA ANTICONCEPTIVA							
	EFECTIVIDAD DE USO				EFECTIVIDAD EXTENDIDA DE USO			
	Toda anticoncepción		Primer método		Toda anticoncepción		Primer método	
	Situación	Meses	Situación	Meses	Situación	Meses	Situación	Meses
1	Usuaría	24	Usuaría	24	En riesgo	24	En riesgo	24
2	Embarazo	9	Embarazo	9	Embarazo	9	Embarazo	9
3	Planificando	14	Planificando	14	Planificando	14	Planificando	14
4	Sin necesidad	8	Sin necesidad	8	Sin necesidad	8	Sin necesidad	8
5	Interrupción	20	Interrupción	20	En riesgo	24	En riesgo	24
6	Interrupción	9	Interrupción	9	Embarazo	12	Embarazo	12
7	Usuaría	24	Cambio de método	5	En riesgo	24	Cambio de método	5
8	Interrupción	15	Cambio de método	10	Embarazo	20	Cambio de método	10
9	Usuaría	20	Usuaría	20	En riesgo	24	En riesgo	24
10	Usuaría	24	Usuaría	18	En riesgo	24	En riesgo	18
11	Usuaría	16	Usuaría	16	En riesgo	16	En riesgo	16
12	Interrupción	17	Cambio de método	9	En riesgo	24	Cambio de método	12

Caso N° 9. Aunque esta mujer seguía utilizando el primer método en la fecha de interrupción, había tenido dos interrupciones: una que duró 1 mes y otra 3, en ambas ocasiones sin protección. En el análisis de efectividad de uso se la clasifica como usuaria con 20 meses de uso; en el de efectividad extendida de uso continúa en riesgo con 24 meses de exposición.

Caso N° 10. Esta mujer cambió a otro método, lo utilizó durante 6 meses y luego volvió al primero. En el análisis de efectividad de uso se la clasifica como usuaria; en el de efectividad extendida de uso, como en riesgo; tiene 24 meses de uso o exposición con toda anticoncepción y 18 meses con el primer método.

Caso N° 11. Esta mujer utilizó el primer método durante 6 meses y luego se separó de su esposo por un período de 8. Al regresar éste reanuda el uso. En el análisis de efectividad de uso se la clasifica como usuaria, en el de efectividad extendida de uso, permanece en riesgo, con 16 meses de uso o exposición para los cuatro tipos de análisis.

Caso N° 12. Esta mujer utilizó el primer método durante 9 meses, luego ninguno durante 3 (estando el marido presente) y luego otro por 8 meses más. Posteriormente volvió a dejar la anticoncepción aunque no deseaba un embarazo. En términos de efectividad de uso de toda anticoncepción se la clasifica como otra interrupción con 17 meses de uso; en el de efectividad de uso del primer método, como cambio de método con 9 meses de uso. En términos de efectividad extendida de uso de toda anticoncepción está en riesgo con 24 meses de exposición y para efectividad extendida de uso del primer método se la clasifica como cambio de método con 12 meses de exposición.

Se incluye un registro de seguimiento del cual se puede obtener la información necesaria para la clasificación (cuádruple) por situación de término y duración del uso o exposición. Fue diseñada para un estudio retrospectivo de mujeres que habían aceptado previamente el servicio anticonceptivo en una clínica de planificación familiar. El registro que se indica no trata de poner de manifiesto información sobre los períodos de no uso seguidos por la reanudación de la anticoncepción. Incluye una pregunta sobre el resultado del embarazo, que no se requiere para el análisis de la efectividad de uso o efectividad extendida de uso dentro de un intervalo de embarazo, pero sí puede suministrar importante información adicional.

Los autores esperan haber aclarado la diferencia, muchas veces ignorada, entre efectividad de uso y efectividad extendida de uso. Igualmente esperan que al hacerlo, han dado un marco de referencia coherente para evaluar efectividad de uso, (en sus dos sentidos), de la anticoncepción y de su continuación.

20. ¿Por qué dejó de usarlo? (método del N° 6) Deseaba un embarazo (PASE A N° 34)

Expulsó el DIU Otra razón(es) (especificar)

21. Después de haber dejado de usarlo (método del N° 6) ¿Ud. o su esposo utilizaron algún otro método para evitar su embarazo? Sí No (PASE A N° 34)

22. ¿Qué método(s) utilizaron? (especificar)

23. ¿Cuándo dejó de usar (método(s) indicados en N° 22)? Mes y año Mes Año

24. ¿Por qué dejó de usarlos? (método(s) del N° 22) Deseaba un embarazo Expulsó el DIU () Otras razones (especificar) (PASE A N° 34)

25. ¿Usa Ud. todavía (método del N° 6)? Sí (PASE A N° 33) No (PASE A N° 26)

26. ¿Cuándo dejó de usarlo (método del N° 6)? Mes y año Mes Año

27. ¿Por qué dejó de usarlo? (métodos del N° 6) Deseaba un embarazo (PASE A N° 33) Expulsó el DIU () Otra razón(es) (especificar)

28. Después de haber dejado de usarlo (método del N° 6), ¿Ud. o su esposo utilizaron algún otro método para evitar su embarazo? Sí No (PASE A N° 33)

29. ¿Qué método(s) utilizaron? (especificar)

30. ¿Lo usa Ud. todavía? (método(s) del N° 29) Sí (PASE AL N° 33) No

31. ¿Cuándo dejó de usarlo? (método(s) del N° 29) Mes y año Mes Año

32. ¿Por qué dejó de usarlo? (método(s) del N° 29) Deseaba un embarazo Expulsó el DIU Otra razón(es) (especificar)

33. Fecha de comienzo de la última menstruación Día Mes Año (TERMINAR LA ENTREVISTA)

34. ¿Cómo terminó el embarazo? Nacido vivo Mortinato Aborto espontáneo Aborto inducido Todavía embarazada

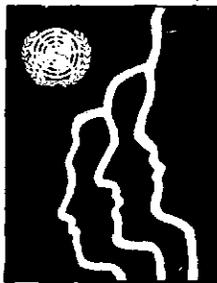
35. OBSERVACIONES

36. Fecha de la entrevista Día Mes Año 37. Fecha de interrupción Día Mes Año

38. Firma del entrevistador

REFERENCIAS

- 1/ J. MacLeod y C. Tietze, "Control of Reproductive Capacity", Annual Review of Medicine, XV (1964), 229-314.
- 2/ C. Tietze, "The Clinical Effectiveness of Contraceptive Methods", American Journal of Obstetrics and Gynecology, LXXVIII (September, 1959), 650-656.
- 3/ G. W. Beebe y C. J. Gamble, "The Effect of Contraception upon Human Fertility", Human Biology, III (September, 1938), 372-387.
- 4/ G. W. Beebe, Contraception and Fertility in the Southern Appalachians (Baltimore: Williams and Wilkins, 1942), 101.
- 5/ V. E. Johnson y W. H. Masters, "Intravaginal Contraceptive Study: Physiology", Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology, LXXI (May-June, 1963), 144-153.
- 6/ C. Tietze, S. R. Pollakoff, y J. Rock, "The Clinical Effectiveness of the Rhythm Method of Contraception", Fertility and Sterility, II (September-October, 1951), 444-450.
- 7/ C. Tietze, "The Clinical Effectiveness . . .", op. cit.
- 8/ Beebe, op. cit., págs. 124-137; C. Chandrasakaran y K. Kuder, Family Planning through Clinics: Report of a Survey of Family Planning Clinics in Greater Bombay (Bombay: Allied Publishers, 1965), págs. 161-162.
- 9/ C. F. Westoff, R. G. Potter, P. C. Sagi, y E. G. Mishler, Family Growth in Metropolitan America (Princeton: Princeton University Press, 1961), págs. 70-102; P. K. Whelpton, A. S. Campbell y J. E. Patterson, Fertility and Family Planning in the United States (Princeton: Princeton University Press, 1965), págs. 288-298.
- 10/ R. Pearl; "Contraception and Fertility in 2 000 Women", Human Biology, IV (September, 1932), 363-407.
- 11/ C. Tietze, "The Use-Effectiveness of Contraceptive Methods", in Clyde V. Kiser (editor), Research in Family Planning (Princeton: Princeton University Press, 1962), págs. 357-369.
- 12/ G. H. Jones y W. P. Mauldin, "Use of Oral Contraceptives: with Special Reference to Developing Countries", Studies in Family Planning, XXIV (December, 1967), págs. 1-13; W. P. Mauldin, D. Nortman, y F. F. Stephan, "Retention of IUDs: an International Comparison", ibidem, XVIII (April, 1957), págs. 1-12.
- 13/ R. G. Potter, "Application of Life Table Technique to Measurement of Contraceptive Effectiveness", Demography, III, 2 (1966), 297-304; R. V. Rider, P. E. White, A. R. Ghazi y P. A. Harper, "Use of the Intrauterine Contraceptive Device in Rural West Pakistan", Demography, III, 2 (1966), 332-342.
- 14/ R. G. Potter, "The Multiple Decrement Life Table as an Approach to the Measurement of Use Effectiveness and Demographic Effectiveness of Contraception", Contributed Papers: Sydney Conference (International Union for the Scientific Study of Population, 1967), págs. 869-883.
- 15/ C. Tietze, "Intra-uterine Contraception: Recommended Procedures for Data Analysts", Studies in Family Planning, XVIII (April, 1967 - suplemento -) págs. 1-5.
- 16/ En ensayos clínicos, el investigador puede cambiar el método por razones de investigación, a algunas mujeres satisfechas con el método que utilizan y que no tienen quejas. La situación de término apropiada en tales casos es la de usuaria hasta la fecha de cambio.
- 17/ La clasificación PPS no es aplicable en los estudios retrospectivos en base a muestras elegidas directamente de la comunidad, sino más bien a aceptantes originales de servicios anticonceptivos.
- 18/ La esterilización puede clasificarse como sin necesidad de protección o como cambio de método, dependiente de los objetivos del investigador.



CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
CELADE

Sede: J.M. Infante 9. Casilla 91. Teléfono 257806
Santiago (Chile)

Subsede: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
Apartado Postal 5249
San José (Costa Rica)