

Principios de la anticoncepción (I)

E. Thomas Carazo y M.J. Nadal Blanco

Doctoras en Medicina y Cirugía. Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico I. INSALUD. Área IV. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El concepto de contracepción hace referencia al uso de técnicas anticonceptivas por parte de individuos o parejas para controlar su fertilidad, en un momento determinado y como una opción personal. Ninguna cultura ni religión tiene argumentos que discrepen en lo esencial de este concepto, aunque pueden diferir en los medios o métodos para la consecución de este objetivo en función de distintos condicionantes culturales, demográficos o económicos.

El deseo de evitar la concepción, desvinculando la actividad sexual de la finalidad reproductora, existía ya en las culturas más antiguas. Así, en una cita bíblica del Génesis se hace alusión a un método contraceptivo (Génesis, XXXVII, 8-9), refiriéndose a la práctica del coitus interruptus, cuando Onán "...derramaba el semen en tierra para que no nacieran hijos con el nombre de su hermano...". Asimismo, existen referencias en textos de las culturas china (2700 a.C.) y egipcia (1850 a.C.) de prácticas anticonceptivas. La mitología griega habla ya del preservativo como método anticonceptivo; los romanos, por el contrario, lo utilizaron especialmente como precaución para evitar enfermedades venéreas.

En los últimos 50 años la sexualidad y el control de la fecundidad han sufrido un cambio espectacular en la mayor parte de los países, pese a que algunos sectores sociales y comunidades, por motivos éticos, religiosos o políticos, mantienen una actitud de rechazo a estos conceptos. Sin embargo, la evidencia demuestra que el empleo de anticonceptivos eficaces, acompañados de una educación apropiada, tiende a inducir una actitud más responsable ante la vida sexual.

Actualmente la salud reproductiva se reconoce como un derecho fundamental de la persona. En 1984 el Programa Euro/OMS de Sexualidad y Planificación Familiar incluyó entre sus objetivos el incrementar la calidad de vida de in-

dividuos, parejas, familias, adolescentes y otros grupos, a través de la promoción de la salud maternoinfantil, la planificación familiar y la sexualidad responsable. La Conferencia Internacional sobre Población y desarrollo, la Conferencia Mundial de la Mujer, la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social y la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos han ratificado el derecho a elegir el número de hijos que se desea tener.

Las demandas de las/os usuarias/os respecto al tema de la reproducción han ido cambiando a lo largo del tiempo, de forma paralela a la marcha de los cambios socioculturales. Es fundamental que los profesionales nos adaptemos a esta nueva situación, haciendo un esfuerzo formativo y, sobre todo, incorporando los nuevos conocimientos a la práctica clínica habitual.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Por planificación familiar (PF) se entiende la adopción voluntaria de alguna forma de anticoncepción con el objetivo de conseguir una maternidad y paternidad más responsables y el desarrollo de una sexualidad más plena.

En España el índice de fecundidad (estimado en 1,23 en 1997) está por debajo del nivel de reemplazo de la población. El control de la fecundidad supone una respuesta racional a los cambios en las circunstancias socioeconómicas externas. Los patrones familiares están cambiando, y se observa un retraso en la nupcialidad y un aumento de la edad de la mujer al tener su primer hijo (28,8 años).

Promover la PF en el marco de la salud reproductiva significa no sólo un control responsable sobre la reproducción, sino también atender a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, a la prevención de los cánceres genitales y de las enfermedades que resultan como consecuencia de la multiparidad. La atención primaria (AP) es clave para el desarrollo de estas actividades, enmarcadas en el subprograma de Orientación y Planificación Familiar dentro del Programa de la Mujer. Para ello es preciso promocionar una estrecha colaboración entre los centros de orientación familiar y los centros de salud.

Correspondencia: Dra. E. Thomas Carazo.
Centro de Salud Mar Báltico I.
C/ Mar Báltico, s/n (esq. Liberación). 28033 Madrid.

Sin duda, evitar la concepción puede tener diversas motivaciones por parte del individuo o de la pareja, y ello ha sido una constante en la historia de la humanidad, utilizando los recursos más diversos.

La PF debe incluirse de forma sistemática en el grupo de actividades preventivas que se realizan en atención primaria. Desde el ámbito de atención primaria, los profesionales sanitarios pueden desarrollar este tipo de programas, adecuándolos al estilo de vida de sus pacientes, potenciando así la responsabilidad en la propia salud reproductiva.

A la hora de seleccionar el método más adecuado para una mujer son varios los factores a tener en cuenta: su grado de eficacia e inocuidad, su aceptación, la presencia de alguna enfermedad, la edad, la paridad, la reversibilidad y la frecuencia coital.

SELECCIÓN DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Los distintos medios contraceptivos pretenden bloquear el proceso de la concepción. Estas acciones pueden tener lugar en distintos ámbitos de los mecanismos fisiológicos del ciclo menstrual de la mujer y de la reproducción.

Puede afirmarse que el contraceptivo "ideal" no se ha conseguido todavía si consideramos cuáles han de ser todas sus características:

1. Aceptabilidad universal para su utilización.
2. Inocuidad, máxima fiabilidad y eficacia.
3. Efecto protector contra las enfermedades de transmisión sexual.
4. Totalmente reversible.
5. Sin efectos secundarios desfavorables.
6. Coste asequible.

La elección de cualquier método para evitar el embarazo es una decisión de la pareja una vez informada de las ventajas, inconvenientes y limitaciones que pueden surgir de cada uno de los métodos. Los factores condicionantes en la elección son:

Factores relativos al método

Fiabilidad

La fiabilidad de un contraceptivo, es decir, su seguridad medida por el porcentaje de fallos, debe contemplarse sobre la base de la eficacia (resultados obtenidos en condiciones teóricas de utilización adecuada y constante) y efectividad (aplicación real, teniendo en cuenta los fallos intrínsecos del método y los de su utilización inadecuada).

Aunque hoy día existen otros índices estadísticos que valoran con mayor precisión la eficacia, en la práctica, el índice que suele utilizarse para comparar entre sí la seguridad de los diferentes métodos anticonceptivos es el índice

de Pearl. Éste, si bien tiene en cuenta los errores cometidos por las usuarias, no considera parámetros tan importantes como la duración del tratamiento, la actividad sexual o el estado de fertilidad de la mujer.

La seguridad que aportan los anticonceptivos hormonales no se puede alcanzar, hoy día, con ninguno de los otros métodos anticonceptivos reversibles, y dentro de ellos, son los preparados combinados los que ofrecen la máxima seguridad anticonceptiva.

Inocuidad

La inocuidad de un anticonceptivo es uno de los aspectos más relevantes. Los efectos colaterales de los anticonceptivos hormonales no son desdeñables, como veremos al hablar de los contraceptivos orales, y pueden afectar a otros sistemas además de los específicos del mecanismo contraceptivo.

Beneficios

El beneficio más inmediato del uso de la anticoncepción es el que deriva de desvincular la sexualidad de la función reproductora, ayudando a la pareja a alcanzar una sexualidad plena, con lo que disminuye el riesgo de embarazos no deseados y de abortos provocados. Los distintos medios contraceptivos pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de la mujer y a reducir los riesgos de un embarazo no deseado. La morbimortalidad asociada al embarazo y al parto es superior, en cualquier edad, a la derivada del uso de los diversos métodos anticonceptivos.

A la hora de seleccionar un método conviene tener presente los beneficios adicionales que cada uno de ellos puede ofrecer y que lo convierten en el más adecuado para cada mujer. Por ejemplo, algunos ofrecen protección frente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), especialmente los de barrera y los espermicidas. Los anticonceptivos orales (ACO) disminuyen el riesgo de anemia ferropénica relacionada con las pérdidas menstruales, tienen un efecto protector para los cánceres de endometrio y ovario, al igual que frente a la patología benigna de la mama, quistes benignos de ovario y miomas uterinos, además de mejorar la dismenorrea, la enfermedad pélvica inflamatoria y las molestias relacionadas con la ovulación. Los que contienen acetato de ciproterona, mediante un mecanismo antiandrógeno, mejoran las manifestaciones clínicas del acné y el hirsutismo.

Factores relativos a la mujer y/o la pareja

Aceptación

Son diversas las razones culturales, religiosas y éticas que van a condicionar el rechazo o la aceptación de los distintos métodos anticonceptivos.

Patología médica acompañante

Diversas situaciones pueden contraindicar la utilización de un método. El dispositivo intrauterino (DIU), por ejemplo, no puede ser utilizado en mujeres con miomas uterinos y los anticonceptivos orales tienen una serie de contraindicaciones específicas.

Durante la adolescencia, en ausencia de contraindicaciones y siempre que existan 2 años de menstruaciones regulares, la anticoncepción hormonal constituye el método de elección, dadas las consecuencias negativas a distintos niveles que un embarazo puede desencadenar en estas edades.

Para que ocurra la ovulación es preciso un incremento en los valores de gonadotropinas, que a su vez estimulan la síntesis de hormonas sexuales. La FSH junto con la LH determinan la maduración del folículo ovárico. El aumento de la progesterona prepara al endometrio para la llegada del óvulo fecundado. Si no ocurre la fecundación, el descenso de progesterona ocasiona una isquemia de la mucosa, que se descama durante la menstruación.

Reversibilidad

Un método irreversible no es adecuado en una mujer joven y nulípara, pero puede ser el idóneo en una mujer de mayor edad que ya ha completado su deseo reproductivo.

Frecuencia de relaciones sexuales y cambios de pareja

Es importante en la consulta de planificación familiar preguntar sobre la frecuencia de las relaciones sexuales, pues parece lógico recomendar un método barrera cuando las relaciones son esporádicas o existe cambio frecuente de compañero/a sexual, y un método continuo como es la píldora anticonceptiva en mujeres con pareja estable y que mantienen relaciones regularmente.

Edad y paridad

Son características que pueden desaconsejar algunos métodos. Por ejemplo, el DIU no es recomendable en una mujer nulípara pues su orificio cervical es excesivamente estrecho.

Situaciones especiales

Finalmente, hay otras situaciones especiales como deficiencias psíquicas, adolescencia, premenopausia y lactancia que van a condicionar la elección del método.

Adolescencia

La anticoncepción hormonal es un método de elección en las adolescentes aunque, si se puede, es preferible iniciar su utilización después de los 18 años con el fin de que completen su desarrollo puberal. En cualquier caso, para su administración se recomienda que existan al menos 2 años de menstruaciones regulares. Las repercusiones psíquicas, sociales, laborales y económicas que un embarazo no deseado puede tener sobre una adolescente justifican su elección. El preservativo está indicado en chicas con frecuente cambio de pareja y en los casos de rechazo o contraindicación de los ACO.

Puerperio

En caso de *lactancia artificial* se recomiendan los anticonceptivos orales combinados de baja dosis, que se pueden

iniciar en la primera regla. Hasta entonces debe utilizarse el preservativo. En caso de *lactancia materna* se deben evitar los métodos hormonales combinados, aunque pueden utilizarse contraceptivos hormonales inyectables que contengan sólo progestágeno (150 mg de medroxiprogesterona), para lo que se esperarán 6 semanas tras el parto. Hasta entonces se utilizará el preservativo. El DIU puede utilizarse tanto en la lactancia materna como artificial, siempre y cuando el útero haya involucionado.

Perimenopausia

Se aconseja la derivación de estas pacientes al centro de planificación familiar (PF) o ginecólogo.

Deficientes mentales

Está indicada la administración trimestral de progestágenos.

RECUERDO FISIOLÓGICO DEL CICLO MENSTRUAL

Antes de entrar de lleno en los distintos tipos de anticoncepción, conviene recordar la fisiología del ciclo menstrual.

El hipotálamo, la hipófisis y el ovario constituyen un sistema que regula las funciones del aparato reproductor femenino de una forma jerárquica. La hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) es producida por las células nerviosas del hipotálamo e induce la síntesis y liberación de gonadotropinas, hormona foliculostimulante (FSH) y luteoestímulo (LH) en la hipófisis.

El ciclo menstrual normal ocurre en dos fases. La fase folicular se inicia en el primer día de la menstruación y va seguida normalmente de la ovulación, con la formación del cuerpo lúteo, iniciándose la fase lútea que se prolonga hasta el inicio de una nueva menstruación. La FSH estimula, junto con la LH, la maduración del folículo ovárico. Durante la fase folicular avanzada hay un rápido incremento de los valores de estradiol (liberado por el folículo) y que ejercen un efecto estimulante (retroalimentación positiva) capaz de desencadenar la liberación súbita (pico preovulatorio) de gonadotropinas. La LH desencadena la ovulación y determina la transformación del folículo, una vez expulsado el óvulo, en el cuerpo lúteo productor de hormonas.

El endometrio muestra alteraciones cíclicas características y sincrónicas con el desarrollo del folículo y del cuerpo lúteo en el ovario. Se distinguen tres fases:

- Fase descamativa (menstruación: días 1-4).
- Fase proliferativa (de crecimiento: días 5-15).
- Fase secretora (días 15-28).

Si no tiene lugar la fecundación la función endocrina del cuerpo lúteo va desapareciendo paulatinamente. Como consecuencia del descenso de progesterona, la mucosa se va descamando por la isquemia en finísimas partículas, junto con la sangre de la menstruación. Durante la fase proliferativa, los estrógenos del folículo estimulan el crecimiento de la nueva lámina funcional y la síntesis de receptores de progesterona. El aumento de la producción de progesterona por el cuerpo lúteo inicia la transforma-

Los métodos de ritmo o abstinencia periódica son de escasa aceptación y eficacia en la práctica, pues exigen gran motivación y generan incertidumbre o ansiedad que de algún modo puede interferir en el desarrollo adecuado de la relación y respuesta sexuales de la pareja.

El preservativo es el mejor método disponible para evitar las enfermedades de transmisión sexual. Otras indicaciones son: relaciones sexuales esporádicas, disminución de la eficacia de los ACO (consumo de otros fármacos u olvidos en la toma) y en mujeres lactantes a la espera de inserción de un DIU.

ción secretora del endometrio, preparando la llegada del óvulo fecundado.

Pero las hormonas sexuales también actúan en otros ámbitos. Los estrógenos estimulan la producción de moco en las glándulas cervicales y reducen su viscosidad. Las características de la consistencia del moco se pueden aprovechar para determinar el momento aproximado de la ovulación, mediante la *prueba de la filancia* (en el momento de la ovulación el moco se puede estirar en una longitud de 6-8 cm) y la *prueba de arborización en helecho* (si colocamos una gota de moco cervical en un portaobjetos se observa que éste al secarse adopta un determinado patrón de cristalización. Característicamente esta cristalización del moco recuerda a un helecho cuando se acerca la ovulación).

CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Las técnicas anticonceptivas actuales tratan de interrumpir el proceso de la concepción actuando de distintos modos. Algunas poseen más de un mecanismo de acción contraceptiva, como es el caso de los preparados hormonales.

Podemos clasificar los métodos anticonceptivos en dos grandes grupos: *reversibles* (su efecto anticonceptivo desaparece al finalizar su utilización) e *irreversibles* o *definitivos*.

Métodos reversibles

Coitus interruptus

Consiste en evitar la eyaculación dentro de la vagina. Posiblemente ha sido el método más utilizado históricamente aunque su eficacia es baja, con tasas de embarazo que oscilan entre el 15-25%. En nuestro país la mayoría de los embarazos accidentales se relaciona con su uso. Debe desaconsejarse si el varón tiene eyaculación precoz o dificultad para su control. Además, no ofrece protección frente a las ETS.

Métodos de abstinencia periódica

Se basan en determinar, en cada caso individual, el período de posible fertilidad evitando el coito en dichos períodos.

El éxito del método se basará, por tanto, en un perfecto conocimiento del ciclo reproductor. Como ventajas de los métodos naturales destaca que son inocuos, no requieren supervisión médica una vez que se conocen correctamente y no tienen objeciones religiosas ni morales. Dentro de los inconvenientes hay que remarcar el alto porcentaje de fallos (un 20% de embarazos) si no se utilizan correctamente, además de que requieren una abstinencia periódica durante la fase fértil.

Método del moco cervical o método Billings

Se basa en el aprendizaje de las características del moco cervical durante las fases del ciclo para determinar los probables días fértiles. Este aprendizaje requiere de la observación de tres a seis ciclos. Las características que hay que considerar son: consistencia (pegajosa, viscosa, resbaladiza, elástica, filante), color (opaco, lechoso, turbio, transparente, amarillento) y sensación (sequedad, humedad, lubricación). Del día 1 al 4 corresponde a la menstruación, del 5 al 8 hay ausencia de secreción con sensación de sequedad vaginal; entre los días 9 y 10 el moco va adquiriendo características de creciente elasticidad y transparencia (moco fértil) y el día 14 (llamado día cúspide) es el de máxima filancia. Las relaciones sexuales no deben tener lugar hasta cuatro días después del día cúspide.

Método de la temperatura basal

La detección de la ovulación se realiza mediante el registro de la temperatura basal, pues la progesterona induce en la segunda mitad del ciclo un aumento de la temperatura de unos 0,5 °C. La ovulación se produce inmediatamente antes, o al mismo tiempo que se eleva el nivel de temperatura. En función de esto se pueden mantener relaciones sexuales a partir del tercer día del ascenso térmico. Aplicado correctamente la tasa de embarazos es del 1 al 4%, aunque para algunos autores llegaría al 6-9%. Un inconveniente consiste en la dificultad de interpretación de algunas gráficas de temperatura. Además, no es aplicable a mujeres que trabajan de noche ni en casos de anovulación, amenorrea o fiebre.

Método sintotérmico

Se basa en la determinación de la ovulación a partir de la información obtenida mediante la combinación de síntomas de ovulación (cambios en el moco cervical, dolor hipogástrico, hinchazón abdominal y mamaria) y de la temperatura basal.

Método del ritmo

A partir de la observación de los ciclos previos (un mínimo de 12) se pretende estimar los probables días fértiles. El cálculo se realiza de la siguiente manera:

1. Al ciclo más corto de los 12 anteriores se le resta 19 días, obteniendo el número de días infértiles antes de la ovulación.
2. Al ciclo más largo se le resta 10 días, obteniendo el primer día infértil después de la ovulación.

Aunque se respeten los períodos de abstinencia, el porcentaje de fallos de este método se sitúa alrededor del 14%.

Otros métodos

Se están investigando características del moco cervical (pH, resistencia eléctrica, cristalización, diferentes sustancias y enzimas) y de la saliva, que podrían ayudar a determinar de un modo más preciso el día de la ovulación. De esta forma se conseguiría reducir el período de abstinencia sexual y aumentar la eficacia de los métodos basados en la abstinencia periódica.

Métodos de barrera

Son un grupo de contraceptivos muy antiguo. El aumento de las enfermedades de transmisión sexual ha contribuido a su auge. Se recomienda su utilización habida cuenta de su inocuidad, alto grado de seguridad, reversibilidad, no necesidad de controles médicos y autoaplicación.

Preservativo masculino

El preservativo es una funda de goma fina que recubre el pene y recoge el semen en el momento de la eyaculación, impidiendo así que alcance el cuello uterino. El origen del apelativo “condón” no está totalmente aclarado, aunque probablemente procede del latín “cundus”, que significa reservorio.

Actualmente existen varios tipos en uso:

1. Preservativo del glande: recubre sólo la parte distal del pene. Desde el punto de vista médico debe desaconsejarse por su menor seguridad y excesiva compresión.
2. Preservativo sin reservorio: recubre totalmente el órgano masculino. Es el más utilizado.
3. Preservativo con reservorio: en su extremo dispone de una prolongación que le permite recoger el eyaculado. Es menos seguro porque se rompe con facilidad.
4. Preservativos lubricados, con el fin de facilitar su deslizamiento.
5. Preservativos impregnados con espermicida.

Indicaciones. El preservativo es uno de los métodos contraceptivos de elección en cualquier caso, y es especialmente recomendable en las siguientes situaciones:

- Prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Durante el parto y la lactancia.
- Alternancia con los anticonceptivos orales (olvidos, etc.) u otros métodos.
- En caso de eyaculación precoz con buena erección.

Eficacia. La tasa de fallos accidentales es del 2 al 12%, disminuyendo cuando se asocia un espermicida local. En general los fallos se deben a un defecto en la técnica de colocación, o más raramente a la rotura del preservativo. Si se quiere optimizar su eficacia, es conveniente ofrecer a las parejas instrucciones por escrito sobre cómo utilizar este método y advertir de que el uso de lubricantes oleosos puede disminuir su eficacia pues deterioran el látex.

La eficacia de este método puede verse modificada por las características propias de cada pareja: la edad, paridad, el deseo de impedir los embarazos, el nivel sociocultural, la experiencia previa obtenida con este método y el tiempo de convivencia.

El uso del diafragma como método anticonceptivo requiere de, al menos, una primera valoración médica, pues es preciso determinar su medida y verificar su correcta colocación. Las visitas de seguimiento pueden ser bianuales, pero en determinadas circunstancias hay que adelantarlas para comprobar la medida del diafragma.

Ventajas. Una ventaja del preservativo, en relación con otros métodos, es que proporciona protección frente a las ETS, al impedir el paso de microorganismos como el VIH, herpes virus, *Chlamydia trachomati*, *Ureaplasma urealyticum* y gonococo. Otra ventaja añadida es la protección del cérvix frente a determinados agentes que se han mostrado implicados en la génesis del cáncer cervical (herpes virus, virus del papiloma humano, *Chlamydia*, etc.). No requiere controles ni seguimiento, es fácil de adquirir en farmacias y es de bajo coste.

Inconvenientes. Los efectos no deseados son escasos. Puede aparecer alergia al látex o más frecuentemente problemas de carácter psicológico (disminución de la sensibilidad o de la libido, impotencia, etc.) que pueden obligar a suspender el método.

Preservativo femenino

Se trata de una funda de poliuretano cerrada por un lado y con anillos flexibles en ambos extremos. Colocado correctamente cubre el cérvix, las paredes de la vagina y los labios. Tiene una tasa de fallos del 2,6 al 12,4% durante el primer año de uso. Aunque su utilización no requiere seguimiento, es fundamental que los profesionales enseñen su correcta utilización. Además, deben potenciar su uso en mujeres con riesgo de ETS insistiendo en que, con este fin, puede simultanearse con otros métodos anticonceptivos: ACO, DIU, esterilización tubárica, etc.

Diafragma

Se trata de un dispositivo de goma fina, semiesférico, provisto de un aro de metal flexible, cuya función consiste en impedir que el semen alcance el cuello uterino. Requiere para su uso de, al menos, una primera valoración médica, pues es preciso determinar su medida (desde 55 a 95 mm) en función de las características anatómicas de la mujer. El médico debe valorar mediante tacto vaginal, la distancia que va desde el pubis hasta el fondo de saco de Douglas. Para ello se introducen lo más profundamente posible los dedos índice y medio en el fondo de saco posterior, a la vez que se comprueba la competencia de los músculos del introito vaginal, pidiendo a la mujer que contraiga la vagina. Es recomendable disponer de un diafragma de prueba para que la mujer efectúe algún intento de colocación y extracción en la consulta, y así comprobar su correcto uso. Si en una visita efectuada a los tres meses el cumplimiento y la técnica son correctas, se pueden espaciar las siguientes visitas bianualmente. Es preciso volver a verificar el tamaño del diafragma en las siguientes situaciones: cuando se produz-

El uso de espermicidas nunca debe aconsejarse de forma aislada, sino como refuerzo de otros métodos anticonceptivos.

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos de elección en mujeres multiparas con pareja estable. El momento más adecuado para su inserción es durante la menstruación, y es recomendable su colocación por el ginecólogo. Tras la siguiente regla hay que comprobar la presencia de los hilos guía a nivel del cérvix. Sus efectos indeseables más frecuentes son la aparición de dismenorrea y un incremento en la cantidad de sangrado menstrual.

ca un cambio de peso superior a 5 kg, después de un parto o aborto de más de 8 semanas, cada 5 años en la mujer adulta y tras cirugía vaginal o uterina. Conviene facilitar las instrucciones para el uso correcto por escrito, insistiendo en que el diafragma debe ser colocado inmediatamente antes del coito o un máximo de 2 h antes, debiendo permanecer colocado hasta pasadas 6 h de la relación sexual.

Indicaciones. Actualmente es uno de los métodos de elección en mujeres que presenten alguna contraindicación o intolerancia a la anticoncepción hormonal. Otras candidatas son las mujeres que mantienen relaciones sexuales esporádicas, fundamentalmente las menores de 18 años.

Contraindicaciones. No debe utilizarse en mujeres que padecen prolapso uterino grave, rectocele o cistocele acusados. Tampoco si existe laxitud en los músculos del introito, ni en el posparto inmediato. Un aspecto también a tener en cuenta es la incertidumbre que puede generarse en la mujer si ésta duda sobre su correcta colocación. Por ello, no es un método aconsejable en parejas con problemas sexuales, para quienes el diafragma puede constituir una dificultad añadida.

Eficacia. Depende de la correcta colocación, de la constancia en el método y de si se utiliza un espermicida de forma asociada. Por todo ello las estadísticas difieren, de modo que en conjunto, el índice de embarazos se sitúa alrededor de 10-20 embarazos por 100 mujeres/año; en cambio en mujeres altamente motivadas, la tasa de fallos oscila entre el 2,5 al 3,5%.

Ventajas e inconvenientes. A pesar de ser un método en general bien aceptado por su inocuidad, pueden aparecer efectos adversos como alergia a alguno de sus componentes (látex), molestias vaginales por la presión del anillo, infecciones urinarias de repetición (debido a la presión sobre las vías urinarias inferiores), infecciones vaginales (en caso de permanecer más de 24 h sin ser retirado), o problemas psicológicos (derivados de sus condiciones especiales de colocación y de la necesidad de mantenerse durante varias horas después del coito).

Espermicidas

Se trata de sustancias químicas que actúan en la vagina por un doble mecanismo: bloqueando en el cérvix la llegada de espermatozoides y destruyendo la pared de los mismos. Actualmente los espermicidas comercializados contienen nonoxinol-9 como principal componente activo, en combinación con diferentes excipientes, y se presentan en forma de minióvulos y cremas.

Indicaciones. Hoy día, ante la diversidad de métodos eficaces de anticoncepción (como son los contraceptivos orales y el DIU), los espermicidas han quedado relegados como un método alternativo ante determinadas situaciones, como mujeres que no desean o no toleran otros métodos, como complemento unos días en caso de olvido de la píldora y durante los primeros meses que siguen a una vasectomía. Nunca debe aconsejarse su uso de forma aislada, sino como refuerzo de otros métodos, excepto durante la perimenopausia en que pueden utilizarse solos.

Eficacia. Si se utilizan aisladamente tienen una tasa de fallos de 10 a 30 por 100 años/mujer. La máxima eficacia se obtiene cuando se utiliza conjuntamente con un sistema mecánico.

Ventajas e inconvenientes. Carecen de efectos tóxicos sistémicos y las reacciones alérgicas locales son raras. Además, existe evidencia suficiente para afirmar que, en caso de embarazo, carecen de teratogenicidad.

Algunos autores sostienen que su uso continuo disminuiría el riesgo de neoplasia cervical.

Esponja vaginal

Consiste en un disco cilíndrico de poliuretano con un diámetro de 6-7 cm y un grosor de 2,5 cm. Insertado en la vagina proporciona protección frente al embarazo durante 24 h. Su mecanismo de acción es triple: la esponja absorbe el semen eyaculado, obstruye el flujo del semen en el canal cervical y ejerce una acción química pues contiene nonoxinol-9, sustancia de acción espermicida. Al igual que el resto de los contraceptivos de barrera, debe manejarse con cuidado para evitar rasgar la esponja con una uña.

Indicaciones. Al no requerir un control médico puede ser utilizado por cualquier mujer, salvo después del parto, pues esta situación precisa un examen médico antes de usar la esponja vaginal.

Eficacia. Utilizado correctamente es un método eficaz, tanto como el diafragma usado junto a espermicida. Según diversos estudios la tasa de fallos en el primer año en nulíparas es del 9 al 18% y en las demás mujeres del 20 al 36%.

Ventajas. Puede insertarse hasta 24 h antes del coito, y permite un mayor grado de espontaneidad en la relación sexual que los otros métodos barrera. En contraste con cremas espermicidas, aerosoles, etc. es un sistema limpio durante su uso. Por último señalar su beneficio no contraceptivo, pues

al contener nonoxinol-9 puede conferir protección frente a determinadas ETS.

Inconvenientes. Si permanece más de 24 h impregnada por el eyaculado, favorece el crecimiento de *Staphylococcus aureus* y por tanto existe mayor riesgo de síndrome del shock tóxico. Por este mismo motivo no debe ser utilizada durante la menstruación.

Algunos varones y mujeres refieren síntomas secundarios a una hipersensibilidad al espermicida.

Por otro lado, la esponja vaginal requiere que la mujer manipule sus genitales durante la inserción (debe comprobar que el cérvix queda cubierto por la esponja) y extracción, lo que provoca el rechazo personal al método por parte de algunas mujeres. Las usuarias deben familiarizarse con la técnica de inserción, pues de otro modo la tasa de embarazos no deseados puede ser mayor que la esperada. Sería prudente utilizar otro método contraceptivo complementario hasta la adquisición de cierta práctica con el método.

Dispositivo intrauterino

En la literatura médica más antigua podemos encontrar referencias a lo que posiblemente constituya el antecedente del DIU actual, cuando Hipócrates y Soriano describían el uso de “pesarios” para reducir prolapsos uterinos.

Básicamente existen dos tipos de dispositivos intrauterinos:

1. DIU inertes: fueron los primeros en utilizarse, aunque actualmente han quedado prácticamente en desuso. Están constituidos únicamente por plástico.

2. DIU activos: se pueden distinguir los DIU con cobre y los DIU liberadores de progestágenos

La introducción del metal en el DIU supuso un incremento en su eficacia. Los DIU liberadores de progesterona, además, disminuyen la hipermenorrea frecuentemente observada en las usuarias de DIU inertes.

Mecanismo de acción. Los principales mecanismos de acción son dos:

– Impedir o dificultar el ascenso de los espermatozoides en su trayecto intrauterino.

– Impedir o dificultar la implantación del blastocito.

La novedad en la introducción de los DIU de cobre es su acción anticonceptiva frente a la acción antiimplantativa de los DIU de plástico o inertes.

Los principales efectos del cobre son los siguientes:

1. Va a provocar una endometritis aséptica, la cual va a dificultar el ascenso de los espermatozoides y la posible implantación del blastocito.

2. Aumento de las prostaglandinas (PGE2 y PGF2), que van a dificultar el encuentro de los gametos al disminuir la motilidad del útero y las trompas.

3. Aumento de enzimas proteolíticas, activadoras del plasminógeno, con lo que aumenta la actividad fibrinolítica a nivel endometrial.

4. Modificación de las características del moco cervical.

5. Acción citotóxica sobre los espermatozoides y el blastocito.

Los DIU liberadores de progesterona o levonorgestrel, además de lo descrito, producen una decidualización y atrofia del endometrio, y alteran el moco cervical, que adquiere las mismas características que durante la fase lútea del ciclo.

Se puede concluir que no son abortivos, pero no se puede afirmar que no actúen en contadas ocasiones como antiimplantativos.

Cuando el DIU sea seleccionado como método más adecuado, la mujer debe ser derivada al ginecólogo o a la consulta de planificación familiar; no obstante, si se tiene experiencia en su inserción y manejo, y contando con unos conocimientos adecuados sobre sus características y contraindicaciones, es factible su colocación desde el nivel de la atención primaria. Nosotros recomendamos la inserción del DIU por el especialista.

Colocación del DIU. Antes de colocar el dispositivo intrauterino se debe realizar una exploración ginecológica para conocer la posición del útero y descartar la posibilidad de que exista alguna malformación uterina o miomas que dificulten la colocación.

Momento de la colocación. El momento más adecuado para la colocación del DIU va a ser durante la menstruación por diversas razones. Por un lado se evita el riesgo de que la mujer esté embarazada. Por otra parte el orificio cervical interno se encuentra más dilatado, resultando más fácil y menos molesta su implantación. Además, las pequeñas pérdidas hemáticas poscolocación pasan desapercibidas con la hemorragia menstrual.

Dolor durante la inserción. La inserción del DIU puede resultar más dolorosa en mujeres nulíparas y en aquellas que han empleado anticoncepción hormonal durante muchos años.

Colocación posparto o postaborto. En estas situaciones, y aunque se coloque el DIU de manera correcta, aumenta el riesgo de expulsión y de perforación uterina. Por este motivo tras un parto se deben dejar transcurrir como mínimo 6 semanas antes de la introducción del DIU. En el caso de la inserción tras un aborto una medida correcta es la colocación durante la menstruación que se producirá unas semanas después.

Indicaciones. Mujeres que desean anticoncepción a largo plazo. La paciente ideal para aconsejar el uso de DIU es una mujer múltipara con pareja estable y cerrada, que no corre por ello riesgo de EIP.

Contraindicaciones. Se recogen en la tabla 1.

Eficacia. La posibilidad de embarazo depende de diversos factores como la edad de la usuaria, tipo de DIU, su carga de cobre y las circunstancias de su colocación.

Actualmente los DIU de cobre son los que ofrecen una mayor eficacia anticonceptiva (1% de fallos durante el primer año de uso), y sobre todo aquéllos con mayor carga de metal (0,5%). Los DIU liberadores de progesterona tie-

nen una tasa de embarazos algo mayor que los DIU con cobre. Los que liberan levonorgestrel tienen un índice de fallos inferior, pero los efectos secundarios que producen han hecho que su empleo no se haya generalizado.

Los parámetros que pueden influir en su eficacia son:

1. Edad: El DIU resulta más eficaz en las mujeres de mayor edad, fundamentalmente por la mayor fertilidad de la portadora más joven, independientemente de la eficacia intrínseca del DIU.

2. Tiempo transcurrido desde la colocación. Los DIU con baja carga de cobre suelen mantener su eficacia hasta tres años, mientras que los de carga superior a 200 mm² de cobre (sobre todo los que tienen hilo de plata recubierto de cobre) pueden superar los cuatro años. Respecto a los DIU liberadores de gestágenos, el riesgo de embarazo disminuye durante el segundo año pasando de un 2,4% a un 1,7%.

3. Uso de determinados fármacos. Aunque no está plenamente demostrado, parece que determinados fármacos de uso frecuente como son antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides y gestágenos orales disminuirían la eficacia del DIU.

Efectos no deseados y complicaciones posibles:

1. Incremento de la cantidad de sangrado menstrual. Hemos visto cómo los DIU provocan un aumento local de la actividad fibrinolítica, lo que se traduce en un aumento del sangrado menstrual y en posibles pérdidas intermenstruales. Aunque estas pérdidas no suelen ser importantes, a veces obligan a realizar tratamiento farmacológico con sustancias antifibrinolíticas como el ácido épsilon-aminocaproico. Si a pesar del tratamiento médico no se soluciona el problema puede ser necesaria la retirada del dispositivo.

2. Dismenorrea. Es frecuente que las usuarias del dispositivo refieran un aumento de su dismenorrea o aparición

de la misma en las que anteriormente no la padecían. Este efecto es debido a la mayor liberación de prostaglandinas en el útero, y habitualmente responde bien al tratamiento con AINE.

3. Riesgo de perforación uterina. Su incidencia oscila entre 1/200 y 1/4.000 inserciones. Suele ocurrir durante la colocación, aunque persiste un pequeño riesgo de perforación posterior.

4. Expulsión del DIU. Es más frecuente durante el primer año de uso. Va a depender de varios factores, como la paridad de la paciente y el tamaño y la forma del DIU. Así, la tasa de expulsión es mayor en nulíparas que en multiparas y en DIU de mayor tamaño, y es menor en los de bordes redondeados.

5. Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). La mayor parte de los casos de EIP suelen ocurrir en los tres o cuatro primeros meses tras la inserción del DIU, y son debidos al transporte de gérmenes procedentes de la propia vagina durante el momento de la colocación. Los casos que aparecen posteriormente son causados por patógenos transmitidos por algún compañero sexual. En caso de EIP conviene extraer el dispositivo y realizar un estudio bacteriológico.

6. Esterilidad. La principal causa de modificación de la fertilidad en una mujer posteriormente al uso del DIU se basa en la ocasional asociación de la EIP con la esterilidad de origen tubárico.

7. DIU y gestación intrauterina. Existe un gran riesgo de aborto espontáneo en caso de ocurrir la gestación en una mujer con un DIU correctamente insertado. Igualmente existe un riesgo aumentado de parto pretérmino, rotura prematura de membranas, aborto séptico y muerte materna como resultado de un shock séptico. No parece que exista una mayor proporción de malformaciones congénitas en los recién nacidos que han "convivido" con un DIU durante toda su gestación. Es evidente que en caso de diagnosticar un embarazo en una mujer portadora de DIU es conveniente extraer el dispositivo; para ello la mujer debe ser derivada al ginecólogo.

8. DIU y gestación ectópica. Las mujeres portadoras de DIU tienen, en caso de quedar embarazadas, más posibilidades (9-13%) de que la gestación sea ectópica. La incorporación de progesterona al DIU parece aumentar la incidencia de gestación ectópica, probablemente al actuar sobre el funcionalismo tubárico.

9. Migración del DIU. Es una complicación prácticamente inmediata a su colocación. Las causas que pueden favorecer un incorrecto emplazamiento del DIU son un tamaño excesivo para las dimensiones del útero, una inserción dificultosa y que el útero esté en flexión forzada. También parece existir un mayor riesgo de migración en la mujer gestante. En caso de no visualizarse los hilos en el cérvix y sospechase migración, la mujer debe ser derivada a ginecología para estudio colposcópico y ecográfico. En caso de no encontrarse en cavidad uterina puede ser útil una radiografía simple de abdomen. Una vez localizado el DIU en la cavidad abdominal debe ser extraído por laparoscopia o laparotomía. No hay que olvidar posibles

Tabla 1. Contraindicaciones del dispositivo intrauterino (DIU)

Absolutas:	Embarazo o sospecha de embarazo
	Existencia de malformaciones congénitas uterinas que impidan su colocación
	Existencia de miomas que deformen la cavidad uterina, especialmente submucosos
	Enfermedad inflamatoria pélvica aguda o subaguda, o infección vaginal activa
	Sangrado uterino no diagnosticado
	Enfermedad maligna uterina o hiperplasia glandular
	Enfermedad de Wilson
	Riesgo elevado de hemorragia uterina en pacientes con tratamiento anticoagulante
Relativas:	Dismenorrea intensa
	Hipermenorrea
	Alto riesgo de enfermedad de transmisión sexual
	Nuliparidad
	Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica
	Anemia ferropénica
	Coagulopatías
	Valvulopatías
	Estenosis cervical severa
	Inmunodepresión (VIH, quimioterapia y radioterapia, corticoterapia)
	Desgarro y/o incontinencia cervical
	Alergia conocida al cobre
	Problemas previos con el DIU

complicaciones graves de la migración del DIU, como la penetración en órganos vecinos: vejiga urinaria, intestino delgado (provocando obstrucción intestinal) y colon (en el ciego o sigma).

Control del DIU. Se suele citar a la paciente tras la siguiente menstruación en la que se comprobará, mediante visión directa a través del espéculo vaginal, la presencia de los hilos guía a nivel del cérvix. En caso de sospechar migración del DIU es preciso realizar una ecografía transabdominal. Los controles posteriores se realizarán anualmente siguiendo la misma dinámica.

Anticoncepción hormonal oral (ACO)

Los anticonceptivos orales actualmente constituyen el método más eficaz de anticoncepción reversible. En general, siempre que no existan contraindicaciones para su utilización y siempre que sea aceptado por la mujer, son el método anticonceptivo de elección. Por este motivo lo vamos a considerar de forma independiente en la segunda parte de este trabajo.

Métodos irreversibles

En la mujer hablaremos de esterilización tubárica y en el varón, de vasectomía. En realidad, ambos métodos son considerados anticonceptivos de tipo barrera (impiden que los gametos femenino y masculino entren en contacto), pero dadas sus características de irreversibilidad, los vamos a exponer aparte. No obstante recientemente se ha producido un interés creciente por el desarrollo de técnicas quirúrgicas que permiten la consecución de una anticoncepción no definitiva, es decir, que en un momento determinado se pueda convertir en reversible.

Esterilización tubárica

Si la decisión de la mujer sobre la adopción de un método contraceptivo debe ser siempre fruto de una meditación sobre las ventajas e inconvenientes, este aspecto cobra especial relevancia en el caso de la esterilización tubárica. La incorporación de técnicas laparoscópicas ha proporcionado una mayor seguridad para la paciente, lo que ha contribuido a que este método se esté convirtiendo en una de las alternativas más frecuentemente adoptadas en el período final de la vida reproductiva.

La técnica consiste en la interrupción de la luz tubárica a través de diferentes vías de abordaje: laparotomía, laparoscopia, colpotomía e histeroscopia. La laparoscopia constituye hoy día la técnica de elección. En ella pueden distinguirse tres etapas: creación de neumoperitoneo, visualización del aparato genital mediante un sistema óptico de luz fría y aplicación de técnicas quirúrgicas bien sea por el canal de trabajo del sistema óptico o a través de una segunda punción.

Eficacia. No existen técnicas de esterilización tubárica con una eficacia del 100%. Puede haber fallos en la ejecución de la técnica e incluso, en ausencia de éstos, se han descrito recanalizaciones espontáneas.

La esterilización tubárica mediante laparoscopia es uno de los métodos anticonceptivos más frecuentemente utilizados en el periodo final de la vida reproductiva. También se considera de elección en mujeres que presentan una contraindicación definitiva para la gestación. En caso de fracaso de la técnica el porcentaje de embarazos ectópicos alcanza un 33%.

La vasectomía consiste en la sección de los conductos deferentes por vía escrotal. Sus resultados no son inmediatos, es preciso esperar a que transcurran dos meses o a que se produzcan, al menos, veinte eyaculaciones.

Seguridad. La mayoría de los problemas derivados de la esterilización tubárica ocurren en el momento de su realización y generalmente se deben a complicaciones en la anestesia o a lesiones vasculares. Entre los efectos no deseables a largo plazo cabe destacar la frecuencia con que aparecen embarazos ectópicos. Un 33% de los embarazos que se producen tras el fracaso de este método corresponden a embarazos ectópicos.

Aunque en la mayoría de los casos la sexualidad de las parejas suele mejorar, alrededor de un 15% de las mujeres sometidas a esta intervención solicita una recanalización y otro 10% se arrepiente de su decisión.

Reversibilidad. La aparición de la microcirugía ha revolucionado este concepto. Cuando por la edad de la paciente o por su situación sociofamiliar se sospeche una futura petición de reversión es aconsejable la utilización de la técnica de los clips.

Indicaciones. La esterilización tubárica es el método contraceptivo de elección en aquellas mujeres que, debidamente informadas, han completado su deseo reproductivo y tienen en una situación sociofamiliar estable y una edad que hará difícil la reconsideración de su situación. También es de elección en aquellos casos en los que exista una patología que contraindique la gestación de forma definitiva.

Como criterio general, cabe señalar que cuanto más meditada esté la decisión de la esterilización, menor es el riesgo de una mala tolerancia posterior.

Contraindicaciones. Como contraindicaciones absolutas considerar aquellas afecciones cardiovasculares que contraindiquen una anestesia general, la práctica del neumoperitoneo o la posición de la paciente en Trendelenburg y la existencia de hernias diafragmáticas importantes (pues podrían favorecer la aparición de un neumotórax). Como contraindicaciones relativas mencionaremos la obesidad extrema, los antecedentes de cirugía abdominal reiterada y la presencia de tumoraciones abdominales de gran tamaño.

Vasectomía

Resulta sorprendente la escasez de métodos anticonceptivos masculinos existentes, probablemente debido a razo-

nes socioculturales (la capacidad reproductiva continúa estando ligada a la virilidad), religiosas, y por la dificultad en frenar la producción de millones de gametos que se originan diariamente en el varón frente a la aparente facilidad para frenar la ovulación de un óvulo mensual en la mujer. A pesar de todo ello, cada día es más frecuente encontrar parejas que solicitan un método definitivo de esterilización masculina. Una de las causas responsables de este avance podría ser el cambio en la actitud del varón en nuestra sociedad, que ha pasado a asumir la anticoncepción como un aspecto más a compartir con su pareja.

La vasectomía realmente es un método de barrera. Consiste en una técnica quirúrgica que permite en 15 a 30 min, con anestesia local y de forma ambulatoria, efectuar la sección de los conductos deferentes por vía escrotal. Existen diferentes variaciones técnicas e instrumentales, pero no difieren en los aspectos básicos. No constituye un método anticonceptivo de efectos inmediatos, pues sus resultados deben valorarse a los 2 meses por término medio, o transcurridas 20 eyaculaciones después de la intervención.

Eficacia. Los fallos suelen ser consecuencia de problemas técnicos, reanastomosis espontánea de los conductos deferentes o, más raramente, por anomalías anatómicas.

Seguridad. Las posibles complicaciones son leves y de tipo local: epididimitis, hematomas, abscesos, funiculitis y en algunos casos orquiepididimitis. La emisión de semen permanece invariable pero con un volumen ligeramente inferior al anterior y de una menor consistencia.

La sencillez de la vasectomía ha llevado a que actualmente sea un método anticonceptivo definitivo de amplia difusión entre los varones que consideran cumplidos sus deseos de paternidad.

Tabla 2. Planificación familiar en situaciones patológicas

Diabetes mellitus:	Métodos barrera DIU si no existen contraindicaciones Métodos definitivos Contraindicados los ACO
Hipertensión arterial:	Los mismos criterios que en diabetes mellitus
Dislipemias:	Depende de la edad, patología y factores de riesgo añadidos Se aconseja derivar a ginecología En ningún caso se administrarán ACO si LDL > 190 mg/dl o TG > 1.000 mg/dl
Cardiopatía:	Derivar a ginecología
Migrañas:	Según edad, patología y factores de riesgo añadidos Ante la duda derivar a ginecología No se deben pautar ACO
Hepatopatía:	Contraindicados los ACO El DIU no está contraindicado excepto cuando los factores de coagulación estén muy afectados
Cáncer ginecológico:	Derivar a ginecología
Trastornos psiquiátricos:	Inyectable trimestral con progestágeno
Otros (epilepsia, riesgo desarrollo neoplasia):	Derivar a ginecología

ACTIVIDADES DE CAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO

Ya hemos comentado que la PF es una actividad importante dentro de la atención primaria de salud. Debe realizarse anamnesis sobre el uso de anticoncepción en las consultas a demanda de medicina y enfermería, proporcionando información sobre métodos de PF a todas las mujeres. La información debe aportarse de forma individualizada, y sería recomendable reforzarla con material escrito. Las mujeres que estén interesadas en algún método concreto o deseen utilizarlo, se citarán en una consulta programada.

En esta primera consulta se realizará una correcta anamnesis, fundamentalmente centrada en los antecedentes familiares (cáncer de mama u otros cánceres ginecológicos, enfermedades cardiovasculares), personales (hábitos tóxicos, factores de riesgo cardiovascular, y enfermedades que contraindiquen determinados métodos anticonceptivos) y ginecológicos. También se investigará la experiencia previa con métodos anticonceptivos.

Es necesario realizar una exploración física completa que incluya presión arterial, peso, talla, índice de masa

Tabla 3. Pautas de actuación según el método seleccionado (primera visita)

Métodos naturales:	Información
Métodos barrera:	Explicar instrucciones de uso de cada tipo
Anticoncepción hormonal (ACO) y DIU:	Solicitar: 1. Analítica de sangre: Hemograma VSG Glucosa Urea Colesterol total, HDL, LDL y TG Pruebas hepáticas (GOT, GPT, FA, GGT, BT) y coagulación 2. Citología: Citar en consulta programada de medicina para valorar resultados
Métodos irreversibles:	Solicitar analítica y citología Derivar a consulta programada de medicina

Tabla 4. Implantación y seguimiento del método anticonceptivo (segunda visita)

Métodos naturales:	Derivación a consulta de enfermería para información y seguimiento si fuera preciso
Métodos barrera:	Derivación a consulta de enfermería para control
Anticoncepción hormonal (ACO):	Valorar: Tipo de preparado Posibles efectos secundarios Interacciones farmacológicas
DIU:	Derivar a ginecología con los resultados de las pruebas solicitadas y un resumen de la historia clínica de la paciente
Esterilización tubárica:	Derivar a ginecología con resultados de las pruebas complementarias y un resumen de la historia clínica
Vasectomía:	Derivar a urología

corporal (IMC), auscultación cardiopulmonar, palpación abdominal, inspección de extremidades inferiores, exploración de mamas, de genitales externos y a partir de los 25 años se recomienda añadir tacto vaginal bimanual y alternativamente ecografía ginecológica, para valoración de los genitales internos.

En función de las características (edad, patologías asociadas y hábitos tóxicos) y, sobre todo, de las preferencias de la mujer se procederá a la elección conjunta (médico-paciente) del método anticonceptivo que se considere más adecuado. No debemos olvidar que algunos métodos están desaconsejados en determinadas patologías o bien precisan de un seguimiento por parte del ginecólogo (tabla 2). La utilización de determinados métodos, como son el DIU y la anticoncepción hormonal, precisan de exploraciones complementarias (tabla 3) que serán solicitadas en esta primera visita. Respecto a la realización de citología y mamografía, aunque la valoración será individualizada en cada mujer, en general se aconseja seguir los criterios recomendados por el PAPPS.

Una vez elegido el método es fundamental explicar a la mujer su correcto uso y advertirle de las situaciones imprevistas que pueden presentarse y de los efectos secundarios más frecuentes. No obstante, y aunque cada método tiene unas actividades y periodicidad de control determinadas (tabla 4) es aconsejable que, en todos los casos, se realice una visita de seguimiento a los 3-6 meses de su implantación.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Advisory group on priorities and trends in sexuality and family planning in Europe and role and place of SPF unit. Resume of discussions, 17 de enero de 1998. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS y Nueva York: United Nations Population Foundation (UNFPA), 1989.
- Alonso Roca R. Planificación Familiar. En: Guía de Actuación en Atención Primaria de semFYC. Barcelona, 1998.
- Ballescá JL. Contracepción masculina. *Jano* 1994; 46: 1459-1465.
- Beckman LJ, Harvey M. factors affecting the consistent use of barrier methods of contraception. *Obstet Gynecol* 1996; 88: S85-S71.
- Benagiano G. Beneficios de los servicios de planificación familiar. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1996; 225-230.
- Boletín médico de IPPF. El efecto de la calidad de la atención sobre la eficacia anticonceptiva. *IPPF* 1994; 28: 2-3.
- Bounds W. Contraceptive efficacy of the diaphragm and cervical caps used in conjunction with a spermicide-a fresh look at the evidence. *Br J Fam Plann* 1995.
- Calaf Alsina J. Manual básico de contracepción (2.ª ed.). Barcelona: Mason, 1996.
- Carreras J. Métodos de barrera. *Jano* 1994; 46: 1-5.
- De Irala J, Gómez Gracia E, Fernández-Crehuet J. La eficacia de la regulación natural de la fertilidad; nuevas perspectivas. *Aten Primaria* 1991; 8: 594-598.
- Domínguez A, Capdevila JM, Sanz B, Barrabeig I, Rodés A, Casabona J et al. Consejos para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA. *Med Clin (Barc)* 1994; 102 (Supl 1): 118-126.
- El preservativo femenino. En: Prous JR, editor. *The medical letter on drugs and therapeutics* (ed. esp.). 1994: 16: 17-18.
- Fathalla MF, Rosenfield A, Indriso C. Planificación Familiar. En: *Manual sobre Reproducción Humana. Vol 2*. Barcelona: Edika-Med SS, 1991.
- Fihn SD, Latham RH, Robrets P, Urng K, Satamm WE. Association between diaphragm use and urinary tract infection. *JAMA* 1985; 254: 240.
- Guillebaud J. *Contraception today* (2.ª ed.). Londres: Martín Dunitz, 1995.
- Guillén Grima F, Aguinaga Ontoso Y. Efectividad de los preservativos en la prevención de la infección por VIH en parejas de personas seropositivas. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 541-548.
- Health CB. Helping patients choose appropriate contraception. *Am Fam Physician* 1993; 48: 1115-1124.
- Heath CB. Ayudando a los pacientes a elegir el método contraceptivo adecuado. *Am Fam Physician* (ed. esp.) 1994; 1: 27-38.
- Heathon CJ, Smith MA. The diafragm. *Am Fam Physician* 1989; 39: 231-236.
- Iglesias C. *Contracepción y planificación familiar. Aspectos médicos*. Barcelona: Ediciones Escriba, SA, 1983.
- James DK, Stirrat GM. *Embarazo y riesgo*. Sevilla: Ediciones Alfar, 1991.
- Jay S, Bridges CH. Adolescent contraception. An overview. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1988; 1: 83-95.
- Kirkman RJ, Chantler B. Contraception and the prevention of sexually transmitted diseases. *Br Med Bull* 1993; 1: 171-181.
- Kleinman RL. *Manual de Planificación Familiar para médicos*. Londres: Publicaciones médicas de la International Planned Parenthood federation, 1981.
- Maine D, Rosenfiel A. Maternal and child health. Benefits of family planning. *Fart reg*, 1985.
- McGregor JA, Hammill HA. Contraception and sexually transmitted diseases: interactions and opportunities. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 2033-2041.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). *Guía para la elaboración del Programa de la Mujer en Atención Primaria de Salud. Col Atención Primaria* (6.ª ed.). Madrid: MSC. Secretaría General Técnica, Col Atención Primaria, nº 4, 1990; 57-68.
- Miralles RM. Esterilización tubárica. *Jano* 1994; 46: 1467-1468.
- Naciones Unidas. Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre de 1994.
- OMS. *La educación sanitaria en la planificación de la familia. Serie Informes Técnicos n.º 483*. Ginebra: OMS, 1971; 10.
- OMS. *Planificación Natural de la Familia. Guía para la prestación de Servicios*. Ginebra: OMS, 1989.
- Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trusell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. collaborative review of sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 161-170.
- Population Reports. *Condoms: now more than ever*. Series H, n.º 8. Published by the population Information Program, The Johns Hopkins University, Baltimore MD, 1992.
- Population Reports. *La esterilización femenina*. Serie C, n.º 10. Publicado por el Population Information Program, The Johns Hopkins University, Baltimore MD, 1990.
- Population Reports. *Vasectomía*. Serie D, n.º 5. Publicado por el Population Information Program, The Johns Hopkins University, Baltimore MD, 1992.
- Prous JR. El preservativo femenino. *The medical Letter* 1994; 16: 17-18.
- Ramírez Hidalgo A, Avecilla Palau A. *Planificación familiar. Esterilidad*. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (4.ª ed.). Madrid: Harcourt, 1999; 558-590.
- Ruiz de Adana R. *Métodos contraceptivos. Monografías clínicas en atención primaria*. N.º 8. Barcelona: Doyma, 1991.
- Sánchez Beiza L, Avecilla Palau A, Ramírez Hidalgo A, Doménech Senra P. *Protocolo de planificación Familiar*. En: semFYC, editores. *Programa de actualización en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma, 1995; 5-12.
- Soper DE, Shoupe D, Shangold GA, Shngold MM, Guttman J, Mercer L. Prevention of vaginal trichomoniasis by compliant use of the female condom. *Sex transm Dis* 1993; 20: 137-139.
- WHO. *The female condom. A review*. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Ginebra 1997.