

# IPPF EUROPA

Federación Internacional de la Planificación de la Familia Región Europea

## Regulación básica de la fertilidad para personal sanitario

### INDICE

Capítulo	Página
1 Introducción .....	1
2 Métodos sin instrumentos .....	3
3 Métodos de barrera .....	5
4 Métodos intra-uterinos .....	8
5 Métodos hormonales .....	10
6 Métodos quirúrgicos .....	13
7 Infertilidad .....	16
<b>Apéndices</b>	
1 Lecturas complementarias .....	18
2 Asociaciones-miembro de la FIPF en Europa .....	19

La primera edición en castellano se publicó en Julio de 1979

ISBN 0 904983 05 6

Impreso en Inglaterra por Stephen Austin/Hertford

## 1 Introducción

1.1 Este folleto intenta proveer información básica respecto a los métodos de regulación de la fertilidad (anticoncepción, esterilización, aborto y tratamiento de la infertilidad) para los trabajadores del campo de la Sanidad (comadronas, enfermeras, farmacéuticos, médicos, asistentes sociales, etc). Da por sobreentendido la posesión del conocimiento básico de fisiología y de anatomía reproductivas. Los comentarios al respecto de esta primera edición se recibiran con especial interés.

1.2 El objetivo de la Región Europea de la FIPF al publicar este folleto es el de expresar de forma concreta su convicción de que todos los miembros del equipo sanitario son igualmente importantes, y deberían gozar del mismo acceso a la información y al entrenamiento necesario para proveer el mejor servicio a aquellas personas que buscan regular su fertilidad. El trabajador sanitario adecuadamente entrenado, independientemente de si está médicamente cualificado o no, es competente en principio para aconsejar en la elección del método anticonceptivo, para colocar diafragmas, para insertar los DIU, y para prescribir anticonceptivos orales, aunque sólo los médicos están legalmente permitidos a hacerlo. El aborto, la esterilización y el tratamiento de la infertilidad pueden requerir conocimientos más especializados.

1.3 Los métodos de regulación de la fertilidad pueden clasificarse como sigue: *Métodos sin instrumentos* (lactancia, abstinencia periodica y marcha atrás); *de barrera* (diafragmas, condones, duchas, y espermicidas); *intra-uterinos* (DIU); *hormonal* (orales e inyectables); *quirúrgicos* (aborto y esterilización); y tratamiento de la *infertilidad*. La aceptabilidad y eficacia de los diferentes métodos de anticoncepción varían mucho entre las diferentes parejas, dependiendo primariamente en la fuerza de su determinación para evitar el embarazo. Los consumidores debieran gozar de libre acceso a todos los métodos de regulación de la fertilidad, basándose para ello en una información total y en el asesoramiento que se solicite.

1.4 En teoría, los métodos de anticoncepción más efectivos son la abstinencia de coito, la anticoncepción hormonal y la esterilización. En tanto en cuanto se usen cuidadosamente, los diafragmas, los condones y los DIU (colocados) poseen una alta efectividad; el método de la temperatura, si se practica concienzudamente, puede ser igualmente efectivo. Si se usan por sí solos, los espermicidas son moderadamente efectivos; y la marcha atrás puede ser igualmente efectiva. La abstinencia periódica, la lactancia prolongada y las duchas al término del coito son los métodos menos efectivos de anticoncepción.

1.5 El combinar dos métodos de anticoncepción (por ejemplo, condon + espermicida) es más efectivo que el usar tan sólo un método. El aborto inducido es casi completamente efectivo, aunque no es un método de anticoncepción.

1.6 Muchas parejas están satisfechas con los métodos de anticoncepción que no tienen carácter clínico: los condones, los espermicidas y la marcha atrás. Las mujeres que se dirijan al personal sanitario para obtener consejo respecto a la anticoncepción pueden quizás preferir los métodos clínicos: diafragmas, DIU, anticonceptivos hormonales o esterilización. Todo el personal sanitario debiera llegar a familiarizarse con los aspectos sicosociales de la regulación de la fertilidad, escuchando atentamente a las personas que buscan su consejo.

## 2 Métodos sin instrumentos

2.1 *Lactancia:* Después del parto, la ovulación comienza de nuevo con más retraso en aquellas mujeres en período de lactación que en las que no pasan por este período. El amamantamiento natural goza de considerables ventajas sobre la alimentación artificial en lo que a la salud del niño respecta. No obstante, el amamantamiento prueba ser un método de anticoncepción relativamente ineficaz, y la ovulación comienza de nuevo antes que la menstruación. De esta forma, debe adoptarse un método de anticoncepción más efectivo (que no inhiba la lactancia) antes de efectuar de nuevo el coito después del parto.

2.2 *Abstinencia periódica:* El método del ritmo (período seguro, planificación familiar natural) prescribe la abstinencia de coito en los días cercanos al tiempo en que se espera la ovulación (hacia la mitad del ciclo). *El método del calendario* estima el período fértil del próximo ciclo menstrual del más corto y del más largo de los doce ciclos anteriores. El primer día de la menstruación es el día 1 del ciclo; y el día anterior a la siguiente menstruación es el último día del ciclo. El primer día *sin seguridad* se obtiene restando 18 días al ciclo *más corto*; y el último día *sin seguridad* se obtiene restando 10 días al ciclo *más largo*. (Por ejemplo, si de los doce ciclos anteriores el más corto fué de 26 días, y el más largo fué de 31 días, entonces el período *seguro* en el próximo ciclo se extiende desde los días 1-7 y el día 22 hasta la próxima menstruación). El método de calendario puede ser inaceptable con ciclos irregulares, cuyo período de seguridad estimado será muy corto.

2.3 *El método de la temperatura* estima el período seguro posovulatorio, del aumento de la temperatura basal del cuerpo. La mujer se toma la temperatura (oral, rectal o vaginal) al despertarse, con un termómetro clínico que se tiene a mano durante el período descrito, y anota las lecturas obtenidas en un cuadro. El aumento en la temperatura de forma constante a la mitad del ciclo, de aproximadamente 0,5°C, y sin la presencia de enfermedad alguna (ni incluso las más ligeras infecciones) indica ovulación. El período de

seguridad se extiende desde el tercer día de la temperatura más alta hasta la próxima menstruación.

2.4 Justo antes de la ovulación, y por tres días consecutivos, la *mucosidad cervical* se hace relativamente abundante y poco firme, lo que se reconoce por una sensación de humedad, o sintiendo la textura de la secreción vaginal. En otros momentos, la mucosidad permanece escasa y pegajosa, constituyendo así el período seguro, aunque sigue la incertidumbre respecto al período de abstinencia necesario que debe preceder a la ovulación. Este método es conveniente tan sólo para aquellas mujeres capaces de distinguir entre las diferentes consistencias de la mucosidad.

2.5 *La marcha atrás* (coitus interruptus, procédase con cuidado) implica la retirada del pene de la vagina justo antes de la eyaculación. No es probable que los pocos espermatozoides que ocasionalmente se encuentran en el fluido pre-eyaculatorio representen peligro de embarazo. La marcha atrás es útil cuando no puede obtenerse anticonceptivo alguno o cuando ninguno de ellos es aceptable, pero requiere experiencia para desarrollar la habilidad necesaria, por lo que tiene una aplicación muy limitada.

### 3 Métodos de barrera

3.1 Los anticonceptivos del tipo de barrera impiden que los espermatozoides entren en el canal cervical, por medio de la obturación mecánica (anticonceptivos mecánicos, esto es diafragmas y condones), o mediante la muerte de los espermatozoides (espermicidas). Los diafragmas incluyen los diafragmas holandeses, los capuchones cervicales, las cupulas y las vimulas. Están fabricados de goma o de plástico, y se usan con espermicidas. *Los condones* (o preservativos) son fundas de goma y de uso único que se colocan en el pene; los condones lavables dejaron de usarse hace mucho tiempo. *Los espermicidas* incluyen las cremas y las jaleas en tubos, los aerosoles (espumas), los supositorios vaginales y las tabletas efervescentes; también existen otros tipos de presentaciones. *La ducha* después del coito, inundando la vagina inmediatamente después de la eyaculación, es ineficaz.

3.2 La colocación de los diafragmas y la instrucción de las mujeres en su uso requiere experiencia y entrenamiento. El *diafragma holandés* consiste en una caperuza hemisférica, cuyo borde es un aro hecho de un muelle muy fino y flexible de 50-105 mm de diámetro externo. El diafragma se instala de forma diagonal a través de la vagina, desde el fórnix posterior a la sínfisis púbica, cubriendo así el cervix. Debe usarse con crema o jalea espermicida.

3.3 Al examinar la vagina de la mujer, la instructora estima el grado de inclinación de la zona pélvica y el aspecto del músculo alrededor de la entrada de la vagina. El tamaño del diafragma se calcula introduciendo los dos primeros dedos en el fórnix posterior, y teniendo en cuenta a la altura del dedo índice a la que cae la sínfisis púbica. (También pueden obtenerse aros de prueba para estos fines). A continuación se elige un diafragma correspondiente a este diámetro y se comprime presionando el aro, se inserta a lo largo de la pared posterior de la vagina hasta el fórnix posterior, y la parte anterior del aro se empuja en dirección ascendente hasta detrás de la sínfisis púbica. A continuación se comprueba si la colocación es correcta, y si fuere necesario se repite el proceso. A continuación, se enseña a la

mujer a extraer e insertar su propio diafragma, y a comprobar que el cervix queda cubierto y que el aro está bastante detrás de la sínfisis púbica.

3.4 Debe enseñarse a la mujer a usar la crema o jalea espermicida. Debe extenderse sobre toda la superficie un chorro de 10 cm de crema o de jalea que se divide por igual entre ambos lados del diafragma incluyendo el aro. Si fuera posible, y después de la primera sesión de instrucción, la mujer debiera recibir un diafragma con el que practicar, asegurarse de que este sigue en posición durante algún ejercicio (por ejemplo agachándose), y volver aproximadamente una semana después con el diafragma colocado para comprobar su posición y tamaño. La mujer debe volver a pasar revisión cada 6-12 meses, y después de cada parto, operación vaginal, cambio apreciable de peso, o en caso de dificultad alguna, para ver si el tamaño del diafragma necesita cambiarse.

3.5 El diafragma debe introducirse como máximo dos horas antes del coito y no debe extraerse antes de transcurridas seis horas después de éste. Si transcurrieran más de dos horas antes del coito, o este volviera a efectuarse, debe volver a insertarse espermicida adicional en la vagina con un aplicador, o en forma de un supositorio que no contenga aceite, sin que para esto tenga que extraerse el diafragma. Después de retirado, el diafragma debe lavarse, secarse y empolvase antes de guardarse; debe también inspeccionarse de vez en cuando para comprobar que no está dañado. La renovación del diafragma debe considerarse cada dos años.

3.6 *El capuchón cervical* es un cubilete en forma de dedal, que se coloca sobre el cervix, y que posee un diámetro interno de 22-31 mm. *La cupula* es un cubilete hemisférico con un grueso aro de 50-75 mm de diámetro externo. *La vimula* es una combinación del capuchón cervical y de la cupula, con un diámetro externo de 45-51 mm. Antes de su inserción se esparce por igual en ambos lados del capuchón un chorro de espermicida de 10 cm. Cierta tipo de mujeres prefieren estos capuchones, mientras que otras pueden usarlos debido a su imposibilidad de retener un diafragma holandés, a causa del descenso de la zona pelvica.

3.7 *Los condones* (preservativos, etc) son cilindros circulares, cerrados en un extremo y que se fabrican en diversas formas y colores, y con unas dimensiones de aproximadamente 17 cm de longitud, 3 cm de diámetro, y 0,005 cm de grosor. Se empaquetan enrollados sobre el aro, secos o lubricados, y preferentemente herméticamente cerrados. Los condones son de fácil adquisición comercial. El condon debe desenrollarse en el pene erecto antes de efectuar el coito, y debe sujetarse firmemente el aro a la base del pene durante la retirada que sigue a la eyaculación. El fallo del condon raramente es debido a la existencia de agujeros. La causa principal del fallo de este método (independientemente de su mal uso o incluso de la ausencia de uso) es su ruptura. Los condones que se ajustan a las regulaciones nacionales puede que sean contraceptivos más efectivos que otro tipo de condones; la "comprobación electrónica" no garantiza la efectividad anticonceptiva.

3.8 *Los espermicidas* (anticonceptivos químicos) pueden también obtenerse comercialmente. Debe insertarse en la vagina tan sólo una dosis, cerca del cervix, poco antes de efectuar el coito. Los *productos en tubos* (cremas y jaleas) y los *aerosoles* a presión (espumas) se introducen con un aplicador. Los *supositorios* (pesarios solubles) se derriten a la temperatura del cuerpo, mientras que las *tabletas efervescentes* reaccionan al entrar en contacto con la humedad vaginal, desprendiendo el espermicida activo cerca del cervix, después de su inserción manual. Los espermicidas deben satisfacer la Prueba de poder espermicida total recomendado por la FIPF (1965), la cual no garantiza la efectividad anticonceptiva. (Los resultados de las pruebas de la FIPF se enumeran en la *Guía de anticonceptivos* de 1976 de la FIPF).

## 4 Métodos intra-uterinos

4.1 *Los dispositivos intra-uterinos (DIU) son principalmente objetos de plástico y/o de metal colocados dentro del útero; su funcionamiento permanece en gran medida sin conocerse. Los DIU de plástico son adecuados para las multíparas, y pueden permanecer en posición de forma indefinida. Los DIU de plástico de tamaño más pequeño, bobinados con hilo de cobre, son de más fácil inserción pero necesitan ser reemplazados periódicamente. El hilo cervical facilita la extracción del DIU y la comprobación de que este no se ha expulsado.*

4.2 Con reconocimientos periódicos (posteriores a la inserción, y a intervalos de seis semanas, seis meses y anuales), los DIU pueden ser insertados prácticamente en cualquier momento por el personal sanitario entrenado: seis semanas después del parto, inmediatamente después de un aborto (no séptico) y en cualquier momento durante el ciclo menstrual, en ausencia de embarazo; aunque su inserción durante la menstruación, o justo después de esta, puede ser preferible. El embarazo, infección pélvica, hemorragias intermenstruales, dismenorrea o menorragia aguda, fibroides, o anomalías en el útero son contra-indicaciones para la inserción del DIU. La existencia de nuliparidad puede ser, relativamente, una contra-indicación, debido a la posibilidad de una infección pélvica y a una esterilidad posterior.

4.3 A la colocación de un DIU puede seguir una hemorragia. Durante los primeros meses tendrán lugar menstruaciones abundantes y largas así como hemorragias intermenstruales; la menstruación puede ser más abundante después de insertarse un DIU. Puede acontecer dolor durante la inserción y durante un breve tiempo después de esta, aunque su intensidad no es predecible. Si la hemorragia o el dolor se hiciera intolerable, o persistiera al cabo de los tres meses, debe considerarse la extracción del DIU. Los DIU pueden ser expulsados: de aquí la importancia que tiene el que los usuarios comprueben su presencia, en especial después de la menstruación durante los primeros meses de su uso.

4.4 De manera más rara pueden ocurrir perforaciones del útero durante la colocación del DIU o posteriormente, normalmente de forma asintomática. La infección pélvica puede tratarse con altas dosis de antibióticos, y el DIU debe extraerse si la infección persiste. Si acontece un embarazo cuando un DIU está colocado, existe una posibilidad relativamente alta de aborto espontáneo, y de embarazo ectópico el cual necesita ser tratado por el ginecólogo.

4.5 Aparte de escoger el tamaño del DIU en relación al tamaño del útero, no existe una amplia base racional para elegir un DIU en vez de otro, aunque en caso de expulsión puede intentarse con un DIU diferente. De igual importancia son la habilidad y la amabilidad durante la colocación de los DIU. El personal sanitario incapaz de desarrollar la habilidad manual necesaria no debe colocar los DIU.

## 5 Métodos hormonales

5.1 Se sabe que los anticonceptivos esteroidales inhiben la ovulación, el transporte en las trompas, y la migración cervical de los espermatozoides. Los anticonceptivos orales, compuestos por una combinación de estrógeno y de progestágeno, son los más efectivos; de alta efectividad son los progestágenos orales tomados de forma continua o la inyección de esta sustancia cada tres meses. Los anticonceptivos orales secuenciales (que varían la dosis de estrógeno con respecto a la de progestágeno) son de uso más raro.

5.2 Las contra-indicaciones absolutas de los anticonceptivos orales (combinados), que de hecho son bastante raras, son: hipertensión esencial; trombo-embolismo previo o condiciones de predisposición; amenorrea sin investigar; ictericia disociada de estasis biliar durante el embarazo; funcionamiento anormal del hígado; y cancer previo genital o de mama. Las contra-indicaciones relativas incluyen: lactancia, diabetes melitus, hiperlipidemia, fallo crónico de corazón, enfermedad renal, epilepsia y una historia de hipertensión durante el embarazo.

5.3 El examen pélvico anual (incluyendo la citología cervical) de las mujeres que escojan la anticoncepción oral, aunque no es esencial, es una buena medida. La presión sanguínea y el peso deben medirse cada tres meses durante el primer año, y después cada seis meses. La hipertensión producida por anticonceptivos orales (por encima de 160 mm Hg, sistólica; o de 105 mm Hg, diastólica) necesita el abandono de la anticoncepción oral y revisión. El aumento substancial de peso puede controlarse mediante dieta.

5.4 En general, la anticoncepción oral debe comenzar con la dosis más baja existente en el mercado, tanto de estrógeno como de progestágeno. En particular, la dosis diaria de estrógeno (etinil estradiol o mestranol) debiera comenzar de forma rutinaria alrededor de 0,03 mg, y raramente exceder los 0,05 mg. Los dolores de cabeza, migrañas, náuseas, flacidez de pechos, depresión, desordenes de piel y cambios indeseables en la libido que persistan después de tres

meses, pueden tratarse cambiando o suspendiendo el uso de la anticoncepción oral. Las hemorragias inesperadas (intermenstruales) pueden tratarse incrementando la dosis de esteroides. Sea como fuere, no existe una base racional sólida para prescribir una combinación particular a una mujer determinada, a no ser que no sea por el método de tanteo.

5.5 Entre 1970 y 1975, una gran parte de los anticonceptivos orales que contenían los acetatos de clormadinona, medroxiprogesterona o megestrol fueron retirados, ante la evidencia del desarrollo de tumores de mama en perras *beagle* que recibieron altas dosis. No existe evidencia respecto a la carcinogénesis humana de los anticonceptivos hormonales. El acetato de medroxiprogesterona sigue pudiéndose obtener de forma significativa con el nombre de *Depo-Provera*, que es una inyección intramuscular a usar cada tres meses, no estando registrada en todos los países como un anticonceptivo; es típica la disrupción menstrual y el retraso subsiguiente en reanudar la fecundidad. Los progestágenos orales, tanto inyectables como continuos, no afectan a la lactancia.

5.6 Anticonceptivos orales idénticos o similares pueden obtenerse a menudo en un mismo país bajo diferentes marcas, lo que así mismo difiere entre diferentes países, tal y como puede apreciarse en la *Guía de anticonceptivos* (1976) de la FIPF. La anticoncepción oral puede comenzar cualquier día entre el primer y el quinto día de empezada la menstruación y apartir de aquí impone su propio régimen de interrupción cíclica de la hemorragia cada 28 días aproximadamente. La necesidad de precauciones anticonceptivas adicionales en el primer ciclo se evita comenzando en el primer día de la menstruación, lo que es preferible.

5.7 La fecundidad después de cesar la anticoncepción oral no queda afectada de forma significativa. El más conocido, aunque raro, de los efectos adversos de los anticonceptivos orales es una incidencia creciente de trombo-embolismo, que está asociada principalmente con el estrógeno: de aquí la necesidad de ingerir la dosis efectiva diaria más baja. La anticoncepción oral debe abandonarse antes de una operación quirúrgica. Estudios prospectivos (Reino Unido, 1977) han revelado un riesgo (principalmente circulatorio) substancial de mortalidad (de alrededor de 10 por cada 100 000 mujeres-año)

asociado con la anticoncepción oral, similar a la mortalidad maternal (por 100 000 nacimientos) en el Reino Unido. El riesgo de mortalidad por motivos circulatorios aumenta con la edad (en especial al sobrepasar los 35 años de edad), con la duración de la concepción oral y con el tabaco. (Una alta presión sanguínea y un exceso de peso pueden también incrementar los riesgos de la anticoncepción oral).

5.8 Como compensación a estas desventajas peculiares, la anticoncepción oral goza de considerables ventajas: son menos probables los tumores benignos de mama; desaparecen la tensión premenstrual y la dismenorrea; la menstruación se hace más breve, más ligera y más regular; al tiempo que es un anticonceptivo de alta eficacia, si las píldoras se toman con arreglo a las instrucciones. La necesidad de estar bien informada, como base para equilibrar los beneficios y los riesgos a sufrir por el individuo, es de particular importancia en aquellas mujeres que estén sopesando la anticoncepción oral.

## 6 Métodos quirúrgicos

6.1 *El aborto:* El poner término al embarazo antes de que el feto sea viable, puede ser bien de carácter espontáneo (de ocurrencia natural) o artificialmente provocado. El aborto inducido puede no ser profesional (realizado por personal sin entrenamiento, incluyendo la propia mujer embarazada) o profesional (realizado por personal especializado, normalmente médicos). Los riesgos del aborto aumentan considerablemente con el período de gestación: en particular entre el primer y segundo trimestres.

6.2 El aborto temprano e incompleto (bien sea espontáneo o inducido de forma no profesional) puede completarse por aspiración bajo anestesia local, y tratarse bajo la condición de paciente no hospitalizado en ausencia de hemorragia o de infección. De no ser así (y bajo petición) es necesaria la anestesia total. Se recomiendan antibióticos profilácticos.

6.3 El aborto efectuado bajo la condición de paciente no hospitalizado durante el primer trimestre puede también inducirse por aspiración bajo anestesia local (bloque paracervical), o sin anestesia pero con auxilios, y con dilatación cervical mínima. El aborto durante el primer trimestre y principios del segundo puede realizarse con seguridad mediante el raspado adecuadamente efectuado por un ginecólogo y bajo anestesia total. (Deben evitarse las técnicas operativas abdominales y en especial las cremas abortifacientes dada su peligrosidad). La dilatación cervical excesiva puede poner en peligro los sucesivos embarazos.

6.4 El aborto durante el primer trimestre y bajo anestesia local tiene una mortalidad de aproximadamente 1 por cada 100 000 abortos; en el segundo trimestre, el riesgo puede exceder de 20 por cada 100 000 abortos (esto es, un riesgo del mismo orden que el del embarazo a término). La esterilización simultánea incrementa substancialmente el riesgo de mortalidad; además, las decisiones de aborto y esterilización son cualitativamente distintas. Es preferible

efectuar la esterilización posteriormente, sopesando de forma adecuada la esterilización al hombre y/o a la mujer.

debieran gozar de libre acceso a los consejos del personal sanitario y a otro tipo de facilidades, quizás con mayor libertad en estas circunstancias.

6.5 La *esterilización*, aunque potencialmente reversible en ciertos casos, debe considerarse como irreversible. De esta forma, aquellas parejas que desean la esterilización deben ser perfectamente conscientes de su decisión, lo que debiera discutirse ampliamente con el personal sanitario. La esterilización del hombre (vasectomía) es más fácil y, en principio, más segura que la esterilización de la mujer (tubectomía). La tubectomía es efectiva con carácter inmediato, mientras que la vasectomía requiere un cierto número de eyaculaciones posteriores a la operación antes de llegar a ser efectiva.

6.6 La esterilización requiere tanto experiencia como habilidad y normalmente se asigna a médicos entrenados; en el caso de la tubectomía, es preferible que la efectúen ginecólogos, aunque la minilaparatomía (bajo anestesia local) pueden realizarla personal no médico. La función del personal del cuerpo sanitario que no sean médicos, al aconsejar, asistir en operaciones y en el cuidado general de los pacientes, no es de menor importancia que la de estos. Tanto la tubectomía como la vasectomía pueden efectuarse bajo condiciones de paciente sin hospitalizar, incluso cuando se practican bajo anestesia total. La vasectomía se realiza normalmente bajo anestesia local; no obstante, no es predecible la gravedad del dolor local y/o la hemorragia, por lo que el hombre puede preferir anestesia total.

6.7 Las revisiones postoperativas para el aborto y la esterilización, bien sean del hombre o de la mujer, son esenciales. Después de la vasectomía, debe examinarse el semen correspondiente de por lo menos 10 eyaculaciones (o 10 semanas) para detectar la presencia o ausencia de espermatozoides; la operación se considera un éxito cuando el examen de dos especímenes (en el espacio de varias semanas) no contiene espermatozoide alguno. La recanalización espontánea puede tener lugar en cualquier momento después de la vasectomía o de la tubectomía.

6.8 Después del aborto, la información al respecto de la anticoncepción y de los servicios (incluyendo anticonceptivos) puede tener una acogida positiva. Tanto los hombres como las mujeres

## 7 Infertilidad

7.1 *La subfertilidad* afecta por lo menos al 10% de las parejas, de las cuales aproximadamente la mitad son totalmente incapaces de engendrar (estériles). La *pareja* debiera ser aconsejada y al menos una vez al año debiera precederse con una investigación minuciosa el intento de concebir. Las causas principales de la infertilidad son: disfunción del coito y/o factores sicosociales; anovulación o azoospermia (relativa o absoluta) causada por anormalidad endocrina o de la zona genital, infección o daño; incompatibilidad genética y/o inmunológica; malnutrición; drogas; y fallo repetido de embarazo.

7.2 Después de efectuar una cuidadosa historia de ambas partes, tanto por separado como en unión, uno de los procedimientos sencillos que producen más información es la prueba poscoito. Aproximadamente a la mitad del ciclo y después de efectuar el coito 8-20 horas antes, el moco cervical se aspira y se examina microscópicamente para analizar la movilidad de los espermatozoides. Debe volver a repetirse la prueba.

7.3 En el análisis del semen correspondiente a varios especímenes debe considerarse: el volumen de la eyaculación, la viscosidad, la acidez y el número de espermatozoides (normalmente de 25-100 millones/ml). En los especímenes debe examinarse la aglutinación, la viabilidad, la forma, la movilidad y la capacidad de penetración de los espermatozoides (por ejemplo, a lo largo de un tubo capilar lleno con solución salina normal o moco cervical). La ovulación debe comprobarse mediante la anotación de la temperatura basal del cuerpo y de la cantidad y consistencia del muco cérvical. Otras investigaciones complementarias son la biopsia endometrial, la comprobación de la permeabilidad de las trompas (por ejemplo, histerosalpingografía) y las determinaciones hormonales.

7.4 El tratamiento de la infertilidad puede ser prolongado y de escasos resultados; deben siempre intentarse medidas sencillas al principio. Mientras tanto, puede sopesarse la posibilidad de inseminación artificial a través del marido (IAM) o por medio de un

donante (IAD), la adopción, y la resignación a la falta de descendencia. En esta última circunstancia es de vital importancia el consejo y no la habilidad quirúrgica, y la totalidad del personal sanitario tienen papeles que jugar.

## Apéndice 1: Lecturas complementarias

Los documentos técnicos de la FIPF que siguen (en inglés, francés o castellano) pueden obtenerse de la oficina central de la FIPF, 18-20 Lower Regent Street, Londres S.W.1Y 4PW, *RU*:

<i>Aborto: Clasificación y Técnicas</i> (1971):	£0,55 + franqueo
<i>Guía de Anticonceptivos</i> (1976):	£1,70 + franqueo
<i>Anticoncepción Intra-uterina</i> (1977):	£1,00 + franqueo
<i>Anticoncepción Sistémica</i> (1973):	£1,10 + franqueo
y <i>Vasectomía</i> (1972):	£0,45 + franqueo

Una lista de las *Publicaciones Regionales* puede obtenerse de la oficina regional de Europa de la FIPF, 64 Sloane Street, Londres S.W.1X 9SJ, *RU*. Cualquier comentario al respecto de este folleto, *Regulación básica de la fertilidad para personal sanitario* (1979), debe dirigirse a la oficina regional.

## Apéndice 2: Asociaciones-miembro de la FIPF en Europa

Österreichische Gesellschaft für Familienplanung,  
II Universitäts-Frauenklinik,  
Spitalgasse 23,  
1090 VIENNA, **Austria**

Väestöliitto,  
Kalevankatu 16,  
00100 HELSINKI 10, **Finland**

Fédération Belge pour le Planning Familial et l'éducation Sexuelle/  
Belgische Federatie voor Gezinsplanning en Seksuele Opvoeding,  
Rue de Bériot 41,  
1030 BRUSSELS, **Belgium**

Mouvement Français pour le Planning Familial,  
2 Rue des Colonnes,  
75002 PARIS, **France**

The Family Development Council,  
Institute of Obstetrics and Gynecology,  
Medical Academy,  
Sdrave 4,  
SOFIA 1606, **Bulgaria**

Ehe und Familie, Sektion der Gesellschaft für Sozialhygiene der DDR,  
Leninallee 70,  
25 ROSTOCK,  
**German Democratic Republic**

Foreningen for Familieplanlægning,  
Aurehøjvej 4,  
2900 HELLERUP, **Denmark**

Hungarian Scientific Society for Family and Women's Welfare,  
Buday László u. 1—3,  
1024 BUDAPEST, **Hungary**

Pro Familia: Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung eV,  
Cronstettenstrasse 30,  
6 FRANKFURT/MAIN 1,  
**Federal Republic of Germany**

Irish Family Planning Association,  
15 Mountjoy Square,  
DUBLIN 1, **Ireland**

Unione Italiana Centri Educazione  
Matrimoniale Prematrimoniale,  
Via Eugenio Chiesa 1,  
20122 MILAN, **Italy**

Associação para o Planeamento da  
Família,  
Rua Artilharia Um, 38—2°, DT°  
LISBON 1, **Portugal**

Mouvement Luxembourgeois pour le  
Planning Familial et l'Education  
Sexuelle,  
18—20 rue Glesener,  
**Luxembourg**

Riksförbundet för Sexuell Upplysning,  
Box 17006,  
Rosenlundsgatan 13,  
104 62 STOCKHOLM 17, **Sweden**

Dr J Rutgers Stichting,  
Postbus 17430,  
2502 CK S'GRAVENHAGE,  
**Netherlands**

Türkiye Aile Plânlamasi Derneği,  
Ataç Sokak 73/3,  
ANKARA, **Turkey**

Norsk Forening for Familieplanlegging,  
Rådgyvn 2,  
1400 SKI, **Norway**

Family Planning Association,  
27—35 Mortimer Street,  
LONDON W1N 7RJ, **United Kingdom**

Towarzystwo Planowania Rodziny,  
Ul Karowa 31,  
WARSAW, **Poland**

Family Planning Council of Yugoslavia,  
Bulevar Lenjina 6,  
11070 BELGRADE, **Yugoslavia**