Anticoncepción Natural

(Protocolo publicado en 2006)

La Planificación Familiar Natural, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) [(1)], son las técnicas para evitar o conseguir una gestación basándose en la observación de signos y síntomas naturales de las fases fecunda e infecunda del ciclo menstrual.

Según este concepto, y basándonos tan sólo en la observación de los cambios fisiológicos femeninos que ocurren a lo largo del ciclo menstrual y de la vida de la mujer, podremos obtener el conocimiento de la fertilidad, lo que proporciona una independencia de métodos artificiales - farmacológicos, implantativos, intracavitarios o de barrera- que han sido los que hasta la actualidad han controlado el funcionamiento de la vida de millones de parejas, y cuyo objeto de actuación ha sido, y es, mayoritariamente la mujer.

Con la autoobservación que conlleva el seguimiento de los métodos naturales, la mujer conoce los cambios de su cuerpo en cada momento y el significado de los mismos. Para ello se le instruye de forma tutelada durante los primeros meses por medio de monitores de métodos naturales; en una segunda fase la mujer se ve capacitada para poder interpretar por sí misma cualquier síntoma ya sea habitual o no en ella, quedando el monitor como apoyo en casos de duda.

La finalidad de esta instrucción es la de conocer el comienzo del período potencialmente fértil, al que seguirá un período fértil, y a continuación el período totalmente infértil: nunca será la de conocer el momento de la ovulación.

El conocimiento de estos métodos produce un cambio físico y conductual en las personas. Se intenta que la formación sea de la pareja, siempre que así fuera posible. Compartir este conocimiento de los cambios femeninos abre un nuevo horizonte en el campo de la relación de pareja, imposible de imaginar cuando se utilizan los métodos anticonceptivos artificiales. Es por ello que no se habla de anticoncepción en los métodos naturales, ya que en estos últimos el concepto es mucho más amplio de lo que a primera vista se pueda ver; la vida de pareja se ve elevada por el respeto mutuo al ser fomentado un pilar básico de la misma: la comunicación.

Así pues han de estar implicados ambos miembros de la pareja en la observación de los diferentes cambios que ocurren en el cuerpo de la mujer, y actuar en consecuencia, en armonía, al unísono en cada unos de los períodos fértiles/infértiles. Esta libertad a la que se llega es la antítesis de la anticoncepción artificial, que somete parejas a la acción de elementos extraños y ajenos a la misma, constituyendo al fin y al cabo una dependencia extrínseca, una nueva esclavitud de nuestra civilización.

Además de la ventaja final de los métodos naturales, en su desarrollo la mujer irá conociendo el significado de variaciones de su cuerpo que ya había sentido, y otras en las que antes no había reparado: sabrá por qué hay días del mes en los que se siente más húmeda, qué implica el que su temperatura cambie, aprenderá que su aparato genital cambia de consistencia y altura determinados días; por medio del método sintotérmico la mujer sentirá a fin de cuentas que es dueña de la situación, que se conoce, que es libre de tomar decisiones basadas en el autoconocimiento.

El control de la natalidad por medio del método sintotérmico está en relación con una determinación precisa del tiempo de ovulación. Es un método válido tanto para la pareja fértil como para la subfértil. Se trata de una modificación de la abstinencia periódica o del método del calendario; la modificación sirve para aumentar la eficacia del método. Reconoce tres fases en el ciclo femenino. La fase preovulatoria con posible fecundidad, la fase ovulatoria con alta posibilidad de fecundidad y una fase postovulatoria de fecundidad imposible.

El método sintotérmico es perfectamente adecuado a todas las circunstancias de la vida reproductiva de la mujer, desde la adolescencia hasta la perimenopausia, pasando por ese difícil período que constituye la lactancia (MELA: método de lactancia - amenorrea). Pero además pueden ser aplicables en sentido biunívoco: tanto para evitar o distanciar la gestación como para buscarla.

Millones de mujeres han aplicado con éxito la Planificación Familiar Natural en los últimos años, habiendo sido pioneras las mujeres de países del tercer mundo. Esto quiere decir que son métodos de fácil aprendizaje, puesto que no necesitan un nivel cultural elevado, de fácil aplicación, de bajo coste y prolongado cumplimiento; además se ha conseguido demostrar una elevada tasa de eficacia en amplios estudios poblacionales.

Sin embargo, es en nuestra sociedad avanzada y tecnócrata donde su aceptación es difícil y hasta denostada. Las razones han sido complejas: por un lado la sociedad del bienestar se confunde con la no necesidad de autocontrol y la dificultad para aceptar la abstinencia; existen razones económicas, casas comerciales que bombardean con caros métodos anticonceptivos; las campañas sanitarias oficiales de lucha contra ETS que incitan al uso habitual y temprano del preservativo; el desconocimiento prácticamente generalizado de los métodos naturales de planificación por parte del personal sanitario, y en especial de los ginecólogos y ginecólogas; la confusión entre los diferentes métodos naturales y la falta de rigor científico a la hora de evaluar su eficacia.

Todas estas razones han dificultado la divulgación de la Planificación Familiar Natural. Pero en el momento actual, y favorecido por la búsqueda de la eficaz alternativa de la medicina ecologista y a la mala prensa de los tratamientos hormonales, parece que está surgiendo en el horizonte un verdadero redescubrimiento de estos métodos, existiendo una corriente de demanda por parte de mujeres universitarias, matrimonios jóvenes, parejas con dificultad en su fertilidad, etc; de ahí la justificación para que entre la clase médica, y en concreto de la ginecología, se divulgue su conocimiento.

El término *"conocimiento de la fertilidad"* se refiere a la posibilidad que cada mujer tiene de aprender a reconocer el comienzo y el final de su período fértil en cada ciclo menstrual y utilizarlo de acuerdo con sus deseos de planificar o evitar el embarazo. Esta realidad se asienta en que la fertilidad humana, teóricamente permanente en el hombre, es cíclica en la mujer, y en que la vida media de los gametos está limitada por las condiciones fisiológicas del aparato reproductor femenino para permitir la supervivencia de los espermatozoides (no más de 5 días en presencia de moco cervical) y en la corta supervivencia del óvulo después de la ovulación (unas 24 horas a efectos de fertilidad potencial, pero probablemente menor); toda mujer en etapa reproductiva tiene síntomas y signos durante las fases fecundas e infecundas de su ciclo. Su conducta sexual en este caso la adaptará a sus deseos, pudiendo recurrir a métodos alternativos, evidentemente no hormonales, cuando mantenga contactos sexuales en fase fértil.

A este respecto quisiéramos señalar que el método sintotérmico es el que proporciona una mayor proporción de días infecundos, si se compara con el resto de métodos naturales, y que esta diferencia es estadísticamente significativa [(2)].

1. MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Actualmente, la mujer puede aproximarse al reconocimiento de su fertilidad de las siguientes formas:

1. **Por el cálculo o calendario.** La mujer basándose en la duración de sus ciclos precedentes identifica el comienzo y el final de su período fértil.

2. **Por la temperatura basal.** Si la mujer toma su temperatura interna en reposo, generalmente por la mañana antes de levantarse de la cama, y la anota en un gráfico, podrá observar cómo en los momentos posteriores a la ovulación la temperatura basal se eleva.

3. **Por el reconocimiento de las secreciones cervicales.** La mujer sabe que se encuentra en una etapa fértil cuando ve su moco cervical o tiene sensaciones genitales relacionadas con él. El moco anuncia que la ovulación se aproxima.

4. **Por el reconocimiento de las características del cuello uterino.** A medida que se acerca el momento ovulatorio el cuello experimenta cambios que la mujer puede identificar y utilizar de forma complementaria junto con los otros indicadores.

2. MECANISMO DE ACCIÓN

Estos métodos ayudan a la mujer a ser consciente de sus días de fertilidad potencial y a evitar el embarazo cambiando su conducta sexual durante la fase fértil, bien evitando el coito vaginal durante ésta (lo que se llama comúnmente abstinencia periódica o planificación familiar natural), o utilizando métodos de barrera tales como condones, diafragmas y espermicidas o coito interrumpido.

3. EFICACIA

En la literatura hay escasa información tanto sobre la eficacia de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad cuando se usan junto a métodos de barrera o al coito interrumpido, como de las parejas que, aun utilizando métodos de barrera, recurren al conocimiento de la fertilidad para evitar el coito durante la fase de fertilidad combinada del ciclo, sabiendo que esto puede ser más efectivo que utilizar simplemente los primeros, práctica extendida entre determinados sectores informados de la población, y que necesitaría una investigación profunda para desmitificar los métodos basados en la conciencia de la fertilidad y ayudar a aquellas parejas que por desconocimiento recurren siempre a los métodos de barrera, aun en etapas del ciclo en los que hay infertilidad absoluta.

También llama la atención que los estudios publicados, a excepción de los pertenecientes a los grupos europeos, no informan sobre el uso del coito interrumpido o métodos de barrera durante la fase fértil; Frank-Hermann y cols.[3] en 14.870 ciclos, analizaron la relación existente entre las tasas de embarazo no planeado y la conducta sexual y encontraron que con el uso perfecto del Método sintotérmico, la tasa actuarial anual de embarazos era del 0,63%; las tasas de embarazo con las diferentes modalidades de uso imperfecto también fueron muy bajas (0,45%), si sólo hubo relaciones sexuales protegidas en fase fértil (perfecto uso entre usuarias de métodos mixtos), pero el contacto genital en fase fértil (incluyendo el coito interrumpido) condujo a una tasa de embarazos del 4,54 % y el coito no protegido en fase fértil conllevó una tasa de embarazos del 8,96% 45 mujeres (5,9%) a lo largo de 646 ciclos, se abstuvieron siempre de coitos en la fase fértil: no hubo ningún embarazo. Las trabajadoras o estudiantes, las no casadas y sin hijos (son más jóvenes y sexualmente más activas) mantienen regularmente más coitos protegidos en la fase fértil que las casadas, amas de casa o madres.

Los métodos de planificación familiar basados en los signos de fertilidad e infertilidad del ciclo menstrual son numerosos. Por un lado, están los que utilizan sólo un indicador (longitud de los ciclos previos, el moco, la temperatura basal), los que combinan dos indicadores (ciclo - térmico, mucotérmico) y los que combinan varios indicadores. Por otro lado, incluso usando un solo dato, los investigadores han planteado diferentes posibilidades para determinar los días fértiles e infértiles.

La década de los 80 fue rica en estudios de eficacia. El de Medina (2.851 meses de uso)[4] y el de Wade (5.067 meses de uso)[5] - en Colombia y Estados Unidos - tuvieron más embarazos no planeados, de los que actualmente podemos encontrar. Esto se debió en parte a que las parejas firmaban una hoja de consentimiento, antes de entrar a participar en el estudio, aceptando una tasa práctica de fallo del 25%. Bajo estas condiciones, la población participante estaba menos motivada para cumplir las normas. En ésta época también se incluye el estudio de Rice[6] con la participación de 1.022 parejas y 21.736 ciclos.

Después de una exhaustiva revisión sobre la eficacia de todos los métodos naturales que utilizan varios indicadores[7], **en la FIGURA 1 (Estudios prospectivos de eficacia del Método Sintotérmico)** presentamos los estudios prospectivos del método sintotérmico realizados en Europa.

FIGURA 1. Estudios Prospectivos de Eficacia del Método Sintotérmico en Europa 1988 - 2000

Ref.	Autor	Año	País	Nº de parejas	Ciclos de exposición	Nº embarazos no planeados		
						Método	Usuario	Global
8	Barbato	1988	Italia	460	8.140		25(1)	25
9	Döring	1988	Alemania	439	2.276			3
10	Ermotti	1989	Suiza	79	1.246	1	3(2)	4
11	Clubb	1991	Reino Unido	72	903	1	1	2
12	Frank-Hermann	1991	Alemania	241 265	3.007 3.884	2(3) 1	4 6	6 7
3	Frank-Hermann	1997	Alemania	396(4) 362(5)	8.052 6.818	3+1	24	18 10
13	Leizaola	1998	Bélgica	84	1.750	0	2	2
14	European PFN Study	1999		1.046	16.865	NC	NC	34
15	Barranco y Soler	2000	Bélgica	79	315	0	1	1

(1) 10 embarazos en días secos más allá del cálculo; 2 por relación sexual el tercer día después del pico de moco pero antes del tercer día de temperatura elevada y 13 por relaciones durante los días de moco.

(2) 1 embarazo por unión en un día calculado como relativamente infértil y seco, 1 por coito en día seco más allá del cálculo y 2 por relaciones durante los días con moco.

(3) En ambos casos la relación fecundante fue el 5º día del ciclo.

(4) Grupo que usa sobretodo la continencia periódica. En el 2,9% de los ciclos hay uso de métodos barrera en la fase fértil.

(5) Grupo que usa frecuentemente métodos barrera en la fase fértil; en este caso en el 55,7% de los ciclos.

(6) Hubo 3 embarazos por fallo del método (relaciones en días calculados infértiles y secos) y otro con uso de preservativos en fase infértil preovulatoria y 24 por relaciones durante la fase fértil.

Tras el análisis de la misma, podemos ver porqué este método está clasificado entre los métodos de alta eficacia.

El estudio de eficacia que abarcó más parejas, en la década de los setenta, fue del "Indian Council of Medical Research"[16] realizado en Calcuta. El número de usuarias pasó de 9.814 en enero de 1977 a 20.177 en diciembre de 1978. Con sus resultados quedó demostrada su aplicabilidad y aceptabilidad en poblaciones de bajo nivel sociocultural y de diversas religiones. Una década más tarde se publicó otro estudio[17] sobre su enseñanza en Liberia (9.252 m) y Zambia (23.326 m) basado en una experiencia de 5 años.

Actualmente, con el aumento de la población inmigrada femenina, analfabeta y joven, estos datos deben ser conocidos, y por ello, en los ejemplos de gráficos hemos diseñado uno similar al que se empleó en el estudio de Calcuta, para analfabetas o mujeres que no escriban nuestra lengua, pues puede ser de ayuda práctica en muchos de los centros a los que acuden en busca de información.

4. VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Si hacemos caso del viejo proverbio de que “el saber no ocupa lugar”, la enseñanza del conocimiento de la fertilidad sería algo prioritario en cualquier programa educativo sobre anticoncepción y sexualidad, aspecto que no ha recibido la debida atención por educadores y personal sanitario. Probablemente ha llegado el momento en el que se rompa con viejos tabúes y se cambie de actitud, los Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad tienen sus ventajas, a pesar de haber contado con grandes detractores en un pasado no demasiado lejano, y su difusión es una apuesta de futuro por el empoderamiento de las mujeres en anticoncepción y relaciones de pareja.

Algunas de sus ventajas serían:

- Educar a mujeres y hombres, de cualquier edad y condición, sobre los ciclos de fertilidad femeninos, algo que debería ser clave en los programas de educación afectiva y sexual para la prevención del embarazo adolescente y juvenil.

- Implicar a los hombres en la anticoncepción y en el respeto a los ciclos fértiles de las mujeres.

- Una vez aprendidos, pueden utilizarse tanto para evitar el embarazo como para concebir.

- Carecen de efectos secundarios por sí mismos, son reversibles de forma inmediata y pueden ser utilizados por la mayoría de las mujeres/parejas que conocen y respetan sus normas.

- Su costo económico es tan reducido, que se limita al tiempo invertido en el período de enseñanza y esta puede ser impartida por voluntarias y voluntarios especialmente entrenados sin necesitar personal médico, ni para la enseñanza ni para el seguimiento, aunque deberían ofrecerse en las consultas de anticoncepción como una opción relevante.

- Mayor autoconocimiento de la fertilidad del que se deriva un aumento de la autoestima.

- Reduce la tasa de embarazos ectópicos, al favorecer las relaciones sexuales en los días de máxima fertilidad, cuando se busca la concepción.

- Ayuda al autocuidado de la salud:

- Detección precoz de infecciones vaginales: las mujeres acostumbradas a reconocer su moco detectan pronto cualquier alteración.

- Alerta sobre posibles anemias, por reducción del nivel alto de temperatura.

- Mejora el rigor en la prescripción y valoración de las determinaciones hormonales que todavía vienen realizándose en función del ciclo mítico de 28 días, tanto en estudios de infertilidad como en otros.

- En caso de subfertilidad permite establecer una buena colaboración profesional/pareja subfértil.

- Aumento de la autonomía de la mujer para elegir un método anticonceptivo, un conjunto de métodos o la alternancia de métodos.

- Autonomía (de la pareja) del dispensador de anticoncepción, de la presión comercial y farmacéutica, etc.

Sus desventajas están en función de la elección que se haga y de la posición de las mujeres/parejas hacia el esfuerzo compartido que, en ocasiones, requiere su uso:

- Si no se utilizan de forma consistente y de acuerdo con las normas, son menos eficaces que los métodos que actúan directamente sobre el aparato genital femenino y que no requieren de la autoobservación e interpretación de los signos de fertilidad e infertilidad, teniendo en cuenta que un coito sin protección en fase fértil conlleva mayor posibilidad de embarazo.

- Son necesarios algunos ciclos de aprendizaje antes de comenzar a utilizarlos plenamente, aunque en el caso del Método del calendario, si la mujer tiene registrada la duración de sus ciclos precedentes (6-12 meses) puede calcularse el período fértil de inmediato.

- En cada ciclo menstrual, por principio y dependiendo del método, sería necesario evitar la penetración vaginal entre 8 y 16 días, o bien recurrir a prácticas sexuales no penetrativas o a métodos de barrera durante esos días.

- Si la mujer padece algún problema de salud que dificulte el reconocimiento del moco cervical o altere su secreción, afecte a la longitud del ciclo o esté amamantando, los signos de fertilidad son más difíciles de reconocer.

- Las mujeres con ciclos muy irregulares quizás no sean candidatas a utilizar el método del calendario.

- En el caso de mujeres con más de una pareja sexual pueden ser más difíciles de usar como métodos únicos. No brindan, al igual que la anticoncepción hormonal, el DIU o los implantes, protección frente a las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, por lo que las mujeres expuestas al riesgo de contagio deberían utilizar condones de forma consistente durante todo el ciclo (una vez más, la doble protección).

5. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LOS MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Siguiendo los criterios de elegibilidad médica de la OMS, se puede verificar si la mujer tiene algún problema de salud conocido que pudiera interferir con los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.

Por lo general no es necesario hacer pruebas de laboratorio ni exámenes médicos previos y la mayoría de las mujeres pueden usarlos de forma segura y eficaz y en cualquier circunstancia, ya sean obesas o delgadas, hayan tenido o no hijos, sean fumadoras o tengan historia de hipertensión moderada, trombosis venosa profunda o embolia pulmonar, venas varicosas, cefaleas graves o moderadas, dismenorrea, fibromas uterinos, endometriosis, quistes ováricos, anemia por deficiencia de hierro, hepatitis viral o malaria.

Así es como, en contra de lo que en ocasiones se aconseja en los servicios de anticoncepción y a la luz de las recientes revisiones sobre el tema, muchas mujeres se beneficiarían del conocimiento de su fertilidad, ayudándoles a evitar embarazos no planeados en circunstancias médicas desfavorables. Con esta finalidad añadiremos unos ejemplos gráficos de mujeres que utilizan método sintotérmico cuando su salud se ve afectada por enfermedades crónicas, tales como diabetes mellitus o esclerosis múltiple[18,19]

6. LOS MÉTODOS NATURALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

6.1. Cuándo comenzar

Una vez que la mujer/pareja ha recibido la correspondiente instrucción, pueden empezar a usar las técnicas del conocimiento de la fertilidad. En el postparto, dado que los signos de fertilidad son algo atípicos, las madres lactantes se podrán beneficiar del Método de la Lactancia y la Amenorrea (MELA). Sería aconsejable que las mujeres autoobservarán su fertilidad antes de iniciar la vida sexual activa, para de este modo tener la oportunidad de conocer sus etapas fértiles. En el caso de mujeres con actividad sexual, dependiendo del método elegido, se puede recomendar un ciclo de observación previo, para que aprendan a detectar los signos y síntomas.

6.2. Aprendizaje de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

Cualquier mujer/pareja, que desea ser usuaria, necesitará un período de aprendizaje, aspecto fundamental para la obtención de las máximas tasas de eficacia y seguimiento. Una persona amigable, que escucha atentamente las preocupaciones, contesta preguntas y sabe adoptar una actitud empática, orientando claramente sobre los problemas que se le plantean, será la mejor aliada para conseguir éxito y satisfacción.

Se consideran aptos para la enseñanza aquellos profesionales sanitarios que se han entrenado para esta finalidad, así como otras personas voluntarias, orientadores familiares y parejas experimentadas. Su misión será: ayudar a que la mujer/pareja aprenda a reconocer los signos y síntomas de fertilidad, alentar reiteradamente a evitar o interrumpir el coito o a utilizar métodos de barrera en la fase fértil, orientar en los problemas de la abstinencia y - en caso de que decidan recurrir a ella - informando sobre las diversas posibilidades de expresar el cariño y los sentimientos sexuales en esta fase. Además, si es posible, proporcionar materiales - termómetros, calendarios, cuadernos o gráficos. Finalmente, si no están capacitadas para enseñar métodos tales como la inserción de un diafragma, derivarán a las usuarias interesadas a otros profesionales preparados para este fin.

7. LA ENSEÑANZA DE LOS MÉTODOS NATURALES

En la bibliografía disponible encontramos muchas denominaciones para los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Nosotras apostamos por la simplicidad en la enseñanza, porque estamos convencidas de que esto redundará en beneficio de las teóricas usuarias y serán ellas quiénes decidirán el método que se ajusta más a sus preferencias.

7.1. Métodos basados en un indicador único para identificar el comienzo y fin del período fértil: Puntos básicos para el aprendizaje

7.1.1. Métodos del Moco cervical

En la **FIGURA 2 (Registro e Interpretación del Síntoma Moco a lo largo del ciclo menstrual),** se representan las formas en las que una mujer aprende a reconocer los cambios en el síntoma moco y la forma en la que los puede representar en una gráfica diseñada a tal fin.

a) La mujer observa a diario si tiene moco cervical. Puede sentir "humedad" en la entrada de la vagina o ver el moco entre sus dedos o en el papel higiénico.

b) En el momento en que advierte cualquier secreción debería evitar el coito, recurrir a un método de barrera o al coito interrumpido.

c) A medida que avanza el ciclo el moco cervical se torna más lubricante, filante y la mujer se nota “mojada”, hasta que llega un día en el que estas sensaciones desaparecen y se vuelve a sentir como en la fase precedente, o seca; ahora la mujer identificará el día previo como “día pico”, y continuará evitando el coito no protegido hasta cuatro días después.

d) Unos días después del día pico, el moco cervical se hace pegajoso, pastoso y opaco, o desaparece. La pareja podrá tener relaciones sexuales no protegidas hasta la siguiente menstruación.

e) Algunas instructoras - según el método que enseñen - recomiendan a las parejas que eviten el coito sin protección durante la menstruación para evitar que se enmascare el reconocimiento del moco.

f) Cuando termina la menstruación, el moco puede estar ausente durante varios días, la mujer estará “seca” y, en general, el coito se considera “seguro”; sin embargo en el Método de la Ovulación se recomiendan relaciones sexuales en días secos alternos, mientras que en el Método del moco modificado los días de menstruación y todos los días secos se consideran aptos para el coito.

FIGURA 2. Registro e Interpretación del Síntoma Moco a lo largo del Ciclo Menstrual			
EVOLUCIÓN	**APARIENCIA**	**SENSACIÓN**	**CLAVE de la OMS**
Patrón básico de infertilidad	Ausencia de moco	Vulvar de sequedad	S
	Secreción de moco constante (invariable)		f
Moco de tipo poco fértil	Blanco Cremoso Espeso Opaco	Pegajoso Humedad	f
Moco de tipo fértil	Transparente Clara de huevo crudo Elástico Forma hilos Líquido	Vaginal de mojada Vulvar de resbaladiza o lubricante	F
Día pico	Último día de moco tipo F		X sobre la última F
Cambio a moco infértil	Blanco Menos abundante Pierde elasticidad Espeso	Humedad Pegajoso Sequedad	f S
Cambio a sequedad	Ausencia de moco	Sequedad	S
El moco se observa durante el día después de cada micción. La mujer se fija en la sensación producida por el papel higiénico pasado sobre la vulva y mira el aspecto del moco recogido por el papel. Se inscribe por la noche. Si hay varios tipos de moco sólo se anota el de mayor fertilidad. Cuenta más la sensación que el aspecto o cantidad.			
El 90% de las mujeres que reciben información sobre el moco lo reconocen en el ciclo menstrual siguiente.			

Recientemente se ha desarrollado un algoritmo para la identificación de la ventana de fertilidad, basado en las secreciones cervicales. Es el “Two Day Algorithm”, más simple de enseñar, aprender y usar que los actuales métodos del moco, porque sólo requiere que la mujer compruebe la presencia o ausencia de moco cervical (sensación o apariencia), para decidir día a día si está fértil, aunque se están llevando a cabo estudios más amplios para avalar su eficacia.

7.1.2. Método de la temperatura basal

En 1923 George W. Corner afirmó que en las mujeres "la ovulación solía ocurrir unos 12 días antes del inicio de la siguiente menstruación". Para Ogino, el intervalo oscilaba entre 12 y 16 días. En 1926 Van de Velde formuló la hipótesis de la correlación existente entre una curva menstrual bifásica y la ovulación y el cuerpo lúteo. Así que se pensó que la progesterona actuaba sobre el centro termorregulador del cerebro.

Actualmente se valora también la acción de la progesterona sobre la pared de los vasos periféricos. En la práctica, cualquier mujer que anote su temperatura basal tendrá muy probablemente una curva bifásica.

Esta le permitirá tanto a ella como al especialista que la atiende: deducir que se ha producido una ovulación, conocer su fase absolutamente infértil postovulatoria, orientarse sobre la calidad del cuerpo lúteo según la duración y características del nivel alto, prever anticipadamente la fecha de la siguiente menstruación, ya que el nivel alto dura de 10 a 16 días y es similar ciclo tras ciclo en una misma mujer y diagnosticar un embarazo cuando la temperatura se mantiene alta durante 20 días consecutivos y predecir la fecha del parto.

En la **FIGURA 3 (Observación e Interpretación de la Temperatura Basal)** aparecen reflejadas las normas y consideraciones que la mujer debe tener en cuenta a la hora de comenzar a utilizar el método de la temperatura basal:

a) La mujer deberá tomarse la temperatura, con un termómetro convencional, todos los días bajo las mismas condiciones: antes de levantarse de la cama, vía oral, rectal o vaginal (siempre la misma) y anotarla en un gráfico diseñado a tal fin. La temperatura basal se eleva entre 2 y 5 décimas de grado en los momentos posteriores a la ovulación, y aunque de antiguo se sabía que los niveles bajos de temperatura no predicen ésta, las investigaciones recientes así lo han confirmado.

b) La mujer/pareja evita el coito, usa un método de barrera o el coito interrumpido desde el primer día de menstruación hasta que la temperatura sube de 2 a 5 décimas de grado sobre sus temperaturas bajas precedentes y se mantiene elevada al menos durante 3 días, lo que significa que la ventana fértil ha finalizado.

c) Cuando se dan estas circunstancias, la mujer/pareja puede practicar el coito sin protección hasta el comienzo de la siguiente menstruación.

FIGURA 3. Observación e Interpretación de la Temperatura Basal

NORMAS GENERALES		FACTORES QUE AFECTAN LA TEMPERATURA		
		LA AUMENTAN	**LA DISMINUYEN**	**EFECTOS VARIABLES**
TERMÓMETRO	- Usar uno clínico de mercurio. - El basal no es imprescindible. - Evitar los digitales. - Tener uno de recambio y evaluarlo. - Tenerlo a mano para la mañana siguiente.	- Medición más tardía (una hora por lo menos). - Haber ido de copas. - Ir a dormir muy tarde. - Cena notablemente más copiosa.	- Medición más temprana (una hora por lo menos). - Cena notablemente menos copiosa.	- Nuevo termómetro: NT. – Viajes. – Diarrea. – Medicación. - Vómitos...
MEDICIÓN	- Interna: rectal o vaginal durante 3 minutos; la oral es menos fiable y requiere 5 minutos. - A la misma hora. - Por la mañana. - Antes de levantarse. - Al principio, casi cada día.	- Las mujeres que trabajan con turnos nocturnos toman su temperatura después del mayor descanso, la anotan con otro color (o con un triángulo) y precisan la hora de la toma.	- Durante la fase estrógenica la temperatura tomada más tarde puede aumentar de una décima por hora. Se puede restar hasta 2 raramente 3 décimas para acercarse a la probable tempera-tura medida a la hora habitual.	- Levantarse muchas veces durante la noche (en este caso conviene que la última hora antes de tomársela la mujer esté estirada para obtener la temperatura del cuerpo en reposo)
Anotación: La temperatura se apunta en el centro del cuadrado.				
Interpretación: Son necesarias un mínimo de 6 temperaturas bajas no alteradas (o rectificadas) y 3 consecutivas más elevadas para deducir que la fase infértil posovulatoria ha empezado y prever la fecha de la siguiente menstruación. La línea básica las separan. 20 días consecutivos de temperatura elevada diagnostican un embarazo y permiten prever la fecha del parto.				
La progesterona que segrega el ovario después de la ovulación aumenta la temperatura corporal de la mujer de 0,2º a 0,5º C. Muchas enfermedades causan fiebre: un aumento de temperatura de 1ºC o más no puede confundirse con la subida causada por la progesterona. Es necesario un gráfico especial para observar este pequeño desnivel.				

7.1.3. Métodos del Calendario

Antes de comenzar a utilizarlos, la mujer deberá anotar la duración de sus ciclos menstruales en los 12 meses precedentes. El cálculo del período fértil se realizará así:

a) Al ciclo más corto de los 12 anteriores se le resta 19 y obtenemos el primer día potencialmente fértil.

b) Al ciclo más largo se le resta 10, y el resultado es el último día potencialmente fértil. La mujer/pareja debería evitar el coito vaginal o recurrir a un método de barrera durante los días potencialmente fértiles.

Actualmente se está comprobando, por parte del Institute for Reproductive Health de la Georgetown University, la eficacia y aceptabilidad del "Standard Days Method" en varios países; se trata de un método basado en una fórmula fija para definir la ventana de fertilidad, en la que los días 8 - 19 del ciclo menstrual se consideran fértiles siempre que la duración del ciclo oscile habitualmente entre 26 y 32 días.

7.2. Métodos basados en la combinación de indicadores para identificar el comienzo y el fin del período fértil: Métodos sintotérmicos

Las usuarias de estos métodos identifican los días fértiles y los infértiles combinando la observación de la temperatura basal, el moco cervical, los cambios cervicales, la duración de los ciclos precedentes y otros signos y síntomas de ovulación. En general, las reglas que han de seguir, con variaciones determinadas por las diferentes modalidades de uso, son las siguientes:

a) La mujer/pareja comienza a evitar el coito sin protección cuando aparece moco o sensación de humedad (Método mucotérmico), pero si se utilizan las normas del Método sintotérmico el comienzo de la fertilidad vendría determinado por la regla del cálculo (ciclo más corto conocido menos 20), como se indica en la **FIGURA 4 (Autopalpación Cervical),** y/o por la aparición de moco, dependiendo del indicador más precoz.

FIGURA 4. Autopalpación Cervical

Cambios del cérvix	Fases del ciclo menstrual		
	Postmenstrual o de latencia	**Periovulatoria**	**Postovulatoria**
Altura	Bajo	Se eleva, alto (unos 2 cm)	Bajo
Apertura	Cerrado	Se abre, abierto	Cerrado
Dirección	Inclinado sobre la pared vaginal	Se enderece y se pone en eje de vagina	Inclinado sobre la pared vaginal
Resistencia	Duro como la punta de la nariz	Se ablanda, se hunde como la mejilla	Duro como la punta de la nariz
Modo de aprendizaje	De cuclillas o incorporada con un pie sobre un taburete la mujer introduce los dedos índice y corazón dentro de su vagina. En el fondo encuentra un tope redondeado y liso: el cérvix.		
Tiempo de aprendizaje	Una de 4 mujeres reconoce los cambios desde el primer ciclo, otras dos al cabo de 3 ciclos.		
Frecuencia	Cambios más frecuentes: altura y resistencia. A veces algún signo se observa en el orden inverso.		
Particularmente útil	Para las mujeres que tienen pocos días de moco o ciclos irregulares, durante la lactancia y premenopausia. Se puede aprovechar la palpación para recoger moco al cuello.		

b) Continuarán evitando el coito sin protección hasta que coincidan tres días de elevación térmica y tres días después del día pico de moco. Si uno de estos eventos ocurre antes que el otro, se debería esperar a que ambos concuerden para tener coitos no protegidos.

c) Otros signos y síntomas a tener en cuenta serán: cambios en la consistencia, altura y posición del cuello uterino, cuyas peculiaridades aparecen reflejadas en la **FIGURA 5 (Cálculos para determinar la fase relativamente infértil preovulatoria),** dolor abdominal, sensibilidad mamaria y sangrado intermenstrual.

Figura 5. Cálculos para Determinar la Fase Relativamente Infértil Preovulatoria		
Base	**Tiempo**	**Fórmula para calcular el último día relativamente infértil (UDRI)**
Ciclos previos	6 meses	"ciclo más corto menos 21" = UDRI
Ciclos previos	1 año	"ciclo más corto menos 20" = UDRI
Gráficos de temperatura basal previos	1 año	"primer día de nivel alto más precoz en un año menos 8" = UDRI
Nota: El método sintotérmico combina el cálculo con la ausencia de moco y tiene en cuenta el índice de fertilidad más precoz.		

En el apartado práctico se incluyen modelos de gráficos sintotérmicos en castellano, catalán, gallego y euskera, con el ánimo de facilitar el aprendizaje en diferentes regiones de la península. También encontraremos ejemplos de gráficos de mujeres sanas y de mujeres afectadas por enfermedades crónicas, en las que puede ser útil el uso de este método.

8. NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS AL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

En la **FIGURA 6 (Nuevas Tecnologías Aplicadas al Conocimiento de la Fertilidad)** presentamos un resumen de los diferentes dispositivos que se pueden utilizar para ayudar a reconocer las fases fecundas e infecundas del ciclo menstrual. Freundl y cols., en una exhaustiva revisión titulada "Die Effektivität von Zyklusmonitoren", en la que se realizaron un estudio comparativo entre estos productos y el método sintotérmico. Concluyeron que aunque algunos aparatos son más seguros que otros, usados tanto para evitar el embarazo como para buscarlo, en ningún caso sus resultados superan a los obtenidos con el método sintotérmico. [20]

Figura 6. Nuevas Tecnologías Aplicadas al Conocimiento de la Fertilidad	
Bases	Nombres comerciales
Memorización de las temperaturas y de los ciclos previos	Bioself 2000, Baby comp, Lady comp
Minimicroscopio para observar la cristalización en forma de hojas de helecho del modo o de la saliva, fenómeno que se produce paralelamente al aumento del estradiol.	PG/53, PC 2000, Donna, Maybe Baby, Cyclotest 2 Plus
Detección en orina del aumento de E3 G y del pico de LH	Persona

9. EL MÉTODO DE LA LACTANCIA Y LA AMENORREA (MELA)

La amenorrea de lactancia es una forma natural de evitar un nuevo embarazo. En el año 1984, la OMS inició investigaciones para determinar las condiciones en las que las mujeres podían confiar en la lactancia como método anticonceptivo. En el denominado "Consenso de Bellagio", celebrado en 1989, se determinaron las condiciones bajo las que las mujeres lactantes podían beneficiarse de su situación, y apareció el "Método de la Lactancia y la Amenorrea (MELA)".

En la **FIGURA 6 (Nuevas Tecnologías Aplicadas al Conocimiento de la Fertilidad)** podemos ver cómo, a través de un simple algoritmo se puede establecer el efecto que la lactancia materna puede ejercer sobre la fertilidad en el postparto. Es interesante resaltar las condiciones en las que la lactancia se realiza, así como también el que la mujer lleve una hoja de seguimiento de su proceso, para tener la información suficiente como para, si las condiciones cambian recurrir a otro método anticonceptivo.

En la **FIGURA 7 (Algoritmo del MELA)** se incluyen las directrices para rellenar la hoja de seguimiento del MELA. Con esta finalidad, en la parte práctica, hemos considerado interesante incluir hojas de seguimiento del MELA en distintas lenguas, para facilitar a monitores y monitoras interesados el que les sea más fácil relacionarse con las usuarias.

FIGURA 7. Algoritmo del MELA (26)

PREGUNTAR A LA MADRE:		
¿Su bebé tiene menos de seis meses?	**RESPUESTA NO →**	Su posibilidad de embarazo es mayor.
RESPUESTA SÍ ↓		
(Más allá del día 56 de postparto) ¿Está la madre en amenorrea?	**RESPUESTA NO →**	No debe confiar sólo en la lactancia.
RESPUESTA SÍ ↓		
¿El bebé se alimenta completamente o casi completamente de leche materna?	**RESPUESTA NO →**	Use otro método de planificación familiar pero siga amamantando por la salud del niño.
RESPUESTA SÍ ↓ Existe sólo un 1 a 2 % de posibilidades de embarazo cuando contesta SÍ a las tres preguntas: No necesita un método complementario de planificación familiar en este momento.	↓ Informe a la madre de los métodos anticonceptivos compatibles con la lactancia cuando la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores sea NO:	

En 1987, Roetzer [21] publicó las "Normas de lactancia que alcanzan un 100% de eficacia anticonceptiva en las 12 primeras semanas de posparto":

- El bebé mama por lo menos 100 minutos al día,
- El intervalo entre dos mamadas nunca supera las 6 horas ni de día, ni de noche,
- El bebé toma el pecho por lo menos 5 veces al día,
- El bebé se alimenta exclusivamente de la leche materna.

Parece que las madres tienen una tendencia personal y repetitiva a reanudar la fertilidad cuando dan el pecho de forma similar a sus distintos hijos, de aquí el interés en recordar el retorno de la fertilidad cuando amamantó a su primer hijo. Se anotarán las circunstancias del retorno de la fertilidad, la edad del bebé, la intensidad de la lactancia o el plazo desde el destete.

La eficacia del MELA ha sido objeto de numerosos estudios. Labbok y cols [22] en un estudio prospectivo internacional de eficacia del MELA, demostraron una eficacia de 98 ± 0,7% a los 6 meses, 91,2 ± 2.0% a los 12 meses. El 59,7% de las mujeres participaron hasta el séptimo mes y el 11.8% más allá del año. 492 madres de 11 lugares proporcionaron 3.882 meses/mujer de uso. No hubo ningún embarazo entre las participantes de los 5 países desarrollados, la tasa más alta de embarazo se encontró entre mexicanas seguidas por un grupo de nigerianas.

En nuestros estudios retrospectivos de aplicabilidad del MELA en España presentados al the 4th Congress of the European Society of Contraception, que tuvo lugar en Barcelona en el año 1996, encontramos en un grupo de 152 pospartos, entre 139 madres que recibían apoyo para que amamantaran [23], que la amenorrea perduró más allá de los 6 meses en el 63,1% y la lactancia completa hasta los 6 meses alcanzó al 48,3% de los bebés. Por el contrario en el grupo sin soporte para la lactancia [24] sobre 74 madres sólo el 4% de las mujeres seguían amenorreicas a los 6 meses. El 9,4% no dio el pecho y el 16,4% lo dio más allá de los 6 meses. El 65,6% de las madres habían dejado de dar el pecho a los tres meses.

En el estudio sobre hábitos de lactancia [25] la duración media de la amenorrea fue de 9 meses en Chengdu (China) y de 3-4 meses en New Delhi, había profundas diferencias en los modelos de lactancia entre un centro y otro. El inicio de suplementos regulares en la alimentación del bebé fueron en promedio el día 153 en Chengdu, el 161 en Melburn/Sydney y 152 en Uppsala y, según la percepción de las madres, el día promedio del fin de la amenorrea fue el 273, 273 y 239 respectivamente.

Tanto los resultados obtenidos por las grandes agencias internacionales como los más modestos de nuestros estudios, ponen de manifiesto que la lactancia materna, si se ejerce bajo las normas que se aportan en la parte práctica de este protocolo, es un método eficaz para evitar el embarazo, aunque transitorio, pues una vez que las condiciones se modifican como aparece reflejado en la **FIGURA 7 (Algoritmo del MELA),** hay que aconsejar a la mujer para que utilice otro método anticonceptivo.

FIGURA 8. Directrices para Rellenar la Hoja de Seguimiento del MELA

Fin del MELA: Con el objetivo de agilizar posibles estudios prospectivos de eficacia del MELA en España, se ha previsto reseñar en la parte superior de la hoja de seguimiento cada una de las tres causas que señalan el fin del MELA.

Fechas: Por parte del profesional se recomienda una frecuencia quincenal de seguimiento. Si es la propia madre la que rellena la hoja de seguimiento, seguirá la misma metodología. Sin embargo, será mejor que apunte los acontecimientos que pueden influir sobre la infertilidad a medida que vayan ocurriendo.

Número mamadas/día: Usaremos el criterio de "mamada" aplicado por la Organización Mundial de la Salud en su estudio (24).Cada vez que el bebé mama durante por lo menos 2 minutos con un intervalo igual o superior a media hora, cuenta como una mamada. Las fases de succión que se suceden en una misma media hora forman una sola mamada.

Máximo intervalo diurno: Entre las 6 de la mañana y las 22h. Para el éxito del MELA se recomienda que no supere las 4h.

Máximo intervalo nocturno: Entre las 22 h y las 6 del día siguiente. Para el éxito del MELA se recomienda que no supere las 6h.

Extracción de la leche: Cuando la extracción es maternal (manual o mecánica) las "mamadas" se valoran de la misma manera que cuando el bebé ejerce la succión.
Suplementos líquidos: No se consideran "suplementos" ni vitaminas, ni medicación que el bebé pueda necesitar y que le recete el pediatra, como tampoco algo de agua o tisana. Solamente cuando la lactancia materna constituye más del 80% de la alimentación del bebé el MELA puede considerarse como método anticonceptivo. Los suplementos que reciba el bebé son complementos de una mamada, nunca una sustitución. Cuanto mayor sea el porcentaje de leche materna en la alimentación del bebé, mejor será su nutrición y la eficacia del MELA.

Suplementos sólidos: Solamente cuando la lactancia materna constituye más del 80% de la alimentación del bebé el MELA puede considerarse como método anticonceptivo. Cuanto mayor sea el porcentaje de leche materna en la alimentación del bebé, mejor será su nutrición y la eficacia del MELA.

Manchas/spotting: Los loquios pueden perdurar hasta el día 56 de posparto con intervalos de ausencia. Más allá del día 56, más de dos días consecutivos de manchas serán considerados como posible inicio de actividad ovárica. La madre que no desea otra gestación deberá recurrir a otro método anticonceptivo que el MELA. Si desease un método natural o aprender a reconocer el retorno de la fertilidad, se le entregará la hoja del método sintotérmico de lactancia. En caso necesario, se le enseñará a rellenarla o será derivada a una monitora acreditada. Los métodos hormonales compatibles con la lactancia son los de baja dosis continua de progestágenos. Los métodos hormonales impiden el reconocimiento del retorno de la fertilidad.

Sangrado: Más allá del día 56 de posparto, si apareciera un día de sangrado seguido de uno de manchas, la madre que no desea otra gestación deberá recurrir a otro método anticonceptivo que no sea el MELA. Las consecuencias son las mismas si el sangrado dura por lo menos dos días consecutivos. Para otra anticoncepción ver Manchas/spotting.

10. ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA ENSEÑANZA DEL MÉTODO SINTOTÉRMICO

Presentamos una serie de gráficos sintotérmicos, en los que podremos observar las variaciones y peculiaridades que este método representa cuando se aplica en la clínica.

Se incluyen a continuación formularios en blanco, en cuatro lenguas, que podrán ser revisados y anotados por monitoras y usuarias del método sintotérmico.

10.1. Gráficos típicos en mujeres sin patología ginecológica

Gráfico 1. El método se aplica para evitar el embarazo

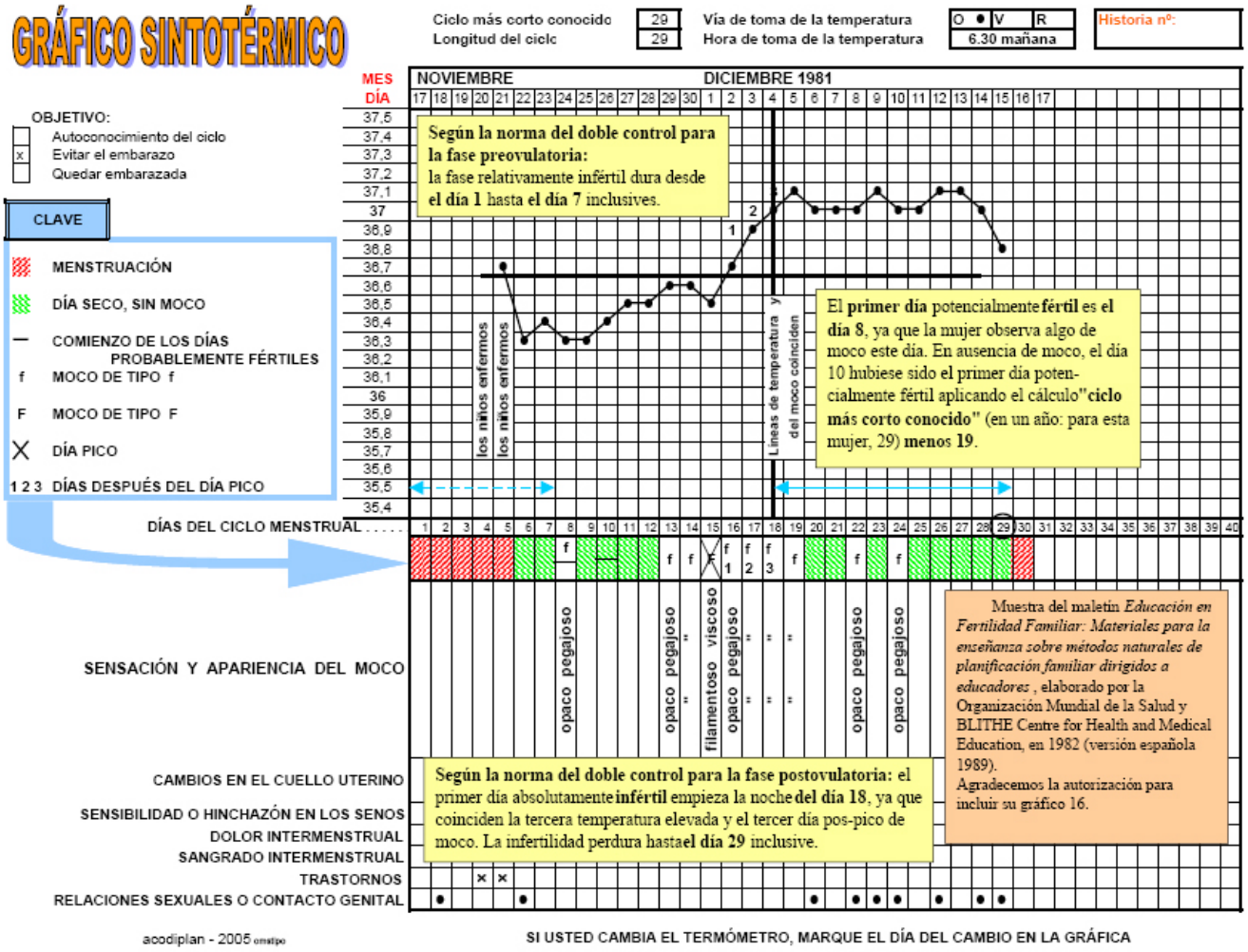


Gráfico 2. El método se aplica para concebir

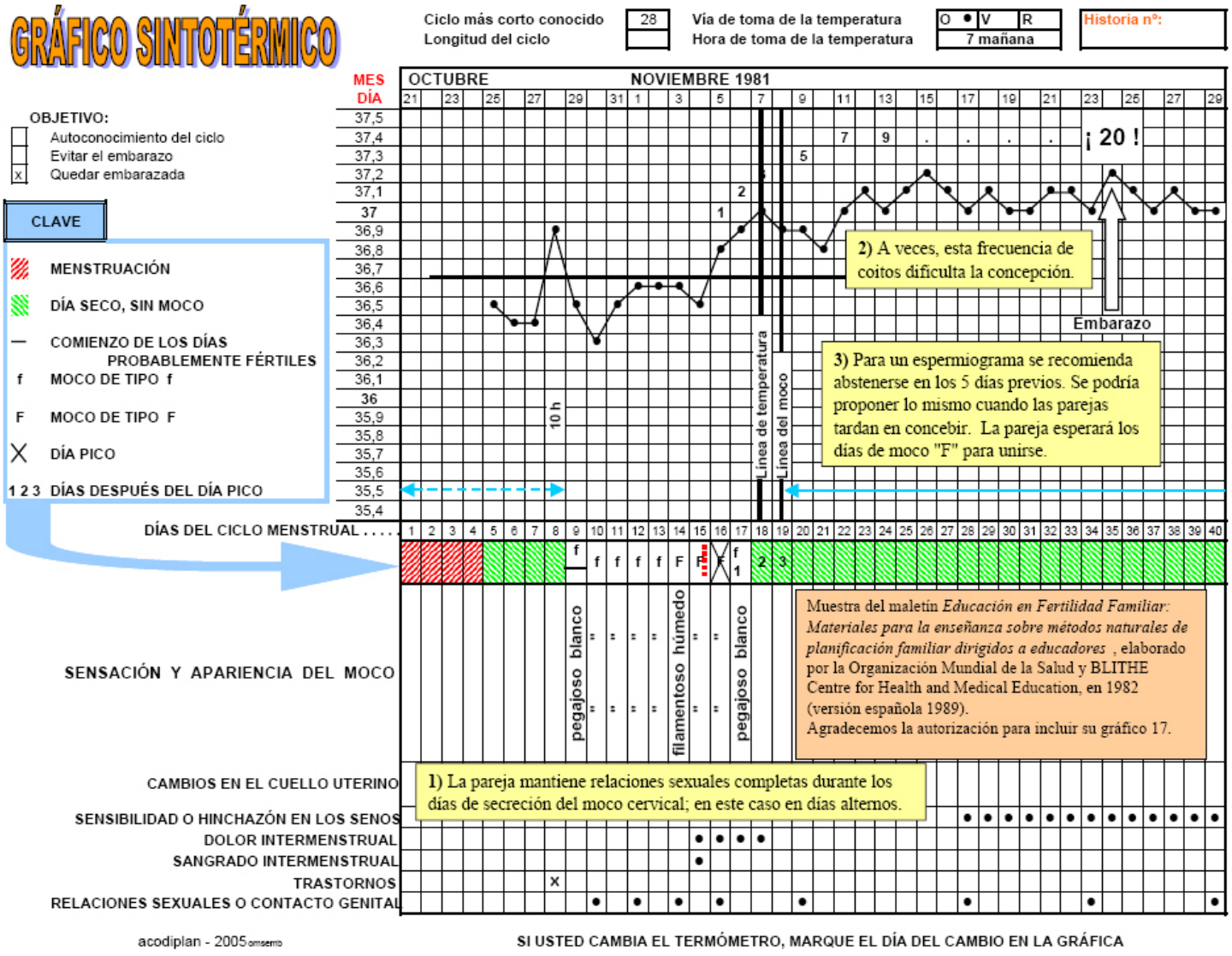


Gráfico 3. De una mujer joven que observa su fertilidad cíclica

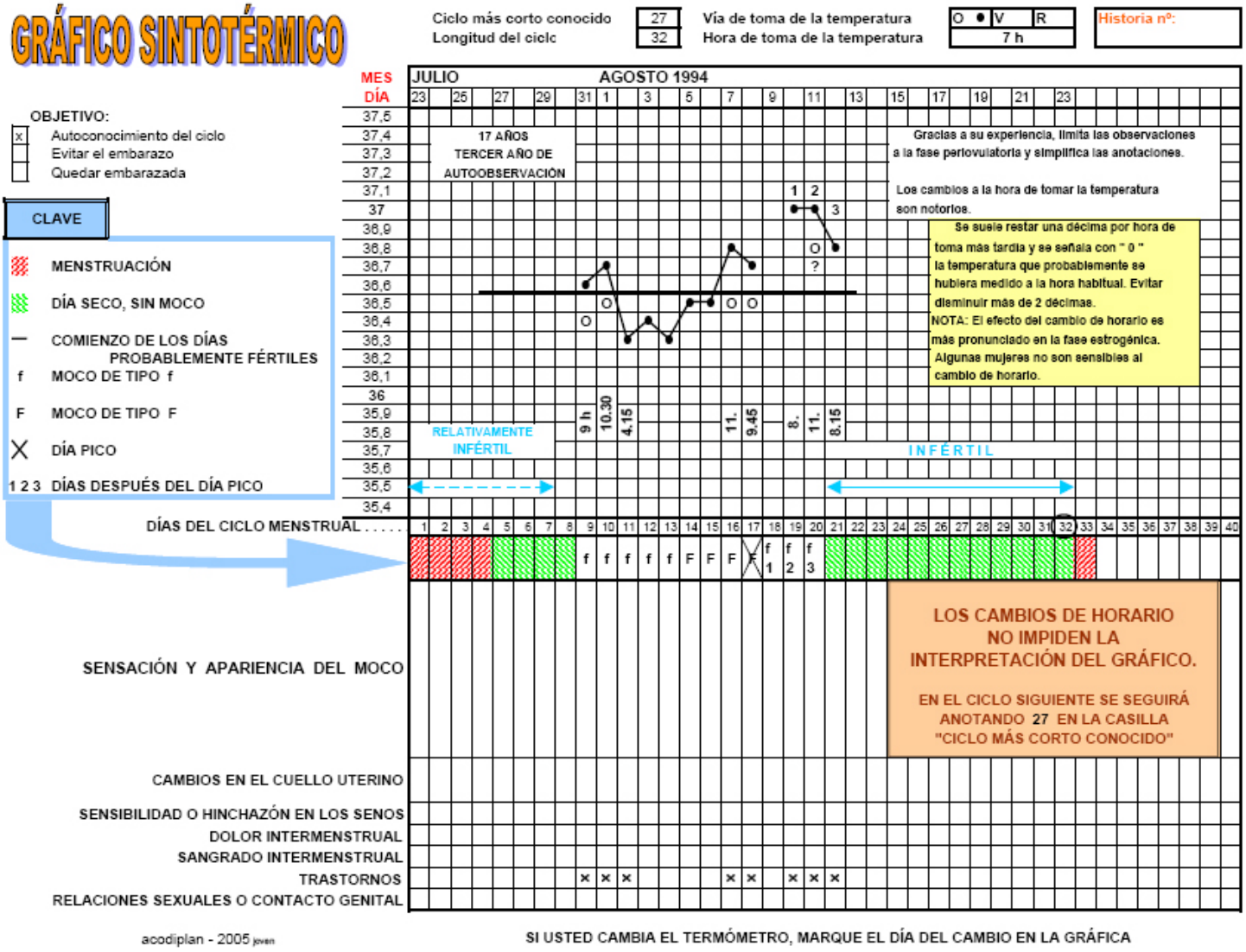
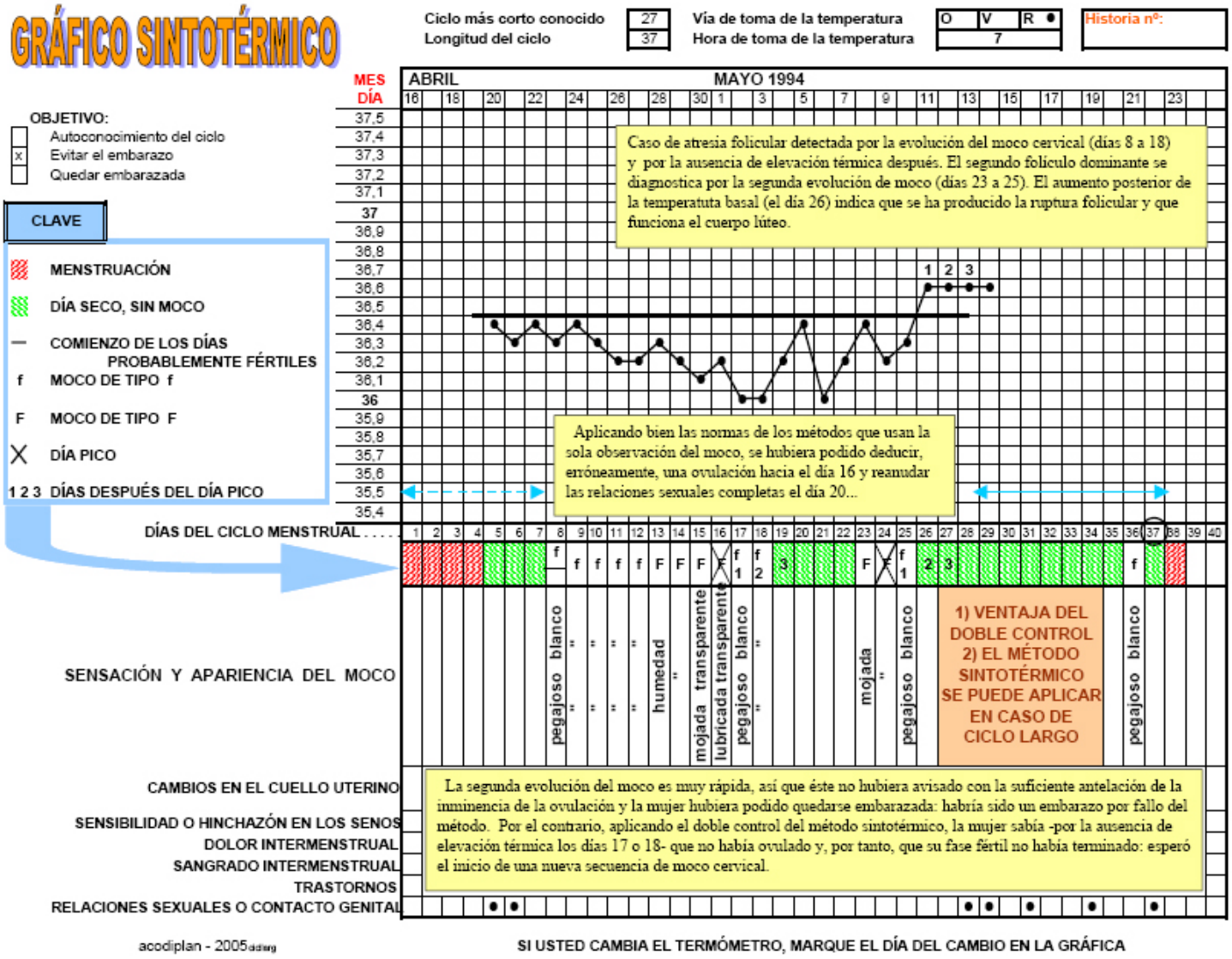


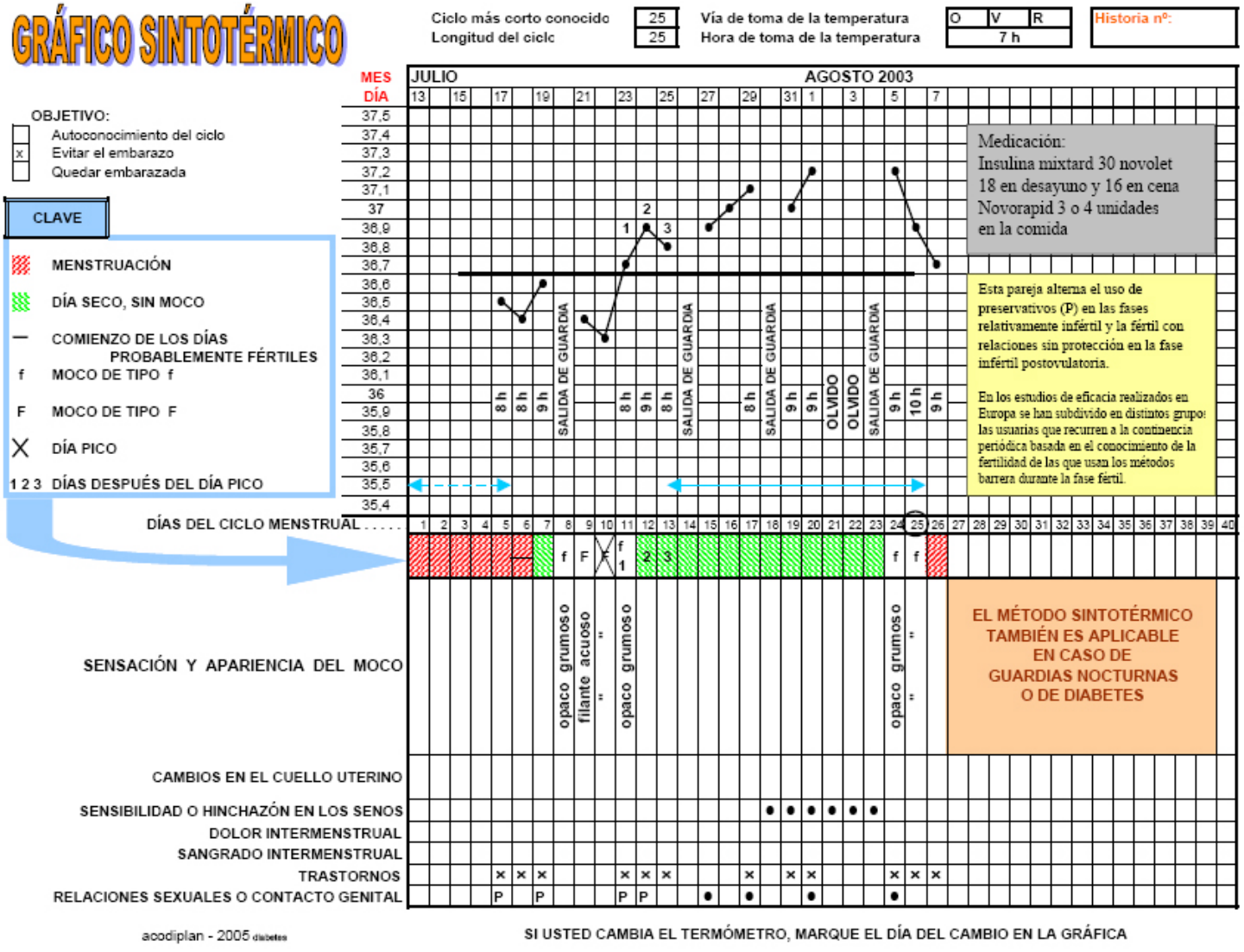
Gráfico 4. El método se aplica para evitar el embarazo



10.2. Casos Clínicos

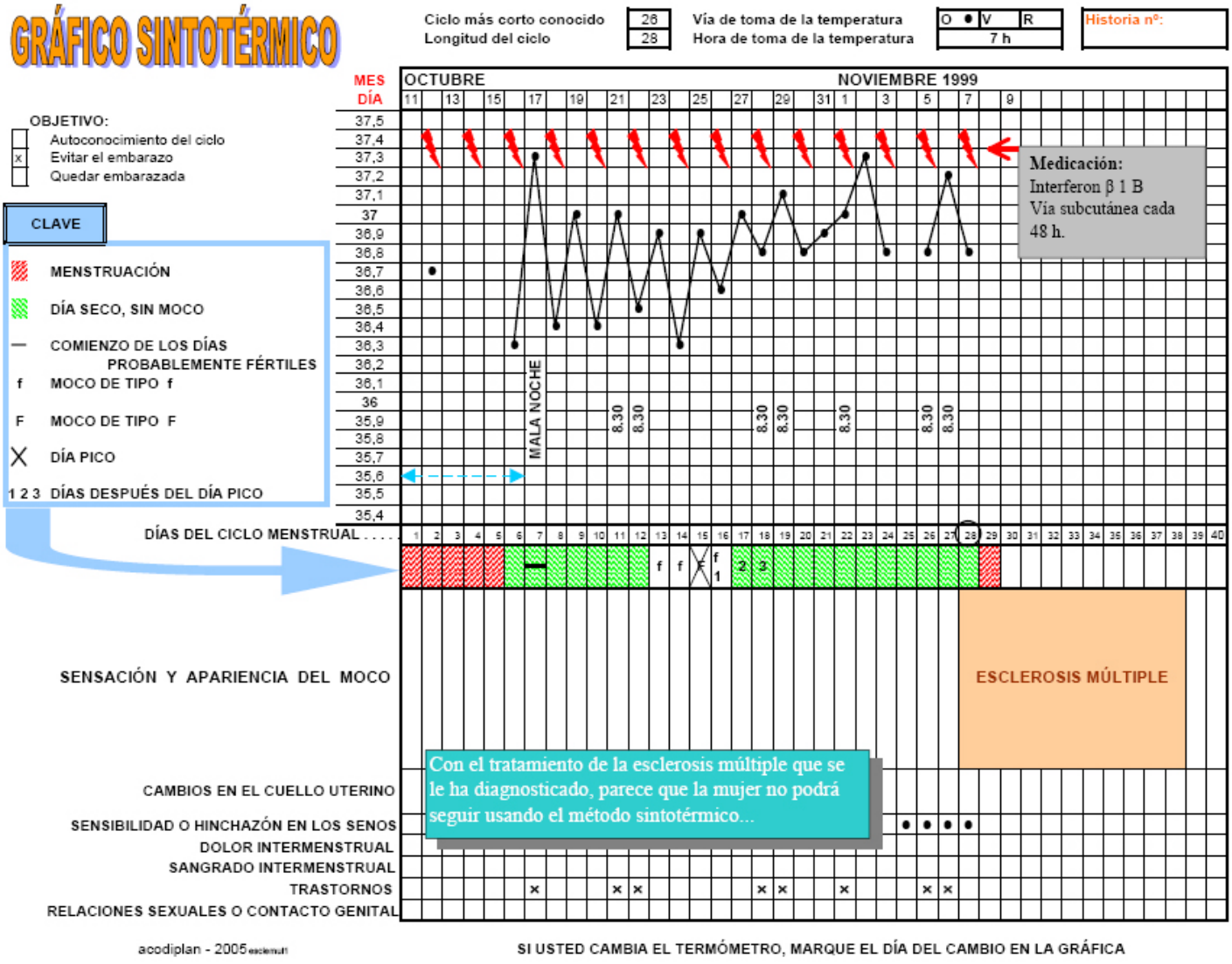
a) Gráficos sintotérmicos de mujeres con enfermedades crónicas

Gráfico 5. Diabetes Mellitas Insulinodependiente



Serie de gráficos de una mujer afectada por esclerosis múltiple:

- **Gráfico 6a**



- **Gráfico 6b**

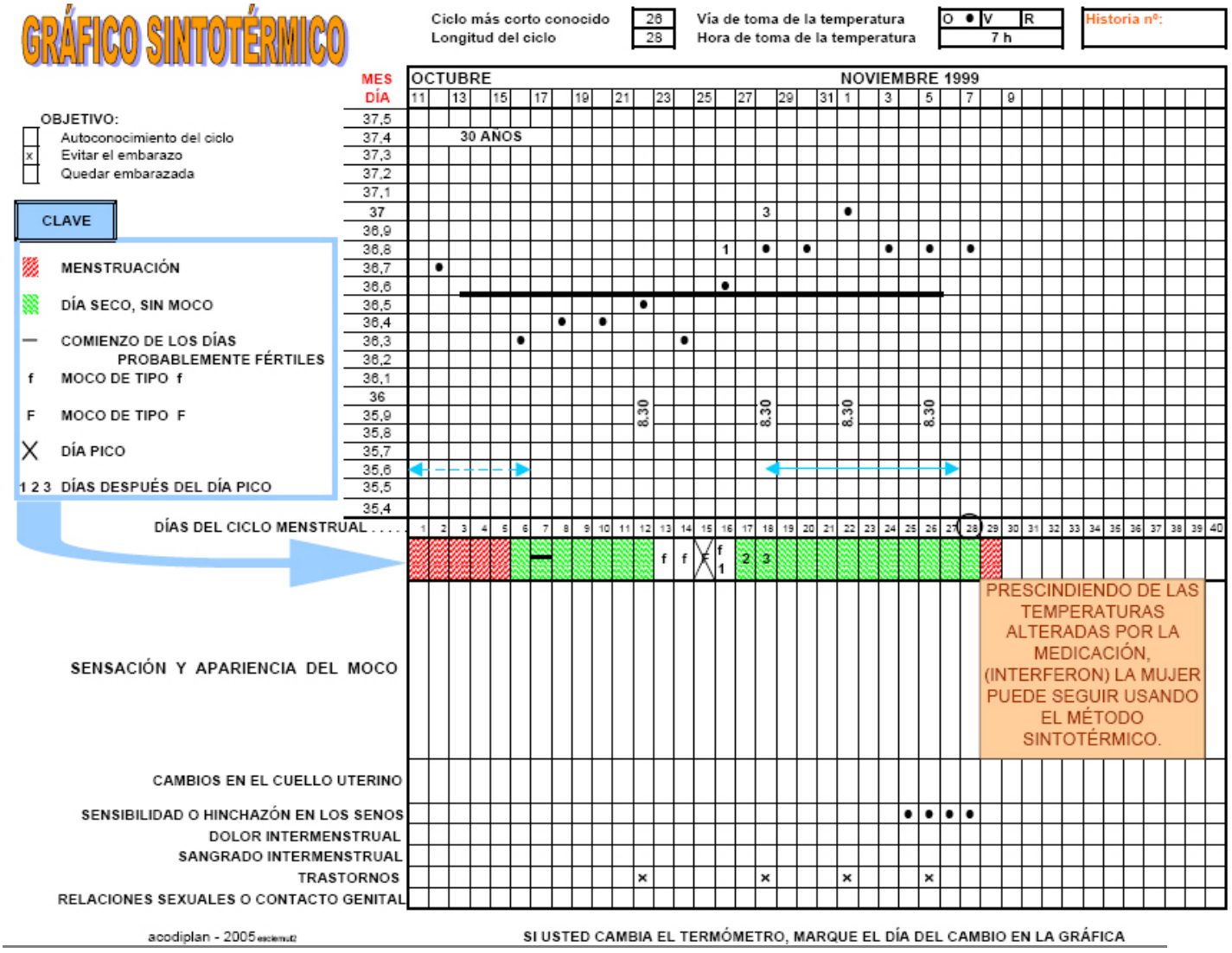


GRÁFICO SINTOTÉRMICO
Ciclo más corto conocido 26
Longitud del ciclo 28
Vía de toma de la temperatura O ● V R
Hora de toma de la temperatura 7 h
Historia nº:
MES OCTUBRE NOVIEMBRE 1999
DÍA
OBJETIVO:
Autoconocimiento del ciclo
x Evitar el embarazo
Quedar embarazada
CLAVE
MENSTRUACIÓN
DÍA SECO, SIN MOCO
— COMIENZO DE LOS DÍAS PROBABLEMENTE FÉRTILES
f MOCO DE TIPO f
F MOCO DE TIPO F
X DÍA PICO
1 2 3 DÍAS DESPUÉS DEL DÍA PICO
30 AÑOS
8.30
DÍAS DEL CICLO MENSTRUAL
SENSACIÓN Y APARIENCIA DEL MOCO
CAMBIOS EN EL CUELLO UTERINO
SENSIBILIDAD O HINCHAZÓN EN LOS SENOS
DOLOR INTERMENSTRUAL
SANGRADO INTERMENSTRUAL
TRASTORNOS
RELACIONES SEXUALES O CONTACTO GENITAL
PRESCINDIENDO DE LAS TEMPERATURAS ALTERADAS POR LA MEDICACIÓN, (INTERFERON) LA MUJER PUEDE SEGUIR USANDO EL MÉTODO SINTOTÉRMICO.
acodiplan - 2005
SI USTED CAMBIA EL TERMÓMETRO, MARQUE EL DÍA DEL CAMBIO EN LA GRÁFICA

- **Gráfico 6c**

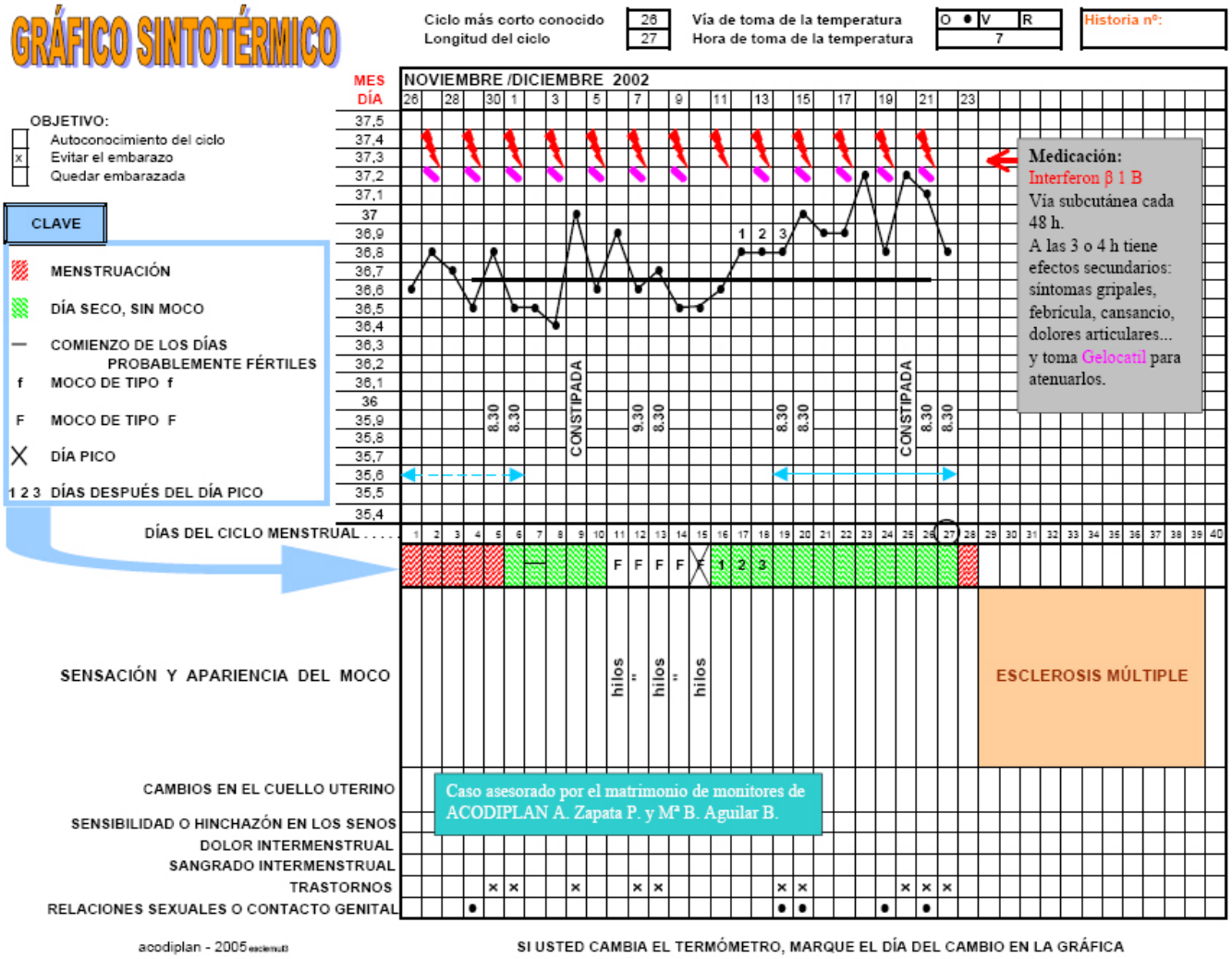
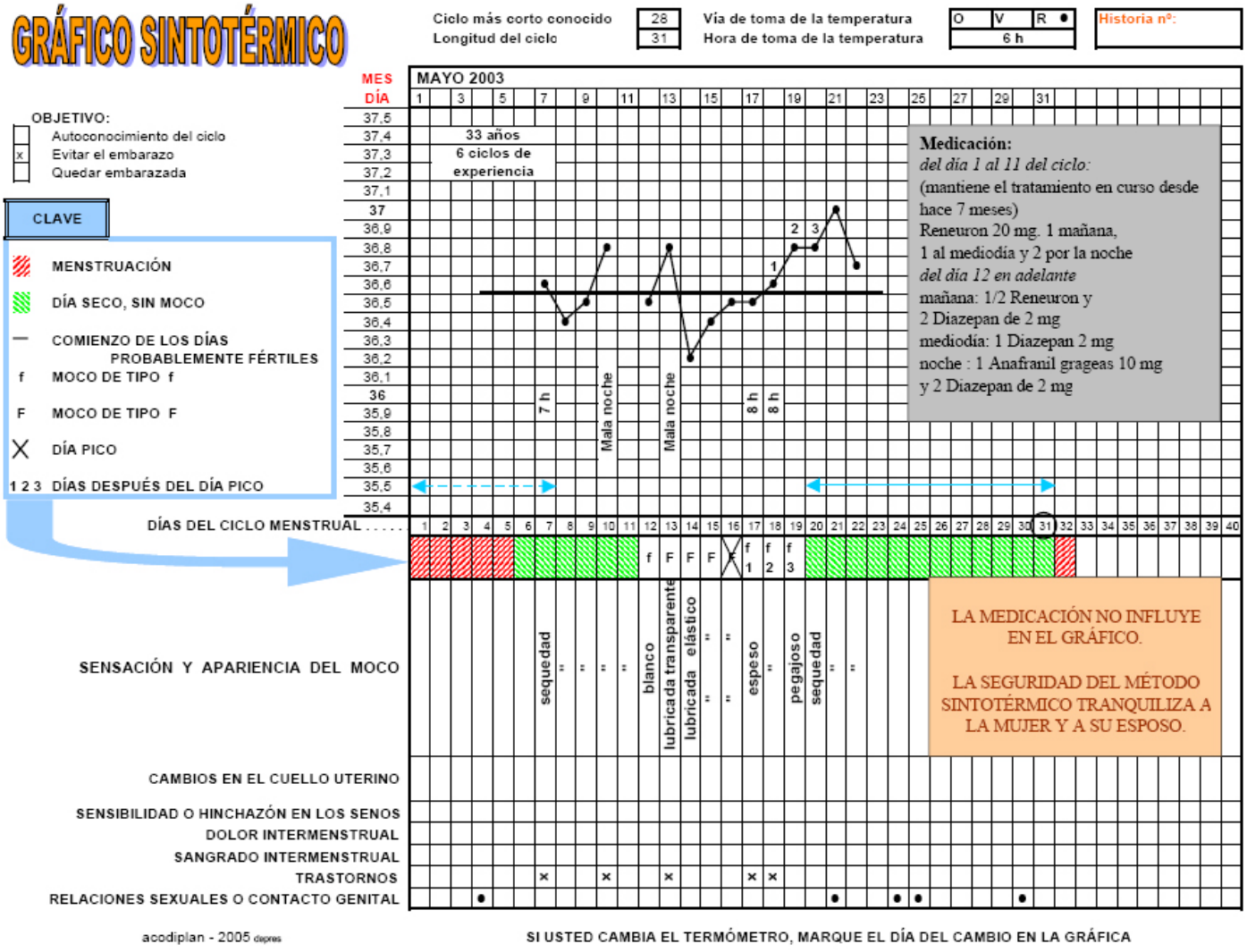


GRÁFICO SINTOTÉRMICO
Ciclo más corto conocido 26
Longitud del ciclo 27
Vía de toma de la temperatura O ● V R
Hora de toma de la temperatura 7
Historia nº:
MES NOVIEMBRE /DICIEMBRE 2002
DÍA
OBJETIVO:
Autoconocimiento del ciclo
x Evitar el embarazo
Quedar embarazada
CLAVE
MENSTRUACIÓN
DÍA SECO, SIN MOCO
COMIENZO DE LOS DÍAS PROBABLEMENTE FÉRTILES
f MOCO DE TIPO f
F MOCO DE TIPO F
DÍA PICO
1 2 3 DÍAS DESPUÉS DEL DÍA PICO
CONSTIPADA
8.30
9.30
Medicación:
Interferon β 1 B
Vía subcutánea cada 48 h.
A las 3 o 4 h tiene efectos secundarios: síntomas gripales, febrícula, cansancio, dolores articulares...
y toma Gelocatil para atenuarlos.
DÍAS DEL CICLO MENSTRUAL
SENSACIÓN Y APARIENCIA DEL MOCO
hilos
ESCLEROSIS MÚLTIPLE
CAMBIOS EN EL CUELLO UTERINO
SENSIBILIDAD O HINCHAZÓN EN LOS SENOS
DOLOR INTERMENSTRUAL
SANGRADO INTERMENSTRUAL
TRASTORNOS
RELACIONES SEXUALES O CONTACTO GENITAL
Caso asesorado por el matrimonio de monitores de ACODIPLAN A. Zapata P. y Mª B. Aguilar B.
acodiplan - 2005
SI USTED CAMBIA EL TERMÓMETRO, MARQUE EL DÍA DEL CAMBIO EN LA GRÁFICA

Gráfico 7. Tratamiento prolongado por depresión



b) Gráficos sintotérmicos que revelan alteraciones ováricas

Gráfico 8. Primer ciclo tras AHO. Gráfico de un "ciclo anovulatorio" o "curva monofásica"

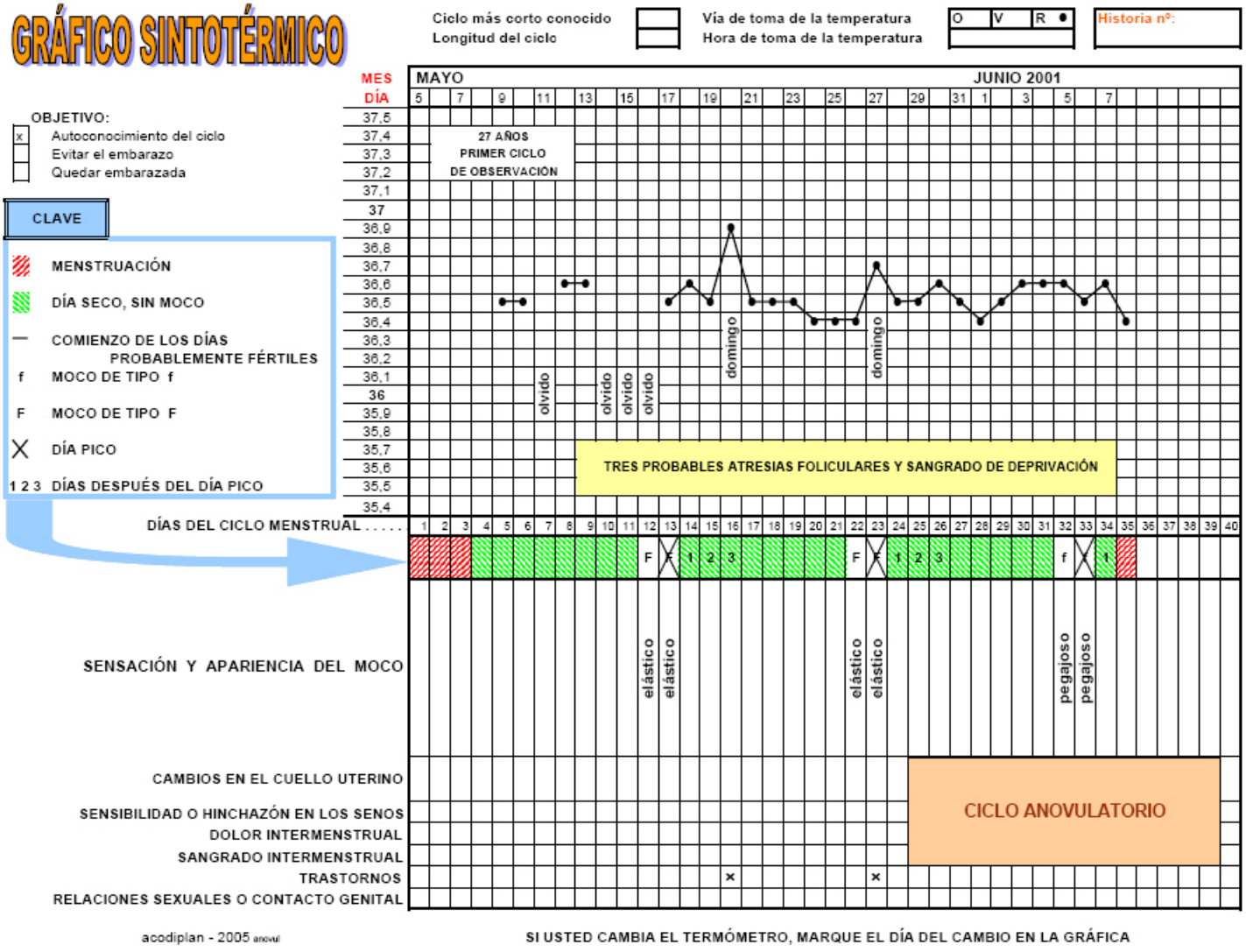
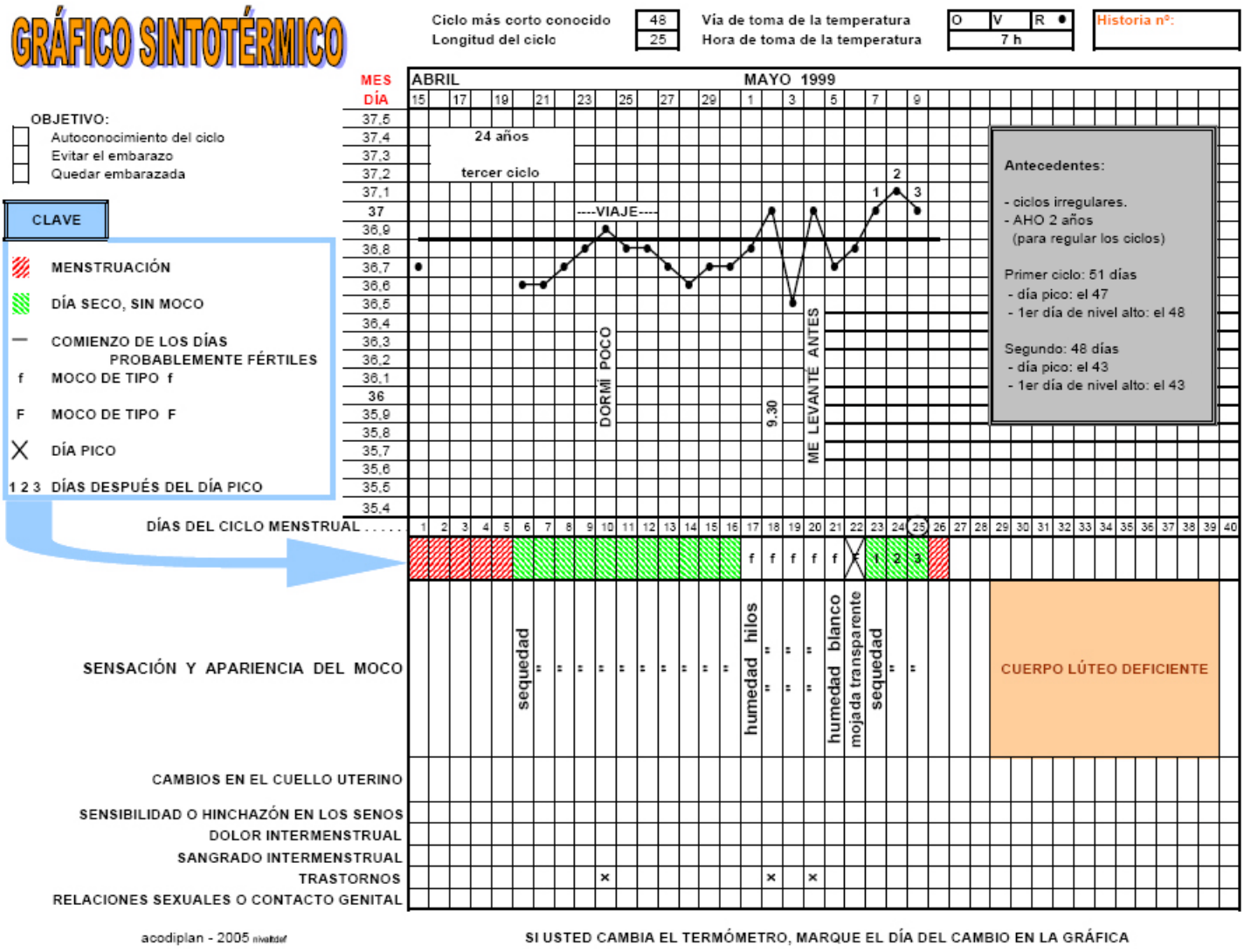
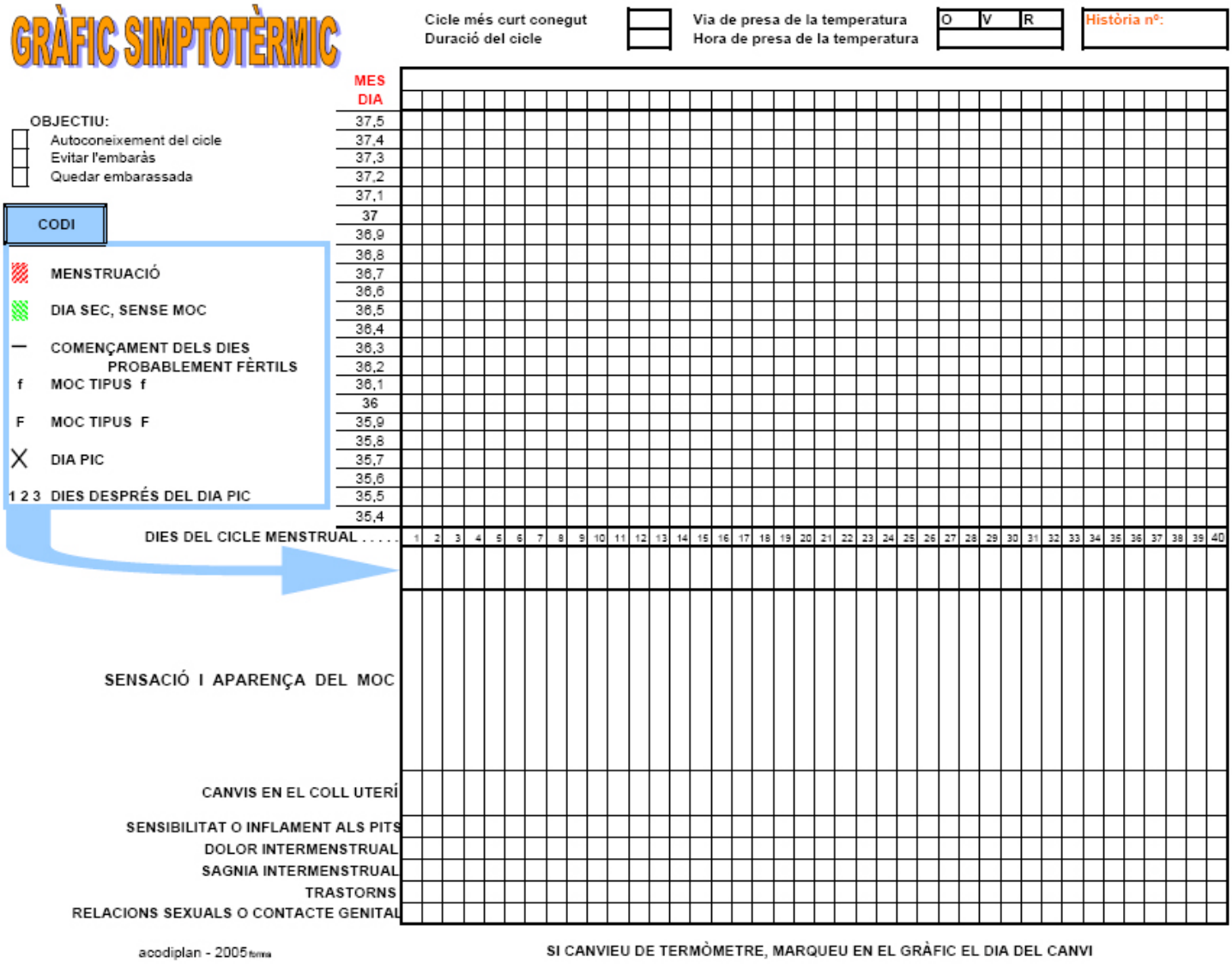


Gráfico 9. Cuerpo lúteo deficiente



10.3. Gráficos sintotérmicos vírgenes en catalán, euskera, galego y castellano

CATALÁN



EUSKERA

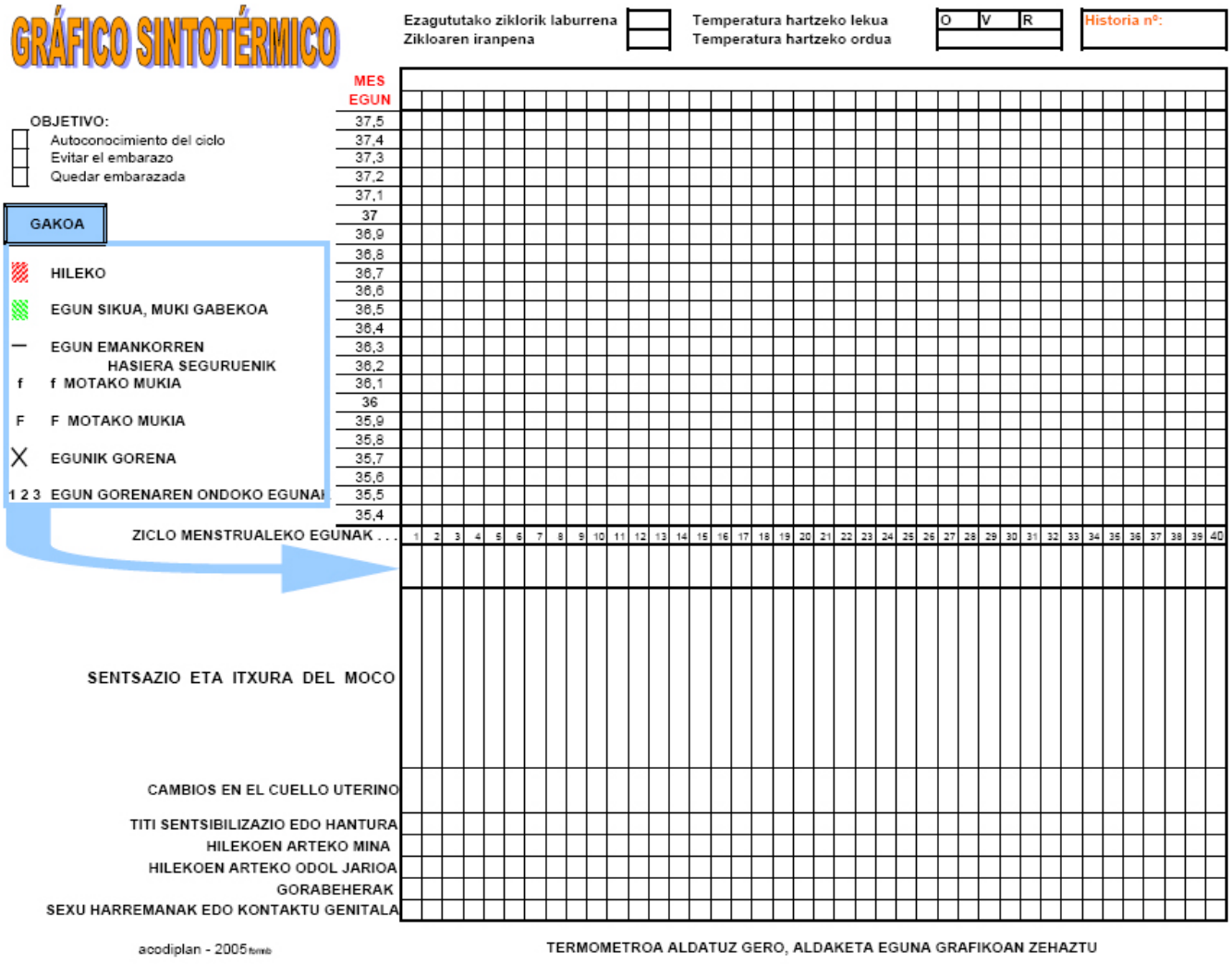


GRÁFICO SINTOTÉRMICO
Ezagututako ziklorik laburrena
Zikloaren iranpena
Temperatura hartzeko lekua
Temperatura hartzeko ordua
O V R
Historia nº:
MES
EGUN
OBJETIVO:
Autoconocimiento del ciclo
Evitar el embarazo
Quedar embarazada
GAKOA
HILEKO
EGUN SIKUA, MUKI GABEKOA
EGUN EMANKORREN HASIERA SEGURUENIK
f MOTAKO MUKIA
F MOTAKO MUKIA
EGUNIK GORENA
1 2 3 EGUN GORENAREN ONDOKO EGUNAK
37,5
37,4
37,3
37,2
37,1
37
36,9
36,8
36,7
36,6
36,5
36,4
36,3
36,2
36,1
36
35,9
35,8
35,7
35,6
35,5
35,4
ZICLO MENSTRUALEKO EGUNAK . . .
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
SENTSAZIO ETA ITXURA DEL MOCO
CAMBIOS EN EL CUELLO UTERINO
TITI SENTSIBILIZAZIO EDO HANTURA
HILEKOEN ARTEKO MINA
HILEKOEN ARTEKO ODOL JARIOA
GORABEHERAK
SEXU HARREMANAK EDO KONTAKTU GENITALA
acodiplan - 2005
TERMOMETROA ALDATUZ GERO, ALDAKETA EGUNA GRAFIKOAN ZEHAZTU

GALLEGO

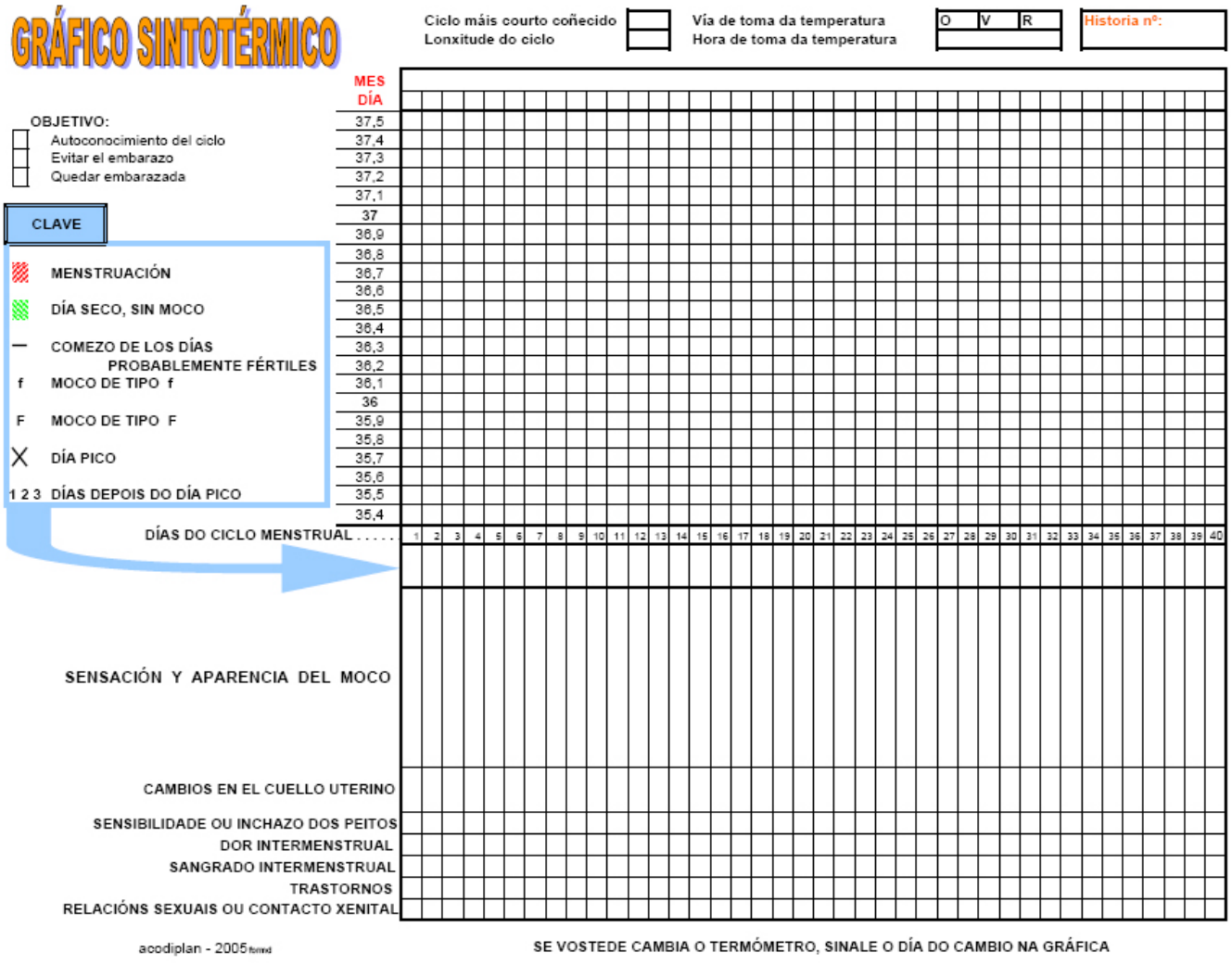


GRÁFICO SINTOTÉRMICO
Ciclo máis courto coñecido
Lonxitude do ciclo
Vía de toma da temperatura
Hora de toma da temperatura
O V R
Historia nº:
MES
DÍA
OBJETIVO:
Autoconocimiento del ciclo
Evitar el embarazo
Quedar embarazada
CLAVE
MENSTRUACIÓN
DÍA SECO, SIN MOCO
COMEZO DE LOS DÍAS PROBABLEMENTE FÉRTILES
f MOCO DE TIPO f
F MOCO DE TIPO F
DÍA PICO
1 2 3 DÍAS DEPOIS DO DÍA PICO
37,5
37,4
37,3
37,2
37,1
37
36,9
36,8
36,7
36,6
36,5
36,4
36,3
36,2
36,1
36
35,9
35,8
35,7
35,6
35,5
35,4
DÍAS DO CICLO MENSTRUAL . . . . .
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
SENSACIÓN Y APARENCIA DEL MOCO
CAMBIOS EN EL CUELLO UTERINO
SENSIBILIDADE OU INCHAZO DOS PEITOS
DOR INTERMENSTRUAL
SANGRADO INTERMENSTRUAL
TRASTORNOS
RELACIÓNS SEXUAIS OU CONTACTO XENITAL
acodiplan - 2005
SE VOSTEDE CAMBIA O TERMÓMETRO, SINALE O DÍA DO CAMBIO NA GRÁFICA

CASTELLANO

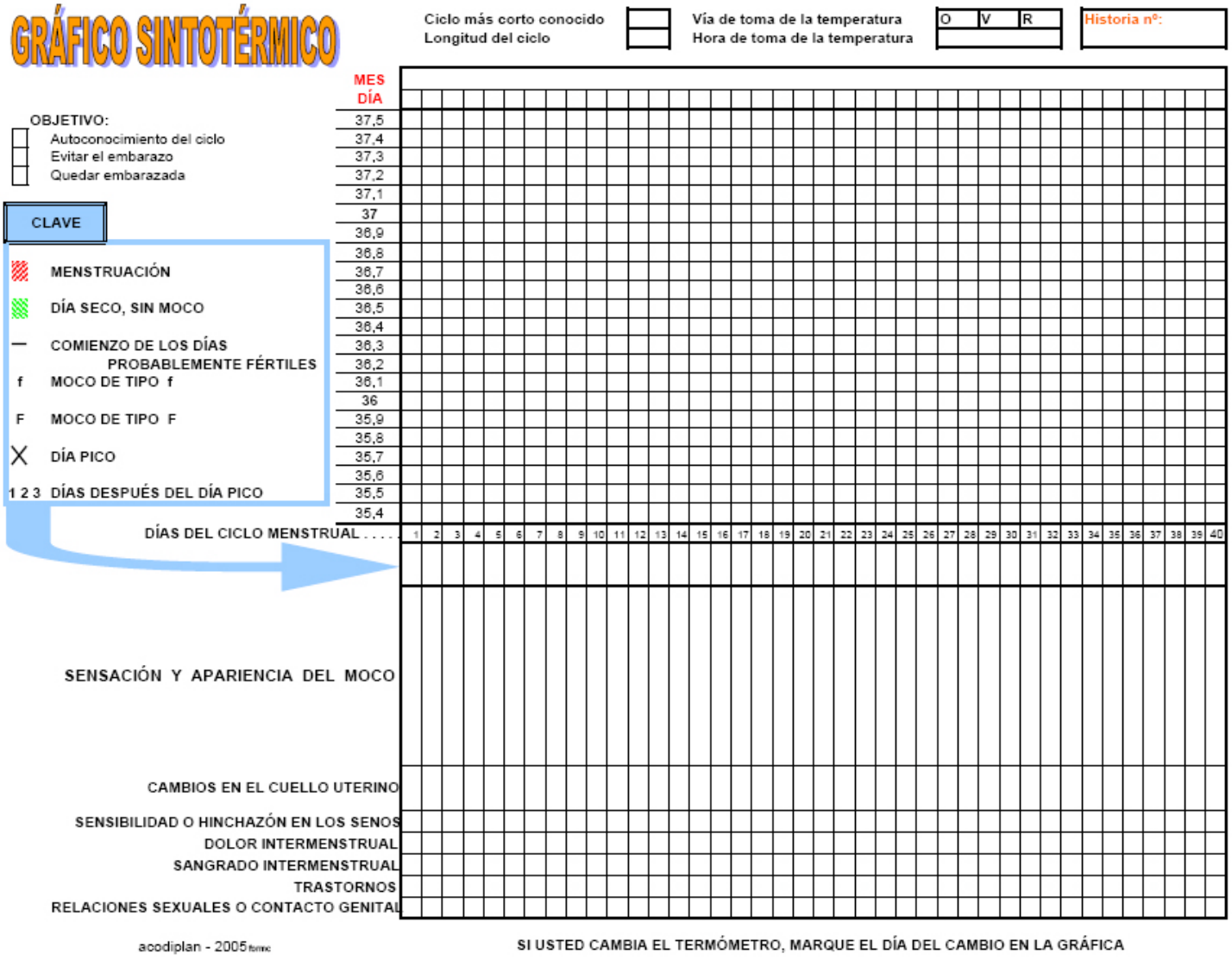
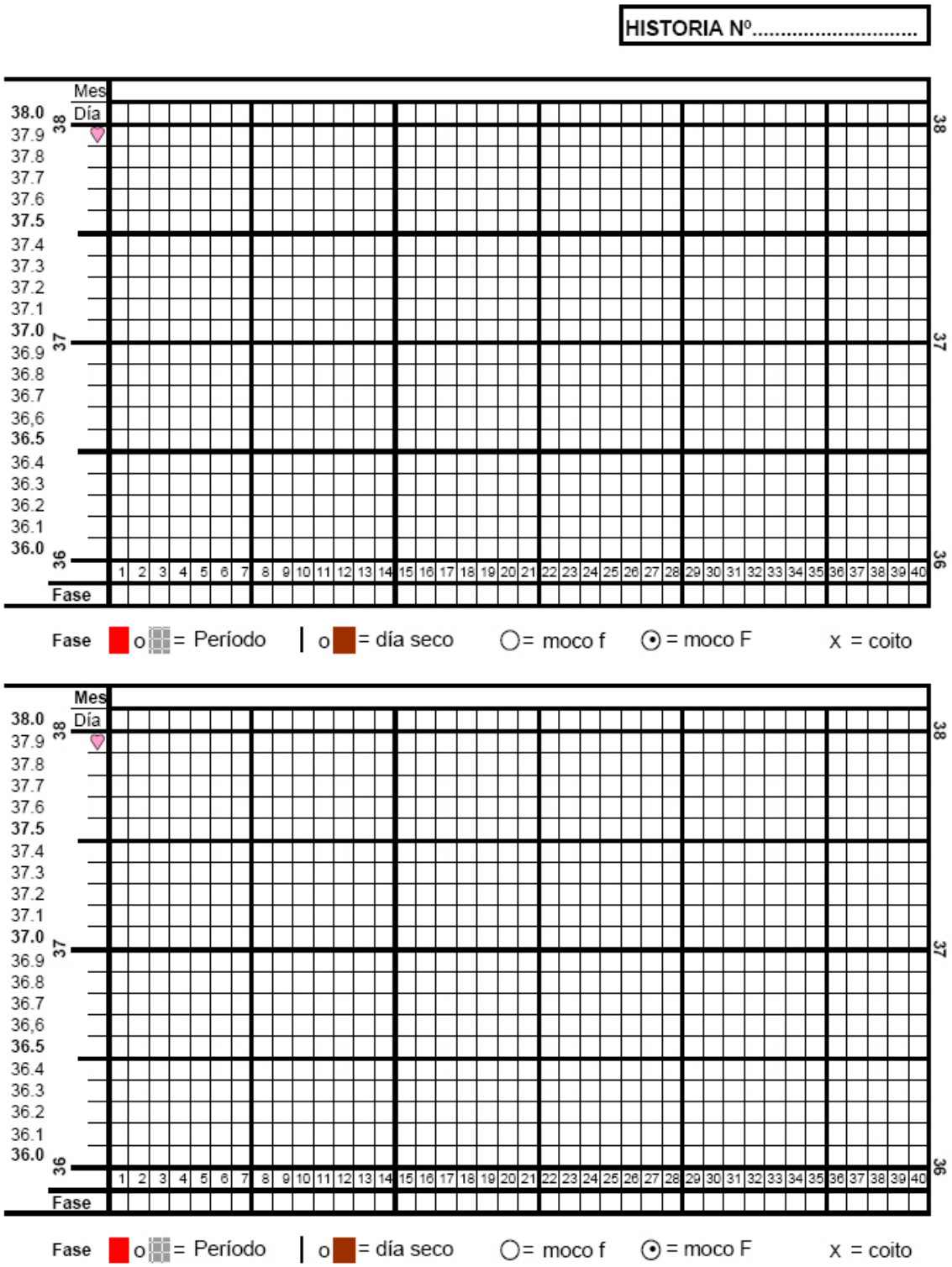


GRÁFICO SINTOTÉRMICO
Ciclo más corto conocido
Longitud del ciclo
Vía de toma de la temperatura
Hora de toma de la temperatura
O V R
Historia nº:
MES
DÍA
OBJETIVO:
Autoconocimiento del ciclo
Evitar el embarazo
Quedar embarazada
CLAVE
MENSTRUACIÓN
DÍA SECO, SIN MOCO
COMIENZO DE LOS DÍAS PROBABLEMENTE FÉRTILES
f MOCO DE TIPO f
F MOCO DE TIPO F
X DÍA PICO
1 2 3 DÍAS DESPUÉS DEL DÍA PICO
37,5
37,4
37,3
37,2
37,1
37
36,9
36,8
36,7
36,6
36,5
36,4
36,3
36,2
36,1
36
35,9
35,8
35,7
35,6
35,5
35,4
DÍAS DEL CICLO MENSTRUAL . . . . .
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
SENSACIÓN Y APARIENCIA DEL MOCO
CAMBIOS EN EL CUELLO UTERINO
SENSIBILIDAD O HINCHAZÓN EN LOS SENOS
DOLOR INTERMENSTRUAL
SANGRADO INTERMENSTRUAL
TRASTORNOS
RELACIONES SEXUALES O CONTACTO GENITAL
acodiplan - 2005 forme
SI USTED CAMBIA EL TERMÓMETRO, MARQUE EL DÍA DEL CAMBIO EN LA GRÁFICA

10.4. Para analfabetas

Gráfico para analfabetas



10.5. Hojas de seguimiento del MELA

CASTELLANO

Fecha del parto ___/___/_____ **HOJA DE SEGUIMIENTO DEL MELA** **HISTORIA Nº** _____
6 meses del bebé ___/___/_____

Fin del MELA ___/___/_____ Causa 6 meses ☐ fin de la lactancia completa ☐ fin de la amenorrea ☐

Fechas								
Número mamadas/día								
Máximo intervalo diurno								
Máximo intervalo nocturno								
Extracción de la leche								
Suplementos líquidos								
Suplementos sólidos								
Manchas/spotting								
Sangrado								
Enfermedades de la madre								
Uso de chupete (pulgar)								
Vacunas, enfermedades del bebé								

Otras observaciones:

ACODIPLAN 2005

CATALÀ

Data del part ___/___/_____
6 mesos del bebè ___/___/_____

FULL DE SEGUIMENT DEL MELA
Mètode de l'aLletament i la Amenorrea

HISTÒRIA Núm. _____

Fi del MELA ___/___/_____ Causa | 6 mesos | | fi de la lactància completa | | fi de l'amenorrea | |

Dates								
Nombre mamades/dia								
Màxim interval diürn								
Màxim interval nocturn								
Extracció de la llet								
Suplements líquids								
Suplements sòlids								
Taques/spotting								
Pèrdues								
Malalties de la mare								
Ús de xumet (o polze)								
Vacunes, malalties del bebè								

Altres observacions:

ACODIPLAN 2005 traductora A. Soler L.

EUSKERA

Erditze-data ___/___/_____ **EAM -EN JARRAIPEN-ORRIA** **HISTORIA zenb.** _____
6 hilabete ___/___/_____ Edoskitze Amenorrearen Metodoa

EAM -en bukaera Kausa 6 hilabete ☐ edoskitze osoaren bukaera ☐ amenorrearen bukaera ☐

Eguna								
Titialdi kopurua/egunean								
Eguneko tarterik handiena								
Gaueko tarterik handiena								
Bere esnea ateratzea								
Likido-gehigarriak								
Solido-gehigarriak								
Orbanak								
Odol jarioa								
Amaren gaixotasunak								
Txupetea erabiltzea (hatz lodia...)								
Txertoak, umeen gaixotasunak								

Beste behaketak:

ACODIPLAN 2005 Itzulpen doktore Coro Goitia eta Lola Izaguirre

GALEGO

Data do parto ___/___/_____ **FOLLA DE SEGUIMIENTO DO MELA** **HISTORIA Nº** _____
6 meses del bebé ___/___/_____

Fin do MELA ___/___/_____ Causa | 6 meses | | fin da lactancia completa | | fin da amenorrea | |

Fechas								
Número mamadas ó día								
Máximo intervalo diurno								
Máximo intervalo nocturno								
Extracción do leite								
Suplementos líquidos								
Suplementos sólidos								
Manchas/spotting								
Sangrado								
Enfermidades da nai								
Uso da chupeta (ou polegar)								
Vacinas, enfermidades do neno								

Outras observaciones:

ACODIPLAN 2005 traductor Jose Joaquin Roca Perez

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Planificación natural de la familia, Guía para la prestación de servicios. OMS Ginebra 1989, 84 p.

2. Chica MD, Soler F, Barranco E, Vera JF. Duración de la fase infértil ¿Depende del método de PFN? Actas del VII Symposium internacional sobre regulación natural de la fertilidad. Barcelona 18-20 marzo 2004. Barcelona: Universitat Internacional de Cataluña, 2005: 295.

3. Frank-Hermann P, Freundl G, Gnoth C, Godehart E, Kunert S, Sottong U. Natural family planning with and without barrier methods use in the fertile phase: efficacy in relation to sexual behavior: a German prospective long-term study. Adv Contracept 1997;13:179-189.

4. Medina J, Cifuentes A, Abernathy J, Spieler J, Wade M. Comparative evaluation of two methods of natural family planning in Colombia. Am J Obstet Gynecol 1980;138:1142-1147.

5. Wade M, McCarthy P, Braunstein G et al. A randomized prospective study of the use-effectiveness of two methods of natural family planning. Am J Obstet Gynecol 1981;141:368-376.

6. Rice F, Lanctot C. Effectiveness of the sympto-thermal method of natural family planning. An international study. Int J Fertil 1981;26:220-230.

7. Barranco E. Aspectos prácticos del conocimiento de la fertilidad y perspectivas de futuro. En: Vanrell JA y cols (eds). Fertilidad y esterilidad humanas II. Barcelona: Masson, 2000:325 – 341.

8. Barbato M, Bertolotti G. Natural methods of fertility control: a prospective study of 460 couples. Paper presented at 4th Congress of the International Federation for Family Life Promotion. Otawa, June 1986. Int J Fertil 1988;Suppl:48-51.

9. Döring G. Erfahrungen mit einer sympto-thermalen methode zur Familienplanung. Geburth Frauen 1988;48:106-8.

10. Ermotti M, Gandolla O, Jeker L et al. Insegnamento ed applicazione del metodi naturali nell'ambito della pianificazione familiare nel Canton Ticino. En: La regulazione naturale della fertilita'oggi. Certezze e dubbi. Roma: Edizione Internazionali 1989;273-275.

11. Clubb E, Pyper C, Knight J. A pilot study on teaching NFP in general practice. En: Proceedings of a conference on natural family planning: Current knowledge and strategies for the 1990s. Washington DC, December 10-14,1990. Washington DC: Georgetown University 1991;148-149. Clubb E, Pyper C, Knight J. Un estudio piloto sobre la enseñanza del método sintotérmico en un consultorio de medicina general. En: Barranco E y Caño A (Eds). Hacia el autoconocimiento del cuerpo femenino: fertilidad y métodos naturales. Granada: Universidad de Granada, 1994.

12. Frank-Hermann P, Freundl G, Baur S et al. Effectiveness and acceptability of the symptothermal method of natural family planning in Germany. Am J Obstet Gynecol 1991;165(6 Pt 2):2052-2054.

13. Leizaola M. Étude prospective d'efficacité d'une méthode sympto-thermique récente de planning familial naturel. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998;27:174-180.

14. Freundl G. The European Natural Family Planning Study Groups. European multicenter study of natural family planning (1989-1995): efficacy and drop-out. Adv Contracept 1999;15:69-83.

15. Barranco Castillo E.; Soler F.; Análisis de la eficacia de los métodos naturales. Fallos de los métodos naturales. Actas del V Congreso de la Sociedad española de Contracepción. Santander 21-24 de marzo 2000. Santander 2000:23-32.

16. Gosh A, Saha S, Chartterjee D. Symtotermia vis a vis fertility control. J Obstet Gynecol Ind 1982;32:443-447.

17. Kambic R, Gray R. Factors related to autonomy and discontinuation use of natural family planning for women in Liberia and Zambia. Am J Obstet Gynecol 1991;165:2060-2062.

18. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Séller JS, Shelton JD. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore, Facultad de Salud Pública. Universidad de Jonhs Hopkins, Programa de Información en Población, 1999:14-1 – 14-18.

19. Barranco Castillo E, Salamanca Ballesteros A, Chica MD. Métodos Naturales. Cuad Med Reprod 2002; 2 (7): 129-142.

20. Freundl G, Frank-Hermann F, Godehardt E, Kern PA., Klose A, .Koubene c HJ,. Gnoth G. Die Effektivität von Zyklusmonitoren Geburts Frauenheil 2003;63:774-777.

21. Rotzer J:. Return of fertility after more than 1500 Deliveries in IEF Documentation 4th European Congress of the IFFLP/FIDAF Natural Family Planning and Marriage Enrichment Institut für Ehe und Familie Viena 1987.

22. Labbok M.H.; Hight-Laukaran V.; Peterson A.E. Fletcher V.; von Hertzev H. Van Look P.F.A. Multicenter Study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, Duration, and Implications for Clinical Application Contraception 1997;55:327-336.

23. Pons P, Soler F, Garcia M, Gonzalez C. Would LAM be applicable in Spain (Lactational Amenorrhea Method) First part: study of women who breastfeed for a long time. The Proceedings of the 4th Congress of the European Society of Contraception Barcelona 12-15 June 1996.

24. Lizcano MJ, Garcia CI, Garcia Ll,. Chica Mª D, Matilla M, Soler F, Rojo A. Mª, Gonzalezc. Would LAM be applicable in Spain (Lactational Amenorrhea Method) Second part: study of women who "normally breastfeed". The Proceedings of the 4th Congress of the European Society of Contraception Barcelona 12-15 June 1996.

25. The World Health Organization Multinational Study of Breast-feeding and Lactational Amenorrhea. I. Description of infant feeding patterns and of the return of menses. Fertil. Steril. 1998;70: 448-60.

26. Rodríguez R. EDUCACIÓN EN LACTANCIA para los profesionales de la salud. Rosalía Rodríguez y cols (eds). Universidad de Georgetown: Organización Panamericana de la Salud, Washington DC 1990.

Agradecimientos: L@s autor@s agradecen a la familia Soler, especialmente a Josep María, el tratamiento informático y la colaboración que han prestado para que este protocolo llegará a buen término.

«Los Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente de los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios».