

LA EFICACIA DE LA REGULACION NATURAL DE LA FERTILIDAD: NUEVAS PERSPECTIVAS

J. de Irala, E. Gómez Gracia y J. Fernández-Crehuet.

Universidades de Navarra y de Málaga.

Introducción

Los métodos naturales de regulación de la fertilidad (MNRF) como el Ogino se han caracterizado, durante años, por altos índices de embarazos no planificados que han provocado su baja popularidad porque la eficacia de un método de planificación familiar es uno de los criterios de elección más importantes para médicos y usuarios.

En la actualidad se enseñan métodos, como el Billings y el sintotérmico, que han despertado el interés de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o las Naciones Unidas porque son métodos integrables en programas de educación sanitaria de la Atención Primaria de la Salud (1). Recordemos algunas definiciones antes de evaluar la eficacia de dichos métodos.

Los métodos naturales de regulación de la fertilidad son definidos por la OMS como técnicas para buscar o evitar embarazos mediante: la observación de los signos y síntomas que, de manera natural, ocurren durante las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual, y la adaptación de la sexualidad de la pareja a dicha fertilidad. En el caso de querer evitar un embarazo, se abstienen de relaciones sexuales durante los días fértiles que habrán identificado previamente (2).

Aunque los métodos Ogino, temperatura corporal basal, moco cervical o Billings y el sintotérmico se acostumbren llamar "métodos naturales", notemos que solamente los tres últimos pueden incluirse en la definición de la OMS ya que en el método Ogino no hay una observación de los indicadores de la fertilidad y es, por el contrario, un cálculo de probabilidades. Sin embargo, también hablaremos de este método porque su difusión es relativamente amplia en la población en general (3).

EFICACIA TEORICA. También llamada eficacia biológica o eficacia del método -aunque estos términos no necesariamente son equiparables- valora la acción antifecundante de un método anticonceptivo en condiciones de laboratorio. Únicamente se tienen en cuenta embarazos que hayan ocurrido a pesar de utilizar el método adecuada y regularmente y no aquéllos debidos a errores del usuario. Puede ser difícil de medir directamente en algunos métodos; en estos casos, los resultados obtenidos por los grupos con mejores eficacias suelen considerarse como buenas aproximaciones de eficacias teóricas. En definitiva, su valor depende exclusivamente del método utilizado y es independiente del usuario (4.5)

EFICACIA PRACTICA. También llamada eficacia clínica o clásica. Valora la capacidad de evitar embarazos cuando se utiliza un método anticonceptivo en condiciones de vida reales. Se contabilizan los embarazos debidos a fallos del método y también los embarazos relacionados con el usuario, teniendo en cuenta los efectos de la ambivalencia, la negligencia y otros efectos de origen humano (en el caso de MNRF: fallos asociados a la enseñanza, incumplimiento consciente de las reglas de un método, errores a la hora de interpretar las indicaciones de la fertilidad o de aplicar las reglas del método utilizado)(4-6).

La eficacia práctica tiene una relación inversa al aprendizaje -adaptación del comportamiento- exigido a los usuarios para regular su fertilidad. Esto hace que en métodos como la esterilización o los inyectables haya menos diferencias entre las eficacias teóricas y prácticas que en el caso de

métodos como el diafragma o los naturales, donde el aprendizaje desempeña un papel primordial. Por otra parte, la esterilización tubárica es el único procedimiento anticonceptivo donde solamente son medibles eficacias teóricas (en la esterilización masculina caben fallos prácticos; concretamente, si se tienen relaciones sexuales después del proceso quirúrgico sin asegurarse de la ausencia de espermatozoides en el líquido seminal).

Es incorrecto presentar estudios de eficacia de MNRF sin incluir índices prácticos porque la posibilidad de un embarazo no planificado relacionado con el usuario está directamente ligada al grado de complejidad de su aprendizaje y utilización, pero también, en ocasiones, a las dificultades encontradas con la abstinencia periódica. Aunque los errores sean de los usuarios, las circunstancias que inducen a dichos errores son, con frecuencia, características intrínsecas del método. Una información incompleta carecería de objetividad y un estudio que quisiera dar una visión más amplia sobre el comportamiento de un método de regulación de la fertilidad que precisa un aprendizaje debe incluir la eficacia teórica y la práctica, porque es necesario que una usuaria que desea informarse acerca de un método, conozca su eficacia en condiciones ideales así como los índices obtenidos en la práctica, es decir, por personas parecidas a ella y en condiciones de vida reales (5).

Sin embargo, puede ocurrir que algunos embarazos deseados por los usuarios, tras un cambio repentino de opinión caigan erróneamente en la categoría de "no planificados" por no haberse señalado dicha intención al investigador con antelación. Es el caso de muchos embarazos por "incumplimiento consciente de las reglas" y pocos son los que consideran este aspecto a la hora de criticar negativamente los resultados obtenidos por los métodos naturales. La ventaja de clasificar estos embarazos como "no planificados" es que los resultados adquieren mayor credibilidad científica dado que obtienen eficacias aceptables a pesar de estos criterios restrictivos.

INDICE DE PEARL (IP). Cálculo basado en el número de embarazos no planificados por cada 100 mujeres y por año (100 años-mujer). Es decir, el número de embarazos que sucederían en un grupo de 100 mujeres utilizando el método durante un año.

$IP = \text{N}^\circ \text{ de embarazos no planificados por } 1.200$

Nº de meses de exposición

En realidad se trata de ciclos de exposición, y estos ciclos suelen ser más cortos que un mes de calendario. Por esta razón, algunos autores prefieren utilizar el índice de Pearl "modificado" que multiplica el cociente anterior por 1.300 en vez de 1.200 (en un año obtendríamos aproximadamente 13 ciclos).

El índice de Pearl es una medida correcta del "riesgo" de un embarazo no planificado, en la medida que podamos asumir que todas las mujeres estudiadas tienen la misma probabilidad de quedarse embarazadas o de perderse en el seguimiento y que estas probabilidades se mantengan constantes en el tiempo. Estas condiciones no son siempre ciertas y el índice de Pearl puede estar sesgado por el "riesgo" relativamente mayor de los usuarios que llevan poco tiempo con el método y el "riesgo" relativamente menor de los que tienen más experiencia (4.5.8.9).

ANALISIS ACTUARIAL. Calcula la probabilidad acumulativa de embarazos no planificados por cada 100 mujeres en el primero o los dos primeros años de utilización.

El análisis actuarial se considera generalmente como el procedimiento más apropiado para comparar la eficacia de métodos anticonceptivos ya que, contrariamente al índice de Pearl, tiene en cuenta la

duración de la utilización del método por cada pareja (4.5.7-9). Sin embargo, muchos autores todavía se limitan a calcular índices de Pearl.

Haremos especial hincapié en los estudios prospectivos de los métodos Billings y sintotérmico publicados entre 1980 y 1990 por entender que la metodología prospectiva conlleva, en general, menos sesgos que la retrospectiva y porque dichos métodos son los naturales que presentan una mayor viabilidad en la actualidad. En la medida de lo posible presentaremos los índices teóricos y prácticos de Pearl.

Eficacia del método del calendario (Ogino)

Con la fórmula de Ogino, el período fértil del ciclo menstrual se delimita restando 18 días al ciclo más corto entre los 6-12 ciclos precedentes para obtener la fecha del primer día fértil y restando 11 días al ciclo más largo entre los 6-12 ciclos precedentes para la fecha del último día fértil.

Por el mero hecho de ser un cálculo probabilístico, el "ritmo" tenderá siempre a ser menos eficaz que los métodos naturales basados en la observación cíclica de los indicadores de la fertilidad. Sin embargo, sería incorrecto afirmar que esta eficacia depende solamente de la regularidad de los ciclos de una mujer. Varios autores (10.11) sugieren que el método del calendario ha sido, con frecuencia, utilizado inadecuadamente debido a las instrucciones complejas de los libros de texto o médicos y, por consiguiente, a una confusión bastante generalizada sobre su correcta aplicación. Muchos de los fallos imputados al método de Ogino serían, en realidad, debidos a su uso incorrecto y, de hecho, no existen estudios rigurosos que hayan evaluado este aspecto concreto (5).

Por otra parte, la irregularidad de los ciclos menstruales, referida como inconveniente fundamental de la utilización del calendario, no incide tanto sobre la eficacia de éste para evitar embarazos sino más bien sobre su practicabilidad: una mujer que tuviera longitudes de ciclos que oscilaran en muchos días (por ejemplo más de diez días entre el ciclo más largo y el más corto) acabaría teniendo demasiados días calculados como fértiles y sus relaciones sexuales se tendrían que limitar a unos pocos días del período menstrual si quisiera evitar embarazos. Se trataría, por lo tanto, de un problema de impracticabilidad por abstinencia excesiva más que de ineficacia para evitar embarazos (10). Los estudios que describen la eficacia del método del calendario suelen presentar índices de Pearl que oscilan entre 14,4 y 40 embarazos por 100 años-mujer (4.5). En la actualidad, los usuarios del calendario tienden a abandonarlo para aprender métodos naturales más eficaces (3).

Eficacia del método de la temperatura corporal basal

El método de la temperatura corporal basal (TCB) se basa en el aumento periovulatorio de la temperatura basal conocido como desfase o desnivel térmico. El tercer día de temperatura alta nos señala el final del período fértil o el comienzo del período postovulatorio de infertilidad absoluta y existen reglas precisas para determinar dicho día (2.12-14). En el caso de querer evitar un embarazo utilizando exclusivamente la TCB, las parejas limitan las relaciones sexuales a dicha fase de infertilidad postovulatoria.

El método de la temperatura es el MNRF más eficaz existente por el momento, ya que los resultados hallados en distintos estudios los equiparan a métodos como la píldora (5.15). Esto no es sorprendente porque las relaciones sexuales se limitan a aproximadamente 10 días postovulatorios en cada ciclo y la determinación del tercer día de temperatura alta es bastante asequible en la actualidad (5).

A pesar de ser el método natural más eficaz, su principal inconveniente es el requerimiento de un período relativamente largo de abstinencia y la utilización de la TCB como único indicador de fertilidad suele relegarse a usuarios de métodos naturales que buscan una eficacia máxima.

Eficacia del método Billings (1980-1990)

El método Billings se basa en la observación de los cambios cíclicos de las características del moco cervical (aparición y desaparición de las secreciones que aparecen en la vulva, así como las sensaciones que producen) para identificar el período fértil del ciclo menstrual (2.14.16).

Hemos analizado los datos de seis estudios prospectivos del método Billings prestando especial atención a las informaciones necesarias para valorarlos críticamente (5.17-20). En la tabla 1 se resumen los datos más relevantes obtenidos en cada trabajo. El estudio multicéntrico de la OMS es el más importante y el primero en evaluar el método Billings simultáneamente en cinco países de los cuales tres están en vías de desarrollo. Este estudio demostró que el 93% de los sujetos eran capaces de interpretar su patrón de moco cervical desde el primer ciclo de observación e independientemente de las condiciones socioculturales. Aunque los índices de fallos teóricos de Pearl sean aceptables, los índices de fallos prácticos son relativamente altos. Sin embargo, se observan altas tasas de continuidad de uso (del 52% en Australia al 74% en India, al cabo de 13 ciclos de utilización)(17.21).

Eficacia del método sintotérmico (1980-1990)

El método sintotérmico compagina la observación simultánea de varios indicadores de la fertilidad, de los cuales destacan el moco cervical y la temperatura basal, para identificar el período fértil del ciclo menstrual (2.12-14.16).

Se presentan diez estudios prospectivos del método sintotérmico en la tabla 2 (5.19.20.22-28). En los estudios de Rice y Frank-Herrmann destaca el hecho de que las parejas debían anunciar su deseo de embarazo o su intención de no seguir las reglas de aplicación del método antes de que ocurriera un embarazo para que éste pudiera clasificarse como "embarazo planificado". Todo embarazo diagnosticado sin aviso previo al investigador se consideró, por tanto, como un embarazo "no planificado". El rigor de estos criterios avala los resultados obtenidos.

Los estudios del método sintotérmico en Europa indican que las parejas motivadas pueden obtener eficacias muy satisfactorias y la enseñanza de dicho método en los "slums" de Calcuta demuestra que su aprendizaje es posible en diferentes ambientes culturales (24). En Italia, Barbato et al. han obtenido tasas de continuidad muy altas al cabo de 2 años de uso (el 90,4% seguían utilizando el método)(26).

Eficacia comparada de los métodos Billings y sintotérmico

El método sintotérmico tiende a obtener mejores resultados que el Billings: 5 estudios del sintotérmico tienen índices prácticos de Pearl inferiores a 8 embarazos por 100 años-mujer (valor escogido arbitrariamente), de los cuales 4 se sitúan en torno a 2-3 embarazos por 100 años-mujer. Por el contrario, todos los resultados del método Billings se hallan por encima de dicho valor arbitrario.

Llama la atención que ambos métodos han obtenido los peores resultados -tanto para abandonos como para fallos- en los estudios de Medina y Wade (19.20). Una de las condiciones de entrada de las parejas en ambos estudios fue la firma de un documento de consentimiento informado, aceptando la posibilidad de que el método utilizado podría presentar un índice de embarazos no planificados de hasta el 25% y afirmando que dicha eventualidad no sería "grave" para ellos. Esto induce a pensar que los participantes seleccionados fueron poco motivados o preocupados por evitar embarazos. Por otra parte, el método -Billings o sintotérmico- les fue asignado aleatoriamente (no lo escogieron ellos). No sorprende, por lo tanto, que Medina y Wade hayan conseguido valores tan altos en los índices de embarazos y de abandonos (tablas 1 y 2).

El mérito real de estos dos trabajos radica en que ambos grupos de usuarios estudiados -Billings y sintotérmicos- eran comparables estadísticamente: no poseían diferencias significativas en edades, nivel de estudios, religión, estado civil, número de años vividos juntos, raza y fertilidad. Estos estudios son idóneos para comparar estos métodos entre sí. En los dos trabajos, el método sintotérmico consigue mejores resultados: los de Medina no son concluyentes por no ser estadísticamente significativos, pero Wade halla diferencias estadísticamente significativas entre ambos métodos: el sintotérmico es dos veces más eficaz que el Billings. Cuando informaron de estos resultados a los participantes del estudio que utilizaban el método Billings, prácticamente todos quisieron aprender el sintotérmico (20).

Siempre será difícil comparar ambos métodos por la diversidad de las características de los estudios presentados, pero los datos comparativos disponibles en la actualidad apuntan con bastante seguridad hacia la mayor eficacia teórica y práctica del método sintotérmico (5.28).

Comparabilidad con los métodos artificiales

La existencia de intervalos entre los mejores y los peores resultados obtenidos entre varios autores no debe sorprendernos. Existen muchos factores que entran en juego en los estudios de eficacia. En el caso del método sintotérmico influyen sus diferentes variantes de las cuales cabe destacar que la más eficaz es el método del doble control -"double check method"-(2.12). Por otra parte, esto no es específico de los MNRF. En la tabla 3 se resumen los intervalos encontrados por Trussell en una revisión de alrededor de 200 estudios de eficacia de métodos de planificación familiar publicados entre 1961 y 1987. Se aprecia que existen también intervalos entre los más eficaces como la esterilización o la píldora (4).

La experiencia con los MNRF demuestra que cuando son enseñados y utilizados correctamente y la pareja está motivada, se puede llegar a eficacias e índices de continuidad de uso comparables a los métodos artificiales más eficaces, independientemente del nivel de estudios o cultural de los usuarios (21.29-32). Con el método "double check" del sintotérmico, los índices teóricos son comparables a la píldora y los índices prácticos comparables al DIU. Las tasas de continuidad de uso llegan a superar a las de la anticoncepción artificial.

Algunos autores afirman que los MNRF exigen la abstinencia de relaciones sexuales justo en el período en que la mujer tiene mayor libido. Sin embargo, en la mayoría de los estudios se observa que la libido no es más intensa en el período fértil del ciclo menstrual (33).

Conclusiones

En la actualidad disponemos de métodos naturales que han demostrado su viabilidad para la regulación de la fertilidad. El método sintotérmico obtiene eficacias comparables a métodos como la píldora o el DIU en diferentes países europeos.

Debido a que la pareja aprende a familiarizarse con los indicadores de su fertilidad, el aprendizaje de los MNRF constituye un proceso eminentemente educativo donde ambos se responsabilizan de la regulación de su fertilidad y donde el médico no es imprescindible aunque la interpretación de los indicadores de la fertilidad pueda ser más difícil en circunstancias fisiológicas especiales como la lactancia o la premenopausia o en presencia de patologías que interfieren con dichos indicadores del ciclo menstrual femenino. Estas características, además de su inocuidad, reversibilidad y bajo coste

económico, hacen de la enseñanza de estos métodos una pieza clave para futuros programas de Atención Primaria de la Salud.

La viabilidad de los programas de enseñanza de MNRF depende de la profesionalización de los especialistas que enseñen dichos métodos, de la motivación y de la responsabilidad personal de parejas estables.

(Artículo publicado en "Atención Primaria", Vol.8. Núm 8. Septiembre 1991)

Bibliografía

1. United Nations. International Conference on Population. Adoption of the report of the main committee. Recommendation N.26. Document E/CONF.76/L.3,13 August 1984.
2. O.M.S. Blithe (Centre for Health and Medical Education). Educación en fertilidad familiar. Materiales para la enseñanza sobre métodos de planificación familiar natural dirigidos a educadores. Ginebra, OMS, 1989.
3. Spieler J, Thomas S. Demographics aspects of natural family planning. *Int J Gynecol Obstet* 1989; suppl 1:133-144.
4. Trussel J, Kost K. Contraceptive failure in the United States: A critical review of the literature. *Studies in Family Planning*; Sept/Oct 1987; 18(5):237-283.
5. Liskin LS, Fox G. Periodic Abstinence. How well do new approaches work? En: *Population Reports*, Johns Hopkins University Population Information Programme, Sept 1981; Series 1, N.3.
6. Tietze C, Lewit S. Statistical evaluation of contraceptive methods: use-effectiveness and extended use-effectiveness. *Demography* 1968; 5(2):931-940.
7. Higgings JE, Wilkens LR. Statistical comparison of pearl rates. *Am J Obstet Gynec* 1985; 151(5):656-659.
8. Potter RG. Application of the life table techniques to measurement of contraceptive effectiveness. *Demography* 1966; 3:297-304.
9. Sheps M. On the person years concept in epidemiology and demography. En: *Research methods in health care*. Nueva York, McKin Lay JB, 1973; 315-337.
10. Gager VD. In defense of the calendary rhythm. *Int Rev Nat Fam Plann* 1977; 1(3):VI-XII.
11. Snowden R, Kennedy KL, Leon F et al. Physicians view of periodic abstinence methods: A study in for countries. *Studies en family planning* 1988; 19(4):215-226.
12. Roetzer, J. Family planning in the natural way. EEUU. Fleming H. Revell Company, 1981.
13. Clubb E, Knight J. The temperature method. En: Clubb E, Knight J, eds. *Fertility. A comprehensive guide to natural family planning*. Gran Bretaña. David and Charles Publishers plc. 1988:34-41.
14. Rodríguez-García R, Stevenson W, Kass-Annesse B, Klaus H, Spieles J. Glosario de términos utilizados en la planificación familiar natural. Instituto de Estudios Internacionales de Planificación Familiar Natural. Universidad de Georgetown, Washington DC. 1 ed. mayo 1989.
15. Tietze C. Ranking of contraceptive methods by levels of effectiveness. *Proceedings of the 8th Annual meeting of the American Association of Planned Parenthood Physicians*. Boston. April 9-10. 1970. En: *Advances in Planned Parenthood*. Vol. VII.
16. Lanctôt CA. Natural Family Planning. *Clin Obstet Gynecol*. April 1979; 6(1):109.
17. World Health Organization. Task Force on Methods for the Determination of the Fertile Period. A prospective multicentre trial of the Ovulation Method of Natural Family Planning II. The effectiveness phase. *Fertil Steril* 1981; 36:591-597.
18. Pérez A. Breast-feeding and NFP in Chile. IEF documentation, 4th European Congress of the IFFLP-FIDAF. Natural family planning and marriage enrichment, 1987; sesion II:73-76 (Copias de: Spiegelgass 3/8 Viena A-1010).
19. Medina JE, Cifuentes A, Abernathy JR, Spieler SM, Wade ME. Comparative evaluation of two methods of natural family planning in Columbia. *Am J Obstet Gynecol* December 15, 1980; 138(8):1142-1147.
20. Wade ME et al. A randomized prospective study of the use effectiveness of two methods of natural

- family planning. *Am J Obstet Gynecol.* October 15, 1981;141(4):368-376.
21. World Health Organization. Task Force on Methods for the Determination of the Fertile Period. A prospective multicentre trial of the Ovulation method of natural family planning I. The teaching phase. *Fertil Steril* 1981;36:152-158.
 22. Kambic R, Kambic M, Brixius AM, Miller S. A thirty-month clinical experience in natural family planning. *Am J Public Health* 1981;71:1255-1258.
 23. Rice FJ, Lanctôt CA, García Devesa C. Effectiveness of the Symptothermal method of natural family planning: an international study. *Int J Fertil* 1981;26(3):222-230.
 24. Gosh AK, Saha S, Chatterjee D. Método sintotérmico para el control de la fertilidad. *Natura Meciatrix* 1986;13:14-18.
 25. Marshall J. A prospective trial of the Mucothermal method of Natural Family Planning. *Int Rev Nat Fam Plan.* Summer 1985;139-143.
 26. Barbato M, Bertolotti G. Natural methods for fertility control: A prospective study. First Part. *Int J Fertil* 1988;supplement:48-51.
 27. Clubb E, Pyper C, Knight J. Estudio piloto sobre la enseñanza del método Sintotérmico en una consulta de medicina general. Conferencia en Symposium Internacional de Regulación de la Concepción por Métodos Naturales de Autoobservación. CODIPLAN, Barcelona, 11-12 nov. 1988.
 28. Frank-Hermann P, Freundl G, Bremme M, Baur S, Doering G, Godehardt E. Practicability, efficacy and acceptability of the sympto-thermal method in regular and irregular cycles. Comunicación presentada en V Congreso Mundial de IFFLP/FIDAF. Nairobi. Kenia, 18-26 agosto 1989.
 29. Boys GA. Factors affecting client satisfaction and usage of natural methods. *Int J Fertil* 1988;supplement:59-64.
 30. Hermann CB, Williamson NE, McCann M, Spieler JM et al. Periodic abstinence in developing countries: update and policy options. Demographic data for development. Institute for Resource Development at Westinghouse. EEUU, June 1986.
 31. Kambic RT, Martin MC. Evaluating client autonomy in natural family planning. *Adv Contracept* 1988;4:221-231.
 32. Kambic RT, Gray RH, St Mart R, Lanctôt CA, Martin MC. Client autonomy among natural family planning users in Mauritius. Comunicación en V Congreso Mundial IFFLP/FIDAF. Nairobi. Kenia, 18-26 agosto 1989.
 33. Döring GK, Sollfrank UR. Wann die liebe am schönsten ist. Gibt es ein eindeutiges libido-maximum in zyclus der frau? *Sexualmedizin* 1988;17:8-13.