

II. Dificultades del Consenso

1. La primera dificultad que obstaculiza el proceso de consenso es la disparidad de criterios fundamentales.
2. La segunda dificultad que aparece de un modo evidente es el lenguaje.
3. La tercera dificultad son los prejuicios de tipo ideológico, racial, político, económico, mediático, sexista o religioso que tienen los sujetos entre si o las comunidades morales entre si.
4. La cuarta dificultad que se debe tener es de tipo procedimental.
5. La quinta dificultad es de tipo subterráneo. Cada individuo o cada comunidad moral defiende unos determinados intereses.
6. Los influjos mediáticos en el proceso de reflexión entorpecer el proceso estrictamente racional del consenso, pues aparecen entremezclados otro tipo de intereses que no obedecen a la voluntad de consenso y de entendimiento.
7. El divorcio entre ciencia y ética es otro de los grandes obstáculos en el proceso de consenso.
8. La tendencia al dogmatismo y a la autoposesión de la verdad es uno de los mayores obstáculos cuando se trata de llegar a consensos éticos
9. El ser humano, en tanto que intérprete de la realidad y de la vida misma, se acerca a los problemas desde su interpretación.
10. Las implicaciones de tipo personal y afectivo pueden obstaculizar el consenso.

III. La necesidad del Consenso

IV. Elementos para un consenso responsable

T004

CONFERENCIA INAUGURAL: "LA ANTICONCEPCION: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EFICACIA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS".

Dr. Iñaki Lete Lasa

*Jefe de Servicio de Ginecología del Hospital Santiago. Vitoria
Presidente de la Sociedad Española de Contracepción*

INTRODUCCION

Según datos, recientemente publicados, el 50% de los embarazos que se producen en EEUU son no deseados y, de ellos, la mitad ocurren en mujeres que están utilizando un método anticonceptivo en el mismo ciclo en que quedan gestantes mientras que otros ocurren en parejas que dejan de utilizar anticoncepción por considerar que el método seguido es inconveniente o de difícil manejo¹.

Cuando una pareja, un hombre o una mujer se deciden por la utilización de un método anticonceptivo su primer objetivo suele ser el de impedir un embarazo no deseado y en la consecución de este objetivo intervienen diversos factores.

Cualquiera de los métodos anticonceptivos a nuestro alcance tiene una eficacia teórica, que depende de las características propias del método, y una eficacia práctica, o efectividad, que está determinada por factores dependientes del usuario. Conseguir que la efectividad del método se aproxime a la eficacia es un objetivo que, aquellos que trabajamos en el terreno de la anticoncepción, debemos perseguir con ahínco.

En el mismo estudio anteriormente citado se pone de manifiesto que en el primer año de utilización de cualquier método anticonceptivo, un 9% de las mujeres sufren un fallo del mismo: un 7% de las que toman un Anticonceptivo Hormonal Oral (AHO), un 9% de las que utilizan el preservativo y un 19% de las que usan métodos naturales. Asimismo, el 44% de las mujeres abandona el método anticonceptivo dentro del primer año de su utilización.

La principal conclusión que extraen los autores del mencionado estudio es que la eficacia de uso típico de los diferentes métodos es, sensiblemente, menor a la eficacia que se obtiene en los ensayos clínicos y que esta diferencia se debe al uso inadecuado de los mismos más que la posible falta de eficacia.

En la misma línea que los autores del estudio anterior, los investigadores del Alan Guttmacher Institute de New York² estiman una alta tasa de fallos de los diferentes métodos anticonceptivos, en los primeros 12 meses de uso, como puede apreciarse en la Tabla 1.

METODO	TASA DE FALLOS
Implantes e inyectables	2-3%
Anticoncepción oral	8%
Diafragma	12%
Preservativo masculino	14%
Abstinencia periódica	21%
Coito interrumpido	24%
Espemicidas	26%

Parece evidente, y así lo postulan determinados movimientos sociales, que el mejor método anticonceptivo es la abstinencia total de prácticas coitales, pero todavía no se ha publicado ningún estudio que analice la eficacia de la abstinencia total³, puesto que si la eficacia teórica es del 100%, la eficacia de uso podría resultar muy diferente en función de los impulsos “pasionales” de los miembros de la pareja.

En la exposición que ahora realizo pretendo analizar los factores, bien dependientes del propio método, bien de su usuario, que intervienen en los fallos de los

diferentes métodos anticonceptivos, y para ello nada mejor que seguir el orden y clasificación realizado por los organizadores del Congreso.

METODOS NATURALES

Constituyen la base de la Planificación Familiar Natural y cuando nos referimos a ellos estamos contemplando aquellas técnicas que están basadas en la observación de los signos y síntomas que, de forma espontánea, acontecen durante las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual, con la finalidad de evitar el embarazo.

Los métodos naturales basan su eficacia para la regulación de la fertilidad en la adaptación del comportamiento sexual al conocimiento del ciclo de fertilidad conjunta de la pareja: los usuarios eligen para el coito los días infértiles y se abstienen del mismo durante la fase fértil. El éxito de este tipo de métodos se fundamenta en el correcto aviso del inicio de la fase fértil y requiere una importante motivación de las parejas.

1.- Factores propios del método anticonceptivo

Los métodos naturales tratan de descubrir, mediante la identificación de diferentes signos, los días fértiles del ciclo pero estos signos pueden sufrir variaciones, más o menos fisiológicas, que los hagan difícilmente interpretables. En este empeño por conocerlos días fértiles existen varias limitaciones:

1.1.- Método de la Temperatura Basal (TB)

Las elevaciones de la temperatura corporal debidas a procesos infecciosos, ajenos a la acción termogénica de la progesterona, pueden dificultar la interpretación del gráfico de la TB y ser una de las causas de posibles fallos de este, método.

1.2.- Método del moco cervical

Además de las variaciones fisiológicas del moco cervical propias de un ciclo menstrual normal, podemos encontrarnos con situaciones que alteren, tanto la composición como la cantidad de moco, y puedan confundir la interpretación de los signos.

1.3.- Método de Ogino

La utilización del método del calendario para la predicción de los días fértiles presenta la limitación de la posible alteración de la fase folicular del ciclo, con el consiguiente adelanto o retraso de la ovulación.

2.- Factores propios de los usuarios

Como ya se ha señalado, con anterioridad, la utilización de los métodos naturales exige una fuerte motivación por parte de los dos miembros de la pareja y éste suele resultar en punto débil de este tipo de técnicas anticonceptivas. Al mismo tiempo que la motivación, estos métodos necesitan del autoconocimiento, basado

en la autoexploración, y no podemos olvidar que, aún hoy en día, muchas mujeres sienten un cierto recelo para la manipulación de sus genitales.

Todos los factores descritos, bien propios de los métodos, bien de los usuarios, confieren a estos métodos naturales una efectividad que podríamos considerar como baja si la comparamos con la de otros métodos que analizaremos a continuación. En la Tabla 1 pueden apreciarse los Índices de Pearl estimados para los diferentes métodos naturales.

METODO	I.PEARL MENOR	I.PEARL MAYOR
Calendario	5.9 ¹	47 ²
Temperatura basal	0.2 ³	6.6 ⁴
Moco cervical	15.5 ⁵	34.9 ⁶
Sintotérmico	2.2 ⁷	16.6 ⁸

Fuente: (1): Dunn, 1956; (2): Jaramillo, 1968; (3): Wollmann, 1975; (4): Marshall, 1968; (5): Ball, 1976; (6) Wade, 1981; (7): Franf, 1988; (8): Wade, 1981

MÉTODOS DE BARRERA

Los métodos de barrera son aquellos mecanismos ideados para impedir que los espermatozoides alcancen el canal cervical, bien por obstrucción mecánica, bien por inactivación química.

Este tipo de métodos puede ser clasificados en función del miembro de la pareja que deba utilizarlos y así podemos distinguir:

- 1.- Métodos masculinos: el preservativo masculino
- 2.- Métodos femeninos: el diafragma, los espermicidas y el preservativo femenino.

1.- Factores propios del método anticonceptivo

Hay que señalar que en el caso de los métodos de barrera, en los que la manipulación y la intervención directa de las personas resulta determinante, es difícil analizar, por separado, los fallos propios de los métodos y los fallos del usuario.

1.1.- Preservativo masculino

El fallo mecánico del preservativo puede producirse, bien por la rotura del mismo, bien por su "deslizamiento", y se acompaña de la reducción de su eficacia.

La pregunta que nos debemos realizar es ¿cuanto se rompen o desplazan los preservativos?

Si nos fijamos en las demandas que recibimos de anticoncepción postcoital (APC), parece que los fallos mecánicos del preservativo son altos, puesto que suponen la principal causa de solicitud de APC^{4,5}, pero los estudios de eficacia realizados informan de tasas de fallo inferiores. Así, en un estudio randomizado, dobleciego, comparativo entre los condones de látex y de poliuretano, la tasa de fallo se

estimó de 1.6% para los preservativos de látex y de 8.5% para los de poliuretano⁶. En un estudio prospectivo realizado en una cohorte de mujeres usuarias de una clínica de ETS se produjeron, sobre un total de 21.852 condones utilizados, 790 fallos mecánicos (3.6%)⁷.

En estudios realizados en homosexuales las tasas de fallo resultan mayores que en relaciones heterosexuales (2.1 roturas/100 condones)⁸, hecho que podría explicarse por la mayor fricción que deben soportar los preservativos durante el coito anal.

1.2.- Diafragma

El fallo directamente achacable al dispositivo es difícil de medir, puesto que, al igual que ocurre con el resto de los métodos de barrera, exige una adecuada manipulación y la frontera entre el fallo del método y el de la usuaria, resulta imperceptible.

Por sus peculiares características, el diafragma puede permitir el paso de espermatozoides al canal cervical y dar lugar a un fallo del método, situación que se produce entre el 1.2%⁹ y el 24.2%¹⁰ de las ocasiones. La disparidad en los porcentajes de fallo del diafragma obedece a los fallos de las usuarias que serán analizados más adelante.

1.3.- Preservativo femenino

De reciente introducción en el mercado, el preservativo femenino no ha recibido, en nuestro medio, una buena acogida por parte de las mujeres y los profesionales sanitarios. En otras latitudes su presencia entre las opciones anticonceptivas es algo mayor y ello ha permitido realizar estudios sobre su eficacia. Así, en un estudio europeo realizado sobre 100 mujeres que lo utilizaron durante 441 meses, se produjeron 7 embarazos en 12 meses (I Pearl: 15%), de los que 3 parece se debieron a fallos del método¹¹. En un ensayo clínico realizado en EEUU y América Latina que incluyó a 328 mujeres, durante 6 meses de observación, las tasas de fallos para el uso perfecto, fueron de 2.6% para los centros de EEUU y 9.5% para los de Latinoamérica¹².

Los estudios anteriormente citados no especifican la causa del fallo del método: si de produjo una rotura, un deslizamiento o cualquier otra causa posible de fallo. Únicamente he encontrado, al revisar la bibliografía, un estudio que hace referencia a las roturas del preservativo femenino durante su utilización en coitos anales por parte de homosexuales masculinos. En este trabajo se produjeron 3 roturas en las 334 ocasiones en las que se utilizó este tipo de condón¹³.

2.- Factores propios de los usuarios

Como ya se ha señalado con anterioridad, en la correcta utilización de los diferentes métodos de barrera juegan un papel determinante, tanto la motivación como la experiencia de los usuarios.

En cuanto a la motivación de uso cabría decir que existen determinados facto-

res externos que influyen, decisivamente, en el grado de utilización de este tipo de métodos. En una Encuesta realizada en 1999 en España por la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA¹⁴, el uso del condón resultó, significativamente, menor entre los consumidores de cocaína y alcohol. En estas circunstancias de abuso de drogas, hasta el 49.3% de las parejas no utilizan el preservativo durante el coito¹⁵.

Además suele ocurrir que, junto con el preservativo, se utilizan sustancias lubricantes que pueden deteriorar su resistencia y conducir a la rotura del condón¹⁶.

Respecto al diafragma, hay estudios que han demostrado que su eficacia aumenta a medida que aumenta el tiempo de uso¹⁷, lo que viene a corroborar la idea de la importancia que tiene el adiestramiento en la utilización de los métodos de barrera.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

En el caso de los DIUs los fallos observados son atribuibles a fallos del método y, en algunas ocasiones, a la impericia de los médicos que los insertan. Los fallos de la usuaria no son computables con la utilización de este tipo de método anticonceptivo.

En líneas generales se acepta que el DIU presenta una tasa teórica de fallos mayor que la AHO, pero los modernos dispositivos garantizan una eficacia cercana al 99%¹⁸.

Estas tasas de eficacia se obtienen con los DIUs de alta carga de cobre ya que con los dispositivos que portan menos de 300 mm², las tasas de fallos resultan superiores. Así, numerosos estudios han estimado la eficacia de los antiguos DIUs en cifras cercanas al 95%^{19,20}.

Según datos, sin publicar, de nuestro grupo de trabajo, que ha analizado 2300 DIUs insertados en los últimos 12 años, el fallo del DIU se produce, más frecuentemente, en mujeres menores de 30 años y durante los 3 primeros años de uso del dispositivo.

Respecto a los posibles fallos del DIU provocados por la experiencia del médico que inserta el dispositivo, no existen muchas referencias en la bibliografía sobre esta posibilidad, pero un estudio realizado en España, en el que comparan la eficacia de los DIUs insertados por Médicos de Atención Primaria y los insertados por Ginecólogos, no encuentra diferencias entre ambos grupos, concluyendo que la experiencia necesaria para la correcta inserción de un DIU es fácil de adquirir y no precisa de especialización sofisticada²¹.

ANTICONCEPCION HORMONAL ORAL

Mucho es lo que se ha escrito sobre los fallos de la AHO y todos los autores, como analizaremos a continuación, parecen estar de acuerdo en que la tasa de fallos práctica supera, con creces, a la tasa de fallos teórica o achacable al método²².

1.- Factores propios del método anticonceptivo

La eficacia teórica de la AHO es muy alta, superior al 99%, con índice de fallos del 0.12 al 0.34 años/mujer en ensayos clínicos y grupos de población seleccionados²³. Esta eficacia se obtiene con todos los preparados combinados de uso actual, sin que las modificaciones de las dosis hormonales hayan influido en las tasas de protección frente al embarazo.

2.- Factores propios de la usuaria

Las diferencias existentes entre los fallos teóricos y los reales no son debidas a la ineficacia del método, sino a su uso incorrecto o a la interrupción del mismo²⁴.

Entre los factores que influyen, negativamente, en la eficacia del AHO, afectando el cumplimiento, podemos distinguir:

2.1.- Efectos secundarios

La aparición de efectos secundarios, en especial el sangrado intermenstrual y los efectos androgénicos, durante la toma del AHO, se asocia a altas tasas de abandono²⁵ y algunos estudios consideran que hasta el 57% de las nuevas usuarias de un AHO abandonan su toma durante el primer año de uso²⁶. El problema se plantea cuando el abandono del AHO no se acompaña de la utilización de otro método eficaz, hecho que puede ocurrir hasta en el 66% de las ocasiones²⁷. Esta situación conlleva un alto riesgo de embarazo no deseado que, en absoluto, es atribuible al fallo del método.

2.2.- Factores sociales

La mujer suele recurrir a fuentes poco solventes y, habitualmente, distintas a los profesionales sanitarios para obtener información sobre la AHO. La información que obtienen de estos canales "heterodoxos" suele estar sesgada y abunda en los efectos secundarios negativos, obviando, generalmente, la información relativa a los efectos beneficiosos de la terapia hormonal con un AHO.

Por todo lo anteriormente expuesto, no es infrecuente encontrarse con mujeres que se enfrentan a la toma de la píldora con importantes dosis de temor, ansiedad y expectación, situación que conduce, frecuentemente, a un deficiente cumplimiento y, como consecuencia, a unas altas tasas de fallos.

ANTICONCEPCION QUIRURGICA

En el caso de los métodos quirúrgicos de anticoncepción la situación es equiparable a la del DIU, en la que los usuarios poco o nada pueden hacer para impedir los fallos del método. Esta afirmación, así realizada, precisa de una matización en lo referente a la vasectomía, método en el que el varón puede ser responsable directo del fallo si no observa ciertas precauciones en las semanas posteriores a la intervención.

1.- Vasectomía

Se estima que la tasa de fallos de la vasectomía es inferior al 1%, considerándose este método como uno de los más efectivos de los que disponemos.

No obstante puede producirse el fallo precoz de la vasectomía, hasta en el 0.4%²⁸ de los casos, y suele ser consecuencia de una inadecuada observancia de las normas de comportamiento postoperatorias. Tras la vasectomía habrá que recomendar, siempre, la realización de un espermiograma de control tras 15-20 eyaculaciones, y, únicamente, tras la constatación de la existencia de una azoospermia se permitirá mantener relaciones sexuales sin medidas de protección adicionales.

2.- Bloqueo tubárico

Los fallos de las diferentes técnicas de bloqueo tubárico pueden originarse, bien por la impericia del cirujano, bien por la aplicación de técnicas poco convenientes para la realización de la intervención.

Así en el primero de los casos la responsabilidad del fallo puede radicar en la confusión anatómica del ligamento redondo con la trompa de Falopio, o bien en la incompleta cauterización de la trompa o la colocación defectuosa del clip o anillo.

En el caso de los fallos directamente atribuibles a la técnica de esterilización utilizada, hay que señalar que la evaluación de la eficacia de las diferentes técnicas sigue constituyendo un problema sin resolver, debido a que son necesarios estudios a largo plazo, que incluyan un gran número de mujeres. De los datos disponibles actualmente cabe concluir que el mayor riesgo de fallo de la esterilización femenina se produce en las técnicas basadas en la utilización de clips, seguidas de las coagulaciones con corriente bipolar y las realizadas con corriente monopolar²⁹.

CONCLUSIONES

Los fallos reales de los diferentes métodos anticonceptivos, aquellos que se observan durante el uso continuado de los mismos, superan, con creces, los fallos teóricos. Esta circunstancia es el origen de muchos embarazos no deseados y supone un fracaso de los programas de planificación familiar.

Las causas por las que los métodos anticonceptivos fallan en condiciones ideales de uso, son achacables a las limitaciones de los propios métodos y, por ello, poco modificables, si bien los esfuerzos de la investigación básica deben dirigirse al desarrollo de métodos cada vez más eficaces.

Los fallos observados durante la utilización continuada de los diferentes métodos obedecen a múltiples factores, entre los que cabría destacar la falta de información de los usuarios. Para corregir estos fallos es necesaria la implicación de todos los estamentos responsables de la provisión de anticoncepción. Sólo desde el conocimiento de las causas de los fallos y desde la toma de conciencia de nuestra responsabilidad en disminuir las tasas de fallo de los métodos anticonceptivos podremos comenzar a trabajar en la mejora de su eficacia.

El Congreso que ahora se inicia tiene este objetivo y espero que, de las sesiones de trabajo que se van a desarrollar, obtengamos elementos de análisis y pautas de actuación para alcanzar el objetivo de equiparar la eficacia teórica y práctica de los métodos anticonceptivos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Trussell J, Vaughan B. Contraceptive failure, method-related discontinuation and resumption of use: results from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect*, 1999; 31: 64-72
- 2.- Fu H, Darroch JE, Haas T, Ranjit N. Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect*, 1999; 31: 56-63
- 3.- Haignere CS, Gold R, McDanel HJ. Adolescent abstinence and condom use: are we sure we are really teaching what is safe? *Health Educ Behav*, 1999; 26: 43-54
- 4.- Tyden T, Wetterholm M, Odland V. Emergency contraception: the user profile. *Adv Contracept*, 1998; 14: 171-8
- 5.- Lete I, Casasús A, Lertxundi R, Etxebarria A, Giménez E, Peciña ML, Sarriugarte G. Contracepción postcoital con baja dosis de estro-progestágenos. *Prog Obst Gin*, 1995; 38: 539-43
- 6.- Frezieres RG, Walsh TL, Nelson AL, Clark VA, Coulson AH. Evaluation of the efficacy of a polyurethane condom: results from a randomised, controlled, clinical trial. *Fam Plann Perspect*, 1999; 31: 81-7
- 7.- Macaluso M, Kelaghan J, Artz L, Austin H, Fleenor M, Hook EW, Valappil T. Mechanical failure of the latex condom in a cohort of women at high STD risk. *Sex Transm Dis*, 1999; 26: 450-8
- 8.- Stone E, Heagerty P, Vittinghoff E, Douglas JM, Koblin BA, Mayer KH y cols. Correlates of condom failure in a sexually active cohort of men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 1999; 20: 495-501
- 9.- Lete I. El diafragma contraceptivo: un estudio de su utilización. *Ginecología y Contracepción*, 1992; 1: 35-8
- 10.- Kovacs GT, Jarman H, Dunn K, Westcott M, Gordon B. The contraceptive diaphragm: is it an acceptable method in the 1980s? *Aust Nz J Obstet Gynaec*, 1986; 26: 76-9
- 11.- Bounds W, Guillebaud J, Newman GB. Female condom (Femidon). A clinical study of its use-effectiveness and patient acceptability. *Br J Fam Plann*, 1992; 18: 36-41
- 12.- Farr G, Gabelnick H, Sturgen K. Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom. *Am J Publ Health*, 1994; 84: 1960-4
- 13.- Gibson S, McFarland W, Wohlfeiler D, Scheer K, Katz MH. Experiences of 100 men who have sex with men using the Reality condom for anal sex. *AIDS Educ Prev*, 1999; 11: 65-71
- 14.- Castilla J, Barrio G, Belza MJ, De la Fuente L. Drug and alcohol consumption and sexual risk behaviour among young adults: results from a national survey. *Drug Alcohol Depend*, 1999; 56: 47-53

- 15.- Sparrow MJ. Condom failures in women presenting for abortion. *Nz Med J*, 1999; 112: 319-21
- 16.- Rosen AD, Rosen T. Study of condom integrity after brief exposure to over-the-counter vaginal preparations. *South Med J*, 1999; 92: 305-7
- 17.- Vessey M, Doll R, Peto R, Johnson B, Wiggins P. A long-term follow-up study of women using different methods of contraception. An interim report. *J Biosoc Sci*, 1976; 8: 373-427
- 18.- Martínez F, Barri P. The new generation of copper intrauterine devices. En: Coll C, Cortit L, Creatsas G (eds). *Contraception today*. The Parthenon Publishing Group Limited. Casterton Hall, Carnforth. Inglaterra, 1997: 131-6
- 19.- Smith RP, Goresky DM, Etchell DM. Five years private practice experience of nulliparous women using copper IUD's. *Contraception*, 1980; 21: 335-42
- 20.- Batar I, Lampe I, Rakoczi I. A comparison between Nova T and Copper T 200 Ag in Hungary. *Int J Gynaecol Obstet*, 1987; 25: 59-63
- 21.- Menéndez C, Fernández MJ, Doval XL, Blanco S, García A, Gulín R. Comparación en el uso del dispositivo intrauterino (DIU) entre médicos de familia y ginecólogos. *Aten Primaria*, 1998; 22: 622-6
- 22.- Hillard PJA. Oral contraception non compliance: the extent of the problem. *Adv Contracept*, 1992; 1 (s): 13-20
- 23.- Grupo Internacional de Trabajo. Declaración de Consenso: mejora de la observancia ("compliance") de las pacientes y de la eficacia de los anticonceptivos orales. *Br J Fam Plann*, 1993; 18: 126-9 (edición en castellano)
- 24.- Grupo Daphne. Análisis del Cumplimiento en Anticoncepción Hormonal Oral (AHO). Editorial Aula Médica. Madrid, 1996
- 25.- Jones EE. Androgenic effects of oral contraceptives: implications for patient compliance. *Am J Med*, 1995; 98: 117-9
- 26.- Wildemeersch D. Modern day oral contraceptives are safer but compliance remains a major problem. *ESC Newsletter*, 1992; 2: 8
- 27.- Pratt WF, Bachrach CA. What do women use when they stop using the pill? *Fam Plann Perspect*, 1987; 19: 257-66
- 28.- Lete I, Lertxundi R. Anticoncepción quirúrgica: vasectomía. En Lete I (ed.) *Curso de Habilidades en Anticoncepción para Médicos de Atención Primaria y Planificación Familiar*. Madrid, 1999: 135-44
- 29.- Lete I, Coll C, Alvarez M. Anticoncepción quirúrgica: Bloqueo tubárico. En Lete I (ed.) *Curso de Habilidades en Anticoncepción para Médicos de Atención Primaria y Planificación Familiar*. Madrid, 1999: 145-52