

ALTERACIONES REPRODUCTIVAS

Rocío Triano Sánchez.

Medicina de Familia.

GdT Atención a la Mujer.

ESTERILIDAD



ESTERILIDAD



- Incapacidad de la pareja para conseguir un embarazo tras un año de exposición regular al coito.
- Causas: femeninas, masculinas, mixtas y desconocidas.
- La OMS estima que el 15% de las parejas en edad fértil en el mundo tienen problemas para concebir de forma natural.

1/6.

ESTERILIDAD

En países industrializados se admite que unas 1200 nuevas parejas /1.000.000 habitantes y año tienen problemas de esterilidad.



ESTERILIDAD

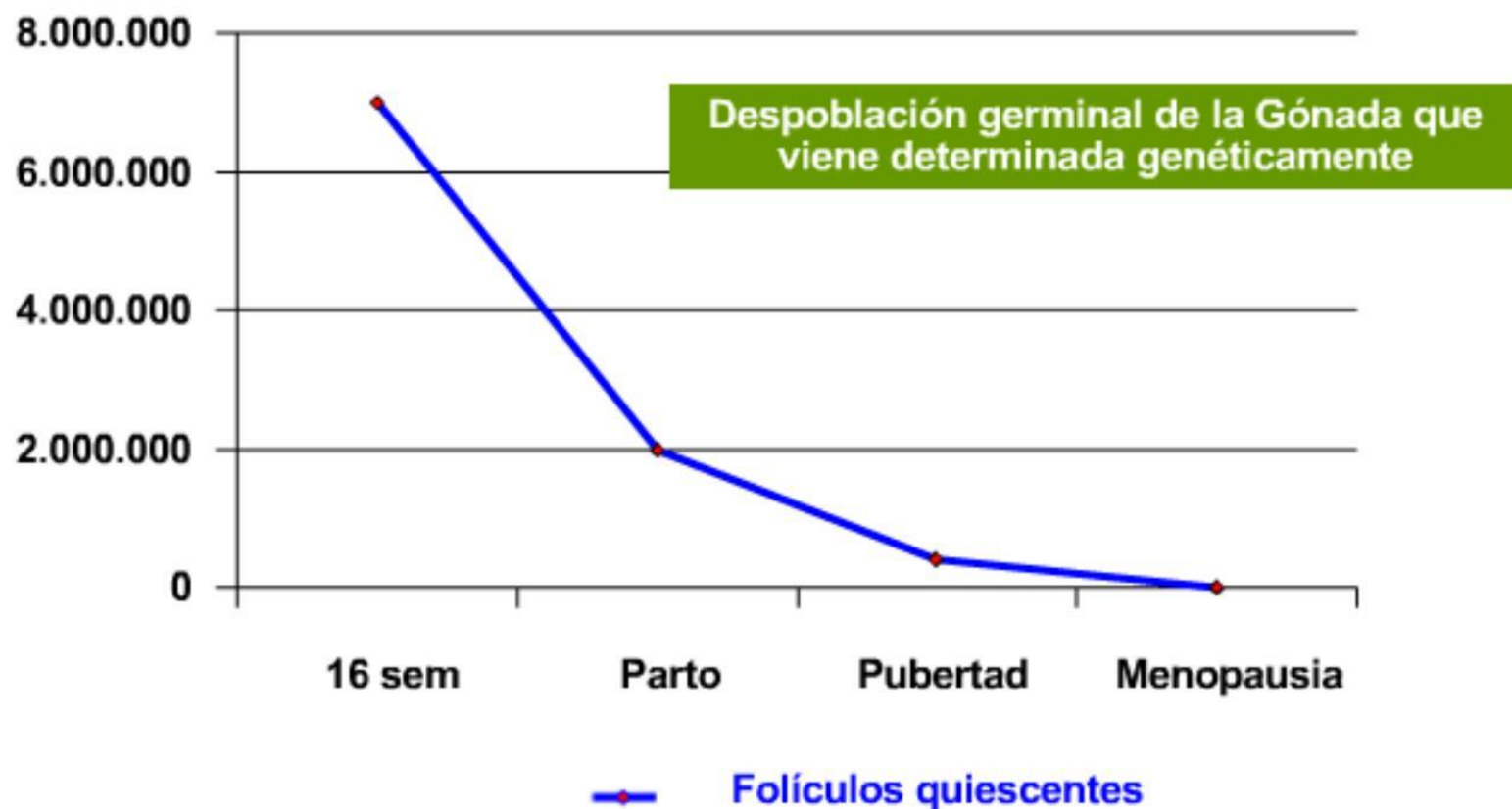
| Tiempo de exposición | Porcentaje de embarazos |
|----------------------|-------------------------|
| 3 meses | 57% |
| 6 meses | 72% |
| 1 año | 85% |
| 2 años | 92% |

Factor que mas afecta es la **EDAD** de la mujer. La disminución de la fertilidad comienza a los **35** años, siendo mas intensa a partir de los **40**.

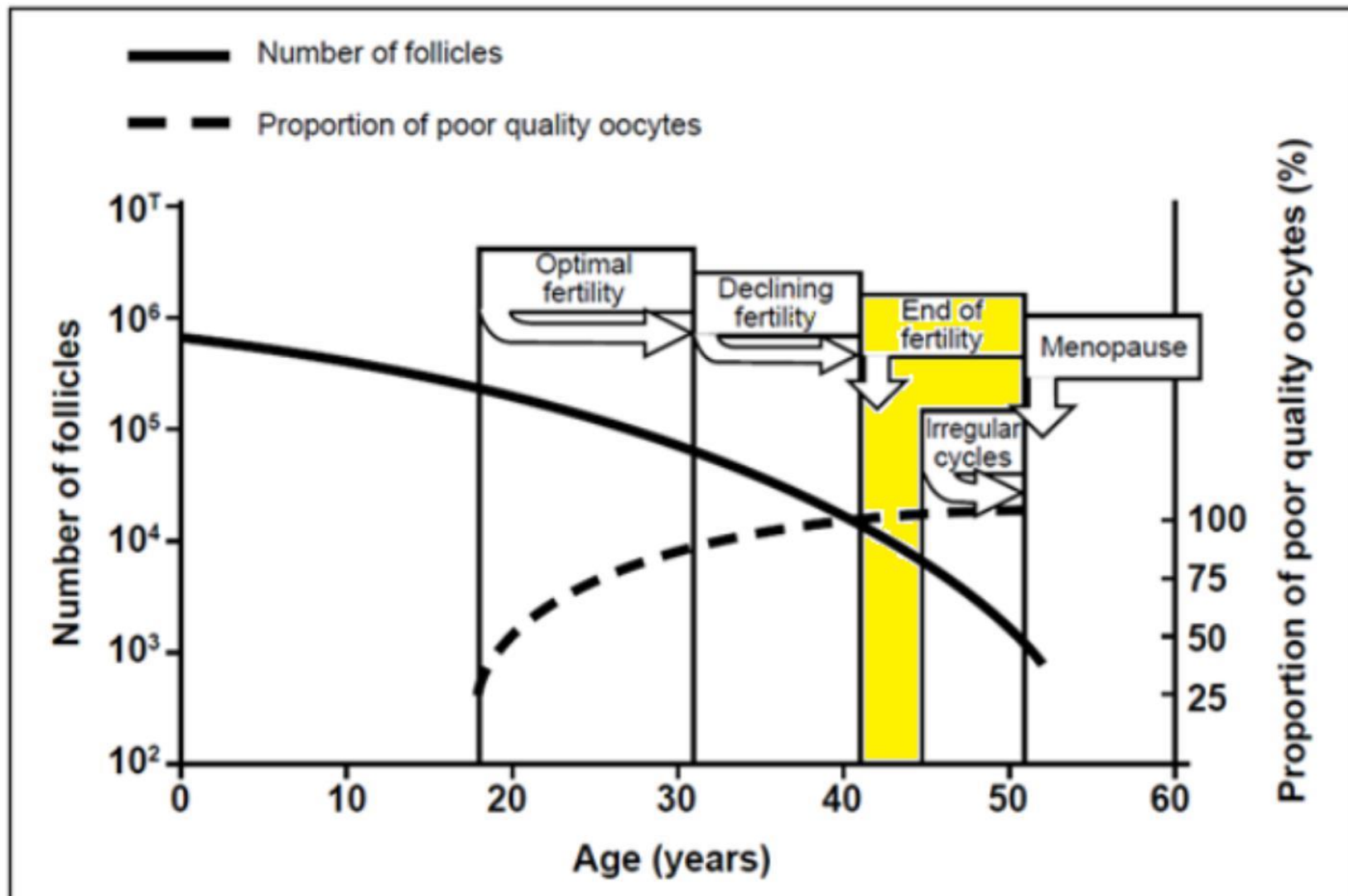
LA PLENITUD EN LA VIDA DE LA MUJER PROFESIONAL EMPIEZA A LOS 40... "PERO SIN FOLÍCULOS..."

RESERVA OVÁRICA

Pool de folículos quiescentes en cada momento de la vida



LA EDAD DE LA MUJER COMO DETERMINANTE DE LAS POSIBILIDADES DE EMBARAZO



TASAS DE EMBARAZO SEGÚN EDAD

- Con 25 años, hay un 25% de opciones por ciclo para conseguir embarazo.
- Con 30, un 22%.
- Con 35, un 12%.
- Con 40, un 5%.
- Y con 45, un 1%



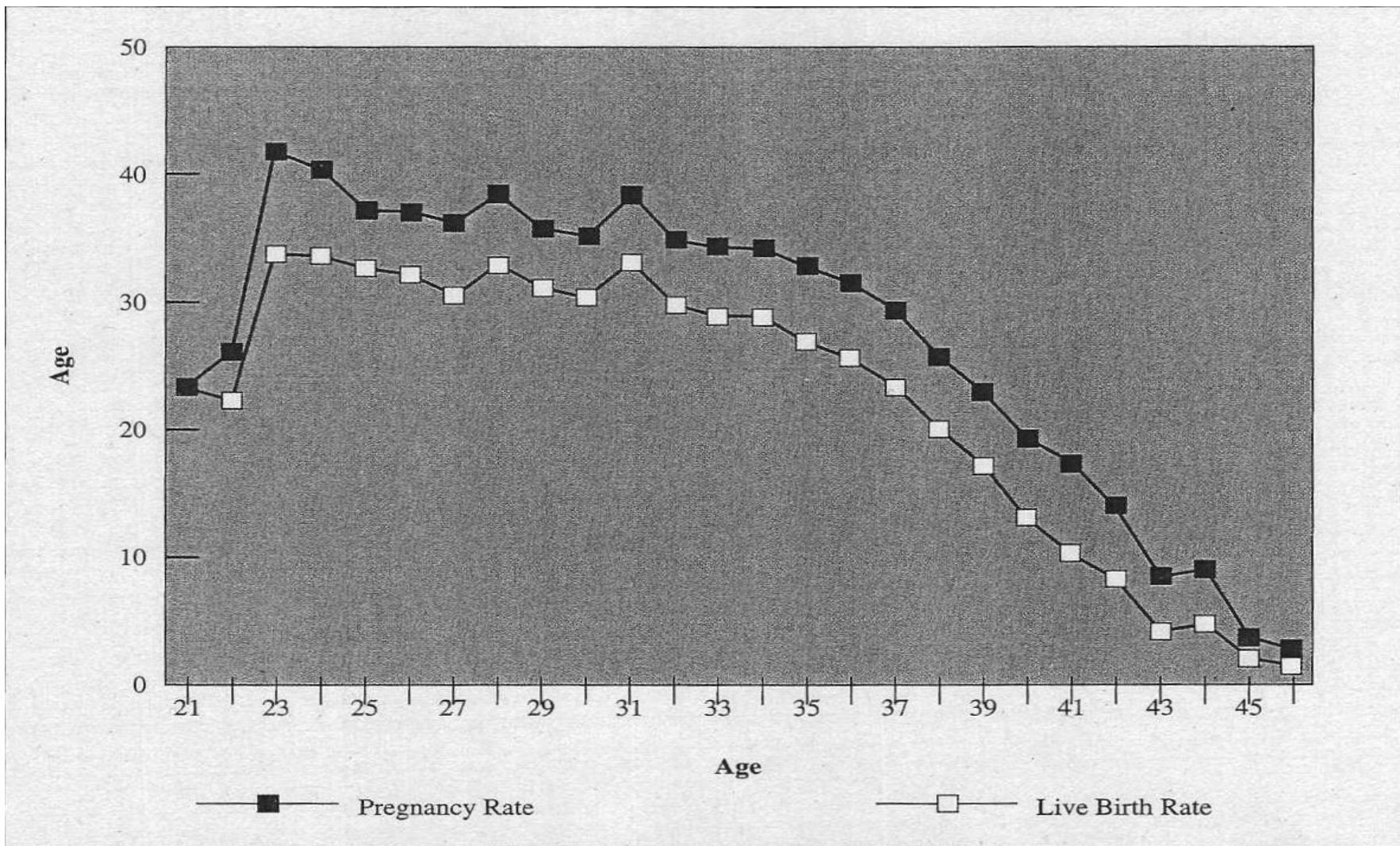


FIGURA 6. Tasa de embarazo y de recién nacido vivo según la edad de la mujer.

MATERNIDAD EN ESPAÑA ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

El estado actual de la cuestión se resume en los cuatro siguientes datos extraídos del INE:

- El 24% del total de partos en España acaecen en mujeres entre 35 y 40 años.
 - El 4% del total de partos en España acaecen en mujeres de más de 40 años.
 - En consecuencia, el 28% de los nacimientos en España acontecen en mujeres de 35 ó más años (lo que duplica exactamente al 14% que acaecieron en 1979 en la misma franja de edad).
 - Los embarazos en España de mujeres entre 40 y 50 años aumentaron un 79% entre los años 2000 y 2006.
-

NACIMIENTOS EN ESPAÑA 2016

| | |
|------------------|---|
| Total | TODAS LAS EDADES: 420.000 |
| Total | MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS 34.297 (12%) |
| De 40 años | 12.761 |
| De 41 años | 8.509 |
| De 42 años | 5.339 |
| De 43 años | 3.174 |
| De 44 años | 2.021 |
| De 45 años | 1.211 |
| De 46 años | 558 |
| De 47 años | 273 |
| De 48 años | 194 |
| De 49 años y más | 257 |

EDAD MEDIA DE LA MATERNIDAD

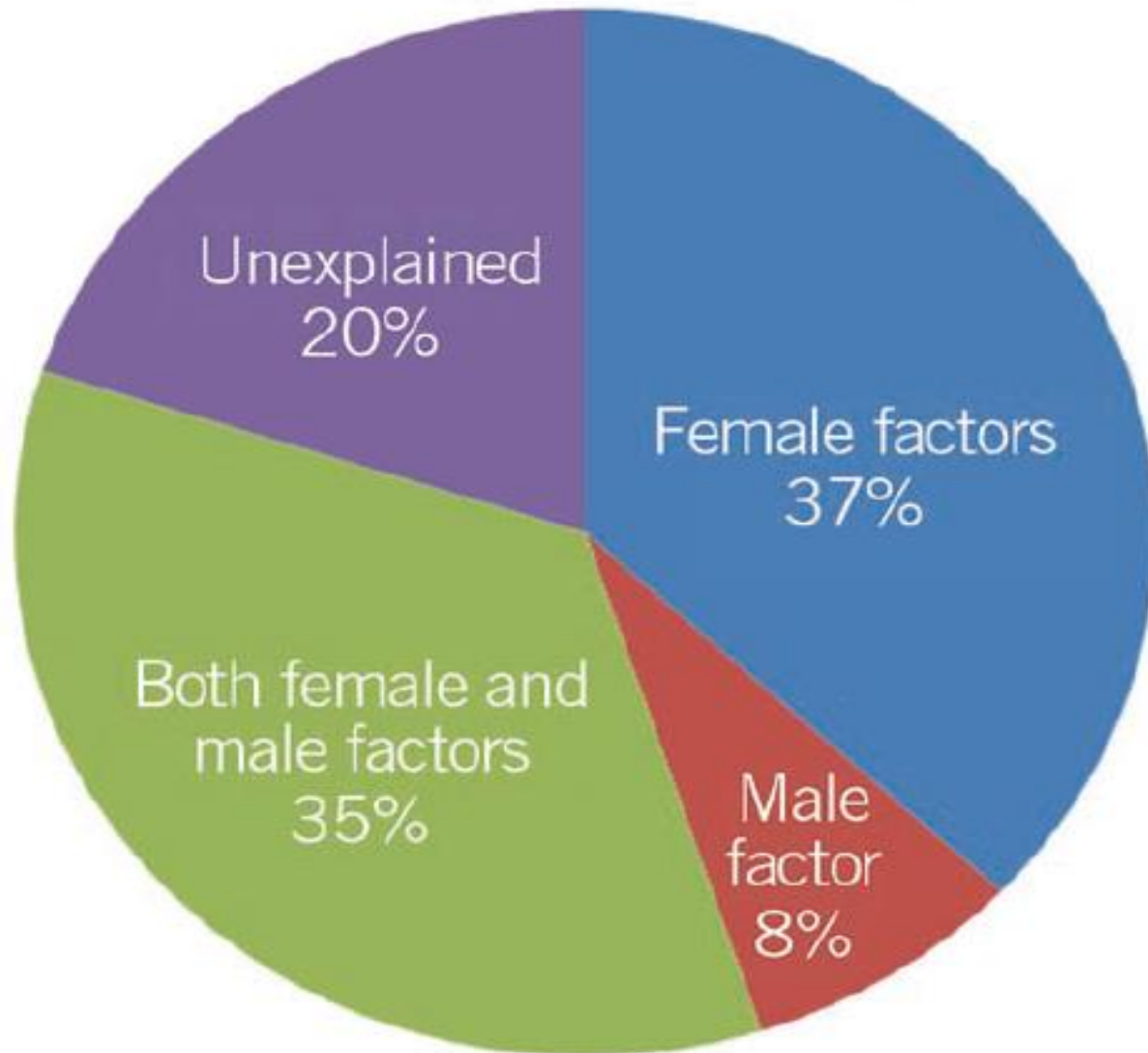


Fuente: INE.

EL PAÍS

ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO EN ESTERILIDAD

ETIOLOGIA ESTERILIDAD



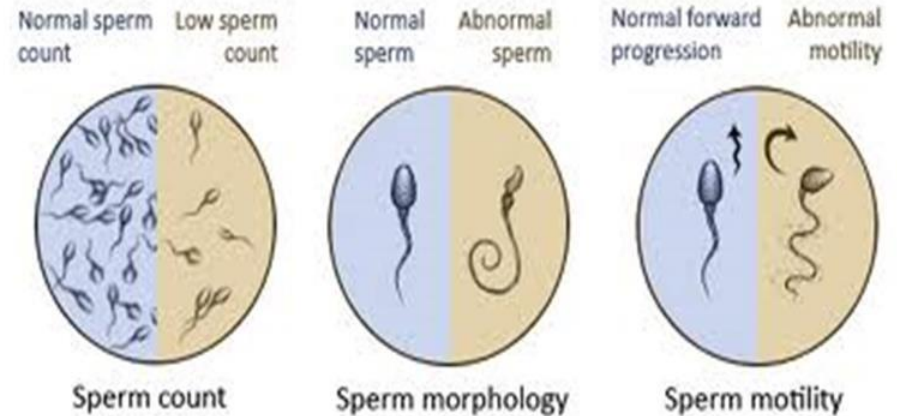
CAUSAS MAS FRECUENTES DE ESTERILIDAD

- Causas femeninas:

1. Anovulación.
2. Endometriosis.
3. Alteraciones tubulares.

- Causas masculinas:

1. Pre testiculares: alteración eje HP-HF
2. Testiculares: causa mas frecuente.
3. Pos testiculares: segunda causa.
4. Alteraciones en la eyaculación.



CAUSAS FEMENINAS

1. ANOVULACION: 15-25% de los casos.

Alteraciones menstruales con retrasos o ciclos largos.

✓ Alteración del desarrollo de los ovarios.

✓ **Trastorno hormonal: más frecuente.**

TRASTORNO HORMONAL.

Stress , ejercicio, aumento y disminución de peso.

Síndrome de ovario Poliquístico.

Hiperprolactinemia.

Alteraciones tiroideas.

❖ Prácticas saludables: ejercicio, controlar el peso y el estrés, es posible prevenir la anovulación.

CAUSAS FEMENINAS

SINDROME DE OVARIO

POLIQUISTICO:

Predisposición genética al hiperandrogenismo de origen ovárico asociado a insulinoresistencia.

Causa mas frecuente de hiperandrogenismo y esterilidad .

Implica riesgo aumentado de esterilidad, sangrados disfuncionales, cáncer de endometrio y factores de riesgo cardiovascular.

SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

1.OLIGOANOVULACIÓN.

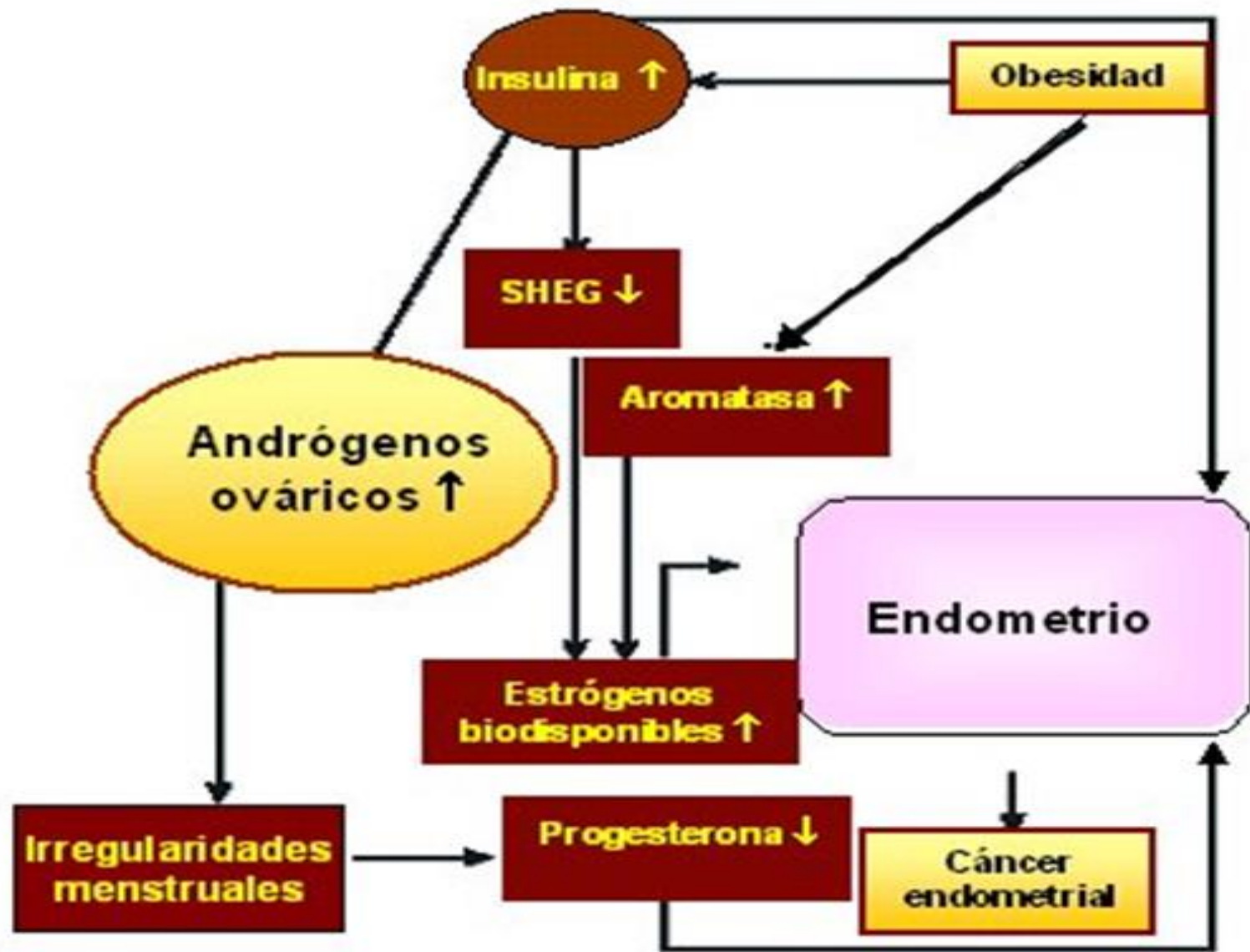
Oligoamenorrea : < 9 menstruaciones/año o 3 ciclos de mas 38 días ultimo año. Baches amenorreicos.

2.HIPERANDROGENISMO BIOQUIMICO/CLINICO:

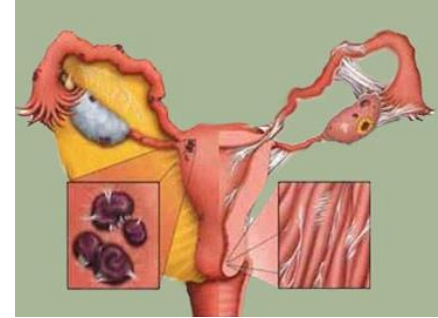
Acné. Hirsutismo. Alopecia androgénica.

3. OVARIOS POLIQUISTICOS.

- 12 o más folículos entre 2-9mm de diámetro.
- Volumen ovárico aumentado > 10 ml.



CAUSAS FEMENINAS



2.ENDOMETRIOSIS:

Implantación de tejido endometrial fuera del útero.

Localización mas frecuente en pelvis (ovarios, ligamentos útero- sacros, peritoneo, septum rectovaginal...)

Clínica :dolor pélvico crónico, **dismenorrea intensa**, **dispareunia** con síntomas acompañantes digestivos y urinarios.

Afectación fertilidad : implantes ováricos (endometriomas) y formación de sustancias hostiles a la implantación.

Importante afectación en la calidad de vida de las mujeres.

Retraso diagnostico de 6,7 años.

CAUSAS FEMENINAS

- 3. FACTOR TUBOPERITONEAL:
- Bloqueo o mal funcionamiento de las trompas de Falopio.
- Mayor probabilidad de embarazo ectópico.
- CAUSAS:
- *Enfermedad pélvica inflamatoria* (promiscuidad, DIU, historia de dolor abdominal crónico con episodios febriles, cirugía pélvica complicada previa)
- Cirugía previa pélvica.
- Endometriosis (adherencias)



CAUSAS MASCULINAS

1. PRETESTICULARES (10%):

Enfermedades que afectan al hipotálamo o a la hipófisis:

Déficit de hormonas gonadotropinas



Escasa producción de espermatozoides
(oligozoospermia)

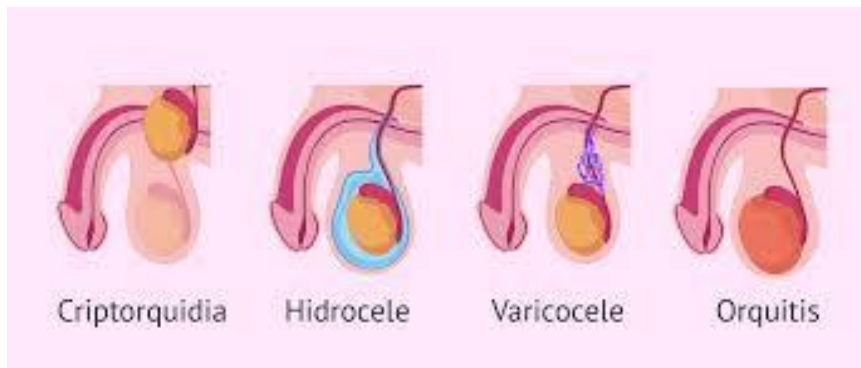
Ausencia de producción
(azoospermia)



CAUSAS MASCULINAS

2.TESTICULARES (55%):

- Síndrome de Klinefelter.
- Falta de descenso de uno o ambos testículos.
- Varicocele.
- Infecciones (orquitis, parotiditis, etc.).
- Traumatismos.
- Exposición a calor excesivo, drogas, radiación o agentes quimioterápicos.
- Enfermedades sistémicas como insuficiencia renal e insuficiencia hepática.



CAUSAS MASCULINAS

3. POSTESTICULARES:

- ❖ Problemas de obstrucción
(malformaciones congénitas, infecciones, cirugía...)
- ❖ Alteraciones en la movilidad o función del espermatozoide

4. PROBLEMAS DE EYACULACION:

Eyaculación retrógrada: trastornos neurológicos como lesiones de la columna, neuropatía diabética y farmacológica.



ANAMNESIS, EXPLORACION Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.



ANAMNESIS

¿ QUE PREGUNTAMOS ANTE LA SOSPECHA DE ESTERILIDAD?



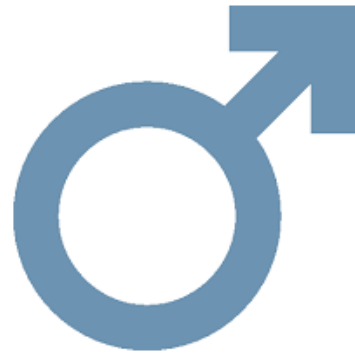
1. Ciclos menstruales (menarquía, fórmula menstrual dismenorrea, FUR normal) y antecedentes obstétricos (fórmula obstétrica, embarazo ectópico, abortos ...)

2. Antecedentes de endometriosis, EPI, ITS o cirugía ginecológica/abdominal. Historia de dolor pélvico.

3. Preguntas dirigidas a la función hipofisaria, suprarrenal y tiroidea.

ANAMNESIS

¿ QUE PREGUNTAMOS ANTE LA SOSPECHA DE ESTERILIDAD?



1. Intervenciones quirúrgicas genitales, vasectomía, traumatismos genitales,
2. ITS, infecciones urogenitales (orquitis por parotiditis).
3. Disfunciones sexuales.

ANAMNESIS

¿ QUE PREGUNTAMOS ANTE LA SOSPECHA DE ESTERILIDAD?

AMBOS MIEMBROS DE LA PAREJA:

1. ANTECEDENTES GENERALES: ANTECEDENTES DE PATOLOGIA CONGENITA.
2. HABITOS TOXICOS :



**CADA CIGARRO
QUE FUMAS,
REDUCE LA POSIBILIDAD
DE QUEDARTE EMBARAZADA**



ANAMNESIS

| Clasificación | IMC (Kg/m ²) | Riesgo |
|--------------------|--------------------------|------------|
| Normal | 18.5 - 24.9 | Promedio |
| Sobrepeso | 25 - 29.9 | Aumentado |
| Obesidad grado I | 30 - 34.9 | Moderado |
| Obesidad grado II | 35 - 39.9 | Severo |
| Obesidad grado III | Más de 40 | Muy Severo |

Fuente: OMS (Organización Mundial de la Salud)

ANAMNESIS



CONSULTA PRECONCEPCIONAL

Tabla 5 Prevención con ácido fólico de los defectos del tubo neural (DTN)

- Mujeres de alto riesgo (antecedentes de gestación con DTN), diabéticas, obesidad con IMC > 35 y epilépticas con tratamiento anticonvulsionante, con deseo de gestación: 5 mg/día de ácido fólico 3 meses antes de la concepción y en los primeros 3 meses del embarazo
- Mujeres de bajo riesgo (sin antecedentes de gestación con DTN) con deseo de gestación: 0,4-0,8 mg/día de ácido fólico 1 mes antes de la concepción y en los primeros 3 meses del embarazo
- Mujeres en edad fértil con posibilidad de embarazo no planificado: 0,4 mg de ácido fólico diario

IMC: índice de masa corporal.

CONSULTA PRECONCEPCIONAL

NECESIDADES DE YODO:

- En el embarazo aumenta las necesidades de yodo de 150mg a 250mg/día.
- Utilización de sal yodada y recomendación de 3 lácteos o derivados al día.
- No se recomienda la utilización de suplementos farmacológicos de yodo preconcepcional.

EXPLORACION FISICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

1.Exploracion física:

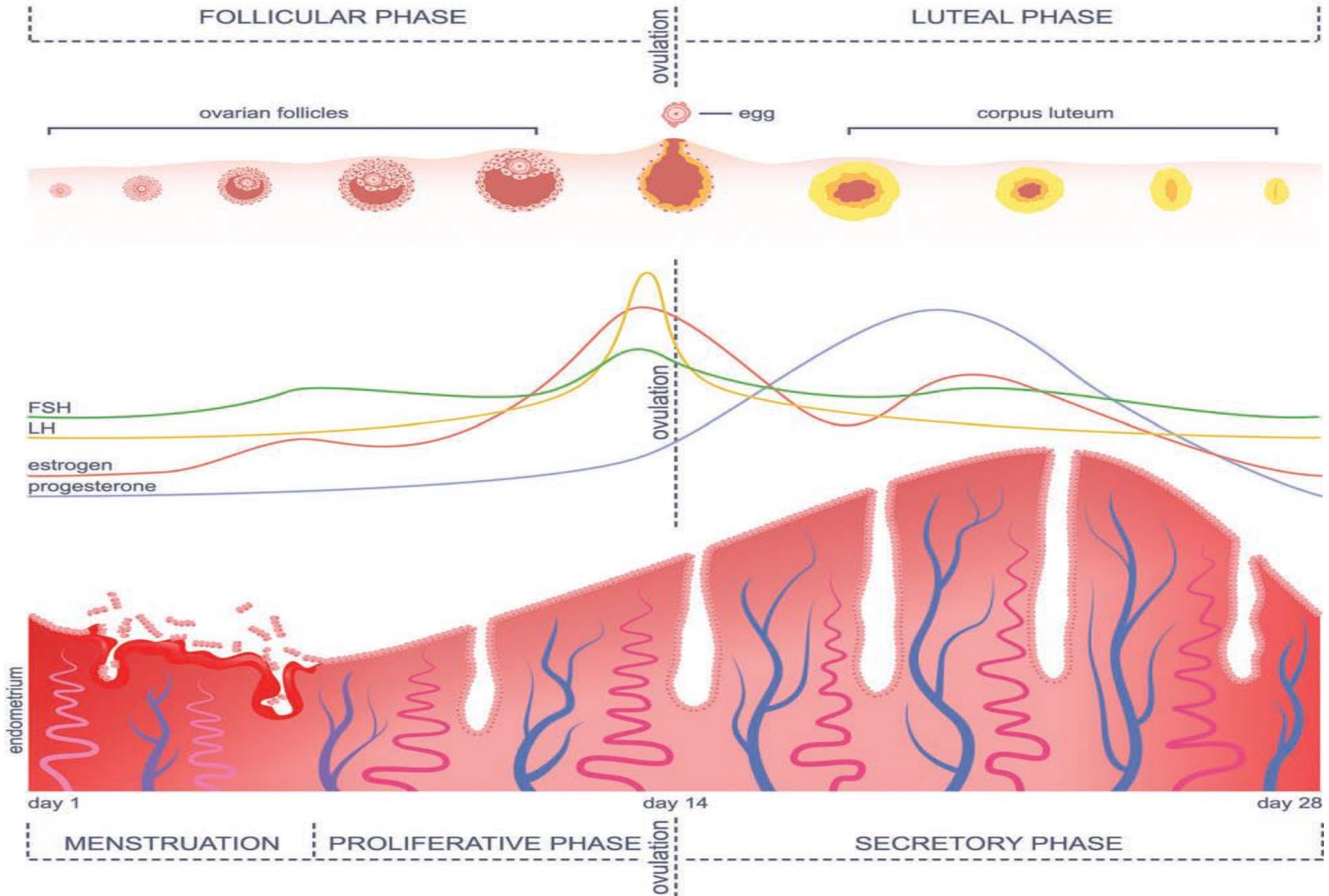
Exploración por aparatos, IMC y TA.

Examen pélvico en la mujer y área genital en el hombre.

2.Pruebas complementarias

- Citología: revisar cribado Ca cervix, fecha ultima citología.
- Serologías: en la mujer de Rubeola y Toxoplasma.
ambos: VIH, LUES, VHB y VHC.

MENSTRUAL CYCLE



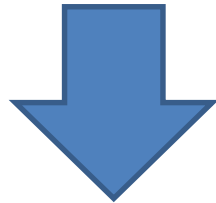
PRUEBAS HORMONALES

-- No es necesario hacerlas de rutina.

-- *FSH, LH, testosterona, estradiol* entre el **segundo y quinto día del ciclo.**

-- Progesterona en la segunda mitad de la fase lútea.

CICLOS < 21 DIAS
O > 36 DÍAS.



NIVELES PROGESTERONA
<5: BAJO, REPETIR.
>5Y <9,5: REPETIR, SE MANTIENE VALOR BAJO.
>9,5 OVULACION ADECUADA

PRUEBAS HORMONALES

--PROLACTINA en cualquier momento del ciclo cuando exista : AMENORREA, GALACTORREA o clínica sugerente.

-- Sospecha de endocrinopatías: TSH, cortisol....

ESPERMIOGRAMA

Condiciones para tomar la muestra:

- Se recomienda tener relaciones 2-3 días antes de la toma y que luego no haya eyaculaciones.
- Recipiente de plástico estéril y de boca ancha , con los datos del paciente, fecha y hora de la obtención.
- La muestra deberá entregarse en la unidad de reproducción **antes de transcurridos 45 minutos** desde la obtención del semen. Sin exponerlo a la luz y manteniéndolo tibio en un bolsillo ,sin exponerlo a temperatura ambiente.

Criterios de normalidad en el seminograma. Organización Mundial de la Salud 2010

| | |
|--|--------------------|
| Volumen | 1,5 ml |
| Concentración de espermatozoides | 15 millones/ml |
| Número total de espermatozoides por eyaculado | 39 millones |
| Movilidad total | 40% |
| Movilidad progresiva a los 60 minutos eyacular | 32% |
| Vitalidad | 58% vivos |
| Morfología | 4% formas normales |

Se consideran normales los valores iguales o superiores a las cifras de la tabla, y anormales los valores inferiores.

OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

HISTEROSALPINGOGRAFIA:

Es la forma menos invasiva y más coste-efectiva para evaluar el estado tubárico.

CARIOTIPO:

- Fenotipo sugestivo de cromosomopatía.
- Azoospermia u oligozoospermia grave.
- Más de dos abortos con pareja actual o parejas anteriores.
- Antecedentes familiares de primer grado de cromosomopatías.
- Fracaso reiterado de fecundación in vitro (FIV) o inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), sin causa aparente que lo justifique: fallo de fecundación, desarrollo embrionario anómalo, fallo de implantación.

CRITERIOS DE DERIVACION

MUJER.

- 12 meses de esterilidad en <35 años.
- 6 meses de esterilidad, con alguno de los siguientes factores de riesgo:
 - Edad >35 años.
 - Embarazo ectópico previo.
 - EPI previa.
 - ITS previa.
 - Endometriosis grado I-II.
 - Cirugía abdominal o pélvica con alto riesgo de adherencias.
 - Dolor pélvico crónico no filiado.
 - Endocrinopatía estudiada, tratada y controlada

CRITERIOS DE DERIVACION

MUJER.

Derivamos **SIEMPRE**:

- Trastornos menstruales: amenorrea, ciclos <21 días o >35 días. Con estudios hormonales realizados, y descartando las causas manejables.
- Historia de esterilidad tratada sin éxito mediante técnicas de reproducción asistida.
- Endometriosis grado III-IV.
- Historia de patología genética (con estudio genético realizado)

CRITERIOS DE DERIVACION

HOMBRE :

- Al menos 6 meses de esterilidad con :
- ITS previa.
- Historia de cirugía y/o patología urogenital relevante.
- **Siempre** que existan las siguientes circunstancias:
 - Vasectomía.
 - Cirugía y/o patología urogenital de alto riesgo.
 - Historia de disfunción sexual (con estudio previo).
 - Historia de esterilidad tratada sin Éxito.
 - Historia de patología genética (con estudio genético realizado).
 - Resultados anormales del análisis de semen.
 - Exploración alterada.

MANEJO DESDE ATENCION PRIMARIA

CONSULTA POR INCAPACIDAD PARA CONCEBIR

CRITERIOS DE DERIVACION
ESTERILIDAD FRANCA
ALTO RIESGO DE ESTERILIDAD

NO

SI

Recomendaciones básicas:
Relaciones sexuales cada 2- 3 días.
Controlar tóxicos
Control IMC.
Consulta preconcepcional

Recomendaciones básicas



Serologías de VIH+VHB+VHC



Valoración ovulación



Seminograma

P

N

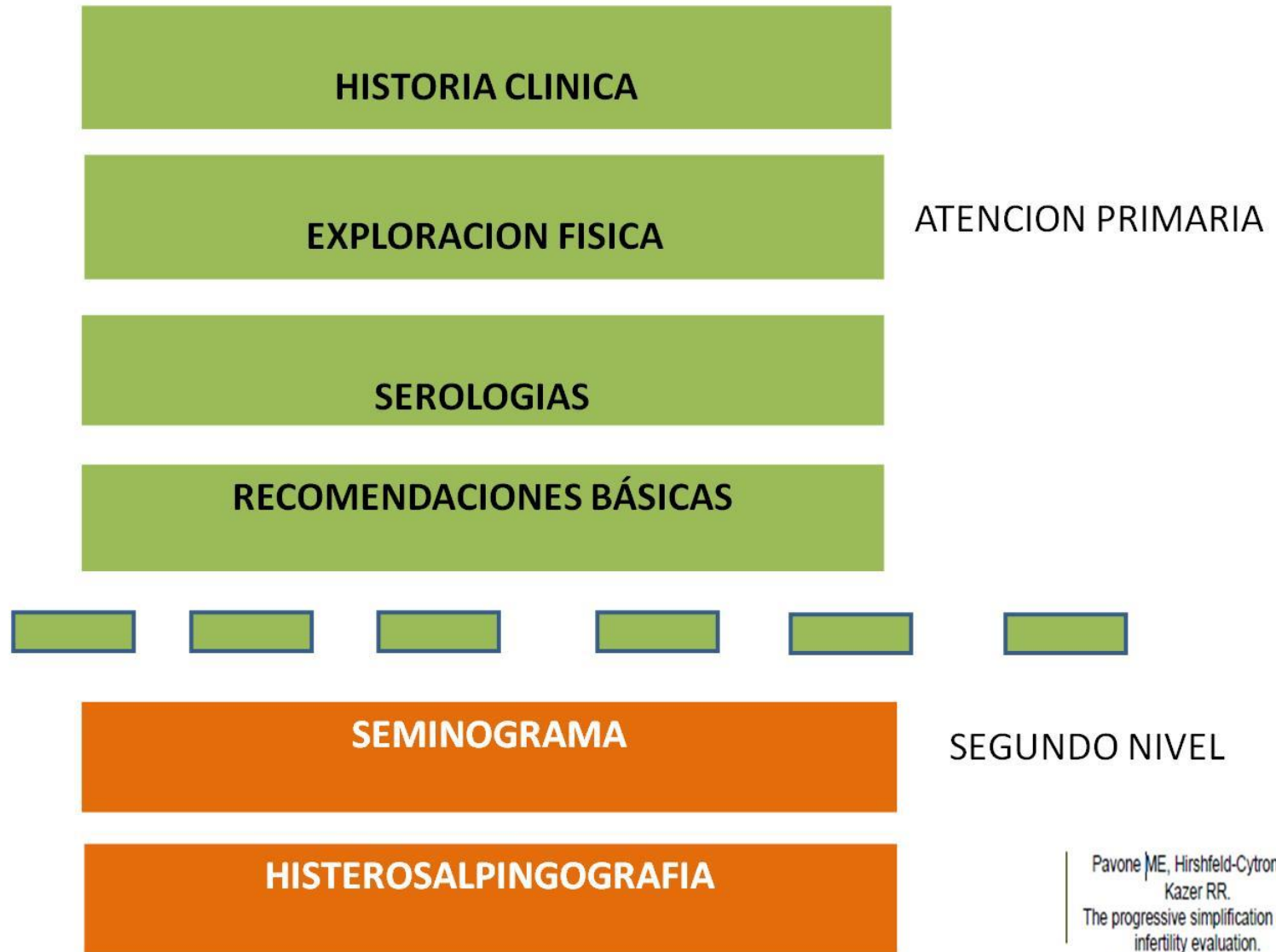
DERIVACION UNIDAD DE
REPRODUCCIÓN.

Oligoamenorrea

FSH,LH y E2 en
2ºa5º día del
ciclo
P en 2ª fase.

Derivación
Ginecología.

ESTERILIDAD SIMPLIFICACION MANEJO



Pavone ME, Hirshfeld-Cytron JE,
Kazer RR.
The progressive simplification of the
infertility evaluation.
Obstet Gynecol Surv. 2011
Jan;66(1):31-41.

CARTERA DE SERVICIOS

- Pueden acceder al Sistema Publico sólo aquellas parejas que sufran un motivo médico de esterilidad.(Modificación de la Ley en Julio/2013)
- Limitación al acceso por edad : **mujeres no mayores de 40 años y hombres no mayores de 55 años.**



INSTRUCCIÓN SOBRE LOS TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA A PRESTAR POR EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.

Madrid, a 11 de febrero de 2016

Esta Instrucción tiene por objeto establecer las pautas de actuación transitoria en la prestación de los tratamientos de reproducción humana asistida, en los Centros del Servicio Madrileño de Salud. Esta prestación está regulada en el *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre 2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, así como su modificación en base a lo dispuesto en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* y la *Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006*.

Instrucción

Por tanto, con carácter transitorio y hasta tanto se materialice su nueva inclusión en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, el Servicio Madrileño de Salud garantizará los tratamientos de reproducción humana asistida a prestar a los usuarios independientemente de la condición sexual y estado civil de los mismos.

TRATAMIENTO EN ATENCION

PRIMARIA

--- Fundamental corregir OBESIDAD Y HABITOS TOXICOS.

--- OBESIDAD:

En el caso de SOP: La perdida de peso:

- Mejora el perfil endocrino y aumento la posibilidad de ovulación y embarazo.
- Normalización de los ciclos menstruales y ovulación con perdidas de un 5- 10% del peso inicial.

Dieta recomendada: baja en calorías con reducción de la toma de hidratos de carbono.

TRATAMIENTO EN ATENCION PRIMARIA

EJERCICIO.

Asociado a la dieta permite una pérdida de peso más mantenida en el tiempo.

Ejercicio físico moderado (caminar 25-30 minutos al día) se ha mostrado eficaz, ya que mejora la sensibilidad a la insulina en el músculo y contribuye a la pérdida de peso

TRATAMIENTO EN ATENCION PRIMARIA

METFORMINA Y SOP

- Aumento de los ciclos menstruales, mejoría de la ovulación y reducción de los niveles de andrógenos circulantes.
- Beneficios metabólicos están aumentados si pérdida de peso.
- Dosis de inicio: medio comprimido diario con alimento y aumento semanal de la dosis hasta dosis máximas de 2550mg/día.
(850mg-1000mg al día dosis más usada)

TRATAMIENTO EN ATENCION PRIMARIA

METFORMINA Y SOP

Efectos secundarios frecuentes: náuseas y diarrea.

Metformina: categoría B, pero desde 1979 se ha utilizado sin que se hayan objetivado malformaciones ni efectos secundarios fetales ni maternos.

Cochrane incluye 46 estudios con un total de 4227 participantes.

Conclusiones: normaliza la menstruación y las tasas de ovulación ,con la mejora de tasas de embarazo y de nacidos vivos cuando es comparada con placebo.

No mejoría en las tasas de aborto.

TRATAMIENTO EN ATENCION PRIMARIA

METFORMINA Y SOP

Estudio escandinavo: 329 mujeres con (1500 mg–2000 mg/day) o placebo durante tres meses antes y durante de un tratamiento de fertilidad y después de 12 semanas después de haber conseguido embarazo.

Las tasas de embarazos aumentaron sobre todo el mujeres obesas.

TRATAMIENTO EN ATENCION PRIMARIA

METFORMINA Y EMBARAZO:

No se han encontrado mejoría en : DM gestacional, HTA y eclampsia con el uso continuado de Metformina en el embarazo, aunque parece que hay una tendencia no significativa hacia reducción de abortos tardíos y en tasas de prematuros.

APOYO PSICOLOGICO

- Debería ser ofrecido a todas las parejas .
- Su situación inicial como las pruebas a las que son sometidos y los fracasos inherentes a las mismas pueden agravarles su estrés.
- El apoyo psicológico puede hacerse en cualquier momento, independientemente del resultado de los procedimientos, y por profesionales que no estén implicados directamente en el tratamiento medico.



INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA

LEGISLACIÓN

- La legislación española tiene establecidas dos prestaciones económicas cuando es necesario el alejamiento de la mujer embarazada de su trabajo:
 1. Cuando existe un riesgo de origen **clínico (RIESGO GENÉRICO)** para un normal desarrollo del embarazo: **INCAPACIDAD TEMPORAL de contingencia COMÚN.**
 2. Existencia de un agente nocivo en el trabajo (**RIESGO ESPECIFICO**) se debe valorar la existencia de **RIESGO DURANTE EL EMBARAZO.**

RIESGOS GENERICOS

Según la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología el embarazo puede conllevar situaciones negativas que lo complican y clasifica a estos riesgos clínicos en:

- Factores socio demográficos
- Antecedentes reproductivos.
- Antecedentes médicos.
- Embarazo actual.

FACTORES SOCIO DEMOGRAFICOS

1. Edad materna <15 o >35 años.
2. Obesidad: $IMC > 29$.
3. Delgadez: $IMC < 20$.
4. Tabaquismo.
5. Alcoholismo.
6. Drogadicción.
7. Nivel socioeconómico bajo.

ANTECEDENTES MÉDICOS

1. Hipertensión Arterial.
2. Diabetes.
3. Enfermedad cardiaca o renal.
4. Endocrinopatías.
5. Enfermedad psiquiátrica.
6. Enfermedad respiratoria crónica.
7. Epilepsia y otras enfermedades neurológicas.



EMBARAZO

1. Hiperémesis gravídica.
2. Eclampsia y preeclampsia.
3. Hidropesía gravídica.
4. Placenta previa y acretismo placentario.
5. Crecimiento intrauterino retardado.
6. Tromboembolismo de la gestación.
7. Embarazo ectópico.



ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS

1. Esterilidad en tratamiento al menos dos años.
2. Abortos de repetición.
3. Antecedente de CIR o parto pretérmino.
4. Anomalías o malformaciones uterinas y/o cervicales.
5. Antecedente de muerte perinatal.
6. Hijo con lesión residual neurológica.
7. Antecedente de nacido con defecto congénito.

INCAPACIDAD LABORAL

Deberá valorarse de forma individualizada:

1. en función del tipo de trabajo,
2. del estado físico y salud de la mujer
3. de la edad gestacional.

El embarazo es un proceso dinámico, deberemos ir valorando a lo largo del tiempo de evolución del mismo y sus posibles complicaciones.

INCAPACIDAD LABORAL

- Se debe evaluar desde la primera visita si el trabajo comporta algún riesgo para el embarazo:
 - -- tipo, lugar y horarios de trabajo.
 - -- tareas realizadas
 - -- estado físico de la mujer
 - -- características ambientales
 - -- materiales que manipulan

SITUACIONES ESPECIALES EN ESTERILIDAD

-PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

A priori no es motivo de baja, salvo que entrañe un riesgo en si misma que requiera reposo.

(amniocentesis)

- Posible situación de ILT en reproducción asistida

(baja laboral de 24- 48h):

➤ Extracción ovocitos.

➤ Transferencia de embriones: si hay informe que lo indique.

SITUACIONES ESPECIALES EN ESTERILIDAD

- En tratamientos fallidos y abortos de repetición valoraremos el estado emocional y físico de nuestras pacientes para valorar una incapacidad laboral.
- Individualizar cada caso, tomar en cuenta información de salud mental y demás profesionales implicados para tomar las decisiones de incapacidad laboral y su duración.



HOJAS INFORMATIVAS PARA PACIENTES.

The screenshot shows a web browser window displaying the website 'Información pacientes' for SOMaMfyc. The browser's address bar shows the URL: <https://gdtmujersomamfyc.wordpress.com/informacion-pacientes/>. The website's navigation menu includes: Quiénes somos, Introducción, Información pacientes (selected), Recursos para profesionales, Recursos usuarias, and GdT Mujer.

The main header features the text 'SALUD, MUJER Y ATENCION PRIMARIA' in pink, followed by the logo 'SOMaMfyc' where 'SOM' is in black and 'aMfyc' is in pink. Below the logo, it reads 'Sociedad Madrileña de Medicina de Familia Comunitaria'.

The main content area is titled 'Información pacientes' and contains the following text: 'Aquí encontrarás los enlaces a nuestras fichas informativas para pacientes. Esperamos que esta información te sea de utilidad, sin embargo debes saber que éstas son orientativas y generales para cualquier mujer. En caso de tener alguna duda, pregunta o aclaración recomendamos que pidas cita en tu Centro de Salud habitual.'

Below this text are four links in red: 'Anticoncepción Hormonal Combinada 2015', 'Anticoncepción Hormonal de Solo Gestágenos 2015', 'Píldora Anticonceptiva de Urgencia 2015', and 'Citología vaginal'.

On the right side of the page, there is a 'PUBLICIDAD INSERTADA EN EL BLOG' section with the text: 'Desde el Grupo de Trabajo de la Mujer, os hacemos saber, que no somos responsables de la publicidad que aparece en nuestro blog'. Below this is a 'CALENDARIO' section showing a calendar for 'octubre 2017' with days of the week (L, M, X, J, V, S, D) and dates from 1 to 29.

The browser's taskbar at the bottom shows several open files: 'salud-mujer3 (1).jpg', 'salud-mujer3.jpg', 'descarga.png', and 'Mujer-simbolo-np.jpg'. The system tray on the right shows the time as 19:35 on Sunday, 01/10/2017.

HOJAS INFORMATIVAS PARA PACIENTES.

- Blog de Atención a la Mujer. SOMAMFYC.
<https://gdtmujersomamfyc.wordpress.com>
- Web de la Sociedad Española de Fertilidad:
<http://www.sefertilidad.net/>
- Sociedad Americana de Médicos de Familia
<http://www.aafp.org/afp/2007/0315/p857.html>).