

2ª edición

# Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria

Guía de práctica clínica



S.A.C.



SOCIEDAD ANDALUZA DE CONTRATACIÓN



# **ANTICONCEPCIÓN Y SALUD SEXUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**Guía de práctica clínica**  
2ª edición

**SAMFyC-SAC-SEMERGEN**

© SAMFyC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria)

Edita: Fundación SAMFyC  
C/ Arriola 4, bajo D  
18001 Granada  
Tel. 958 80 42 01

**2021:** Anticoncepción y Salud Sexual en AP (2ª edición)  
ISBN: 978-84-09-40569-5  
Depósito legal: GR 711-2022  
Reservados todos los derechos  
Maqueta: Juan Francisco González Ibáñez  
Diseño de portada: Juan Julián Quero Perabá  
(*La portada de este libro ha sido diseñada usando recursos de Freepik.com*)  
Imprime: Impresión La Ideal

2014: Anticoncepción y Salud Sexual en AP  
ISBN: 978-84-7989-821-1  
Depósito legal: M-13588-2014

2008: Guía práctica de planificación familiar en AP (2ª edición)  
ISBN: 978-84-691-7222-3  
Depósito legal: M-49510-2008

2004: Guía práctica de planificación familiar en AP  
ISBN: 978-84-8144-272-0  
Depósito legal: GR- 1855-03



# Autores

## **Cristóbal Trillo Fernández**

Médico Especialista en MFyC. Centro de salud Puerta Blanca. Málaga  
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)  
Miembro del Grupo de trabajo Salud Reproductiva de la Mujeres de SAMFyC

## **José Antonio Navarro Martin**

Médico Especialista en MFyC. Centro de salud Arroyo de la Miel. Málaga  
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)  
Miembro del Grupo de trabajo Salud Reproductiva de la Mujeres de SAMFyC

## **María Jesús Alonso Llamazares**

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce  
Sociedad Andaluza de Contracepción (SAC)

## **Salvador Gotor Montoro**

Médico. Centro de salud de Estepona Oeste. Málaga  
Máster en Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva  
Sociedad Andaluza de Contracepción (SAC)

## **María José Tijeras Úbeda**

Médico Especialista en MFyC. Centro de salud Puerta Blanca. Málaga  
Máster Oficial de Sexología  
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)  
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)  
Miembro de los Grupos de Trabajo de Atención a la Mujer y Sexología de SEMERGEN

## **María Cassia Naranjo Ratia**

Médico Especialista en MFyC. UGC Medina. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz La Janda  
Sociedad Andaluza de Contracepción (SAC)





# Índice

PRÓLOGOS .....	07
INTRODUCCIÓN.....	11
<i>(Cristóbal Trillo Fernández)</i>	
EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA .....	13
<i>(Cristóbal Trillo Fernández)</i>	
ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA .....	17
<i>(Cristóbal Trillo Fernández)</i>	
DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER GINECOLÓGICO.....	27
<i>(Cristóbal Trillo Fernández)</i>	
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES.....	33
<i>(Salvador Gotor Montoro)</i>	
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA.....	39
<i>(Salvador Gotor Montoro)</i>	
ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA.....	47
<i>(José Antonio Navarro Martín)</i>	
ANTICONCEPCIÓN HORMONAL CON SOLO GESTÁGENOS .....	73
<i>(Cristóbal Trillo Fernández)</i>	
DISPOSITIVO INTRAUTERINO.....	87
<i>(Cristóbal Trillo Fernández y José Antonio Navarro Martín)</i>	
MÉTODOS DEFINITIVOS .....	101
<i>(Cristóbal Trillo Fernández y José Antonio Navarro Martín)</i>	
ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA.....	105
<i>(M<sup>a</sup> Jesús Alonso Llamazares)</i>	
MANEJO PRÁCTICO DE LA ANTICONCEPCIÓN. CONSEJO CONTRACEPTIVO .....	119
<i>(M<sup>a</sup> Jesús Alonso Llamazares, M<sup>a</sup> Cassia Naranjo Ratia y Salvador Gotor Montoro)</i>	
SALUD SEXUAL: DEFINICIONES Y GENERALIDADES .....	157
<i>(M<sup>a</sup> José Tijeras Úbeda)</i>	
DISFUNCIONALIDAD SEXUAL: CLASIFICACIÓN, EPIDEMIOLOGÍA, EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO.....	179
<i>(M<sup>a</sup> José Tijeras Úbeda)</i>	
INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE LA DISFUNCIONALIDAD SEXUAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA .....	191
<i>(M<sup>a</sup> José Tijeras Úbeda)</i>	
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: CONSEJO Y ASESORAMIENTO EN SITUACIONES ESPECIALES .....	201
<i>(M<sup>a</sup> José Tijeras Úbeda)</i>	
ANEXOS .....	225
BIBLIOGRAFIA .....	243





# Prólogos

La planificación familiar se define como el conjunto de actividades preventivas dirigidas a la población sana que mejora la expectativa de vida de la mujer en edad fértil. Su finalidad es evitar embarazos no deseados, espaciar nacimientos y evitar enfermedades de transmisión sexual. Al mismo tiempo, es un medio eficaz para empoderar a la mujer y a su pareja, confiriéndoles un papel activo en su salud sexual. La cartera de servicios del sistema Sanitario Público Andaluz contempla una atención específica en este sentido que se desarrolla en la Atención Primaria de Salud y que incluye aspectos como información y educación sexual, anticoncepción y anticoncepción de urgencia. En esta tarea, el papel del médico/a de familia es esencial para desarrollar una atención integral e integrada en el campo de la planificación familiar al tiempo que se potencian los derechos de la mujer para cuidar y mejorar su propia salud sexual y reproductiva.

La segunda edición de la Guía Práctica de Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria aporta información útil para la consulta diaria en los centros de salud, añadiendo las últimas evidencias para una correcta actuación ante casos concretos. Se trata de potenciar la indicación y el uso de la anticoncepción hormonal combinada, la anticoncepción hormonal con gestágenos y los dispositivos intrauterinos en la población de mujeres fértiles que lo necesiten. Los médicos/as de familia tienen nuevas metas que conseguir, como es el uso de los anticonceptivos reversibles de larga duración, aún limitada al ámbito hospitalario en muchas zonas, en busca de mejorar la accesibilidad de las mujeres a los mejores métodos anticonceptivos. Esta nueva edición facilitará la adquisición de las competencias y habilidades necesarias para el desarrollo de esta atención específica.

Es preciso agradecer a todos los autores el esfuerzo y la ilusión por actualizar la guía, fruto de una estrecha colaboración entre diferentes sociedades científicas, con un solo objetivo: aportar evidencias y fomentar la buena praxis en la anticoncepción en las consultas de los Centros de Salud.

**Alejandro Pérez Milena**  
Presidente de la SAMFyC  
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Desde la promulgación de la Ley de salud sexual y reproductiva (SSyR), y de IVE en 2010 hasta la actualidad, se ha producido en nuestro país, un desarrollo importante pero muy incompleto de dicha ley. La falta de equidad y de accesibilidad según cada comunidad autónoma está dejando claro, que entre los responsables políticos existen sensibilidades muy distintas, en la puesta en marcha y la financiación de las prestaciones sanitarias en esta materia. Por otra parte, la inclusión de la educación afectivo-sexual en los programas curriculares de las distintas etapas de la formación académica, es en general inexistente, lo que favorece que la información sobre este tema, la obtengan los y las adolescentes en gran medida de las redes sociales y la pornografía. El modelo de conducta sexual que se genera de esta forma entre los/as jóvenes, es violento, cargado de mitos, poco afectivo, y en busca del placer como único fin de las relaciones afectivo-sexuales, lo que entorpece la evolución social hacia la igualdad, y favorece los estereotipos del siglo pasado.

Las sociedades científicas como la SAC, sabemos que dependemos de la sensibilidad de nuestros responsables políticos en lo que afecta a la implementación de la ley, y por tanto, que nuestra aportación en ese aspecto se limita a compartir nuestros conocimientos cuando nos lo solicitan, y por ello entendemos, que la mejor manera de aportar nuestro grano de arena en favor del bienestar de las parejas que demandan anticoncepción, es la formación y actualización de conocimientos de los y las profesionales de todos los estamentos implicados en el asesoramiento anticonceptivo.

Al trabajo cotidiano de los profesionales de la atención primaria que atienden las demandas de anticoncepción, les viene fantásticamente bien disponer de esta guía, porque se trata de dar respuesta al objetivo último de la contracepción que no es otro que, permitir a las mujeres decidir cuando quieren tener sus embarazos, y como evitar las ITS.

Desde la SAC, queremos dar la enhorabuena a las y los profesionales que han actualizado esta segunda edición de la guía, por el gran trabajo realizado para conseguirla.

**Jose Gutiérrez Ales**  
Miembro de la Junta Directiva de la SAC  
Sociedad Andaluza de Contracepción

El asesoramiento, indicación y seguimiento de los diferentes métodos anticonceptivos forma parte de las competencias de los médicos de familia en atención primaria. Esta guía ha sido y es un referente para la actualización del área de la anticoncepción y de la salud sexual para muchos médicos de familia.

La ampliación y las aportaciones de diferentes sociedades científicas es un valor añadido en esta nueva edición.

Este es un documento de gran utilidad práctica que sirve de guía de actuación y de consulta ante las diversas circunstancias en las que se solicita la anticoncepción, que permite la revisión actualizada de la adecuación del método anticonceptivo en función de las características y necesidades de las personas que lo solicitan y que aporta las herramientas para la captación activa de las parejas de riesgo.

En esta edición se amplía el abordaje de la salud sexual de las personas y sus parejas, un motivo de consulta cada vez más frecuente, proponiendo pautas para la promoción de una salud sexual saludable y positiva, y para la actuación ante las disfunciones sexuales más prevalentes.

SEMERGEN Andalucía agradece que se cuente con su participación y aportaciones y avalamos esta Guía como herramienta de consulta básica para el Médico de Familia que esté interesado en formarse en esta área de conocimiento.

***María Rosa Sánchez Pérez***  
Presidenta SEMERGEN Andalucía  
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria



# INTRODUCCIÓN

*Cristóbal Trillo Fernández*

Hace ahora diecisiete años, en el 2004, publicamos nuestra “Guía Práctica de Planificación Familiar en Atención Primaria” con el aval de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). Con ella pretendíamos ofrecer al médico de familia y a otros profesionales implicados en este campo, una herramienta útil y práctica para el asesoramiento, indicación y seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos disponibles.

Cuatro años después, en el 2008, publicamos la segunda edición de la guía, en la que se actualizaban todos aquellos aspectos relativos a la anticoncepción hormonal que fueron surgiendo desde la primera edición del libro y se introducían dos capítulos nuevos. En el primero de ellos, titulado “salud sexual en atención primaria”, tratábamos aspectos prácticos sobre la detección y el abordaje de las disfunciones sexuales más frecuentes. En el segundo, titulado “ecografía en la mujer portadora de DIU”, se describían las imágenes ecográficas del aparato genital femenino antes y después de su inserción.

En 2014 actualizamos los conceptos relativos a la anticoncepción introduciendo puntos de vista nuevos, para lo cual contamos con la colaboración otra sociedad científica referente en este campo, la Sociedad Andaluza de Contracepción (SAC). Su aportación a la guía fue muy importante y dio un valor añadido a la obra. Modificamos el título adaptándonos mejor al contenido: “Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria”.

Tras 7 años en los que hemos comprobado que nuestra guía sigue siendo referente para muchos médicos de familia en el campo de la anticoncepción y salud sexual, hemos decidido realizar una actualización incorporando las novedades aparecidas en este tiempo. En esta ocasión hemos querido realizar un formato más práctico, incorporando un capítulo en el que se aborda la anticoncepción en diversas circunstancias, como la adolescencia, la perimenopausia, el puerperio, en mujeres con riesgo social, en época COVID o con diversas patologías.

En este caso hemos contado con la colaboración de otra sociedad científica, referente en atención primaria, la SEMERGEN, de manera que son ya 3 sociedades científicas las que avalan esta guía.

En los centros de salud se ofrecen a las parejas en edad fértil la información y los medios necesarios para planificar su vida reproductiva. También un conjunto de actividades preventivas y de promoción de la salud como el consejo sexual, las encaminadas a evitar infecciones de transmisión sexual y el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino y de mama.

Pretendemos que el profesional sanitario que atiende las demandas de anticoncepción disponga de una guía donde se reflejen las distintas opciones anticonceptivas, así como aquellas más apropiadas en función de las características de la persona que la demanda. También que disponga de una herramienta útil para el abordaje de la salud sexual de la pareja y para el manejo de las disfunciones sexuales más frecuentes. Contamos también con capítulos complementarios que pueden resultar de utilidad, como la ecografía, la exploración y el diagnóstico precoz del cáncer ginecológicos.

Existen métodos anticonceptivos que precisan la adquisición de una serie de habilidades específicas y que son, desde nuestro punto de vista, accesibles al médico de familia. Nos referimos al dispositivo intrauterino (DIU) y el implante subcutáneo. En el libro se describen de forma práctica las técnicas de inserción y extracción de ambos.

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC - *Long-acting reversible contraceptives*) son el inyectable de medroxiprogesterona, el DIU de cobre, el DIU medicado con Levonorgestrel y el implante subcutáneo. Los tres últimos, son los métodos reversibles que mayor efectividad anticonceptiva han demostrado, por lo que resultan una elección de primera línea cuando queremos asegurar que cumplan su objetivo de evitar la gestación. Para que todas las mujeres que lo deseen puedan utilizarlos, debemos garantizar la accesibilidad y eliminar barreras para su uso. Por este motivo, consideramos que la atención primaria es un escenario apropiado para ofertar los LARC.

Al igual que otras actividades de atención primaria, el programa de anticoncepción y salud sexual puede llevarse a cabo en la consulta a demanda o programada. No es necesaria una consulta específica, aunque ésta será necesaria para determinadas técnicas. Desde la consulta a demanda se puede realizar el consejo contraceptivo, indicar un método anticonceptivo y hacer el seguimiento de este. En ocasiones necesitaremos una consulta programada, por ejemplo, para la inserción o extracción de un DIU o de un implante subcutáneo o para la realización de una ecografía.

Debemos prestar especial atención en la captación activa de las parejas de riesgo, sobre todo en aquellas con antecedentes de interrupción voluntaria de embarazo, bajo nivel sociocultural, alcoholismo u otros hábitos tóxicos, parejas múltiples, etc.

EL PAPPS (2020) recomienda:

- Realizar cribado oportunista sobre anticoncepción anualmente a todas las mujeres en edad fértil, aprovechando cualquier motivo de consulta.
- Ofrecer consejo contraceptivo estructurado incluyendo todos los métodos anticonceptivos y su efectividad en la prevención de embarazos no planificados. Tener en cuenta el riesgo de infecciones de transmisión sexual.
- Informar acerca de la posibilidad de anticoncepción de urgencia en caso necesario.
- Ofrecer la mayoría de los anticonceptivos por médicos de familia a través de la consulta a demanda.
- Ofrecer anticonceptivos reversibles de larga duración (Dispositivo intrauterino e implante subcutáneo) en atención primaria para aumentar su uso.

En cuanto a los métodos hormonales, recomendamos la lectura de las fichas técnicas de cada producto, ya que, aunque hemos realizado un gran esfuerzo en revisar todos los aspectos importantes, existe la posibilidad de error. Igual consideración realizamos para las distintas técnicas descritas en el libro.

Esperamos que esta edición de nuestra guía sea de utilidad para aquellos profesionales interesados en este tema.

Agradecemos a las sociedades científicas SAMFyC, SAC y SEMERGEN su aportación a través de los profesionales que participamos en la elaboración de esta guía, así como su aval científico.

# EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA

*Cristóbal Trillo Fernández*

## PUNTOS CLAVE

- ▣ Para la prescripción de la mayoría de los anticonceptivos, generalmente es suficiente con una anamnesis detallada y con la toma de la tensión arterial en el caso de la anticoncepción hormonal combinada y en el inyectable con gestágenos.
- ▣ La exploración ginecológica es necesaria para valorar la posición del útero antes de insertar un dispositivo intrauterino (DIU) si no disponemos de ecógrafo. También puede ser necesaria ante la presencia de clínica ginecológica.
- ▣ En el caso de que sea necesaria la toma de una citología cervicovaginal, ésta debe ser previa a cualquier manipulación de la vagina y del cérvix.
- ▣ La exploración mamaria se realiza por cuadrantes ante cualquier alteración que nos refiera la mujer.

Para la prescripción de métodos anticonceptivos y en la evaluación de la salud sexual, raramente es necesaria la exploración ginecológica. Habitualmente es suficiente con una buena historia clínica y, en ocasiones, con una exploración básica. Para la prescripción de anticonceptivos hormonales combinados y del inyectable de gestágeno es necesaria la toma de la tensión arterial.

La exploración ginecológica puede ser necesaria para la evaluación de determinados síntomas y previa a la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) cuando no disponemos de ecografía.

De los datos de la anamnesis se puede derivar la petición de alguna prueba complementaria, como por ejemplo la realización de una citología cervicovaginal si está indicada en función de las recomendaciones de screening que se expondrán en el capítulo de diagnóstico precoz del cáncer, la toma de un exudado endocervical en caso de riesgo de ITS antes de la inserción de un DIU, el estudio de la coagulación en mujeres con antecedentes personales o familiares de tromboembolismo antes de la prescripción de anticonceptivos hormonales combinados, etc.

La exploración ginecológica debe iniciarse por la observación de la vulva y del introito, intentando distinguir anomalías anatómicas, tumorales o de coloración y observando el aspecto del flujo vaginal.

A través del introito pueden detectarse posibles prolapsos de la mucosa vaginal o del útero. En ocasiones indicaremos a la mujer que aumente la presión abdominal para visualizar dichos prolapsos (uterino, vesical o rectal).

Tras la inspección de los genitales externos, podemos acceder a la vagina y al cuello uterino mediante la introducción de un espéculo vaginal. La mujer debe estar lo más relajada posible para facilitar la penetración del espéculo.

El espéculo vaginal es un instrumento metálico o de plástico que separa las paredes vaginales y nos permite el acceso al cuello uterino. Debe introducirse con cuidado en la vagina en sentido sagital y girarse a la posición transversal conforme vamos avanzando hacia el interior (figuras 1 y 2). La introducción del espéculo puede facilitarse si indicamos a la mujer que aumente la presión abdominal. En ocasiones necesitaremos lubricar el espéculo con agua o con suero fisiológico; no debemos utilizar otro tipo de lubricante si vamos a realizar una citología, ya que se podría alterar el resultado de esta.



Figura 1



Figura 2

Habitualmente se utiliza un espéculo desechable de plástico transparente, lo que nos facilita la visualización de las paredes vaginales y del cuello uterino antes de la apertura de las palas, lo que nos permite la apertura del espéculo en el fondo de la vagina haciendo que aparezca el cérvix entre sus palas; con ello evitamos que éste sangre al presionarlo con el espéculo. A veces la visualización del cuello uterino antes de la apertura de las palas del espéculo no es posible, resultando más dificultosa su localización. En estos casos, para localizarlo, movilizaremos el espéculo hacia atrás cuando el útero está en anteversión o hacia adelante si está en retroversión. Una vez abierto, debemos movilizar el espéculo para conseguir visualizar bien las paredes vaginales, los fondos de saco y el cuello uterino.

En el cuello uterino puede apreciarse la diferencia de coloración de los distintos epitelios: el endocérvix de color rojo y el exocérvix de color más pálido, así como zonas de ectopia cervical (zonas de epitelio rojo localizado en el exocérvix). Esta ectopia no tiene ninguna significación patológica, siendo habitual en mujeres sexualmente activas.

En ocasiones visualizamos los denominados huevos o quistes de Naboth, que tampoco tienen significación patológica. Las glándulas de Naboth, localizadas en el canal cervical, pueden migrar al exocérvix en el proceso de ectopia descrito anteriormente y cubrirse de epitelio escamoso en un proceso normal llamado metaplasia.

Estas glándulas pueden llenarse de secreciones. A medida que se acumulan las secreciones, se forma una protuberancia lisa y redonda, justo por debajo de la superficie del cuello uterino, que puede crecer lo suficiente como para observarse durante un examen. Cada quiste aparece como una elevación blanca y pequeña, parecida a una espinilla, que puede aparecer sola o en grupo.

La presencia de flujo vaginal anormal o en cantidad excesiva, aconseja proceder a la toma de muestras de éste, que puede observarse en fresco en caso de disponer de microscopio, o bien ser remitido al laboratorio de microbiología. Si sospechamos una cervicitis, la muestra será recogida del canal endocervical.

En determinadas circunstancias puede ser necesaria la palpación bimanual para valorar la cavidad uterina y los anejos. Para realizarla separamos los labios menores e introducimos los dedos índice y medio de la mano derecha en la cavidad vaginal (figura 3). Después colocaremos la mano izquierda en la zona inferior del abdomen de la mujer, indicándole que relaje la pared abdominal, y presionaremos suavemente con los dedos hasta que entre éstos y los introducidos en la vagina localicemos la cavidad uterina (figuras 4 y 5). Posteriormente moveremos ambas manos a ambos lados del útero para valorar los anejos uterinos.



Figura 3



Figura 4



Figura 5

Al iniciar la exploración es conveniente tranquilizar a la mujer y explicarle en que consiste y para que se realiza. La introducción de los dedos en la vagina debe ser muy cuidadosa y la presión en el hipogastrio suave para evitar el dolor que haría contraerse a la paciente y dificultar la exploración.

El tacto bimanual nos informa sobre el tamaño y la posición uterina, así como de su consistencia y la posible presencia de tumoraciones. Pueden palparse los anejos, orientándonos sobre la presencia de tumoraciones o procesos inflamatorios. El dolor ocasionado durante la exploración nos puede aportar datos en caso de sospecha de patologías como el embarazo ectópico, la salpingitis o la endometriosis.

En el caso de que sea necesaria la toma de una citología cervical, ésta debe ser previa a cualquier manipulación de la vagina y del cuello uterino, es decir, la citología debe realizarse antes que la exploración ginecológica.

La exploración mamaria se realizará cuando la mujer nos informa de alguna alteración en las mamas. Se efectúa por cuadrantes para evitar que olvidemos palpar parte de la mama. Tras la inspección para valorar asimetrías u otras alteraciones, se realizará palpación, suavemente y con firmeza, girando los dedos en sentido horario o antihorario, intentando aumentar al máximo la superficie de contacto (figura 6). Tras la palpación de cuadrantes y zonas areolares debemos exprimir los pezones para observar la salida de líquido (y en su caso ver sus características) (figura 7). También debemos explorar las axilas en busca de adenopatías, especialmente si hemos detectado alguna alteración en la mama.



Figura 6



Figura 7

# ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA

*Cristóbal Trillo Fernández*

## PUNTOS CLAVE

- ▣ La ecografía es útil antes de la inserción del DIU y en el seguimiento de la mujer tras su inserción, aunque no es imprescindible.
- ▣ La ecografía abdominal es de elección, aunque podemos utilizar la ecografía vaginal en caso de no visualizar adecuadamente el útero antes de la inserción o en mujeres obesas o con el útero en retroversión en las que no visualizamos correctamente el DIU una vez inserto.
- ▣ Cuando vamos a realizar una ecografía abdominal recomendaremos a la mujer que acuda con la vejiga llena; la vejiga debe estar vacía en el caso de la ecografía vaginal.
- ▣ Realizaremos cortes transversales y longitudinales para determinar la posición del DIU dentro de la cavidad uterina.
- ▣ Se considera que el DIU está bien situado siempre que esté centrado en la cavidad uterina y no contacte con el orificio cervical.
- ▣ Debemos tener en cuenta que las características ecográficas del endometrio y de los ovarios varían a lo largo del ciclo menstrual y en función de la edad y la paridad.

## ▣ INTRODUCCIÓN

Para la exploración ecográfica ginecológica podemos utilizar el abordaje abdominal o el vaginal. La vía abdominal permite valorar las relaciones anatómicas de los órganos pélvicos entre sí. Puede utilizarse de forma aislada o, si disponemos de ella, antes de realizar una ecografía vaginal para tener una visión global previa de los órganos pélvicos.

En líneas generales, para la valoración de la mujer portadora de DIU es suficiente con la ecografía abdominal, aunque podemos utilizar la ecografía vaginal en caso de no visualizar adecuadamente el útero antes de la inserción o en mujeres obesas o con el útero en retroversión en las que no visualizamos correctamente el DIU una vez inserto.

En cuanto al tipo de sonda, en la ecografía pélvica abdominal suele utilizarse un transductor de entre 3,5 y 5 MHz (Figura 1) y en la vaginal de entre 5 y 7,5 MHz (Figura 2).



Figura 1



Figura 2

El transductor interpreta la velocidad y la proporción de regreso de las ondas sonoras y lo refleja en distintos grados de ecogenicidad. La ausencia de ecogenicidad se ve ecográficamente como una imagen negra, mientras la máxima ecogenicidad (rebote de todos los ultrasonidos) se traduce en una imagen blanca; entre ambos extremos encontramos las diversas tonalidades de grises.

El líquido es atravesado fácilmente por los ultrasonidos, permitiendo y facilitando la visualización de estructuras que se encuentran detrás de él. Por el contrario, el aire hace que los ultrasonidos reboten (igual que ocurre con las estructuras óseas), impidiendo que se visualice aquello que se encuentra por detrás.

En la ecografía ginecológica debemos tener en cuenta que existen variaciones normales en la localización y morfología del útero y los ovarios, que durante el ciclo menstrual se producen cambios que debemos conocer para diferenciar aquello que es normal de lo patológico y que la edad y la paridad influyen en las imágenes que vamos a obtener.

## ▣ ECOGRAFÍA ABDOMINAL

La mujer se colocará en decúbito supino en la camilla de exploración. Debe acudir con la vejiga llena, para evitar que se interponga aire entre el transductor y las estructuras que queremos visualizar, con lo que ésta servirá de ventana acústica para la visualización del aparato genital femenino situado tras ella; esto es especialmente importante cuando el útero se encuentra en retroversión.

Debemos poner material conductor oleoso entre la sonda y la piel de la paciente para evitar la interposición de aire entre ambos. Realizaremos cortes horizontales y transversales; para ello presionaremos con suavidad por encima de la sínfisis del pubis buscando el útero y los ovarios bajo ésta (Figuras 3 y 4); si el útero es grande, su parte superior rebasará la línea del pubis.



Figura 3



Figura 4

El útero aparecerá bajo el plano muscular cuando se encuentra en anteversión (Figura 5); si se encuentra en retroversión, podremos verlo a través de la vejiga (Figura 6).

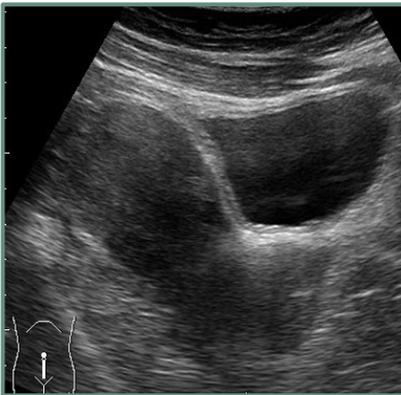


Figura 5



Figura 6

Los ovarios son más difíciles de visualizar con la ecografía abdominal. Podemos observarlos de forma contralateral, atravesando diagonalmente la vejiga (Figura 7). Una referencia para la localización del ovario es el latido de los vasos ilíacos internos que se sitúan por detrás. En la figura 8 observamos un folículo dominante preovulatorio.

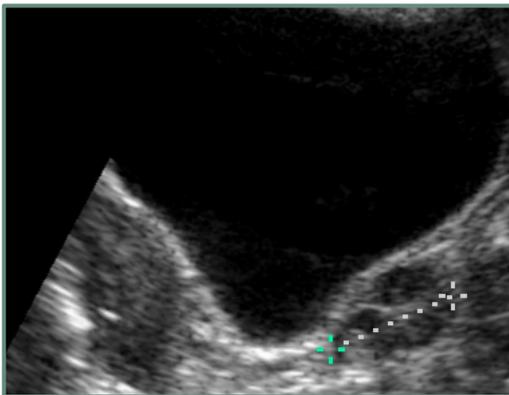


Figura 7



Figura 8

## ▣ ECOGRAFÍA VAGINAL

Con ella obtenemos imágenes mucho mejores del útero y de los ovarios (Figuras 9 y 10). La vejiga urinaria debe estar vacía. La mujer se situará en la mesa de exploración ginecológica con las caderas en abducción y semiflexión y las rodillas semiflexionadas. El gel oleoso debe interponerse entre el transductor y la funda protectora y entre ésta y la mucosa vaginal. Una vez introducida la sonda en la vagina, buscaremos el útero dirigiéndola hacia delante, longitudinalmente o hacia atrás en función de si el útero está en anteversión, posición neutra o retroversión; los ovarios solemos encontrarlos a ambos lados del cuerpo uterino. Cuando el útero está en retroversión y retroflexión giraremos la sonda 180° para su correcta visualización.

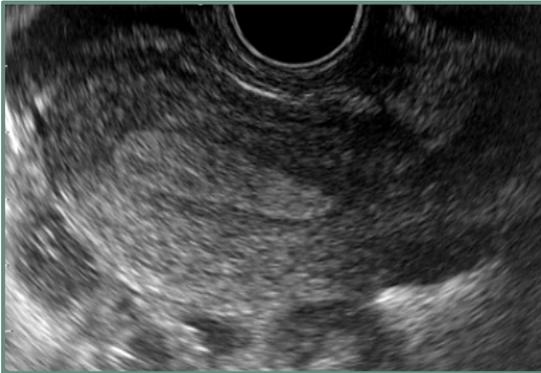


Figura 9

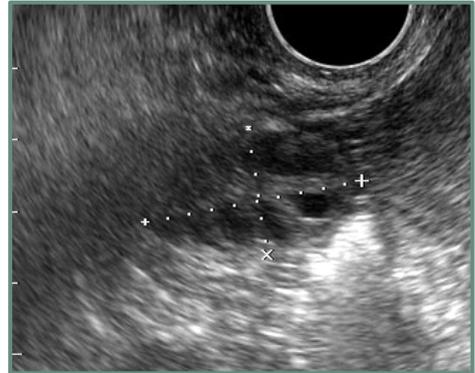


Figura 10

## ▣ HALLAZGOS ECOGRÁFICOS NORMALES

1. **Vejiga urinaria:** su situación es anterior al útero y la vagina, sirviendo de ventana acústica en la ecografía por vía abdominal cuando se encuentra llena (Figuras 11 y 12).

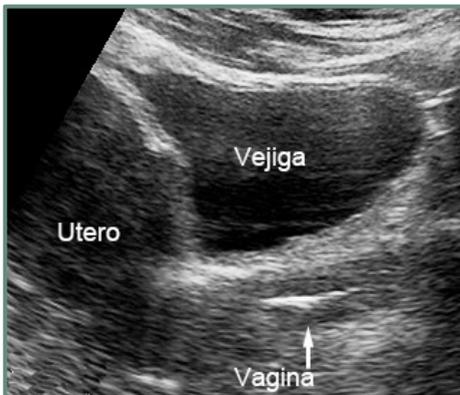


Figura 11

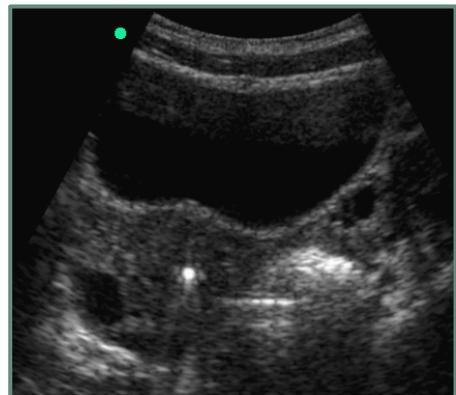


Figura 12

2. **Vagina:** se observa en el corte longitudinal de forma típica con una línea central de mayor ecogenicidad que corresponde a sus paredes en contacto (Figura 11).

3. **Fondo de saco de Douglas:** es un receso peritoneal situado entre el útero y el recto; es el punto más declive del abdomen en la mujer en decúbito supino, lo cual es importante a la hora de detectar líquido libre intraperitoneal (Figuras 13 y 14).



Figura 13



Figura 14

4. **Útero:** su situación es variable. Es un órgano medial, pero que puede encontrarse lateralizado. Puede encontrarse en anteversión, posición neutra o en retroversión; además podemos encontrarlo en anteflexión (Figura 15) o en retroflexión en función del ángulo formado entre el cuello y el cuerpo uterino. Tras visualizar el útero con el corte longitudinal, lo haremos con un corte transversal. Cuando el útero está en anteversión y anteflexión podemos observar en este corte cuerpo y cuello uterino (Figura 16).

La forma del útero es alargada, con mayor prominencia del cuerpo y del fondo que del cérvix en la edad adulta. Sus medidas normales son aproximadamente de 8 cm de eje longitudinal, 5 cm de eje transversal y 3 cm de eje anteroposterior, si bien estas medidas son variables y aumentan tras los partos. Si el útero tiene una ecogenicidad normal y el resto de parámetros uterinos son normales, su tamaño por sí solo no indica una anomalía.



Figura 15



Figura 16

5. **Ovarios:** se localizan laterales al cuerpo del útero y están limitados anteriormente por los vasos ilíacos externos y posteriormente por los vasos ilíacos internos y los uréteres, aunque dicha localización no es constante. Cuando el útero está en retroversión los ovarios aparecen más superiores sobre el fondo uterino. Tienen forma elíptica o triangular, con un diámetro mayor de 2,5 a 5 cm. Su ecogenicidad es homogéneamente baja y, en las mujeres en edad fértil, suelen contener folículos ováricos, que cambian a lo largo del ciclo menstrual. Así, tras la menstruación, comienzan a proliferar de 4 a 6 folículos debido al aumento de la FSH, dando lugar a estructuras quísticas de 3 a 7 mm (Figura 17). La selección del folículo dominante se produce hacia el 5<sup>o</sup>-7<sup>o</sup> día, aunque ecográficamente se reconoce más tarde por una aceleración en su curva de crecimiento. A partir de los 10 mm, el folículo dominante toma el control del ciclo mientras el resto se atrofian. El tamaño del folículo preovulatorio oscila entre 18 y 26 mm (Figura 18), con una media de 22 mm.

En la segunda mitad del ciclo, el estímulo del pico de LH provoca la ruptura del folículo, liberando el ovocito maduro y una pequeña cantidad de líquido, que a veces puede observarse en el fondo de saco de Douglas, transformándose en el cuerpo lúteo.



Figura 17

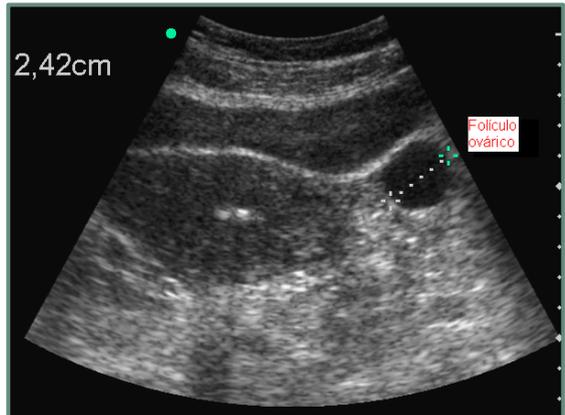


Figura 18

## ▣ USO DE LA ECOGRAFÍA EN MUJERES CON DIU

Podemos realizar una ecografía (abdominal y/o vaginal) antes de la inserción del DIU para descartar contraindicaciones (como por ejemplo la presencia de un mioma que distorsione la cavidad uterina, de un útero bicorne, etc.) y para visualizar la posición del útero (ante/retroversión, ante/retroflexión, lateralización), aunque no es imprescindible, ya que la mayoría de las mujeres refieren ecografías previas sin alteraciones anatómicas y la posición uterina se puede determinar con precisión mediante la palpación bimanual. En cuanto a la existencia de un tabique uterino, de sinequias, de miomas submucosos o de otras alteraciones, podrán ser sospechados a la hora de realizar la histerometría previa a la inserción.

Los controles tras la inserción se pueden realizar también mediante ecografía, aunque si no disponemos de ella, también podemos valorar la posición del DIU mediante la visualización de los hilos que asoman por el orificio cervical externo. Algunos autores recomiendan realizar sistemáticamente una ecografía después de la siguiente menstruación tras la inserción y después anualmente, siempre y cuando exista disponibilidad de esta técnica.

El cobre es muy ecogénico, por lo que la zona del DIU que lo contiene (vástago central) se visualiza ecográficamente como una imagen blanca.

En el corte transversal observaremos una imagen puntiforme redondeada hiperecogénica; debemos valorar que esté centrada dentro del útero, en la zona que corresponde al endometrio.

En el corte longitudinal veremos una imagen alargada hiperecogénica en la cavidad uterina que corresponde al vástago central del DIU recubierto de cobre; podemos valorar la posición del DIU en su interior.

Tras la inserción, en la mayoría de las ocasiones es suficiente con la realización de una ecografía por vía abdominal. Normalmente realizamos dos cortes (Figura 19), uno longitudinal en el que apreciamos el DIU a lo largo de la cavidad uterina y otro transversal en el que lo apreciamos como un punto hiperecogénico centrado en la cavidad uterina (DIU de cobre).

En el corte transversal a veces visualizamos la forma del DIU; esto ocurre cuando abordamos el útero de fondo a cérvix (Figura 20).



Figura 19

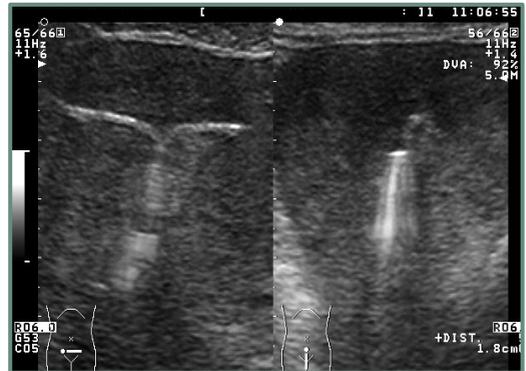


Figura 20

Antiguamente se consideraba ecográficamente que un DIU estaba normalmente inserto si la distancia entre el extremo distal del DIU y la parte externa del fondo uterino es inferior a 25 mm, considerándose que si esta distancia es mayor nos encontramos ante un DIU "descendido". Este planteamiento no se sigue en la actualidad, ya que el DIU ejerce su efecto contraceptivo independientemente de su posición dentro de la cavidad uterina, por lo que solo se plantearía un cambio del dispositivo si éste está en contacto con el orificio cervical interno (Figura 21) y produce síntomas (dolor, spotting) o se encuentra en el canal cervical (Figura 22), ya que en este caso disminuye su eficacia y existe la posibilidad de expulsión.

En las figuras 23, 24, 25 y 26 se muestran imágenes ecográficas de mujeres portadoras de DIU obtenidas por vía abdominal.

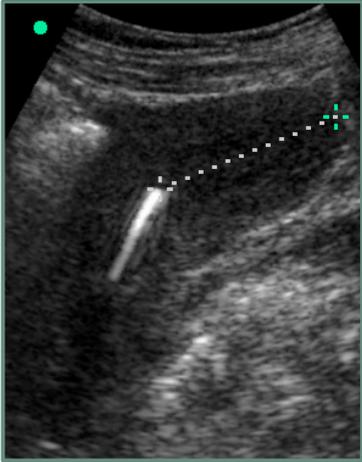


Figura 21

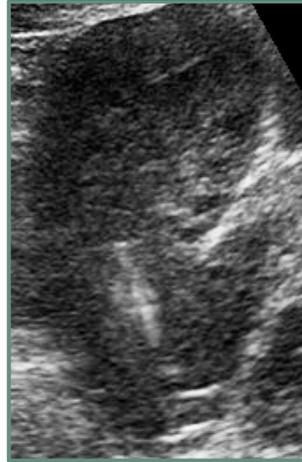


Figura 22



Figura 23

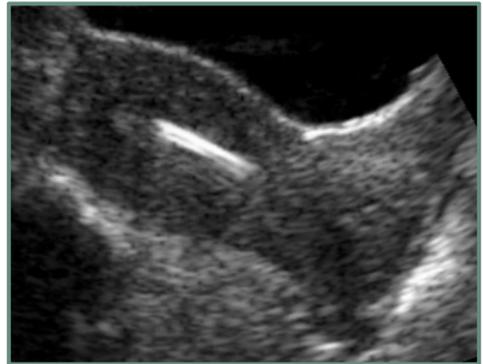


Figura 24

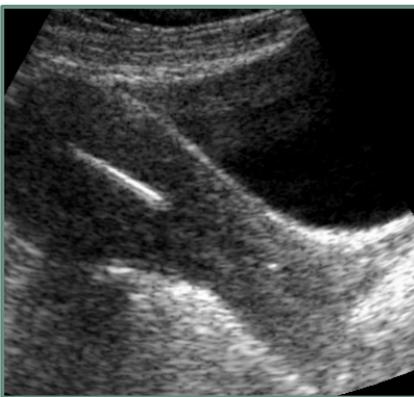


Figura 25



Figura 26

En ocasiones podemos encontrar hallazgos patológicos durante la exploración ecográfica, como se aprecia en las figuras 27 y 28, donde podemos observar la presencia de quistes foliculares.

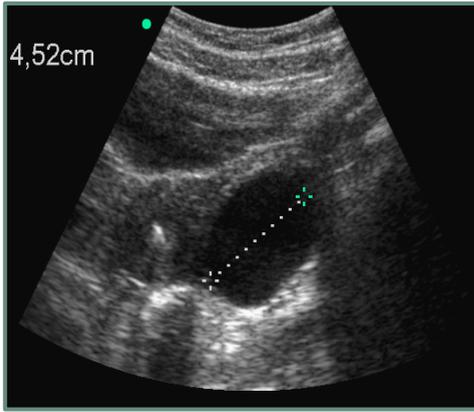


Figura 27

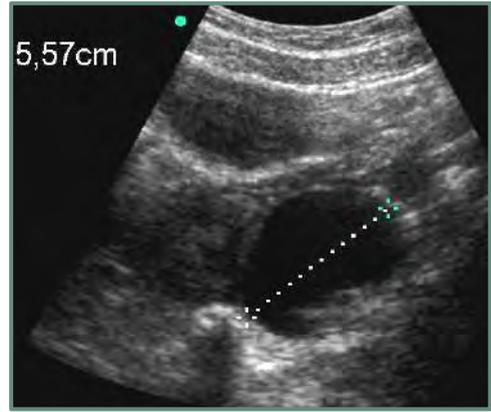


Figura 28

A veces tenemos que recurrir a la ecografía vaginal para valoración del DIU (mujeres muy obesas, útero en retroversión con vejiga vacía, etc.) (Figuras 29, 30, 31 y 32).



Figura 29

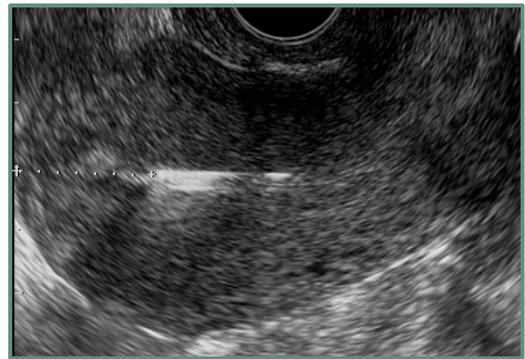


Figura 30



Figura 31



Figura 32

La visualización de los DIUs hormonales es diferente. Normalmente los identificamos por la sombra ecográfica que producen (Figuras 33 y 34). En estos casos habitualmente tenemos que recurrir a la ecografía vaginal.



Figura 33



Figura 34

# DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER GINECOLÓGICO

*Cristóbal Trillo Fernández*

## PUNTOS CLAVE

- ▣ El diagnóstico precoz del cáncer ginecológico se realiza mediante la citología cervicovaginal y/o detección del VHP, la exploración mamaria y la mamografía.
- ▣ La principal causa en la etiología y el desarrollo del cáncer de cérvix es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), siendo una causa necesaria, aunque no suficiente.
- ▣ La infección por el VPH es una de las ITS más frecuentes, siendo habitualmente asintomática y transitoria.
- ▣ La citología convencional basada en el test de Papanicolaou se utiliza como método de screening del cáncer de cuello de útero.
- ▣ El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres.
- ▣ No existe evidencia de que la exploración mamaria realizada por un profesional o por la mujer (autoexploración) deba realizarse como screening del cáncer de mama.
- ▣ En Andalucía, de forma general, se recomienda la realización de mamografías cada 2 años a toda la población femenina de entre 50 y 69 años.

## ▣ CÁNCER DE CÉRVIX

El cribado de cáncer de cérvix puede realizarse mediante la citología cervicovaginal o mediante la detección de VHP.

Actualmente el cribado en España es oportunista. En julio de 2019 entró en vigor la orden de actualización de la cartera de servicios de la sanidad pública del Sistema Nacional de Salud que obliga a las Comunidades Autónomas a implantar el cribado de cáncer de cérvix antes del 2024, invitando por carta a todas las mujeres de entre 25 y 64 años a realizárselo.

En comparación con otros países del mundo, la incidencia y la mortalidad por cáncer de cérvix en España es una de las más bajas (PAPPS 2020). En 2018 se diagnosticaron en nuestro país 1942 casos. La supervivencia al año es del 85.9%, y a los 5 años del 63.9%. En el 80% de los casos son de tipo escamoso y el resto corresponden a adenocarcinomas.

La principal causa en la etiología y el desarrollo del cáncer de cérvix para ambos tipos de cáncer es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), siendo una causa necesaria, aunque no suficiente.

El contacto sexual es un requisito para la infección por VPH en el tracto genital. Asimismo, se han establecido diversos factores asociados con un mayor riesgo: inicio temprano relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, pareja sexual de alto riesgo, antecedentes de ITS, inmunosupresión (portadora de VIH, tratamiento inmunosupresor), nivel socioeconómico bajo, raza (mujeres negras no hispanas), anticonceptivos orales, tabaco (carcinoma de células escamosas), historia familiar y diversos polimorfismos.

La infección por el VPH es una de las ITS más frecuentes, siendo habitualmente asintomática y transitoria, desapareciendo a los 12-24 meses en el 80- 90% de los casos.

La infección persistente por VPH puede progresar a cáncer de cérvix, en un proceso que habitualmente se prolonga durante 10- 15 años, lo que permite la identificación y el tratamiento de las lesiones precursoras mediante el screening del cáncer de cérvix. Determinados genotipos se consideran de alto riesgo. Así, los genotipos 16 y 18 del VPH son responsables del 70% de los casos de cáncer de cérvix.

La persistencia es más común si intervienen otros cofactores como el tabaco, la multiparidad, el uso prolongado de anticonceptivos orales, la historia de infecciones de transmisión sexual o la inmunosupresión.

La vacunación frente al VPH es la forma más eficaz de prevenir el cáncer de cérvix. Actualmente existen tres vacunas comercializadas en España, una bivalente, otra tetravalente y otra nonavalente. La edad óptima para iniciar la vacunación es antes del inicio de las relaciones sexuales. En el calendario vacunal de Andalucía se recomienda su administración a los 12 años. Se administrará también a mujeres de entre 13 y 18 años a las que, por cualquier motivo, no se haya vacunado a los 12 años.

En el caso de mujeres con lesiones cervicales por VPH no vacunadas, puede ofrecérsele la vacunación, cuando persiste el riesgo de ITS, ya que reduce el riesgo de segundas lesiones.

El PAPPS (2020) realiza las siguientes recomendaciones:

- Los profesionales de atención primaria deben proporcionar consejo sobre protección en los contactos sexuales.
- En mujeres menores de 25 años no se recomienda el cribado.
- En mujeres asintomáticas de 25 a 35 años, se recomienda la citología de cribado cada tres años.
- En mujeres asintomáticas de 35 a 65 años se recomienda la prueba de VPH cada cinco años o la citología de cribado cada tres años.
- El cribado se finalizará a los 65 años, siempre que exista un cribado previo adecuado y negativo (10 años) y no haya antecedentes de CIN o CCU (20 años).
- No se realizará cribado en mujeres que no han tenido relaciones sexuales ni en mujeres que han tenido una histerectomía con extirpación del cuello de útero.

Los profesionales de atención primaria tienen que realizar una búsqueda activa dirigida a aumentar la participación de la población diana, con especial énfasis en la población con mayor riesgo.

En el proceso actual de cáncer de cérvix de Servicio Andaluz de Salud recomienda la realización de citología a mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años:

- Mujeres sin factores de riesgo: citología anual; tras dos citologías normales continuar con citología cada 3 años.
- Mujeres con factores de riesgo: citología anual.
- En mujeres mayores de 65 años recomienda finalizar el cribado tras dos citologías consecutivas normales.

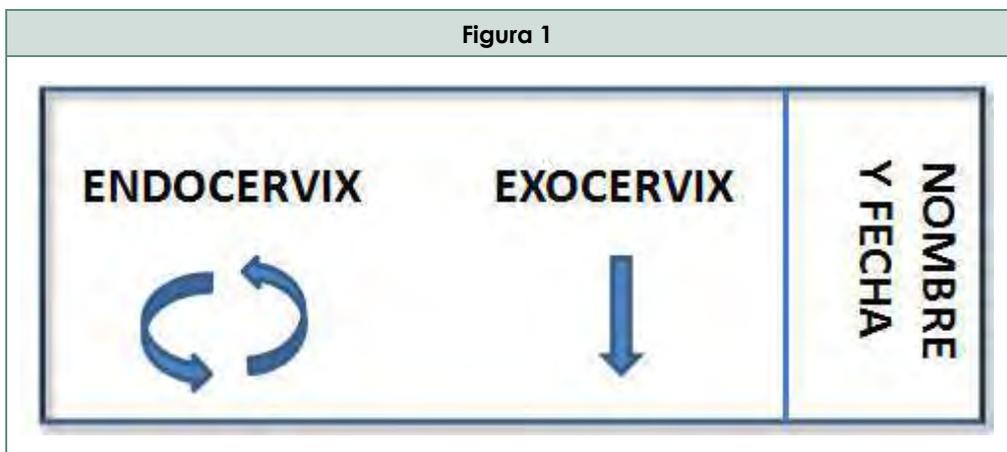
En relación con los factores de riesgo descritos anteriormente, la mayoría de los autores no recomiendan un aumento de la frecuencia del cribado en las mujeres que utilizan la anticoncepción hormonal durante más de 5 años o en fumadoras, cuando no tienen otros factores de riesgo.

La citología convencional basada en el test de Papanicolaou se utiliza como método de screening del cáncer de cuello de útero. La técnica que se emplea actualmente en nuestro ámbito consiste en una doble toma: exocérvis y endocérvis. En algunos sitios se sigue recogiendo muestra del fondo de saco vaginal (triple toma).

Para la toma de la muestra, antes de la manipulación de la zona (por ejemplo, para una exploración genital), introduciremos el espéculo con cuidado para evitar micro traumatismos y sangrados. En caso de sequedad vaginal podemos humedecer el espéculo con suero fisiológico, evitando el uso de lubricantes, ya que éstos pueden alterar el resultado de la citología. El momento de la toma puede ser cualquier día del ciclo excepto cuando la mujer está con la menstruación, ya que el sangrado dificultaría la interpretación de la citología.

Si la mujer presenta una infección vaginal o cervical deberíamos tratarla previamente, aunque si la sospechamos en el momento de la exploración podemos realizar la toma de la muestra especificando los hallazgos en la hoja de petición. En este caso deberíamos tomar simultáneamente otra muestra para el diagnóstico microbiológico de la infección.

Para la toma del exocérvis se utiliza una espátula de madera o plástico; para la toma del canal endocervical utilizaremos un bastoncillo de algodón o, preferiblemente, un cepillo endocervical. Es importante que sigamos una adecuada sistemática en la toma de la muestra y en la extensión sobre el portaobjetos (Figura 1).

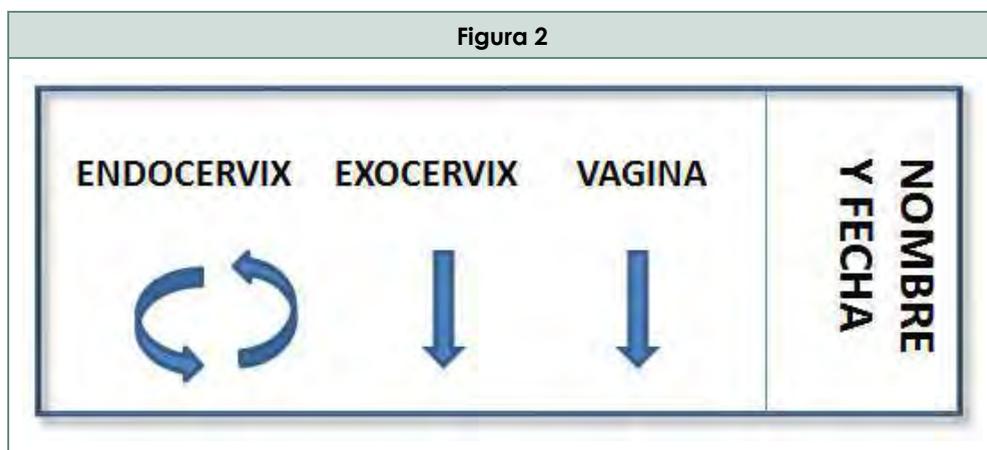


En la parte esmerilada de éste escribiremos el nombre de la mujer y la fecha.

Extenderemos junto a la parte esmerilada y de forma transversal (de arriba abajo) la muestra obtenida del exocervix asegurándonos de haber recorrido con la espátula todo el perímetro cervical.

La muestra del canal endocervical se toma rotando sobre su eje el cepillo que se ha introducido en él y se extiende en el extremo distal del cristal mediante movimientos circulares.

En caso de realizar triple toma, la muestra del fondo de saco vaginal posterior se extiende de forma transversal a continuación del nombre de la paciente (Figura 2). La muestra se toma con el otro extremo de la espátula de madera o de plástico.



A continuación, procedemos a fijar la muestra mediante un fijador citológico y la remitiremos al servicio de anatomía patológica bien resguardada en cartera portaobjetos.

Para la detección del VHP se procede de igual forma introduciendo el espéculo en la vagina en busca del cérvix. Una vez expuesto, se introduce en el canal un cepillo endocervical, rotándolo varias veces para recoger la muestra, introduciéndolo posteriormente en el tubo colector para enviar la muestra al laboratorio, donde se busca la detección del ADN del VHP mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Tanto cuando se toma la muestra de citología cervicovaginal, como la de detección de VHP, en la hoja de petición especificaremos los datos de filiación de la paciente (incluyendo el teléfono), su edad, la fecha de la última menstruación (o el día del ciclo), la fórmula obstétrica, los hallazgos de la exploración y la presencia o no de síntomas locales. El informe citológico debe de incluir la calidad de la muestra y la interpretación del resultado.

Debemos disponer de un sistema de registro, manual o informatizado, que nos asegure que se reciben y se revisan todas las citologías realizadas.

## ■ CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres. En 2018 se diagnosticaron en España 32825 casos. En los últimos años se ha observado una disminución de la mortalidad por esta causa, posiblemente en relación con un diagnóstico más precoz de la enfermedad, la introducción de nuevos tratamientos y una mejor organización de los servicios sanitarios en relación con el diagnóstico y el tratamiento. La supervivencia al año es del 95.1%, y a los 5 años del 82.8%.

Un 85% de los cánceres de mama ocurre en las mujeres mayores de 50 años. Son factores predisponentes: uso de radiaciones ionizantes, consumo de alcohol y tabaco, menarquia precoz, menopausia tardía, tener el primer hijo a edad avanzada, nuliparidad, no lactancia materna, uso prolongado de la terapia hormonal (combinación de estrógeno y gestágeno), antecedentes personales de cáncer de mama u otras enfermedades mamarias no cancerosas, antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado y factores hereditarios: la mutación BRCA1 confiere un riesgo del 55-70% y la BRCA2 del 45-70% (síndrome mama ovario hereditario); otras mutaciones identificadas son p53, STK11, CDH1, PALB2, PTEN. La historia familiar representa un 15-20% de los cánceres de mama.

No existe evidencia de que la exploración mamaria realizada por un profesional o por la mujer (autoexploración) deba realizarse como screening del cáncer de mama. Esto no significa que estos exámenes nunca deban hacerse. En el caso de que la mujer se realice de forma regular la autoexploración, no existe evidencia para recomendar lo contrario.

Normalmente la mujer descubre la presencia de una masa o bulto durante actividades normales como bañarse o vestirse.

Si la mujer nos informa de alguna alteración en sus mamas, procederemos a la exploración mamaria y valoraremos la petición de pruebas complementarias como mamografía, ecografía mamaria, citología de una secreción anormal, determinación de prolactina, etc.

La técnica de exploración mamaria ha sido descrita en el capítulo de exploración ginecológica.

Se estima que el cribado con mamografía reduce la mortalidad por cáncer de mama en un 15%. El beneficio es menor en mujeres menores de 50 años.

Por otra parte, las pruebas de detección pueden conducir a un sobrediagnóstico, que implica tratamientos innecesarios de patologías benignas y resultados falsos positivos que pueden tener consecuencias tanto físicas como psicológicas. Eso es más común en mujeres más jóvenes.

Las mamografías serán realizadas en nuestros centros de referencia siguiendo el protocolo del screening poblacional de prevención del cáncer de mama.

El PAPPS 2020 realiza las siguientes recomendaciones:

- Mujeres de 40 a 49 años con riesgo medio de cáncer de mama: no realizar mamografía de cribado.
- Mujeres de 50 a 74 años con riesgo medio de cáncer de mama: realizar mamografía de cribado cada 2 años.
- Identificar a las mujeres con riesgo elevado (antecedentes personales y/o antecedentes familiares de cáncer hereditario asociado a mutaciones BRCA) y derivar a centros especializados y/o a la Unidad de Consejo Genético.

En el proceso actual de cáncer de cérvix de Servicio Andaluz de Salud se recomienda la realización de mamografías cada 2 años a toda la población femenina de entre 50 y 69 años. Las mujeres son citadas por carta para acudir a una Unidad de exploración mamográfica específica, donde se les realiza mamografía en doble proyección con doble lectura en Unidades de Exploración Mamaria específicas. El resultado lo recibe la mujer por carta y, en caso de que deba ser derivada al hospital para completar el estudio o para realizar algún tipo de tratamiento, también recibirá dicha cita por correo. Recomienda que la mujer consulte con su médico de familia ante cualquier alteración que note en sus mamas o si tiene antecedentes familiares de primer grado de cáncer de mama.

En el caso de que la mujer tenga antecedentes personales o en familiares de primer grado de cáncer de mama, la mamografía debe solicitarse a partir de los 40 años.

# MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

*Salvador Gotor Montoro*

## PUNTOS CLAVE

- ▣ Se basan en el conocimiento de la fisiología de la ovulación, determinando qué días son fértiles durante el ciclo menstrual.
- ▣ Precisan un aprendizaje y entrenamiento por parte de la mujer.
- ▣ Generalmente son poco efectivos, aunque su eficacia aumenta si se unen varios de ellos y en personas entrenadas.
- ▣ El método de la temperatura basal se basa en el efecto termogénico de la progesterona.
- ▣ El método del moco cervical está basado en los cambios que este sufre a lo largo del ciclo en función de los niveles de estrógenos y de progesterona.
- ▣ El método del ritmo calcula de forma teórica los periodos del ciclo de máxima fertilidad.
- ▣ En el método sintotérmico se combinan varios métodos para determinar la fecha de la ovulación.
- ▣ El método de la amenorrea y la lactancia (MELA) tiene una eficacia del 98-99%.

## ▣ INTRODUCCIÓN

Los métodos naturales son aquéllos que se basan en el conocimiento de los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación, y la adaptación de las relaciones sexuales completas con eyaculación intravaginal a las fases infértiles del ciclo menstrual.

Se trata de evitar la concepción sin el uso de fármacos, ni procedimientos mecánicos ni quirúrgicos. Se requiere cierto grado de disciplina en la autoobservación y anotación y un correcto aprendizaje con materiales y personal bien preparado.

Es importante destacar el hecho de que son los únicos métodos que están permitidos, apoyados y promovidos por la Iglesia Católica, por lo que su uso está muy extendido en determinados ámbitos.

No protegen frente a las ITS. No se consideran métodos naturales propiamente dichos la abstinencia sexual ni el coito interruptus. Este último no debe recomendarse nunca a una pareja por su baja efectividad. Durante la lactancia, el embarazo es poco probable, hecho que se aprovecha como método de control de la fertilidad siempre que se cumplan una serie de condiciones que veremos más adelante.

## ■ FISIOLÓGÍA DEL CICLO MENSTRUAL

Para la utilización de los métodos naturales es necesario un mínimo conocimiento de la fisiología del ciclo menstrual y de la vida media de las células reproductoras:

-Sólo se produce una ovulación en cada ciclo menstrual, y si hay otra tiene lugar al día siguiente. No existen ovulaciones extemporáneas.

-La ovulación tiene lugar, en el 98% de los casos,  $14 \pm 2$  días antes de la siguiente menstruación, al menos en los ciclos regulares (Figura 1).

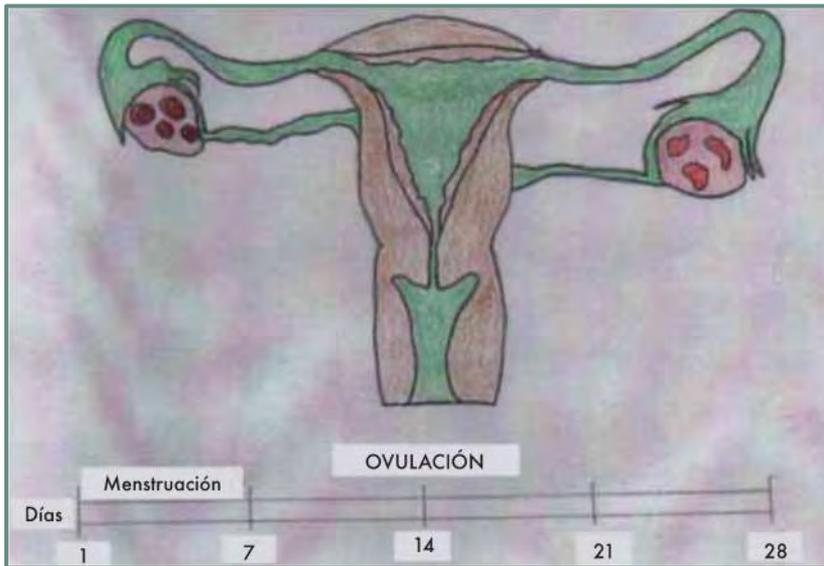


Figura 1

- El ovocito tiene una vida media de 12–24 horas.
- La fertilidad conjunta de una pareja puede llegar a 7 días, pues los espermatozoides conservan capacidad fecundante entre 3–6 días si hay moco cervical.
- La presencia de moco cervical es imprescindible para la viabilidad de los espermatozoides, pues alcaliniza el pH vaginal que, de otro modo, al ser ácido, los destruiría. Así, la presencia de moco permite el ascenso de los gametos masculinos.
- La progesterona se eleva en plasma desde 8 horas antes de la ovulación y produce un aumento de la temperatura corporal.
- Las características del moco cervical varían a lo largo del ciclo en función de los niveles de estrógenos y gestágenos.
- La fase fértil del ciclo menstrual de la mujer es el periodo comprendido entre 6 días antes de la ovulación y 1 día después de la misma. Dada la dificultad que existe para conocer exactamente el día que se ha producido la ovulación, a este periodo fértil se añaden unos márgenes de tiempo, más o menos amplios en función del método, para aumentar la eficacia de los métodos naturales.

Para saber qué días determinan la fase fértil se usan distintos métodos:

- Método de la temperatura basal.
- Método del moco cervical.
- Método del ritmo.
- Método sintotérmico.
- Otros: MELA, determinación hormonal y cristalización de la saliva.

En cuanto a los criterios de elegibilidad, todas las mujeres pueden utilizar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, no existiendo ninguna condición médica que impida su uso.

No se necesitan pruebas de laboratorio ni exámenes médicos previos a la instrucción en el uso de los métodos naturales.

## ▣ MÉTODO DE LA TEMPERATURA BASAL

Se basa en el efecto termogénico de la progesterona.

La temperatura basal del organismo es aquella que existe en situación de mínimo gasto energético, es decir, durante las fases finales del sueño de entre 6 y 8 horas continuadas. Se modifica a lo largo del ciclo en función de la progesterona. Esta hormona eleva entre 4 y 6 décimas de grado la temperatura y la mantiene elevada durante los 12- 14 días que dura la fase lútea.

El método consiste en medir y registrar en un gráfico la temperatura bucal o rectal durante un periodo no inferior a tres meses. El aumento de la temperatura se produce en las 24-48 horas posteriores a la ovulación (Figura 2).

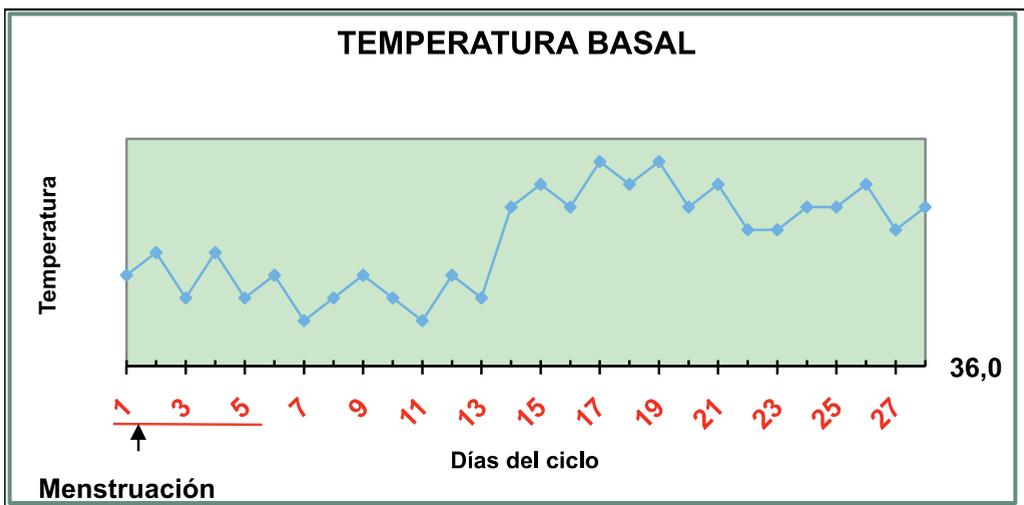


Figura 2

El periodo fértil abarca desde los 7 días anteriores al día en que se espera que aumente la temperatura y los 3 días posteriores al que se produce dicho aumento. La eficacia del

método aumenta si no se realiza el coito desde el primer día de la menstruación hasta 4 días después del aumento de la temperatura.

El empleo de este método exige una gran disciplina en la continuidad de la toma. La temperatura debe medirse a diario por la mañana, a la misma hora, tras un periodo de sueño o descanso continuado al menos de 6-8 horas y sin haberse levantado de la cama.

Al analizar un elevado número de gráficas, el nivel de eficacia no suele superar el 65% en cuanto a diagnóstico de ovulación.

Entre las circunstancias que pueden falsear la información se encuentran las siguientes:

- Enfermedades que produzcan aumento de la temperatura corporal.
- Indisciplina en las normas de la toma.
- Falta de continuidad.
- Trabajadoras por turnos.
- Síndrome de luteinización folicular (en el que el ovocito no ha sido expulsado del folículo y existe efecto termogénico de la progesterona).

Tanto este como los demás métodos naturales, pueden utilizarse como método para mejorar la fertilidad en aquellas parejas que tengan dificultades para conseguir un embarazo.

## ▣ MÉTODO DEL MOCO CERVICAL

La fase estrogénica determina una secreción de moco cervical que va aumentando en cantidad y en filancia y disminuyendo en viscosidad durante la primera mitad del ciclo de la mujer.

Una vez que se produce la ovulación se empieza a secretar progesterona y esta actúa sobre el moco cervical haciendo que se convierta en escaso, pegajoso y turbio. Estos cambios del moco cervical se pueden observar a nivel del introito vulvar.

El matrimonio de científicos compuesto por John y Evelyn Billings, dividieron el ciclo en varias fases según las características de la secreción vaginal:

- **Fase 1:** días secos; no hay secreción o, si la hay, se produce en escasa cantidad, en grumos, compacta. Esta fase comienza inmediatamente tras la menstruación.
- **Fase 2:** aumento progresivo de la secreción. El moco es cada vez más transparente y viscoso.
- **Fase 3:** la secreción es abundante y clara (como «clara de huevo»). Es la señal de que se va a producir la ovulación y el último día en que la secreción es de estas características se llama «día pico». La ovulación ocurre 24-48 horas antes o después del día pico.
- **Fase 4:** la progesterona producida tras la ovulación en la fase lútea hace que la secreción se vuelva espesa, opaca, turbia y pegajosa, hasta provocar la sequedad.

El periodo fértil comienza con el primer día de la secreción postmenstrual (fase 2) hasta el tercer día tras la aparición del moco del «día pico». A partir de aquí (cuarto día) comienza la fase infecunda, previa a la menstruación.

El método exige cierto nivel cultural y un entrenamiento durante al menos tres meses, siendo estos los motivos por los que su difusión resulta difícil.

Las ventajas de este método son:

- Eficacia alta si la mujer está bien entrenada y sus ciclos son regulares.
- Se puede aplicar a cualquier tipo de ciclo.
- Se puede utilizar en cualquier época de la vida de la mujer.
- No se altera con la fiebre, infecciones o vaginitis.

Sus inconvenientes son:

- Exige un aprendizaje que debe ser monitorizado por personal entrenado.
- Depende de la subjetividad de quien lo utiliza.
- Precisa gran disciplina por parte de la mujer pues se precisa una autoexploración diaria del moco cervical.
- Puede producir rechazo en algunas mujeres.
- Alta tasa de fallos si no hay un aprendizaje correcto.

El aprendizaje debe realizarse durante tres meses seguidos con entrevistas cada 10-15 días en las que las mujeres deben identificar en qué fase se encuentran e identificar los síntomas y signos de su fertilidad. Las sensaciones y apariencia del moco guardan relación con cada fase del ciclo y la mujer puede ser instruida para verificar estos cambios.

## ▣ **MÉTODO DEL RITMO, DEL CALENDARIO O MÉTODO DE OGINO**

Se basa en fórmulas que calculan de forma teórica los periodos del ciclo de máxima fertilidad. Para ello:

- Se toma nota de la duración de 12 ciclos consecutivos.
- Se resta 18 al ciclo más corto: primer día fértil.
- Se resta 11 al ciclo más largo: último día fértil.
- Se podrá realizar el coito antes del primer día fértil y después del último día fértil.

Su principal inconveniente es que limita mucho las relaciones sexuales. Además, precisa de 12 meses de medida del ciclo antes de comenzar a utilizarlo y se considera de escasa eficacia global.

Puede ser de poca utilidad cuando los ciclos son muy irregulares.

El conocido como método de días estándar puede ser utilizado por mujeres con ciclos entre 26-32 días. Requiere evitar el coito intravaginal sin protección entre los días 8-19 del ciclo. Es una simplificación del anterior, estudiado por el Population Council, para proporcionar un método más sencillo de aprender en una determinada población.

## ▣ MÉTODO SINTOTÉRMICO

Se combinan varios métodos para determinar la fecha de la ovulación: síntomas de la ovulación, temperatura basal, ritmo y método del moco cervical.

Los llamados «síntomas y signos de la ovulación» (presentes sólo en algunas mujeres) son:

- Dolor o peso en el hipogastrio.
- Hinchazón abdominal y mamaria. A veces se prolonga hasta la menstruación.
- Dolor mamario e hipersensibilidad en los pezones.
- Manchado a mitad de ciclo.
- Cambios del carácter: aumento de la irritabilidad.
- Cambios en cérvix: se ablanda y se dilata en el momento preovulatorio.

El primer día fértil estaría definido por el método del ritmo (ciclo más corto menos 18) y por el inicio de la fase 2 del método del moco cervical (si no coinciden elegiremos el día más bajo de los dos).

El último día fértil lo definiremos por el método de la temperatura basal y por el moco cervical (en caso de no coincidencia, elegiremos el día más alto).

## ▣ MÉTODO DE LA AMENORREA Y LA LACTANCIA

Se basa en un algoritmo que consiste en tres preguntas a la mujer lactante:

- ¿Es el bebé menor de 6 meses?
- ¿Está la madre en amenorrea?
- ¿El bebé se alimenta completa o casi completamente de leche materna?

Todas las respuestas SI: poca probabilidad de embarazo (eficacia 98–99%). de embarazo.

Alguna respuesta NO: alta probabilidad de embarazo.

## ▣ CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD EN MÉTODOS NATURALES

Carecen de criterios 3 ni 4, aunque hay que tener en cuenta algunas consideraciones:

- Las irregularidades en la menstruación son comunes en la posmenarquia y en la perimenopausia, y pueden complicar el uso de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.
- También puede afectar al uso del método sintotérmico y a los métodos basados en los cálculos del calendario, todas las situaciones que alteren el sangrado vaginal, así como la toma de medicamentos que lo modifiquen, y las enfermedades que afecten a la temperatura corporal.

# MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA

*Salvador Gotor Montoro*

## PUNTOS CLAVE

- ▣ Los métodos de barrera impiden que los espermatozoides alcancen el canal cervical y/o bloquean su progresión por el mismo.
- ▣ El preservativo ha demostrado la protección contra el VIH y otras ITS, por lo que puede usarse con este fin asociado a otros métodos con mayor eficacia contraceptiva.
- ▣ El 6-7% de la población es alérgica al látex; para estos casos, existen en el mercado preservativos de poliuretano.
- ▣ La eficacia del preservativo puede mejorarse con el uso adecuado por lo que resulta apropiado explicar su uso y entregar información por escrito.
- ▣ El preservativo femenino, al igual que el masculino, protege del embarazo y de las ITS, teniendo la ventaja de que, en ocasiones, se mejora el cumplimiento.
- ▣ Por su escasa eficacia, los espermicidas deben usarse siempre asociados a otro método anticonceptivo.
- ▣ El diafragma debe usarse siempre con espermicida.

## ▣ INTRODUCCIÓN

Los métodos de barrera son aquellos que evitan el embarazo impidiendo el acceso de los espermatozoides al canal cervical y/o bloqueando su progresión por el mismo. Por lo tanto, impiden la unión del espermatozoide y el óvulo, ya sea mediante una barrera mecánica (preservativo masculino o femenino), química (espermicida) o mixta (diafragma + espermicida).

El preservativo ha cobrado gran importancia en las últimas décadas debido a la extensión del VIH y por ser el único método anticonceptivo que ayuda a prevenir el SIDA y otras ITS, puede usarse como método único o bien como complementario a otros métodos considerados más eficaces.

Los métodos de barrera deben usarse bien y de forma continuada para alcanzar buenos parámetros de eficacia. La pareja debe ser informada de que los métodos de barrera podrían no ser apropiados si no se usan de manera constante y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallos.

En este capítulo vamos a tratar los siguientes métodos de barrera:

- Preservativo masculino.
- Preservativo femenino.
- Espermicidas.
- Diafragma.
- Capuchón cervical.
- Esponja vaginal.

Actualmente sólo se dispone en nuestro medio del preservativo masculino y femenino, del diafragma y de los espermicidas. El más utilizado de entre todos los métodos anticonceptivos disponibles en España es el preservativo masculino (ENCUESTA SEC 2020).

## ▣ PRESERVATIVO MASCULINO

Su uso ha crecido enormemente, fundamentalmente por el temor a la infección por el VIH. Sin embargo, los colectivos con prácticas de alto riesgo, como las prostitutas o las personas con adicción a drogas, presentan tasas bajas de utilización según reflejan algunos estudios. Por esto, desde los centros de salud, se debería hacer un esfuerzo para intentar identificar y captar a estos colectivos.

El material más comúnmente utilizado es el látex, existiendo diferencias entre modelos relativas a la longitud, diámetro, grosor, presencia o no de reservorio y material lubricante añadido (éste a su vez puede tener o no efecto espermicida):

- Grosor: 0.05-0.10 mm (los más habituales son de 0.08 mm).
- Anchura: 51 a 55 mm de diámetro.
- Longitud: 175 a 200 mm.
- Otras características:
  - Hipo-alergénico (cambia el lubricante).
  - Retardador: con el anestésico local benzocaína.
  - Anatómico: más estrecho en base del glande.
  - Con estrías, puntos, etc.
  - De sabores: fresa, plátano, tutti-frutti, etc.

La prevalencia de la sensibilidad a productos de látex en la población general se estima en el 6-7%. Para estos casos existen preservativos de poliuretano y de resinas sintéticas.

El modo de empleo puede resultar intuitivo y sencillo (Figura 1), aunque se precisa un mínimo de entrenamiento.

No se debe dar por hecho que todas las personas que acuden a consulta en busca de consejo contraceptivo saben utilizar correctamente el preservativo (sobre todo los adolescentes) porque el mal uso disminuye drásticamente su eficacia.

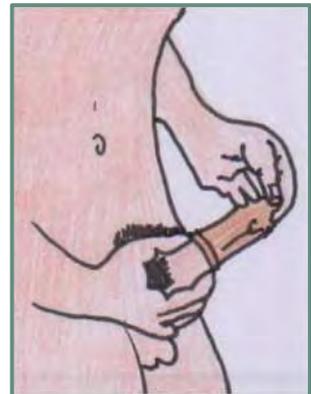


Figura 1

Por ello puede ser útil disponer en la consulta de un modelo anatómico de pene para explicar el manejo correcto del preservativo, así como disponer de una hoja informativa para ser entregada (Anexo I).

La eficacia debe contemplarse desde una doble perspectiva, la contracepción y la protección contra las ITS.

En cuanto a la eficacia contraceptiva, ésta depende de que sea utilizado correctamente, lo que justifica las diferencias encontradas en el Índice de Pearl entre el «usuario perfecto» (2%) y el «usuario típico» (15%).

La tasa media de rotura oscila entre el 3 y el 6%, siendo esta menor en los usuarios habituales que en los esporádicos.

Entre las posibles causas de rotura de un preservativo destacan las siguientes:

- Aplicación de lubricantes oleosos.
- Daño provocado por las uñas u otros objetos afilados.
- Inadecuado espacio o presencia de aire en la punta del condón.
- Existencia de piercings en los genitales.
- Desenrollado incorrecto del preservativo.
- Conservación inadecuada.
- Reutilización del preservativo.
- Caducidad del preservativo.

Un porcentaje importante de los preservativos que se rompen o deslizan es atribuible a su mal uso. Por ello, el aprendizaje del uso correcto del preservativo es esencial a la hora de disminuir estos eventos.

Ante una rotura de preservativo, habría que contemplar el uso de la anticoncepción de urgencia, para evitar un embarazo no deseado, minimizar el riesgo de ITS acudiendo al centro de salud, y en caso de riesgo de contagio de VIH, acudir al hospital para valorar la toma de profilaxis postexposición con antirretrovirales.

La tasa media de deslizamiento oscila entre el 3 y el 4%. Para minimizarla es importante la retirada del pene de la vagina poco después de la eyaculación, cuando éste aún se encuentre erecto.

En relación con la prevención de las ITS, el mensaje que se debe dar al realizar el consejo contraceptivo debe ser claro: fuera de una relación monógama por ambas partes entre dos individuos VIH negativos y sin otras ITS, el uso del condón debe realizarse siempre.

Para determinadas prácticas sexuales, buco-anales y buco-genitales, se recomienda el uso de métodos de barrera que eviten el contacto directo de la mucosa bucal con fluidos que son potencialmente infecciosos para el VIH y otras ITS.

Concretamente, se recomienda el uso de un trozo de látex (dental dam o barrera bucal) o plástico (el que se utiliza para envolver alimentos) para la práctica del cunnilingus y del anilingus (beso negro). En el mercado español el dental dam es un producto exclusivo para dentistas por lo que su acceso es difícil para una persona no profesional.

En algunos países se vende en sex-shops, pero en España aún no está comercializado. Se puede obtener por internet.

Una forma rápida de hacerse una barrera de látex es cortando un preservativo masculino a lo largo y tras quitar el aro de la base y la punta, abrirlo longitudinalmente.

Algunos obstáculos para el uso del preservativo son los siguientes:

- Desconocimiento o no aceptación del mensaje preventivo.
- Pudor para la compra o el uso.
- Estigma asociado a las personas que lo usan (hacer pensar a la pareja que es portador del VIH o que él/ella piensa que lo es el otro/otra).
- Reparos en el momento de ponerlo a la pareja antes del coito.

## ▣ PRESERVATIVO FEMENINO

Al igual que otros métodos de uso femenino, tiene la característica de la dependencia exclusiva de la mujer, lo que en teoría ofrece ventajas respecto al cumplimiento y, por tanto, a la protección en su doble faceta contraceptiva y de prevención de ITS (Anexo II).

Tiene tres ventajas fundamentales:

- Desplazamiento hacia la mujer del control sobre el condón.
- Disminución del embarazo ligado a su colocación en plena fase de excitación antes del coito en el caso del preservativo masculino.
- Protección de los genitales externos.

Consiste en una vaina de poliuretano lubricada que cubre toda la longitud de la vagina, y que presenta un área de extensión sobre la vulva, justo para la cobertura de los genitales externos. Contiene dos anillos elásticos, uno a cada extremo.

Para su inserción en la vagina, la mujer presiona sobre el anillo interno (Figura 2) y se introduce el preservativo hasta el fondo. Posteriormente introduce el dedo índice y coloca el anillo interno alrededor del cérvix (Figura 3).

Previo a su retirada se debe dar dos vueltas al anillo externo para que no salga el semen.



Figura 2

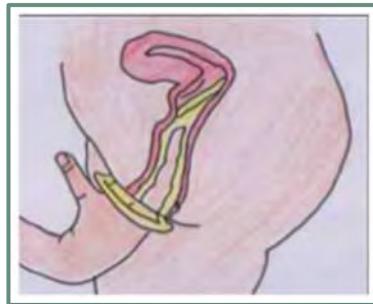


Figura 3

El poliuretano es termoconductor, por lo que se adapta rápidamente a la temperatura vaginal. Se puede utilizar durante la menstruación.

La información disponible apunta hacia una eficacia contraceptiva algo inferior a la del preservativo masculino, con un IP en el usuario perfecto del 10% y en el usuario típico del 21%.

Su índice de abandono está próximo al 50%, siendo los motivos principales de dicho abandono los siguientes:

- Desplazamiento completo del sistema dentro o fuera de la vagina.
- Presencia de ruidos molestos durante el coito.
- Dificultades en la inserción.
- Precio elevado.
- Visibilidad de la parte externa.

## ▣ **ESPERMICIDAS**

Se trata de sustancias químicas con acción lesiva sobre los espermatozoides. Algunos preparados combinan otros mecanismos como la constitución de una barrera mecánica de espuma en el fondo de la vagina, como resultado de la dilución del material compacto con el flujo vaginal.

Debe colocarse en la vagina 10-15 minutos antes de la penetración, no debiendo transcurrir más de una hora entre su aplicación y el coito (Anexo III).

Se presentan en óvulos vaginales, tabletas, cremas, jaleas y aerosoles. El más utilizado es el nonoxinol-9 con un efecto surfactante que actúa sobre la membrana del espermatozoide.

Cuando el nonoxinol-9 se utiliza con mucha frecuencia puede incrementar, en las personas con prácticas de riesgo, el contagio de ITS, ya que puede producir lesiones en la mucosa vaginal que favorecen su transmisión.

El cloruro de benzalconio es un antiséptico que también se utiliza como espermicida. Numerosos estudios han puesto en duda su seguridad.

La tasa de fallos de los espermicidas en el primer año es del 29% para el uso típico y del 18% para el uso perfecto.

Actualmente no se recomienda el uso de espermicidas de forma aislada, sino en combinación con otros métodos como el diafragma o el preservativo.

## ▣ **DIAFRAGMA**

Su ventaja está en que permite su inserción hasta 2-3 horas antes de la relación sexual y no necesita interrumpir la fase de excitación para colocarlo.

Se compone de un casquete esférico de látex o de silicona rodeado en sus bordes por un aro de metal flexible revestido del mismo material.

Es precisa la colaboración del personal sanitario para calcular la medida del diafragma, ya que la gama de medidas disponibles va desde 55 a 95 mm de diámetro.

El diámetro se calcula restando 2 cm a la distancia existente entre la porción externa del pubis y el fondo de saco vaginal posterior.

Para calcular esa distancia se introducen nuestros dedos medio e índice en la vagina de la mujer hasta tocar al fondo de saco vaginal posterior y el cérvix con ellos respectivamente, sin presionar para evitar alargar la longitud de la vagina en reposo.

A continuación, con la mano izquierda, se dibuja una marca sobre el guante que recubre nuestra mano derecha en el lugar por el que asoma nuestra mano por la vulva.

Después se retira la mano de la vagina y se miden los centímetros que hay entre la marca y el extremo distal del dedo medio, lo que proporcionará la distancia que existe entre la parte externa del pubis y el fondo de saco vaginal posterior. Se restan 2-2.5 centímetros (grosor medio del pubis con los tejidos que lo rodean) a esa medida y se obtiene el tamaño del diafragma. De esta forma, cuando se inserte, éste quedará encajado entre la fosa retropúbica y el fondo de saco vaginal posterior, lo que evitará su desplazamiento.

Debe comprobarse que el tamaño es el adecuado con la colocación del diafragma en la consulta (si disponemos de ellos, podemos utilizar un diafragma caducado antes de que la usuaria compre el suyo).

No se debe olvidar que el diafragma debe usarse siempre asociado a espermicida. Éste se aplica por ambas caras y sobre el anillo elástico (Anexo IV).

Para su colocación, el aro metálico se aprieta entre los dedos dándole forma de ocho, y se introduce en la vagina hacia dentro y abajo, siguiendo la pared vaginal posterior. Una vez en el fondo se deja que recupere su forma y con el dedo índice se eleva el borde anterior y se coloca sobre la fosa retropúbica.

Posteriormente se comprueba que el cuello del útero queda bien cubierto por el diafragma (el diafragma queda situado entre el fondo de saco vaginal posterior y la fosa retropúbica cubriendo el cérvix y la parte superior de la vagina).

Una vez terminado el coito hay que esperar al menos 6 horas para retirar el diafragma, ya que de lo contrario los espermatozoides podrían ascender por el canal cervical antes de que se complete la acción del espermicida.

Para extraer el diafragma, la mujer introduce su dedo índice en la vagina y tira del borde anterior hacia abajo y hacia fuera.

Tras su uso, el diafragma se lava con agua fría (el agua caliente dilata la goma) y con jabón neutro, se seca bien y se guarda en su estuche.

Cada año conviene consultar con el personal sanitario para comprobar si el modelo se sigue ajustando a la usuaria, aunque no suele haber variaciones a no ser que se haya producido una oscilación considerable de peso o un embarazo.

Conviene que la mujer practique durante una semana antes de su uso como método único para que adquiera confianza en la técnica de inserción y extracción, el tiempo necesario antes de la extracción y los cuidados que requiere.

La tasa de fallos durante el primer año es del 6% en la usuaria perfecta y del 16% en la usuaria típica.

La eficacia para prevenir cervicitis es similar a la del preservativo, aunque no protege de otras ITS.

Se ha descrito asociación entre el uso de diafragma y las infecciones urinarias, lo que puede hacer desaconsejar el método a mujeres con infecciones urinarias de repetición.

No debe utilizarse en casos de prolapso uterino, cistocele o rectocele importantes o en casos de musculatura vaginal muy laxa.

## ▣ **CAPUCHÓN CERVICAL**

Está diseñado para cubrir el cérvix. Existen 3 medidas de diámetro interno: 24, 28 y 32 mm.

Su índice de fallos oscila entre el 6-13% para la usuaria perfecta y el 18% para la típica.

Está contraindicado en casos de cuello corto o cónico o si existe patología del cérvix. Algunas ventajas sobre el diafragma son las siguientes:

- Pueden utilizarlo mujeres con musculatura laxa o con prolapso uterino.
- No se afectan por cambios de peso.
- No se ha asociado a aumento de la frecuencia de infecciones urinarias.

## ▣ **ESPONJA VAGINAL**

Se trata de un círculo de poliuretano de 7 cm de diámetro y 2.5 cm de grosor del que cuelga una cinta de una de sus caras para permitir su extracción. Además, contiene nonoxinol-9 como espermicida.

No debe colocarse con la menstruación.

Antes de la colocación dentro de la vagina debe humedecerse en agua para activar el espermicida. Después se introduce en el fondo de la vagina. La mujer debe comprobar su posición, asegurándose de que el cérvix queda bien cubierto.

No debe retirarse la esponja hasta pasadas 6 horas del coito.

La vida media de cada esponja es de 24 horas, lo que permite varios coitos, aunque no se debe sobrepasar ese tiempo para evitar la proliferación del estafilococo dorado. Éste podría ser causa de infección, a veces grave (síndrome del shock tóxico).

En cuanto a los efectos no deseados, tenemos las reacciones ligadas a la presencia del espermicida, si bien al estar éste distribuido a lo largo de la textura de la esponja la concentración directa en contacto con el tejido es más baja.

Tanto el capuchón cervical como la esponja anticonceptiva no se pueden obtener en España, se pueden adquirir en otros países y a través de internet.

## ▣ **CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD EN MÉTODOS BARRERA**

Existen muy pocos criterios 3 y 4 en cuanto a la elegibilidad de los métodos barrera.

El alto riesgo de VIH es criterio 4 para el uso de espermicidas a base de Nonoxinol, solo o junto al uso de diafragma; la infección por VIH y el sida son criterios 3 para los mismos, debido a que el uso repetido y en altas dosis del espermicida nonoxinol-9 estuvo asociado con un incremento de riesgo de lesiones genitales, las cuales pueden aumentar el riesgo de adquirir infección por VIH.

Antecedentes de síndrome de shock tóxico, son criterio 3 para diafragma y capuchón cervical. La alergia al látex es criterio 3 para el uso de condón o diafragma de este material.



# ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

*José Antonio Navarro Martín*

## PUNTOS CLAVE

- ▣ La indicación de anticoncepción hormonal combinada (AHC) es una de las actividades que realiza el médico de familia, hay disponible una gran variedad de productos a elegir según la composición hormonal y vía de administración.
- ▣ Se consideran de elección aquellos AHC que contienen bajas dosis de EE, inferiores o iguales a 35 microgramos y los preparados de reciente aparición que contienen estradiol.
- ▣ Para la prescripción de la AHC debe tenerse en cuenta si existe alguna patología o factor de riesgo asociado o si se dan algunas circunstancias, como los signos de hiperandrogenismo, que nos orientarían para elegir el gestágeno más adecuado.
- ▣ La edad por sí sola no supone una contraindicación para la toma de la píldora, excepto en mujeres mayores de 35 años que fumen, factores de riesgo cardiovascular o que padezcan de migraña.
- ▣ La AHC tiene efectos beneficiosos adicionales: protección contra los cánceres de endometrio y ovario, mejoría de quistes ováricos, de la dismenorrea primaria y del sangrado uterino excesivo.
- ▣ Se debe realizar una correcta anamnesis para detectar los antecedentes y factores de riesgo como de tromboembolismo venoso (TEV). Además, es recomendable la toma de la tensión arterial y convenientemente el cálculo del índice de masa corporal, previamente a la prescripción de AHC.
- ▣ Es recomendable un primer control a los 3-4 meses de iniciada la anticoncepción para mejorar la adherencia; después no es necesario hacer controles específicos sino los que la mujer necesite en cada caso. Habría que facilitarle el acceso a la consulta si aparecieran efectos secundarios o hubiera modificaciones en su situación clínica.
- ▣ El parche cutáneo se diferencia de la píldora combinada en la vía de administración, mejorando el cumplimiento de la mujer al ser de aplicación semanal.
- ▣ El anillo vaginal es de aplicación mensual, con la ventaja adicional de una menor tasa de olvidos. Al igual que el parche, las contraindicaciones e interacciones son idénticas a los de la píldora.
- ▣ El inyectable combinado no se comercializa en España.

## ▣ INTRODUCCIÓN

Entre los métodos anticonceptivos disponibles, la AHC es el más utilizado en Europa, pero en nuestro país ocupa el segundo lugar tras los preservativos.

Los más utilizados son los orales (AHCO), posiblemente uno de los productos médicos más estudiados desde que la Food and Drug Administration (FDA) aprobara oficialmente en 1960 el primer anticonceptivo oral; posteriormente, la píldora llega a Europa en 1961; pero en España, donde la píldora, sin indicación anticonceptiva, llegó en 1964, hasta 1978 no se despenalizaron los métodos anticonceptivos en general y la píldora en particular (aunque se prescribía para otras indicaciones).

En los últimos años se han introducido algunas novedades, tanto en los anticonceptivos orales, con la aparición de nuevos estrógenos y gestágenos, como la aparición en el mercado de otras vías de administración; el anillo vaginal (comercializado en España en enero de 2003); y el parche cutáneo (aprobado por la FDA en 2001 y comercializado en España en 2003).

En la evolución histórica para conseguir el AHC ideal, se han ido modificando las dosis y el tipo de moléculas, buscando mejorar la seguridad, garantizando la eficacia, pero además con un buen perfil de tolerancia, ofreciendo beneficios no anticonceptivos añadidos.

La OMS publica unas recomendaciones, que se actualizan periódicamente con la evidencia científica disponible en cada momento, y que permiten llevar a cabo un buen manejo clínico de la AHC.

Si se utiliza de forma correcta, la eficacia teórica de la AHCO es del 99,7%, pero con el uso, la eficacia real disminuye, una de las causas de esta pérdida de eficacia en el uso real son los olvidos en la toma.

Para intentar minimizar este problema han aparecido otras vías de administración alternativas a la oral, como el anillo vaginal (efectividad del 98,77%, la mayor de todas las vías de AHC) y el parche cutáneo (efectividad del 98,76%), dado que el cumplimiento es mayor. Todas las vías no orales de AHC descargan a la mujer de responsabilidad en la eficacia del método, porque son facilitadoras del cumplimiento.

En la vía transdérmica, la eficacia disminuye en mujeres con peso superior a 90 kilogramos por su imprevisible absorción, por lo que en el último consenso de la SEC de Noviembre/2011 no se aconseja su uso en estas circunstancias. Sería el único caso en el que el peso pudiera interferir en la eficacia del método anticonceptivo.

## ▣ FARMACOLOGÍA Y MECANISMO DE ACCIÓN

Los AHC utilizan esteroides de origen sintético: un estrógeno y un gestágeno. Su acción anticonceptiva la consiguen actuando a diferentes niveles (Figura 1):

- Ambos actúan sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovario inhibiendo la producción de FSH (efecto estrogénico) y de LH (efecto gestagénico) y, por tanto, impidiendo la ovulación. Este es el mecanismo de acción más importante.
- Los gestágenos también modifican el moco cervical provocando un moco hostil, disminuyen la motilidad y la secreción tubárica, e inhiben la fase proliferativa del endometrio, ocasionando un endometrio inadecuado para la implantación.

- Los estrógenos también actúan periféricamente, ya que al inhibir la FSH se impide el desarrollo folicular (Figura 1). Al interrumpir la toma de AHC se recupera la función del eje; si se superan los siete días se puede producir reclutamiento y selección folicular, por lo que es importante no prolongar el intervalo libre de toma más de 7 días.

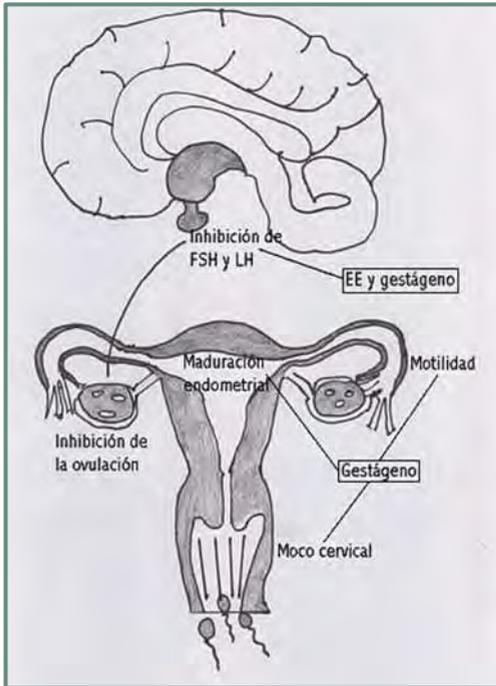


Figura 1

Hasta ahora el estrógeno utilizado ha sido el EE, sintetizado en 1930, que se absorbe bien por todas las vías y se metaboliza en el hígado, pasando a la bilis, de donde se elimina en las heces o se reabsorbe a nivel intestinal, cerrándose un proceso de circulación enterohepática. Un 97% circula unido a la albúmina y permanece en sangre periférica durante 24 horas. Atraviesa la barrera placentaria y se elimina por la orina, la bilis y la leche materna. Las presentaciones disponibles de EE son de 15, 20, 30, 35, 40 o 50 mcg por píldora.

También están comercializados estrógenos naturales como Valerato de Estradiol (1, 2 o 3 mg), y con el Estradiol micronizado, que son estrógenos denominados naturales, ambos con menor biodisponibilidad y vida media, que les haría tener un menor impacto en la hemostasia, coagulación y tensión arterial.

En cuanto a la clasificación según la dosis de EE se aceptan las recomendaciones de Burkman:

- EE de 40 a 50 mcgr: dosis alta.
- EE de 20 a 35 mcgr: dosis baja.
- EE de 15 mcgr: dosis ultrabaja.

En la actualidad, no se deberían utilizar anticonceptivos por encima de 35 mcgr de EE. Por debajo de esa dosis, no hay diferencias en cuanto a eficacia y seguridad.

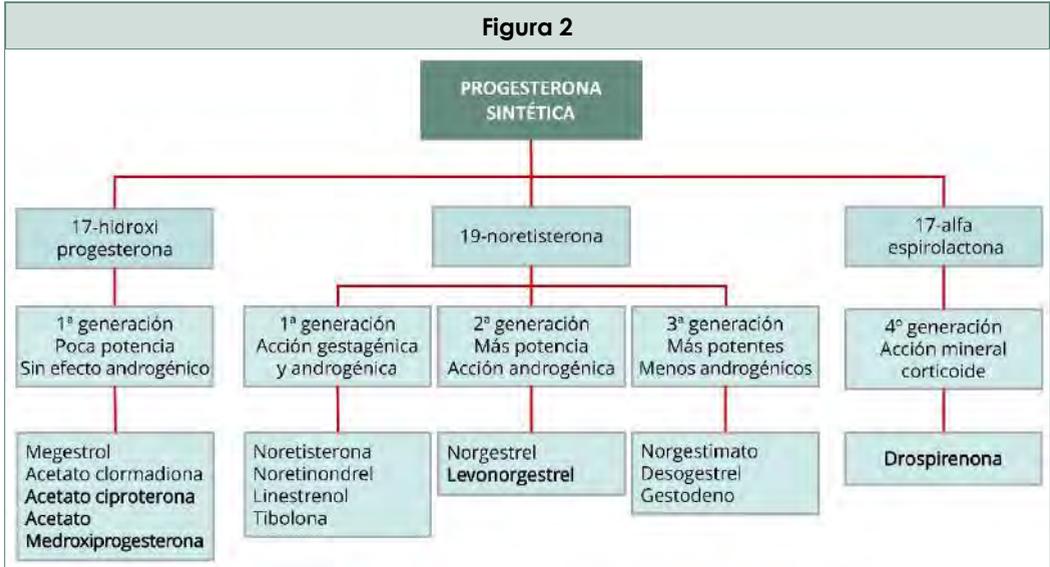
Los gestágenos se absorben bien por todas las vías, se eliminan por el riñón y pueden aparecer en leche materna.

A lo largo de los años se han ido incorporando diferentes tipos de gestágenos, buscando una mayor seguridad y también una mejor tolerancia. Según la molécula de la que proceden se clasifican en:

- Derivados de la 19-nortestosterona: etinilados estranos como noretisterona o noretindrona, noretinodrel, linestrenol, diacetato de etinodiol. Etinilados 18-etilgonanos como norgestimato, levonorgestrel, norelgestromina, gestodeno, desogestrel. Y no etinilados como el dienogest.
- Derivados de la 17-alfa. espironolactona: drospirenona.

▪ Derivados de la progesterona:

- Acetilados o derivados de la 17-alfa. hidroxiprogesterona como acetato de clormadinona, acetato de ciproterona, acetato de nomegestrol, acetato de medroxiprogesterona.
- No acetilados como la medrogestona y la didrogesterona.
- Derivados de la 19-norprogesterona. Acetilados como el acetato de nomegestrol y nesterona. Y no acetilados como la demegestona, trimegestona y promegestona (Figura 2).



**Tabla 1**

Progestágenos	Antiestro- génico	Estro- génico	Andro- génico	Antiandro- génico	Glucocorti- coide	Antimineralo- corticoide
Progesterona	+	-	-	+/-	+	+
Acetato clormadinona	+	-	-	+	+	-
Acetato ciproterona	+	-	-	++	+	-
Dienogest	+/-	+/-	-	+	-	-
Drospirenona	+	-	-	+	-	+
Etonogestrel	+	-	+	-	-	-
Gestodeno	+	-	+	-	+	+
Levonorgestrel	+	-	+	-	-	-
Acetato medroxiprogesterona	+	-	+/-	-	+	-
Acetato nomegestrol	+	-	-	+/-	-	-
Noretisterona	+	+	+	-	-	-
Norgestimato	+	-	+	-	-	-

Schindler AE *et al.* Classification and pharmacology of progestins. Maturitas 2008; 61: 171-80

+ eficaz; - no eficaz; +/- poco eficaz

Si pretendemos un mayor efecto en síndromes ocasionados por hiperandrogenismo como acné, hirsutismo y alopecia androgénica, estaría indicado usar preparados con mayor potencia antiandrogénica, como son el acetato de clormadinona, el dienogest y la drospirenona.

El acetato de ciproterona no tiene indicación anticonceptiva actualmente y sólo está justificado su uso en determinadas patologías médicas de hiperandrogenismo severo y durante cortos periodos de tiempo. De todas formas, conviene recordar que todos los AHC tienen una acción antiandrogénica leve.

## ▣ DESCRIPCIÓN

### ▣ VÍA ORAL

Las principales aportaciones de la píldora son su alta eficacia para evitar embarazos, la facilidad de uso, el valor añadido de efectos no anticonceptivos beneficiosos y sus escasos efectos negativos, lo que les confiere un buen balance beneficio-riesgo. A pesar de ello, el consumo de AHC en España está por debajo de los países de nuestro nivel de desarrollo.

En la vía oral hay muchas pautas y dosificaciones. Habitualmente se utilizan comprimidos que se toman a diario durante 21 días, seguidos de un periodo de descanso de una semana en el que aparece un sangrado por privación hormonal (Figura 3).

Actualmente casi todos tienen también presentaciones de 28 comprimidos con la idea de evitar los olvidos tras la semana de descanso. En este caso, los últimos comprimidos son placebo, y están identificados en el envase con distinto color (Figuras 4 y 5).



Figura 3

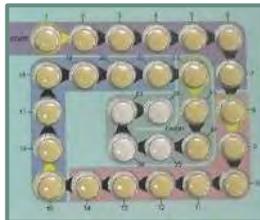


Figura 4



Figura 5

Existen dos preparados con 26 píldoras activas y 2 placebos, uno de ellos en combifásico (en los primeros días el gestágeno tiene menor dosis) y el otro cuatrifásico (diferentes dosis según el comprimido y lleva Valerato de Estradiol y Dienogest).

Los preparados orales que utilizan menor dosis de EE (15 mcg) prolongan la toma hormonal durante 24 días. También hay preparados de 24 píldoras activas y 4 placebos con 20 mcg de EE y drospirenona. El preparado con Estradiol y Acetato de nomegestrol también es de 24+4.

Así mismo existen presentaciones con 1 o 3 blísteres, para uso de un mes o tres meses.

En función de la composición de cada comprimido, existen las presentaciones monofásicas (las más utilizadas), con una cantidad constante de ambas hormonas; las bifásicas en las que la cantidad del estrógeno y/o del gestágeno aumenta en la segunda mitad del ciclo; las trifásicas en las que aumenta la cantidad de estrógeno a mitad del ciclo, mientras que la concentración de gestágeno es inicialmente baja y aumenta posteriormente (en la actualidad no se deben indicar porque en la semana intermedia tienen dosis de 40 mcg de EE). Y también está el cuatrifásico que tiene 4 combinaciones diferentes en el mismo blíster.

Existen presentaciones en las que se toma la píldora durante 84 días consecutivos, contienen EE y Levonorgestrel, seguidos de un intervalo de descanso de 7 días, en el que la mujer tiene el sangrado por privación. Otro preparado de pauta continua combina EE con Drospirenona con presentación de hasta 120 comprimidos y la mujer decide los días de descanso o toma continua. Si evitamos el descanso disminuimos el intervalo libre de hormonas podemos mejorar los síntomas por privación hormonal como síndrome premenstrual, dismenorrea, endometriosis, mastalgia.

De igual forma podríamos indicar la toma continuada de los preparados disponibles, sin realizar el descanso y evitando así el sangrado por privación, una revisión Cochrane avala la seguridad de esta pauta continua y mejoría sintomática en cefaleas, cansancio, distensión abdominal y dismenorrea.

Actualmente se consideran de elección aquellos AHCOS que contienen bajas dosis de EE (menor o igual de 35 mcg), puesto que han demostrado menor incidencia de náuseas, mastalgia y retención hidrosalina.

Los preparados con mayor cantidad de EE (mayor de 35 mcg) no deben usarse por su mayor riesgo tromboembólico.

Se ha observado una mayor incidencia de alteraciones en el patrón de sangrado en preparados con dosis menor o igual de 20 mcg de EE en comparación con preparados de dosis mayores, que hace que en algunos casos la mujer no lo tolere y haya que cambiar de preparado o de método.

Algunos de ellos están financiados por el sistema público de salud. En la página web de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) se puede consultar el listado actualizado en cada momento.

## ▣ VÍA TRANSDÉRMICA

En la vía transdérmica se usa una combinación de EE con un gestágeno, denominado norelgestromina, que es el metabolito activo del norgestimato, con un mínimo efecto androgénico y con un perfil similar al de la progesterona y excelente control del ciclo.

Se administra 3 parches por ciclo, con una periodicidad semanal, con una semana de descanso en la que se produce el sangrado por privación hormonal.

Con la absorción cutánea se evita el efecto metabólico del primer paso hepático, por lo que su biodisponibilidad es mayor, permitiendo el uso de dosis más bajas de etinilestradiol.

El parche, que tiene un diámetro de 3,6 cm, está compuesto de tres capas, una externa, la matriz y la adhesiva. Las tres capas del sistema aseguran una correcta absorción del fármaco a la circulación.

La matriz libera hormonas a un ritmo controlado por la piel, diaria y continuamente de 20 microgramos de EE y 203 microgramos de norelgestromina.

Difiere en la composición de la comercializada en EEUU, ya que contienen un 20% menos de EE, por lo que no hay mayor exposición estrogénica que con la vía oral.

Se presenta en cajas con 3 y 9 parches para 1 y 3 ciclos respectivamente.

En la actualidad las presentaciones disponibles no están financiadas por el sistema público.

## ▣ VÍA VAGINAL

El anillo vaginal libera diariamente 15 microgramos de EE y 120 microgramos de etonogestrel (metabolito activo del desogestrel) durante 3 semanas, tras la semana de descanso ocurre el sangrado por deprivación hormonal.

El anillo consta de un aro flexible de 5.4 centímetros de diámetro y 4 mm de sección transversal. Este anillo está compuesto principalmente por etilvinilacetato que contiene el combinado hormonal y es colocado por la mujer en el interior de la vagina. La composición de la estructura del anillo difiere del primer anillo comercializado con respecto a otras marcas comerciales; hay estudios que corroboran una mejora en el perfil farmacocinético del primero. Estas diferencias radican en el grosor de la membrana y en la composición del núcleo. El primer anillo comercializado, y su genérico, contiene una membrana, compuesta principalmente por EVA, de 110 micromicras y un núcleo compuesto, además de por EVA, por esterato de magnesio. Las presentaciones que han aparecido con posterioridad tienen una membrana de 150 micromicras y el núcleo es de poliuretano.

Los efectos secundarios, contraindicaciones, perfil de seguridad son superponible a la píldora oral, con la ventaja de evitar el primer paso hepático por su absorción vaginal.

Algunas presentaciones tienen que permanecer en la cadena de frío (de 2° a 8° grados) y una vez dispensado en las farmacias puede conservarse a temperatura ambiente hasta 4 meses como máximo.

Existen otras presentaciones que no precisan cadena de frío. Algunas marcas comerciales están financiadas por el sistema público de salud.

Al igual que el parche no se compromete su absorción ni su eficacia por procesos intestinales, como vómitos y diarreas. El tratamiento con espermicidas o tratamientos vaginales no compromete su absorción.

La aplicación mensual mejora el cumplimiento frente a la toma diaria, así que se traduce en mayor efectividad.

## ▣ VÍA INTRAMUSCULAR

Existe un preparado oleoso, que contiene 10 mg de enantato de estradiol y 150 mg de dihidroxiprogesterona, de aplicación intramuscular mensual.

El control del ciclo dependerá de la absorción de estos componentes. La fertilidad tarda más en recuperarse que con el resto de vías de la AHC.

Actualmente no se comercializa en España, ya que en 2006 fue retirado por la Agencia Española del Medicamento por problemas con el excipiente, pudiéndose solicitar sólo como medicamento extranjero, con las limitaciones que ello supone. Pero las mujeres pueden traerlo de otros países, sobre todo de América Latina, donde se utiliza más.

En nuestro país su uso siempre ha sido siempre muy escaso, a pesar de ser un método de bajo precio y de alta eficacia, seguridad y confidencialidad, pero con más efectos secundarios.

Además, estarían los preparados comercializados que no contienen EE, el cuatrfásico con Valerato de Estradiol y Estradiol micronizado.

Tabla 2. AHC con EE comercializados en España			
SEGÚN DOSIS DE ETINILESTRADIOL Y GESTÁGENO UTILIZADO			
35-40 EE	30 EE	20 mcg EE	15 mcg EE
<b>MONOFÁSICOS</b> Norgestimato	Acetato Clormadinona	<b>MONOFÁSICOS</b> Levonorgestrel	<b>MONOFÁSICOS</b> Gestodeno
<b>BIFÁSICOS</b> Desogestrel	Dienogest	Desogestrel	Vía vaginal
<b>TRIFÁSICOS</b> Levonorgestrel Gestodeno	Levonorgestrel Desogestrel Gestodeno Drospirenona	Gestodeno Drospirenona Vía transdérmica	

## ▣ NORMAS DE USO

No son métodos útiles para la prevención de ITS, así que debemos recomendar el doble método (añadir preservativo) en mujeres con riesgo de ITS.

### ▣ VÍA ORAL

El primer comprimido lo tomará la mujer el primer día de la menstruación, de esta forma se asegura protección anticonceptiva desde el primer día ciclo. Si se inicia después (hasta el quinto día de menstruación) se debe añadir un método de barrera durante una semana, o 9 días si se utiliza un estrógeno natural. Debe tomarse todos los días a la misma hora aproximada.

Habitualmente se toma durante 21 a 26 días consecutivos, tras los cuales se procede a 2, 4, 6 o 7 días de descanso (en función del preparado) o a la toma durante esos días de los comprimidos que contienen placebo. Las presentaciones que no contienen placebo se toman durante 21 días, procediéndose después a 7 días de descanso.

### ▣ VÍA TRANSDÉRMICA

La vía transdérmica es un eficiente vehículo de administración de fármacos. Se evita el primer paso hepático.

Cada parche tiene un diámetro de 3.6 centímetros, aplicándose una vez por semana.

Deben colocarse alternando en las diferentes zonas preferentes de aplicación como son nalgas y abdomen, también en zona superior de la espalda y región superior externa de los brazos; no debe nunca aplicarse en las mamas ni en mucosas (Figura 6).



Figura 6

Deben colocarse 3 parches consecutivos (3 semanas), descansando la cuarta semana (en la que se producirá un sangrado por privación hormonal) e iniciando de nuevo la aplicación transcurrida ésta.

Si la mujer inicia el uso del parche el primer día de la menstruación, existe eficacia anticonceptiva desde este ciclo; si el inicio es posterior, y hasta el quinto día, deberá asociar un método de barrera durante los siguientes 7 días.

## ■ VÍA VAGINAL

Según las marcas comerciales existen presentaciones de 1 anillo o de 3 anillos (para 3 ciclos).

Para su colocación la mujer debe escoger la posición más cómoda, comprimir el anillo con los dedos e insertarlo hasta que lo sienta cómodo y no lo note (figuras 7, 8 y 9). Para facilitar su inserción existen presentaciones con aplicadores específicos, muy bien aceptado por las usuarias (Figura 10).



Figura 7



Figura 8

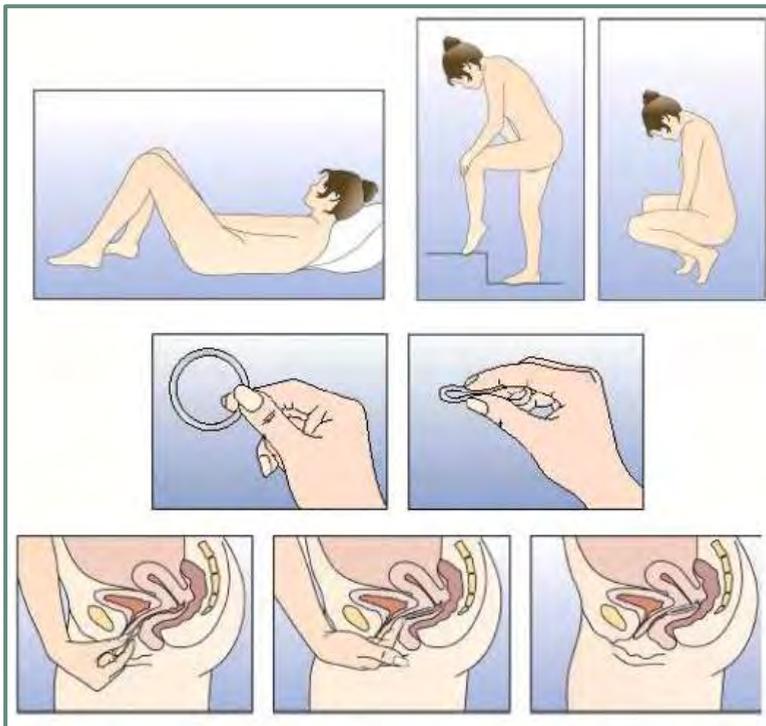
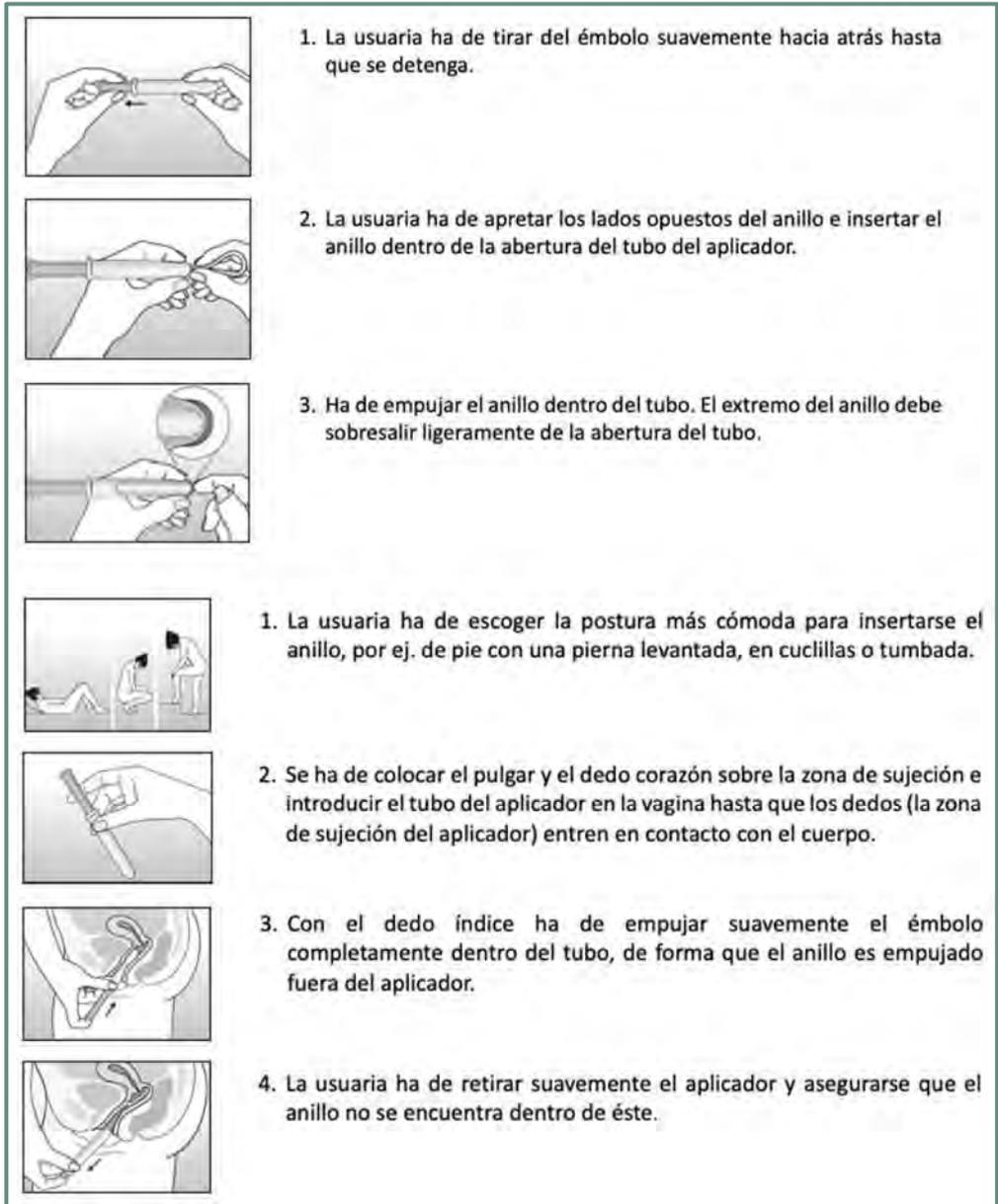


Figura 9



**Figura 10.** Tomado de Nuvaring®, ficha técnica ([https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/64570/FT\\_64570.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/64570/FT_64570.pdf))

Una vez introducido, el anillo debe permanecer en ella durante 3 semanas, siendo retirado posteriormente de la vagina durante una semana; 7 días después la mujer se colocará un nuevo anillo.

El día de la semana debe coincidir siempre, tanto para poner el anillo como para quitarlo; por ejemplo, si se inserta un jueves se retirará a las 3 semanas (al tercer jueves), y se pondrá uno nuevo el jueves siguiente (Figura 11). En la semana de descanso se producirá un sangrado por privación hormonal.

La retirada se realiza tirando con el dedo índice o bien sujetándolo entre índice y medio procediendo a la extracción.

La primera vez que se coloca el anillo, debe hacerse entre el primer y el quinto día del ciclo, si se coloca en el primer día del ciclo no sería necesario método adicional, si es entre el 2º y el 5º día se debe usar método barrera 7 días.



Figura 11

## ■ CRITERIOS DE ELECCIÓN

En la mayoría de las mujeres en edad fértil a la hora de la prescripción de un AHC, el único requisito fundamental es la realización de una anamnesis completa, que nos permita conocer antecedentes familiares o personales que supongan un mayor riesgo con el uso del anticonceptivo o que contraindiquen su uso. También se debe recoger si la mujer sigue algún otro tratamiento que pueda interactuar con el anticonceptivo.

Los exámenes mamarios, la toma de muestra de cribado cervical, evaluación de ITS son cuestiones importantes a tener en cuenta, pero estos procedimientos no son necesarios previa prescripción de un AHC. En estos casos seguiremos los mismos criterios de cribado que en la población general.

Las determinaciones analíticas no son necesarias, excepto en mujeres mayores de 35 años con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, donde sería aconsejable determinación de perfil lipídico, hepático y glucémico. De igual forma si existen antecedentes en familiares menores de 45 años de TEV o de localización atípica se debe de hacer obligatoriamente un estudio de trombofilia

Las únicas pruebas exploratorias necesarias serían la toma de TA en el momento de la prescripción. Es aconsejable la toma de peso y cálculo del IMC, obligado previa a la prescripción del parche transdérmico, la obesidad supone un factor de riesgo para TEV, salvo estas excepciones la obesidad (IMC < 35) no supone ninguna contraindicación para la toma de AHC.

## ■ DINÁMICA DE VISITAS

Basándose en la última conferencia de consenso de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) de noviembre de 2011, para indicar la AHC únicamente sería necesario realizar una historia clínica completa y detallada para identificar a las mujeres que presenten alguna situación dentro de las categorías 3 y 4 de la OMS. Además, se debe tomar la tensión arterial y es recomendable el cálculo del índice de masa corporal (IMC).

Es muy importante advertir a la mujer que la píldora no protege de infecciones de transmisión sexual (ITS), por lo que si mantuviera alguna práctica sexual de riesgo de ITS debería recomendarse el doble método (añadir el uso de preservativo).

Por tanto, en resumen, las acciones necesarias para la prescripción de un AHC serían:

- Anamnesis personal y familiar, para descartar contraindicaciones.
- Toma de presión arterial.
- Recomendable el cálculo del IMC.
- Información detallada (tanto oral como por escrito).
- Disponibilidad para consultar dudas durante el uso.

Se recomienda un contacto a los 3- 4 meses tras iniciar la AHC para mejorar la adherencia al anticonceptivo, en esta consulta se debería:

- Actualizar la anamnesis.
- Valorar aparición efectos secundarios.
- Comprobar la toma correcta y aclarar dudas.
- Toma de tensión arterial y cálculo IMC si no se hizo en primera visita.

A partir de este momento no son necesarios realizar controles periódicos específicos; pero como se ha comentado sería recomendable una visita anual para detectar cambios sobre todo en el riesgo cardiovascular.

Todas las vías de absorción de la AHC tienen los mismos criterios de elección y son necesarios los mismos requisitos para su prescripción.

Solo habría que recordar que, en el caso del parche transdérmico, la eficacia disminuye en mujeres con peso superior a 90 kilogramos por su imprevisible absorción, por lo que en el último consenso de la SEC de Noviembre/2011 no se aconseja su uso en estas circunstancias.

## **▣ RECOMENDACIONES OMS**

Actualmente está en desuso el término “contraindicaciones”, siendo aceptado por la mayoría de los autores el de “criterios de elección”, basándose en las recomendaciones de la OMS.

Las últimas recomendaciones fueron establecidas a partir del documento de la OMS publicado en 2005, 2009 y actualizado en 2015, sobre los criterios de elección para uso de AHC.

En la tabla 3 se recogen las situaciones clínicas o los factores de riesgo que contraindicarían el uso de un AHC. En ella se recogen, salvo alguna excepción, solo cuando no se debe realizar la prescripción, porque los riesgos superen a los beneficios (categoría 3) o porque el riesgo sea inaceptable para la salud (categoría 4).

A la vista de estos datos, se puede concluir que a la mayoría de mujeres en edad fértil, se les puede prescribir un AHC sin ninguna limitación.

**Tabla 3. Criterios de elección de los AHC**

CONDICIÓN	CATEGORÍA
Lactancia materna < 6 semanas	4
Lactancia materna de 6 semanas a 6 meses	3
Postparto sin lactancia < 21 días	3
Tabaquismo >15 cigarros/día y >35 años	4
Tabaquismo <15 cigarros/día y >35 años	3
Tabaquismo <1 año sin fumar y >35 años	3
Tabaquismo >1 año sin fumar y >35 años	2
Obesidad con IMC 35-39	3
Obesidad con IMC ≥40	4
Múltiples FRCV: tabaco, diabetes, HTA, edad, perímetro cintura > 88 cm	3/4
HTA controlada. HTA no controlada 140-159/90-99	3
HTA ≥= 160/100. HTA con enfermedad vascular	4
TEV/TEP historia personal/aguda/con anticoagulación	4
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	4
Inmovilización no relacionada con la cirugía	3
Trombofilia conocida	4
Sospecha de Trombofilia*	3
Cardiopatía isquémica actual o pasada	4
Ictus hemorrágico/ Ictus isquémico	3/4
Hiperlipemia sin otros FRCV/ con otros FRCV	2/3
Valvulopatía complicada**	4
Lupus eritematoso sistémico con Ac antifosfolípido	4
Migraña con aura	4
Migraña sin aura <35 años inicio/continuación	2/3
Migraña sin aura >35 años inicio/continuación	3/4
Cáncer de mama actual	4
Cáncer de mama previo sin evidencia hace > de 5 años	3
Diabetes con afectación vascular o >20 años evolución	4
Litiasis biliar sintomática actual y/o en tratamiento	3
Historia de colelitiasis relacionada con anticonceptivos	3
Hepatitis viral activa o signo	4
Cirrosis grave	4
Adenoma hepático	4
Hepatocarcinoma	4
Fármacos inductores enzimáticos	3

\*Antecedente personal no filiado, antecedente familiar de 1º grado <45 años o localización atípica.

\*\*Hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis, prótesis metálicas.

## ▣ ACTUACIÓN ANTE EVENTUALIDADES

### ▣ EVENTUALIDADES ESPECÍFICAS

En primer lugar, se van a describir las actuaciones específicas de cada una de las vías de AHC, y finalmente las comunes para todas ellas.

#### Vía oral

Vómitos y diarrea: si ocurre antes de 2 horas desde la ingesta de la píldora, la mujer debe repetir la toma.

Si hubieran transcurrido más de 2 horas, no es necesario repetir, puesto que está asegurada la absorción intestinal de los componentes hormonales.

En un cuadro de gastroenteritis moderada a severa, debe reforzarse con un método de barrera durante este tiempo y hasta una semana después, puesto que se pueden ver afectados los niveles de hormonas por déficit en la reabsorción enterohepática. En este último caso también afectaría a la vía transdérmica y a la vaginal.

#### Vía transdérmica

Si se produce un despegamiento total o parcial del parche se debe colocar uno nuevo inmediatamente.

Las precauciones varían si el despegamiento es superior a 24 horas:

- Si la mujer advierte el despegamiento con menos de 24 horas, se aplica inmediatamente un nuevo parche y continuaría la pauta habitual, manteniéndose el día de cambio inicial.
- Si desconoce el tiempo o éste es superior a 24 horas, se aplica inmediatamente uno nuevo, debiéndose utilizar un método de barrera durante una semana y comenzar un nuevo ciclo de 3 parches desde la colocación del nuevo.

Los estudios han observado un mayor índice de despegamientos en <19 años (9,1% frente a 4,2%).

#### Vía vaginal

En caso de extracción o expulsión accidental del anillo, su eficacia se mantiene si se introduce de nuevo antes de que transcurran 3 horas. El anillo puede lavarse con agua fría o tibia, pero no debe utilizarse agua caliente.

Si excepcionalmente molestara durante las relaciones sexuales, la mujer podría retirar el anillo durante un máximo de 3 horas. No es conveniente aconsejarlo puesto que existe el riesgo de olvidos de introducirlo nuevamente.

Pasado este tiempo de 3 horas no se puede asegurar la eficacia anticonceptiva, se debe volver a colocar el mismo anillo y se debe utilizar un método de barrera durante una semana, o bien no realizar la semana de descanso y colocar un nuevo anillo si el olvido ocurre en la última semana de uso.

## ▣ OLVIDOS

Si el olvido es el día de inicio de un nuevo ciclo, habría que utilizar método adicional durante los primeros 7 días y se debe considerar la anticoncepción de urgencia si ha habido un coito desprotegido en los días previos.

### Vía oral

Siguiendo las recomendaciones de la CdC de la SEC de 2011, la actuación sería:

- En el caso de olvido de una píldora, debe tomarla inmediatamente y seguir tomando el resto de manera habitual, sin que sea necesario el uso de un método adicional.
- En el caso de dos o más olvidos, es decir, más de 48 horas sin píldora; se recomienda tomar inmediatamente la última píldora olvidada y seguir tomando el resto de manera habitual y utilizar un método de barrera adicional como el preservativo durante 7 días (si la AHC contiene valerato de estradiol con dienogest se recomiendan 9 días de método de barrera adicional), además según el día del ciclo se procede como sigue:
- Si los olvidos ocurrieron entre la 1ª y 7ª píldora con coito desprotegido indicar anticoncepción de urgencia.
- Si los olvidos ocurrieron entre la 8ª y 14ª píldora, no es necesaria la anticoncepción de urgencia.
- Si los olvidos ocurrieron entre la 15ª y 21ª píldora se recomienda omitir el periodo libre y continuar con nuevo envase.

En los preparados cuatricíclicos, multifásicos o ante pautas continuadas, atenerse a las recomendaciones de la casa farmacéutica.

### Vía transdérmica

En el caso de olvido del día establecido para el cambio de parche, debe colocarse inmediatamente el nuevo parche:

- Si el olvido ocurre en la primera semana: aplicar nuevo parche, ese día será el nuevo día de cambio, utilizar método de barrera durante 7 días
- Si el olvido ocurre en la segunda o tercera semana:
  - Inferior a 48 horas: se coloca nuevo parche y se mantiene el día de cambio inicial.
  - Superior a 48 horas: Hay que empezar un nuevo ciclo de 3 parches, utilizando un método de barrera en la primera semana; habrá un nuevo día de cambio.

Siempre existe la posibilidad de indicar anticoncepción de urgencia en caso de olvido de inicio/recambio y si ha habido coito no protegido.

### Vía vaginal

Si la colocación del nuevo anillo supera los 7 días, se insertará el nuevo anillo lo antes posible, tomará medidas adicionales (preservativo) si mantiene relaciones sexuales en los siguientes 7 días, siempre existe la posibilidad del uso de la píldora de urgencia

Si el anillo ha estado en vagina durante más de 4 semanas no está asegurada su eficacia anticonceptiva, se colocará un nuevo anillo (este será el nuevo día de referencia) y utilizará otro método adicional si mantiene relaciones sexuales durante 7 días.

## ▣ **SANGRADOS INTRACÍCLICO O NO ESPERADOS**

Consisten en sangrados uterinos irregulares, entre dos sangrados por privación. La cantidad puede ser variable, desde un manchado a un sangrado abundante.

Se debe informar a la mujer de que puede ocurrir en los primeros meses del inicio de la píldora, sobre todo en los preparados orales de 15 o 20 mcg de EE, por lo que habría que tener una actitud expectante.

Si el sangrado persiste después de los tres primeros ciclos, es fundamental una anamnesis orientada, preguntar por la posibilidad de que se hayan producido olvidos, si tomó alguna medicación que pueda interactuar con los AHC o si presenta alguna enfermedad intercurrente.

Se debería realizar un estudio específico en mujeres menores de 45 años para descartar causa orgánica.

Se podría cambiar a un preparado de mayor dosis de EE o con un estrógeno natural.

## ▣ **MENSTRUACIÓN SILENTE**

Se debe a la escasa proliferación endometrial por predominio de la acción gestagénica sobre la estrogénica, no aparece el sangrado por privación en el período libre de la AHC, puede provocar cierto grado de angustia en la mujer por temor a un embarazo.

Se debe preguntar a la mujer si olvidó la toma de algún comprimido, o si tuvo algún despegue o se retiró el anillo durante más de 3 horas, o si se retrasó en el inicio de ese ciclo o si tomó medicación que pueda interactuar con los AHC. Estaría indicado realizar un test de gestación el último día de descanso, y si éste es negativo, puede iniciar nuevo ciclo.

Si persiste la amenorrea a partir del tercer o cuarto ciclo, se debe cambiar a un preparado de mayor dosis de EE para provocar mayor proliferación endometrial y de esta manera el sangrado por privación.

## ▣ **DESCANSOS Y FINALIZACIÓN DE USO**

No existe indicación médica para realizarlos ya que no se obtiene ningún beneficio, por muchos años que la mujer lleve utilizando el AHC. Además, conviene recordar que al reiniciarlo y durante el primer año de uso existe riesgo aumentado de TEV.

Con respecto hasta a qué edad se puede continuar utilizando AHC, en la CdC de la SEC de 2011 se concluyó que ningún método está contraindicado solo por la edad. La decisión de interrumpirlo se debe basar siempre en un consejo anticonceptivo individualizado, ya que no hay ninguna prueba diagnóstica que permita confirmar el momento en que cesa la función ovárica.

Tras la suspensión del AHC la regularidad del ciclo puede tardar en aparecer hasta dos o tres meses. Por encima de 4 meses conviene proceder a realizar una anamnesis detallada y una exploración para descartar patología orgánica.

En la CdC de la SEC de 2011 se concluyó que si la mujer desea una gestación puede intentarlo inmediatamente después de dejar de utilizar el AHC, no se requiere ningún consejo preconcepcional diferente. Se debe recomendar la toma de ácido fólico preconcepcionalmente, como a cualquier mujer que no lo estuviera utilizando.

También se recogió que la tasa global de embarazos tras el cese del uso de la AHC es comparable a la de la población general, y tras su interrupción no es necesario ningún intervalo de tiempo posterior para buscar la gestación.

### ▣ **CAMBIO DÍA SANGRADO DEPRIVACIÓN/PAUTA CONTINUA**

Es posible cambiar el día establecido para el sangrado por privación adelantando el día de inicio del nuevo ciclo, pero nunca superar los días de descanso establecidos según preparado o vía. Incluso se puede suprimir la semana de descanso durante un ciclo o varios ciclos seguidos.

Cuando no se realice este descanso, no se producirá sangrado por privación.

El reinicio de la toma del anticonceptivo ha de ser como máximo al octavo día (excepto en la vía oral en las pautas de 22+6, 24+4 ó 26+2, que sería respectivamente de 6, 4 ó 2 días) tras la supresión del envase anterior, de otra forma no se asegura la eficacia anticonceptiva, puesto que a partir del octavo día sin estar inhibido el eje hipotálamo-hipófisis-ovario se puede empezar a desarrollar un folículo de ovulación, con mayor probabilidad cuanto más baja dosis hormonal tenga la AHC.

Es posible utilizar el parche en pauta continuada, pero hay que tener en cuenta que la ficha técnica establece máximo de 6 semanas el uso continuado, obligando a una semana de descanso transcurrido ese tiempo.

En el caso del anillo vaginal, en ficha técnica del primer anillo comercializado indica que podría utilizarse hasta dos ciclos seguidos sin semana de descanso.

### ▣ **EFECTOS ESTROGÉNICOS**

Disminuyendo la dosis de estrógenos podría mejorar los siguientes síntomas: náuseas, vómitos, mastalgia, tensión premenstrual, retención hidrosalina premenstrual.

Por el contrario, si aumentamos la dosis de estrógenos existirían beneficios en sequedad vaginal, síntomas vasomotores, hirsutismo, seborrea, etc.

### ▣ **CAMBIO DE AHC**

Si se cambia de un AHC oral de menor a otro de mayor dosis de EE, se debe iniciar el mismo día que tuviera que hacerlo con el preparado anterior.

Si se cambia de un AHC oral de mayor a otro de menor dosis de EE, la mujer debe iniciar la toma el primer día del sangrado para asegurar su seguridad anticonceptiva desde el primer ciclo.

Si se cambia de una vía de AHC a otra, se iniciará el mismo día que tuviera que iniciar un nuevo ciclo con su anticonceptivo anterior, sin necesidad de uso de otro método adicional.

Si la mujer estaba utilizando un método de solo gestágenos, puede iniciar el AHC en cualquier momento si utilizaba la píldora, o el día que debía administrarse el AMPD, o el día de la retirada del implante o del DIU y añadiendo un método adicional durante 7 días.

## ▣ INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

Existen algunos principios activos que interactúan con los AHC provocando modificaciones plasmáticas de unos u otros con distinta importancia. Por lo que se recomienda recoger en el momento de la anamnesis, cualquier tratamiento farmacológico de la mujer, y valorar sus posibles interacciones según las fichas técnicas actualizadas. (CdC SEC, 2011)

Tradicionalmente los antibióticos de amplio espectro estaban considerados como fármacos que disminuían los niveles de hormonas por afectar la absorción tras la circulación enterohepática. Actualmente la OMS no lo considera como interacción significativa, por lo que sólo se describirán aquéllas con significación clínica.

Los fármacos que disminuyen los niveles plasmáticos de los AHC, dado que los estrógenos y los gestágenos tienen metabolización hepática, son aquellos que provocan una inducción enzimática a nivel del hepatocito, induciendo la actividad del citocromo P-450, lo que provoca una disminución de los niveles plasmáticos hormonales hasta pasadas 4 semanas de la interrupción del fármaco. Estos serían:

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Antiepilépticos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carbamazepina.</li> <li>- Oxcarbamazepina.</li> <li>- Fenitoína.</li> <li>- Primidona.</li> <li>- Topiramato.</li> <li>- Fenobarbital.</li> <li>- Lamotrigina.</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Antibióticos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rifampicina.</li> <li>- Rifabutin.</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Hipnóticos sedantes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clorpromacina.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Antiretrovirales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amprenavir,</li> <li>- Atazanavir,</li> <li>- Efavirenz,</li> <li>- Nelfinavir,</li> <li>- Lopinavir,</li> <li>- Saquinavir,</li> <li>- Ritonavir,</li> <li>- Nevirapine,</li> <li>- Tipranavir,</li> <li>- Darunavir.</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Fitoterapia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipérico (Hierba de San Juan).</li> </ul> </li> </ul> |
|--|---|

Si se utilizan estos fármacos, se debe añadir o cambiar el método anticonceptivo; en períodos largos de tratamiento con alguno de estos fármacos, se aconseja utilizar otro método que no tenga interacción medicamentosa; en períodos cortos, se debe asociar método de barrera durante el tiempo que dure el tratamiento y hasta 28 días después de la suspensión.

Como norma, los AHC no son un buen método en mujeres que toman estos medicamentos. Por otra parte, los AHC pueden disminuir de forma significativa los niveles séricos de Lamotrigina.

También hay que tener en cuenta otro tipo de interacción, la que produce el AHC, que puede aumentar niveles de ciclosporina, teofilina, warfarina.

Así mismo puede ocurrir aumento de los niveles séricos de EE si se toma etoricoxib, rosuvastatina, por ser inhibidores de las enzimas hepáticas.

## ▣ VIA VAGINAL

Si la mujer precisara tratamiento tópico vaginal, puede hacer uso de cualquier preparado. Hasta ahora no hay comunicada ninguna interacción entre el tratamiento tópico y el anillo vaginal. Aunque sí se han notificado roturas del anillo con algunos tratamientos vaginales, ocurre con menor frecuencia con anillos vaginales que utilizan el polímero que primero se comercializó.

## ■ EFECTOS ADVERSOS AHC

### ■ EFECTOS ADVERSOS MENORES

Los efectos adversos menores reseñados en el capítulo de eventualidades, como sangrado intracíclico, sangrados silentes, náuseas, suelen ocurrir en los primeros meses, la mayoría de ellos son leves, y suelen desaparecer espontáneamente en el segundo o tercer ciclo.

También es frecuente en esos primeros ciclos la aparición de tensión mamaria premenstrual y cefaleas.

Con los preparados actuales de dosis bajas de EE se han minimizado estos efectos adversos.

Seguidamente se detallan los principales efectos adversos y sus posibles soluciones:

- **Mastalgia:** se debe al efecto estrogénico sobre áreas de hiperplasia focal o a la retención de líquidos por la interrupción brusca del gestágeno en la semana de descanso. Si persistiera después de los 3 primeros ciclos, se podría intentar minimizar cambiando a un preparado de menor dosis estrogénica, o reducir los intervalos libres de tomas (4 días en lugar de 7) o bien utilizar pauta prolongada o continuada.
- **Cloasma:** los estrógenos y gestágenos son estimulantes de la melanogénesis. La exposición solar puede desencadenar el cloasma en mujeres predispuestas que toman AHC. Éste aparece lentamente y puede tardar en desaparecer o no hacerlo nunca, por lo que conviene suspender el anticonceptivo si se detecta. Podemos prevenir su aparición tomando la píldora por la noche para evitar la exposición solar cuando los niveles sanguíneos de hormonas son mayores, utilizando anticonceptivos con bajas dosis de estrógenos y gestágenos, y evitando la exposición solar directa. El cloasma es muy poco frecuente si se toman preparados con baja dosis de estrógenos. Un factor predisponente a tener en cuenta es que durante el embarazo la mujer haya padecido cloasma.
- **Acné, alopecia androgénica, seborrea o hirsutismo:** en caso de que aparezca durante su uso o si existe previamente, se deben utilizar preparados que contengan gestágenos con mayor potencia antiandrogénica, como acetato de clormadinona, dienogest o drospirenona.
- **Cefalea:** aunque es informado como efecto secundario frecuente, su aparición no está claramente relacionada con el uso de AHC. Cuando la cefalea se inicia o empeora con el uso de AHC o son cefaleas menstruales cíclicas, podría mejorar cambiando a una pauta continuada sin descansos.
- **Aumento de peso:** a pesar de la creencia más o menos generalizada de que pueda darse este efecto adverso, según una revisión Cochrane de 2006 no existe ninguna evidencia científica que indique que el uso de AHC de bajas dosis provoque aumento de peso. Debemos informar claramente a las usuarias, ya que esta creencia errónea es en ocasiones una barrera para el uso de la misma. Hay mujeres con mayor predisposición a la retención de líquidos, sería de elección un gestágeno con actividad antiminerocorticoidea como Drospirenona
- **Disminución de la libido o inapetencia sexual:** en la CdC de la SEC de 2011 se recoge que el impacto de la AH sobre el deseo sexual no es posible valorarlo dado que en el mismo intervienen diversos factores personales, psicológicos y sociales. Tampoco hay evidencia de que influyan los diferentes componentes gestagénicos en el mismo. Queda la posibilidad de cambiar el gestágeno a preparados con mayor actividad androgénica derivado de la testosterona (Levonorgestrel, Norgestimato, etc.), otra alternativa es utilizar estrógenos naturales.

- **Cambios de humor:** aunque es un efecto adverso referido con frecuencia por las mujeres, no se ha encontrado relación entre el uso de la AHC y los cambios de humor. El trastorno disfórico premenstrual mejora con la AHC, sobre todo con el uso de drospirenona como gestágeno y la presentación de 24 comprimidos activos.
- **Colelitiasis, Colestasis:** los estrógenos poseen propiedades litogénicas e incrementan la secreción biliar de colesterol, infrecuente con dosis bajas de estrógenos.

### Vía transdérmica

Un efecto adverso propio de la vía de administración es la aparición de irritación en la zona de aplicación que, si es repetida en todas las zonas de aplicación, obliga a indicar otra alternativa anticonceptiva. Esto ocurre en el 3% de las mujeres que utilizan este método.

En los primeros ciclos de uso se ha detectado una mayor incidencia de mastalgia (22%) con respecto a las mujeres que usan la vía oral, tendiendo a igualarse tras el tercer ciclo. Además, por esta causa no se llega ni al 2% de abandono, por lo que conviene advertir a la mujer previamente, y el abandono por este motivo podría ser aún menor.

## ▣ EFECTOS ADVERSOS MAYORES

### Enfermedad cardiovascular

Entre los efectos adversos mayores, por su gravedad, habría que destacar los efectos cardiovasculares, de tromboembolismo venoso (trombosis venosa profunda y embolia pulmonar) o arterial (infarto de miocardio e ictus, tanto isquémico como hemorrágico), en los que estarían implicados, por un lado, las dosis de estrógenos utilizadas, y por otro lado, el tipo de gestágeno que le acompaña.

La AHC induce variaciones en algunas de las proteínas implicadas en la hemostasia, eleva los factores prohemostáticos, aumenta la generación de trombina, descenso de los anticoagulantes naturales y aumento de la fibrinólisis.

La acción del componente estrogénico es protrombótica, y la del gestagénico es profibrinolítica, con un resultado global final procoagulante, que dependerá de la dosis estrogénica utilizada (mayor R si >50 EE y menor R si <35) y del tipo gestágeno (menor RR con levonorgestrel, dienogest y norgestimato, algo mayor con clormadinona y mayor RR con desogestrel, gestodeno, etonogestrel y drospirenona).

Aunque haya estas diferencias entre los distintos tipos de AHC, si se tienen en consideración las situaciones clínicas en las que no estaría indicado el uso de un AHC, el riesgo de que ocurran eventos trombóticos en mujeres sanas en edad fértil sería similar.

### A. Tromboembolismo venoso

Lo más importante es volver destacar que el TEV es una complicación grave, pero afortunadamente infrecuente de los AHC, de manera que el balance riesgo/beneficio es claramente favorable a su uso.

Los datos de riesgo relativo son siempre menores al embarazo (1,2), y dependerán de las dosis de EE, de 6 a 10 con dosis alta y en baja dosis de 3 a 4. Por tanto, si se evita el embarazo al indicar la AHC, siempre se estaría disminuyendo el riesgo de TEV.

Este riesgo de TEV es mayor durante el primer año de utilización de los AHC.

También hay que tener en cuenta que existe un riesgo relativo diferente en función de los gestágenos utilizados.

En la CdC de 2011 se concluyó a este respecto, que “las diferentes combinaciones de AHC oral tienen un riesgo relativo diferente de TEV, siendo menor para combinaciones con levonorgestrel, noretisterona y norgestromina, frente al riesgo mostrado en las combinaciones con dienogest, gestodeno, drospirenona o desogestrel, aunque el riesgo absoluto es pequeño. La relevancia clínica de estas diferencias tiene que valorarse teniendo en cuenta la baja incidencia de eventos tromboembólicos en mujeres sanas en edad fértil. Se recomienda utilizar anticonceptivos con bajas dosis de estrógenos (EE <35 mcg) para reducir el riesgo relativo de TEV.

La evidencia respecto al impacto de la vía de administración sobre el riesgo de TEV no es concluyente.

Estos hallazgos no justifican que las mujeres que estén ya utilizando algún AHC oral tengan que cambiar de preparado. Existiría además un riesgo mayor de TEV si se dieran otros factores de riesgo tromboembólico como obesidad, hábito tabáquico, HTA, periodo de postparto, reposo por enfermedad o cirugía mayor, síndrome antifosfolípido y antecedentes familiares de trombofilia.

Deberá valorarse la supresión de los AHC ante una intervención quirúrgica de riesgo o en periodos de inmovilización prolongada por cualquier causa.

En el caso de antecedentes familiares de primer grado o personales de TEV, es obligado realizar un estudio de trombofilia genética.

En estudios epidemiológicos que evaluaron el riesgo de desarrollar un evento tromboembólico en mujeres que utilizaban el parche anticonceptivo comparadas con mujeres que usaban la vía oral, se encontró que el riesgo de TEV no fatal asociado con el uso del parche es similar al riesgo con la AHCO con 35 microgramos de EE y norgestimato. Sin embargo, un estudio encontró que el riesgo de padecer eventos de TEV era el doble.

## **B. Efectos vasculares arteriales**

No hay asociación entre el uso de AHC y el Infarto Agudo de Miocardio sin la coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular asociados confirmado en el estudio Framingham, como hábito tabáquico, dislipemia, obesidad, diabetes, historia familiar o hipertensión arterial, en estos casos la AHC sería categoría 3 ó 4. Y no habría diferencias en cuanto al tipo de gestágeno utilizado (Estudio MICA).

Por tanto, las mujeres que no fuman y no tienen otros factores de riesgo asociado, no tienen aumentado el riesgo de padecer cardiopatía isquémica.

La HTA es el principal factor de riesgo para padecer accidentes cerebrovasculares; de ahí la importancia de descartar HTA en mujeres que usan AHC.

La AHC puede provocar un ligero aumento de la Tensión arterial alrededor de 4,5 a 9 mm de Hg de sistólica y de 1,5 a 5 mm Hg en la diastólica (CdC SEC, 2005). La HTA inducida por AHC es muy poco frecuente y se explicaría por la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, suele ocurrir en los 6 primeros meses. Los estados hipertensivos del embarazo no son predictores del riesgo de HTA.

Sin factores de riesgo cardiovasculares asociados las posibilidades de padecer un ACV son mínimas y no contraindican su uso. El riesgo de ictus isquémico en mujeres con migraña que usan AHC es raro dadas las bajas dosis de estrógenos utilizadas en los anticonceptivos actuales.

En el caso de que la mujer tenga tendencia a cefaleas migrañosas, éstas pueden aparecer por primera vez al inicio del tratamiento, o bien empeorar o mejorar si ya existían previamente.

En cualquier caso, no se debe nunca indicar AHC a mujeres con migraña con aura, o a aquellas con migraña sin aura pero asociada a otros factores de riesgo vascular (tabaquismo, HTA, dislipemia, diabetes, obesidad), o que sean mayores de 35 años, en estos casos existe mayor posibilidad de ACV isquémico. El riesgo es similar para cualquier gestágeno utilizado.

No se ha encontrado asociación entre el uso de AHC y los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos.

## Neoplasias

### Cáncer de cérvix

Los autores del estudio de Collaborative Group de 2007 estiman el RR de cáncer de cérvix en mujeres que toman AHC durante más de 5 años es de 1,90 (IC 95%: 1,69-2,13) con respecto a las que no la usaban.

En cualquier caso, hay dudas de si el riesgo aumentado refleja una relación biológica, o si puede ser atribuible a factores de diferencias de estilo de vida en mujeres que toman AHC, riesgo de infección por el virus del papiloma humano, número de parejas sexuales, tabaquismo y mayor frecuencia de cribados citológicos.

Conviene recordar además que el agente causal del cáncer de cérvix es el virus del papiloma humano. La mayoría de los estudios confirman que el uso de AHC durante más de 5 años se considera un cofactor promotor en el desarrollo de cáncer de cérvix, y este riesgo disminuye a partir de los 10 años de dejar de usar el AHC.

No existe contraindicación para el uso de AHC en mujeres que padecieron una neoplasia intraepitelial cervical.

### Cáncer de mama

En relación con el cáncer de mama existen estudios contradictorios, aunque el mayor estudio epidemiológico (Collaborative Group 1996) que incluyó 53.297 mujeres, concluyó que el RR de cáncer de mama en mujeres que toman anticonceptivos es de 1,24 (95%, IC 1,15-1,33), que no se afecta por los antecedentes familiares previos, tampoco por portadoras de mutaciones genéticas ni por la duración de su uso, y que este riesgo desaparece después de diez años de utilización. El factor de riesgo más relevante es el uso prolongado antes del primer parto.

El cáncer de mama, no obstante, se considera categoría 4 de la OMS, y el antecedente personal superior a cinco años se considera categoría 3, es decir, el riesgo potencial supera al beneficio.

## Hepatocarcinoma

Solo se ha encontrado asociación con los preparados de más de 50 microgramos de etinilestradiol, que no se deben utilizar en la actualidad.

### ▣ OTROS EFECTOS ADVERSOS

Desde el punto de vista metabólico los anticonceptivos hormonales de alta dosis de EE (más de 50 mcg de EE) podrían ocasionar un estado similar al hiperinsulinismo, con aumento de la resistencia periférica a la insulina, intolerancia hidrocarbonada, aumento de triglicéridos, descenso de colesterol HDL y riesgo de aparición de HTA.

A nivel hepatobiliar se evidencia más probabilidad de desarrollar adenoma hepático, hiperplasia nodular focal y litiasis biliar.

Pero conviene recordar que con las dosis actuales estos efectos secundarios no se producen.

### ▣ EFECTOS BENEFICIOSOS DE LA AHC

La mayoría de las mujeres que toman AHC desconocen muchos efectos beneficiosos de éstos, y además suelen sobreestimar los efectos adversos, por lo que es muy importante que conozcan estos beneficiosos, lo que podría ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento. Sería muy aconsejable dar a conocer a la mujer estos efectos beneficiosos añadidos al usar AHC.

La evidencia disponible en los efectos beneficiosos es casi exclusiva para la vía oral, pero cabe esperar que estos efectos sean extrapolables a las otras vías.

A continuación se procede a detallar los más relevantes:

- **Reducción del riesgo de embarazo no deseado y de aborto:** esta sería la indicación principal de la AHC, y habría que tener en cuenta que los principales efectos secundarios de los AHC se pueden dar también durante un embarazo, pero con mucha menor frecuencia.
- **Disminución de la necesidad de esterilización quirúrgica:** la AHC es un método eficaz y bien tolerado por la mayoría de las mujeres, sin la existencia de factores de riesgo podría utilizarse hasta la finalización de su periodo fértil.
- **Disminución de la mortalidad materna:** cada embarazo y parto constituyen un riesgo para la salud de la mujer, sobre todo en países no tan desarrollados como el nuestro, donde la mortalidad materna es mayor.
- **Menor riesgo de embarazo ectópico:** al inhibir la ovulación, existe menor riesgo de embarazo ectópico, evento que puede conllevar problemas en la fertilidad futura y aumento de la morbimortalidad de las mujeres que lo sufren.
- **Reducción de enfermedad inflamatoria pélvica:** es por el efecto del gestágeno utilizado, que produce un espesamiento del moco cervical, que le hace más hostil para el paso de los espermatozoides, pero también de los gérmenes vaginales, de manera que disminuye la incidencia de EIP por ascenso de gérmenes desde vagina. Y esto conllevaría una disminución del riesgo de hospitalización y morbi-mortalidad por esta causa, cuando se produce algún episodio es menos grave y por tanto, disminuye la necesidad de hospitalización.

- **Mejoría de la dismenorrea:** la dismenorrea se debe a la liberación de prostaglandinas, la AHC suprime la ovulación y reduce el grosor endometrial, disminuye por tanto la cantidad de prostaglandinas por lo que reduce la dismenorrea.
- **Menor incidencia de sangrados frecuentes o excesivos,** y por tanto del síndrome anémico que podría ocasionar: la AHC induce menor proliferación endometrial, con menor proliferación del epitelio glandular, lo que disminuye la cantidad de sangrado durante la descamación de endometrio, por tanto, disminuye las posibilidades de anemia ferropénica. Incluso algunos preparados orales de AHC son de primera elección en el tratamiento de los sangrados uterinos excesivos (SEGO, 2011).
- **Mejoría del síndrome premenstrual (SPM):** el SPM consiste en un trastorno cíclico con diferentes síntomas físicos y emocionales, tensión mamaria, hinchazón abdominal, cefaleas, irritabilidad, alteraciones del humor, que se manifiestan desde dos semanas antes de la menstruación y finalizan poco después del período menstrual. Las formas graves se clasifican como trastorno disfórico premenstrual que provocan síntomas conductuales, afectando del 3-8% de mujeres en edad fértil. La AHC disminuye la sintomatología del SPM, fundamentalmente los que contienen drospirenona por su efecto antiminerocorticoide, la FDA autorizó la indicación del preparado oral de 24 comprimidos activos con drospirenona como gestágeno para este síndrome al tener un menor número de días libre de hormonas; Algunos estudios (Coffee et al, 2007) apoyan también el uso de forma continua de la AHC para la mejoría del SPM, sobre todo en aquellas mujeres en los que predominan los síntomas durante el periodo de descanso.
- **Eficaces en el tratamiento del acné, seborrea, alopecia androgénica e hirsutismo:** estas son manifestaciones de hiperandrogenismo. Todos los AHC tienen acción antiandrogénica, provocado por el aumento del nivel de S-HBG inducida por el EE y consecuentemente descenso de testosterona libre, pero los más potentes son aquellos que contienen como gestágeno: acetato de clormadinona, drospirenona o dienogest.
- **Disminución de la incidencia de cáncer de ovario:** es uno de los efectos más beneficiosos, sobre todo porque se trata de un cáncer con diagnóstico tardío la mayoría de las veces, y a la elevada mortalidad que tiene. El efecto protector aumenta con la duración de uso y persiste después de 20 años de interrumpir la AHC, se llegan a cifras de reducción de un 80% con un uso de más de 10 años para todos los tipos de cáncer (La Vecchia, 2006); el efecto sería especialmente útil en mujeres con factores de riesgo (antecedentes familiares, mutaciones).
- **Disminución de quistes funcionales de ovario:** mejoría provocada por el reposo ovárico mientras se utiliza la AHC, hay menor incidencia de quistes ováricos funcionales (folicular y cuerpo lúteo), y es mayor cuanto mayor es la dosis de estrógeno.
- **Disminución incidencia cáncer de endometrio:** la protección alcanza un 50%, siendo más efectiva a partir del tercer año de uso, para los principales tipos histológicos; este efecto protector aumenta con los años de uso y persiste hasta 20 años después de suspenderlo.
- **Disminución incidencia cáncer colorrectal:** la agencia internacional para la investigación del cáncer tras analizar los principales estudios concluye que el RR de este tipo de cáncer en mujeres que toman AHC está ligeramente por debajo de la unidad; la conclusión es que pueden dar cierta protección por un mecanismo desconocido aún, son necesarios más estudios para la confirmación.

- **Mejoría de la endometriosis:** causa de dolor y esterilidad, la mejoría es efectiva en un alto porcentaje de las mujeres que lo padecen; la Agencia Española del medicamento ha incluido en ficha técnica del preparado cuatrifásico de Valerato de Estradiol y Dienogest la indicación para dolor pélvico en mujeres con endometriosis.
- **Mejoría en los quistes benignos mamarios:** esta mejoría se contrastó con preparados de alta dosis de estrógenos en fibroadenomas y enfermedad fibroquística, en cualquier caso, son estudios con importantes sesgos (Burkman et al, 2004); en los actuales de baja dosis es posible que este efecto protector sea menor o incluso que no se produzca.
- **Mejoran la densidad mineral ósea:** según las conclusiones de (Williams, 2000) el uso de AHC superior a 5 años confiere cierta protección frente a la osteoporosis.

## ▣ INFORMACIÓN

El cumplimiento está muy condicionado por la información que reciba la mujer de las diferentes alternativas anticonceptivas, con la idea de aumentar el grado de conocimiento del método y también el mayor grado de seguridad, se debe informar sobre:

- Normas de uso o modo de empleo del preparado seleccionado.
- Asegurar una buena accesibilidad para consultar dudas o problemas.
- Efectos beneficiosos.
- Visitas de seguimiento.
- Eficacia e importancia del cumplimiento y del uso continuado.
- Contraindicaciones y causas que motivan suspender el método.
- Tipos de preparados existentes y vías de administración.
- Eliminar creencias erróneas: fertilidad posterior, aumento de peso, descansos.
- Informar de probables efectos secundarios e indicaciones para solucionarlos.
- Consejo doble método si existe riesgo de ITS.



# ANTICONCEPCIÓN HORMONAL CON SOLO GESTÁGENOS

*Cristóbal Trillo Fernández*

## PUNTOS CLAVE

- ▣ Los anticonceptivos hormonales que contienen sólo gestágenos se presentan en forma de comprimidos, inyectable, sistema de liberación intrauterino/ dispositivo intrauterino (SLI/ DIU) e implante subcutáneo.
- ▣ El DIU y el implante subcutáneo forman parte de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC). Debido a su elevada efectividad, deben ofrecerse de forma prioritaria a las mujeres que desean una anticoncepción segura.
- ▣ No solo están indicados cuando están contraindicados o no se toleraban los estrógenos y durante la lactancia, por lo que deben ofrecerse como una opción más a todas las mujeres que soliciten una anticoncepción eficaz.
- ▣ En mujeres lactantes se ha demostrado que carecen de efectos negativos sobre la cantidad y calidad de la leche; tampoco se han descrito efectos negativos sobre el niño.
- ▣ Su principal problema es la alteración del patrón de sangrado menstrual, hecho que debe advertirse a la mujer para que se mejore la aceptabilidad, ya que estos cambios son la causa más habitual de abandono de estos métodos.
- ▣ La inserción y extracción del DIU y de los implantes subcutáneos puede ser realizada por el médico de familia tras un periodo de formación adecuado.
- ▣ La fertilidad puede tardar en aparecer en aquellas mujeres que utilizan el acetato de medroxiprogesterona depot (AMPD).

## ▣ INTRODUCCIÓN

En este capítulo trataremos de aquellos anticonceptivos hormonales que sólo contienen gestágenos ya que poseen características propias que los diferencian de los anticonceptivos hormonales combinados.

Los anticonceptivos que sólo contienen gestágenos comercializados actualmente en nuestro país son:

- Vía oral: desogestrel o drospirenona
- SLI de levonorgestrel (DIU-LNG)
- Anticoncepción inyectable: acetato de medroxiprogesterona depot (AMPD)
- Implante subcutáneo: etonogestrel

En la anticoncepción de urgencia también se utiliza un preparado con sólo gestágeno, aunque ésta será tratada en otro capítulo.

Las cuatro presentaciones están financiadas. La vía oral e inyectable pueden ser prescritos por el médico de familia. El DIU-LNG está disponible en los centros hospitalarios o de atención primaria en los que se realiza su inserción como método anticonceptivo, aunque se deben cumplir algunas condiciones para su uso que varían en función de la zona y que incluyen la presencia de menorragias anemizantes. La prescripción del implante subcutáneo actualmente necesita visado. Las condiciones varían en función de la zona, pudiéndose prescribir en atención primaria y/u hospitalaria. Habitualmente la única limitación para el visado es la edad, que debe oscilar entre los 18 y los 40 años.

La accesibilidad al DIU-LNG y al implante subcutáneo mejora considerablemente cuando estos métodos están disponibles en atención primaria. Cada vez son más los centros de salud en los que los médicos de familia realizan estas técnicas.

Aunque los distintos anticonceptivos que sólo contienen gestágeno son similares en algunos aspectos, cada uno de ellos presenta sus características diferenciales que se irán desarrollando a lo largo este capítulo.

El mecanismo de acción de estos anticonceptivos es múltiple:

- Espesamiento del moco cervical que impide el paso de espermatozoides hacia la cavidad uterina.
- Adelgazamiento y atrofia del endometrio que evita la implantación.
- Inhibición de la ovulación por supresión del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.
- Disminución de la motilidad tubárica.

Aunque todas las presentaciones citadas actúan a esos cuatro niveles, el efecto predomina a uno u otro nivel dependiendo del anticonceptivo de que se trate:

- Píldora de solo gestágeno: inhibición de la ovulación y espesamiento del moco cervical.
- Inyectable de medroxiprogesterona (MDPD): inhibición de la ovulación, espesamiento de moco cervical y cambios tróficos.
- Dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG): cambios endometriales y espesamiento del moco.
- Implante cutáneo de etonogestrel: inhibición de la ovulación y espesamiento del moco cervical.

## ▣ INDICACIONES

Inicialmente se recomendaban cuando estaban contraindicados o no se toleraban los estrógenos y durante la lactancia. Actualmente se consideran en igualdad de condiciones que los combinados, ya que tienen una elevada efectividad, son eficientes, tienen una alta tasa de continuidad y poseen beneficios no anticonceptivos adicionales como la indicación en sangrados excesivos, menorragias idiopáticas, anemia, endometriosis, dismenorrea o hemoglobinopatías.

También tienen indicaciones específicas como la anticoncepción hormonal durante la lactancia, ya que carecen de efectos negativos sobre la cantidad y calidad de la leche materna (al contrario de lo que ocurre con los combinados) y no se han descrito efectos negativos sobre el lactante.

## ▣ EFECTOS ADVERSOS

El principal efecto adverso de los anticonceptivos que contienen sólo gestágenos consiste en que una proporción significativa de mujeres que los usan presentan un patrón impredecible de sangrado (amenorrea, ciclos irregulares, manchados, sangrado infrecuente o, en ocasiones, frecuente), ya que no contiene estrógenos y que no se utiliza la administración cíclica de los anticonceptivos hormonales combinados (con la excepción de la presentación oral de drospirenona). Aunque tienen una alta tasa de continuidad, este es el principal motivo de abandono. La tasa de continuidad en un año es del 84% en el caso de la vía subcutánea, 80% la intrauterina, 67% la oral y 56% la inyectable.

Para mejorar la aceptabilidad y la tasa de continuidad de estos anticonceptivos es importante que informemos y que la mujer acepte esta posible eventualidad antes de que empiece a utilizarlos. La alteración del patrón de sangrado suele ser más acusada en los primeros meses de uso. En general la cantidad global de sangrado es menor que la que presenta una mujer con ciclos regulares.

Otros efectos adversos que pueden aparecer incluyen acné, cefalea, mastalgia, náuseas y cambio del estado de ánimo.

Con la excepción del AMPD, la baja dosis de gestágeno que proporcionan estos anticonceptivos hace que la producción folicular de estrógenos se mantenga dentro de valores normales, con lo que se evitan efectos indeseables causados por su déficit tales como la disminución de la densidad mineral ósea.

Aunque algunos autores han apuntado un aumento del riesgo de cáncer de mama en mujeres que utilizan estos anticonceptivos, los datos de que disponemos actualmente apuntan a que es muy poco probable que exista esta asociación.

No existe evidencia de que los gestágenos por sí solos produzcan un aumento del riesgo de trombosis, por lo que, a diferencia de los anticonceptivos hormonales combinados, no están contraindicados en mujeres con antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP) o tromboembolismo pulmonar (TEP). Tampoco es necesario suspender estos fármacos ante una intervención quirúrgica que precise reposo prolongado. A pesar de estas evidencias, no deben utilizarse en caso de TVP o TEP actual, ya que el riesgo potencial puede superar al beneficio (categoría 3 de la OMS). Estarían indicados en mujeres con trombofilia probada y en aquellas con tratamiento anticoagulante, por los beneficios en la disminución del sangrado menstrual que puede provocar esta terapia.

## ▣ EFICACIA Y EFECTIVIDAD

La eficacia de los anticonceptivos que contienen sólo gestágenos es similar a la de los anticonceptivos combinados. La efectividad (eficacia en condiciones reales de uso) varía en función de vía de administración. El índice de PEARL (número de embarazos que se producen en el primer año de uso por cada 100 mujeres que utilizan el método) es menor en los métodos cuyo cumplimiento no depende de la mujer, como es el caso del DIU-LNG y del implante subcutáneo (tabla 1). Por lo tanto, si la mujer solicita anticoncepción segura, serían de elección, entre estos métodos, el DIU-LNG y el implante subcutáneo, por su alta efectividad.

<b>Tabla 1. Índice de Pearl de los ASG (OMS 2018)</b>		
<b>Método</b>	<b>Eficacia</b>	<b>Efectividad</b>
Pildora de desogestrel	0.3	9
Acetato de medroxiprogesterona	0.2	6
DIU de levonorgestrel	0.2	0.2
Implante de levonorgestrel	0.05	0.05

## ■ CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Tal como se indicó en capítulo anterior, la OMS establece 4 categorías de elegibilidad:

- Categoría 1: no existe restricción en el uso del método.
- Categoría 2: los beneficios del método superan los riesgos.
- Categoría 3: los riesgos superan los beneficios del método.
- Categoría 4: riesgos inaceptables para usar ese método.

Los métodos clasificados en las categorías 3 y 4 no deben utilizarse.

En las tablas 2 y 3 se reflejan aquellas circunstancias catalogadas dentro de las categorías 3 y 4 para los distintos anticonceptivos que contienen sólo gestágenos, siguiendo las recomendaciones de la OMS. En los apartados donde se especifica inicio/ continuación se hace referencia a inicio del método en mujeres con la circunstancia referida/ continuación del método cuando aparece o empeora la circunstancia referida.

<b>Tabla 2. Categoría 3 para ASG (OMS 2015)</b>	
<b>Categoría 3</b>	
<b>Todos los gestágenos</b>	<b>Solo inyectable</b>
TVP-EP actual Cáncer de mama pasado Cardiopatía isquémica (continuación) ACVA (continuación) Migraña con aura (continuación) Hepatitis vírica actual Cirrosis grave Tumor hepático	Múltiples FRCV HTA >160/100 HTA con enfermedad vascular DM con enfermedad vascular o de más de 20 años de evolución Menos de 6 semanas postparto con lactancia Inicio en Cardiopatía isquémica o ACVA
<b>Solo DIU-LNG</b>	<b>Inyectable e implante</b>
Menos de 4 semanas tras el parto	Sangrado vaginal de etiología desconocida

<b>Tabla 3. Categoría 4 para ASG (OMS 2015)</b>	
<b>Categoría 4</b>	
<b>Para todos los gestágenos</b>	<b>Para DIU-LNG</b>
Cáncer de mama actual	Sangrado vaginal de origen desconocido Cervicitis actual (inicio)

## ▣ VÍA ORAL

En la actualidad disponemos de dos presentaciones, una con desogestrel y otra con drospirenona. La primera fue autorizada en 1999 y la segunda en 2019.

El momento apropiado para el inicio de la toma es:

- Mujer con ciclos regulares: primeros cinco días posteriores al inicio del sangrado menstrual. En caso de que hayan pasado más de 5 días, la mujer utilizará protección adicional durante dos días, tiempo necesario para que el anticonceptivo actúe sobre el moco cervical.
- Mujer con lactancia materna: en cualquier momento después del parto (OMS 2015).
- Postparto en mujeres sin lactancia materna: puede iniciarse en cualquier momento; es muy poco probable que la mujer ovule antes de los 21 días tras el parto, por lo que si se inicia antes de esta fecha no será necesaria una protección adicional; en caso contrario deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los 2 días siguientes al inicio.
- Tras un aborto se puede iniciar su uso inmediatamente después.
- Cambio desde otro método hormonal: No es necesario esperar a la próxima menstruación, puede iniciarse en cualquier momento si el uso del método previo ha sido correcto o si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada; en el caso de que el método previo sea inyectable, tendríamos que esperar a la fecha en la que tocaría la próxima inyección; si se trataba de implante subcutáneo o de un DIU-LNG, el mismo día de la extracción; en el caso de que el método previo fuera el DIU de cobre, se actuará igual que en las mujeres con ciclos regulares, pudiendo extraerse el mismo día del inicio del nuevo método o, si se desea, con posterioridad. En el caso de que se comience el mismo día de la extracción, deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante 2 días.

Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación (se ha demostrado que este efecto ocurre en el 97% de los ciclos), aunque, como el resto de los anticonceptivos con gestágenos, también actúa alterando el moco cervical, afectando al desarrollo del endometrio y disminuyendo la motilidad de las trompas.

Al igual que el resto de los ASG, su principal inconveniente es la alteración del patrón de sangrado (ciclos irregulares, manchados, amenorrea), aunque generalmente la cantidad de sangrado global es inferior al de las mujeres que no la toman. El 20 % de las mujeres presentarán amenorrea, el 40% sangrado regular y el 40% sangrado irregular. La presentación con drospirenona, al tener administración cíclica con 4 días de descanso, presenta un mejor control del ciclo, con tasas más altas de sangrados programados y tasas más bajas de sangrados intracíclicos.

En cuanto a las interacciones farmacológicas, no existen diferencias con respecto a la AHC, es decir, su eficacia puede ser disminuida por aquellos fármacos que induzcan el citocromo P-450 (antibióticos -rifampicina y rifabutina-, algunos antiepilépticos -fenobarbital, carbamazepina, oxcarbamazepina, fenitoína, topiramato y primidona-, antiretrovirales -amprenavir, atazanavir, efavirenz, nelfinavir, lopinavir, saquinavir, ritonavir, nevirapine, tipranavir, darunavir- y fitoterapia -hipérico o hierba de San Juan-). En estos casos se aconseja utilizar otro método que no interactúe (DIU) o, en períodos cortos, asociar un método de barrera durante su uso y hasta 4 semanas después de la suspensión del fármaco.

En caso de vómitos, si se producen en 3-4 horas siguientes a la toma, se debe tomar un nuevo comprimido lo antes posible. Si la toma se produce transcurridas más de 12 horas de la toma habitual, deberán seguirse las recomendaciones referentes al olvido de la toma que se describe a continuación.

### ■ **PÍLDORA DE DESOGESTREL**

Contiene 75 microgramos de desogestrel. Su metabolito activo es el etonogestrel, un gestágeno altamente selectivo con escasa actividad androgénica.

La mujer debe tomar un comprimido diario de forma ininterrumpida, sin periodo de descanso.

Es importante el cumplimiento del horario de la toma. La inhibición del eje hipotálamo-hipófisis-ovárico se mantiene hasta 36 horas, por lo que si se produce un retraso inferior a 12 horas no es necesario tomar medidas adicionales. Si el retraso es superior a 12 horas hay que tomar inmediatamente la píldora olvidada y tomar anticoncepción de urgencia si ha habido relación sexual no protegida; se recomienda refuerzo anticonceptivo (uso de preservativo) durante 2 días, tiempo necesario para que se produzca de nuevo el espesamiento del moco cervical. En ficha técnica el fabricante recomienda esta protección adicional durante 7 días.

### ■ **PÍLDORA DE DROSPIRENONA**

Contiene 4 mg de drospirenona, gestágeno que posee efecto antiandrogénico, por lo que puede utilizarse como anticonceptivo en circunstancias en las que este efecto es deseable (acné, hirsutismo, alopecia androgénica).

Se presenta en blíster de 28 comprimidos, de los cuales 24 contienen el principio activo y 4 contienen placebo.

En ficha técnica se realizan las siguientes recomendaciones en caso de olvido de una toma: tome el comprimido tan pronto como lo recuerde y el siguiente a la hora habitual, aunque esto suponga tomar dos comprimidos a la vez, y use un método adicional durante 7 días. Si el olvido se produce entre los días 15 y 24, actúe de igual forma y elimine los 4 comprimidos placebo comenzando un nuevo envase al día siguiente de la toma del último comprimido activo.

### ■ **DIU DE LEVONORGESTREL**

El sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (DIU-LNG), permite la liberación sostenida de este gestágeno.

Junto con el implante subcutáneo y el DIU de cobre, es uno de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC - Long-acting reversible contraceptives-). Su inserción y extracción puede realizarse tanto en el ámbito de la atención primaria como a nivel hospitalario.

Además de las circunstancias indicadas en las tablas 3 y 4, el DIU-LNG no debe insertarse en los siguientes casos:

- Embarazo.
- Cáncer de endometrio o cérvix.
- Distorsión de la cavidad uterina (anomalías, miomas submucosos).
- Sepsis puerperal o aborto séptico.

En España hay 4 comercializados. Dos de ellos contienen 52 mg, otro 19,5 mg y otro 13,5 mg de levonorgestrel.

El DIU-LNG consiste en un dispositivo en forma de T que tiene un núcleo medicinal blanquecino cubierto por una membrana semioopaca en el eje vertical de la T (figura 1).

Las 4 presentaciones tienen algunas diferencias:

- Liberación de 20 microgramos/día de LNG. Tiene una eficacia de 5 años.
- Liberación de 17 microgramos/día de LNG. Tiene una eficacia de 5 años.
- Liberación de 12 microgramos/día de LNG. Se diferencia de los anteriores en que su tamaño es menor, por lo que estaría indicado en mujeres jóvenes y/o nulíparas. Tiene un anillo de plata cerca de los brazos horizontales que facilita su visualización con ecografía. Tiene una eficacia de 5 años.
- Liberación de 8 microgramos/día de LNG. Tiene las mismas características que el anterior, del que se diferencia por su duración que es de 3 años.



Figura 1

Los dos primeros tienen indicación como tratamiento del sangrado menstrual abundante y se diferencian en el mecanismo de inserción.

En cuanto a la técnica de inserción nos remitimos al capítulo de DIU.

Antes de la inserción es necesario el consentimiento informado.

Su acción contraceptiva se ejerce fundamentalmente por medio del efecto gestagénico y antiproliferativo que ejerce sobre el endometrio y a través del espesamiento del moco cervical. La interrupción de la ovulación no es el mecanismo anticonceptivo fundamental de estos dispositivos. En los diferentes estudios se evidencian tasas de ciclos ovulatorios elevadas (45% DIU LNG-52 y entre 88-97% DIU LNG-19,5 y DIU LNG-13,5).

El DIU-LNG presenta algunos efectos beneficiosos con contraceptivos:

- Reducción de la cantidad de sangrado menstrual, por lo que es una buena opción cuando el sangrado menstrual es abundante.
- Mejora de la dismenorrea.
- Protección endometrial.

Además, sería una buena opción en aquellas mujeres que deseen el DIU como método anticonceptivo y presenten hipermenorrea y dismenorrea importantes con el DIU de cobre.

El efecto secundario más frecuente es el cambio en el patrón menstrual tras la inserción de un DIU-LNG. Las mujeres pueden presentar sangrado menstrual intermitente durante los tres primeros meses tras la inserción y habitualmente mejora con el tiempo de utilización del método. Tras la colocación de un DIU-LNG se produce una reducción progresiva de la cantidad de sangrado menstrual hasta en un 90%, y hasta un 20-40% de las usuarias pueden llegar a presentar amenorrea al cabo del primer año de uso. Este porcentaje es distinto en función del contenido de LNG de cada dispositivo.

La aparición de quistes ováricos ocurre hasta en el 22% de los casos con en el DIU-LNG de mayor carga. En los de menor carga de LNG, su aparición es menos frecuente. Suelen ser asintomáticos y resolverse espontáneamente.

El DIU-LNG debe insertarse dentro de los primeros 7 días después del inicio del sangrado menstrual para asegurar su eficacia contraceptiva desde el principio, aunque también puede hacerse en cualquier otro momento del ciclo de la mujer si está razonablemente segura de que no está embarazada, pero en este caso la mujer deberá tener protección adicional durante 7 días.

En cuanto al momento de inserción tras el parto o tras una cesárea, se debe esperar 4 semanas para que se produzca la involución uterina, tanto si la mujer está lactando como si no lo hace.

Si no se desea un embarazo, en mujeres de edad fértil, el sistema se retirará durante la menstruación o en cualquier momento si la mujer no ha mantenido relaciones sexuales con penetración en la semana previa. Si el sistema se retirase durante los días centrales del ciclo y la usuaria hubiese mantenido relaciones sexuales durante la semana anterior, se debe considerar el riesgo de embarazo a no ser que se inserte un nuevo sistema inmediatamente después de la retirada del anterior.

## ▣ IMPLANTE SUBCUTÁNEO

El implante subcutáneo pertenece al grupo de los LARC. Es el método anticonceptivo que ha demostrado mayor efectividad. Su duración es de 3 años. Al igual que el DIU, los profesionales de atención primaria adecuadamente entrenados tienen competencia para su inserción y retirada.

Es necesario el consentimiento informado.

Consiste en una varilla de 44 milímetros de longitud y de 2 milímetros de diámetro de un material plástico, acetato de etinil-vinilo (EVA), que libera de forma controlada el gestágeno etonogestrel, que es el metabolito activo del desogestrel (figura 2).



Figura 2

A las 24 horas de la inserción, los niveles plasmáticos del gestágeno son suficientes para ejercer su efecto contraceptivo. No se ha demostrado pérdida de eficacia con el tiempo en mujeres obesas.

Su acción se ejerce fundamentalmente a través de la inhibición de la ovulación y mediante el espesamiento del moco cervical.

Debido a la presencia de folículos preovulatorios, los niveles de estradiol se mantienen dentro de la normalidad, por lo que no existe ambiente hipoestrogénico. Estos folículos pueden aumentar de tamaño, ya que los gestágenos no producen supresión folicular, aunque habitualmente involucionan en menos de 6 semanas tras el inicio del método.

Los implantes deben insertarse lo más superficialmente posible, bajo la piel (subcutáneo), ya que si se insertan más profundamente puede dificultarse su localización y/o extracción posterior. En caso de inserción demasiado profunda, el implante puede localizarse por ecografía o con una radiografía.

Otros problemas que pueden causar la colocación incorrecta son la aparición de daños neurológicos o vasculares. Algunos casos de inserciones profundas se han relacionado con parestesia (por daño neurológico) y con migración del implante (a causa de la inserción intramuscular o en la fascia), y en raros casos, con inserción intravascular. Estas complicaciones son excepcionales si elegimos adecuadamente el punto de inserción y si ésta se hace superficial. El sistema de inserción dificulta las inserciones profundas.

El momento apropiado para la inserción es:

- Primeros 5 días tras el inicio de la menstruación. En caso de que haya pasado más tiempo, la mujer utilizará protección adicional durante una semana.
- Mujer con lactancia materna: en cualquier momento tras el parto (OMS).
- Postparto en mujeres sin lactancia materna: Puede insertarse en cualquier momento; en caso de que se inserte después de 3 semanas tras el parto, la mujer deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante 7 días.
- Tras un aborto se puede insertar inmediatamente después.
- Cambio desde otro método hormonal: Puede insertarse en cualquier momento si se trata de la píldora de sólo gestágenos; si el método previo es hormonal combinado, se insertará en la semana de descanso; en el caso de que el método previo sea inyectable con AMPD, tendríamos que esperar a la fecha en la que tocaría la próxima inyección; si se trataba de otro implante o de un DIU-LNG, el mismo día de la extracción.

Es recomendable revisar a la mujer a los 3 meses de la inserción para preguntarle sobre la tolerancia al método, la aparición de efectos adversos y el patrón de sangrado menstrual.

## ▣ TÉCNICA DE INSERCIÓN

El aplicador utilizado para la inserción lleva un bisel doble, cuya parte distal es punzante y sirve para penetrar en la piel, y su mitad proximal es roma para poder desplazarse por debajo de la dermis sin romperla.

La inserción se realiza en el brazo no dominante con la mujer tumbada en la camilla. El profesional sanitario debe colocarse de forma que le permita ver el avance de la aguja, viendo el aplicador desde un lateral y no desde arriba del brazo. Desde la visión lateral, el lugar de la inserción y el movimiento de la aguja justo bajo la piel pueden visualizarse con claridad.

Procederemos de la siguiente forma:

- La mujer colocará su brazo flexionado con la mano detrás de la cabeza. Marcaremos la zona de inserción a 8-10 cm por encima del epicóndilo medial del humero y 3-5 cm por debajo del surco formado entre el bíceps y el tríceps. Realizaremos una marca a proximalmente a 4 centímetros para que nos sirva de referencia a la hora de dirigir el implante (figura 3).

- Desinfectaremos la zona y administraremos anestésico local en el punto de inserción y el trayecto en el que va a ser colocado el implante (figura 4).
- Extraeremos el protector de la aguja manteniéndola hacia arriba y miraremos la punta a través de la cual veremos el implante de color blanco en su interior.
- Tensaremos la piel con los dedos de una mano e introduciremos con la otra en un ángulo menor de 30° el bisel bajo la piel; luego colocaremos el aplicador en posición horizontal, paralelo a la piel, levantándolo para tensarla (haciendo “tienda de campaña”) para no perder el plano subcutáneo, hasta introducir toda la cánula metálica (figura 5).
- Retraeremos la pestaña que hay en la parte superior del aplicador, lo que hace que la aguja se retraiga y deje el implante bajo la piel hasta extraerla por completo (figuras 6 y 7).
- Comprobaremos que queda en la posición correcta y que se palpa, mostrando a la paciente también como palparlo.
- Tras la inserción se coloca una gasa estéril sobre el orificio de inserción y una venda elástica (figura 8) que se mantendrá durante 24-48 horas para minimizar la formación de hematoma.



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8

## ▣ TÉCNICA DE EXTRACCIÓN

La extracción del implante se realiza a los 3 años o en cualquier momento si la mujer lo desea. En caso de que la mujer quiera seguir utilizando el método, la inserción se realizará en el mismo momento y tras la extracción del anterior, pudiendo utilizar el mismo orificio de extracción, pero modificando ligeramente la dirección para evitar posibles zonas de fibrosis que pudieran interferir en la absorción del etonogestrel.

Procederemos de la siguiente forma:

- Localizaremos el implante mediante palpación. No se debe iniciar el procedimiento si no se ha localizado claramente.
- La mujer colocará la mano debajo de la cabeza con el brazo flexionado a la altura del codo.
- Marcaremos el extremo distal del implante (figura 9), desinfectaremos la zona y aplicaremos anestesia bajo el extremo distal con el bisel de la aguja dirigido hacia abajo, evitando la formación de habón (figura 10).
- Prepararemos campo estéril y usaremos guantes estériles.
- Realizaremos una incisión de 2 mm sobre el extremo distal del implante en dirección longitudinal (figura 11) y empujaremos el implante hacia la misma hasta que el extremo sea visible.
- En caso de que el extremo distal del implante esté rodeado de tejido fibroso, rasparemos con la hoja de bisturí para separarlo del implante.
- Tomaremos el implante con las pinzas de mosquito y tiraremos de él hasta que salga (figura 12). Comprobaremos que se ha extraído la varilla completa (4 cm).
- Desinfectaremos, cerraremos la incisión con puntos de papel y aplicaremos una gasa con esparadrapo por encima. Indicaremos a la mujer que se retire la gasa en 2 días y que se deje los puntos de papel hasta que se despeguen.



Figura 9



Figura 10



Figura 11



Figura 12

### ■ TÉCNICA DE CAMBIO

En caso de que la mujer quiera seguir utilizando el método, la inserción se realizará, siguiendo la misma técnica descrita anteriormente, en el mismo momento y tras la extracción del anterior, pudiendo utilizar el mismo orificio de extracción, modificando ligeramente la dirección para evitar posibles zonas de fibrosis, siempre y cuando el sitio esté en la ubicación correcta, es decir, a unos 8-10 cm del epicóndilo medial del húmero y a 3-5 cm del surco que forman el bíceps y el tríceps. Se administrará anestesia local en la zona de extracción y en el trayecto en el que se realizará la nueva inserción.

## ▣ INYECTABLE CON GESTÁGENO

Debido a su alta carga hormonal no es un fármaco de primera elección. Está compuesto por 150 mg de AMPD (figura 13).



Figura 13

La primera autorización de este fármaco se realizó en diciembre de 1968, aunque la FDA no lo autorizó como anticonceptivo hasta 1992.

Se administra por vía intramuscular profunda preferentemente en el glúteo mayor, aunque también se puede inyectar en el deltoides. Se debe agitar vigorosamente el envase para asegurarnos de que la dosis que va a ser administrada constituye una suspensión uniforme. La administración se realiza cada 12 semanas, aunque existe un margen de seguridad de 2 semanas más.

La primera inyección se debe poner en los cinco días posteriores al inicio del sangrado menstrual; si han pasado más de cinco días se debe utilizar protección adicional durante 7 días.

En caso de retraso en la administración, si este es inferior a 2 semanas no se necesita protección adicional. Si han pasado más de 14 semanas, se pondrá la inyección después de haber descartado el embarazo, debiendo utilizar la usuaria protección adicional durante los primeros 7 días.

Su eficacia no se afecta por la toma de fármacos inductores del citocromo P450 ya que la dosis supera con creces la necesaria para inhibir la ovulación. Otras ventajas que ofrece este método son las siguientes:

- De todos los métodos no invasivos es el que mayor tiempo de actividad anticonceptiva tiene tras una dosis única (3 meses).
- Se facilita el cumplimiento al ser de administración trimestral.
- No requiere asistencia profesional para revertir su efecto (como sí ocurre con el DIU-LNG y el implante subcutáneo), simplemente hay que suspender la inyección.

Las desventajas de este método son:

- Su principal efecto adverso es la alteración del patrón de sangrado menstrual. Los trastornos menstruales se pueden mejorar acortando el periodo entre las inyecciones (se puede adelantar hasta 2 semanas). A largo plazo el uso de AMPD suele provocar amenorrea, que aparece con más frecuencia conforme aumenta su tiempo de uso (en el 8% de las mujeres tras la primera inyección, en el 45% tras 12 meses de uso y en mayor proporción pasado este tiempo). Es primordial la información continuada y repetida a la mujer sobre la posibilidad de aparición de estos trastornos para mejorar su continuidad.
- Potencial retraso en la reaparición de la fertilidad de forma completa tras la interrupción del método. Aunque el tiempo medio necesario para la concepción es de 10 meses, la supresión de la ovulación en ocasiones persiste hasta 22 meses. En consecuencia, el AMPD, no es una opción apropiada para las mujeres que deseen concebir dentro de los próximos dos años.
- Aumento de peso: aunque ha sido descrito este efecto en usuarias de este método, otros autores no consideran que exista una relación causal. Se ha descrito que el aumento de peso ocurre en las usuarias que inicialmente presentan normopeso o sobrepeso, pero no en las que presentan obesidad.
- Se asocia con una disminución de la densidad mineral ósea (DMO) que es en gran medida, si no completamente, reversible tras suspender el tratamiento. Esto es debido a la reducción de los niveles séricos de estrógenos que produce. Esta pérdida de DMO es de especial consideración durante la adolescencia y las primeras etapas de la edad adulta (ya que se trata de un periodo crítico en la formación ósea), así como en aquellas mujeres con estilos de vida o factores que aumenten el riesgo de osteoporosis. De cualquier forma, no hay evidencias de que este método anticonceptivo sea causa de osteoporosis ni existe evidencia en los estudios realizados como para limitar su uso en adolescentes. Asimismo, aunque la pérdida de densidad ósea es mayor a medida que aumenta la duración del tratamiento, no existe un límite absoluto para el tiempo que éste se puede utilizar, independientemente de la edad de la mujer, no recomendándose hacer un seguimiento de la densidad mineral ósea entre las usuarias. Tampoco deben recomendarse suplementos de calcio y vitamina D basándonos únicamente en el uso de DMPA, aunque habría que hacer asesoramiento en estilos de vida y consejo dietético.

# DISPOSITIVO INTRAUTERINO

*Cristóbal Trillo Fernández  
José Antonio Navarro Martín*

## PUNTOS CLAVE

- ▣ La indicación, inserción, seguimiento y extracción del dispositivo intrauterino (DIU) pueden ser realizados por el médico de familia.
- ▣ El DIU presenta una elevada efectividad, siendo uno de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC). Debería ser ofertado como anticonceptivo de primera línea.
- ▣ La tasa de continuidad del DIU después de un año de la inserción está en torno al 80%, solo superada por los implantes subcutáneos y por los métodos quirúrgicos. Por su menor eficacia, no debemos utilizar DIU con una carga de cobre inferior a 300 mm<sup>2</sup>.
- ▣ Antes de la inserción del DIU debemos informar y asesorar a la mujer mediante el consentimiento informado, realizar una anamnesis general, gineco-obstétrica y una ecografía o exploración para valorar la posición y forma uterina.
- ▣ Las pruebas complementarias se realizarán cuando se considere necesario en función de los hallazgos de la anamnesis y de la exploración. En la mayoría de los casos no son necesarias.
- ▣ El DIU puede utilizarse en nulíparas de cualquier edad y en mujeres con antecedentes de embarazo ectópico o de enfermedad pélvica inflamatoria.
- ▣ La inserción puede realizarse en cualquier momento del ciclo, siempre que tengamos una seguridad razonable de que la mujer no está embarazada.

## ▣ INTRODUCCIÓN

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos que podemos ofrecer a las mujeres en los centros de atención primaria. Cada vez son más los centros de salud que ofrecen este servicio y los médicos de familia capacitados para su inserción.

El DIU de cobre es uno de los métodos reversibles de larga duración LARC (Long-acting reversible contraceptives), entre los que se encuentra junto con el DIU-LNG, el implante subcutáneo y el inyectable de AMPD. De los 4, los tres primeros son los que han demostrado mayor efectividad en la prevención del embarazo no planificado, por lo que se deberían ofrecer como una opción de primera línea a las mujeres que demandan una anticoncepción segura.

Hemos podido comprobar cómo la accesibilidad que tienen las mujeres para utilizar el DIU condiciona la frecuencia con que éste es usado, dándose la circunstancia de que en lugares en los que existe dificultad para acceder al método, su uso es muy limitado y, por el contrario, donde se ofrecen facilidades para su uso, el porcentaje de mujeres que lo utilizan aumenta de forma considerable. Los centros de atención primaria son los centros sanitarios más accesibles a la población y, por lo tanto, donde se debe ofrecer mayoritariamente este método.

El médico de familia puede adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para incorporar el DIU a su práctica habitual, tanto en lo que se refiere a la indicación del método, como a la inserción y el seguimiento posterior. Se trata de una técnica sencilla que, al igual que el resto de los métodos anticonceptivos no quirúrgicos, puede de ser ofertada en atención primaria.

## ▣ EFICACIA

Tanto el DIU de cobre como el sistema intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG) son altamente eficaces. La eficacia teórica se aproxima a la efectividad (uso en condiciones reales), cuando la selección de las usuarias es correcta y cuando la técnica de inserción y el seguimiento por parte del profesional son adecuados.

El porcentaje de embarazos en el primer año (índice de Pearl) en mujeres portadoras de DIU de cobre de alta carga (>300 mm<sup>2</sup>) es del 0.6%. En condiciones de uso habitual este porcentaje se eleva muy poco (0.8%), a diferencia de otros métodos que tienen mayor dependencia de la mujer. Por su menor eficacia, actualmente no se recomiendan los DIU de cobre de baja carga (<300 mm<sup>2</sup>).

La mayor probabilidad de fallos se presenta durante el primer año de uso, de manera que el porcentaje de fallos se aproxima a cero hacia el quinto año.

El DIU-LNG presenta una eficacia y efectividad aún mayores que el de cobre, con un índice de Pearl de 0.2%, tanto en condiciones ideales como reales de uso.

La duración del efecto de los DIU de cobre de alta carga y del DIU-LNG es de 5 años. El DIU Mona Lisa Cu T 380 QL tiene una duración de al menos 10 años. En éste, el cobre se encuentra tanto en el vástago central como en los brazos laterales.

La eficacia del DIU aumenta en mujeres mayores, ya que en éstas la fertilidad espontánea es menor. Cuando el DIU de cobre se ha insertado a partir de los 40 años de edad, puede mantenerse hasta la menopausia sin necesidad de cambiarlo a los 5 años.

El DIU puede utilizarse en mujeres nulíparas. En ellas, su eficacia es similar a la de las mujeres que han tenido hijos. La edad no influye en su indicación, pudiéndose utilizar en mujeres jóvenes. Además de ser de elevada eficacia, al ser un método de larga duración facilita el cumplimiento y la continuación.

## ▣ ACEPTABILIDAD

La aceptación inicial de un método anticonceptivo depende tanto de la motivación original de la persona que lo va a utilizar como de la información que da el profesional al que se solicita el consejo contraceptivo.

La aceptabilidad continuada está más relacionada con las características propias del método anticonceptivo.

Uno de los parámetros que informan sobre la tolerancia y aceptabilidad continuada del DIU en las mujeres a las que se les inserta, es la tasa de continuidad. El porcentaje de mujeres que continúan con el DIU de cobre después de un año de la inserción es del 78%. En el caso del DIU-LNG el porcentaje es del 81%. Estas tasas de continuidad solo son superadas por los implantes subcutáneos (84%) y por los métodos quirúrgicos (100%).

## ▣ MODELOS DE DIU Y MECANISMO DE ACCIÓN

En función de que los DIU estén formados exclusivamente por material plástico o se le asocien otros elementos, se clasifican en DIU inertes o no medicados (no utilizados actualmente) y en DIU bioactivos o medicados respectivamente. Los medicados pueden contener un hilo de cobre, solo o recubriendo un núcleo de plata, o bien contener un gestágeno.

### ▣ DIU DE COBRE

Es el más utilizado. Existen varios modelos que se diferencian en el tamaño, la forma, la cantidad de cobre que contienen, el mecanismo de inserción y la manera en que quedan anclados en el útero.

En cuanto al mecanismo de acción actúan a varios niveles, siendo su principal efecto preconceptivo, es decir, evitan la fecundación. El cobre liberado actúa a nivel del moco cervical impidiendo la capacitación espermática, ejerciendo de esta forma un efecto espermicida directo al impedir su motilidad. Además, provocan una reacción inflamatoria local de cuerpo extraño que produce un aumento de la permeabilidad capilar, edema endometrial y aumento de la presencia de macrófagos.

También se produce una modificación de la concentración de metales, con aumento del cobre, que influye sobre los sistemas enzimáticos locales y provoca cambios en el endometrio que hacen que éste sea hostil a la migración de los espermatozoides. Además, el aumento en la concentración de cobre se acompaña de un aumento de la concentración de prostaglandina E2 que aumenta la contractilidad de las trompas.

Existen distintos modelos de DIU de cobre:

- En forma de áncora: los hay de distintos tamaños, pudiendo elegirse en función del tamaño de la cavidad uterina (Figura 1).



Figura 1

- En forma de T: al igual que los anteriores, los hay de distintos tamaños (Figura 2). Algunos modelos tienen un núcleo interno de plata que aumenta el diámetro del hilo, con lo que se disminuye el efecto de la corrosión).



Figura 2

### ▣ SISTEMA DE LIBERACIÓN INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREL (DIU-LNG)

En España hay 4 presentaciones de DIU-LNG. Sus características han sido descritas en el apartado de anticoncepción con sólo gestágenos.

### ▣ CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

A lo largo del tiempo han surgido una serie de controversias que actualmente han sido aclaradas:

La nuliparidad no se considera una contraindicación para el uso del DIU, ya que su utilización no afecta la fertilidad posterior de la mujer si la indicación ha sido correcta.

El DIU puede utilizarse a cualquier edad a partir de la menarquia.

El DIU puede insertarse en cualquier momento del ciclo siempre que tengamos una seguridad razonable de que la mujer no está embarazada.

El antecedente de embarazo ectópico (EE) no es una contraindicación para el uso del DIU. El riesgo absoluto de EE con el uso de los DIU es muy bajo, debido a que es un método muy efectivo, aunque se ha descrito que, de producirse un embarazo, la probabilidad de que se trate de un EE es mayor. No existe relación entre EE, el uso actual del DIU, la fertilidad posterior y la recurrencia de EE.

Después de un parto o una cesárea, el momento ideal para la inserción del DIU se sitúa a partir de las 4 semanas, cuando se ha completado la involución uterina. Tras el parto también estaría permitida su inserción en las primeras 48 horas.

El DIU puede insertarse inmediatamente después de un aborto del primer trimestre, con la excepción del aborto séptico en el que estaría contraindicado en ese momento.

El antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) no es una contraindicación para la inserción del DIU en ausencia de gérmenes patógenos en el tracto genital.

El DIU no protege frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS). Si existe riesgo de ITS debe recomendarse el uso de preservativo (doble método).

El uso del DIU en la mujer portadora del VIH no parece tener efecto significativo sobre las complicaciones totales o la carga viral, por lo que si la mujer decide utilizarlo lo recomendaríamos como doble método junto al preservativo.

En cuanto a los criterios de elegibilidad de la OMS, a continuación se detallan aquellos que entran en la categoría 3 (los riesgos superan a los beneficios) y en la categoría 4 (riesgo para la salud no aceptable). En los apartados donde se especifica inicio/ continuación se hace referencia a inicio del método en mujeres con la circunstancia referida/ continuación del método cuando aparece o empeora la circunstancia referida.

### **Categoría 3 DIU de cobre y de LNG**

- Puerperio hasta las 4 semanas.
- Probabilidad individual elevada de una ITS.
- Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles decrecientes o indetectables de BetaHCG.
- Cáncer de ovario (inicio).
- Enfermedad clínica por HIV grave o avanzada (inicio).
- Tuberculosis pélvica.
- Terapia antirretroviral (inicio).

### **Categoría 3 DIU de cobre**

- Trombocitopenia severa.
- Alergia al cobre.
- Enfermedad de Wilson.
- Coagulopatías o tratamiento anticoagulante.
- Menorragia, hipermenorrea, anemia ferropénica (hasta su resolución) y dismenorrea severa.

### **Categoría 3 DIU-LNG**

- TEV/EP actual.
- Historia de IAM (continuación).
- Migraña con aura (continuación).
- Ac antifosfolípido positivo o desconocido.
- Ca mama pasado o > 5 años sin enfermedad.
- Cirrosis severa descompensada.
- Adenoma hepático y hepatocarcinoma.

### Categoría 4 DIU de cobre y de LNG

- Embarazo.
- Sepsis puerperal.
- Inserción inmediata a un aborto séptico.
- Sangrado vaginal no estudiado.
- Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles persistentemente elevados de BetaHCG.
- Cáncer de endometrio o cérvix pendientes de tratamiento.
- Miomas uterinos con cavidad uterina distorsionada o distorsiones de la cavidad uterina por anomalías anatómicas congénitas o adquiridas que hacen incompatible la inserción del DIU.
- Enfermedad inflamatoria pélvica actual (inicio).
- Cervicitis actual por chlamydia o gonococo (inicio).
- Tuberculosis pélvica (inicio).

El uso del DIU de cobre no incrementa el riesgo de cáncer de cérvix ni endometrio. La evidencia disponible muestra que podría jugar un papel protector en cáncer de cérvix. En cuanto al cáncer de endometrio, el DIU-LNG podría tener un papel protector.

## ▣ REQUISITOS Y CONTROLES NECESARIOS

Antes de la inserción del DIU se recomienda lo siguiente:

Información y asesoramiento del método y alternativas al mismo. Consentimiento informado.

Anamnesis orientada a descartar categorías 3 y 4 de la OMS.

Exploración ginecológica o ecografía: es imprescindible antes de la inserción del DIU, ya que nos orientará sobre la presencia de contraindicaciones y sobre la posición del útero.

*Pruebas complementarias:* no son necesarias, aunque se realizarán en pacientes de riesgo en función de la anamnesis y en relación con los hallazgos de la exploración física; pueden ser necesarios la realización un hemograma o un examen microbiológico del cérvix.

En caso de enfermedad valvular complicada (hipertensión pulmonar, riesgo fibrilación auricular o antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda) se recomienda el uso profiláctico de antibioterapia.

Los *controles posteriores* a la inserción serán:

- Primer control después de la siguiente menstruación tras la inserción y antes de los 3 meses de esta para valorar la tolerancia al método y sobre la presencia de efectos adversos (hipermenorrea, dismenorrea, spotting, etc.); si disponemos de ecógrafo, realizaremos una ecografía para valorar la posición del DIU dentro de la cavidad uterina; en caso contrario realizaremos una exploración genital para observar los hilos del DIU a través del cérvix.
- Controles posteriores: recomendamos revisión anual, con igual contenido que la anterior, aunque no es imprescindible.

Debemos ofrecer la posibilidad de contactar con nosotros a demanda en el caso de que la mujer tenga dudas o síntomas achacables al DIU.

## ▣ TÉCNICA DE INSERCIÓN Y EXTRACCIÓN

En la consulta a demanda o del programa de la mujer, la mujer es informada de los distintos métodos anticonceptivos disponibles, realizándose el consejo contraceptivo.

Una vez que la mujer ha elegido el DIU, realizaremos una anamnesis y exploración general orientada a descartar categorías 3 y 4 de la OMS. El día de la inserción se realizará además una exploración ginecológica (o una ecografía si disponemos de ella).

Aunque no son imprescindibles las pruebas complementarias, estas se solicitarán en función de la anamnesis y la exploración, tal como se indicó anteriormente:

**Hemograma:** lo solicitaremos a aquellas mujeres en las que sospechemos anemia ferropénica tras realizar la primera valoración (astenia, palidez de mucosas...). La importancia de descartar que la mujer tenga anemia se debe a que con el DIU de cobre el volumen, la duración y la frecuencia de las menstruaciones pueden aumentar, lo que puede agravar una anemia existente previamente.

**Análisis microbiológico del flujo endocervical** para descartar chlamydia o gonococo: se realizará cuando los datos de la anamnesis y/o exploración nos hagan sospechar una posible cervicitis.

**Ecografía:** si disponemos de un ecógrafo podemos valorar la posición del útero, su tamaño y la ausencia de algunas anomalías uterinas antes de la inserción del DIU. Sería necesario realizarla en el caso de que la exploración ginecológica nos sugiera una patología uterina o anexial. Quizás la necesidad de disponer de esta técnica sea lo que con más frecuencia se ve como limitación para llevar a cabo la inserción y control del DIU en los centros de atención primaria; sin embargo, no existe evidencia de que el control ecográfico sistemático mejore la eficacia del método, por lo que la no disposición del ecógrafo no es limitación para la inserción del DIU.

Afortunadamente, cada vez hay más centros de salud que disponen de ecografía, ya que es una técnica diagnóstica fundamental para el médico de familia. Posiblemente su uso en un futuro próximo será generalizado para estos profesionales. En caso de no disponer de ecógrafo, deberíamos contar con la colaboración de un profesional de referencia (médico de familia, ginecólogo o radiólogo) para la realización de las ecografías cuando sean necesarias.

Una vez descartadas las categorías 3 y 4, indicamos a la mujer que vuelva en la primera mitad de su ciclo para la inserción del DIU (no es necesario que venga con la menstruación), con ello descartamos un embarazo durante ese ciclo. También puede insertarse en la segunda mitad del ciclo si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada (no ha tenido coitos no protegidos o está usando otro método eficaz correctamente). Tras un aborto esperaremos 7 días. Tras un parto se puede colocar en las primeras 48 horas o pasadas 4 semanas. Tras una cesárea habrá que esperar 4 semanas.

La mujer debe firmar el consentimiento informado tras leerlo y aclarar las dudas que pueda tener.

El material necesario para la inserción del DIU es el siguiente (Figura 3): espéculo, gasas, pinzas, pinzas de Pozzi, histerómetro y tijeras curvas; para la extracción necesitamos unas pinzas con dientes.



Figura 3

La exploración ginecológica no es necesaria si disponemos de ecógrafo (Figura 4). En caso de no disponer de ecógrafo procederemos como se describe en el capítulo correspondiente: tras la colocación de unos guantes de látex, la exploración ginecológica comienza con la apertura de los labios menores y la introducción cuidadosa de los dedos índice y medio. Mediante palpación bimanual, valoramos la localización de la cavidad uterina, determinando si se encuentra en anteversión, retroversión y/o lateralizado a la izquierda o a la derecha (Figura 5).



Figura 4



Figura 5

En la figura 4 podemos apreciar un útero en anteversión y centrado. Por delante está la vejiga urinaria. La sínfisis del pubis queda por delante de ésta y servirá de apoyo para alinear la cavidad uterina cuando traccionemos del cérvix con la pinza de Pozzi hacia nosotros en el momento de la inserción (en úteros en anteversión).

Una vez realizada la ecografía o explorada la mujer, procedemos a la introducción del espéculo. Para ello hacemos coincidir el diámetro longitudinal del espéculo con el de la vagina y lo introducimos al tiempo que giramos 90° el mango del espéculo en sentido de las agujas del reloj mientras lo introducimos hasta alcanzar el cuello uterino, momento en el que lo abrimos para que éste sea expuesto. Si el útero está en anteversión buscaremos el cérvix hacia abajo; si está en retroversión lo haremos hacia arriba.

Es importante recordar que las condiciones de asepsia deben de ser máximas.

En la figura 6 vemos expuesto el cuello uterino en el momento de la desinfección de éste y de la vagina con povidona yodada, introducida a chorro a través del espéculo.

Tras poner povidona yodada dentro de la vagina, introducimos unas pinzas con una gasa estéril para aplicarla alrededor del orificio cervical externo y a continuación por las paredes de la vagina; con ello desinfectamos la zona antes de proceder a la inserción del DIU (Figura 7).



Figura 6



Figura 7

Tras la desinfección procedemos a fijar el cuello uterino con unas pinzas de Pozzi (Figuras 8 y 9).



Figura 8



Figura 9

Esto se realiza para alinear la cavidad uterina realizando tracción del cuello al tiempo que el tope de la sínfisis del pubis hace que descienda la cavidad uterina cuando se encuentra en anteversión. También sirve para mantener fijo el útero con la mano izquierda cuando realizamos la inserción con la mano derecha.

Para alinear la cavidad uterina traccionamos del espéculo hacia nosotros y hacia abajo, al tiempo que tiramos de las pinzas de Pozzi. Posteriormente, manteniendo la tracción con la mano izquierda, introducimos el histerómetro con la derecha, con la curvatura dirigida hacia arriba en los úteros en anteversión y/o anteflexión o hacia abajo en los úteros en retroversión y/o retroflexión. Esta maniobra debemos de realizarla con mucho cuidado, evitando presiones excesivas que puedan producir la perforación uterina. Lo introducimos suavemente hasta encontrar el tope del fondo uterino (Figura 10). Posteriormente se extrae el histerómetro y comprobamos la longitud de la cavidad uterina (Figura 11).



Figura 10

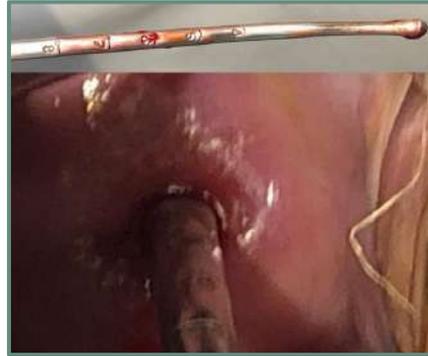


Figura 11

Ahora es el momento, con la información que tenemos, de seleccionar el modelo de DIU que queremos insertar. Se coloca el tope en el nivel del aplicador que coincide con la longitud medida con el histerómetro, y procedemos a su introducción a través del orificio cervical externo (Figuras 12 y 13). En el caso de que se trate de un DIU en T, tendremos que plegar previamente la T dentro del aplicador tirando de los hilos.



Figura 12



Figura 13

Para introducir el DIU, fijamos el cérvix con la mano izquierda traccionando de las pinzas de Pozzi e introducimos el DIU hasta el tope que antes hemos colocado tras la realización de la histerometría.

En los casos que consideremos que sea factible, podemos prescindir de las pinzas de Pozzi. Estas serán necesarias cuando el útero está en anteversión forzada para alinear el eje, o en los casos en los que el canal cervical es estrecho y necesitamos sujetar el cérvix para empujar con el histerómetro y con el DIU y que el útero no se desplace. En el resto de los casos podremos prescindir de esta pinza.

Se ha descrito la inserción minimalista del DIU, en la que no se utiliza ni la pinza de Pozzi ni el histerómetro.

Para la liberación del DIU en la cavidad uterina, procederemos en función del modelo que hayamos elegido. En el caso del DIU áncora, extraemos el aplicador girándolo suavemente para evitar traccionar del DIU; si se trata de una T, retiraremos el aplicador 1 cm aproximadamente para poder maniobrar, fijamos la parte interna del aplicador al tiempo que traccionamos de la parte externa del mismo para que se abra la T, volvemos a subir el

aplicador hasta que el tope toque de nuevo el cérvix, sujetamos la parte interna del aplicador mientras traccionamos de la parte externa para liberar el DIU y extraemos el aplicador girándolo suavemente para evitar traccionar de los hilos del DIU. Recomendamos leer las instrucciones de inserción de los modelos de DIU que estemos utilizando.

A continuación, cortamos los hilos a aproximadamente 2 centímetros del orificio cervical externo (Figura 14). Una vez colocado el DIU, procedemos a la desinfección de la zona con agua oxigenada (Figura 15).

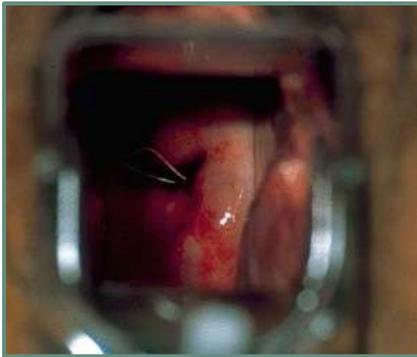


Figura 14



Figura 15

Si la mujer presenta dolor en hipogastrio, prescribiremos un AINE tras la inserción durante 24 horas (por ejemplo, ibuprofeno/ 8 horas). El uso de AINE antes de la inserción con la finalidad de reducir el dolor durante la inserción, no se ha demostrado eficaz.

Para la extracción del DIU, la mujer se coloca en posición ginecológica y a continuación exponemos el cérvix tal como se ha explicado anteriormente. Con las pinzas con dientes sujetamos los hilos y realizamos una tracción firme y continua hasta su extracción (Figuras 16 y 17). Tras ello comprobaremos la integridad del DIU.

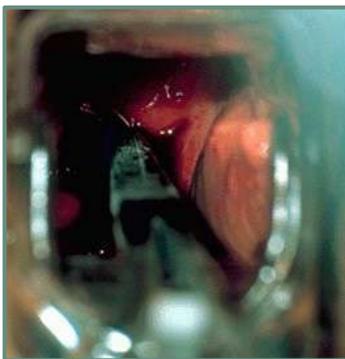


Figura 16

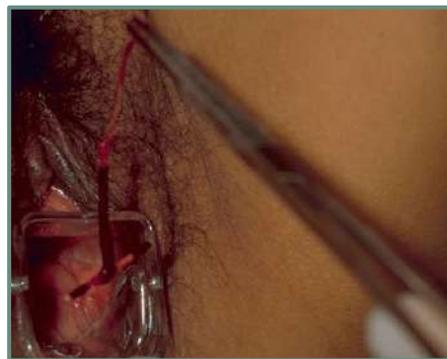


Figura 17

## ▣ **COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS**

A continuación, se describen las complicaciones y los efectos secundarios posibles del DIU:

## ■ 1. HILO PERDIDO

Cuando en un control de rutina los hilos del DIU no aparezcan por el orificio cervical externo, se debe realizar un control ecográfico. Si el DIU está en la cavidad uterina no hay que tomar más precauciones, debiendo citar a la mujer al siguiente control anual con nueva ecografía. Así se procede en sucesivos controles hasta la caducidad del DIU.

Si el DIU no está en la cavidad uterina hay que plantearse que se haya producido una expulsión o una emigración a cavidad abdominal; solicitaremos una radiografía simple de abdomen y, si el DIU está fuera del útero, se derivará a la mujer al hospital para realización de laparoscopia. En caso de que no se aprecie el DIU en la radiografía concluiremos que el DIU ha sido expulsado.

Cuando tengamos que extraer el DIU, tras confirmar con ecografía que está dentro de cavidad uterina, se intentará extraer con unas pinzas sin dientes, buscando los hilos dentro del canal cervical. En caso de no conseguir localizar los hilos, si disponemos de ecografía y la apertura del cérvix nos lo permite, podemos intentar introducir la pinza a través del orificio cervical interno hasta alcanzar el DIU bajo control ecográfico. En caso de no conseguirlo o si no disponemos de ecografía remitiremos a la mujer al servicio de ginecología para valoración y extracción.

## ■ 2. EXPULSIÓN O DESCENSO

En ocasiones, las contracciones del útero provocan el descenso del DIU hasta el canal cervical. En estos casos debemos retirarlo. La expulsión espontánea es poco frecuente.

Actualmente se acepta que un DIU en cavidad uterina es eficaz por el simple hecho de estar en ella, independientemente de la altura a la que se encuentre.

## ■ 3. DOLOR

Habitualmente se manifiesta en forma de dismenorrea. Realizaremos una anamnesis y una exploración ginecológica y abdominal para descartar otras causas. El tratamiento lo realizaremos con antiinflamatorios no esteroideos. En caso de persistencia del dolor, pudiera ser necesaria la retirada del DIU.

## ■ 4. HIPERMENORREA Y SANGRADO INTERMENSTRUAL

Puede ocurrir tras la inserción del DIU y se considera normal, aunque debemos valorar otras causas. En principio es fácil establecer una relación causa/ efecto si aparece tras la inserción.

La hipermenorrea es el principal efecto secundario de los DIU de cobre. En caso de que exista repercusión en forma de anemia ferropénica, se tratará con antiinflamatorios no esteroideos para disminuir el sangrado durante las menstruaciones y con hierro para corregir la anemia; se puede valorar el tratamiento antifibrinolítico; en ocasiones es necesaria la retirada del DIU.

El manchado intermenstrual (spotting) suele ceder tras los primeros 2- 3 ciclos menstruales, por lo que solamente tenemos que tranquilizar a la mujer. En caso de que persista se valorará la retirada del DIU.

En casos de hipermenorrea, se puede valorar la inserción del DIU-LNG.

## ■ 5. GESTACIÓN

Si los hilos son visibles se extraerá el DIU siempre que el saco gestacional se encuentre por encima de éste. Si los hilos no son visibles se mantendrá el DIU; esto aumentará la probabilidad de que se produzca un aborto (ocurriría en el 50% de los casos). La gestación en la mujer portadora del DIU no se asocia a un mayor riesgo de malformaciones ni de prematuridad.

Si la gestación es ectópica, la mujer será remitida a ginecología de forma urgente.

## ■ 6. PERFORACIÓN DURANTE LA INSERCIÓN

Es una complicación rara, se calcula que se produce en 6/ 10.000 inserciones. Para evitarla debemos realizar una inserción cuidadosa.

Si se produce una perforación, retiraremos el DIU y trataremos a la mujer con AINE y antibióticos. Debemos valorar la necesidad de ingreso hospitalario.

En caso de que no podamos extraer el DIU, se remitirá al hospital para valoración y tratamiento adecuado. En caso de migración del DIU a la cavidad abdominal, será necesaria su extracción mediante laparoscopia.

## ■ 7. REACCIÓN VAGAL

Puede producirse durante la manipulación del cuello uterino. Se trata mediante medidas físicas (elevación de las piernas). En caso necesario, utilizaremos atropina.

## ■ 8. INFECCIONES

El DIU no puede considerarse responsable de una EPI una vez transcurridas 3 semanas tras la inserción. El hilo monofilamento no es vector de infección. El factor determinante de una EPI son las ITS. Si se ha descrito una mayor tasa de infección vaginal por candida.

En caso de que se produzca una EPI realizaremos el tratamiento adecuado. La presencia de EPI en una mujer portadora de DIU no reviste mayor gravedad que en la que no lo tiene.

La presencia de Actinomices es más frecuente en la mujer portadora de DIU que en la que no lo tiene. Si la mujer está asintomática no es necesario realizar tratamiento, ya que la posibilidad de que se complique con una EPI es remota. La infección sintomática por Actinomices (EPI) obliga al tratamiento antibiótico y a la retirada del DIU.

## ▣ PRECAUCIONES

La mujer portadora de DIU deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

Debe evitar la electroterapia con corriente de alta frecuencia (diatermia, onda corta) en la región pelviana.

Si precisa cirugía con bisturí eléctrico, se usará el de corriente bipolar. En caso de utilizar bisturí monopolar, debemos colocar la placa de derivación de manera que ésta quede más cerca del bisturí que el DIU.

Las mujeres pueden realizarse TC si lo precisaran.

En cuanto a la RM, sólo el material con propiedades magnéticas (perteneciente o derivado del hierro) puede experimentar una fuerza estática durante la RM. Ni el cobre ni la plata son magnéticos, por lo que no debe producirse ninguna fuerza magnética al realizar una RM a una mujer portadora de un DIU. Por lo tanto, la realización de la RM es segura y no provoca artefactos para la interpretación de las imágenes.

# MÉTODOS DEFINITIVOS

*Cristóbal Trillo Fernández  
José Antonio Navarro Martín*

## PUNTOS CLAVE

- ▣ Los métodos quirúrgicos, a efectos prácticos, deben considerarse irreversibles.
- ▣ La vasectomía es un método de cirugía ambulatoria rápido y sencillo.
- ▣ El control post-vasectomía requiere seminograma pasados 3 meses.
- ▣ La esterilización femenina consiste en el bloqueo de ambas trompas de Falopio por medios mecánicos o físicos.
- ▣ Actualmente se considera la laparoscopia el método de abordaje de elección en la esterilización femenina.
- ▣ El método Essure® dejó de utilizarse en nuestro país en 2017.

## ▣ INTRODUCCIÓN

Los métodos definitivos consisten en la vasectomía para el hombre y la ligadura de trompas para la mujer. Es importante informar a la pareja de que son considerados métodos definitivos, puesto que la recanalización de la vasectomía y del bloqueo tubárico son técnicas complejas y de resultados inciertos.

La petición de pruebas complementarias y la historia clínica se harán según el protocolo del hospital de referencia. El solicitante debe firmar una autorización para la intervención y ser informado de los riesgos de la operación (consentimiento informado).

En 2017 la La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), indicó el cese en el uso y la comercialización del microinserto Essure®, por lo que desde entonces no se encuentra disponible como método anticonceptivo.

## ▣ VASECTOMIA

Es un método contraceptivo que actúa interrumpiendo la continuidad de los conductos deferentes evitando la presencia de espermatozoides en el semen (figura 1).

Debe considerarse como método irreversible y definitivo ya que las técnicas de anastomosis microquirúrgicas, a pesar de conseguir una repermabilización de aproximadamente el 98% de los casos, raramente consiguen restablecer la capacidad fértil. Esta capacidad es más difícil de conseguir a medida que pasan los años desde que se realiza la vasectomía.

Se trata de un método de cirugía ambulatoria sencillo, de unos 15-20 minutos de duración, realizado con anestesia local y que consiste en la sección de ambos conductos deferentes por vía escrotal.

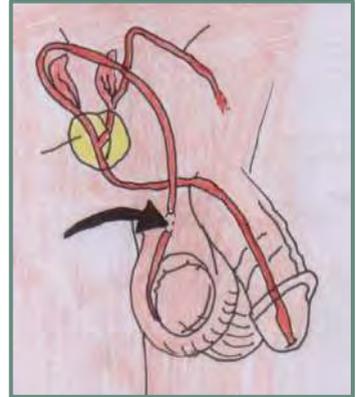


Figura 1

En nuestro ámbito de actuación, la vasectomía es realizada por el urólogo, siendo importante la coordinación de éste con el médico de familia. Esta coordinación favorece la accesibilidad de la población y evita consultas y trámites innecesarios, ya que todos los pasos previos al acto quirúrgico se realizan en el centro de salud.

El proceso podría ser el siguiente: en la consulta del centro de salud se realiza el consejo contraceptivo; si la pareja solicita información sobre la vasectomía, se le da verbalmente y por escrito, resaltando que se trata de un método definitivo y especificando los posibles efectos adversos de la técnica. Posteriormente se le entrega un documento de derivación al servicio de urología y el documento de consentimiento informado.

A continuación, describimos una de las técnicas quirúrgicas:

- Tras el afeitado y desinfección del escroto con solución antiséptica, se realiza una incisión central única previa infiltración de la piel y de los cordones espermáticos con anestésico local sin adrenalina (figura 2).
- Se localiza el conducto deferente de un lado separándolo de estructuras vasculares. Se tracciona para extraerlo del escroto a través de la incisión escrotal, se diseccionan longitudinalmente las capas escrotales y se separan del conducto empujándolas hacia abajo (figura 3).
- Se secciona un trozo de conducto, anudando los extremos con hilo reabsorbible y electrocoagulándolos (figuras 4 y 5).
- Una vez realizada la técnica en un lado, se procede a realizarla en el otro de igual forma.
- Posteriormente se procede a la sutura por planos (figura 6).
- Tras la intervención se coloca un suspensorio (figura 7) o se recomienda ropa interior ajustada, con la intención de evitar el dolor que puede producirse por la tensión del cordón espermático. Puede recomendarse frío sobre el escroto durante unos días, así como analgésicos/ antiinflamatorios. El paciente debe realizar curas con solución antiséptica hasta la reabsorción de los puntos de la piel. Se recomienda la abstinencia de mantener relaciones sexuales al menos durante tres días tras la intervención.



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7

La prevalencia de complicaciones oscila entre el 2 y el 3%. Estas pueden ser:

- Hematomas: se producen por lesión y mal control hemostático de los vasos subcutáneos escrotales. Generalmente son autolimitados, resolviéndose espontáneamente en 1-2 semanas. Solo tenemos que tranquilizar al paciente dado lo llamativo del aspecto, al principio de color negrozco y posteriormente amarillento verdoso.

- Hemorragias: se producen por lesión de los vasos del cordón o por sangrado de las venas escrotales. Puede acumularse en el escroto o extenderse por vía inguinal pudiendo requerir nueva intervención para realizar hemostasia y drenaje.
- Infección: es poco frecuente. Generalmente se resuelve con tratamiento antibiótico. La orquiepididimitis gangrenosa es una complicación grave pero muy rara.
- Epididimitis crónica: es una complicación molesta que produce dolor al tacto y con las relaciones sexuales. A la exploración puede aparecer el epidídimo aumentado de tamaño y doloroso a la palpación. Se produce por extravasación espermática, provocándose la aparición de un granuloma de células gigantes reactivas a un material graso ácido proveniente de la degradación de las cabezas espermáticas. Puede presentarse hasta 5 años después de la intervención y suelen producirse por rotura por hiperpresión del deferente o del epidídimo. Las molestias suelen remitir con medidas conservadoras (calor local y suspensorio) precisando en ocasiones la exéresis del granuloma.
- Cáncer de testículo: no existe aumento de frecuencia.
- Carcinoma de próstata: existe controversia ya que la metodología de los estudios que relacionan esta patología con la vasectomía se pone en duda. Debemos informar a los pacientes de la posibilidad, aunque ningún estudio haya demostrado indiscutiblemente esta asociación.
- Alteraciones inmunológicas: entre el 50 y el 70 % de los vasectomizados desarrollan anticuerpos antiespermáticos, aunque esto no se ha relacionado con mayor incidencia de patología inmune.

En relación con el control postoperatorio, generalmente se recomienda seminograma a los 3 meses tras la intervención. En este periodo han debido ocurrir al menos 20 eyaculaciones.

## ▣ BLOQUEO TUBÁRICO

Es un método anticonceptivo irreversible y de alta eficacia que consiste en el bloqueo de ambas trompas de Falopio por medios mecánicos o físicos para impedir el encuentro de los espermatozoides con el óvulo, y por lo tanto la fecundación.

El médico de atención primaria tiene la función de informar a la pareja y realizar una completa historia clínica. Dentro de la información aportada hay que destacar que se trata de un método irreversible a priori, puesto que las posibilidades de recanalización posterior son de alto coste y tienen pocas probabilidades de éxito (éste sería mayor si la ligadura se realizó con medios mecánicos que con electrocoagulación).

Se solicitará el consentimiento informado, que hará constar el riesgo propio de la intervención quirúrgica, advirtiendo de la tasa de fallos y de la irreversibilidad del método.

A continuación, la paciente será derivada al hospital de referencia, donde el ginecólogo valorará la historia clínica, realizará una ecografía y remitirá a la mujer para intervención quirúrgica programada.

Existen diferentes alternativas en las vías de abordaje. Actualmente se considera la laparoscopia el método de abordaje de elección.

Con respecto a las complicaciones destacan las propias de cualquier intervención abdominal: hemorragia, perforación, lesión de órganos vecinos e infección.

# ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

*María Jesús Alonso Llamazares*

## PUNTOS CLAVE

- ▣ La anticoncepción de urgencia está indicada para evitar un embarazo tras un coito de riesgo.
- ▣ Nunca puede sustituir a la anticoncepción habitual, ya que su efectividad es mucho menor.
- ▣ Se puede utilizar hasta los 5 días posteriores del coito de riesgo, pero es más eficaz en las primeras horas.
- ▣ En los días del ciclo donde es más posible la ovulación sería de elección el uso del acetato de ulipristal.
- ▣ La farmacológica es muy segura, lo que permite incluso poder indicarla, en caso necesario, más de una vez en el mismo ciclo.
- ▣ A las mayores de 16 años se les puede administrar sin la autorización de sus tutores, ya que tienen mayoría de edad sanitaria. Por debajo de esa edad, es el médico quien debe valorar la capacidad de la menor de consentir la actividad sexual y recogerlo adecuadamente en la historia clínica.

## ▣ DEFINICIÓN

La Anticoncepción de Urgencia (AU) es la utilización de un fármaco o dispositivo para prevenir un embarazo después de una relación sexual coital desprotegida o en la que se haya producido un potencial fallo del método anticonceptivo. Es una segunda oportunidad para evitar un embarazo no deseado, pero que no debe ser considerada, en ningún caso, un método anticonceptivo de uso habitual.

La prevención del embarazo después de un coito desprotegido es un problema importante ya que hay más de 40 millones de embarazos no deseados que terminan en abortos en el mundo anualmente.

## ▣ INDICACIONES

Las indicaciones de la AU serían:

- Coito sin protección (incluye coitus interruptus, error de cálculo periodo fértil con métodos naturales).
- Accidentes durante la utilización de un método anticonceptivo regular, como rotura, retención o mal uso del preservativo; mal cumplimiento de los métodos hormonales, y no uso método adicional si es necesario (uso fármacos que interaccionan, olvidos  $\neq$   $>$  2 píldoras combinadas o  $>$  36 h en píldoras Desogestrel, despegue de parche  $>$  24 h, extracción anillo  $>$  3h,  $>$  14 sem última administración AMPD); retirada imprevista, no localización, expulsión parcial o completa DIU.
- Violación en una mujer sin anticoncepción previa: la AU debe formar parte de los protocolos de actuación en mujeres que sufren abusos sexuales.
- Exposición a sustancias teratógenas en caso de coitos sin protección o accidentes durante la utilización de un método anticonceptivo.

<b>Tabla 1. Indicaciones de anticoncepción de urgencia en casos de fallo de métodos hormonales o intrauterinos</b>		
<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Situación de riesgo</b>	<b>Indicación de AU</b>
Hormonales	En uso método barrera complementario al inicio (si no inicio 1º día ciclo)	Fallo o no uso método barrera
AHC, ASGO, Implante	Uso de fármacos inductores enzimáticos, despegue parche $>$ 24h, extracción anillo $>$ 3h	Fallo o no uso de método barrera tiempo necesario (de 1 a 4 semanas)
AHCO (no QlairaR)	Olvido de 2 o más píldoras	Si píldora de 1ª semana
ASGO	$>$ 36 h olvido	Y fallo o no uso método barrera en 48 horas siguientes
AMPD	$>$ 14 semanas última inyección	Si fallo o no uso método barrera
DIU Cu/SIL-LNG	Retirada, expulsión, pérdida	Si fallo o no uso método barrera en 5 días siguientes
AHC anticoncepción hormonal combinada. ASGO anticoncepción hormonal solo gestágenos oral. AMPD acetato de medroxiprogesterona depot. SIL-LNG sistema de liberación intrauterina de Levonorgestrel		

## ▣ MÉTODOS UTILIZADOS

La AU es tan antigua como la historia del mundo, se han utilizado muchos productos para controlar la fertilidad tras una relación sexual no protegida, desde coca cola intravaginal, hasta los antagonistas del Calcio, a métodos hormonales y dispositivos intrauterinos.

Desde el siglo pasado, y cronológicamente, se han utilizado varios métodos:

- A mediados de los años 60 se empezaron a utilizar altas dosis de estrógenos. (Haspels. 1994).
- A principios de los años 70 se estableció la pauta de Yuzpe, consistente en administrar 0,1 mg de Etinilestradiol (EE) + 0,5 mg de Levonorgestrel (LNG) en 2 tomas con un intervalo de 12 horas, hasta 72 horas después del coito. Tiene muchos más efectos secundarios y no debe usarse al haber otras opciones mejores disponibles. (Yuzpe. 1977).
- A finales de los años 70, se empezó a indicar el DIU de alta carga de cobre inserto en los cinco primeros días. (Lippes. 1973). Por ahora no hay evidencia que sustente el uso del SIL-LNG en estas situaciones. Sus desventajas son que este uso está fuera de licencia y que puede no ser aceptado por todas las mujeres. Además de que su inserción requiere personal entrenado y consulta adecuada.
- Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg en dosis única o fraccionado en 2 dosis de 0,75 mg cada una con un intervalo máximo de 12 horas, hasta 72 horas después del coito. (Van Look. 1998. Piaggio.1999). Además, fue declarado un “medicamento esencial” por la Organización Mundial de Salud (OMS) en 1998, instando además a las autoridades sanitarias a que proporcionen un mayor acceso al tratamiento y lo incluyan en los programas de salud del país. En nuestro país se comercializó en mayo de 2001. Es el método standard más utilizado en la mayoría de los países.
- Acetato de Ulipristal (AUP) que es un modulador selectivo de los receptores de progesterona, se usan 30 mg hasta las 120 horas después. Es el primer fármaco que ha sido específicamente desarrollado para anticoncepción de urgencia. En España está comercializado desde diciembre de 2009.
  - Mifepristona (RU-486) con dosis variables según día del ciclo (100 mg/2 dosis en 4<sup>o</sup>-7<sup>o</sup> día ascenso térmico, 100-200 mg/día/4 días en 23<sup>o</sup>-27<sup>o</sup> día ciclo o 400-600 mg dosis única en día previsto menstruación. Solo se utiliza en China y Vietnam. En dosis de 10 a 25 mg se ha usado con buenos resultados en China hasta las 120 horas, pero no en los países occidentales. Altas dosis tienen efecto en la receptividad endometrial, se inhibe la ovulación si se toma en la fase folicular y previene la implantación si se da en fase lútea temprana. Bajas dosis, como de 10 mg no tienen impacto en el endometrio. No incrementa los embarazos ectópicos. Danazol 600 mg/12 horas 2 dosis.

En el momento actual, y desde un punto de vista legal, en nuestro país sólo podemos recomendar el uso de LNG (en primeras 72 horas), y hasta las 120 horas el AUP y el DIU-Cu.

## ▣ MÉTODOS UTILIZADOS

### ▣ LEVONORGESTREL

El LNG tiene una acción agonista en los receptores de progesterona. Su vida media es de 43 horas.

Desde el principio, el único mecanismo de acción del que existen evidencias, es la inhibición o retraso de la ovulación. (Trussell, 1999).

Si se toma antes del inicio de la elevación preovulatoria de la LH, actúa en el eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, disminuyendo la LH por un mecanismo de feed-back negativo, previniendo ese pico preovulatorio de LH, impidiendo el desarrollo y la maduración folicular y/o la liberación del óvulo. El LNG no actúa una vez ya iniciada esa elevación de LH.

El hecho de que la AU-LNG no tenga un efecto demostrado sobre la implantación explica por qué no es 100% eficaz en impedir el embarazo, y por qué es menos eficaz cuando más tarde se toma, y se debe informar claramente a las mujeres sobre ello que solo es eficaz si se toma en los primeros días después de la relación sexual y antes de que el óvulo sea liberado desde el ovario y de que los espermatozoides lo fecunden.

También se ha visto que no tiene ningún efecto en el embarazo. En 2 estudios de mujeres que se embarazaron en ciclos en los cuales tomaron AU-LNG no se encontraron diferencias entre los resultados del embarazo en mujeres que la habían tomado y las que no. Las variables consideradas eran aborto espontáneo, peso al nacer, malformaciones y la proporción por sexo al nacer, lo cual indica que no tiene efecto en un embarazo ya establecido, incluso en etapas muy tempranas. Por tanto, no hay que confundirlo con el aborto farmacológico temprano.

El análisis de la evidencia sugiere por tanto, que la AU-LNG no puede impedir la implantación de un huevo fecundado, por tanto, no sería eficaz una vez ya iniciada la implantación, por lo que los organismos científicos internacionales (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, FIGO, y el Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia, ICEC) descartan la acción antiimplantatoria, y por tanto, abortiva, y ya en su posicionamiento de Octubre de 2008, estos organismos científicos establecieron que el efecto de la AU-LNG es inhibir o retardar la liberación de un óvulo desde el ovario cuando se toma antes de la ovulación, condicionado por un retraso en el pico preovulatorio de LH. Y que además posiblemente, impide que los espermatozoides y el óvulo se encuentren, dado que afectan al moco cervical y a la capacidad de los espermatozoides de adhesión al óvulo. Por estas razones, recomendaron la retirada en los prospectos y fichas técnicas de la mención al efecto antiimplantatorio.

Cabe recordar, además, que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos estableció ya en 1977, que la gestación se inicia en el momento en que se produce la implantación del blastocisto en la cavidad uterina, aproximadamente a los 7 días post-fecundación, cuando es posible demostrarlo con un test de embarazo. Por tanto, la AU con LNG no es abortiva, es más, si la mujer estuviera embarazada, no produce el aborto. La definición de la OMS es concordante con esto.

## ■ ACETATO DE ULIPRISTAL

El AUP es un modulador selectivo de los receptores de progesterona a los que bloquea en sus órganos diana, con efecto antagonista y agonista parcial, esto es debido a la diferente distribución en los tejidos de los receptores de progesterona, que son co-factores necesarios para la acción de la misma. Estructuralmente es similar a la Mifepristona, es un esteroide sintético derivado de la 19-norprogesterona. Su vida media es de 32 horas.

En el eje hipotálamo-hipofiso-gonadal el AUP ejerce una actividad agonista en los receptores de progesterona. La producción de LH es reducida vía feed-back negativo, lo que evita el pico, inhibe la maduración folicular y la ovulación se pospone.

Incluso puede reducir los niveles de LH cuando está ya ascendiendo, una vez ya iniciado el pico de LH y con folículos de 18 mm, su ventana terapéutica es más grande que la del LNG en función del día del ciclo. La ovulación tendría lugar 5 días más tarde, lo que sería suficiente para cerrar la ventana fértil desde que los espermatozoides han entrado en el tracto genital femenino, ya que como máximo éstos sobreviven hasta 3 a 5 días después. Si ya ha ocurrido la ovulación no sería efectivo, al igual que el LNG, y habría que tener en consideración que la vida media del ovocito es de 12 a 14 horas.

Por tanto, su mecanismo de acción va a depender del momento del ciclo menstrual en el que se administre. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación por inhibición o retraso de la rotura folicular al retardar el pico de LH, similar al LNG, pero a diferencia de éste, tendría también efecto si ya se hubiera producido la elevación de la LH preovulatoria (NE=Ib). Teniendo en cuenta que el riesgo de embarazo es más alto en los 2 días alrededor de ese pico periovulatorio, probablemente en esos días el AUP sería más eficaz que el LNG.

A la dosis usada en AU no afecta al transporte de gametos, ni a la fertilización ni al desarrollo embrionario. Cuando se ha producido el pico de LH ya no es efectivo. No está claro su efecto después de la ovulación, cuando ya sí se sabe que el LNG no tendría ningún efecto. Se cree que podría afectar a la capacidad del embrión de implantarse en el endometrio, aunque no está demostrado para la dosis utilizada en AU de 30 mg (NE=Ib). Y aquí sería aplicable la misma explicación de que no es abortiva que hemos visto para el LNG.

Con respecto a la acción endometrial y en la implantación embrionaria la mayoría de los estudios concluyen que la baja dosis utilizada no tiene efecto significativo en el descenso del espesor ni en la adhesión endometrial, aunque este aspecto está todavía debatiéndose. Recientes estudios sugieren que AUP modula las funciones espermáticas pero que no tiene efecto sobre el embarazo ya establecido. Por lo que concluye que no tiene ningún efecto postfertilización.

## ■ DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Su mecanismo de acción fundamental se ejerce sobre el endometrio, prevenir la fertilización por el efecto de los iones de cobre sobre la función espermática. Si es usado tras la fecundación, influiría sobre el tracto genital y dificultaría la receptividad endometrial, tendría un efecto antiimplantatorio.

Ejerce una acción gameticida, fundamentalmente espermicida, dificultando la fertilización.

Y parece menos probable que actúe sobre el transporte de los gametos. Además, tiene un efecto tóxico sobre el óvulo y sobre la función y viabilidad del espermatozoide.

## ■ EFICACIA

Respecto a la eficacia de la AU hay que señalar que este tipo de actuación, excepto en el caso del DIU, solo protege frente a coitos de riesgo pasados, pero no lo hace frente a coitos futuros.

Conocer a fondo el mecanismo de acción de la anticoncepción de urgencia, como acabamos de ver, haría que hubiera más barreras para el uso incorrecto y la sobrestimación de su efectividad.

La efectividad de la AU es estimada por la comparación del número de embarazos observados con los esperados tras una relación no protegida.

De los métodos disponibles en nuestro país, el DIU sería la opción más efectiva, aunque los dos métodos farmacológicos son considerados los más convenientes y aceptables. De éstos el más usado, como hemos visto, es el LNG, que ya en el WHO Task Force publicado en Lancet en 1998, demostró su mayor eficacia comparándolo con el método de Yuzpe, que era el único disponible en ese momento. La eficacia del Levonorgestrel desciende si se administra a partir de 3 días después de la relación de riesgo, mientras que AUP es efectiva hasta 5 días después. También hay estudios que observan que es más efectivo dependiendo del tamaño folicular el día de la relación, siendo eficaz con tamaños grandes de folículos cuando el LNG ya no lo sería (18mm versus 14 mm).

Las 3 opciones tienen más posibilidades de fallar cuanto más cerca esté la mujer del momento de la ovulación, sobre todo los dos días previos. Pero probablemente, en esos días periovulatorios serían de primera elección la AU con AUP o el DIU frente al LNG (NE=1a).

Y otro tema a tener en cuenta es la posible influencia del IMC sobre la eficacia, se sugiere que con obesidad disminuye la eficacia de LNG, ya que hay estudios recientes que observan una mayor eficacia de las otras dos opciones frente al LNG en mujeres obesas o con sobrepeso.

En los últimos años este tema ha sido controvertido, incluyendo incluso cambios en decisiones tomadas por parte de las autoridades sanitarias.

La Sociedad Americana de Contracepción de Emergencia en 2017 emitió unas recomendaciones al respecto. El método más efectivo en mujeres con obesidad es el DIU de cobre, seguido del AUP, por lo que debería informarse a las mujeres al respecto. Aunque el LNG es el método más accesible, y en muchos casos el único, siempre habría que informar a las mujeres de que hay otros métodos más efectivos. En IMC>30 una dosis doble de LNG podría ser eficaz, dada la menor biodisponibilidad, y se ha visto que tendría los mismos niveles en sangre que dosis única en mujeres con IMC normal, aunque habría que realizar otras pruebas para confirmar si esto aumenta la efectividad en la prevención del embarazo.

## ■ CRITERIOS MÉDICOS DE ELECCIÓN

### ■ LEVONORGESTREL Y ACETATO DE ULIPRISTAL

En la última actualización de 2015 de los criterios médicos de elegibilidad de la OMS, se tuvo en cuenta por primera vez el AUP. Las recomendaciones ya se hacen de forma conjunta para los 2 tipos de píldoras de AU. No se identifica ninguna categoría médica que limite el uso de AU farmacológica, siendo la única categoría 4 la gestación conocida. Pero en el caso de que su toma se produzca en una mujer ya embarazada, o en el caso de que no resulte efectiva para evitar el embarazo, no son de temer efectos teratogénicos para el embrión-feto.

Debido a su inocuidad y baja tasa de efectos secundarios, su prescripción no precisa de exploración clínica ni ginecológica previa.

Al ser un compuesto lipofílico, se puede excretar por la leche materna. Se ha detectado hasta 5 días tras la ingesta del AUP, por lo que si la mujer está con lactancia natural ésta debería evitarse en los 7 días posteriores. Y se debería promover que la mujer siguiera con la lactancia, que hiciera durante esa semana una extracción manual, desechando esa leche. No se ha estudiado el efecto sobre los recién nacidos. Ni tampoco puede descartarse un cierto riesgo para los lactantes.

**Tabla 2. Criterios médicos de elección AU farmacológica OMS 2015**

Condición	Categoría	Calidad evidencia
Embarazo	No aplicable	Muy baja
Lactancia	Sin restricciones para combinadas y LNG (categoría 1) AUP pueden tomarlo (categoría 2)	Muy baja
Historia de embarazo ectópico	Sin restricciones (categoría 1)	Muy baja
Historia de patología cardiovascular severa (IAM, ACV, TEV)	Pueden tomarlas (categoría 2)	Muy baja
Migrañas	Pueden tomarlas (categoría 2)	Muy baja
Enfermedad hepática severa	Pueden tomarlas (categoría 2)	Muy baja
Uso de inductores CYP3A4	Sin restricciones (categoría 1)	Muy baja
Uso repetido	Sin restricciones (categoría 1)	Muy baja
Violación	Sin restricciones (categoría 1)	Muy baja
Obesidad	Sin restricciones (categoría 1)	Muy baja

### ■ DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Serían exactamente las mismas categorías 3 y 4 que si se insertara en cualquier otro momento.

### ■ INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Como acabamos de ver, en la última actualización de los CME de 2015, la recomendación para las mujeres que están tomando fármacos inductores de enzimas hepáticos es que no existe ninguna restricción para el uso ni de LNG ni de AUP, siendo en ambos casos categoría 1.

### ■ LEVONORGESTREL

Lo que pasa, al igual que con los criterios de elección y la seguridad, es que las fichas técnicas no se han modificado y continúan apareciendo aspectos que ya se han modificado en los diferentes protocolos y documentos de recomendaciones.

Hay que tener en cuenta que el metabolismo del LNG aumenta con el uso concomitante de medicamentos inductores de enzimas hepáticos, lo que teóricamente puede incrementar su metabolismo, disminuyendo la biodisponibilidad y, potencialmente, reducir su eficacia. Sería el mismo mecanismo que con los anticonceptivos orales, por lo que si están tomando o hubieran tomado estos fármacos en los últimos 28 días se podría aconsejar doblar la dosis, aunque está fuera de indicación. Aunque en la actualidad seguimos sin información suficiente para hacer recomendaciones específicas sobre necesidad de aumento de dosis en el régimen de AU.

## ■ ACETATO DE ULIPRISTAL

El AUP al ser metabolizado primariamente por la vía del citocromo P 450, en particular por la enzima CYP3A4, podría interactuar con el uso concomitante de fármacos inductores de enzimas hepáticas que incrementarían su metabolismo, disminuyendo así su biodisponibilidad, y por tanto su eficacia. Estos son antiepilépticos (Barbitúricos, Carbamacepina, Eslicarbazepina, Oxcarbacepina, Fenobarbital, Feniotina, Topiramato, Lamotrigina, Primidona, Rifinamida), antibióticos (Rifampicina y Rifabutina), antiretrovirales (Ritonavir) y la Hierba de San Juan. Como la inducción enzimática desaparece lentamente, las concentraciones de AUP podrían persistir aunque la mujer haya dejado de tomar el inductor en las últimas 2-3 semanas, por lo que la recomendación era que en mujeres que hayan tomado estos fármacos en los últimos 28 días, se debería aconsejar doblar la dosis, aunque esta recomendación estaría fuera de indicación.

También hay que tener en cuenta que los inhibidores de enzimas hepáticas como Ketoconazol, Itraconazol, Telitromicina y Claritromicina pueden aumentar la exposición al AUP, aunque se desconoce la relevancia clínica de este evento.

Y, además, que no debería utilizarse concomitantemente con fármacos que incrementen el pH gástrico, como antiácidos, antagonistas de los receptores de H<sub>2</sub> y con los inhibidores de la bomba de protones, ya que podrían reducir las concentraciones plasmáticas de AUP y disminuir, por tanto, su eficacia.

Por otro lado, como sabemos, tener relaciones desprotegidas después de tomar AU aumenta significativamente el R de embarazo, ya que al postponer la ovulación, hace a la mujer más vulnerable al embarazo más tarde en ese ciclo. Siempre se plantea la posibilidad de inicio rápido de anticoncepción hormonal posterior, pero existe la posibilidad de que el fármaco utilizado en la AU pueda interferir con ese método anticonceptivo hormonal, por lo que no se debería iniciar el método al menos hasta 5 días después de la toma de AUP.

Pero, sobre todo, lo que sí hay que tener muy en cuenta es cuando se administra en mujeres que están tomando anticonceptivos hormonales, ya que el AUP se une a los receptores de la progesterona, y puede disminuir la eficacia de éstos. Tendrían que usar un método de barrera en los siguientes días de ese ciclo, 14 en los combinados, excepto en QlairaR, que sería de 16 días, y 9 días en las píldoras de solo gestágenos. Tampoco se recomienda el uso concomitante de AUP con la AU-LNG.

## ■ DISPOSITIVO INTRAUTERINO

No hay ninguna interacción medicamentosa con el DIU de Cu. Se considera que es una buena opción para aquellas mujeres que estén en tratamiento con fármacos inductores enzimáticos.

<b>Tabla 3. Interacciones medicamentosas con métodos de AU</b>	
<b>Método</b>	<b>Tratamiento inductor enzimático</b>
LNG	3 mg dosis única (2 × 1,5 mg)
AUP	No se debe utilizar
DIU Cu	De elección

## ▣ SEGURIDAD

El uso de AU, tanto de LNG como de AUP, es seguro para todas las mujeres, incluidas también las adolescentes. Se puede utilizar en cualquier edad de la vida reproductiva, desde la adolescencia, hasta el final de la edad fértil.

No se han publicado ni muertes ni complicaciones graves con el uso de ninguno de los métodos anticonceptivos de urgencia.

Unos de los efectos más frecuentes tras la toma de los fármacos utilizados en AU son las náuseas y los vómitos, menos con LNG que con Yuzpe, y con AUP menos que con LNG. No hay evidencia de los beneficios del uso previo de antieméticos de forma rutinaria, además de que tampoco hay una guía clara para el manejo de náuseas y vómitos, y solo se limita la actuación a documentos de opinión de expertos y a la ficha técnica.

Otros de los efectos secundarios más habituales son las alteraciones de ciclo. La fecha de regla esperada se cumple más con AUP que con LNG, el DIU se asocia a más dolor abdominal. Con AUP se mantiene más la fecha esperada de regla que con LNG.

## ▣ LEVONORGESTREL

Es bien tolerado, no se conoce que provoque alergias, se elimina del organismo en pocos días, no es adictivo y se ha demostrado que no produce reacciones tóxicas.

Tampoco hay riesgo en caso de sobredosis. El uso repetido no se ha visto que presente riesgos conocidos para la salud. No se han reportado efectos adversos severos, ni en mujeres que la han usado más de una vez en un mismo ciclo menstrual, salvo más alteraciones del ciclo, aunque en la ficha técnica no se aconseja la administración repetida. No hay datos sobre el intervalo mínimo de tiempo que debe transcurrir entre repeticiones de tratamiento, aunque se ha recomendado que un nuevo coito de riesgo dentro de las 12 horas siguientes a la toma de LNG no requeriría un nuevo tratamiento.

Tampoco aumenta el riesgo de embarazo ectópico. No tiene tampoco ningún efecto en la fertilidad futura. Al eliminarse en pocos días las mujeres que la hayan usado se pueden quedar embarazadas a continuación después de cualquier relación sexual posterior no protegida. Si se tomara por error y la mujer ya estuviera embarazada no se han encontrado efectos teratógenos.

El LNG se usa desde hace varias décadas y las investigaciones actuales muestran que no se asocian con un incremento en el riesgo de cáncer.

No se ha publicado ningún episodio de Tromboembolismo venoso con el uso de LNG en AU. Su utilización no se asocia con un incremento del riesgo de accidente cerebrovascular ni de tromboembolismo.

También se sabe que el LNG tomado en fase preovulatoria o postovulatoria produce acortamiento o alargamiento del ciclo menstrual. Cuando se administra preovulatoriamente, hay un pequeño retraso en la regla, media de 3 días, y si se administra postovulatoriamente, un mínimo adelanto, media de 1 día, en la próxima menstruación. Un retraso de más de 7 días en la regla se produce en las preovulatorias, 19.1%, frente al 7.8% de las postovulatorias. Las limitaciones son establecer el estatus ovulatorio, que fue determinado basándose solo en la historia menstrual y la ecografía.

Por tanto, se puede concluir, que el LNG no presenta efectos secundarios serios o duraderos. Algunas mujeres, menos de una de cada cinco, según los estudios, experimentan efectos secundarios leves y de corta duración, siendo los sangrados irregulares los más frecuentes, un 16% puede tenerlo en los 7 días siguientes a la toma. La menstruación suele aparecer en la fecha esperada, pero en alguna mujer se puede adelantar o retrasar algunos días. Si hay un retraso de más de 7 días sobre la fecha prevista se debería hacer un test de embarazo.

Otros efectos secundarios reportados por 1 de cada 10 mujeres incluyen cefaleas (20%), fatiga, náuseas (12-13%), molestias abdominales, dismenorrea (13-15%) y aumento de la sensibilidad mamaria.

### ■ **ACETATO DE ULIPRISTAL**

La seguridad y efectos secundarios del AUP son similares a lo visto para el LNG, y tampoco se ha notificado ningún efecto adverso grave. No se ha notificado ninguna reacción adversa grave. La gran mayoría de las reacciones adversas son leves o moderadas y que remiten espontáneamente. No hay evidencia de que tenga efecto teratogénico ni ningún incremento del riesgo de embarazo ectópico o aborto.

Náuseas, dolores de cabeza y abdominales son los efectos adversos más habituales, y suelen ser leves y autolimitados. Vómitos en un 1% de las mujeres, que si suceden en las 3 horas siguientes a la ingesta habría que volver a administrarse.

La duración media del ciclo menstrual es 2,8 días más que el esperado. En un 7% se adelantó 7 días con respecto a la fecha prevista. En un 18,5% se produjo un retraso de más de 7 días y en un 5% superó los 20 días.

También se han descrito trastornos del estado de ánimo, mareos, dolor de espalda, cansancio, dismenorrea, menorragia y metrorragia, pero siempre leves y autolimitados.

Todavía no se ha investigado lo suficiente sobre la seguridad ni la eficacia tras su uso repetido en el mismo ciclo menstrual, por lo que no se recomienda.

### ■ **DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

Es seguro, como en cualquier otra situación, siempre que se inserte por una persona bien entrenada. El riesgo de perforación uterina es muy bajo (1/1.000).

En mujeres con alto riesgo de infección podría considerarse tratamiento antibiótico que cubra las ITS más prevalentes.

Los efectos secundarios más habituales son similares a cuando se utiliza como método anticonceptivo habitual, como dolor durante la inserción, sangrados más abundantes y prolongados, que suelen ir disminuyendo pasados unos meses.

## ■ **ACTUACIÓN ANTE DEMANDA DE AU**

Se debe proveer a la mujer de suficiente información para que pueda tener una elección informada. Lo primero sería asesorar en cuanto a la necesidad de la anticoncepción de urgencia, y a continuación presentar los distintos métodos disponibles, informando sobre su eficacia, efectos adversos, interacciones medicamentosas, criterios de elección y también se debe facilitar el acceso posterior a un método anticonceptivo regular.

Es importante realizar una historia clínica que permita excluir, por un lado, la existencia de un embarazo, y valorar si no se cumple algún criterio de elegibilidad.

Con respecto al peso también se han observado diferencias en cuanto a la eficacia, como hemos descrito en el apartado correspondiente. Es menos eficaz en mujeres con más de 70 kg, por lo que en mujeres con IMC > 25 estaría más recomendado el AUP. En mujeres con > 95 Kg también se ha observado pérdida de eficacia del AUP, por lo que en IMC > 35 sería de elección el DIU.

Hay que informar también, como hemos comentado en el apartado de seguridad, de que si no aparece la regla después de 3 semanas se debe descartar un embarazo.

A partir de las 72 horas de la relación sexual solo se debería indicar el AUP y el DIU.

En un mismo ciclo, el LNG puede ser utilizado más de una vez. Se ha recomendado que, en un nuevo coito de riesgo dentro de las 12 horas siguientes a la toma, no sería necesaria una nueva administración de LNG. Con el AUP la OMS todavía no tiene un posicionamiento claro y en la guía del Reino Unido se muestra que no hay suficientes datos sobre seguridad y eficacia que apoyen el uso repetido en el mismo ciclo.

Y lo más importante, sería facilitar el acceso a un anticonceptivo eficaz, que se debería iniciar tan pronto como fuera posible.

Habría que tener en cuenta, si fuera necesario, la posibilidad de ofrecer la realización de un test de ITS incluido el VIH a las mujeres que solicitan la AU. Y en mujeres de riesgo de ITS y si no se pueden realizar las pruebas diagnósticas, habría que considerar la realización de profilaxis antibiótica que al menos cubra la infección por Chlamydia Trachomatis.

## ▣ ASPECTOS LEGALES

Son dos los problemas que se pueden plantear a la hora de prescribir la AU. Por un lado, la atención a los menores de edad y por otro lado la objeción de conciencia manifestada por el médico.

Con respecto a la atención a las menores de edad, debemos tener en cuenta sobre todo la "Capacidad de Consentir" del menor, y este juicio debe hacerlo el médico requerido. En el año 2015, hubo un cambio trascendental en este aspecto. En la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, por la que se eleva la edad del consentimiento sexual a los 16 años. "Edad por debajo de la cual, de conformidad con el Derecho Nacional, está prohibido realizar actos de carácter sexual con un menor", es decir, legalmente no tienen capacidad para establecer libremente relaciones sexuales consentidas, y de ello se podría deducir que tampoco tienen capacidad para adoptar las medidas anticonceptivas consecuentes y que necesitarían el complemento de capacidad de sus padres.

Hasta entonces era de 13 años, muy inferior al resto países europeos y una de las más bajas del mundo. El Comité ONU de Derechos del Niño sugirió la reforma en el Código Penal español para elevarla adecuándose a las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de la Infancia, y mejorar así la protección que se ofrece a los menores, sobre todo en la lucha contra la prostitución infantil.

Y, por tanto, los actos carácter sexual con menores de 16 años serían un hecho delictivo, salvo las relaciones consentidas con persona próxima por edad y grado de desarrollo o madurez. Y además habría agravaciones si, además, concurre violencia o intimidación, o si los abusos consisten en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías.

En los mayores de 16 y menores de 18 años, sería abuso sexual la realización de actos sexuales interviniendo engaño o abusando de posición reconocida de confianza, autoridad o influencia sobre la víctima.

Por otro lado, en la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente en el capítulo IV, Artículo 9, establece en dieciséis años la presunción legal de madurez. Se recoge que cuando el paciente es menor de edad, no es incapaz, ni está incapacitado, está emancipado o tiene dieciséis años cumplidos no cabe prestar el consentimiento por representación (el menor tiene capacidad) salvo en los casos de aborto voluntario (IVE), técnicas de reproducción asistida o ensayos clínicos. A partir de los 16 años, se alcanza la mayoría de edad médica salvo en esos tres supuestos.

En las adolescentes menores de 16 años, el profesional sanitario que atienda su demanda de anticoncepción de urgencia tendría que hacer una valoración del grado de madurez. La capacidad de comprensión de la información, ofrecida está en términos asequibles y comprensibles, sería el único requisito exigido para otorgar plena eficacia al consentimiento de la menor, a quien se le facilita la información relativa a su tratamiento, debiéndose respetar al máximo su derecho a la confidencialidad de su historia clínica. En este test de capacidad, que sería la manera de comprobar que la mujer toma la decisión comprendiendo lo que hace y con criterio suficiente para comprender las consecuencias, y se debería recoger en la historia clínica que entiende la información que se le proporciona, la situación en que se encuentra, da motivos razonables que fundamentan su decisión y pondera los riesgos y beneficios de las diversas opciones.

Y en el caso de que se considere que no se da esa capacidad, o que se conozca que no se da la salvedad de que las relaciones son con una pareja con similar edad o madurez, se tendría que hacer la notificación correspondiente y debería ser atendida en presencia de sus tutores legales.

Esta Ley básica respecto de la figura del menor en el ámbito de las decisiones de salud, establece modificaciones y novedades importantes:

1. Fija la mayoría de edad médica en 16 años.
2. El médico responsable del acto asistencial valorará la capacidad y gravedad del riesgo en menores de 16 años. En este caso debe valorar si comprende la información clínica y terapéutica recibida, y así mismo debe valorar si consiente libremente.
3. El médico debe anotar en la historia clínica los criterios objetivos que le sirvieron para considerar la madurez del menor de 13 a 16 años.

La idea básica es que el menor es sujeto de derechos, no es un incapaz y, por tanto, deben respetarse plenamente sus derechos.

Con respecto a la otra cuestión, a la posible objeción de conciencia del médico. En los casos en los que hay una contradicción entre la conciencia del sujeto y lo ordenado por la norma, de modo que dicho actuar va en contra de sus propios principios básicos y creencias, pero ese derecho a objetar en conciencia, no es suficiente para eximir a cualquier ciudadano del cumplimiento de los mandatos legales.

La objeción de conciencia no legitima cualquier comportamiento del sujeto, si como consecuencia de tal objeción se ven conculcados los derechos de los demás. Además, el derecho a la objeción de conciencia tiene ciertos límites, ya que el ejercicio de nuestros derechos nunca puede perjudicar los derechos de los demás.

En el caso de la administración de la píldora de urgencia, se recoge que ningún ilícito comete el paciente, es más su derecho a la asistencia sanitaria que le ampara frente a la objeción del médico a prestar estos tratamientos.

Los Tribunales exigen para acoger la objeción de conciencia que ésta no signifique imponer a los demás nuestras ideas políticas, religiosas, morales o personales, pues el ejercicio del derecho a la objeción del médico no puede suponer la conculca de los derechos de los demás.

Además, debemos saber que la formulación terapéutica tiene por objeto obtener la mayor eficacia posible en el tratamiento y que hay una relación demostrada entre la eficacia de la AU y el tiempo transcurrido hasta su administración, por lo que el facultativo no deberá posponer voluntariamente el inicio del tratamiento sin haber transmitido a la paciente toda la información relativa a la eficacia y seguridad del producto. Asimismo, el médico requerido para la asistencia tampoco podrá motivar su negativa a actuar basándose en sus creencias o confesión religiosa, salvo el reconocimiento a su derecho a la objeción de conciencia, en cuyo caso debe derivar al paciente a otro profesional o centro para que le sea prestada asistencia, y debe recoger en la historia su actuación, sin que ello suponga una disminución de eficacia por la demora, que podría resultar punible.



# MANEJO PRÁCTICO DE LA ANTICONCEPCIÓN. CONSEJO CONTRACEPTIVO

*Salvador Gotor Montoro  
María Jesús Alonso Llamazares  
María Cassia Naranjo Ratia*

## ▣ INTRODUCCIÓN

La elección de un determinado método anticonceptivo es una opción voluntaria ante las ventajas y los inconvenientes que éste representa respecto a los demás, por lo que es necesario dar una información adecuada sobre cada uno de los métodos anticonceptivos para que se produzca una elección informada y objetiva, teniendo en cuenta las características de los usuarios.

El objetivo principal del consejo contraceptivo es que la mujer obtenga los conocimientos suficientes para optar por el método anticonceptivo más apropiado a sus características y a las de su pareja, teniendo en cuenta su deseo de evitar embarazos no deseados y la prevención de ITS.

Tanto el consejo contraceptivo como la indicación inicial pueden realizarse desde la consulta del médico de familia. En caso necesario se solicitarán las pruebas complementarias que se consideren oportunas, pero no deben considerarse como un requisito previo ni como un obstáculo para la provisión de un método anticonceptivo, aunque sí como un complemento.

La información debe incluir:

- Comprensión de la eficacia contraceptiva del método.
- Uso correcto.
- Cómo funciona el método.
- Efectos secundarios comunes.
- Riesgos y beneficios para la salud inherentes al método.
- Signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud.
- Información sobre el retorno a la fertilidad después de la interrupción del método.
- Información sobre protección contra las ITS.

El consejo contraceptivo y la prescripción de la mayoría de los métodos anticonceptivos pueden abordarse desde la consulta a demanda del médico de atención primaria. Aparte de las características del método anticonceptivo y de la mujer, debemos valorar los criterios de elección, su eficacia y su efectividad.

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información en este campo, no sólo es una intervención clave para mejorar la salud de los hombres y las mujeres, sino que es además un derecho humano.

Según la Encuesta 2020 de la Sociedad Española de Contracepción y la Fundación Española de Contracepción, el preservativo es el método más utilizado, seguido de la píldora combinada (Tabla 1).

<b>Tabla 1. Encuesta SEC-FEC, uso de métodos anticonceptivos</b>	
<b>Método anticonceptivo usado</b>	<b>%</b>
Preservativo	31,3%
Píldora	18,5%
Diu de cobre	4,3%
Vasectomía de la pareja	4,2%
Diu hormonal	4,0%
Ligadura de trompas/Essure	2,3%
Anillo vaginal	2,1%
Implante subcutáneo	1,4%
Parche (pegado en la piel)	0,7%
Mini píldora o píldora solo gestágenos	0,7%
Inyectable intramuscular	0,4%
Marcha atrás	0,1%
Métodos naturales	0,1%
Diafragma	0,0%
Espermicidas	0,0%
Otro	0,4%
NS/NC	0,4%
No utiliza método anticonceptivo	29,3%
Base: total mujeres de 15 a 49 años. La respuesta "No utiliza método anticonceptivo" incluye a las mujeres que no tienen relaciones sexuales	

## ▣ ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO

A la hora de realizar el consejo contraceptivo, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos.

### ▣ PERFIL DEL MÉTODO

1. *Eficacia*: es la capacidad de un método anticonceptivo de impedir la gestación a nivel teórico, es decir, utilizado en condiciones óptimas. No debe confundirse con la efectividad, que es la capacidad de impedir la gestación en condiciones reales de uso y está condicionada por posibles fallos humanos. En la tabla 2 se exponen la eficacia y la efectividad de los distintos métodos anticonceptivos (OMS).

El índice de Pearl consiste en el número de embarazos no planificados por cada 100 mujeres al año, es decir el número de embarazos que sucederían en un grupo de 100 mujeres utilizando el método de forma correcta durante un año.

<b>Tabla 2. Eficacia y efectividad de los distintos métodos anticonceptivos (OMS)</b>		
<b>MÉTODO</b>	<b>Índice de Pearl Uso Perfecto</b>	<b>Índice de Pearl Uso habitual</b>
Ninguno	85	85
Coito interruptus	4	27
Métodos naturales	1-9	25-27
Diafragma + espermicida	6	16
Preservativo femenino	10	21
Preservativo masculino	2	15
Anticoncepción oral combinada	0,3	2,18
Parche transdérmico	0,3	1,24
Anillo vaginal	0,3	1,23
Minipíldora desogestrel	0,3	0,41
Progestágenos inyectables	0,3	3
DIU de cobre	0,6	0,8
DIU de levonorgestrel	0,1	0,1
Implantes de progestágenos	0,05	0,08
Irreversibles	0,1-0,5	0,15-0,5

2. *Seguridad*: es el atributo que describe la capacidad del método para alterar positiva o negativamente el estado de salud del usuario o de amenazar su vida. Como ejemplos tenemos el riesgo de enfermedad tromboembólica en usuarias de anticonceptivos orales combinados o los efectos adversos posibles, tales como cambios de las características de la menstruación con el uso de los DIU de cobre o de los anticonceptivos que contienen solo gestágenos. También deben incluirse los efectos secundarios deseables como la capacidad de prevenir enfermedades de transmisión sexual de los métodos barrera o el alivio de la dismenorrea con los anticonceptivos hormonales.
3. *Reversibilidad*: informa sobre si es posible el retorno a la fertilidad después de la interrupción de un método determinado.
4. *Complejidad*: algunos métodos como el del calendario o el diafragma necesitan unos conocimientos mínimos y unas habilidades especiales con un mínimo de destreza.
5. *Aceptabilidad*: es la capacidad de un determinado método para convencer a la usuaria de su empleo. La aceptabilidad del método por parte de la interesada es fundamental para asegurar su continuidad.
6. *Relación con el coito*: distinguimos los que tienen una relación inmediata (preservativo), mediata (esponja vaginal, espermicidas y diafragma) y lejana (esterilización, dispositivo intrauterino y anticonceptivos hormonales). En este apartado debemos incluir la anticoncepción de urgencia, la cual brinda la oportunidad de cubrir a posteriori una relación no protegida.
7. *Precio*: aunque pueda parecer de escasa importancia, sobre todo comparado con los costes de un embarazo no deseado, sí que puede influir en la selección del método y en el cumplimiento, ya que algunas usuarias se ven obligadas a costear personalmente su opción anticonceptiva.

## ▣ PERFIL DE LA USUARIA

1. *Frecuencia coital*: otro factor importante a la hora de valorar la eficacia es la exposición, es decir la frecuencia del coito, ya que a mayor frecuencia mayor probabilidad de que el método falle. Por lo tanto, si la frecuencia coital es alta, debemos recomendar un método más eficaz.
2. *Objetivo de la contracepción*: puede ser el espaciar los embarazos o la contracepción definitiva.
3. *Edad de la usuaria y su perfil de salud*: puede influir en la selección de algunos métodos.
4. *Riesgo de ITS*: en el caso de que exista ese riesgo, siempre debemos recomendar el uso del preservativo.
5. *Grado de colaboración de la pareja*: es un factor importante a considerar, por ejemplo, con los métodos naturales o con el preservativo masculino. Es importante además tener en cuenta las creencias religiosas o normas confesionales del potencial usuario.

## ▣ PATRÓN CRONOLÓGICO

Dependiendo de la edad de la paciente parecen más indicados unos métodos que otros, aunque no pueden establecerse normas rígidas en este sentido:

- En adolescentes, las relaciones sexuales suelen ser poco frecuentes, no programadas y con parejas no siempre fijas y conocidas. En estos casos sería aconsejable el uso del preservativo, solo o, preferiblemente, asociado a otro método eficaz, así como una adecuada información relativa a la contracepción de urgencia.
- Cuando la actividad sexual adquiere estabilidad, la anticoncepción hormonal o el DIU serían una opción aceptable.
- Cuando la pareja ha completado su deseo de descendencia, podrían contemplarse los métodos definitivos.

En principio, la edad no es un condicionante importante a la hora de la elección de un método contraceptivo, cualquier método podría estar indicado a cualquier edad.

## ▣ CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD

Debemos valorar los criterios de elección del método elegido y evitarlo cuando nos encontramos ante categorías 3 y 4 de la OMS (Tabla 3).

Tabla 3		
CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO	CON CRITERIO CLÍNICO LIMITADO
1	Use el método en cualquier circunstancia	Sí (use el método)
2	En general use el método	
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles	No (no use el método)
4	No se debe usar el método	

## ▣ DINÁMICA DE VISITAS

### ▣ ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

#### PRIMERA VISITA

El único requerimiento para iniciar tratamiento con anticoncepción hormonal es la anamnesis orientada y la información. En primer lugar, es necesario realizar una historia clínica detallada que identifique a las mujeres que presenten alguna condición de las categorías 3 y 4 de la OMS para la toma de anticoncepción hormonal.

Además, se recomienda la toma de la presión arterial en el caso de la anticoncepción hormonal combinada e inyectable solo gestágeno con acetato de medroxiprogesterona depot (AMDP) y el cálculo del IMC.

Es necesario tener especialmente en cuenta aquellos antecedentes personales que pueden condicionar la elección del preparado: edad, hipertensión arterial (HTA), diabetes, dislipemia, tabaquismo, trombofilia personal o en familiares de primer grado, antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP) o tromboembolismo pulmonar (TEP), migraña, cáncer de mama, enfermedad hepática, inmovilización prolongada, postparto/lactancia materna, etc.

Es necesario advertir a la mujer que la anticoncepción hormonal no protege de ITS, por lo que si mantuviera alguna relación de riesgo de ITS debería recomendarse el doble método (añadir el uso de preservativo).

También se deben tener en cuenta los fármacos de toma habitual, sobre todo si son inductores enzimáticos, por la posibilidad de pérdida de eficacia del anticonceptivo hormonal (Tabla 4).

<b>Tabla 4. Historia clínica. Contenido de la primera visita</b>
Antecedentes personales y familiares para descartar antecedentes
Criterios de elegibilidad
Riesgo de ITS
Frecuencia de relaciones sexuales
Uso de fármacos
Antecedentes y síntomas ginecológicos y obstétricos
Presión arterial e IMC
Información detallada oral y escrita
Disponibilidad para consultar dudas de la usuaria o de la pareja
Consensuar método elegido

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y VISITAS SUCESIVAS

En general, no es necesario realizar pruebas complementarias para la prescripción de anticonceptivos. Los únicos requisitos indispensables se han indicado en el apartado anterior.

En ocasiones realizaremos exámenes complementarios que forman parte de controles de salud habituales (independientemente de la toma de anticonceptivos) o porque, tras la realización de la historia clínica, consideramos que son necesarios en una determinada mujer.

Como resumen, en la tabla 5 se exponen las recomendaciones de la OMS en relación con la realización de exploraciones y pruebas complementarias en mujeres sanas que van a utilizar anticonceptivos hormonales.

<b>Tabla 5. Recomendaciones OMS. Controles necesarios en usuarias de anticonceptivos orales</b>					
	<b>Oral Combinado</b>	<b>Inyectable combinado</b>	<b>Oral con gestágeno</b>	<b>Gestágeno inyectable</b>	<b>Implante</b>
<b>Exploración mamaria</b>	C	C	C	C	C
<b>Exploración genital</b>	C	C	C	C	C
<b>Cribado Cáncer cérvix</b>	C	C	C	C	C
<b>Laboratorio de rutina</b>	C	C	C	C	C
<b>Evaluación riesgo ITS</b>	C	C	C	C	C
<b>Test cribado ITS</b>	C	C	C	C	C
<b>Presión arterial</b>	A	A	A	A	A

C: no contribuye de manera sustancial al uso efectivo y seguro del método  
 A: es deseable realizar antes del inicio del método

Se recomienda una revisión a los 3-6 meses de inicio del tratamiento para mejorar la adherencia al anticonceptivo hormonal. El contenido de esta visita debe constar de actualización de anamnesis, valoración de efectos secundarios, comprobación de toma o uso correctos y resolución de dudas.

Es aconsejable la medición de la PA y el cálculo de IMC en el caso de la anticoncepción hormonal.

No son necesarios controles posteriores, aunque opcionalmente podríamos valorar anualmente a la mujer para la toma de PA, cálculo de IMC (en mujeres obesas) y valoración del riesgo cardiovascular (especialmente hábito tabáquico en mayores de 35 años).

La toma de citología para cribado de cáncer de cérvix se hará igual que en cualquier otra mujer, independientemente de que use o no anticoncepción, siguiendo los criterios de cada comunidad autónoma.

La realización de mamografía para cribado poblacional de cáncer de mama se realiza en base al programa de prevención de cada comunidad, y tampoco se ve modificado por el uso de anticoncepción hormonal.

## ■ DIU

Requisitos mínimos previos:

1. Historia clínica actualizada
2. Exploración descartando signos de infección activa
3. Informar a la mujer
4. Descartar embarazo actual
5. Consentimiento informado

### **Inserción:**

Si la anamnesis descarta la existencia de alguna categoría 3 o 4, todo lo que se requiere para completar la evaluación para el uso del DIU es un examen con espéculo para descartar posibles infecciones activas y un examen bimanual para descartar infección y masas pélvicas. El uso de la ecografía resulta útil, pero no imprescindible.

### **Controles posteriores:**

La OMS recomienda una única visita de control tras la primera menstruación o a las 3-6 semanas postinserción. Se comprobará que el DIU está normoinserto y se valorará si existen síntomas de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), en especial en los primeros 20 días posteriores a la colocación.

No obstante, es deseable contar con la posibilidad de acceder a la consulta en cualquier momento que la usuaria perciba algún problema o que le surja alguna duda.

## **▣ IMPLANTE ANTICONCEPTIVO**

No es necesario el seguimiento de rutina de las mujeres que tienen insertado un implante de progestágeno solo. Las mujeres con un implante insertado deberían consultar si:

- No pueden localizar su implante.
- Notan cualquier cambio en la forma del implante.
- Sospecha de rotura del implante.
- Eritema o dolor alrededor del implante.
- Enfermedad o medicación que inicie que pueda interactuar con implante.
- Si queda gestante.

## **▣ RIESGOS Y BENEFICIOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Cuando hablamos de seguridad de los anticonceptivos, nos estamos refiriendo a la capacidad de alterar negativamente y también positivamente el estado de salud de la usuaria.

Al utilizar un determinado método anticonceptivo podemos encontrarnos con algunos riesgos para la salud y también beneficios más allá de los meramente protectores ante un embarazo no deseado, pudiendo hablar de efectos secundarios perjudiciales y efectos beneficiosos.

Los beneficios resultantes del uso de un determinado método anticonceptivo pueden ser colectivos, como separar sexualidad de reproducción, incorporación de la mujer al mundo laboral, conllevando una mayor igualdad de género, y también individuales como elegir cuando y cuantos hijos tener, e independencia económica al consolidar la posición laboral.

Otros beneficios son eliminar o mejorar síntomas negativos como acné, dismenorrea, menorragia, anemia, hirsutismo o síndrome premenstrual y prevenir patologías con alta morbilidad y mortalidad como cáncer de ovario, de endometrio, o de colon, como en el caso de los anticonceptivos hormonales, o infecciones de transmisión sexual en los métodos de barrera (Tabla 6).

<b>Tabla 6</b>			
<b>MÉTODO</b>	<b>EFECTOS SECUNDARIOS</b>	<b>BENEFICIOS NO AC</b>	<b>RIESGOS</b>
<b>AHC</b>	Náuseas, cefalea, spotting, tensión mamaria	Disminuye dismenorrea, metrorragia, SPM, previene EIP y cáncer de ovario, colon endometrio, disminuye acné, hirsutismo	Cardiovasculares, HTA, IAM, ACVA, TEV, depresión, adenoma hepático, aumento riesgo cáncer mama y cérvix
<b>DIU DE COBRE</b>	Dismenorrea, spotting, aumento sangrado	Protege de cáncer de cérvix, DIU hormonal disminuye menorragia	EIP, perforación, anemia
<b>Preservativo masculino</b>	Disminuye sensibilidad, alergia látex, pérdida de espontaneidad	Protege de ITS, incluido VIH, retrasa eyaculación precoz	Reacción anafiláctica al látex
<b>Preservativo femenino</b>	Poco estético, incómodo	Protege de ITS	No conocidos
<b>Implante hormonal</b>	Inflamación lugar de inserción, cambios menstruales, aumento de peso	Permitido en lactancia, disminuye dismenorrea y pérdida sanguínea	Infección en lugar de inserción, problemas de retirada, depresión
<b>Progestágeno inyectable</b>	Alteraciones menstruales, aumento de peso, cefalea	Permitido en lactancia, reduce riesgo de convulsiones, Protege de EPI, de cáncer de endometrio y ovario	Depresión, reacciones alérgicas, posible pérdida de masa ósea
<b>Esterilización femenina</b>	Dolor herida quirúrgica, problemas psicológicos	Protege de EPI y de cáncer de ovario	Complicaciones de anestesia, si embarazo posible ectópico
<b>Abstinencia</b>	Problemas psicológicos	Protege de ITS y VIH	No conocidos
<b>Métodos de barrera diafragma, capuchón...</b>	Molestias pélvicas, irritación vaginal	Modesta prevención de algunas ITS	Infecciones urinarias y vaginales, síndrome de shock tóxico
<b>Espermicidas</b>	Infección vaginal, alergia	Modesta prevención de algunas ITS	Infección urinaria, vaginal y aumento de riesgo de VIH con nonoxinol 9
<b>MELA</b>	Mastitis por estafilococo	Beneficios nutricionales para hijo	Aumento de riesgo de VIH si madre positiva

## ■ **CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN DIFERENTES SITUACIONES**

A la hora de elegir un anticonceptivo se deben tener en cuenta una serie de aspectos, no solo los clínicos que nos acaban de mencionar, sino también sociales y culturales. Habitualmente suelen ser elecciones complejas, multifactoriales y sujetas a cambios, en los que también hay que tener en cuenta no solo los intereses de la mujer y su comodidad a la hora de utilizarlo, sino también los efectos secundarios, la existencia de enfermedades asociadas, que podrían dificultar la toma de esta decisión.

Además, tenemos que tener siempre en cuenta los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos que publica y actualiza periódicamente la OMS, así como otros organismos internacionales.

Pero ya cuando el consejo anticonceptivo se da a mujeres con diferentes patologías, habría que tener presente por un lado, si la mujer lo puede o no utiliza según estos criterios de elección, pero también el efecto que pueda tener el anticonceptivo en su patología, las posibles interacciones medicamentosas, tanto el posible efecto de los fármacos que se utilizan en su patología sobre la eficacia del anticonceptivo, pero viceversa también, el posible efecto del anticonceptivo sobre sus tratamientos crónicos.

Las mujeres con determinados problemas de salud puede que en alguna ocasión necesiten de alguna prueba complementaria para confirmar que son candidatas a usar los anticonceptivos, sobre todo los hormonales. Así como en ocasiones, la conveniencia de hacer una interconsulta con el especialista que le trate su patología.

## ■ **CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN LA ADOLESCENCIA**

El consejo anticonceptivo se debe realizar a lo largo de toda la vida fértil de la mujer; pero si hay 2 edades donde juega un papel muy relevante, es al principio y al final de la misma.

Un embarazo en una chica adolescente es siempre una situación muy dramática, según los organismos internacionales debería ser considerado siempre como no deseado, esté o no planificado.

Esto ha llevado a la FIGO y a la OMS ya desde hace años a promover métodos de máxima eficacia a estas mujeres, priorizando los que en el cumplimiento no depende de ellas, como son el Implante y el DIU.

La edad por sí sola, no establece la indicación o no indicación de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles. Se necesitarían otros condicionantes, sobre todo, factores de riesgo cardiovascular, que no nos permitirían su uso.

Además, en la adolescencia esos factores no tienen la misma consideración que en otras edades. El riesgo cardiovascular se ha establecido a partir de los 35 años, por lo que por ejemplo, el tabaquismo o la migraña sin aura, hasta esa edad no contraindicarían el uso de la AHC. Por esto, la indicación anticonceptiva en la adolescencia solo requeriría de la presencia de la menarquía.

Las adolescentes, suelen ser sanas, o con patologías que o no guardan especial relación con la anticoncepción, o que incluso, algunos de esos problemas podrían verse beneficiados con el uso de los métodos anticonceptivos.

La prevalencia en la adolescencia es muy alta de ciclos menstruales irregulares, sangrados uterinos abundantes, dismenorrea severa, acné, ..., que como hemos visto, mejorarían mucho con el uso de los AH, sobre todo con los combinados.

Y también es importante recordar que la adolescencia, por la monogamia seriada, por el contexto en el que tienen lugar sus relaciones, el rol de la mujer en la relación, ... supone un grupo epidemiológico de especial vulnerabilidad par el contagio de ITS, lo que nos debería llevar a incorporar siempre en el asesoramiento la recomendación del uso del preservativo además del anticonceptivo más eficaz.

La **AHC** y **AHSG** no tiene ningún criterio de exclusión en esas edades. Y aunque haya consideración errónea contraria, se pueden insertar **dispositivos intrauterinos** en adolescentes, que en su mayoría son nulíparas, pero que sabemos que no lo contraindica tampoco.

**Figura 1**

COMBINED HORMONAL CONTRACEPTIVES (CHCs)					
CHCs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.					
CONDITION	CATEGORY				CLARIFICATIONS/EVIDENCE
	I = initiation, C = continuation				
	COC	P	CVR	CIC	
† recommendations reviewed for the MEC 5 <sup>th</sup> edition, further details after this table * additional comments after this table	COC = combined oral contraceptive P = combined contraceptive patch CVR = combined contraceptive vaginal ring CIC = combined injectable contraceptive				
AGE †*					Evidence: Evidence about whether CHC use affects fracture risk is inconsistent (78–89), although 3 recent studies show no effect (90–92). CHC use may decrease bone mineral density (BMD) in adolescents, especially in those choosing very low dose formulations (< 30 µg ethinyl estradiol-containing COCs) (91, 93–105). CHC use has little to no effect on BMD in premenopausal women (90, 93–102, 106–109), and may preserve bone mass in those who are perimenopausal (103, 104, 110–117). BMD is a surrogate marker for fracture risk that may not be valid for premenopausal women, and which, therefore, may not accurately predict current or future (postmenopausal) fracture risk (118–120).
a) Menarche to < 40 years →	1	1	1	1	
b) ≥ 40 years	2	2	2	2	

*Fuente:* Medical Eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2015. Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158> and [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf\\_NBK321151.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf)

Figura 1 (continuación)

PROGESTOGEN-ONLY CONTRACEPTIVES (POCs)				
POCs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.				
CONDITION	CATEGORY			CLARIFICATIONS/EVIDENCE
	I = initiation, C = continuation			
	POP	DMPA/ NET-EN	LNG/ETG	
† recommendations reviewed for the MEC 5th edition, further details after this table * additional comments after this table	POP = progestogen-only pill LNG/ETG = levonorgestrel and etonogestrel (implants) DMPA = depot medroxyprogesterone acetate (injectable) NET-EN = norethisterone enanthate (injectable)			
AGE				Evidence: Most studies have found that women lose bone mineral density (BMD) during DMPA use, but recover BMD after discontinuation. Limited evidence shows a weak association with fracture, although 1 large study suggests that women who choose DMPA may be at higher risk for fracture even prior to initiation of the method (16). It is unclear whether adult women with long durations of DMPA use can regain BMD to baseline levels before entering menopause and whether adolescents can reach peak bone mass after discontinuation of DMPA. The relationship between these changes in BMD during the reproductive years and future fracture risk is unknown. Studies generally find no effect of POCs other than DMPA on BMD (5, 12, 16–60).
a) Menarche to < 18 years	1	2	1	
b) 18 to 45 years	1	1	1	
c) > 45 years	1	2	1	
INTRAUTERINE DEVICES (IUDs)				
IUDs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.				
CONDITION	CATEGORY			CLARIFICATIONS/EVIDENCE
	I = initiation, C = continuation			
	Cu-IUD	LNG-IUD		
† recommendations reviewed for the MEC 5th edition, further details after this table * additional comments after this table	Cu-IUD = copper-bearing IUD LNG-IUD = levonorgestrel-releasing IUD (20 µg/24 hours)			
AGE				Evidence: Risks of pregnancy, infection and perforation are low among IUD users of any age. Heavy bleeding or removals for bleeding do not seem to be associated with age. Young women using Cu-IUDs may have an increased risk of expulsion compared with older Cu-IUD users (1–15).
a) Menarche to < 20 years	2	2		
b) ≥ 20 years	1	1		

Fuente: Medical Eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2015. Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158> and [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf\\_NBK321151.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf)

## ▣ CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN LA PERIMENOPAUSIA

Como hemos visto en el apartado previo del Consejo anticonceptivo en mujeres adolescentes, no habría que hacer un diferente asesoramiento anticonceptivo en función de la edad de la mujer.

Por la edad, tanto al inicio, como al final de la vida fértil, si no va unido a otros factores de riesgo, sobre todo cardiovasculares, no existen criterios de exclusión, que no nos permitan indicar un método anticonceptivo a las mujeres en los años de la perimenopausia. Pero sí es importante recordar que determinadas situaciones a mayor edad podrían suponer un mayor riesgo, sobre todo de tromboembolismo.

Sin embargo, nos encontramos un bajo uso de métodos anticonceptivos eficaces en mujeres en estas edades. Y aunque existe una menor fertilidad en las etapas extremas por ciclos anovulatorios, es necesaria una anticoncepción efectiva.

Durante esta etapa de la vida, además se da una sintomatología que podría ser aliviada con el uso de algunos anticonceptivos. Síntomas de androgenización (seborrea, acné, hirsutismo, alopecia), urogenitales (sequedad vaginal, dispareunia, disfunción sexual), trastornos menstruales (dolor pélvico, irregularidades ciclo menstrual, sangrado abundante), síntomas por privación hormonal (síndrome premenstrual, cefalea menstrual) o por hipostrogenismo (síntomas vasomotores como sofocos, sudoración nocturna, insomnio, depresión).

Así como efectos en el ciclo menstrual, que sobre todo la AHC, podría aliviar (regula ciclo menstrual, disminuye variabilidad reglas, sangrados menos abundantes y disminuye duración de sangrados).

El DIU de LNG puede ser muy apropiado en mujeres con sangrado uterino disfuncional, muy frecuente en estas edades. Además, aunque no esté en ficha técnica, hay estudios que avalan que puede actuar como adyuvante en la terapia estrogénica de la menopausia.

En el estudio español, se observa que la ligadura de trompas puede ofrecer protección contra el Cáncer de ovario y la EPI. Los DIUs pueden facilitar la detección precoz del Cáncer de cérvix. Con los DIUs de LNG disminuye la anemia, la dismenorrea y la EPI, y se observa además una posible protección del Cáncer de endometrio. La AHC, ofrece protección demostrada en Cáncer de ovario, de endometrio, así como protección ósea, alivio de las fluctuaciones hormonales y de la dismenorrea, mejora también el control del ciclo.

En la siguiente tabla (Tabla 7), de ese estudio se resume el cumplimiento de objetivos en mujeres de 40 años comparando diferentes métodos anticonceptivos.

	<b>Ligadura tubárica</b>	<b>Vasectomía</b>	<b>Preservativo</b>	<b>DIU</b>	<b>AHC</b>
<b>Evita embarazo no planeado</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Minimiza fluctuaciones hormonales</b>	No	No	No	No	Sí
<b>Proporciona beneficios salud</b>	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Tomada de: Mendoza et al. Position of the Spanish Menopause Society regarding the management of perimenopause. Maturitas 2013.					

Y la otra cuestión que se plantea es determinar cuándo ya no es necesaria la anticoncepción, ya que sabemos que no tenemos ninguna prueba de laboratorio que nos determine que una mujer ya ha entrado en la menopausia. Normalmente, se establece cuando se han tenido 12 ciclos de amenorrea. Hay también autores que recomiendan interrumpirla de forma arbitraria entre los 50 y los 52 años.

A continuación, repasaremos los CME de la OMS para las mujeres de estas edades. Todos los tipos de **AHC** serían categoría 2.

Figura 2

COMBINED HORMONAL CONTRACEPTIVES (CHCs)					
CHCs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.					
CONDITION	CATEGORY				CLARIFICATIONS/EVIDENCE
	I = initiation, C = continuation				
	COC	P	CVR	CIC	
† recommendations reviewed for the MEC 5 <sup>th</sup> edition, further details after this table * additional comments after this table	COC = combined oral contraceptive P = combined contraceptive patch CVR = combined contraceptive vaginal ring CIC = combined injectable contraceptive				
AGE <sup>†</sup>					<b>Evidence:</b> Evidence about whether CHC use affects fracture risk is inconsistent (78–89), although 3 recent studies show no effect (90–92). CHC use may decrease bone mineral density (BMD) in adolescents, especially in those choosing very low dose formulations (< 30 µg ethinyl estradiol-containing COCs) (91, 93–105). CHC use has little to no effect on BMD in premenopausal women (90, 93–102, 106–109), and may preserve bone mass in those who are perimenopausal (103, 104, 110–117). BMD is a surrogate marker for fracture risk that may not be valid for premenopausal women, and which, therefore, may not accurately predict current or future (postmenopausal) fracture risk (118–120).
a) Menarche to < 40 years	1	1	1	1	
b) ≥ 40 years 	2	2	2	2	
Para los AHSG, 2 para el inyectable y 1 para el resto					
PROGESTOGEN-ONLY CONTRACEPTIVES (POCs)					
POCs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.					
CONDITION	CATEGORY			CLARIFICATIONS/EVIDENCE	
	I = initiation, C = continuation				
	POP	DMPA/ NET-EN	LNG/ETG		
† recommendations reviewed for the MEC 5 <sup>th</sup> edition, further details after this table * additional comments after this table	POP = progestogen-only pill LNG/ETG = levonorgestrel and etonogestral (implants) DMPA = depot medroxyprogesterone acetate (injectable) NET-EN = norethisterone enanthate (injectable)				
AGE				<b>Evidence:</b> Most studies have found that women lose bone mineral density (BMD) during DMPA use, but recover BMD after discontinuation. Limited evidence shows a weak association with fracture, although 1 large study suggests that women who choose DMPA may be at higher risk for fracture even prior to initiation of the method (16). It is unclear whether adult women with long durations of DMPA use can regain BMD to baseline levels before entering menopause and whether adolescents can reach peak bone mass after discontinuation of DMPA. The relationship between these changes in BMD during the reproductive years and future fracture risk is unknown. Studies generally find no effect of POCs other than DMPA on BMD (5, 12, 16–60).	
a) Menarche to < 18 years	1	2	1		
b) 18 to 45 years 	1	1	1		
c) > 45 years 	1	2	1		

**Figura 2 (continuación)**

Con respecto a la Anticoncepción intrauterina es categoría 1

INTRAUTERINE DEVICES (IUDs)			
IUDs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.			
CONDITION	CATEGORY		CLARIFICATIONS/EVIDENCE
	I = initiation, C = continuation		
	Cu-IUD	LNG-IUD	
† recommendations reviewed for the MEC 5th edition, further details after this table * additional comments after this table	Cu-IUD = copper-bearing IUD LNG-IUD = levonorgestrel-releasing IUD (20 µg/24 hours)		
AGE			<b>Evidence:</b> Risks of pregnancy, infection and perforation are low among IUD users of any age. Heavy bleeding or removals for bleeding do not seem to be associated with age. Young women using Cu-IUDs may have an increased risk of expulsion compared with older Cu-IUD users (1–15).
a) Menarche to < 20 years	2	2	
b) ≥ 20 years	1	1	

Fuente: Medical Eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2015. Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158> and [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf\\_NBK321151.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf)

## ▣ CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES DE RIESGO SOCIAL

En estas mujeres se da una falta de control sobre su salud sexual y reproductiva en parte debida a su situación socioeconómica. En ellas un embarazo no planificado sería siempre un escenario que agravaría todavía más su situación de vulnerabilidad social.

Serían mujeres con IVEs de repetición, grandes multíparas, adolescentes con embarazos previos, sometidas a violencia de género (que en muchos casos la violencia se ejerce forzando a embarazos no deseados) inmigrantes en situación de desamparo y/o con barreras idiomáticas, que viven en zonas de transformación social, trabajadoras sexuales.

En ellas se da muchas veces un mal cumplimiento anticonceptivo, una falta de capacidad para un buen autocontrol sobre su salud o fracaso de intervenciones sociosanitarias previas de asesoramiento anticonceptivo.

En cada caso hay que tener en cuenta distintas cuestiones, como que el método no requiera del cumplimiento por parte de la mujer, que su uso pueda ser discreto y no pueda conocerlo su pareja en los casos de mujeres con VG, que sea de fácil uso en mujeres con un nivel de comprensión bajo o con barreras idiomáticas, que sea gratuito o a un precio asequible, que no provoque sangrados frecuentes o prolongados y permita que repercuta en la actividad de las trabajadoras sexuales, ...

En casi todos ellos se promueve en estos casos el uso de los LARCs, implante subcutáneo y DIU de cobre u hormonal, porque cumplen muchos de los requisitos que acabamos de ver, no dependen del cumplimiento por parte de la mujer, se pondrían gratuitamente, pero si no, son costoefectivos, su efectividad es la más alta de todos los métodos reversibles, una vez insertados no son visibles, no requieren de controles periódicos durante los años que se utilicen, no hay problema de dificultades de comprensión según nivel cultural, por discapacidad, o por idioma. Además, la mayoría de las mujeres pueden ser candidatas a usarlos ya que tienen muchos menos criterios de exclusión que los anticonceptivos hormonales combinados.

En la mayoría de las áreas sanitarias en los últimos años se han establecido diferentes protocolos de actuación de cómo hacer el consejo y la atención anticonceptiva en estas mujeres de riesgo social.

### ■ CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN EL PUERPERIO

La definición clásica de puerperio incluye el periodo que transcurre desde que finaliza el parto hasta pasados 40 días del mismo. Es una etapa de importantes cambios para la mujer, no solo físicos sino también psicológicos, familiares y sociales. El organismo materno ha sufrido profundos cambios durante el embarazo y el parto, debe recuperarse a su estado previo al embarazo.

La etapa del puerperio conlleva una mayor necesidad de un método anticonceptivo de alta eficacia y seguridad que permita espaciar el periodo intergenésico. Es por ello, que existe la necesidad de conocer las distintas opciones anticonceptivas que se pueden ofrecer.

En el posparto inmediato hay que tener en cuenta, por un lado, el tiempo transcurrido desde el parto, dados los riesgos de TEV en ese periodo, y por otro, si la mujer está lactando o no.

En las siguientes tablas podemos ver cuáles son los CME en estas situaciones.

En la **AHC**, si la **mujer está lactando**, hasta las 6 semanas postparto sería categoría 4. Y de las 6 semanas hasta los 6 meses sería categoría 3.

Figura 3

COMBINED HORMONAL CONTRACEPTIVES (CHCs)					
CHCs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.					
CONDITION	CATEGORY				CLARIFICATIONS/EVIDENCE
	I = initiation, C = continuation				
	COC	P	CVR	CIC	
† recommendations reviewed for the MEC 5 <sup>th</sup> edition, further details after this table * additional comments after this table	COC = combined oral contraceptive P = combined contraceptive patch CVR = combined contraceptive vaginal ring CIC = combined injectable contraceptive				

**Figura 3 (continuación)**

BREASTFEEDING <sup>†</sup>					
a) < 6 weeks postpartum	→ 4	4	4	4	Evidence: Clinical studies demonstrate conflicting results regarding effects on breastfeeding continuation or exclusivity in women exposed to COCs during lactation. No consistent effects on infant growth or illness have been reported (121–126). Adverse health outcomes or manifestations of exogenous estrogen in infants exposed to combined contraceptives through breast-milk have not been demonstrated; however, studies have been inadequately designed to determine whether a risk of either serious or subtle long-term effects exists.
b) ≥ 6 weeks to < 6 months postpartum (primarily breastfeeding)	→ 3	3	3	3	
c) ≥ 6 months postpartum	2	2	2	2	

Si la mujer no está lactando, la AHC sería categoría 4 si tiene otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en las 3 primeras semanas postparto, y categoría 3 si no los tiene. Y de la tercera hasta la sexta semana, si hubiera otros FRCV sería categoría 3.

POSTPARTUM (IN NON-BREASTFEEDING WOMEN) <sup>†</sup>					
Although the risk of venous thromboembolism (VTE) is the same in breastfeeding and non-breastfeeding women, use of CHCs is generally not recommended prior to 6 months postpartum in women who are breastfeeding.					
a) < 21 days					Clarification: For women up to 6 weeks postpartum with other risk factors for VTE, such as immobility, transfusion at delivery, BMI > 30 kg/m <sup>2</sup> , postpartum haemorrhage, immediately post-caesarean delivery, pre-eclampsia or smoking, use of CHCs may pose an additional increased risk for VTE.  Evidence: One study examined use of CHCs during the postpartum period and found that VTE rates were higher for CHC users compared with non-users at all time points postpartum. Rates were significantly different only after 13 weeks postpartum, but the numbers needed to harm were lowest in the first 6 weeks postpartum (132). VTE risk is elevated during pregnancy and the postpartum period; this risk is most pronounced in the first 3 weeks after delivery, declining to near baseline levels by 42 days postpartum (127–131).
i) without other risk factors for VTE	→ 3	3	3	3	
ii) with other risk factors for VTE	→ 4	4	4	4	
b) ≥ 21 days to 42 days					
i) without other risk factors for VTE	2	2	2	2	
ii) with other risk factors for VTE	→ 3	3	3	3	
c) > 42 days	1	1	1	1	

Con la AHSG nos encontramos solo con una categoría 3 para el uso del inyectable en mujeres lactantes en las 6 primeras semanas postparto.

PROGESTOGEN-ONLY CONTRACEPTIVES (POCs)				
POCs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.				
CONDITION	CATEGORY			CLARIFICATIONS/EVIDENCE
	I = initiation, C = continuation			
	POP	DMPA/ NET-EN	LNG/ETG	
<sup>†</sup> recommendations reviewed for the MEC 5th edition, further details after this table	POP = progestogen-only pill LNG/ETG = levonorgestrel and etonogestrel (implants) DMPA = depot medroxyprogesterone acetate (injectable) NET-EN = norethisterone enanthate (injectable)			
<sup>*</sup> additional comments after this table				

Figura 3 (continuación)				
BREASTFEEDING <sup>†</sup>		↓		
a) < 6 weeks postpartum	2	3	2	<p>Clarification: There is theoretical concern about the potential exposure of the neonate to DMPA/NET-EN during the first 6 weeks postpartum. In many settings, however, pregnancy-related morbidity and mortality risks are high, and access to services is limited. In such settings, DMPA/NET-EN may be among the few methods widely available and accessible to breastfeeding women immediately postpartum.</p> <p>Evidence: Direct evidence demonstrates no harmful effect of POCs on breastfeeding performance (61–109) and generally demonstrates no harmful effects on infant growth, health or development (74, 76, 89, 99); however, these studies have been inadequately designed to determine whether a risk of long-term effects exists. Animal data suggest an effect of progesterone on the developing brain; whether similar effects occur following progestogen exposure in humans is unclear (110–112).</p>
b) ≥ 6 weeks to < 6 months postpartum (primarily breastfeeding)	1	1	1	
c) ≥ 6 months postpartum	1	1	1	
POSTPARTUM (NON-BREASTFEEDING WOMEN)				
a) < 21 days	1	1	1	
b) ≥ 21 days	1	1	1	

Fuente: Medical Eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2015. Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158> and [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf\\_NBK321151.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf)

Se podría insertar un **DIU**, hormonal o de cobre, en el postparto inmediato después de la expulsión de la placenta, tanto sea lactante o no. Sino ya habría que esperar a las 4 semanas postparto, durante ese periodo sería categoría 3. En el caso de sepsis puerperal sería categoría 4.

### ■ CONSEJO ANTICONCEPTIVO Y COVID

Se ha visto necesario incorporar un apartado en la Guía sobre el Consejo anticonceptivo y COVID, tanto las consideraciones en mujeres con la enfermedad, como con la administración de las vacunas.

La atención a la Salud sexual y reproductiva se ha visto muy afectada por la situación de alarma sanitaria y confinamiento por la pandemia del COVID-19. El acceso a las consultas de planificación Familiar, de Atención primaria y de Ginecología, quedó paralizado ante la necesidad de movilizar al personal sanitario a tareas relacionadas con la pandemia, y ante la recomendación de diferir las consultas presenciales no urgentes y respetar el confinamiento para proteger la salud de los usuarios. Esta situación ha conllevado resultados adversos para la población a corto, medio plazo y largo, como aumento de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y abortos.

La Sociedad Española de Contracepción elaboró un documento de recomendaciones para garantizar la atención conforme a las exigencias que se requirieron durante el periodo de mayor confinamiento.

Espaciar las visitas, garantizar las medidas de distanciamiento social en las salas de espera, así como extremar las medidas de higiene en las consultas entre paciente y paciente fueron prioritarias.

Se consideraron motivos no diferibles/demorables de consulta la atención a las demandas de IVE, síntomas que hacen sospechar de la presencia de una ITS, el cese de la anticoncepción por deseo gestacional, y las demandas de anticoncepción de urgencia y en algún caso la atención anticonceptiva en mujeres sometidas a violencia de género.

Y si se consideraron motivos diferibles/demorables de consulta, y se recomienda establecer consultas online (telefónicas o video llamadas), incluso mediante correo electrónico, en los siguientes supuestos:

- Asesoramiento anticonceptivo.
- Prescripción de métodos anticonceptivos.
- Retirada y recambio de métodos de larga duración reversible (LARC), siempre y cuando no existan síntomas de infección en el caso concreto de los DIUs.
- Asesoramiento a mujeres que desean abandonar el método anticonceptivo actual para buscar embarazo.

Aun reconociendo las limitaciones que puede conllevar una consulta no presencial, en el caso de la anticoncepción nos puede permitir responder en parte a las necesidades de las usuarias. Se recomienda reflejar en la historia clínica que se ha realizado la consulta online debido a la situación de alarma sanitaria y que la usuaria lo entiende y lo acepta.

Si la usuaria desea iniciar un método LARC o el inyectable de AMPD, se recomendará diferir el inicio del método dado que precisa de un profesional para su inserción-administración y se recomendará un “método puente” durante el tiempo que dure el confinamiento.

Dentro de estos, el método de 1ª elección sería la píldora de solo gestágenos. Como 2ª elección, la AHC una vez realizada (telemáticamente) la anamnesis y teniendo en cuenta los CME de la OMS, o la Anticoncepción de barrera, insistiendo en su uso correcto y consistente. En los métodos hormonales convendría hacer promoción del uso del doble método.

Y ya en usuarias, si son **métodos hormonales de corta duración**, se recomienda actualizar la anamnesis y en caso de no haber nada reseñable, facilitar la prescripción del método anticonceptivo actual utilizando los sistemas de prescripción electrónica.

En mujeres que están utilizando el Inyectable de AMPD, se recomendará cambio a píldora sólo gestágenos para evitar la consulta presencial salvo en caso de problemas de adherencia o absorción, dado que los criterios de elegibilidad son superponibles. Se tendrá en cuenta que el uso de inductores enzimáticos puede disminuir la eficacia de la POP, que no ocurría con el inyectable, y pudiera ser la razón por la que lo estaba utilizando. No se requiere anticoncepción adicional si la POP se inicia hasta 14 semanas después de la última inyección de AMPD.

En las mujeres que tienen un **implante subcutáneo** y necesitan un recambio o retirada, es importante recordar e informar de que existe evidencia limitada que sugiere que el riesgo de embarazo con el uso extendido más allá del tiempo recomendado en ficha técnica (en el 4º año de uso) es muy bajo. Aun así, se debe explicar a la usuaria que la eficacia anticonceptiva no puede garantizarse, pero probablemente es adecuada. Se puede recomendar el uso de doble método o de la píldora de sólo gestágenos si no existen contraindicaciones para su uso ni problemas de absorción o adherencia hasta el momento de la cita presencial. Más allá del 4º año de uso debe recomendarse uso de POP. Los únicos motivos para concertar una cita presencial para extraer el implante en este momento de confinamiento por la alarma sanitaria son el deseo de gestación y los efectos adversos graves.

Con el **DIU de LNG de mayor carga**, hay que tener en cuenta que existe evidencia limitada que sugiere que el riesgo de embarazo con el uso extendido más allá del tiempo recomendado en ficha técnica (en el 6º año de uso) es muy bajo, por lo que se puede retrasar el recambio del DIU para evitar la cita presencial. Aun así, se debe explicar a la usuaria que la eficacia anticonceptiva no puede garantizarse, pero probablemente es adecuada y se puede recomendar el uso del doble método o de la píldora de sólo gestágenos si no existen contraindicaciones para su uso ni problemas de absorción o adherencia hasta el momento de la cita presencial o el uso de preservativo. Por encima del 6º año de uso se debe recomendar la de píldora de sólo gestágenos hasta la cita presencial. Cuando se ha insertado en mujeres mayores de 45 años con fines anticonceptivos se puede mantener hasta los 55 años. Los únicos motivos para concertar una cita presencial para extraer el DIU son el deseo de gestación, los efectos secundarios graves y los signos de sospecha de infección.

Con los otros **DIUs hormonales de menor carga**, se puede recomendar utilizar píldora de solo gestágenos o preservativo a partir de la fecha de caducidad del DIU. Los únicos motivos para concertar una cita presencial para extraer el DIU en este momento de confinamiento por la alarma sanitaria son el deseo de gestación, los efectos secundarios graves y los signos de sospecha de infección.

En el caso del **DIU de cobre** cuando se ha insertado en mujeres por encima de los 40 años se mantiene la recomendación de retirarlo 1-2 años después de la menopausia. En mujeres menores de 40 años se recomienda el uso de POP o preservativo en el momento que se alcance la fecha de caducidad (5 o 10 años) hasta la cita presencial. Los únicos motivos para concertar una cita presencial para extraer el DIU son el deseo de gestación, los efectos secundarios graves y los signos de sospecha de infección.

Pero además de todo lo anterior, hay que tener en cuenta los posibles efectos adversos del uso de anticonceptivos en mujeres que desarrollan la enfermedad.

Por el posible incremento de riesgo tromboembólico por el COVID19, la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia, en consenso con la Sociedad Española de Ginecología y la Asociación Española de Estudio de la Menopausia, recomienda, que las mujeres usuarias de anticoncepción hormonal con síntomas leves de covid podrían continuar con la misma pauta o cambiar a una píldora de solo gestágeno si existiera otro factor de riesgo trombótico. Pero en el caso de las que tenían sintomatología respiratoria y/o neumonía en control domiciliario, se debería retirar la AHC y pautar heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas, y en el caso de que la mujer necesitara un anticonceptivo hormonal se debería indicar la píldora de solo gestágenos además de continuar con la heparina. Si las mujeres tomaran ASGH oral continuarían con esa pauta.

En el artículo de Lete, I y col. sobre este aspecto, se recoge que existe evidencia, conocida desde hace mucho tiempo, del papel que juegan los estrógenos en la respuesta inmune, lo que, junto con otros factores asociados al estilo de vida y al comportamiento, explica que las mujeres tengan una menor tasa de infección por SARS-CoV-2 y, sobre todo, tienen síntomas menos severos y una menor tasa de letalidad por COVID-19.

Los autores no encontraron evidencia de un posible aumento del riesgo de TEV en las usuarias de AHC que padecen COVID-19. Los mecanismos por los cuales ocurre la TEV en los usuarios de AHC parecen ser diferentes de los mecanismos por los cuales ocurre la TEV en los pacientes con COVID-19. No hay datos publicados sobre el posible efecto sumativo de los dos factores de riesgo.

Las recomendaciones hechas para continuar el uso, abandono o cambio de método anticonceptivo en mujeres con COVID-19 o en riesgo de ser infectadas por SARS-CoV-2 reflejan las opiniones de grupos de expertos, pero no se basan en trabajos científicos diseñados para tal fin. Los autores identificaron un estudio retrospectivo en el que se observó que las mujeres que usaban AHC por vía oral estaban menos infectadas con SARS-CoV-2 que aquellas que no lo usaban.

Existen algunas pruebas del papel terapéutico del estradiol en las etapas más graves de la enfermedad, pero no se ha explorado la posibilidad de seguir utilizando AHC con dosis bajas de etinilestradiol no oral o con 17 beta estradiol por vía oral. Concluyen que se necesitan estudios clínicos para analizar la seguridad del TEV de las preparaciones de etinilestradiol no orales en dosis bajas o las preparaciones de estradiol en pacientes con COVID-19.

Y como recomendación final es que podemos seguir prescribiendo y utilizando métodos hormonales con EE.

Y ya con respecto a las vacunas contra el COVID se han reportado en Europa y en Estados Unidos algunos casos de trombosis posterior a la vacunación con vacunas de ARN en vectores de adenovirus como la de Astra Zeneca y la de Janssen. Estos casos, si bien se observaron en mujeres jóvenes, fueron extremadamente infrecuentes, 7 casos por millón de dosis administradas en mujeres de 18 a 49 años y menos de 1 caso por millón de dosis en menores de 50 años, y hasta ahora no se los asoció con ningún factor predisponente.

Asimismo, los investigadores observaron que la trombosis en estos casos se relacionó con un raro Síndrome de trombosis con trombocitopenia (STT), posiblemente por un mecanismo autoinmune desencadenado por la vacuna que induce la formación anticuerpos que activan las plaquetas y la consiguiente formación de coágulos.

Todos los organismos internacionales y nacionales concluyen que, según los datos científicos con los que contamos actualmente, **no debe suspenderse la toma de anticoncepción hormonal ni antes ni después de vacunarse con cualquiera de las vacunas contra COVID.**

## ■ CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES CON ENDOCRINOPATÍAS

Las patologías que vamos a abordar son diabetes mellitus, enfermedades tiroideas, las hiperprolactinemias, enfermedades hipofisarias y suprarrenales.

El consejo anticonceptivo en la **mujer diabética** tiene una importancia trascendental por la morbilidad materno-fetal que tiene un embarazo en estas mujeres, que siempre debería ser planificado.

El efecto de la AHC sobre el metabolismo hidrocarbonado, en el caso del estrógeno se produce sobre todo con preparados de 50 mcrg de EE o más que disminuyen la tolerancia a la glucosa. El gestágeno, dependiendo de su androgenicidad, actúa como antiinsulínico, aumentando la resistencia periférica a la acción de la insulina, reduciendo la utilización de glucosa a nivel del tejido muscular y adiposo.

Pero con los preparados actuales de dosis bajas de EE y con gestágenos de 2ª y 3ª generación, el efecto es prácticamente inexistente. Además, se ha visto que la incidencia de retinopatía, nefropatía y ACV es similar en mujeres diabéticas usuarias de AHC o no.

Los AHSG no inducen cambios significativos en la glucemia plasmática, hemoglobina glicosilada, requerimientos de insulina o ácidos grasos libres. Solo el AMPD ofrece un peor perfil lipídico en mujeres diabéticas, y en el caso de que tengan afectación vascular o más de 20 años de evolución de la diabetes podría haber efecto hipoestrogénico y disminución del HDL colesterol. El implante, al mantener los niveles de gestágeno constantes en sangre, disminuye los potenciales cambios metabólicos que se puedan producir, y no altera ni el perfil lipídico ni los niveles de glucemia.

Por supuesto, también conviene recordar que estos efectos sobre el metabolismo hidrocarbonado, no tienen consecuencias clínicas en las mujeres sanas. No hay incremento de diabetes en usuarias de AHC de baja dosis ni en usuarias nuevas ni con uso a largo plazo.

Tradicionalmente, a pesar de no existir evidencia científica que lo respaldara, no se indicaba anticoncepción hormonal por la influencia antes mencionada, que pudiera tener sobre el metabolismo de la glucosa y de los lípidos, y por el riesgo cardiovascular que ya tienen estas mujeres.

Ahora sabemos que hay que hacer un consejo individualizado, teniendo en cuenta que haya o no afectaciones micro o macrovasculares y otros factores de riesgo añadido como el tabaquismo y la hipertensión arterial, o que hubieran transcurrido más de 20 años desde el inicio de la enfermedad. Si estas situaciones estuvieran presentes la AHC sería categoría 3/4 y categoría 3 para el inyectable AMPD. En cuanto a la anticoncepción intrauterina no existe ninguna contraindicación.

En cuanto a la **diabetes gestacional**, hay que recordar que los AHC no aumentan el riesgo de desarrollar una diabetes en el futuro.

La **patología tiroidea** es el trastorno endocrinológico más frecuente en las mujeres en edad fértil, el bocio simple, el hiper y el hipotiroidismo.

Los estrógenos de la AHC sobre el tiroides producen un aumento de la proteína transportadora de hormonas tiroideas, con el consiguiente aumento de hasta un 25-30% de la cifra de T4 y T3 unida a globulinas, pero sin aumento de los valores de T4 libre ni de TSH. Esto es importante recordarlo en los controles en mujeres con estas patologías que utilizan estos anticonceptivos.

En el **Bocio** se ha encontrado una marcada reducción de su prevalencia en usuarias de AHC.

En el **Hipertiroidismo** descompensado habría que esperar para indicar AH, y además ser recomienda medir niveles de hormonas tiroideas a las 6-8 semanas de inicio del tratamiento anticonceptivo.

En el **Hipotiroidismo**, también habría que hacer esos controles de hormonas tiroideas, ya que al aumentar las concentraciones de T4 unida a globulina, pudiera disminuir su efecto terapéutico y aumentar las necesidades de hormonas tiroideas, necesitando aumentarse la dosis de levotiroxina.

Si la patología tiroidea está bien controlada, estas mujeres pueden utilizar cualquier anticonceptivo hormonal e intrauterino.

En la **Hiperprolactinemia**, se sabe que los estrógenos de la AHC elevan los niveles de prolactina, y aumentan el número y tamaño de las células lactotropas, independientemente de la dosis, y que puede persistir hasta 6 meses de suspender la toma. Dicho esto, hay que decir que no está justificada la suspensión de los anticonceptivos, ni son ninguna contraindicación para la AH. Los AHSG no tienen efecto sobre la secreción de prolactina.

Las mujeres con micro/macro **Prolactinomas** pueden tomar AH sin riesgo de que estos crezcan. Incluso hay que mencionar, que algunos síntomas de la hiperprolactinemia, como

amenorrea, oligomenorrea, hirsutismo..., mejorarían mucho con los AHC. No existe riesgo de desarrollar adenomas hipofisarios por el efecto de los esteroides anticonceptivos.

En la **Acromegalia** y el **Gigantismo** se desaconseja la AH por el estado protrombótico, por la HTA de difícil control y por el estado hiperglucemiante y dislipemia aterógena.

En las **Enfermedades suprarrenales**, hay que tener en cuenta el efecto de la AH sobre la proteína transportadora de cortisol, sobre las concentraciones plasmáticas del mismo. Pero también que no modifica el cortisol libre ni urinario, ni el funcionamiento del eje córtico suprarrenal-hipofisario.

En el **Síndrome de Cushing**, el embarazo es poco frecuente, ya que por inhibición de la secreción de gonadotropinas hay infertilidad, además de amenorrea y oligomenorrea. Pero en el caso de que se produzca un embarazo, la morbilidad materna sería muy alta. Con respecto a la AH, si la enfermedad está activa, se desaconsejaría su uso por el estado protrombótico, la HTA de difícil control, la hipopotasemia refractaria, el estado hiperglucemiante y la dislipemia aterógena.

En el **Feocromocitoma/Paraganglioma**, hay un riesgo alto de tromboembolismo de crisis hipertensivas, por lo que se desaconsejan los AH.

En la **Insuficiencia suprarrenal**, se pueden usar los AH sin restricción y sin tener que aumentar su dosis de glucocorticoides. Lo que sí habría que evitar gestágenos con efecto antimineralocorticoide para evitar hipotensión e hiperpotasemia.

**Figura 4**

COMBINED HORMONAL CONTRACEPTIVES (CHCs)					
CHCs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.					
CONDITION	CATEGORY				CLARIFICATIONS/EVIDENCE
	I = initiation, C = continuation				
	COC	P	CVR	CIC	
† recommendations reviewed for the MEC 5 <sup>th</sup> edition, further details after this table * additional comments after this table	COC = combined oral contraceptive P = combined contraceptive patch CVR = combined contraceptive vaginal ring CIC = combined injectable contraceptive				
ENDOCRINE CONDITIONS					
DIABETES					
a) History of gestational disease	1	1	1	1	Evidence: The development of non-insulin-dependent diabetes in women with a history of gestational diabetes is not increased by the use of COCs (412–419). Likewise, lipid levels appear to be unaffected by COC use (420–422).
b) Non-vascular disease					Evidence: Among women with insulin- or non-insulin-dependent diabetes, COC use had limited effect on daily insulin requirements and no effect on long-term diabetes control (e.g. haemoglobin A1c levels) or progression to retinopathy. Changes in lipid profile and haemostatic markers were limited, and most changes remained within normal values (419, 422–430).
i) non-insulin dependent	2	2	2	2	
ii) insulin dependent	2	2	2	2	
c) Nephropathy/retinopathy/neuropathy	3/4	3/4	3/4	3/4	Clarification: The category should be assessed according to the severity of the condition.
d) Other vascular disease or diabetes of > 20 years' duration	3/4	3/4	3/4	3/4	Clarification: The category should be assessed according to the severity of the condition.

**Figura 4 (continuación)**

Figura 4 (continuación)				
THYROID DISORDERS				
a) Simple goitre	1	1	1	1
b) Hyperthyroid	1	1	1	1
c) Hypothyroid	1	1	1	1
<b>PROGESTOGEN-ONLY CONTRACEPTIVES (POCs)</b>				
POCs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.				
CONDITION	CATEGORY			CLARIFICATIONS/EVIDENCE
	I = initiation, C = continuation			
	POP	DMPA/ NET-EN	LNG/ETG	
† recommendations reviewed for the MEC 5th edition, further details after this table * additional comments after this table	POP = progestogen-only pill LNG/ETG = levonorgestrel and etonogestrel (implants) DMPA = depot medroxyprogesterone acetate (injectable) NET-EN = norethisterone enanthate (injectable)			
<b>ENDOCRINE CONDITIONS</b>				
DIABETES*				
a) History of gestational disease	1	1	1	<b>Evidence:</b> POCs had no adverse effects on serum lipid levels in women with a history of gestational diabetes in 2 small studies (209, 210). There is only limited and inconsistent evidence regarding the development of non-insulin-dependent diabetes among users of POCs with a history of gestational diabetes (211–214).
b) Non-vascular disease				
i) non-insulin dependent	2	2	2	<b>Evidence:</b> Among women with insulin- or non-insulin-dependent diabetes, limited evidence on the use of progestogen-only methods (POPs, DMPA injectable, LNG implant) suggests that these methods have little effect on short-term or long-term diabetes control (e.g. HbA1c levels), haemostatic markers or lipid profile (215–218).
ii) insulin dependent	2	2	2	
c) Nephropathy/retinopathy/ neuropathy	2	3	2	
d) Other vascular disease or diabetes of > 20 years' duration	2	3	2	
THYROID DISORDERS				
a) Simple goitre	1	1	1	
b) Hyperthyroid	1	1	1	
c) Hypothyroid	1	1	1	

**Figura 4 (continuación)**

INTRAUTERINE DEVICES (IUDs)			
IUDs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.			
CONDITION	CATEGORY		CLARIFICATIONS/EVIDENCE
	I = initiation, C = continuation		
	Cu-IUD	LNG-IUD	
† recommendations reviewed for the MEC 5th edition, further details after this table * additional comments after this table	Cu-IUD = copper-bearing IUD LNG-IUD = levonorgestrel-releasing IUD (20 µg/24 hours)		
ENDOCRINE CONDITIONS			
<b>DIABETES</b>			
a) History of gestational disease	1	1	<b>Evidence:</b> Limited evidence on the use of the LNG-IUD among women with insulin- or non-insulin-dependent diabetes suggests that these methods have little effect on short-term or long-term diabetes control (e.g. HbA1c levels), haemostatic markers or lipid profile (130, 131).
b) Non-vascular disease			
i) non-insulin-dependent	1	2	
ii) insulin-dependent	1	2	
c) Nephropathy/retinopathy/neuropathy	1	2	
d) Other vascular disease or diabetes of > 20 years' duration	1	2	
<b>THYROID DISORDERS</b>			
a) Simple goitre	1	1	
b) Hyperthyroid	1	1	
c) Hypothyroid	1	1	

Fuente: Medical Eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2015. Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158> and [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf\\_NBK321151.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf)

## ■ CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES CON HIPERANDROGENISMO

El hiperandrogenismo es un término acuñado para describir aquellas situaciones en las que las acciones biológicas de los andrógenos están aumentadas en una mujer. Sus manifestaciones clínicas incluyen el hirsutismo, la seborrea, el acné y la alopecia, así como alteraciones menstruales y esterilidad, y todas ellas se podrían englobar en el llamado Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP).

Habría que sospechar esta patología de SOP en mujeres adultas con ciclos menstruales de más de 35 días, y en adolescentes si más de 45 días tras 1 año de la menarquía y antes de los 3 años de la misma, aunque en adolescentes es una sospecha que habría que esperar unos 8 años desde menarquía para su diagnóstico.

El SOP forma parte de un síndrome multiorgánico que puede afectar la salud de la mujer a largo plazo. En él se dan una serie de factores de riesgo cardiovascular cuando está acompañado de síndrome metabólico. También de Cáncer de endometrio, por lo que se deberían evitar en estas mujeres unas amenorreas prolongadas. Además del impacto psicológico, sobre todo en mujeres jóvenes que su sintomatología conlleva, además de económico para intentar mejorarla. Por lo que su abordaje siempre debería siempre multidisciplinar.

Si la mujer no tiene deseo genésico, y no tiene FRCV, la **AHC** le mejoraría los síntomas de hirsutismo, acné y seborrea, también le regularía sus ciclos menstruales. Los preparados orales que llevan **estrógenos naturales** con un gestágeno diferente cada uno (Acetato de Nomegestrol y Dienogest), pero con acción antiandrogénica ambos, serían una opción idónea ya que producirían menos alteraciones del metabolismo lipídico, de los hidratos de carbono y de la hemostasia, muy importante en mujeres con SOP y síndrome metabólico. Dentro del resto de preparados con Etinilestradiol, que sería preferible que fueran de la menor dosis posible, se deberían indicar los que tienen un **gestágeno con mayor acción antiandrogénica**, que son los que llevan Acetato de Clormadinona, Dienogest y Drospirenona. Aquí es importante recordar que el Acetato de Ciproterona desde hace ya muchos años no tiene indicación anticonceptiva, solo se debería indicar en las consultas de endocrinología o dermatología en casos severos de hirsutismo y/o acné que no responden a tratamientos tópicos y antibioterapia, y por un tiempo muy limitado.

El mecanismo de acción de los AHC con gestágenos antiandrogénicos es la disminución de los marcadores bioquímicos de hiperandrogenismo, al disminuir la secreción ovárica y adrenal de andrógenos, la estimulación de la producción hepática de SHBG, la inhibición competitiva en el receptor androgénico, la inhibición de la enzima 5 alfa-reductasa tipo 1 y la reducción del número de receptores de andrógenos.

Además, tienen otros beneficios no anticonceptivos, como el control del ciclo, la disminución de la pérdida sanguínea, protección del endometrio de la hiperplasia y el cáncer, así como proporcionar una anticoncepción eficaz durante el tratamiento con antiandrógenos teratógenos usados habitualmente en estas mujeres.

Pero también tenemos que tener ciertas precauciones dado que pueden aumentar la intolerancia a la glucosa, el riesgo metabólico y cardiovascular, que ya tienen estas mujeres que ya tienen estas mujeres. Aunque hay varias revisiones sistémicas que no han encontrado un mayor metabólico en mujeres con SOP usuarias de AHC que las que tomaban metformina.

En estas mujeres habría que ser muy exhaustivos en las revisiones anticonceptivos, con tomas en cada visita de TA e IMC, así como analíticas de perfil lipídico al menos cada 2 años. Además de promoción de hábitos de vida saludable, medidas dermocosméticas y apoyo psicológico si fuera necesario.

## ■ **CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES CON PATOLOGÍA GENITAL Y MAMARIA BENIGNA**

Deberíamos tener en cuenta si hay algún método que no pudiéramos utilizar y además si la patología se puede ver empeorada, o en algunos casos pudiera incluso verse mejorada con el uso del anticonceptivo.

## PATOLOGÍA GENITAL BENIGNA

Las situaciones más prevalentes que vamos a abordar, serían la dismenorrea, la endometriosis, adenomiosis, miomas uterinos, hiperplasia endometrial, sangrado menstrual abundante y masas anexiales benignas.

En la mayoría de ellas el diagnóstico y abordaje terapéutico corresponde a ginecología, pero en muchos casos el seguimiento o la indicación del anticonceptivo corresponde a los profesionales de atención primaria, por lo que consideramos importante saber qué opciones tenemos en cada una de esas mujeres.

La **dismenorrea primaria** tiene una altísima prevalencia, sobre todo en mujeres más jóvenes, y cuando es severa, con un gran impacto en el bienestar general, las relaciones interpersonales y el rendimiento laboral. Los anticonceptivos hormonales representan la primera línea de tratamiento cuando la mujer no tiene deseo genésico, ya que, al reducir la liberación de prostaglandinas, disminuyen la contractilidad uterina.

No hay evidencia que las diferentes dosis estrogénicas de los preparados hormonales combinados que tenemos, tengan un beneficio diferente sobre el dolor menstrual. Lo que sí se ha demostrado, que en mujeres con dismenorrea severa que no consiguen mejorar su dismenorrea lo suficiente con el anticonceptivo, la pauta prolongada o continua, con ausencia de sangrado por deprivación, sí que les podría suponer un alivio importante.

No hay evidencia de primera elección entre AHC y AHSG, salvo a favor de éstos últimos en el dolor severo asociado a endometriosis.

En la **Endometriosis**, los anticonceptivos hormonales, sobre todo los combinados, podrían ser una opción de tratamiento médico para evitar recidivas de los endometriomas, sobre todo ováricos, haya habido o no cirugía previa, al crear un estado de pseudogestación.

Todos los tratamientos que produzcan amenorrea, supresión de la ovulación, disminución de la frecuencia o cantidad de la menstruación, van a mejorar de forma significativa el dolor asociado a la enfermedad, que reaparecería al cesar los tratamientos.

Los AHC reducen la dispareunia, dismenorrea y dolor pélvico no cíclico asociado a la enfermedad. Recordar que la pauta continua sería una buena opción. Los AHSG también reducen el dolor pélvico secundario a la endometriosis. Todo esto se asociaría a una mejora de la calidad de vida de estas mujeres.

En la **Adenomiosis**, la AH mejoraría la dismenorrea y el sangrado uterino abundante que se asocian a la enfermedad. De forma más significativa en el caso del DIU de LNG, al producir una atrofia endometrial y una acción local sobre la misma. Los AHC también al producir decidualización endometrial y la correspondiente atrofia

En los **Miomas uterinos**, los AH son a menudo, la primera línea de tratamiento en el sangrado uterino anómalo/muy abundante asociado a los miomas, situación que provoca mucho disconfort a las mujeres que lo padecen. El DIU de LNG lo reduce de manera más significativa en comparación con los AHC, y por supuesto, que el DIU de cobre, aumentando así los niveles de Hb, Hcto y Ferritina, que suele ser bajo en estas mujeres.

En la **Hiperplasia endometrial**, los DIUs al tener un efecto protector sobre el endometrio la mejorarían. Se ha visto que el DIU de LNG produce la regresión de la misma, en la gran mayoría de las mujeres, tengan o no atipias, lo que supondría una alternativa segura y costo-efectiva a la histerectomía. El DIU de cobre provoca cambios estructurales endometriales y altera la sensibilidad a las hormonas circulantes, aunque no sería tan eficaz que el hormonal.

En el **Sangrado menstrual abundante**, cualquier AH lo mejoraría. En el caso de la AHC, algunos estudios han encontrado una mayor reducción del sangrado con preparados orales con Valerato de Estradiol y Dienogest. El AMPD inyectable al producir amenorrea sería una buena opción, así como el implante. Pero el DIU de LNG sería la opción más efectiva.

En las **Masas anexiales benignas**, los AHC, aunque se utilizan ampliamente, parecen no tener beneficios en el tratamiento de los quistes ováricos funcionales, sin que produzcan una resolución más temprana de los mismos, ya que, además, la mayoría se resuelven espontáneamente. Lo que sí es cierto, es que podrían desempeñar un papel en la reducción de los síntomas asociados, como la dismenorrea o las alteraciones del ciclo menstrual, que los quistes a veces generan.

## PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA

Aquí se incluirían las anomalías del desarrollo (forma, número y tamaño), los trastornos funcionales (mastodinia, mastalgia, galactorrea), los procesos inflamatorios (mastitis, galactoforitis), los pseudotumorales (ectasia ductal, necrosis grasa, quistes), las lesiones proliferativas (displasias, hiperplasias, ginecomastia) y los tumores benignos (fibroadenomas, papilares, tumor Phyllodes).

Se ha visto que al aumentar el tiempo de uso de los AHC orales, se produce una disminución de los fibroadenomas y quistes, más en nuevas usuarias, y además este efecto protector se ve especialmente en las lesiones sin atipias. Esto no se ha observado con las píldoras de solo gestágenos.

Analizando los CME, para la **AHC** no nos encontramos ningún criterio de exclusión en ninguna de estas patologías.

Figura 5

COMBINED HORMONAL CONTRACEPTIVES (CHCs)					
CHCs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.					
CONDITION	CATEGORY				CLARIFICATIONS/EVIDENCE
	I = initiation, C = continuation				
	COC	P	CVR	CIC	
† recommendations reviewed for the MEC 5 <sup>th</sup> edition, further details after this table * additional comments after this table	COC = combined oral contraceptive P = combined contraceptive patch CVR = combined contraceptive vaginal ring CIC = combined injectable contraceptive				
ENDOMETRIOSIS	1	1	1	1	Evidence: A Cochrane review identified 1 randomized controlled trial evaluating the effectiveness of COC use compared with a gonadotropin-releasing hormone (GnRH) analogue in treating the symptoms of endometriosis. Women with endometriosis did not report worsening of the condition or any adverse events related to COC use (258).
BENIGN OVARIAN TUMOURS (INCLUDING CYSTS)	1	1	1	1	
SEVERE DYSMENORRHOEA	1	1	1	1	Evidence: There was no increased risk of side-effects with COC use among women with dysmenorrhoea compared with women not using COCs. Some COC users had a reduction in pain and bleeding (259, 260).

**Figura 5 (continuación)**

REPRODUCTIVE TRACT INFECTIONS AND DISORDERS					
<b>VAGINAL BLEEDING PATTERNS*</b>					
a) Irregular pattern without heavy bleeding	1	1	1	1	<p><b>Clarification:</b> Unusually heavy bleeding should raise the suspicion of a serious underlying condition.</p> <p><b>Evidence:</b> A Cochrane Collaboration review identified 1 randomized controlled trial evaluating the effectiveness of COC use compared with naproxen and danazol in treating menorrhagic women. Women with menorrhagia did not report worsening of the condition or any adverse events related to COC use (257).</p>
b) Heavy or prolonged bleeding (includes regular and irregular patterns)	1	1	1	1	
<b>UNEXPLAINED VAGINAL BLEEDING* (suspicious for serious condition)</b>					
a) Before evaluation	2	2	2	2	<p><b>Clarification:</b> If pregnancy or an underlying pathological condition (such as pelvic malignancy) is suspected, it must be evaluated and the category adjusted after evaluation.</p>
<b>UTERINE FIBROIDS*</b>					
a) Without distortion of the uterine cavity	1	1	1	1	
b) With distortion of the uterine cavity	1	1	1	1	
<b>BREAST DISEASE*</b>					
a) Undiagnosed mass	2	2	2	2	<p><b>Clarification:</b> Evaluation should be pursued as early as possible.</p>
b) Benign breast disease	1	1	1	1	
c) Family history of cancer	1	1	1	1	<p><b>Evidence:</b> Women with breast cancer susceptibility genes (such as <i>BRCA1</i> and <i>BRCA2</i>) have a higher baseline risk of breast cancer than women without these genes. The baseline risk of breast cancer is also higher among women with a family history of breast cancer than among those who do not have such a history. Current evidence, however, does not suggest that the increased risk of breast cancer among women with either a family history of breast cancer or breast cancer susceptibility genes is modified by the use of combined oral contraceptives (175, 271–293).</p>
d) Breast cancer					
i) current	4	4	4	4	
ii) past and no evidence of current disease for 5 years	3	3	3	3	

Fuente: Medical Eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2015. Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158> and [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf\\_NBK321151.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf)

En la **AHSG** nos encontramos solo una categoría 3, para el inyectable y el implante en mujeres con sangrado vaginal no filiado hasta su diagnóstico.

**Figura 6**

PROGESTOGEN-ONLY CONTRACEPTIVES (POCs)				
POCs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.				
CONDITION	CATEGORY I = initiation, C = continuation			CLARIFICATIONS/EVIDENCE
	POP	DMPA/ NET-EN	LNG/ETG	
† recommendations reviewed for the MEC 5th edition, further details after this table * additional comments after this table	POP = progestogen-only pill LNG/ETG = levonorgestrel and etonogestrel (implants) DMPA = depot medroxyprogesterone acetate (injectable) NET-EN = norethisterone enanthate (injectable)			
REPRODUCTIVE TRACT INFECTIONS AND DISORDERS				
VAGINAL BLEEDING PATTERNS*				
a) Irregular pattern without heavy bleeding	2	2	2	
b) Heavy or prolonged bleeding (includes regular and irregular patterns)	2	2	2	Clarification: Unusually heavy bleeding should raise the suspicion of a serious underlying condition.
UNEXPLAINED VAGINAL BLEEDING* (suspicious for serious condition)				
Before evaluation	2	→ 3	→ 3	Clarification: If pregnancy or an underlying pathological condition (such as pelvic malignancy) is suspected, it must be evaluated and the category adjusted after evaluation.
ENDOMETRIOSIS	1	1	1	
BENIGN OVARIAN TUMOURS (including cysts)	1	1	1	
SEVERE DYSMENORRHOEA	1	1	1	
BREAST DISEASE*				
a) Undiagnosed mass	2	2	2	Clarification: Evaluation should be pursued as early as possible.
b) Benign breast disease	1	1	1	
c) Family history of cancer	1	1	1	
UTERINE FIBROIDS*				
a) Without distortion of the uterine cavity	1	1	1	
b) With distortion of the uterine cavity	1	1	1	

Fuente: Medical Eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2015. Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158> and [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf\\_NBK321151.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf)

En el caso de los **DIUs** sí que nos encontramos alguna categoría 4 para la inserción, en mujeres con sangrado vaginal de etiología desconocida hasta su diagnóstico, y en anomalías anatómicas uterinas que distorsionan la cavidad. Esto sería tanto para el hormonal como para el de cobre.

**Figura 7**

INTRAUTERINE DEVICES (IUDs)				
IUDs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.				
CONDITION	CATEGORY		CLARIFICATIONS/EVIDENCE	
	I = initiation, C = continuation			
	Cu-IUD	LNG-IUD		
† recommendations reviewed for the MEC 5th edition, further details after this table * additional comments after this table	Cu-IUD = copper-bearing IUD LNG-IUD = levonorgestrel-releasing IUD (20 µg/24 hours)			
REPRODUCTIVE TRACT INFECTIONS AND DISORDERS				
VAGINAL BLEEDING PATTERNS		I	C	
a) Irregular pattern without heavy bleeding	1	1	1	
b) Heavy or prolonged bleeding (includes regular and irregular patterns)	2 →	1	2	Clarification: Unusually heavy bleeding should raise the suspicion of a serious underlying condition.  Evidence: Evidence from studies examining the treatment effects of the LNG-IUD among women with heavy or prolonged bleeding reported no increase in adverse effects and found the LNG-IUD to be beneficial in the treatment of menorrhagia (74–81).
UNEXPLAINED VAGINAL BLEEDING (suspicious for serious condition)	I	C	I	C
Before evaluation	4	2	4	2
ENDOMETRIOSIS	2		1	
EVIDENCE: LNG-IUD use among women with endometriosis decreased dysmenorrhoea, pelvic pain and dyspareunia (82–86).				
BENIGN OVARIAN TUMOURS (including cysts)	1		1	
SEVERE DYSMENORRHOEA*	2		1	
UTERINE FIBROIDS*				
a) Without distortion of the uterine cavity	1		1	
b) With distortion of the uterine cavity	→ 4	→ 4	Evidence: Among women with fibroids, there were no adverse health events with LNG-IUD use, and there was a decrease in symptoms and size of fibroids for some women (91–97).	

Figura 7 (continuación)

Figura 7 (continuación)			
<b>ANATOMICAL ABNORMALITIES*</b>			
a) Distorted uterine cavity (any congenital or acquired uterine abnormality distorting the uterine cavity in a manner that is incompatible with IUD insertion)	4	4	
b) Other abnormalities (including cervical stenosis or cervical lacerations) not distorting the uterine cavity or interfering with IUD insertion	2	2	
<b>BREAST DISEASE*</b>			
a) Undiagnosed mass	1	2	
b) Benign breast disease	1	1	
c) Family history of cancer	1	1	
d) Breast cancer			
i) current	1	4	
ii) past and no evidence of current disease for 5 years	1	3	
Fuente: Medical Eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2015. Available in: <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158">https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158</a> and <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/pdf/Bookshelf_NBK321151.pdf</a>			

## ■ CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA

En pacientes con EII (enfermedad inflamatoria intestinal) y que estén en tratamiento farmacológico, sobre todo si se trata de metotrexate precisan de tratamiento con AHC (CME 2) durante el tratamiento y mantener durante 6 meses más después de abandonarlo.

Además, siguiendo los criterios médicos de elegibilidad:

Mujeres con cirrosis leve, hepatitis viral (portadora o crónica) y enfermedad hepática grave (incluso ictericia) se recomienda el uso de AHC (nivel de recomendación categoría 2)

Ante una exacerbación de una hepatitis, se consideraría categoría 3 según CME salvo que estuviera en tratamiento con AHC previo a dicha complicación que en ese caso se podría mantener tratamiento.

Ante tumor hepático diagnosticado categoría 4.

A nivel hepatobiliar se evidencia más probabilidad de desarrollar adenoma hepático, hiperplasia nodular focal y litiasis biliar, pero conviene recordar que con las dosis actuales estos efectos secundarios hoy en día no se producen.

Grandes estudios poblacionales muestran que el uso de AHC disminuye el riesgo de padecer cáncer de colon y recto, por mecanismos que se desconocen a día de hoy.

**Figura 8**

CONDICIÓN	AOC/P/AV		AIC		AOPS		AMPD EN-NET		Implantes LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG			
I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna														
<b>TUMORES DEL HÍGADO</b>														
<b>a) Benigno</b>														
<b>i) Hiperplasia nodular focal</b>														
	2		2		2		2		2	1	2			
<b>ii) Adenoma hepatocelular</b>														
	4		3		3		3		3	1	3			
<b>b) Maligno (hepatoma)</b>														
	4		3/4		3		3		3	1	3			
<b>HEPATITIS VIRAL</b>														
<b>a) Aguda o con exacerbación</b>														
	I	C	I	C	I	C	I	C	<b>Aclaración:</b> La categoría debe ser evaluada de acuerdo con la gravedad del cuadro clínico. <b>Evidencia:</b> Los datos sugieren que, en mujeres con hepatitis crónica, el uso de AOC no aumenta la tasa ni la gravedad de la fibrosis cirrótica; tampoco aumenta el riesgo de carcinoma hepatocelular.(483;484) En el caso de mujeres portadoras, el uso de AOC no parece provocar insuficiencia hepática ni disfunción hepática grave.(485-487) La evidencia sobre el uso de los AOC durante la hepatitis activa es limitada.(488;489)					
	3/4	2	3/4	2	3/4	2	3	2						
<b>b) Portadora</b>														
	1	1	1	1	1	1	1	1						
<b>c) Crónica</b>														
	1	1	1	1	1	1	1	1						
<b>CIRROSIS</b>														
<b>a) Leve (compensada)</b>														
	1		1		1		1							
<b>b) Grava (descompensada)</b>														
	4		4		4		3							
<b>TUMORES DEL HÍGADO*</b>														
<b>a) Benigno</b>														
<b>(i) Hiperplasia nodular focal</b>														
	2		2		2		2		<b>Evidencia:</b> Existe evidencia directa y limitada que el uso de anticonceptivos hormonales no influye en la progresión ni en la regresión de las lesiones de hígado en mujeres con hiperplasia nodular focal.(490-492)					
<b>(ii) Adenoma hepatocelular</b>														
	4		4		4		3							
<b>b) Maligno (hepatoma)</b>														
	4		4		4		3/4							

Fuente: OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ª ed. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud; 2012.

## ■ CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES CON PATOLOGÍA NEUROLÓGICA

### MIGRAÑA

En mujeres que presenten migraña, hay que diferenciar si es migraña con aura o sin aura

Migraña con aura: contraindicado el uso de AHC (categoría 4) ya que presentan un riesgo incrementado de padecer un evento cerebrovascular. Si aparece la migraña durante el tratamiento se recomienda cambiar a un tratamiento no hormonal.

Migraña sin aura:

- En menores de 35 años uso de anticonceptivos con solo gestágenos categoría 1 (cme 1), para el resto de anticonceptivos categoría 2
- En mayores de 35 años: anticonceptivos con solo gestágenos categoría 1, para el resto de anticonceptivos categoría 3.

## EPILEPSIA

Existen ciertas interacciones farmacológicas entre fármacos antiepilépticos y anticonceptivos, que puede afectar su metabolismo hepático con afectación de la inducción enzimática, contrarrestando el efecto anticonceptivo.

Otros estudios, sin embargo, lo relacionan con una disminución de la frecuencia de convulsiones, sobre todo las que ocurren en la etapa premenstrual cuando se usan por un tiempo prolongado.

Según criterios cme:

- En tratamiento con anticonvulsivantes: categoría 3, excepto:
- Si toma barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona o topiramato, AIC (anticonceptivo inyectable combinado) = 2
- Lamotrigina: categoría 1
- Acetato de medroxiprogesterona categoría 1
- Norestisterona categoría 2

Figura 9					
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
AOC = anticonceptivos orales combinados    PAC = parche anticonceptivo combinado AVC = anillo vaginal anticonceptivo combinado    AIC = anticonceptivos inyectables combinados					
EPILEPSIA	1	1	1	1	<b>Aclaración:</b> Si una mujer está tomando fármacos anticonvulsivos, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas. Ciertos medicamentos para la epilepsia disminuyen la eficacia anticonceptiva de los AOC. Aún no está claro si el uso de los parches, anillos o AIC es similar a los AOC en este aspecto.

Fuente: OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ª ed. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud; 2012.

## CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Existen patologías psiquiátricas y trastornos de la conducta alimentaria donde es importante evitar un embarazo no deseado, además hay que tener en cuenta en estos casos de elegir de forma adecuada el método anticonceptivo, ya que hay que garantizar la toma correcta de medicación, por lo que, hay que realizar una correcta historia clínica donde podamos averiguar preferencias y necesidades de cada paciente.

En cuanto a anticoncepción hormonal, hay que tener en cuenta la falta de cumplimiento de tratamiento y por tanto plantear en vez de vía oral, vía transdérmica o subcutánea, siempre y cuando cumplan criterios y no presenten factores de riesgo que contraindiquen su uso.

También es importante explicar o tener

Métodos de barrera, son los más económicos y de cara a evitar infecciones de transmisión sexual pero este método por sí solo resultaría insuficiente.

Métodos definitivos: se plantearía como el método más eficaz en pacientes con patología psiquiátrica grave.

Otro factor a tener en cuenta sería la toma de medicación que puede contrarrestar efecto del anticonceptivo, como es el caso de los anticonvulsivantes ya explicado anteriormente.

**Figura 10**

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
AOC = anticonceptivos orales combinados    PAC = parche anticonceptivo combinado AVC = anillo vaginal anticonceptivo combinado    AIC = anticonceptivos inyectables combinados					
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>					
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	1	1	1	1	<b>Aclaración:</b> La clasificación se basa en los datos de mujeres con trastornos depresivos seleccionados. No existen datos acerca del trastorno bipolar o la depresión posparto. Existe la probabilidad de interacciones farmacológicas entre ciertos medicamentos antidepressivos y los anticonceptivos hormonales. <b>Evidencia:</b> El uso de AOC no aumentó los síntomas de depresión en las mujeres con esta condición, en comparación con su estado basal o con aquellas mujeres con depresión que no usan estos anticonceptivos. (274-283)

Fuente: OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ª ed. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud; 2012.

### ■ CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR Y CON ALTERACIONES DE LA HEMOSTASIA

Los anticonceptivos hormonales combinados, debido al uso de EE inducen un estado de hipercoagulabilidad, con incremento del número de plaquetas y del tiempo de protrombina, aumento de los niveles plasmáticos de fibrinógeno, factor VII, factor X, plasminógeno, proteína C, además de una disminución de los niveles de t-PAI y antitrombina. Otros estudios indican que bajar las dosis de 20 mcg de EE no modifica sustancialmente el estado de hipercoagulabilidad inducido por dosis más altas; si parece según determinados estudios que las progestinas si influyen sobre estas variables, no produciendo estos estados de hipercoagulabilidad.

El mecanismo de la hipercoagulación por el uso de ACO parece estar relacionado con el efecto de los estrógenos en el primer paso hepático, ya que la mayoría de los factores de coagulación y anticoagulantes son sintetizados en el hígado. Los anticonceptivos hormonales combinados administrados por otras vías mantienen los mismos efectos protrombóticos.

El tromboembolismo venoso (tev) tiene una incidencia de 2 a 3 por mil habitantes, similar en hombres y mujeres, pero esta incidencia se ve incrementada en mujeres embarazadas, en pacientes que toma anticonceptivos hormonales combinados, inmovilización prolongada...

Por tanto, antes de recomendar un método anticonceptivo a una mujer, hay que realizar una exhaustiva historia clínica y averiguar si existen factores de riesgo cardiovascular, o riesgo de tev o arterial. Los AHC aumentan en 5 veces el riesgo de trombosis venosa en comparación con no usarlos.

Por tanto, tanto los antecedentes personales como familiares de primer grado constituyen factores de riesgo para trombosis arterial y venosa.

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) están contraindicados en pacientes con antecedentes familiares de primer grado menores de 50 años y personales de tev, arterial, IAM, ACV, HTA, también en las que presenten trombofilias.

Una buena alternativa para estas pacientes sería el uso de anticonceptivos con solo gestágenos, ya que no tienen efectos sobre la coagulación, y tampoco hay efectos adversos sobre el sistema cardiovascular, por tanto, sin necesidad de realizar pruebas complementarias, se puede recomendar el uso de anticonceptivos con solo gestágenos en este perfil de pacientes que presentan factores de riesgo.

Si estas pacientes solicitan toma de AHC antes de iniciar tratamiento habría que realizar estudios analíticos de trombofilias que incluya antitrombina, Ac antifosfolipido, factor V Leiden, proteína c y S, Von Willebrand, homocisteína.

Según las recomendaciones de CME:

- Tromboembolismo venoso: que incluye
- Tev agudo, antecedentes y cirugía mayor con inmovilización prolongada: categoría 4
- Cardiopatía incluye
- Factores de riesgo múltiples, cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular: categoría 4

En todos estos casos se pueden recomendar anticonceptivos con solo gestágenos (AHSG)

**Figura 11**

CONDICIÓN <small>* Consulta también los comentarios adicionales al final de la tabla</small>	CATEGORÍA <small>I = inicio, C = continuación</small>				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
	<small>AOC = anticonceptivos orales combinados PAC = parche anticonceptivo combinado AVC = anillo vaginal anticonceptivo combinado AIC = anticonceptivos inyectables combinados</small>				
<b>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLISMO PULMONAR (EP)*</b>					
a) Historia de TVP/EP	4	4	4	4	
b) TVP/EP aguda	4	4	4	4	
c) TVP/EP y recibe terapia anticoagulante	4	4	4	4	
d) Historia familiar (familiares de primer grado)	2	2	2	2	
e) Cirugía mayor					
(i) con inmovilización prolongada	4	4	4	4	
(ii) sin inmovilización prolongada	2	2	2	2	
f) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	

**Figura 11 (continuación)**

Figura 11 (continuación)							
<b>MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS</b> (p. ej., factor V de Leiden; mutación de la protrombina; deficiencias de proteína S; proteína C y antitrombina)	4	4	4	4			
<b>TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL*</b> a) Várices b) Tromboflebitis superficial	1 2	1 2	1 2	1 2			
<b>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA)</b>	4	4	4	4			
<b>ACCIDENTE CEREBROVASCULAR</b> (historia de accidente cerebrovascular)	4	4	4	4			
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES							
<b>MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL</b> (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	3/4	3/4	3/4	3/4	<b>Aclaración:</b> Cuando una mujer tiene múltiples factores de riesgo mayores, cualquiera de los cuales individualmente aumentaría considerablemente el riesgo de enfermedad cardiovascular, el uso de AOC, parches, anillos vaginales o AIC puede aumentar el riesgo a un nivel inadmisibles. Sin embargo, no debe realizarse una simple suma de categorías de los múltiples factores de riesgo, dado que, por ejemplo, la combinación de dos riesgos cualesquiera a los que se les ha asignado una categoría 2 no necesariamente justifica una categoría más alta.		
<b>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLISMO PULMONAR (EP)</b>							
a) Historia de TVP/EP	4	4	2	2	2	1	2
b) TVP/EP agudas	4	4	3	3	3	1	3
c) TVP/EP y recibe terapia anticoagulante	4	4	2	2	2	1	2
d) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	2	2	1	1	1	1	1
e) Cirugía mayor							
(i) con inmovilización prolongada	4	4	2	2	2	1	2
(ii) sin inmovilización prolongada	2	2	1	1	1	1	1
f) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ª ed. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud; 2012.

## ■ CONSEJO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES CON CÁNCER GINECOLÓGICO Y NO GINECOLÓGICO

Existen grandes estudios poblacionales que demuestran que el uso de anticonceptivos disminuye el riesgo de padecer cáncer de endometrio, ovario, colon y recto. Sin embargo, el uso de AHC se asocia también a un aumento de riesgo de cáncer de cuello de útero, por otra parte, empleando métodos de barrera se reduciría el riesgo de la misma, ya que con estos métodos se protegería el cuello del útero de posibles ITS, por tanto, existen otras variables contundentes que incrementan el riesgo de padecer cáncer de cuello de útero como la historia sexual, infección por virus de papiloma...

También se demostrado en estudios poblacionales que el uso de dispositivos intrauterinos (DIU), especialmente aquellos con levonorgestrel, se asocia a menor riesgo de cáncer de endometrio.

En conclusión, a la hora de recomendar un método anticonceptivo a mujeres con riesgo de padecer cáncer colorrectal o ginecológico, se podrían recomendar el uso de cualquier método, porque no solo no tienen riesgo, sino que en determinados tipos tendría un efecto protector y beneficioso.

En mujeres supervivientes de cáncer, dada la insuficiencia ovárica después de la quimioterapia, hay que tener cierta precaución y atender a las necesidades de cada paciente, ya que hasta un tercio de las pacientes no presentan riesgo de embarazo tras tratamiento quimioterápico.

En mujeres que quieran evitar embarazos no deseados y hayan presentado un tumor hormono-dependiente, lo que se aconseja de primera línea sería un método anticonceptivo no hormonal de acción prolongada.

En mujeres que hayan recibido tratamiento con tamoxifeno, hay estudios que recomiendan el uso del DIU, aunque aún no se dispone de estudios que demuestren seguridad con su uso.

En mujeres con cáncer de mama actual según criterios CME, serian categoría 4 para el uso de cualquier método anticonceptivo.

Figura 12

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
	AOC = anticonceptivos orales combinados PAC = parche anticonceptivo combinado AVC = anillo vaginal anticonceptivo combinado AIC = anticonceptivos inyectables combinados				
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	2	2	2	2	<b>Evidencia:</b> Entre las mujeres con infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), el uso de los AOC a largo plazo (≥ 5 años) puede aumentar el riesgo de carcinoma in situ y carcinoma invasivo. (30;297) La evidencia limitada sobre mujeres con lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado indica que el uso del anillo vaginal no empeora la condición.(30)
CÁNCER CERVICAL* (en espera de tratamiento)	2	2	2	2	

**Figura 12 (continuación)**

Figura 12 (continuación)					
<b>ENFERMEDADES DE LA MAMA*</b>					
a) Nódulo sin diagnóstico	2	2	2	2	<b>Aclaración:</b> Debe realizarse una evaluación lo antes posible.
b) Enfermedad benigna de la mama	1	1	1	1	
c) Historia familiar de cáncer	1	1	1	1	<b>Evidencia:</b> Las mujeres con genes susceptibles para el cáncer de mama (como el BRCA1 y el BRCA2) tienen un riesgo basal más alto de cáncer de mama que las mujeres sin estos genes. El riesgo basal de cáncer de mama también es más elevado en mujeres con historia familiar de cáncer de mama en comparación con quienes no tienen este antecedente. Sin embargo, la evidencia actual no sugiere que el uso de anticonceptivos orales combinados modifique el mayor riesgo de cáncer de mama entre las mujeres con antecedentes familiares de cáncer o con genes susceptibles para el cáncer de mama. (298-321)
d) Cáncer de mama					
(i) actual	4	4	4	4	
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años	3	3	3	3	
<b>CÁNCER DE ENDOMETRIO*</b>	1	1	1	1	
<b>CÁNCER DE OVARIO*</b>	1	1	1	1	

Fuente: OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ª ed. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud; 2012.

# SALUD SEXUAL: DEFINICIONES Y GENERALIDADES

María José Tijeras Úbeda

## PUNTOS CLAVE

- ▣ La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y un derecho humano básico.
- ▣ La sexualidad abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.
- ▣ Los/as profesionales de la salud deben ser formados en cuestiones de sexualidad humana, y adquirir unas actitudes positivas hacia la sexualidad.
- ▣ Los trastornos sexuales pueden ser síntomas centinelas de otras patologías, por lo que recomienda hacer una detección activa.
- ▣ La Respuesta Sexual es una compleja sucesión de cambios anatómicos, neurofisiológicos y hormonales que implican a todo el organismo, y no solo a los órganos genitales, consecuencia de cualquier forma de actividad sexual placentera.
- ▣ El modelo lineal puede atribuirse a la respuesta sexual del varón, mientras que la respuesta femenina sigue un modelo circular en el que hay un *feedback* entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos.

## ▣ MARCO CONCEPTUAL ACTUAL

Desde 1974, la OMS (Organización Mundial de la Salud) se ha ocupado de la esfera de la salud sexual, incluida su estrecha relación con la salud reproductiva, publicando de manera periódica actualizaciones de su definición y de otros conceptos conexos como la sexualidad y los derechos sexuales (Tabla 1).

Entre sus últimas aportaciones esta la divulgación en 2018 del “Marco operativo de la salud sexual y sus vínculos con la salud reproductiva”, en cuyo centro se encuentra el objetivo último de la salud sexual: el logro del bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad.

**Tabla 1. Definiciones de la OMS: Salud sexual, Sexualidad y Derechos sexuales****Salud sexual**

- La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar
- Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia
- Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales

**Sexualidad**

- Es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida
- Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción
- Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. No siempre se experimentan o expresan todas ellas
- Está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales

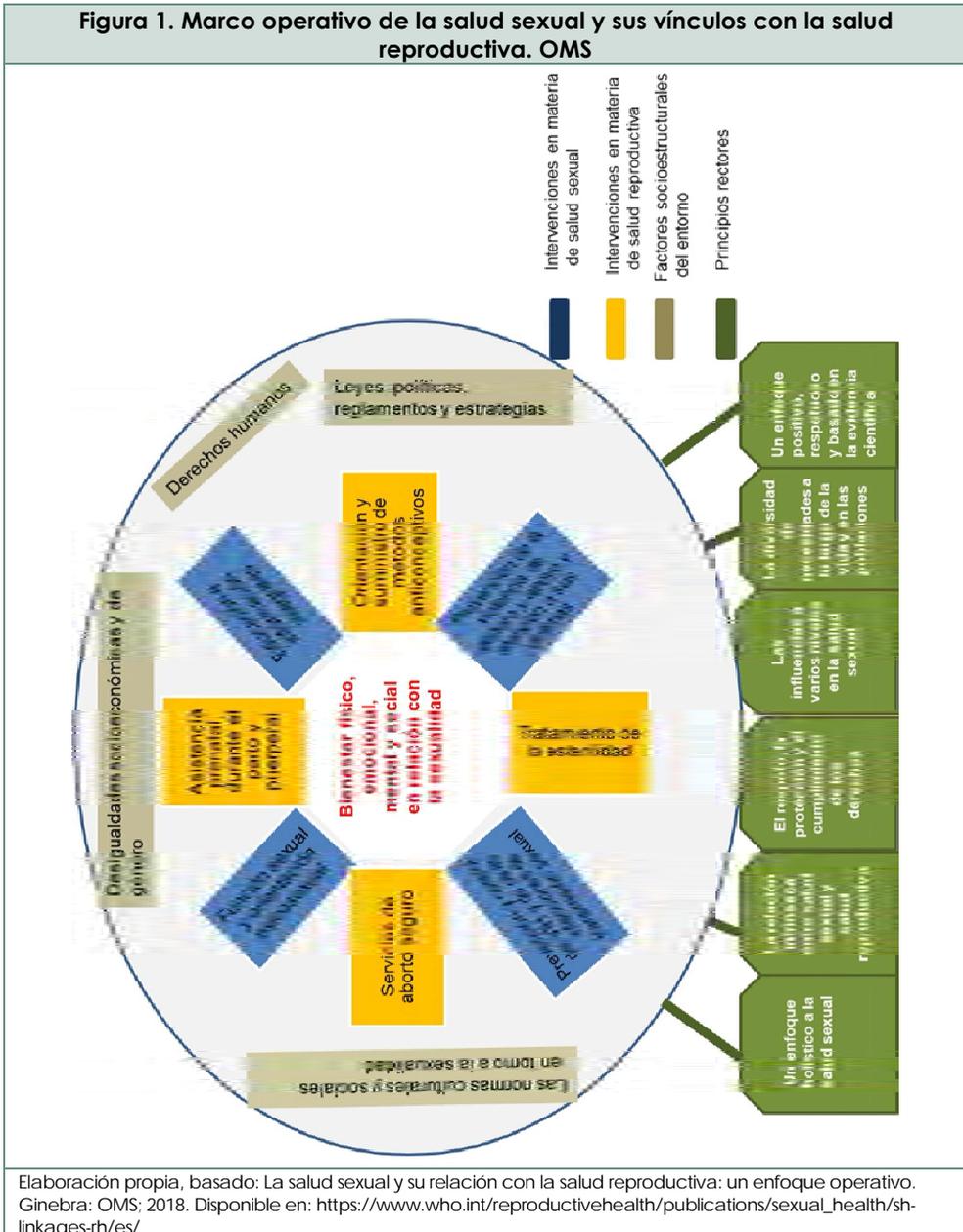
**Derechos sexuales**

La satisfacción de la salud sexual está ligada a la medida en que se respetan, protegen y cumplen los derechos humanos. Los derechos fundamentales para la realización de la salud sexual son los siguientes:

- los derechos a la vida, la libertad, la autonomía y la seguridad de la persona;
- el derecho a la igualdad y la no discriminación;
- el derecho a no ser sometido a torturas o a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes;
- el derecho a la privacidad;
- los derechos al grado máximo de salud (incluida la salud sexual) y al nivel máximo de seguridad social;
- el derecho al matrimonio y a formar una familia con el libre y completo consentimiento de ambos esposos, y a la igualdad dentro del matrimonio y en el momento de disolución de este;
- el derecho a decidir el número de hijos que se desea tener y el intervalo de tiempo entre los nacimientos;
- los derechos a la información y a la educación;
- los derechos a la libertad de opinión y de expresión; y
- el derecho a la reparación efectiva en caso de violación de los derechos fundamentales.

Fuentes: OMS, 2006 y 2010.

Establece tres niveles y sus relaciones entre ellos: los seis principios rectores transversales, las intervenciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, claramente diferenciadas, y los factores socioestructurales del entorno. Este enfoque operativo orienta y estructura la programación y la investigación en materia de salud sexual, contribuyendo así al logro de los objetivos en materia de salud sexual y reproductiva (Figura 1).



El marco normativo en España en lo referente a la salud sexual y reproductiva engloba:

- La “Ley Orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva, y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)”, aprobada el 3 de marzo de 2010.
- La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), aprobada en 2011, fruto del consenso entre sociedades científicas y profesionales, organizaciones sociales, población usuaria, personas expertas y representantes de las Comunidades Autónomas. Prevé el abordaje diferencial de la salud sexual y la salud reproductiva,

considerando necesario establecer estrategias de actuación, programas y proyectos que estén enfocados directamente a la mejora de la salud sexual. De su último proceso de consulta surgió el “Plan Operativo 2019-2020”, revisado y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS el 20 de junio de 2019 (Tabla 2).

<b>Tabla 2. Líneas estratégicas priorizadas en salud sexual: Plan Operativo 2019-2020</b>	
<b>Línea estratégica 1: Promoción de la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Educación en sexualidad en todas las etapas educativas</li> <li>▪ Sensibilización profesionales de la atención sanitaria sobre la salud sexual</li> </ul>
<b>Línea estratégica 2: Atención sanitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atención Sanitaria a la Salud sexual integral, inclusión de la historia sexual en la historia clínica de Atención Primaria</li> <li>▪ Promover el acceso equitativo a anticonceptivos de última generación</li> </ul>
<b>Línea estratégica 3: Formación de profesionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Criterios comunes calidad para la formación en salud sexual</li> <li>▪ Elaborar y ofertar un curso online sobre salud sexual a profesionales AP</li> </ul>
<b>Línea estratégica 4: Investigación, innovación y buenas prácticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actualización del conocimiento de la salud sexual de la población</li> <li>▪ Identificación de Buenas Prácticas</li> </ul>
<p>Basado: Estrategia de Salud Sexual (Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS). Plan Operativo 2019-2020. Disponible en: <a href="https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan_Operativo_ENSS_2019_20.pdf">https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan_Operativo_ENSS_2019_20.pdf</a></p>	

## ■ CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL

Existen otros términos relacionados con la sexualidad con los que conviene familiarizarse, ya que los modelos actuales de la teoría de género se mueven más allá de dos dimensiones e incluyen nuevas variaciones de auto-identificación (Tabla 3).

<b>Tabla 3. Terminología relacionada con la sexualidad.</b>		
	<b>Definición</b>	<b>Tipología</b>
<b>SEXO</b>	<p>El sexo son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos.</p> <p>No confundir con el significado que comúnmente se le da en sentido de «actividad sexual».</p>	<p><i>Hombre</i> <i>Mujer</i> <i>Intersexualidad</i></p>

Tabla 3. Terminología relacionada con la sexualidad (continuación)

	Definición	Tipología
<b>GENERO</b> "sexo psicosocial"	<b>Rol de género:</b> actitudes, comportamientos y rasgos de personalidad que la sociedad asigna al sexo biológico	Masculinidad Feminidad
	<b>Expresión de género:</b> es cómo se presenta el género al mundo exterior, pero no necesariamente se correlaciona con la identidad de género	Femenina Masculina Andrógino/a
	<b>Identidad de género:</b> es sentirse hombre o mujer según los aspectos socio-culturales que se asignan a cada género, puede ser visto a lo largo de un continuo y fluir entre lo masculino y lo femenino. Se establece generalmente en algún momento durante la primera infancia	Cisgénero (coincide sexo asignado y género) Transgénero* (no coincide sexo asignado y género) Género no binario (queer)**; neutro, fluido; Agénero; pangénero; Poligénero/multigénero
<b>ORIENTACIÓN SEXUAL</b>	Se refiere al patrón de excitación física y emocional de un individuo (incluyendo fantasías, actividades y comportamientos) y el género de las personas a las que un individuo es atraído físicamente o sexualmente	Homosexual (mismo sexo) Heterosexual (dif. sexo) Bisexual (ambos sexos) Pansexual (cualquier identidad de género o sexo biológico)
<b>IDENTIDAD SEXUAL</b>	La conciencia de un individuo de pertenencia a uno u otro sexo, de ser varón o hembra. Está conformada por tres elementos: la identidad de género, la orientación sexual y el rol de género	Cis-sexual (coincide sexo biológico, el género y las identidades sexual y género) Transsexual *** (no coinciden)
<b>EROTISMO</b>	Capacidad humana de experimentar respuestas subjetivas derivadas de fenómenos físicos percibidos (deseo sexual, excitación, orgasmo) y que, por lo general, se identifican con el placer sexual. Se construye a nivel individual, pero también a nivel social. La «erótica» es la forma concreta de expresar la sexualidad, con múltiples y variadas posibilidades. Es el modo de actuar, la manera en que las personas como seres sexuados se relacionan consigo mismas y con los demás (caricias, besos, palabras, masturbación, etc.)	
<b>ACTIVIDAD SEXUAL O COMPORTAMIENTO SEXUAL</b>	Es una expresión conductual de la sexualidad personal, donde el componente erótico es el más evidente. Es decir, comportamientos que buscan el erotismo o la experimentación de respuestas subjetivas de placer sexual. Las características de los comportamientos sexuales responsables son: autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. Este por sí solo no es un predictor sensible ni específico de la identificación de género, la orientación sexual o la identidad sexual	

## ▣ SALUD SEXUAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria (AP) es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud de los individuos, la familia y la comunidad, y oferta una atención integral (perspectiva bio-psico-social), integrada (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social), longitudinal y continua en el tiempo.

En el concepto de salud se integra aspectos como el bienestar orgánico, psíquico, social y, por supuesto, sexual. Y la sexualidad es un marcador de salud global en el individuo.

Las características de la relación médico-paciente que se da en este nivel asistencial, posiciona a los/as profesionales sanitarios/as de AP en una situación privilegiada a la hora de tratar cuestiones sobre sexualidad de sus pacientes.

Una vida sexual sana y satisfactoria incrementa la calidad de vida, se asocia a factores predictivos de longevidad, mejora también la forma física y proporciona una imagen corporal más saludable.

Diversas investigaciones indican que la liberación de oxitocina, dehidroepiandrosterona (DHEA) y endorfinas que comporta la actividad sexual, han demostrado ser beneficiosas para alcanzar el sueño, reducir el estrés y facilitar la relajación, regularizar el ciclo menstrual, aliviar la dismenorrea y reducir el riesgo de endometriosis y de cáncer mamario. Además la alta frecuencia eyaculatoria, superior o igual a 21 eyaculaciones por mes, se relaciona con un menor riesgo de cáncer prostático.

Los trastornos o disfunciones sexuales (DS) son muy prevalentes, afectando aproximadamente al 43% de las mujeres y al 31% de los hombres en algún momento de su vida. Se consideran signos centinelas de otras patologías como las cardiovasculares, neurológicas, endocrinas, urológicas o psiquiátricas. Según el estudio Cobra, en el 93% de los pacientes con enfermedad coronaria establecida, la disfunción eréctil (DE) se anticipa al trastorno coronario entre 12 y 36 meses.

En otras ocasiones, la presencia de una DS puede incitar el incumplimiento terapéutico o el abandono de un fármaco, si los pacientes creen, acertada o erróneamente, que es la causa del problema, con el consiguiente alto riesgo que conlleva esta situación en patologías severas.

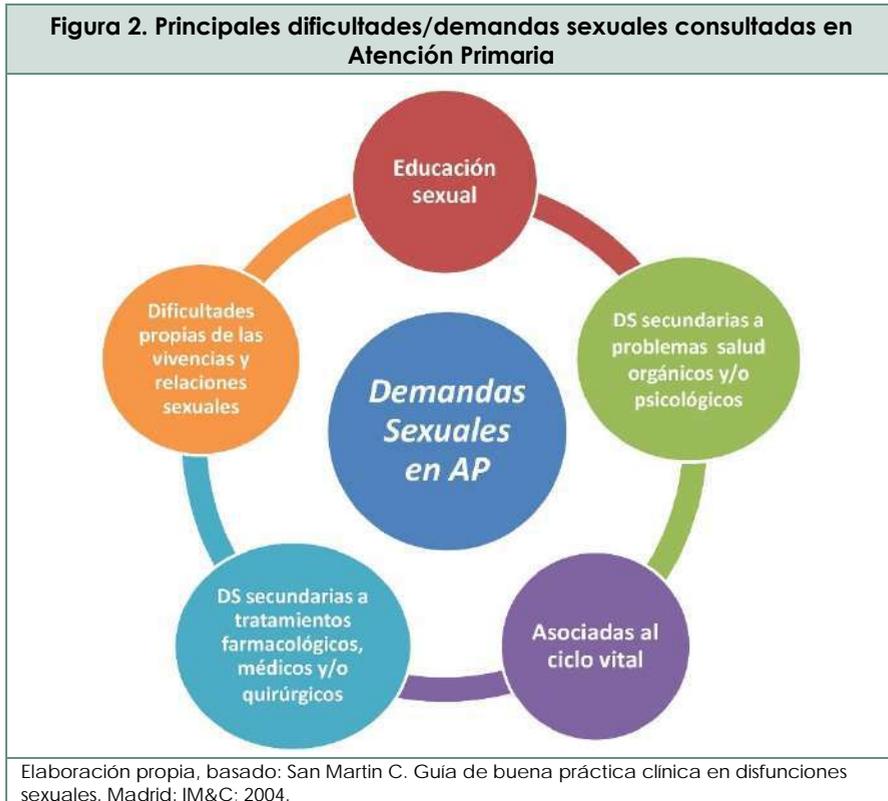
Además provocan un descenso de la calidad de vida global, pues se les asocia trastornos neuróticos y conflictos con grave repercusión en la autoestima o en las relaciones de pareja.

## ▣ DEMANDAS SEXUALES EN AP: ENTREVISTA CLÍNICA EN SALUD SEXUAL

La respuesta a las necesidades en salud sexual debe abarcar todos los niveles de prevención y promoción mediante la información, la educación sexual, el consejo, la detección precoz y el abordaje integral de la DS.

Los principales motivos de consulta en AP relacionados con la salud sexual se describen figura 2.

El abordaje de este tipo de demandas lo pueden realizar profesionales no especializados/as en Sexología, siempre que, tengan formación y una actitud positiva y abierta que les ayude a entender lo complejo de este campo, la diversidad y la importancia de la sexualidad en la calidad de vida de las personas.



Sin embargo, es una de las asignaturas pendientes en AP por varias trabas. Sólo un 35% de los médicos/as en países anglosajones realizan de manera rutinaria una historia sexual de los/as pacientes (Tabla 4).

**Tabla 4. Dificultades en la realización de actuaciones relacionadas con la salud sexual en Atención Primaria**

Del sistema de salud	Del profesional	Del paciente
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de prioridad en los planes de salud</li> <li>▪ Falta de recursos para su abordaje</li> <li>▪ Falta de infraestructura que garantice la confidencialidad</li> <li>▪ Falta de tiempo</li> <li>▪ Presión asistencial dificulta poder llevar a cabo actividades preventivas y de orientación</li> <li>▪ Escasa colaboración entre los sistemas sanitario y educativo en la implantación de modelos en educación sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de formación pre y postgrado</li> <li>▪ Centrarse en otras áreas de competencia</li> <li>▪ Resistencia a abordar la sexualidad</li> <li>▪ Falta habilidades en comunicación</li> <li>▪ Creencias y actitudes erotofóbicas personales</li> <li>▪ Temor a ser malinterpretado</li> <li>▪ No prestar atención a los grupos más vulnerables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pudor a hablar de intimidad sexual</li> <li>▪ Temor a ser juzgado</li> <li>▪ Recelo a vulneración de la confidencialidad</li> <li>▪ Falta de educación sexual</li> <li>▪ Desconocimiento de la relación de DS con otros problemas de salud.</li> <li>▪ Negación de la propia sexualidad</li> <li>▪ Creencias y convicciones erróneas</li> <li>▪ Dificultad de comunicación</li> </ul>

Basada en: Sánchez F et al. La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes. Semergen. 2013; 39(8):433-9.

Los/as pacientes no suelen consultar por propia iniciativa los problemas sexuales, sin embargo, algunos estudios evidencian que al 90,9% les gustaría que, fuese el médico/a quien lo hiciese. Solo el 40% han hablado en algún momento sobre su vida sexual con su médico/a.

Parte de estas dificultades se superan con un manejo adecuado de la entrevista clínica y de las habilidades de comunicación.

El carácter íntimo y privado de este tipo de consultas nos compromete a preservar la confidencialidad del encuentro, actuar con normalidad, empatía, adoptando una actitud neutral y de escucha activa, cuidando el lenguaje no verbal y verbal, sin emitir juicios de valor y recurriendo a la asertividad para superar las resistencias.

Se debe respetar la diversidad y las diferencias inherentes al género, la raza / etnia, la orientación sexual y la apariencia física.

Realizar las preguntas abiertas y neutras en cuanto al género permite a la persona revelar el género de sus parejas e iniciar una conversación sobre la identidad sexual y los comportamientos sexuales. Es fundamental evitar suposiciones como:

- Los/as pacientes son heterosexuales a menos que se indique lo contrario.
- Que los hombres que se autoidentifican como heterosexuales no tienen parejas sexuales del mismo sexo.
- Que una lesbiana autoidentificada no requiere anticoncepción o información sobre prevención infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Que los/as pacientes con no conformidad de género no tienen actividad sexual antes de someterse a un tratamiento de reasignación de género.
- Que los/as pacientes con retraso en el desarrollo o enfermedad crónica no son sexualmente activos/as y no requieren la misma orientación anticipatoria que sus compañeros sin estos problemas.
- Relaciones sexuales orales o anales no se consideren prácticas sexuales de riesgo.

Los problemas sexuales provocan un gran impacto emocional tanto en el/a paciente como en su pareja. Y a la hora de hablar de ellos en consulta podemos hallar diversas situaciones y reacciones de pacientes como, la negación, el conformismo, la autodesvalorización, la culpabilización, la frialdad o la hostilidad, todas ellas requieren un manejo adecuado.

## ■ **DETECCIÓN ACTIVA**

Lo ideal sería, hacer una detección activa de manera sistemática e incorporar una o dos preguntas, directas o indirectas, sobre la sexualidad del paciente en la historia médica general, suficiente para la detección de las dificultades sexuales o de las ideas erróneas sobre sexualidad y reproducción (Figura 3).

Este cribado se debe realizar a ciertos grupos de riesgo, buscando el momento propicio en consulta a demanda o programada. Si la persona va acompañada se debe evitar, salvo que algunos de los dos planteen alguna cuestión sobre sexualidad (Tabla 5).

**Figura 3. Propuesta de detección activa de dificultades en salud sexual**

Elaboración propia, basada en Sánchez F et al. La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes. Semergen. 2013; 39(8):433-9.

**Tabla 5. Situaciones en las que se recomienda cribado de problemas sexuales****Con independencia de cuál sea el sexo**

- Presencia de factores de riesgo cardiovascular, patología cardiovascular o respiratoria crónicas
- Infecciones urinarias o genitales
- Infecciones o lesiones traumáticas proctológicas
- Incontinencia de orina
- Convalecencia tras cirugía. Antecedentes de cirugía pélvica
- Lesiones dermatológicas sugestivas de ITS.
- Pacientes que acuden solicitando serología de VIH, lúes o VHB/VHC
- Parejas de personas seropositivas (VIH o VHB)
- Drogodependencia
- Viajes (turismo sexual)
- Antecedente de traumatismos pélvicos o perineales
- Síntomas psicológicos: insomnio, depresión, trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad, trastorno somatomorfo, anorexia o bulimia nerviosas, trastorno de personalidad (especialmente el trastorno límite de personalidad)
- Tratamiento con fármacos que alteran la libido o la respuesta sexual
- Hipersensibilidad al látex

**En la mujer**

- Antecedente de embarazo no deseado
- Desarreglos menstruales
- Solicitud de consejo sobre métodos anticonceptivos
- Situaciones de toma de anovulatorios sin control médico
- Solicitud de anticoncepción de emergencia
- Durante el embarazo y en el puerperio
- Síntomas climatéricos
- Otros síntomas ginecológicos
- Si se sospechan malos tratos o abusos sexuales

**En el hombre**

- Presencia de síntomas urinarios, prostáticos o genitales
- Síndrome de déficit de testosterona.
- Situaciones en las que acude con la pareja para solicitar contracepción postcoital o consejo sobre métodos anticonceptivos
- Cuando se sospecha que es el causante de malos tratos o de abusos sexuales

## ▣ EDUCACIÓN SEXUAL

La Educación Sexual Integral (ESI) ofrecida desde las consultas de AP, en cualquier etapa y circunstancia, y basada en la evidencia científica, forma parte de las intervenciones que más se valoran en materia de Salud Sexual a nivel individual y a nivel poblacional.

Una ESI bien estructurada incluye información, orientación y educación sobre los aspectos afectivos, emocionales y sociales, que permite conocer y respetar los roles sexuales femeninos y masculinos y valorar la sexualidad como actividad de plena comunicación entre las personas. Con el objetivo de dotar de los conocimientos, habilidades y actitudes de relación suficientes que ayuden a las personas a tomar decisiones sobre la sexualidad libremente. Y conseguir una actitud sana y creativa ante lo sexual que permita asumir conductas responsables durante toda la vida.

No debe reducirse a la mera genitalidad, conocimiento de anatomía y fisiología del cuerpo humano, de las técnicas coitales, ni de la reproducción. Tampoco se reduce a la prevención de Infecciones de transmisión sexual (ITS), ni de embarazos no deseados.

Las particularidades de la AP permiten que si se imparte ES, esta pueda llegar sin dificultad a nivel comunitario y no solo a las personas que la soliciten. Pero existen algunos grupos con características y necesidades educativas especiales que requieren más atención y donde esta es indispensable. La salud sexual puede verse afectada o modificada en personas en distintas etapas del ciclo vital (niños, adolescentes, personas de la tercera edad, mujeres en período menopáusico o climaterio, embarazadas o puérperas), personas con enfermedades crónicas o con tratamientos farmacológicos crónicos, discapacitados físicos, psíquicos o sensoriales, y grupos en riesgo social (población inmigrante, personas que ejercen la prostitución, adictos a drogas o población penitenciaria). Parte de culpa de los problemas sexuales que presentan estos grupos recae en la sociedad actual, en la que los modelos estéticos y eróticos priman los cuerpos atléticos y juveniles y una sexualidad heteronormativa, genitalizada, coitocéntrica y al servicio de la procreación, y los que no cumplen estas condiciones no tienen su lugar y reciben una atención insuficiente de su sexualidad.

En el último capítulo se abordará en más profundidad el asesoramiento sexual en AP.

## ▣ FISIOLÓGÍA DE LA SEXUALIDAD

### ▣ RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Ante cualquier actividad sexual placentera se ponen en marcha una sucesión de cambios anatómicos, neurofisiológicos y hormonales que implican tanto a órganos genitales como extragenitales, es la denominada “Respuesta Sexual Humana” (RSH). Todo ello está regido por estímulos externos, internos, condicionantes socioculturales, antropológicos o filogenéticos.

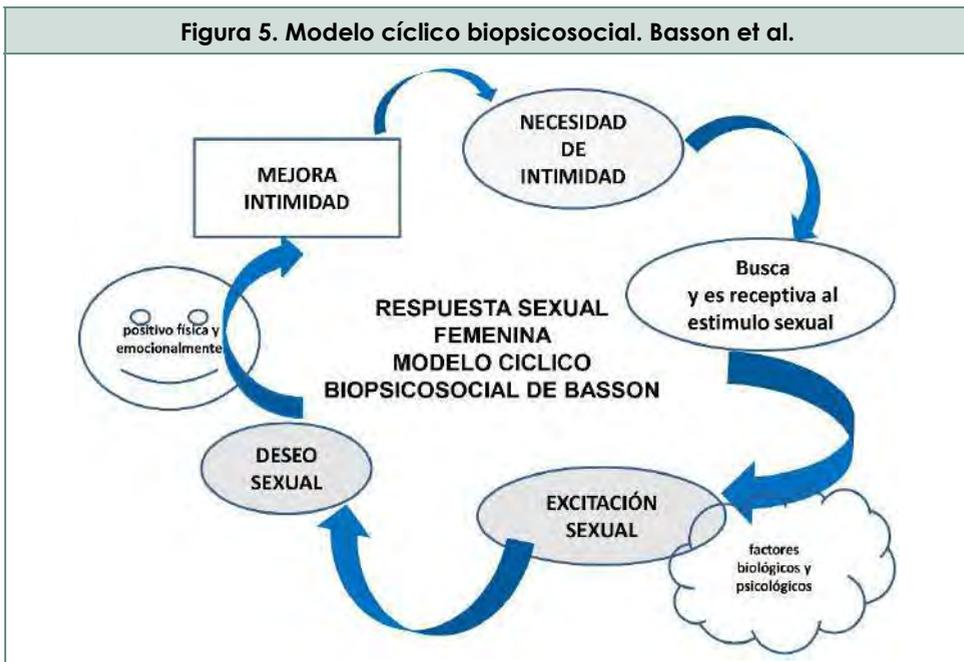
Los cambios físicos que son fácilmente identificables, no así los psicológicos y emocionales más difíciles de delimitar al estar muy influenciados por las experiencias, vivencias y aprendizajes a lo largo de la vida. Esto es lo que marca el carácter personal y específico de la respuesta sexual (RS).

En los dos últimos siglos se han postulado diversas teorías sobre modelos de RSH, que detallen los cambios de la mayoría de comportamientos sexuales. El más conocido es el propuesto por Masters y Johnson, a mediados de los años 60, donde describen una secuenciación lineal y cuatrfásica, excitación, meseta, orgasmo y resolución, completada con la aportación de Helen Kaplan (1979), la fase del deseo, previa e independiente a la de excitación.

Este modelo lineal muestra la perspectiva erótica vigente en ambos géneros durante décadas, primordialmente masculina, genitalista y coitocéntrica, donde el logro orgásmico es lo esencial. No explica aspectos como la satisfacción y la intimidad (Figura 4)



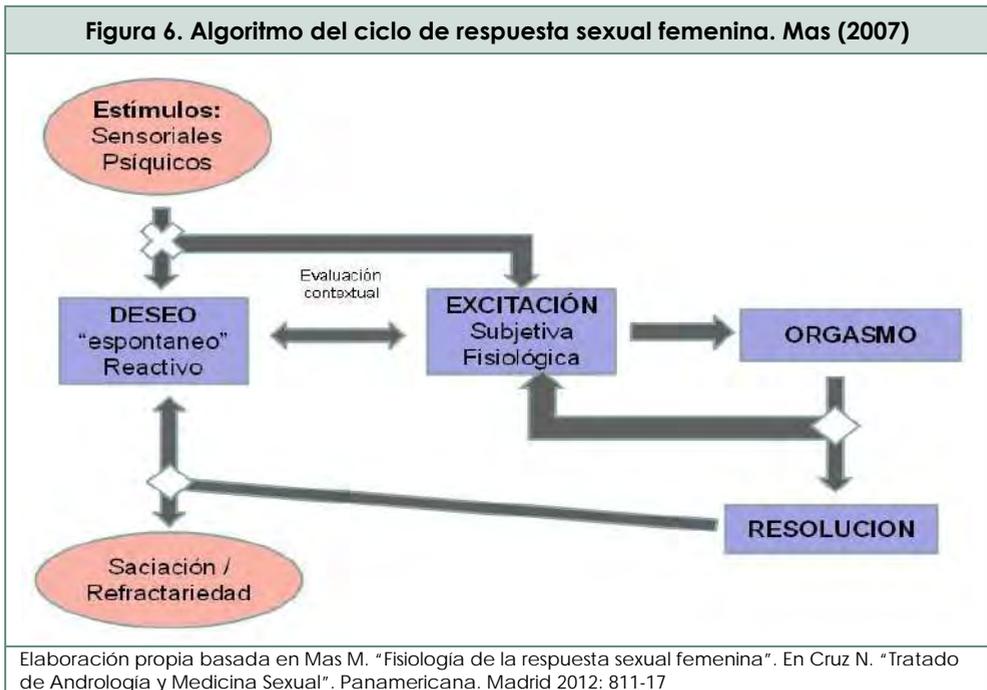
Posteriormente aparecieron los modelos “psicofisiologicistas”, que ofrecen una visión más emocional, y se representan mediante una estructura circular con un feedback entre ellos. El más representativo de este grupo es el modelo cíclico biopsicosocial postulado por Basson et al. (2000), y se fundamentan en estudios donde se afirma que más del 50% de las mujeres con una sexualidad satisfactoria, nunca o rara vez piensan en sexo (Figura 5).



Estas mujeres adoptan una postura neutral ante la actividad sexual donde no existe un deseo sexual previo, y sólo se activan en una situación de intimidad en la que con los estímulos adecuados y suficientes pasan a las fases de excitación y deseo. Si el resultado emocional y físico (puede existir o no orgasmo) es positivo, se incrementa la motivación, intimidad y satisfacción sexual, cerrándose el ciclo. Este modelo es característico en mujeres con parejas de larga duración.

La reciente aportación del Dr. Más (2007), considera la RS femenina como el paradigma de "respuesta integrada" fisiológica, y la define "como una secuencia cíclica de etapas o fases características: deseo; excitación, y orgasmo (y la fase de resolución que le sigue), cuyos mecanismos interactúan, reforzándose o inhibiéndose recíprocamente".

Para muchas mujeres, el deseo puede presentarse de manera "espontánea" o ser "reactivo" a estímulos sensoriales, peticiones por parte de la pareja o inducida de modo reflejo por la propia excitación fisiológica, en un contexto de afecto positivo. El resto de fases pueden variar en orden, superponerse, repetirse o ausentarse durante algunos o todos los encuentros sexuales. Además, la satisfacción subjetiva con la experiencia sexual puede no requerir el logro de todas las fases de respuesta, incluido el orgasmo (Figura 6)



Estos modelos si tienen en cuenta la satisfacción, de naturaleza estrictamente subjetiva y psicológica, y evaluada después de la actividad sexual en términos del grado de satisfacción, positiva o negativa.

## ■ FASES DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA: CAMBIOS ANATÓMICOS Y MECANISMOS FISIOLÓGICOS

Desde el inicio de las sensaciones eróticas y/o la estimulación en una actividad sexual (coital o no coital) intervienen mecanismos hemodinámicos, neuronales, moleculares y hormonales que interactúan de manera coordinada y se retroalimentan positiva o negativamente según el contexto. Resulta complicado desde el punto de vista neurovascular y neuroquímico distinguir deseo, de excitación y excitación, de meseta. Si resultan más evidentes los cambios anatómicos y funcionales a nivel genital y extragenital (Tabla 6).

<b>Tabla 6. Cambios a nivel genital y extragenital en la Respuesta sexual</b>			
<b>Fases</b>	<b>Generalidades/cambios extragenitales en ambos sexos</b>	<b>Cambios genitales femeninos</b>	<b>Cambios genitales masculinos</b>
<b>Excitación (intumescencia)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Duración de minutos a horas</li> <li>▪ Erección del pezón y tumefacción mamaria</li> <li>▪ Rubor sexual (eritema en cara, tronco y nalgas)</li> <li>▪ Tensión muscular</li> <li>▪ Aumento de tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria</li> <li>▪ Secreción vasopresina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lubricación vaginal</li> <li>▪ Alargamiento y expansión del fondo vaginal (tenting) y elevación del útero</li> <li>▪ Tumescencia clitoris y bulbos vestibulares</li> <li>▪ Congestión labios mayores, se aplanan y desplazan hacia arriba y hacia fuera dejando libre el introito</li> <li>▪ Los labios menores aumentan de espesor, longitud y temperatura</li> <li>▪ Contracción tercio externo de la vagina (Plataforma orgásmica)</li> <li>▪ Secreción de glándulas de Bartholino (1 a 3 gotas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erección del pene</li> <li>▪ Agrandamiento prostático</li> <li>▪ Engrosamiento, elevación y rotación de los testículos</li> <li>▪ Incremento y coloración del glande</li> <li>▪ Secreción de las glándulas de Cowper</li> <li>▪ Secreción prostática y seminal</li> </ul>

**Tabla 6. Cambios a nivel genital y extragenital en la respuesta sexual (continuación)**

<b>Fases</b>	<b>Generalidades/cambios extragenitales en ambos sexos</b>	<b>Cambios genitales femeninos</b>	<b>Cambios genitales masculinos</b>
<b>Orgasmo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Duración de 3 a 15 segundos</li> <li>▪ Espasmos de grupos musculares</li> <li>▪ Aumento de la tensión arterial, taquicardia e hiperventilación</li> <li>▪ Miosis pupilar</li> <li>▪ Alteración del estado de consciencia: distorsión de la percepción temporal, elevación del umbral de dolor, etc</li> <li>▪ Generalmente es vivido con sensación placentera y genera satisfacción sexual.</li> <li>▪ Secreción oxitocina y prolactina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contracciones rítmicas (8-12 veces) de vagina y plataforma orgásmica (m, pubocoxigeo y bulboesponjoso)</li> <li>▪ Contracciones musculatura bulbo e isquiocavernosa</li> <li>▪ Contracción esfínter anal</li> <li>▪ Contracciones del útero ocasionales.</li> <li>▪ Posible emisión las glándulas uretrales y parauretrales de Skene ("eyaculación femenina")</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contracciones rítmicas de las vesículas seminales, próstata, conductos deferentes de la musculatura bulbo e isquiocavernosa y del esfínter anal que facilita la salida de líquido seminal</li> </ul>
<b>Resolución (detumescencia)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Duración variable / Periodo refractario *</li> <li>▪ Descongestión rápida de las aréolas mamarias</li> <li>▪ Sudoración y desaparece el rubor sexual</li> <li>▪ Normalización de la tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria</li> <li>▪ Relajación muscular y sensación de bienestar</li> <li>▪ Secreción sostenida de prolactina (20-60 minutos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérdida de la tumescencia vulvar</li> <li>▪ Reducción de la lubricación vaginal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérdida de erección del pene</li> <li>▪ Descenso de los testículos y pérdida de congestión testicular y escrotal</li> </ul>

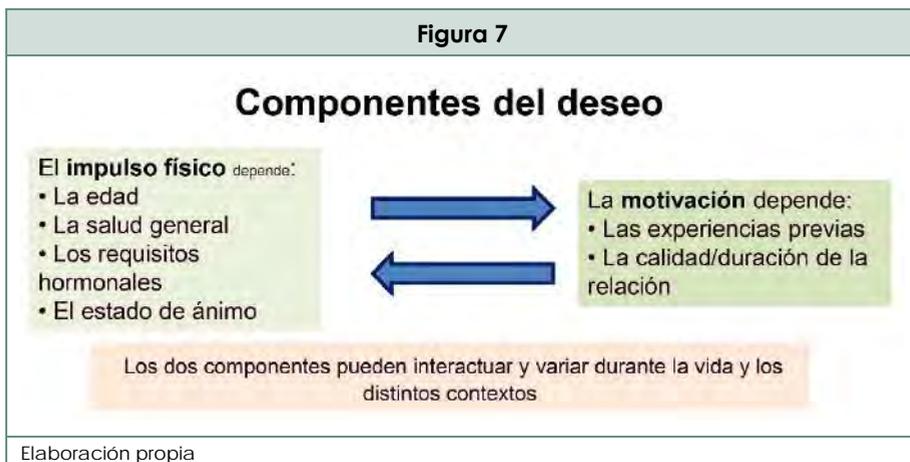
## ▣ DESEO SEXUAL

Kaplan lo definió como un apetito o impulso producido por la activación de un sistema neural específico en el cerebro, mediante estimulación interna (por ejemplo, factores biológicos, pensamientos o fantasías sexuales) o externa (por ejemplo, estímulos olfativos, visuales, táctiles), en tanto que las fases de excitación y orgasmo afectan a los órganos genitales.

Contribuciones teóricas como la realizada por M Lucas-Matheu (2007) en base a su experiencia clínica y vivencial resultan muy interesantes. Considera que el deseo se sustenta en tres pilares, cuya proporción e interacción depende de cada persona y de cada circunstancia:

- *Deseo de descarga de la tensión sexual*: sin objeto, que tiene que ver con las hormonas, en concreto con la testosterona. Presenta un perfil más bien masculino y que suele inhibirse por hastío, por alteraciones químicas o por enfermedad.
- *Deseo de ser deseados*: centrado en el objeto (necesidad de autoafirmación en los demás), a nivel cerebral se relaciona con los neurotransmisores dopaminérgicos. Con un perfil más femenino y que disminuye por desencanto o por alteraciones de la autoestima.
- *Deseo de encuentro mutuo*, necesidad de comunicación, de contacto, de sincronía interaccional y de intimidad. Se suele inhibir por desavenencias, desencuentros o problemas de comunicación.

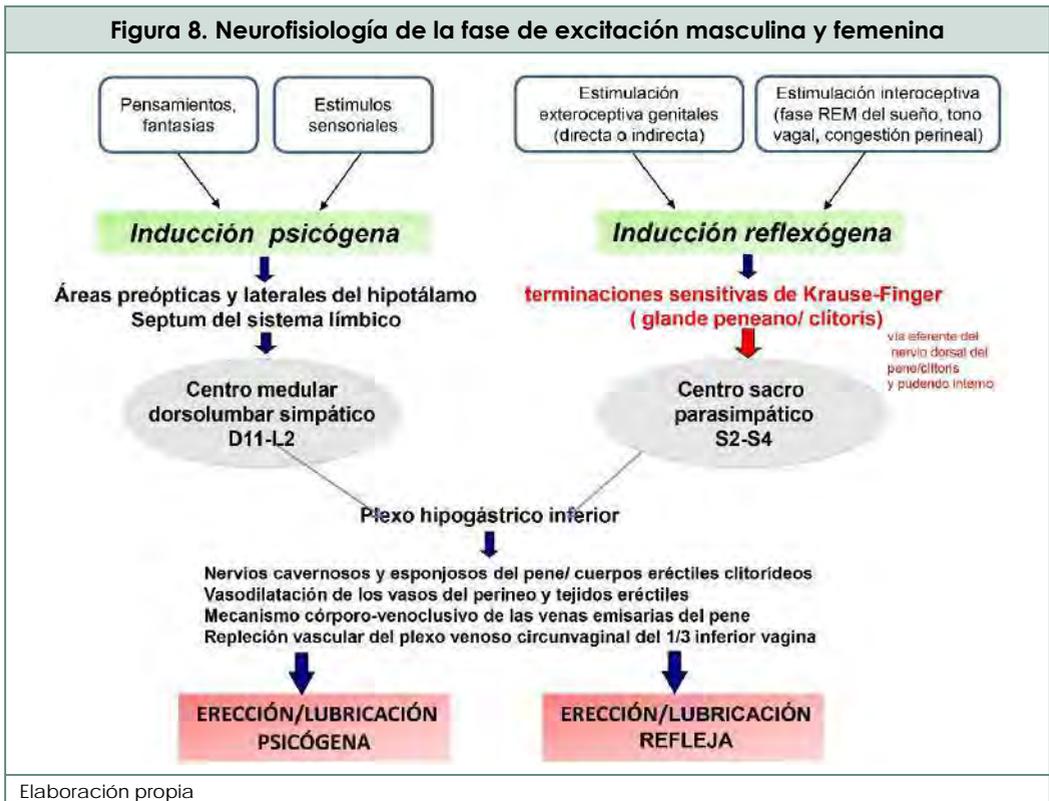
Las múltiples tesis que han surgido en torno a él, nos indican que su etiopatogenia y mantenimiento es multifactorial, y se considera una parte importante no solo en el inicio de la actividad sexual, sino que sustenta todas sus fases (Figura 7).



Investigadores canadienses consideran la desaparición del deseo espontáneo como algo normal y no patológico. Se analizaron factores demográficos, psicológicos y de relación asociados al deseo sexual de 741 mujeres heterosexuales (edad media = 45,7 años), siendo el deseo sexual menor entre las de mayor edad, posmenopáusicas, relaciones de pareja de larga duración, y las que tenían parejas con disfunción sexual.

## ■ NEUROFISIOLOGÍA DE LA FASE DE EXCITACIÓN MASCULINA Y FEMENINA

Son característicos de esta fase los fenómenos de vasodilatación y mionía que facilitan la erección del pene y lubricación vaginal, dependientes de la actuación sinérgica e independiente del sistema nervioso simpático (SNS) y parasimpático (SNPS), que genera una liberación de los circuitos inhibitorios de los centros medulares según el tipo de estimulación (Figura 8).



## Hemodinámica y mecanismos intracelulares de la erección/lubricación

### Varón

La respuesta eréctil se debe a dos acciones fundamentales:

- **Vascular:** la excitación sexual hace que aumente la rigidez del pene por la liberación de óxido nítrico (NO) y otros neurotransmisores que inducen la relajación del músculo liso de las arterias cavernosas y helicinas, así como de las trabéculas cavernosas, que se dilatan (20-50 veces) aumentando el flujo sanguíneo y llenando los cuerpos cavernosos, esto provoca una presión sobre la albugínea y una oclusión de las venas emisarias dificultando el retorno venoso, es el llamado mecanismo córporeo-venoclusivo. Durante la erección aumenta también el cuerpo esponjoso de la uretra y del glande.

Si se produce la eyaculación o disminuye la excitación sexual, cesa la señal vasodilatadora, y predomina la acción simpaticotónica de la noradrenalina que en conjunto con la endotelina 1 y la angiotensina II procedentes del endotelio, contraen de manera parcial las arterias cavernosas, helicinas y las trabéculas cavernosas y colapsan los sinusoides, se descomprimen las venas y se favorece la salida de sangre hacia el exterior regresando el pene a su estado fisiológico basal, que es la flacidez.

- **Muscular:** la contracción de los músculos perineales, isquiocavernosos y bulbocavernosos comprime a la porción proximal de los cuerpos cavernosos, repletos de sangre, aumentando aún más su presión y por tanto la rigidez del pene.

## Mujer

En la actualidad se conoce la participación del óxido nítrico en la erección del clítoris y el fenómeno de trasudación vaginal ya que se ha detectado óxido nítrico sintetasa

en la vagina. Neurotransmisores y mediadores vasculares (GMPc, VIP, óxido nítrico) que relajan el músculo liso arterial y junto con la acción de los estrógenos, mantienen permeable la pared vaginal, dando lugar a la trasudación de plasma de las paredes vaginales con niveles altos de urea y potasio, es un proceso de diálisis de membrana. La lubricación se constata con la aparición de gotas aisladas distribuidas de manera irregular en los pliegues vaginales, que aumentan hasta formar una capa continua y brillante que lubrica el túnel vaginal.

El mantenimiento durante la relación sexual de todos estos fenómenos se debe al contacto y el arco reflejo sacro, provocando una vasodilatación de los vasos del perineo, de los tejidos eréctiles, con intenso aumento del flujo sanguíneo y repleción vascular del plexo venoso circunvaginal que rodea el tercio inferior de la vagina.

## ▣ NEUROFISIOLOGÍA DE LA FASE DEL ORGASMO

### Varón

La eyaculación es un reflejo bifásico complejo, donde participan sincrónicamente el SNS y el SNPS, y gracias al dominio de la corteza cerebral puede a llegar a voluntarizarse. En la figura 9 se describe a modo de esquema.

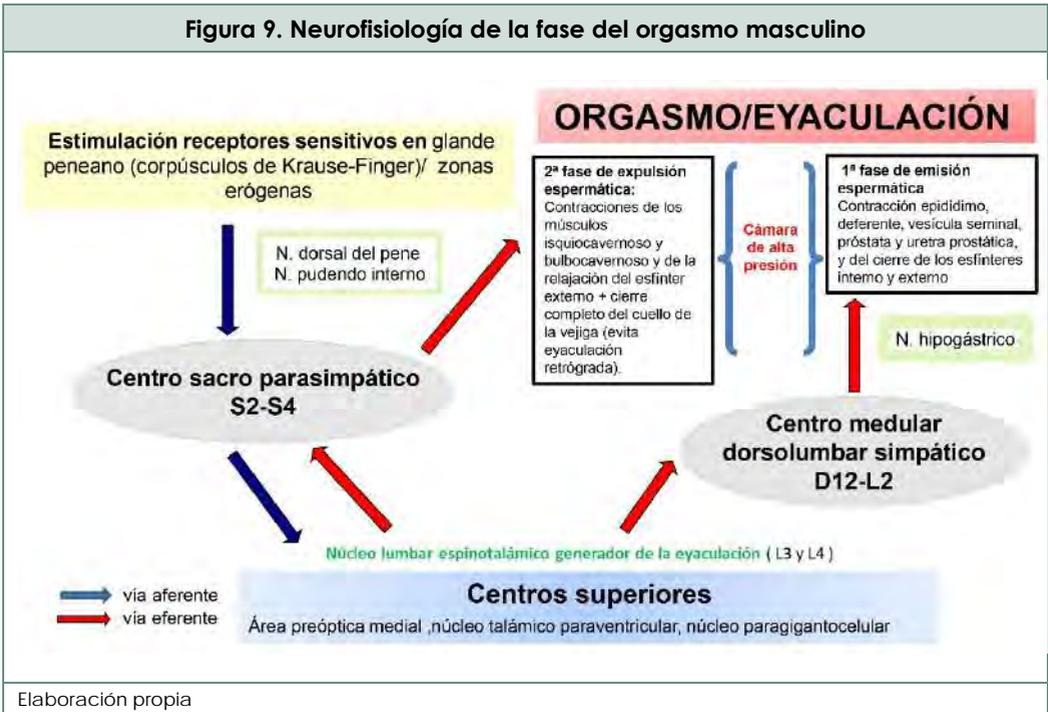
Tras la eyaculación, o por disminución de la excitación sexual, cesan las señales vasodilatadoras anteriores y vuelven a predominar las vasoconstrictoras, por lo que el aporte de sangre disminuye y las venas dejan de ser comprimidas, permitiendo la salida de sangre y reduciéndose el tamaño de los cuerpos cavernosos. Como resultado final, se pierde la erección.

### Mujer

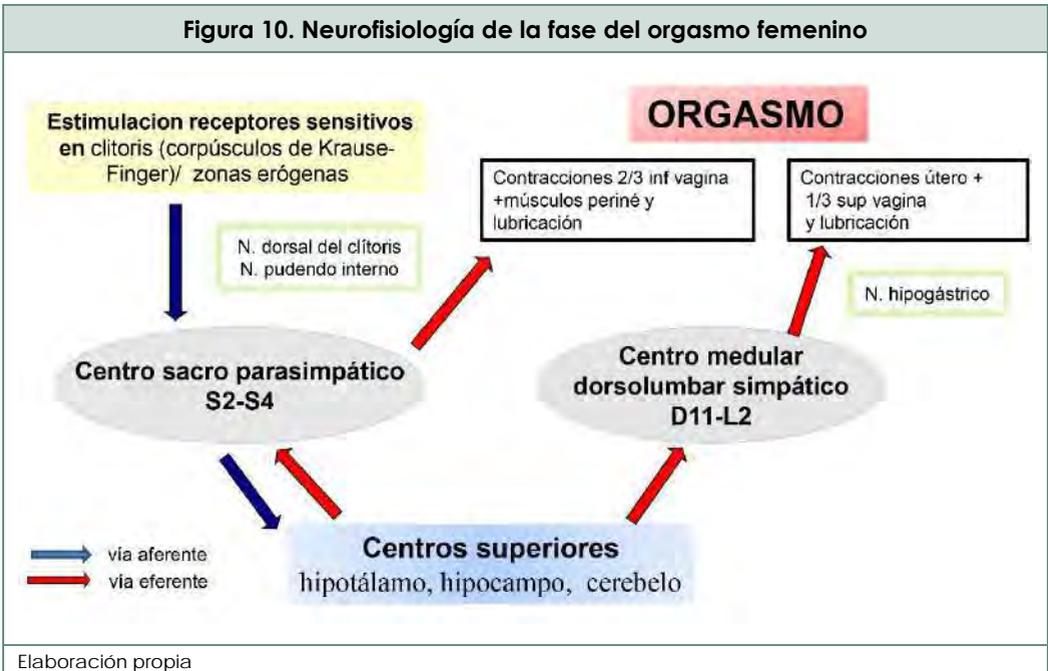
Los fenómenos miotónicos que se producen en esta fase se representan figura 10.

Existe un porcentaje considerable de mujeres que observan diferencias entre orgasmos producidos por una u otra vía. Algunos autores los ha clasificado en orgasmos superficiales, los que intervienen los niveles sacros, y profundos los que intervienen niveles dorsales. Pero esto no convence a algunos si tenemos en cuenta que esa respuesta interviene aspectos cognitivos y afectivos que proporcionan a la mujer apreciaciones muy personales.

**Figura 9. Neurofisiología de la fase del orgasmo masculino**



**Figura 10. Neurofisiología de la fase del orgasmo femenino**



## ■ HORMONAS, NEUROTRANSMISORES Y PÉPTIDOS EN LA FUNCIÓN SEXUAL

Las hormonas, los neurotransmisores y los péptidos son básicos en el adecuado funcionamiento del ciclo sexual, sus mecanismos de acción están en continuo estudio y revisión (Tablas 7 y 8; figuras 11 y 12).

<b>Tabla 7. Hormonas sexuales y función sexual</b>		
	<b>RESPUESTA SEXUAL MASCULINA</b>	<b>RESPUESTA SEXUAL FEMENINA</b>
<b>ANDROGENOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estimula aparición y mantenimiento del deseo/interés sexual</li> <li>▪ Modula proceso eréctil del varón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fomento del deseo/interés sexual</li> <li>▪ Interviene en el desarrollo y mantenimiento del clítoris</li> <li>▪ Facilita la excitación: relajación del músculo liso vaginal y lubricación vaginal</li> <li>▪ DHEA-S: efecto beneficioso sobre las funciones cognitiva y sexual y el bienestar general</li> </ul>
<b>ESTRADIOL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Su exceso (exógeno o aromatización andrógenos) produce signos de hipogonadismo y alteraciones en la función eréctil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fundamental en el mantenimiento del buen estado trófico de la vagina y del tracto urinario inferior. (Niveles &gt;50 pg/ml)</li> <li>▪ Facilitan la vasodilatación y la lubricación</li> <li>▪ Aumentan la frecuencia de las relaciones sexuales, el deseo, la frecuencia del orgasmo, la satisfacción sexual y la sensación de sentirse atractiva y deseable</li> </ul>
<b>PROLACTINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altos niveles de prolactina (&gt;35ng/ml) disminuye produce disminución del deseo/interés sexual y de la respuesta eréctil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altos niveles de prolactina produce disminución del deseo/interés sexual y contribuye a la sequedad vaginal y la dispareunia.</li> </ul>
<b>OXITOCINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumenta durante excitación, pico máximo durante la eyaculación y el orgasmo. Mediador de las contracciones perineales de esta fase</li> <li>▪ Hormona del apego y la filiación (la hormona «del tocar»)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento significativo durante la fase de orgasmo, relacionado con la contracción de la musculatura uterina, siendo directamente proporcional con la intensidad de la percepción del orgasmo</li> <li>▪ Hormona del apego y la filiación (la hormona «del tocar»)</li> </ul>
<b>TIROTROPINA (TSH)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hipotiroidismo e hipertiroidismo, suele ir asociada a anomalías de la respuesta sexual, afectando al deseo, erección y el orgasmo</li> </ul>	

**Tabla 7. Hormonas sexuales y función sexual (continuación)**

	<b>RESPUESTA SEXUAL MASCULINA</b>	<b>RESPUESTA SEXUAL FEMENINA</b>
<b>BETAENDORFINAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dosis bajas facilitan el apetito sexual</li> <li>▪ Dosis altas inhiben la actividad sexual</li> </ul>	
<b>VASOPRESINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interviene en la regulación de la erección</li> </ul>	No hay estudios
<b>HORMONA DEL CRECIMIENTO (GH)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumenta con la erección y disminuye tras ella, probablemente influenciando la producción de GMPc</li> <li>▪ En estudio su uso en el tratamiento del orgasmo masculino</li> </ul>	No hay estudios

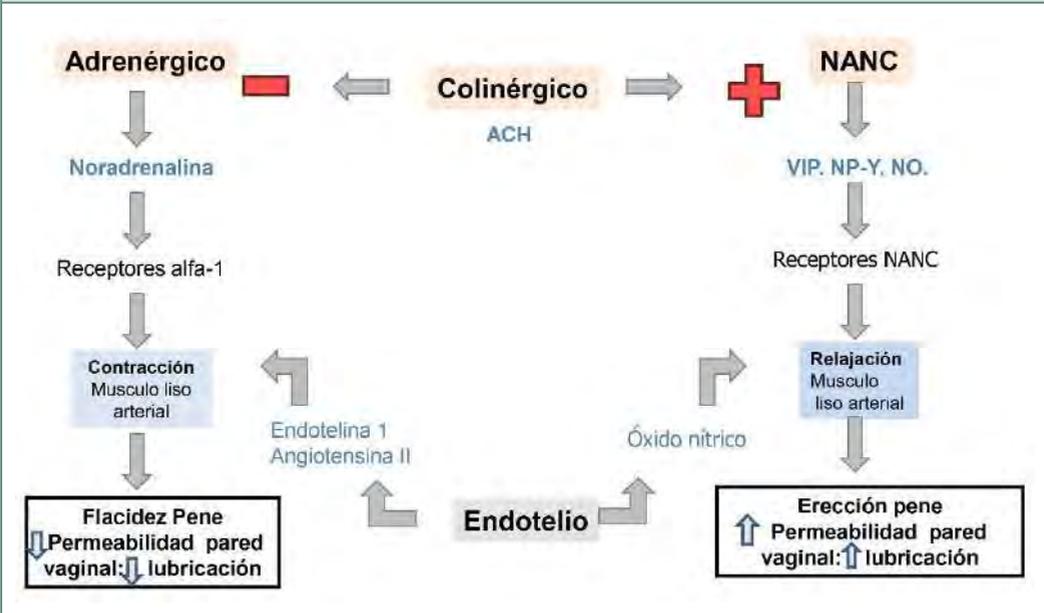
Sulfato de *dehidroepiandrosterona* (DHEA-S)

**Tabla 8. Neurotransmisores/neuropéptidos y función sexual**

	<b>RESPUESTA SEXUAL MASCULINA</b>	<b>RESPUESTA SEXUAL FEMENINA</b>
<b>Noradrenalina:</b>	Inhibe la erección	Disminuye la permeabilidad de la pared vaginal y la lubricación
<b>Acetilcolina:</b>	Facilita la erección	Disminuye la permeabilidad de la pared vaginal y la lubricación
<b>NANC: Óxido nítrico. Endotelinas, Neuropéptido Y, Neurotensina, Péptido intestinal vasoactivo</b>	Facilita la erección. Estimula la eyaculación	Facilitan la permeabilidad de la pared vaginal y la lubricación
<b>Dopamina</b>	Facilita la función sexual (excitación, orgasmo y deseo sexual) Responsable de la sensación de enamoramiento	
<b>Serotonina (5-HT)</b>	Inhibe el deseo sexual y el orgasmo (receptores postsinápticos 5HT2) Los auto-receptores 5HT1A, frenan la transmisión serotoninérgica, tienen un efecto estimulador de la función sexual	

No adrenérgico no colinérgico (NANC)

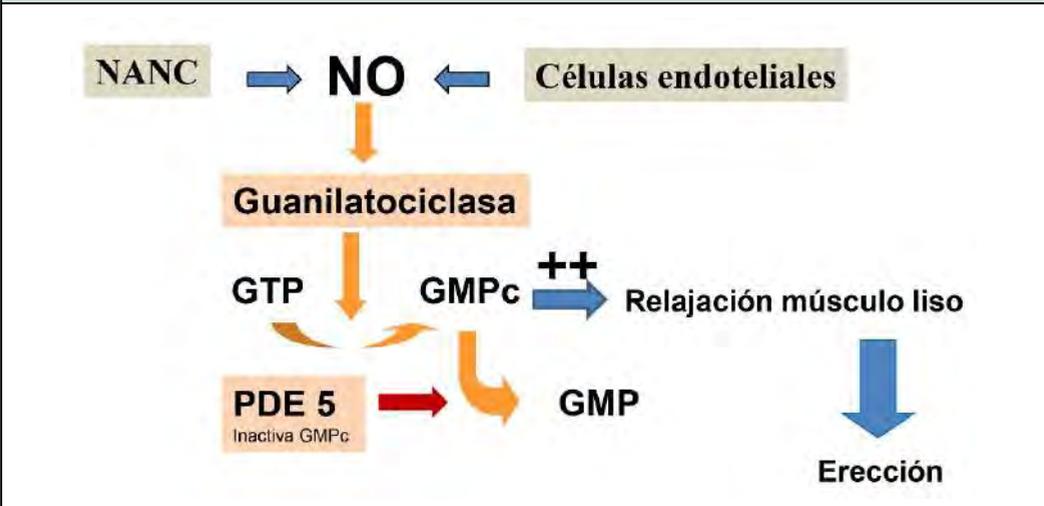
**Figura 11. Neurotransmisores de la respuesta sexual**



Acetilcolina (ACH), Neuropeptido Y(NP-Y); Péptido intestinal vasoactivo (VIP);óxido nítrico(NO) no Adrenérgico no Colinérgico (NANC)

Elaboración propia: Adaptadas de: Lucas M. Cabello Introducción a la Sexología Clínica. Madrid: Editorial Elsevier; 2007

**Figura 12. Mecanismo de acción óxido nítrico**



Oxido nítrico(NO) ; Guanosín trifosfato(GTP), Guanosin monofosfato ciclico( GMPC); Guanosín monofosfato ( GMP); Fosfodiesterasa (PDE) no Adrenérgico no Colinérgico (NANC)

Elaboración propia: Adaptadas de: Lucas M. Cabello Introducción a la Sexología Clínica. Madrid: Editorial Elsevier; 2007



# DISFUNCIONALIDAD SEXUAL: CLASIFICACIÓN, EPIDEMIOLOGÍA, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

*María José Tijeras Úbeda*

## PUNTOS CLAVE

- ▣ Las DS son un grupo heterogéneo de problemas que alteran cualquiera de las etapas de la respuesta sexual: deseo, excitación, meseta y resolución.
- ▣ Se debe evitar el sobrediagnóstico de dificultades sexuales transitorias, o la patologización de ciertos comportamientos sexuales.
- ▣ La historia médica general, con una correcta anamnesis sexual, y la exploración física constituyen el eje principal en la evaluación integral e integrada de la persona con problemática sexual.

## ▣ CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SEXUALES

Las DS son un grupo heterogéneo de problemas que alteran la capacidad para obtener una respuesta sexual adecuada y placentera en cualquiera de sus etapas: deseo, excitación, meseta y resolución, con diferencias entre mujeres y varones.

La clasificación más aceptada y controvertida es la del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su versión 5 (DMS-5) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Distinguen los «trastornos» en los comportamientos sexuales en tres categorías: disfunciones sexuales, disforia de género y trastornos parafilicos (Tabla 1).

Existen pequeñas diferencias en el nomenclator de las DS en la Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad de la Organización Mundial de la Salud (CIE-11), muy utilizada en AP (Tabla 2).

Para evitar el sobrediagnóstico de dificultades sexuales transitorias, o la patologización de ciertos comportamientos sexuales, es conveniente que en AP conozcamos qué síntomas o conductas se asocian a las entidades más frecuentes. Llegar a un diagnóstico en base a estos criterios o categorías puede resultar complicado, ya que los/as usuarios/as cuando nos consultan suelen hacer descripciones genéricas e informales de sus conductas sexuales (“no tengo ganas”, dificultades de erección, falta de orgasmos...), con apreciaciones sesgadas y subjetivas que nos impide diferenciar entre trastorno o dificultad, “normalidad” o “anormalidad”, etiología orgánica o psicológica, y la existencia o no de comorbilidad.

Estas DS deben cumplir una serie de criterios diagnósticos comunes, y los síntomas descritos en los criterios A son los que las definen (Tablas 3,4 y 5).

**Tabla 1. Clasificación de los trastornos sexuales según DSM-5**

	Femeninas	Masculinas
<b>Disfunciones sexuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastorno del interés/ excitación sexual femenino (TIE)</li> <li>▪ Trastorno orgásmico femenino</li> <li>▪ Trastorno dolor genito-pélvico/ de la penetración (dispareunia-vaginismo).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón</li> <li>▪ Trastorno eréctil/ disfunción eréctil</li> <li>▪ Eyaculación prematura (precoz)</li> <li>▪ Trastornos del orgasmo masculino</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos</li> <li>▪ Otra disfunción sexual no especificada*</li> <li>▪ Disfunción sexual no especificada**</li> </ul>	
<b>Disforia de género</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disforia de género en niños</li> <li>▪ Disforia de género en adolescentes y adultos</li> <li>▪ Otra disforia de género especificada</li> <li>▪ Disforia de género no especificada</li> </ul>	
<b>Trastornos parafilicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastorno de voyeurismo, de exhibicionismo, de froteurismo, de masoquismo sexual, de sadismo sexual, de pedofilia, de fetichismo</li> <li>▪ Otro trastorno parafilico especificado: trastorno parafilico no especificado</li> </ul>	
<p>* No cumplen todos los criterios de alguna disfunción sexual pero se especifica el motivo específico de la disfunción. ** No cumplen todos los criterios de alguna disfunción sexual pero no especifica el motivo específico de la disfunción                      American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.</p>		

**Tabla 2. Denominación y codificación diagnóstica de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas**

Código CIE-11	CIE-11	DSM-V
HA00 HA01.0	Deseo sexual hipoactivo Trastorno de la excitación sexual femenina	Trastorno del interés / excitación sexual femenina
H020.0	Anorgasmia	Trastorno orgásmico femenino
GA12 HA20.Z	Dispareunia Vaginismo	Trastorno de penetración / dolor genitopélvico
HA00	Deseo sexual hipoactivo	Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón
HA01.1Z	Disfunción eréctil masculina	Disfunción eréctil
HA03.0Z	Eyaculación precoz	Eyaculación precoz
HA03.1Z MF40.3	Eyaculación retardada masculina Eyaculación retrógrada	Trastornos del orgasmo masculino
Tomado de: <a href="https://www.sexologomedico.com/wp-content/uploads/2021/09/clasificacion-disfunciones-sexuales-antonio-ferrandez.pdf">https://www.sexologomedico.com/wp-content/uploads/2021/09/clasificacion-disfunciones-sexuales-antonio-ferrandez.pdf</a>		

**Tabla 3. Criterios diagnósticos comunes de trastornos sexuales DSM-5**

- A. Los síntomas aparecen en el **75-100%** de todas las actividades sexuales (en contextos situacionales, generalizados o en todos los contextos):
- B. Los síntomas del criterio A deben permanecer **al menos 6 meses**
- C. Los síntomas del criterio A provocan **un malestar clínicamente significativo** en la persona
- D. La disfunción sexual no **se explica mejor** por un desorden mental no sexual o como consecuencia de problemas graves de la relación de pareja o de otros factores estresantes significativos, y no es atribuible a los efectos de una sustancia, de una medicación o de otra condición médica

Se ha de especificar si:

- *De por vida o Adquirido*: el trastorno ha existido desde que la persona alcanzó la madurez sexual, o empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal
- *Generalizado o Situacional*: si ocurre siempre o se limita a determinado tipo de estimulación, situaciones o parejas
- *Leve, Moderado o Grave*: según la intensidad del malestar causado por los síntomas del criterio A

\*American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.

**Tabla 4. Criterios A de DSM-5 de las DS femeninas más frecuentes**

Trastorno del interés/ excitación sexual femenino (TIE)	Trastorno orgásmico femenino	Trastorno dolor genito-pélvico/ de la penetración
<p>Si manifiestan &gt;3 de estos síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reducción o falta de interés en la actividad sexual</li> <li>2. Ausencia o disminución de fantasías y pensamientos sexuales o eróticos</li> <li>3. Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla</li> <li>4. Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en pareja.</li> <li>5. Excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual)</li> <li>6. Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual pareja.</li> </ol>	<p>Si manifiestan &gt;1 de estos síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo.</li> <li>2. Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.</li> </ol>	<p>Si dificultades persistentes o recurrentes con &gt;1 de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penetración vaginal durante las relaciones.</li> <li>2. Marcado dolor vulvo-vaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración</li> <li>3. Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvo-vaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal</li> <li>4. Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal</li> </ol>

\*American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.

En la clasificación de disfunciones sexuales femeninas (DSF), los trastornos del deseo sexual y de la excitación sexual femenina se han aunado en una categoría denominada, Trastorno de la Excitación/Interés Sexual en la Mujer (TIE), dadas las dificultades que presentan algunas mujeres a la hora de distinguir estas fases. Así, es habitual que el trastorno de excitabilidad conduzca a una falta de deseo en un tiempo rápido y, muchas veces, desde la falta de deseo se llega a una aversión sexual. De la misma manera, un deseo hipoactivo condicionará que la mujer no se concentre y pierda capacidad para lubricar y excitarse.

El trastorno de dolor genito-pélvico de la penetración combinan las dos clásicas entidades de dispareunia (dolor recurrente o persistente durante el coito) y vaginismo (aparición recurrente o persistente de espasmos dolorosos involuntarios de la musculatura del tercio externo vaginal interfiriendo o impidiendo la penetración del pene o de cualquier objeto).

<b>Tabla 5. Criterios A de DSM-5 de las DS masculinas más frecuentes</b>			
<b>Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón</b>	<b>Disfunción eréctil (DE)</b>	<b>Eyacuación precoz (EP)</b>	<b>Eyacuación retardada</b>
Si manifiesta: 1. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y deseo de actividad sexual reducido o ausente de forma constante o recurrente. La evaluación de la deficiencia la hace el clínico, teniendo en cuenta factores que afectan a la actividad sexual, como la edad y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo	Experimentar > 1 síntomas siguientes: 1. Dificultad marcada en la obtención de una erección durante la actividad sexual. 2. Dificultad marcada para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual. 3. Reducción marcada de la rigidez de la erección	Si manifiesta: 1. Eyacuación persistente o recurrente que ocurre durante la relación sexual dentro de aproximadamente un minuto de la penetración vaginal sin que el individuo lo desee.	Si manifiesta: 1. Retraso marcado o la incapacidad para alcanzar la eyacuación a pesar de la presencia de estimulación sexual adecuada y el deseo de eyacular (no existe consenso sobre el tiempo razonable).
<small>*American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.</small>			

## Disforia de género

Antes denominada «trastorno de identidad de género», se manifiesta como la identificación persistente e intensa con el otro sexo a todos los niveles, acompañada de un constante malestar con el propio sexo o una sensación de estar ocupando un cuerpo que no le corresponde. Contempla diferencias en la infancia, frente a la adolescencia y los adultos, así como en los comportamientos de hombres y mujeres, y se reafirma en el criterio del malestar o deterioro en el funcionamiento vital. Además, es necesario especificar si se acompaña de un trastorno en el desarrollo sexual (hiperplasia adrenal congénita, síndrome de insensibilidad androgénica, etc.), porque estos trastornos tendrían que ser codificados.

Más actual y congruente es la definición de discordancia de género recogida en CIE 11(2018), en su Capítulo 17 en el apartado de “Condiciones relacionadas con la salud sexual”: “Se caracteriza por la marcada y persistente discordancia entre el género experimentado de la persona y el sexo asignado. Las variaciones en el comportamiento de género y las preferencias no constituyen por sí solas la base para asignar los diagnósticos en este grupo.” Da un paso adelante hacia la despatologización de la transexualidad.

## Trastornos parafilicos

Hay que diferenciar entre parafilia y trastornos parafilicos. Se define parafilia como “cualquier interés sexual intenso y persistente que no sea el interés sexual en la estimulación genital o caricias preparatorias con las parejas humanas fenotípicamente normales, físicamente maduras, consintiendo” y define como trastorno parafilico a las parafilias que causan malestar o deterioro a la persona o daño a los demás. Una parafilia no conlleva necesariamente un trastorno parafilico.

Este tipo conductas sexuales poco normativas son consideradas patrones de comportamientos estables o persistentes y difíciles de modificar sustancialmente. Los trastornos de la personalidad y depresión son las comorbilidades psiquiátricas asociadas más habituales, además del abuso de sustancias.

Los trastornos parafilicos donde el objeto son menores, o existe una ausencia de consentimiento de la pareja u otras personas involucradas, son considerados delitos sexuales.

Existen otros trastornos no incluidos o descritos en DSM-5 pero que creemos deben ser conocidos y definidos por su presencia clínica (Tabla 6).

**Tabla 6. Otros trastornos sexuales no incluidos DSM-5**

- **Aversión al sexo.** Evitación extrema persistente o recidivante de todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual
- **Comportamiento sexual compulsivo /adicción sexual/ trastorno hipersexualidad**  
Búsqueda compulsiva de contactos sexuales aunque no den lugar a satisfacción sexual. Se incluyen en este grupo la ninfomanía y la satiriasis. Podrían englobarse en los trastornos del control de impulsos
- **Disforia postcoital.** Durante la fase de resolución del ciclo sexual, puede aparecer ánimo depresivo, tensión psicológica, irritabilidad y ansiedad, a veces también agitación motora. Se ha descrito en ambos sexos
- **Orgasmo femenino precoz o prematuro.** Orgasmo demasiado rápido, sin posibilidad de control. Esto causa importante distrés personal e interfiere en sus relaciones sexuales interpersonales. Tiene una prevalencia del 10%
- **Anhedonia orgásmica.** La sensación de placer no acompaña al orgasmo, a pesar de presentar el sujeto todos los identificadores físicos de obtener el orgasmo (por ejemplo eyaculación en el varón)
- **Trastorno de excitación genital persistente.** Se caracteriza por síntomas de excitación sexual fisiológica en ausencia de sentimientos de excitación subjetiva o deseo. Persisten mucho tiempo y no mejoran con la actividad sexual, describiéndose como indeseados, desagradables y/o dolorosos. Se acompañan de gran malestar y ansiedad. Etiología desconocida
- **Aneyaculación.** Imposibilidad de eyacular o conseguir un orgasmo a pesar de haber obtenido una excitación correcta y satisfactoria. Hay que evaluar la presencia o no de sensación orgásmica
- **Dolor sexual no coital.** Dolor genital recurrente o persistente inducido por estimulación sexual no coital. Está descrito en mujeres
- **Dispareunia masculina.** En varones frecuentemente está asociada a patologías como la enfermedad de Peyroine, prostatitis, gonorrea, infección herpética, etc
- **Dolor post-eyaculatorio.** Debido al espasmo involuntario de la musculatura perineal. Puede deberse a conflictos psicológicos relacionados con el sexo o a efectos secundarios de medicación antidepresiva

## ▣ EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Los estudios epidemiológicos de las DS tanto masculinas como femeninas en población general son escasos, y muestran importantes sesgos por la heterogeneidad de las muestras y de los test diagnósticos utilizados.

En varones la disfunción eréctil (DE) es considerada la más prevalente seguida de la eyaculación precoz (EP).

En el estudio Massachusetts Male Aging (MMAS), el 52% de los encuestados reportaron algún grado de DE. Triplicándose la probabilidad de que fuese completa entre los 40 y 70 años.

El estudio multi-céntrico europeo EMAS con una muestra aleatoria de 3.369 varones de entre 40-79 años con una edad media de  $60 \pm 11$  años reporta unos resultados del 30% de DE, y un 6% de trastornos del orgasmo. En ambos casos se asociaba con la edad y las comorbilidades.

En España, según el Estudio de la Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina (EDEM), en el que se incluyeron 2.476 varones de entre 25-70 años, la tasa de prevalencia es del 12,1%. La DE está presente en el 46,2% de los diabéticos, en un 46,7% de los varones afectados de patología prostática, un 38,6% de pacientes con patología pulmonar o un 27,4% de hipertensos.

La prevalencia de EP varía ampliamente según los estudios, se sitúa entre el 14 y el 30% de varones adultos. En el estudio PEPA (The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes), que recoge datos de 12.133 hombres, la prevalencia total de EP fue del 22,7%.

La prevalencia de la eyaculación retardada, en periodos superiores a los seis meses, es aproximadamente del 4%-10%. Se mantiene estable hasta los 50 años, aumentando progresivamente hasta los 80, presentando en estos casos el doble de dificultad que los menores de 59 años.

Los trastornos de deseo sexual hipoactivo (DSH) en varones de una edad media de 53 años, sin otras afecciones de la esfera sexual, es de 5,1%. Esta prevalencia aumenta con la edad y si el DSH se asocia a otras co-morbilidades: 38% de los pacientes con DE; 28,2% de pacientes con EP; 50% de los pacientes que sufren eyaculación retardada; 100% de los pacientes con hipogonadismo o hiperprolactinemia.

En cuanto a las DSF, un 40% de las mujeres presenta problemas sexuales a lo largo de toda su vida y un 12% presenta malestar y dificultades interpersonales por ese motivo.

La proporción de mujeres afectadas, en mayor o menor gravedad por un cuadro de TIE oscila entre el 20% y el 40%, siendo mayor en mujeres en periodo de menopausia, sobre todo en jóvenes con menopausia quirúrgica, en las que la prevalencia puede duplicarse.

En la revisión sistemática de Muñoz et al sobre 15 estudios sobre DSF (n=10.575) con un rango de edad de 15 a 70 años, reporta una prevalencia de la DSF entre el 5.5 % al 73.2%. Según dominios: Deseo 10,4% al 52%, Excitación 3,5% al 91,3%, Lubricación 2,5% al 96,6%, Orgasmo 2% al 82,6%, Dolor 3% al 64,4%, Satisfacción 3,5% al 81.2%. Mostrando la tremenda variabilidad de datos reportados.

En relación a la disforia de género, se estima que 1 de cada 10.000 nacidos hombres es una mujer transexual, y 1 de cada 30.000 nacidos mujeres es un hombre transexual (1HT/3MT). Y reciben cirugía de reasignación y/o tratamiento hormonal el 80%. En España, en las unidades de tratamiento de Andalucía y Cataluña, apuntan que el 88-90% de los sujetos que consultan en estas unidades son diagnosticados, y existirían 1 HT por cada 1,6-2,1 MT.

Resulta difícil conocer datos exactos sobre la prevalencia de los trastornos parafilicos al tratarse de conductas ocultas, pero sí se sabe que más del 85% de los casos corresponden a varones.

## ▣ **EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS SEXUALES**

La historia médica general, con una correcta anamnesis sexual, y la exploración física constituyen el eje principal en la evaluación integral e integrada de la persona con problemática sexual. En otras ocasiones, la confirmación del diagnóstico requerirá de la ayuda de determinaciones analíticas y cuestionarios de función sexual.

Con estos instrumentos diagnósticos debemos dar respuesta a los siguientes ítems:

- Delimitar el motivo de consulta: en ocasiones pueden consultar por dudas o creencias erróneas que se resolverán con información y no precisará de más intervenciones. Pero una sospecha de DS obliga a completar la anamnesis, crear una hipótesis diagnóstica y realizar un diagnóstico diferencial.
- Orientar sobre la posible etiopatogenia, a menudo se entrelazan las causas que contribuyen al problema.
- Valorar las actitudes hacia la sexualidad, nivel de motivación y compromiso de él/ella y su pareja si se decide iniciar tratamiento.
- Determinar si es subsidiario de tratamiento en AP o precisa derivación a atención de segundo nivel.

## ▣ **HISTORIA MÉDICA**

La información a recoger es similar a la obtenida en la valoración de cualquier otro problema de salud general, por lo que no debe suponer un sobreesfuerzo.

Sistemáticamente se debe registrar los siguientes aspectos:

a) Motivo de consulta:

b) Antecedentes generales:

- Antecedentes médicos familiares de interés: no olvidar enfermedades metabólicas, endocrinas o neurológicas con gran componente hereditario
- Hábitos tóxicos y estilos de vida no saludables: sedentarismo, obesidad, alto nivel estrés, prácticas sexuales de riesgo, alcohol, tabaco, cannabis, heroína etc., están íntimamente relacionados con la génesis o el mantenimiento de DS
- Antecedentes personales y problemas activos de salud: son múltiples las enfermedades que puede afectar a la sexualidad. Prestar especial atención a factores de riesgo cardiovascular, trastornos uro-ginecológicos, patología mental, enfermedades metabólicas y traumatismos en zona pélvica o medular. Ver Anexo V
- Los/as pacientes con patología mental tienen un mayor riesgo de padecer DS debido al propio trastorno psiquiátrico (afectivos, ansiedad o psicóticos), a su predisposición individual, historia personal y secundarismos de la medicación psicótropa que alteran el ciclo de respuesta sexual provocando descenso de libido, dificultades en las fases de excitación, orgasmo o deseo

- Las cirugías, y en especial todas las de la zona abdominal-pélvica, presentan una alta incidencia de DS: cirugía cerebral o espinal, linfadenectomía pélvica retroperitoneal, by-pass aortoiliaco o aortofemoral, resección abdominoperineal, proctocolectomía, resección transuretral de próstata, prostatectomía radical, criocirugía de próstata, cistectomía radical, etc
- Tratamientos actuales: Preguntar alergias y contraindicaciones. Detallar principios activos y posologías para descartar efectos secundarios sobre la respuesta sexual, o contraindiquen la prescripción de otros. Ver Anexo V  
No olvidar otras terapias como: radioterapia, oxigenoterapia, CPAP, hemodiálisis, etc.

c) Anamnesis sexual:

La entrevista debe ir dirigida a recoger datos relacionados con el trastorno sexual actual que nos ayuden concretar una hipótesis diagnóstica (Tabla 7).

Hay que descartar dificultades sexuales transitorias que pueden aparecer por situaciones de estrés, excesiva actividad, convalecencias, con parejas nuevas, o en las disputas con la pareja ante la desaprobación de ciertas prácticas sexuales (ej: sexo oral o anal) o la discrepancia respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales.

**Tabla 7. Diagnóstico multidimensional de los trastornos sexuales**

- Tipo de trastorno relacionado o no con el ciclo de respuesta sexual, disforia etc.\*
- Cronología primaria o secundaria (de toda la vida o adquirida)
- Aparición general o en situaciones o con personas concretas (general o situacional)
- Comienzo brusco o progresivo (aguda o gradual)
- Grado de severidad (total o parcial)
- Etiología: orgánica, psicógena o mixta\*\*

\* Si EP preguntar por: Tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (IELT); DE: Si existen erecciones espontaneas o matutinas. \*\*Orgánica: mayor edad, comienzo gradual, permanente, curso constante; Problemas psicosexuales, de pareja y ansiedad/miedo secundarios. Psicógena: menor edad, comienzo agudo, situacional, curso variable; Problemas psicosexuales, de pareja y ansiedad/miedo primarios. Mixta: Es la causa más común

d) Evaluación psicosexual, familiar y relacional:

No es de obligado cumplimiento la realización de este tipo de valoraciones en AP pero la información que recojamos nos va a ayudar a su evaluación holística. Para efectuarla se debe, disponer del tiempo necesario y si no es así posponer la entrevista, buscar el momento adecuado, y evitar violentar al paciente. Debe recoger:

- Historia clínica básica en salud sexual: Tabla 8.
- Factores psicológicos que pueden predisponer, generar o mantener las DS: tabla 9.
- Situación familiar y socio-laboral: Conocer o actualizar los datos familiares, sociales y laborales de los que disponemos en la historia constituye una gran fuente de información: estado civil, estructura familiar, etapa de ciclo familiar que se encuentra, situación laboral.
- Relación de pareja: Fundamental a la hora de la evaluación de una DS saber si el paciente vive en pareja, si dicha relación de pareja estaba previamente deteriorada o si existen mecanismos de comunicación entre ellos alterados. Los problemas sexuales y los de relación de pareja suelen estar claramente vinculados y se tienden a retroalimentar.

**Tabla 8. Contenidos de la Historia clínica básica en salud sexual**

- Datos puberales (edad de la menarquia, erecciones y poluciones nocturnas)
- Historia anticonceptiva y reproductiva
- Primeras experiencias sexuales (edad, orientación sexual, conductas de riesgo de embarazo o de ITS, vivencia y/o grado de satisfacción)
- Relaciones actuales y frecuencia sexual (inexistentes, masturbatorias, monogámicas, parejas múltiples u ocasionales)
- Información sobre la respuesta del ciclo sexual (deseo, excitación, orgasmo) en el pasado y en el momento actual

ITS: Infecciones transmisión sexual. Tomado: Sánchez F et al. La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes. Semergen. 2013; 39(8):433-9.

**Tabla 9. Factores psicológicos de las disfunciones sexuales**

<b>Factores predisponentes</b>	Educación moral y religiosa restrictiva Relaciones entre padres deteriorados Inadecuada información sexual Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia Trastorno de la personalidad Modelos paternos inadecuados
<b>Factores precipitantes</b>	Disfunción sexual previa Problemas generales en la relación de pareja Expectativas poco razonables sobre el sexo Disfunción en la pareja con la que se interacciona Algún fallo esporádico Reacción a algún trastorno orgánico Edad (y cambio en las respuestas como consecuencia de ésta) Depresión, ansiedad y estrés Momentos especiales (episodios de cansancio, ansiedad o depresión)
<b>Factores mantenedores</b>	Ansiedad ante la interacción sexual Anticipación de fallo o fracaso Sentimientos de culpabilidad Falta de atracción y escasa comunicación entre los miembros de la pareja Problemas generales en la relación de pareja Deterioro de la autoimagen Información sexual inadecuada Escasez de estímulos eróticos Miedos o fobias específicas Escaso tiempo dedicado al galanteo o caricias antes de pasar al coito Trastornos mentales (depresión, alcoholismo, anorexia, ansiedad)
Adaptado de Farré, Lasheras, 1998	

## ■ EXPLORACIÓN FÍSICA

La sospecha diagnóstica y la elaboración de un correcto diagnóstico diferencial pasa por la realización de una exploración física dirigida por órganos y aparatos (Tabla 10).

Tabla 10. Exploración física ante la sospecha trastorno sexual			
Sistema vascular	Sistema neurológico	Sistema endocrinológico	Sistema genitourinario
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IMC</li> <li>▪ TA</li> <li>▪ Auscultación cardiovascular</li> <li>▪ ITB: (0,9-1,1 normal)</li> <li>▪ Pulsos inguinales, de cuerpos cavernosos y distales</li> <li>▪ Auscultación soplos abdominales e inguinales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Explorar sensibilidad perineal</li> <li>▪ Reflejo bulbocavernoso (lesión S2-S3)</li> <li>▪ Reflejo anal digital (lesión de la vía eferente pudiendo interno)</li> <li>▪ Reflejo cremastérico (lesión S3-S4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alteraciones del hábito corporal</li> <li>▪ Caracteres sexuales secundarios que indique feminización o virilización</li> <li>▪ Evaluar climaterio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Examinar genitales externos masculinos (curvatura o placas fibróticas en el pene de la enfermedad de Peyronie, testículos pequeños y atróficos, varicoceles)</li> <li>▪ Tacto rectal ante la sospecha de patología prostática</li> <li>▪ Examen ginecológico en mujeres (atrofia vulvo-vaginal, lubricación, cistocele etc)</li> </ul>
Índice masa corporal (IMC), Tensión arterial (TA), índice tobillo-brazo (ITB)			

## ■ RECURSOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD SEXUAL

- Pruebas de laboratorio básicas en medicina sexual se individualizarán en función del contexto clínico (Tabla 11).

Tabla 11. Pruebas de laboratorio básicas ante la sospecha trastorno sexual		
Ambos sexos	Hombre	Mujer
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemograma completo.</li> <li>▪ Glucemia basal. Perfil lipídico. Iones.</li> <li>▪ Pruebas de función renal y hepática</li> <li>▪ TSH y T4, Cortisol plasmático y/o libre en orina de 24 horas.</li> <li>▪ Serologías ITS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PSA total, libre y cociente</li> <li>▪ Testosterona libre o total</li> <li>▪ SHBG</li> <li>▪ Prolactina, LH</li> <li>▪ Cultivos uretrales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 17-beta estradiol, progesterona</li> <li>▪ FSH, LH,</li> <li>▪ Testosterona total, DHEAs</li> <li>▪ Prolactina.</li> <li>▪ Cultivos vaginales</li> </ul>
PSA: Antígeno prostático específico; ITS. Infecciones transmisión sexual. DHEAs: dehidroepiandrosterona		

- Otras pruebas ante sospechas clínicas concretas: estudios neurofisiológicos, ecografía o RMN.
- Cuestionarios autoadministrados de función sexual: no deben sustituir a una buena entrevista clínica, sino que son un complemento en el proceso de despistaje y seguimiento de DS. Existen cuestionarios específicos validados para la población española: Ver Anexo VI
  - FSM-2 (Función Sexual de la Mujer-2): en esta segunda edición se han corregido y se ha adaptado a los criterios contemplados en el DSM-5 para el diagnóstico de DS. Evalúa la respuesta sexual de la mujer y describe aspectos importantes de su actividad sexual en pareja: ansiedad anticipatoria, iniciativa, confianza para comunicar preferencias y acontecimientos que puedan influir. Puede detectar disfunción sexual en la pareja.
  - IIEF (índice internacional de la función eréctil). Evalúa la DE mediante 15 preguntas que exploran la función eréctil, orgasmo, función eyaculatoria y satisfacción del hombre.
  - SHIM (índice de salud sexual para el varón), también conocido como IIEF-5, recoge las preguntas del IIEF relacionadas con el dominio de la función eréctil.
  - Test de Aptitud Eyaculatoria (TAE), 14 ítems, es el único validado para el diagnóstico de la eyaculación precoz en población española. Pero el PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool), con 5 ítems es muy aconsejable en AP.



# INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE LA DISFUNCIONALIDAD SEXUAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

María José Tijeras Úbeda

## PUNTOS CLAVE

- ▣ El Asesoramiento y el Consejo Sexual son las principales herramientas en el abordaje terapéutico de la problemática sexual, y solucionan la mayoría de las demandas sobre salud sexual.
- ▣ El Consejo Sexual es un proceso dinámico a través del cual se marcan objetivos de cambio, tanto a nivel conductual como cognitivo y actitudinal.
- ▣ En AP la formación en salud sexual debe incluir algunos conceptos básicos de la terapia sexual y los posibles tratamientos farmacológicos de las DS.

## ▣ ASESORAMIENTO Y CONSEJO SEXUAL

El Asesoramiento y el Consejo Sexual son las principales herramientas en el abordaje terapéutico de la problemática sexual, y requieren motivación, aprendizaje y entrenamiento por parte del profesional que la realiza.

Solucionan la mayoría de las demandas sobre salud sexual de las personas que nos consultan. Pues en ocasiones, el mero hecho de cuestionar su vivencia sexual, conceptualizar y verbalizar adecuadamente sus problemas sexuales y ser correctamente informada a cerca de la sexualidad, puede suponer un primer paso hacia la mejoría de la Disfunción Sexual (DS), y/o de los problemas psicológicos y relacionales que conlleva.

No solo se centran en pacientes con DS, son además estrategias de educación, prevención y promoción de la salud sexual. El objetivo es conseguir una sexualidad o una vivencia de la misma más satisfactoria y unas relaciones sexuales menos vulnerables a la disfuncionalidad. (Tabla 1).

El **asesoramiento** es la base de todas las intervenciones terapéuticas, y está orientado a la promoción de la salud sexual, centrándose en el problema actual. Consiste en una intervención puntual, basada en la transmisión de información, ante las dudas planteadas o los errores detectados en la consulta. Suele versar sobre la falta de información, mitos y expectativas poco realistas en cuanto a la actividad sexual, o en cuanto a la valoración de la propia sexualidad.

**Tabla 1. Situaciones relacionadas con la sexualidad que requieren asesoramiento/consejo sexual en AP**

Relacionadas con la reproducción: anticoncepción; importancia del uso del preservativo; embarazo no deseado; problemas fertilidad
Cambios asociados al ciclo vital (infancia, adolescencia, menopausia, personas mayores, gestación, puerperio)
Asesoramiento sexual en enfermedades crónicas o iatrogenia (fármacos, tóxicos)
Violencia de género y agresiones sexuales
Consultas sobre orientación del deseo
Problemas de identidad sexual
Asesoramiento en disfunciones sexuales explícitas
Conflictos de pareja
Sexualidad en la discapacidad
Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA
Adaptado: Jurado AN; Sánchez R. Introducción a la terapia sexual. En: Sánchez F, Jurado AR, San Martín C, Tijeras MJ, Villalba E. PRISS-AP 2014. Programa de intervención en salud sexual para médicos de Atención Primaria. Barcelona: Profarmaco.2. 2014. ISBN: 978-84-88116-62-8

El **Consejo Sexual** es una intervención sexológica puntual, centrada en un problema, encaminada a informar sobre el mismo y a favorecer en los/as pacientes un estilo actitudinal que contribuya a la resolución del mismo. Es dotar a la persona de la información y las herramientas necesarias, que favorezcan los cambios tanto a nivel conductual como cognitivo y actitudinal.

Puede hacerse individualmente o con la pareja, sin centrarnos solo en el síntoma, sino en la experiencia sexual del individuo.

Los principios del consejo sexual se describen en la tabla 2.

**Tabla 2. Principios del consejo sexual**

<b>Dar información sobre*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mitos, dudas, expectativas irracionales</li> <li>▪ Factores etiológicos y mantenedores de las dificultades sexuales **</li> <li>▪ Recursos terapéuticos existentes</li> <li>▪ Correcto uso de fármacos prescritos</li> </ul>
<b>Actuación sobre factores modificables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Corregir o controlar factores de riesgo y afecciones orgánicas que puedan ser causa o factores mantenedores de las dificultades sexuales. Ver Anexo V</li> <li>▪ Modificación de estilos de vida no saludables y hábitos tóxicos ***</li> <li>▪ Cambios de fármacos, si es posible, cuando interfieren en la sexualidad. Ver Anexo V</li> </ul>

**Tabla 2. Principios del consejo sexual (continuación)**

<b>Fomentar la relación sexual como fuente de salud y bienestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tolerancia a la frustración</li> <li>▪ Desdramatización de los problemas</li> <li>▪ Desgenitalización y descoitalización</li> <li>▪ Relación sexual flexible y no finalista</li> <li>▪ Crear un “clima estimulante” y el momento adecuado</li> <li>▪ Actitudes más comprensivas, realistas y positivas ante la sexualidad</li> </ul>
<b>Trabajo en pareja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fomentar la corresponsabilidad</li> <li>▪ Mejorar la comunicación con claridad</li> <li>▪ Comunicarse desde uno mismo, no infiriendo los sentimientos o pensamientos del otro</li> <li>▪ Establecer la diferencia entre “invitar” y “exigir”</li> <li>▪ Diferenciar entre rechazar a la persona y rechazar una actividad concreta</li> <li>▪ Aumentar la creatividad</li> <li>▪ Reestructuración de aspectos de la relación que puedan estar afectando ****</li> </ul>
<p>* La modificación de los conocimientos es el primer paso para conseguir el cambio de las emociones generadas y el cambio actitudinal que sitúe al paciente en una posición más flexible y permisiva ante su propia sexualidad. ** Advertir de posibles condicionantes psicológicos: Anticipación del fracaso, el exceso de auto-observación con falta de atención a los estímulos eróticos, Conductas evitativas/inactividad sexual (o la rutina), sentimientos de culpa, desvalorización u hostilidad, deterioro de la autoimagen y cambio de roles. ***Ejercicio físico regular (mejora la autoimagen, la autoconfianza y el deseo sexual); combatir la obesidad; eliminar el consumo de sustancias de abuso que menoscaban la respuesta sexual en ambos sexos. **** La aparición de una DS no es necesariamente la existencia de una pérdida de atractivo hacia la pareja, una infidelidad o un conflicto afectivo</p>	

## ▣ TERAPIA SEXUAL

La terapia sexual es un conjunto de técnicas y estrategias psicoterapéuticas, de orientación principalmente cognitivo-conductual, que tienen como objetivo resolver los problemas sexuales y el malestar que provocan en el desempeño sexual de las personas afectadas y sus parejas, a fin de lograr unas relaciones íntimas satisfactorias. Se utiliza tanto si su etiología es orgánica como psicógena, o mixta, combinada o no con tratamiento farmacológico.

Se le sugiere al paciente de manera consensuada, algunas “tareas” eróticas de carácter más o menos estructurado, para que las realice en soledad o junto con su pareja en la privacidad de su hogar. Con estos ejercicios se intenta modificar algunas dinámicas relacionales y de comportamiento sexual que puedan contribuir a la disfuncionalidad sexual, así como transformar positivamente algunas creencias (cogniciones) en relación a las actitudes hacia el sexo y la imagen de sí mismo. La persona aprende a ser más erotofílica, desarrolla expectativas realistas sobre el encuentro sexual y es más sensible a sus propias necesidades, así como a las de su pareja.

A modo de guía damos unas nociones básicas de las técnicas terapéuticas sexológicas más utilizadas en las DS más comunes:

- **Autoinstrucciones y técnicas de relajación y respiración:** ayudan a controlar la ansiedad de desempeño.
- **Ejercicios de Kegel:** técnicas de entrenamiento en la rehabilitación del suelo pélvico.
- **Prohibición temporal y pactada del coito:** la penetración es la que inicialmente genera los mayores niveles de ansiedad y el punto de referencia para evaluar lo adecuado de su respuesta sexual. Se recomiendan juegos eróticos excluyendo el coito, para rebajar el nivel de ansiedad de ejecución, la autoobservación, el miedo al fracaso y la obligación de resultados, además de enriquecer el repertorio sexual de la pareja.
- **Ejercicios de focalización sensorial:** el objetivo es centrar la atención en las sensaciones placenteras en todo el cuerpo y no sólo en los genitales, acariciando y siendo acariciado, y comunicar al otro lo más placentero y deseable. No se busca como objetivo la excitación sexual o el orgasmo, aunque a la pareja sí le puede favorecer el alcanzar el orgasmo en caso de que lo desee. No recomendable si existe una aversión fóbica al contacto físico, un grave conflicto de la relación y de la comunicación en la pareja o si ha sido ineficaz en otros intentos. Ver Anexo VII
- **Autoestimulación dirigida:** debe identificar y buscar familiarizarse con las distintas zonas anatómicas, genitales y extragenitales, y con su respuesta a diversas formas de estímulo.
- **La propuesta de Lobitz y LoPiccolo** es una de las más conocidas, y consiste en un programa de autoestimulación genital detallada y secuencial de 9 pasos hasta conseguir el objetivo deseado. Tiene buenos resultados en las dificultades orgásmicas femeninas, aunque se utiliza también en trastornos del deseo.
- **Técnica de parada-arranque, de Semans (Stop/Star),** de elección en la EP: se aconseja la autoestimulación como entrenamiento para identificar las sensaciones premonitorias de orgasmo parando al notar dichas sensaciones, sin llegar a alcanzar el “punto de no retorno”, hasta que éstas desaparezcan, para volver a retomar la estimulación lentamente. Tras un tiempo de entrenamiento, se incorpora a la pareja en los ejercicios terapéuticos, indicándole el momento exacto en que ella se debe detener, tras percibir la cercanía de la inevitabilidad eyaculatoria. Cuando consigue el control previsto, se permite continuar la estimulación hasta llegar a la eyaculación.
- **Técnica de la Compresión de Masters y Johnson:** estrategia para la EP, al percibir el varón alguna sensación preeyaculatoria sitúa el dedo pulgar sobre el frenillo y el resto de dedos comprimen con fuerza el surco balanoprepucial hasta que se pierde la excitación.
- **Apretón basilar** es la misma compresión pero efectuada en la base del pene.
- **Autosensibilización corporal:** el paciente con EP aprende a centrar su atención en las sensaciones placenteras corporales y genitales para poder detectar el inicio y puesta en marcha del reflejo eyaculatorio, que es lo que tendrá que intentar controlar en el proceso.
- Aprendizaje del **control del Músculo pubocoxígeo/restricción testicular:** efecto inhibitorio sobre la eyaculación.
- **Técnica de aclimatación al coito.** Consiste en una penetración no demandante y sin movimientos coitales, durante 2-3 minutos; se retira el pene otros 2-3 minutos y se vuelve a repetir en varias ocasiones. Se utiliza en la EP tras conseguir un mayor grado de control eyaculatorio mediante, por ejemplo, la técnica de parada/arranque
- **Desensibilización sistemática.** Indicada en patologías fóbicas, como es el trastorno de aversión al sexo.

## ■ FARMACOTERAPIA EN MEDICINA SEXUAL

### ■ DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS

- **Inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (IPDE-5):** tratamiento de primera línea de la DE. Vía administración oral. La eficacia varía del 50-85% según causa de DE.

*Mecanismo acción:* la actividad inhibitoria de los inhibidores de la PDE5 conduce a la acumulación de GMPc con erección peniana estable y prolongada. Requiere la activación previa por estímulos erectógenos.

*Respecto a su seguridad cardiovascular, los resultados de los ensayos clínicos posteriores a la comercialización de los tres primeros IPDE5:* sildenafil, tadalafil y vardenafil, han demostrado que no existe una mayor frecuencia de infartos de miocardio en los pacientes tratados con ellos al compararlos con las tasas previstas en varones de la misma edad.

Se recomienda empezar con la dosis máxima disponible para después decidir la de continuidad en función de la eficacia alcanzada y los posibles efectos adversos.

Estudios realizados en animales han demostrado que el uso crónico de inhibidores de la PDE5 mejora o evita significativamente las alteraciones de las estructuras intracavernosas debidas a la edad, diabetes o a lesión quirúrgica.

La elección del IPDE5 dependerá tanto del perfil del paciente y sus expectativas sexuales como de las características farmacodinámicas: duración del efecto, interacción con alimentos, etc. Tabla 3.

<b>Tabla 3. Características de los inhibidores de la PDE5</b>				
	<b>Sildenafil</b>	<b>Vardenafil</b>	<b>Tadalafil</b>	<b>Avanafil</b>
<b>Dosis oral (mgrs)</b>	25, 50 y 100	5, 10, (bucodispersable) y 20	5 (diario), 10 y 20	50, 100, 200
<b>Tiempo para inicio de efecto</b>	60 minutos	60 minutos	30-60 minutos	15 minutos
<b>Tmax</b>	1 hora	1 hora	2 horas	30-45 minutos
<b>T<sub>1/2</sub></b>	3-5 horas	4-5 horas	17.5 horas	6-17 horas
<b>Efecto de alimentos en T<sub>max</sub></b>	Grasas - Retraso	Grasas- Retraso (no en el bucodispersable)	No	Grasas y alcohol- Retraso
<b>Dosificación</b>	A demanda	A demanda	A demanda (10-20 mg) o diario (5 mg)	A demanda
<b>Efectos adversos</b>	Cefalea, rubor, dispepsia, rinitis, alteración visual, mareos, diarrea	Cefalea, rubor, dispepsia, rinitis, sinusitis, alteración visual, mialgias, aumento de la creatinina	Cefalea, dispepsia, rubor, sinusitis, Dolor espalda y extremidades. mialgias	Cefalea, rubor, rinitis, sinusitis, Dolor de espalda

**Tabla 3. Características de los inhibidores de la PDE5 (Continuación)**

	<b>Sildenafil</b>	<b>Vardenafilo</b>	<b>Tadalafilo</b>	<b>Avanafilo</b>
<b>Contraindicación</b>	Absoluta tratamiento con nitratos y nitritos* Angina inestable Enfermedad cardíaca descompensada grado III/IV HTA no controlada (>170/110) Hipotensión (<90/50) Precaución tratamiento con alfabloqueantes, antiretrovirales. Neuropatía óptica isquémica no arterítica (NOIANA) Retinitis pigmentaria Insuficiencia hepática grave Insuficiencia renal en diálisis			
Tmax: tiempo requerido para alcanzar la concentración máxima en plasma después de la toma del fármaco; T <sub>1/2</sub> o semivida de eliminación: tiempo requerido para que la concentración máxima del fármaco en sangre se reduzca a la mitad. * Cuidado con nitrito de amilo o el nitrato de amilo (poppers utilizados con fines recreativos)				

- **Alprostadilo**, prostaglandina (PGE1): tratamiento de segunda línea de la DE financiado por Servicio Nacional de Salud. Vía de administración inyecciones intracavernosas, intrauretral y tópica. Tabla 4.

Mecanismo acción: PGE1, agonista directo, que actúa relajando el músculo liso. Actúa de forma independiente de los estímulos neurológicos.

**Tabla 4. Características del alprostadilo tópico**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es eficaz en un plazo de 5 a 30 minutos después de la administración y su efecto dura aproximadamente de 1 a 2 horas</li> <li>▪ No interacciones con alimentos, alcohol o fármacos</li> <li>▪ El tratamiento es seguro y se tolera bien en pacientes con DE de diferente intensidad y en una amplia variedad de pacientes que incluyen pacientes con problemas médicos concomitantes (hipertensión, diabetes y enfermedad cardiovascular y prostatectomía) y con otros tratamientos</li> <li>▪ Efectos adversos locales leves: quemazón o eritema en el lugar de aplicación (12.2%) y dolor meatal (4,4%). Las parejas fue picor o quemazón vaginal (2,1%)</li> <li>▪ No debe usarse en pacientes con:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Problemas cardiovasculares o cerebrovasculares inestables en los que no se recomienda actividad sexual</li> <li>– Anatomía anormal del pene o con deformación anatómica</li> <li>– Uretritis o balanitis</li> <li>– Enfermedades que podrían predisponer a priapismo, como anemia o rasgo de células falciformes, trombocitopenia, policitemia o mieloma múltiple, o leucemia</li> <li>– Propensión a la trombosis venosa o antecedentes de síndrome de hiperviscosidad (riesgo incrementado de priapismo)</li> <li>– Hipersensibilidad conocida al alprostadil o a cualquiera de sus excipientes</li> <li>– Con pareja potencialmente fértil a menos que utilice un preservativo</li> </ul> </li> </ul>
---

▪ **Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).**

Pueden ser útiles en casos de parafilias y trastornos de control de impulsos por sus acciones antidepressiva, antiobsesiva y frenadora del impulso sexual. No tienen indicación, a excepción de la dapoxetina, aunque se utilizan en tratamientos de EP.

*Mecanismo acción:* generan un aumento de serotonina en la hendidura postsináptica que provoca el retardo de la eyaculación.

Presenta inconvenientes, pues la toma es diaria, tardan 2-3 semanas en ser efectivos, su uso continuado podría afectar a la calidad del esperma o a la función eréctil y su retirada brusca puede provocar un síndrome de discontinuación. Tabla 5.

Tabla 5. ISRS dosificación y aumento de la latencia eyaculatoria		
ISRS	Dosis diaria	Aumento IELT
Paroxetina	10-40 mg/d	8 veces
Sertarlina	50-200 mg/d	5 veces
Fluoxetina	20-40 mg/d	5 veces
Citalopram	20-40 mg/d	2 veces
IELT: Tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal		

La Dapoxetina es el único ISRS oral aprobado para el tratamiento de la EP y que permite su uso a demanda.

*Mecanismo de acción:* inhibe a nivel supraespinal el reflejo de expulsión eyaculatoria, prolongando la latencia de descarga de la neurona motora pudenda. Se toma 1-2 horas antes del encuentro sexual a dosis de 30 o 60 mg, con recomendación de tomarla con un gran vaso de agua para evitar hipotensión.

Los ensayos clínicos controlados han mostrado que es capaz de aumentar el tiempo de latencia eyaculatoria 2,5-3 veces (incluso 3-4 veces si se partía de latencias menores de 0,5 minutos). Además, mejora el control percibido sobre la eyaculación, la angustia personal y/o relacional, la satisfacción con el coito, la impresión clínica global de cambio y la valoración de la latencia eyaculatoria por parte de la pareja.

Entre sus efectos adversos, casi siempre leves y que no suponen la retirada del fármaco, destacan náuseas, cefaleas o mareo y con menos frecuencia, diarrea, somnolencia, cansancio etc.

Pueden interactuar con IMAO, tioridazina, inhibidores citocromo P-450, hipérico, y su absorción se reduce con los alimentos.

▪ **Anestésicos locales**, asociación de lidocaína y prilocaína, que provocan un retraso eyaculatorio por la hipoestesia.

El PSD02, actualmente comercializado, ha obtenido la indicación para la EP. Tiene una rápida absorción a nivel de mucosas y nula a nivel de piel, lo que disminuye la pérdida de sensaciones en la penetración.

Se aplica en forma de aerosol sólo 5 minutos antes del encuentro sexual en la mucosa del glande y puede retirarse el sobrante para que la hipoestesia no se transfiera a los genitales de la pareja. Parece que puede retrasar la eyaculación hasta 3,3 veces, obteniéndose mejor

resultado a mayor tiempo de uso, lo cual puede deberse al descenso de la ansiedad ante la posibilidad de un mejor control.

- **Testosterona:** útiles en el síndrome de deficiencia de testosterona del varón con niveles testosterona total <230 ng/dl. La terapia de restitución de testosterona (inyecciones, la aplicación cutánea a través de gel o parches para la piel, o la administración oral) en varones mejora la función eréctil e incrementa la respuesta a los IDPE5, por lo que hay que considerar su presencia en los no respondedores a estos fármacos. Requiere de controles clínicos y analíticos trimestrales durante el primer año y anuales posteriormente. Se suspende si no se obtiene resultados tras 3-6 meses, aparece neoplasia de próstata o elevación del hematocrito.
- **Fármacos antiandrogénicos,** uso en castración química en ciertos casos de hipersexualidad, parafilias y conductas delictivas sexuales, para reducir el impulso sexual: acetato de ciproterona, la medroxiprogesterona y las gonadotropinas (GnRH): leuprolida, goserelina y triptorelina.

## ▣ **DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS (DSF)**

Existe una creciente demanda en el tratamiento de la DSF, lo que ha propiciado el aumento de recursos farmacológicos, aunque muchos de ellos no tienen indicación específica para las disfunciones, pese a haber probado en estudios su eficacia en determinados casos.

### ▪ **Tratamientos hidratantes/lubricantes vaginales:**

- Hidratantes vaginales, los más utilizados son los geles a base de polímeros policarbofílicos o pectina.
- Lubricantes vaginales preferibles los que son a base de agua o silicona, puesto que no dañan los preservativos de látex.
- Preparados a base de ácido hialurónico poseen una acción lubricante e hidratante.

### ▪ **Terapia estrogénica vaginal:** 17- Betaestradiol, Estriol, Promestrieno.

Se utilizan como primera línea en el tratamiento del síndrome genito-urinario (SGU) moderado o intenso, con una dosis estrogénica local baja que los hace más seguros. Existen diferentes preparados vaginales con una eficacia similar, óvulos, crema, anillo y comprimidos, que se aplican diariamente las primeras semanas y posteriormente dos o tres veces a la semana. La mejoría de los síntomas se puede encontrar a las dos a cuatro semanas de la terapia con repercusiones positivas sobre la esfera sexual. Están contraindicados en las mujeres que presentan tumores estrógeno dependiente.

### ▪ **Terapia hormonal sistémica.**

- La terapia estrogénica (incluyendo progestágenos en mujeres con útero) es eficaz en el tratamiento de los síntomas vasomotores, sequedad, atrofia e irritación vaginal postmenopáusica, y de manera indirecta mejora el deseo sexual y el bienestar general.
- La tibolona (2,5 mgr/24h), es un esteroide sintético que disminuye los niveles de la globulina fijadora de las hormonas sexuales (SHBG) y aumenta la testosterona libre, con mejoría en los dominios relacionados con el deseo sexual, la excitación y el orgasmo. Indicada en mujeres con menopausia natural (más de 12 meses desde el último sangrado) o artificial, que presentan sintomatología vasomotora y atrofia vulvovaginal (AVV) moderada-severa. Contraindicada en mujeres con antecedentes cáncer de mama, mayores de 60 años, factores de riesgo de ictus o enfermedad cardiovascular.
- La testosterona en parches 300 mcg aplicado dos veces por semana tiene la indicación para el tratamiento del deseo sexual hipoactivo en mujeres con

menopausia quirúrgica, aunque recientemente ha sido retirado del mercado por decisión comercial. Todos estos tratamientos necesitan monitorizar la respuesta y tolerabilidad cada 3-6 meses.

▪ **Ospemifeno.**

Primer tratamiento oral no-hormonal para la atrofia vulvovaginal (AVV) sintomática de moderada a grave en mujeres postmenopáusicas que no cumplen los requisitos para recibir un tratamiento vaginal con estrógenos locales.

Es un modulador selectivo de los receptores de estrógeno (SERM) que presenta un efecto agonista estrogénico a nivel vaginal (incrementa la maduración de la mucosa vaginal, disminuye el pH y la sequedad vaginal) no teniendo efecto en la mama o en el endometrio. No puede excluirse el riesgo de acontecimientos tromboembólicos venosos (TEV), tiene un efecto positivo a nivel óseo.

Se recomienda un comprimido vía oral diario. A partir de las 4 semanas mejora la fisiología vaginal, los signos físicos y la función sexual hasta en un 80% de las pacientes.

Contraindicaciones: historia de cáncer de mama que no ha completado tratamiento, endometrio o melanoma; enfermedad hepática aguda, historia de enfermedad hepática mientras las pruebas de función hepática no se han normalizado; porfiria; endometriosis.

▪ **Dehidroepiandroterona (prasterona).**

Está indicada en el tratamiento del SGU moderado o severo, un comprimido vaginal diario. Aumentan las células superficiales, descenso del pH, mejora parámetros de la respuesta sexual como el deseo, excitación y orgasmo, disminuye el dolor relacionado con el coito, mejora la sequedad y la lubricación vaginal. Las contraindicaciones son similares a la de los estrógenos vaginales.

Mejora función sexual en mujeres posmenopáusicas.

▪ **Fitoterápicos.**

Entre ellos encontramos, fitoestrógenos (soja), ginkgo biloba, centella asiática, maca andina, cimicífuga damiana, abrojo etc.

La mejora en ciertos aspectos de la respuesta sexual se acompaña de poca evidencia con algunos estudios clínicos randomizados y controlados con placebo, revisiones sistemáticas y algún estudio abierto.

Precaución ante sus contraindicaciones: hipersensibilidad componentes; potencia efecto AAS, acenocumarol y warfarina; enfermedades del sistema nervioso, pancreáticas o tiroideas. Desaconsejado empleo en cáncer mama y endometriosis (soja), embarazo, lactancia y en niños.

▪ **Bupropion:** se ha demostrado que puede ser efectivo en la mejora del deseo sexual en mujeres premenopáusicas, especialmente si hay depresión asociada.

Al ser un inhibidor de la recaptación de dopamina y NA, a más dopamina más excitación y mejora del orgasmo.

▪ **Buspirona:** mejora deseo sexual premenopausia.

Ansiolítico, que pertenece al grupo químico de las azapironas, con alta afinidad con los receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>1A</sub>, a raíz de la cual ejerce un efecto antagonista en este neurotransmisor, permitiendo un aumento en los niveles de dopamina y noradrenalina. Precaución por sus efectos cardiovasculares a largo plazo.

- **Flibanserina y bremelatonide:** aprobados por la FDA para el trastorno de deseo en mujeres premenopáusicas, pero no comercializados en España. Actúa sobre neurotransmisores de algunas áreas cerebrales aumentando la dopamina y la norepinefrina, produciendo una disminución transitoria de serotonina.
- Pendientes de investigación y resultado de estudios: alprostadil, oxitocina, endocanabionides o sildenafil. Este último ha demostrado que aumenta la excitabilidad con esclerosis múltiple y diabetes.

En el Anexo VIII hay una tabla resumen del tratamiento de las principales DS.

## ■ CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Criterios de derivación a segundo nivel:

- Si consideramos no estar capacitados para tratar estos trastornos. U objeción de conciencia.
- Patología de base que requiera valoración y/o tratamiento especializado.
- Trastorno psiquiátrico o sexual complejo.
- Falta de respuesta a tratamiento.
- Deterioro importante de la relación de pareja.
- Demanda del paciente/pareja.
- Por protocolo de actuación: problemas identidad de sexual, embarazos no deseados, violencia de género etc.

# ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN AP: CONSEJO Y ASESORAMIENTO EN SITUACIONES ESPECIALES

*María José Tijeras Úbeda*

## PUNTOS CLAVE

- ▣ Desde AP se deben realizar actividades preventivas y de promoción de la salud sexual en personas donde esta pueda verse afectada o modificada como: cambios del ciclo vital, enfermos crónicos o con tratamientos farmacológicos crónicos, discapacitados físicos, psíquicos o sensoriales, y grupos en riesgo social.
- ▣ En el consejo contraceptivo hay que valorar los múltiples factores que influyen en la aceptabilidad sexual de los diversos métodos anticonceptivos.
- ▣ Desde la consulta de AP se aconseja el screening y el asesoramiento con respecto a la orientación sexual y la identidad de género, pues ayudará la prevención de riesgos y a la promoción de comportamientos saludables y bien adaptados.
- ▣ La OMS, insta al sistema sanitario a estar alerta ante mujeres con posibles signos y síntomas de maltrato, hacer su seguimiento y ofrecerles atención sanitaria integral.

## ▣ ASESORAMIENTO EN SITUACIONES RELACIONADAS CON LA REPRODUCCIÓN

### ▣ SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN

La demanda de anticoncepción nos facilita la ocasión de poder ahondar en las prácticas sexuales, dificultades en la respuesta sexual o en el desenvolvimiento con la o las parejas sexuales, además de detectar mitos y malentendidos en este campo. Es una oportunidad más para optimizar la Salud Sexual y la calidad de vida de las personas, así como para disminuir la ansiedad relacionada con el uso de determinados métodos.

Desgraciadamente son muy escasos los estudios sobre métodos anticonceptivos que incluyan parámetros relacionados con su efecto en la sexualidad, o sobre el efecto de la sexualidad en la eficacia anticonceptiva, adherencia y en el uso continuado del método.

Podemos observar que, desde el punto de vista científico, educacional, de los medios de comunicación y de las políticas públicas, el uso de anticonceptivos femeninos está totalmente deserotizado (los anuncios de preservativos masculinos si aparecen conectados con el placer

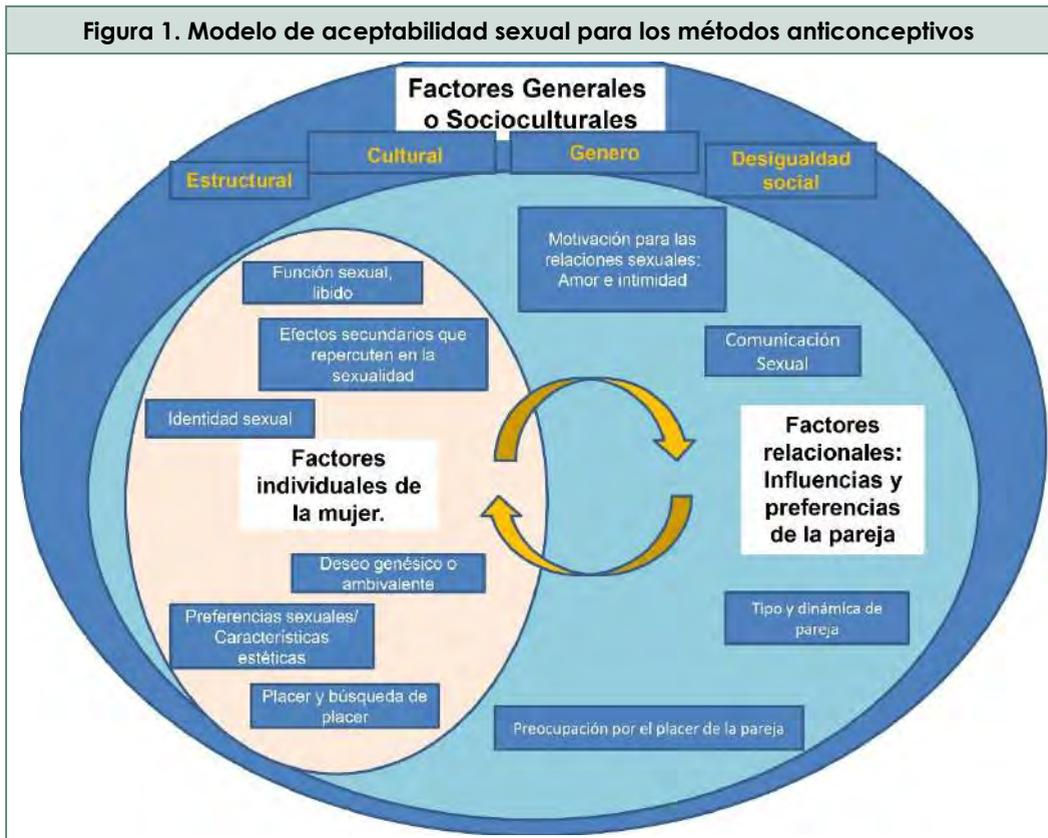
sexual), y se presta más atención a los aspectos médicos relacionados con los peligros o riesgos potenciales que a los beneficios de su utilización.

De manera paulatina, están apareciendo algunos estudios sobre la sexualidad y la anticoncepción, más focalizados en la atención a las disfunciones sexuales (medidas por cuestionarios como FSM) que en la valoración de otro tipo de influencias relacionadas, como la espontaneidad, inhibición/desinhibición, la experiencia sexual o el bienestar psicológico.

Severy L et al, publicó en el 2005 un primer modelo de aceptabilidad sexual de la anticoncepción, y partían de la evidencia de que la mayoría de hombres y mujeres preferían no tener que usar el método durante el encuentro sexual. Se basaba en parámetros como la efectividad, pero también la estética (viscosidad, olor, sabor, color), su forma de uso o aplicación, su presencia o ausencia durante el sexo (incluyendo la posibilidad de ser utilizado en secreto), su efecto sobre la intimidad y sobre el placer sexual (este último como factor determinante).

Partiendo de este modelo, Higgins y Smith tras una revisión sistemática, proponen uno nuevo que explora otros factores individuales, socio-relacionales y generales (cultura, raza, desigualdad de género), y su influencia en la aceptabilidad sexual (Figura 1).

**Figura 1. Modelo de aceptabilidad sexual para los métodos anticonceptivos**



Modelo de aceptabilidad sexual para los métodos anticonceptivos. Elaboración propia basada en: Higgins JA, Smith NK. The Sexual Acceptability of Contraception: Reviewing the Literature and Building a New Concept. J Sex Res. 2016; 53(4-5):417-456

## Factores que influyen en la aceptabilidad sexual de los métodos anticonceptivos:

### A. Factores generales o socioculturales

- I. Las diferencias de género en torno a la autonomía sexual:
  - “Sexo seguro controlado por la mujer”: se ha hecho responsable a la mujer de la anticoncepción y a su vez se la ha desacreditado por el hecho de ir “preparada” para el sexo. No es de extrañar las peticiones de información y adiestramiento en el uso de métodos que puedan utilizarse en secreto, como preservativo femenino, espermicidas o microbicidas.
  - Un exceso de responsabilidad sobre la anticoncepción redundante de forma negativa en el placer sexual femenino.
  - Una mujer que está más predispuesta a disfrutar de las relaciones sexuales si se siente fuertemente protegida o no recae sobre ella la responsabilidad anticonceptiva, como aquellas cuya pareja ha sido vasectomizada. A este respecto, es importante informar, a las parejas que han optado por esta opción, sobre los nulos efectos que tiene sobre la respuesta sexual masculina y la posibilidad de mejora del funcionamiento sexual (la satisfacción y el deseo) de la pareja.
- II. El rol de género femenino, pasivo ante la sexualidad, frente al activo masculino, han condicionado que la mujer tenga menos control sobre la relación: Una adecuada educación sexual puede eliminar la estigmatización ante el uso (o no) de anticonceptivos, llevar (o no) preservativos, o en la habilidad para negociar su uso, y favorece el uso de métodos efectivos y disminuye el de los no efectivos, como la “marcha atrás”.

### B. Factores relacionales

- I. La motivación para las relaciones sexuales influye en el uso continuado de los métodos: Cuando el sexo y el amor/intimidad están fuertemente vinculados (frecuente en mujeres jóvenes), el uso continuado del preservativo y del resto de los métodos es menos consistente. Las ideas románticas que puede comportar una ambivalencia en torno al deseo de embarazo.
- II. La comunicación influye de forma directamente proporcional en el uso consistente de los métodos anticonceptivos.
- III. La duración de la relación: En parejas de larga duración mejora el uso correcto de los métodos, pero en parejas de corta duración, el uso de preservativo es solo inicial ante el deseo de aumentar la intimidad y la confianza en el otro.
- IV. El rol de género “dirige” a la mujer para procurar el placer sexual de su pareja más que el suyo propio: En este sentido, podría rechazar el uso del dispositivo intrauterino o anillo vaginal ante la creencia de que él pudiera notarlo y molestarle durante las relaciones; o puede sugerir no utilizar el preservativo si intuye que puede afectar a la respuesta sexual, e incluso a la autoestima de su pareja.
- V. Las relaciones de dominación influyen en el uso del preservativo, tanto de forma positiva como negativa.

## C. Factores individuales

- I. Las mujeres con mayor empoderamiento sexual, es decir, con más habilidad para expresar deseo y conseguir placer, son más propensas al uso continuado y satisfactorio de métodos anticonceptivos.
- II. Efectos de los métodos anticonceptivos sobre la función sexual:
  - En relación con su efecto sobre la libido, pensamientos y fantasías sexuales, en la revisión de estudios, existe una gran heterogeneidad y disparidad en los resultados. Entre 5-48% de las usuarias de anticonceptivos orales (AO) podrían presentar disminución de la libido. Se la ha relacionado con la disminución de los niveles de testosterona (menor producción ovárica y menor testosterona circulante por aumento de SHBG consecuente al aumento de estrógenos circulantes). Pero existen dudas en torno a esta posibilidad ante el desconocimiento: del nivel de testosterona en sangre femenina que es predictivo de bajo deseo, de cuál es la hormona que más influye sobre el deseo femenino (testosterona, estrógenos, progesterona, oxitocina), de si son los cambios hormonales la principal causa de la alteración en la experiencia sexual femenina, o si existe una predisposición genética en la sensibilidad de la respuesta sexual a hormonas y neurotransmisores.

En la revisión sistemática realizada por Burrows et al (2012), se concluye que la mayoría de las mujeres no ven afectada su libido, fantasías o pensamientos sexuales por el uso de AO, aunque reconocen que en un pequeño porcentaje puede aumentarse o disminuirse.

Otros estudios afirman que si existe más consistencia en la relación del uso del inyectable de AMP-Depot y la disminución de la libido

Mientras que con los DIUs hay más discrepancia de resultados: un estudio ha encontrado con el DIU-LNG un aumento del deseo sexual en el primer año, y otro refiere que el cobre es mejor que el hormonal para el interés sexual.
  - También se han analizado el efecto de los métodos sobre el dolor sexual, con disparidad en sus conclusiones:
    - Una mayor prevalencia de dolor sexual en usuarias de los AO, en relación a las de anillo vaginal o a las no usuarias de métodos.
    - Mayor dolor sexual con el uso del preservativo por reducir la lubricación.
    - Mejoría del dolor sexual cuando las mujeres utilizaban la AO, el implante o el DIU.
- III. La recomendación más sexualmente aceptable estaría en torno a métodos que no hayan de ser utilizados durante el encuentro sexual, es una de las características estas más deseadas por las mujeres, por encima incluso de la eficacia.

El *momento de uso del método* preferido se debe indagar durante el asesoramiento: Un 65 % de las mujeres prefieren un método que no tengan que usar durante el coito (métodos hormonales y DIU), pero el 35% refieren que su uso durante las relaciones les da mayor seguridad. También las hay que escogerían utilizar el método después de las relaciones.

El preservativo masculino es el método menos valorado en ambos sexos. Este rechazo es mayor entre los jóvenes lo que les lleva a utilizar otros métodos de nula eficacia y gran riesgo como la “marcha atrás”, o renunciar a su uso. Un hándicap importante en el consejo anticonceptivo, si a la población al que va dirigido es beneficiaria del doble método.

El preservativo femenino es más apreciado en determinados contextos porque transmite mejor las sensaciones, como el calor, y porque tiene un anillo externo que puede friccionar y estimular el clítoris.

IV. La *orientación/identidad sexual* puede influir en la solicitud de consejo contraceptivo, mujeres jóvenes con prácticas bisexuales u hombres transexuales pueden retrasarlo o no solicitarlo.

V. Otros determinantes de la aceptabilidad sexual son:

*Preferencias sexuales*, como el grado de humedad vaginal deseable durante las relaciones, tanto para la mujer como para el hombre. El aumento de la humedad que provoca el uso de espermicidas o el inyectable de AMP fue valorado como algo positivo entre los usuarios de los primeros, y como algo negativo e incómodo entre los usuarios de los segundos.

*Características estéticas*, olor, sabor, tacto, sensaciones, de los métodos que se utilizan durante las relaciones sexuales ya que pueden interferir en la respuesta sexual, en la dinámica del encuentro, o producir irritación u otros efectos. Existe una gran cantidad de estudios para la mejora estética de los preservativos y geles microbicidas, tanto desde el punto de vista masculino como femenino.

VI. *Efectos secundarios* de los diferentes métodos: La reducción o supresión de la menstruación, la hipermenorrea o el manchado irregular o spotting puede ser un inconveniente para la actividad sexual y uno de los motivos más frecuentes de discontinuación de tratamientos anticonceptivos en las mujeres que la padecen. Hay que averiguar si la mujer prefiere un patrón regular de sangrado pues la hace sentir más “sanas” y seguras o aceptaría patrones irregulares de sangrado. Otros efectos secundarios son motivo de abandono de los AO, molestias pelvianas, tensión mamaria, cambios de peso o de humor, aún no están bien definidos y no se conoce su efecto sobre la actividad sexual.

## ▣ INFERTILIDAD Y SEXUALIDAD

La infertilidad o esterilidad tiene una prevalencia que oscila entre el 12-15% de la población.

La aparición de disfunciones sexuales en parejas que han tenido problemas de esterilidad no es infrecuente, si tenemos en cuenta la situación de estrés creada ante la “obligación” de una actividad sexual programada con fines reproductivos y mayoritariamente sin deseo. Los trastornos eyaculatorios o de disfunción eréctil que aparecen a veces en varones, pueden interferir en la búsqueda de la gestación.

En ocasiones la relación de pareja se ve menoscabada, por los sentimientos de culpa, fracaso, rechazo, ira o desesperanza cuando no se consigue el embarazo.

Desciende la vinculación y la complicidad de ambos miembros de la pareja e incluso puede aparecer una actitud pasiva de alguno de ellos en el proceso del embarazo.

La no consecución de embarazo conlleva la derivación a ginecología para valorar indicación de técnicas de reproducción asistida (TRA), si es preciso. Desde AP podemos acompañar y asesorar a la pareja ante la compleja y delicada situación a la que se van a enfrentar (Tabla 1).

**Tabla 1. Pautas en parejas con problemas fertilidad**

- Reconocer y fortalecer los aspectos positivos de la relación y de la conducta del otro.
- Instrucción en autocontrol emocional: Técnicas de relajación.
- Fomentar herramientas de comunicación (asertividad, empatía etc.) para solucionar conflictos derivados de los trastornos de fertilidad.
- Técnicas de reestructuración cognitiva que ayuden a modificar los pensamientos negativos, creencias, expectativas y atribuciones que son disfuncionales y contribuyen al proceso de deterioro de la pareja

El nacimiento del bebe puede ser el momento en que realmente pueden disfrutar de su sexualidad espontáneamente sin estar pensando en termómetros, calendarios o días especiales del ciclo para poder tener sus relaciones.

## ▣ **ASESORAMIENTO EN EMBARAZO NO DESEADO**

Según la encuesta de anticoncepción en España, llevada a cabo por el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción (SEC), el 22,9% de las mujeres están en riesgo de tener embarazo no deseado al no utilizar métodos anticonceptivos.

La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en España, está regulada por:

- La ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo,
- la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, que refuerza la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la IVE.

Se reconoce el derecho de la mujer a la maternidad libremente decidida, lo cual supone que pueda tomar la decisión sobre su embarazo de forma consciente y responsable, libre e informada durante las primeras 14 semanas de gestación, con un plazo de al menos 3 días para la reflexión.

- Entre la semana 14 y la 22, la interrupción se permite bajo los supuestos de que exista grave riesgo para la salud o la vida de la embarazada, o graves anomalías en el feto
- Después de la 22, los supuestos son: anomalías fetales incompatibles con la vida y detección de una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

El personal sanitario ha de intervenir de forma neutral, clara y objetiva, y en un ambiente sin presión, en el asesoramiento ante embarazos no deseados. La información puede ser verbal, si la mujer lo solicita, o entregarse en un sobre cerrado para la reflexión durante 3 días. Se ha de informar sobre:

- Prestaciones, ayudas y derechos a los que puede acceder si desea continuar con el embarazo, incluidas las ayudas para discapacitados.
- Consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo
- Posibilidad de recibir asesoramiento antes y después de la intervención.

El personal sanitario también está implicado en: garantizar el acceso a la prestación, protección de la intimidad y cuidar la confidencialidad.

La objeción de conciencia de los sanitarios para esta participación de forma indirecta en la IVE se regula mediante el Real Decreto 825/2010, aunque es motivo de polémica.

Cualquier médico/a capacitado/a y con experiencia puede participar de forma activa en la IVE. Se requiere un profesional especializado en IVE o la supervisión de otro especializado, en un centro público o privado acreditado, y el consentimiento informado de la mujer.

Tras el IVE es importante informar sobre los síntomas y cuidados posteriores e iniciar antes de la primera menstruación una anticoncepción segura (Tabla 2).

<b>Tabla 2. Síntomas y cuidados posteriores al IVE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sangrado irregular tras la intervención durante unos 15 días</li> <li>▪ Molestias bajo abdomen similares a la menstruación</li> <li>▪ Molestias en las mamas</li> <li>▪ Siguierte menstruación entre 25 y 50 días posteriores a la IVE</li> <li>▪ Alteraciones estado ánimo</li> </ul> <p><b>Atención urgente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fuerte dolor abdominal</li> <li>▪ Temperatura mayor de 38°</li> <li>▪ Sangrado mucho más abundante que la regla que no cede en pocas horas</li> </ul>
<p><b>En las primeras semanas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usar la ducha en lugar de tomar baños</li> <li>▪ Usar compresas en lugar de tampones</li> <li>▪ Mantener relaciones sexuales sin penetración</li> </ul>

## ▣ **ASESORAMIENTO EN CAMBIOS ASOCIADOS AL CICLO VITAL**

El asesoramiento sexual adecuado debe ser permanente y sistemático, e iniciarse desde la infancia hasta la muerte, y estar orientado al conocimiento de uno mismo como ser sexuado en todas sus dimensiones. Incidir en el enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y no solo en los riesgos y/o posibles disfunciones, facilitará el reconocimiento de sus efectos beneficiosos en la salud global de las personas.

Para vivir una sexualidad sana y plena se requieren tres elementos básicos:

- Tener información científica y relevante, y no basar los juicios sexuales en conocimientos intuitivos, mitos y teorías sin fundamento.
- Descubrir el propio yo, analizar cada uno su propia sexualidad, qué necesita, qué le agrada y qué le impide vivirla con libertad.
- Desarrollar la capacidad de comunicarse y hablar con los demás sobre sexualidad de manera abierta y clara.

## ▣ SEXUALIDAD EN LA INFANCIA

La principal premisa es no intentar comprender o valorar la sexualidad infantil desde el prisma de la sexualidad de adultos. Esta se basa en la curiosidad (observación, autodescubrimiento y manipulación de sus genitales) y se expresa a través del juego (exploración, imitación e identificación).

En esta etapa no se percibe una neta diferencia entre lo sexual o lo no-sexual. Bebés experimentan sensaciones placenteras a través de la estimulación genital que se produce durante su higiene diaria, siendo frecuente que los varones experimenten erecciones mientras son lavados o cuando son amamantados.

Hacer reflexionar y dar recomendaciones a los padres sobre varios aspectos de la salud sexual de sus hijos/as, ayudará a promover una sexualidad saludable (Tabla 3).

<b>Tabla 3. Recomendaciones para una sexualidad saludable en la infancia</b>	
<b>No diferencias de género</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evitar hacer comentarios sexistas</li> <li>▪ Ofrecer a los niños y niñas igual trato afectivo</li> <li>▪ Igual variedad de juguetes y juegos</li> <li>▪ Libertad en la expresión de sentimientos</li> <li>▪ Experimentar con el juego y la expresión de género cruzado, no se asocia con la futura orientación sexual</li> </ul>
<b>Responder a sus preguntas con paciencia y rigor</b>	
<b>Permitir se familiarice con su cuerpo y genitales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vocabulario adecuado</li> <li>▪ Si tocamiento de los genitales, no regañar e intentar distraer su atención</li> <li>▪ Respetar su intimidad y privacidad.</li> </ul>
<b>Permitir los juegos con tocamientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Niños y niñas de la misma edad y mismos intereses e inquietudes</li> <li>▪ Con compañeros del propio sexo, no relacionarlo con la homosexualidad</li> </ul>
<b>Prevenir abusos sexuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tu cuerpo es tuyo</li> <li>▪ Buena forma de tocar – mala forma de tocar</li> <li>▪ Secretos buenos – secretos malos</li> <li>▪ Recordarles que hay muchos adultos que pueden ayudarles</li> <li>▪ NOTIFICACIÓN en caso de riesgo, desprotección, de sospecha o de maltrato infantil</li> </ul>

## ▣ SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

El principal objetivo en esta etapa es intentar que el adolescente tenga un comportamiento sexual responsable y saludable. Hay abundantes pruebas que demuestran que la educación sexual integral retrasa el coito, reduce la frecuencia de las relaciones sexuales, reduce el número de parejas sexuales, ayuda a elegir parejas respetuosas y aumenta el uso de preservativos y otros anticonceptivos después del debut sexual.

En la tabla 4 aparecen los principales riesgos durante la adolescencia y parte de su prevención pasa por:

- Un buen asesoramiento anticonceptivo: Detallado en esta guía de actuación, e incidiendo en:
  - Preguntar acerca de la planificación familiar inmediata y a largo plazo y animar a los adolescentes tanto masculinos como femeninos, a involucrarse en la toma de decisiones sobre planificación familiar y a consultar dificultades con la adhesión y la continuación.
  - Incluir en el asesoramiento todos los métodos anticonceptivos, incluidos los reversibles de larga duración, tales como implantes y dispositivos intrauterinos.
  - Sugerir el uso de preservativo para la protección contra el VIH y las ITS y la prevención de embarazos no deseados.
- Conocer los comportamientos sexuales específicos que tienen:
  - Tipo de prácticas sexuales; coito digital, oral, vaginal y anal.
  - Debut sexual y la vida sexual actual.
  - Número reciente de parejas.
  - Última actividad sexual sin preservativo y sin uso de otro método anticonceptivo.

**Tabla 4. Principales riesgos durante la adolescencia**

- Embarazo precoz y / o no planeado
- ITS y VIH
- Violencia entre parejas adolescentes
- Abuso y acoso sexual: Sexting; Grooming; Ciberbullying\*
- Prevención riesgos en minorías sexuales

ITS: Infecciones de transmisión sexual; VIH: Virus de inmunodeficiencia humana. \* Sexting. Envío de contenidos eróticos o pornográficos por medio de teléfonos móviles. Grooming. Es un tipo de estrategia de acoso sexual a menores por medio de internet. Consiste en ganarse su confianza para posteriormente, por lo general mediante el chantaje, obtener concesiones de índole sexual que van desde una imagen hasta un encuentro en persona. Ciberbullying. Es el hostigamiento psicológico intencionado y reiterado por medio de internet y telefonía móvil principalmente entre iguales.

La tarea más importante que el adolescente debe cumplir al final de esta etapa es el logro de la identidad personal, lo que le permitirá integrarse en la sociedad como un ser único y diferente. Esto incluye el establecimiento de la identidad sexual y la orientación sexual.

La exploración sexual, la experimentación y el descubrimiento son parte del proceso normal de incorporar la sexualidad en la identidad sexual de uno.

## ▣ SEXUALIDAD EN PERSONAS MAYORES

La pérdida de capacidades físicas y psíquicas es inherente al proceso de envejecimiento y no supondrán un obstáculo insalvable para aquellas personas con intereses sexuales activos. Mientras que en aquellas que mostraban poca inclinación hacia el sexo en su juventud, la edad y sus cambios se convertirán en una buena excusa para relegarlos de su vida (“se envejece como se ha vivido”).

El envejecimiento normal se asocia con una disminución general de la respuesta sexual fisiológica y una mengua variable de la actividad sexual, más influida por los factores psicosociales que por los biofisiológicos.

Es importante remarcar que, aunque tanto los cambios anatómicos como los cambios fisiológicos ocurren de forma universal, no tienen la misma relevancia en todas las personas.

El desconocimiento o la patologización de estos cambios fisiológicos por parte de la persona mayor, pueden provocarle gran preocupación, deterioro en su autoconfianza y autoestima, y síntomas de angustia anticipatoria que empeoraran sus prácticas sexuales. Reconocer e identificar estos cambios como normales, elimina miedos y mejora la capacidad de adaptación (Tabla 5).

<b>Tabla 5. Cambios biofisiológicos en la sexualidad y disfunciones sexuales en personas mayores</b>	
<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descenso de Testosterona*</li> <li>▪ Mayor tiempo para conseguir y mantener la erección</li> <li>▪ Mayor duración de la fase de meseta y el periodo refractario</li> <li>▪ Menor duración del orgasmo</li> <li>▪ Emisión de menor cantidad de líquido seminal, así como la fuerza con la que se expulsa</li> <li>▪ Puede perderse la llamada fase de inevitabilidad eyaculatoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descenso Estrógenos y Progestágenos** (Atrofia tejido urogenital)</li> <li>▪ Mayor tiempo para conseguir lubricación</li> <li>▪ Disminución de la expansión potencial de la vagina</li> <li>▪ El clitoris disminuye un poco su tamaño pero tiene igual sensibilidad</li> <li>▪ Los labios mayores pierden grasa y elasticidad</li> <li>▪ Menor duración de la fase orgásmica</li> <li>▪ Mantiene su capacidad multiorgásmica</li> </ul>
<p>Deseo sexual hipoactivo Disfunción eréctil Eyaculación retardada</p>	<p>Trastorno interés sexual femenino / trastorno de la excitación Trastorno orgásmico femenino Trastorno dolor genito-pélvico / trastorno de penetración</p>
<p>* Puede resultar lenta y progresiva pero en ocasiones puede tener una transcendencia patológica, hipogonadismo de inicio tardío (HIT) o síndrome de ADAM (Androgen Deficiency in the Aging Male) ** Síndrome urogenital de la menopausia (SUGM): &gt; Atrofia del epitelio vulvovaginal &gt; Disfunción vulvovaginal &gt; Dispareunia. Asocia sequedad, irritación, picor, disuria, dispareunia e incontinencia.</p>	

La actividad sexual en esta etapa va a verse afectada de manera negativa por una serie de circunstancias como son la presencia de enfermedades, la ingesta de medicamentos, la influencia de los previos hábitos y estilos de vida no saludables o el entorno social (Tabla 6).

**Tabla 6. Recomendaciones para mejorar la sexualidad en mayores**

- **Remarcar los aspectos positivos de esta etapa:** mayor madurez emocional y capacidad de intimidad; Mayor privacidad y más tiempo para la intimidad
- **Comunicación y responsabilidad vital compartida,** facilitan la vida sexual en general
- **Calidad del sexo sobre la cantidad**
- **Diversidad de las manifestaciones sexuales,** no centrándose en el coito
- **Usar fármacos y otros tratamientos que pueden ayudar a paliar problemas sexuales;** sequedad vaginal o la alteración de la función eréctil
- **Prevención ITS/Consejo contraceptivo**
- **Adaptar las prácticas sexuales minimizando dolor o malestar:** analgésicos u otros tratamientos, estiramientos musculares específicos, oxígeno nasal o inhaladores, antes de la actividad sexual
- **Posiciones sexuales** con la pareja más cómodas (acostada de lado, usar almohadas etc.)
- **Más juegos eróticos preliminares** ya que con la edad puede requerir más tiempo para proporcionar suficiente excitación para lograr el orgasmo
- **Residentes de centros de atención a largo plazo:**
  - Evaluación del manejo del comportamiento sexual inapropiado en pacientes se discute por separado
  - Determinar la capacidad de un residente para consentir a la actividad sexual, puede evitar coerción o explotación
  - Atención a la orientación sexual de personas mayores: temor a ser rechazadas y abandonadas
- **Sensibilizar y detectar posibles situaciones de maltrato:** existe una mayor dependencia y factores económicos, religiosos, culturales, de salud, de acceso a la información que dificultan las posibilidades de poner fin a una relación de maltrato

ITS: Infecciones de transmisión sexual

## ▣ SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO

Siempre que no estén presentes circunstancias médicas que lo impidan, el embarazo no debería ser un obstáculo para que una pareja siga disfrutando de su vida sexual.

Puede mantenerse la práctica del coito hasta casi el final del embarazo si no hay rotura de la bolsa de líquido amniótico y el tapón mucoso permanece intacto.

Algunos expertos aseguran que el coito puede ser una forma de estimular el parto, si este se retrasa. La razón es por una hormona llamada prostaglandina que existe en el semen y que actúa sobre el cuello del útero, reblandeciéndolo.

Existen situaciones en las que se contraindica el coito durante el embarazo:

- Antecedentes de abortos espontáneos repetidos.
- Sangrado activo a través de la vagina en el embarazo actual.
- Actividad uterina precoz.
- Amenaza de aborto o aborto en evolución.
- Inserción baja de placenta, amenaza de parto prematuro.
- Enfermedad orgánica grave no controlada (diabetes; preeclampsia).
- Embarazo ectópico.
- Infección vaginal (inmunosupresión o parejas múltiples sin protección).

En las tablas 7 y 8 se exponen algunos cambios de la sexualidad durante el embarazo y el puerperio, y consejos para mejorarla.

<b>Tabla 7. Cambios en la sexualidad durante embarazo y puerperio</b>	
<b>Embarazo</b>	<b>Puerperio</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Interés /excitación sexual:</i> 1<sup>er</sup> y 3<sup>er</sup> es menor; 2<sup>o</sup> Aumenta</li> <li>▪ <i>Orgasmo:</i> 1<sup>er</sup> No cambios; Facilitado 2<sup>o</sup>; 3<sup>er</sup> disminuye la frecuencia y la intensidad</li> <li>▪ <i>Cambios corporales:</i> aumenta la sensibilidad de las mamas, vulva, vagina, tamaño del útero, secreciones vaginales, frecuencia miccional</li> <li>▪ <i>Cambios psicológicos:</i> 2<sup>o</sup> positivos</li> <li>▪ Disminuye la actividad sexual coital: 3<sup>er</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elevación Prolactina y oxitocina (si hay lactancia) y descenso estrógenos</li> <li>▪ <i>Desciende Interés /excitación sexual:</i> disminuye la lubricación</li> <li>▪ Recuperación de la respuesta sexual: 3 meses</li> <li>▪ La episiotomía, o un desgarro, puede ser muy dolorosa al principio, pero cicatriza con rapidez</li> <li>▪ <i>Cambios psicológicos:</i> vulnerabilidad emocional; atención a depresión postparto</li> </ul>
1 <sup>er</sup> 2 <sup>o</sup> , 3 <sup>er</sup> trimestres	

<b>Tabla 8. Recomendaciones para mejorar la sexualidad en Embarazo y Puerperio</b>	
<b>Embarazo</b>	<b>Puerperio</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Explicar cambios anatómicos y fisiológicos</i></li> <li>▪ <i>Sexualidad más sensual y afectiva:</i> alternativas donde prime la suavidad (caricias, masajes sensuales, masturbación mutua, sexo oral)</li> <li>▪ <i>Posturas confortables:</i> "cucharita" "de lado" (se logra una distribución pareja del peso y una penetración no muy profunda), o el hombre acostado y la mujer sentada encima de él y así controlará su peso, el grado de penetración y la intensidad del acto sexual. Evitar la postura del misionero a partir del 2<sup>o</sup> Trimestre por riesgo de hipotensión supina</li> <li>▪ <i>Pareja:</i> es común que los hombres manifiesten DS (deseo sexual inhibido, dificultad de la erección o eyaculación precoz) secundarios a la percepción negativa de los cambios fisiológicos de la mujer gestante, temor injustificado a dañar al feto o mala gestión del nuevo rol como padre que interfiere con el erótico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Explicar la recuperación cambios físicos y psíquicos acontecidos</i></li> <li>▪ <i>Prácticas poco genitalistas y más sensuales</i></li> <li>▪ <i>Asesoramiento sobre método anticonceptivo</i></li> <li>▪ <i>Reiniciar la actividad sexual:</i> Tras visita puerperal (&gt;4 semanas), cuando la mujer se encuentre bien física y emocionalmente. Debe realizarse de forma suave y progresiva en un lugar tranquilo</li> <li>▪ <i>Uso de lubricantes y geles vaginales:</i> preferibles los lubricantes de base hidrica o soluble en agua de larga duración, y con un pH que no supere el 5.0, le permite la mejor defensa frente a infecciones o desequilibrios en la flora bacteriana vaginal</li> <li>▪ <i>Pareja:</i> Respetar este periodo con una actitud paciente y cautelosa. "Seguir siendo amantes tras la llegada del bebé"</li> </ul>
Momento propicio para sensibilizar y detectar posibles situaciones de maltrato.	
DS: Disfunción sexual	

## ▣ **ASESORAMIENTO EN CONSULTAS SOBRE ORIENTACIÓN SEXUAL**

En 1990, la OMS, retiró la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales.

La definición de la orientación sexual evoluciona con el tiempo y se ha descrito que la primera conciencia de la atracción por el mismo sexo ronda la edad de 9 años para los niños y 10 para las niñas.

La formación de la orientación sexual entre los/as jóvenes a menudo es fluida, y la experimentación con los contactos sexuales del mismo sexo puede ser parte del desarrollo adolescente sano. Los/as jóvenes heterosexuales pueden experimentar con parejas sexuales del mismo sexo y los/as jóvenes homosexuales pueden tener parejas sexuales de sexo opuesto.

Aproximadamente entre el 5% y el 10% de los/as adolescentes se identifican como lesbianas, gays o bisexuales. Más del 10% de las mujeres y entre el 2% y el 6% de los hombres refiere haber mantenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.

La incertidumbre sobre su orientación sexual disminuye con la edad, del 26% de los/as estudiantes de 12 años de edad al 5% de los/as de 17 años de edad.

Estos/as adolescentes encuentran conflictos entre su sexualidad emergente y el enfoque exclusivamente heterosexual de esta que se transmite desde las familias, los compañeros, la cultura y la sociedad en su conjunto, donde la homosexualidad es considerada un tabú social o religioso.

Las personas con orientación sexual diferente a la heterosexual pueden vivir con angustia al descubrir su orientación sexual, llegando incluso a negarla por miedo al rechazo o la discriminación en su entorno. En otras ocasiones desarrollan conductas desadaptativas como evitar completamente la actividad sexual, adoptar actividades heterosexuales o maltratar a otros que perciben como homosexuales.

El ocultamiento y/o la no aceptación de la orientación sexual pueden derivar en consultas médicas por problemas como ansiedad, depresión, fracaso escolar o escapadas de casa.

Estos problemas no son inherentes a la homosexualidad, sino que son consecuencia de la obligación impuesta de encajar en los parámetros sociales heteronormativos y de los prejuicios sexuales ("homofobia" u "homonegatividad") por el hecho de pertenecer al colectivo LGBTIQ+(lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti, intersexual y queer).

Desde la consulta de AP se aconseja el screening y el asesoramiento con respecto a la orientación sexual y la identidad de género, pues ayudará la prevención de riesgos y a la promoción de comportamientos saludables y bien adaptados (Tablas 9 y 10).

**Tabla 9. Riesgos en minorías sexuales**

- Relaciones sexuales no protegidas: embarazo no planificado e ITS
- Abuso sexual
- Acoso y maltrato
- Aislamiento social
- Consumo de sustancias
- Problemas de salud mental: depresión y suicidio

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

**Tabla 10. Actuaciones preventivas sobre la orientación sexual desde Atención Primaria**

- *Normalización de la sexualidad durante la infancia*
- *Identificación temprana de género o no conformidad sexual y problemas psicosociales y de salud asociados:* Realizar las preguntas abiertas y neutras en cuanto al género permite a la persona revelar el género de sus parejas e iniciar una conversación sobre la identidad sexual y los comportamientos sexuales
- *Ayudar y acompañar a los jóvenes a tomar decisiones sobre la revelación de información*
- *Asesoramiento a la familia:* Trabajar las expectativas familiares y sociales pueden influir en la experiencia y expresión del género y la sexualidad en niños y adolescentes
- *Colaborar con centros educativos* que aboguen por la seguridad de jóvenes de minorías sexuales
- *Denunciar* si detectamos el uso de pseudoterapias para cambiar la orientación sexual

## ▣ **ASESORAMIENTO EN PROBLEMAS DE IDENTIDAD SEXUAL**

En España, existen situaciones de desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias de las personas transexuales, dependiendo de la Comunidad Autónoma en la que se resida.

Andalucía fue la primera que incluyó la asistencia sanitaria de las personas transexuales en su cartera de servicios, y ha promulgado leyes al respecto. Por un lado, la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía y, por otro, la Ley 8/2017, de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTBI y sus familiares en Andalucía.

Defiende que las personas tienen derecho a la autodeterminación de género sin limitaciones y no serán obligadas a someterse a tratamiento, procedimiento o examen psicológico que coarte su libertad.

En la actualidad existen dos procesos asistenciales integrados (PAI) que recogen los circuitos para la atención sanitaria a estas personas en la edad adulta y en la infancia y adolescencia.

Aun así, las principales percepciones del colectivo transexual con respecto a la atención sanitaria recibida es la mejora de la aceptación, la falta de capacitación adicional sobre transexualidad del personal sanitario, el no informar adecuadamente al colectivo transexual y la demora o tiempo de espera (Tablas 11 y 12, Figura 2).

**Tabla 11. Contraindicaciones absolutas del tratamiento hormonal cruzado**

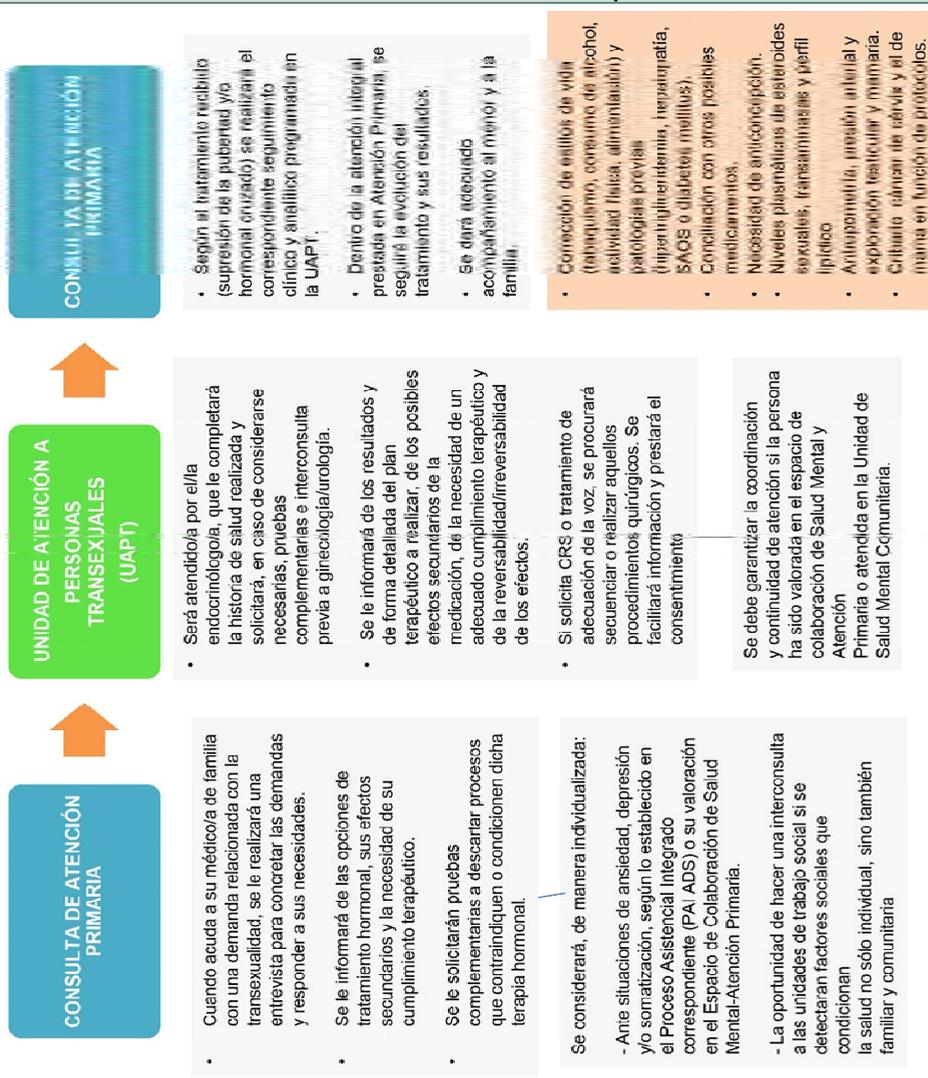
<b>Estrógenos</b>	<b>Andrógenos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedad mental grave</li> <li>▪ Trombofilias</li> <li>▪ Cardiopatía isquémica inestable</li> <li>▪ Tumores estrógeno-dependientes</li> <li>▪ Hepatopatía avanzada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedad mental grave</li> <li>▪ Cardiopatía isquémica inestable</li> <li>▪ Tumores andrógeno-dependientes</li> <li>▪ Cáncer de endometrio</li> <li>▪ Embarazo o lactancia actual</li> <li>▪ Hepatopatía avanzada</li> <li>▪ Policitemia con hematocrito superior al 55%</li> </ul>

**Tabla 12. Seguimiento conjunto entre AP y la UAPT**

- Corrección de estilos de vida (tabaquismo, consumo de alcohol, actividad física, alimentación) y patologías previas (hipertrigliceridemia, hepatopatía, SAOS o diabetes mellitus)
- Conciliación con otros posibles medicamentos
- Necesidad de anticoncepción
- Niveles plasmáticos de esteroides sexuales, transaminasas y perfil lipídico
- Antropometría, presión arterial y exploración testicular y mamaria
- Cribado cáncer de cérvix y el de mama en función de protocolos

UAPT: Unidad de Atención a la Persona Transexual.

**Figura 2. Proceso Asistencial Integrado Atención sanitaria a personas Transexuales adultas en Andalucía: ruta de la persona**



Elaboración propia basada en: Atención sanitaria a personas transexuales adultas. Proceso Asistencial Integrado Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2016.

## ▣ ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La violencia contra la mujer, especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual, constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres (Tabla 13).

**Tabla 13. Definiciones de violencia contra la mujer/violencia de pareja/violencia sexual**

**Violencia contra la mujer** como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada».

**La violencia de pareja** se refiere a los comportamientos de la pareja o expareja que causan daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.

**La violencia sexual** es «cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto, el intento de violación, los tocamientos sexuales no deseados y otras formas de violencia sexual sin contacto».

La visión patriarcal y androcéntrica, basada en el empoderamiento y sobrevalorización de lo masculino, y la aceptabilidad normativa de la violencia contra la mujer son causas de este problema. Además, el tradicional concepto del «amor romántico» (buscar la felicidad en pareja) es otro elemento que lo sustenta y refleja el rol de género en la violencia contra las mujeres.

Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (30%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.

La mayoría de las veces el agresor es la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (27%) de las mujeres de 15 a 49 años que han estado en una relación informan haber sufrido algún tipo de violencia física y/o sexual por su pareja.

Los confinamientos durante la pandemia de COVID-19 y sus repercusiones sociales y económicas han aumentado la exposición de las mujeres a parejas con comportamientos abusivos y a factores de riesgo conocidos, al tiempo que han limitado su acceso a diferentes servicios.

La violencia de pareja (física, sexual y psicológica) y las agresiones sexuales provocan en las mujeres graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo y, en algunos entornos, puede aumentar el riesgo de contraer el VIH. También afectan a la salud y el bienestar de sus hijos (Tablas 14 y 15).

El ciclo de la violencia descrito por Leonor Walker, ayuda a comprender la estrategia que utiliza el maltratador para lograr que la mujer se mantenga en esa situación (Figura 3).

**Tabla 14. Tipos de violencia contra las mujeres**

<p><b>Violencia física:</b> actos no accidentales, bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer. Es también una forma de violencia psicológica</p>
<p><b>Violencia psicológica:</b> son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono, la omisión de cuidados o la medicación negligente en el caso de mujeres con discapacidad o mayores etc. Es más difícil de demostrar, y de ser identificada por la víctima como tal</p>
<p><b>Violencia sexual:</b> imposición de un comportamiento sexual contra su voluntad, mediante la coacción, la intimidación, la amenaza o la fuerza, ya sea por parte de su pareja o por otros hombres. Igualmente incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, así como ejercer libremente su opción a la maternidad</p>
<p><b>Violencia económica:</b> consiste en privar intencionadamente a la mujer de recursos para el bienestar físico o psicológico, la discriminación en la disposición de los recursos que le corresponde legalmente o imposibilitando el acceso al mercado laboral para evitar la independencia económica</p>
<p><b>Violencia de control:</b> implica el aislamiento de la mujer de sus familiares y amistades, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a recursos financieros, empleo, educación o atención médica, etc</p>
<p><b>Violencia simbólica:</b> se ejerce a través de la emisión de mensajes, iconos o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación que naturalizan o justifican la subordinación y la violencia contra las mujeres en la sociedad</p>
<p><b>Ciberviolencia contra las mujeres:</b> aquella violencia de género en la que se utilizan las redes sociales y las tecnologías de la información como medio para ejercer daño o dominio. Existen diversas formas, el ciberacoso, las ciberamenazas, la ciberdifamación, la pornografía no consentida, los insultos y el acoso por motivos de género, la extorsión sexual, la difusión de imágenes de la víctima y las amenazas de violación y de muerte</p>

**Tabla 15. Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres**

<p><b>Salud física</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muerte (homicidio, suicidio)</li> <li>▪ Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras etc</li> <li>▪ Deterioro funcional</li> <li>▪ Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo, cefaleas)</li> <li>▪ Agravamiento de situaciones crónicas: dolor crónico, síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, trastornos del sueño y discapacidades</li> </ul>
----------------------------	---

**Tabla 15. Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres (continuación)**

<p><b>Salud sexual y Reproductiva</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conductas sexuales de alto riesgo para contagio de ITS y VIH/SIDA</li> <li>▪ Coerción reproductiva o falta de autonomía sexual y reproductiva</li> <li>▪ Embarazo no deseado</li> <li>▪ Retraso en el inicio de los cuidados prenatales.</li> <li>▪ Ganancia de peso inadecuada en el embarazo</li> <li>▪ Infecciones vaginales, cervicales y renales.</li> <li>▪ Sangrados y hemorragias durante el embarazo.</li> <li>▪ Aumento del riesgo de aborto, parto prematuro, Bajo Peso del Recién Nacido</li> </ul>
<p><b>Salud psíquica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depresión</li> <li>▪ Ansiedad</li> <li>▪ Trastorno por estrés postraumático</li> <li>▪ Baja Autoestima</li> <li>▪ Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia</li> <li>▪ Trastornos psicopatológicos</li> <li>▪ Intento de suicidio, autolesiones</li> <li>▪ Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos</li> <li>▪ Mala o salud autopercibida</li> </ul>
<p><b>Salud social</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aislamiento familiar y social</li> <li>▪ Dificultades económicas por la pérdida de empleo</li> <li>▪ Absentismo laboral</li> <li>▪ Disminución del número de días de vida saludable</li> <li>▪ Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse</li> </ul>

Tomado: PROTOCOLO andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Disponible: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo\\_Andaluz\\_para\\_Actuacion\\_Sanitaria\\_2020.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo_Andaluz_para_Actuacion_Sanitaria_2020.pdf)

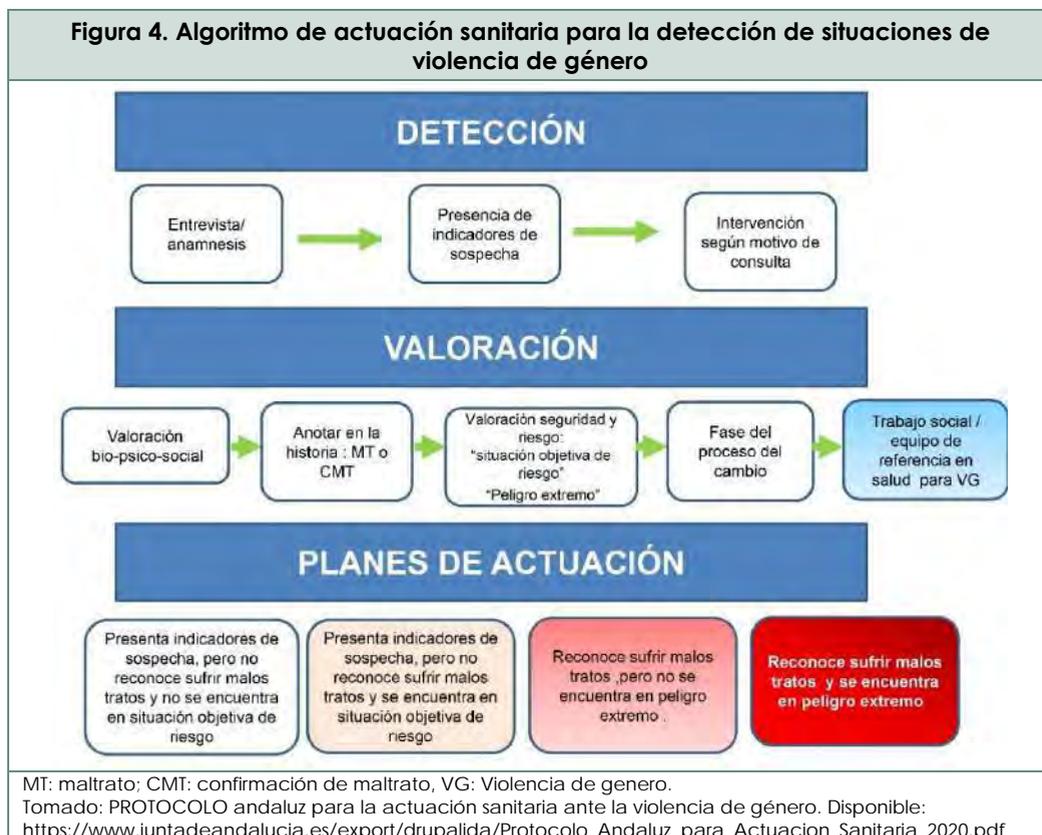
**Figura 3. Ciclo de la violencia de género de Leonor Walker**



De acuerdo con la OMS, las funciones mínimas a desarrollar desde el sistema sanitario son las siguientes:

- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la Historia Clínica.
- Indagar acerca de los antecedentes de la violencia y escuchar atentamente, sin presionar a la mujer para que hable. Preguntar con regularidad a las mujeres sobre la existencia de violencia de género como tarea habitual dentro de la actividad preventiva.
- Ayudar a la mujer a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las mujeres a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Mantener una actitud libre de prejuicios que apoye lo que la mujer está expresando; evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y disminuir la probabilidad de que busquen ayuda.
- Coordinarse con otras instituciones y profesionales.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

Como ejemplo de mejora en este aspecto tenemos el El Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (figura 4) de acuerdo con la Ley 7/2018, de 30 de julio, por la que se modifica la Ley 13/2007, de 26 de noviembre.



Este redefine:

- Medidas de prevención y protección integral contra la violencia ejercida por la pareja o expareja.
- Incorpora como víctimas directas de la violencia de género a los y a las menores de edad convivientes.
- Atención a las mujeres que se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad, como las mujeres mayores, las que habitan en medios rurales, las embarazadas, las migrantes, las discapacitadas, aquellas con VIH o las mujeres transexuales.
- Prevención de la mutilación genital femenina.
- Detección y atención a mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual y la atención a mujeres que viven en situación de prostitución.

## ▣ **ASESORAMIENTO EN SEXUALIDAD EN LA DISCAPACIDAD**

Durante mucho tiempo desde la sanidad, la familia y la sociedad se ha adoptado un papel pasivo ante la salud sexual de este colectivo. Se les ha negado necesidades interpersonales como el deseo, la atracción, el enamoramiento o la intimidad corporal y afectiva, y se han manejado y tratado este tipo de cuestiones según tópicos o creencias erróneas sobre la sexualidad de estos grupos, creándoles malestar, sentimientos de culpa y conflicto intrapersonal e interpersonal, al chocar de frente con la realidad del mundo en que vivimos (Tabla 16).

<b>Tabla 16. Mitos y realidades sobre la sexualidad de personas con discapacidad</b>	
<b>MITOS</b>	<b>REALIDADES</b>
<i>Las personas con discapacidad intelectual son como niños y sobre todo en el terreno sexual</i>	Tienen deseos, ilusiones, capacidad de enamorarse y enamorar, y de crear vínculos afectivos. Su cuerpo tiene la facultad de sentir y de excitarse.
<i>Las personas con discapacidad física o intelectual tienen mermada la capacidad para mantener y disfrutar de las relaciones sexuales</i>	El nivel intelectual o la limitación física u orgánica no determinan la capacidad de amar, expresar cariño, compartir sensaciones corporales, enamorar, seducir o respetar a la pareja. La sexualidad tan solo ha de adaptarse a la singularidad que supone su discapacidad
<i>Las personas con discapacidad no resultan atractivas sexualmente</i>	El no ajustarse a los modelos de belleza/perfección impuestos por la sociedad, no significa que no resulten atractivas. La personalidad, valores morales y sentimientos priman mucho más
<i>Las personas con discapacidad intelectual no son capaces de gestionar y vivir una sexualidad plena</i>	Es la sobreprotección lo que les impide tener relaciones saludables. El impedirles desarrollar su intimidad puede llevarles a conductas desajustadas en el único ámbito propicio; el público. Las personas con discapacidad pueden evitar relaciones sexuales no deseadas como también pueden tener relaciones sexuales consentidas, deseadas y satisfactorias

<b>Tabla 16. Mitos y realidades sobre la sexualidad de personas con discapacidad (continuación)</b>	
<i>En general, los discapacitados no deben tener actividad sexual, ni formar pareja, ni casarse</i>	Es necesario dirigir la mirada hacia sus capacidades y posibilidades favoreciendo espacios, tiempos y formas para expresarse, encontrarse y poder vivir su sexualidad. Las parejas pueden formarse entre dos personas con discapacidad física, intelectual u orgánica o también con otras sin discapacidad
<i>La intervención en educación sexual despierta su sexualidad dormida e inocente</i>	Es un derecho negado y la falta de oportunidades para aprender a relacionarse afectivamente aumenta la posibilidad de embarazos no deseados, ITS, conflictos entre los deseos de la persona y las normas sociales y los hace vulnerables a padecer abusos o agresiones sexuales
<i>Tolerantes pero reduciendo la sexualidad del discapacitado a la heterosexualidad</i>	Tienen la necesidad de aprender a conocerse, aceptarse y poder expresar su erótica de manera satisfactoria, sin que se aplique en ellas el enfoque de género
ITS: Infecciones de transmisión sexual	

Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos para todas las personas, libres de toda restricción, discriminación y violencia, y debemos asegurar su cumplimiento en las personas con discapacidad. Dependiendo del grado de capacidad se requerirá o no de la ayuda de los/as tutores/as en el seguimiento de su adecuado cumplimiento.

## ▣ **ASESORAMIENTO EN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA**

Según las últimas cifras ofrecidas por la OMS a nivel mundial en 2019: más de 1 millón de personas de 15 a 49 años se contagian cada día por una infección de transmisión sexual (ITS) curable; 376 millones de personas contrae anualmente alguna de estas cuatro ITS: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis; más de 500 millones de personas son portadoras del virus del herpes simple (VHS) y más de 290 millones de mujeres están infectadas por virus del papiloma humano (VPH).

La estimación de la prevalencia de personas con el virus inmunodeficiencia humana (VIH) en la población general española es del 0,3%.

En España la información epidemiológica poblacional sobre las ITS proviene de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), y desde 2015 quedan establecidas a nivel estatal como enfermedades de declaración obligatoria (EDO) individualizada, la infección gonocócica, sífilis, sífilis congénita, infección por *Chlamydia trachomatis* y el linfogranuloma venéreo (LGV).

La priorización y la coordinación nacional e internacional para la toma de medidas sanitarias sobre las ITS se recogen en el Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por VIH y otras ITS (2013 – 2016), prorrogado hasta el año 2020.

Es considerado un importante problema de salud pública tanto por su magnitud como por las complicaciones y secuelas que derivan de la no realización de un diagnóstico y tratamiento precoz (Tabla 17).

**Tabla 17. Información a destacar de las ITS**

- La tricomoniasis es la ITS curable más común en el mundo
- Se transmiten principalmente a través de las relaciones sexuales sin protección, ya sean vaginales, anales u orales. Transmisión durante el embarazo y el parto en la clamidiasis, la gonorrea, la sífilis y VIH. Por contacto con sangre o hemoderivados infectados o uso de drogas parentales, en el caso de la sífilis y VIH
- Aumentan el riesgo de contraer el VIH, multiplicándose por tres con el herpes y la sífilis
- Pueden causar síntomas como lesiones genitales, secreción vaginal o uretral, dolor al orinar y, en las mujeres, pérdidas intermenstruales. Aunque en la mayoría de las ocasiones, son asintomáticas o se acompañan de síntomas leves lo que dificulta el diagnóstico
- La clamidiasis y la gonorrea son unas de las principales causas de enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad en las mujeres
- La transmisión durante el embarazo puede causar graves, muertes fetales y neonatales y bajo peso al nacer, prematuridad, septicemia, ceguera, neumonía y anomalías congénitas en el recién nacido
- La sífilis en etapas avanzadas puede causar graves trastornos cardiovasculares y neurológicos
- La infección por el VPH puede provocar casos de cáncer cervicouterino, por lo que es necesario el cribado poblacional

Desde AP se puede y se debe intervenir en la prevención de la transmisión de ITS, tanto a nivel grupal como a nivel individual.

Es fundamental la intervención en población de riesgo como, hombres que tienen sexo con hombres; personas que ejercen la prostitución, personas internas en instituciones penitenciarias o personas inyectores de drogas, y sin olvidar posibles situaciones socio-relacionales que lo aumentan:

- Adolescencia
- Parejas estables seriadas
- No existencia de pareja estable
- Promiscuidad
- Cambio de pareja a cualquier edad
- Post-separación/divorcio
- Consumo de tóxicos
- ITS conocida de la pareja/s

En la tabla 18 detallamos algunas estrategias e intervenciones que pueden ser ofertadas desde AP o las unidades de ITS, y que disminuyen la transmisión de las ITS.

**Tabla 18. Estrategias e intervenciones para la prevención de ITS**

**Medidas prevención:**

- Promoción del uso del preservativo y prácticas de sexo seguro a nivel poblacional.
- Intervenciones socioeducativas sobre colectivos en riesgo.
- Vacunaciones: Hepatitis B a todos aquellos no vacunados; Hepatitis A: HSH, PID y a quienes tienen prácticas sexuales de riesgo; VPH: informar a las mujeres no vacunadas, HSH y personas transgénero, hasta los 26 años
- Profilaxis Post Exposición al VIH.\*
- Cribados periódicos de VIH y resto de ITS, incluyendo la hepatitis C, en población de riesgo
- Profilaxis Pre Exposición al VIH.

**Diagnóstico precoz y tratamiento ITS y VIH:**

- Cribado de infecciones asintomáticas: pruebas rápidas de VIH, sífilis, etc.
- Notificación a los contactos.
- Tratamiento antirretroviral en pacientes VIH
- Terapias supresivas en herpes genital recurrente.

Garantizar el **seguimiento y la continuidad** asistencial de la atención a las ITS y VIH

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; PID: Personas inyectores de drogas; VPH: Virus del papiloma humano. \*Iniciar antes 48-72h de la exposición, pauta diaria durante 4 semanas de antirretrovirales. Uso hospitalario

El VPH representa una de las ITS más comunes entre la población y su diagnóstico suele acarrear muchas emociones negativas y preocupaciones. La transmisión de mensajes concretos y claros puede aliviar esta angustia (Tabla 19).

**Tabla 19. Mensajes a transmitir ante una infección Virus papiloma humano**

- Es una infección de transmisión sexual pero distinta de las clásicas, muy frecuente entre la población sexualmente activa
- Se puede transmitir a pesar de usar preservativo. Pero debe usarlo siempre
- No ha hecho nada malo y no debe dejar de tener relaciones sexuales por esto
- No es un cáncer
- Podrá ser erradicado por su sistema inmunitario, aunque requiere tiempo, sin acarrearle un problema serio de salud
- No significa infidelidad. Puede haber sido de una relación tuya previa o de tu pareja
- Dejar de fumar y usar preservativo. Ayudará a acelerar el proceso de curación





# Anexos

## **ANEXO I.**

Instrucciones para uso del preservativo masculino

## **ANEXO II.**

Instrucciones para uso del preservativo femenino

## **ANEXO III.**

Instrucciones para uso de espermicidas

## **ANEXO IV.**

Instrucciones para uso del diafragma

## **ANEXO V.**

Enfermedades crónicas y principales disfunciones sexuales asociadas  
Fármacos que pueden alterar la respuesta sexual

## **ANEXO VI.**

Cuestionarios de función sexual

- ▣ Cuestionario de función sexual de la mujer: FSM-2
- ▣ Índice internacional de función eréctil (IIEF)
- ▣ Cuestionario de salud sexual para hombres (SHIM)
- ▣ Test de aptitud eyaculatoria
- ▣ Test PEDT (premature ejaculation diagnostic tool)

## **ANEXO VII.**

Ejercicios de focalización sensorial

## **ANEXO VIII.**

Resumen del tratamiento de las principales disfunciones sexuales (DS)

## ▣ ANEXO I

### INSTRUCCIONES PARA USO DEL PRESERVATIVO MASCULINO

1. El preservativo debe usarse en todos los coitos.
2. Observar si cumple las normas de calidad exigidas: norma UNE 53-625 y RQTS.
3. Se pueden conservar hasta dos años, siempre alejados del calor. Mirar siempre la fecha de caducidad.
4. Se colocará antes de introducir el pene en la vagina, y siempre con éste erecto.
5. Antes de desenrollarlo sobre el pene, es necesario pinzar el extremo del condón, de manera que quede un espacio al final sin aire para el semen, evitándose roturas.
6. Justo después de la eyaculación hay que retirar el pene de la vagina, sujetando la base del condón; así evitaremos que se derrame el semen en vagina o vulva.
7. Siempre se debe comprobar que no esté roto el preservativo después de usarlo.
8. Nunca serán reutilizados. Anudarlo y tirarlo a la basura.
9. Pueden emplearse glicerina, silicona o cremas espermicidas. Por el contrario, no deben utilizarse vaselina o aceites, puesto que deterioran el látex.
10. En caso de rotura del preservativo, se indicará la utilización de un método anticonceptivo de urgencia lo más precozmente posible, siempre antes de 120 horas. Acudir a la urgencia del centro de salud cuanto antes.
11. El preservativo protege contra el SIDA y otras ITS.
12. Si lo utilizamos conjuntamente con crema espermicida, aumenta su seguridad.
13. Ante la posibilidad de relaciones inesperadas, hay que llevar siempre un preservativo.

## ■ ANEXO II

### INSTRUCCIONES PARA USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO

1. Se debe de utilizar en todos los coitos.
2. Mirar siempre la fecha de caducidad.
3. Para introducirlo en la vagina: comprimir el aro móvil entre los dedos desde fuera de la funda e introducirlo hacia atrás y abajo. Cuando se sienta el aro móvil dentro de la vagina, introducir un dedo dentro de la funda y empujarlo hacia dentro. El aro fijo quedará por fuera de la vagina, tapando parcialmente la vulva.
4. Introducir el pene de la pareja dentro del preservativo.
5. Tras acabar el coito, hacer un movimiento de rotación del aro externo sobre sí mismo y tirar luego hacia fuera.
6. Tras su uso siempre se comprobará su integridad.
7. Nunca será reutilizado, tras usarlo se anudará y tirará a la basura.
8. Puede utilizarse con otros lubricantes o tratamientos de base oleosa.
9. En caso de rotura se indicará un método anticonceptivo postcoital, antes de 120 horas.
10. Llevarlo siempre consigo, ante la posibilidad de relaciones inesperadas.
11. Ofrece protección contra el SIDA y otras ITS. Con este fin se puede utilizar conjuntamente con otros métodos anticonceptivos.
12. Puede utilizarse en caso de alergia al látex, puesto que el preservativo femenino está compuesto de poliuretano.

## ▣ ANEXO III

### INSTRUCCIONES PARA USO DE ESPERMICIDAS

1. Existen diferentes presentaciones: óvulos vaginales, cremas, película soluble y tabletas vaginales.
2. Para alcanzar su máxima eficacia se evitarán los lavados vaginales hasta 6 horas después del coito.
3. El espermicida debe ser introducido profundamente en la vagina 10-15 minutos antes del coito.
4. Los óvulos y las películas protegen durante una hora después de su aplicación. Las cremas durante un período más prolongado.
5. Si ha transcurrido más de una hora desde la introducción del espermicida es conveniente aplicar otra dosis del mismo.
6. Se repetirá la dosis de espermicida por cada nuevo coito.
7. Para evitar sensación de picor o quemazón en vagina con los óvulos o tabletas es conveniente humedecerlos antes. Si a pesar de ello persistiera consulte a su médico.
8. Deben utilizarse siempre junto a otros métodos.
9. No se utilizará espermicida junto a tratamiento por vía vaginal.

## ■ ANEXO IV

### INSTRUCCIONES PARA USO DEL DIAFRAGMA

1. El diafragma debe usarse en cualquier momento del ciclo.
2. Utilizarlo siempre con crema espermicida por dentro y en los bordes. No utilizar minióvulos. La duración media es de 2 años.
3. Puede colocarse en el momento del coito, o unas horas antes.
4. Comprobar siempre que el cuello del útero haya quedado cubierto por el diafragma.
5. Si hay un segundo coito después de dos horas, hay que poner más crema espermicida con el aplicador, sin retirar el diafragma.
6. La mala colocación del diafragma puede ocasionar molestias durante el coito.
7. El diafragma debe permanecer en vagina un mínimo de 6 horas tras el último coito, pero nunca más de 24 horas.
8. Una vez retirado, lavarlo con jabón neutro y enjuagar. Hacerle recuperar su forma. Puede guardarse espolvoreándolo con harina de maíz. Enjuagarlo siempre antes de una nueva colocación. Revisar la elasticidad.
9. No se utilizarán vaselina, talcos perfumados o tratamientos vaginales que puedan dañar al látex.

## ANEXO V

### ENFERMEDADES CRÓNICAS Y PRINCIPALES DISFUNCIONES SEXUALES ASOCIADAS

<b>ENFERMEDADES CARDIO- VASCULARES</b>	<b>Cardiopatía isquémica</b>	Trastorno de la excitación Deseo sexual hipoactivo Anorgasmia femenina
	<b>Insuficiencia cardiaca</b>	Falta de interés sexual Disminución parcial de la actividad sexual
	<b>Arteriosclerosis y disfunción endotelial</b>	Trastorno de la excitación
	<b>Hipertensión arterial</b>	Trastorno de la excitación Trastornos orgásmicos femeninos
<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS</b>	<b>Lesiones medulares</b>	<i>Lesiones altas:</i> erección refleja. Eyaculación no siempre. Orgasmo raro. <i>Lesiones medias:</i> erección refleja. No eyaculación ni orgasmo <i>Lesiones bajas:</i> orgasmo y eyaculación son posibles, sin propulsión del líquido seminal
	<b>Ictus</b>	Disfunción sexual Deseo sexual hipoactivo/aumentado
	<b>Demencias</b>	Trastornos de la excitación Desinhibición sexual(frontal)
	<b>Parkinson</b>	Trastorno de la excitación Eyaculación precoz Dificultad para alcanzar el orgasmo
	<b>Esclerosis múltiple</b>	Trastorno de la excitación Deseo sexual hipoactivo Aneyaculación/Eyaculación precoz
	<b>Epilepsia</b>	Deseo sexual hipoactivo Trastorno de la excitación Eyaculación precoz
	<b>Polineuropatías</b>	Trastorno de la excitación Eyaculación precoz
	<b>Síndrome de piernas inquietas</b>	Deseo sexual hipoactivo Trastorno de la excitación.
<b>ENFERMEDADES MENTALES</b>	<b>Ansiedad; depresión; trastornos obsesivos y psicóticos</b>	Deseo sexual hipoactivo Trastorno de la excitación Dificultad para alcanzar orgasmo
<b>ALTERACIONES HORMONALES</b>	<b>Hipogonadismo/Hipe prolactinemia</b>	Trastorno de la excitación Deseo sexual hipoactivo
	<b>Disfunción suprarrenal: Enfermedad Cushing / insuficiencia suprarrenal</b>	Trastorno de la excitación Deseo sexual hipoactivo

	<b>Hipotiroidismo/ Hipertiroidismo</b>	Deseo sexual hipoactivo /aumentado Trastorno de la excitación Eyaculación precoz (cuestionado)
<b>TRASTORNOS METABÓLICOS</b>	<b>Diabetes mellitus</b>	Trastorno excitación Eyaculación precoz Deseo sexual hipoactivo
	<b>Hiperlipidemia</b>	Trastorno de la excitación
<b>TRASTORNOS GENITOURINARIOS</b>	<b>Endometriosis, fibromas uterinos, vulvovaginitis, vulvodinia, cistitis intersticial, incontinencia, prolapso órganos pélvicos, ITS, enfermedad pélvico- inflamatoria Síndrome Genitourinario (SGU)</b>	Trastorno interés y excitación Trastorno dolor genito-pélvico/ de la penetración
	<b>Prostatitis e infecciones del tracto urinario inferior</b>	Eyaculación precoz Deseo sexual hipoactivo Disfunción eréctil
	<b>Enfermedad de la Peyronie</b>	Dispareunia masculina Imposibilidad para la penetración Disfunción eréctil
	<b>HBP/ STUI</b>	Disfunción eréctil Eyaculación retrógrada
<b>OTRAS</b>	<b>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; síndrome de apnea del sueño</b>	Trastorno de la excitación
	<b>Insuficiencia renal</b>	Deseo sexual hipoactivo Trastorno de la excitación
	<b>Cirrosis hepática;</b>	Deseo sexual hipoactivo Trastorno de la excitación
	<b>Hemocromatosis idiopática; anemia de células falciformes; leucemias.</b>	Trastorno de la excitación
	<b>Cáncer de mama, cáncer colon, cáncer genital etc</b>	Trastorno excitación Deseo sexual hipoactivo Trastorno dolor genito-pélvico/ de la penetración Trastornos eyaculatorios Anorgasmia
	<b>Lupus, fibromialgia, artritis, trastornos musculoesqueléticos</b>	Trastorno excitación Deseo sexual hipoactivo Trastorno dolor genito-pélvico/ de la penetración

	<b>Liquen escleroso. Liquen plano, dermatitis, úlceras genitales Enfermedad Sjögren</b>	Trastorno excitación Deseo sexual hipoactivo Trastorno dolor genito-pélvico/ de la penetración
HBP: Hiperplasia benigna de próstata STUI: Síntomas del tracto urinario inferior ITS : infecciones transmisión sexual		

## FÁRMACOS QUE PUEDEN ALTERAR LA RESPUESTA SEXUAL

			Deseo	Excitación	Orgasmo
<b>ANTI HIPERTENSIVOS</b>	Diuréticos	Tiazidas y distales (hidroclorotiazida, amiloride, espironolactona...)	+	+	-
		Del asa (furosemida)	-	+	-
	Betabloqueantes	Propranolol	+	+	-
		Atenolol, celiprolol	-	+	-
	Alfa-beta bloqueantes	Carvedilol	-	+	-
		Labetalol	+	+	+/EP
IECAS	(Captopril, enalapril...)	-	+	-	
Acción central	(Alfametildopa, clonidina)	+	+	+	
<b>PSICOTROPOS</b>	ADT	(Amitriptilina, imipramina, nortriptilina...)	+	+	+
	SARI	(Trazodona...)	+	+/P	+
	ISRS	(Fluoxetina, citalopram, escitalopram, paroxetina, sertralina...)	+	++	
	ISRND	Duloxetina	+	+	+/ER
		Maprotilina	+	+	+
		Reboxetina	-	-	+/ER
		Venlafaxina	-	-	+
	Antipsicóticos típicos	Clorpromacina, levomepromacina, haloperidol, sulpiride, pimozida	+	+	+
		Flufenazina	+	+	-
		Perfenazina, trifluoperazina, amisulpirida	-	-	+
		Pipotiazida, tiaprida	-	+	-
	Antipsicóticos atípicos	Clozapina	-	+/P	+
		Risperidona	+	+/P	+
		Zuclopentixol	+	-	-
Sertindol		-	-	+	
<b>PROSTÁTICOS</b>	Alfabloqueantes	Doxazosina	+	+	+/er
		Tamsulosima	-	-	+/er
		Terazosina	+	+	-
<b>OTROS</b>	Inhibidores de la 5alfa-reductasa	Finasterida, dutasterida	+	+	+
		Famotidina / omeprazol	-	+	-
		Fibratos / estatinas	-	+	-
		Opiáceos	+	+	+
		Antiandrogenos: análogos de la LHRH / flutamida / bicalutamida	+	+	-
		Antagonistas serotoninérgicos, ciproheptadina, pizotifeno, metisergida, granisetron, yohimbina	-	+	+/EP
Testosterona, DHEA	+/AD	-	+/EP/P		

	Levodopa y agonistas dopamina	<b>+/AD</b>	<b>-</b>	<b>+/EP</b>
	Anfetaminas, cocaína	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>+/EP</b>
	Efedrina, fenilpropanolamida	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>+/EP</b>
	Ketoconazol	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>-</b>

IECAS: Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina-II. ADT: Antidepresivos tricíclicos. SARI: Inhibidores de la recaptación de serotonina y agonista de los receptores de 5HT<sub>2</sub>. ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. ISRND: Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina, DHEA: dehidroepiandrosterona. EP: Eyaculación precoz. P: Priapismo. ER: Eyaculación retardada. er: Eyaculación retrógrada. AD: Aumenta deseo; \* Suspensión brusca de Antidepresivos ISRS, trifluoperazina y algunos narcóticos y opiáceo provocan EP.

## ■ ANEXO VI

### CUESTIONARIOS DE FUNCIÓN SEXUAL

#### CUESTIONARIO DE FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER: FSM-2

##### 1. SU INTERÉS O DESEO DE REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL HA SIDO:

- Muy bajo o nulo (1)
- Bajo (2)
- Normal (3)
- Alto o muy alto (4)

##### 2. DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL, CUANDO LE HAN (O SE HA) TOCADO O ACARICIADO ¿HA SENTIDO EXCITACIÓN SEXUAL? Por ejemplo, sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual.

- Nunca o casi nunca (1)
- Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)
- La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)
- Casi siempre - Siempre (4)
- No ha habido actividad sexual (0)

##### 3. CUANDO SE SINTIÓ EXCITADA SEXUALMENTE ¿NOTÓ SUFICIENTE HUMEDAD Y/O LUBRICACIÓN VAGINAL?

- Nunca o casi nunca (1)
- Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)
- La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)
- Casi siempre - Siempre (4)
- No ha habido actividad sexual (0)

##### 4. DURANTE SU ACTIVIDAD SEXUAL, CUANDO LE HAN (O SE HA) TOCADO O ACARICIADO EN VAGINA Y/O ZONA GENITAL ¿HA SENTIDO DOLOR?

- Casi siempre-siempre (1)
- La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (2)
- Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (3)
- Nunca o casi nunca (4)
- No ha habido actividad sexual (0)

##### 5. DURANTE SU ACTIVIDAD SEXUAL, LA PENETRACIÓN VAGINAL (DEL PENE, DEDO, OBJETO...) ¿PODÍA REALIZARSE CON FACILIDAD?

- Casi siempre-siempre (4)
- La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)
- Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)
- Nunca o casi nunca (1). Si eligió esta opción señale las causas (una o más):
  - a) Sentir dolor
  - b) Miedo a la penetración
  - c) Falta de interés para la penetración
  - d) Incapacidad para la penetración por parte de la pareja

- e) Otras causas (indicar) \_\_\_\_\_  
 No ha habido actividad sexual (0)

**6. ¿HA NOTADO RETRASO O DIFICULTAD PARA ALCANZAR EL ORGASMO, CUANDO MANTUVO ACTIVIDAD SEXUAL, CON O SIN PENETRACIÓN?**

- Casi siempre-siempre (1)  
 La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (2)  
 Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (3)  
 Nunca o casi nunca (4)  
 No ha habido actividad sexual (0)

**7. ¿HA SENTIDO INQUIETUD O MIEDO ANTE LA IDEA O POSIBILIDAD DE TENER ACTIVIDAD SEXUAL?**

- Mucha (1)  
 Bastante (2)  
 Algo (3)  
 Nada (4)

**8. ¿CUANTAS VECES HA SIDO USTED QUIEN HA DADO LOS PASOS INICIALES PARA PROVOCAR UN ENCUENTRO SEXUAL?**

- Nunca o casi nunca (1)  
 Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)  
 La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)  
 Casi siempre - Siempre (4)

**9. ¿SE HA SENTIDO CONFIADA PARA COMUNICAR A SU PAREJA LO QUE LE GUSTA O DESAGRADA EN SUS ENCUENTROS SEXUALES?**

- Nunca o casi nunca (1)  
 Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)  
 La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)  
 Casi siempre - Siempre (4)

**10. ¿CUANTAS VECES HA TENIDO ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTAS 4 SEMANAS?**

- 1-4 veces (1)  
 De 5 a 8 veces (2)  
 De 9 a 12 veces (3)  
 Más de 12 veces (4)  
 No ha habido actividad sexual (0). Si eligió esta respuesta indique el motivo (una o más respuestas):  
a) Falta de deseo o interés  
b) Inseguridad o miedo a no responder sexualmente de manera adecuada  
c) Dolor o molestias durante la actividad sexual  
d) Problemas sexuales de la pareja  
e) Otros motivos (describir): \_\_\_\_\_

**11. DURANTE ESTAS 4 SEMANAS SU NIVEL DE SATISFACCIÓN SEXUAL HA SIDO**

- Muy bajo o nulo (1)  
 Bajo (2)  
 Normal (3)  
 Alto o muy alto (4)

**12. ¿LE HA SUCEDIDO ALGÚN ACONTECIMIENTO EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS QUE HAYA PODIDO INFLUIR EN SU VIDA SEXUAL?:**

- SÍ     NO    Si ha respondido SÍ, por favor descríballo brevemente:
-



<p><b>mantener la erección hasta completar la relación sexual?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Sin actividad sexual</li> <li>2- Extremadamente difícil</li> <li>3- Muy difícil</li> <li>4- Difícil</li> <li>5- Algo difícil</li> <li>6- Sin dificultad</li> </ol>	<p><b>¿con que frecuencia tuvo sensación de orgasmo?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Sin actividad sexual</li> <li>2- Casi nunca o nunca</li> <li>3- Menos de la mitad de las veces</li> <li>4- La mitad de las veces</li> <li>5- Más de la mitad de las veces</li> <li>6- Casi siempre o siempre</li> </ol>
<p>Las siguientes preguntas se refieren al deseo sexual, definido como la sensación de tener ganas de experiencias sexuales, pensamientos sobre una relación sexual o sentimiento de frustración por no tenerla</p>	
<p><b>11.- ¿Con que frecuencia ha tenido un deseo sexual?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Casi nunca</li> <li>2- En algunos momentos</li> <li>3- Buena parte del tiempo</li> <li>4- La mayor parte del tiempo</li> <li>5- Casi siempre o siempre</li> </ol>	<p><b>14.- ¿Cuál ha sido el grado de satisfacción en la relación sexual con su pareja?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Muy insatisfecho</li> <li>2- Bastante insatisfecho</li> <li>3- Ni satisfecho ni insatisfecho</li> <li>4- Satisfecho</li> <li>5- Muy satisfecho</li> </ol>
<p><b>12.- ¿Cómo calificaría su nivel de deseo sexual?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Muy bajo</li> <li>2- Bajo</li> <li>3- Moderado</li> <li>4- Alto</li> <li>5- Muy alto</li> </ol>	<p><b>15.- ¿Cómo calificaría la confianza que tiene en poder lograr y mantener la erección?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Muy bajo o nulo</li> <li>2- Bajo</li> <li>3- Moderado</li> <li>4- Alto</li> <li>5- Muy alto</li> </ol>
<p><b>13.- ¿Cuál ha sido el grado de satisfacción con su vida sexual en general?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Muy insatisfecho</li> <li>2- Bastante insatisfecho</li> <li>3- Ni satisfecho ni insatisfecho</li> <li>4- Satisfecho</li> <li>5- Muy satisfecho</li> </ol>	<p>A. Acto sexual se define como la penetración de la pareja.                  B. Actividad sexual incluye el acto sexual, caricias, juegos anteriores al acto y masturbación.                  C. Eyacular se define como la expulsión del semen o la sensación de hacerlo.                  D. Estimulación sexual incluye situaciones de juegos amorosos de una pareja, mirar fotos eróticas, etc.</p>
<p>El dominio función eréctil (items 1-5 puntuados de 0 a 5 e item 15 puntuado de 1 a 5) tiene una puntuación total igual a 30. Puntuaciones por debajo de 25 indican disfunción eréctil: severa 6-10, moderada 11-16 y leve 17-25.</p>	

<p style="text-align: center;"><b>CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL PARA HOMBRES (SHIM)</b></p>	<p><b>3. Durante el acto sexual, ¿con que frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No intentó el acto sexual</li> <li>1. Casi nunca o nunca</li> <li>2. Menos de la mitad de las veces</li> <li>3. La mitad de las veces</li> <li>4. Más de la mitad de las veces</li> <li>5. Casi siempre o siempre</li> </ol>
	<p>En los últimos 6 meses:</p> <p><b>1. ¿Cómo calificaría su confianza en poder conseguir y mantener una erección?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muy baja</li> <li>2. Baja</li> <li>3. Moderada</li> <li>4. Alta</li> <li>5. Muy alta</li> </ol>

**2. Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿con que frecuencia sus erecciones fueron suficientemente rígidas para la penetración?**

0. Sin actividad sexual
1. Casi nunca o nunca
2. Menos de la mitad de las veces
3. La mitad de las veces
4. Más de la mitad de las veces
5. Casi siempre o siempre

**5. Cuando intentó el acto sexual, ¿con que frecuencia fue satisfactorio para usted?**

0. No intentó el acto sexual
1. Casi nunca o nunca
2. Menos de la mitad de las veces
3. La mitad de las veces
4. Más de la mitad de las veces
5. Casi siempre o siempre

Puntuaciones iguales o inferiores a 21 son sugestivas de disfunción eréctil.

### TEST DE APTITUD EYACULATORIA

Este cuestionario pretende analizar cómo es su respuesta eyaculatoria. No existen respuestas correctas o incorrectas, sólo modos de vivir y sentir la sexualidad. Intente responder a las preguntas de la forma que más se ajuste a su sexualidad durante el último mes. Trate de responder a todas las preguntas, aun cuando no esté seguro de su decisión. Las preguntas puede contestarlas marcando la casilla que crea conveniente.

<i>N: Nunca; CN: Casi nunca; O: Ocasionalmente; H: Habitualmente; S: Siempre.</i>	N	CN	O	H	S
<b>1.</b> Durante el pasado mes, tardó menos de un minuto en eyacular durante la penetración vaginal/anal.					
<b>2.</b> Durante el pasado mes, tardó menos de dos minutos en eyacular durante la penetración vaginal/anal.					
<b>3.</b> Normalmente es capaz de realizar 15 empujes (movimientos intravaginales/anales) antes de eyacular.					
<b>4.</b> ¿Eyacula durante los juegos eróticos antes de la penetración?					
<b>5.</b> ¿Tiene sensación de que es capaz de controlar el tiempo eyaculatorio durante la penetración?					
<b>6.</b> ¿Está satisfecho con su capacidad para controlar el tiempo eyaculatorio durante la penetración?					
<b>7.</b> ¿Es capaz de controlar su eyaculación el tiempo necesario como para que su pareja disfrute de la relación sexual?					
<b>8.</b> Se encuentra angustiado debido a su tiempo eyaculatorio					
<b>9.</b> Intenta evitar las relaciones sexuales por miedo a eyacular rápido.					
<b>10.</b> Está satisfecho con sus relaciones sexuales.					
<b>11.</b> ¿Está insatisfecho con el tiempo que tarda en eyacular durante la penetración?					
<b>12.</b> ¿Cree que su pareja está satisfecha/o con el tiempo que tarda en eyacular durante la penetración?					
<b>13.</b> ¿Su pareja se encuentra molesta/o debido al tiempo que tarda en eyacular durante la penetración?					
<b>14.</b> Cuando se masturba en solitario ¿aproximadamente cuánto tarda en eyacular en minutos? <input type="checkbox"/> Menos de 1 minuto <input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 minutos <input type="checkbox"/> Entre 2 y 3 minutos <input type="checkbox"/> Entre 3 y 4 minutos <input type="checkbox"/> Más de 4 minutos.					

Para la corrección del cuestionario hay que tener en cuenta que las preguntas directas puntúan de 0 a 4 y las preguntas inversas de 4 a 0. Son preguntas directas las siguientes: 1, 2, 4, 8, 9, 11 y 13. Son preguntas inversas las siguientes: 3, 5, 6, 7, 10, 12 y 14. Para obtener el resultado final se debe sumar la puntuación obtenida en cada una de las preguntas, tanto directas, como inversas. La puntuación final oscila entre 0 y 56; a mayor puntuación, mayor probabilidad de padecer un trastorno de eyaculación precoz.

### TEST PEDT (PREMATURE EJACULATION DIAGNOSTIC TOOL)

**1. ¿Tiene dificultad para retrasar la eyaculación?**

**3. ¿Eyacula con muy poca estimulación?**

0. Casi nunca o nunca
1. Menos de la mitad de las veces
2. Alrededor de la mitad de las veces
3. Más de la mitad de las veces
4. Casi siempre o siempre

**4. ¿Se siente frustrado porque eyacula antes de lo que desea?**

<p>0. No tengo dificultad                  1. Tengo poca dificultad                  2. Tengo dificultad moderada                  3. Tengo bastante dificultad                  4. Extremadamente difícil</p> <p><b>2. ¿Eyacula antes de lo que desea?</b></p> <p>0. Casi nunca o nunca                  1. Menos de la mitad de las veces                  2. Alrededor de la mitad de las veces                  3. Más de la mitad de las veces                  4. Casi siempre o siempre</p>	<p>0. No, en absoluto                  1. Algo                  2. Moderadamente                  3. Mucho                  4. Extremadamente</p> <p><b>5. ¿Le preocupa que el tiempo que tarda en eyacular deje a su pareja sexualmente insatisfecha?</b></p> <p>0. No, en absoluto                  1. Algo                  2. Moderadamente                  3. Mucho                  4. Extremadamente</p>
<p>Una puntuación <math>\leq 8</math> indicaba que no había EP, 9 y 10 EP probable y <math>\geq 11</math> EP.</p>	

## ANEXO VII

### EJERCICIOS DE FOCALIZACION SENSORIAL

#### Objetivos:

- Distraer la atención del o de la paciente y de su pareja sobre el desempeño sexual que les resulta insatisfactorio.
- Eliminar la obligación de resultados en el encuentro sexual no exigente.
- Concentrar la atención en las sensaciones táctiles agradables, a la vez que se descubren zonas eróticas.
- Mejorar la comunicación íntima entre los miembros de la pareja.

#### Fase 1: Concentración sensitiva sin incluir genitales por turnos

- Prohibición del coito.
- Buscar un sitio relajado, con tiempo, sin interrupciones, desconectar móviles.
- Tumbarse con ropa interior.
- Masaje sensitivo por turnos: Pactar quien empieza primero, debe estimular al otro durante 20-30 minutos. Luego intercambiarse.
- Todo el cuerpo (“desde el cabello a los dedos de los pies”), evitando los genitales y las mamas.
- La persona que acaricia debe concentrarse en experimentar texturas, temperaturas, contornos del cuerpo, variar la firmeza y el ritmo de las caricias.
- La que es acariciada solo en las sensaciones que experimenta (¿Qué siento donde me tocan?).
- Suelen recomendarse unas tres sesiones en la primera semana.
- En alguna de ellas pueden introducirse aceites o caricias con texturas agradables.
- Terminar con un abrazo durante un breve tiempo.

#### Fase 2: Concentración sensitiva incluyendo genitales por turnos

- Prohibición del coito.
- Buscar un sitio relajado, con tiempo, sin interrupciones, desconectar móviles.
- Tumbarse desnudos.
- Masaje sensitivo por turnos: Pactar quien empieza primero, debe estimular al otro durante 20-30 minutos. Luego intercambiarse.
- Todo el cuerpo (“desde el cabello a los dedos de los pies”), incluyendo los genitales y las mamas.

- No tocar de manera distinta al resto del cuerpo. No centrarse exclusivamente en los genitales.
- No se trata de excitar al otro (aunque esto puede ocurrir). Cuando se excite se cesa el estímulo para que baje la excitación.
- La persona que acaricia debe concentrarse en experimentar texturas, temperaturas, contornos del cuerpo, variar la firmeza y el ritmo de las caricias.
- La que es acariciada solo en las sensaciones que experimenta (¿Qué siento donde me tocan?).
- Suelen recomendarse unas tres sesiones en la primera semana.
- En alguna de ellas pueden introducirse aceites o caricias con texturas agradables.
- Terminar con un abrazo durante un breve tiempo.
- En esta fase se comienza la terapia específica de algunas disfunciones, como la eyaculación precoz o la disfunción eréctil.

### **Fase 3. Caricias mutuas**

- Prohibición del coito.
- No besos.
- Buscar un sitio relajado, con tiempo, sin interrupciones, desconectar móviles.
- Tumbarse desnudos.
- Acariciarse mutuamente de manera sensual.
- Todo el cuerpo (“desde el cabello a los dedos de los pies”), incluyendo los genitales y las mamas.
- No centrarse exclusivamente en los genitales.
- No se trata de excitar al otro (aunque esto puede ocurrir). Cuando se excite se cesa el estímulo para que baje la excitación.
- Concentrarse en lo que sienten al tocar y ser tocados.
- Suelen recomendarse unas tres sesiones en la primera semana.
- En alguna de ellas pueden introducirse aceites o caricias con texturas agradables.
- Terminar con un abrazo durante un breve tiempo.

### **Fase 4. Penetración sensual (parejas heterosexuales)**

- Buscar un sitio relajado, con tiempo, sin interrupciones, desconectar móviles.
- Tumbarse desnudos.
- Empezar con caricias mutuas no genitales y posteriormente genitales.
- Luego, la mujer se pone encima del hombre, a horcajadas, de forma que los genitales puedan estar en contacto. Concentrarse en las sensaciones que tienen y seguir acariciándose todo el cuerpo.
- Iniciar caricias en el glande, el introito vaginal y el clítoris.
- Permitir la penetración jugando con diferentes ritmos con concentración sensorial. Si todo va bien, en sucesivas sesiones se generaliza el coito en otras posiciones.

## ■ ANEXO VIII

### RESUMEN DEL TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES DISFUNCIONES SEXUALES (DS)

En todas las DS el Consejo Sexual es fundamental. Ver tabla nº 2, capítulo INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE LA DISFUNCIONALIDAD SEXUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

DISFUNCIÓN SEXUAL	TERAPIA SEXUAL	TRATAMIENTO MEDICO
<b>Trastorno del interés/ excitación sexual femenino (TIE)</b>	<p>Individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autoestimulación progresiva dirigida.</li> <li>▪ Técnicas de relajación</li> <li>▪ Ejercicios Kegel</li> <li>▪ Potenciar fantasías sexuales (libros o material erótico diverso)</li> </ul> <p>Pareja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pactar los encuentros sexuales</li> <li>▪ Focalización sensorial</li> <li>▪ Mejora de la comunicación y de relación</li> </ul>	<p>Tratar la causa.</p> <p>Bupropión, Buspirona: No hay evidencia de alto grado</p> <p>Testosterona parches no comercializada en España. (Valorar otras presentaciones)</p>
<b>Trastorno dolor genito-pélvico/ de la penetración. (dispareunia-vaginismo)</b>	<p>Individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autoestimulación progresiva dirigida.</li> <li>▪ Técnicas de relajación</li> <li>▪ Ejercicios Kegel</li> <li>▪ Dilatadores vaginales (vaginismo)</li> </ul> <p>Pareja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pactar los encuentros sexuales</li> <li>▪ Focalización sensorial</li> <li>▪ Penetración gradual con lubricantes</li> <li>▪ Posturas: Coito con empoderamiento femenino</li> <li>▪ Mejora de la comunicación y de relación</li> </ul>	<p>Tratar la causa.</p> <p>Valorar síndrome genito-urinario y sus posibles tratamientos</p> <p>Cuidados generales vulvovaginales Hidratantes vaginales (2-3 veces semana) Lubricantes vaginales (en la rsx) Preparados a base de ácido hialurónico (lubrican – hidratan)</p>

<b>Trastorno orgásmico femenino</b>	<p>Individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Técnicas de relajación</li> <li>▪ Autoestimulación progresiva dirigida</li> <li>▪ Ejercicios de Kegel</li> <li>▪ Potenciar fantasías sexuales (libros o material erótico diverso)</li> </ul> <p>Pareja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Focalización sensorial</li> <li>▪ Maniobra del puente o del apuntalamiento*</li> <li>▪ Mejora de la comunicación y de relación</li> </ul>	<p>Tratar la causa.</p> <p>No existe tratamiento específico</p>
-------------------------------------	--	---

DISFUNCIÓN SEXUAL	TERAPIA SEXUAL	TRATAMIENTO MEDICO
<b>Disfunción eréctil</b>	<p>Individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Técnicas de control de la ansiedad</li> <li>▪ Autoestimulación</li> </ul> <p>Pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Focalización sensorial</li> <li>▪ Mejora de la comunicación y de relación</li> </ul>	<p>Tratar causa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inhibidores 5 fosfodiesterasa. Sildenafil, vardenafilo, tadalafilo, avanafilo.</li> <li>▪ Alprostadilo crema, intracavernoso o transuretral.</li> <li>▪ Otros: dispositivos de vacío, prótesis peneana, revascularización del pene</li> </ul>
<b>Eyacuación precoz</b>	<p>Individuales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Técnicas de control de la ansiedad</li> <li>▪ Autosensibilización corporal</li> <li>▪ Ejercicios de Kegel</li> <li>▪ Aprendizaje del control del músculo pubocoxígeo y restricción testicular</li> <li>▪ Autoestimulación con técnicas apretón y parada y arranque</li> </ul> <p>Pareja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Focalización sensorial.</li> <li>▪ Técnica de parada/arranque de Semans y/o apretón</li> <li>▪ Mantener suficiente frecuencia sexual: 3-4/ semana</li> <li>▪ Evitar posturas coitales que aceleren el reflejo eyaculatorio, más apropiadas aquellas con la mujer en posición superior.</li> <li>▪ Técnica de aclimatación al coito</li> <li>▪ Coito con movimiento pendular**</li> </ul>	<p>Tratar causa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dapoxetina</li> <li>▪ Fármacos tópicos: PSD502 (lidocaína + pilocarpina)</li> <li>▪ Otros sin indicación: fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, clorimipramina o tramadol (a demanda)</li> </ul>

<p><b>Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón</b></p>	<p>Individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Autoestimulación progresiva dirigida.</li><li>▪ Técnicas de relajación</li><li>▪ Ejercicios Kegel</li><li>▪ Potenciar fantasías sexuales (libros o material erótico diverso)</li></ul> <p>Pareja:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pactar los encuentros sexuales</li><li>▪ Focalización sensorial</li><li>▪ Mejora de la comunicación y de relación</li></ul>	<p>Tratar causa</p> <p>Si niveles sanguíneos testosterona total &lt;230 ng/dl valorar tratamiento de reemplazo con Testosterona</p> <p>Inhibidores 5 fosfodiesterasa. Sildenafil, vardenafilo, tadalafilo, avanafilo</p>
--	--	--



# Bibliografía

- Adeyemi-Fowode OA, Bercaw-Pratt JL.** Intrauterine Devices: Effective Contraception with Noncontraceptive Benefits for Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2019; 32(5S): S2-S6.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA).** Obstrucción selectiva tubárica mediante dispositivo ESSURE. Informe 6/2004 [internet]. Disponible en: <https://www.aetsa.org/publicacion/obstruccion-selectiva-tubarica-mediante-dispositivo-essure/>
- Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS).** Actualización de la información sobre el cese de la comercialización del anticonceptivo permanente Essure. 2017. Disponible en: [https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/productosSanitarios/controlMercado/2017/docs/NHPS\\_17-2017-Essure.pdf?x99230](https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/productosSanitarios/controlMercado/2017/docs/NHPS_17-2017-Essure.pdf?x99230)
- Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS).** Ficha técnica Implanon NXT® [internet]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/62628/62628\\_ft.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/62628/62628_ft.pdf)  
Video demostrativo: <http://www.implanonxtvideos.eu/>
- Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS).** Seguridad de los Anticonceptivos Hormonales Combinados. Información para ciudadanos [internet]. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España; 2013. URL: [https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentososuhumano-3/seguridad-1/ciudadanos/2013/nimuh\\_fv\\_28-2013-anticonceptivos/](https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentososuhumano-3/seguridad-1/ciudadanos/2013/nimuh_fv_28-2013-anticonceptivos/)
- Agencia Europea del Medicamento (EMA).** Ospemifeno. 2019. Disponible en [https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/senshio-epar-medicine-overview\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/senshio-epar-medicine-overview_es.pdf)
- Agronin M.** Sexual dysfunction in older adults [internet] UpToDate. 2021. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-in-older-adults/print>
- Albeshan SM, Hossain SZ, Mackey MG, Brennan PC.** Can Breast Self-examination and Clinical Breast Examination Along With Increasing Breast Awareness Facilitate Earlier Detection of Breast Cancer in Populations With Advanced Stages at Diagnosis? *Clin Breast Cancer.* 2020;20(3):194-200.
- Alonso Llamazares M<sup>o</sup>J.** Anticoncepción en la adolescencia: curso de actualización en anticoncepción hormonal (5a ed.). Valencia: 30 noviembre y 1 diciembre 2007.
- Alonso Llamazares M<sup>o</sup>J.** Protocolo Anticoncepción de Urgencia. Sociedad Española de Contracepción (SEC); 2019. Disponible en: [http://hosting.sec.es/descargas/PS\\_Anticoncepcion\\_de\\_urgencia.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_de_urgencia.pdf)
- Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, Serefoglu EC, Shindel AW, Adaihan PG, et al.** An Update of the International Society of Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). *Sex Med.* 2014;2(2):60-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4184677/>
- American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Arevalo M, Jennings V, Sinai I.** Efficacy of a new method of family planning: the Standard Days Method. *Contraception.* 2002; 65(5): 333-338. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12057784/>
- Arribas-Mir L, Ortega del Moral A, Jódar-Reyes M.** El médico de familia ante la inserción de un DIU. *Aten Primaria.* 2005; 36: 576-84. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-medico-familia-ante-insercion-13082493>
- Arribas-Mir L, Rueda-Lozano D, Agrela-Cardona M, Cedeño-Benavides T, Olvera-Porcel C, Bueno-Cavanillas A.** Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. *Contraception.* 2009; 80(5):457-62.
- Bahamondes L, Petta CA, Fernandes A, Monteiro I.** Use of the levonorgestrel-releasing in- trauterine system in women with endometriosis, chronic pelvic pain and dysmenorrhea. *Contraception.* 2007; 75(6Suppl): S134-9.
- Bajo-Arenas JM.** Fundamentos de Ginecología. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO); 2009.
- Barranco Castillo E, Soler F.** Situación actual de los métodos anticonceptivos naturales. *Cienc. Ginecol.* 2002; 6: 293-300.
- Basson R.** Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual Desire. *J Sex Marital Ther.* 2001; 27(5):395-403
- Beech AR, Miner MH, Thornton D.** Parafilias en el DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016; 12 (1): 383-406.
- Benagiano G, Primiero FM.** Seventy-five microgram desogestrel minipill, a new perspective in estrogen-free contraception. *Ann N Y Acad Sci.* 2003; 997: 163-73.
- Benítez JM, Brenes F, Casado P, González R, Sanchez F, Villalva E.** Grupo de Sexología de Semergen. *Semergen Doc. Salud Sexual. Documentos Clínicos Semergen.* Madrid: Edicomplet; 2006.
- Berek JS.** Ginecología de NOVAK. 15a ed. Mexico: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
- Bigrigg A, Evans M, Gbolade B, Newton J, Pollard L, Szarewski A, et al.** Depo Provera. Position paper on clinical use, effectiveness and side effects. *Br J Fam Plann.* 1999; 25(2): 69-76.

- Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF.** Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015;24(5):349-53. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25825986/>
- Black K, Lotke P, Buhling KJ, Zite NB.** A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. Intrauterine contraception for Nulliparous women: Translating Research into Action (INTRA) group. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012; 17(5):340-50.
- Bosarge PM.** Effectiveness of Barrier Methods for Sexually Transmitted Infection Prevention. En: Nelson AL, Woodward J, Eds. *Sexually Transmitted Diseases: A Practical Guide for Primary Care*. New Jersey: Humana Press; 2007.
- Breihaupt-Faloppa AC, Correia CJ, Prado CM, Stilhano RS, Ureshino RP, Moreira LFP.** 17 $\beta$ -Estradiol, a potential ally to alleviate SARS-CoV-2 infection. *Clinics*. 2020; 75: e1980. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7233687/>
- Burkman R, Schlesselman JJ, Ziemann M.** Safety concerns and health benefits associated with oral contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 190(4 Suppl): S5-22.
- Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT.** The effects of hormonal contraceptive use on female sexuality: a review. *J Sex Med*. 2012; 9(9):2213-23
- Busen NH.** Bone mineral density in adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate. *J Am Acad Nurse Pract*. 2004; 16(2): 57-62.
- Cabello F, Del Río FJ, Cabello MA.** Validación del Test de Aptitud Eyaculatoria. *Rev Int Androl*. 2014.
- Cabello F.** Manual de sexología y terapia sexual. Madrid: Síntesis, 2010.
- Calaf J.** Manual básico de contracepción. 2ª ed. Barcelona: Masson SA; 1997.
- Calhoun AH, Batur P.** Combined hormonal contraceptives and migraine: An update on the evidence. *Cleve Clin J Med*. 2017 Aug;84(8):631-638. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28806162/>
- Castillo Muñoz L, Cuadrado F.** Percepción de las personas transexuales sobre la atención sanitaria. *Index enferm*. 2020; 29(1-2):13-7. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000100004&lng=es.%20%20Epub%2019-Oct-2020](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100004&lng=es.%20%20Epub%2019-Oct-2020)
- Celis-González C, Palacios S, Durand-Carbajal M, Antonio-Regidor P.** Anticoncepción oral libre de estrógenos. *Ginecol Obstet Mex*. 2020; 88(1): 1-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201c.pdf>
- Cholst IN, Carlon AT.** Oral contraceptives and dysmenorrhea. *J Adolesc Health Care*. 1987; 8(1):121-8. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3546224/>
- Chor J, Stulberg DB, Tillman S.** Shared Decision-Making Framework for Pelvic Examinations in Asymptomatic, Nonpregnant Patients. *Obstet Gynecol*. 2019;133(4):810-814. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30870283/>
- Ciarmatori S, López Kaufman C, Bonsergent S, Pradier S.** Recomendaciones para el manejo de la anticoncepción durante la pandemia de COVID-19 [internet]. Asociación médica argentina de Contracepción. 2020. Disponible en: [http://www.amada.org.ar/images/Comite\\_de\\_opinion\\_AMAdA\\_Mayo\\_COVID\\_19b.pdf](http://www.amada.org.ar/images/Comite_de_opinion_AMAdA_Mayo_COVID_19b.pdf)
- Coffee AI, Sulak PJ, Kuehl TJ.** Long-term assessment of symptomatology and satisfaction of and extended oral contraceptive regimen. *Contraception*. 2007; 75(6):444-9.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast cancer.** Breast cancer and hormonal contraceptive; collaborative reanalysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*. 1996; 347:1713-27.
- Colquitt CW, Martin TS.** Contraceptive Methods. *J Pharm Pract*. 2017;30(1):130-135. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26033795/>
- Cook LA, Nanda K, Grimes DA.** Diafragma versus diafragma con espermicida para la anticoncepción (Revisión Cochrane traducida) [internet]. Cochrane Library. 2003. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002031/full/es>
- Cook LA, Van Vliet HA, Lopez LM, Pun A, Gallo MF.** Técnicas de oclusión por vasectomía para la esterilización masculina (Revisión Cochrane traducida) [internet]. Cochrane Library. 2014. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003991.pub4/full>
- Corona G, Lee DM, Forti G, O'Connor DB, Maggy M, O'Neill TW, et al.** Age-Related Changes in General and Sexual Health in Middle-Aged and Older Men: Results from the European Male Ageing Study (EMAS) [Internet]. *J Sex Med*. 2010; 7:1362-80. Available in: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1743-6109.2009.01601.x>
- Croxatto HB, Makarainen L.** The pharmacodynamics and efficacy of Implanon. An overview of the data. *Contraception*. 1998; 58 Suppl 6: S91-7.
- Cruz C, Fernández M A, Bataller V.** Educar y atender la sexualidad desde pediatría. Madrid: Unión de Asociaciones Familiares (UNAF); 2007
- Cruz N, Jurado A, Prieto R, San Martín C, Sánchez F.** Programa de Intervención en Salud Sexual para Médicos de Atención Primaria (PRISS-AP). Barcelona: Ed: Profármaco; 2015.
- Cruz N.** Tratado de Andrología y Medicina Sexual. Tomo II. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012.
- Dayal MB, Wheeler J, Williams CJ, Barnhart KT.** Disruption of the upper female reproductive tract epithelium by nonoxynol-9. *Contraception*. 2003; 68(4): 273-279.
- Debski R, Kotarski J, Paszkowski T, Pawelczyk L, Skrzypulec V, Tomaszewski J; Polish Gynecological Society.** The statement of Polish Gynecological Society experts on oral use of contraceptive 75 microg desogestrel minipill in different clinical cases-state of art in 2008. *Ginekol Pol*. 2009; 80(1): 63-75.
- Díaz-Recaséns J, Bajo-Arenas JM.** Ecografía ginecológica. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2012.

- Dohle GR, Diemer T, Kopa Z, Krausz C, Giwercman A, Jungwirth A. Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la vasectomía. *Actas Urológicas Españolas*. 2012; 36: 276-281.
- Duffy S, Marsh F, Rogerson L, Hudson H, Cooper K, Jack S, et al. Female sterilization: a cohort controlled comparative study of ESSURE versus laparoscopic sterilization. *BJOG*. 2005; 112(11): 522-8. Available in: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2005.00726.x>
- Duro J, Guisado R, Partera IM, Velasco E, Arjona JE. ¿Es necesario el histerómetro y las pinzas de Pozzi para la inserción del dispositivo intrauterino? *Clin Invest Gin Obst*. 2017;44(4):163-166. Disponible en: <https://www-scienceirect-com.m-hryc.a17.csinet.es/science/article/pii/S0210573X16300302>
- Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. Cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jul 29;(7):CD004695.
- Endrikat J, Gerlinger C, Richard S, Rosenbaum P, Düsterberg B. Ovulation inhibition doses of progestins: a systematic review of the available literature and of marketed preparations worldwide. *Contraception*. 2011; 84(6): 549-57.
- Erkkola R, Landgren BM. Role of progestins in contraception. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84(3): 207-16.
- Esteve de Antonio I, Asenjo Araque N, Hurtado Murillo F, Fernández Rodríguez M, Vidal Hagemeyer A, Moreno Pérez O, et al. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). Documento de posicionamiento: disforia de género en la infancia y la adolescencia. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*. 2015;6(1):45-49.
- Estrategia de Salud Sexual (Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS). Plan Operativo 2019-2020. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan\\_Operativo\\_ENSS\\_2019\\_20.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan_Operativo_ENSS_2019_20.pdf)
- Evans AT, Szlachetka K, Thomburg LL. Ultrasound Assessment of the Intrauterine Device. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019 Dec;46(4):661- 681. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31677748/>
- Family Health International. FHI Noticias. Dispositivos intrauterinos: seguros, eficaces y subutilizados. EEUU. 2003.
- Farré JM, Lasheras MG. DE psicógena y mixta: estudio de seguimiento terapéutico. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2002; 30(1):38-45.
- Faubion SS, MacLaughlin KL, Long ME, Pruthi S, Casey PM. Surveillance and Care of the Gynecologic Cancer Survivor. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015;24(11):899-906.
- FEAPS CV (Federación de Asociaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo de la Comunidad Valenciana). Dibujando la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo: una cuestión de derechos. Ed. FEAPS CV; 2015.
- Fehring RJ, Schneider M, Barron ML, Raviele K. Cohort comparison of two fertility awareness methods of family planning. *J Reprod Med*. 2009; 54(3): 165-70.
- Fehring RJ, Schneider M, Raviele K, Barron ML. Efficacy of cervical mucus observations plus electronic hormonal fertility monitoring as a method of natural family planning. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007; 36(2): 152-60.
- Forcier M, Olson-Kennedy J. Lesbian, Gay, Bisexual and Other Sexual Minority Youth: Primary Care. En UpToDate, Blake D, Torchia M, (Ed.). Última actualización 24 julio 2021. Disponible en: [https://ws003.sspa.juntadeandalucia.es:2060/contents/lesbian-gay-bisexual-and-other-sexual-minoritized-youth-primary-care?search=Adolescent%20sexuality&source=search\\_result&selectedTitle=3~12&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://ws003.sspa.juntadeandalucia.es:2060/contents/lesbian-gay-bisexual-and-other-sexual-minoritized-youth-primary-care?search=Adolescent%20sexuality&source=search_result&selectedTitle=3~12&usage_type=default&display_rank=3)
- Forcier M. Adolescent sexuality. En UpToDate, Blake D, Torchia M, (Ed.). Última actualización 24 julio 2021. Disponible en: [https://ws003.sspa.juntadeandalucia.es:2060/contents/adolescent-sexuality?search=Adolescent%20sexuality&source=search\\_result&selectedTitle=1~12&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://ws003.sspa.juntadeandalucia.es:2060/contents/adolescent-sexuality?search=Adolescent%20sexuality&source=search_result&selectedTitle=1~12&usage_type=default&display_rank=1)
- Frank-Herrmann P, Heil J, Gnöth C, Toledo E, Baur S, Pyper C, et al. The effectiveness of a fertility awareness-based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Human Reproduction*. 2007; 22(5): 1310-9.
- French R, Van Vliet H, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D, et al. Sistemas intrauterinos impregnados de hormonas (SIU), versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos efectivos de prevención de embarazo (Revisión Cochrane traducida).(Sede Web) .En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Freundl G, Frank-Herrmann F, Godehardt E, Klose A, Koubene HJ, Gnöth G. Die effektivität von Zyklusmonitoring. *GeburtsFrauenheilm*. 2003; 63:774-777.
- Frías Ibáñez A, Vázquez Costa M. Anticonceptivos orales en pacientes con psicopatología alimentaria: implicaciones etiopatogénicas y terapéuticas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2012; 32 (115), 591-596. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/09.pdf>
- FSRH (Faculty of Sexual & Reproductive HealthCare) Clinical Guidance: Progestogen-only Implants 2014 (2021). Available in: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-implants-feb-2014/>
- FSRH (The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare). Clinical Effectiveness Unit team. Are there any specific recommendations for women with a copper bearing intrauterine device requiring a Magnetic Resonance Imaging (MRI) scan? 2009.
- FSRH (The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare). FSRH clinical guidance. Intrauterine contraception. 2007.
- FSRH (The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare). Guideline Emergency Contraception [internet]. March 2017 (Amended December 2020). Available in: <https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/>

- FSRH (The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare).** UKMEC Summary Table Hormonal and Intrauterine Contraception. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. September 2019.
- FSRH CEU** Guiddance: Drug Interactions with Hormonal Cotraceptico (January 2017, last reviewed 2019). Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare.
- Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF.** Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1): CD003552.
- Giersig C.** Progestin and breast cancer. The missing pieces of a puzzle. *Bundesgesundheits- blatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2008; 51(7): 782-6.
- Gravitt PE, Winer RL.** Natural History of HPV Infection across the Lifespan: Role of Viral Latency. *Viruses.* 2017;9(10):267.
- Grimes DA, Economy KE.** Primary prevention of gynecologic cancers. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172: 227-35.
- Grupo Daphne.** VII Encuesta de Anticoncepción en España 2011. URL: [http:// equipodaphne.es/otrasencuestas.php?y=2011](http://equipodaphne.es/otrasencuestas.php?y=2011)
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina.** Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc\\_585\\_anticoncepcion\\_iacs\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf)
- Guilbert ER, Brown JP, Kaunitz AM, Wagner MS, Bérubé J, Charbonneau L, et al.** The use of depot–medroxyprogesterone acetate in contraception and its potential impact on skeletal health. *Contraception.* 2009; 79(3): 167-77.
- Gutiérrez Ales J,** coord. Protocolo Anticoncepción Hormonal Combinada [revisión]. Sociedad Española de Contracepción; 2019. URL: [http://hosting.sec.es/descargas/PROTOCOLOS/PR\\_AH\\_Combinada\\_Oral\\_Transdemica\\_Vaginal\\_JoseQuilez\\_FIRMADO.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/PROTOCOLOS/PR_AH_Combinada_Oral_Transdemica_Vaginal_JoseQuilez_FIRMADO.pdf)
- Haimovich S, Checa MA, Mancebo G, Fusté P, Carreras R.** Treatment of endometrial hyper- plasia without atypia in peri - and postmenopausal women with a levonorgestrel intrauterine device. *Menopause.* 2008; 15(5):1002–4.
- Halpern V, Grimes DA, López L, Gallo MF.** Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 25(1): CD004317.
- Han L, Taub R, Jensen JT.** Cervical mucus and contraception: what we know and what we don't. *Contraception.* 2017;96(5):310-321.
- Hancock P, McLaughlin E.** British Andrology Society guidelines for the assessment of postvasectomy semen samples (2002). *J Clin Pathol* 2002; 55: 812-6.
- Hardeman J, Weiss BD.** Intrauterine devices: an update. *Am Fam Physician.* 2014 Mar 15;89(6):445-50. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24695563/>
- Harrison-Woolrych M, Hill R.** Unintended pregnancies with the etonogestrel implant (Implanon): a case series from post-marketing experience in Australia. *Contraception.* 2005; 71(4): 306-8.
- Hassou D.** Natural Family Planning methods and Barrier: CNGOF Contraception Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018; 46(12):873-882.
- Hatzimouratidis K, et al.** European Association of Urology. Guidelines on Male Sexual Dysfunction 2018. Disponible en: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Male-Sexual-Dysfunction-2018-large-text.pdf>
- Higgins JA, Smith NK.** The Sexual Acceptability of Contraception: Reviewing the Literature and Buikding a New Concept *J Sex Res.* 2016;53(4-5):417-456.
- Hubacher D, Grimes DA.** Noncontraceptive health benefits of intrauterine devices: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv* 2002; 57 (2): 120-8).
- Hurtado F, Domínguez O.** Vademecum sexual: Fármacos y disfunción sexual. *Psicosom. psiquiatr.* 2017;(1)1:27-59. Disponible: [https://psicosomaticapsiquiatria.com/wp-content/uploads/2017/06/psicosom\\_psiquiatr\\_201711\\_27-59.pdf](https://psicosomaticapsiquiatria.com/wp-content/uploads/2017/06/psicosom_psiquiatr_201711_27-59.pdf)
- Iglesias X.** La revisión ginecológica en Atención Primaria. *Medicina Integral.* 2000;36(2). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-revision-ginecologica-atencion-primaria-11661>
- Info Project.** Population Reports: New Attention to the IUD. EEUU. February 2006. Available in: [https://www.globalhealthlearning.org/sites/default/files/referecofiles/New%20Attention%20to%20the%20IUD%20B7\\_0.pdf](https://www.globalhealthlearning.org/sites/default/files/referecofiles/New%20Attention%20to%20the%20IUD%20B7_0.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística.** Interrupción Voluntaria del Embarazo. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPr omocion/embarazo/tablas\\_figuras.htm](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPr omocion/embarazo/tablas_figuras.htm)
- Ismail H, Mansour D, Singh M.** Migration of Implanon. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2006; 32: 157-59.
- James P, Trener J.** Ultrasound localization and removal of non–palpable Implanon implants. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2006; 46(3): 2 25-8.
- Junta de Andalucía.** Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía* 2014; 139. Disponible en <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2014/139/1>
- Jurado AR, Sánchez F, San Martín C.** Máster en sexología médica, UNEATLANTICO. Santander: Fundación Universitaria Iberoamericana; 2018.
- Jurado AR, Sánchez F.** Salud sexual en Atención Primaria (Curso de formación online en Internet). Madrid: Science Tools, 2012.
- Kaplan H.** La nueva terapia sexual. Madrid: Alianza editorial; 2002.
- Kaunitz AM, Meredith S, Inki P, Kubba A, Sanchez-Ramos L.** Levonorgestrel-releasing intrauterine system and endometrial ablation in heavy menstrual bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2009;113(5):1104-1116. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19384127/>
- Kaunitz AM.** Injectable depot medroxyprogesterone acetate contraception: an update for U.S. clinicians. *Int J Fertil Womens Med.* 1998; 43(2): 73-83.

- Khader YS, Rice J, John L, Abueita O.** Oral contraceptives use and the risk of Myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception* 2003; 68: 11-17.
- Kingsberg, SA, Clayton, AH, Pfauas JG.** The Female Sexual Response: Current Models, Neurobiological Underpinnings and Agents Currently Approved or Under Investigation for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder [Internet]. *CNS Drugs*.2015;29(11):915-33. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/283444725\\_The\\_Female\\_Sexual\\_Response\\_Current\\_Models\\_Neurobiological\\_Underpinnings\\_and\\_Agents\\_Currently\\_Approved\\_or\\_Under\\_Inv\\_estigation\\_for\\_the\\_Treatment\\_of\\_Hypoactive\\_Sexual\\_Desire\\_D\\_isorder](https://www.researchgate.net/publication/283444725_The_Female_Sexual_Response_Current_Models_Neurobiological_Underpinnings_and_Agents_Currently_Approved_or_Under_Inv_estigation_for_the_Treatment_of_Hypoactive_Sexual_Desire_D_isorder)
- Klein DA, Arnold JJ, Reese ES.** Provision of Contraception: Key Recommendations from the CDC. *Am Fam Physician*. 2015;91(9):625-33. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2015/0501/p625.html>
- Kokanali D, Kuntay Kokanali M, Ayhan S, Cengaver N, Özakşit G, Engin-Üstün Y.** Contraceptive choices of adolescents before and after the voluntary termination of pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. 2019;39(6): 822-826. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31010335/>
- Korver T, Klipping C, Heger-Mahn D, Duijkers I, van Osta G, Dieben T.** Maintenance of ovulation inhibition with the 75-mg desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette®) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception*. 2005; 71: 8-13.
- La Vecchia C.** Oral contraceptives and ovarian cancer: an update, 1998-2004. *Eur J cancer Prev*. 2006;15(2):117-24.
- Labbok MH, Hight–Laukaran V, Peterson AE, Fletcher V, von Hertzen H, Van Look PFA.** Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, duration and implications for clinical application. *Contraception*.1997; 55(6): 327-336. Available in: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(97\)00040-1/pdf](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(97)00040-1/pdf)
- Labrie F.** Combined data of intravaginal prasterone against vulvovaginal atrophy of menopause. *Menopause*. 2017; 24(11):1246-56.
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al;** GSSAB Investigators Group. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*. 2005; 17:39-57.
- Lawrie TA, Helmerhorst FM, Maitra NK, Kulier R, Bloemenkamp K, Gülmezoglu AM.** Types of progestogens in combined oral contraception: effectiveness and side-effects. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 11(5): CD004861.
- Lemes RMR, Costa AJ, Bartolomeo CS, Bassani TB, Nishino MS, da Silva Pereira GJ, et al.** 17β-estradiol reduces SARS-CoV-2 infection in vitro. *Physiol. Rep*. 2021; 9:e14707. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7814496/>
- Lete I, Dueñas JL, Serrano I, Doval JL, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, et al.** Efectos beneficiosos no anticonceptivos de la píldora anticonceptiva. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2009; 35 (10): 505-10.
- Lete I.** Combined hormonal contraception and COVID-19. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2021. 26: 128-131. Available in: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2020.1867845>
- Lete I.** Datos Encuesta COVID sobre el impacto del confinamiento por COVID-19 en usuarias de anticoncepción oral.
- Lete I.** Evolución y situación actual de la anticoncepción en España 1997- 2003. En: Libro Blanco de la anticoncepción en España. Madrid: Ed. Aula Médica S.; 2005. p 7-15.
- Lethaby A, Wise MR, Weterings MAJ, Boffill Rodríguez M, Brown J.** Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding [internet]. *Cochrane Library*. 2019. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000154.pub3/full>
- Levine JP, Sinofsky FE, Christ MF.** Assessment of Implanon insertion and removal. *Contraception*. 2008; 78: 409-17.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo,** de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado* 2010; 55: Pág. 21001-14.
- Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C.** Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009; 339:b2890. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19679613/>
- López A, Baeyen JA, Bailón E, Iglesias MJ, Ortega A, Coello PA, et al.** Actividades preventivas de la mujer. Actualización PAPPs 2020. *Aten Primaria*. 2020; 52 (2): 125-148. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720302808?via%3DIihub>
- López de Munain J.** Epidemiología y control actual de las infecciones de transmisión sexual. Papel de las unidades de ITS. Munain J L. Epidemiología y control actual de las infecciones de transmisión sexual. En: Formación médica continuada: Infecciones de transmisión sexual. Elsevier. 2019; 37(1): 45-9. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-epidemiologia-control-actual-infecciones-transmision-S0213005X18302994>
- López F.** Educación sexual. Madrid: Biblioteca Nueva; 2005.
- López García-Franco A, Baeyens Fernández JA, Bailón Muñoz E, Iglesias Piñeiro MJ, del Cura González I, Ortega del Moral A, et al.** Actividades preventivas en la mujer. Actualización PAPPs 2018. *Aten Primaria*. 2018; 50 (Supl 1): 125-146. Disponible en: <https://papps.es/wp-content/uploads/2019/02/actividades-preventivas-mujeress-papps-2018.pdf>
- Lopez LM, Chen M, Mullins S, Curtis KM, Helmerhorst FM.** Steroidal contraceptives and bone fractures in women: evidence from observational studies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012.
- Lucas M, Cabello F.** Introducción a la sexología clínica. Madrid. Elsevier; 2007

- Ma R, Cecil E, Bottle A, French R, Saxena S. Impact of a pay-for-performance scheme for long-acting reversible contraceptive (LARC) advice on contraceptive uptake and abortion in British primary care: An interrupted time series study. *PLoS Med.* 2020; 17(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7489538/>
- Madelenat P, Koskas M; Groupe de réflexion sur la contraception progestative. Update on the progestin-only contraception. *Gynecol Obstet Biol Reprod, Paris.* 2008; 31(7): 637- 60.
- Malmborg A, Persson E, Brynhildsen J, Hammar M. Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of Young Swedish women. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2016; 21(2):158-67
- Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of implanon on men- strual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008;13 Suppl 1: 13-28.
- Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Sáenz de Tejada I, Rodríguez Vela L, Jiménez Cruz JF, Burgos Rodríguez F. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study. *J Urol* 2001; 166(2): 95-104.
- Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: Actualización. *Rev Int Androl.* 2007; 5:11-21
- Masters W, Johnson V. Respuesta sexual humana. Madrid: Interamericana, 1981.
- Mateos-Lindemann ML, Pérez-Castro S, Rodríguez-Iglesias M, Pérez-Gracia MT. Microbiological diagnosis of human papilloma virus infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2017 Nov;35(9):593-602. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27353835/>
- McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, Lee SW, Seagraves RT. Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13(2):153-67. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26953830/>
- McNaught J, Jamieson MA. Barrier and Spermicidal Contraceptives in Adolescence. *Adolesc Med clinics.* 2005; 16(3): 495-515.
- Mendoza N, Jurado A, San Martín C, Sánchez F et al. Sexología médica. Colección Manuales Major. Ciencias de la Salud. Granada: Editorial Universidad de Granada; 2019. 5
- Menéndez C, Fernández JM, Doval JL, Blanco S, García A, Gulín R. Comparación en el uso del dispositivo intrauterino (DIU) entre médicos de familia y ginecólogos. *Aten Primaria.* 1998; 22:622-626.
- Milson I. The levonorgestrel-releasing intrauterine system as an alternative to hysterectomy in peri-menopausal women. *Contraception.* 2007; 75(6 Suppl): S152-4. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17531608/>
- Mir Pizá J. Vademecum sexual. Actualizado 2012.
- Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. *Contraception.* 2006; 73 (2):145-53.
- Molero F, Castaño R, Castelo-Branco C, Honrado M, Jurado AR, Laforet E, Prieto R, et al. Vida y Sexo más allá de los 50. *MenoGuía AEEM.* 1ª ed. Barcelona: Aureagráfica SL; 2014.
- Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, Rotatori F, Veglia F, Briganti A, et al. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: the COBRA trial. *Eur Heart J.* 2006;27(22):2632-9.
- Moreno Ó, Esteva I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)\*(anexo 1). *EndocrinolNutr.* 2012;59(6):367-382. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinología-nutricion-12-articulo-guias-practica-clinica-valoracion-tratamiento-S157509221200054X>
- Moser C. DSM-5, Paraphilias, and the Paraphilic Disorders: Confusion Reigns. *Arch Sex Behav.* 2019;48(3):681-689. Disponible: <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1356-7>.
- Mourtialon P, Tixier H, Loffroy R, Maillart JC, Calmelet P, Dellinger P, et al. Vascular complication after insertion of a subcutaneous contraceptive implant. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008; 87(11): 1256-8.
- Muñoz D Andrea Del Pilar, Camacho L Paul Anthony. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2016; 81(3): 168-180. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000300002&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300002](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300002&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300002)
- Navarro JA, Trillo C, Luque MA, Seoane J, Alonso MJ, Gotor S. Anticoncepción y salud sexual en atención primaria. SAMFYC-SAC. Granada; 2014. Disponible en: [https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2014002\\_Anticoncepcion.pdf](https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2014002_Anticoncepcion.pdf).
- Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan BK, Humphrey L; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2009; 151(10):727-37, W237-42. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19920273/>
- Newberry YG. Implanon™: A New Implantable Contraceptive. *Nursing for Women's Health.* 2007; 11: 607-611.
- O'Laughlin DJ, Strelow B, Fellows N, Kelsey E, Peters S, Stevens J, et al. Addressing Anxiety and Fear during the Female Pelvic Examination. *J Prim Care Community Health.* 2021. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2150132721992195>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad: Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49504/9789275320174\\_spa.pdf?ua=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49504/9789275320174_spa.pdf?ua=1)

- OMS (Organización Mundial de la Salud).** Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Resumen ejecutivo. 2015. Quinta edición. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205016/WHO\\_RHR\\_15.07\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205016/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?sequence=1)
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** Definición de salud sexual: Informe de una consulta técnica sobre salud sexual, 28 a 31 de enero de 2002. Ginebra. Ginebra: OMS; 2006. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sh/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/)
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** Desarrollar programas de salud sexual: Un marco de acción. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.22\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?sequence=1)
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la OMS. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272759/9789243513577-spa.pdf?ua=1>
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva 14 de Junio de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-stis>
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** La Educación y el Tratamiento en Sexualidad Humana: La Capacitación de los Profesionales de la Salud. Informe Técnico 572. Ginebra; 1975.
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/sh-linkages-rh/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/)
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. Available in: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5)
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** Planificación natural de la familia: guía para la prestación de servicios. Ginebra: OMS; 1989. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41232>
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. OMS <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249592/9789243549255-spa.pdf?sequence=1>
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** Salud reproductiva e investigaciones conexas. Mejorando el acceso al cuidado de la calidad en la planificación familiar: criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 3a ed. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2005.
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** Salud reproductiva e investigaciones conexas. Mejorando el acceso al cuidado de la calidad en la planificación familiar: criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 4a ed. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2009.
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** Salud sexual, derechos humanos y derecho. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf?sequence=1)
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** Violencia contra la mujer. Nota descriptiva 8 de Marzo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- OMS (Organización Mundial de la Salud).** Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición [Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sessionid=99203F99922F54C5EDB24ABB25D8EBBC?sequence=1>
- Organon Laboratories Limited.** Implanon® 68 mg implant for subdermal use. Summary of Product Characteristics (SPC). 2009. <http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/5382/SPC/Implanon+68mg+implant+for+subdermal+use/>
- Palacios S, Cancelo MJ, Castelo Branco C, Llana P, Molero F, Borrego RS.** Vulvar and vaginal atrophy as viewed by the Spanish REVIVE participants: symptoms, management and treatment perceptions. *Climacteric*. 2017;20(1):55-61. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28042734/>
- Panser LA, Phipps WR.** Type of oral contraceptive in relation to acute, initial episodios of pelvic inflammatory disease. *Contraception*. 1991; 43(1):91-9.
- Pantoja M, Medeiros T, Baccarin MC, Morais S, Fernandes AM.** Variation of weight among users of the contraceptive with depot-medroxyprogesterone acetate according to body mass index in a six-year follow-up. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(8): 380-4.
- Para M, Burgos N.** Cánceres ginecológicos y colorrectal: riesgos y beneficios con el uso de anticonceptivos [Artículo de revisión]. *REVCOG*. 2011; 16(1):5-10. Disponible en: <http://www.revco.org/index.php/revco/article/download/578/487>
- Park S.** 'Innate Nature' and 'Complete Nature': The Catholic Natural Family Planning Program and the Competition of Natural Methods in Mid-1970s Korea. *Uisahak*. 2020;29(1):81-120.
- Peri N, Graham D, Levine D.** Imaging of intrauterine contraceptive devices. *J Ultrasound Med*. 2007 Oct;26(10):1389-401.
- Power J, French R, Cowan F.** Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos eficaces de prevención del embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. (sede Web) Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Prospective European multi-center study of natural family planning (1989-1992): interim results.** The European Natural Family Planning Study Groups. *Adv Contracept*. 1993; 9(4): 269-83.

- Quesada M.** Anticoncepción con sólo gestágenos. Protocolos SEGO/SEC. 2016. Disponible: [http://hosting.sec.es/descargas/PS\\_ANTICONCEPCION\\_SOLO\\_GESTAGENOS.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/PS_ANTICONCEPCION_SOLO_GESTAGENOS.pdf)
- Razzi S, Luisi S, Ferretti C, Calonaci F, Gabbanini M, Mazzini M, et al.** Use of a progestogen only preparation containing desogestrel in the treatment of recurrent pelvic pain after conservative surgery for endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007; 135(2): 188-90. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16963174/>
- Remorgida V, Abbamonte LH, Ragni N, Fulcheri E, Ferrero S.** Letrozole and desogestrel-only contraceptive pill for the treatment of stage IV endometriosis. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 2007; 47(3): 222-5.
- Requena C, Lombart B.** Oral Contraceptives in Dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 2020, 111 (5). 351-356. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1578219020301529?token=BF8D127097EAF3741E0F7CE7D9257126FB6C294943F29D0E3C9EF9D1D3101D0916F0464A2734F0BAC2F89A6FE4F15256&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210924203826>
- Ruiz-Pérez I,** coord. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 3ª ed. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, 2020. Disponible: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo\\_Andaluz\\_para\\_Actuacion\\_Sanitaria\\_2020.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo_Andaluz_para_Actuacion_Sanitaria_2020.pdf)
- Saei Ghare Naz M, Simbar M, Rashidi Fakari F, Ghasemi V.** Effects of Model-Based Interventions on Breast Cancer Screening Behavior of Women: a Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018; 19(8):2031-2041. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30139040/>
- Salem, R.** Evidencia actualizada y las mejores prácticas relacionadas con el dispositivo intrauterino. Disponible en: <http://www.iudtoolkit.org>, Septiembre 2006.
- Sammaritano LR.** Therapy insight: guidelines for selection of contraception in women with rheumatic diseases. *Nat Clin Pract Rheumatol.* 2007; 3(5):273-81; quiz 305-6.
- San Martín Blanco C.** Intervención sexológica en Eyaculación Precoz. *Semergen.* 2014;40(Supl 1):22–27
- San Martín C.** Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. Madrid: IM&C, 2004; 33-6. Disponible en: <http://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20DISFUNCIONES%20SEXUALES.pdf>
- Sánchez F, Ferrer C, Ponce B, Sipán Y, Jurado AR, San Martín C, Tijeras MJ, Ferrández A.** Diseño y validación de la segunda edición del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer, FSM-2. *SEMERGEN.* 2020;4 6:441-7. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-diseno-validacion-segunda-edicion-del-S1138359320300538>
- Sánchez Borrego R, Martínez O, eds.** Guía Práctica de Anticoncepción Oral Basada en la Evidencia. Madrid: Emsa; 2003.
- Sánchez F, González R, Jurado AR, San Martín C, Montaña R, Tijeras MJ, et al.** La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes. *SEMERGEN.* 2013; 39(8):433-9. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-la-anamnesis-historia-clinica-salud-S1138359313001251>
- Sánchez F, Jurado AR.** *Semergen Doc* (Documentos Clínicos Semergen; Área de Sexología): Salud Sexual del Hombre (actualización). Madrid: Ed: Saned; 2015.
- Sánchez F.** Deseo sexual hipoactivo femenino: una propuesta de intervención médica. *Rev Int Androl.* 2010;8(1):21-27.
- Sánchez N, López R, Domínguez-Muñoz A.** Parafilias: una revisión comparativa desde el DSM-5 y la CIE-10. *Behavior & Law Journal.* 2018;4(1):41–49.
- Sanders JN, Smith NK, Higgins JA.** The intimate link: A systematic review of highly effective reversible contraception and women’s sexual experience. *Clin Obstet Gynecol.* 2014 Dec; 57(4):777-89
- Sarfati J, de Vernejoul MC.** Impact of combined and progestogen-only contraceptives on bone mineral density. *Joint Bone Spine.* 2009; 76(2): 134-8.
- Schaffir J, Worly BL, Gur TL.** Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2016;21(5):347-55. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27636867/>
- Schwarz EB, Hess R, Trussell J.** Contraception for cancer survivors. *J Gen Intern Med.* 2009;24 Suppl 2(Suppl 2): S401-6. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19838839/>
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. Madrid: SEC; 2007.
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Actualización en el manejo clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina y de urgencia. Conferencia de consenso. Madrid: SEC; 2011. URL: <http://hosting.sec.es/descargas/LibroConfCons2011.pdf>
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Anticoncepción hormonal combinada. Consenso de un grupo de expertos. Guía clínica de la Sociedad Española de Contracepción. Barcelona: SEC; 2008.
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Protocolo anticoncepción hormonal y riesgo vascular. SEC. 2019.
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Protocolo anticoncepción hormonal y riesgos de cáncer de mama, ovario, endometrio, cérvix y otros. SEC. 2019.
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Protocolo Anticoncepción. SEC. 2019.
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Protocolo de Anticoncepción en la Perimenopausia. SEC. 2019.
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Protocolo de DIU liberador de Levonorgestrel (DIU-LNG). SEC. 2019.
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Protocolo en Anticoncepción Hormonal y Riesgo Cardiovascular. SEC. 2019.
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Protocolo en Anticoncepción Intrauterina: DIU de Cobre. SEC. 2019.
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Protocolo en Beneficios no anticonceptivos en Anticoncepción. SEC. 2019.

- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Protocolo en Implante Anticonceptivo de Progestágeno. SEC. 2019.
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Protocolo en Píldora Sólo Gestágenos. SEC. 2019
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Recomendaciones de la SEC para retomar la actividad COVID-19. Sociedad Española de Contracepción. 2020. Disponible en: [http://hosting.sec.es/descargas/RECOMENDACIONES\\_SEC.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/RECOMENDACIONES_SEC.pdf)
- SEC (Sociedad Española de Contracepción).** Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción sobre la atención a la Salud sexual y reproductiva durante el estado de Alarma Sanitaria por la pandemia del COVID-19. Sociedad Española de Contracepción. 2020. Disponible en: [http://hosting.sec.es/descargas/PosicionamientoSEC\\_Covid.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/PosicionamientoSEC_Covid.pdf)
- SECFEC.** Encuesta de Anticoncepción en España 2020. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos. SIGMADOS 2020 SEC 2020®. Disponible en: [http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta\\_%20anticoncepcion2020.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta_%20anticoncepcion2020.pdf)
- Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA.** La prevención y el control de las ITS en España 2013 - 2020: una revisión integrativa. Ministerio de Sanidad; 2021.
- Seeland U, Coluzzi F, Simmaco M, Mura C, Bourne PE, Heiland M, et al.** Evidence for treatment with estradiol for women with SARS-CoV-2 infection. *BMC Medicine*. 2020;18(1):369. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7685778/>
- Severy L J, Newcomer S.** Critical issues in contraceptive and STI acceptability research. *Journal of Social Issues*. 2005; 61:45-65.
- Shifren J.** Overview of sexual dysfunction in women: management [internet]. UpToDate. 2021. Available in: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-women-management>
- Shoupe D.** Barrier contraceptives *The Handbook of Contraception – A guide for practical Management*. New Jersey: Humana Press; 2006.
- Skrzypulec V, Drosdzol A.** Evaluation of quality of life and sexual functioning of women using levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive system – Mirena. *Coll Antropol*. 2008; 32(4):1059–68.
- Smith NK, Jozkowski KN, Sanders SA.** Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *J Sex Med*. 2014; 11(2):462-70
- Speroff, L y Fritz M.** *Endocrinología ginecológica, clínica y esterilidad*. Barcelona: Wolters Kluwer Health España, S.A.; 2006.
- Stanford JL, Thomas DB.** Exogenous progestins and breast cancer. *Epidemiol Rev*. 1993; 15(1): 98-107.
- Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM.** Appropriate follow up to detect potential adverse events after initiation of select contraceptive methods: a systematic review. *Contraception*. 2013; 87(5):611-24. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23177264/>
- Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM.** Contraception. 2013; 87(5):611-24. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23177264/>
- Strom BL, Berlin JA, Weber AL, Norman SA, Bernstein L, Burkman RT, Daling JR, Deapen D, Folger SG, Malone KE, Marchbanks PA, Simon MS, Ursin G, Weiss LK, Spirtas R.** Absence of an effect of injectable and implantable progestin-only contraceptives on subsequent risk of breast cancer. *Contraception*. 2004; 69(5): 353-60.
- Tijeras MJ, Sánchez F, Jurado A, San Martín C et al.** Monografía de Atención a problemas de la salud sexual y reproductiva. Programa de Desarrollo Profesional Continuo en Atención Primaria de SEMERGEN (DPC-AP). Madrid: Loki & Dimas, 2017.
- Torres Vela E,** coord. Atención sanitaria a personas transexuales adultas. Proceso Asistencial Integrado. 1ª edición. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2016. Disponible: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5arf1956dbff62\\_trans\\_adultos\\_29\\_06\\_2017.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5arf1956dbff62_trans_adultos_29_06_2017.pdf)
- Tria Tirona M.** Breast cancer screening update. *Am Fam Physician*. 2013 Feb 15;87(4):274-8. PMID: 23418799.
- Trillo C, González C.** Anticoncepción con Sólo Gestágenos. 2018. semFYC, IMC. Disponible en: <https://microsites.msds.es/guia-SEMFYC/>
- Trillo C, Navarro JA, Peláez J, Pérez M.** Técnica de inserción del DIU. *JANO*. 2001; 1388: 60-63.
- Trillo C, Sánchez-Durán M.** *Ecografía ginecológica. En: Ecografía en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica. 2ª ed.* Granada: Fundación SAMFYC. 2021.
- Trillo C.** Consejo contraceptivo. semFYC-IMC. 2022. Disponible: <https://www.bitacorasemfyc.com/bitacora/anticoncepcion/>
- Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF.** Hormonal contraception during lactation: systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*. 2003; 68: 233-238.
- Turok DK, Gero A, Simmons RG, Kaiser JE, Stoddard GJ, Sexsmith CD et al.** Levonorgestrel vs. Copper Intrauterine Devices for Emergency Contraception. *N Engl J Med*. 2021; 384:335-344. Available in: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2022141>
- Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C.** Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2019. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública; 2021.
- Valdés-Bango M, Castelo-Branco C.** Anticoncepción con sólo gestágenos. *Ginecol Obstet Mex*. 2019; 87 (Sup 1):S1-S18. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/138447/1/690778.pdf>
- Vasilakis C, Jick H, del Mar Melero-Montes M.** Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestagens alone. *Lancet*. 1999; 354: 1610–1611.
- Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, Pietropaolo G, Pasin R, Crosignani PG.** Continuous use of and oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen. *Fertil Steril*. 2003; 80(3):560-3.

Vidal A, Soler F, Barranco Castillo E. Métodos anticonceptivos naturales. En: Pérez Campos E, Lete I. Métodos anticonceptivos: bases fisiológicas, manejo clínico: Madrid: Pérez E-Lete I editores; 2008. p.25-39.

Viroga S, Speranza N, López M, Tamosiunas G. DIU liberador de levonorgestrel: revisión de sus usos más allá de la anticoncepción. Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2017; 55 (1): 19-26. Disponible: [https://www.ginecotocologocab.hc.edu.uy/images/AGO\\_2017\\_Castillo.pdf#page=19](https://www.ginecotocologocab.hc.edu.uy/images/AGO_2017_Castillo.pdf#page=19)

Wai KC, Strohl MP, van Zante A, Ha PK. Molecular Diagnostics in Human Papillomavirus-Related Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. Cells. 2020; 9(2):500. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32098320/>

Wechselberger G, Wolfram D, Pülzl P, Soelder E, Schoeller T. Nerve injury caused by removal of an implantable hormonal contraceptive. Am J Obstet Gynecol. 2006; 195(1): 323-6.

WHO (World Health Organization). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision, 2020 versión. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

WHO (World Health Organization). Collaborative Study of cardiovascular disease and steroid hormone contraception. Acute myocardial infarction, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. Lancet. 1997; 349:1202-9.

WHO (World Health Organization). Medical Eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Geneva: Reproductive Health and Research. World Health Organization; 2015. Available in: [http://hosting.sec.es/descargas/OMS\\_Cirterios\\_Edicion5.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/OMS_Cirterios_Edicion5.pdf)

Williams NM, Randolph M, Rajabi-Estarabadi A, Keri J, Tosti A. Hormonal Contraceptives and Dermatology. Am J Clin Dermatol. 2021;22(1):69-80. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32894455/>

Winkler UH, Howie H, Bühler K, Korver T, Geurts TB, Coelingh-Bennink HJ. A randomized controlled double-blind study of the effects on hemostasis of two progestogen-only pills containing 75 microgram desogestrel or 30 microgram levonorgestrel. Contraception. 1998; 57(6): 385-92.

Winner B, Peipert, JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. N Engl J Med., 366 (2012), pp. 1998-2007. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1110855>

Zolfaroli I, Tarín JJ, Cano A. Hormonal contraceptives and breast cancer: Clinical data. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018; 230:212-216. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29631794/>

