

Planificación Familiar Catálogo de Servicios

Gerencia de las Áreas de Salud de Cáceres y Coria
Servicio Extremeño de Salud



Corresponde a la Atención Primaria ofrecer una prestación integral y universal en los aspectos asistenciales, preventivos y de promoción a la Salud Sexual y Reproductiva como reconoce la Conferencia Internacional de Alma-Ata de 1978, ubicando en este nivel asistencial a la Planificación Familiar.

Este catálogo sin duda facilitará el acceso de la población a los servicios de Planificación Familiar de las Áreas de Salud de Cáceres y Coria en condiciones de igualdad y equidad, y contribuirá al desarrollo de su bienestar físico, psíquico y social, especialmente en las mujeres.

Mi agradecimiento sincero al equipo de profesionales que han hecho posible la publicación de este catálogo de prestaciones de planificación familiar.

Purificación Hernández Pérez
Gerente de las Áreas de Salud de Cáceres y Coria

Relación de autores

Autores

Grupo de trabajo

Profesionales COPF

Vicente Barragán Gómez-Coronado. Médico. COPF “La Mejostilla”. Cáceres.
Isabel María Duarte González. Médica. COPF “Manuel Encinas”. Cáceres.
María Begoña Larrazábal Fernández. Enfermera. COPF “Manuel Encinas”. Cáceres.
María Felisa Lumbreras Pérez. Enfermera. COPF “Alcántara”.
Josefa Pérez Abril. Médica. COPF “Logrosán”.
Amparo Prados Maeso. Trabajadora Social. COPF “Logrosán”.

Gerencia de Salud del Área de Cáceres

Joaquín Antonio Franco Suárez-Bárcena. Médico. Subdirector Médico de Atención Primaria.
María del Carmen Hernández Sagrado. Enfermera. Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria.
Olga Ballell Trinidad. Médica. Coordinadora Médico de Equipos de Atención Primaria.
Ana Belén Antón Bravo. Enfermera. Coordinadora de Enfermería de Equipos de Atención Primaria.

Índice

Índice

Introducción	9
100 Información, prescripción y seguimiento de métodos anticonceptivos	12
110 Seguimiento de la mujer que utiliza anticoncepción hormonal combinada (AHC)	13
120 Información, prescripción, administración y seguimiento de anticoncepción sólo gestágeno (ASG)	15
121 Píldora sólo gestágeno	17
122 Implantación y seguimiento de dispositivo intrauterino (DIU) medicado	18
123 Inyectable de acetato de medroxiprogesterona depot (AMPD)	20
124 Implante anticonceptivo	21
130 Implantación y seguimiento de DIU	22
140 Prescripción de la anticoncepción de urgencia (AU)	24
150 Información y seguimiento de métodos barrera	26
160 Información y seguimiento de métodos naturales	27
170 Anticoncepción quirúrgica	28
180 Información y seguimiento de doble método	29
200 Diagnóstico Precoz del Cáncer Ginecológico	30
201 Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix	31
202 Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio	33
203 Diagnóstico precoz del cáncer de mama	34
210 Atención a la demanda de interrupción voluntaria del embarazo	35
220 Atención a las infecciones de transmisión sexual	37
230 Violencia de género (VG)	38
240 Consulta preconcepcional	40
250 Atención a la mujer en el climaterio	42
260 Atención a la Salud Sexual	44
Anexo I: Manejo de la anticoncepción hormonal combinada	47
Anexo II: Manejo de sangrados inesperados con el uso de anticonceptivos hormonales sólo géstágeno	54
Anexo III: Píldora sólo gestágeno	55
Anexo IV: Implante anticonceptivo	56
Anexo V: Anticoncepción de Urgencia	57
Anexo VI: Preservativos masculino y femenino	58
Anexo VII: Diafragma	61
Anexo VIII: Capuchón cervical	65

Anexo IX: Espermicidas y esponjas	67
Anexo X: Métodos naturales	69
Anexo XI: Nomenclatura Bethesda.	76
Anexo XII: Algoritmos de cribado de cérvix.....	77
Recomendaciones de cribado.....	77
Conducta ante resultados anormales de las pruebas de cribado	78
Citología negativa y prueba de VPH positiva	78
Citología no satisfactoria.....	79
Citología ASC-US	80
Citología ASC-US/LSIL en mujeres menores de 25 años	81
Citología ASC-H	82
Citología LSIL	83
Citología LSIL en mujeres menopáusicas	84
Citología HSIL.....	85
Citología HSIL en mujeres menores de 25 años	86
Citología ACG.....	87
Anexo XIII: Protocolo de derivación para mamografías en el Área de Salud de Cáceres	88
Anexo XIV: Procedimiento sanitario-asistencial establecido por el SES para la tramitación de la solicitud de IVE	89
Anexo XV: Infecciones de transmisión sexual. Cuadros	97
Diferentes síntomas de presentación de enfermedades de transmisión sexual en hombres y mujeres	97
Diagnóstico de las vulvovaginitis más comunes	98
Clasificación etiológica general de las ITS.....	99
Características diferenciales de las úlceras genitales más frecuentes	100
Tratamiento de elección y alternativo en algunas de las infecciones de transmisión sexual.....	101
Anexo XVI: Violencia de Género. Entrevista de cribado.....	104
Anexo XVII: Violencia de Género. Indicadores de sospecha.....	106
Anexo XVIII: Sistema de vigilancia de los indicadores de Violencia de Género	109
Anexo XIX: Violencia de Género. Valoración de la seguridad y evaluación del riesgo.....	112
Anexo XX: Violencia de Género. Algoritmo de actuación.....	113
Anexo XXI: Violencia de Género. Recursos.....	114
Anexo XXII: Indicaciones de consejo genético preconcepcional	118

Anexo XXIII: Investigación de infecciones de transmisión vertical a considerar en la consulta preconcepcional.....	119
Anexo XXIV: Recomendaciones sobre vacunas en el periodo pregestacional.....	120
Anexo XXV: Acciones educativas y promotoras de la salud.....	121
Anexo XXVI: Suplementación farmacológica.....	123
Anexo XXVII: Fases de la respuesta sexual humana.....	124
Anexo XXVIII: Evaluación de los problemas sexuales.....	136
Anexo XXIX: Sistema clasificatorio integrado tipológico-funcional de los problemas sexuales.....	138
Anexo XXX: Relación de COPFs del Área de Cáceres-Coria.....	139
Bibliografía.....	143

Introducción

Introducción

La Planificación Familiar es reconocida por primera vez como un derecho humano en 1968 en la Conferencia de Derechos Humanos de Teherán y ha evolucionado con el desarrollo de las diferentes conferencias de Naciones Unidas hasta llegar en la actualidad a los conceptos más complejos y amplios de “salud y derechos sexuales y reproductivos” definidos en El Cairo (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994). Respetar, defender y promover estos derechos es responsabilidad de todas las personas pero compete a los gobiernos garantizarlos a través de acciones como la promulgación de leyes o la creación de servicios.

La presencia de los Centros de Orientación y Planificación Familiar (COPF) en Extremadura se remonta a principios de los años 80 del siglo pasado en que se abre la primera unidad hasta llegar a las treintauna actuales que se han convertido, por sus actividades de atención, prevención y promoción, en los referentes de la salud sexual y reproductiva en la Comunidad Autónoma. En 2001 se aprueba la ley de Salud (ley 10/2001, de 28 de junio) que contempla la atención y desarrollo de la orientación y planificación familiar en las actividades de Asistencia Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura (art. 42, f). Sin embargo hasta la elaboración del presente documento no se ha dotado a los COPF de un catálogo de prestaciones de servicios que unifique criterios. Esta carencia junto a la desigual distribución de estos centros, como lo es la de la propia Comunidad, con amplios territorios rurales de baja densidad de población, alternando con zonas urbanas, las peculiaridades de las poblaciones y las diferentes presiones asistenciales a las que están sometidos, condiciona sus prestaciones que pueden ser aún más variables dependiendo de las directrices que puntualmente establezcan las diferentes Gerencias de Áreas.

Este documento, que trata de ser una herramienta eficiente tanto para profesionales como para gestores, es el resultado del trabajo conjunto de representantes de estos servicios y la Gerencia de Área y define las prestaciones de los COPF de la Gerencia de Salud de las Áreas de Cáceres y Coria, atendiendo a los principios de equidad y universalidad del Sistema Público de Salud. Éstas quedan divididas en dos grupos: unas que serán consideradas básicas para todos y cada uno de los COPF y otras que denominamos opcionales y que se prestarán en función de la dotación y la carga de trabajo de cada centro.

Son servicios básicos los descritos y codificados con los siguientes epígrafes:

1. 100. Información, prescripción y seguimiento de métodos anticonceptivos
 - a. 110. Información, prescripción, y seguimiento de anticoncepción anticoncepción hormonal combinada
 - b. 120. Información, prescripción, administración y seguimiento de anticoncepción sólo gestágeno
 - i. 121. Píldora solo gestágeno
 - ii. 122. Inserción y seguimiento de DIU medicado
 - iii. 123. Inyectable de acetato de medroxiprogesterona depot
 - iv. 124. Inserción y seguimiento de implante anticonceptivo
 - c. 130. Inserción y seguimiento de DIU
 - d. 140. Prescripción de la anticoncepción de urgencia (AU)
 - e. 150. Información y seguimiento de métodos barrera
 - f. 160. Información y seguimiento de métodos naturales
 - g. 170. Anticoncepción quirúrgica
 - h. 180. Información y seguimiento de doble método
2. 200. Diagnóstico Precoz del Cáncer Ginecológico

- a. 201. Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix
- b. 202. Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio
- c. 203. Diagnóstico precoz del cáncer de mama
- 3. 210. Atención a la demanda de interrupción voluntaria del embarazo
- 4. 220. Atención a las infecciones de transmisión sexual
- 5. 230. Violencia de género (VG)

Son servicios opcionales los siguientes:

- 6. 240. Consulta preconcepcional
- 7. 250. Atención a la mujer en el climaterio
- 8. 260. Atención a la Salud Sexual

Servicios

100

Información, prescripción y seguimiento de métodos anticonceptivos

Definición

Conjunto de actividades de promoción, prevención, tratamiento y seguimiento destinadas a evitar un embarazo no deseado.

Población diana

Personas en edad fértil¹

Criterio de inclusión

Se considerarán incluidas en el servicio todas las personas de la población diana a quienes se les haya facilitado, en el último año, información para evitar un embarazo no deseado o se les haya realizado anamnesis sobre la utilización de métodos anticonceptivos.

Actuaciones

100-1

Toda persona incluida en el servicio tendrá registrado en su historia clínica que en algún momento ha recibido consejo contraceptivo, como libre elección informada del método

100-2

Toda persona incluida en el servicio tendrá registrada en la historia clínica, si utiliza algún método anticonceptivo y, en su caso el tipo de método.

Si no se utiliza ningún método anticonceptivo y lo precisa, por ser susceptible de tener un embarazo no deseado, constará que se le facilita en ese momento información y orientación acerca de los mismos.

Excepción

100-3

Personas con infertilidad conocida (congénita o adquirida).

¹ Desde un punto de vista biológico la mujer soporta la mayor parte de la carga de la reproducción pero ello no implica que desde las instituciones se contribuya a perpetuación de la brecha de género. Es cierto que la inmensa mayoría de los métodos anticonceptivos están ideados para el uso por parte de las mujeres pero si no comenzamos a pensar en la corresponsabilidad y que en la reproducción intervienen los dos sexos jamás se podrá reducir esa brecha

110

Seguimiento de la mujer que utiliza anticoncepción hormonal combinada (AHC)

Definición

Conjunto de actividades de información, valoración, tratamiento y seguimiento a realizar en toda mujer que utiliza como tratamiento anticonceptivo un método de anticoncepción hormonal combinado.

Población diana

Mujeres en edad fértil que utilicen AHC.

Criterio de inclusión

Se considerará incluida toda mujer que en el último año ha utilizado o utiliza algún método de AHC, sea cual sea su vía de administración (oral, vaginal o transdérmica).

Actuaciones

110-1

Toda mujer en tratamiento con AHC deberá tener realizada una anamnesis donde debe constar:

1. Edad
2. Antecedentes familiares
 - 2.1. Tromboembolismo: antecedente familiar de 1er grado <45 años o localización atípica
 - 2.2. Cáncer: mama, ovario, endometrio, colon.
 - 2.3. Enfermedad cardiovascular prematura
3. Antecedentes personales
 - 3.1. Tromboembolismo
 - 3.2. Ictus
 - 3.3. Trombofilia
 - 3.4. Migraña
 - 3.5. Cardiopatía isquémica
 - 3.6. Múltiples factores de riesgo cardiovascular
 - 3.7. Valvulopatía complicada
 - 3.8. Hepatopatía
 - 3.9. Cáncer de mama
4. Historia actual
 - 4.1. Lactancia
 - 4.2. Postparto
 - 4.3. Hipertensión arterial (HTA)
 - 4.4. Obesidad
 - 4.5. Tabaquismo

- 4.6. Inmovilización prolongada
- 4.7. Diabetes
- 4.8. Cáncer de mama
- 4.9. Medicación (inductores enzimáticos)
- 4.10. Acné
- 4.11. Hirsutismo
5. Historia ginecológica
 - 5.1. Fórmula menstrual (FM)
 - 5.2. Cantidad de sangrado (> 6 compresas-tampones/día)
 - 5.3. Tiempo de sangrado (> 7 días)
 - 5.4. Dismenorrea
 - 5.5. Patología ginecológica (endometriosis, SOP...)
 - 5.6. Sintomatología premenstrual
 - 5.7. Sangrado ginecológico sin filiar
6. Historia obstétrica:
 - 6.1. G A C P (gestaciones, abortos, cesáreas y partos)
 - 6.2. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)
 - 6.3. Fertilización "in vitro" (FIV)
 - 6.4. Patologías relacionadas con la gestación

110-2

Se realizará el proceso de "consejo contraceptivo".

110-3

Se instruirá sobre el manejo del método elegido ([anexo I](#)).

110-4

A toda mujer en tratamiento con AHC, a los 3-6 meses del comienzo del tratamiento y cuando acuda a controles periódicos, (entre 1 y 3 años del último control) se le realizará:

- Toma de tensión arterial
- Actualización de la historia clínica: que incluya además de cambios en factores de riesgo, cumplimiento, tolerabilidad, motivación y aceptación del método.
- Consejo antitabaco

110-5

Valorar la recomendación de doble método

Excepción

110-6

Al consejo antitabaco: Mujeres que nunca hayan fumado.

120

Información, prescripción, administración y seguimiento de anticoncepción sólo gestágeno (ASG)

Definición

Conjunto de actividades de información, valoración, tratamiento y seguimiento a realizar en toda mujer que utiliza como tratamiento un ASG

Población diana

Mujeres en edad fértil que utilicen ASG.

Criterio de inclusión

Se considerará incluida toda mujer que en el último año ha utilizado o utiliza ASG, sea cual sea su vía de administración (oral, parenteral, subcutánea o intrauterina).

Actuaciones

120-1

Toda mujer en tratamiento con ASG deberá tener realizada una anamnesis donde debe constar:

1. Edad
2. Antecedentes familiares
 - 2.1. Tromboembolismo: antecedente familiar de 1er grado <45 años o localización atípica
 - 2.2. Cáncer: mama, ovario, endometrio, colon.
 - 2.3. Enfermedad cardiovascular prematura
3. Antecedentes personales
 - 3.1. Tromboembolismo
 - 3.2. Ictus
 - 3.3. Trombofilia
 - 3.4. Migraña
 - 3.5. Cardiopatía isquémica
 - 3.6. Múltiples factores de riesgo cardiovascular
 - 3.7. Valvulopatía complicada
 - 3.8. Hepatopatía
 - 3.9. Cáncer de mama
4. Historia actual
 - 4.1. Lactancia
 - 4.2. Postparto
 - 4.3. HTA
 - 4.4. Obesidad

- 4.5. Tabaquismo
- 4.6. Diabetes
- 4.7. Cáncer de mama
- 4.8. Medicación (inductores enzimáticos)
- 4.9. Acné
- 4.10. Hirsutismo
5. Historia ginecológica
 - 5.1. FM
 - 5.2. Cantidad de sangrado (> 6 compresas-tampones/día)
 - 5.3. Tiempo de sangrado (> 7 días)
 - 5.4. Dismenorrea
 - 5.5. Patología ginecológica (endometriosis, SOP...)
 - 5.6. Sintomatología premenstrual
 - 5.7. Sangrado ginecológico sin filiar
6. Historia obstétrica:
 - 6.1. G A C P
 - 6.2. IVE
 - 6.3. FIV
 - 6.4. Patologías relacionadas con la gestación

120-2

Se realizará el proceso de “consejo contraceptivo” en el que se informará sobre el cambio de patrón de sangrado menstrual con la ASG.

120-3

Toda mujer en tratamiento con ASG deberá tener a los 3-6 meses del comienzo del tratamiento:

- Toma de tensión arterial
- Actualización de la historia clínica: que incluya además de cambios en factores de riesgo, cumplimiento, tolerabilidad, motivación y aceptación del método.

121

Píldora sólo gestágeno

121-1

Se instruirá sobre el correcto uso y manejo de la píldora, haciendo referencia al cambio de patrón de sangrado ([anexo III](#)).

121-2

Valorar la recomendación de doble método

122

Implantación y seguimiento de dispositivo intrauterino (DIU) medicado

Definición

Conjunto de actividades de información, valoración, inserción y seguimiento a realizar en toda mujer que utiliza como método anticonceptivo un DIU medicado.

Población diana

Mujeres en edad fértil que usen un DIU medicado.

Criterio de inclusión

Se considerará incluida en este servicio toda mujer a la que se le haya insertado o que ha portado en el último año un DIU medicado.

Actuaciones

122-1

Registrar en la historia haber recibido información sobre la inserción y seguimiento del DIU medicado, los posibles efectos secundarios y el riesgo de padecerlos. Es aconsejable entregar información escrita sobre los distintos DIUs.

122-2

Debe existir consentimiento informado previo a la implantación del DIU medicado.

122-3

Toda paciente a la que se le vaya a implantar un DIU medicado, debe tener una historia clínica general y anamnesis dirigida a su inserción, orientado a descartar o corregir factores de riesgo y contraindicaciones.

122-4

A toda paciente que se le vaya a insertar un DIU medicado se le debe realizar una exploración genital completa con inspección del cérvix, tacto bimanual o ecografía, previa a la inserción, y una histerometría en el momento de la inserción. Esta última se puede obviar si es un cambio de DIU.

122-5

Cuando la anamnesis y/o la exploración lo aconsejen se deberá realizar: Hemograma, citología, cultivo o ecografía abdominal o vaginal.

122-6

Se realizará un control en 1-3 meses tras la inserción, en el que se actualice la anamnesis y se confirme la correcta situación del DIU con ecografía u otra técnica.

122-7

Los DIUs medicados no precisan de ningún otro control posterior.

Los DIUs insertados después de los 40 años de edad pueden mantenerse hasta el final de la vida fértil.

122-8

Valorar la recomendación de doble método.

123

Inyectable de acetato de medroxiprogesterona depot (AMPD).

123-1

Debido al impacto negativo sobre la masa ósea se valorará la recomendación de AMPD a edades tempranas o próximas al cese de la vida fértil para no dificultar la formación de un buen pico de masa ósea y para que ésta se recupere antes de la menopausia.

123-2

El inyectable de AMPD se administrará en una sola dosis de 150 mg/ml por vía intramuscular profunda en los primeros 5 días de la menstruación y a partir de ahí con una periodicidad de 3 meses. Debe agitarse vigorosamente antes de ser utilizada, para asegurar que la dosis que va a ser administrada constituya una suspensión uniforme.

123-3

Debe advertirse de un potencial retraso en la reaparición de la fertilidad una vez abandonado el tratamiento.

123-4

Valorar la recomendación de doble método.

124

Implante anticonceptivo

124-1

El implante se insertará bajo condiciones de asepsia en la cara interna del brazo no dominante, en localización subcutánea, previa aplicación de anestesia local a unos 8-10 cm por encima del epicóndilo del húmero.

Se mantendrá por un período máximo de 3 años, trascurrido los cuales se debe retirar. Podrá sustituirse por otro implante u otro método anticonceptivo. En caso de deseo expreso de la usuaria se puede retirar antes de este tiempo.

124-2

Valorar la recomendación de doble método.

130

Implantación y seguimiento de DIU

Definición

Conjunto de actividades de información, valoración, inserción y seguimiento a realizar en toda mujer que utiliza como método anticonceptivo cualquier tipo de dispositivo intrauterino.

Población diana

Mujeres en edad fértil que usen cualquier tipo de dispositivo intrauterino.

Criterio de inclusión

Se considerará incluida en este servicio toda mujer a la que se le haya insertado o que ha portado en el último año un dispositivo intrauterino.

Actuaciones

130-1

Registrar en la historia haber recibido información sobre la inserción y seguimiento del DIU, los posibles efectos secundarios y el riesgo de padecerlos. Es aconsejable entregar información escrita sobre los distintos DIUs.

130-2

Debe existir consentimiento informado previo a la implantación del DIU.

130-3

Toda paciente a la que se le vaya a implantar un DIU, debe tener una historia clínica general y anamnesis dirigida a la inserción del DIU, orientado a descartar factores de riesgo y contraindicaciones.

1. Historia ginecológica
 - 1.1.1. FM
 - 1.1.2. Cantidad de sangrado (> 6 compresas-tampones/día)
 - 1.1.3. Tiempo de sangrado (> 7 días)
 - 1.1.4. Dismenorrea
 - 1.1.5. Patología ginecológica
 - 1.1.6. Sintomatología premenstrual
 - 1.1.7. Sangrado ginecológico sin filiar
2. Historia obstétrica:
 - 2.1.1. G A C P
 - 2.1.2. IVE
 - 2.1.3. FIV

2.1.4. Patologías relacionadas con la gestación.

La valoración del patrón de sangrado o el deseo expreso de tener sangrado menstrual o no, servirán de orientación en la recomendación de DIU de cobre o medicado.

130-4

A toda paciente que se le vaya a insertar un DIU se le debe realizar una exploración genital completa con inspección del cérvix, tacto bimanual o ecografía, previa a la inserción, y una histerometría en el momento de la inserción. Esta última se puede obviar si es un cambio de DIU y está anotada en la historia clínica.

130-5

Cuando la anamnesis y/o la exploración lo aconsejen se deberá realizar: Hemograma, citología, cultivo o ecografía abdominal o vaginal.

130-6

Se realizará un control en 1-3 meses tras la inserción, en la que actualizaremos la anamnesis y realizaremos una ecografía.

130-7

Los DIUs no precisan de ningún otro control posterior.

Los DIUs insertados después de los 40 años de edad pueden mantenerse hasta el final de la vida fértil.

130-8

Valorar la recomendación de doble método.

140

Prescripción de la anticoncepción de urgencia (AU)

Definición

Conjunto de actividades de información, valoración y tratamiento a realizar en toda mujer ante la percepción riesgo de un embarazo no deseado a consecuencia de un coito no protegido, en los días inmediatamente posteriores al mismo.

Población diana

Mujeres en edad fértil.

Criterio de inclusión

Se considerará incluida toda mujer que en el último año haya sido objeto de tratamiento anticonceptivo de urgencia ya sea a través de la píldora anticonceptiva de urgencia (levonorgestrel o acetato de ulipristal) o de la inserción de un DIU Cu.

Actuaciones

140-1

Toda mujer en tratamiento con AU deberá tener realizada una anamnesis donde debe constar:

- Fecha de la última menstruación (FUR).
- FM.
- Tiempo en horas desde el coito al momento de la demanda.
- Posibles coitos fecundantes anteriores a la demanda en el último ciclo.
- Riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS).
- Tratamientos con inductores enzimáticos o haberlos utilizado en los últimos 21 días anteriores a la toma de píldora anticonceptiva de urgencia (PAU).
- Tratamientos inhibidores de la bomba de protones y/o antiácidos (pueden reducir la eficacia del acetato de ulipristal).

140-2

Advertir de la necesidad de una nueva toma si se producen vómitos en las 3 horas siguientes a la ingesta de la PAU.

Se realizará el proceso de “consejo contraceptivo”.

140-3

Ante el riesgo de embarazo no deseado se aplicará cualquiera de las tres opciones de

AU:

- PAU de levonorgestrel: en las 72 horas posteriores al coito fecundante. (disponible en COPF y de libre dispensación)
- PAU de acetato de ulipristal: en las 120 horas posteriores al coito fecundante.
- Inserción de DIU Cu: en las 120 horas posteriores al coito fecundante. (puede usarse posteriormente como anticoncepción habitual).

150

Información y seguimiento de métodos barrera

Definición

Conjunto de actividades de promoción, prevención, y seguimiento destinadas a evitar un embarazo no deseado y/o infecciones de transmisión sexual con métodos anticonceptivos de barrera (preservativos masculino y femenino, diafragma, capuchón cervical, esponja vaginal...).

Población diana

Personas con actividad sexual con penetración vaginal, anal u oral, o que sean susceptibles de tenerlas en un futuro.

Criterio de inclusión

Se considerará incluidas en el servicio todas las personas de la población diana a quienes se les haya facilitado, en el último año, información sobre métodos barrera o se les haya realizado anamnesis sobre la utilización de estos métodos.

Actuaciones

150-1

Toda persona incluida en el servicio tendrá registrada en su historia clínica que en algún momento ha recibido consejo sobre métodos barrera.

150-2

Toda persona incluida en el servicio tendrá registrada en la historia clínica, si utiliza algún método anticonceptivo de barrera y, en su caso, el tipo de método.

Si no se utiliza ningún método anticonceptivo y lo precisa, por ser susceptible de tener un embarazo no deseado o de adquirir una infección de transmisión sexual, constará que se le facilita en ese momento información y orientación acerca de los mismos.

160

Información y seguimiento de métodos naturales

Definición

Conjunto de actividades de promoción, prevención, y seguimiento destinadas a evitar un embarazo no deseado con la utilización de métodos naturales.

Población diana

Mujeres con actividad sexual con penetración vaginal que deseen utilizar este tipo de métodos.

Criterio de inclusión

Se considerará incluidas en el servicio todas las mujeres de la población diana a quienes se les haya facilitado información sobre métodos naturales o se les haya realizado anamnesis sobre la utilización de estos métodos.

Actuaciones

160-1

Toda mujer incluida en el servicio tendrá registrada en su historia clínica que ha recibido información sobre métodos naturales (MELA, sintotérmico, moco cervical, detección de periodo fértil con dispositivos electrónicos...).

160-2

Toda persona incluida en el servicio, cuando acuda al COPF, tendrá registrada en la historia clínica, si utiliza algún método natural y, en su caso, el tipo de método.

170

Anticoncepción quirúrgica

Definición

Conjunto de actividades de información, valoración, y derivación destinadas a realizar una intervención de esterilización en uno de los miembros de la pareja y la confirmación del uso del método.

Población diana

Personas mayores de edad que han alcanzado su deseo genésico o con problemas de salud que así lo aconsejen y personas esterilizadas.

Criterio de inclusión

Se considerará incluidas en el servicio todas las personas de la población diana en cuya historia clínica figure que usa un método de esterilización o haya sido derivada a los servicios especializados para la realización del mismo (vasectomía, ligadura de trompas, obstrucción tubárica).

Actuaciones

170-1

Ante la solicitud de la intervención se deberá realizar consejo contraceptivo en el que se incluirá:

- Valorar si ha cumplido su deseo genésico.
- Valorar si es una solicitud voluntaria o condicionada por terceras personas.
- Valorar si el estado de salud desaconseja o no una gestación.
- Valorar otras alternativas anticonceptivas que puedan aportar, además de la anticoncepción, otros beneficios como la reducción del sangrado, de la dismenorrea, tratamiento de la endometriosis, etc., así como una menor morbilidad.
- Informar sobre las diferentes modalidades, de su eficacia y la necesidad de utilizar otras medidas contraceptivas hasta confirmarse el éxito de la intervención, la baja tasa de riesgos, la tasa de fracasos y la irreversibilidad de los métodos.
- Poner en conocimiento de la persona solicitante los requisitos del servicio especializado para realizar la intervención.

170-2

Se deberá realizar la correspondiente orden clínica al servicio especializado.

180

Información y seguimiento de doble método

Definición

Conjunto de actividades de promoción, prevención, y seguimiento destinadas a evitar un embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual con el uso combinado de métodos anticonceptivos y de barrera (preservativos masculino y femenino).

Población diana

Mujeres con actividad sexual con penetración vaginal, anal u oral, en situaciones de especial vulnerabilidad para contraer o transmitir una ITS:

- Cambio de pareja.
- Monogamia seriada.
- Compartir varias parejas.
- Pareja ocasional.
- Pareja con otras parejas.
- Mujer portadora o que padece una ITS.
- Pareja portadora o que padece una ITS.

Criterio de inclusión

Se considerará incluidas en el servicio todas las personas de la población diana a quienes se les haya facilitado, en el último año, información sobre el doble método o se les haya realizado anamnesis sobre la utilización de éste.

Actuaciones

180-1

Toda persona incluida en el servicio tendrá registrada en su historia clínica que en algún momento ha recibido consejo sobre el doble método.

180-2

Toda persona incluida en el servicio tendrá registrada en la historia clínica, si utiliza algún método anticonceptivo de barrera en combinación con otro método y, en su caso, cuáles.

Si no se utiliza ningún método anticonceptivo o utiliza uno sólo anticonceptivo y lo precisa, por ser susceptible de tener un embarazo no deseado y de adquirir una infección de transmisión sexual, constará que se le facilita en ese momento información y orientación acerca de los mismos.

200

Diagnóstico Precoz del Cáncer Ginecológico

201

Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix

Definición

Conjunto de actuaciones encaminadas a prevenir el cáncer de cérvix, con el objetivo de disminuir la incidencia, prevalencia y complicaciones de él derivadas.

Población diana

Mujeres entre 25 y 65 años (ambas inclusive) que mantengan o hayan mantenido relaciones coitales.

Criterio de inclusión

Se considerará incluido en el Servicio a las mujeres que en la historia clínica conste como mínimo el resultado de una citología de cérvix al menos en los últimos 3 años o de una prueba de virus del papiloma humano (VPH) en los 5 últimos años.

Actuaciones

201-1

A las mujeres de la población diana menores de 30 años se les realizará citología cada 3 años. Si fuera positiva se actuará según protocolo.

201-2

En mujeres de 30 a 65 años se realizará prueba de VPH cada 5 años. Si no se dispusiera de la prueba se realizará cribado con citología cada 3 años. Si la citología o el VPH fueran positivos se actuará según protocolo.

201-3

En la historia clínica quedará constancia de la realización o no de citologías por parte de la mujer. En el supuesto de no querer hacerse citologías se le informará de la conveniencia de su realización periódica.

Excepciones

201-4

En mujeres de 65 años o mayores que no han cumplido adecuadamente con el cribado previo deben realizarse una prueba Co-test (citología y test HPV), no necesitando más pruebas si ésta es negativa. Si fuera positiva se actuará según protocolo.

201-5

Mujeres con histerectomía previa:

- Si es por patología benigna, deben finalizar el cribado tras la histerectomía.
- Si la histerectomía es por neoplasia cervical intraepitelial (CIN), deben continuar tras los 2 primeros años de controles negativos el seguimiento o cribado durante un periodo mínimo de 20 años.

201-6

Mujeres con antecedente de neoplasia cervical intraepitelial de grado 2, tras los 2 primeros años de controles con co-test negativos, deben realizar el cribado rutinario durante un periodo mínimo de 20 años.

201-7

Mujeres inmunodeprimidas.

- Citología anual a partir de los 21 años.
- A los 30 años:
 - Co-test trienal en mujeres con linfocitos CD4 \geq 200 cl/ μ l o con tratamiento antirretroviral activo.
 - Co-test anual si los linfocitos CD4 están por debajo de 200 cl/ μ l o no hay tratamiento antirretroviral.

202

Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio

Definición

Conjunto de actuaciones encaminadas a detectar de forma temprana el cáncer de endometrio, con el objetivo de disminuir la prevalencia y complicaciones derivadas del mismo.

Población diana

Mujeres posmenopáusicas hasta los 70 años inclusive.

Criterio de inclusión

Se considerará incluida en el servicio cualquier mujer de la población diana en cuya historia clínica figure haber sido interrogada al menos en una ocasión sobre sangrado vaginal.

Actuaciones

202-1

A toda mujer posmenopáusica se le interrogará, cuando acuda al COPF, sobre la existencia de sangrados vaginales.

Excepción

202-2

Mujeres histerectomizadas.

203

Diagnóstico precoz del cáncer de mama

Definición

Conjunto de actuaciones encaminadas a detectar de forma temprana el cáncer de mama con el objetivo de disminuir la prevalencia y morbimortalidad de él derivadas.

Población diana

Mujeres entre 50 y 69 años (ambos inclusive), y de 40 a 49 años (ambos inclusive) con antecedentes de cáncer de mama en padres o hermanos.

Criterio de inclusión

Se considerará incluida en el servicio toda mujer de la población diana que tenga realizada al menos una mamografía en los últimos dos años

Actuaciones

203-1

En la historia clínica se registrará el resultado y las recomendaciones de la mamografía.

203-2

Se preguntará a las mujeres comprendidas entre las edades de 50 y 69 años si se han hecho la mamografía correspondiente.

Excepción

203-3

Mujeres con patología mamaria que estén en control por especialista.

210

Atención a la demanda de interrupción voluntaria del embarazo

Definición

Conjunto de actividades de atención y seguimiento destinadas al diagnóstico, datación y tramitación de la interrupción de un embarazo no deseado hasta la 14 semana de gestación.

Población diana

Mujeres gestantes de embarazos no deseados que solicitan la interrupción.

Criterio de inclusión

Se considerarán incluidas en el servicio todas las mujeres de la población diana a quienes se les haya diagnosticado el embarazo y/o se les haya tramitado la interrupción y cuya gestación sea inferior o igual a las 14 semanas.

Actuaciones

210-1

Toda mujer incluida en el servicio tendrá registrada en su historia clínica:

- Su decisión sobre su embarazo.
- Edad de la mujer.
- La datación de la gestación.

210-2

Toda mujer incluida en el servicio recibirá información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.

En los casos en que las mujeres opten por la interrupción del embarazo regulada en el artículo 14 recibirán, además, un sobre cerrado que contendrá la siguiente información:

- a) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.
- b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos

- y ayudas al nacimiento.
- c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.
 - d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

A la recepción del sobre la mujer firmará un recibo y se le asignará un código, que sustituirá a sus datos identificativos y que se le entregará en papel impreso, para garantizar la intimidad y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

210-3

A toda mujer incluida en el servicio se le informará en los términos de los artículos 4 y 10 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, y específicamente sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo.

210-4

No podrá interrumpir el embarazo hasta transcurrido un plazo de al menos tres días desde la información mencionada y la realización de la intervención. Una vez confirmado por la mujer se procederá a solicitar la cita en la Dirección de Asistencia Sanitaria y posteriormente se le informará sobre el lugar, la hora y las condiciones en las que debe presentarse para la intervención.

210-5

A toda mujer incluida en el servicio se le datará la gestación que se certificará en el modelo correspondiente y se adjuntará con el código asignado a la mujer para la tramitación de la interrupción.

Excepción

210-6

Interrupción por encima de las 14 semanas de gestación

220

Atención a las infecciones de transmisión sexual

Definición

Conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento, destinadas a reducir la morbi-mortalidad y evitar la propagación de las infecciones de transmisión sexual.

Población diana

Personas con actividad sexual.

Criterio de inclusión

Se considerará incluida en el servicio a toda persona de la población diana que:

- Haya consultado por sospecha o padecer una ITS.
- Se le haya diagnosticado y/o tratado una ITS.
- Se haya derivado a servicios especializados para su control y seguimiento.
- Se le haya facilitado información sobre la prevención y/o la reducción de daños.

Actuaciones

220-1

Toda persona incluida en el servicio tendrá registrada en su historia clínica el motivo por el que se le incluye en el servicio.

220-2

Toda persona incluida en el servicio tendrá registrada en la historia clínica si tiene alguna conducta que suponga un riesgo para ella u otras personas y se le facilitará información sobre la prevención de la transmisión.

220-3

A toda persona que presente una ITS:

- Se le hará un despistaje de otras a través de las actuaciones pertinentes tales como toma de secreciones y analíticas
- Se rellenará la ficha epidemiológica en su caso.
- Se le informará sobre la necesidad de la búsqueda de contactos para evitar la transmisión de la infección.
- Se le tratará y se le harán los controles necesarios hasta la curación, o se derivará si precisa a servicios especializados.

230

Violencia de género² (VG)

Definición:

Conjunto de actuaciones encaminadas a la detección, asesoramiento y derivación a servicios específicos de mujeres que son objeto de VG, ya sea esta física, psicológica o sexual.

Población diana:

Mujeres mayores de 14 años.

Criterio de inclusión:

Mujeres de la población diana en cuya historia clínica-social conste que han sido, están siendo o se sospeche que son objeto de VG.

Actuaciones

230-1

A toda mujer, en la apertura de su historia, se le realizará una entrevista de cribado (e.j. [anexo XVI](#)) sobre la existencia de violencia en el ámbito familiar, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.

230-2

Durante el desarrollo de cualquier consulta se prestará especial atención a la presencia de indicadores de sospecha ([anexo XVII](#)), ante cuya presencia se deberá realizar la entrevista de cribado sobre la existencia de VG.

230-3

Ante una mujer con indicadores de sospecha pero que no reconoce sufrir malos tratos, se deberá:

- Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada.
- Informar a la mujer de la situación en la que se encuentra.
- Ofertar sucesivas consultas de seguimiento.

² «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada». (*Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993*)

230-4

Ante una mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo, se deberá:

- Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada.
- Informar a la mujer de la situación en la que se encuentra.
- Derivar, previo consentimiento de la mujer, a profesionales de trabajo social o a los servicios específicos de la red de dispositivos para la atención a la VG.
- Emitir parte de lesiones cuando proceda³.
- Notificar a la Subdirección de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud ([anexo XVIII](#)).

230-5

Ante una mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo, entendido como la “situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos o hijas” ([anexo XIX](#)), se deberá:

- Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada.
- Informar a la mujer de la situación en la que se encuentra.
- Derivar, previo consentimiento de la mujer, a profesionales de trabajo social o a los servicios específicos de la red de dispositivos para la atención a la VG.
- Emitir parte de lesiones cuando proceda³.
- Notificar a la Subdirección de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud.
- Conocer la situación familiar, personas dependientes y los recursos con que cuenta.
- Llamar al 112 (Emergencias) o los servicios específicos de su comunidad autónoma ([anexo XXI](#)).

230-6

Ante una mujer que ha sido objeto de agresión sexual, salvo en supuestos de gravedad y riesgo vital que obliguen a tratamiento médico inmediato, se remitirá a la víctima lo más rápidamente posible y en ambulancia al hospital más cercano donde exista atención ginecológica, sin que medien lavados ni cambios de ropa.

En caso de felación es importante, en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital.

³ En aquellos casos en que la mujer se niega a denunciar y el personal sanitario tenga fundadas sospechas de la existencia de malos tratos físicos ó psíquicos (no existe constatación clara del origen de las lesiones como para poder emitir el correspondiente parte de lesiones), se recomienda comunicar a la Fiscalía dicha situación, tal como establece el precepto legal. La Fiscalía decidirá en base a los indicios que se puedan aportar ó ampliar, cual es la situación procesal adecuada.

240

Consulta preconcepcional

Definición

Conjunto de actuaciones realizadas previas a la concepción, dirigidas a las mujeres en edad fértil que deseen un embarazo, y que tienen como finalidad identificar y controlar riesgos para la gestación, así como promocionar estilos de vida saludables en la mujer y en su pareja.

Población diana

Mujeres mayores de 14 y menores de 50 años.

Criterio de inclusión:

Mujeres que consulten por deseo de embarazo.

Actuaciones

240-1

A toda mujer incluida en el servicio se le realizará una valoración del riesgo obstétrico que incluya al menos:

- Edad materna
- Antecedentes familiares
- Antecedentes gineco-obstétricos:
 - Partos pretérmino,
 - Aborto habitual,
 - Muerte Fetal intrauterina,
 - Cesáreas anteriores.
 - Valorar la necesidad de consejo y estudio genético si procede en casos de historia familiar o hijos con alteraciones genéticas y cromosómicas, estructurales, metabólicas, neurológicas, retraso mental etc. ([anexo XXII](#))
- Antecedentes personales y de pareja: El consejo será individualizado, indagando sobre la existencia de patologías crónicas frecuentes (diabetes, HTA, epilepsia, enfermedad cardiovascular, cáncer, alteraciones tiroideas, enf. tromboembólica y trombofilias, asma, TBC, conectivopatías, trastornos psiquiátricos, enfermedades infecciosas).
- Hábitos tóxicos: Tabaco, alcohol y drogas
- Factores psico-sociales

240-2

Examen clínico, que incluya al menos: cálculo del índice de masa corporal (IMC) y

toma de tensión arterial (TA) y citología según programa de cribado.⁴

240-3

Se hará un estudio analítico que incluya al menos:

- Hemograma, grupo sanguíneo y factor Rh
- Bioquímica: Glucemia, creatinina, ácido úrico, AST y ALT
- Serología:
 - Rubéola, lúes y toxoplasmosis
 - VIH, previo consentimiento informado
 - VHB (con factores de riesgo), VHC ([anexo XXIII](#)).
- Sistemático de orina (proteinuria)

240-4

Se realizará vacunación de rubéola si la serología es negativa y se evitará la gestación en los tres meses siguientes ([anexo XXIV](#)).

240-5

Se realizarán acciones educativas y promotoras de la salud que incluyan al menos:

- Consejo nutricional.
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol.
- Evitar el consumo de drogas ilegales.
- Actividad física y laboral.
- Evitar la exposición a teratógenos, farmacológicos y ambientales.
- Prácticas sexuales seguras ([anexo XXV](#)).

240-6

Se recomendará suplementación farmacológica con:

1. Acido fólico
2. Yodo.
3. Complejos multivitamínicos ([anexo XXVI](#)).

Excepción

240-7

La serología no es necesario repetirla si la tiene realizada en los 6 meses anteriores, en cuyo caso solo se repetirá la de toxoplasmosis si fuera negativa la anterior.

⁴ Un IMC elevado tiene un impacto negativo sobre la fertilidad

250

Atención a la mujer en el climaterio

Definición

Conjunto de actuaciones encaminadas a prevenir los problemas de salud derivados de la pérdida de la actividad hormonal que aparecen en la fase transitoria de la vida de la mujer situada entre la etapa reproductiva y la no reproductiva.

Población diana

Mujeres entre 45 y 55 años (ambas inclusive).

Criterio de inclusión

Se consideraran incluidas en este Servicio las mujeres de la población diana en cuya historia clínica figure registrada al menos una actuación sobre la sintomatología, problemas de salud del climaterio o su prevención.

Actuaciones

250-1

En la historia clínica de toda mujer incluida en este Servicio, constará:

- Antecedentes familiares.
- Antecedentes gineco-obstétricos.
- Síntomas vasomotores.
- Síntomas genitourinarios y sexuales.
- Alteraciones psicológicas.
- Cambios cutáneos.
- Factores de riesgo de osteoporosis.

250-2

Todas las mujeres incluidas en el Servicio tendrán hecha una exploración física que al menos recoja los siguientes datos:

- Peso, talla, IMC, TA
- Exploración ginecológica y mamaria.
- Citología de cérvix o prueba de HPV, según cribado.

250-3

Se preguntará por su inclusión en el programa de prevención de cáncer de mama a toda mujer que cumpla criterios y se facilitará la misma en caso negativo.

250-4

A toda mujer incluida en el servicio se le preguntará sobre síntomas vasomotores, genitales, sexuales y psicológicos cada vez que acuda a la consulta del COPF.

250-5

En la historia clínica constará que se le ha facilitado información sobre:

- Aporte dietético de calcio superior a 1200 mg/día.
- Riesgo de embarazo.
- Abandono tabáquico.
- Moderar ingesta de alcohol y cafeína.
- Evitar automedicación.
- Promover ejercicio físico regular.

260

Atención a la Salud Sexual

Definición

Conjunto de actividades de información, educación, orientación, intervención y tratamiento, destinadas a detectar problemas sexuales y mejorar las relaciones y el grado de satisfacción sexual de las mismas, y detectar problemas de salud relacionados con conductas no protegidas o de riesgo.

Población diana

Personas con actividad sexual.

Criterio de inclusión

Personas en cuya historia clínica conste que se le ha facilitado información o educación sexual o haya referido padecer un problema sexual.

Actuaciones

260-1

A toda persona que consulte a un COPF se le deberá rellenar una historia sexual con los siguientes datos:

- Edad de la primera relación coital
- Número de parejas sexuales
- Tipo de actividad sexual
- Satisfacción en las relaciones sexuales (Si-No)

260-2

A toda persona que manifieste padecer un problema sexual se le debe realizar una anamnesis y exploración en la que conste:

1. Antecedentes personales:
 - Patología orgánica: diabetes, HTA, endocrinopatías, obesidad, patología genital...
 - Trastornos psiquiátricos.
 - Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas.
 - Tratamientos médicos: antiHTA, psicofármacos...
2. Historia actual
 - Descripción y clasificación del problema sexual
 - Historia del problema
 - Carácter primario o secundario, temporal o situacional del problema
 - Posibles causas desencadenantes: duelos, problemas laborales o

- familiares, stress, ansiedad, posparto...
- Tipo de relación con la pareja
- Conducta sexual
- 3. Exploración:
 - Genital
 - Neurológica
 - General: signos de endocrinopatía
- 4. Analítica: FSH, LH, Testosterona, Prolactina, TSH, Tiroxina, Glucemia.

260-3

A toda persona que manifieste padecer un problema sexual se le debe facilitar información, educación, orientación y/o terapia, en función del diagnóstico realizado o, en su caso, ser derivada al servicio específico.

Anexos

Anexo I: Manejo de la anticoncepción hormonal combinada

Anticoncepción oral

El tratamiento se iniciará el primer día de menstruación y deberá ingerirse un comprimido diario aproximadamente a la misma hora. También puede empezar los días 2 a 5 de su ciclo, pero en este caso asegúrese de utilizar también un método anticonceptivo complementario (método de barrera, preservativo) mientras tome los 7 primeros comprimidos del primer ciclo. En cada caso, según la presentación, se realizará de la siguiente manera:

- Blíster de 21 comprimidos: Tras la toma del último comprimido se descansará 7 días, reiniciado la ingesta el octavo día que coincidirá con el día de la semana que comenzó el anterior blíster.
- Blíster de 22 comprimidos (gracial®): El tiempo de descanso será sólo de 6 días.
- Blíster de 28 comprimidos: Tanto en las pautas 21/7 como 24/4 que contienen placebo se deberán tomar todos los comprimidos, iniciando el nuevo blíster al día siguiente de finalizar el anterior.
- Pauta extendida (*off label*)⁵: Se usarán preparados monofásicos en presentación de 21 comprimidos activos y se tomarán de forma continuada, haciendo un descanso de 7 días tras cuatro blíster consecutivos (84/7), para evitar los sangrados inesperados.

Parche anticonceptivo

Preferiblemente el tratamiento se iniciará el primer día de menstruación, aunque también puede empezar los días 2 a 5 de su ciclo. Se deberá pegar el parche en la piel limpia y seca, sin haber aplicado en ella ningún tipo de cosmético con una frecuencia de un parche a la semana hasta completar el ciclo de tratamiento de tres parches, tras el último de los cuales se descansará una semana. Se volverá a reiniciar el ciclo una vez pasados los siete días, coincidiendo con el mismo día de la semana en que usó el primer parche.

Se rotará la colocación del parche no repitiendo en ningún caso la misma colocación en dos parches consecutivos. Se recomienda ponerlos alrededor del hombro y en la parte baja del abdomen y superior de las nalgas, debajo de la ropa interior. Nunca se deberá pegar en la piel de las mamas.

Se puede utilizar la pauta extendida (*off label*).

Durante la primera semana de inicio del tratamiento se recomendará un método anticonceptivo adicional.

El peso de las mujeres no afecta la eficacia de los métodos anticonceptivos hormonales, con la excepción del parche transdérmico, cuyo uso debería limitarse a

⁵ Denominación anglosajona (antes "uso compasivo") de la vía de utilización de medicamentos para una indicación con suficiente grado y número de evidencia científica (eficacia y seguridad) que no está incluida en la ficha técnica.

mujeres con peso inferior a 90 kilos.⁶

Anillo anticonceptivo.

Preferiblemente el tratamiento se iniciará el primer día de menstruación, aunque también puede empezar los días 2 a 5 de su ciclo, colocando un anillo en el interior de la vagina donde deberá permanecer durante 3 semanas consecutivas, tras la cuales se retirará y se dejará pasar una semana sin él. Tras 7 días deberá reiniciarse el tratamiento el mismo día de la semana en que se insertó el primer anillo.

El anillo ocasionalmente puede retirarse hasta un máximo de 3 horas sin que se llegue a perder el efecto anticonceptivo. Para volver a insertarlo se deberá mojar con agua fría.

Se puede utilizar la pauta extendida (*off label*).

Durante la primera semana de inicio del tratamiento se recomendará un método anticonceptivo adicional.

Manejo de olvidos en píldoras combinadas

En el caso de un olvido de una píldora de anticonceptivos combinados, se recomienda 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 de una píldora de anticonceptivos combinados, se recomienda tomar inmediatamente la última píldora, y seguir tomando el resto de manera habitual. En este caso se recomienda el uso de un método de barrera adicional (preservativo) durante 7 días.

Si los olvidos se producen entre la 1ª y 7ª píldora, se debería considerar la anticoncepción de urgencia. La anticoncepción de urgencia no se recomienda si los olvidos se producen entre la 8ª y 14ª píldora.

Si los olvidos se producen entre la 15ª y 21ª píldora, se recomienda omitir el periodo libre y continuar con nuevo envase.⁶

En caso del preparado Qlaira® se deberán seguir las instrucciones descritas en ficha técnica.

Manejo de sangrados inesperados

Se recomienda realizar una anamnesis orientada en casos de sangrados no esperados con el uso de anticonceptivos hormonales combinados.

En mujeres menores de 45 años con un sangrado no esperado derivado del uso de anticonceptivos hormonales combinados, se recomienda mantener una actitud expectante durante los tres primeros meses. Si el sangrado persiste pasados los tres meses, se recomienda realizar un estudio específico.⁶

En caso de persistir se puede recomendar:

⁶ Conferencia de Consenso Sociedad Española de Contracepción: Actualización en el manejo clínico de la Anticoncepción Hormonal, intrauterina y de Urgencia. Madrid 2011.

- Un sistema de liberación continuo como el anillo anticonceptivo.
- Un preparado con mayor dosis de EE.
- Un preparado con dienogest.

Criterios de elegibilidad de la OMS: anticoncepción combinada⁷

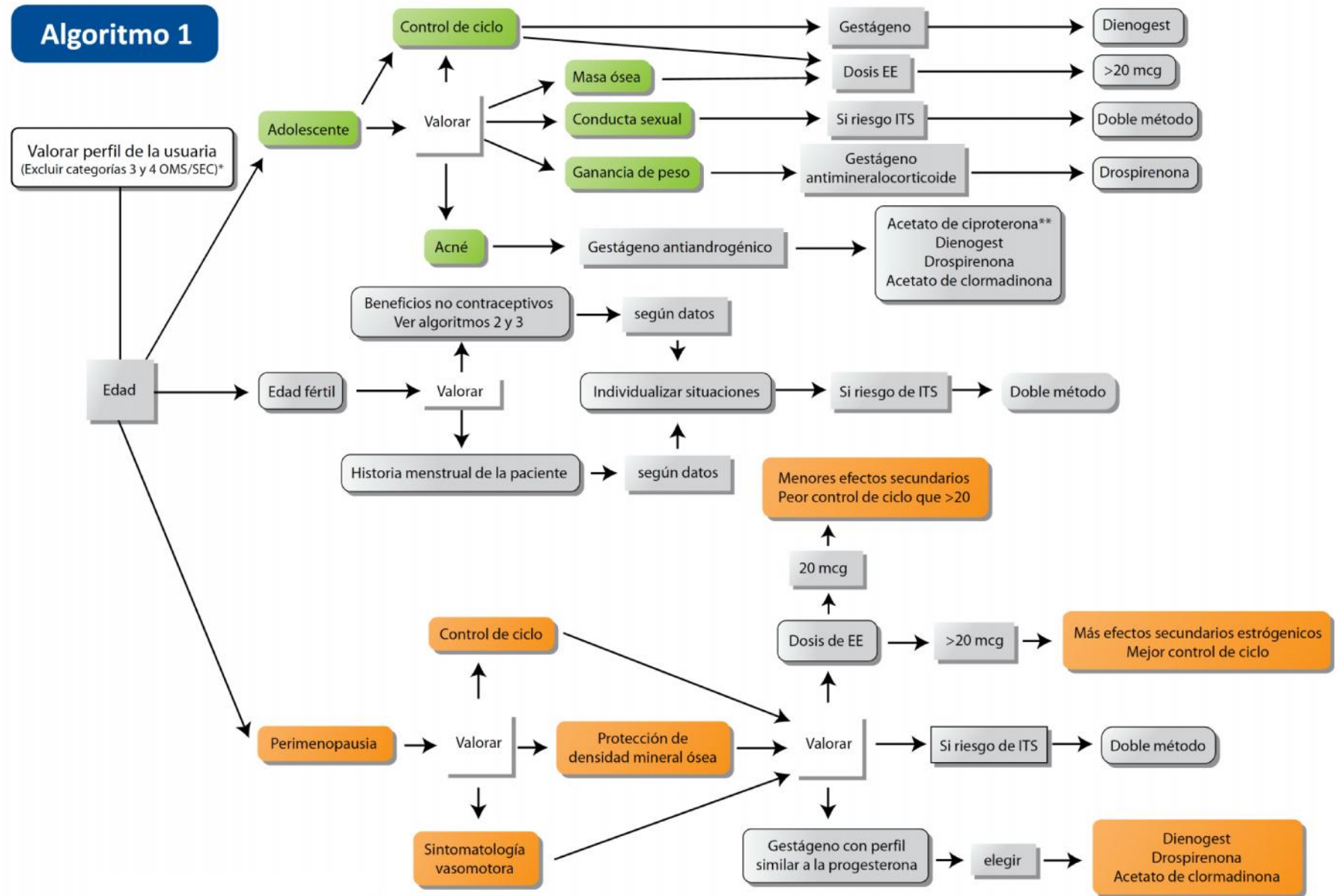
- Categoría 1: Ninguna restricción en el uso de AHC
- Categoría 2: Las ventajas superan a los riesgos
- Categoría 3: Los riesgos, generalmente, superan a los beneficios
- Categoría 4: No se debe usar

CONDICIÓN	CATEGORIA	COMENTARIO
Lactancia materna < 6 semanas	4	
Lactancia materna de 6 semanas a 6 meses	3	
Postparto sin lactancia <21 días	3	
Edad >35 años y >15 cigarrillos diarios	4	
Edad >35 años y <15 cigarrillos diarios	3	
Edad >35 años sin fumar <1año	3	
Edad >35 años sin fumar >1año	2	
Obesidad ≥35 IMC ⁶	3/4	
Múltiples factores de riesgo cardiovascular (edad, tabaco, diabetes, hipertensión, IMC >30 kg/m ² .)	3/4	
Hipertensión controlada	3	
Hipertensión no controlada 140-159/90-99	3	
Hipertensión no controlada >160/100	4	
Historia personal de TEV/TEP	4	
TEV /TEP actual	4	
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	4	
Inmovilidad no relacionado con la cirugía	3	
Trombofilia conocida	4	
Sospecha de trombofilia	3	Antecedente personal no filiado, antecedente familiar de 1er grado <45 años o localización atípica
Cardiopatía isquémica	4	
Ictus	3/4	Hemorrágico/ isquémico
Hiperlipemia	2/3	Sin otros factores de riesgo/con otros factores de riesgo
Valvulopatía complicada	4	Hipertensión pulmonar, fibrilación auricular (FA), hª de endocarditis, prótesis metálicas
Migraña con aura	4	
Migraña sin aura <35 años	2(Inicio) 3(Continuación)	
Migraña sin aura >35 años	3(Inicio) 4(Continuación)	
Cáncer de mama actual	4	
Cáncer de mama previo, >de 5 años de evolución	3	
Diabetes con neuropatía, retinopatía y nefropatía	3/4	
Diabetes con otras enfermedades vasculares o duración >20 años	3/4	
Litiasis biliar sintomática actual y/o en tratamiento médico	3	
Historia de colelitiasis relacionada con contraceptivos	3	
Hepatitis viral activa	4	
Cirrosis compensada/descompensada	3/4	
Adenoma hepático	4	
Hepatocarcinoma	4	
Fármacos inductores enzimáticos	3	

⁷ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN: «Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales». *Conferencia de Consenso*, Ed. SEC, Aranjuez, 2005

Algoritmos⁸

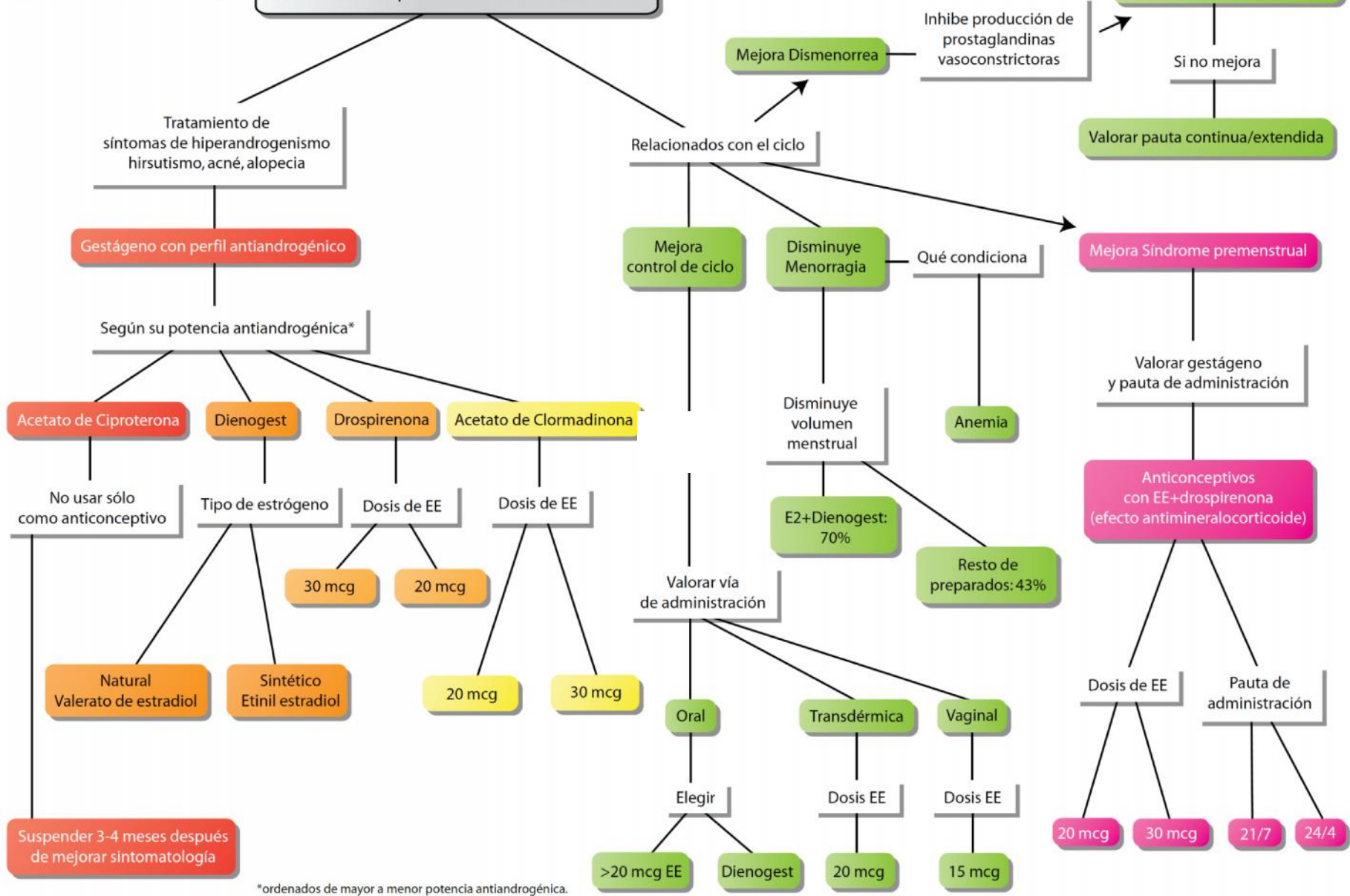
Algoritmo 1



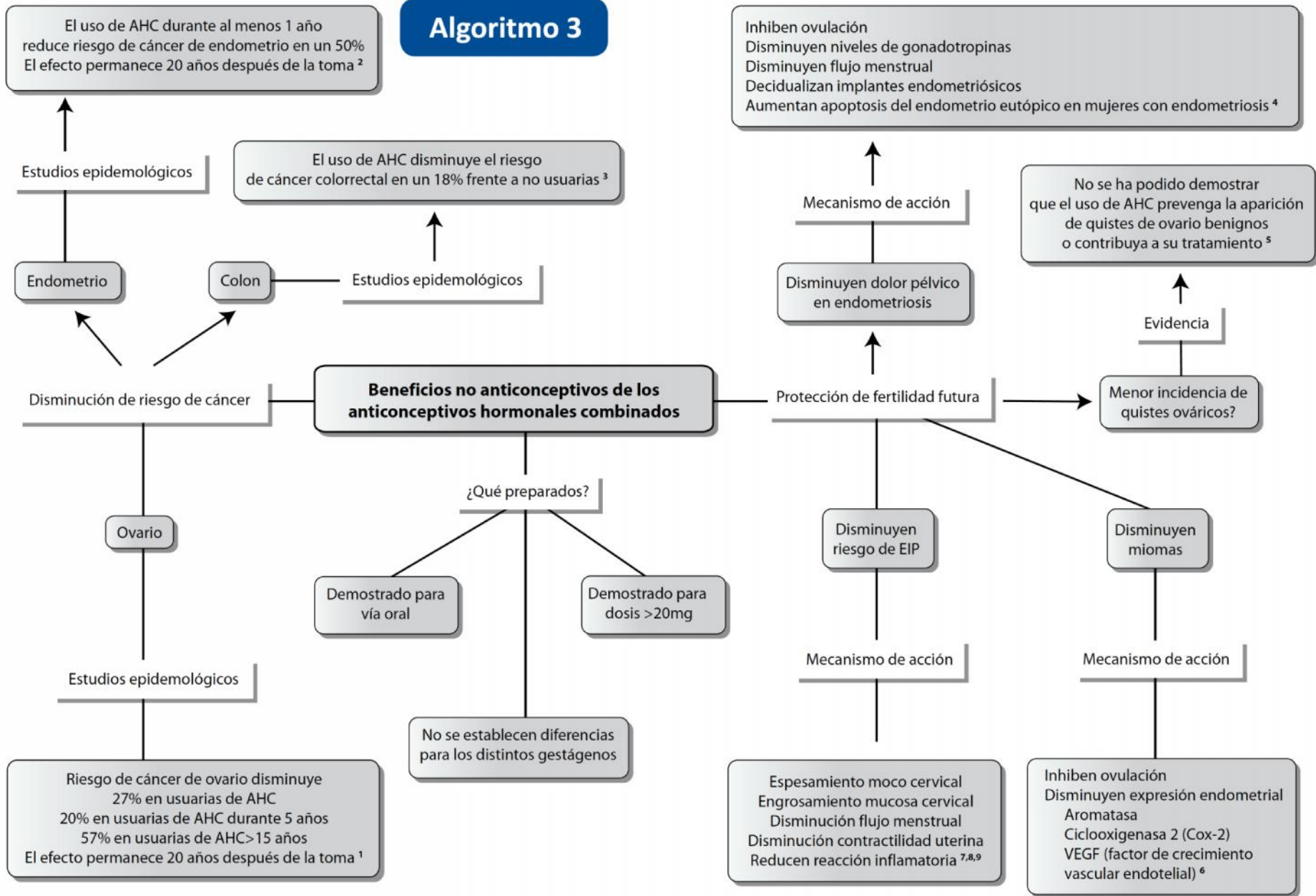
** No deberá ser empleado en mujeres solamente con fines anticonceptivos, sino que su empleo debe reservarse para aquellas mujeres que requieran tratamiento de enfermedades andrógeno-dependientes. Se recomienda la suspensión del tratamiento 3 ó 4 ciclos después de la resolución completa de las enfermedades para las que el fármaco tiene indicación.

Algoritmo 2

Beneficios no anticonceptivos de los anticonceptivos hormonales combinados



Algoritmo 3



Anexo II: Manejo de sangrados inesperados con el uso de anticonceptivos hormonales sólo géstágeno

En el caso de un sangrado no esperado con el uso de anticonceptivos hormonales de solo géstágenos, se recomienda realizar una anamnesis orientada, y tranquilizar e informar a la paciente.⁶

Por encima de los 6 meses el sangrado no suele variar, por lo que si no es bien tolerado se deberá recomendar otro método anticonceptivo.

Anexo III: Píldora sólo gestágeno

El tratamiento se iniciará el primer día de menstruación y deberá ingerirse un comprimido diario aproximadamente a la misma hora. También puede empezar los días 2 a 5 de su ciclo, pero en este caso se asegurará de utilizar también un método anticonceptivo complementario (p.ej.: método de barrera, preservativo) mientras tome los 7 primeros comprimidos del primer ciclo. La toma será diaria y sucesiva, sin descansos.

Manejo de olvidos

En el caso de los olvidos de las píldoras de solo gestágenos, se recomienda tomar inmediatamente la píldora olvidada, y tomar anticoncepción de urgencia si el olvido es de más de 12 horas y ha habido una relación sexual no protegida. Adicionalmente se recomienda el uso de un método de barrera adicional (preservativo) durante 2 días.⁶

Anexo IV: Implante anticonceptivo

Si la usuaria no ha estado utilizando anticoncepción hormonal en el último mes:

El implante debe insertarse entre los días 1 y 5 del ciclo menstrual.

Cambio después de un anticonceptivo hormonal combinado:

El implante debe insertarse preferiblemente el día después de la administración del último comprimido activo del anticonceptivo oral combinado previo o del día de extracción del anillo vaginal o del parche transdérmico. Como muy tarde, el implante debe insertarse el día después del periodo de descanso de cualquiera de los tratamientos anticonceptivos anteriormente indicados.

Cambio después de un método ASG:

- Anticonceptivos inyectables: Insertar el implante el día en que se deba administrar la siguiente inyección.
- Píldora con progestágeno sólo: Una mujer que utilice la píldora con progestágeno sólo, puede cambiar a Implanon NXT en cualquier día del mes. El implante debe insertarse dentro de las siguientes 24 horas tras la toma del último comprimido.
- Implante/Sistema de liberación intrauterino de progestágeno (SLI): Insertar el implante el mismo día de la extracción del implante anterior o del SLI.

Después de un aborto programado o de un aborto espontáneo

- Primer trimestre del embarazo: El implante debe ser insertado en el plazo de los cinco días siguientes al aborto.
- Segundo trimestre: Insertar el implante entre los días 21 y 28 después de que se haya producido el aborto.
- Posparto (puerperio)
- Si no hay periodo de lactancia: Insertar el implante a partir de la sexta semana después del parto.
- Periodo de lactancia: Insertar el implante tras la sexta semana del posparto. (

Si la inserción se realiza conforme a las instrucciones indicadas, no es necesario el uso de un método anticonceptivo complementario. En caso de producirse cualquier desviación en cuanto al momento adecuado para la inserción del implante, se debe recomendar a la mujer que utilice un método anticonceptivo de barrera durante 7 días después de la inserción del implante. En el caso de que ya se hubieran mantenido relaciones sexuales, debe descartarse un embarazo.

Anexo V: Anticoncepción de Urgencia

Acetato de ulipristal

Antes de administrar la PAU de acetato de ulipristal se debe descartar un posible embarazo.

El acetato de ulipristal puede reducir la eficacia de los AH por lo que si una mujer desea empezar a utilizar AH como método habitual, puede hacerlo de inmediato tras utilizar acetato de ulipristal, pero se aconsejará utilizar un método eficaz no hormonal hasta el siguiente periodo menstrual.

No puede descartarse un cierto riesgo para los lactantes. Se recomienda interrumpir la lactancia por lo menos durante una semana después de su administración.

DIU

Antes de su inserción se debe descartar un posible embarazo.

Anexo VI: Preservativos masculino y femenino⁹

Preservativo masculino

El preservativo masculino es una funda para cubrir el pene y evitar embarazos no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Puede ser de látex (goma), que es el de uso más común, o sintético de poliuretano (plástico), para los casos de alergia al látex.

¿Es eficaz el preservativo para evitar la transmisión del VIH?

Sí. Los preservativos son una forma eficaz de protección frente al VIH y otras ITS siempre.

Estudios de laboratorio indican que los preservativos de látex constituyen una barrera física efectiva que impide el paso de microorganismos u otras partículas del tamaño del virus. Protegen frente a la transmisión del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Las posibles roturas y deslizamientos del preservativo se deben más a fallos del usuario que al producto en sí. Es importante respetar la fecha de caducidad, que esté homologado, no guardarlos en sitios que tengan temperaturas elevadas y vigilar no romperlo al abrir el envoltorio. También existen preservativos de poliuretano para personas alérgicas al látex. En el caso de usar lubricantes, deben ser siempre lubricantes de base acuosa. No se deben utilizar aceites grasos como lubricación (vaselina, cremas o lociones corporales).

¿Cómo se utiliza el preservativo masculino?

Es importante:

- Comprarlos en farmacias, o en otros lugares que ofrezcan garantía.
- Comprobar que estén en buen estado, la fecha de caducidad y que estén homologados por la autoridad sanitaria y con marcado CE.
- Protegerlos del calor, la luz y la humedad excesiva (ojo con las carteras y las guanteras de los coches, los cambios de temperatura los pueden deteriorar) Guardarlos en lugares frescos y secos.

Y seguir adecuadamente los pasos para una correcta utilización:

- Abrir el preservativo con cuidado de no dañarlo con uñas, anillos y dientes.
- Una vez abierto, antes de colocarlo, comprobar si el preservativo está al derecho o al revés (esto se puede hacer soplando un poco dentro del preservativo para ver hacia qué lado lo tenemos que desenrollar).
- Colocar el preservativo sobre el pene en erección, antes de cualquier penetración vaginal, anal u oral.
- Presionar la punta del depósito del preservativo para expulsar el aire y dejar espacio para el semen. Si el preservativo no lleva depósito, éste debe hacerse al colocarlo, dejando un espacio libre de 1 a 2 cm. de largo en la punta del pene.

⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Ciudadanos - Sida - Prevención – Preservativo. En <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/preservativo.htm>

- Desenrollar el preservativo hasta cubrir completamente el pene.
- Usarlo durante toda la penetración.
- Es aconsejable lubricar el preservativo una vez puesto para facilitar la penetración. Muchos ya vienen con el lubricante incorporado, pero si no es suficiente se pueden comprar en las farmacias, teniendo en cuenta que sean solubles en agua, ya que los aceites pueden estropear el látex del preservativo.
- Después de eyacular, antes de que la erección disminuya, hay que retirar el pene sujetando el preservativo por la base.
- Comprobar que no se ha roto (llenándolo de agua o presionando el depósito), anudarlo y tirarlo a la basura, nunca al WC ni a la calle (hay que tener en cuenta que los preservativos no son biodegradables).
- Usar uno nuevo cada vez que se mantenga una relación sexual y si se cambia de práctica sexual (penetración vaginal, anal u oral).

Situaciones y causas de rotura de un preservativo:

- Aplicación de lubricantes oleosos.
- Daños provocado por las uñas u otros objetos afilados.
- Inadecuado espacio o presencia de aire en la punta del preservativo.
- Existencia de piercing en los genitales.
- Desenrollar incorrectamente el preservativo.
- Conservación inadecuada.
- Reutilización del preservativo.
- Caducidad del preservativo.

Preservativo femenino

¿Qué es el preservativo femenino?

Es un método de prevención alternativo al preservativo masculino, que protege frente a los embarazos no deseados, la infección por el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual.

Consiste en una funda transparente de nitrilo, con dos anillos flexibles en ambos extremos, uno en el interior que permite la colocación dentro de la vagina y otro de un diámetro más grande que permanecerá en el exterior de la vagina cubriendo los genitales externos de la mujer.

¿Por qué un preservativo femenino?

Porque puede aportar a un número considerable de mujeres un grado de autonomía mayor que el preservativo masculino y por tanto, contribuir a aumentar el control que tienen de su fertilidad y sexualidad.

Entre las ventajas del preservativo femenino hay que destacar:

- Está hecho de nitrilo, por lo que es una buena opción para quienes tienen alergia al látex.
- Es transparente, suave y resistente.
- Puede permitir juegos eróticos previos y posteriores a la penetración sin necesidad de interrumpir la relación sexual, ya que puede insertarse desde el principio de la relación, incluso hasta 8 horas antes, puesto que no necesita que el pene esté en erección para su colocación.

- Permite mantener relaciones sexuales en cualquier posición sin que se produzcan roturas o deslizamientos.
- Posibilita no romper la intimidad y complicidad posteriores al fin de una relación sexual, puesto que no es necesario retirarlo inmediatamente después de la eyaculación.
- Se puede usar con lubricantes a base de agua o aceite.
- Viene muy lubricado, por lo que puede ser una solución en los casos de falta de lubricación.

Anexo VII: Diafragma¹⁰

Actúa como barrera y sirve como receptáculo para mantener el espermicida adherido al orificio cervical externo.

Se piensa que los diafragmas no son eficaces a menos que se utilicen con espermicida. Las tasas de fallo están relacionadas con la motivación de la mujer y varían entre el 6% y el 18%.

Existen varios tipos de diafragma y el estar familiarizado con ellos ayuda al profesional a recomendar el apropiado para cada mujer:

1. Con el borde de muelle enrollado. Proporciona el más fuerte de los soportes. El arco del reborde puede plegarse, lo que facilita la inserción a algunas mujeres. Disponible en tallas que van del 55 al 95.
 - Hay dos productos que se doblan en sólo dos puntos a lo largo del reborde, el Koro-Flex y el Bendex
 - El de Ortho, All-Flex, se dobla en cualquier punto, lo que le hace menos fuerte que los otros dos.
2. Con el borde de muelle plano. Este diafragma tiene un delgado reborde, con un muelle suave. El reborde se aplana para la inserción y está disponible en tamaños que van desde el 55 al 95. Colocarlo correctamente es algo más difícil que los otros, pero es más cómodo una vez que se coloca tras el hueso púbico.
3. Con el borde sellado. Este diafragma tiene un reborde enrollado o arciforme y una pestaña delgada junto al reborde interno para crear una especie de sello con la mucosa vaginal. Está disponible a través de Milex Products en tamaños que van desde el 65 al 85. La práctica clínica ha establecido la necesidad de utilizar un espermicida

Controversias clínicas y evidencia:

La práctica clínica ha establecido la necesidad de utilizar un espermicida junto con el diafragma, a pesar de que una revisión reciente de la Cochrane ha comprobado que no hay estudios que hayan demostrado la contribución del espermicida al efecto anticonceptivo. En un estudio reciente se ha encontrado que el Nonoxynol-9 no ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual y puede incrementar el riesgo de infección por el VIH.

El Nonoxynol-9 puede mantener su efecto anticonceptivo durante más de un día dentro del capuchón cervical y hasta 12 horas en el interior del diafragma, pero el impacto de eyaculaciones múltiples sobre la potencia del Nonoxynol-9 se desconoce. En ausencia de datos concretos, es prudente insertar una dosis de espermicida durante cada coito.

Condiciones de uso

Las mujeres pueden utilizar el diafragma independientemente del número de partos que hayan tenido. El ajuste del dispositivo deberá ser comprobado después de cada parto o de un aborto del segundo trimestre. El diafragma puede acomodarse a casi

¹⁰ Barranco Castillo, E. Ponencia. III Máster en Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva. Fundación Española de Contracepción.

todas las vaginas. El tamaño y el tono muscular de la parte superior de la vagina pueden modificarse después del embarazo y hacer necesario el recambio del dispositivo.

Las siguientes situaciones hacen imposible acomodar correctamente el diafragma:

- Alergia al látex o a los espermicidas
- Infección recurrente del tracto urinario
- Dolor en el introito o en la pelvis
- Lesiones activas que interfieran con la inserción o la comodidad tras la misma
- Historia de síndrome de shock tóxico (TSS) o colonización vaginal por estafilococo aureus.
- Falta de personal entrenado para ajustarlo e instruir sobre su uso correcto
- Incapacidad de la mujer para aprender a insertarlo y retirarlo correctamente.
- Anomalías anatómicas: Tono vaginal disminuido, laceraciones obstétricas previas, prolapso uterino, cistocele, rectocele, retroversión uterina fija, fístula vaginal, tabiques vaginales.
- Parto a término en las últimas 6 semanas

Cómo determinar el tamaño correcto y acomodarlo bien

Para determinar el tamaño correcto y acomodarlo bien, el diafragma se debe seleccionar en función del tipo de borde que sea más cómodo para la usuaria. La profundidad de la vagina se incrementa durante la respuesta sexual, un diafragma demasiado pequeño puede deslizarse. Un diafragma demasiado grande puede ocasionar incomodidad e infección recurrente del tracto urinario.

Con la mujer en posición de cuclillas, la persona que hace el entrenamiento introduce su dedo índice y medio en la vagina de la mujer, el nivel en el que su extremo distal queda bajo la sínfisis púbica se marca; seguidamente con una regla se determina la distancia y así se sabe el diámetro del diafragma, que siempre deberá de quedar sustentado en la fosita retropúbica. A la mujer se le debe entrenar en la inserción y retirada de su diafragma y no autorizar su uso hasta que no esté familiarizada con el tacto de su cérvix y cómo tiene que quedar este tapado por su diafragma.

Para la introducción del diafragma en la vagina la mujer lo pliega y cuando llega con el mismo al fondo vaginal posterior deja que se despliegue para que ocluya el orificio cervical externo. Posteriormente verificará que el diafragma se apoya en la cara posterior de su sínfisis púbica (fosita retropúbica).

La importancia del espermicida y su uso consistente deberá reforzarse. El espermicida deberá utilizarse durante el primer coito y rellenar de nuevo con los subsiguientes coitos pero sin retirar el diafragma

Cada mujer deberá ser consciente de que podría presentar TSS si se deja insertado un diafragma durante más de 24 horas.

Instrucciones para las mujeres

1. Aplicar una cucharadita de crema o gel espermicida en la concavidad del diafragma y junto al reborde
2. Si el diafragma se queda insertado en la vagina durante más de 6 horas antes del coito, otro aplicador relleno de espermicida deberá introducirse

3. Insertar el diafragma empujando el reborde por la pared posterior de la vagina hasta el fondo. El borde anterior deberá quedar ajustado detrás del hueso púbico y deberá tapar el cérvix.
4. Siempre hay que asegurarse que el cérvix queda cubierto por el diafragma.
5. Dejar insertado el diafragma hasta al menos 6 horas después del último coito. Si se tiene un nuevo coito durante estas 6 horas, insertar un aplicador relleno de espermicida, pero no retirar el diafragma
6. Retirar el diafragma en cualquier momento pasadas estas 6 horas, lavarlo con agua y jabón, secarlo y guardarlo. Puede reutilizarse colocando de nuevo espermicida o almacenarlo hasta que se necesite de nuevo
7. Evitar dejar el diafragma colocado más de 24 horas, pero recordar que 6 horas es el período mínimo requerido.
8. No utilizar talco, polvos perfumados o cualquier producto derivado del petróleo con el diafragma
9. Si experimenta signos de alerta de posible TSS mientras utiliza el diafragma contacte con un profesional. Los signos de alerta son: fiebre, diarrea o vómitos, dolores musculares, rash cutáneo.
10. El diafragma deberá ser reevaluado después del parto, o cuando se cambien el peso corporal en más de un 10%

En conjunto, el diafragma es un método anticonceptivo muy seguro. El TSS es su problema potencial más grave, pero es muy raro. Un puñado de casos de TSS, sin embargo, han sido publicados por haber dejado colocado el diafragma durante un tiempo prolongado. Estos casos no aparecieron durante la menstruación como es común en el TSS. Cualquier mujer que experimente signos de alerta de TSS deberá ser rápidamente estudiada, lo que incluye retirada del diafragma, cultivos vaginales para estafilococo aureus e indicación de tratamiento antibiótico.

Efectos secundarios

1. Cistitis recurrente
 - Deberá reevaluarse el tamaño del diafragma
 - Si el tamaño no es el problema, deberá aconsejarse a la mujer que orine antes y después del coito
 - En algunos casos puede darse tratamiento profiláctico para después del coito (nitrofurantoína y trimetoprin-sulfametosazol).
2. Reacciones alérgicas al látex o al espermicida. Si la reacción es al espermicida se puede intentar con otra marca. De hecho puede tratarse de una reacción al perfume u otros aditivos
3. Irritación por el espermicida
4. Flujo vaginal maloliente cuando se deja insertado el diafragma demasiado tiempo
5. Candidiasis recurrente si el diafragma no se lava bien y se seca después del uso
6. Incomodidad pélvica por presión del borde
7. Incomodidad de la mujer o su compañero. Se puede manifestar de varias formas. Tiene que haber cierto nivel de comodidad en la relación para el uso de métodos de barrera. Además, algunas mujeres pueden presentar incomodidad física con el uso del diafragma. Si es demasiado pequeño el compañero puede notar que se mueve en la vagina durante el coito.

Algunos estudios han demostrado que las usuarias del diafragma desarrollan infecciones del tracto urinario con una frecuencia dos o tres veces superior a la de las no usuarias. Sin embargo no se sabe muy bien cuál es la causa. Los juegos

preliminares y el coito pueden introducir la bacteria E. Coli en la vagina. El espermicida y probablemente el diafragma mismo ayudan a la colonización uretral por E. Coli. Algunas prácticas pueden solventar el problema de las infecciones del tracto urinario. Orinar inmediatamente antes y después del coito puede ofrecer alguna protección, así como también mantener insertado el diafragma durante menos tiempo.

Cambiar al capuchón cervical puede ser una buena opción porque permite que las mujeres sigan disfrutando de casi las mismas ventajas que con él.

Anexo VIII: Capuchón cervical¹⁰

Los modernos capuchones están fabricados en caucho y en España nunca ha estado disponible.

Características del capuchón

El capuchón cervical se ajusta al cérvix por succión, proporcionando una barrera mecánica parcial contra el espermatozoide. Además, el capuchón empuja el espermicida hacia el orificio cervical y el espermatozoide que circunda el capuchón es alcanzado e inmovilizado por el mismo.

A consecuencia del riesgo de síndrome de shock tóxico durante las menstruaciones y del desalojamiento parcial del mismo por la sangre menstrual, el capuchón no debe utilizarse durante ellas, pudiéndose cambiar al diafragma en esos días.

Solo entre el 50 al 60 % de las mujeres pueden ajustarse un capuchón cervical.

Condiciones de uso

- Para poder acomodarse uno de los capuchones disponibles, el cérvix de la mujer debe hacer protrusión en la vagina al menos 1.5 cm y deberá tener entre 1 y 2.5 cm de ancho
- El tamaño adecuado del capuchón puede comprobarse utilizando la impresión del cérvix en materiales utilizados para las impresiones dentales, pero solo algunos profesionales ofrecen esta opción
- El tiempo óptimo que los diafragmas y capuchones deben permanecer insertados no ha sido comprobado

En un amplio ensayo clínico, la tasa de embarazo fue sustancialmente más elevada entre las mujeres paras que entre las nulíparas tanto para el uso perfecto como para el típico. El diafragma y el capuchón cervical no puede ser utilizado hasta seis semanas después de un parto (bien sea vaginal o por cesárea) o un aborto del segundo trimestre hasta que la cicatrización se haya completado. Reajustar el dispositivo entonces puede ser necesario (algo que no se requiere después de un aborto del primer trimestre).

Contraindicaciones y factores de riesgo

Los mismos que para el diafragma, con las siguientes excepciones:

- Está contraindicado en mujeres en las que en la citología hay evidencia de infección por VPH, neoplasia cervical intraepitelial o displasia cervical
- No deberá iniciarse su uso si la mujer tiene una EPI aguda, una cervicitis aguda, una infección vaginal o se ha realizado una biopsia cervical o criocoagulación 6-12 semanas antes
- El capuchón no deberá utilizarse durante las 6 primeras semanas del postparto, cuando hay sangrado vaginal después de un aborto espontáneo o provocado, o durante las menstruaciones

Cómo determinar el tamaño correcto y ajustarlo

- ▶ A consecuencia de las variaciones anatómicas y del limitado número de tamaños disponibles, no es posible ajustar cada capuchón a cualquier mujer de forma satisfactoria. Solo un 50% de las mujeres podrían utilizarlo satisfactoriamente
 - El capuchón debe ajustarse perfectamente al cérvix y permanecer allí por succión.
 - La cúpula del capuchón deberá tener la profundidad suficiente como para que este no descanse sobre el cérvix.
 - El capuchón no deberá desplazarse fácilmente con la punta del dedo.
 - El capuchón deberá comprobarse con cuidado para verificar que no se ha desplazado durante el coito.

Instrucciones de uso

- ▶ Las mismas que para el diafragma, con las siguientes excepciones:
 - No es imprescindible el uso de un espermicida. Si se utiliza deberá rellenarse con él un tercio de la cúpula. Utilizando espermicida puede prolongarse el tiempo de uso
 - El capuchón deberá dejarse insertado al menos hasta transcurridas 6 horas del coito pero puede permanecer insertado hasta 36 horas

Anexo IX: Espermicidas y esponjas¹¹

Los espermicidas y las esponjas vaginales no funcionan tan bien en la prevención del embarazo como algunas otras formas de anticonceptivos. Sin embargo, el uso de un espermicida o la esponja es mucho mejor en la prevención del embarazo que no utilizar ningún anticonceptivo en absoluto.

Espermicidas

Los espermicidas son químicos que impiden la movilización de los espermatozoides. Se presentan como geles, espumas, cremas u óvulos que se introducen en la vagina antes de la relación sexual. Se pueden comprar en la mayoría de farmacias:

La eficacia de los espermicidas es baja. Se producen unos 15 embarazos por cada 100 mujeres que usan correctamente solo este método durante 1 año.

Si los espermicidas no se utilizan correctamente, el riesgo de embarazo es de más de 25 por cada 100 mujeres cada año.

El uso de espermicidas junto con otros métodos, como el preservativo masculino o femenino o el diafragma, reducirá aun más la posibilidad de un embarazo.

Sin embargo, incluso usando un espermicida solo, la posibilidad de producirse un embarazo es mucho menor que si no emplea ningún método anticonceptivo.

Instrucciones de uso:

- Usando los dedos de la mano o un aplicador, coloque el espermicida dentro de la vagina 10 minutos antes de tener relaciones sexuales. Su efecto debe continuar durante aproximadamente 60 minutos.
- Será necesario introducir más espermicida cada vez que tenga relaciones sexuales.
- No se duche durante al menos 6 horas después de la relación sexual. (Las duchas vaginales nunca son recomendadas ya que pueden causar infecciones).

Los espermicidas no reducen la probabilidad de una infección y pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH. Los riesgos abarcan irritación y reacciones alérgicas.

Esponja vaginal

Las esponjas anticonceptivas vaginales son esponjas suaves cubiertas con un espermicida. Una esponja se puede introducir en la vagina hasta 24 horas antes de la relación sexual.

Instrucciones de uso:

1. Siga las instrucciones específicas que vienen con el producto.
2. Deslice la esponja lo más atrás posible dentro de la vagina y colóquela sobre el cuello uterino. Asegúrese de que la esponja cubra todo el cuello uterino.

¹¹Esponja vaginal y los espermicidas: MedlinePlus enciclopedia médica. En <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004003.htm>

3. Después de la relación sexual, deje la esponja en la vagina durante 6 a 8 horas. No use la esponja si:
 - Está teniendo su periodo menstrual o sangrado vaginal.
 - Tiene alergia a las sulfamidas, al poliuretano o a los espermicidas.
 - Tiene una infección en la vagina, el cuello uterino o el útero.
 - Tuvo un aborto provocado, un aborto espontáneo o dio a luz.

Eficacia de la esponja anticonceptiva

- Se presentan aproximadamente de 9 a 12 embarazos por cada 100 mujeres que usan esponjas correctamente durante un año. Las esponjas son más eficaces en las mujeres que nunca han dado a luz.
- Si las esponjas no se utilizan correctamente, el riesgo de embarazo es de 20 a 25 por cada 100 mujeres cada año.
- El uso de esponjas junto con preservativos masculinos reducirá aun más la posibilidad de embarazo.
- Incluso utilizando una esponja sola, usted aun tiene mucha menos probabilidad de quedar embarazada que si no empleara ningún anticonceptivo en absoluto.

Efectos secundarios:

- Irritación vaginal
- Reacción alérgica
- Dificultad para retirar la esponja
- Síndrome de shock tóxico (en raras ocasiones)

Anexo X: Métodos naturales¹²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), «el término planificación natural de la familia (PNF) se utiliza para describir métodos de planificación o prevención del embarazo basados en la observación de signos y síntomas naturales de las fases fecunda e infecunda del ciclo menstrual. Las personas que utilizan la PNF para evitar o aplazar el embarazo se abstienen de practicar el coito en días potencialmente fecundos»

Eficacia

Entre los métodos que dependen del usuario (toma diaria de la píldora, colocación del condón, elaboración del gráfico...), influyen muchos factores en la eficacia anticonceptiva. El principal es la motivación: si una pareja no quiere tener más hijos aplicará las normas del método de manera estricta, mientras que una que desea aplazar el próximo nacimiento tiene más tendencia a «olvidar» las normas. Otro aspecto importante para el éxito de un método es que «guste» o que «sus inconvenientes sean mejor aceptados que los de las demás alternativas anticonceptivas». En otras palabras, que se trate de una «elección informada» que facilitará «la continuidad en el uso».

En realidad, lo que se mide es la tasa de fallos, o sea la tasa de embarazos; de esta manera, más que anunciar una eficacia del 99% se habla de una tasa de fallo del 1%.

Métodos anticonceptivos naturales

Los distintos métodos anticonceptivos naturales actuales se basan en el conocimiento de la duración de los ciclos y la utilización de diferentes síntomas de la fase periovulatoria del ciclo menstrual, como la evolución del moco cervical y el aumento de la temperatura basal. Estos métodos pueden emplearse de forma aislada o combinada. El método natural más demandado actualmente, el sintotérmico, es el que combina más parámetros, ofrece la mayor eficacia y precisa mejor la fase fértil.

Métodos naturales basados en un parámetro

Temperatura basal

El folículo transformado en cuerpo amarillo o lúteo tras la ovulación segrega la progesterona. Esta hormona desencadena un aumento de la temperatura basal que oscila entre 0,2 y 0,5 °C. Este ligero y sostenido aumento permite diagnosticar a posteriori la ovulación y, en consecuencia, la fase infértil del ciclo. De forma natural, la inhibición de la ovulación es debida a la progesterona. En los anovulatorios hormonales, ésta es sustituida por progestágenos y muchos de éstos elevan la temperatura basal.

La temperatura es un dato objetivo que permite prever la fecha de la siguiente menstruación, porque el intervalo entre ovulación y siguiente menstruación es constante.

¹²Soler F. Asesoramiento/educación sanitaria a la mujer. Métodos anticonceptivos naturales (II). Matronas Profesión 2005; 6(3): 5-13.

El desnivel es tan pequeño que deben anotarse todos los acontecimientos que podrían influir en ella (cambio de termómetro, de horario –por lo menos una hora–, trasnochar, alcohol, resfriado...). La medición se recomienda por vía rectal o vaginal (nunca axilar). La vía oral es menos precisa. Se toma por la mañana al despertarse, a partir del quinto día del ciclo. Las mujeres que trabajan de noche miden su temperatura después de su mayor descanso.

Días infértiles con la temperatura según la OMS

La OMS, en 1982, seleccionó para su material de enseñanza de los métodos naturales la línea básica que cubre todas las temperaturas bajas sin alteración; el mínimo requerido para un primer gráfico son seis temperaturas bajas. La infertilidad empieza cuando hay tres temperaturas consecutivas que superen la línea básica.

En la figura 1 del material de la OMS se puede observar que el requerimiento de un mínimo de seis puntos de temperatura para trazar la línea básica se cumple, ya que hay ocho puntos sin alteración. La columna azul oscuro señala los días infecundos de este ciclo (del día 18 al 29).

Para una mujer experimentada en realizar sus gráficos de temperatura basal pueden ser suficientes unos cuatro puntos de temperatura baja, porque conoce el promedio de sus niveles bajo y alto. En el ejemplo de la figura 2, cuya plantilla se diseñó para que lo pudieran utilizar mujeres analfabetas, el nivel bajo oscila hacia los 36,6 °C, y en el alto es igual o superior a 36,8 °C, siempre que no cambie de termómetro, así que reduce las mediciones a la fase periovulatoria hasta determinar los tres días altos. La infertilidad empieza el día 14 hasta el 23 en que termina este ciclo corto.

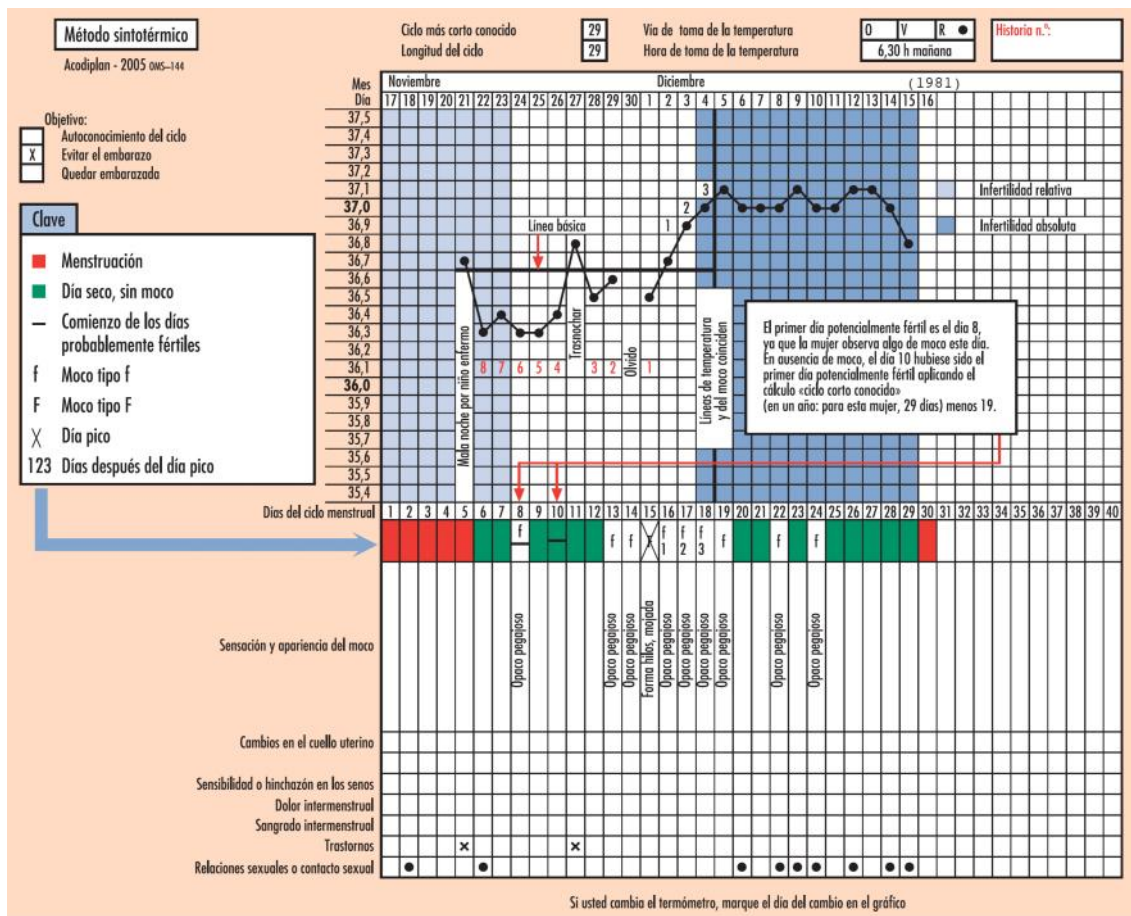


Figura 1. Gráfico sintotérmico de la OMS aplicado para evitar la concepción. Reúne los datos del ciclo menstrual más corto conocido en el último año, la observación del moco cervical y de la temperatura basal. Este conjunto determina la fase relativamente infértil (del día 1 al 7), fértil (del día 8 al 17) y la infecunda (del 18 al 29) de este ciclo. Fuente: OMS. Educación en fertilidad familiar. Materiales para la enseñanza sobre métodos naturales de planificación familiar, dirigidos a educadores. 1982. Ginebra: OMS & Blithe Centre for Health and Medical Education, pág. 308

Hace más de cincuenta años que «el método de la temperatura se clasificó entre los más eficaces», con una tasa de fallo inferior al 0,1%. Actualmente, se propone combinarla con otros síntomas.

Lo aplican parejas en que la mujer no puede exponerse a la mínima posibilidad de embarazo. En este método no debe haber coitos vaginales desde el inicio de la regla hasta el tercer día de temperatura elevada.

Moco cervical

Durante la fase preovulatoria, el nivel de estrógenos aumenta y desencadena la secreción del moco cervical por parte de las criptas endocervicales. A la mujer que quiera observar su moco de cara al espaciamiento de los nacimientos, le basta aprender a distinguir y anotar por la noche las sensaciones que el moco le produce en la vagina y la vulva, y observar éste con sus dedos o recogerlo con papel higiénico pasado sobre la vulva después de cada micción. Cuando el mismo día hay distintos mocos, se anota sólo el más fértil. Cuenta más la sensación que el aspecto o cantidad. Para evitar interferencias del semen sobre el moco se recomienda un primer ciclo sin relaciones sexuales.

Se recomienda la nomenclatura de la OMS, que distingue entre el moco poco fértil (f) (sensación: humedad; aspecto: pastoso, amarillento, blanco, pegajoso) y el muy fértil (F) (sensación: resbaladiza, lubricante, mojada; aspecto: elástico, transparente). Los tipos de moco cervical son individuales. Los días de menstruación se señalan en rojo. A continuación, suele haber «días secos» (sin moco cervical, ni menstruación) que se codifican en verde (figura 1). Luego aparece la «evolución del moco» que pasa de pastoso y cremoso a blanco o transparente, fluido, elástico –se estira sin romperse más de 2,5 cm– y las sensaciones cambian desde humedad hasta mojada o lubricada para volver a los días secos.

El día pico es el último día de moco F; por tanto, siempre se determina a posteriori. Cabe remarcar que no se trata del día en que se observa la máxima cantidad de moco, ni del día en que éste presenta más características de fertilidad.

En su estudio, la OMS observó que, después de explicar la relación del moco con la fertilidad, el 93% de las mujeres identificaban un moco en la fase ovulatoria del ciclo siguiente.

Días infértiles con el método del moco cervical (OMS)

Los primeros cinco días de menstruación, a menos que aparezca moco.

La noche de días secos alternos (una noche sí y la siguiente no) antes del día pico, porque la expulsión del semen por vagina al día siguiente podría enmascarar el inicio del moco.

¿Por qué se menciona la noche para las relaciones sexuales y no el día? Porque la observación del moco se hace en las horas diurnas en la mayoría de las mujeres, mientras que, de noche, el moco podría empezar sin que la mujer se diera cuenta al

estar dormida. Todos los días, comenzando en la mañana del cuarto día después del día pico, incluyendo los días de moco tipo f (figuras 1 y 3).

La OMS recomienda que, «si al final del segundo ciclo menstrual, la usuaria aún no es capaz de distinguir entre el moco de tipo F y el moco de tipo f, debe recomendársele que se tome la temperatura, porque le ayudará a identificar el fin de la fase fértil y el momento más probable del cambio en las características del moco» (de F a f).

Como ejemplos prácticos, la figura 3 de la OMS ilustra un primer intento de ovulación con evolución de moco hasta un día pico –el día 15 del ciclo– (intento fallido por atresia folicular), seguido de otra fase de moco con segundo día pico el día 24 del ciclo (un nuevo intento de ovulación, ésta vez con éxito). A. Baerwald, et al. hablan de «crecimientos de folículos por «olas» u «ondas»». Cuando una «onda» culmina en una ovulación, no habrá otra ovulación en aquel ciclo incluso si se observan otras ligeras ondas durante la fase postovulatoria. Corroboraron –y esta vez por ecografías a diario– que la fase postovulatoria es absolutamente infértil (infertilidad que la elevación de la temperatura diagnóstica).

La tasa teórica de fallo del método del moco es de 3,4% mujeres/año. Sin embargo, se puede constatar que las normas no son seguidas con regularidad, lo que dispara la tasa real de embarazo no planificado.

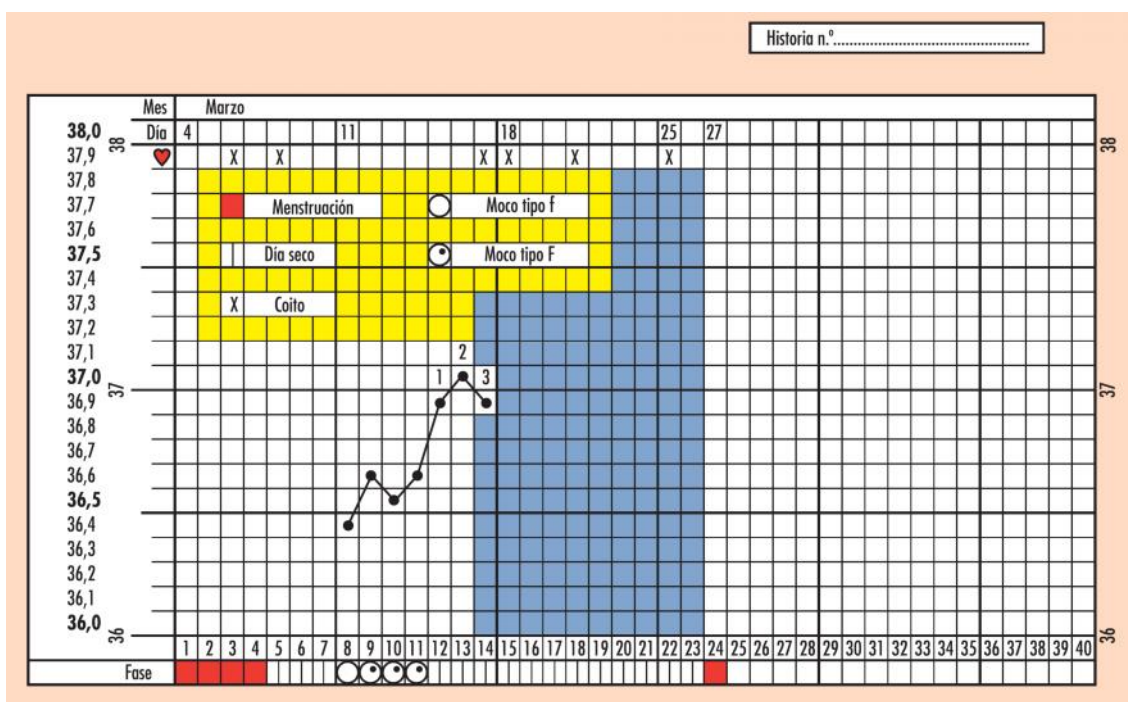


Figura 2. Gráfico sintotérmico para mujeres analfabetas. La escala de la izquierda amplía la del termómetro, lo que facilita su inscripción. Para el moco, utiliza la misma clave que los «slums» de Calcuta. Gráfico de una usuaria experimentada que limita sus anotaciones a la fase periovulatoria. Fase infecunda del día 14 a 23. A partir del siguiente ciclo, la fase relativamente infértil terminará el día 4 del ciclo. Fuente: Acodiplan Barcelona

Duración de los ciclos previos

Este apartado comprende el método Ogino/Knaus4; para referirse a éste se usan muchas expresiones como «del calendario», «del cálculo» o «del ritmo».

Los Dres. Ogino en Japón y Knaus en Austria descubrieron por separado, en 1923 y 1929, que la ovulación tenía lugar de 12 a 16 días antes de la siguiente menstruación,

y que el óvulo tenía una supervivencia inferior a las 24 h. Elaboraron cálculos para predecir la fase fértil del ciclo teniendo en cuenta tanto la supervivencia de los espermatozoides –a la que otorgaban 3 días– como el ciclo más corto y el más largo observados durante el año anterior por una mujer. Del ciclo más corto restaban 19 y del más largo.

En la última década, se han elaborado otros cálculos. El equipo de Lamprecht recomendó la abstinencia desde cinco días antes hasta cinco días después de «la mitad de la media de los últimos seis ciclos»; el de Burkhart, del día 9 al 19 (ambos inclusive) a las mujeres con ciclos regulares de 26 a 32 días. Mientras que el cálculo de Ogino acertaba la fase fértil en el 67,8% de los casos, estos dos últimos autores lo superan ligeramente hasta 72,9 y 76%, respectivamente. Para mujeres que tienen ciclos de 26 a 32 días, Arevalo, et al. han diseñado un «collar» de colores para marcar el ciclo y fomentar el uso de coitos protegidos desde el día 8 hasta el 19; además, precisan que hay que cambiar de método cuando se producen dos ciclos fuera de estos límites.

Más de la mitad de las mujeres tienen anualmente, por lo menos, un ciclo con una diferencia superior a una semana en relación con su ciclo más corto, por lo que no pueden basar su anticoncepción en los cálculos. En nuestro medio, se proponen métodos más efectivos que los cálculos. Sin embargo, silenciarlos en esta reseña hubiese sido imprudente, ya que muchas personas identifican el método Ogino con los anticonceptivos naturales.

Así que, vistos por separado, estos métodos tienen normas y eficacias distintas, y ya hace muchos años que varios investigadores han propuesto que se combinen los distintos síntomas.

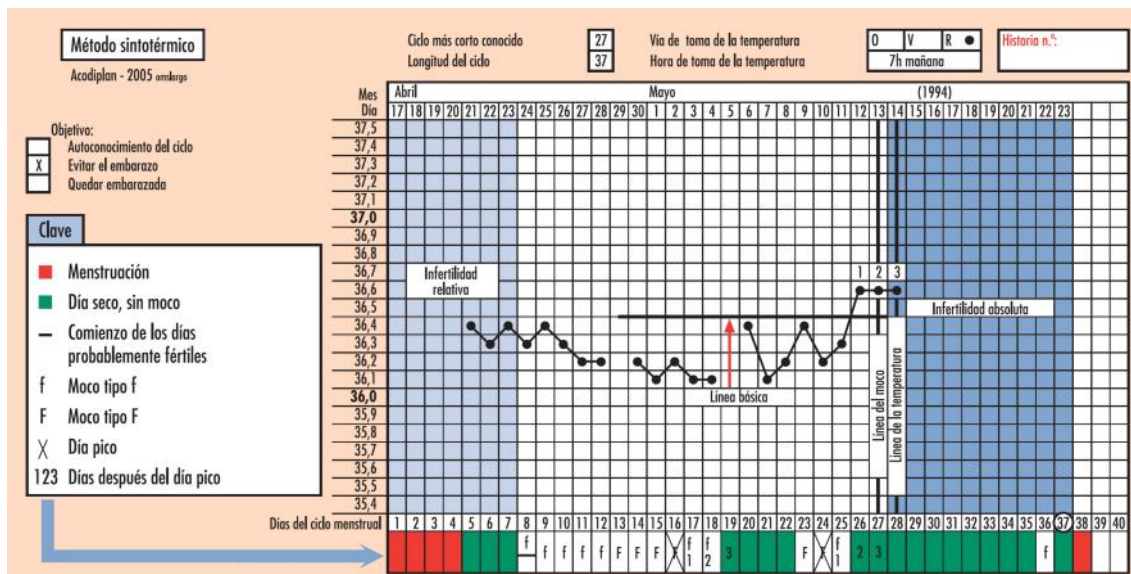


Figura 3. Gráfico sintotérmico (simplificado/abreviado) de la OMS aplicado para evitar la concepción de ciclo largo. Las dos fases de moco ilustran dos olas de maduración folicular. La elevación térmica diagnostica con seguridad la fase infecunda (del día 28 al 37) y avisa de la «retraso» de la próxima regla. El caso revela el interés de sumar las observaciones. Fuente: Acodiplan Granada

Métodos naturales basados en varios parámetros

Método ciclotérmico: la duración del ciclo más corto conocido y la temperatura basal

Combinar estos datos permite reducir los días potencialmente fértiles y aumentar la aceptabilidad. Existe un aparato bioself que combina estos parámetros. La tasa de fallo teórico del método ciclotérmico es del 0,5% mujeres-año.

Método mucotérmico: la temperatura y el moco cervical

En 1968, Marshall, que había publicado resultados de eficacia práctica de la temperatura sola y del método ciclotérmico, diseñó un estudio prospectivo de eficacia de una combinación de la observación del moco y de la temperatura. Para la fase preovulatoria, las relaciones se mantenían siguiendo las normas del método Billings (en noches alternas hasta el inicio del moco) y la abstinencia todos los días del moco fértil, y se reanudaban al tercer día de temperatura elevada. Se suspendió el estudio cuando las tasas de embarazo superaron las del método ciclotérmico. El Dr. Écochard encontró una tasa de fallo teórico del método mucotérmico del 1,1% mujeres/año.

Por todo lo anterior se fomenta el método sintotérmico o de múltiples índices que se expone a continuación.

Método sintotérmico (MST): duración del ciclo, moco y temperatura

Muchas veces, se propone también anotar la autopalpación cervical que puede detectar cuatro cambios (altura, resistencia, ángulo y abertura), el dolor intermenstrual, tensión mamaria premenstrual...

El método sintotérmico siempre utiliza un mínimo de dos parámetros.

Fin de la fase relativamente infértil preovulatoria:

1. Cálculo: se elige entre tres, según:
 - El ciclo más corto conocido: en 6 meses se le resta 21 o del año se le resta 20 (es una modificación del cálculo Ogino, aquél señala el inicio de la fase fértil y éste indica la víspera como fin de la fase relativamente infértil).
 - Los gráficos de un año: al primer día de temperatura alta más precoz se le resta 8 (se basa en que la ovulación suele producirse la víspera o dos días antes de la subida térmica y que los espermatozoides pueden sobrevivir hasta cinco días).
2. Moco: días secos

Si los parámetros del cálculo y del moco no coinciden, se escogerá el más precoz, es decir: si el cálculo anuncia el inicio de la fertilidad antes de que el moco aparezca, se considerará que la fertilidad empieza aunque perdure la sequedad; por el contrario, si el moco aparece en un día calculado como infértil, el moco señalará el inicio de la fase fértil.

Inicio de la fase postovulatoria absolutamente infértil:

1. Temperatura basal: El tercer día de temperatura alta.
2. Moco: Final del tercer día posterior al pico.

Si ambos parámetros no coinciden, se escogerá el más tardío. La primera fase del ciclo se llama «relativamente infértil», porque, en raras ocasiones, el cálculo y/o el moco avisan demasiado tarde del inicio de la fase de fertilidad combinada.

En la figura 1, el azul claro señala la fase relativamente infértil y sobre el mismo gráfico se expone cómo se detecta el inicio de la fase potencialmente fértil.

En azul oscuro se muestra la fase absolutamente infértil, que empieza la noche del día 18 por tener tres días de temperatura alta y haber manifestado –durante el día– el día pico tres días antes. El tercer día de temperatura elevada y el tercer día pospico se señalan con una línea negra vertical.

El método sintotérmico presenta unas tasas teóricas de embarazo de 0,2 a 0,4% y unas tasas prácticas en Europa inferiores a 3,4% (7, 21 a 28). Se debe hacer hincapié en la obtención de muy buenos resultados prácticos en países en vía de desarrollo. El mayor estudio prospectivo se realizó en los barrios pobres de Calcuta (India) en 1977-1978; los resultados se presentaron en el congreso de México. Las usuarias pasaron de 9.814 a 20.177 y eran 43.000 en 198230 y los índices de fallo fueron 0,29% en 1977 y 0,20% en 1978.

Las nuevas tecnologías y el autodiagnóstico de las distintas fases del ciclo

Desde 1970, año en que empezaron a realizarse las pruebas caseras en orina para detectar el embarazo gracias a la presencia de gonadotropina coriónica humana (HCG), han ido apareciendo otras pruebas para reconocer la fertilidad. Cuando se busca el embarazo, existen distintos reactivos para detectar el pico de hormona luteinizante (LH) que antecede en 24 a 48 horas a la ovulación. La tabla 2 reúne las nuevas tecnologías usadas para evitar la concepción. Freundl, et al. publicaron una amplia reseña para concluir que el método sintotérmico es más eficaz, además de más barato, que estas nuevas tecnologías.

Tabla 2. Nuevas tecnologías aplicadas al conocimiento de la fertilidad

<i>Bases</i>	<i>Nombres comerciales</i>
Memorización de las temperaturas y de los ciclos previos	Bioself 2000, Baby comp, Lady comp,
Minimicroscopio para observar la cristalización en forma de hojas de helecho del moco o de la saliva, fenómeno que se produce paralelamente al aumento del estradiol	PG/53, PC 2000, Donna, Maybe Baby, Cyclotest 2 Plus
Detección en orina del aumento de E3 G y del pico de LH. Requiere ciclos de 23 a 35 días	Persona

Anexo XI: Nomenclatura Bethesda.

Anomalías celulares epiteliales¹³

EN CÉLULAS ESCAMOSAS

- *Células escamosas atípicas (ASC)*
 - de significado indeterminado (ASC-US)
 - no puede excluirse H-SIL (ASC-H)
- *Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL)*, comprendiendo:
 - displasia leve/CIN 1
 - PVH
- *Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL)*, comprendiendo:
 - displasia moderada, severa y CIS/CIN 2 y 3
 - con características sugestivas de invasión (*si se sospecha invasión*)
- *Carcinoma epidermoide*

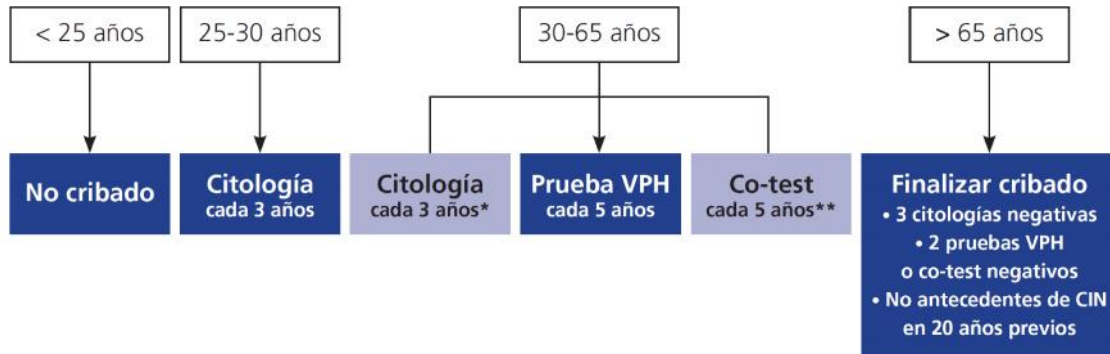
EN CÉLULAS GLANDULARES

- *Células glandulares atípicas (AGC)*
 - endocervicales (*NOS o especificar en comentarios*)
 - endometriales (*NOS o especificar en comentarios*)
 - glandulares (*NOS o especificar en comentarios*)
- *Células atípicas, sugestivas de neoplasia*
 - endocervicales
 - glandulares
- *Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)*
- *Adenocarcinoma*
 - endocervical
 - endometrial
 - extrauterino
 - no específico (*NOS*)

¹³ Lacruz Pelea, C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). Revista Española de Patología. 2003; Vol 36, n.º 1: 5-10

Anexo XII: Algoritmos de cribado de cérvix¹⁴

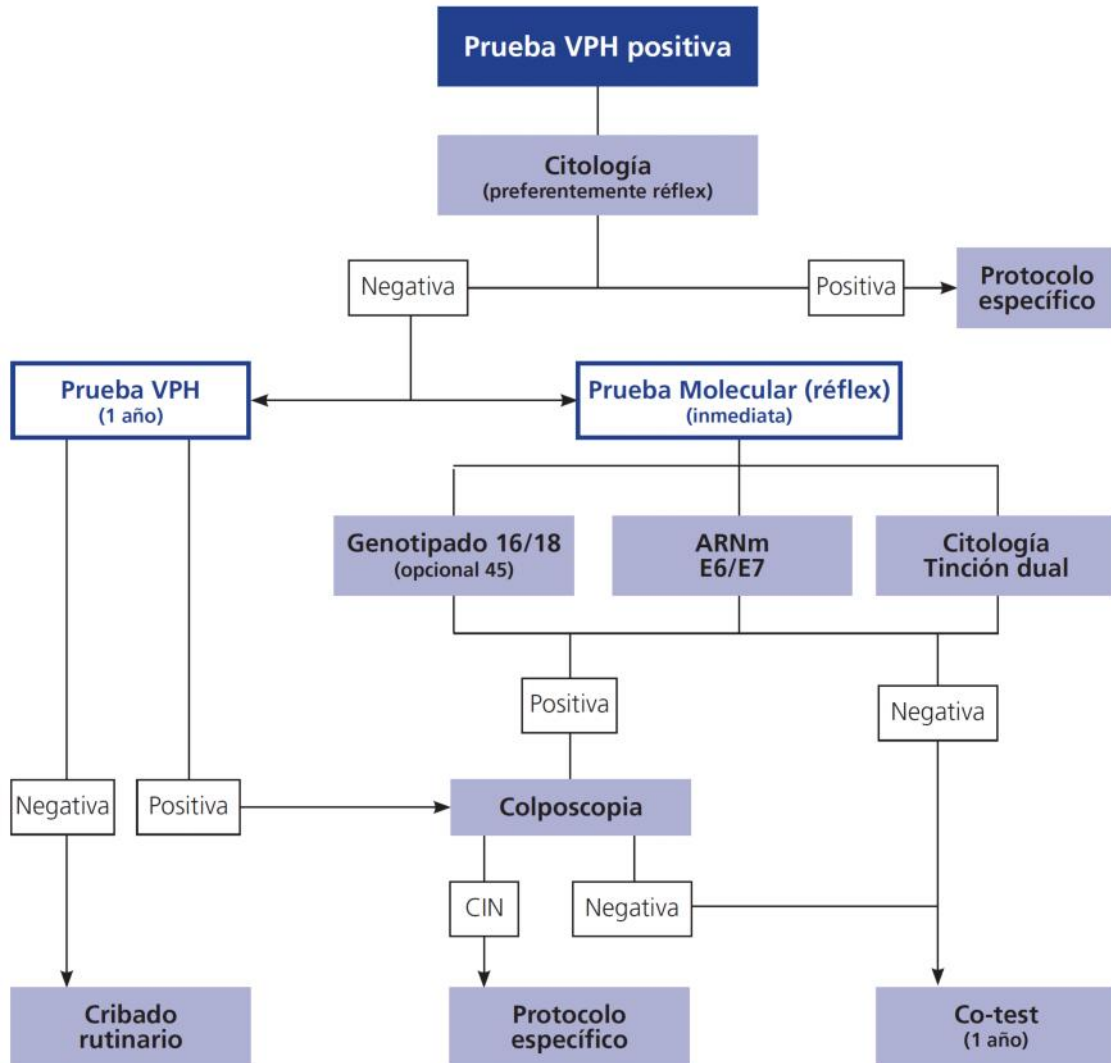
Recomendaciones de cribado

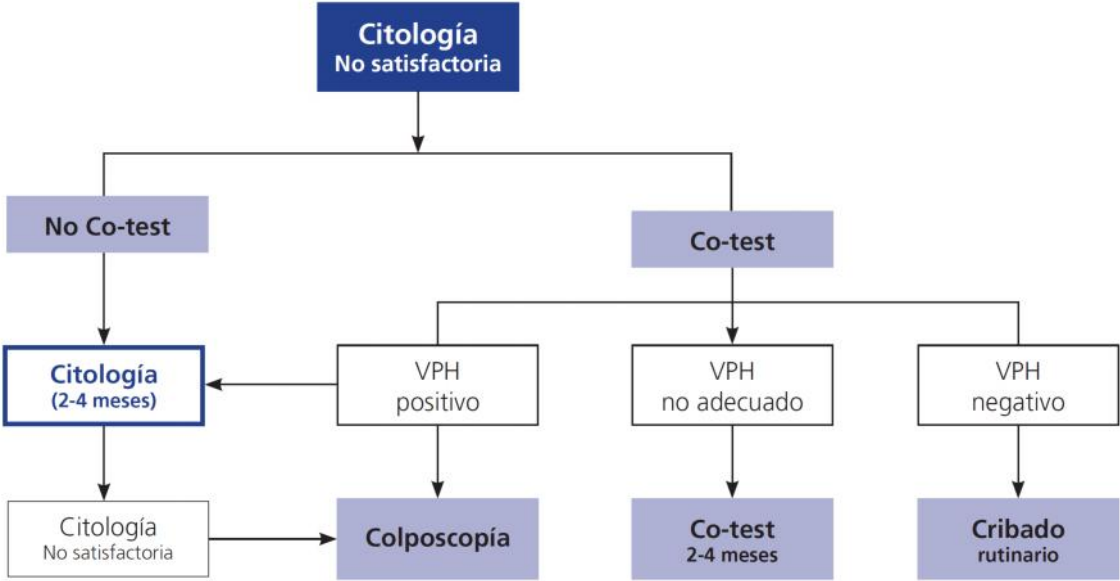


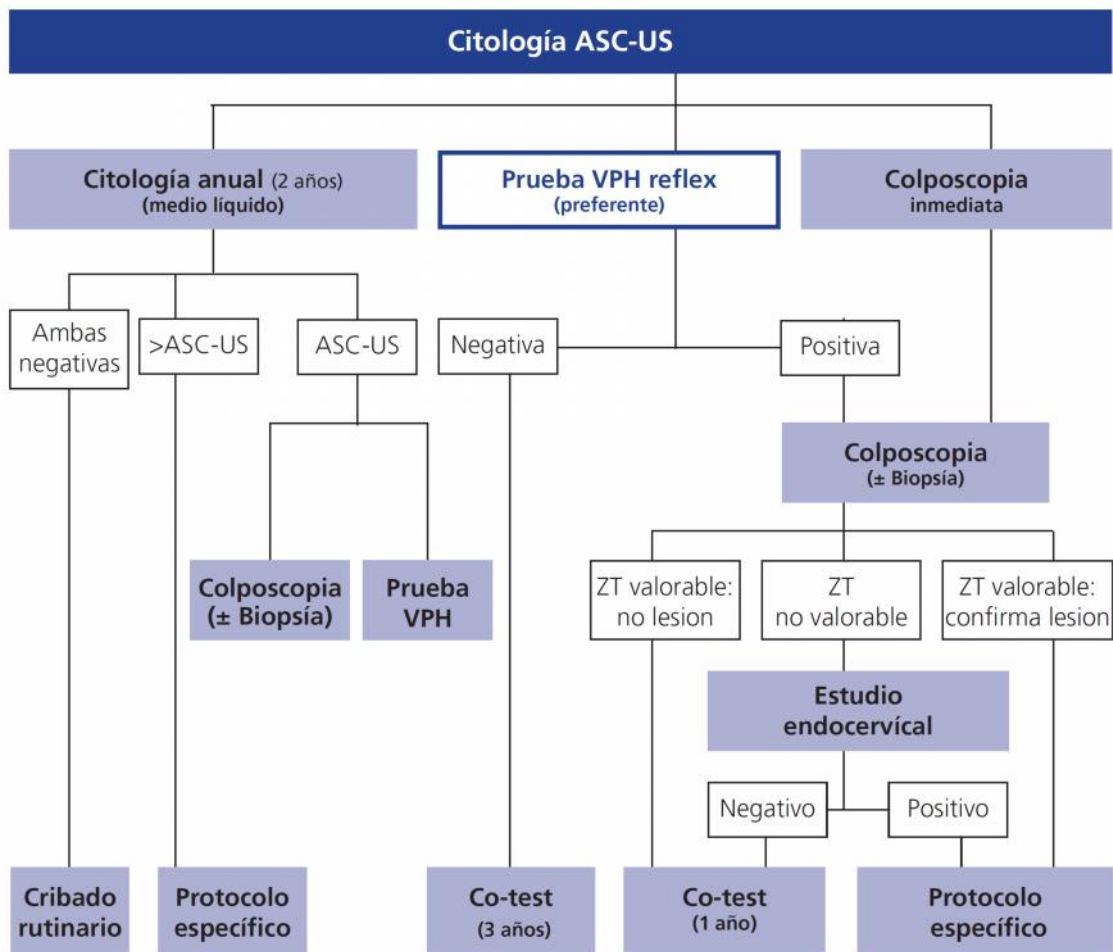
¹⁴ Oncología SEGO. Prevención del cáncer de cuello de útero. 2014.

Conducta ante resultados anormales de las pruebas de cribado

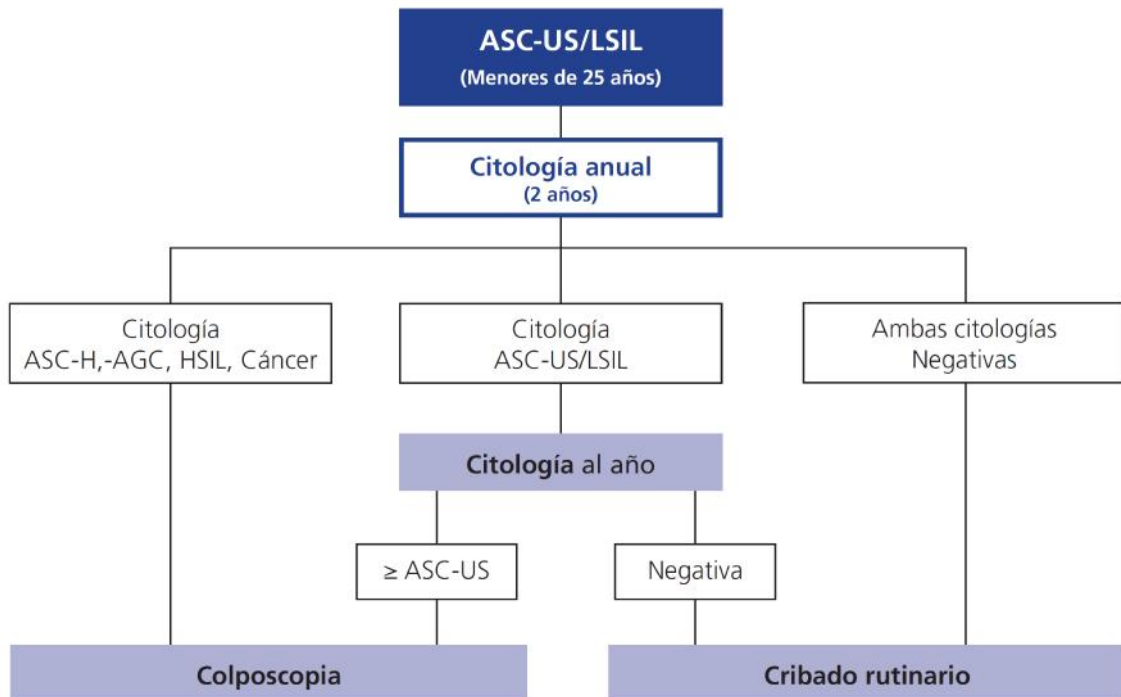
Citología negativa y prueba de VPH positiva

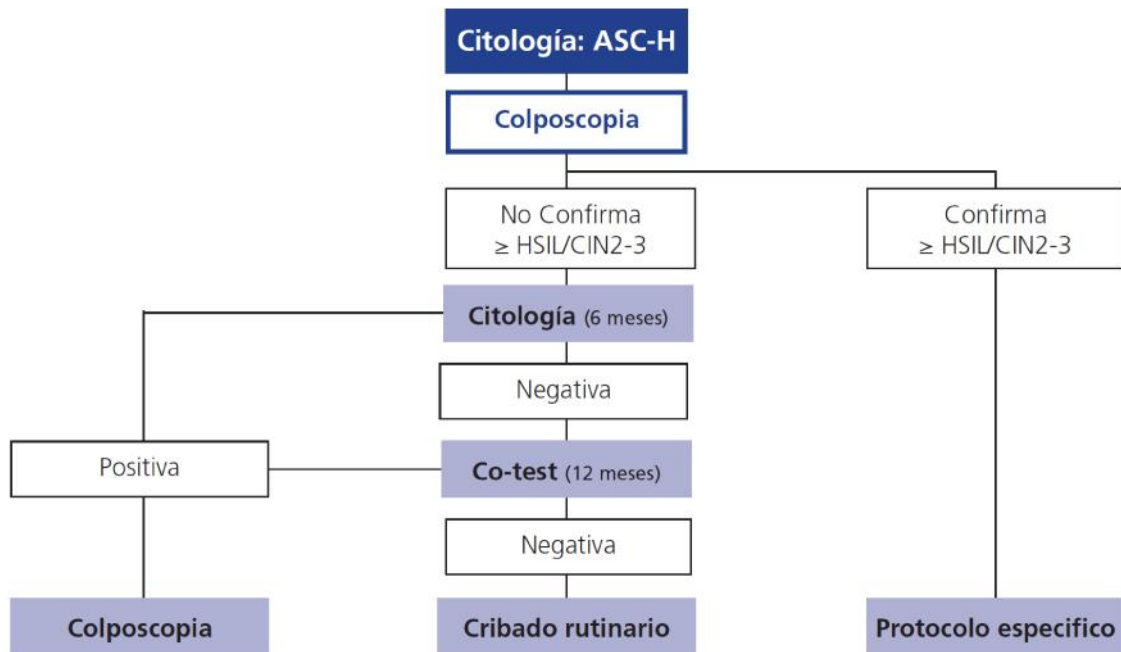


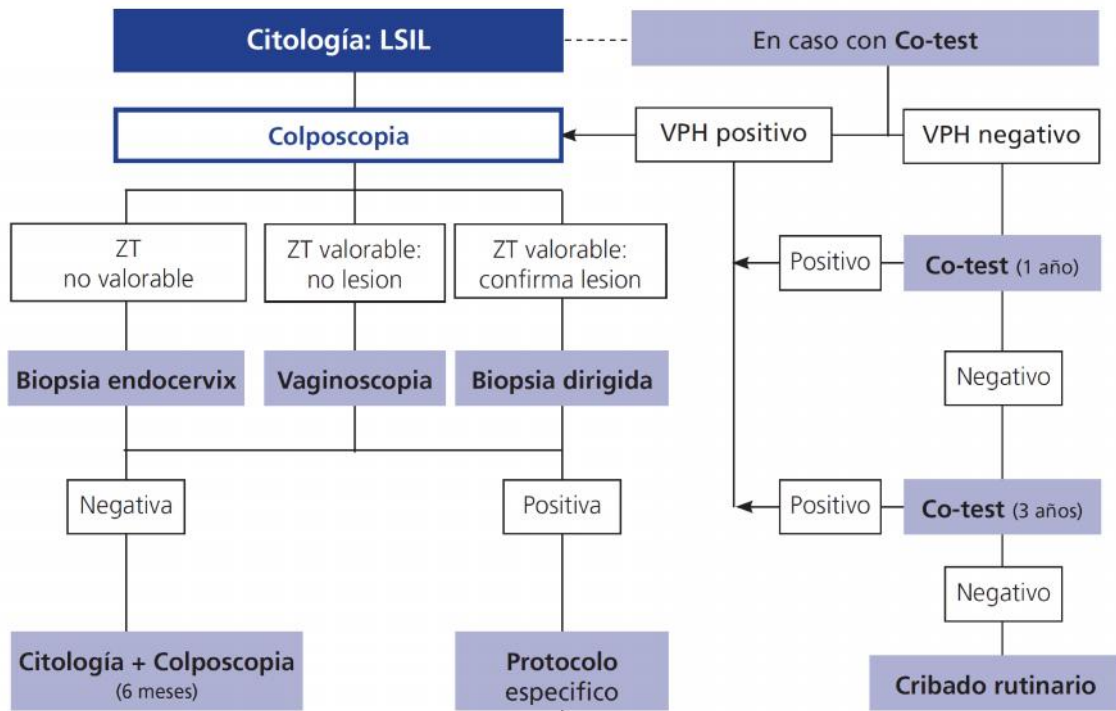




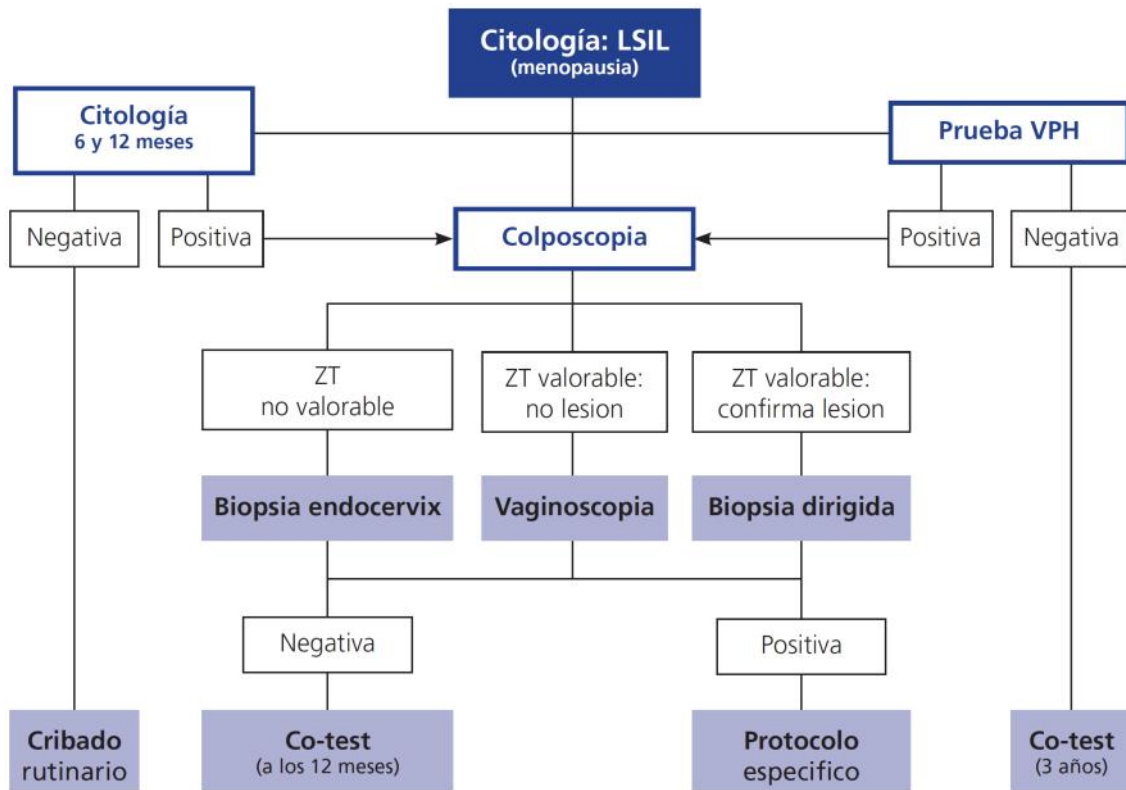
Citología ASC-US/LSIL en mujeres menores de 25 años

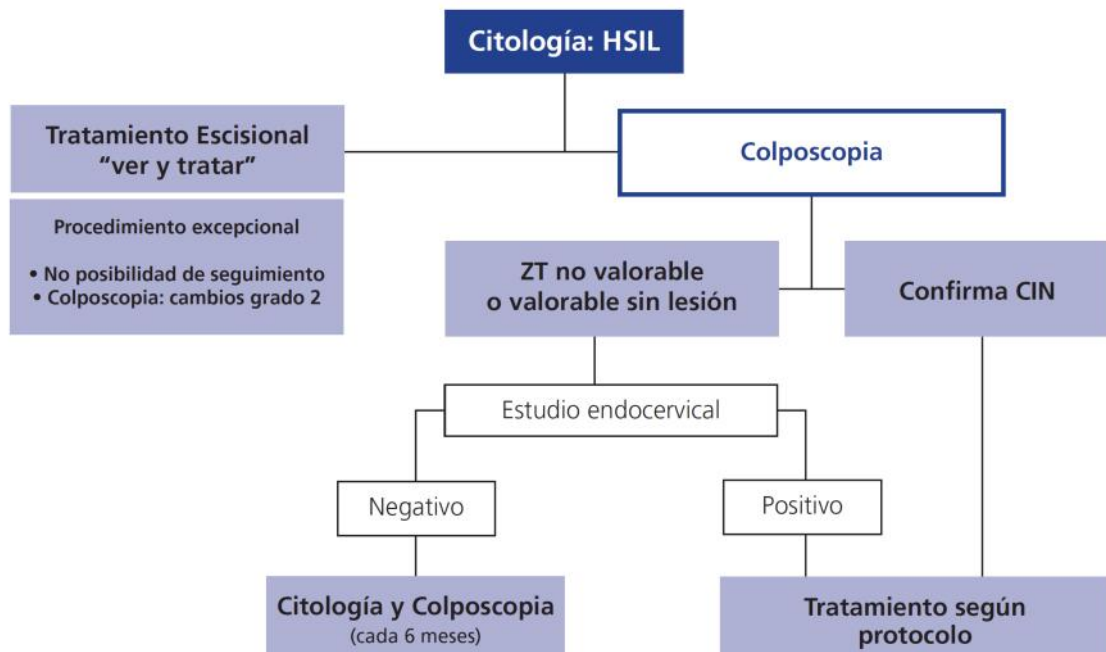




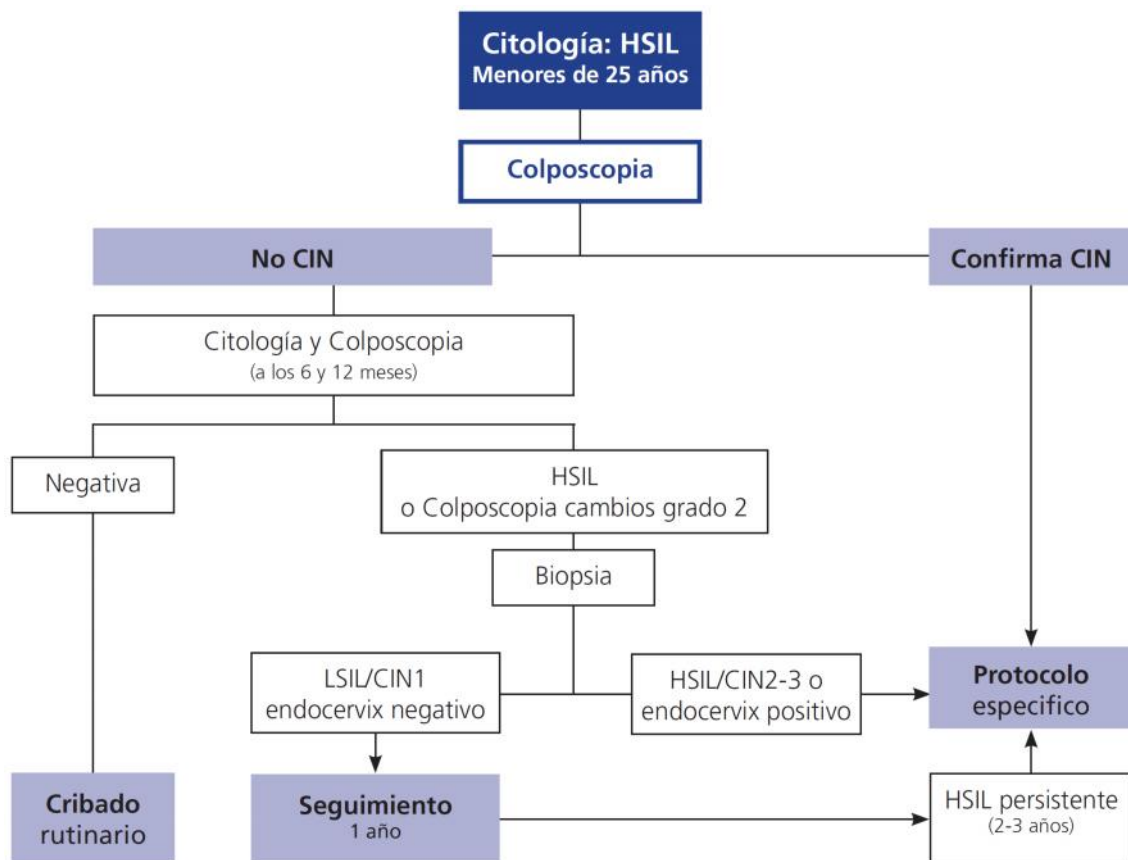


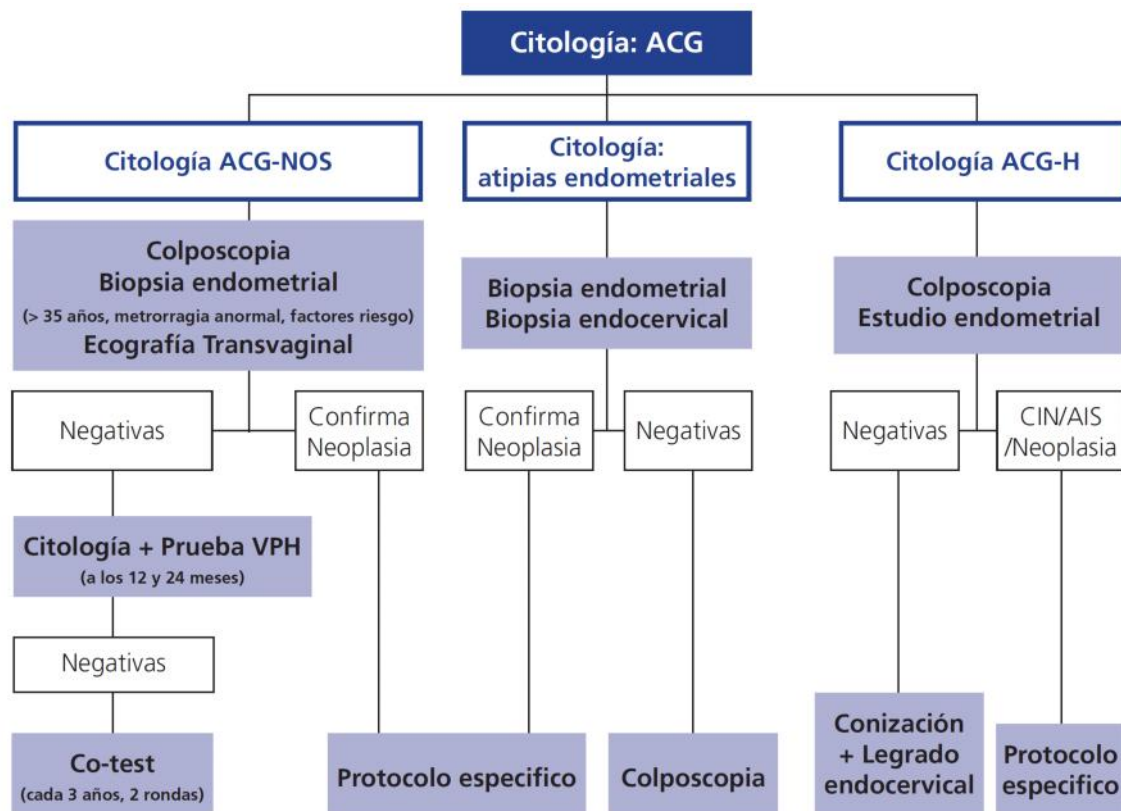
Citología LSIL en mujeres menopáusicas





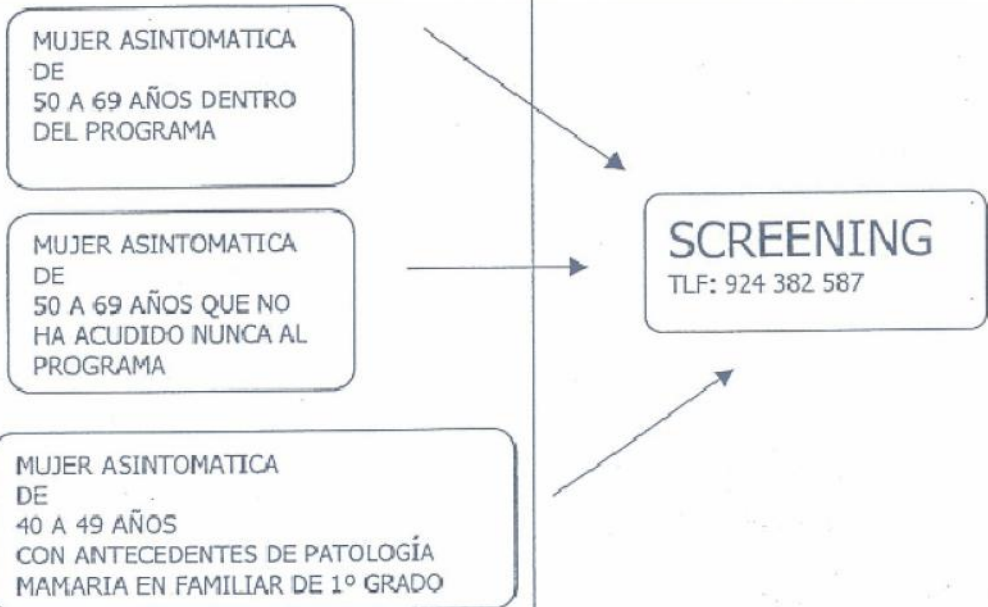
Citología HSIL en mujeres menores de 25 años





Anexo XIII: Protocolo de derivación para mamografías en el Área de Salud de Cáceres

* MAMA ASINTOMÁTICA



* MAMA SINTOMÁTICA (ECCEMA, DOLOR, TUMORACIÓN, SECRECIÓN, DEFORMIDAD, INFLAMACIÓN)



Anexo XIV: Procedimiento sanitario-asistencial establecido por el SES para la tramitación de la solicitud de IVE

MARCO LEGAL

- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (BOE N° 55 de 4 de marzo de 2010).
- Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (BOE N° 155 de 26 de junio de 2010).
- Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo (BOE N° 155 de 26 de junio de 2010).

CIRCUITO ASISTENCIAL ANTE UNA SOLICITUD DE IVE

En base a lo establecido en el Real Decreto 831/2010, en su artículo 2 (Competencias de gestión y organización de los servicios), serán los servicios públicos de salud en el ámbito de sus competencias que le son propias, quienes organizarán sus servicios de tal manera que se garantice la prestación sanitaria de la IVE en aquellos supuestos y con los requisitos necesarios que prevé la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo.

Es por ello, que desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS) del Servicio Extremeño de Salud (SES) se ha elaborado el presente documento con el objeto de establecer el correspondiente circuito asistencial para garantizar la prestación del servicio (IVE) a todas las mujeres que así lo soliciten y se ajusten a los requisitos previstos por la ley.

1. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO A PETICIÓN DE LA MUJER

Tal y como se recoge en el Artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, será siempre antes de las **14 semanas de gestación y a petición de la mujer.**

Procedimiento:

- La mujer con sospecha de embarazo e intención de interrumpir la gestación puede manifestar su deseo de IVE en cualquier centro del ámbito sanitario (Atención Primaria o Atención Especializada) o en cualquier otra institución de carácter no sanitario.
- Desde cualquiera de estos ámbitos o instituciones, la mujer será **siempre remitida al Centro de Orientación Familiar (COF)** de referencia del Área Sanitaria correspondiente.
- Cada Gerencia de Área deberá determinar y comunicar a la DGAS, **al menos un COF**, que será de referencia para su Área.

- Funciones de los COF de referencia en relación a la IVE:
 - Confirmar y datar la gestación.
 - Informar a las mujeres, tal y como recoge la Ley Orgánica 2/2010 en su Artículo 17, sobre:
 - Los distintos métodos de interrupción de embarazo.
 - Las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley.
 - Los centros públicos y privados a los que puede acudir.
 - Los trámites para acceder a la prestación.
 - **Entregar personalmente a la mujer**, según lo recogido en el punto 2 de la mencionada Ley, en su Artículo 17, y conforme a su desarrollo legislativo posterior, de:
 - Un **sobre cerrado** (con caracteres en rosa) que contiene información a cerca de:
 - Las ayudas públicas disponibles y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.
 - Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad.
 - Centros disponibles para recibir información sobre anticoncepción y sexo seguro.
 - Centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la IVE.
 - Documento acreditativo de la fecha de la entrega, el cual se encuentra adherido al sobre, que será rellenado, fechado y sellado.

Si una vez informada la mujer, tal y como se recoge en los puntos anteriores, y trascurridos los 3 días de reflexión fijados por esta ley, persiste en su decisión de interrumpir el embarazo, la trabajadora o trabajador social del COF (o en su defecto del Equipo de Atención Primaria correspondiente), remitirá **la solicitud de derivación (Anexo I) a la DGAS** del SES. Los datos de identificación de la mujer¹ que figuran en dicha solicitud serán objeto de codificación y separados de los datos de carácter clínico asistencial relacionados con la IVE.

En esta DGAS se procederá, siempre y cuando esta documentación se ajuste a ley (en caso contrario, se subsanará el defecto), a gestionar la citación y la derivación de la mujer al centro donde se le practicará la IVE.

La cita para la prestación será comunicada por el centro de destino a la DGAS, desde donde se informará de la misma a la trabajadora o trabajador social del COF. Será el COF quien contacte con la mujer y le comunique el centro, la fecha y la hora de la intervención.

¹ Se entenderá por datos de identificación: nombre, apellidos, domicilio, teléfono, e-mail, DNI o documento equivalente, o cualquier dato que revele su identidad física o genética

Información adicional para mujeres embarazadas de 16-17 años:

Para proceder a la tramitación de las solicitudes de IVE en estas mujeres, deben cumplirse los siguientes **requisitos**, según el Artículo 8 del Real Decreto 825/2010, de 25 de junio:

- La mujer de 16 o 17 años **prestará su consentimiento** acompañado de un **documento que acredite que su tutor/es legales han sido informados**. Este documento **será entregado personalmente por la mujer acompañada de su representante legal** al personal sanitario del COF.
- Cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un **conflicto familiar grave** o se produzca una situación de desarraigo o desamparo, **el médico/a deberá apreciar por escrito y con la firma de la mujer que las alegaciones de ésta son fundadas**, pudiendo solicitar en su caso informe a la Trabajadora o Trabajador Social del COF o al Equipo de Salud Mental correspondiente.

Toda esta documentación deberá quedar constancia en la historia clínica de la mujer en el COF.

2. INTERRUPCIÓN POR CAUSAS MÉDICAS

Tal y como se recoge en el Artículo 15 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concurren alguna de las circunstancias recogidas en la Ley y siguiendo el siguiente procedimiento.

Causas y Procedimiento:

La mujer embarazada que desee interrumpir su gestación por causas médicas, manifestará su deseo de IVE en el ámbito sanitario de Atención Especializada.

- A. Grave riesgo para la vida o salud de la embarazada (≤ 22 semanas de gestación).** Será necesario:
 - a. Un **dictamen** emitido por un **médico/a especialista** del SES debidamente identificado, donde se exprese la existencia del riesgo para la salud de la embarazada. En dicho dictamen deberá constar la edad gestacional.
 - b. Un informe ginecológico donde se date la gestación, en el caso en el que estos datos no se recojan en el dictamen anterior.
- B. Grave riesgo de anomalías en el feto (≤ 22 semanas de gestación).** Será necesario:
 - a. Un **dictamen** emitido por **dos médicos/as especialistas** del SES debidamente identificados, donde se exprese la existencia del riesgo de graves anomalías para el feto. En dicho dictamen deberá constar la edad gestacional.
 - b. Un informe ginecológico donde se date la gestación, en el caso en el que estos datos no se recojan en el dictamen anterior.

C. Cuando se detecten:

C.1. Anomalías fetales incompatibles con la vida.

Será necesario un **dictamen** emitido por un **médico/a especialista** del SES debidamente identificado, donde conste la existencia de anomalías fetales incompatibles con la vida.

C.2. Enfermedad extremadamente grave e incurable en el feto.

Será necesario un **dictamen** emitido por el Comité clínico correspondiente (designado por la Consejería de Sanidad y Dependencia) donde se confirme o no el diagnóstico de enfermedad extremadamente grave e incurable en el feto.

En cualquiera de los supuestos anteriores, recogidos y amparados por la Ley, el Servicio Hospitalario que emita el o los dictámenes correspondientes (según la/s circunstancias que concurren), enviará a la mujer junto con la **solicitud de derivación (Anexo II)** debidamente cumplimentada, al Servicio de Atención al Usuario del Centro. Desde aquí, la trabajador/a social:

1. Codificará la solicitud de derivación de forma alfanumérica: indicando en primer lugar el código del área (BA, CC, CO, DB, LL, ME, NV, PL) seguido del año con las cuatro cifras y el número de orden de solicitud. Ej: BA201001
2. Ocultará los datos de identificación de la mujer² en la solicitud de derivación (Anexo II), y en el dictamen o dictámenes emitidos por los médicos/as especialistas, sustituyéndolos en estos últimos por el código asignado a la solicitud.
3. Enviará la documentación: dictámenes y solicitud de derivación a la DGAS.

En la DGAS se procederá, siempre y cuando esta documentación se ajuste a ley (en caso contrario, se subsanará el defecto), a gestionar la citación y la derivación de la mujer al centro donde se le practicará la IVE.

La cita para la prestación será comunicada por el centro de destino a la DGAS, desde donde se informará de la misma al trabajador/a social del Servicio de Atención al Usuario. Será este servicio hospitalario el que contacte con la mujer y le comunique el centro, la fecha y la hora de la intervención.

Información a las gestantes:

En todos los supuestos por causas médicas el Servicio Hospitalario desde donde se emita el o los dictámenes correspondientes, deberá informar a la gestante sobre los métodos de interrupción y sus riesgos. Se le dará igualmente la documentación del consentimiento informado.

² Se entenderá por datos de identificación: nombre, apellidos, domicilio, teléfono, e-mail, DNI o documento equivalente, o cualquier dato que revele su identidad física o genética

En el supuesto de grave riesgo de anomalías para el feto, será labor de la trabajadora o trabajador social que tramita la solicitud de IVE, informar a la mujer de los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a la autonomía de las personas discapacitadas, así como, sobre la red de organizaciones de asistencia social a dichas personas. A la mujer le será entregada un sobre cerrado (con caracteres en verde) con la información sobre derechos, ayudas, beneficios y prestaciones públicas de apoyo a la autonomía de las personas con discapacidad y sobre redes y organizaciones sociales de asistencia a las mismas establecidas por la legislación del Estado y de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Comité clínico:

En el supuesto en que se sospeche enfermedad extremadamente grave e incurable en el feto, y la mujer manifieste su deseo de someterse a una IVE, será el Servicio de Ginecología que detecte la anomalía fetal el que eleve el caso al Comité clínico correspondiente por la vía que se determine para ello y en un plazo no superior a 24 horas.

Una vez valorado el caso, dicho Comité remitirá en un plazo no superior a 12 horas el dictamen al Servicio de Ginecología que lo solicitó, desde donde se iniciará la tramitación de la IVE.

Mérida, a 05 de julio de 2010

EL DIRECTOR DE ASISTENCIA SANITARIA DEL SES

Fdo.: Arturo Sánchez-Porro Parejo.



**DOCUMENTO DE SOLICITUD INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO (IVE), A
PETICIÓN DE LA MUJER (art. 14 Ley orgánica 2/2010)**

DATOS DE LA MUJER: Nombre y Apellidos _____ Edad _____ D.N.I _____ Fecha: _____

solicito acogerme a la Ley orgánica 2/2010 de SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA I.V.E..

DECLARO

Por propio y expreso deseo, que quiero someterme a una IVE .

_____ a _____ de _____ de _____

La mujer

Representante legal

FDO:.....
DNI:.....

FDO:.....
DNI:.....

** Este Documento no sustituye al de Consentimiento Informado por escrito recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en la Ley 3/2005 de 8 de julio de información sanitaria y autonomía del paciente; que se prestará ante el facultativo que vaya a realizar el procedimiento.*

ANEXO I

GARANTIA DE ACCESO A IVE A PETICIÓN DE LA MUJER

Sobre la base de lo establecido en los Artículos 12, 13 y 14 de la *LEY ORGÁNICA 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, los *Reales Decretos (825/2010 y 831/2010)* que la desarrollan y en las directrices dadas al respecto por el Servicio Extremeño de Salud, tras haber sido informada, la mujer:

CÓDIGO(a rellenar por la Trabajador/a Social) _____

EDAD⁽¹⁾: _____ años SEMANAS DE GESTACIÓN: _____ semanas

ha manifestado y consentido expresamente, el deseo de interrumpir voluntariamente su embarazo

FACULTATIVO, que certifica la edad gestacional:

NOMBRE Y APELLIDOS _____

CENTRO COF _____

ÁREA SANITARIA _____

Todo ello, a los efectos de que la Dirección General de Asistencia Sanitaria tramite canalización al centro que corresponda por considerar que se ajusta a lo establecido en la mencionada Ley.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firma y sello del facultativo/a:

⁽¹⁾ Para proceder a la tramitación de las solicitudes de IVE en mujeres menores de edad (16 y 17 años) (art. 13 de la Ley Orgánica 2/2010), la mujer prestará su consentimiento acompañado de un documento que, salvo excepciones fundamentadas que concurran, acredite que su tutor/es legales han sido informados. Este documento será entregado personalmente por la mujer acompañada de su representante legal al médico o médica que solicita la derivación.

ANEXO II

GARANTIA DE ACCESO A IVE POR CAUSAS MÉDICAS

Sobre la base de lo establecido en los Artículos 12, 13 y 15 de la *LEY ORGÁNICA 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, los *Reales Decretos (825/2010 y 831/2010)* que la desarrollan y en las directrices dadas al respecto por el Servicio Extremeño de Salud, la mujer:

DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA MUJER

NOMBRE Y APELLIDOS _____
NºHC _____

CÓDIGO: _____ (a rellenar por el Trabajador/a Social)
EDAD ⁽¹⁾ : _____ años
SEMANAS DE GESTACIÓN: _____ semanas

ha manifestado y consentido expresamente, el deseo de interrumpir voluntariamente su embarazo, por concurrir alguna de las circunstancias recogidas como causa médica, en la mencionada ley, y que a continuación se indican:

- Grave riesgo para la vida o salud de la embarazada ⁽²⁾
- Riesgo de graves anomalías en el feto ⁽³⁾
- Anomalías fetales incompatibles con la vida ⁽⁴⁾
- Enfermedad extremadamente grave e incurable en el feto ⁽⁵⁾

Según el dictamen médico del/de los:

FACULTATIVO/S

NOMBRE Y APELLIDOS _____	NOMBRE Y APELLIDOS _____
ESPECIALIDAD _____	ESPECIALIDAD _____
CENTRO HOSPITALARIO _____	CENTRO HOSPITALARIO _____
ÁREA SANITARIA _____	ÁREA SANITARIA _____

Todo ello, a los efectos de que la Dirección General de Asistencia Sanitaria tramite canalización al centro que corresponda por considerar que se ajusta a lo establecido en la mencionada Ley.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firma y sello del facultativo/a:

Firma y sello del facultativo/a:

⁽¹⁾ Para proceder a la tramitación de las solicitudes de IVE en mujeres menores de edad (16 y 17 años) (art. 13 de la Ley Orgánica 2/2010), la mujer prestará su consentimiento acompañado de un documento que, salvo excepciones fundamentadas que concurren, acredite que su tutor/es legales han sido informados. Este documento será entregado personalmente por la mujer acompañada de su representante legal al médico o médica que solicita la derivación.

⁽²⁾ Se adjuntará en este supuesto, un dictamen emitido por un médico/a especialista del SES debidamente identificado. No supera 22 semanas de gestación

⁽³⁾ Se adjuntará en este supuesto un dictamen emitido por dos médicos/as especialistas del SES debidamente identificados. No supera 22 semanas de gestación

⁽⁴⁾ Se adjuntará en este supuesto, un dictamen emitido por un médico/a especialista del SES debidamente identificado.

⁽⁵⁾ Se adjuntará en este supuesto un dictamen emitido por el Comité Clínico correspondiente.

Anexo XV: Infecciones de transmisión sexual. Cuadros¹⁵

Diferentes síntomas de presentación de enfermedades de transmisión sexual en hombres y mujeres

<p>URETRITIS Y/O DISURIA <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> Virus del herpes simple (HSV) Ureaplasma urealyticum <i>Trichomonas vaginalis</i> Posibles: <i>Cándida spp.</i>, <i>Mycoplasma hominis</i></p>	<p>EPIDIDIMITIS <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Trichomonas vaginalis</i></p> <hr/> <p>HEPATITIS Virus de la hepatitis Citomegalovirus (CMV)</p>
<p>VAGINITIS Y/O CERVICITIS <i>Cándida spp.</i> (vulva y vagina) <i>Trichomonas vaginalis</i> (vagina y cérvix) <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (cérvix) <i>Chlamydia trachomatis</i> (cérvix) Vaginosis bacteriana (vagina) Virus del herpes simple (HSV)</p>	<p>ARTRITIS <i>Neisseria gonorrhoeae</i> Virus de la hepatitis B (HBV)</p> <hr/> <p>PRURITO CORPORAL <i>Sarcoptes scabiei</i> (sarna) <i>Pediculus pubis</i> (ladillas)</p>
<p>ÚLCERAS GENITALES Virus del herpes simple <i>Treponema pallidum</i> (chancro sifilítico) <i>Haemophilus ducreyi</i> (chancroide) <i>Chlamydia trachomatis</i> (linfogramuloma venéreo) <i>Calymnatobacterium granulomatis</i> (granuloma inguinal)</p>	<p>SÍNDROME MONONUCLEAR Citomegalovirus (CMV) Virus de Epstein-Barr Virus de la hepatitis A y B <i>Chlamydia trachomatis</i> (linfogramuloma venéreo) Virus de inmunodeficiencia humana (HIV)</p>
<p>EXCRECENCIAS GENITALES Papilomavirus humano (HPV) (condiloma acuminado) Molluscum contagiosum <i>Treponema pallidum</i> (condiloma plano)</p>	<p>INFECCIONES FETALES Y PERINATALES <i>Treponema pallidum</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> Virus del herpes simple (HSV) Virus de la hepatitis B (HBV) Virus de inmunodeficiencia humana (HIV) Papilomavirus humano (HPV) Citomegalovirus (CMV) Vaginosis bacteriana</p>
<p>ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (microorganismos que ascienden del tracto genital bajo: <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Ureaplasma urealyticum</i>)</p>	
<p>ENTERITIS Y PROCTITIS <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Shigella</i> <i>Campilobacter fetus</i> <i>Entamoeba histolytica</i> <i>Giardia lamblia</i></p>	<p>NEOPLASIA Papilomavirus humano (HPV) (cérvix, vagina, vulva, ano, pene)</p>

¹⁵ Coll Capdevila, C y otros. Vulvovaginitis en la práctica clínica. MCS, Barcelona. 1998

Diagnóstico de las vulvovaginitis más comunes

	SÍNTOMAS	SECRECIÓN ANÓMALA			VULVA Y VAGINA	DIAGNÓSTICO DEL FLUJO VAGINAL		
		CANTIDAD Y COLOR	CONSISTENCIA	GANGLIOS		pH	KOH (reacción aminas)	Visión al microscopio (solución salina)
FLUJO NORMAL	No	Variable; claro o blanco	Flocular no homogéneo	Ausentes	Normales	≤ 4,5	No	Células epiteliales y predominio de lactobacilos
HONGOS	Prurito vulvar, dolor, secreción escasa o moderada, disuria, dispareunia	Escasa o moderada; blanco	Grumosa, pero variable	Ausentes	Eritema, edema, a veces pústulas en introito y vulva. Eritema vaginal	≤ 4,5	No	Leucocitos, células epiteliales y más de 80 % de esporas, micelas o pseudomicelas
VAGINOSIS BACTERIANA	Secreción moderada y maloliente	Moderada; blanco-grisáceo	Homogénea y adherente	Presentes	No inflamación	≥ 4,5	Posible	Células clave, pocos leucocitos, escasos lactobacilos frente a abundante flora mixta que incluye Gardnerella vaginalis y anaerobios
TRICHOMONAS VAGINALIS	Secreción profusa y molesta, picor y dispareunia	Profusa; amarillo-verdoso	Homogénea y espumosa	Presentes	Eritema e inflamación	≥ 5,0	Sí	Leucocitos, 80-90 % trichomonas móviles en mujeres con síntomas (menos en ausencia de síntomas)

Clasificación etiológica general de las ITS

Patógeno	Enfermedad	Clínica
BACTERIAS		
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Infecciones urogenitales por clamidia	Uretritis, epididimitis, cervicitis, bartolinitis, proctitis, faringitis, prostatitis, perihepatitis, salpingitis, otitis, conjuntivitis, artritis y síndrome de Reiter
	Linfogranuloma venéreo	Microchancro indoloro, adenopatía inguinal y síndrome anorrectal
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Blenorragia gonocócica	Uretritis purulenta, cervicitis, epididimitis, salpingitis, sepsis gonocócica, faringitis, conjuntivitis y perihepatitis
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis	Sífilis primaria, sífilis secundaria, sífilis latente y sífilis terciaria
<i>Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium y Ureaplasma urealyticum</i>	Infecciones uretrogenitales por <i>Mycoplasma</i>	Salpingitis, fiebre posparto, uretritis, cervicitis
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Chancro blando	Chancro exudativo no indurado y doloroso, adenopatía inguinal
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Infecciones genitales femeninas	Vaginitis
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	Granuloma inguinal (Donovanosis)	Úlceras no dolorosas exuberantes y granulomatosas, seudobubón
<i>Shigella, Salmonella y Campylobacter</i>		Enterocolitis (especialmente en homosexuales)
VIRUS		
<i>Herpes simple tipo 1 y 2</i>	Herpes genital primario y recurrente	Úlceras genitales dolorosas, vesículas cutáneas, meningoencefalitis, herpes neonatal
<i>Hepatitis</i>	Hepatitis aguda y crónica	Especialmente en homosexuales masculinos y promiscuos
<i>Papilomavirus humanos</i>	Condilomas acuminados	Verrugas genitales, papiloma laríngeo del recién nacido
<i>Poxviridae</i>	Molluscum contagiosum	Pápulas

Características diferenciales de las úlceras genitales más frecuentes

<i>Característica</i>	<i>Herpes genital</i>	<i>Sífilis</i>	<i>Chancroide</i>	<i>Linfogranuloma</i>	<i>Granuloma inguinal</i>
Incubación	Episodios previos 2-7 días	10-90 días (media de 21 días)	1-14 días (media de 3-5 días)	1-4 semanas (10-14 días) inadvertido	Desconocido (probablemente 1-12 semanas)
Lesión primaria	Múltiple (primoinfección más lesiones) Vesicular Dolorosa	Única (Pueden ser múltiples) Pápulas Dura Indolora	De 1 a 3 (pueden ser más) Pápula-pústula No indurada Dolorosa	Única o inaparente Pápula-vesícula No indurada Dolor variable	Única o múltiple Pápula Tejido cicatricial indurado No dolorosa
Aspecto	Pequeñas y agrupadas Superficial Secreción moderada y serosa	Oval, redonda Superficial Bordes elevados Lisa y brillante Secreción escasa y serosa	Irregular Rugosa, recortada Más profunda Secreción abundante y purulenta	Superficial No confluyente Secreción Variable	Irregular, limitada Superficie mamelonada y friable Bordes elevados Secreción moderada y serosa
Adenopatía inguinal	Bilateral 50% Dolorosa	Bilateral, unilateral o múltiple No dolorosa	Unilateral (66%) Dolorosa Fluctuante Supuración	Unilateral (66%) Motivo de consulta inicial Dolorosa Dura el inicio después fluctúa y supuración	Rara Extensión subcutánea del proceso ulceroso en forma de pseudobubón inguinal
Síntomas generales	Frecuentes en el primer brote	Raros	Raros	Frecuentes	Raros
Evolución	Recidiva	Latencia	Lesiones erosivas y cicatriciales	Lesión inicial cura sin cicatriz Síntomas generales persisten Fibrosis local y fístulas	Lesiones progresivas y lentamente destructivas Desfiguración Aspecto neoplásico
Otras características	Inmunodiagnóstico Aislamiento del virus Célula Tzanck Episodios previos	Campo oscuro Inmunofluorescencia Serología Contacto con sífilis	Frotis Cultivo Contacto zona endémica	Serología Contacto con zona endémica	Inclusiones intracitoplasmáticas Respuesta tetraciclinas Contacto con zona endémica

Tratamiento de elección y alternativo en algunas de las infecciones de transmisión sexual

Diagnóstico	Tratamiento	
	De elección	Alternativo
Neisseria gonorrhoeae		
Uretritis, cervicitis y proctitis	Ceftriaxona 250 mg (dosis única) i.m. + doxiciclina 100 mg/12 h/7 días p.o., o <i>Cefixima 400 mg, dosis única p.o.</i> ¹⁶ , o ciprofloxacino 750 mg/12 h/7 días p.o.	Ampicilina 3,5 g o amoxicilina 3g + probenecid 1 g (dosis única) + doxiciclina 100 mg/12 h/7 días o espectinomocina 2 g i.m. + doxiciclina 100 mg/12 h/7 días p.o.
Faringitis		Trimetoprin (80) + sulfametoxazol (400) 9 comprimidos (dosis única) p.o. durante 5 días o bien 4 comprimidos/12 h/5 días
Embarazo	Sustituir doxiciclina por eritromicina: 500 mg/6 h/7 días p.o. no administrar ciprofloxacino	
Bacteriemia, artritis	Ceftriaxona 2 g/24 h/7 días i.v. + doxiciclina 100 mg/12 h/7 días p.o.	Penicilina G 10 millones U/24 h/3 días i.v. seguido de amoxicilina 500 mg/6 h/4 días p.o. + doxiciclina 100 mg/12 h/7 días p.o.
Meningitis	Igual que bacteriemia durante 10 días	
Endocarditis	Igual que bacteriemia durante 4 semanas	
Oftalmía en adultos	Ceftriaxona 1 g/24 h/5 días i.m. + irrigación de solución salina	Penicilina G 10 millones U/ 24 h/5 días i.v.
Oftalmia neonatal	Ceftriaxona 125 mg i.m. (dosis única) + irrigación solución salina	Penicilina G 100.000 U/Kg/24 h en 4 dosis durante 7 días i.v.
Chlamydia trachomatis		
Uretritis, cervicitis y proctitis	<i>Azitromicina 1 g, dosis única p.o.</i> ¹⁶ , o Doxiciclina 100 mg/12 h/7 días p.o.	Eritromicina 500 mg/6 h/7 días p.o., <i>Ofloxacino 300 mg/12 h/ 7 días p.o.</i> ¹⁶ , ciprofloxacino 750 mg/12 h/7 días p.o.
Conjuntivitis de inclusión (adulto)	Como uretritis durante 21 días	
Oftalmia neonatal	Eritromicina 12,5 mg/kg/6 h/14 días i.v.	
Linfogranuloma	Doxiciclina 100 mg/12 h/21 días p.o.	Eritromicina 500 mg/6 h/21 días p.o.; cloramfenicol 500 mg/6 h/ 21 días p.o.

¹⁶ Infecciones de transmisión sexual: diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Diagnóstico	Tratamiento	
	De elección	Alternativo
Orquiepididimitis (<i>N. Gonorrhoeae</i> , <i>C. Trachomatis</i>)		
Edad < 35 años	Ceftriaxona 250 mg i.m. (dosis única) + doxiciclina 100 mg/12 h/10 días p.o.	Ampicilina 3 g + probenecid 1 g p.o. (dosis única), seguido de doxiciclina 100 mg/12 h/10 días
Edad > 35 años (Enterobacteriaceas)	Trimeoprim (80) – sulfametoxazol (400) 2 comprimidos/12 h/10 días p.o.	
Salpingitis aguda		
Paciente ambulatorio	Ceftriaxona 250 mg (dosis única) i.m. + doxiciclina 100 mg/12 h/ 14 días p.o.	Cefoxitina 2 g (dosis única) i.m. + doxiciclina 100 mg/12 h o Eritromicina 500 mg/6 h/14 días p.o
Paciente hospitalizado	Cefoxitina 2 g/6 h + doxiciclina 100 mg/12 h i.v., hasta 48 h de apiraxia y seguir con doxiciclina 100 mg/12 h p.o. hasta completar 14 días	Clindamicina 900 mg/8 h + gentamicina 1,5 mg/kg/8 h hasta 48 h de apirexia y seguir con clindamicina 450 mg/6 h p.o. hasta completar 14 días
Sífilis		
Precoz (primaria, secundaria, latente de menos de 1 año de duración)	Penicilina G Benzatina 2,4 millones/U (dosis única) i.m.	<i>Doxiciclina 100 mg/12h/14 días p.o.</i> ¹⁶ , Tetraciclina 500 mg/6 h 15 días p.o.; eritromicina 500 mg/6 h/ 15 días p.o.
Tardía (más de 1 año de duración, latente de duración indeterminada, cardiovascular)	Penicilina G Benzatina, 2,4 millones/U i.m., 1 dosis cada semana durante 3 semanas	<i>Doxiciclina 100 mg/12h/14 días p.o.</i> ¹⁶ , Tetraciclina 500 mg/6 h/30 días p.o.; eritromicina 500 mg/6 h/ 30 días p.o.
Neurosífilis	Penicilina G 2-4 millones/U/4 h/10 días i.v. o penicilina G procaína 2,4 mill. U/día i.m. + probenecid 500 mg/6 h/10 días, seguido de : penicilina G Benzatina 2,4 millones U/semana durante 3 semanas i.m.	Tetraciclina 500 mg/6 h/30 días p.o. eritromicina 500 mg/6 h/30 días p.o.; cloramfenicol 2 g p.o. ó 50 mg/kg diarios en 4 dosis
Congénita	Penicilina G procaína 25.000 U/kg/12 h/10 días	
Chancro blando	Ceftriaxona 250 mg dosis única i.m. o eritromicina 500 mg/6 h/7 días p.o.	Trimetoprim-sulfametoxazol 2 comprimidos/12 h o amoxicilina-clavulánico 500/125 mg/8 h, o ciprofloxacino 500 mg/12 h/7 días p.o.
Granuloma inguinal	Tetraciclina 500 mg/6 h p.o., hasta la curación de la lesión	Trimetoprim-sulfametoxazol 2 comprimidos/12 h p.o., eritromicina 500 mg/6 h p.o.

Diagnóstico	Tratamiento	
	De elección	Alternativo
VAGINITIS		
<i>Tricomonas</i>	Metronidazol 2 g (dosis única) p.o. ó 250 mg/8 h/7 días; embarazo: irrigaciones salinas 20% o clotrimazol 100 mg/noche/7 días intravaginal	
<i>Candida</i> sp.	Clotrimazol intravaginal, 100 mg/noche/7 días o miconazol intravaginal, 200 mg/noche/3 días	Nistatina 100.000 U/noche/14 días vaginal
<i>Gardnerella</i> y anaerobios	Metronidazol 500 mg/12 h/7 días p.o.; <i>Metronidazol gel vaginal 0.75%/24 h/5 días</i> o <i>Clindamicina crema 5%/24 h/7 días</i> ¹⁶	Ampicilina 500 mg/6 h/7días p.o.; <i>Clindamicina 300 mg/12h/7 días; Clindamicina óvulos vaginales 100 mg/24h/3 días</i> o <i>Tinidazol 2 g/24h/2 días</i> ¹⁶
Herpes genital		
Primario grave	Aciclovir 5 mg/kg/8 h/5 días i.v. o 1 mg/día en 5 tomas durante 10 días p.o.	
Primario leve	Aciclovir crema (5%) 4-6 al día, durante 7-14 días	<i>Famciclovir 250 mg/8h/7-10 días ó Valaciclovir 1000 mg/12h/7-10 días</i> ¹⁶
Recurrente	Aciclovir 1 g/día en 5 tomas durante 5 días p.o.	
En inmunodeprimido	Aciclovir 6,2 mg/kg/8 h/7 días i.v.	
Encefalitis	Aciclovir 10 mg/kg/8 h/10-14 días i.v.	
Papilomavirus (Condilomas acuminados)	<i>Imiquimod 5% crema 3 veces por semana durante 16 semanas como máximo</i> ¹⁶ , o <i>sinecatequinas o polifenol E pomada, 3 veces al día durante 8-16 semanas</i> ¹⁷	Podofilino (3-25%), tópico, 2-3 veces/semana, o Pomada de 5-fluorouracilo, Interferon-alfa intralesional
Diagnóstico	Tratamiento	
	De elección	Alternativo
Sarna	<i>Permetrina crema 5% (aplicar en todo el cuerpo desde el cuello y lavar al cabo de 8-14 horas)</i> ¹⁶	<i>Lindano 1% (aplicar finamente en todas las áreas afectadas y lavar transcurridas 8 horas)</i> ¹⁶
Pediculosis	<i>Permetrina crema 1%, o Piretrinas con butóxido de piperonilo</i> ¹⁶	

¹⁷ Comino R, Cararach M, Coronado P, Nieto A, Martínez Escoriza JC, Salamanca A, Torres García LM, Vidart JA, Sánchez Borrego R, Torné A. Patología Vulvar. Menogua AEEM. Primera edición. Abril 2014

Anexo XVI: Violencia de Género. Entrevista de cribado¹⁸

Preguntas generales y específicas

- ¿Cómo van las cosas en casa?
- ¿Está usted contenta con la relación con su pareja?
- ¿Quién marca las normas en casa?
- ¿Le encuentro algo intranquila. ¿Le preocupa algo?
- Las relaciones con su pareja son a veces violentas. ¿Qué ocurre cuando tiene una pelea en casa? ¿Cómo son esas peleas? ¿Pelean a veces físicamente?

Preguntas para valorar la situación y tipo de violencia

Violencia física:

- ¿Su pareja le empuja o agarra?
- ¿Su pareja le golpea, le da bofetadas o cualquier otra agresión?

Violencia sexual:

- ¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?
- ¿Le fuerza a llevar a cabo alguna práctica sexual que usted no desea?

Violencia psicológica:

- ¿Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?
- ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a los niños, o a otras personas a los animales domésticos?
- ¿Le insulta, ridiculiza o menosprecia?
- ¿Se pone celosa sin motivo?
- ¿Le humilla frente a los hijos u otras personas?
- ¿Le controla el dinero y le obliga a rendir cuentas de los gastos?

En caso de que lo reconozca

- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre.
- Creer a la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
- Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
- NO dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
- NO dar falsas esperanzas.
- NO criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: «¿Por qué sigue con él?; Si usted quisiera acabar, se iría...».
- NO infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.
- NO recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.

¹⁸ Protocolo actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura. Servicio Extremeño de Salud.

- NO prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer.
- NO utilizar una actitud paternalista.
- NO imponer criterios o decisiones

Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- Abordar directamente el tema de la violencia.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

Anexo XVII: Violencia de Género. Indicadores de sospecha¹⁹

1. Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer:

1.1. Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia

1.2. Antecedentes personales y de hábitos de vida

- Lesiones frecuentes
- Abuso de alcohol u otras drogas
- Abuso de medicamentos, sobre todo psicofármacos

1.3. Problemas gineco-obstétricos

- Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados)
- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos
- Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea
- Historia de abortos repetidos
- Hijos con bajo peso al nacer
- Retraso en la solicitud de atención prenatal

1.4. Síntomas psicológicos frecuentes

- Insomnio
- Depresión
- Ansiedad
- Trastorno de estrés postraumático
- Intentos de suicidio
- Baja autoestima
- Agotamiento psíquico
- Irritabilidad
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Labilidad emocional

1.5. Síntomas físicos frecuentes

- Cefalea
- Cervicalgia
- Dolor crónico en general
- Mareo
- Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal)
- Molestias pélvicas
- Dificultades respiratorias

¹⁹ Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión Contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2007

1.6. Utilización de servicios sanitarios

- Existencia de periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias)
- Incumplimiento de citas o tratamientos
- Uso repetitivo de los servicios de urgencias
- Frecuentes hospitalizaciones
- Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía

1.7. Situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer

- Situaciones de cambio vital:
 - Embarazo y puerperio
 - Noviazgo
 - Separación
 - Jubilación propia o de la pareja
- Situaciones que aumentan la dependencia:
 - Aislamiento tanto familiar como social
 - Migración, tanto interna o nacional como extranjera
 - Enfermedad discapacitante
 - Dependencia física o económica
 - Dificultades laborales y desempleo
 - Dificultades de formación y de ascenso en el trabajo
 - Ausencia de habilidades sociales
- Situaciones de exclusión social (reclusas, prostitución, indigencia)

1.8. Información de familiares, amistades, o de otros y otras profesionales e instituciones de que la mujer está siendo víctima de malos tratos.

2. Indicadores de sospecha durante la consulta:

2.1. Características de las lesiones y problemas de salud

- Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas
- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos
- Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo)
- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución
- Lesiones en genitales
- Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas
- Lesión típica: rotura de tímpano

2.2. Actitud de la mujer:

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta...
- Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza
- Autoestima baja
- Sentimientos de culpa
- Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad

- Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara
- Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones
- Falta de cuidado personal
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas
- Si está presente su pareja:
 - Temerosa en las respuestas
 - Busca constantemente su aprobación

2.3. Actitud de la pareja

- Solicita estar presente en toda la visita
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos
- Excesivamente preocupado o solícito con ella
- A veces colérico u hostil con ella o con el profesional

Anexo XVIII: Sistema de vigilancia de los indicadores de Violencia de Género¹⁸

Actuaciones por parte del personal sanitarios

Ante la identificación de un caso de violencia de género (ver definición de caso), ya sea porque la mujer haya demandado asistencia sanitaria específicamente por ello o porque se haya detectado precozmente de forma activa por el personal sanitario por los indicadores de sospecha con posterior confirmación de la situación de violencia (según establece el Protocolo de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género), o cualquier otro método, quien lo haya detectado lo notificará a la Subdirección de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud.

La notificación podrá realizarse en soporte papel, utilizando la “Ficha de notificación de caso de violencia de género” en soporte papel, o en soporte magnético a través del Portal del SES en el sistema JARA, una vez se encuentre activo el sitio específico del mismo. En todo caso, siempre quedará constancia de la notificación en la historia clínica de la mujer con la incorporación a la misma de una copia de la ficha.

Una vez cumplimentada la Ficha de notificación en papel se procederá del siguiente modo:

1. El centro, unidad o profesional que notifica el caso enviará el original a la Subdirección de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud, mediante juegos de “doble sobre confidencial”: la ficha de notificación se introducirá en el sobre marcado como “confidencial” y éste se introducirá en un segundo sobre franqueado y marcado como “registros especiales” dirigido a la Subdirección,
2. El centro, unidad o profesional que notifica el caso conservará la copia autocopiativa para adjuntarla a la historia clínica de la mujer.

Cuando se haga uso de la versión informática registrando el caso en el sistema JARA, no será necesario ningún otro trámite.

Nada de esto es incompatible con la utilización de otro medio de comunicación que se estime necesario.

A efectos de vigilancia epidemiológica se entiende como caso de violencia de género a notificar el siguiente: “Mujer mayor de 14 años atendida por el Sistema Sanitario de Extremadura que reconoce por primera vez sufrir maltrato por violencia de género, entendiéndose como tal todo acto de violencia física y/o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, amenazas, coacciones, privación de libertad, entre otras, ejercida sobre la mujer por parte de quien sea o haya sido su cónyuge, o esté o haya estado ligado a ella por relaciones de afectividad o parentesco, aún sin convivencia.

Según lo anterior, sólo se notificará cada caso una vez, la primera en la que sea atendido e identificada la situación de violencia de género, no siendo necesario notificarlo en las sucesivas atenciones que pueda necesitar derivadas de la misma situación de violencia ya notificada.

DATOS DE LA MUJER:

Nombre..... Apellidos.....

DNI CIP

Dirección.....

CP Municipio Provincia

Teléfono para comunicaciones Fecha de nacimiento:/...../..... Edad

Nacionalidad: Española Otra), especificar:; País de origen

Estado civil: Nivel de estudios: Situación laboral:

<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Trabajo remunerado
<input type="checkbox"/> Viuda	<input type="checkbox"/> Básicos	<input type="checkbox"/> Trabajo no remunerado
<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Graduado escolar	<input type="checkbox"/> Ningún tipo de trabajo
<input type="checkbox"/> Separada/divorciada	<input type="checkbox"/> Bachillerato/FP	
<input type="checkbox"/> Pareja conviviente	<input type="checkbox"/> Superiores	
<input type="checkbox"/> Pareja no conviviente		

Nº de hijos: Nº de personas que conviven en el hogar:

INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA:

Tipo de maltrato: Físico Psíquico Sexual

Identificación del maltrato: .. Refiere sufrir malos tratos Reconoce malos tratos tras detectar indicadores de sospecha

Presenta indicadores de sospecha (ver indicadores al dorso): No Sí

Los indicadores de sospecha se obtuvieron: En consulta (entrevista) De la historia clínica

Duración del maltrato: Frecuencia del maltrato: Tipo de relación con el agresor:

<input type="checkbox"/> Episodio aislado	<input type="checkbox"/> Ocasional	<input type="checkbox"/> Compañero íntimo actual
<input type="checkbox"/> Menos de 1 año	<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Ex compañero íntimo
<input type="checkbox"/> Entre 1-4 años	<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> Padre, padrastro, compañero de la madre
<input type="checkbox"/> Entre 5-9 años		<input type="checkbox"/> Hermano, tío, hombre del ámbito familiar
<input type="checkbox"/> Más de 10 años		<input type="checkbox"/> Hombre no perteneciente al ámbito familiar

¿Convive con el agresor? No Sí

¿Tiene menores a su cargo? No Sí

Antecedentes patológicos:

<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático	<input type="checkbox"/> Abortos
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Trastorno conductual	<input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Angustia	<input type="checkbox"/> Consumo de sustancias	<input type="checkbox"/> Problemas cronicados
<input type="checkbox"/> Fobias	<input type="checkbox"/> Problemas de alimentación	
<input type="checkbox"/> Otros, especificar:		

Vivencia de situaciones estresantes: No Sí

Violencia en su familia de origen: No Sí

Situación de vulnerabilidad: No Sí, especificar el motivo de vulnerabilidad, por:

<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Discapacidad
<input type="checkbox"/> Exclusión social	<input type="checkbox"/> Desfavorecimiento sociocultural
<input type="checkbox"/> Conflictos matrimoniales	<input type="checkbox"/> Límites generacionales débiles
<input type="checkbox"/> Otros, especificar:	

Red de apoyo: Ninguna Familiar Amigos Otra, especificar:

Información y apoyo de recursos sanitarios: No Sí, especificar el tipo de información:

<input type="checkbox"/> Sobre consecuencias para su salud	<input type="checkbox"/> Teléfonos de interés	<input type="checkbox"/> Instituto de la Mujer
<input type="checkbox"/> Sobre consecuencias para la salud de sus hijos	<input type="checkbox"/> Juzgado	<input type="checkbox"/> Casas de Acogida
<input type="checkbox"/> Consejos de seguridad	<input type="checkbox"/> Fuerzas de Seguridad	



INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN PRESTADA:

Fue derivada a Atención primaria DESDE:

- Atención especializada (excepto Salud mental)
- Salud Mental
- Urgencias
- Otros, especificar:
- Servicios Sociales
- Instituciones judiciales

Fue derivada a Atención especializada DESDE:

- Atención primaria
- Urgencias
- Otros, especificar:
- Atención social
- Instituciones judiciales

Especialidad a la que fue derivada:

- Salud mental
- Ginecología y obstetricia
- Otros, especificar:
- Traumatología
- Urgencias hospitalarias

Especialidad a la que fue derivada:

- Atención primaria
- Atención especializada (excepto Salud Mental)
- Salud Mental
- Otros, especificar:
- Traumatología
- Urgencias hospitalarias

Necesidad de actuación con los hijos..... No Sí, especificar la modalidad de actuación con los hijos:

- Derivación a Atención primaria
- Derivación a Atención especializada (excepto Salud Mental)
- Derivación Salud Mental
- Derivación a Atención Social
- Derivación a Atención Educativa

Valoración del riesgo:

- NO se ha realizado
- Sí se ha realizado

Valoración de la situación de peligro:

(ver indicadores de peligro al dorso)

- NO está en situación de peligro extremo
- Sí está en situación de peligro extremo

Plan de seguridad:

(ver plan de Seguridad al dorso)

- NO se ha elaborado Plan de Seguridad
- Sí se ha elaborado Plan de Seguridad

INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DEL AGRESOR:

Trastornos psicopatológicos:

- Agresividad
- Consumo de sustancias
- Otros, especificar:
- Trastorno mental
- Trastornos celotípicos

¿Tiene denuncias previas por malos tratos a la misma víctima?: No Sí

¿Tiene orden de protección o de alejamiento para con la víctima?: No Sí

DATOS DEL NOTIFICADOR:

CIAS Nombre: Área de salud

Centro/unidad Fecha de notificación:/...../.....

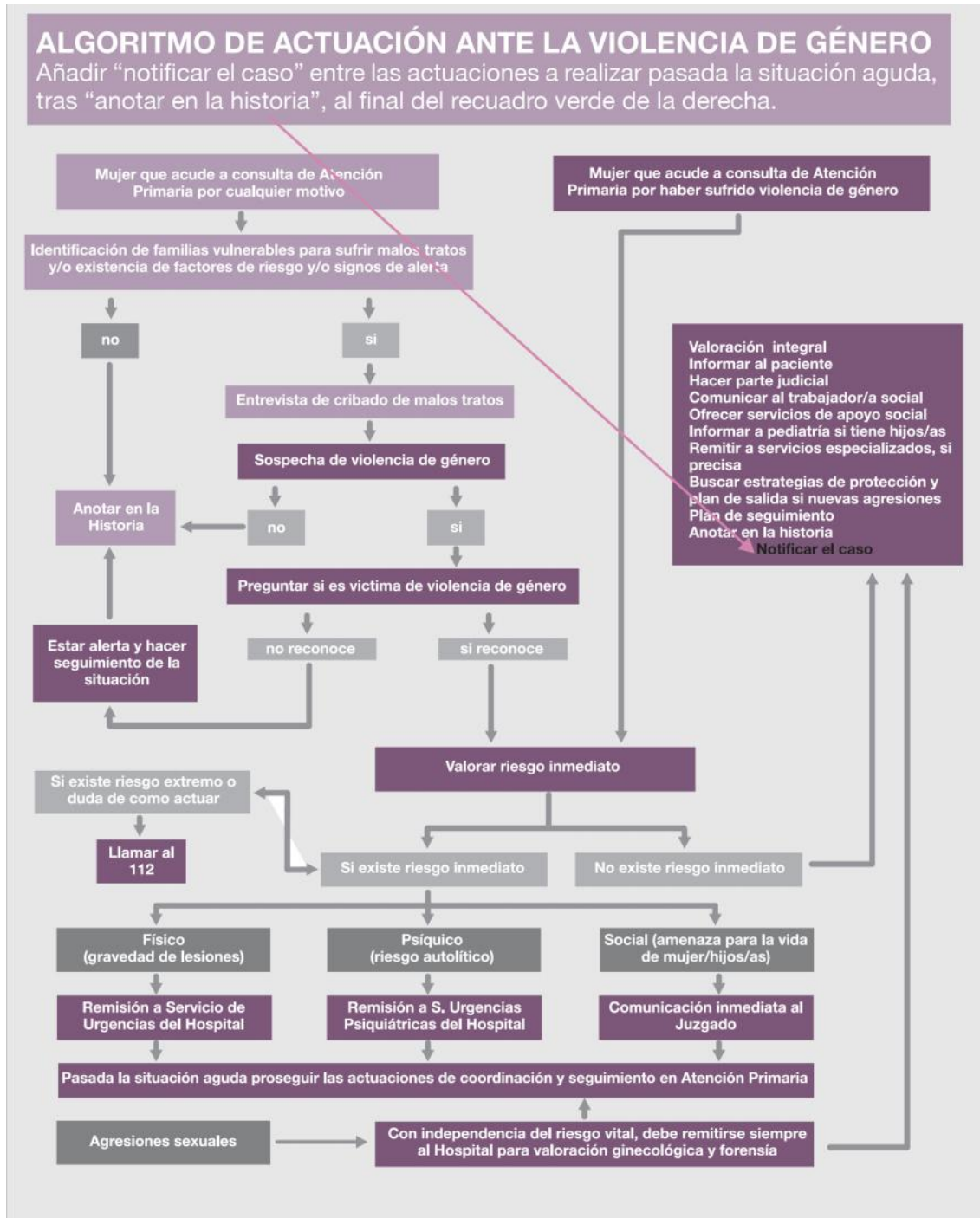
Introducir el original de la ficha en el sobre marcado como "confidencial". Introducir ese primer sobre en el segundo sobre franqueado marcado como "registros especiales" dirigido a la Subdirección de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud,

Conservar la copia de la ficha en la historia clínica de la mujer

Anexo XIX: Violencia de Género. Valoración de la seguridad y evaluación del riesgo¹⁹

- Determinar si la mujer se encuentra o no en peligro extremo, entendiendo por peligro extremo la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos o hijas. Indicadores de peligro extremo. Esta valoración se hará conjuntamente con la mujer:
 - Amenazas con armas o uso de las mismas
 - Amenazas o intentos de homicidio a ellas y sus hijos o hijas
 - Amenazas o intentos de suicidio de la paciente
 - Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia
 - Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización
 - Amenazas o acoso a pesar de estar separados
 - Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia
 - Agresiones durante el embarazo
 - Abusos sexuales repetidos
 - Comportamiento violento fuera del hogar
 - Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene
 - Aislamiento creciente
 - Consumo de alcohol o drogas por parte del cónyuge
 - Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor
- Considerar la percepción de peligro por parte de la mujer, tanto para ella como para otros miembros del entorno familiar. Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida directamente como de peligro extremo.
- Criterio profesional tras la valoración conjunta (fundamentada en la entrevista y la valoración biopsicosocial realizada)
- Si se detecta una situación de peligro preguntar:
 - ¿Se siente segura en su casa? ¿Puede ir a casa ahora?
 - ¿Están sus hijos/as seguros? ¿Dónde está ahora el agresor?
 - ¿Lo saben sus amistades o familiares? ¿Le ayudarían?

Anexo XX: Violencia de Género. Algoritmo de actuación¹⁸



Anexo XXI: Violencia de Género. Recursos²⁰

Teléfono 112. Centro de atención de agencias y emergencias

El teléfono 112, es un número gratuito, que atiende cualquier tipo de urgencia o emergencia en Extremadura, durante 24 horas al día, los 365 días del año. Para las personas con discapacidad auditiva se ha habilitado el número: **900 555 112**.

El Centro de Atención de Urgencias recibe la llamada y activa los recursos necesarios para asistir a la situación de urgencia y emergencia en un tiempo medio inferior a tres minutos y treinta segundos, proporciona información precisa e inequívoca a quien llama, así como una atención personalizada en función de la necesidad concreta de la persona que realiza la llamada.

Este servicio se enmarca dentro del Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, dedicado a promover actuaciones de las distintas administraciones públicas para sensibilizar al conjunto de la sociedad de la violencia de género, y para adoptar actuaciones destinadas a su prevención y erradicación.

Teléfono 016. Teléfono de atención a víctimas de violencia de género

Este teléfono de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia contra las mujeres recibe consultas procedentes de toda España, y en el caso de Extremadura se coordina con el IMEX.

A través del **016**, profesionales especializados ofrecen durante 24 horas al día, de manera gratuita y confidencial:

- Información actualizada a las mujeres víctimas de violencia de género y a su entorno sobre qué hacer en caso de sufrir maltrato, derechos de las víctimas, recursos disponibles y asesoramiento jurídico.
- Asistencia (en caso de llamadas de emergencia, estas son derivadas a las centrales del 112 en Extremadura).

El servicio se ofrece en seis idiomas: castellano, catalán, gallego, vasco, inglés y francés y existe un número para personas con discapacidad auditiva: **900 116 016**

A escala europea, la Delegación Especial ha solicitado a la Comisión Europea la reserva del número 116 016, lo que permitirá que en todos los países de la Unión Europea se reservará este número para el citado servicio.

Servicio de acompañamiento de mujeres víctimas de violencia de género 24 horas. Toda Extremadura – Teléfono: 927 010 868

Oficina de asesoramiento integral a las mujeres víctimas de la violencia

Tiene por objeto ofrecer información y asesoramiento a niveles jurídico y social, de carácter especializado a mujeres víctimas de violencia de género y de carácter generalizado al público en general: **Casa de la Mujer**.

²⁰ Guía de recursos para la Atención a la Violencia de Género. Gobierno de Extremadura

Instituto de la Mujer

Servicios Centrales

C/Adriano, 4
06800 Mérida
Teléfono: 924 00 74 00
FAX: 924 00 74 07
e-mail: imex@juntaextremadura.es
<http://imex.gobex.es>

Casa de la Mujer

Ronda de San Francisco, 9
10003 Cáceres
Teléfono: 927 01 08 68
FAX: 927 01 08 72
e-mail:
casamujercc@juntaextremadura.es

Puntos de atención psicológica

Su función es prestar atención psicológica a las mujeres víctimas de violencia de género mediante programas de atención individualizada y grupal. Dependen del IMEX en convenio con los Ayuntamientos y en coordinación con el SES.

PAP Cáceres

Hospital Virgen de la Montaña -
Entreplanta.
Avda de España, 2
Teléfono: 927 25 69 46
e-mail: papcaceres@gobex.es

PAP Coria

C.S. Coria.
C/ San Francisco, s/n
Teléfono: 927 14 92 38
e-mail: papcoria@gobex.es

PAP Hervás

C.S. Hervás.
C/ El Prado, s/n
Teléfono: 927 47 32 91
e-mail: paphervas@gobex.es

PAP Logrosán

C.S. Logrosán.
C/ Gran vía, s/n
Teléfono: 927 36 08 08 E-53207
e-mail: paplogrosan@gobex.es

PAP Miajadas

C.S. Miajadas.
C/ Los Manzanos, s/n
Teléfono: 927 16 06 63
e-mail: papmiajadas@gobex.es

PAP Navalmoral de la Mata

C.S. Navalmoral. Avda. Angustias, s/n
Teléfono: 927 53 25 45
e-mail: papnavalmormalmata@gobex.es

PAP Plasencia

C.S. Luis Toro. C/ Luis Toro, s/n
Teléfono: 927 42 34 36 E-74449
e-mail: papplasencia@gobex.es

PAP Santiago de Alcántara

C.S. Santiago de Alcántara
Paseo Extremadura, s/n
Teléfono: 927 59 22 95
e-mail:
papsantiagoalcantara@gobex.es

Servicio de atención psicológica de urgencia (Programa PILAR)

Se realiza a través del Colegio Oficial de Psicólogos de Extremadura, en colaboración con el IMEX. Su función es atender de urgencia a las mujeres víctimas de la violencia de género, prestando atención psicológica adecuada a la situación de emergencia y derivar a la usuaria al servicio de la Red más conveniente.

Mérida
C/ Almonaster la Real, 1, 1º D
Teléfono: 924 31 76 60
FAX: 924 31 20 15
e-mail: dextremadu@cop.es

Cáceres
Teléfono: 696 85 62 40

Servicio de atención a menores víctimas de violencia de género

Es un servicio de atención de carácter itinerante que se enmarca dentro del abordaje integral de la violencia de género, actuando sobre los hijos e hijas de las mujeres víctimas de la violencia de género, así como a menores que pudieran resultar víctimas de género por parte de sus parejas. Se atienden los casos de los/as menores que son derivados por los Puntos de Atención Psicológica existentes en nuestra Comunidad Autónoma y las Casas de Acogidas de Cáceres y Badajoz.

Menores Casa Mujer de Cáceres
Ronda de San Francisco, 9
10003 Cáceres
Teléfono: 927 01 08 68
e-mail: omenorescaceres@rednoviolenciagex.com

Red de Oficinas de Igualdad y de Violencia de Género

Tienen como objetivo fundamental informar, sensibilizar, formar y asesorar en la implantación de acciones positivas y de medidas de aplicación y desarrollo de las políticas efectivas de igualdad en el territorio, que pretenden corregir las diferentes situaciones de desigualdad y discriminación que viven las mujeres. Sus funciones son:

- Puesta en marcha de políticas de sensibilización.
- Asesoramiento en materia de igualdad de género a diversos colectivos profesionales.
- Promoción de la participación y empoderamiento de las mujeres en los ámbitos social, político, económico y cultural.
- Apoyo técnico en el diseño, elaboración, implementación y evaluación de planes de igualdad.

Ayuntamiento de Cáceres
IMSS Atahualpa, s/n
10005 Cáceres
Teléfono: 927 24 96 00
e-mail: oicaceres@igualdadenred.co

Ayuntamiento de Plasencia
C/ Del Rey, nº 6
10600 Plasencia
Teléfono: 927 42 85 05 - 00
e-mail: oiplasencia@igualdadenred.co

Mancomunidad Campo Arañuelo
C/ Charcón, s/n
10335 Almaraz
Teléfono: 927 55 94 36
e-mail: oicampoaranuelo@gobex.es

Mancomunidad Comarca de Trujillo
C/ Fray Jerónimo de Loaisa, 46 bajo
10200 Trujillo
Teléfono: 927 32 33 15
e-mail: oitrujillo@gobex.es

Mancomunidad Riberos del Tajo
C/ Real, nº 62 2º A
10820 Cañaveral
Teléfono: 927 30 04 00
e-mail: oiriberosdeltajo@gobex.es

Mancomunidad Rivera de Fresnedosa
Plaza Mayor, nº 1 - 2ª planta
10830 Torrejoncillo
Teléfono: 927 30 33 83
e-mail: oiriveradefresnedosa@gobex.es

Mancomunidad Sierra de Gata
C/ Mayor, nº 3, 1
10850 Hoyos
Teléfono: 927 51 45 83
e-mail: oisierradegata@gobex.es

Mancomunidad Sierra de Montánchez
Cruce de las Ctras. Ex 381 y Ex 206
10186 Torre de Santa María
Teléfono: 927 38 90 30 / 32
e-mail:

oisierrademontanchez@gobex.es

Mancomunidad Sierra de San Pedro

C/ Pizarra, nº 16
10500 Valencia de Alcántara
Teléfono: 927 66 81 47
e-mail: oisierradesanpedro@gobex.es

Mancomunidad Tajo-Salor

C/ Pérez Comendador, nº 17
10910 Malpartida de Cáceres
Teléfono: 927 27 64 62
e-mail: oitajosalor@gobex.es

Mancomunidad de Trasierra-Tierras de Granadilla.

Plaza del Poblado, s/n
10712 Pantano Gabriel y Galán
Teléfono: 927 02 43 90
e-mail: oigranadilla@gobex.es

Mancomunidad Valle del Alagón

Plaza de España, nº 1
10810 Montehermoso
Teléfono: 927 43 01 38 / 924 44 82 50
e-mail: oivalledelalagon@gobex.es

Mancomunidad Valle del Jerte

Paraje Virgen de Peñas Albas,
10610 Cabezuela del Valle
Teléfono: 927 47 21 34 / 927 47 21 34
e-mail: oivalledeljerte@gobex.escom

Mancomunidad de la Vera

Plaza Juan de Austria, nº 2
10430 Cuacos de Yuste
Teléfono: 927 17 22 08
e-mail: oivera@gobex.es

Mancomunidad Villuercas Los Ibores - Jara

C/ Iglesia, nº 36
10120 Logrosán
Teléfono: 927 15 98 12
e-mail: oivilluercasiboresjara@gobex.es

Mancomunidad Zona Centro

Polígono Industrial 1º de Mayo
Camino de la Vascona, 10
10100 Miajadas
Teléfono: 927 34 51 17
e-mail: oizonacentro@gobex.es

Mancomunidad Valle del Ambroz

Plaza González Fiori, 6
10120 HERVÁS
Teléfono: 927 15 98 12
e-mail: oivalledelambroz@gobex.es

Anexo XXII: Indicaciones de consejo genético preconcepcional²¹

Se debe valorar la realización de consejo y estudio genético en los siguientes casos:

- Historia de embarazos previos patológicos: abortos recurrentes o muerte fetal
- Hijos o historia familiar con alteraciones genéticas:
 - Cromosómicas: Síndrome de Down
 - Estructurales: defectos del tubo neural
 - Metabólicas: muerte neonatal o en la infancia, genitales ambiguos.
 - Hematológicas: anemias, alteraciones de la coagulación
 - Enfermedades neurológicas: distrofia muscular
 - Retraso mental: síndrome del cromosoma X frágil
 - Fibrosis quística

Tras una enfermedad autosómica recesiva (fibrosis quística y talasemia), el riesgo de recurrencia es del 25%; para autosómicas dominantes (acondroplasia o corea de Huntington) es de 50% y para las ligadas al sexo o al cromosoma X (hemofilia) es del 50% para los varones. El 15% de malformaciones fetales lo constituyen enfermedades poligénicas o multifactoriales en las que influyen varios genes y factores ambientales. Recurren en un 3-5% sin patrón mendeliano (95% sin historia familiar previa). Esto ocurre, por ejemplo, en los defectos del tubo neural.

- Etnias de alto riesgo: algunos grupos de población tienen mayor riesgo de enfermedad: en judíos la enfermedad de Tay-sachs, β -talasemia en personas de origen mediterráneo, anemia de células falciformes en afroamericanos, fibrosis quística en las del norte de Europa y alfa-talasemia si ascendente asiático.
- Además debemos considerar la edad de la futura gestante e indicar consejo genético si fuera necesario.

²¹ Capitán Jurado M, Cabrera Vélez R. Atención preconcepcional. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. Medifam v. 11 n. 4 Madrid abr. 2001
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000400004

Anexo XXIII: Investigación de infecciones de transmisión vertical a considerar en la consulta preconcepcional²²

Investigar si existen factores de riesgo			
Hepatitis B	IV*	C**	Vacunar si existen factores de riesgo.
Hepatitis C	IV	C	Informar de las medidas para evitar la transmisión vertical.
Tuberculosis	IV	C	Tratar si hay infección
Chlamydia	Ib	A	Cribado si <25 años o factores de riesgo
Gonorrea	IIb	B	Si riesgo de enfermedad de transmisión sexual
Herpes genital	IIa	B	Serología específica si pareja infectada
Investigar en situaciones muy concretas (ausencia de evidencia)			
Listeriosis	IV	C	Aconsejar evitar comer paté, quesos no curados y leche no tratada
Parvovirus	IV	C	Recomendar medidas de higiene.
Malaria	IV	C	Evitar viajes a zonas endémicas.
Citomegalovirus	IIb	B	Recomendar medidas de higiene.
Toxoplasmosis	IV	C	No está justificado el cribado

*Nivel de evidencia

**Grado de recomendación

²² PROSEGO. Protocolos y Guías de Actuación Clínica. Actualizado 2010.

Anexo XXIV: Recomendaciones sobre vacunas en el periodo pregestacional²³

RECOMENDACIONES SOBRE VACUNAS EN EL PERIODO PREGESTACIONAL

- Los profesionales de la salud deben tener en cuenta el historial de vacunación de todas las mujeres que consulten en el periodo pregestacional. (IV-C.)
- Las vacunas de virus inactivados, bacterianas y toxoides son consideradas seguras en el embarazo. (II-1).
- En general, las vacunas de virus vivos y/o vivos-atenuados, están contraindicadas durante el embarazo, debido a que puede haber un riesgo potencial para el feto. (III-B).
- Las mujeres en edad fértil que van a recibir alguna dosis de vacunación, deben realizarse un test de gestación para descartar embarazo. (IV-C).
- Una vez inmunizadas con vacunas de virus vivos o vivos-atenuados, deben posponer el embarazo al menos cuatro semanas. (IV-C).
- Las mujeres que se han inmunizado accidentalmente con vacunas de virus vivos o vivos-atenuados durante el embarazo, no deben interrumpir el mismo por el posible riesgo teratogénico. (IIb-B).

	GRADOS DE EVIDENCIA
Vacunas recomendadas en el periodo pregestacional	Rubéola (III-B) Hepatitis B (IV-C) Varicela (IV-C) Tad (IV-C) Gripe (IV-C) VPH (IIb-B)

²³ González Navarro JV, Melchor Marcos JC, Ramírez Pineda M, Serra Zantop B. Consulta preconcepcional. Documento de Consenso 2011.

Anexo XXV: Acciones educativas y promotoras de la salud²⁴

Las acciones educativas y promotoras de la salud durante la asistencia preconcepcional pueden ser más eficaces, ya que se utilizan en la mujer que está motivada por la circunstancia de estar planificando un embarazo estas incluyen:

- Consejo nutricional
- Suplementación con folatos para prevenir los defectos del tubo neural
- Evitar el consumo de tabaco
- Evitar el consumo de alcohol
- Evitar el consumo de drogas ilegales
- Actividad física y laboral.
- Evitar la exposición a teratógenos, farmacológicos y ambientales
- Prácticas sexuales seguras
- Apoyo social

Se debe informar a la mujer de que en general se considera suficiente incrementar las necesidades energéticas en el momento de conocer su embarazo, en 200 a 300 Kcal/día, para un total de 2000 kcal.

Las necesidades proteicas en una mujer adulta son de 1 gr/kg/día. Durante el embarazo estas necesidades aumentan, debiendo consumir de 10 a 12 gr de proteínas adicionales

Los carbohidratos deben proporcionar alrededor del 50% del aporte energético total.

La cantidad de lípidos en la dieta será un 30% aproximadamente de la energía total.

El tabaquismo durante el embarazo se asocia a un aumento en el riesgo de aborto espontáneo, nacimiento pretérmino, y bajo peso al nacer. Cuando la mujer interrumpe el consumo de tabaco antes de la gestación, o durante el primer trimestre del embarazo, el resultado perinatal es similar al de las mujeres no fumadoras.

El consumo de alcohol por la madre puede tener efectos perjudiciales sobre el feto en desarrollo:

- El síndrome alcohólico fetal observado en los nacidos de madres bebedoras excesivas; incluye retraso del crecimiento, pre y postnatal, microcefalia, fisuras palpebrales cortas, hipoplasia mandibular y anomalías cardíacas. Además, se ha informado de retraso mental persisten al año y a los siete años de edad. La gravedad puede estar relacionada con la dosis.
- El consumo de bajas dosis de alcohol se ha asociado con aborto espontáneo, disminución del peso medio al nacer y aumento de la incidencia de nacidos de bajo peso.

²⁴ Aguaron de la Cruz A, Fraca Padilla M, Pérez Molina T. Consulta preconcepcional en las mujeres. Documento de Consenso SEGO 2013.

Acciones para la promoción de la salud²²

Nutrición			
Nutrición equilibrada	IV*	C*	Recomendar una ingesta equilibrada de nutrientes.
Sobrepeso	Ib	A	Si el índice de masa corporal es >25 kg/m ² , valorar pérdida de peso.
Cafeína	IV	C	Aconsejar un consumo moderado de cafeína.
Tratamientos herbales	IV	C	Consultar con su médico antes de tomar infusiones o tratamientos herbales.
Consumo de sustancias tóxicas			
Tabaco	Ib	A	Aconsejar el abandono del tabaco tanto de la mujer como su pareja. Ofrecer medidas de apoyo
Alcohol	Ib	A	Desaconsejar el consumo de alcohol durante el embarazo.
Drogas ilegales	IV	C	Informar del riesgo para la fertilidad y para el embarazo. Ofrecer medidas de apoyo.
Hábitos			
Ejercicio	IIb	B	Recomendar ejercicio físico moderado
Sexualidad	IV	C	Promover una vida sexual saludable
*Nivel de evidencia	**Grado de recomendación		

Anexo XXVI: Suplementación farmacológica²⁴

1. Acido fólico:

Dieta rica en folatos junto con aporte farmacológico suplementario con folatos:

- En mujeres con bajo riesgo de tener un feto con DTN: al menos 0,4-0,8 mg/día
- En mujeres de alto riesgo o riesgo de recurrencia de DTN: al menos 4 mg/día

2. Yodo:

Insistir en la consulta preconcepcional en el consumo de sal yodada y de alimentos ricos en yodo, reforzando cuando sea necesario con la suplementación farmacológica con yoduro potásico a dosis de 300 microgramos/día durante la búsqueda de la gestación, el embarazo y la lactancia.

3. Complejos vitamínicos:

Se ha demostrado que la ingesta de folatos junto con complejos multivitamínicos durante toda la gestación, reduce la incidencia de malformaciones cardíacas, urinarias, oro-faciales, de extremidades y estenosis pilórica.

Recomendaciones:

- Mujer sin factor de riesgo de tener un hijo con DTN**, se recomienda dieta con alimentos ricos en folatos y la suplementación diaria con un preparado multivitamínico con ácido fólico (0,4-1mg) desde al menos dos o tres meses antes de la concepción y a lo largo de todo el embarazo y el periodo posparto (de 4 a 6 semanas mientras se mantenga la lactancia natural).
- En la mujer con factores de riesgo de tener un hijo con DTN como epilepsia, diabetes mellitus insulino dependiente, obesidad (IMC >35) o antecedentes familiares de DTN**, se recomienda aumentar la ingesta de alimentos ricos en folatos y la suplementación diaria con un preparado multivitamínicos con ac. fólico (5 mgr) desde al menos tres meses antes de la concepción y continuar hasta la 10 o 12ª semana postconcepción. Desde este momento y hasta el termino del embarazo y durante el periodo posparto de 4 a 6 semanas o mientras se mantenga la lactancia natural, la suplementación debe ser con un preparado multivitamínicos con ácido fólico (0,4-1 mg).
- En mujer que no planifica su embarazo, que cumple de forma irregular las prescripciones médicas, que realiza una alimentación irregular y expuesta al tabaco, alcohol u otras drogas**, se utilizará la estrategia de la suplementación con un preparado multivitamínicos con altas dosis de ácido fólico (5 mgr) para lograr niveles más adecuados de folatos intraeritrocitarios cuando el consumo de ácido fólico es irregular. La suplementación con 5 mgr de ácido fólico no enmascara la deficiencia de vitamina B12 y no es necesario realizar estudios de laboratorio especiales para su identificación antes de iniciar el tratamiento.

Anexo XXVII: Fases de la respuesta sexual humana²⁵

Fase de excitación

Mujer

- **Lubricación vaginal:** Su causa está en la vasoconstricción de las paredes vaginales, que provoca la percolación de fluido a través del revestimiento de la vagina en un proceso llamado *trasudación*.
- Expansión de los tercios interiores de la vagina.
- El cérvix y el útero son empujados hacia arriba.
- Los labios mayores se aplanan y se abren.
- Los labios menores se agrandan.
- El clítoris aumenta de tamaño.
- Los pezones se tornan rígidos.
- Las venas de las mamas se hacen más visibles y puede producirse un leve agrandamiento de los pechos.

Hombre

- **Erección del pene,** también debida a la vasoconstricción, producida por la afluencia de sangre y la reducción del retorno venoso.
- Las arrugas del escroto se alisan poco a poco y los testículos se aproximan más al cuerpo.
- Los testículos aumentan ligeramente de tamaño.
- En algunos hombres se produce erección e los pezones.

Fase de meseta

Mujer

- **Plataforma orgásmica:** hinchazón producida en el tercio inferior de la vagina debido a la intensa vasoconstricción y que estrecha en un 30 % o más la abertura de la vagina.
- Mayor expansión de los dos tercios superiores de la vagina.
- Elevación del útero.
- Disminución de la lubricación vaginal en relación con la fase anterior.
- Retracción del clítoris debajo del prepucio, protegiéndose del contacto directo.
- Los **labios menores** se agrandan ostensiblemente, doblando e incluso triplicando su grosor. Su color ahora va del rosa al rojo vivo o a un tono vinoso oscuro.
- La areola mamaria se agranda y continúa la hinchazón hasta disimular la erección del pezón.
- Aumento del tamaño de las mamas hasta en un 20 ó 25 % en las mujeres que no han amamantado. En la que sí lo han hecho es menor debido a un mayor drenaje venoso.
- **Rubor sexual:** denominan así a los cambios cutáneos que provoca la aparición de manchas rojizas semejantes al sarampión y que ocurre en el 50-75 % de las

²⁵ William H. Masters. Virginia E. Johnson. Robert C. Kolodny. La Sexualidad Humana. 1. La dimensión biológica. Grijalbo. Barcelona 1987.

mujeres y en el 25 % de los varones, aproximadamente. Suele empezar debajo del esternón, en la zona superior del abdomen, y después se extiende rápidamente por los senos y la parte delantera del pecho. Puede aparecer en otras zonas del cuerpo, como el cuello, las nalgas, la espalda, brazos, piernas y rostro.

Hombre

- Leve aumento del diámetro del glande del pene que suele adoptar una tonalidad más oscura.
- Aumento del tamaño de los testículos, ahora un 5 % más grandes que en estado de reposo.
- Los testículos continúan elevándose y rotan hacia delante de forma que la superficie posterior permanece en contacto con el periné.
- Aparición de una pequeña cantidad de líquido a través de la uretra, procedente de las glándulas de Cowper.
- En ambos sexos se produce: aumento de la tensión neuromuscular, taquicardia, aumento de la tensión arterial y taquipnea.

Fase de orgasmo

Mujer

- El orgasmo en la mujer se caracteriza por **contracciones** simultáneas y rítmicas del útero, el tercio exterior de la vagina (la plataforma orgásmica) y el esfínter anal, a intervalos de 0,8 segundos.
- El rubor sexual alcanza su mayor intensidad y extensión superficial en el momento del orgasmo.

Hombre

- **Fase de emisión:** los vasos deferentes así como la próstata y las vesículas seminales inician una serie de contracciones que impulsan al semen dentro del bulbo de la uretra. El hombre experimenta una sensación de *inevitabilidad* eyaculatoria, es decir, la sensación de haber llegado al límite de su control, justo cuando dan comienzo estas contracciones.
- **Fase de eyaculación:** las contracciones de la uretra y del pene se conciertan con las contracciones de la próstata y provocan la eyaculación. Se produce el cierre hermético del cuello de la vejiga urinaria. Las contracciones rítmicas de la próstata, músculos del periné y cuerpo del pene se producen a intervalos de 0,8 segundos.

Fase de resolución

Mujer

- Aptitud multiorgásmica.
- Las contracción musculares del orgasmo extraen la sangre de los tejidos, provocando la desaparición de la plataforma orgásmica.
- El útero retorna a su posición de reposo inactivo.
- Desaparece la coloración de los labios.
- La vagina reduce su anchura y longitud.
- El clítoris vuelve a su tamaño y posición habituales.

- Disminuye el tamaño de las mamas y los tejidos de la areola se distienden antes que los propios pezones, dando la impresión de que éstos han vuelto a ponerse erectos.
- Durante la fase posterior al orgasmo, la estimulación del clítoris, los pezones o la vagina puede resultar molesta o irritante.

Hombre

- Periodo refractario.
- Disminuye la erección en dos etapas: En primer lugar, como resultado de las contracciones orgásmicas que succionan la sangre del pene, se da una pérdida parcial de la erección. En la segunda etapa, más lenta, el flujo sanguíneo de los genitales retorna a sus niveles básicos.
- Los testículos se empequeñecen y vuelven al interior del escroto, separándose del cuerpo, salvo en el caso de proseguir la estimulación sexual.

Anexo XXVIII: Evaluación de los problemas sexuales²⁶

Análisis funcional: dimensiones

- Temporal: primaria-secundaria
- Situacional: general-situacional
- Grado de Severidad: total-parcial
- Etiológica: orgánica-funcional

Técnicas de evaluación y recogida de datos

- Entrevista e historia clínica (sexual)
- Observación
- Auto-registros
- Auto-informes
- Registros psicofisiológicos
- Examen médico

Entrevista

1. Naturaleza del problema y adecuación del mismo para una terapia sexual

- a) Tipo y naturaleza del problema sexual presentado por el sujeto o la pareja.
- b) Existencia o no de patología o causas orgánicas.
- c) Posible existencia de patologías psicológicas relacionadas con el problema sexual.
- d) Posibles problemas maritales o de relación interpersonal.

2. Condiciones y requisitos para llevar a cabo una terapia sexual

- a) Nivel de motivación de los sujetos hacia el cambio.
- b) Grado de cooperación y compromiso esperado durante la posible terapia por parte del sujeto o los sujetos.
- c) Posibles estilos de vida inadecuados.
- d) Adecuación y grado de relación establecido durante la entrevista entre el terapeuta y los clientes.

Formato básico general de historia sexual

Historia del problema

1. Infancia y medio familiar:
 - a) Ambiente familiar.
 - b) Formación religiosa.
 - c) Actitudes de los padres y otros adultos significativos respecto al sexo.
 - d) Experiencias sexuales tempranas.

²⁶ José Antonio Carrobes y Ángeles Sanz Yaque. Terapia Sexual. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Fundación Universidad Empresa

2. Pubertad y adolescencia:
 - a) Educación e información sexual que se ha tenido.
 - b) Primeras experiencias sexuales: sueños, fantasías, erección, menstruación, eyaculación, masturbación, orgasmos; experiencias sexuales: con el mismo sexo, con el otro sexo; primera experiencia de coito; otras experiencias sexuales.
3. Relación socio-sexual con su actual pareja: primeras experiencias, experiencias posteriores.

Conducta sexual: Análisis funcional

1. Actitudes y creencias actuales respecto al sexo.
2. Conducta sexual:
 - a) Actividades sexuales distintas del coito.
 - b) Posibles relaciones extramaritales.
 - c) Comunicación entre la pareja.
 - d) Relación marital.
 - e) Estilo de vida.
3. Dificultades o problemas sexuales existentes:
 - a) Descripción del problema.
 - b) Aparición y curso del problema.
 - c) Autoexplicación sobre el origen y mantenimiento del problema.
 - d) Intentos de solución del problema.
4. Expectativas y metas en relación con los resultados de la terapia.
5. Motivación hacia el cambio o la terapia.

Examen médico

Examen físico:

- Genitales
- Sistema nervioso autónomo
- Exploración neurológica
- Signos de endocrinopatías

Analítica: FSH, LH, Testosterona, Prolactina, TSH, Tiroxina, Glucemia.

Anexo XXIX: Sistema clasificatorio integrado tipológico-funcional de los problemas sexuales²⁶

TIPOS O CATEGORÍAS	PROBLEMAS Y TRASTORNOS SEXUALES ESPECÍFICOS		
	Análisis funcional		Dimensión
	Dimensión Temporal Dimensión Situacional Dimensión Grado de Severidad Dimensión Etiológica		(P-S) (G-Sit) (T-Pa) (O-F)
DISFUNCIONES SEXUALES			
Tipos	Hombre	Mujer	Dimensión
Problemas del deseo sexual	Aversión hacia la relación sexual. Deseo sexual inhibido. Bajo deseo sexual (hiposexualidad). Deseo sexual exacerbado (hipersexualidad).	Aversión hacia la relación sexual. Deseo sexual inhibido. Bajo deseo sexual (hiposexualidad). Deseo sexual exacerbado (hipersexualidad).	P-S/G-Sit T-Pa/O-F ⁴
Problemas de excitación	Excitación sexual inhibida. Impotencia (dificultad para lograr o mantener una erección).	Excitación sexual inhibida. Disfunción sexual general (dificultad para lograr o mantener la excitación).	P-S/G-Sit T-Pa/O-F
Problemas del orgasmo	Orgasmos y eyaculación rápidos o precoces. Orgasmo y eyaculación retardados. Ausencia de orgasmo y eyaculación. Eyaculación sin orgasmo. Orgasmo no placentero.	Orgasmo prematuro. Orgasmo retardado. Ausencia de orgasmo. Orgasmo sólo a través de masturbación, caricias, vibrador..., pero no con el coito.	P-S/G-Sit T-Pa/O-F ⁴
Insatisfacción sexual	Problemas de frecuencia en las relaciones sexuales (baja o alta frecuencia en relación con su pareja). Problemas con la variedad de actividades sexuales (monotonía en las relaciones sexuales).	Problemas de frecuencia en las relaciones sexuales (baja o alta frecuencia en relación con su pareja). Problemas con la variedad de actividades sexuales (monotonía en las relaciones sexuales).	P-S/G-Sit T-Pa/O-F ⁴
Dolor durante la actividad o la relación sexual (dispareunia)	Dolor durante la excitación sexual. Dolor durante la penetración. Dolor durante los movimientos del coito. Dolor al eyacular.	Dolor durante la excitación sexual. Dolor durante la penetración. Dolor durante los movimientos del coito. Vaginismo.	P-S/G-Sit T-Pa/O-F ⁴
Problemas sexuales por déficits en la relación de pareja	Problemas interpersonales o de relación de pareja. Preferencias por parejas y relaciones extramaritales.	Problemas interpersonales o de relación de pareja. Preferencias por parejas y relaciones extramaritales.	P-S/G-Sit T-Pa/F ⁴
Déficits en información o presencia de actitudes negativas y creencias irracionales sexuales	Cualquier problema sexual de los numerados anteriormente.	Cualquier problema sexual de los numerados anteriormente.	P-S/G-Sit T-Pa/F
Problemas sexuales asociados o producidos por trastornos psicológicos, psiquiátricos u orgánicos	Depresión. Ansiedad. Alcoholismo. Psicosis. Ingestión de ciertos fármacos.	Depresión. Ansiedad. Alcoholismo. Psicosis. Ingestión de ciertos fármacos.	P-S/G-Sit T-Pa/O-F ⁴
Problemas sexuales asociados o producidos por trastornos psicológicos, psiquiátricos u orgánicos	Diabetes. Trastornos cardiovasculares. Lesiones medulares. Etcétera.	Diabetes. Trastornos cardiovasculares. Lesiones medulares. Etcétera.	P-S/G-Sit T-Pa/O-F ⁴

Anexo XXX: Relación de COPFs del Área de Cáceres-Coria

Cáceres

COPF "Manuel Encinas"
Centro de Salud "Manuel Encinas"
Avda. Dr. Rodríguez de Ledesma.

10001 Cáceres

Tfno.: 927 249 850

Fax: 927 249 836

Zonas Básicas de Salud:

- Zona Norte
- Arroyo de la Luz
- Casar de Cáceres
- Santiago de Alcántara
- Valencia de Alcántara

COPF "La Mejostilla"

Centro de Salud "Juan Manuel
Gutiérrez Hisado"

C/ Pedro Romero de Mendoza, s/n

10004 Cáceres

Tfno.: 927 622 051

Fax: 927 182 053

Zonas Básicas de Salud:

- Mejostilla
- Plaza de Argel
- Zona Centro
- Talaván

COPF "Nuevo Cáceres"

Centro de Salud "San Antonio"

C/ Juan Solano Pedrero, 1

10005 Cáceres

Tfno.: 927 622 049

Fax: 927 233 960

Zonas Básicas de Salud:

- Nuevo Cáceres
- Aldea Moret
- San Jorge
- Alcuescar
- Salorino
- Valdefuentes

Alcántara

Centro de Salud

C/ Virgen de los Hitos, s/n.

C.P.: 10980

Tfno.: 927 390804

Fax: 927 390804

Zonas Básicas de Salud:

- Alcántara

- Arroyo de la Luz (voluntario)

- Navas del Madroño

Coria

Centro de Salud

C/ San Francisco s/n

C.P.: 10800

Tfno.: 927149236

Fax: 927500582

Zonas Básicas de Salud:

- Coria
- Ceclavín
- Hoyos
- Moraleja
- Torre de Don Miguel
- Torrejoncillo
- Valverde del Fresno

Logrosán

Centro de Salud

C/ Gran Vía, s/n.

C.P.: 10120

Tfno.: 927 158053

Fax: 927 158184

Zonas Básicas de Salud:

- Logrosán
- Berzocana
- Guadalupe
- Zorita

Miajadas

Centro de Salud

C/ Los manzanos, s/n.

C.P. 10100

Tel.: 927 161017.

Fax: 927 348767

Zonas Básicas de Salud:

- Miajadas

Trujillo

Centro de Especialidades

Avda. Ramón y Cajal, s/n.

C.P.: 10200

Tfno.: 927 322020

Zonas Básicas de Salud:

- Trujillo Urbano
- Trujillo Rural

Bibliografía

Bibliografía

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Naciones Unidas · Nueva York, 1995

LEY 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.

Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia (2007).

Anticoncepción

Inicio de la revisión de la seguridad de los anticonceptivos orales combinados de tercera y cuarta generación. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 29 de enero de 2013

Anticonceptivos hormonales combinados: conclusiones de la revisión del tromboembolismo venoso. Información para profesionales sanitarios. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 14 de octubre de 2013

Sánchez Borrego, R y Martínez Pérez, O. Guía práctica en anticoncepción oral basada en la evidencia. Emisa. 2003

Sánchez Borrego, R y Lete Lasa, I. Anticoncepción con sólo gestágenos. 2008.

Ramírez Polo, IM y Rodríguez Martorell, J. Anticoncepción y trombosis. Grupo de Acción Médica.

Calaf, J.: Manual básico de anticoncepción, Barcelona, Ed. Masson, 2003.

Calaf, J.: «Consejo Anticonceptivo». Calaf, J.: Manual básico de anticoncepción, 3ª edición, Barcelona, Ed. Masson S.A.; 2005; págs. 1-15.

Calaf, J.: «Anticoncepción hormonal y de urgencia». En: Calaf, J editor. Manual básico de anticoncepción. Barcelona: Masson; 2005; págs. 69-90

OMS «Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos», 2009, 4ª edición.

Sociedad Española de Contracepción: «Conferencia de Consenso en Prescripción y manejo de los Anticonceptivos Hormonales Orales», Madrid, Ed. Grupo Aula médica SA, 2000.

Actualización del manejo clínico de la Anticoncepción Intrauterina. Conferencia de Consenso. Sociedad Española de Contracepción. Altea. 2001.

Sociedad Española de Contracepción: «Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales». Conferencia de Consenso, Ed. SEC, Aranjuez, 2005

Conferencia de Consenso Sociedad Española de Contracepción: Actualización en el manejo clínico de la Anticoncepción Hormonal, intrauterina y de Urgencia. Madrid 2011.

Sociedad Española de Contracepción: «Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales». Madrid. S.E.C., 2007.

Protocolos Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Anticoncepción sólo con gestágenos. 2006.

Protocolos Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Anticoncepción Intrauterina.

Protocolos Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Anticoncepción quirúrgica masculina: vasectomía. 2013.

Evolución de la anticoncepción en España: Sociedad, salud y medios de comunicación. Equipo Daphne. Madrid.2006.

Beneficios de la píldora. Equipo Daphne. Barcelona.2008.

Curso de habilidades en Anticoncepción para médicos de Atención Primaria y Planificación Familiar. Sociedad española de Contracepción. Madrid.1999.

Libro blanco de la anticoncepción en España. Sociedad Española de Contracepción en colaboración con la federación de Planificación Familiar de España. Madrid.2005.

Parra Ribes, I. Anticoncepción en la perimenopausia. Protocolos SEGO/SEC.

Lete Lasa I, Guerra Merino S, Marín Mesa JM. Manejo clínico del sangrado producido con la utilización de métodos anticonceptivos con sólo gestágenos. Revista iberoamericana de fertilidad y Reproducción humana. Junio 2011 - Volumen 28 - Nº 2

Pérez Campos, EF y Lete Lasa, I. Métodos anticonceptivos. Bases fisiológicas. Manejo clínico. 2008.

Pérez Campos, E y Lobo Abascal, P. Gestágenos y mujeres. Algoritmos de decisión.

Álvarez D, Arribas L, Cabero, L, Lete L, Ollé C, de Lorenzo R. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. Documento de consenso de las sociedades SEGO, SEC y semFYC. Disponible en URL: <http://www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/guia.htm>

Álvarez González JD, Gómez Martínez MA, González Navarro JV, Parera Junyent N, Pérez Campos EF, Sierra Lavilla M, de la Viuda García E. Manual de anticoncepción de urgencia. SEC. 2011.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Ciudadanos - Sida - Prevención – Preservativo. Disponible en URL: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/prereservativo.htm>

Barranco Castillo E. Ponencia. III Master en Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva. Fundación Española de Contracepción.

Esponja vaginal y los espermicidas: MedlinePlus enciclopedia médica. Disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004003.htm>

Soler F. Asesoramiento/educación sanitaria a la mujer. Métodos anticonceptivos naturales (II). *Matronas Profesión* 2005; 6(3): 5-13.

Cáncer

Alba, A y colab. La infección por VPH. Ed. Bypass ediciones (2006).

Bajo Arenas JM, Lailla Vicens JM, Xercavins Montosa. *Fundamentos de Ginecología* (2009).

Lacruz Pelea C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). *Revista Española de Patología*. 2003; Vol 36, n.º 1: 5-10

Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. AATRM Núm. 2006/01. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y consumo.

Carreras Collado R y otros. Virus del Papiloma Humano y cáncer del cuello uterino. Editorial Médica Panamericana. Madrid.2007.

Boch, FX y colab. Estudio Afrodita: cribado del cáncer de cuello uterino en España y factores relacionados. Ed. GlaxoSmithKline, (2009).

Luis M. Puig-Tintoré, Xavier Cortés, Xavier Castellsague, Aureli Torné, Jaume Ordi, Silvia de Sanjosé, Inmaculada Alonso, Montserrat Cararach, José A. Vidart, Alfonso Alba, Juan C. Martínez-Escoriza, Carmen Coll, Eduardo Vilaplana, David Hardisson, Xavier Bosch. "prevención del cáncer de cuello uterino, ante la vacunación frente al virus del papiloma humano" *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 2006; 49 Suplemento 2: 5-62

Bornstein J , J Bentley , Bösze P , F Girardi , H Haefner , M Menton , Perrotta M, W Prendiville , Russell P , M Sideri , B Strander , Tatti S , A Torne , Walker P. Nomenclatura de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical: IFCPC 2011. *Obstet Gynecol* 2012 Jul; 120 (1) :166-172.

Oncoguía SEGO. Prevención del cáncer de cuello de útero. 2014.

Guía del cribado de cáncer de cuello de útero en España, 2014. *Revista Española de Patología*. Volumen 47. Extraordinario 1 Septiembre 2014.

Menoguía. Mujer sintomática con cáncer de mama. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. 2012

Oncoguía de cáncer de mama. Comunidad de Valencia. POCV. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2005.

OncoGuía de mama. Actualización 2008. Guías de práctica clínica en cáncer de Cataluña. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

El cáncer de mama familiar en el contexto de programas poblacionales de cribado. Documento de consenso. Red de Programas de Cribado de Cáncer. 2014

Cáncer de endometrio. American Cancer Society. Disponible en URL: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002291-pdf.pdf>

Protocolo cáncer de endometrio. Cribado, diagnóstico y tratamiento. Hospital Universitario Reina Sofía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2008.

Oncoguía SEGO. Cáncer de endometrio. 2010.

Aborto

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Acceso al aborto en el Estado Español. Un mapa de inequidad. Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva. Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo. ARTEXT. 2008.

Infecciones de transmisión sexual

Infecciones de transmisión sexual: diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. OMS.

Coll Capdevila C y otros. Vulvovaginitis en la práctica clínica. MCS, Barcelona. 1998

Cancelo Hidalgo MJ, Beltrán Vaquero D, Calaf Alsina J, Campilla Arias-Camison F, Cano Sánchez A, Guerra Guirao JA y Neyro Bilbao JL. Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia de diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. 2012.

Palop Larrea V, Martínez Mir I. Tratamiento empírico de las infecciones genitourinarias y ETS. Guías Clínicas Fisterra 2004;4 (33). Disponible en URL: <http://www.univadis.es/external/guias-fisterra?proceed>

López-Alvarez Muiño XL, García Seijo P, Romero Pita JM, Conde Guede L. Vaginitis bacteriana. Guías Clínicas Fisterra. 2014. Disponible en URL: <http://www.univadis.es/external/guias-fisterra?proceed>

Violencia de género

Protocolo actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura. Servicio Extremeño de Salud.

Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión Contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2007

Guía de recursos para la Atención a la Violencia de Género. Gobierno de Extremadura.

Consulta preconcepcional

Mártinez-Astorquiza Ortiz de Zárate T. y otros. Consulta Preconcepcional en las mujeres. Madrid 2013.

Capitán Jurado M, Cabrera Vélez R. Atención preconcepcional. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. Medifam v. 11 n. 4 Madrid abr. 2001. Disponible en URL:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000400004

PROSEGO. Protocolos y Guías de Actuación Clínica. Actualizado 2010.

González Navarro JV, Melchor Marcos JC, Ramírez Pineda M, Serra Zantop B. Consulta preconcepcional. Documento de Consenso 2011.

Aguaron de la Cruz A, Fraca Padilla M, Pérez Molina T. Consulta preconcepcional en las mujeres. Documento de Consenso SEGO 2013.

Fabre González E. Consulta preconcepcional. Prog Obstet Ginecol 1988; 41:5-28

Control prenatal del embarazo normal. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. SEGO. 2010

Climaterio

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica. Barcelona, Mayo del 2004.

Menoguía. Menopausia precoz. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia.

Menoguía. Perimenopausia. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. 2012

Menoguía. Osteoporosis. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. 2012

Menoguía. Patología vulvar. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. 2014

Salud sexual

López, F. y Fuertes, A. Para comprender la sexualidad. Ediorial Verbo Divino. 1998.

Hurtado Murillo, F. Manual de educación, sexual y reproductiva. Promolibro. 1999

José Antonio Carrobles. Biología y psicofisiología de la conducta sexual. Fundación Universidad-Empresa. Madrid.

José Antonio Carrobles y Ángeles Sanz Yaque. Terapia Sexual. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Fundación Universidad Empresa.

Manuel Lucas Matheu. Fisiopatología de la respuesta sexual. Publicaciones del Instituto de Sexología. Madrid 1991.

William H. Masters. Virginia E. Johnson. Robert C. Kolodny. La Sexualidad Humana. 1. La dimensión biológica. Grijalbo. Barcelona 1987.

Kaplan, H.S. La nueva terapia sexual. Tratamiento activo de las disfunciones sexuales. El libro de bolsillo. Alianza Editorial. Madrid. 1996.

Menoguía. Vida y sexo más allá de los 50. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. 2014

Menoguía. Salud vaginal. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. 2014