

2. Estrategias de salud sexual y reproductiva en la mujer

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH STRATEGIES FOR WOMEN

Juan Miguel Millán Moreno

Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología.

Raquel De Rita Pastor

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología.

RESUMEN

La vida reproductiva y sexual de la mujer es cambiante y por eso hay que darle importancia en función de la edad. La sexualidad se encuentra en constante transformación. Es un proceso dinámico en donde la energía sexual se organiza en distintas etapas, cada una de estas etapas son indispensables para que se forme la personalidad del adulto y tener una sexualidad madura. Entre 1990 y 2010 se incorpora la asignatura salud sexual en España. El concepto de Salud Sexual y Reproductiva (S.S.R.) nació como tal en 1994 en El Cairo. El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es conocer cómo afecta la sexualidad en las diferentes etapas de la vida en la mujer. Las palabras claves utilizadas y descriptores son: salud sexual, matrona, etapa reproductiva y sexualidad. Se han escogido artículos de los últimos cinco años. En lo que se busca cómo afecta la sexualidad en diferentes etapas de la mujer y cómo se puede manejar en consulta aquellas dudas o problemas que se pueden encontrar como por ejemplo un embarazo no deseado en la juventud, como afrontar la menopausia, entre otros temas. Podemos concluir, que es muy importante que exista una consulta de matrona para abarcar la sexualidad desde la infancia hasta la vejez de la mujer pasando por todos los ciclos y por supuesto seguir con estudios acerca de la sexualidad.

Palabras clave: Sexualidad, reproductiva, mujer, etapas, salud.

ABSTRACT

The reproductive and sexual life of women is changing and that is why it must be given importance based on age. Sexuality is in constant transformation. It is a dynamic process where sexual energy is organized in different stages, each of these stages are essential for the adult personality to form and have a mature sexuality. Between 1990 and 2010, the subject of sexual health was incorporated in Spain. The concept of Sexual

and Reproductive Health (S.S.R.) was born as such in 1994 in Cairo. The main objective of this bibliographic review is to know how sexuality affects the different stages of life in women. The keywords used and descriptors are: sexual health, midwife, reproductive stage and sexuality. Articles from the last five years have been chosen. As for how it affects sexuality in different stages of women and how you can handle in consultation those doubts or problems that may be encountered, such as an unwanted pregnancy in youth, how to face menopause, among other issues. We can conclude that it is very important that there is a midwife consultation to cover sexuality from infancy to old age of women through all cycles and of course continue with studies about sexuality.

Keywords: Sexuality, reproductive, woman, stages, health.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psico-afectivas que definen a cada ser humano y determina por tanto todas sus fases de desarrollo. Aunque la sexualidad tiene una influencia biológica, no se compone de elementos anatómicos y fisiológicos ya que tiene un dominio muy predominante socio afectivo. Es por ello que hay que enseñar sobre sexualidad a nivel educativo y por tanto es muy importante la educación sexual, la cual abarca el concepto de salud sexual y salud reproductiva. (1)

Etapas de la sexualidad

La sexualidad está en todo el ciclo vital y se encuentra en constante transformación. Es un proceso dinámico en donde la energía sexual se organiza en distintas etapas, cada una de estas etapas son indispensables para que se forme la personalidad del adulto y tener una sexualidad madura.

Existen algunas manifestaciones en función de la edad de cada etapa, pero es muy importante que no sea el día a día el que marque los ritmos de desarrollo sino los procesos únicos que cada persona realiza a su manera y en el tiempo que necesite. Las etapas son:

- *Fase oral:* está impuesta desde el primer año de vida. La zona bucal en esta fase es el núcleo primario de energía y gratificación sexual. Desde nuestros comienzos al nacer sentimos la necesidad de sentir placer con el amamantamiento; la boca es la parte que da satisfacción, agrado y acercamiento hacia la madre. En esta fase, como la boca es la fuente de placer los menores se llevan los objetos a la boca, incluyendo partes del cuerpo como mano y pies, por tanto comienza la etapa de conocer su propio cuerpo.
- *Fase anal:* desde el primer año de vida hasta el tercero. La zona de placer se localiza en el ano. Es la etapa donde se adquiere más control del cuerpo: se inicia el control de los esfínteres, control para retener y expulsar heces y

adquiere placer al hacerlo, es una etapa que comienza el proceso de independencia.

- *Fase fálica:* de los tres a los cinco años de edad. La fuente de placer se encuentra en los genitales. Tanto los niños como las niñas comienzan a tocarse los genitales y a masturbarse. Se presenta el complejo de Edipo donde la libido está enfocada en los padres y en los objetos de deseo.
- *Etapa de latencia:* entre los seis y los once años. Periodo de manifestación de la sexualidad infantil y comienzo de la pubertad, se observa una disminución de las actividades relacionadas con el erotismo y comienzan aparecer los sentimientos de pudor, asco y las aspiraciones morales y estéticas. En esta etapa, el desempeño del sexo ha sufrido una profunda transformación. En el tiempo de espera, la integración con los compañeros es muy importante, porque la pertenencia a un grupo es uno de los temas más importantes. Durante este período, el comportamiento sexual apareció de otra manera, concesiones de sublimación para fortalecer otros aspectos, como el aprendizaje de diferentes habilidades, responsabilidades, reflexión, deseo de aprendizaje, entretenimiento, deportes y fortalecimiento de la conexión emocional con las personas. Inicia a identificarse con un grupo de tus amigos.
- *Etapa genital:* Ocurre durante la adolescencia, durante la cual se han producido una serie de cambios físicos y psicológicos, y continúa la lucha por la autonomía e identidad con los grupos de pares. La capacidad reproductiva se alcanza en esta etapa; sin embargo, la madurez emocional y física no se ha alcanzado por completo. (3)

La educación sexual

Evolución de la Educación Sexual en España

En Europa, la educación sexual en los colegios se inició en Suecia en 1955. Entre los años 1970 y 1980, muchos otros países de Europa iniciaron la educación sexual en las escuelas como Alemania, Austria, Países Bajos y Suiza. Entre 1990 y 2010 se incorporan el resto de países en el que se incluye España. (2)

La educación sexual en las escuelas de Europa Occidental empezaron de forma paralela al uso de métodos anticonceptivos y la legalización del aborto, lo que permitió la separación entre la sexualidad y la reproducción. Este cambio produjo la llamada "revolución sexual", que ligada a otros factores estimula el proceso de emancipación de la mujer. Es la época donde la sexualidad ya no es un tabú. (2)

LOGSE

La aprobación de la LOGSE (Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo), incorporó contenidos específicos sobre la educación sexual y afectiva en la asignatura llamada Temas Transversales, presentándola desde un modelo centrado en valores y problemas actuales.

En el prefacio de la LOGSE, los contenidos relacionados con la educación para la igualdad aparecen textualmente y

constituyen uno de los temas que se cruzan. Los párrafos más importantes del preámbulo de la ley son los siguientes:

"El objetivo primero y fundamental de la educación es el de proporcionar a los niños y a las niñas, a los jóvenes de uno y otro sexo, una formación plena que les permita conformar su propia y esencial identidad, así como construir una concepción de la realidad que integre a la vez el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma. Tal formación plena ha de ir dirigida al desarrollo de su capacidad para ejercer, de manera crítica y en una sociedad axiológicamente plural, la libertad, la tolerancia y la solidaridad" (LOGSE, 1990, 28927).

"La educación permite, en fin, avanzar en la lucha contra la discriminación y la desigualdad, sean éstas por razón de nacimiento, raza, sexo, religión u opinión, tengan un origen familiar o social" (LOGSE, 1990, 28927).

"Esos serán los fines que orientarán el sistema educativo español, de acuerdo con el título preliminar de esta ley, y en el alcance de los mismos la educación puede y debe convertirse en un elemento decisivo para la superación de los estereotipos sociales asimilados a la diferenciación por sexos, empezando por la propia construcción y uso del lenguaje" (LOGSE, 1990, 28928).

Podemos ver cómo se incorporan conceptos importantes en el tema de igualdad de oportunidades entre ambos sexos: libertad, solidaridad y tolerancia. Así como el hecho de visibilizar ambos sexos niñas y niños en el que se incorpora por primera vez en el lenguaje en la legislación educativa española. Pero no se hace referencia a los aspectos relacionados con sexualidad o afectividad (1).

LOCE (2002)

El siguiente es un extracto del preámbulo de la LOCE (Ley Orgánica No 10/2002 de Calidad de la Educación, 23 de diciembre, de Calidad de la Educación), que incluye todos los aspectos relacionados con la educación igualitaria más que con la educación emocional:

"El logro de una educación de calidad para todos, que es el objetivo esencial de la presente ley, es un fin cuyas raíces se encuentran en los valores humanistas propios de nuestra tradición cultural europea. Y además, constituye, en el momento presente, un instrumento imprescindible para un mejor ejercicio de la libertad individual, para la realización personal, para el logro de cotas más elevadas de progreso social y económico y para conciliar, en fin, el bienestar individual y el bienestar social." (LOCE, 2002, 45188).

"(...) En cambio, en un clima escolar ordenado, afectuoso pero exigente, y que goza, a la vez, tanto del esfuerzo por parte de los alumnos como de la transmisión de expectativas positivas por parte del maestro, la institución escolar es capaz de compensar las diferencias asociadas a los factores de origen social." (LOCE, 2002, 45189).

"El sistema educativo debe procurar una configuración flexible, que se adapte a las diferencias individuales de

aptitudes, necesidades, intereses y ritmos de maduración de las personas, justamente para no renunciar al logro de resultados de calidad para todos." (LOCE, 2002, 45190).

Todo esto nos alude que se necesita aspectos relacionados con la afectividad o la sexualidad. Se realiza un acercamiento en igualdad de oportunidades, pero no aparecen términos como: libertad, tolerancia o respeto por lo que existe un retroceso en esta ley (1).

LOE (2006)

Posteriormente, en 2006 se aprobó la LOE (Ley Orgánica No 2/2006 sobre 5/3 de Educación), que actualmente coexiste con LOMCE (Ley Orgánica No 8/2013 de 9 de diciembre) para mejorar la calidad de la educación). La LOE está incluido en el plan de estudios, que es un nuevo componente de enseñanza llamado "Competencia Básica". Cada comunidad autónoma de España ha aprobado una legislación de educación especial que incluye las capacidades mencionadas, y es posible realizar más aportaciones a las ocho normativas formuladas por LOE. En la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha se ha añadido otro juego, denominado "Habilidad Emocional". Esta competencia establece el punto de referencia para el plan de estudios, porque a través de su contenido, nos dedicamos a promover relaciones positivas y firmes entre los estudiantes en particular. El desarrollo de esta habilidad es una acción que se toma para permitir que los niños y niñas estén en contacto con los demás, ya que les ayudará a construir un autoconcepto y a desarrollar la autoestima.

Como marca el contenido de dicha ley, la manifestación más clara de dicha competencia se advirtió en la actuación natural y sin inhibiciones de las distintas situaciones que le toca vivir al alumnado y por lo tanto podemos decir que éste podrá ser competente para manifestar y asumir el afecto de las compañeras y compañeros que le rodean, de interesarse por sus problemas o de contribuir a su felicidad. Marcamos el análisis de esta competencia ya que en su contenido atiende a referencias directamente relacionadas para el desarrollo de algunas dimensiones que conforman la educación afectivo-sexual.

Centrándonos en el análisis del preámbulo de la LOE subrayamos los siguientes párrafos que recogen aspectos relacionados algunas categorías que recoge la tabla de análisis: *"La educación es el medio más adecuado para construir su personalidad (alumnado), desarrollar al máximo sus capacidades, conformar su propia identidad personal y La educación afectivo-sexual en España. Análisis 768 de las leyes educativas en el periodo 1990-2016 configurar su comprensión de la realidad, integrando la dimensión cognoscitiva, la afectiva y la axiológica. Para la sociedad, la educación es el medio de transmitir y, al mismo tiempo, de renovar la cultura y el acervo de conocimientos y valores que la sustentan, de extraer las máximas posibilidades de sus fuentes de riqueza, de fomentar la convivencia democrática y el respeto a las diferencias individuales, de promover la solidaridad y evitar la discriminación, con el objetivo fundamental de lograr la necesaria cohesión social."* (LOE, 2006, 17158).

"El servicio público de la educación considera a ésta como un servicio esencial de la comunidad, que debe hacer que la edu-

cación escolar sea asequible a todos, sin distinción de ninguna clase, en condiciones de igualdad de oportunidades, con garantía de regularidad y continuidad y adaptada progresivamente a los cambios sociales." (LOE, 2006, 17159).

"Tres son los principios fundamentales que presiden esta ley. El primero consiste en la exigencia de proporcionar una educación de calidad para todos los ciudadanos de ambos sexos, en todos los niveles del sistema educativo. (...) Se trata de conseguir que todos los ciudadanos alcancen el máximo desarrollo posible de todas sus capacidades, individuales y sociales, intelectuales, culturales y emocionales para lo que necesitan recibir una educación de calidad adaptada a sus necesidades." (LOE, 2006, 17159).

"En un lugar destacado aparece formulado el principio fundamental de la calidad de la educación para todo el alumnado, en condiciones de equidad y con garantía de igualdad de oportunidades." (LOE, 2006, 17161). *"Entre los fines de la educación se resaltan el pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades afectivas del alumnado, la formación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y de la igualdad efectiva de oportunidades entre hombres y mujeres, el reconocimiento de la diversidad afectivo-sexual, así como la valoración crítica de las desigualdades, que permite superar los comportamientos sexistas."* (LOE, 2006, 17162).

"Finalmente, se hace referencia al alumnado extranjero, a las víctimas del terrorismo y de actos de violencia de género, al régimen de los datos personales de los alumnos, a la incorporación de créditos para la gratuidad del segundo ciclo de educación infantil y al fomento de la igualdad efectiva entre hombres y mujeres." (LOE, 2006, 17164).

Se puede concluir de estos fragmentos que esta ley considera que la educación no está solo en la difusión del conocimiento, sino también en la integración debe mantener la sociedad (libertad, igualdad, respeto, solidaridad ...), promover la posibilidad de prevenir la discriminación de género relacionada con la violencia de género, y diseñar Los comportamientos emocionales se integran de manera más integral en el proceso educativo, de manera que ambos sexos tengan las mismas oportunidades. Todo esto ayudará a construir un ciudadano más responsable y a lograr la igualdad entre hombres y mujeres.

Además, se ve en esta ley que la educación tiene que ser una herramienta fundamental para los cambios sociales de cada época, ofreciendo oportunidades en igualdad para todas las personas sin distinción de sexo, raza, edad, clase social,...

Lo más importante de esta ley que la diferencia de los otros preámbulos de las otras leyes citadas, es que aquí hace una clara mención de los aspectos relacionados con la educación afectivo-sexual, aludiendo a la libertad, igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y a la superación de comportamientos sexistas. (1)

LOMCE (2013)

La LOMCE (Ley Orgánica N ° 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad de la Educación) es la última ley aprobada en el ámbito educativo en España, que abo-

lió la competencia emocional. No hay educación emocional en España. Sin embargo, el análisis 770 de la ley de educación de 1990 a 2016 utilizó un lenguaje inclusivo. Tras analizar el preámbulo de la ley actualmente vigente en España, podemos centrarnos en los siguientes apartados:

“Solo un sistema educativo de calidad, inclusivo, integrador y exigente, garantiza la igualdad de oportunidades y hace efectiva la posibilidad de que cada alumno o alumna desarrolle el máximo de sus potencialidades.” (LOMCE, 2013, 97859).

“La realidad familiar en general, y en particular en el ámbito de su relación con la educación, está experimentando profundos cambios. Son necesarios canales y hábitos que nos permitan restaurar el equilibrio y la fortaleza de las relaciones entre alumnos y alumnas, familias y escuelas.” (LOMCE, 2013, 97859).

“La Recomendación (2002) 12 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre la Educación para la Ciudadanía Democrática, de fecha 16 de octubre de 2002, señala que la educación para la ciudadanía democrática es esencial para promover una sociedad libre, tolerante y justa y que contribuye a defender los valores y principios de la libertad, el pluralismo, los derechos humanos y el imperio de la ley, que son los fundamentos de la democracia.” (LOMCE, 2013, 97866).

“Uno de los principios en los que se inspira el Sistema Educativo Español es la transmisión y puesta en práctica de valores que favorezcan la libertad personal, la responsabilidad, la ciudadanía democrática, la solidaridad, la tolerancia, la igualdad, el respeto y la justicia, así como que ayuden a superar cualquier tipo de discriminación.” (LOMCE, 2013, 97866).

Estos cuatro preámbulos, este es el único que hace mención a la diversidad familiar de nuestra sociedad, dejando ver que existen gran variedad de fórmulas familiares y que esta se debe integrar en la escuela y en el ámbito curricular.

La ley incluye valores como la tolerancia, la igualdad, el respeto y la libertad, también en esta ocasión destaca el término diversidad, que implica la diversidad que impera en la sociedad actual. Sin embargo, aunque pueden esperarse otras circunstancias, el preámbulo de la ley no menciona la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres ni promueve la igualdad de relaciones entre hombres y mujeres. Esto constituye una crítica a las leyes mencionadas, pues en nuestro país se han aprobado procedimientos normativos para asegurar la igualdad de oportunidades para ambos sexos y leyes sociales para prevenir la violencia de género. (1)

Cómo se diferencian ambos conceptos de salud sexual y salud reproductiva, ambos se definen por distintas organizaciones como:

El concepto de **salud sexual**, según la OMS *“la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.”*

El concepto de **salud reproductiva**, según la OMS *“implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfacto-*

ria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee. Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano.”

El concepto de **Salud Sexual y Reproductiva** es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un *“Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”*.

OBJETIVOS

General

- Conocer cómo afecta la sexualidad en las diferentes etapas de la vida en la mujer.
- Conocer el papel de la matrona en la consulta en el ámbito de la salud sexual de la mujer en todas las etapas femeninas.

Específicos

- Conocer cómo afecta la sexualidad en la infancia
- Conocer la sexualidad de los adolescente
- Conocer los diversos métodos anticonceptivos que hay en el mercado.
- Conocer las infecciones de transmisión sexual
- Conocer la sexualidad en la etapa pregestacional
- Conocer la sexualidad en relación de la gestación y parto.
- Conocer la sexualidad en el puerperio y la lactancia
- Conocer la sexualidad en la menopausia y climaterio
- Conocer la sexualidad en la vejez.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes sitios, llevando a cabo una búsqueda de estudios en la literatura científica disponible sobre las estrategias de salud sexual en la mujer en todas las etapas de la mujer y el papel de la matrona en muchos ámbitos.

Las palabras claves utilizadas y descriptores son: salud sexual, matrona, etapa reproductiva y sexualidad.

El operador lógico que se ha utilizado es AND.

La fórmula de búsqueda ha sido:

- Salud sexual AND infancia
- Salud sexual AND adolescencia

- Salud sexual AND etapa pregestacional
- Salud sexual AND embarazo
- Salud sexual AND puerperio
- Salud sexual AND lactancia
- Salud sexual AND menopausia
- Salud sexual AND climaterio
- Salud sexual AND vejez

Los criterios de inclusión utilizados: Mujeres en etapa reproductiva, publicaciones a partir de 2015, seres humanos, publicaciones a texto completo y se ha usado truncamiento: nurs*.

El tiempo escogido de la búsqueda bibliográfica es de cinco años, desde 2015.

Los tipos de artículos escogidos son: Guías de práctica clínica, Revisiones sistemáticas, Artículos de revistas y artículos en las bases de datos.

Las fuentes de búsqueda utilizadas son:

- *Guías de Práctica Clínica:*
 1. Guía Salud
 2. NICE
- *Revisiones Sistemáticas:*
 3. Cochrane Plus
 4. Resúmenes Cochrane
 5. PubMedHealth Reviews
- *Metabuscadores:*
 6. PubMedHealth
- Bases de datos bibliográficos:
 7. CUIDEN
 8. PUBMED
 9. SCIELO
- *Revistas:*
 10. CINALH
 11. British Journal of Nursing
 12. Art&science
 13. Federación de Matrona.

DESARROLLO

Sexualidad en la infancia

La sexualidad en esta etapa se relaciona con los genitales o la erótica, pero también se incluyen otros aspectos:

Manifestaciones relacionadas con el género

Tiene que ver con la pertenencia a un género u otro, desde las diferencias físicas hasta las formas de expresarse o las relaciones con los demás. Los hechos han demostrado que la forma de comunicación entre niños y niñas es diferente.

Desde que se descubrió el género del bebé, la mayoría de las opiniones de los padres sobre el género comenzaron con el embarazo. Por lo general, la forma de comunicarse y conectarse con cada género es diferente.

Los bebés comienzan a comprender la diferencia entre niños y niñas en los primeros tres años de vida. Los niños observan al modelo masculino más cercano a él y las niñas observan a las mujeres.

Determinaron que pertenecían a un determinado género y trataron de imitar a los mayores, asumiendo los roles observados en la familia, la escuela y el entorno íntimo, y copiándolos de igual manera, interiorizando el valor de estos roles en la sociedad; por lo tanto Es importante mostrar respeto y equidad en el modelo de relación entre hombres y mujeres.

Parte de su actuación consiste en imitar el papel de madre o padre, e investigar las diferencias entre hombres y mujeres a través de juegos, vida familiar o con amigos. En este sentido, es importante difundir el concepto de igualdad, enseñar en la convivencia del hogar y la escuela y mostrar que los niños y las niñas son valiosos, y que tienen los mismos derechos, responsabilidades y desarrollo, oportunidades de crecimiento y aprendizaje. (3)

Manifestaciones relacionadas con la reproducción

Es la forma en que las niñas y los niños identifican la concepción, el embarazo y el parto. Se manifiesta el ser mama y papa y se expresa en los juegos o experiencias familiares, se investiga como se forman los bebés, como nacen,...

Desde que son pequeños experimentan su capacidad de ser padres con sus progenitores, en los juegos con iguales, en el cuidado de las mascotas o juguetes.

Es muy importante que sepan que no hay distinción entre niños y niñas, que se les permita experimentar todo tipo de juegos sin identificar que un tipo de juego es niño o de niña y por tanto desarrollaran la capacidad de maternidad y paternidad a través del juego. (3)

Manifestaciones sobre los vínculos afectivos

Es la capacidad de relacionarse con los amigos, familiares y mascotas. Los vínculos afectivos se relacionan con la capacidad de sentir afecto por los demás. El primer vínculo es con la madre y por tanto irá desarrollando la capacidad de vincularse con otras personas.

En los recién nacidos las experiencias sensoriales son básicas para el desarrollo, por tanto los adultos deben enseñar las primeras etapas de vinculación saludable.

Cuando los padres expresan cariño al acariciar, alimentar, al tocar o al hablar al recién nacido se sientan las bases para que sienta seguridad un aspecto imprescindible para el desarrollo, es por tanto la familia la principal portadora de proporcionar vínculos afectivos.

Mientras avanza el desarrollo se van formando vínculos entre los amigos a través del juego; empiezan en solitario y continúan con otras personas, alrededor de los seis años el juego ya es en equipo, es por tanto el momento en el que los menores empiezan a comprender y saber respetar los límites. Los amigos comienzan a formar parte esencial de su vida.

Es normal que mencionan querer quedarse en casa con sus padres. Es importante tener claro, informar y mostrar el rol que ocupan los hijos y los padres en las relaciones familiares. Es por ello que hay que mostrar relaciones saludables y respetuosas para que las niñas y los niños aprendan a construir relaciones basadas en el respeto hacia sí mismo y los demás y sepan expresar sus sentimientos. (3)

Manifestaciones relacionadas con el erotismo

Reflejan la capacidad de niños y niñas para percibir diferentes sensaciones físicas. Los recién nacidos tienen un gran estímulo emocional para sus madres, perciben y producen pornografía a través de la lactancia materna a través del reflejo de succión, apariencia, caricias y contacto piel con piel.

En los primeros meses, descubren su cuerpo y experimentan varios sentidos: vista, olfato, oído, tacto y gusto. Los sentidos ayudan a comprender y relacionarse con personas y objetos, para que puedan distinguir si hace felices a las personas.

La masturbación es muy importante para que se produzca un desarrollo, se inicia en la zona genital. Es también importante transmitir el concepto de privacidad y explicar el concepto de masturbación en intimidad y que debe realizarse en un lugar seguro con las manos limpias y no delante de gente. Con la masturbación los infantes descubren, exploran y experimentan sensaciones en su cuerpo.

Tienen que aprender el nombre genital correcto desde que son pequeños, generalmente cambiando pañales o pasando tiempo de calidad en el baño. A menudo, dar un nombre incorrecto a los genitales o hablar de ellos puede causar malestar, esto puede transmitir el mensaje de que hay algo "malo" o "extraño" en los genitales y no hay confianza para cuidar o hablar de "esa zona". El cuerpo causa malestar o conflicto.

Entre los tres y los cinco años, suelen sentir mucha curiosidad por las partes de su cuerpo. A esta edad, a menudo exploran y tocan su cuerpo y genitales, son conscientes de sus condiciones físicas y descubren las similitudes y diferencias entre hombres y mujeres. Jugar con los genitales es parte del proceso, jugar con médicos, madres y padres o comparar niños y niñas, masturbarse con juguetes u otros objetos o frotar los genitales es parte de su desarrollo sexual. (3)

Comportamientos sexuales comunes en la infancia

Niños preescolares (menores de 4 años)

- Explorarse en privado y en público.
- Frotarse las partes íntimas
- Enseñar a los genitales a otras personas
- Tocar las mamas de su madre o de otras mujeres
- Quitarse la ropa y querer estar desnudo
- Querer ver a otras personas desnudas o que se vayan a desnudar (por ejemplo cuando están en el baño)
- Realizan preguntas sobre su cuerpo y que funciones tienen y el de otras personas del mismo sexo o de diferente sexo.
- Hablar con otros niños de la misma edad acerca de funciones corporales como "popó" y "pipí" (3).

Niños pequeños (entre 4 y seis años)

- Tocarse los genitales en privado y en público.
- Tratar de mirar a otras personas cuando están desnudas o desvestiéndose
- Imitar comportamientos de pareja, como se agarran de la no o se dan un beso en diferentes partes del cuerpo.
- Hablar de los genitales y utilizar "malas" palabras, aunque no tengan ese significado
- Explorar las partes privadas con otros niños de la misma edad (por ejemplo "jugar al doctor", "te enseñé el mío si me enseñas el tuyo", etc.) (3)

Niños en edad escolar (entre los 7 y los 12 años)

- Tocarse los genitales, normalmente en privado
- Jugar con niños de la misma edad a juegos que involucran actividades sexuales (como "verdad o mentira", "jugar a la familia", o al "novio/novia")
- Tratar de mirar a otras personas cuando están desnudas o desvestiéndose
- Observar fotos de personas desnudas o semidesnudas
- Ver/escuchar material de contenido sexual a través de los medios de comunicación (televisión, películas, juegos, Internet, música, etc.)
- Querer más privacidad, no querer cambiarse delante de otras personas y resistirse a hablar con los adultos acerca de temas sexuales
- Empezar a sentir atracción sexual e interés hacia otros niños o niñas de su edad. (3)

Sexualidad en la adolescencia

Es muy importante ayudar al adolescente a que acepte las distintas etapas que se desarrolla la pubertad, dando información y seguridad. También tenemos que ayudar a estos púberes a que acepten los cambios referidos a la reproducción, especialmente con la menstruación dando información y colaborando con los padres.

A las niñas habrá que darle información sobre las molestias y sobre los síntomas premenstruales y menstruales y tanto a ellas como a ellos explicarles que una vez que aparece la regla las consecuencias que puede tener las relaciones coitales y por tanto habrá que explicarles los contenidos básicos del sexo seguro.

Otro tema fundamental en esta época de la vida es la figura corporal. Hoy en día con las redes sociales existen muchos modelos de belleza dominantes que suelen ser bien exigentes (a través de la publicidad y el poder del mercado de la tentación, en una sociedad en la que hemos pasado de reprimir el comportamiento sexual a promover el comportamiento sexual).

Es por ello que la mayor parte de los adolescentes encuentran defectos, limitaciones o diferencias ya que no coinciden con el modelo de belleza dominante y esto va provocar en esta etapa muchos sufrimientos: tener la altura adecuada, el peso adecuado, ... tener una imagen conforme al modelo de belleza, es difícil ya que es una etapa de desarrollo y por tanto de cambios.

A todo esto se le debe añadir el creer que no resulta atractivo para los demás y por tanto pensará que no va tener éxito con las amistades o con el noviazgo.

No deja de ser sorprendente que la sociedad la imagen y la figura corporal, en esta época se tenga una vida contradictoria con un estilo de vida que puede llegar al maltrato de su salud: sedentarismo, obesidad, mala alimentación, alcohol,...

Por tanto en las consultas debemos hacer saber a estos adolescentes que la sociedad es diversa y que deben aprender a gozar, valorar la vida y la salud. Y lo más importante respetarse a sí mismo. (4)

Cuando se habla de aceptación a la identidad sexual, esta normalmente se adquiere entre los 18 meses de vida y los 5 años, se consolida y se construye desde los seis años hasta la adolescencia. En la gran mayoría de los casos se reconoce la identidad sexual, sea hombre o mujer.

Pero en los tiempos que corren se ha tomando conciencia de que los roles sexuales o de géneros son discriminatorios con las mujeres y en algunos aspectos con los hombres, por lo que los profesionales de la salud debemos favorecer con actitudes, conductas e intervenciones para que se tome conciencia de estas discriminaciones y por tanto se consiga la igualdad y el respeto de la diversidad de dichos roles.

En las minorías en la infancia o la adolescencia, la identidad sexual adquirida es incompatible con la apariencia o el género o ambos. En el primer caso, hablamos de transexualidad o disforia de género (desacuerdos entre la anat-

mía y la sexualidad y la identidad de una persona "yo soy una mujer de hombre, y viceversa"). En segundo lugar, hablamos de transgénero (contradictorio con el sexo y la identidad social asignados, pero no queremos cambiar su anatomía o fisiología).

Nosotros como profesionales en la salud debemos estar atentos a los cambios, en conceptos y conocimientos profesionales en relación con esta minoría para ayudarle a que se acepten y a que la familia los acepte sin transfobia. (6)

En la adolescencia la orientación del deseo sexual puede ser diversa, normalmente es heterosexual, sin tensión ni dificultades personales o sociales, porque se ha socializado que si es una chica le tiene gustar un chico y viceversa. De hecho, hasta hace pocos años y en la mayoría de los países no se contemplaba otra diversidad saludable que no fuera la heterosexualidad.

Una parte de los adolescentes se encuentran sorprendidos porque sus fantasías sexuales, sus deseos y sus intereses sexuales son homosexuales, deseo sexual por su propio sexo biológico o hacia ambos sexos. Por tanto, la orientación del deseo tiene un contenido diferente, por lo que la combinación y la forma de vida también son muy diferentes.

No se conocen los factores que determinan la orientación del deseo sexual y se puede discutir la posibilidad de cambios a lo largo de la vida y el poder gestionar cada persona tiene sobre su orientación del deseo.

Los homosexuales son una minoría muy relevante, se ha luchado en casi todos los países leyes igualitarias, pero aún siguen sufriendo rechazos de homofobia en el ámbito escolar, familiar y social.

Por eso, es necesario prestar atención a estos jóvenes en la negociación, porque si bien este tipo de orientación cognitiva se considera saludable y reconoce que el derecho al matrimonio de los homosexuales es una parte importante de la sociedad, el derecho al matrimonio lo lidera la iglesia y se resiste a él. (4)

Por otro lado, en este caso, a diferencia de la disforia de género, los adolescentes homosexuales pueden obtener ayuda de las familias, los educadores y nosotros como profesionales de la salud, y hacerles entender que el problema no es con ellos, sino con la homosexualidad.

Hay veces que para los adolescentes la homosexualidad puede ser un problema, no porque lo sea, si no debido a que causa sufrimientos sociales. Muchas veces los profesionales son consultados por la orientación del deseo.

En los heterosexuales puede darse situaciones de confusión, duda, culpa, miedo por tener actividades sexuales con personas del mismo sexo. En los juegos sexuales de los adolescentes es normal que existan contacto sexual con personas del mismo sexo, cuando esto se vive o se recuerda puede crear confusión por su deseo sexuales. Por ello en las consultas hay que informales y comunicarles que esto es normal y aclararle que por ello no tiene porque ser homosexual.

Los adolescentes normalmente suelen contar sus inquietudes y dudas a sus amigos, pero es infrecuente que lo cuente en nuestra consulta o con sus padres. En la consulta suele expresar los problemas antes los hombres que las mujeres, debido a que los chicos suelen mostrar más interés por la sexualidad.

Las chicas lesbianas suelen retrasar la manifestación de sus intereses sexuales y muestran en la consulta: ansiedad, depresión, fracaso escolar, huida del domicilio, ya que suelen ocultar una homosexualidad no aceptada. (4)

Las personas a menudo se dan cuenta de que son homosexuales y, a menudo, experimentan períodos de negación, confusión o extrañeza. Incluso a menudo intentan realizar autopruebas con personas de diferentes géneros para demostrar que son heterosexuales. De hecho, solo recientemente los homosexuales se casaron debido a la presión social.

¿Qué debemos hacer en la consulta de la matrona?

- Informar a los adolescentes de la existencia de esta orientación del deseo no es nada malo y que se deben aceptar a ellos mismos y a los demás.
- Ayudar a los adolescentes a autoconocerse, analizando sus deseos, conductas, preferencias sexuales y sociales.
- Si el deseo no es claro, o existen contraindicaciones entre distintos aspectos de la orientación sexual, es importante que te ayude a aceptar la pregunta y esperar sin preocuparte de que el deseo aparezca en su forma heterosexual, gay o bisexual.
- Si la orientación del deseo es homosexual, es bueno ayudar a los adolescentes para que se acaben aceptando a uno mismo.
- Este tipo de ayuda es muy eficaz cuando los padres y amigos están incluidos en el proceso de aceptación, independientemente de la orientación sexual de los padres, es muy importante aceptar al niño con los padres. Incluso para los padres que son difíciles de aceptar, es necesario enseñarles a reconocer que el problema está en su actitud, no en los problemas de su hijo por la homosexualidad.
- Ayudarle a entrar en contacto con las asociaciones y grupos de apoyo de homosexualidad que pueden ayudar. (4)

En cuanto a la vida sexual de los adolescentes, su edad varía mucho, dependiendo de la actividad sexual en cuestión (por ejemplo, antes de la pubertad, un tercio de las personas han experimentado la masturbación mientras mantienen una actividad sexual para el coito) a los 14 años. Antes era aproximadamente del 10-11%, la mitad de los cuales tenían entre 15 y 18 años).

Los profesionales de la salud no podemos decidir la edad del comienzo de las actividades sexuales, esta decisión va depende de cada adolescente y sus factores culturales. Pero debemos ofrecerles información actualizada.

Para lograr este objetivo, debe haber una vida sexual satisfactoria: deseo, excitación y orgasmo para alcanzar su nivel satisfactorio. La llamada respuesta sexual se puede lograr

de muy diferentes formas, como masturbándose o teniendo sexo con otras personas.

La fisiología sexual generalmente puede garantizar el funcionamiento normal de la respuesta sexual humana, pero el miedo, la ignorancia, el comportamiento inapropiado o el aislamiento pueden dificultarlo. En algunos casos, la disfunción sexual del deseo, la excitación o el orgasmo pueden ser los menos presentes.

Nosotros en la consulta debemos:

- Ofrecer información adecuada de la anatomía y la fisiología sexual.
- Contestar a todas sus preguntas referidas a las prácticas sexuales y a la anticoncepción.
- Ofrecerles ayuda en caso que presenten disfunciones o presenten dificultades orientadas a sus problemas.
- Atender preocupaciones sobre la sexualidad.
- Explicarles la variabilidad de la pubertad, ya que puede ser precoz o retrasada.
- Ayudarles sobre las preocupaciones sobre su figura corporal.
- Identificar los posibles problemas de identidad en la infancia, transexualidad en la adolescencia, orientaciones del deseo.
- Identificar prácticas de riesgo. (4)

En la consulta debemos estar pendientes de las prácticas sexuales y las conductas de riesgo, en nuestra cultura existen muchas prácticas coitales de riesgo. Las cosas han cambiado y siguen cambiando.

Los adolescentes tienen cada vez más actitudes libres y tienen relaciones sexuales cada vez más temprano. Actualmente, brindan menos condiciones para adquirir relaciones sexuales. Hay una parte que ante de realizar prácticas sexuales quiere que exista un mínimo afecto y una minoría piensan que deben de estar comprometidos.

El inicio de las relaciones para un número importante de adolescentes comienzan antes las relaciones sexuales coitales, además es más frecuente tener multitud de relaciones coitales con diferentes parejas sexuales.

La distancia entre niños y niñas en actitud y comportamiento está disminuyendo. En muchos casos, las niñas ya no son pasivas y ya no juegan el papel de decir "no". En otras palabras, ya no cumplen con la responsabilidad de controlar la conducta sexual de los hombres, que les es asignada culturalmente.

Numerosos estudios señalan que los adolescentes tienen frecuentes prácticas de riesgo. Aunque estos estudios arrojan resultados muy diversos, según la investigación, del 25% al 50% de las personas tienen la primera relación con el estado de riesgo porque no utilizaron ningún método ni recurrieron a la "regresión o marcha atrás".(4)

En cuanto a la edad, los jóvenes adolescentes corren más riesgos a la hora de tener relaciones sexuales. A medida

que avanza en edad tienen relaciones más estables y habituales y tienen prácticas más seguras, ya que toman conciencia de que si no se protegen puede aparecer un embarazo o enfermedades de transmisión sexual. (4)

A continuación hablaremos de las **infecciones ginecológicas y enfermedades de transmisión sexual** más frecuentes que podemos encontrar y que pueden causar problemas en los adolescentes.

Las infecciones ginecológicas, hace referencia a las alteraciones inflamatorias e infecciosas que afecta al aparato genital femenino en las que se incluyen:

- *Infecciones vaginales*: se trata de un desequilibrio de los ecosistemas femeninos sobre todo del lactobacilos que se encuentran en la vagina.
 - Esta infección la puede provocar la menstruación, los partos, los abortos y sobre todo la proximidad con el ano y la flora intestinal.
 - Dentro de estas infecciones destacan la vulvovaginitis, que es la inflamación de la vulva y de la vagina.
 - Dentro de las causas puede ser por una bacteria (gardenella o el gonococo), puede ser un hongo (candida albicans), virus o parásitos (la trichomona vaginalis), herpes y cuerpos extraños.
- *Cervicitis*, proceso inflamatorio del cuello como resultado de una infección directa o secundaria a una infección del canal genital superior o inferior. Se puede presentar como cervicitis aguda o crónica, que se diferencia en el tiempo que dura la clínica y la magnitud del problema.
- *Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EPI)*, es una alteración inflamatoria e infecciosa que afecta a los órganos genitales situados en la parte superior del aparato genital femenino, Puede producir complicaciones graves como abscesos, peritonitis o esterilidad.
- *Infecciones pélvicas*, generalmente secundaria a una enfermedad pulmonar como la tuberculosis que alcanza el aparato genital femenino a través de la sangre. (5)

Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), hace referencia a todas las infecciones producidas por agentes infecciosos específicos que se da por transmisión sexual.

La OMS aprobó el cambio de término de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) por el de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en 1998, debido a que el término de enfermedad es inapropiado. Aunque muchas de ellas no dan sintomatología dentro de los síntomas más frecuentes. (Anexo 1) (5)

Las infecciones de transmisión sexual son uno de los problemas más frecuentes de Salud Pública. Tiene una elevada mortalidad y puede presentar secuelas a medio o largo plazo, por tanto los profesionales de la salud debemos tener unos conocimientos básicos y suficientes para la prevención y el abordaje del problema. El VIH y las ITS están relacionadas, compartiendo riesgos, incidencias y mecanismos de transmisión. (7)

Nuestra función en la consulta:

- En general, el sistema nacional de salud, debería tomar en serio los problemas asociados a la actividad sexual de los adolescentes.
- Los profesionales que debemos identificar estos problemas deben ser las matronas, los pediatras o los ginecólogos.
- Debemos colaborar con el sistema educativo para la educación sexual en las aulas y dar información de que existen centro de planificación familiar.
- Cooperar con los centros educativos y las agencias de asesoramiento para ayudar a los padres con la educación sexual de sus hijos.
- Tener un teléfono o un email habilitado para consultas.
- Consensuar con los padres de tener tiempo en la consulta sin la presencia de ellos, para realizar una valoración de conocimientos básicos, responder dudas o preocupaciones, preguntarlos por posibles conductas sexuales de riesgos o insatisfactorias y preguntarle si alguien le está haciendo daño.
- Trabajar en una red de educadores sociales, asociación de padres y otros servicios sanitarios.
- La comunidad debe proporcionar servicios para los jóvenes de mediana edad, como condones, centros de asesoramiento y oportunidades para la recreación sin alcohol. (4)

La valoración del riesgo en la consulta hay que hacerlo de forma individualizada y habrá que realizar una historia clínica, que incluya preguntas de la conducta sexual y las actividades de riesgo, siendo los reiteradamente citados en las principales guías sobre las infecciones de transmisión sexual:

- Tener menos de 25 años
- Mantener contacto sexual con una persona con una ITS.
- Mantener relaciones sexuales con diferentes parejas.
- Tener una nueva pareja sexual en los últimos meses.
- Antecedentes previos de ITS.
- Profesionales de la prostitución y sus clientes.
- Consumo de sustancias tóxicas, asociadas a las relaciones sexuales.
- Uso inconsistente del preservativo con parejas casuales.
- Ser víctima de violencia sexual.

Estas preguntas son difíciles para iniciar la historia clínica debido a su naturaleza íntima, por lo que se debe hacer la entrevista a solas siempre que sean mayores de edad y si son menores con el consentimiento de los padres para garantizar la confidencialidad.

Las preguntas deben ser abiertas sin hacer suposiciones sobre las conductas sexuales y hay que utilizar un vocabulario adecuado para cada paciente. Anexo 2 (7)

La educación sanitaria es muy importante para disminuir las conductas de riesgo. Las intervenciones suponen un tiempo de al menos dos horas, deben ser individualizadas y dirigidas a personas que tienen o han tenido riesgos de tener una infección de transmisión sexual.

La información sobre sexo seguro tiene que estar presente en todas las consultas de salud sexual en las que debe incluir:

- Mecanismo de transmisión de las ITS.
- Riesgos de las diferentes prácticas sexuales.
- Explicación del preservativo.
- Los pacientes con ITS tiene que ser informados sobre el agente causal que ha provocado la enfermedad, la transmisión ,el tratamiento que debe tomar, abstención de relaciones sexuales hasta que termine el tratamiento y estudiar los posibles contactos.
- Puede ser eficaz darle información por escrito al paciente sobre la infección como por ejemplo con folletos (8).

Se debe informar a los pacientes infectados por el VIH sobre las formas de reducir el riesgo de transmisión del VIH, los beneficios de la detección de infecciones de transmisión sexual generalmente asintomáticas y que las infecciones de transmisión sexual pueden aumentar la carga viral y promover la transmisión del VIH, virus del SIDA.(9)

Con respecto a la recogida y transporte de muestras es un factor clave en el rendimiento de las técnicas microbiológicas. Hay que realizar un cultivo antes de instaurar un tratamiento antibiótico. Deben ser transportadas sin demoras y almacenadas con una temperatura adecuada para cada caso. El tipo de muestra recogida dependerá de la edad, el sexo, el comportamiento sexual y la clínica del paciente. Cada muestra debe realizarse en un segmento sin muestrear previamente, girando el hisopo durante unos segundos. Anexo 3 (10).

Tipos de infecciones de transmisión sexual

1. Uretritis y cervicitis

Son las infecciones de transmisión sexual más frecuentes de origen infeccioso. Los principales implicados son: Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis. Otros microorganismos serían Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, Adenoviruso VHS.

La clínica que presenta la uretritis son la inflamación uretral, causando disuria, disconfort y secreción uretral mucosa que puede ser purulenta con síntomas aunque muchas veces cursa de manera asintomática.

Sin embargo las cervicitis suelen ser asintomáticas, pero su principal signo es el exudado cervical mucopurulento o el sangrado cervical durante la recogida de la muestra o también puede ser visible durante las relaciones sexuales.

El diagnóstico se realizará mediante la clínica y la exploración física. El tratamiento debe ser iniciado en el momento del diagnóstico de la patología. La resistencia a las cefalosporinas ante el gonococo han derivado al tratamiento dual como de elección ante el gonococo.

En el caso de cervicitis o uretritis no gonocócica, la doxicilina pasa a ser el tratamiento de elección en esta enfermedad infecciosa.

Ante la clínica persistente de más de 30 días de evolución, hay estudios que han relacionado que M. genitalium, C.trachomatis y T.vaginalis son los agentes más relacionados.

En estos casos, el tratamiento solo se recomienda para los síntomas o signos que sean indicativos de uretritis y exudado uretral grampositivo.

Se recomienda repetir la entrevista clínica a las tres semanas para el control de los síntomas. Y se continuará con un test control a los tres meses debido a la alta tasa de reinfección. Las parejas deben ser evaluadas y tratadas con el mismo tratamiento y se deben aconsejar en la consulta la abstención de las relaciones sexuales hasta la finalización del tratamiento y desaparición de los síntomas. (11)

2. Proctitis, colitis y enteritis

La proctitis es la inflamación del recto, la colitis del recto y el colon y la enteritis inflamación del intestino delgado. Son todos procesos inflamatoria que cursan de manera aguda que normalmente es provocada por patógenos que se pueden transmitir con el sexo anal o fisting. Entre los **agentes etiológicos** son:

- Proctitis: Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis genotipo D-K, L1-L3, Virus herpes simple I y II y Treponema pallidum.
- Colitis: Shigella, Campylobacter jejuni, Salmonella, Clostridium difficile, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium y Citomegalovirus.
- Enteritis: Giardia lamblia, Cryptosporidium y Microsporidia

La **proctitis** existe un elevado porcentaje que no presenta síntomas, a excepción de las que aparecen por chlamydia trachomatis que está asociado al linfogranuloma venéreo rectal. Por tanto es muy difícil establecer los periodos de incubación. Los **signos y síntomas** pueden ser:

- Dolor anorrectal
- Tenemos rectal
- Secreción rectal mucosa, purulenta y sanguinolenta.
- Fiebre o malestar general
- Úlceras en la región anal
- Edema y eritema en la mucosa rectal

El tratamiento debe ser empírico: doxicilina 100 mg 1 comprimido cada 12 horas durante siete días y una in-

yección intramuscular de ceftriaxona 500 mg en una única dosis.

La **proctocolitis** cursa con diarrea sanguinolenta, dolor abdominal y puede presentar fiebre y malestar general. Los signos son los mismos que la proctitis pero con afectación en el colon. El tratamiento metronidazol 500 - 750 mg cada 8 horas durante 10 días.

La **enteritis** cursa con náuseas y vómitos, diarrea, distensión abdominal, flatulencia, pérdida de peso y fiebre. En la mucosa rectal no presenta signos inflamatorios. El tratamiento trinitazol 2 gr monodosis o metronidazol 250 mg cada 8 horas durante cinco días. (12)

3. Vulvovaginitis: Candidiasis, Vaginosis Bacteriana, Tricomonirosis

La vulvovaginitis presenta secreción, malestar y prurito en la vulva o la vagina y puede ocurrir asintomática. En cuanto a la causa y frecuencia de la infección, la vaginosis bacteriana, la vulvovaginitis candidiásica y la tricomoniasis son particularmente prominentes, y los tipos de flujo vaginal son diferentes según sus causas.

La **vaginosis bacteriana** sustituye la flora vaginal habitual por flora anaerobia siendo la *Gardnerella vaginalis* el microorganismo más frecuente. Su diagnóstico debe cumplir los tres criterios de Amsel (flujo vaginal, olor amoniacado tras tratamiento con KOH, células clue o pH vaginal menor de 4.5).

El tratamiento está indicado en pacientes con síntomas o que vayan a tener procedimiento obstétrico-ginecológico. La elección será metronidazol 500 mg cada 12 horas durante siete días.

La **vaginosis candidiásica** está causada en un alto porcentaje por *Candida albicans* (80 - 92%). La edad fértil, el uso de antibióticos, la actividad sexual, la inmunosupresión del paciente y la diabetes son sus factores de riesgos.

Las no complicadas cursan con síntomas moderados (leucorrea, prurito vulvar y dispareunia). Las complicaciones presentan síntomas severos y recurrentes.

El diagnóstico es clínico y por exploración ginecológica, se puede observar hifas con KOH. Las parejas sexuales está recomendado el tratamiento cuando sea sintomáticas y pudiendo considerar ante casos de candidiasis recurrente.

La **tricomoniasis vaginal** es asintomática en al menos 50% de las mujeres y el 80% de los hombres, se transmite de manera exclusiva por transmisión sexual. Presenta secreción vaginal maloliente con irritación vulvar que aumenta durante la menstruación y el típico signo "cérvix en fresa" a la exploración.

El tratamiento está recomendado en los pacientes sintomáticos y asintomáticos así como a sus parejas sexuales y realizar un cribado de coinfección con otras infecciones de transmisión sexual. El tratamiento es Metronidazol 2 gr.

Se aconseja en la consulta la abstinencia sexual hasta siete días tras la toma del último antibiótico. Se recomienda reali-

zar un test control a los tres meses por la alta probabilidad que existe de reinfección.

Este test se manda en pacientes VIH y ante síntomas recurrentes o que no se solucionen los síntomas (13)

4. Enfermedad inflamatoria pélvica

Es una infección del tracto reproductivo superior que afecta el útero, el endometrio, las trompas de Falopio y los ovarios, y afecta los órganos cercanos. Se obtiene por vía ascendente de la vagina o del cuello uterino, provocando: endometritis, salpingitis, ooforitis, peritonitis, perihepatitis y absceso tubárico-ovárico. El síntoma principal es el dolor pélvico.

Más de un 85% de los casos son a causa de una infección de transmisión sexual. La razón por la cual los microorganismos logran eludir la barrera cervical y ascender a través del tracto reproductivo no se comprende completamente, aunque están involucrados factores inmunológicos, bioquímicos como las enzimas producidas por bacterias que degradan el moco cervical o proteínas microbicidas o mecanismos en el tracto reproductivo.

La EPI tiene una variedad de factores de riesgo, como múltiples parejas sexuales, parejas sexuales menores de 25 años, infecciones sexuales entre las parejas, no uso de condón, antecedentes de manipulación instrumental (inserción del DIU después de la primera semana después de la anticoncepción, de un legrado uterino,..)

Se debe sospechar de esta enfermedad en mujeres sexualmente activas con dolor abdominal y molestias pélvicas. El signo fundamental es el dolor en la zona baja del abdomen con una intensidad variable que puede estar acompañado de otros síntomas como: secreción vaginal, síntomas urinarios, sangrado intermenstrual o postcoital, dispareunia y puede cursar con fiebre.

Puede producirse un cuadro silente a la que se le llama subclínica. Tanto de una forma como de otra puede producir consecuencias a largo plazo como infertilidad por causa tubárica o dolor pélvico crónico.

El diagnóstico se basa en los síntomas y aumento de sensibilidad a la palpación uterina o anejos y a la movilidad cervical. La ecografía y otras técnicas de imágenes (TAC, RMN) pueden ayudar con otras enfermedades (como quiste ovárico, endometriosis, embarazo ectópico o apendicitis) para el diagnóstico diferencial.

El tratamiento se basa en la administración de antibióticos de amplio espectro que cubren los principales patógenos. Las recomendaciones para la hospitalización son mujeres embarazadas, no respuesta al tratamiento oral, afectación severa del estado general, presencia de absceso tubo-ovárico o previsión de intervención quirúrgica.

El tratamiento ambulatorio se basa en la combinación de una cefalosporina que puede ser ceftriaxona (500 mg IM en dosis única) junto a la doxicilina 100 mg cada 12 horas durante 14 días. El tratamiento hospitalario cefoxitina 2 gr intravenosa cada seis horas junto a la doxicilina misma cantidad a la anterior vía oral. (14)

5. Virus del herpes simple

Pueden estar producidas por dos diferentes serotipos del herpes (VHS - 1 y 2). Aunque la mayoría de los primeros episodios son causados por VHS- 1, las recidivas suelen ser más frecuentes por el VHS-2 en el área genital, por ello es importante conocer la distinción serológica entre ambos tipos para el pronóstico y conocer la información que vamos a darle al paciente.

El diagnóstico clínico del herpes genital es poco sensible. Es útil la serología específica que detecta IgG frente a cada serotipo, ya que la sensibilidad oscila entre un 80 al 98%. Su especificidad es del 96%. La PCR es muy sensible y específica.

El tratamiento del herpes genital debe comenzar desde el primer día, la terapia supresora reduce entre un 70 - 80% la frecuencia de recidivas e incluso muchos adolescentes se encuentran asintomáticos. El tratamiento que más se utiliza en el aciclovir. (11)

6. Hepatitis

Existen varios tipos de hepatitis:

Hepatitis A

La transmisión se produce de manera fecal-oral. Con un periodo de incubación de 15 a 50 días. De transmisión de tres semanas antes de la aparición de ictericia hasta una semana después. Suele cursar de manera asintomática o aguda con síntomas como anorexia, náuseas, vómitos que disminuyen tras la aparición de ictericia una o dos semanas después.

El diagnóstico es con la detección de IgM anti-VHA. El tratamiento es sintomático. Y se previene con la vacuna de virus inactivado, seguida de una segunda dosis a los seis o doce meses.

Hepatitis B

Se transmite de manera parenteral, sexual o vertical. Con un periodo de incubación de 45-180 días. La transmisión de las personas que tengan en ese momento AgHBs positivo son muy contagiosas.

Pueden permanecer sin síntomas o de manera aguda. En algunos casos puede ser fulminante. El 5% de los adolescentes y adultos evolucionan de manera crónica.

El diagnóstico se realiza con una serología.

El tratamiento si es fulminante es un trasplante hepático. Si es crónica se trata con entecavir o tenofovir. La manera de prevenirlo es con una vacuna inactivada obtenida mediante la recombinación genética que contiene HBsAG. Se debe administrar tres dosis, una inicial, otra al mes y la última a los seis meses desde la primera dosis.

Hepatitis C

Se transmite de manera parenteral, sexual y vertical. El periodo de incubación es de 20 a 120 días y se puede trans-

mitir desde una semana antes del inicio de los síntomas hasta la curación.

La clínica con la que cursa es asintomática en un 80% de los casos y sintomática en un 20%. El 85% de los casos puede evolucionar a cronicidad.

Se diagnostica con la detección de anticuerpos anti-VHC mediante una serología. No existe vacuna para este tipo. (11)

7. Sífilis

Es una enfermedad infecciosa sistémica producida por el *Treponema pallidum*. Se caracteriza por la presencia de úlceras y adenopatías.

El diagnóstico es mediante una serología. La penicilina es el tratamiento de elección, el tipo de penicilina, la dosis y la duración va depender del estadio que se encuentre la enfermedad. Y se debe realizar un seguimiento a las parejas sexuales activas en ese momento.

La manera de prevenirlo es la información sobre las prácticas que reducen el riesgo de infección de esta enfermedad. En los pacientes con una coinfección como el VIH sexualmente activos es necesario que se hagan la prueba una vez al año.

Los controles deben ser más frecuentes cuando existan múltiples parejas sexuales, en los que no utilizan medidas de protección en las relaciones sexuales o consumidores de drogas. (11).

8. Virus del papiloma humano

Es un virus ADN sin cubierta que pertenece al grupo de los Papilomavirus. Existen muchos genotipos de este virus, de los cuales 40 se pueden infectar por vía sexual mediante contacto directo con piel o mucosas, en el canal del parto y fómites. Se clasifican en función de la capacidad de oncogénesis en bajo, medio y alto riesgo.

Es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo. Pero en más de un 80% de los casos la infección es transitoria aclarándose en los dos años siguientes. La persistencia de ese virus puede provocar neoplasias, como la del cáncer de cérvix, cuya incidencia ha disminuido gracias al cribado con la citología.

Los pacientes infectados por el VIH tienen una tasa de infección por VPH más alta, lo que significa que estos pacientes tienen un mayor riesgo de cáncer.

La infección suele cursar de manera asintomática, en un subgrupo se pueden desarrollar condilomas acuminados o neoplasias en otras zonas que no sea el cérvix como en la vulva, vagina, ano, perineo,...

Los condilomas o verrugas genitales son lesiones benignas de distintas formas y tamaños, un gran porcentaje de los casos están producidas por los serotipos 6 y 11. No suelen dar clínica aparte de las molestias estéticas y psicológicas, aunque en ocasiones puede cursar con dolor,

sangrado o prurito y hay que tener en cuenta esto en los pacientes inmunodeprimidos.

Los papilomas respiratorios pueden dar verrugas en el tracto respiratorio superior por lo que podemos encontrar cambios en la voz y obstrucción en el paso del aire. Es muy frecuente en menores de cinco años por la adquisición del virus durante el trabajo de parto.

En el caso de las neoplasias es común que se produzca por grupos 16, 18, 31 entre otros.

La citología es la prueba que se emplea en el cribado de cancer de cérvix y anal por su bajo coste y la sencillez de la técnica. Antiguamente se usaba el Papanicolau, pero actualmente se utiliza la citología en medio líquido, ya que ofrece ventajas como evitar resultados alterados, reducir la contaminación bacteriana, disminuir el tiempo de interpretación, entre otras.

En el tratamiento existen diferentes alternativas: exéresis quirúrgica, coagulación mediante inferrojos, electrocauterización, fulguración con láser de dióxido de carbono y crioterapia.

Por tanto, ante todo esto es muy importante realizar prevención primaria, esto significa el uso de preservativo y la vacunación antes de la realización de las relaciones sexuales.

Actualmente existen tres vacunas frente al VPH:

- Bivalente (serotipos 16 y 18 que se asocian a la neoplasia cervical),
- Tetravalente (serotipos 6, 11, 16 y 18 los dos primeros se asocian a verrugas genitales)
- Nonavalente (serotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58)

Estas vacunas están indicadas para la prevención de cáncer de cérvix y lesiones como los condilomas. En España, dentro del calendario vacunal sólo contempla la vacunación a las niñas de 12 años dos dosis.

La Asociación de Pediatría Española refiere que las mujeres entre los 13 a los 26 años no vacunadas son grupo de riesgo y podrían ponérsela. (15)

A modo resumen en el siguiente cuadro se presentan todas infecciones ulcerativas descritas anteriormente cuales deben ser las pruebas diagnósticas que se debe hacer. (Anexo 4)

A parte de las infecciones de transmisión sexual, los adolescentes se pueden encontrar con situaciones no deseadas como una gestación.

Embarazo no deseado

Según la ONG Save The Children, cada año nacen 13 millones de niños y niñas de mujeres menores de 20 años (90% en los países en vías de desarrollo y un 10% en los países desarrollados).

Las dos principales causas de embarazo no deseado en la adolescencia están relacionadas con el nivel de vida social, económico y cultural de los habitantes de un país:

- Relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos
- Uso erróneo de los anticonceptivos
- El matrimonio adolescentes de algunas sociedades.

En los países desarrollados la media de edad en la que se empiezan a tener relaciones sexuales cada vez es menor, por lo que es muy importante trabajar en la educación sexual para evitar embarazos no deseados en la pubertad:

- Advertir el peligro de consumir drogas y alcohol ya que puede provocar desinhibición, falta de reflexividad, impulsividad,...
- Presión social e idealización del embarazo para lograr la aceptación de sus familiares, amigos o compañeros de clase.
- Falta de información y difícil acceso a una buena educación sexual o rechazo de la familia para hablar de estos temas de una forma abierta y natural.

Cuanto más joven es la madre, más peligrosa es esta situación debido a una malnutrición, partos prematuros, trastornos en el desarrollo y malformaciones. En muchos casos puede conllevar a la falta de atención médica, riesgo de preeclampsia, riesgo de fístula obstétrica, alta mortalidad de la madre y un embarazo unido a enfermedades de transmisión sexual.

A nivel psicológico y social es frecuente que encontremos abandono de los estudios, trauma del parto, alteraciones del núcleo familiar, ansiedad, estrés y problemas familiares y mantener relaciones inestables.

Es muy importante dar educación sexual para evitar los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, es por ello que hay que explicar los métodos anticonceptivos.

Métodos anticonceptivos

La anticoncepción durante la pubertad puede presentar peculiaridades. La primera es abordar la anticoncepción sin la presencia de los padres o tutores.

La ley básica que regula la autonomía de los pacientes establece que la edad adulta de los pacientes debe ser de 16 años, y se reconoce que el derecho a obtener atención médica no requiere la autorización de su representante legal, y que cuentan con consentimiento válido y vigencia.

Cuando se atienden a adolescentes menores de 16 años que no acuden con sus padres o tutores, habrá que poner en la historia clínica que se ha comprobado la madurez, que el método que han escogido es elegible y que se aconsejan que se informen a padres o tutores de que mantienen relaciones sexuales y que por tanto van a utilizar anticoncepción. Es importante respetar la confidencialidad y las decisiones de los adolescentes. (16)

La elección del método anticonceptivo requiere de consejo contraceptivo, por ello es necesario conocer las ventajas e inconvenientes de los distintos métodos anticoncep-

tivos y en muchos casos recomendar la doble protección. El consejo contraceptivo pretende:

- Conocer las necesidades de los adolescentes, que dependerá de la frecuencia de las relaciones sexuales, de si existe o no riesgo de infecciones de transmisión sexual.
- Es importante conocer los valores y creencias sobre la sexualidad, la anticoncepción, la eventualidad de un embarazo no deseado,...
- Identificar las características de cada adolescente para escoger el método más adecuado.
- Valorar el estado de salud para escoger el tipo de anticoncepción.
- Preguntar sobre el sangrado menstrual, dismenorrea, acné o hirsutismo, para que se puedan beneficiar de la anticoncepción hormonal.
- Dar a conocer los distintos tipos de métodos anticonceptivos, informando el uso de cada uno de ellos para que se adapte a sus necesidades, valores, preferencias y personalidad.
- Si se utiliza un método hormonal, se debe recomendar además el uso del preservativo para prevenir las infecciones de transmisión sexual.
- Proporcionar información correcta sobre el uso del anticonceptivo escogido, el manejo de eventualidades como rotura, olvidos, vómitos, uso de fármacos, y los posibles efectos secundarios que se pueden presentar.
- Ayudar a escoger el método.
- Proponer un seguimiento. (16)

MÉTODOS BARRERA

1. Preservativo

Indicado durante la adolescencia, solo o junto con otro método anticonceptivo, para evitar embarazos no queridos e infecciones de transmisión sexual.

Es el método más frecuente para los adolescentes, tienen a ser sustituidos por métodos hormonales cuando existe una pareja estable. Actualmente existe una amplia gama de preservativos de diferentes tallas, formas, texturas e incluso colores y sabores que permite que se adapte a cada adolescente.

Si se utiliza correctamente, tiene un alto efecto anticonceptivo y puede reducir el riesgo de varios tipos de infecciones de transmisión sexual. Este es un método muy seguro y no causará efectos adversos a la salud.

La tasa de embarazo es de 2 a 12 gestaciones por cada 100 chicas que lo utilizan durante un año. Aunque su uso parece muy fácil, siempre se debe dar todas las explicaciones, cómo comprobar la fecha de caducidad y explicar cómo abrirlo. Se debe utilizar con la erección.

Existe un alto porcentaje de adolescentes que no quieren usar el preservativo. Por lo que en la consulta hay que abor-

dar las dificultades y proponer soluciones ante los problemas que se presenten:

- Alergia al látex: hay que explicar que existen preservativos libres de látex, pero su rotura es superior así como el coste.
- Incomodidad: si es incómodo es porque se necesita una talla más grande.
- Si se arruga sobre la base del pene o se enrolla es porque el preservativo es demasiado grande.
- Disminución de la sensibilidad: existe una gama de preservativos que son más finos y extrafinos o preservativos sin látex que transmiten mejor la temperatura corporal.
- Interrupción de las relaciones sexuales: se puede proponer que la colocación se integre en el juego sexual.
- Dificultad para negociar el uso: se debería defender la utilización.
- No disponibilidad del preservativo: recomendar que si existe un encuentro sexual y no hay preservativo no realizar penetración.
- El uso de cremas y óvulos para el tratamiento de vulvovaginitis altera los preservativos. Hay que recomendar el uso de antifúngicos orales o evitar las relaciones sexuales con penetración mientras dure el tratamiento.
- Los preservativos tienen una tasa de rotura de alrededor de un 3%. Si la rotura se produce antes de la eyaculación debe cambiarse. Y si es después se debe tomar la anticoncepción postcoital. (16)

2. Preservativo femenino

También existe el preservativo femenino que es una bolsa cilíndrica de poliuretano o nitrilo que recubre a la vagina totalmente. Contiene un anillo interior que facilita la colocación e impide que entre los espermatozoides y otro anillo exterior que queda fuera de la vagina, cubriendo los genitales externos de la mujer. Para quitarlo se gira el anillo exterior y se tracciona suavemente.

Las ventajas que tiene son las mismas que el preservativo masculino, lo único que es más caro y de un solo uso. Puede colocarse ocho horas antes del coito. Como inconveniente es más difícil de colocar y poco estético.

Si se rompe hay que tomar anticoncepción de emergencia postcoital. No se debe utilizar acompañado del preservativo masculino, ya que la fricción entre ambos puede provocar rotura. (16)

3. Diafragma

Es un disco de látex que se coloca en el interior de la vagina antes de las relaciones coitales y únicamente cubre el cérvix impidiendo el paso de los espermatozoides de la vagina a la cavidad uterina.

Existen hasta 18 tallas diferentes y para su uso es muy importante el asesoramiento en la consulta. Debe de cubrir el cuello por completo y se debe recordar que se debe usar siempre con espermicidas si se realiza un único coito y si es más de uno se debe añadir crema espermicida.

No se debe quitar hasta pasada seis horas de las relaciones sexuales y no se debe dejar más de 24 horas colocado por el riesgo de infección. No es de un solo uso, puede lavarse con agua y jabón y guardarse una vez que esté seco.

Como inconveniente puede favorecer la aparición de infecciones urinarias. Hay que comprobar su integridad cada vez que se usa. Previene de embarazo no deseados, pero no previene de infecciones de transmisión sexual (16)

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

Es un método recomendable en adolescentes sanas que mantienen relaciones sexuales con frecuencia y no requieren protección frente infecciones de transmisión sexual debido a que tiene un pareja estable. Es tratamiento de elección para las dismenorreas, sangrados abundantes, síndrome de ovario poliquístico, acné o hirsutismo.

La anticoncepción hormonal combinada está relacionada con el estrógeno (generalmente etinilestradiol) y la progesterona, que varía según las diferentes preparaciones. No puede prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Pueden existir algunas contraindicaciones en la adolescencia que se debe evitar su uso:

- Mutaciones trombóticas
- Enfermedad tromboembólica (trastornos venosos superficiales no contraindican el uso de anticoncepción hormonal)
- Presencia de anticuerpos antifosfolípidicos.
- Cirugía mayor o inmovilización prolongada.
- Migrañas con aura.
- Hepatitis aguda.
- Tumores hepáticos.
- Uso de anticonvulsivos, ya que pueden disminuir la efectividad de los anticonceptivos.
- Tratamiento con lamotrigina
- Tratamiento con rifampicina que pueden disminuir la efectividad.
- Uso de hierba de San Juan, por su efecto de inducción enzimática con disminución de la eficacia anticonceptiva.
- Primeras tres semanas postparto en mujeres no lactantes por el riesgo de enfermedad tromboembólica.
- Durante la lactancia materna.

Además de prevenir embarazos no deseados, también pueden usarse para tratar medicamentos antiinflamatorios,

sangrado menstrual frecuente o excesivo, amenorrea y oligomenorrea, acné e hirsutismo dismenorrea primaria que no responde.

Reduce en 50 - 76 % el riesgo de patología benigna mamaria, disminuye la incidencia de quistes ováricos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y de endometrio, prolongando la protección 15 años después de su uso.

A los adolescentes les preocupa el uso de estos anticonceptivos por el miedo de la ganancia de peso. Otros efectos indeseables son:

- Náuseas y vómitos.
- Sangrado entre reglas.
- Cloasma, se debe recomendar la fotoprotección.
- Cambios en la libido y en el humor. (17)

1. Píldoras

Existen en el mercado diversas marcas:

- La primera elección es la combinación de etinilestradiol y levonogestrel.
- El preparado con etinilestradiol y norgestimato es de elección cuando se presenta acné o hirsutismo.
- Si existe manifestaciones androgénicas puede utilizarse acetato de ciproterona que se debe suspender tras tres meses de mejoría.
- Las que contiene drospirenona como progesterona deben considerarse de segunda línea, y se debe utilizar cuando existen efectos adversos en los anteriores preparados como: cefalea, aumento de peso, congestión mamaria,...

Se debe recomendar el inicio entre el primer y el quinto día de la menstruación, pero se puede comenzar en cualquier momento del ciclo. Una estrategia educativa es el Sunday Start, la adolescente comenzará la toma el primer domingo después del inicio de la regla.

Si se toma la píldora cinco días después del ciclo debe utilizar durante siete días medida de protección de barrera hasta haber tomado 7 píldoras. Algunos adolescentes prefieren 28 comprimidos en los que los 7 últimos son placebos.

Para mejorar el cumplimiento, conviene dar verbalmente y por escrito instrucciones sobre los olvidos, ya que son frecuentes:

- Si se olvida una píldora, se debe tomar cuanto antes y continuar el envase sin tomar medidas anticonceptivas adicionales.
- Si se olvida dos píldoras consecutivas, tomar cuanto antes una de las píldoras olvidadas, continuar con el envase de manera rutinaria, utilizar medidas anticonceptivas adicionales durante siete días.
- Si aparecen vómitos o diarrea dos horas después de la toma, se recomienda tomar una píldora, si el problema

gastrointestinal continua se deben tomar medidas anti-conceptivas adicionales. (17)

2. Anillo vaginal

El anillo es un aro que libera 15 mcg de etinilestradiol y 0.12 mg etonogestrel diarios y que no contiene látex. Tiene una eficacia similar a los anticonceptivos hormonales combinados orales. El uso de estos anticonceptivos son los adolescentes que tienen muchos olvidos frecuentes.

Este método evita el primer paso del hígado, exhibe una liberación y no se ve afectado por cambios en el tracto gastrointestinal, y el riesgo relativo de enfermedad tromboembólica en comparación con las vías orales no está claro.

En algunas ocasiones puede producir sensación de cuerpo extraño en la vagina, molestias en el coito, leucorrea, mal olor vaginal e incluso se puede expulsar espontáneamente. Es más caro, pero actualmente hay algunas marcas que están financiadas.

El anillo se coloca en la vagina entre el primer y el quinto día de la menstruación y es fácil de insertar. El anillo se comprime entre los dedos y se introduce en la vagina. Una vez colocado no debe notarse. Se debe dejar colocado durante tres semanas, retirándose el mismo día que se insertó.

Para retirarlo se tracciona con el dedo índice. Pasada una semana sin el anillo, se debe colocar uno nuevo el mismo día que se colocó el anterior.

Se recomienda utilizar un método anticonceptivo de barrera durante 7 días en el primer ciclo. Se recomienda comprobar si está en la vagina con regularidad. No se recomienda quitarlo durante las relaciones sexuales, pero si lo hace, no debe quitarlo de la vagina durante más de tres horas o más de una vez por ciclo porque afecta la efectividad, y los métodos de barrera deben usarse durante siete días.

Si no han transcurrido más de cuatro semanas, debe extraerse y a continuación colocarse otro. Si transcurren más de cuatro semanas, colocar un nuevo anillo y utilizar anticoncepción barrera durante siete días.

El uso de óvulos no parece afectar a la eficacia de la contracepción, pero puede aumentar el riesgo de rotura del anillo. (17)

3. Parche vaginal

Este es un método transdérmico que libera 20 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de norefisterina al día. Su eficacia es similar al método anticonceptivo explicado anteriormente, pero es necesario prestar atención a la adherencia de la piel, y se cree que el efecto anticonceptivo de las mujeres obesas puede ser menor.

En los adolescentes la aceptación de este método no es alta por la visibilidad del parche y porque se puede despegar por el ejercicio físico. Parece estar asociado con un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica venosa.

No se ve afectado por enfermedades gastrointestinales, y durante los primeros meses provocará leves reacciones cu-

táneas en los lugares donde se coloca, manchas, sangrado y tensión mamaria. El sangrado menstrual puede ser más prolongado que el de la píldora.

El primer parche se debe colocar el primer día de la menstruación y continuamente uno cada semana durante tres semanas, seguidas de un intervalo libre de siete días en el que se producirá la menstruación. Se colocarán parches continuos en diferentes posiciones en el pecho, espalda, abdomen, brazos y pecho.

Se debe evitar colocarlo en el seno, porque una alta concentración local de estrógeno puede causar tensión en el seno. Si comienza a usarlo en otros momentos del ciclo, se recomienda el otro método de 7 días.

Pueden existir olvidos en la colocación:

- Del primer parche del ciclo: colocarlo lo antes posible y utilizar un método anticonceptivo alternativo durante siete días.
- Si es inferior a 48 horas del segundo o tercer parche: No se requieren medidas anticonceptivas adicionales y no se debe cambiar la fecha del parche.
- En el segundo o tercer parche, más de 48 horas: debe usar otro método durante siete días y luego cambiar la fecha de aplicación. Si ha tenido relaciones sexuales, debe tomar medicamentos poscoitales.
- Si se retrasa quitar el tercer parche: quitar lo antes posible y no modificar el día de aplicación.

Puede existir despegamientos:

- Si se ha despegado menos de 24 horas: recolocarlo y comprobar que siga continuando la adhesividad si no es así colocar un nuevo parche.
- Si se ha despegado durante más de 24 horas: colocar otro parche, cambiar el día de cambio y utilizar anticoncepción adicional durante siete días.

Son necesarios los controles sucesivos para el cumplimiento de la anticoncepción. Se puede realizar consulta telefónica por si existen dudas o problemas.

Se debe realizar un primer control en consulta a los tres o seis meses para ver los posibles efectos secundarios y aclarar cualquier duda. Los siguientes controles se deben fijar. Y se debe tomar la tensión arterial cada año o dos (17).

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL CON SOLO PROGESTÁGENOS

Son una buena alternativa cuando no se puede utilizar anticoncepción combinada ya que produce efectos secundarios o prefieren métodos de larga duración como el implante o la inyección trimestral.

Son de elección para los adolescentes cuando existe alguna contraindicación con otros métodos como: náuseas, cefalea, cambios de humor, depresión, disminución de la libido, retención de líquidos,... Estos anticonceptivos son

continuos. Pueden provocar un patrón impredecible de sangrado como los spottings.

La eficacia de la anticoncepción en los métodos hormonales se encuentra en el gestágeno a través de diferentes mecanismos de acción:

- Inhibición de la secreción de hormonas gonadotrópicas del eje hipotálamo hipofisario, delimitando e impidiendo a nivel ovárico la maduración folicular y por tanto inhibe la ovulación.
- Aumento del moco cervical, por lo tanto disminuye la circulación y el paso de los espermatozoides.
- Anular el efecto de los estrógenos en el endometrio.
- Inhibición de la capacitación de los espermatozoides.
- Disminución de la movilidad de las trompas de falopio. (20)

Este tipo de anticoncepción solo con gestágenos no afecta para comenzar la lactancia materna y por tanto no va a alterar ni la calidad ni la cantidad de la leche humana.

Si se excreta progesterona en cantidades pequeñas en la leche, en los estudios actuales no se han observado efectos adversos con respecto al crecimiento y el desarrollo a corto y medio plazo de los lactantes. Según la OMS, se recomienda este tipo de anticoncepción durante las seis primeras semanas. (21)

1. Píldora con gestágenos

Actualmente en España, el PSG disponible comercialmente contiene 75 mcg de Desogestrel (DSG), conteniendo 28 comprimidos, que pueden inhibir la ovulación en más del 95% del ciclo y producir cambios en el moco cervical, que no favorecen el paso de los espermatozoides.

Por lo general, se comienza el primer día de la menstruación y siempre se toman las píldoras diarias a la misma hora sin interrupción.

El margen de seguridad se establece en 12 horas, por lo que los retrasos más allá de este tiempo se consideran olvidados y, una vez finalizado el uso de la anticoncepción, la fertilidad se recuperará rápidamente.

Si olvida tomar PSG, la SEC recomienda tomar la píldora olvidada inmediatamente en su reunión de consenso, y si se olvida tomarla por más de 12 horas, se recomienda usar la terapia dual dentro de los 2 días. Si existe riesgo de relaciones sexuales durante este período, se recomienda tomar anticoncepción de urgencia.

En vista de sus bajos efectos androgénicos, tiene un impacto mínimo sobre el metabolismo de hidratos de carbono y los lípidos y no afecta los parámetros hemostáticos, la presión arterial u otros sistemas fisiológicos. (20)

Este tipo de anticoncepción lo que provoca una inhibición de la ovulación, a una determinada dosis, solo la desoprogesterona progesterona inhibe la ovulación en el 97% del ciclo a través del mecanismo de retroalimentación negativa de la secreción de LH.

La base de otras píldoras de progesterona tradicionales de levonorgestrel solo (40-50%) que inhiben el levonorgestrel solo en ciclos aleatorios y produce que el moco cervical disminuya su fluidez y se produce una atrofia endometrial.

No se recomienda en mujeres que se hayan sometido a una cirugía bariátrica y que estén con tratamiento crónico inductores del citocromo p450.

Como efectos secundarios podemos encontrar la disminución del sangrado, dismenorrea y dolor pélvico. Y como efectos adversos un sangrado irregular, acné, cambios de humor, mastalgia, náuseas, quistes ováricos.

También hay que tener en cuenta la lactosa como excipiente por lo que hay que evitar la prescripción en aquellas personas intolerantes a la lactosa. (21)

2. Implante subdérmico

Existen dos tipos de implantes disponibles:

- Implante de etonogestrel: formado por acetato de vinilo - etileno que contiene 68 mg de etonogestrel. El medicamento se libera continuamente dentro de los tres años posteriores al período de validez. Contiene sulfato de bario, lo que lo hace radiopaco.
- Implante de levonogestrel: Consta de dos tubos de caucho de silicona que contienen 75 mg de esta progesterona y un polímero que puede liberarse de forma continua durante cinco años.

La inserción se realiza en la cara interna del brazo no dominante, a 6 - 8 cm del codo. Se recomienda que se firme un consentimiento informado por parte de la mujer. Y la inserción se realizará en la consulta en condiciones asépticas junto a la infiltración de anestésico local.

Ambos implantes tienen un sistema de precargado para que se realice lo más superficial posible y lo más paralelo a la piel.

Después de la inserción se debe mirar que esté bien colocado y que se pueda palpar, se aplicará un vendaje compresivo que se retirará a las 24 horas, para evitar la aparición de hematomas.

Para después retirarlo, primero se debe localizar el implante palpando y se debe infiltrar la zona con anestésico local, si no se palpa se debe localizar con ecografía y cuando es muy difícil con resonancia.

El área penetró hasta el extremo más cercano y se hizo una pequeña incisión con anestesia. Se debe empujar desde el extremo distal y retírelo con unas pinzas. Hay veces que se encapsula y es complicado extraerlo por lo que hay que hacer una incisión en la cápsula. Después de la extracción, se colocó la tira sobre la piel y se retiró el vendaje 24 horas después.

Presenta las mismas interacción que la píldora solo con gestágenos ya que se metaboliza en el hígado mediante la vía del citocromo P450, por lo que hay que tener cuidado con medicamentos que pueden interaccionar.

Como efectos secundarios, los implantes suele provocar amenorrea. Y los efectos adversos trastornos en el ciclo, este tipo de problema provoca que las mujeres dejen de usar este tipo de anticonceptivo. Otros efectos que podemos encontrar: disminución de la libido, cambios en el estado de ánimo, dolor mamario, náuseas y quistes ováricos.

El tiempo para implantar el implante después del parto (colocación inmediata o 6-12 semanas después) no parece afectar el patrón de sangrado que ocurrirá. Lo mismo es cierto después de la colocación después del aborto. (22)

3. Acetato de medroxipogestrona inyectable

Existen diferentes fórmulas de progesterona inyectable. Las más usadas son las intramusculares de acetato de medroxipogestrona 150 mg, que se administra cada tres meses. También existe una subcutánea de 104 mg que también se pone cada tres meses.

El mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación. El inyectable subcutáneo muestra una absorción lenta al depósito convencional. También provoca cambios a nivel del moco cervical y provoca atrofia endometrial. Es frecuente que durante el primer año se curse con amenorrea.

Está contraindicado en mujeres con osteoporosis. Y los efectos secundarios que puede dar son el sangrado irregular que es el motivo de abandono de las mujeres. Aumento de peso y cambios metabólicos, pérdida de masa ósea. (23)

4. Sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel

Existen dos tipos de dispositivos intrauterinos con progesterona:

- Sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (Mirena y genéricos): Es un dispositivo de polietileno en forma de T, de 32 mm de longitud, con un cilindro de silastic alrededor de la rama vertical que contiene la progesterona, que en este caso es el levonorgestrel. Tiene una duración de cinco años, cuando se coloca en mujeres mayores de 45 años puede mantenerse hasta siete años conservando su eficacia anticonceptiva. (24)
- Minisistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (Jaydess): Es un dispositivo de polietileno en forma de T, con un cilindro de silastic alrededor de la rama vertical. El cilindro tiene una membrana permeable que regula la liberación de la hormona, a un ritmo relativamente constante de 14 µg/día. Además, contiene un anillo de plata situado cerca de los brazos horizontales, que lo hace visible por ecografía. Tiene una duración de tres años desde su colocación. (25)

El mecanismo de acción se basa en cambios en el endometrio y en el moco cervical. La alta concentración de levonorgestrel en el endometrio reducirá la concentración de receptores de estrógeno y progesterona en el endometrio, haciéndolo insensible al estradiol circulante y teniendo un fuerte efecto antiproliferativo. Durante el uso se advierte de cambios atróficos y malas reacciones locales a cuerpos extraños.

También inhibe la ovulación. El Mirena tiene tasas de alrededor al 25% y el Jaydess inferior al 5%.

La técnica de inserción hay que recordar aspectos importantes:

- Informar a la mujer de los beneficios y las contraindicaciones.
- Debe firmar un consentimiento informado.
- Importante tomar un antiinflamatorio para aliviar los dolores uterinos.
- Realizar un tacto vaginal, para identificar la posición y descartar las posibles anomalías.
- Poner el dispositivos intrauterino con guía.
- Después de colocarlo, los hilos guías deben salir del cervix externo.
- Si existen dudas de la colocación, es importante verlo mediante ecografía.
- Se debe realizar revisión entre 4 y 12 semanas posteriores a la colocación y después una vez al año.

Con respecto a las interacciones medicamentosas, no se han encontrado, ya que el mecanismo de liberación es local.

Contraindicaciones de su uso:

- Enfermedad inflamatoria pélvica actual o pasada.
- Cervicitis
- Endometritis postparto
- Aborto sépticos en los últimos tres meses.
- Cáncer de cérvix.
- Anomalías uterinas como un mioma.

Efectos adversos que se pueden encontrar:

- Durante los seis - doce primeros meses, el sangrado es irregular, pero al cabo de un año las mujeres manifiestan amenorrea.
- Dismenorrea
- Perforación, puede ocurrir durante la inserción. Posible factor de riesgo de una cesárea anterior. Se suspende el procedimiento y vigilancia del dolor. Se recomienda control semanal y esperar seis semanas para volver a colocarlo.
- Descenso y expulsión, cuando desciende hay que retirarlo. La expulsión del dispositivo puede que no sea percibida por la mujer, esto suele pasar los primeros tres meses con la menstruación o mujeres nulíparas.
- Riesgo de embarazo ectópico
- Sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica, en caso que esto pase se desaconseja su extracción excepto que los síntomas no disminuyen en las siguientes 72 horas.

- Presencia de Actynomyces.
- Quistes ováricos (24)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Un 3.6 % de mujeres en España utiliza este método. Normalmente se suele utilizar después del parto, por lo que el rango de edad más frecuente es entre los 35 y 49 años.

El índice de Peral es de 0.6 %. Su mecanismo de acción es sobre la interferencia que hace sobre el endometrio, consistente en la sustitución de células específicas del tejido por la inflamación debido al identificar un objeto extraño.

El DIU debe colocarlo un profesional sanitario después de una citología y que se encuentre adiestrado en ambas cosas. Puede colocarse en cualquier momento del ciclo, siempre y cuando la mujer esté segura de que no existe embarazo. (28)

La Federación de Matronas de España manifiesta que sobre la inserción del DIU, se consideran calificados los profesionales que hayan recibido capacitación técnica y hayan completado al menos 12 operaciones de inserción en doce meses.

Respecto a la formación de las matronas, en el BOR (Orden SAS / 1349 / 2009, del 6 de mayo), se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrica – ginecológica (matrona). En él consta que «La matrona es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios en los que se considera una figura esencial, que incide en un ámbito social tan importante como la maternidad y la atención integral durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad».

Por lo tanto, las enfermeras en formación en obstetricia y ginecología deben tener conocimientos y utilizar diferentes métodos anticonceptivos, incluidos los dispositivos intrauterinos y los implantes subcutáneos. (28)

Muchas mujeres sienten miedo a la hora de la inserción de este dispositivo por ello muchas de ellas no toman la decisión de ponérselo.

Este dispositivo es una T de plástico que mide unos 36 mm de alto y 32 mm los brazos, está rodeado de 380 mm² de cobre en su barra vertical y en los brazos horizontales. El cobre es tóxico para los espermatozoides y los ovocitos, ya que interfieren alteraciones en la fecundación., altera el moco cervical y produce una reacción antiinflamatoria endometrial para impedir la implantación.

Algunos autores los consideran un método abortivo y otros consideran abortivo cuando se ha generado una implantación. Lo que sí está claro que una vez se produzca la implantación el DIU de cobre está contraindicado, ya que este no tiene el mecanismo para impedir la evolución del blastocisto.

Es el dispositivo intrauterino en general, es el que tiene mejor índice tiene en prevención de embarazo cuando se usa como anticoncepción de emergencia, pero el de cobre es el menos usado.

Los beneficios que podemos encontrar:

- Existe un 99% de efectividad de prevenir una gestación.
- No se necesita pensar en un anticonceptivo cada vez que se mantiene relaciones sexuales.
- Tiene una duración de 3 a 10 años.
- Es un método anticonceptivo barato.
- Una vez que se retira, vuelve la actividad fértil.
- Este tipo de dispositivo no tiene efectos secundarios hormonales.
- Protege frente al cáncer de endometrio y el cáncer de cervix.

Las desventajas:

- No previenen enfermedades de transmisión sexual.
- Puede salir de su sitio, aunque es algo poco frecuente.
- Puede causar cólicos, periodos menstruales prolongados y abundantes.
- Manchados intermenstruales.
- Aumenta el riesgo de embarazo ectópico

Las principales contraindicaciones del dispositivo intrauterino de cobre son:

- Alteraciones de la cavidad uterina
- Embarazo o sospecha del mismo.
- Sangrado uterino no identificado el motivo.
- Cáncer de cérvix
- Cáncer de útero.
- Cervicitis mucopurulenta.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Enfermedad de Wilson.

Las principales complicaciones son:

- Perforación uterina.
- Dolor pélvico crónico
- Dismenorrea
- Sangrado uterino abundante.
- Expulsión frecuente del método anticonceptivo.

El método anticonceptivo de emergencia más eficaz para prevenir embarazos no deseados en el útero es utilizar un dispositivo intrauterino de cobre; también tiene la mejor relación costo-beneficio y la ventana de administración más larga (120 horas). Ofrece la posibilidad de iniciar y seguir utilizando métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada. (28)

Sexualidad en el periodo preconcepcional

La maternidad es el tránsito a la vida adulta. La integración en la comunidad se hace completa con la incorporación de nuevos miembros, a través de la maternidad y paternidad. Es por tanto la manera más directa de adquirir la calidad adulta, si bien no es la única.

El deseo de embarazo introduce en la pareja una serie de elementos, estos van desde la sexualidad o manera de percibir y vivenciar cómo la mujer o el hombre que son, pasando por el tipo, expresión y gestión de sus deseos.

Cuando el proyecto de convertirse padres se convierte en un proyecto importante, comienza aparecer dos tipos de deseos: por un lado el deseo de tener un hijo y por otro lado el deseo del encuentro erótico. Dos motivaciones diferentes que para algunos y en algunos momentos comparten un mismo gesto.

El deseo de tener hijos mediante la gestación, precisa de una cuestión concreta (eyacuación del pene en la vagina en el momento que hay un óvulo). Este deseo convive con el deseo erótico, cuyo objetivo es encontrarse con el otro, la búsqueda del otro con quien disfrutar, compartir y las complejidades que surgen.

Para la mayoría de las parejas, el deseo de tener hijos pasa por el embarazo como vía principal. Es un deseo muy significativo que en muchos momentos es difícil de conseguir y por tanto en la pareja va crear tensiones y conflictos. Estos conflictos suelen recalcarse más en la intimidad de los encuentros eróticos.

Estos conflictos puede venir por una infertilidad, que la OMS, la define *“como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones”*.

Las parejas que buscan un embarazo en la consulta preconcepcional, se le debería de informar que el 85 % de las parejas conseguirán embarazo durante el primer año, las restantes la mitad lo harán durante el año siguiente. Esto se debe a que la cópula debe coincidir con la ovulación.

Hoy en día las parejas tienen diferentes estrategias para crear una familia y por tanto la mayoría de los embarazos son planificados, pero suele ocurrir que cuando una pareja se decide, se imaginan que va ser fácil en un plazo breve de tiempo y sin dificultad.

Cuando este ansiado embarazo no se produce, la pareja tiende acudir al médico y comienza un proceso lento, doloroso, de pruebas y diagnósticos. En algunos casos no existe una causa justificada, en otros la causa podría estar en uno o en los dos miembros de la pareja.

Cuando se comunica la noticia de infertilidad, suele provocar un desajuste sexual, puede llevar a una desunión o a una unión de la pareja. Pero normalmente un proceso de infertilidad tiene consecuencias en la sexuación de mujeres y hombres. (5)

La infertilidad para las mujeres:

- La maternidad es un elemento sexuante muy valioso.

- Históricamente a la mujer se le han asignado binomios inseparables, tales como mujer – madre, mujer – familia, lo que ha tenido influencia en muchas esferas femeninas.
- El maternaje como comportamientos asignado a las mujeres, si existe imposibilidad puede crear frustración.
- Las mujeres se han adaptado a la esfera pública, pero siguen funcionando como cuidadoras y sostén emocional de los seres queridos. A muchas les cuesta reconocer y reivindicar los deseos y expresarlos en forma de petición.

La infertilidad para los hombres:

- La paternidad forma parte de la identidad masculina, elemento clave de masculinidad.
- Existe presión social dirigida a forzar a los varones a tener hijos. La infertilidad puede desencadenar en los hombres sensaciones de pérdida de virilidad.

El papel de la matrona en estos casos, sería tomar a la pareja como elemento central de nuestro acompañamiento en el proceso de maternidad e infertilidad. Como matronas podemos acompañar a hombres y mujeres a entender sus deseos y proporcionarles estrategias que les faciliten tener vivencias satisfactorias e incorporar ajustes. (5)

Sexualidad durante la gestación

En la actualidad, la sexualidad va más allá de la reproducción. Ocupa un lugar importante en la mayoría de las relaciones. Algunos autores planteaban la posibilidad de que pudieran existir consecuencias nocivas de las relaciones sexuales durante la gestación fundamentalmente relacionadas con el parto pretérmino.

La salud sexual incluye tres conceptos básicos: capacidad para tener relaciones sexuales, ausente de miedo y no tener enfermedades orgánicas. Ante todo el disfrute de la actividad sexual y la reproducción y su regulación de la moral personal y social.

El segundo punto –la ausencia de miedo- en la que incluye vergüenza, sentimientos internos, mitos, creencias infundadas y factores psicológicos que reprime o interrumpe las relaciones sexuales. La tercera es que no existe ninguna enfermedad orgánica presente durante la gestación.

Richard Perkins, estudió sobre la sexualidad durante la gestación, encontró que las embarazadas a término, tienen mayor número de relaciones sexuales y tiene presencia de orgasmos, a diferencia de las embarazadas que al final tenían partos prematuros. También señala que la sexualidad es satisfactoria y plena, puede provocar pérdida de tensión.

Otra de las autores relevantes en la sexualidad es Virginia Jonson, refiere que durante la gestación las funciones y las sensaciones sexuales no son uniformes. Para las gestantes algunas comentan que es el periodo de mayor goce sexual y para otras tienen la sensación de una disminución

de la sexualidad. Independientemente de cada gestación, existen algunas características comunes durante el proceso de embarazo que son:

- Ansiedad
- Irritabilidad
- Labilidad
- Ambivalencia.
- Necesidad de apoyo

Se han desarrollado investigaciones sobre la respuesta sexual humana y su interpretación. Master y Johnson desarrollaron un modelo de respuesta sexual en cuatro etapas:

- Excitación
- Meseta
- Orgasmo
- Resolución.

En 1974 Kaplan lo modificó al añadir un nuevo concepto, y dividió las respuestas sexuales en tres fases:

- Deseo
- Excitación
- Orgasmo

Modificaciones que se produce en el embarazo y la influencia con la sexualidad

Estos son algunos de los cambios que pueden aparecer en el cuerpo de la mujer:

- Aumento de la frecuencia respiratoria, cardiaca, fatiga y disnea.
- Aumento de la temperatura basal, relajación de las fibras musculares.
- La tensión arterial desciende, suele producirse hipotensión en decúbito supino.
- Elevación de la presión venosa y disminución del retorno venoso, que puede provocar varices, hemorroides y edemas.
- Anemia fisiológica propia de la gestación por la hemodilución.
- Frecuentes infecciones urinarias, incontinencia urinaria y polaquiuria.
- Náuseas y vómitos.
- Reflujo esofágico y pirosis.
- Sangrado en las encías y gingivitis.
- Saliva más ácida.
- Disminución del tránsito intestinal, lo que puede provocar estreñimiento.

- Lordosis y lumbalgias.
- Calambres nocturnos.
- Aumento de la pigmentación de la areola y vulva.
- Aumento del flujo sanguíneo cutáneo.
- Incremento de peso, estrías,..
- Presencia de leucorrea
- Aumento del volumen, sensibilidad y tensión mamaria.
- Puede fluir calostro desde el inicio de la gestación hasta el final.
- Aumento de acné, sudoración y crecimiento de pelo.

En algunos casos la pareja verá estos cambios de manera armoniosa y otras les puede provocar malestares. Por tanto la sexualidad, la erótica, la amatoria se presentan como dimensiones humanas y hay que recoger todas las experiencias que viven los hombres y las mujeres.

Con frecuencia se dan una serie de recomendaciones para integrar estos cambios y en algunos casos se presupone aquellos aspectos que dicho cambio facilita o dificulta para las mujeres y los hombres.

Sería interesante pensar que las recomendaciones a incorporar en la pareja ejerce una influencia en la vivencia de la sexualidad de la gestante.

Las parejas que acuden a las consultas de embarazo, la educación maternal, las urgencias, la dilatación y el parto son sujetos sexuados.

El embarazo no se puede considerar de manera reproductiva y menos se debe considerar como un periodo breve y estático. Tanto durante la gestación como tras ella en el puerperio se producen una serie de cambios fisiológicos, hormonales y psíquicos que pueden influenciar en la función sexual y puede prolongarse hasta seis meses después del parto.

En algunas parejas consideran estos cambios de manera negativa, ya que los relaciona con dispareunia, pérdida de deseo, anorgasmia tanto en la mujer como en el hombre, disfunción eréctil o trastornos de lo libido.

Algunas mujeres, tras conseguir el deseo tan esperado de embarazo, se sienten más atractivas, también por el aumento del tamaño de las mamas. En este grupo de mujeres, se suele dar una vida sexual y de pareja mejor que en la época pregestacional. (18)

Ante todos estos cambios físicos y psicológicos que se presentan con una gestación, la pareja debe ser un apoyo emocional y garantizar el equilibrio psicológico. Actualmente existen pocos estudios sobre la conducta sexual. (19)

Con respecto al deseo sexual, se relaciona que no existe diferencia significativa previa a la gestación. Pero si hay un gran porcentaje de gestantes que refieren que existe un incremento del deseo sexual durante el segundo tri-

mestre. Con respecto al primer trimestre presentan el mismo deseo sexual y en el tercer trimestre suele disminuir.

El hecho de que el deseo sexual se mantiene, produciéndose un aumento en el segundo trimestre, que suele coincidir con la disminución de los síntomas que se presentan en el primer trimestre, por tanto comienza una etapa de equilibrio de interés por las relaciones sexuales.

Por otro lado Johnson, considera que los efectos del embarazo en cuanto a la función sexual y los sentimientos no son uniformes, porque el embarazo de algunas mujeres es un período de conciencia y disfrute sexual, mientras que otras son no notaron ningún cambio o declive en su vida sexual, y el deseo y la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye durante las relaciones sexuales.

El embarazo cambia a medida que avanza el físico y las molestias que provocan; resaltan y provocan mayor Sentirse mal a medida que avanza el embarazo.

Los estudios han demostrado que se puede ver que el deseo sexual de las mujeres se reduce cuando necesita cuidados y protección, haciendo del embarazo una oportunidad única mejora la comunicación interpersonal, lo que explica preferencia por la actividad sexual durante el embarazo y por qué en el estudio.

Uno de los estudios publicados por la Federación Matronas, observaron, que a la mayoría de las gestantes se le disminuye el deseo sexual, la actividad y la satisfacción sexual. Las principales causas de estos cambios, señalaron las molestias físicas, miedos (sobre todo por hacer daño al feto).

Al comparar con la situación anterior al embarazo, podemos observar que, además de la satisfacción general, la satisfacción del embarazo reduce la satisfacción con todos los aspectos relacionados con el sexo, como el orgasmo y el dolor.

Con respecto a la gestación, se produce una disminución del deseo y la erótica, pero esto no influye en la satisfacción sexual y en la convivencia de la pareja. Aun así, se puede afirmar que teniendo una convivencia muy satisfactoria, con buena comunicación, afecto, respeto, ilusión,.. el deseo y la erótica disminuyen durante el embarazo aunque se quiera evitar.

Esta disminución del deseo normalmente no se debe a causa de la convivencia con la pareja si no por los cambios que se sufre en el proceso gestacional y para afrontar el nuevo rol de madre.

Muchas parejas en este sentido sienten que no están bien informados acerca de la sexualidad y los cambios que se producen en esta etapa, y lo único que tienen de información son las amistades, familiares o incluso Internet que puede darle una información errónea

Por tanto es importante que las matronas seamos receptivas ante esto y las necesidades de la mujer en esta materia, aportando la información que necesiten en cada momento en llamadas, consultas individuales o de pareja e incluso talleres.

Sería muy importante hacerle ver a la gestante como es su cuerpo cambiante. Debemos facilitarles herramientas para que el deseo sexual aflore. Por tanto es muy importante potenciar la preparación de las matronas en materia de sexualidad, ya que es un referente en las mujeres en su etapa reproductiva. (18)

Sexualidad en el puerperio y la lactancia

En el puerperio es importante abordar a nivel psicosocial para valorar cómo puede estar afectada la sexualidad.

Con respecto a los cambios físicos:

- Cambios postpartos: loquios, hemorroides, dolor de espalda, varices vulvares,..
- Disminución de la cantidad estrogénica, puede influir en la tristeza puerperal, adelgazamiento de las paredes vaginales y disminuye la lubricación vaginal.
- Aumenta la prolactina por lo que disminuye la testosterona que esta relacionado con el deseo sexual.
- El aumento de oxitocina con la succión del recién nacido produce excitación sexual.
- Los cambios en los genitales tras el parto suele provocar miedo a la reanudación en las relaciones coitales.
- El suelo pélvico disminuye el tono muscular.
- El pecho durante la lactancia puede perder contenido erótico para algún miembro de la pareja.
- El cansancio condiciona el estado de ánimo de la mujer.

Cambios psicoemocionales:

- Tristeza puerperal, la mujer se puede sentir mala madre por no estar contenta.
- Sentimiento de inseguridad con la maternidad.
- Pensamiento único en el recién nacido y no en la pareja.
- Cambio en la relación de la pareja, pueden aparecer deseos que antes no habían surgido. Ambos necesitan compartir un espacio íntimo.
- Modificaciones del esquema corporal. Se sienten poco atractivas, temen no volver a sentirse deseadas y por tanto todo esto produce malestar.
- El miedo a comenzar de nuevo las relaciones sexuales y con ella una nueva gestación puede crear ansiedad en la pareja.

Cambios sociales:

- Adaptación del nuevo rol parental.
- El nacimiento del recién nacido es un acontecimiento social positivo en el que participan otras personas y las

parejas pueden estar agobiadas con las visitas o las llamadas.

- Cambio en la situación familiar, surgen obligaciones y nuevos roles.

Sexualidad orientada al recién nacido:

La sexualidad se inicia con la vida y termina con la defunción. La primera relación con el mundo es afectiva. Reich en 1950 afirmaba que " el nacimiento y los primeros días son conocidos como el período más decisivo del desarrollo"

La matrona es la profesional adecuada para abordar la sexualidad en el puerperio, ya que puede tratar de forma individualizada aspectos íntimos de ella y de la pareja. Además puede aportar información relacionada con las modificaciones psicoemocionales y sociales y puede dar habilidades:

- Explicar las modificaciones que se producen en el puerperio y la lactancia para que la pareja las asuma con normalidad.
- Dar una visión positiva de la imagen corporal
- Es importante dar a la pareja información de los cambios hormonales que se producen en el cuerpo de la mujer.
- Informar de como reanudar las relaciones sexuales, empezando con una buena lubricación vaginal.
- Aportar información de los métodos anticonceptivos valorándolos de forma individualizada y de pareja.
- Desmitificar la importancia de las relaciones coitales, explicando que hay más formas de mantener relaciones sexuales y puede ser satisfactorias, hasta encontrar el momento necesario para iniciar las relaciones coitales.
- Dar ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica, como los ejercicios de kegel.
- Advertir que con el orgasmos puede existir una secreción láctea.
- Fomentar la receptividad de la madre cuando hay un orgasmo dando lactancia materna, para que lo viva como una comunicación positiva.
- Animar al otro miembro de la pareja que se quede con el recién nacido para que la madre tenga tiempo para ella misma.
- Concienciar a la pareja de lo importante de tener tiempo para ellos mismo, buscando a gente que les apoye.
- La disminución de la libido puede compensarse con encuentros afectivos.
- Favorecer los nuevos vínculos.
- Romper el mito de la paternidad como una situación ideal sin problemas.
- Dar estrategias a la mujer para dedicar tiempo al autocuidado.
- Detectar problemas de sexualidad y que se resuelvan por el profesional adecuado. (26)

Sexualidad en la menopausia y climaterio

El climaterio se produce una serie de cambios que suele producirse en edades comprendidas de los 45 a los 64 años. Se produce la etapa de la edad fértil a la no fértil de la mujer. El principal indicador es la irregularidad menstrual.

Se considera menopausia doce meses consecutivos sin regla. La edad media es sobre los 48.5 con una diferencia de 3.8 años.

La menopausia se ha considerado durante mucho tiempo una enfermedad y un signo de vejez hasta el siglo XIX. Actualmente se tiene otra consideración, y la mujer siente un alivio o sentimientos neutros y una etapa de cambios positivos.

La OMS dice que la salud sexual de la mujer en esta etapa debe ser mental y sexualmente sana, por lo que se debe recomendar aquellos elementos que permitan plenitud de sus posibilidades físicas, psíquicas y sociales.

El diagnóstico de la menopausia se realiza mediante una analítica hormonal de FSH, LH, Estradiol y a veces la prolactina. Se producen tres cambios principales en esta etapa:

- Disminución de estrógenos y progesterona.
- Los ovarios dejan de liberar óvulos.
- Los síntomas: sofocos, sequedad vaginal, irregularidades en la regla, osteoporosis y alteraciones cardiovasculares.

La menopausia es una etapa de punto inflexión para las mujeres, ya que se termina la etapa reproductiva, pero no la sexualidad, la cual influye en la calidad de vida y por tanto es importante para la salud sexual.

En los últimos años se ha incrementado el interés de la sexualidad durante el climaterio, ya que existe una tasa muy elevada de disfunción sexual en mujeres de esa edad.

Uno de los primeros estudios que relacionan las alteraciones de la sexualidad con la menopausia, indicó que la existencia de la disminución del deseo sexual, la capacidad de tener un orgasmo y de la frecuencia del coito. Años más tarde se elaboró un estudio donde se encontró un descenso del deseo sexual, mayor dificultad para alcanzar el orgasmo y mayor disposición de dispareunia.

En la actualidad, la sexualidad es importante para la calidad de vida y se relaciona con el bienestar físico, psicológico y social. Los cambios negativos que se producen en la menopausia puede originar frustración y desinterés en sí mismo.

Las mujeres de esa edad ya no relacionan la sexualidad con la genitalidad, sino que se relacionan con la importancia de una sexualidad basada en la afectividad. La percepción que tiene la mujer de su aspecto físico es un factor muy importante para evaluar la función sexual.

La menopausia genera cambios hormonales que afectan en la actividad sexual, hay una deprivación estrogénica que puede ocasionar:

- Falta de deseo sexual
- Disminución de lubricación vaginal
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Disminución de la excitación y menor capacidad de llegar al orgasmo.

La mujer pasa por tres periodos: perimenopausia, menopausia y postmenopausia y puede provocar una sintomatología:

- Sofocos
- Sudores
- Palpitaciones
- Vértigos
- Mareos
- Dolores de cabeza
- Trastornos del sueño
- Atrofia genital
- Sequedad vaginal

También hay síntomas psíquicos:

- Irritabilidad
- Susceptibilidad
- Dificultad de concentración
- Ansiedad
- Cansancio

El diagnóstico de la menopausia se realiza mediante una analítica hormonal de FSH, LH, Estradiol y a veces la prolactina. Se producen tres cambios principales en esta etapa:

- Disminución de estrógenos y progesterona.
- Los ovarios dejan de liberar óvulos.
- Los síntomas: sofocos, sequedad vaginal, irregularidades en la regla, osteoporosis y alteraciones cardiovasculares.

SEXUALIDAD Y VEJEZ

En esta etapa normalmente ya no existe síntomas asociados a la deprivación hormonal, pero algunos casos que podemos encontrar lo siguientes síntomas:

Síntomas vasomotores:

- Calor (sofocos)
- Sudoración intensa
- Alteraciones del sueño
- Fátiga
- Irritabilidad

- Disminución de la concentración
- Pérdida de memoria

Síntomas vaginales:

- Atrofia vaginal
- Disminución de la lubricación (sequedad)
- Picor
- Dispareunia
- Disminución de la libido

Síntomas urinarios:

- Incontinencia urinaria, puede estar asociada a la edad, el número de partos, traumatismo en el parto, prolapsos uterinos.
- Infección de tracto urinario inferior

A nivel de la piel y mucosas:

- Se produce adelgazamiento de la piel
- Sequedad de la piel y de las mucosas.

A nivel de las mamas:

- Flacidez
- Menor capacidad eréctil del pezón
- Disminución del tamaño.

Estado del ánimo:

- Ansiedad y depresión, relacionado con los problemas familiares y laborales, el exceso de carga y falta de apoyo.

A nivel óseo:

- La osteoporosis, por la baja masa ósea, por tanto aumentando la fragilidad y aumentando el riesgo de fracturas. Un 35% de las mujeres españolas de más de 50 años tiene osteoporosis.

Para el manejo de los síntomas es de vital importancia el papel de la matrona en atención primaria para detectar la sintomatología, tratarla y crear grupos que proporcionen información a las mujeres menopáusicas.

CONCLUSIONES

Para concluir, podemos decir de toda esta revisión de la literatura que se debe dar en la consulta toda la información necesaria en la mujer en todo el ciclo vital. Y debemos tener en cuenta la sexualidad como prioridad, ya que durante muchos años ha estado centrada en el hombre y nunca se le ha dado importancia a la de la mujer hasta hace pocos años.

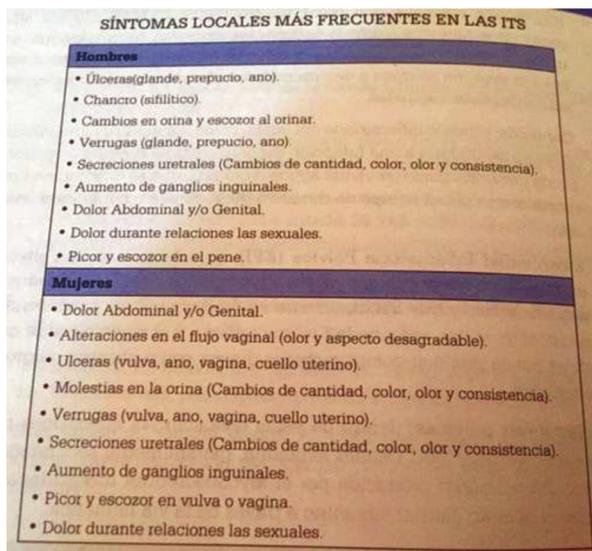
BIBLIOGRAFÍA

1. Bejarano Franco, Maria Teresa y García Fernández, Beatriz. La educación afectivo-sexual en España. Análisis de las leyes educativas en el periodo 1990-2016. 2016.

2. Garzón, Anabella. La educación sexual, una asignatura pendiente en España. 2016.
3. GARCIA-PINA, Corina A.. Sexualidad infantil: información para orientar la práctica clínica. *Acta pediatri. Méx, México* , v. 37n. 1,p. 47-53, feb. 2016. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000100047&lng=es&nrm=i-so>
4. López F. La sexualidad en la adolescencia. Salamanca. Regreso a las Bases. 2017.
5. León González S. Actualización de conocimientos sobre Sexualidad Obstétrica/ Ginecológica. Abordaje del proceso gestacional y las disfunciones sexuales en la consulta de la matronas. Madrid. Fuden. Marzo 2017.
6. López F. Abusos sexuales y otras formas de maltrato sexual. Madrid: ED. Síntesis. 2014.
7. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Recomm Rep* 2015; 64(RR-03):1-137
8. Brookmeyer KA, Hogben M, Kinsey K. The Role of Behavioral Counseling in Sexually Transmitted Disease Prevention Program Settings. *Sex Transm Dis* 2016; 43, Supplement 1: S102-S112.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015;64(No.3)
10. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Section 3 -Laboratory Diagnosis of Sexually Transmitted Infections.
11. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Centers for disease control and Prevention. Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3 June 5, 2015.
12. Kimberly A. Workowski, Gail A. Bolan et al. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR*. June 5, 2015 / 64(RR3);1-137.
13. Bradshaw CS, Brotman RM. Making inroads into improving treatment of bacterial vaginosis—striving for long-term cure. *BMC Infect Dis*. 2015 Jul 29;15:292. doi: 10.1186/s12879-015-1027-4.
14. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med* 2015; 372:2039.
15. Torné Bladé A, del Pino Saladríguez M, Cusidó Gimferrer M, Alameda Quitllet F, Andía Ortiz D, Castellsagué Piqué X et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. *Rev Esp Patol* 2014; 47:1-43.
16. Trussell J, Raymond EG, Cleland K. Emergency contraception: a last chance to prevent unintended pregnancy. 2016.
17. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition, 2015. World Health Organization.
18. Rodríguez - Rubio M, Coll - Navarro E y Giménez - Gómez N. Evolución y cambios de la sexualidad durante la gestación: visión de la mujer embarazada. *Matronas Prof.* 2017; 18(3): 88-95.
19. García Mirás Ramón, González Sánchez Adriana, Llibre Guerra Jorge Jesús, García Arjona Lorna, Perera Boza Orlando. Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de púerperas. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]*. 2015 Mar.
20. Quesada Moreno Macarena. Anticoncepción solo gestágenos. *Protocolos SEGO/SEC*.
21. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed, 2015. OMS: WHO/RHR/15.07.
22. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios-AEMPS. Ficha técnica Implanon NXT. www.aemps.es. https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/ft/62628/FT_62628.pdf
23. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios-AEMPS. Ficha técnica Depo-Provera. https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/ft/46983/FT_46983.pdf
24. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios-AEMPS. Ficha técnica Mirena. https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/63158/FT_63158.pdf
25. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios-AEMPS. Ficha técnica Jaydess. https://www.aemps.gob.es/cima/dohtml/ft/77169/FichaTecnica_77169.html
26. Martín de María S. Sexualidad en el puerperio. *Matronas profesión*.
27. Sánchez Izquierdo Melodie, Hernández García Emilio. Climaterio y sexualidad. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Oct
28. Cristobal García, Ignancio. Anticoncepción con métodos reversibles de larga duración. 2015. *Matronas Profesión*.

ANEXOS

Anexo 1



Anexo 2

Tabla 1. Elementos a tener en cuenta para valorar el riesgo de ITS

Relaciones	
Situación actual	• Pareja habitual. ¿Desde hace cuánto tiempo?
Identificar problemas	• ¿Tienes alguna preocupación acerca de tu relación? (infidelidad, violencia, abuso...)
Conductas sexuales	
Parejas	<ul style="list-style-type: none"> • Último contacto sexual. ¿fue con la pareja habitual o con otra persona? • ¿Con cuántas personas has tenido relaciones en los últimos tres meses?, ¿en el último año? • ¿Relaciones con personas otros países? • ¿Contactos por internet, saunas, cuarto oscuro...?
Preferencias sexuales	• ¿Tienes relaciones con mujeres, con hombres o con transexuales?
Prácticas sexuales	• ¿Qué tipo de relaciones sexuales tienes?: ¿penetración vaginal?, ¿relaciones buco-genitales (sexo oral)? ¿penetración anal? (activa, pasiva)
Protección	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Utilizas preservativo?, ¿siempre, a veces, nunca?, ¿desde el principio o solo para la eyaculación? • Con quién: ¿con la pareja habitual, con contactos ocasionales? • En qué tipo de prácticas: penetración vaginal, anal, sexo oral.
Historia de ITS	
Cribados previos	• ¿Te has hecho alguna vez pruebas de ITS y/o VIH? ¿Cuándo fue la última vez?
ITS previas	• ¿Has tenido alguna ITS? ¿Cuál? ¿Cuándo?
Historia reproductiva	
Anticoncepción	• Método anticonceptivo.
Embarazos	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de gestaciones, abortos, partos, complicaciones • ¿Problemas reproductivos?
Citología	• ¿Citologías previas? Resultados. ¿Cuándo fue la última?
Drogas	
Consumo de drogas	• ¿Consumes algún tipo de drogas?, ¿alcohol?
Sexo y drogas	• ¿Has tenido relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol u otras drogas?, ¿con qué frecuencia?
Historia psicosocial	
Prostitución	• ¿Has pagado alguna vez por sexo?, ¿con qué frecuencia?, ¿cuándo fue la última vez?
Vacunas	
Vacunas recibidas	• Hepatitis A, Hepatitis B, VPH

Anexo 3

Muestra	Preparación	Tipo, volumen	Recipiente	Comentario
Anal/rectal	Canal anal libre de heces	Introducir la torunda después del esfínter anal, rotar durante 10-30 segundos (si hay contaminación fecal, repetir)	Cultivo gonococo: torundas de Dacron o rayon con medio de transporte tipo <i>Stuart-Amies</i> . AANN: torundas específicas	En HSH y VIH positivos con diarrea investigar patógenos entéricos.
Cérvix	Previamente limpiar las secreciones vaginales y moco. Espéculo no lubricado	Insertar la torunda 2-3 cm en el canal cervical y rotar durante 5-10 segundos.	Cultivo gonococo: torundas de Dacron o rayon con medio de transporte tipo <i>Stuart-Amies</i> . AANN: torundas específicas	No en prepuberales (tomar muestra del vestíbulo vaginal) ni en histerectomizadas (orina o vaginal).
Faringe	Depresor y torunda	Torunda. Frotar las amígdalas y faringe posterior	Torunda específica para AANN	No contaminar con microbiota de mucosas y lengua
Lesión (sífilis)	Empapar con solución salina estéril	Preparar varios portas o aspirar líquido en un tubo capilar	Porta y cubre o tubo capilar	Microscopía de campo oscuro. AANN de <i>T. pallidum</i>
Úlcera	Evitar aplicación previa de antisépticos	Si vesícula, aspirar con jeringa. En la base, frotar vigorosamente con la torunda (sin hacer sangrar).	Medio transporte de virus. Torunda específica para AANN.	Tomar de lesiones nuevas, evitar lesiones crónicas
Suero	Descontaminación piel	5 ml sangre	Tubo con gelosa.	Serología de sífilis y VIH a todo paciente con sospecha de ITS
Uretra	Limpieza con gasa estéril o torunda en mujeres. No orinar en la hora previa.	Si hay secreción, o aparece a la presión, recoger en la torunda. Si no, insertar 2-3 cm una torunda fina y rotar 5-10 segundos.	Cultivo gonococo: torundas de Dacron o rayon con medio de transporte tipo <i>Stuart-Amies</i> . AANN: torundas específicas.	En mujeres estimular la secreción mediante masaje de la uretra contra la sínfisis del pubis a través de la vagina.
Vagina	Espéculo sin lubricante. En cribado puede hacer toma ciega la propia paciente.	Torunda recogiendo secreción. Si no hay, frotar la pared posterior 5 segundos.	Torundas con medio de transporte tipo <i>Stuart-Amies</i> . AANN: torundas específicas.	Levaduras, Tricomonas, vaginosis. AANN de gonococo y Clamidia en cribado.
Vulva (incluye labios y glándulas de Bartolino)	Preparar piel con solución de NaCl 0,85% (no utilizar alcohol en mucosas)	Torunda o aspirado (absceso de la glándula de Bartolino)	Torunda Dacron o rayon con medio transporte tipo <i>Stuart-Amies</i> . Si úlceras, medio de transporte de virus o torunda específica para AANN:	
Orina	Mínimo una hora desde micción previa	10-15 ml orina chorro inicial	Frasco estéril tapón de rosca	Para uso en técnicas de AANN

Anexo 4

	Herpes	Sífilis	Chancroide	LGV	Granuloma Inguinal
Observación directa	Preparación de Tzanck. IFD	Microscopía de campo oscuro. IFD.	Tinción de gram del exudado con típico agrupamiento en cadenas del <i>H. ducreyi</i>	IFD: No es útil.	Identificación de los cuerpos de Donovan en el interior de los fagocitos
Cultivo	Medios específicos para virus	<i>T. pallidum</i> no se puede cultivar.	Cultivo en medios específicos no comerciales	No es útil: Difícil y poco sensible.	Muy difícil de cultivar.
PCR¹¹	Se pueden utilizar incluso pasados 5 días.	No disponible de forma rutinaria.	No disponible de forma rutinaria.	Técnica de elección.	Poco desarrollada.
Serología	Utilidad limitada en las recidivas	Pruebas treponémicas y no treponémicas.	No disponible.	Aumento del título en dos determinaciones seriadas o	No disponible