

MÓDULO 2

EDAD FÉRTIL

CONTRACCIÓN

Definición

La anticoncepción o contracepción permite realizar una planificación familiar evitando embarazos no deseados. Consiste en el empleo de fármacos, dispositivos o cirugía para prevenir el embarazo.

Se trata de un concepto definido por la OMS en 1970 de la siguiente manera:

“La planificación de la familia se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia”.

Tipos de métodos anticonceptivos

Aunque no siempre ha sido así, en la actualidad existen múltiples tipos diferentes de anticonceptivos: métodos hormonales, métodos barrera para evitar que los espermatozoides lleguen a fecundar el óvulo, dispositivos intrauterinos (DIU) y cirugía para cerrar los conductos deferentes en el hombre o las trompas de Falopio en la mujer.

Vamos a hacer un repaso de los más habituales:

Hormonales

Píldora anticonceptiva, anillo vaginal, parche transdérmico, implante subdérmico, inyectable, DIU hormonal

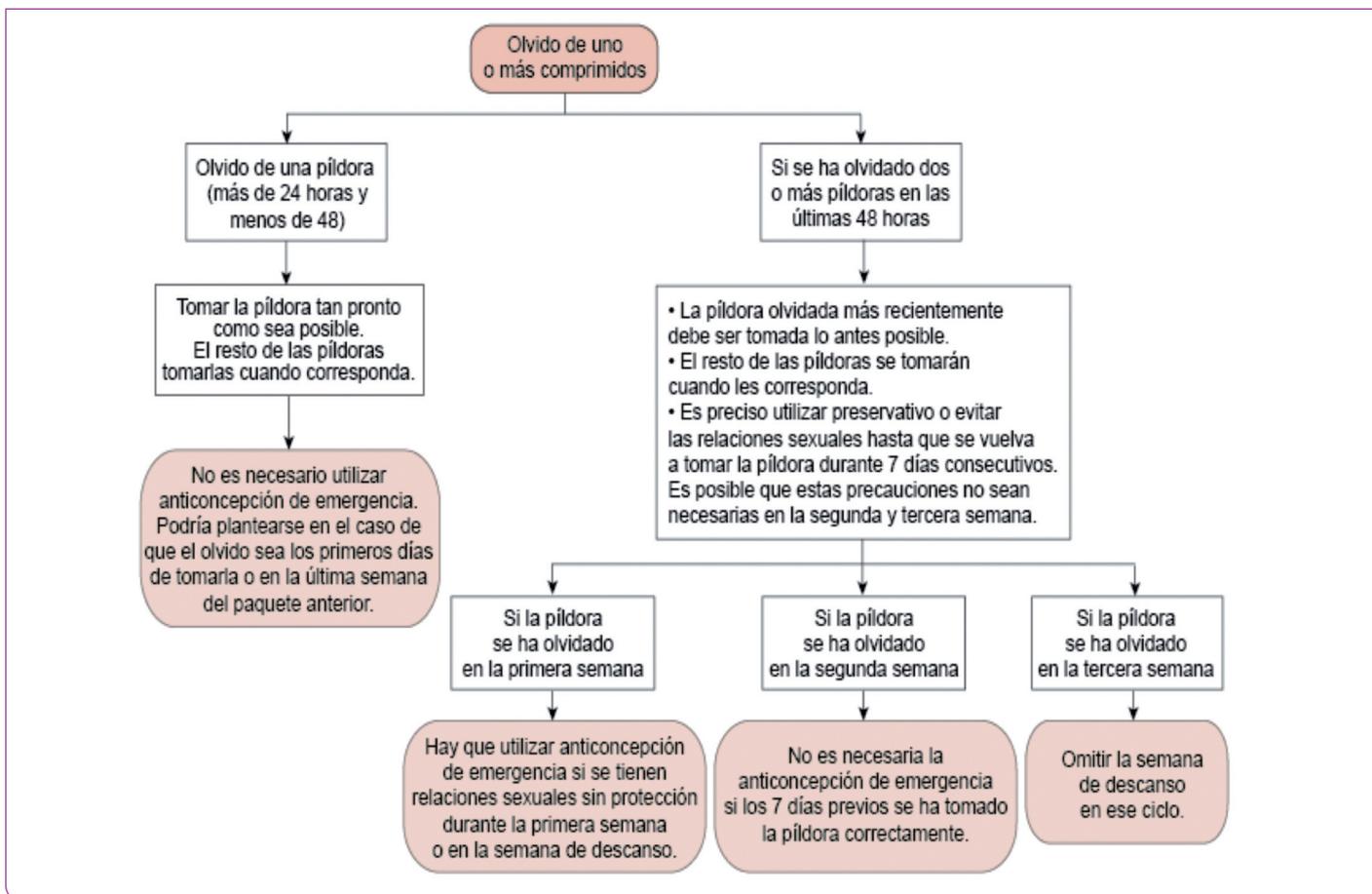


(que trataremos en realidad con el DIU de cobre en un apartado posterior).

Se trata de diversas formas de administración de fármacos (estrógenos más progestágenos o bien sólo progestágenos) que imitan la acción de las hormonas ováricas, es decir, inhiben la liberación de GnRH, LH y FSH de manera que no se produce la ovulación. Tienen efectos también sobre el revestimiento del útero y espesan el moco cervical dificultando la movilidad de los espermatozoides.

Los **anticonceptivos orales (ACO)** son uno de los métodos anticonceptivos más utilizado por mujeres de todo el mundo, con unas altas tasas de eficacia en uso continuo y correcto. Pueden comenzar a usarse en cualquier momento entre la llegada de una menstruación y los 7 días posteriores, si bien en caso de iniciarlos el primer día supone la recomendación de uso de otro método anticonceptivo hasta que hayan pasado 7 días del inicio de la toma. Existen dos tipos:

■ **Figura 1.** Algoritmo de actuación en el caso de olvidar alguna píldora de los anticonceptivos hormonales combinados.



Modificado de Muñoz MT, Pozo J. Pubertad normal y sus variantes. *Pediatr Integral*. 2011;XV(6):507-18.

- Los **ACO combinados**, que incluyen dosis de estrógenos y progestágenos, deben tomarse durante un periodo de 21 a 24 días, tras los cuales se realiza un descanso o se toma un placebo hasta completar los 28 días. Durante el descanso o toma de medicamento inactivo, se produce una hemorragia por privación. Deben tomarse todos los días, con un margen de variación horaria de máximo 12 horas para asegurar su eficacia.
- Los **ACO sólo de progestágenos** no contienen estrógenos por lo que su mecanismo de acción no es la supresión de la ovulación, aunque a veces esta se produzca. Se deben tomar a la misma hora todos los días (no hay periodo de descanso) pues el margen

de variabilidad en la toma para asegurar su efectividad es inferior a 3 horas. Son el método de elección cuando los estrógenos están contraindicados (lactancia, obesidad,...).

El principal inconveniente de este método es el olvido relativamente frecuente de la toma, que se produce en muchas usuarias, y la aparición de ciertos efectos secundarios como la alteración de los patrones de sangrado en el caso de ACO de solo progestágenos o el riesgo de tromboembolismo en los ACO combinados. Pese a que es muy habitual que las usuarias así lo crean, el uso de ACO no está asociado a reacciones adversas como ganancia de peso, náuseas o cefaleas (Figura 1).

El **anillo vaginal** es un dispositivo anular flexible, suave y transparente que se introduce en la vagina y libera de manera continua durante 3 semanas un estrógeno y un progestágeno (etinil, estradiol y etonogestrel). La absorción se produce a través de la mucosa vaginal. Pasadas tres semanas se retira, se está una semana sin él, para colocar después uno nuevo y comenzar el siguiente ciclo. Su eficacia anticonceptiva y sus efectos adversos son muy similares a los de los ACO combinados.

Los **parches transdérmicos** también liberan a lo largo de 7 días un estrógeno y un progestágeno. Pasados los 7 días se coloca un nuevo parche en una zona diferente. Tras la colocación de 3 parches se deja una semana sin parche para permitir el sangrado. Con este método se mantienen de manera más estable los niveles hormonales en sangre que con los ACO debido a un mejor cumplimiento que mejora la eficacia individual, aunque la eficacia y los efectos secundarios son equivalentes.

Las **Inyecciones anticonceptivas** de progestágenos se administran cada tres meses de forma subcutánea o intramuscular. Cada 14 semanas habría que repetir la inyección, aunque se ha comprobado que el depósito del progestágeno de liberación prolongada mantiene su efecto hasta las 16 semanas, lo que deja un intervalo de dos semanas para repetir la inyección.

Existen dos tipos de **implantes subdérmicos** que liberan progestágenos (uno etonogestrel y otro levonorgestrel). Tanto para su colocación bajo la piel, como para su retirada, es preciso una pequeña cirugía ambulatoria.

Barrera

Preservativo (masculino y femenino) y diafragma.

Son métodos que bloquean el paso de los espermatozoides hacia la cervix femenina, impidiendo por tanto la fecundación.

El más utilizado y conocido es el **preservativo masculino** (coloquialmente llamado condón) que además de su efecto anticonceptivo resulta útil en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Habitualmente está fabricado con látex, aunque existen otras opciones para usuarios que presentan alergia al látex (poliuretano u otros materiales plásticos).

El **preservativo femenino** es menos conocido y utilizado, probablemente debido a su mayor coste y la posibilidad de que se salga o se mueva. Se fabrica con poliuretano y puede colocarse hasta 8 horas antes de la relación.

El **diafragma** es un dispositivo flexible con forma de cúpula que se sitúa en el cuello uterino bloqueando el paso hacia la cervix. Un especialista debe valorar cada caso para indicar el tipo y tamaño adecuado. Debe retirarse en un plazo máximo de 24 horas después de la relación sexual. Se pueden lavar y reutilizar. Hoy en día su uso es muy poco frecuente.

Dispositivo intrauterino (DIU)

Es un método muy eficaz de contracepción que sin embargo en España es poco utilizado: 3,6% de usuarias de DIU de cobre y 5,2% de DIU hormonal. El dispositivo debe ser colocado y retirado por un especialista y tiene una duración de efectos variable, según modelos, entre los 3 y los 5 años.

El **DIU de cobre** se puede insertar en cualquier momento del ciclo siempre que se haya descartado el embarazo. Contiene un hilo de cobre que recubre una estructura de polietileno que puede tener forma de T, de áncora o estar formado por 6 manguitos de cobre unidos a un hilo de polietileno. Es efectivo desde el mismo momento de su colocación, aunque debe realizarse un control después de la primera menstruación (3-6 semanas después de la inserción) para comprobar su correcta colocación.

En el caso del **DIU de Levonorgestrel** los fabricantes recomiendan que se coloque en los 7 días posteriores a la llegada de la menstruación, pues tarda 7 días en alcanzar una protección efectiva y de no hacerlo así, sería necesario utilizar otro método hasta el siguiente ciclo. El dispositivo tiene forma de T, y su zona vertical libera el progestágeno de manera continua a razón de 20 mcg/día. Se recomienda, como en el anterior, una revisión postinserción para comprobar su correcta colocación.

Cirugía

Vasectomía y ligadura de trompas

La **vasectomía** es un procedimiento en el que los conductos deferentes se cortan y se ligan o queman. La esterilidad se produce tras unas 20 eyaculaciones -alrededor de 3 meses después de la intervención- y se comprueba tras 2 muestras en las que no se detecten espermatozoides. Los 2 o 3 días posteriores se recomienda el uso de AINE y que no se produzca eyaculación.

En la **ligadura de trompas**, las trompas de Falopio se cortan extirpando una parte o se ocluyen con microinsertos, ligadura, dispositivos mecánicos o fulguración. Cuando se realiza por histeroscopia con microinsertos la esterilidad tarda en asegurarse unos 3 meses, en los que se recomienda el uso de otros métodos anticonceptivos. Cuando el procedimiento se realiza por laparoscopia o minilaparotomía se recomienda no tener relaciones sexuales ni introducir nada en la vagina (tampones, duchas vaginales,...) durante unas dos semanas.

Anticoncepción de emergencia

Los métodos revisados en el apartado anterior suponen un uso previo o en el mismo momento del contacto sexual. Pero en determinadas circunstancias, por un uso inadecuado, un olvido, una rotura, etc., el método anticonceptivo falla o no se utiliza y es posible recurrir a la llamada anticoncepción de emergencia.

En España la llamada “píldora del día después” es de dispensación sin receta en las farmacias por lo que resulta de fácil acceso cuando resulta necesaria, si bien, no debe sustituir a otros métodos anticonceptivos.

En el mercado español, la anticoncepción de urgencia puede realizarse con la administración de una sola dosis vía oral de **1500 mg de Levonorgestrel** en las 72 horas siguientes a la relación de riesgo o de **30 mg de Acetato de Ulipristal** en las 120 horas posteriores a la relación sin protección. Ambos fármacos previenen el embarazo al retrasar o inhibir la ovulación, siendo la eficacia de ambos muy similar en las 72 horas siguientes. Entre las 72 y las 120 horas siguientes a la relación sin protección, la eficacia del acetato de ulipristal es bastante superior a la del levonorgestrel, no recomendándose el uso de este último pasadas las 72 horas.

Para su dispensación debemos seguir un protocolo de actuación adecuado y proporcionar información y consejos personalizados, incluyendo si es necesario, la información sobre otros métodos anticonceptivos. En la Figura 2 se puede ver el protocolo de dispensación propuesto por la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) en su Guía de anticoncepción de urgencia.

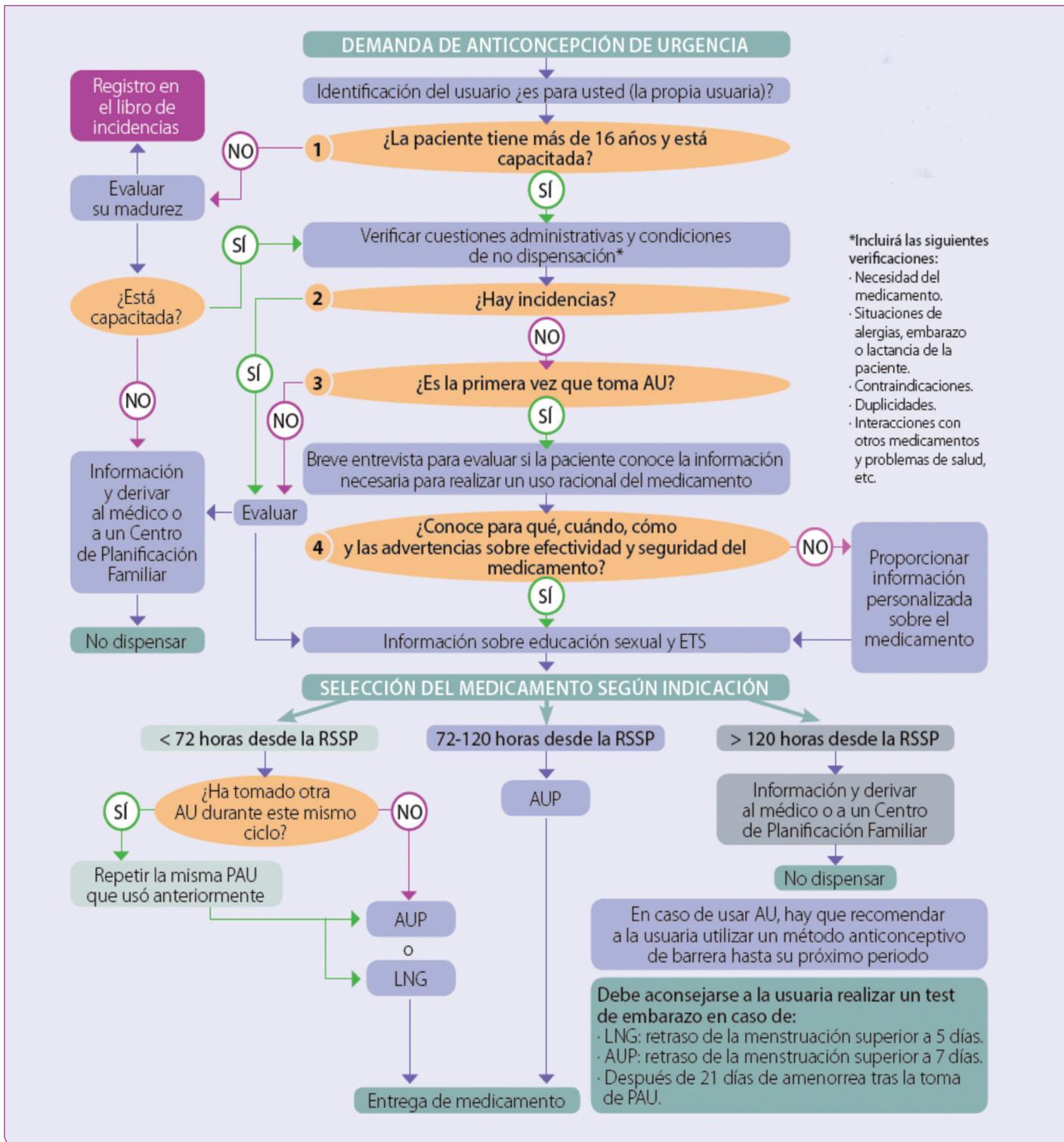
En determinados casos, puede utilizarse también como anticoncepción de emergencia la implantación de un **DIU de cobre** dentro de los 5 días siguientes a la relación sin protección, ya que resulta eficaz y puede utilizarse para la anticoncepción posterior a largo plazo.

CANDIDIASIS

Definición

Es la causa más frecuente de infecciones fúngicas vaginales en la mujer de edad fértil. Afecta a 3 de cada 4 mujeres en algún momento de su vida y tiene cierta tendencia a la recidiva.

■ **Figura 2.** Protocolo de dispensación de anticoncepción de urgencia.



Extraído de Satue E, Caelles N. Guía de Actuación para la anticoncepción de urgencia en farmacia comunitaria. SEFAC. 2016.

Está provocada por una levadura llamada *Candida albicans* que se encuentra de manera natural en la piel y el intestino pero que puede propagarse hacia la vagina cuando se produce una disbiosis de la microbiota vaginal.

Puede estar causada por:

- Toma de antibióticos.
- Sistema inmune deficiente o deteriorado.
- Altos niveles de estrógenos: Embarazo, toma de ACO,...
- Diabetes mal controlada.

Síntomas

Pueden ser desde casi inexistentes hasta importantes:

- Prurito e irritación de vagina y vulva.
- Sensación de ardor o quemazón al orinar y durante las relaciones sexuales.
- Secreción vaginal espesa, blanca y sin olor.
- Dolores y molestias vaginales.
- Inflamación y tumefacción de la vulva.

Tratamiento

Puede ser tópico u oral.

El tratamiento tópico, vía vaginal consiste en la aplicación de pomadas u óvulos con antifúngicos como el Clotrimazol.

Para la vía oral suele prescribirse Fluconazol (dosis única de 150 mg o 50 mg/24 horas durante 7 días) o Itraconazol (200 mg/12 horas durante 3 días).

El tratamiento coadyuvante con combinaciones específicas de probióticos ayuda a recuperar la microbiota normal de la zona y reducir la infección y el riesgo de recidiva, aspecto muy importante ya que alrededor del 40-50% de las mujeres tendrá más de un episodio de candida.

Prevención

El uso de probióticos de las cepas *Lactobacillus* puede resultar un eficaz preventivo especialmente cuando se toman antibióticos. Actualmente existen formatos innovadores que se pueden emplear tras el tratamiento antibiótico para la protección, prevención y el mantenimiento de una salud vaginal óptima. Un ejemplo de estos son los comprimidos vaginales que combinan cepas probióticas con ingredientes de origen natural como la goma tara, el bicarbonato sódico y/o el ácido cítrico, que impiden la adhesión de la candida a la mucosa vaginal a la vez que inhiben su propagación.

Se debe recomendar:

- Mantener una higiene íntima adecuada, evitando el uso de jabones irritantes, duchas vaginales, etc.
- Limpiar la zona siempre desde delante hacia atrás.
- Utilizar ropa interior de tejidos transpirables.

VAGINOSIS BACTERIANA

Definición

Se trata de otra de las infecciones vaginales más frecuentes de la mujer en edad fértil, afectando a un tercio de las mujeres en algún momento de su vida. De hecho, se estima que hasta el 30% de las mujeres sexualmente activas sufrirá un episodio de vaginosis en su vida y el 50% de las mujeres diagnosticadas presentan una segunda infección durante el primer año.

La causa es una alteración de la microbiota vaginal debida al crecimiento excesivo de bacterias como *Gardnerella vaginalis* y *Bacteroides spp.* en detrimento del crecimiento de *Lactobacillus* que son los microorganismos más abundantes de la microbiota vaginal normal.

La vaginosis en mujeres embarazadas se asocia con un riesgo de parto prematuro y sus complicaciones son mucho más elevadas, por eso es importante su detección y tratamiento durante el embarazo.

Síntomas

El 70% de los casos se presenta de manera asintomática. Ante una sospecha de vaginosis bacteriana podemos utilizar o recomendar el test de autodiagnóstico que permite además diferenciar entre esta y candidiasis o tricomoniasis.

Cuando aparecen síntomas, los más frecuentes son:

- Secreción vaginal con fuerte olor a pescado.
- Secreción poco viscosa de color grisáceo o blanquecino.

Tratamiento

El tratamiento se realiza con antibióticos bien por vía tópica vaginal o bien por vía oral.

Pese a no estar claro que se trate de una infección de transmisión sexual, los expertos recomiendan tratar también a las parejas sexuales.

- Vía vaginal: Clindamicina en crema al 2% cada 24 horas durante 7 días o Metronidazol gel 0,75% cada 24 horas durante 5 días o Metronidazol 500 mg comprimido vaginal cada 24 horas durante 5 días. Estos son los tratamientos recomendados en el embarazo.
- Vía oral: Metronidazol en dosis única de 2 g o en dosis de 500 mg cada 12 horas durante 5 días o Clindamicina en dosis de 300 mg cada 12 horas durante 7 días.

Prevención

Para ayudar a prevenir la aparición de vaginosis recomendamos:

- Reducir la irritación de la zona evitando los jabones agresivos, los productos de uso tópico con perfumes ...
- Limitar el número de parejas sexuales y utilizar preservativo.
- Evitar las duchas vaginales que alteran el equilibrio de la microbiota.
- Toma de probióticos que ayuden a mantener en equilibrio la microbiota vaginal.

En referencia a la toma de probióticos para la prevención de la vaginosis, al igual que en la candidiasis, en el mercado existen diferentes combinaciones con otros ingredientes que contribuyen a mejorar la salud vaginal. Un ejemplo son aquellos formatos que no sólo incluyen cepas probióticas específicas frente a *Gardnerella vaginalis*, algo fundamental en la vaginosis, sino también prebióticos, como los conocidos fructooligosacáridos, que aseguran el crecimiento de la microbiota autóctona.

ITU (INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO)

Definición

Son inflamaciones producidas por la colonización y proliferación bacteriana en algún lugar del tracto urinario: uretra, vejiga, uréter o riñón. Siendo las de vejiga (cistitis) las más frecuentes.

Pese a lo que pudiera parecer el tracto urinario es un espacio estéril, en el que no hay microorganismos. El flujo de orina, el completo vaciado de la vejiga al orinar y la propia acidez de la orina, son las principales defensas contra las infecciones.

Es mucho más frecuente en el sexo femenino, y más del 40% de las mujeres padecen al menos una ITU en su vida. Aunque como es una infección con alta tendencia a la recurrencia, lo habitual es que sufran varias.

El principal microorganismo responsable es la *Escherichia Coli* proveniente del recto que asciende hasta la vejiga, se adhiere al endotelio y lo coloniza.

Síntomas

Puede presentarse con o sin síntomas. Cuando aparecen, los más destacados son:

- Dolor, ardor o escozor con la micción.
- Orina turbia con o sin presencia de sangre.
- Sensación continua de ganas de orinar.
- Múltiples micciones de pequeñas cantidades.
- Febrícula.

Tratamiento

Se deben tratar tanto las ITU sintomáticas como las bacteriurias asintomáticas, en principio de modo empírico, suponiendo infección por *E. Coli*.

El tratamiento de elección es una dosis única de 3 g de Fosfomicina trometamol.

Prevención

Normalmente con más de tres reinfecciones en un año, resulta necesario un tratamiento preventivo con antibióticos como las fluoroquinolonas (norfloxacina, ofloxacina o ciprofloxacina), Trimetoprim-sulfametoxazol, Nitrofurantoina o Fosfomicina trometamol.

Aunque existen estudios con resultados contradictorios respecto a la relevancia de su eficacia clínica, el arándano rojo es habitualmente empleado en la profilaxis de las cistitis recurrentes por la acción de las conocidas proantocianidinas o PAC, que se unen a las fimbrias de *E.coli* y evitan su adhesión en la mucosa intestinal, evitando así la colonización y posterior infección.

A día de hoy, existen productos en el mercado que al incluir el fruto entero del arándano y no solo el extrac-

to de PAC, aportando las demás propiedades del fruto y mejorando su acción en el tracto gastrointestinal. Además, si este arándano rojo se combina con probióticos con actividad frente a *E.coli*, D-Manosa para evitar la adhesión de *E.coli* a las paredes del intestino, y prebióticos para favorecer el crecimiento de la microbiota autóctona, se consigue generar una barrera protectora natural a lo largo de todo el tracto gastrointestinal. En definitiva, ayudando a reducir el riesgo de las recidivas.

Otras recomendaciones que debemos realizar ante una ITU son:

- Ingesta de 1,5 L al menos de líquidos, preferentemente agua.
- Orinar frecuentemente, máximo cada 4 horas.
- Vaciar la vejiga por completo en cada ocasión.
- Realizar una higiene adecuada, sin excederse y con productos suaves que no irriten ni alteren el pH de la zona.
- Evitar la ropa muy ajustada y que no transpire.
- Evitar el estreñimiento.
- Utilizar lubricantes en las relaciones sexuales, evitando el uso de espermicidas y diafragma.

INFECCIÓN POR VPH

Definición

El llamado virus del papiloma humano (VPH) es un grupo de más de 200 virus, entre los cuales unos 40 pueden causar infección en la mucosa genital y anal, tanto de hombres como de mujeres.

Los serotipos 16 y 18 son los asociados a un mayor riesgo de desarrollo lesiones premalignas y cáncer, siendo causantes de un 70% de los cánceres de cuello de útero. Los subtipos 6 y 11, al contrario, son de bajo riesgo, causan lesiones benignas: verrugas genitales o condilomas. Ciertos subtipos se relacionan con cánceres de ano, vulva, vagina, pene y orofaringe.

Se transmite por contacto sexual siendo más común en los inicios de la vida sexual. Hasta un 30% de las mujeres menores de 30 años son portadoras. Este porcentaje va disminuyendo con la edad porque en un 80% de los casos la infección se resuelve por sí misma, sin embargo, prácticamente toda la población sexualmente activa habrá estado en algún momento de sus vidas en contacto con el virus. Es, por tanto, una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en la actualidad.

De la infección por VPH al cáncer cervical

En la mayoría de los pacientes la infección es transitoria y el virus se elimina de manera espontánea, pero en ciertos casos no ocurre así y en el epitelio del cuello uterino infectado por el virus comienzan a aparecer unas pequeñas lesiones que se clasifican en función del grado de alteración.

Las lesiones de bajo grado (LSIL/CIN1) tienen una elevada probabilidad de solucionarse de manera natural, el sistema inmune del paciente vence al virus y el epitelio se restaura.

Si esto no ocurre, la alteración puede ir a más y aparecen las lesiones de alto grado (HSIL/CIN2-3) que son persistentes, tienen muy poca probabilidad de resolverse espontáneamente y presentan un alto riesgo de dar lugar con el tiempo a un carcinoma.

Es decir, el cáncer cervical es la complicación más grave -aunque afortunadamente infrecuente- de una infección bastante común, el virus VPH.

Tratamiento

La detección precoz, identificando las lesiones precancerosas lo antes posible, resulta imprescindible para un adecuado tratamiento.

Para ello se realiza un cribado a las mujeres a partir

de los 30 años, y de forma regular a partir de esa edad en las revisiones ginecológicas mediante la realización de Pap, citología basada en líquido, inspección visual con acéticos, o pruebas de VPH de los serotipos de riesgo alto.

Hasta hace muy poco, no existía un tratamiento específico y cuando se detectaban las lesiones premalignas de bajo grado, lo único que se podía hacer era un seguimiento de la evolución de las mismas, con el fin de detectar cualquier cambio sospechoso, o en casos avanzados una extirpación electroquirúrgica de la lesión o la destrucción del tejido afectado con laser o crioterapia.

En junio de 2019 concluyó un ensayo clínico -aleatorizado, multicéntrico y controlado en 101 mujeres con lesiones precancerígenas- realizado con un producto sanitario a base de *coriolus versicolor* cuyos resultados son muy esperanzadores pues muestran una normalización de las lesiones de bajo grado en un 85% de las pacientes tras 6 meses de tratamiento. Otros 3 estudios independientes avalan la eficacia de este producto.

Se trata de un avance muy importante en el tratamiento de esta patología, que los farmacéuticos también debemos conocer.

Prevención

La medida más importante de prevención la constituye la vacuna. La vacunación debe realizarse preferentemente antes de la exposición al VPH y por esa razón la OMS recomienda su aplicación a las niñas entre los 9 y los 14 años, aunque algunos países han comenzado a incluir la vacunación también para los hombres que, aunque tienen menos posibilidades de desarrollar patología, si actúan de manera importantísima como reservorio del virus.

Existen comercializados en España 3 tipos de vacunas:

- Activa frente a los serotipos 16 y 18.
- Activa frente a los serotipos 6, 11, 16 y 18.
- Activa frente a los serotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58.

La pauta de administración es en los tres casos, siempre que se realice a edades tempranas, dos dosis, la segunda a los 6 meses de la primera. Si la vacunación es más tardía se precisa una dosis intermedia.

Bibliografía

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Alternatives to Hysterectomy in the Management of Leiomyomas. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2008 [citado 16 de noviembre de 2019];112:387-400. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18669742>
2. Asociación Española de patología cervical y colposcopia. Infección por el VPH [Internet]. [citado 15 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.aepcc.org/infeccion-por-el-vph/>
3. Botero A, Gutiérrez I, Ji G, Lorenzo S, Estévez R. Vulvovaginitis. *Fisterra* [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: www.fisterra.com/guias2/vaginitis.asp
4. Brändstedt J, Wangefjord S, Nodin B, Eberhard J, Jirström K, Manjer J. Associations of hormone replacement therapy and oral contraceptives with risk of colorectal cancer defined by clinicopathological factors, beta-catenin alterations, expression of cyclin D1, p53, and microsatellite-instability. *BMC Cáncer* [Internet]. 25 de mayo de 2014 [citado 15 de noviembre de 2019];14: 371. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24885829>
5. Cachafeiro MJ. Infecciones del tracto urinario en la mujer. *Aula de la Farmacia. Sanidad y Ediciones, SL.* (2018)14(124); 48-51.
6. Casey F. Implantes anticonceptivos subdérmicos -Ginecología y obstetricia- Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2013 [citado 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecologia-y-obstetricia/planificación-familiar/implantes-anticonceptivos-subdérmicos>
7. Casey F. Anticonceptivos orales -Ginecología y obstetricia- Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2013 [citado 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecologia-y-obstetricia/planificación-familiar/anticonceptivos-orales>
8. Casey F. Inyecciones anticonceptivas de progestágenos -Ginecología y obstetricia- Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2013 [citado 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecologia-y-obstetricia/planificación-familiar/inyecciones-anticonceptivas-de-progestágenos>
9. Casey F. Anticonceptivos de barrera -Ginecología y obstetricia- Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2013 [citado 16 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecologia-y-obstetricia/planificación-familiar/anticonceptivos-de-barrera>
10. Casey F. Generalidades sobre la anticoncepción -Ginecología y obstetricia- Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2013 [citado 16 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecologia-y-obstetricia/planificación-familiar/generalidades-sobre-la-anticoncepción?query=anticoncepcion>
11. Casey F. Dispositivo intrauterino (DIU) -Ginecología y obstetricia- Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2013 [citado 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecologia-y-obstetricia/planificación-familiar/dispositivo-intrauterino-diu>
12. Casey F. Anticoncepción de emergencia -Ginecología y obstetricia- Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2013 [citado 20 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecologia-y-obstetricia/planificación-familiar/anticoncepción-de-emergencia>
13. Casey F. Anticonceptivos hormonales transdérmicos y anillos intravaginales - Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2013 [citado 28 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecologia-y-obstetricia/planificación-familiar/anticonceptivos-hormonales-transdérmicos-y-anillos-intravaginales>
14. Canelo M.J, et al. Protocolo de la SEGO de diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Protocolo actualizado en 2012 *Prog Obstet Gynecol.* 2013; 56(5):278-284.
15. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, et al. U.S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Reports.* 2016;65(4): 1-66.
16. Landa J. Guía clínica de Métodos barrera [Internet]. 2015 [citado 18 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/metodos-barrera/>

Bibliografía

17. Landa J. Guía clínica de Anticoncepción hormonal [Internet]. Fisterra. 2017 [citado 18 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/guia-anticoncepcion-hormonal/>
18. López-Álvarez X, García P, Romero J, Conde L. Vulvovaginitis | Farmacia Profesional [Internet]. Fisterra. 2019 [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-vulvovaginitis-13044472>
19. Martínez J, González G. Salud de la mujer en edad fértil, su preparación para la maternidad y la familia [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2723/3809>.
20. Muiño X, Ramos M. Guía clínica de Vulvovaginitis [Internet]. Fisterra. 2019 [citado 18 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/vulvovaginitis/>
21. Muiño X, Ramos M. Guía clínica de Candidiasis vaginal [Internet]. Fisterra. 2019 [citado 18 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/vaginitis-por-candidas/>
22. Paladine HL, Desai UA. Vaginitis: Diagnosis and Treatment. Vol. 97, American family physician. NLM (Medline); 2018:321-9.
23. Satue E, Caelles N. Guía de Actuación para la anticoncepción de urgencia en farmacia comunitaria. SEFAC (2016).
24. Schwartz JL, Weiner DH, Lai JJ, Freziers RG, Creinin MD, Archer DF, et al. Contraceptive efficacy, safety, fit, and acceptability of a single-size diaphragm developed with end-user input. *Obstetrics and Gynecology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2015; 895-903.
25. Sech L, Segall-Gutierrez P, Silvertein E, Mishell DR. Planificación familiar - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD. 2013 [citado 21 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecologia-y-obstetricia/planificacion-familiar>
26. Serrano L, López A, González S, Palacios S, Dexeus D, Centeno C, et al. Efficacy of a coriolus versicolor-based vaginal gel in repairing HPV-dependent cervical lesions (ASCUS/LSIL) in three patients groups according to the risk of HPV strains. En: *International Journal of Gynecologic Cancer*. BMJ; 2019. A154.2-A155.
27. Sevillano LG, Madrigal EA. Estudio de las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales desde la farmacia comunitaria. Vol. 16, *Pharm Care Esp*. 2014.
28. Sobel JD. Vulvovaginitis in healthy women. *Compr Ther* [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2019];25(6-7): 335-46. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10470518>
29. Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Mosby Inc.; 2016; 214: 15-21.
30. Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. Vol. 369, *Lancet*. 2007. p. 1961-71.
31. Tomljenovic L, Spinosa JP, Shaw CA. Human Papillomavirus (HPV) Vaccines as an option for preventing cervical malignancies: (How) effective and safe? *Curr Pharm Des*. 2013; 19: 1466-1487.
32. Wright TC, Stoler MH, Behrens CM, Apple R, Derion T, Wright TL. The ATHENA human papillomavirus study: design, methods, and baseline results. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 206: 1-11.
33. McQuillan G, Kruszon-Moran D, Markowitz LE, Unger ER, Paulose-Ram R. Prevalence of HPV in adults aged 18-69: United States, 2011-2014. NCHS data brief, no 280. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2017.

PAPILOCARE®

1^{er} TRATAMIENTO PARA PREVENIR Y TRATAR
LAS LESIONES CAUSADAS POR EL VPH[†]

TRATAMIENTO

HIGIENE

Gel Vaginal

Lesiones cervicales de bajo-grado



Gel Genital Externo

Verrugas genitales



Espuma Sensitiva



[†]Lesiones de bajo grado: ASCUS/LSIL

DURACIÓN RECOMENDADA DEL TRATAMIENTO: 6 MESES

1^{er} Mes
Cada día durante
21 días

5
Meses siguientes,
días alternos

DURACIÓN

2
Aplicaciones al día hasta total
curación o revisión médica

Limpieza suave en presencia de
verrugas genitales o tras tratamientos
para su remoción

- Comenzar el tratamiento después del período menstrual
- Insertar la cánula dentro de la vagina antes de acostarse
- Descansar durante el período menstrual, si existe

LadyFLOR®

LÍNEA DE PRODUCTOS CON PROBIÓTICOS PARA LA SALUD DE LA MUJER



Ladyflor® Cist

Para reducir el riesgo de recurrencias*

	x 10 días		x 20 días
1 sobre al día		Seguido de 1 sobre a días alternos	



Ladyflor® Candida

Tratamiento de Vulvovaginitis por Candida*

5 días		
	1 comprimido vaginal diario	Noche

Prolongar con un comprimido cada 3 días, con los comprimidos restantes



Ladyflor® Vaginosis

Tratamiento de vaginosis bacteriana*

7 días		
	1 comprimido vaginal diario	Noche

Prolongar con un comprimido cada 3 días, con los comprimidos restantes