



Los temas del curso y sus test de concordancia Script disponibles en:  
[www.sietediasmedicos.com](http://www.sietediasmedicos.com)

## Curso de Salud sexual

Directores:

**Myriam Ribes Redondo**

Ginecóloga y sexóloga.  
Hospital Mateu Orfila. Menorca

**Josep Maria Coll Benejam**

Médico de familia.  
Centro de Salud Verge del Toro. Menorca

TEMA 1	Salud sexual
TEMA 2	Educación sexual
TEMA 3	Anticoncepción
TEMA 4	Disfunciones sexuales
TEMA 5	<b>Patología médica y salud sexual</b>
TEMA 6	Atención a la diversidad y minorías Diciembre

## Patología médica y salud sexual

### Diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer y patología ginecológica

**F. Sánchez Sánchez**

Doctor en medicina y sexólogo clínico. Coordinador del grupo de Sexología de SEMERGEN. Centro de Salud de Xàtiva (Valencia)

#### Objetivos de aprendizaje

- ▶ **Conocer la prevalencia de disfunciones sexuales en las personas diabéticas, con enfermedad cardiovascular, con cáncer y en patologías ginecológicas tan prevalentes como la vaginosis bacteriana y los miomas uterinos.**
- ▶ **Conocer cuáles son los problemas sexuales más habituales en este tipo de pacientes.**
- ▶ **Evaluar el riesgo que supone la actividad sexual en pacientes con isquemia coronaria y enfermedad cardiovascular.**
- ▶ **Instruirse en la detección y el diagnóstico de los problemas de salud sexual en estos pacientes.**
- ▶ **Instruirse en el tratamiento y la prevención de los problemas de salud sexual debidos a estas enfermedades.**

#### Introducción

Disfrutar de una buena salud sexual reporta numerosos beneficios, y son numerosos los estudios que ponen de manifiesto el estrecho vínculo entre calidad de vida y vida sexual satisfactoria. La satisfacción sexual se asocia, en hombres y mujeres, a unas relaciones de pareja satisfactorias, a un bienestar propio y a la percepción de un buen estado de salud.

Hasta hace unas décadas se atribuía un origen psicológico a las disfunciones sexuales. En la actualidad, se sabe que la patología orgánica explica más del 50% de los casos, porcentaje que aumenta según avanza la edad.

Las enfermedades médicas deterioran con frecuencia la salud sexual, si bien esta relación no suele tenerse siempre en cuenta. Esta escisión habitual hace que muchas personas que sufren, por ejemplo, una disfunción sexual, no relacionen este problema con las enfermedades que les afectan, algunas tan prevalentes como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la vaginosis bacteriana (VB), los miomas uterinos o el cáncer; ni siquiera con los fármacos que puedan estar tomando.

Aunque se observa un cierto adelanto, en las habituales relaciones médico-paciente la sexualidad sigue siendo todavía

un tema tabú que no se suele abordar. Los médicos hemos de conocer esta realidad, afrontarla con profesionalidad y concienciarnos de la importancia que

tiene abordar las cuestiones sexuales en la consulta, dada la frecuente comorbilidad de estos trastornos y las enfermedades médicas tan frecuentes como las

anteriormente mencionadas. Las ventajas de hacerlo redundan, sin duda, en una mejora en la calidad de vida de las personas que atendemos.

## ¿Cómo afectan la enfermedad cardiovascular, la diabetes y el cáncer a la salud sexual?

### Diabetes mellitus

La diabetes mellitus durante los 10 primeros años de evolución provoca una disfunción sexual en cerca del 50% de los pacientes y, según avanza la enfermedad, este porcentaje aumenta. Se afecta la fase de excitación, con problemas de excitación y de lubricación en las mujeres, y de disfunción eréctil en los hombres. La prevalencia entre los pacientes diabéticos es del 35-90%. La edad avanzada, la duración de la enfermedad, su mal control, la presencia de complicaciones, la asociación de otros factores de riesgo y la toma de medicamentos que menoscaban la función sexual, incrementan su prevalencia, que es más progresiva y grave en la diabetes que en otras enfermedades. La eyaculación precoz y la reducción de la libido se asocian a menudo a la disfunción eréctil en el paciente diabético.

La dificultad para obtener una adecuada lubricación es el problema sexual más frecuente entre las mujeres diabéticas, que, junto con la falta de expansión vaginal, provoca unas relaciones coitales irritativas y dolorosas, lo que merma el deseo sexual, e incluso el rechazo de las relaciones. La anorgasmia es secundaria a la dispareunia y a la falta de lubricación. La frecuente asociación entre las infecciones vaginales y el deterioro de la autoimagen (ideas de pérdida de atractivo y de capacidad de seducción) favorece más en la mujer diabética que en el hombre la aparición de trastornos depresivos y la evitación sexual.

En la diabetes mellitus tipo 1 los trastornos sexuales aparecen más tardía-

mente y son menos graves que en la de tipo 2, entre otras razones porque existe una menor comorbilidad vascular.

### Enfermedad cardiovascular

La enfermedad cardiovascular (hipertensión arterial [HTA], isquemia coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca y otras cardiopatías y miocardiopatías), así como los **factores de riesgo** (hipercolesterolemia, diabetes, HTA, tabaquismo, herencia genética, estrés, obesidad, frecuencia cardíaca, edad), incrementan las posibilidades de sufrir una disfunción sexual.

En la **HTA**, su prevalencia es del 25-40% y se relaciona con una edad mayor, el aumento de la presión sistólica y la toma de betabloqueantes. Por el contrario, el mejor control de la HTA se asocia a una menor prevalencia. Como en el resto de las enfermedades cardiovasculares, primero se afecta la fase de excitación, lo que provoca la disfunción en el hombre y dificultades para lubricar en la mujer. Según evolucione la HTA, el trastorno se agrava, asociándose posteriormente en ambos sexos un deseo hipoactivo y trastornos del orgasmo.

En la **isquemia coronaria** también es frecuente. Sin embargo, lo más característico en estos pacientes es la abstinencia sexual por miedo a sufrir una nueva complicación coronaria.

Está confirmada la asociación entre **obesidad** y disfunción sexual en ambos sexos, así como la mejoría de ésta al reducir el peso. Como factor agra-

vante, los pacientes obesos mórbidos, por su aspecto, pueden sufrir el rechazo de sus parejas y, secundariamente, experimentan una baja autoestima, lo cual agrava el trastorno sexual de base. A los problemas sexuales provocados por las enfermedades que complican la obesidad (hiperglucemia, HTA, etc.) se suman sus limitaciones físicas (fatiga, cansancio, limitación de la movilidad, ocultamiento y difícil acceso a los órganos genitales, etc.), que entorpecen aún más la respuesta sexual.

Respecto al **tabaco**, independientemente del efecto psicológico que el acto de fumar conlleva (sensación de relajación y de mayor seguridad), la nicotina dificulta la irrigación sanguínea y provoca disfunción eréctil en el hombre y problemas de lubricación en la mujer. La halitosis o el olor a tabaco a menudo afectan al deseo sexual de la pareja que, con frecuencia, rechaza el encuentro.

### Cáncer

En la tabla 1 se recogen los 5 tipos de cáncer más frecuentes en España. Se conocen bien los problemas sexuales secundarios a ciertos tipos de cáncer, como el de mama, ginecológicos y de próstata, pero no tanto los relacionados con otros tipos. Las disfunciones más frecuentes en estos pacientes son:

- Disminución o pérdida de deseo sexual, tanto en hombres como en mujeres.
- En los hombres, problemas para lograr una suficiente erección, así como para mantenerla.

**Tabla 1. Localizaciones más frecuentes del cáncer en España en 2012 (según el total de número de casos, en orden decreciente)**

	Hombre	Mujer	Ambos sexos
1	Próstata	Mama	Colorrectal
2	Pulmón	Colorrectal	Próstata
3	Colorrectal	Cuerpo uterino	Pulmón
4	Vejiga	Pulmón	Mama
5	Estómago	Ovario	Vejiga

Fuente: Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. Globocan 2012 v1.0. Cancer incidence and mortality worldwide: IARC.

- En las mujeres, trastornos en la excitación con déficit en la lubricación, sequedad vaginal y dispareunia.

Otros problemas sexuales menos frecuentes son:

- Trastornos orgásmicos en las mujeres, con ausencia frecuente de orgasmo, dificultad para alcanzarlo o disminución de su intensidad o duración.
- En los hombres, especialmente en los pacientes con cánceres prostáticos, anorgasmia y trastornos eyaculatorios, se presentan, sobre todo, problemas de eyaculación retrógrada.
- Aversión sexual, con ansiedad, miedo y evitación activa ante cualquier insinuación o acercamiento por parte de la pareja.

En función del cuadro clínico y de su evolución, estas alteraciones son transitorias y desaparecen con un adecuado tratamiento, o pueden perpetuarse.

Las **intervenciones quirúrgicas** a menudo provocan secuelas en la esfera sexual:

- En el **cáncer de mama**, la mastectomía parcial y la reconstrucción ma-

ria afectan menos a la función sexual que la mastectomía total.

- En el cáncer de recto, la cirugía puede lesionar los nervios pélvicos y provocar trastornos eréctiles, en la eyaculación o en el orgasmo.
- En el **cáncer de próstata**, la prostatectomía radical actual incorpora técnicas para intentar preservar la integridad neurológica, y es posible recuperar la función eréctil transcurrido un tiempo, lo que resulta más difícil tras la radioterapia. La braquiterapia, en cambio, lesiona menos la función eréctil y eyaculatoria en el paciente prostático.

La **quimioterapia y la radioterapia** merman el deseo y reducen la frecuencia sexual tanto en hombres como en mujeres; ambas pueden causar molestos efectos secundarios que también disminuyen el deseo sexual: cansancio, náuseas y vómitos, diarrea, etc. La radioterapia pélvica puede provocar una estenosis vaginal cicatricial causante de dispareunia, problemas para la penetración y esterilidad y disfunción eréctil.

La **terapia hormonal** supresora de andrógenos para el cáncer de próstata

propicia una disminución del deseo sexual, disfunción eréctil y dificultades para alcanzar el orgasmo.

El tamoxifeno, utilizado para reducir el riesgo de recidiva del cáncer de mama, provoca cansancio, sofocos, sudores nocturnos, flujo o sequedad vaginal, cambios en el humor, descenso del deseo sexual y dificultad orgásmica.

La depresión, la ansiedad y el estrés, tan comunes en pacientes con cáncer, así como su tratamiento, abocan con frecuencia a la disfunción sexual. Los antidepresivos y los opioides provocan trastornos de la excitación en la mujer, disfunción eréctil en el hombre y deseo hipoactivo en ambos.

La autoimagen se deteriora con el cáncer. Los tratamientos aplicados pueden ocasionar cambios físicos (caída de cabello, pérdida o aumento de peso y otros), que se viven con desagrado y promueven actitudes evitativas.

Las creencias erróneas sobre el cáncer pueden provocar inseguridad. Entre éstas destacan las que atribuyen a las prácticas sexuales la causa del cáncer, la responsabilidad de su recidiva o la capacidad de contagiarlo a la pareja. Todas ellas sirven de freno e impiden un disfrute adecuado de la sexualidad, aunque, superada la enfermedad, ésta es posible.

Las ideas sobre la sexualidad, previas al diagnóstico del cáncer, influyen mucho en la conducta sexual después del tratamiento. Si las relaciones sexuales eran positivas, es más probable que éstas continúen. En cualquier caso, el cáncer complica cualquier relación y es conveniente buscar ayuda sexológica si la tensión es acusada.

## ¿Cómo afecta la patología ginecológica a la salud sexual?

### Vaginosis bacteriana

La vaginosis bacteriana (VB) es un síndrome clínico que altera el ecosistema bacteriano de la vagina por el reemplazo del *Lactobacillus* sp. habitual, productor del peróxido de hidrógeno normal, por altas concentraciones de bacterias anaeróbicas, como *Gardnerella vaginalis* y *Mycoplasma hominis*. Aunque hablemos de infección, en sentido estricto se trata de una disbiosis.

### Epidemiología

La VB es la infección vaginal más frecuente entre las mujeres en edad fértil (15-44 años), y su prevalencia varía según las áreas geográficas y las poblaciones.

Se desconocen las causas que provocan dichos cambios en la flora vaginal, pero se sospecha la concatenación de diversos factores de riesgo:

- Endógenos (propios de cada mujer): cambios hormonales, estrés, menstruación.
- Exógenos: nueva pareja sexual, relaciones sexuales con varias parejas simultáneas, aplicación de duchas vaginales, ausencia de *Lactobacillus* vaginales y aumento de infecciones (enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis...), someterse a maniobras invasivas (histeroscopia, inserción de dispositivos intrauterinos [DIU], etc.).

Ocasionalmente, la VB también afecta a mujeres que nunca han mantenido relaciones sexuales.

Pese a no considerarla una infección de transmisión sexual (ITS) y sí una infección endógena del tracto reproductivo, su presencia aumenta el riesgo de adquirirlas.

Se descarta el riesgo de transmisión de VB por utilizar un mismo inodoro, o contagiarse a través de la ropa de la cama o por bañarse en piscinas.

Las mujeres embarazadas pueden contraer una VB, lo que aumenta el riesgo de aborto involuntario, parto prematuro y bajo peso en el recién nacido.

### Características clínicas

La VB es asintomática en más del 50% de los casos, y el diagnóstico se establece en el transcurso de una exploración o una citología rutinaria.

El principal síntoma es la leucorrea, blanco-grisácea, adherente y maloliente, con un característico «olor a pescado», que es más intenso después del coito ya que el depósito de líquido seminal alcalino en la vagina lo exacerba de inmediato.

Al no provocar inflamación tisular, los pacientes no refieren prurito, disuria ni inflamación vaginal. Si se presentan estos síntomas, se debe sospechar una vaginitis mixta. Aunque la VB no involucra al cérvix, puede asociarse a una cervicitis aguda.

Desde el punto de vista sexual, la VB sintomática genera en la mujer miedo al rechazo de su pareja como consecuencia del mal olor, y es habitual la evitación sexual por parte de uno o de ambos miembros. La vulvodinia y la dispareunia son quejas frecuentemente asociadas a la VB y, secundariamente, un deseo sexual hipoactivo si no se corrige el trastorno de base.

Las recaídas son habituales en la VB y, aunque se desconocen con exactitud sus causas, algunas podrían ser las siguientes:

- Las bacterias nocivas no se han erradicado por completo con el tratamiento.
- El ecosistema bacteriano vaginal no se ha restablecido totalmente.
- Recurrencia de factores de riesgo endógenos y exógenos.

### Diagnóstico

Se basa en los criterios de Amsel, y deben cumplirse al menos 3 de los 4:

1. Flujo blanco-grisáceo, fluido y homogéneo, que recubre las paredes de la vagina.
2. pH >4,5.
3. Prueba de las aminas positiva: olor a pescado tras añadir unas gotas de hidróxido de potasio al 10% en una muestra de exudado vaginal.
4. Hay un 20% de células clave o guía en el frotis (*clue cells*): células del epitelio vaginal recubiertas por cocobacilos observadas por microscopio, lo que les confiere un aspecto granular (como rebozadas). Éste es el criterio de más valor.

En ausencia de microscopia que confirme una VB, la falta de olor a pescado (prueba de olor negativa) hace que el diagnóstico sea improbable, aunque sería importante verificar los otros criterios, como el pH y/o la presencia de flujo con características específicas.

La prueba de Papanicolaou no es fiable para el diagnóstico de la VB por su baja sensibilidad. Tampoco los cultivos, ya que la *G. vaginalis* forma parte de la microbiota habitual, y su simple aislamiento no refleja la complejidad de los cambios en la flora vaginal que se producen en la VB.

En las mujeres embarazadas no es necesario hacer sistemáticamente pruebas de VB, pero sí en aquellas, incluso asintomáticas, con antecedentes de parto prematuro (se debería hacer un cribado en el primer trimestre).

### Tratamiento

La VB se resuelve espontáneamente en un tercio de las mujeres no embarazadas y en la mitad de las mujeres embarazadas.

El tratamiento en mujeres asintomáticas es discutible, pero se aconseja en:

- Mujeres embarazadas, sobre todo si tienen antecedentes de parto prematuro o aborto.

**Tabla 2. Recomendaciones de la SEGO para el tratamiento de la vaginosis bacteriana<sup>1</sup>**

	Fármaco	Dosis	Vía de administración
Preferentes	Metronidazol	500 mg/12 h durante 7 días	Oral
	Metronidazol gel	(0,75%), 5 g/día durante 5 días	Vaginal
	Clindamicina crema	(2%), 5 g/día durante 7 días	Vaginal
Alternativos	Tinidazol	2 g/día durante 2 días	Oral
	Tinidazol	1 g/día durante 5 días	Oral
	Clindamicina	300 mg/12 h durante 7 días	Oral
	Clindamicina óvulos	100 mg/día durante 3 días	Vaginal
Antiinfecciosos/ Antisépticos	Cloruro de decualinio	10 mg/día durante 6 días	Vaginal
Probióticos	No especificado	No especificado	No especificado

**Tabla 3. Grado de evidencia de diferentes tratamientos para la vaginosis bacteriana<sup>2,10</sup>**

Fármaco	Dosis	Vía de administración	Grado de evidencia
Clindamicina	300 mg dos veces al día durante 7 días	Oral	A <sup>2</sup>
Cloruro de decualinio	1 comprimido al día durante 10 días	Vaginal	A <sup>3,4</sup>
<b>Lactobacilos probióticos</b>			
<i>L. reuteri</i> RC14 y <i>L. rhamnosus</i> GR1	1 comprimido al día durante 28 días	Oral	B <sup>5</sup>
	1 comprimido al día durante 5 días	Vaginal	B <sup>6</sup>
<i>L. casei rhamnosus</i> 35	1 comprimido al día durante 7 días	Vaginal	B <sup>7</sup>
<i>L. brevis</i> CD2, y <i>L. salivarius</i> FV2 y <i>L. gasseri</i> MB335	1 comprimido al día durante 7 días	Vaginal	B <sup>8</sup>
<i>L. rhamnosus</i> (PB01-DSM 14870) y <i>L. gasseri</i> (EB01-DSM 14869)	1 comprimido diario durante 10 días a lo largo de 3 meses	Vaginal	B <sup>9</sup>
<i>L. acidophilus</i> + 0,03 mg estriol	1 comprimido durante 12 días	Vaginal	B <sup>10</sup>

- Después de un aborto o una histerectomía, para reducir el riesgo de complicaciones infecciosas.
- Para reducir el riesgo de ITS.

En la tabla 2 se recoge el Documento de Consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) para el tratamiento de la VB y en la tabla 3 el grado de evidencia de diferentes tratamientos.

Se considera innecesario el seguimiento si los síntomas desaparecen.

Hasta un 30% de las pacientes con buena respuesta inicial presentan recurrencia durante los 3 primeros meses, y más del 50% a lo largo del primer año. Se recomienda tratar la recaída con un tratamiento diferente al utilizado inicialmente. En caso de nuevas recurrencias, generalmente por

resistencias antibióticas, se plantearán otras opciones:

- Los antisépticos vaginales, como el cloruro de decualinio (CDQ), con una amplia actividad bactericida y fungicida, son una opción segura y eficaz. Su absorción sistémica es muy baja y sus efectos sistémicos insignificantes. La dosis recomendada es de un comprimido vaginal de 10 mg, aplicado diariamente durante 6 días. El CDQ cuenta con la misma eficacia clínica que la clindamicina en el tratamiento de la VB y es apropiado para el tratamiento de infecciones vaginales mixtas y en caso de diagnóstico incierto. Es poco probable la aparición de resistencias bacterianas.
- Los probióticos parecen ser beneficiosos para prevenir ésta y otras complicaciones durante el embarazo, pero la evidencia al respecto es escasa. Los comprimidos vaginales de *Lactobacillus* pueden reducir la recurrencia, incluso en mujeres con alto riesgo de VB, así como en la menopausia quirúrgica.

El tratamiento de la pareja no ha demostrado beneficios en la prevención de la recurrencia de la VB, por lo que no se recomienda.

Las mujeres positivas para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) deben recibir el mismo tratamiento que las VIH negativas.

En la actualidad, el tratamiento de la VB recurrente en neovaginas de pacientes transexuales, con una microflora distinta, constituye un reto médico.

### Miomas uterinos

El mioma uterino, también conocido como leiomioma o fibroma, es el tumor benigno más frecuente del aparato genital.

Su prevalencia es del 20-25%, con picos del 40% en mujeres entre 35 y 55 años. La mayoría son de pequeño tamaño y asintomáticos; sin embargo, el 25% de las mujeres de raza blanca y

el 50% de las de raza negra tienen miomas sintomáticos.

Su impacto en la calidad de vida y los costes sanitarios en relación con la fertilidad son importantes.

### Etiopatogenia

Prevalence de la hipótesis de la exposición hormonal, en especial de la progesterona (mayor incidencia en la segunda mitad de la etapa reproductiva y tendencia a involucionar tras la menopausia).

También podría existir una anomalía genética favorecedora, lo que explica su asociación familiar y la mayor distribución entre mujeres de raza negra.

### Anatomía patológica

Puede presentarse como nódulo único o, con mayor frecuencia, múltiple, bien delimitado pero no encapsulado. Por su localización se distinguen varios tipos:

- Subserosos. Progresan por debajo de la cubierta externa del útero hacia la cavidad abdominal.
- Intramurales (los más frecuentes). Crecen en la pared muscular del útero y pueden ser el origen de los submucosos.
- Submucosos (el 5-10% de los miomas). Son los más sintomáticos y se originan en la pared miometrial, protruyendo hacia el interior del útero. Pueden mostrarse pediculados (unidos al interior del útero por un pedículo o tallo) e incluso prolapsarse a través del orificio cervical («mioma parido»).

La degeneración maligna o sarcomatosa de un mioma es rara (un 0,5% de los casos).

Los factores que incrementan el riesgo de presentar miomas son los siguientes:

- Edad >40 años.
- Raza negra.
- Menarquia temprana (antes de los 10 años).
- No tener hijos.
- Obesidad.
- Antecedentes de miomas en familiares de primer grado (madre, hermanas).
- Vida sedentaria.

### Signos y síntomas

- Hemorragias uterinas (62%), generalmente debido a los miomas submucosos.
- Dolor secundario a la torsión, dilatación cervical o degeneración.
- Síntomas uretrales o vesicales debidos a la compresión.
- Dificultad o impedimento del embarazo y, durante éste, riesgo de aborto espontáneo, contracciones prematuras, anomalías de la presentación y necesidad de cesárea.
- Trastornos hematológicos y vasculares (anemia, tromboflebitis...).
- Síntomas sexuales: los miomas subclínicos tienen escasa repercusión, pero los sintomáticos dificultan las relaciones sexuales y provocan dispareunia, así como problemas para alcanzar el orgasmo y, secundariamente, un deseo sexual hipoactivo en la mujer con frecuente conflicto de pareja.

### Diagnóstico

La sospecha diagnóstica se basa en la clínica, sobre todo si se asocian factores de riesgo. El diagnóstico es más probable si en el examen pélvico bimanual se detecta un útero palpable por encima de la sínfisis púbica, agrandado, móvil e irregular.

Se requiere la confirmación mediante pruebas de imagen: ecografía vaginal (la más útil), histerosonografía, histeroscopia y, en ocasiones, resonancia magnética.

### Tratamiento

Se lleva a cabo en función de la sintomatología, del deseo o no de descendencia y del tamaño del útero:

1. Conducta expectante, en miomas pequeños y asintomáticos.
2. Tratamiento médico, con el objetivo de aliviar los síntomas y reducir el tamaño del mioma. Las principales opciones son las siguientes:
  - Moduladores selectivos del receptor de progesterona (MSRP), como acetato de ulipristal (AUP) en comprimidos de 5 mg, cuya toma diaria durante periodos de 3 meses reduce el tamaño del mioma, ejerce un rápido control del sangrado (4-6 días) y mejora la anemia y el dolor, proporcionando una

mayor calidad de vida. Indicados para el tratamiento preoperatorio de los síntomas moderados y graves de miomas uterinos en mujeres adultas en edad reproductiva, así como para el tratamiento intermitente repetido. Existe evidencia científica acerca de su eficacia, así como de su buen perfil de seguridad.

- Progestágenos exógenos: acetato de medroxiprogesterona o de megestrol. A pesar de no tener indicación autorizada, se han utilizado tradicionalmente para el control del sangrado, aunque la eficacia es baja. Además, suelen presentar efectos adversos (aumento de peso, depresión, sangrado irregular) y no controlan el crecimiento de los miomas.
  - Análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Controlan el sangrado y reducen el mioma mientras dura su administración. Se aplican por vía intramuscular o subcutánea, pero, debido a la pérdida de masa ósea y a las complicaciones hemorrágicas, se emplean durante poco tiempo (6 meses), y sólo como coadyuvantes a la cirugía.
  - Danazol. Es un agonista androgénico que puede suprimir el crecimiento del mioma, aunque no tiene la indicación autorizada. Además, es mal aceptado por las pacientes debido a sus efectos adversos: ganancia de peso, acné, hirsutismo, edema, tono más grave de voz, sequedad vaginal...
  - Otros tratamientos utilizados anteriormente, como los anticonceptivos hormonales orales o los DIU liberadores de hormonas, e incluso los antiinflamatorios no esteroideos, no tienen indicación aprobada para el tratamiento del mioma uterino y a menudo están contraindicados.
3. Tratamiento quirúrgico, indicado en las siguientes situaciones:
    - Degeneración o torsión.
    - Problemas con la reproducción.
    - Cirugía concomitante.
    - Menorragias recidivantes no respondedoras a tratamiento médico.
    - Mioma submucoso sintomático.
    - Crecimiento rápido o no reducción con terapia médica.

# ¿Cómo valorar el riesgo que conlleva la actividad sexual en pacientes con enfermedad vascular?

Muchas de las personas que han sufrido un infarto de miocardio no reanudan nunca más su actividad sexual tras haberlo superado, o reducen en gran manera la frecuencia sexual, lo que sucede por igual entre hombres y mujeres.

Esto es achacable, principalmente, al miedo a que desencadene otro infarto, dada la habitual falta de información sobre las prácticas sexuales posibles pro-

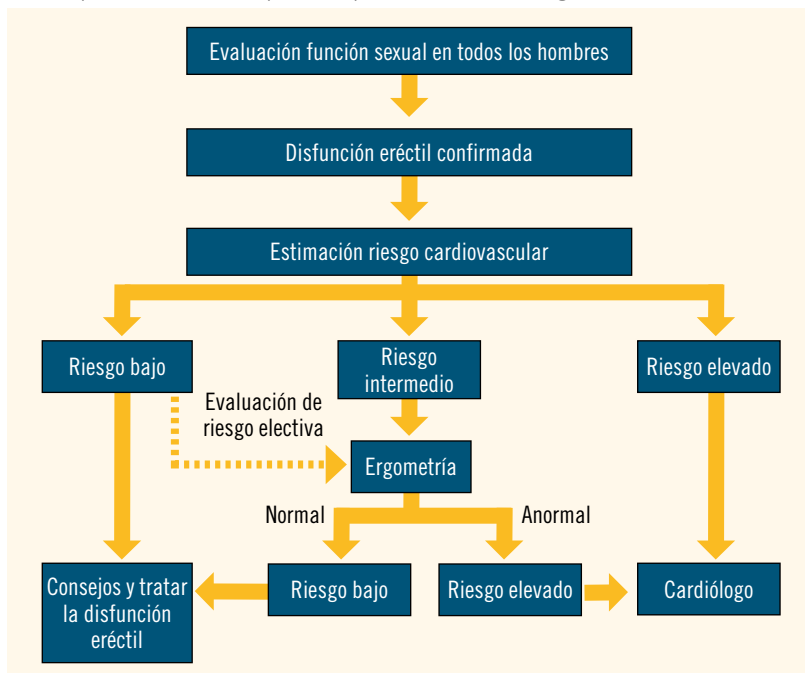
porcionada por los profesionales a los pacientes infartados. Se ha comprobado que la actividad sexual es un débil factor precipitante de un nuevo ataque coronario, y la práctica habitual de ejercicio es el factor que más los previene.

Es competencia del cardiólogo la estimación del riesgo cardiovascular asociado a la actividad sexual en pacientes con una enfermedad grave o inestable, sufran o

no un problema sexual (alrededor del 82% de pacientes que han sufrido un infarto padecen disfunción eréctil).

La Tercera Conferencia de Princeton estratifica el riesgo que conlleva la práctica sexual en pacientes con enfermedad cardiovascular y disfunción eréctil (tabla 4 y algoritmo 1):

- Pacientes de riesgo bajo. No necesitan evaluación cardíaca antes de iniciar o reanudar la actividad sexual, ni tampoco para recibir tratamiento por una posible disfunción.
- Pacientes de riesgo alto. Sufren una cardiopatía grave o inestable y la actividad sexual supone un riesgo significativo, por lo que es necesaria una evaluación cardiológica. Ha de interrumpirse dicha actividad hasta que la cardiopatía se haya estabilizado con el tratamiento o el cardiólogo tome la decisión de que resulta seguro reanudarla.
- Pacientes de riesgo intermedio. Necesitan una evaluación profunda mediante la prueba de esfuerzo antes de reanudar la actividad sexual. La gammagrafía con adenosina o dipiridamol es recomendable si el paciente no puede completar una prueba de esfuerzo estándar. Según los resultados de las pruebas, los pacientes pueden pasar a integrar el grupo de riesgo alto o bajo.



**Algoritmo 1.** Estimación del riesgo cardiovascular en hombres con disfunción eréctil (III Consenso de Princeton)

**Tabla 4. Estratificación del riesgo cardiovascular en la actividad sexual (III Consenso de Princeton)**

Riesgo bajo	Riesgo intermedio	Riesgo alto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revascularización coronaria satisfactoria (cirugía, intervención con o sin dispositivo intraarterial)</li> <li>• HTA asintomática controlada</li> <li>• Valvulopatía de grado leve</li> <li>• Disfunción ventricular izquierda/insuficiencia cardíaca (NYHA clases I y II) que superan los 5 MET, sin isquemia, en una ergometría reciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina estable leve o moderada</li> <li>• Infarto de miocardio antiguo (2-8 semanas) que no precise evaluación mediante ergometría</li> <li>• Insuficiencia cardíaca congestiva (NYHA clase III)</li> <li>• Secuelas no cardíacas de la enfermedad aterosclerótica (p. ej., enfermedad arterial periférica y una historia de ictus o accidente isquémico transitorio)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina de pecho inestable o refractaria</li> <li>• HTA no controlada</li> <li>• Insuficiencia cardíaca congestiva (NYHA clase IV)</li> <li>• Infarto de miocardio agudo reciente, no sometido a intervención (&lt;2 semanas)</li> <li>• Riesgo elevado de arritmias: taquicardia ventricular inducida por el ejercicio, desfibrilador automático implantable con descargas y fibrilación auricular mal controlada</li> <li>• Miocardiopatía hipertrófica obstructiva muy sintomática</li> <li>• Valvulopatía moderada-avanzada, sobre todo la estenosis aórtica</li> </ul>

HTA: hipertensión arterial.

## ¿Cómo diagnosticar un problema sexual en pacientes diabéticos, con enfermedad cardiovascular, cáncer, vaginosis bacteriana o miomas?

La **anamnesis en salud sexual** es el instrumento más importante para diagnosticar cualquier problema sexual. Se ha de complementar con la exploración física y con pruebas de laboratorio.

Los pacientes no suelen consultar por propia iniciativa sus problemas sexuales. A la mayoría (90,9%) les gustaría que, más que preguntar por sí mismos, fuese el médico quien lo hiciera. La realidad es que sólo el 40% de los pacientes consultados reconocen haber hablado en algún momento sobre su vida sexual con su médico. La búsqueda activa por parte del médico es el factor más decisivo para que las disfunciones afloren, lo que se consigue preguntando a los pacientes, en especial a los incluidos en los grupos de riesgo (tabla 5).

La **exploración física** se dirige a descartar una enfermedad vascular, neu-

rológica, endocrina, genital o prostática, estudiando los siguientes aspectos:

1. Peso, talla, índice de masa corporal (IMC).
2. Inspección general, morfología y caracteres sexuales secundarios.
3. Exploración de mamas, abdomen y genitales.
4. Exploración vascular: presión arterial, frecuencia cardiaca y palpación de pulsos periféricos (carotídeo, femoral, poplíteo, tibiales y pedio). Descartar la presencia de soplos vasculares periféricos (abdominales, femorales, etc.), aneurismas y varices.

Las **pruebas de laboratorio** resultan imprescindibles para alcanzar el diagnóstico en algunas disfunciones. Su solicitud se individualizará en función del contexto clínico, los datos obtenidos durante la entrevista clínica y la accesibilidad y fiabilidad de la técnica:

- Determinaciones analíticas habituales: hemograma completo, glucemia basal, perfil lipídico (colesterol total, c-HDL, c-LDL, triglicéridos), iones ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ), pruebas de función renal y hepática.
- Determinaciones en función de la situación clínica: antígeno prostático específico, testosterona total, prolactina, hormonas foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH), 17-betaestradiol, hormona estimulante de la tiroides (TSH) y tiroxina libre (T4L).

### Estudios especiales

Test de tumescencia y rigidez peneana nocturna, estudios vasculares, inyección intracavernosa de fármacos vasoactivos, ecografía Doppler, arteriografía de la pudenda interna, estudios neurológicos y endocrinológicos, evaluación psicodiagnóstica especializada.

**Tabla 5. Grupos de riesgo para las disfunciones sexuales**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas mayores de 50 años</li> <li>• Menores de 50 años con 2 o más factores de riesgo cardiovascular</li> <li>• Diabéticos, hipertensos, obesos</li> <li>• Diagnosticados o tratados de cáncer</li> <li>• Enfermedad respiratoria crónica</li> <li>• Problemas urinarios, prostáticos y con incontinencia</li> <li>• Antecedentes de traumatismos pélvicos o perineales</li> <li>• Infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Enfermedad ginecológica (vaginosis bacteriana, mioma uterino)</li> <li>• Síntomas psicológicos: insomnio, depresión, trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad, trastorno somatomorfo, anorexia o bulimia nerviosa, trastorno de personalidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de fármacos (se citan los más utilizados):               <ul style="list-style-type: none"> <li>– ↓ Testosterona: antiandrógenos, estrógenos, anabolizantes, digoxina, clofibrato, espironolactona, cimetidina</li> <li>– ↑ Prolactina: cimetidina, metoclopramida, sulpiride, opiáceos, haloperidol, antidepresivos tricíclicos</li> <li>– Antidepresivos (inhibidores de la recaptación de serotonina y de la monoaminoxidasa y antipsicóticos)</li> <li>– Antihipertensivos: betabloqueantes, metildopa, reserpina</li> <li>– Diuréticos: espironolactona, tiazidas</li> </ul> </li> <li>• Consumo excesivo de alcohol</li> <li>• Fumadores</li> <li>• Consumo de otras sustancias de abuso</li> </ul>
---	---



## ¿Qué intervención terapéutica es apropiada ante estos problemas sexuales?

En la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, así como en la vaginosis bacteriana y el mioma uterino, el control óptimo de la enfermedad o su curación (si ello es posible), la modificación de los estilos de vida desfavorables y la corrección de los efectos adversos en la esfera sexual de los fármacos utilizados repercuten muy favorablemente en la rehabilitación de la función sexual y la superación de la disfunción.

En la tabla 6 se recogen los niveles de evidencia y el grado de recomendación de diferentes tratamientos.

### Consejo sexológico y asesoramiento sobre los siguientes aspectos

- Desgenitalización de la relación sexual y fomento de la sensualidad.
- Relaciones sexuales flexibles y no finalistas. El coito no tiene por qué ser siempre el objetivo final del encuentro sexual; el sexo no coital también resulta satisfactorio.
- Dedicarle tiempo. La práctica sexual requiere tiempo y un estado de ánimo sosegado.

- Desdramatizar si, pese a todo, el encuentro sexual no ha transcurrido como era de desear, recurriendo, en la medida de lo posible, al sentido del humor.

### Tratamientos

#### Tratamientos etiológicos

- Tratamientos hormonales, cuando existe déficit, como en casos de hipogonadismo o hipotiroidismo, que se ha de corregir.
- Terapia sexual. Consiste en un conjunto de estrategias psicoterapéuticas que la persona afectada realizará de manera individual, pero también, siempre que sea posible, en pareja:
  - De manera individual, se adiestrará en primer lugar en técnicas de relación, para pasar posteriormente a realizar autoestimulación. Cuando la ansiedad de ejecución bloquea cualquier progreso en la terapia, es necesario incorporar procedimientos de desensibilización sistemática, tipo Wolpe.
  - En pareja se realizarán técnicas de focalización sensorial, siguiendo el modelo terapéutico iniciado por Master y Johnson y ampliado por Kaplan y Hawton.

#### Tratamientos sintomáticos

Varían en función del problema sexual:

- Para la disfunción eréctil se dispone de ciertos fármacos, como los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IP-DE-5), dispositivos de vacío y anillos constrictores, y fármacos intracavernosos (alprostadil, alprostadil en bastoncillo uretral y en crema tópica).
- Para la eyaculación precoz, el tratamiento combinado de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, junto con la terapia sexual, logra los mejores resultados. La dapoxetina es, hasta el momento, el único fármaco que cuenta con esta indicación; se trata de un inhibidor que ofrece ventajas respecto a los demás (no necesita periodo de impregnación ni existe riesgo con su uso de sufrir síndrome de discontinuación).
- En el deseo hipoactivo, si coincide con el uso de antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la recaptación de serotonina, su paulatina sustitución por agomelatina o bupropión puede ayudar a su superación. En cualquier caso, fomentar la sensualidad y el erotismo en la pareja suele resultar eficaz. La incorporación de

**Tabla 6. Niveles de evidencia y grado de recomendación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)**

	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Valoración del riesgo que conlleva la actividad sexual en pacientes con enfermedad vascular	1++	A
Tratamientos hormonales para las disfunciones sexuales	1+	A
Terapia sexual para las disfunciones sexuales	2+	C
Tratamiento con inhibidores de la fosfodiesterasa 5 para la disfunción eréctil	1++	A
Tratamiento con dapoxetina para la eyaculación precoz	1++	A
Uso de agomelatina y bupropión como alternativa a otros antidepresivos serotoninérgicos en disfunciones sexuales secundarias a su uso	2++	B
Tratamiento con flibanserina del deseo hipoactivo femenino en mujeres premenopáusicas	2–	D
Eficacia y seguridad de acetato de ulipristal en el tratamiento del mioma uterino	1+	A

fármacos como flibanserina, recientemente aprobada por la Food and Drug Administration para tratar el de-

seo hipoactivo en mujeres premenopáusicas, es un tema controvertido. Su dudosa eficacia, sus riesgos y su

elevado precio la convierten en una opción, bajo nuestro punto de vista, poco recomendable.

## ¿Cómo prevenir los problemas sexuales en pacientes afectados por estas enfermedades?

### Pacientes diabéticos

El buen control glucémico, evitar y corregir las complicaciones y los factores de riesgo cardiovascular frecuentemente asociados (HTA, hiperlipidemia, sedentarismo, tabaquismo...) redundan en una mejoría de la función sexual.

### Pacientes con isquemia coronaria y riesgo cardiovascular

Transcurridas 8 semanas desde que se produjo el infarto, y una vez realizada por el cardiólogo una valoración de la capacidad funcional cardíaca cuyo resultado ha sido favorable, se puede reanudar la actividad sexual manteniendo unas precauciones básicas:

- Llevar a cabo un control de los factores que incrementan el riesgo de una nueva crisis: tabaquismo, HTA, dislipemia, sobrepeso, diabetes, etc.
- Realizar un programa de ejercicio físico para aumentar la capacidad funcional cardíaca por encima de los valores mínimos requeridos para realizar el coito.

- Potenciar la relación sensual en la pareja.
- Practicar una actividad sexual que no sea extenuante y evitar las relaciones sexuales que generen estrés.
- Evitar practicar el coito después de una comida copiosa, tras haber ingerido alcohol o realizado un ejercicio agotador.
- Si se plantea tratamiento con IPDE-5, informar al paciente de la contraindicación del uso de nitritos. En caso de presentarse un episodio de angor, recomendar la sustitución de nitritos por otros fármacos, como amlodipino, que se pueden asociar con menos riesgos a los IPDE-5.

### En mujeres con vaginosis bacteriana

La forma sintomática se resuelve por sí misma en un tercio de las mujeres no embarazadas y hasta en la mitad de las embarazadas. La mejor manera de prevenir los problemas sexuales que genera es la erradicación del síndrome.

El metronizadol y la clindamicina, por vía oral o vaginal, han sido hasta ahora los tratamientos más usados; sin em-

bargo, el porcentaje de recurrencias, principalmente por resistencia antibiótica, es superior al 50% durante el primer año.

Los antisépticos vaginales, como el CDQ con actividad antimicrobiana, en comprimidos vaginales de 10 mg aplicados diariamente durante 6 días, son una opción segura y tan eficaz como la clindamicina para el tratamiento de la VB, y las resistencias son poco probables. Los probióticos también podrían resultar útiles para evitar recidivas.

### En los miomas uterinos

La corrección quirúrgica de los miomas voluminosos que dificultan las relaciones sexuales y/o provocan dispareunia y dificultad orgásmica era la solución más recomendable hasta hace unos años. Ahora han aparecido nuevos tratamientos médicos, como el acetato de ulipristal 5 mg (modulador selectivo del receptor de progesterona), que resultan eficaces y seguros para aliviar los síntomas y reducir el tamaño del mioma, en pauta intermitente y repetida.

## Cómo preservar la vida sexual a pesar del tratamiento contra el cáncer

Muchos de los cambios que acontecen durante o después del tratamiento contra el cáncer pueden afrontarse con éxito. En algunos casos se han de adoptar posturas sexuales inhabituales que pueden generar dificultades. Por ejemplo, en pacientes sometidos a colostomías o ileostomías se han de evitar las que puedan presionar sobre la bolsa de ostomía. En trastornos de excitación femenina, el uso de lubricantes o humectantes vaginales con base de agua, sin fragancias, colores o espermicidas añadidos facilitará las relaciones.

La terapia tópica o sistémica de estrógenos es una buena opción para las mujeres que presentan atrofia vaginal, pero hay que asegurarse de que su uso no está contraindicado, lo que sucede en algunos tipos de cáncer femenino.

Respecto a los problemas con el orgasmo, a fin de superarlos, puede ser útil tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Realizar una buena fase de caricias eróticas mutuas, previas a la posible penetración (*petting*).
- Fomentar las fantasías sexuales, pensamientos o imágenes de contenido sexual que surgen de forma volunta-

ria o involuntaria, facilitando o provocando así la excitación y el placer.

- Se puede recurrir a un vibrador para lograr una estimulación adicional durante la relación sexual.
- Apretar los muslos entre sí o tensarlos, cambiando la posición de las piernas durante el encuentro puede resultar útil.
- Practicar los ejercicios de Kegel. Con ello, se contrae el músculo pubocóxigeo y se fortalece el suelo pélvico. En el transcurso de ellos, al contraerse y relajarse rítmicamente la pared vaginal, si se asocian caricias en el clítoris, el placer aumenta y se facilita el orgasmo. ■

### Bibliografía

1. Guía Práctica de Asistencia. SEGO. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Actualizado 2016. Disponible en: <http://www.gapasego.com/wp-content/uploads/2016/04/GPA-Vulvovaginitis-2016-OK.pdf>
2. Greaves WL, Chungafung J, Morris B, Haile A, Townsend JL. Clindamycin versus metronidazole in the treatment of bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol.* 1988; 72(5): 799-802.
3. Della Casa V, Noll H, Gonser S, Grob P, Graf F, Pohlig G. Antimicrobial activity of dequalinium chloride against leading germs of vaginal infections. *Arzneimittelforschung.* 2002; 52(9): 699-705.
4. Petersen EE, Weissenbacher ER, Hengst P, Spitzbart H, Weise W, Wolff F, et al. Local treatment of vaginal infections of varying etiology with dequalinium chloride or povidone iodine. A randomised, double-blind, active-controlled, multicentric clinical study. *Arzneimittelforschung.* 2002; 52(9): 706-715.
5. Martinez RC, Franceschini SA, Patta MC, Quintana SM, Gomes BC, De Martinis EC, et al. Improved cure of bacterial vaginosis with single dose of tinidazole (2 g), *Lactobacillus rhamnosus* GR-1, and *Lactobacillus reuteri* RC-14: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Can J Microbiol.* 2009 Feb;55(2):133-8. doi: 10.1139/w08-102.
6. Anukam K, Osazuwa E, Ahonkhai I, Ngwu M, Osemene G, Bruce AW, et al. Augmentation of antimicrobial metronidazole therapy of bacterial vaginosis with oral probiotic *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 and *Lactobacillus reuteri* RC-14: randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Microbes Infect.* 2006; 8(6):1.450-1.454.
7. Reid G, Bocking A. The potential for probiotics to prevent bacterial vaginosis and preterm labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189(4): 1.202-1.208.
8. Zodzika J, Rezeberga D, Donders G, Vedmedovska N, Vasina O, Pundure I, et al. Impact of vaginal ascorbic acid on abnormal vaginal microflora. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 288(5): 1.039-1.044. doi: 10.1007/s00404-013-2876-y.
9. Mastromarino P, Macchia S, Meggiorini L, Trinchieri V, Mosca L, Perluigi M, Midulla C. Effectiveness of *Lactobacillus*-containing vaginal tablets in the treatment of symptomatic bacterial vaginosis. *Clin Microbiol Infect.* 2009; 15(1): 67-74. doi: 10.1111/j.1469-0691.2008.02112.x. Epub 2008 Nov 22.
10. Mossop H, Linhares IM, Bongiovanni AM, Ledger WJ, Witkin SS. Influence of lactic acid on endogenous and viral RNA-induced immune mediator production by vaginal epithelial cells. *Obstet Gynecol.* 2011; 118(4): 840-846. doi: 10.1097/AOG.0b013e31822da9e9.

### Bibliografía de consulta

- Cancelo MJ, Beltrán D, Calaf J, Campillo F, Cano A, Guerra JA, et al. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia de diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Protocolo actualizado en 2012. *Prog Obstet Ginecol.* 2013; 56(5): 278-284.
- Donnez J, Donnez O, Courtoy GE, Dolmans MM. The place of selective progesterone receptor modulators in myoma therapy. *Minerva Ginecol.* 2016; 68(3): 313-320.
- Drory Y, Kravetz S, Weingarten M. Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2000; 85: 1.283-1.287.
- Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EJ, Sadovsky R, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2010; 7(1 Pt 2): 337-348.
- Kolotkin RL, Zunker C, Østbye T. Sexual functioning and obesity: a review. *Obesity (Silver Spring).* 2012; 20(12): 2.325-2.333.
- Lindsay KL, Walsh CA, Brennan L, McAuliffe FM. Probiotics in pregnancy and maternal outcomes: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2013; 26(8): 772-778.
- López-Merino V, Sánchez-Sánchez F. Sexualidad en pacientes que han sufrido un infarto. *Semergen.* 2001; 27-10: 516-521.
- Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Diabetes and sexual dysfunction: current perspectives. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2014; 7: 95-105.
- Megiddo E, Justo D, Arbel Y, Oren A, Heruti R, Banai S. Sexual dysfunction and coronary artery disease in adult women. *Harefuah.* 2009; 148(9): 611-614, 657.
- Mendling W, Weissenbacher ER, Gerber S, Prasauskas V, Grob P. Use of locally delivered dequalinium chloride in the treatment of vaginal infections: a review. *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 293(3): 469-484.
- Monleón Sancho J, Romaguera E, Romero A, Higuera G, Morcillo I, Fuster S. Ulipristal acetate, 5 mg: a new alternative. *Med Clin (Barc).* 2013; 141 Supl 1: 40-46.
- Nehra A, Jackson G, Miner M, et al. The Princeton III Consensus Recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clinic Proc.* 2012; 87(8):766-778. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3498391/>
- Rutte A, Van Splunter MM, Van der Heijden AA, Welschen LM, Elders PJ, Dekker JM, et al. Prevalence and correlates of sexual dysfunction in men and women with type 2 diabetes. *J Sex Marital Ther.* 2015; 41(6): 680-690.
- Trefoux Bourdet A, Luton D, Koskas M. Clinical utility of ulipristal acetate for the treatment of uterine fibroids: current evidence. *Int J Womens Health.* 2015; 7: 321-330.
- Weissenbacher ER, Donders G, Zezeitig V, Martínez de Tejada B, Gerber S, Halaška M, et al.; Fluomizin Study Group. A comparison of dequalinium chloride vaginal tablets (Fluomizin®) and clindamycin vaginal cream in the treatment of bacterial vaginosis: a single-blind, randomized clinical trial of efficacy and safety. *Gynecol Obstet Invest.* 2012; 73(1): 8-15.



Ver sección En la consulta y más fichas para pacientes en  
[www.sietediasmedicos.com](http://www.sietediasmedicos.com)