

Sexualidad de la mujer e infecciones de transmisión sexual

Myriam Ribes Redondo¹, Sofía Mira Martínez²

¹Ginecóloga y sexóloga. Hospital Mateu Orfila. Menorca (Illes Balears).

²Farmacéutica comunitaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud de la Mujer de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria

Conceptos clave sobre salud de la mujer

Etapas de la vida de la mujer: nutrición y patologías dermatológicas	
1	Etapas vitales del ciclo de vida de la mujer
2	Nutrición en las diferentes etapas de la mujer
3	Patologías dermatológicas frecuentes de la mujer
Sexualidad y salud de la mujer	
4	Sexualidad de la mujer e infecciones de transmisión sexual
5	Anticoncepción
6	Salud vaginal
Ciclo reproductivo de la mujer y sus trastornos	
7	Embarazo, parto y puerperio. Lactancia materna (I)
8	Embarazo, parto y puerperio. Lactancia materna (y II)
9	Trastornos reproductivos
Menopausia, enfermedades crónicas y protección de la salud	
10	Menopausia y madurez
11	Mujer y enfermedades crónicas
12	Protección de la salud de la mujer. Mujer y sociedad

Sexualidad de la mujer

Introducción

La sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano que lo acompaña a lo largo de toda su vida. Incluye el sexo, el género, la identidad y la orientación sexual, y abarca tanto la reproducción como la comunicación y el placer¹⁻³.

Una sexualidad positiva propicia el crecimiento personal, es fuente de bienestar y un pilar fundamental en la salud humana⁴. Para conseguirla, la relación con el sexo ha de ser positiva, respetuosa, segura y libre de coacción, discriminación o violencia: una sociedad no es sana si no se preocupa por la salud sexual ni por garantizar los derechos sexuales de su población⁵.

¿Es sana sexualmente la sociedad occidental actual? Los datos de prevalencia de disfunciones sexuales⁶ dicen que no, sobre todo cuando se habla de las mujeres, de las que casi la mitad refiere haber tenido problemas sexuales.



Disfunciones sexuales femeninas

Definición y clasificación

Las disfunciones sexuales femeninas (DSF) se definen como las alteraciones en el deseo sexual y en la psicofisiología del ciclo de respuesta sexual femenina que, además de ocurrir de manera persistente, son recurrentes en el tiempo y causan malestar y dificultades interpersonales⁶⁻⁸.

Aunque hay cierta controversia en cuanto a la clasificación de las DSF por parte de las diversas sociedades científicas, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5)⁹ define los siguientes tipos principales de DSF:

- Trastorno de interés/excitación sexual femenino.
- Trastorno del orgasmo.
- Trastorno por dolor genitopélvico de la penetración.
- Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos.

Prevalencia y etiología

La prevalencia de las DSF en la mujer es elevada; un 40% presenta problemas sexuales a lo largo de su vida, y un 12% refiere malestar y dificultades interpersonales por ese motivo⁹. Su etiología es multifactorial, e implica tanto causas orgánicas como psicológicas y de relación⁸.

Diagnóstico

Su diagnóstico se basa en una historia detallada que permita identificar todos los factores etiológicos y evaluar los posibles problemas psicosexuales. En algunos casos puede ser necesaria una exploración o una analítica que descarte patologías asociadas. Para considerarse disfunción, este malestar debe estar presente en el 75% de las veces y durante más de 6 meses.

Tabla 1. Recursos terapéuticos psicológicos para las disfunciones sexuales femeninas

Asesoramiento sexual

- Se fundamenta en ofrecer información veraz que desmonte mitos, creencias anómalas y expectativas irreales

Consejo sexual (counselling)

- Se realiza mediante la aportación de sugerencias específicas para abordar el problema, propiciando un cambio de actitud de cara a mejorar la satisfacción sexual

Terapia sexual

- Es el patrón estándar del tratamiento. Se basa en la realización de ejercicios específicos para mejorar la interacción erótica y emocional. Las más utilizadas son la focalización sensorial y el entrenamiento en autoestimulación de Lobitz y LoPiccolo y sus múltiples variantes^{4,6,8}. La ha de realizar un profesional con formación específica en sexología clínica y terapia de pareja

Tratamientos farmacológicos

- Se dispone de diversos fármacos y fitofármacos que pueden mejorar la respuesta sexual, o aliviar las causas que han producido la disfunción (ver tabla 3)

Adaptada de: Ribes Redondo⁸.

Tabla 2. Enfermedades y fármacos que se asocian a las disfunciones sexuales femeninas^{9,10}

Psicológicas/psiquiátricas

- Ansiedad/depresión, psicosis, trastorno de personalidad

Neurológicas

- Ictus, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, demencia, lesiones medulares, epilepsia

Endocrinas

- Diabetes mellitus, hiperprolactinemia, disfunción tiroidea, hipogonadismo, hipoestrogenismo

Cardiovasculares

- Hipertensión, cardiopatía isquémica

Oncológicas

- Cáncer de mama, útero, colon, ovario

Digestivas

- Hepatopatía, síndrome del intestino irritable, enfermedad de Crohn, úlcera gástrica

Infecciones

- Sistémicas y de transmisión sexual

Uroginecológicas

- Endometriosis, vulvodinia, cistitis, vulvitis, prolapso genital, SGM

Reumatológicas

- Artritis, artrosis, fibromialgia, lupus, osteoporosis

Otras

- Insuficiencia renal, EPOC, dermatitis, psoriasis

Fármacos

- ISRS, benzodiazepinas, antipsicóticos, antihipertensivos, estatinas y fibratos, antiepilépticos, omeprazol, antiandrogénicos, opiáceos, quimioterapia

Tóxicos

- Tabaco, alcohol, heroína, opioides, anfetaminas, marihuana

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; SGM: síndrome genitourinario de la menopausia. Adaptada de: Ribes Redondo⁸.

Tratamiento

El tratamiento de las DSF debe ser individualizado y requiere un abordaje completo biopsicosocial y generalmente multidisciplinario, en el que se contemplan el asesoramiento, el consejo y la terapia sexual, además de los tratamientos farmacológicos (tabla 1). Por otro lado, siempre se han de evaluar y tratar todas las afecciones médicas o yatrogénicas asociadas a la DSF^{10,11} (tabla 2).

Trastorno del interés/excitación sexual femenino

Es la DSF más frecuente. Se define como la deficiencia recurrente y persistente del interés y/o excitación sexual, que puede acompañarse de angustia y de respuesta adversa al contacto. Se asocia a poca lubricación y a disminución de la sensación genital.

Entre sus causas médicas se encuentran las patologías endocrinas, vasculares y neurológicas, fundamentales en

la respuesta sexual, el cáncer, la depresión y los fármacos tan comunes como los antihipertensivos, los antidepresivos o los anticonceptivos hormonales. Se relaciona con problemas psicológicos, como el estrés, los estados de desmotivación y la baja autoestima, así como con una educación restrictiva y una mala calidad erótica y emocional en la relación de pareja.

Aunque el patrón estándar en el tratamiento es la terapia sexual^{12,13}, cada vez se dispone de más recursos farmacológicos para su manejo (tabla 3).

Trastorno del orgasmo

Se refiere a una ausencia o disminución, recurrente y persistente, de las sensaciones orgásmicas femeninas después de una fase de excitación normal⁶⁻⁸.

Puede ser secundaria a problemas vasculares y neurológicos, pero sus causas más frecuentes son psicológicas y socio-relacionales: inadecuada educación sexual, mala comunicación con la pareja o historia de trauma y abusos.

El tratamiento más eficaz del trastorno orgásmico es la terapia sexual⁶⁻⁸.

Trastorno por dolor genitopélvico de la penetración

Incluye dos entidades relacionadas, que son la dispareunia y el vaginismo. La dispareunia es el dolor continuo o recurrente en las relaciones sexuales, y el vaginismo es la contracción involuntaria del músculo perineal de forma que se impide la penetración vaginal aunque exista deseo⁶⁻⁸. Se relaciona con una conducta fóbica o de temor por anticipación del dolor sexual.

Ambos problemas pueden originarse en respuesta a todo aquello que cause dolor pélvico y genital, como endometriosis, fibromas uterinos, cirugía pélvica, infecciones genitales o disfunción del suelo pélvico. En el plano psicológico se relacionan con una historia de abusos y trauma, una educación restrictiva y los conflictos de pareja.

Es importante recordar que la causa más frecuente del dolor genitopélvico en la mujer madura es el síndrome genitourinario de la menopausia (SGM). El abordaje terapéutico de esta disfunción se dirige al tratamiento de las causas orgánicas, de forma conjunta con el manejo psicológico y la terapia sexual⁶⁻⁸.

Los fármacos más utilizados (tabla 3) son los relacionados con el tratamiento del SGM y la sequedad vaginal: a nivel sistémico, estrógenos, tibolona, ospemifeno y TSEC; a nivel local, estrógenos, prasterona, isoflavonas y preparados hidratantes, lubricantes y emolientes vulvovaginales.

Tabla 3. Fármacos y fitofármacos empleados en el manejo de las DSF^{11,12}

Estrógenos

- Útiles en DSF asociadas a síndrome climatérico y SGM. Los estrógenos vaginales son una alternativa eficaz y segura en el SGM

Tibolona

- Es capaz de actuar como estrógeno, gestágeno y andrógeno. Tiene un efecto positivo en el tono vital y el deseo

Ospemifeno

- Útil en DSF asociadas a SGM. Es un SERM con acción agonista a nivel genitourinario y antagonista en la mama, con lo que resulta seguro en mujeres con cáncer de mama

TSEC: estrógenos y bazedoxifeno

- El TSEC combina los estrógenos con un SERM, bazedoxifeno, con mejoría del SGM y los síntomas psicológicos de la menopausia

Flibanserina

- Tratamiento para la pérdida de deseo, solo aprobado en Estados Unidos. Resultados modestos

Testosterona

- Mejora el deseo sexual y la satisfacción en la peri/posmenopausia

Prasterona (DHEA)

- Precursor de andrógenos y estrógenos. El tratamiento con prasterona intravaginal parece ejercer efectos beneficiosos sobre toda la respuesta sexual

Antidepresivos

- Bupropión puede mejorar el placer sexual, la excitación y el orgasmo en mujeres premenopáusicas. Apomorfina y mirtazapina también han mostrado eficacia en las DSF

Inhibidores de la fosfodiesterasa

- Sildenafil parece útil en la DSF relacionada con un daño neurológico y tratamiento antidepresivo, asociado a testosterona. No está comercializado

Hidratantes y lubricantes vaginales

- La mejoría del trofismo y de la sequedad vaginal tiene un efecto claramente positivo en todas las DSF, sobre todo en las que asocian dolor

Isoflavonas de soja

- Su acción estrogénica puede aliviar los síntomas climatéricos y el SGM, por lo que también mejora la función sexual

Maca andina

- En dosis altas puede mejorar la función sexual y la libido

Ginseng

- Mejora la excitabilidad genital y el deseo

Ginkgo biloba

- Mejora la excitabilidad por su acción genital y, en consecuencia, el deseo

Abrojo (*Tribulus terrestris* L).

- Aumenta testosterona a partir de una sustancia similar a DHEA

Damiana (*Turnera diffusa*)

- Aumenta la testosterona inhibiendo su conversión a estradiol

Azafrán (*Crocus sativus*)

- Mejora la función sexual mediante el aumento de la dopamina. Muy útil en mujeres que toman ISRS

DHEA: dehidroepiandrosterona; DSF: disfunciones sexuales femeninas; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; SERM: modulador selectivo de los receptores estrogénicos; SGM: síndrome genitourinario de la menopausia; TSEC: complejo estrógeno selectivo tisular. Adaptada de: Ribes Redondo⁹.

Disfunción sexual inducida por sustancias/ medicamentos

Se define como aquella en la que el cuadro clínico predominante es un trastorno de la función sexual y para la que existen pruebas clínicas de que se ha desarrollado a partir de la exposición, intoxicación o abstinencia de una sustancia o un medicamento que puede producir ese trastorno^{6,14} (tabla 4).

La afectación de la función sexual es un efecto adverso común de muchos fármacos y una causa frecuente de incumplimiento terapéutico. Éstos pueden alterar la respuesta sexual por diferentes vías: los que actúan a nivel central y hormonal suelen afectar al deseo y al trofismo vaginal, y los que lo hacen a través del sistema autónomo y vascular interfieren en la excitación y el orgasmo.

Tabla 4. Fármacos y sustancias que producen disfunción sexual^{9,10,13}

Familia	Fármacos	Afectación	Posibles alternativas
Analgésicos	<ul style="list-style-type: none"> • Opioides (codeína, morfina, fentanilo) • Indometacina 	Deseo y orgasmo	
Anticolinérgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Amitriptilina, imipramina, oxibutinina, tolterodina 	Deseo y excitación (sequedad vaginal)	
Antiepilépticos	<ul style="list-style-type: none"> • Fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, gabapentina, pregabalina, topiramato 	Deseo y orgasmo	
Antidepresivos	<ul style="list-style-type: none"> • IMAO, mirtazapina, venlafaxina, duloxetine 	Deseo, excitación y orgasmo	<ul style="list-style-type: none"> • Bupropión • Mirtazapina • Agomelatina • Moclobemida
	<ul style="list-style-type: none"> • ISRS: citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina 	Deseo, excitación y orgasmo	
	<ul style="list-style-type: none"> • ATC: amitriptilina, imipramina 	Deseo, excitación y orgasmo (sequedad vaginal)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Trazodona 	Deseo	
Antihistamínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Dimenhidrato, difenhidramina, hidroxicina, meclizina, prometazina 	Sequedad vaginal	
Antihipertensivos	<ul style="list-style-type: none"> • Betabloqueantes: atenolol, bisoprolol, carvedilol, metoprolol, propranolol 	Deseo	<ul style="list-style-type: none"> • IECA • ARA II • Antagonistas del calcio • Bloqueadores del receptor de la angiotensina • Nebivolol
	<ul style="list-style-type: none"> • Metildopa 	Deseo y orgasmo	
	<ul style="list-style-type: none"> • Clonidina, reserpina, espirolactona, verapamilo 	Deseo	
Antipsicóticos	<ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol, fenotiazinas 	Deseo y orgasmo	<ul style="list-style-type: none"> • Quetiapina • Aripiprazol • Risperidona • Clozapina • Ziprasidona
Cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Digoxina, disopiramida, genfibrozilo 	Deseo	
Citostáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Metotrexato, ciclofosfamida 	Deseo (sequedad vaginal)	
Diuréticos	<ul style="list-style-type: none"> • Espironolactona, tiazidas 	Deseo	<ul style="list-style-type: none"> • Furosemina • Ácido etacrínico • Triamtereno
Gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> • Cimetidina, metoclopramida, sulfasalazina 		<ul style="list-style-type: none"> • Famotidina
Hormonales	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibidores 5-alfa-reductasa, corticoides, inhibidores de la aromatasa • Anticonceptivos (poca evidencia) 	Deseo (sequedad vaginal)	
Ansiolíticos	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiacepinas • Buspirona 	Deseo (poca evidencia)	
Sustancias de abuso	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaco, alcohol, anfetaminas, barbitúricos, cocaína, heroína, marihuana 	Deseo y orgasmo	

ARA II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; ATC: antidepresivos tricíclicos; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Adaptada de: Ribes Redondo⁹.

Tabla 5. Síntomas sugerentes de infecciones de transmisión sexual en las mujeres

- Flujo vaginal anormal, con o sin olor desagradable
- Ampollas, llagas o verrugas cerca de los órganos sexuales, el ano o la boca
- Dolor pélvico en el área entre el ombligo y los órganos sexuales
- escozor o picor alrededor de la vagina
- Sangrado vaginal fuera de la menstruación o tras la relación sexual
- Sangrado excesivo durante la regla o amenorrea
- Dispareunia (coito doloroso)
- Ardor y dolor al orinar (disuria) o al defecar

Fuente: Informe de Salud Sexual-Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, febrero de 2019.

El manejo de esta disfunción incluye la valoración cuidadosa e individualizada de cada caso, contemplando la influencia de otros factores modificables asociados a la disfunción sexual. Además de la deshabitación del tóxico o de un cambio de fármaco, una estrategia terapéutica útil puede ser la reducción de la dosis o la frecuencia de administración, siempre contemplando los posibles riesgos de la retirada del tratamiento⁶.

Infecciones de transmisión sexual

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se producen durante las relaciones sexuales, ya sea por vía vaginal, anal u oral. Éstas pueden estar causadas por más de 30 microorganismos patógenos, entre los que se incluyen virus, bacterias y parásitos. La mayoría cursan de manera asintomática en las primeras fases y muchas permanecen latentes durante años. Algunas de estas ITS pueden evolucionar si no se tratan y desarrollar patologías o enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Las ITS afectan tanto a hombres como a mujeres. Sin embargo, la mujer es más propensa a contraerlas y algunas de estas infecciones tienen repercusiones más graves por complicaciones que afectan directamente al aparato reproductor femenino. Por otro lado, en las mujeres embarazadas el hecho de contraer una ITS puede conllevar complicaciones para el feto y el desarrollo de la gestación.

La mayoría de las ITS cursan de forma asintomática en la mujer y rara vez son motivo de consulta en la farmacia; sin embargo, algunos síntomas pueden hacer sospechar al farmacéutico de la presencia de una ITS (tabla 5).

ITS de mayor prevalencia (tabla 6)

Las dos ITS más extendidas son las causadas por el virus del herpes simple (VHS) y el virus del papiloma humano (VPH). Éstas pueden presentar signos visibles en la epidermis de la zona genital, el ano o la boca. Tanto las infecciones por VHS como por VPH están causadas por un virus,

cursan asintomáticas en la mayoría de los casos y no cuentan con un tratamiento que elimine la infección. Si bien el uso del preservativo reduce la probabilidad de contagio, la prevención es improbable ya que el virus puede afectar a los genitales externos y la transmisión realizarse por contacto de la piel, sin necesidad de la presencia de fluidos sexuales.

VHS

El VHS se caracteriza por manifestarse con erupciones cutáneas en forma de vesículas o úlceras. Existen dos tipos de VHS que pueden causar herpes genital: el VHS-1 y el VHS-2. El VHS-1 es el principal responsable del herpes labial, y también puede transmitirse a la zona genital durante el sexo oral. El VHS-2 es el principal causante del herpes genital. Su incidencia es menor entre la población y se contagia principalmente durante las relaciones sexuales¹⁷. Tras la infección primaria, el periodo de latencia es de 4-7 días, manifestándose normalmente en forma de vesículas (aunque en ocasiones puede pasar inadvertido). Sin embargo ambos virus permanecen casi siempre en estado latente y la transmisión del virus a la pareja se produce cuando la infección se encuentra en su fase activa, en forma de úlcera¹⁸. Así, las personas que presentan estas vesículas, tanto en la zona labial como en la genital, deben abstenerse de tener relaciones sexuales que puedan poner en riesgo a su pareja y someterse al tratamiento (aciclovir tópico, oral o combinado según la gravedad de la afección). Sin embargo, el tratamiento es paliativo y el virus puede permanecer en el organismo de por vida en forma latente, ocasionando recidivas en situaciones de disminución de defensas. La infección por el VHS no suele producir complicaciones graves, y la presencia de úlceras aumenta la probabilidad de contraer otras infecciones, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹⁹.

VPH

De los 200 tipos de VPH, al menos 40 se transmiten por contacto sexual. Algunos de éstos producen condilomas o verrugas genitales, para las cuales existe un tratamiento local eficaz. Sin embargo, otros tipos pueden resultar más patológicos, al ocasionar un daño celular que puede derivar en diferentes tipos de cáncer, entre los cuales el más común es el de cuello de útero o de cérvix. De los 15 VPH de riesgo que afectan al cuello uterino, cinco tipos (16, 18, 33, 31 y 45) están asociados con el riesgo más alto, y los subtipos 16 y 18 son los causantes del 70% de los cánceres²⁰. Al igual que el VHS, el VPH permanece asintomático en la mayoría de los casos y está muy extendido entre la población. Se calcula que el 80% de las mujeres sexualmente activas tendrán una infección por el VPH al menos una vez en su vida. En el 90% de los casos se producirá la curación espontánea durante los 2 años posteriores a la infección²⁰. No obstante, en otras ocasiones la infección puede evolucionar hacia

Tabla 6. Infecciones de transmisión sexual de mayor prevalencia

	Patógeno causante	Tipo de microorganismo	Curable	Complicaciones	Tratamiento*
VHS	VHS-1 VHS-2	Virus	No	Facilita la infección por otros patógenos	Paliativo: tratamiento de úlceras cutáneas <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 1.000 mg vo repartido en 5 tomas durante 10 días • Aciclovir 50 mg/g crema
VPH	VPH	Virus	–	Cáncer de cérvix	Paliativo: a. Tratamiento de condilomas: aplicación local de cremas (imiquimod [Aldara [®] , Zyclara [®]], podofilina y podofilox [Condylox [®]], sinecatequinas [Veregen [®]], ácido tricloroacético (tratamiento químico) o cirugía b. Prevención de lesiones cervicales: Papilocare [®] c. Cirugía de prevención del cáncer de cérvix: conización ■ Vacuna
VIH	VIH	Virus	No	Sida	Paliativo: contención de la carga viral con el uso de antirretrovirales (combinación de varios fármacos) <ul style="list-style-type: none"> • Primera línea: dolutegravir/lamivudina/tenofovir • Alternativa: tenofovir/lamivudina/efavirenz
VHB	VHB	Virus	No	Hepatitis, cirrosis, muerte	Paliativo: <ul style="list-style-type: none"> • Peginterferón alfa-2a • Antiviricos: tenofovir, entecavir ■ Vacuna
Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	Bacteria	Sí	Afectación del sistema nervioso y órganos internos. Muerte	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina benzatínica G 2,4 MU im (una dosis)
Gonorrea	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Bacteria	Sí	Enfermedad inflamatoria pélvica	Terapia combinada (dosis única): <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 250 mg im + azitromicina 1 g vo • Cefixima 400 mg oral + azitromicina 1 g vo
Clamidiosis	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Bacteria	Sí	Enfermedad inflamatoria pélvica	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina 1 g (1 dosis) • Doxiciclina 100 mg/12 h 7 días
Tricomoniasis	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Parásito (protozoo)	Sí	Facilita la infección por otros patógenos	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol 2 g (dosis única)** • Tinidazol 2 g (dosis única)**

im: intramuscular; VHB: virus de la hepatitis B; VHS: virus del herpes simple; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; vo: vía oral; VPH: virus del papiloma humano. *Guías de tratamiento de la Organización Mundial de la Salud, primera línea en adultos sin complicaciones. Existen recomendaciones específicas para fases tardías de las patologías, personas con VIH, embarazadas o alérgicos a la penicilina¹⁵. **Extraído de guías de tratamiento del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Estados Unidos¹⁶.

complicaciones, causando un daño celular que, si no se detecta a tiempo, puede derivar en el desarrollo de cáncer.

El VPH ha cobrado especial protagonismo en la última década. La aparición de la vacuna contra el VPH generó polémica entre los profesionales de la salud y la población; actualmente forma parte del calendario vacunal, y la reciben niñas preadolescentes (de 11-12 años de edad). En el caso de mujeres adultas no vacunadas, el ginecólogo valorará la recomendación de vacunarlas en función de su historial médico y riesgo. Hoy en día existen tres vacunas diferentes en España –bi, tetra y novalente–, que cubren hasta 9 cepas

diferentes del VPH, incluidas en todas ellas las dos más virulentas (16 y 18) (tabla 7). También existe un gel vaginal indicado para la prevención y el tratamiento de las lesiones causadas por el VPH (Papilocare[®]). Este gel mejoraría la reepitelización del cuello uterino, dificultando la integración del virus en el tejido²¹.

Otras ITS de gran relevancia

Existen otras ITS que presentan gran incidencia y que pueden derivar en patologías más graves. Normalmente estas ITS cursan asintomáticas en sus fases iniciales, favorecien-

Tabla 7. Vacunas frente al VPH comercializadas. Características diferenciales en cuanto a composición, posología e indicaciones en España

Nombre comercial	Cervarix (GlaxoSmithKline)	Gardasil (MSD)	Gardasil 9 (MSD)
Principio activo	Proteína L1 del VPH: <ul style="list-style-type: none"> • Tipo 16 (20 µg) • Tipo 18 (20 µg) 	Proteína L1 del VPH: <ul style="list-style-type: none"> • Tipo 6 (20 µg) • Tipo 11 (40 µg) • Tipo 16 (40 µg) • Tipo 18 (20 µg) 	Proteína L1 del VPH: <ul style="list-style-type: none"> • Tipo 6 (30 µg) • Tipo 11 (40 µg) • Tipo 16 (60 µg) • Tipo 18 (40 µg) • Tipo 31 (20 µg) • Tipo 33 (20 µg) • Tipo 45 (20 µg) • Tipo 52 (20 µg) • Tipo 58 (20 µg)
Sistema de expresión de la proteína L1	• Baculovirus	• <i>Saccharomyces cerevisiae</i>	• <i>Saccharomyces cerevisiae</i>
Pauta de vacunación	<ul style="list-style-type: none"> • 0 y 6 meses (9-14 años) • 0, 1 y 6 meses (≥15 años) 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 y 6 meses (9-13 años) • 0, 2 y 6 meses (≥14 años) 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 y 6 meses (9-14 años) • 0, 2 y 6 meses (≥15 años)

VPH: virus del papiloma humano. Fuente: Comité Asesor de Vacunas-Asociación Española de Pediatría.

do la transmisión. En fases más tardías, la sintomatología suele ser inespecífica, por lo que se requiere la realización de pruebas de diagnóstico concretas para su identificación.

ITS producidas por virus

Existen otras ITS causadas por virus, aparte del VHS y el VPH, que tampoco cuentan con un tratamiento efectivo para su curación:

- VIH. Este virus ataca al sistema inmunitario, produciendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)²². La infección por el VIH cursa asintomática en sus primeras fases. Durante los primeros meses tras la infección se transmite más fácilmente, con una incidencia hasta 26 veces mayor durante los tres primeros meses después de la seroconversión²³. El tratamiento con antirretrovirales consigue en la mayoría de los casos controlar la carga vírica, desacelerando la aparición del sida y reduciendo prácticamente en su totalidad la capacidad de contagio²⁴. Estos avances han conseguido que los pacientes portadores del VIH tengan una calidad y una esperanza de vida mayores. Sin embargo, no se debe olvidar que estos pacientes serán personas polimedicadas de por vida, siguiendo tratamientos con numerosos y desagradables efectos adversos, como lipodistrofia, dislipemia o diarrea²⁵, y además serán más vulnerables en caso de padecer cualquier infección o patología.
- Virus de la hepatitis B (VHB). El VHB ataca a los hepatocitos, lo que afecta a la funcionalidad del hígado, que puede llegar a producir cirrosis y muerte²⁶. Existen medicamentos que consiguen paliar los síntomas y retrasar la evolución de la enfermedad, pero a día de hoy no hay un tratamiento curativo. Además, desde la década de 1990

se cuenta con una vacuna efectiva, lo que ha reducido su incidencia²⁷.

ITS producidas por bacterias

Las principales ITS causadas por bacterias son gonorrea, sífilis y clamidiosis. La mayoría de las infecciones causadas por estos patógenos cursan de forma asintomática o con síntomas inespecíficos en las primeras fases²⁸. No obstante, si no se tratan a tiempo, pueden acarrear complicaciones graves. El tratamiento con antibióticos detiene la infección en los tres casos, pero no revierte los daños causados por ella.

La sífilis puede llegar a afectar al sistema nervioso y a los órganos internos, produciendo la muerte. También provoca úlceras genitales, lo que conlleva un mayor riesgo de transmisión y adquisición de la infección por el VIH²⁹. Además, la sífilis se transmite de madre a hijo, y es la segunda causa de mortalidad fetal prevenible³⁰.

La gonorrea y la clamidiosis tienen una especial relevancia en la mujer, pues pueden causar una enfermedad inflamatoria pélvica, que cursa con complicaciones como formación de tejido cicatricial, embarazo ectópico, infertilidad y dolor pélvico crónico³¹⁻³³. Ambas infecciones pueden acarrear complicaciones durante el embarazo y transmitirse al recién nacido, pudiendo producir conjuntivitis aguda, ceguera o neumonía³⁴⁻³⁶.

ITS producidas por parásitos

La tricomoniasis es una infección transmitida por un parásito protozoario. Alrededor del 70% de las personas infectadas no presentan signos ni síntomas, y en caso de tenerlos, suelen ser inespecíficos. La prevalencia es mayor en muje-

res con múltiples parejas sexuales y que padecen otras ITS³⁷. Esta infección puede provocar molestias durante las relaciones sexuales, pero el principal riesgo que conlleva es que puede aumentar la posibilidad de contraer o propagar otras ITS. Además, las mujeres con tricomoniasis pueden sufrir complicaciones durante el embarazo y tienen más posibilidades de sufrir cáncer de cérvix³⁸. Afortunadamente, existe un tratamiento efectivo para tratar la infección (metronidazol o tinidazol).

Actuación desde la farmacia comunitaria

En la farmacia comunitaria las consultas sobre ITS más comunes suelen estar relacionadas con el VHS, en caso de aparición de vesículas, y con el VPH, por aparición de condilomas. En ambos casos se debe derivar al paciente al médico para que reciba un diagnóstico y un tratamiento adecuados. Sin embargo, como sanitarios cercanos al ciudadano, tenemos una gran oportunidad de intervenir en educación para mejorar la salud sexual de los pacientes y como estrategia de salud pública.

Algunas de las situaciones en las que se puede actuar serían las siguientes:

- 1. Uso del preservativo.** Paciente que acude para solicitar la píldora anticonceptiva de urgencia. Esta situación se puede aprovechar para recordar la importancia del uso del preservativo para prevenir una ITS.
- 2. Higiene vaginal.** Ante consultas por la aparición de infecciones vaginales, ya sean bacterianas o por candidiasis, se puede recalcar la importancia de mantener una buena higiene y el equilibrio de la flora vaginal como estrategia para prevenir una ITS. Se ha de recordar que la flora vaginal sirve como barrera protectora frente a las infecciones. Además, tener vaginosis bacteriana puede aumentar la probabilidad de contraer una ITS.
- 3. Pruebas diagnósticas periódicas.** Ante un caso con síntomas que haga sospechar una ITS, se debe derivar al paciente al médico e informar sobre las pruebas de diagnóstico. Habrá pacientes que no quieran acudir al médico de cabecera por vergüenza; en estos casos, el Sistema Nacional de Salud cuenta con centros especializados para el diagnóstico de ITS, en muchos de los cuales no es necesario solicitar cita previa o tener tarjeta sanitaria. Una detección precoz evita complicaciones y contagios. Así, es importante realizar pruebas de diagnóstico en las personas sexualmente activas con múltiples parejas o en las que han tenido relaciones de riesgo.
- 4. Citología.** A las pacientes que acuden debido a la aparición de verrugas por el VPH o por consultas sobre la vacuna o el gel para el tratamiento de lesiones causadas por este virus, se les debe recordar la importancia de realizarse los controles pertinentes mediante citología para evitar el desarrollo de cáncer de cérvix. A día de hoy, la mejor forma de prevenir un cáncer de cérvix por infección del VPH son las revisiones periódicas a partir de los

30 años. Una lesión celular detectada a tiempo difícilmente derivará en cáncer, pues existen tratamientos eficaces, como la eliminación del tejido dañado con cirugías poco agresivas como la conización.

- 5. Detección en hombres.** También resulta importante detectar posibles casos sospechosos en hombres, quienes suelen presentar una sintomatología mayor, como secreciones en el pene, sensación de ardor al orinar y dolor e inflamación de uno o ambos testículos. Al detectar casos en hombres, protejamos a sus parejas asintomáticas.
- 6. Tratar el tema con naturalidad.** Las ITS están muy estigmatizadas, incluidas las causadas por el VHS y el VPH; la mayoría de las personas sexualmente activas presentan en algún momento esta infección, a pesar de que no se pueden prevenir con el uso del preservativo. Es importante hablar de estos temas con naturalidad, sin restarle importancia pero sin que suponga un tema tabú. Hay que evitar el sentimiento de culpabilidad en la mujer y dejarle claro que tener una vida sexual sana es parte de una buena salud general.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra: OMS, 2018 [revisado el 20 septiembre de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Defining sexual health. Ginebra: OMS, 2010 [revisado el 20 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- López de la Llave A. Sexualidad humana y salud, 1.ª ed. Madrid: Dykinson S.L.; 2010.
- Cabello Santamaria F. Manual de sexología y terapia sexual, 1.ª ed. Madrid: Síntesis; 2010.
- Consejo consultivo de la Asociación Mundial para la Salud Sexual. Declaración de los derechos sexuales, 2014 [revisado el 20 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf
- Castelo-Branco C, Molero F. Manual de sexología clínica, 1.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019.
- Lois Rodríguez M, Louro González A. Disfunción sexual femenina, 2019 [revisado el 20 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/disfuncion-sexual-femenina/#:~:text=Es%20la%20ausencia%20o%20deficiencia,sensaci%C3%B3n%20genital%20y%20escasa%20relajaci%C3%B3n>
- Ribes Redondo M. Disfunciones sexuales en la mujer (I). En: Mendoza N, Jurado AR, San Martín C, Sánchez F, eds. Sexología médica, 1.ª ed. Granada: Universidad de Granada; 2019.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5, 1.ª ed. Arlington: APA; 2013. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Consejo de redacción de INFAC. Disfunción sexual por fármacos. Boletín INFAC del Centro Vasco de Información de Medicamentos.

- 2013; 21(8) [revisado el 20 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_8.pdf
11. Hurtado Murillo F, Domínguez Salonginos O. Vademecum sexual: fármacos y disfunción sexual. Actualización. *Psicosom.psiquiater*. 2017; 1(1): 27-59. Disponible en: <https://psicosomaticaypsiquiatria.com/vademecum-sexual-farmacos-disfuncion-sexual-actualizacion/>
 12. Molero F. Farmacoterapia en el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas. Máster de Sexología Clínica y Salud Sexual. Universidad de Barcelona, 2017 [citado el 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.ub.edu/sexologia.clinica/sites/default/files/2019-08/Farmacoterapia%20en%20las%20dsfunciones%20sexuales%20femeninas.pdf>
 13. Jurado AR. Deseo sexual hipoactivo. Madrid: SAMEM. XIX Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer, 2019 [citado el 20 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.samem.es/uploads/app/700/elements/file/file1558944111.pdf>
 14. Nadal Llover M, Cols Jiménez M. Disfunción sexual causada por medicamentos. *FMC*. 2017; 24(5): 265-278. Disponible en: <http://residenciampflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/89%20Disfunci%C3%B3n%20sexual%20causada%20por%20medicamentos.pdf>
 15. World Health Organization, 2020. Disponible en: www.who.int
 16. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines; diseases characterized by vaginal discharge; trichomoniasis, 2015. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/trichomoniasis.htm>
 17. Boppana SB, Fowler KB. Persistence in the population: epidemiology, transmission. En: Arvin A, Campadelli-Fiume G, Mocarski E, Moore PS, Roizman B, Whitley R, et al., eds. *Human herpesviruses: biology, therapy, and immunoprophylaxis*. Cambridge. Cambridge University Press; 2007.
 18. Nicoll MP, Proença JT, Efsthathiou S. The molecular basis of herpes simplex virus latency. *FEMS Microbiol Rev*. 2012; 36(3): 684-705.
 19. Cameron DW, D'Costa L, Maitha G, Cheang M, Piot P, Simonsen JN, et al. Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in men. *Lancet*. 1989; 334(8660): 403-407.
 20. World Health Organization (WHO). Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. Ginebra: WHO; 2019. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
 21. Dalstein V, Riethmuller D, Prétet JL, Le Bail Carval K, Sautière JL, Carbillet JP, et al. Persistence and load of high-risk HPV are predictors for development of high-grade cervical lesions: a longitudinal French cohort study. *Int J Cancer*. 2003; 106(3): 396-403.
 22. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*. 1983; 220(4599): 868-871.
 23. Hollingsworth TD, Anderson RM, Fraser C. HIV-1 transmission, by stage of infection. *J Infect Dis*. 2008; 198(5): 687-693.
 24. Mocroft A, Vella S, Benfield TL, Chiesi A, Miller V, Gargalianos P, et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. *Lancet*. 1998; 352(9142): 1.725-1.730.
 25. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt). Introducción a los efectos secundarios del tratamiento del VIH, ¿qué se puede esperar? ¿Puedo experimentar cambios en el cuerpo? 2007. Disponible en: http://gtt-vih.org/aprende/tratamientos/efectos_secundarios
 26. Alter MJ. Epidemiology and prevention of hepatitis B. *Semin Liver Dis*. 2003; 23(1): 39-46.
 27. Centro Nacional de Epidemiología, Ministerio de Ciencia e Innovación. *Boletín Epidemiológico*. 2013; 143-160.
 28. McCormack WM, Alpert S, McComb DE, Nichols RL, Semine DZ, Zinner SH. Fifteen-month follow-up study of women infected with *Chlamydia trachomatis*. *N Engl J Med*. 1979; 300(3): 123-125.
 29. O'Byrne P, MacPherson P. Syphilis. *BMJ*. 2019; 365: 14159.
 30. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016; 387(10018): 587-603.
 31. Gump DW, Dickstein S, Gibson M. Endometritis related to *Chlamydia trachomatis* infection. *Ann Intern Med*. 1981; 95(1): 61-63.
 32. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med*. 2015; 372(21): 2.039-2.048.
 33. Rees TI, Hobson D. Chlamydia in relation to cervical infection and pelvic inflammatory disease. En: *Microbiology ASf*, ed. *Nongonococcal urethritis and related infections*. Washington, DC: 1977; 67-76.
 34. Heggie AD, Lumicao GG, Stuart LA, Gyves MT. Chlamydia trachomatis infection in mothers and infants. A prospective study. *Am J Dis Child*. 1981; 135(6): 507-511.
 35. Watts D, Brunham R. Sexually transmitted diseases, including HIV infection in pregnancy. In: *Sexually Transmitted Diseases*, 3rd ed. Edited by Holmes K, Sparling P, Mardh PA, et al. New York: McGraw Hill; 1999: 1.089-1.132.
 36. Palafox SKV, Jasper S, Tauber, Allyson D, Foster SC. Ophthalmia neonatorum. *J Clin Experiment Ophthalmol*. 2011; 2(1).
 37. Schwebke JR, Hook EW 3rd. High rates of *Trichomonas vaginalis* among men attending a sexually transmitted diseases clinic: implications for screening and urethritis management. *J Infect Dis*. 2003; 188(3): 465-468.
 38. Sood S KA. An update on *Trichomonas vaginalis*. *Indian J Sex Transm Dis*. 2008; 29: 7-14.

