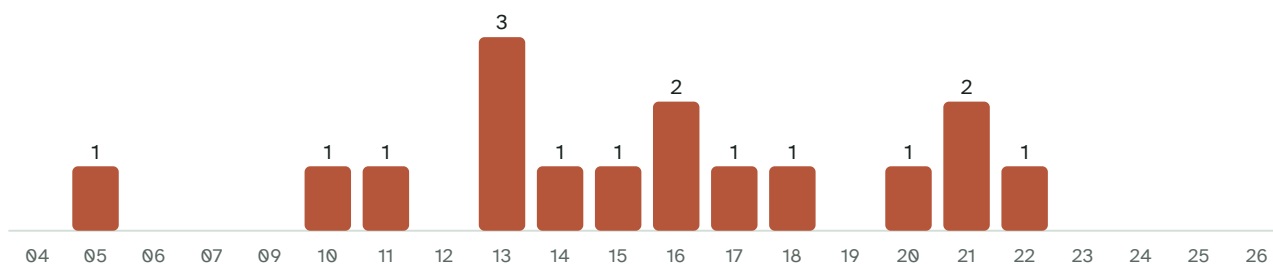


Anticoncepción y sexualidad

La consulta de anticoncepción es terreno enfermero: elegir método con la mujer, saber qué exploración es obligatoria antes de prescribir, qué hacer ante un olvido y cómo prevenir a la vez el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. El EIR pregunta sobre todo la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina del SNS (2019), la eficacia de los métodos de larga duración, el preservativo y, con menos frecuencia, la fisiología de la ovulación, la respuesta sexual, la fertilidad y la ley de interrupción del embarazo.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



16 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Olvido de píldora combinada: tomarla y seguir la pauta (2 exámenes)
- Anticoncepción hormonal combinada: toma de presión arterial obligatoria (2 exámenes)
- DIU de levonorgestrel e implante: máxima eficacia anticonceptiva (2 exámenes)
- Prevención de ITS: el preservativo como método de barrera eficaz (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Bases fisiológicas: ovulación y ciclo hormonal	7
2. Elegir método: eficacia, seguridad y criterios de la OMS	11
3. Anticoncepción hormonal combinada: píldora, parche y anillo	15
4. Anticoncepción de solo gestágeno: píldora, inyectable e implante	21
5. DIU, métodos de barrera, urgencia, MELA y esterilización	23
6. Prevención de ITS y doble protección	26
7. Sexualidad: respuesta sexual y educación sexual integral	30
8. Fertilidad, reproducción asistida e interrupción voluntaria del embarazo	33
Todas las preguntas del tema (19)	37
Preguntas que también podrían ser de este tema (11)	43
Solucionario	47
Fuentes	49

Resumen para repasar

1. Bases fisiológicas: ovulación y ciclo hormonal

- Hipotálamo → **GnRH**; adenohipófisis → **FSH y LH**, las dos gonadotropinas ^{F13}.
- El folículo maduro con antro es el **folículo de Graaf**; en la ovulación sale el **ovocito secundario (II)**, detenido en metafase II hasta la fecundación ^{F13,F14}.
- Estrógenos muy altos → **pico de LH** (y menor de FSH) → ovulación **unas 36 h después**, el día 14 de un ciclo de 28 ^{F13,F15}.
- En la ovulación: **estrógenos, LH y FSH altos; progesterona baja** (sube después, con el cuerpo lúteo) ^{F13}.
- La menstruación la produce la **caída de estrógenos y progesterona** al degenerar el cuerpo lúteo ^{F13}.
- La píldora aporta estrógeno y progestágeno constantes que **frenan FSH y LH**; un olvido puede permitir la ovulación ^{F13}.

2. Elegir método: eficacia, seguridad y criterios de la OMS

- Índice de Pearl**: embarazos no deseados por cada 1.200 ciclos (100 mujeres/año); **uso ideal** frente a **uso habitual** ^{F1}.
- Los más eficaces: **implante (0,05)** y **DIU-LNG (0,2)**, al nivel de la **esterilización femenina (0,5)** ^{F1}; los combinados pasan de 0,3 a 8-9 con uso habitual ^{F1}.
- La GPC recomienda hormonales e intrauterinos y elegir según **circunstancias y preferencias** de la mujer; valora también su **seguridad** (tromboembolismo) ^{F1}.
- Fertilidad sin demora al dejar casi todos los métodos; con DMPA, unos 4 meses más; la esterilización es **permanente** ^{F10}.
- OMS: **1** sin restricción; **2** ventajas > riesgos; **3** riesgos > ventajas; **4** riesgo inaceptable, no usar ^{F9}.
- En España el método más usado es el **preservativo (36,5 %)**, seguido de la píldora (18 %) ^{F12}.

3. Anticoncepción hormonal combinada: píldora, parche y anillo

- Mecanismo: **inhibición de la ovulación** y cambios del moco cervical ^{F2}.
- Píldora **21 + 7**, anillo **3 semanas + 1**, parche **1 por semana 3 semanas + 1 sin parche**; si se empieza más tarde del día 1, barrera o método no hormonal 7 días ^{F2,F3,F4}.
- Antes de píldora, parche o anillo, la única prueba **clase A** es la **presión arterial**; para el DIU, el **examen pélvico**; mama, citología y pelvis (salvo DIU) son clase C ^{F1}.
- El IMC se recomienda medir, pero **no es necesario para la elegibilidad**; control a los **3 meses** y PA en cada visita ^{F1}.
- Categoría **4**: fumadora ≥35 años con ≥15 cigarrillos, PA ≥160/100, antecedente de TVP, **migraña con aura** y lactancia <6 semanas ^{F9}.
- Olvido según la **GPC**: **< 48 h**, tomarla y seguir **sin medidas adicionales**; **≥ 48 h**, barrera hasta 7 días seguidos ^{F1}.
- Olvido según la **ficha técnica**: **< 12 h**, tomarla y seguir a la hora habitual; **> 12 h**, la protección puede bajar (semana 1: preservativo 7 días) ^{F2}.
- Anillo fuera **< 3 h** o parche despegado **< 24 h**: sin más medidas ^{F3,F4}.

4. Anticoncepción de solo gestágeno: píldora, inyectable e implante

- Categorías OMS favorables: lactancia <6 semanas y antecedente de TVP, **2**; tabaco a partir de 35 años, **1** ^{F9}.
- **Desogestrel** inhibe la ovulación; ventana de **12 h** según su ficha; la GPC da **3 h** para la píldora de solo gestágeno ^{F5,F1}.
- **DMPA** cada **12 semanas**; pierde **densidad ósea** y retrasa la fertilidad hasta un año ^{F7}.
- **Implanon NXT** (etonogestrel) dura **3 años**; inhibe la ovulación y cambia el moco cervical; sangrado **irregular** ^{F6}. El **Jadelle** (levonorgestrel), **5 años** ^{F10}.

5. DIU, métodos de barrera, urgencia, MELA y esterilización

- **DIU de cobre**: eficaz hasta 12 años (autorizado 10); efecto secundario típico, **cambios del sangrado** (más abundante y doloroso) los primeros 3-6 meses ^{F10}.
- El DIU **no causa EIP** por sí mismo (rara, si se inserta con clamidia o gonorrea) y **reduce el ectópico**; sin profilaxis antibiótica ^{F10,F1}.
- **Mirena**: acción local, **8 años** de uso anticonceptivo, amenorrea frecuente ^{F8}.
- Métodos de **barrera**: diafragma, capuchón, esponja, preservativo masculino y femenino (el **DIU no lo es**) ^{F11}.
- Urgencia: **DIU de cobre** (el más eficaz) y **ulipristal** hasta **120 h**; **levonorgestrel** hasta **72 h** ^{F1}.
- **MELA**: amenorrea + lactancia completa + bebé < **6 meses** ^{F10}. Vasectomía: otro método **3 meses** ^{F10}.

6. Prevención de ITS y doble protección

- El **preservativo** es el único método que protege a la vez de embarazo e ITS; el femenino, bien usado en cada relación, **reduce el riesgo** ^{F10}.
- El **diafragma** no debe ser la única protección; el **nonoxinol-9** no se recomienda y puede aumentar el riesgo de VIH ^{F16}.
- El **sexo oral** transmite ITS y las **duchas vaginales** no las previenen ^{F17,F18}.
- VPH: hoy **niñas y niños a los 12 años**, 1 dosis; en 2022, solo niñas ^{F20,F21}.
- Clamidia = **bacteria**; **LGV** = *C. trachomatis* L1-L3; condilomas = VPH 6 y 11; chancro sifilítico = **sífilis primaria** ^{F19,F22,F23,F29}.

7. Sexualidad: respuesta sexual y educación sexual integral

- Masters y Johnson (1966): **excitación** → **meseta** → **orgasmo** → **resolución**; el deseo es del modelo de Kaplan ^{F30,F32}.
- Cerca del orgasmo (en la **meseta**, la fase que lo precede) el **tercio externo** de la vagina forma la **plataforma orgásmica** ^{F30,F31}.
- ESI: aspectos **cognitivos, emocionales, físicos y sociales** de la sexualidad; **no aumenta** la actividad sexual y **retrasa** el inicio ^{F33}.
- **Identidad de género**: vivencia interna del género, que puede coincidir o no con el sexo asignado al nacer ^{F35}.

8. Fertilidad, reproducción asistida e interrupción voluntaria del embarazo

- OMS: **formas normales** $\geq 4\%$; **astenozoospermia** = poca movilidad progresiva; **teratozoospermia** = formas normales $< 4\%$ ^{F39,F40}.
- La **ICSI** es técnica de reproducción asistida según la Ley 14/2006; los fármacos inductores no ^{F38}.
- IVE a petición: primeras **14 semanas**; causas médicas: hasta **22**; desde los **16 años** sin consentimiento de los representantes ^{F36}.
- La LO 1/2023 suprimió los **3 días de reflexión**; la objeción de conciencia es **individual, previa y por escrito** ^{F37,F36}.

Puntos clave

- 1 Antes de píldora, parche o anillo, la única exploración **obligatoria (clase A)** es la **presión arterial**; para el DIU, el examen pélvico ^{F1}.
- 2 Olvido de la píldora combinada: según la GPC, con **menos de 48 h** se toma y se sigue sin medidas adicionales; según la ficha técnica, el corte es de **12 h** ^{F1,F2}.
- 3 **Implante y DIU de levonorgestrel** son los métodos reversibles más eficaces, al nivel de la esterilización ^{F1}.
- 4 El **preservativo** (masculino o femenino) es el único método que protege a la vez del embarazo y de las ITS ^{F10}.
- 5 Categoría 4 de la OMS para los combinados: fumadora ≥ 35 años con ≥ 15 cigarrillos/día, PA $\geq 160/100$, antecedente de TVP, migraña con aura y lactancia < 6 semanas ^{F9}.
- 6 El implante de etonogestrel dura **3 años** (ficha técnica); Jadelle (levonorgestrel), 5 ^{F6,F10}.
- 7 Anticoncepción de urgencia: levonorgestrel antes de **72 h**; ulipristal y DIU de cobre antes de **120 h** ^{F1}.
- 8 Masters y Johnson: excitación, **meseta**, orgasmo y resolución; la plataforma orgásmica se forma cerca del orgasmo ^{F30,F31}.
- 9 La IVE a petición de la mujer es posible en las **primeras 14 semanas**, y desde los 16 años sin consentimiento de los representantes ^{F36}.
- 10 Teratozoospermia: menos del **4 %** de formas normales (OMS) ^{F39}.

1. Bases fisiológicas: ovulación y ciclo hormonal

El ciclo lo gobierna el eje hipotálamo-hipófisis-ovario: el **hipotálamo** produce la **GnRH**, que ordena a la **adenohipófisis** (hipófisis anterior) producir las dos **gonadotropinas: FSH y LH** ^{F13}. Los pulsos de GnRH de **baja frecuencia** favorecen la secreción de **FSH** y los de **alta frecuencia**, la de **LH** ^{F14}. Las gonadotropinas estimulan en el ovario la producción de estrógenos y progesterona ^{F13}.

Qué hace cada gonadotropina. En el ovario, la **FSH** estimula el **crecimiento de los folículos** (de ahí su nombre) y la **LH** estimula la **producción de estrógenos** por las células de la granulosa y de la teca ^{F13}. En el testículo, la FSH se une sobre todo a las **células de Sertoli** para favorecer la **espermatogénesis**, y la LH a las **células de Leydig**, donde aumenta la producción de **testosterona** ^{F41}.

EIR 2015 · 9

P27 · respuesta en el solucionario

Gonadotropinas: FSH y LH

Señale la respuesta correcta respecto al control hormonal de la reproducción:

1. La hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) de la hipófisis controla la secreción de dos gonadotropinas del lóbulo anterior del hipotálamo.
2. Las gonadotropinas son la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizantes (LH).
3. La FSH actúa principalmente sobre las células endocrinas, estimulando la síntesis de hormonas sexuales.
4. La LH es necesaria, junto con las hormonas sexuales esteroideas, para iniciar y mantener la gametogénesis.
5. Todas las anteriores son correctas.

Folículo de Graaf. Los folículos cuyo antro se ha hecho grande y está bien formado son los **folículos terciarios** (antrales); el que no degenera sigue creciendo hasta la ovulación, cuando **expulsa su ovocito secundario** del ovario rodeado de varias capas de células de la granulosa ^{F13}. Ese folículo maduro, con una cavidad llena de líquido (el antro), es el **folículo de Graaf** ^{F14}. Tras la ovulación, el folículo colapsado se transforma en el **cuerpo lúteo** («cuerpo amarillento»), y si no hay embarazo este degenera en el **cuerpo albicans**, un «cuerpo blanquecino» sin función ^{F13}.

Qué se libera. Poco antes de la ovulación, el **pico de LH** reanuda la meiosis del ovocito primario, que pasa a **ovocito secundario**: es este ovocito secundario (ovocito II) el que sale del ovario en la ovulación ^{F13}. Queda detenido en la **metafase II** y la meiosis II solo se completa si es fecundado ^{F14,F15}. No sale, por tanto, un «óvulo maduro» ni el folículo entero.

Folículo de Graaf

La estructura ovárica que da lugar a la liberación del óvulo se denomina:

1. Cuerpo lúteo.
2. Folículo de Graaf.
3. Cuerpo amarillo.
4. Cuerpo albicans.
5. Trompa de Falopio.

Ovulación: se libera un ovocito II

En el momento de la ovulación en la superficie del ovario se libera:

1. Un folículo ovárico.
2. Un óvulo maduro.
3. Un ovocito-I.
4. Un ovocito-II.
5. Un cuerpo lúteo.

Las hormonas en torno a la ovulación. El folículo dominante produce estrógenos en concentraciones muy altas, y eso **invierte la retroalimentación**: la adenohipófisis responde liberando grandes cantidades de **LH y FSH** (retroalimentación positiva, que solo ocurre en este momento del ciclo) ^{F13}. El pico de FSH es menor que el de LH ^{F15}. Ese gran pico de LH es el que provoca la ovulación del folículo dominante ^{F13}. La **progesterona** es la hormona del **cuerpo lúteo**: su aumento es **posovulatorio** y es lo que caracteriza la fase lútea ^{F13}. En el momento de la ovulación, por tanto, **estrógenos, LH y FSH están altos y la progesterona todavía está baja**; sube después, con el cuerpo lúteo ^{F13}.

Cuándo. La ovulación se produce **unas 36 horas después del pico de LH** ^{F15}; en un ciclo típico de 28 días, el **día 14** ^{F13}. Los test caseros de ovulación miden la LH en orina para detectar el pico que la precede ^{F14}.

Ovulación a las 24-36 h del pico de LH

Entre las 24 y 36 horas después de producirse el pico de máxima liberación de la hormona LH se desencadena:

1. La menstruación.
2. La maduración del folículo De Graaf.
3. La ovulación.
4. La ovogénesis.
5. La formación del folículo primordial.

Hormonas en la ovulación

¿Cómo están las hormonas en el ciclo reproductivo femenino en el momento de la ovulación?:

1. Los niveles de estrógenos, progesterona, LH y FSH están altos.
2. Los niveles de estrógenos, LH y FSH están altos. La progesterona está baja.
3. Los niveles de estrógenos y progesterona están bajos. La LH y la FSH están altas.
4. Los niveles de estrógenos, progesterona y FSH están bajos. La LH está alta.
5. Los niveles de estrógenos, progesterona, LH y la FSH están bajos.

Momento del ciclo	Qué hormonas mandan ^{F13}
Menstruación (inicio de la fase folicular)	Progesterona, FSH y LH bajas ^{F13}
Fase folicular	Los folículos crecen y producen estrógenos , que van subiendo ^{F13}
Ovulación	Estrógenos muy altos → pico de LH (y de FSH) por retroalimentación positiva; progesterona aún baja ^{F13}
Fase lútea	El cuerpo lúteo produce mucha progesterona , que por retroalimentación negativa mantiene bajas GnRH, LH y FSH ^{F13}
Sin embarazo (10-12 días)	El cuerpo lúteo degenera en cuerpo albicans y caen los estrógenos y la progesterona ^{F13}

Menstruación. Si no hay embarazo en unos 10-12 días, el cuerpo lúteo degenera, **caen los estrógenos y la progesterona**, el endometrio adelgaza, las prostaglandinas contraen las arterias espirales, baja el aporte de oxígeno y el tejido endometrial muere: es la menstruación, el primer día del ciclo siguiente ^{F13}. Es la **caída de la progesterona** la que desencadena el desprendimiento de la capa funcional del endometrio ^{F13}.

Menstruación: caída de estrógenos y progesterona

Si tuviera que dar una respuesta breve a qué produce la menstruación, sería:

1. Aumento de la FSH.
2. Aumento de la LH.
3. La acción combinada de la FSH y LH.
4. Disminución brusca de la secreción de estrógenos y progesterona.
5. Aumento de progesterona y disminución de estrógenos.



Por qué funciona la píldora

Las píldoras anticonceptivas aportan un **nivel constante de estrógeno y progestágeno** que, por retroalimentación negativa sobre hipotálamo e hipófisis, **impide la liberación de FSH y LH**; sin pico de LH no hay ovulación. Por eso saltarse una o dos píldoras en ciertos momentos del ciclo (o retrasarse varias horas) puede elevar la FSH y la LH y dar lugar a una ovulación ^{F13}.

2. Elegir método: eficacia, seguridad y criterios de la OMS

Índice de Pearl. La GPC del SNS expresa la eficacia con el índice de Pearl: **número de embarazos no deseados por cada 1.200 ciclos de uso (en 100 mujeres/año)**. Cuenta **embarazos** (fallos), no mujeres que no se quedan embarazadas: cuanto más bajo, más eficaz. Se distingue el **uso ideal** (eficacia del método) del **uso habitual** (efectividad) ^{F1}. La diferencia la marcan los olvidos: hasta la mitad de las usuarias tiene un olvido en cada ciclo ^{F1}.

Método (GPC 2019) ^{F1}	Uso ideal (eficacia)	Uso habitual (efectividad)
Ningún método	85	85
Anticonceptivos orales combinados	0,3	8 (2,2); 9 según Trussell 2011
Parche	0,3	8 (1,2); 9 según Trussell 2011
Anillo	0,3	8 (1,2); 9 según Trussell 2011
Píldora de progestágeno solo	0,3	8; 9 según Trussell 2011
Píldora de progestágeno solo (desogestrel)	0,14	0,41
Inyectable (AMPD)	0,3; 0,2 según Trussell 2011	3; 6 según Trussell 2011
Implante	0,05	0,05
DIU-LNG	0,2	0,2
Esterilización femenina	0,5	0,5
Esterilización masculina	0,10	0,15
DIU de cobre	0,6	0,8
Diafragma con espermicida	6	16; 12 según Trussell 2011
Preservativo masculino	2	15; 18 según Trussell 2011
Preservativo femenino	5	21
Espermicida	18	29; 28 según Trussell 2011
Esponja vaginal en nulíparas	9	16; 12 según Trussell 2011
Esponja vaginal en no nulíparas	20	32; 24 según Trussell 2011
Coito interrumpido	4	27; 22 según Trussell 2011
Métodos naturales	3-5	25 según Trussell 2011

La tabla es de embarazos no deseados en el primer año por cada 100 mujeres, adaptada de Trussell 2004, Wiegratz 2011 y Trussell 2011; las cifras entre paréntesis son ajustes de otros estudios ^{F1}. Con uso ideal, el fallo de los hormonales va de **0,05 del implante** a 0,3 de la píldora combinada ^{F1}. El manual de planificación familiar de la OMS usa una edición posterior (Trussell y Aiken, 2018; uso correcto / uso habitual), con cifras parecidas en los hormonales e intrauterinos: **implantes 0,1 / 0,1**, vasectomía 0,1 / 0,15, esterilización femenina 0,5 / 0,5, **DIU-LNG 0,5 / 0,7**, DIU de cobre 0,6 / 0,8, inyectable de progestágeno 0,2 / 4, píldora combinada, píldora de progestágeno, parche y anillo 0,3 / 7, preservativo masculino 2 / 13 y femenino 5 / 21 ^{F10}. La OMS rotula de «muy eficaz» el tramo de 0 a 0,9 ^{F10}. En los métodos de barrera las dos tablas difieren más (el diafragma con uso ideal da 6 en la GPC y 16 en la OMS), porque proceden de ediciones distintas ^{F1,F10}.

Los de larga duración (LARC) ganan. El DIU de levonorgestrel es un DIU **liberador de gestágeno** (progestágeno) y actúa por su efecto progestativo local ^{F8}. Una revisión citada por la GPC destaca la eficacia del **DIU de levonorgestrel y los implantes**, seguidos de los métodos de acción corta ^{F1}. En el estudio CHOICE, la píldora, el parche o el anillo fallaron en el 4,8 %, 7,8 % y 9,4 % a 1, 2 y 3 años, frente al 0,3 %, 0,6 % y 0,9 % de los DIU o implantes ^{F1}. Con uso ideal, el **DIU-LNG (0,2)** queda a la altura de la **esterilización femenina (0,5)**, y el DIU de cobre algo por encima (0,6) ^{F1}; en la tabla de la OMS, DIU-LNG y esterilización femenina dan el mismo 0,5 con uso correcto ^{F10}. La GPC sugiere informar a las adolescentes destacando los beneficios de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (recomendación débil) ^{F1}.

EIR 2016 · 146

P9 · respuesta en el solucionario

DIU de levonorgestrel e implante: máxima eficacia anticonceptiva

¿Cuál de los siguientes dispositivos intrauterinos (DIU), en condiciones de uso óptimo, tiene una eficacia anticonceptiva durante el primer año similar a la esterilización?:

1. DIU inerte.
2. DIU de cobre.
3. DIU liberador de progesterona.
4. DIU sin marco.

EIR 2021 · 59

P3 · respuesta en el solucionario

DIU de levonorgestrel e implante: máxima eficacia anticonceptiva

De los siguientes métodos anticonceptivos hormonales, señale los que han mostrado una mayor efectividad:

1. Los anticonceptivos hormonales orales combinados.
2. El parche transdérmico y el anillo vaginal.
3. Los anticonceptivos de acción prolongada como el implante subcutáneo y el DIU de levonorgestrel.
4. La píldora de sólo gestágenos.



El más eficaz

Implante (0,05 en la GPC; 0,1 en la OMS) y **DIU de levonorgestrel** (0,2 en la GPC): su uso habitual es igual al ideal en la tabla de la GPC ^{F1}; en el DIU-LNG, como no exige toma diaria, las tasas de uso típico son similares a las de uso perfecto ^{F8}. Los combinados (píldora, parche, anillo) son muy eficaces con uso ideal (0,3), pero con uso habitual suben a 8-9 ^{F1}.

Qué más se valora al elegir. La GPC recomienda (fuerte) los anticonceptivos hormonales e intrauterinos por su elevada efectividad, y que en la elección cada profesional considere **las circunstancias y preferencias de cada mujer** ^{F1}. Además de la eficacia, la guía evalúa la **seguridad** de cada método, es decir, sus riesgos para la salud (el principal, el tromboembolismo con los combinados), y en las herramientas de decisión compartida los aspectos de seguridad son los que más destacan las usuarias ^{F1}. Antes de prescribir se sugiere una historia clínica que identifique factores de riesgo y antecedentes que contraindiquen el método, según los criterios de elegibilidad ^{F1}.

Reversibilidad es poder recuperar la fertilidad al dejar el método: con la píldora, el parche, el anillo, el implante y los DIU la fertilidad vuelve **sin demora** al suspenderlos o retirarlos; con el inyectable de DMPA tarda de media unos **4 meses más** que con la mayoría de métodos ^{F10}. La **esterilización** se plantea como método **permanente**, y su reversión quirúrgica es difícil y cara ^{F10}.

Criterios médicos de elegibilidad de la OMS (6.ª edición, 2025). Clasifican cada situación clínica, para cada método, según el balance entre ventajas y riesgos para la salud ^{F9}:

Categoría OMS ^{F9}	Definición	En la práctica, con juicio clínico disponible
1	Situación sin ninguna restricción para el uso del método	Usar el método en cualquier circunstancia
2	Las ventajas de usar el método en general superan los riesgos teóricos o demostrados	En general, usar el método
3	Los riesgos teóricos o demostrados habitualmente superan las ventajas	No se recomienda salvo que no haya otro método más adecuado disponible o aceptable; si se da, con seguimiento estrecho
4	Situación que supone un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método	No usar el método

Con recursos limitados para el juicio clínico, la OMS agrupa las categorías 1-2 como «sí, usar» y las 3-4 como «no usar» ^{F9}.

Criterios de elección de método anticonceptivo: inocuidad

Al valorar el método anticonceptivo más adecuado para una persona hay que tener en cuenta:

1. El índice de Pearl que refleja el porcentaje de no embarazos de un método anticonceptivo en relación con el número de ciclos de utilización de dicho método.
2. La aceptabilidad del método que viene determinada por la ausencia de defectos colaterales.
3. La inocuidad del método que viene determinada por la ausencia de riesgos de salud que su utilización puede conllevar.
4. La motivación o condicionamientos socioculturales como el nivel de educación.
5. La reversibilidad o posibilidades quirúrgicas de recuperar la fertilidad tras la utilización del método.

Qué se usa en España. En la encuesta de 2024 de la Sociedad Española de Contracepción, el **78,5 %** de las mujeres de 15 a 49 años usa algún método; el más usado es el **preservativo (36,5 %)**, seguido de la **píldora (18 %)**; el 5 % usa DIU hormonal y el 3 % DIU de cobre ^{F12}.

3. Anticoncepción hormonal combinada: píldora, parche y anillo

Mecanismo. El efecto de los anticonceptivos orales combinados (AOC) se basa sobre todo en la **inhibición de la ovulación** y en los **cambios en la secreción cervical** ^{F2}. El anillo vaginal actúa por varios mecanismos, el más importante la inhibición de la ovulación ^{F3}, y el parche también, con efectos añadidos sobre el moco cervical y el endometrio ^{F4}.

Método	Pauta	Inicio sin anticoncepción previa
Píldora combinada (levonorgestrel/etinilestradiol)	1 comprimido al día 21 días ; nuevo envase tras 7 días de descanso , en los que suele haber hemorragia por privación ^{F2}	Día 1 del ciclo (primer día de la regla); si se empieza los días 2-5, método de barrera los 7 primeros días ^{F2}
Anillo vaginal	Se deja 3 semanas seguidas y se retira el mismo día de la semana; tras 1 semana de descanso se inserta uno nuevo ^{F3}	Día 1 de la regla; si los días 2-5, barrera los 7 primeros días ^{F3}
Parche	Uno por semana durante 3 semanas (cambio los días 8 y 15); la cuarta semana , sin parche ^{F4}	Primer día de la regla; si más tarde, anticonceptivo no hormonal los 7 primeros días ^{F4}

El parche se pega en piel sana, limpia, seca y sin vello de **glúteo, abdomen, cara externa del brazo o parte superior del torso**, donde no roce la ropa, y **nunca en las mamas**; su eficacia puede disminuir en mujeres de **90 kg o más** ^{F4}. Nunca debe haber más de 7 días seguidos sin parche ^{F4}.

Exploraciones antes de prescribir (Algoritmo 1 de la GPC). La guía clasifica cada prueba en **clase A** (obligatoria en todas las ocasiones para un uso eficaz y seguro), **clase B** (contribuye de forma sustancial, pero su implantación depende del contexto) y **clase C** (no contribuye al uso eficaz y seguro) ^{F1}. En la tabla no hay ninguna prueba de clase B ^{F1}:

Prueba (GPC, Algoritmo 1) ^{F1}	DIU (cobre o LNG)	Implante	Inyectable	Píldora / parche / anillo	Sólo gestágeno
Presión arterial	C	C	C	A	C
Peso / IMC	†	†	†	†	†
Exploración mamaria	C	C	C	C	C
Examen pélvico	A	C	C	C	C
Glucosa, lípidos, función hepática, hemoglobina	C	C	C	C	C

Prueba (GPC, Algoritmo 1) ^{F1}	DIU (cobre o LNG)	Implante	Inyectable	Píldora / parche / anillo	Sólo gestágeno
Citología	C	C	C	C	C
Serología (ITS)	‡	C	C	C	C
Serología (VIH)	C	C	C	C	C

† El peso o IMC **no es necesario para decidir la elegibilidad** de un método, aunque puede ayudar a medirlo en la primera visita para el seguimiento. ‡ La mayoría de mujeres no necesita un cribado especial de ITS al insertar un DIU si ya se les hizo cuando estaba indicado ^{F1}. Es decir: para la **píldora, el parche y el anillo**, lo único obligatorio es la **presión arterial**; para el **DIU**, el **examen pélvico** ^{F1}.

- Recomendación **fuerte**: antes de prescribir un anticonceptivo hormonal combinado o un inyectable de solo gestágeno, **tomar la presión arterial y calcular el IMC** ^{F1}.
- Recomendación **débil**: **no** hacer de rutina exploración ginecológica ni mamaria, ni citología, antes de prescribir un anticonceptivo ^{F1}.
- Seguimiento (buena práctica): visita a los **3 meses** de empezar un combinado (oral, anillo o parche) o uno de solo gestágeno, y a las **3-6 semanas** de insertar un DIU ^{F1}.
- Recomendación débil: medir la **presión arterial en cada visita de control** de las usuarias de combinados (píldora, parche o anillo) ^{F1}.

EIR 2020 · 104

P5 · respuesta en el solucionario

Anticoncepción hormonal combinada: toma de presión arterial obligatoria

Usted se encuentra realizando su actividad asistencial en un centro de planificación familiar. Tras realizar la anamnesis a una mujer de 25 años y teniendo en cuenta sus preferencias, usted le recomienda que el mejor anticonceptivo sería el uso del anillo vaginal. ¿Cuál de las siguientes pruebas es estrictamente necesaria antes de la derivación para la pauta del anticonceptivo elegido, según la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social?:

1. Exploración mamaria.
2. Realización de citología cervical.
3. Cálculo del Índice de Masa Corporal.
4. Toma de presión arterial.

Anticoncepción hormonal combinada: toma de presión arterial obligatoria

Según la Guía de Práctica Clínica de anticoncepción hormonal e intrauterina del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en relación a las exploraciones necesarias y obligatorias (clase A) antes de la prescripción para un uso eficaz y seguro del parche anticonceptivo, señale la respuesta correcta:

1. Presión Arterial.
2. Peso/IMC.
3. Exploración mamaria.
4. Examen pélvico.

IMC: se recomienda medirlo, pero no es clase A

La recomendación fuerte de la GPC pide tomar la presión arterial y calcular el IMC antes de un combinado, pero en el Algoritmo 1 el IMC no lleva letra: **no es necesario para determinar la elegibilidad**. La única prueba **obligatoria (clase A)** para píldora, parche y anillo es la **presión arterial**; exploración mamaria, citología y examen pélvico son clase C ^{F1}.

La GPC se contradice con el inyectable

Su recomendación fuerte pide tomar la presión arterial y calcular el IMC antes de un combinado **o de un inyectable de solo gestágeno**, pero su Algoritmo 1 clasifica la presión arterial como **clase C** en el inyectable ^{F1}. Lo que no admite duda es que en **píldora, parche y anillo** la presión arterial es **clase A** ^{F1}.

Cuándo no dar un combinado. La GPC recomienda (fuerte) valorar con detalle los **factores de riesgo de tromboembolismo** antes de empezar y periódicamente, e informar del beneficio y del riesgo absoluto de tromboembolismo y de sus síntomas de alerta ^{F1}. No se recomiendan (fuerte) en mujeres con **obesidad** y otro factor de riesgo cardiovascular (edad avanzada, tabaquismo, diabetes, hipertensión) ^{F1}. Categorías de la OMS para píldora, parche y anillo ^{F9}:

Situación	Píldora, parche y anillo (OMS 2025) ^{F9}
Fumadora menor de 35 años	2
Fumadora de 35 años o más, menos de 15 cigarrillos/día	3
Fumadora de 35 años o más, 15 o más cigarrillos/día	4
Hipertensión adecuadamente controlada	3
PA sistólica 140-159 o diastólica 90-99	3
PA sistólica ≥160 o diastólica ≥100	4
Antecedente de TVP/TEP	4

Situación	Píldora, parche y anillo (OMS 2025) ^{F9}
Migraña con aura , a cualquier edad	4
Lactancia, menos de 6 semanas posparto	4
Lactancia, de 6 semanas a 6 meses (lactancia principal)	3
Lactancia, 6 meses o más	2

Olvido de la píldora según la GPC (Algoritmo 3, adaptado de los CDC 2013). El criterio es el tiempo transcurrido desde que se tendría que haber tomado ^{F1}:

- **Menos de 48 horas** (retraso de menos de 24 h u olvido de una sola píldora, entre 24 y 48 h): **tomarla lo antes posible** y seguir con el resto **de la manera habitual**, aunque haya que tomar dos el mismo día; **no se requieren medidas anticonceptivas adicionales** ni anticoncepción de urgencia, aunque puede considerarse si el olvido es al inicio del ciclo o en la última semana del anterior ^{F1}.
- **48 horas o más** (dos o más píldoras seguidas): tomar la píldora lo antes posible, seguir de la manera habitual y usar un **método de barrera hasta haber tomado 7 días seguidos**; si fue en la última semana, **no hacer el descanso** y empezar el envase siguiente; valorar anticoncepción de urgencia si fue en la primera semana y hubo coito sin protección en los 5 días previos ^{F1}.
- El riesgo de embarazo es mayor si el olvido es al principio de la primera semana o al final de la última ^{F1}.

Olvido según la ficha técnica de la píldora (AEMPS, levonorgestrel/etinilestradiol): si la usuaria se retrasa **menos de 12 horas**, la protección **no se reduce**: toma el comprimido en cuanto se acuerde y **los siguientes a su hora habitual**. Si se retrasa **más de 12 horas**, la protección **puede verse reducida**, y la conducta depende de la semana ^{F2}:

- **Semana 1**: tomar el último olvidado en cuanto se acuerde (aunque sean dos a la vez), seguir a la hora habitual y usar **preservativo 7 días**; si hubo relaciones en los 7 días previos, considerar un posible embarazo ^{F2}.
- **Semana 2**: tomar el olvidado y seguir; si los 7 días anteriores se tomaron bien, no hace falta más; si no, o si olvidó más de uno, precauciones 7 días ^{F2}.
- **Semana 3**: tomar el olvidado y empezar el envase siguiente **sin descanso**, o bien dejar el envase y hacer un descanso de hasta 7 días (contando los olvidados) ^{F2}.
- Dos reglas básicas: **nunca suspender más de 7 días**, y hacen falta **7 días seguidos** de toma para suprimir el eje hipotálamo-hipófisis-ovario. Si vomita en las **3-4 horas** siguientes a la toma, se actúa como ante un olvido ^{F2}.

Olvido de píldora combinada: tomarla y seguir la pauta

Acude a la consulta una mujer con anticoncepción hormonal oral que refiere haber olvidado tomar una pastilla. ¿Qué hay que indicarle?:

1. Si han pasado menos de doce horas, que se tome la pastilla olvidada en ese momento y la siguiente cuando le corresponda según la pauta que seguía.
2. Si han pasado menos de doce horas, que se tome la pastilla olvidada y que empiece a tomar las siguientes en el horario en que se toma la olvidada.
3. Si han pasado menos de doce horas, que se tome la pastilla olvidada, que tome las siguientes como habitualmente y que utilice preservativo siete días.
4. Si han pasado mas de doce horas y menos de veinticuatro, que se tome la pastilla olvidada y continúe con la pauta habitual.
5. Si han pasado más de doce horas, que suspenda la toma de anticonceptivo hormonal y espere a la próxima regla para reiniciar la anticoncepción hormonal.

Olvido de píldora combinada: tomarla y seguir la pauta

Según la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, si una mujer olvida tomar su anticonceptivo hormonal combinado y han transcurrido 36 horas, debemos indicarle que:

1. Debe interrumpir la toma de anticonceptivos hasta el primer día de sangrado, momento en el que debe reiniciar la pauta habitual de anticoncepción hormonal.
2. No es necesario tomar la píldora olvidada, pero si es preciso continuar con la pauta habitual, junto con adoptar medidas anticonceptivas adicionales hasta final del ciclo.
3. Debe tomar la píldora olvidada y continuar con la pauta habitual, tomando medidas anticonceptivas adicionales hasta el final del ciclo.
4. Debe tomar la píldora olvidada y continuar con la pauta habitual, sin necesidad de añadir medidas anticonceptivas adicionales hasta el final del ciclo.

Olvido de la píldora: 12 horas (ficha técnica) o 48 horas (GPC 2019)

La respuesta (reconstruida por un tercero) de **EIR2013-128** aplica la regla de la **ficha técnica**: con **menos de 12 horas** de retraso se toma la olvidada en ese momento y la siguiente a su hora habitual, sin más medidas; pasadas 12 horas la protección puede reducirse ^{F2}. La **GPC del SNS**, de 2019 (posterior a la pregunta), usa otro corte: si han pasado **menos de 48 horas**, se toma la olvidada, se sigue la pauta habitual y **no hacen falta medidas adicionales** ^{F1}. Con el criterio de la guía, también sería correcto tomarla y seguir sin más si han pasado entre 12 y 24 horas. Es el criterio que pide **EIR2025-206** (36 horas, «según la GPC»): tomarla y seguir, sin medidas adicionales ^{F1}.

Si falla el anillo o el parche (fichas técnicas; la GPC no trata estos olvidos) ^{F3,F4}.

- Anillo fuera de la vagina **menos de 3 horas**: no se reduce la eficacia; reinsertarlo cuanto antes. **Más de 3 horas** en la 1.^a o 2.^a semana: reinsertarlo y usar preservativo hasta llevar 7 días seguidos con él; en la 3.^a semana, desecharlo y poner uno nuevo o esperar al sangrado ^{F3}.
- Anillo dejado puesto más de 4 semanas: puede reducirse la eficacia y hay que descartar embarazo antes de poner uno nuevo ^{F3}.
- Parche despegado **menos de 24 horas**: volver a pegarlo o poner uno nuevo, sin más medidas. **24 horas o más** (o si no se sabe cuánto): empezar un ciclo nuevo con un parche nuevo (nuevo «día 1») y método no hormonal 7 días ^{F4}.
- Retraso del día de cambio a mitad del ciclo de **hasta 48 horas**: poner uno nuevo y seguir el calendario, sin más medidas si los 7 días anteriores el parche estuvo bien aplicado; **48 horas o más**: ciclo nuevo y método no hormonal 7 días ^{F4}.

4. Anticoncepción de solo gestágeno: píldora, inyectable e implante

Los criterios de la OMS son mucho más permisivos que con los combinados. Categorías de la OMS para la píldora de progestágeno, el inyectable y el implante: **lactancia de menos de 6 semanas, 2; antecedente de TVP/TEP, 2; TVP/TEP aguda, 3; tabaquismo a partir de los 35 años, 1; migraña con aura, 2 al empezar y 3 al continuar** ^{F9}. La 6.ª edición de la OMS aclara que en la lactancia de menos de 6 semanas se pueden usar en general píldora de progestágeno, implantes e inyectables (categoría 2) ^{F9}.

Píldora de desogestrel 75 µg. Un comprimido al día, a la misma hora y **sin descanso**, aunque haya sangrado; se empieza el día 1 del ciclo ^{F5}. A diferencia de las píldoras de gestágeno clásicas, **inhibe la ovulación** en una proporción cercana al 100 %, y además aumenta la viscosidad del moco cervical ^{F5}. Olvido: si el retraso es de **menos de 12 horas**, se toma en cuanto se recuerde y el siguiente a su hora; si es de **más de 12 horas**, método adicional **7 días** ^{F5}. El **sangrado irregular** aparece hasta en el 50 % de las usuarias ^{F5}.

Dos reglas de olvido para la píldora de gestágeno

La GPC (Algoritmo 4, adaptado de los CDC) considera olvido de una píldora de solo gestágeno un retraso de **3 horas o más**, y pide protección adicional hasta tomarla bien **2 días** seguidos ^{F1}. La ficha técnica del **desogestrel** da **12 horas y 7 días** ^{F5}. La guía no distingue tipos de píldora, y la ficha es la del desogestrel, la píldora de solo gestágeno que se usa en España: las dos fuentes no coinciden ^{F1,F5}.

Inyectable trimestral (acetato de medroxiprogesterona, DMPA, 150 mg IM). Primera dosis en los **5 primeros días** del ciclo y después **cada 12 semanas**; si han pasado más de **89 días** (12 semanas y 5 días), hay que descartar embarazo y usar barrera 14 días tras la inyección ^{F7}. Inhibe las gonadotropinas hipofisarias (FSH y LH) ^{F7}. Riesgos propios: **pérdida de densidad mineral ósea**, mayor cuanto más dura el tratamiento y en gran parte reversible al suspenderlo, por lo que solo debería usarse más de 2 años si otros métodos no son adecuados; aumento medio de peso de 2-4 kg en 1-2 años; y la fertilidad puede tardar **hasta un año** en volver ^{F7}.

DMPA en la lactancia

La ficha técnica española permite el inyectable en la mujer que amamanta **desde la sexta semana** tras el parto ^{F7}; la OMS de 2025 lo pone en categoría 2 (en general, se puede usar) ya **antes de las 6 semanas** ^{F9}.

Implante subcutáneo. El que se comercializa en España es **Implanon NXT** (una varilla de **etonogestrel**), que se inserta en los días 1-5 del ciclo y puede dejarse **tres años**: hay que extraerlo como máximo a los tres años de la inserción ^{F6}. Actúa sobre todo **inhibiendo la ovulación** y además produce **cambios en el moco cervical que dificultan el paso de los espermatozoides**; en los ensayos no hubo ningún embarazo (índice de Pearl 0,00) ^{F6}. La OMS describe también implantes de **levonorgestrel** de dos varillas: **Jadelle, muy eficaz durante 5 años**; Implanon NXT (también llamado Nexplanon) está autorizado hasta 3 años, aunque un estudio reciente indica que podría ser muy eficaz durante 5; y Levoplant, de dos varillas de levonorgestrel, está autorizado hasta 3 años ^{F10}.

- **Sangrado:** lo típico es un patrón **irregular**; una de cada 5 mujeres tiene amenorrea y otra de cada 5, sangrado frecuente o prolongado. Es el motivo más frecuente de abandono (en torno al 11 %) ^{F6}.

- Otros efectos que recoge la OMS: cefalea, dolor abdominal, acné, cambios de peso, **tensión mamaria**, mareo, cambios de humor y náuseas ^{F10}.
- **Tromboembolismo**: datos epidemiológicos limitados **no indican un aumento del riesgo** de TEV con el implante, aunque se han notificado casos; si aparece una trombosis se retira ^{F6}.
- La fertilidad vuelve **sin demora** al retirarlo ^{F10}.

EIR 2007 · 109

P18 · respuesta en el solucionario

Implante subcutáneo: duración

Señale una característica de los anticonceptivos de implante subcutáneo:

1. Reducen la producción de moco cervical.
2. Apenas interfieren en las hemorragias menstruales.
3. Aumentan considerablemente el tamaño de las mamas.
4. Su eficacia se prolonga durante cinco años.
5. Aumentan el riesgo de accidentes tromboembólicos.

¿Cinco años o tres?

La respuesta (reconstruida por un tercero) de **EIR2007-109** da como característica de los implantes que su eficacia se prolonga **cinco años**: es la duración de **Jadelle**, implante de levonorgestrel ^{F10}. El implante que se usa hoy en España, **Implanon NXT** (etonogestrel), está autorizado **tres años** según su ficha técnica ^{F6}; la OMS añade que un estudio reciente indica que podría ser muy eficaz durante 5 ^{F10}. Las otras opciones no casan con las fuentes: el implante produce **cambios en el moco cervical que dificultan el paso de los espermatozoides** (lo espesa, según la OMS), no reduce su producción; los cambios de sangrado son frecuentes; y en el de etonogestrel los datos, limitados, no indican más riesgo tromboembólico ^{F6,F10}.

5. DIU, métodos de barrera, urgencia, MELA y esterilización

DIU de cobre. Produce un cambio químico que **daña espermatozoides y óvulo** antes de que se encuentren ^{F10}. Se ha demostrado muy eficaz **hasta 12 años**, aunque el TCU-380A está autorizado para 10 ^{F10}. **No protege frente a ITS** ^{F10}. El único efecto secundario que enumera la OMS son los **cambios en el patrón de sangrado**, sobre todo los 3-6 primeros meses: reglas más **abundantes y prolongadas**, sangrado irregular y más **dolor** con la regla; en cambio, la **EIP** y la **perforación** uterina figuran como riesgos o complicaciones **raros** ^{F10}. La GPC indica (buena práctica) informar antes de ponerlo de que el patrón de sangrado cambia a menudo al principio y tiende a normalizarse con el uso ^{F1}.

- **Infección:** el DIU por sí solo **no causa enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)**; la causan la gonorrea y la clamidia. Si se inserta con una de ellas puede aparecer EIP, sobre todo en los **20 primeros días**, pero es **rara**: la OMS estima 1 caso por cada 666 inserciones en un grupo con ITS frecuentes ^{F10}.
- **Embarazo ectópico:** los DIU **reducen mucho** su riesgo (12 por 10.000 mujeres/año frente a 65 en las que no usan ningún método en EE. UU.); si falla y hay embarazo, 6-8 de cada 100 son ectópicos ^{F10}.
- Antes de insertarlo, el **examen pélvico** es obligatorio (clase A) ^{F1}. **No se recomienda profilaxis antibiótica** en la inserción (fuerte) ^{F1}.
- La fertilidad vuelve **sin demora** al retirarlo ^{F10}.

DIU de levonorgestrel (Mirena, 52 mg). Efecto progestativo **local**: espesa el moco cervical, frena la motilidad de los espermatozoides y, en algunas mujeres, inhibe la ovulación ^{F8}. Hoy está autorizado **8 años** para anticoncepción (5 para la menorragia idiopática) ^{F8}. Índice de Pearl de 0,21 el primer año; como no exige toma diaria, las tasas de uso típico son similares a las de uso perfecto ^{F8}. Al final del año 8, el 34 % tiene **amenorrea** y el 26 % sangrado poco frecuente ^{F8}. Según la OMS, los cambios de sangrado son frecuentes pero no dañinos (menos sangrado, sangrado infrecuente, irregular o ausente), y reduce la anemia ferropénica, la dismenorrea y el ectópico ^{F10}.

EIR 2005 · 60

P19 · respuesta en el solucionario

DIU: complicación más frecuente, alteraciones menstruales

¿Cuál de las siguientes complicaciones aparece con más frecuencia en la mujer portadora de DIU (Dispositivo Intrauterino)?:

1. Alteraciones menstruales.
2. Infección.
3. Dolor abdominal.
4. Embarazo extrauterino.
5. Cistitis.

Métodos de barrera. Los CDC separan los **anticonceptivos intrauterinos** (DIU-LNG y DIU de cobre) de los **métodos de barrera**, que son: **diafragma o capuchón cervical** con espermicida, **esponja**, **preservativo masculino** y **preservativo femenino**, más los espermicidas ^{F11}. El preservativo femenino se coloca en la vagina y crea una barrera para el espermatozoide; los espermicidas matan los espermatozoides ^{F10}.

Método de barrera	Embarazos/100 mujeres el 1.er año (OMS: uso correcto / habitual) ^{F10}	Datos de uso
Preservativo masculino	2 / 13	Único método, junto al femenino, que protege a la vez del embarazo y de las ITS ^{F10}
Preservativo femenino	5 / 21	No se recomienda reutilizarlo ^{F10}
Diafragma con espermicida	16 / 17	Prescrito por un profesional; se pone antes del coito con espermicida ^{F11}
Capuchón cervical	26 / 32 (con partos previos); 9 / 16 (sin partos)	Se deja al menos 6 h tras la última eyaculación y no más de 48 h desde su colocación ^{F10}
Espermicida (nonoxinol-9)	16 / 21	Uno de los métodos menos eficaces ^{F10}

EIR 2016 · 149

P8 · respuesta en el solucionario

Métodos de barrera (el DIU no lo es)

¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos NO se considera de barrera?:

1. Preservativo femenino.
2. Diafragma con espermicida.
3. Capuchón cervical.
4. Dispositivo Intrauterino (DIU).

Anticoncepción de urgencia (GPC). Hay que informar de las opciones y de que el **DIU de cobre es más efectivo** que los métodos orales ^{F1}:

- **DIU de cobre:** en las **120 horas (5 días)** tras el coito sin protección o el fallo del método; si se puede estimar la ovulación, hasta 5 días después de ella ^{F1}.
- **Acetato de ulipristal 30 mg:** lo antes posible y **antes de las 120 horas** ^{F1}.
- **Levonorgestrel 1,5 mg:** lo antes posible y **antes de las 72 horas** ^{F1}.
- Si hay **vómitos en las 3 horas** siguientes, se repite la dosis (fuerte) ^{F1}.
- Las píldoras de urgencia actúan **impidiendo o retrasando la ovulación**; no interrumpen un embarazo ya existente y no protegen de los coitos que ocurran más de 24 h después de tomarlas ^{F10}.

MELA (método de la lactancia y amenorrea). Exige que se cumplan **las tres condiciones**: la regla no ha vuelto, el bebé toma **lactancia completa o casi completa**, a menudo de día y de noche, y tiene **menos de 6 meses** ^{F10}. Con uso habitual da unos 2 embarazos por 100 mujeres en los 6 primeros meses ^{F10}. La GPC es más estricta: sugiere informar de él hasta los 6 meses posparto a las mujeres en que persiste la amenorrea, con

lactancia materna exclusiva y sin riesgo de transmitir o adquirir una ITS ^{F1}. Tras el parto, los anticonceptivos no son necesarios los primeros 21 días ^{F1}.

Esterilización. La femenina da menos de 1 embarazo por 100 mujeres el primer año (5 por 1.000) ^{F10}. La **vasectomía** no es eficaz del todo hasta **3 meses** después: durante ese tiempo hay que usar preservativo u otro método ^{F10}. Ninguna de las dos protege de las ITS ^{F10}.

6. Prevención de ITS y doble protección

Los preservativos son el único método anticonceptivo que protege a la vez del embarazo y de las ITS, incluido el VIH ^{F10}. Los métodos que no son barreras mecánicas **no protegen** frente al VIH ni otras ITS ^{F16}. La OMS llama **doble protección** a evitar a la vez el embarazo y las ITS: preservativo siempre y bien usado, o preservativo más otro método; también la pareja mutuamente fiel en la que ninguno tiene ITS, o evitar la penetración ^{F10}.

- **Preservativo masculino de látex:** usado de forma constante y correcta es eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH, y reduce el riesgo de VPH, herpes genital, sífilis y chancroide cuando cubre la zona infectada ^{F16}. Los de membrana natural no se recomiendan para prevenir ITS ^{F16}.
- **Preservativo femenino: reduce el riesgo de ITS, incluido el VIH, cuando se usa correctamente en cada relación** ^{F10}; los CDC añaden que los datos son limitados ^{F16}.
- **Diafragma:** en estudios observacionales protege algo frente a gonorrea, clamidia y tricomoniasis cervicales, pero **no debe usarse como única protección** frente al VIH y otras ITS ^{F16}; hoy solo se recomiendan los preservativos para protegerse del VIH y otras ITS ^{F10}.
- **Espemicidas (nonoxinol-9):** pueden dañar el epitelio genital o rectal y se asocian a **más riesgo de VIH**; el preservativo con N-9 no es más eficaz que sin él, por lo que **no se recomiendan para prevenir ITS ni VIH** ^{F16}.

Prácticas que no protegen. Muchas ITS se transmiten por sexo oral (clamidia, gonorrea, sífilis, herpes, VPH), y el riesgo se reduce con preservativo o barrera de látex cada vez ^{F17}. Las **duchas vaginales no se recomiendan:** antes o después del coito **no previenen las ITS**, eliminan bacterias normales que protegen de las infecciones y pueden aumentar el riesgo de ITS, incluido el VIH; tampoco evitan el embarazo ^{F18}. Tras el tratamiento de una ITS como la clamidia, la persona debe **abstenerse** de relaciones 7 días tras la dosis única (o hasta terminar la pauta) y hasta que **todas sus parejas estén tratadas** ^{F19}.

Vacuna frente al VPH en el calendario del SNS. Hoy se vacuna **a los 12 años a niñas y niños**, con **una dosis**, y se capta a los no vacunados hasta los 18 años ^{F20}. El calendario de 2022 vacunaba **solo a las niñas**, a los 12 años, con 2 dosis ^{F21}.

EIR 2017 · 216

P7 · respuesta en el solucionario

Prevención de ITS: el preservativo como método de barrera eficaz

En relación con las medidas de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) señale la respuesta CORRECTA:

1. El sexo oral no se considera una práctica de riesgo.
2. Se recomienda la realización de duchas vaginales tras mantener relaciones.
3. Los métodos anticonceptivos que no son de barrera también protegen frente a las ITS.
4. El preservativo femenino es una barrera efectiva contra las ITS cuando se utiliza de forma adecuada.

Prevención de ITS: el preservativo como método de barrera eficaz

En relación con las medidas de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) señale la respuesta INCORRECTA:

1. Para prevenir la transmisión del virus del papiloma humano el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recomienda la vacunación de las niñas a los 12 años de edad.
2. El preservativo de látex y el diafragma se consideran métodos muy efectivos para la prevención de ITS.
3. Los espermicidas no se consideran un método adecuado para prevenir las ITS.
4. Las personas con una ITS diagnosticada deben recibir consejo sobre el periodo en el que ellas y sus parejas deben evitar tener relaciones sexuales.

Diafragma frente a preservativo

Los dos son de barrera, pero para las ITS no valen lo mismo: el preservativo de látex, bien usado, es **eficaz** ^{F16}; el diafragma solo da una protección parcial y **no debe usarse como única protección** ^{F16}, y los espermicidas no protegen ^{F10,F16}.

Las ITS que se preguntan junto a la anticoncepción (guía de los CDC de 2021) ^{F19,F22,F23,F24,F25,F26,F27,F28,F29}:

ITS	Agente	Dato clave
Clamidia	<i>Chlamydia trachomatis</i> , una bacteria : es la enfermedad infecciosa bacteriana más notificada en EE. UU. ^{F19}	Máxima prevalencia hasta los 24 años ^{F19}
Linfogranuloma venéreo	C. trachomatis serovares L1, L2 o L3 ^{F22}	Inflamación intensa e infección invasiva, a diferencia de los serovares A-K ^{F22}
Chancroide (chancro blando)	Haemophilus ducreyi ^{F26}	Factor de riesgo de transmisión del VIH ^{F26}
Granuloma inguinal (donovanosis)	Klebsiella granulomatis (antes <i>Calymmatobacterium granulomatis</i>), bacilo gramnegativo intracelular ^{F27}	Enfermedad ulcerosa genital ^{F27}
Uretritis no gonocócica	<i>C. trachomatis</i> (menos del 50 %), Mycoplasma genitalium (10-25 %), <i>T. vaginalis</i> (1-8 %) ^{F25}	<i>Treponema pallidum</i> no figura entre sus causas ^{F25}
Tricomonirosis	<i>Trichomonas vaginalis</i> ^{F28}	El 70-85 % tiene síntomas mínimos o ninguno; los hombres a veces tienen uretritis ^{F28}

ITS	Agente	Dato clave
Verrugas anogenitales (condilomas)	VPH: el 90 % por los tipos 6 u 11 , no oncogénicos ^{F23}	Enfermedad frecuente; antes de las vacunas, en EE. UU. había unos 355.000 casos nuevos de verrugas al año, frente a unos 34.800 cánceres atribuibles al VPH (2012-2016) ^{F42} . Bajo el prepucio o en el cuerpo del pene, escroto, periné, piel perianal, ano, introito, vagina, cuello uterino ^{F23}
Sífilis	<i>Treponema pallidum</i> ^{F29}	Primaria: úlcera o chancro único e indoloro ^{F29} ; el exantema de la secundaria puede aparecer cuando el chancro aún está curando ^{F24} . Secundaria: exantema, lesiones mucocutáneas y linfadenopatías ^{F29} , y fiebre, caída del pelo en placas , cefalea, pérdida de peso, dolores musculares y cansancio ^{F24}

EIR 2016 · 160

P26 · respuesta en el solucionario

Clamidia: bacteria

¿Qué tipo de organismo patógeno es el causante de la clamidiasis?:

1. Ectoparásito.
2. Hongo.
3. Bacteria.
4. Protozoo.

EIR 2021 · 53

P25 · respuesta en el solucionario

Linfogranuloma venéreo: Chlamydia trachomatis

En cuanto a las enfermedades de transmisión por vía sexual, ¿cuál es el microorganismo que causa el linfogranuloma venéreo?:

1. H. Ducreyi.
2. Chlamydia Trachomatis.
3. Calymmatobacterium granulomatis.
4. Staphylococcus epidermidis.

VPH en el varón: condilomas acuminados

Señale la respuesta correcta sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el varón:

1. La uretritis no gonocócica está generalmente producida por el *treponema pallidum*.
2. El chancro blando o chancroide es una infección bacteriana cuyo agente etiológico es *Klebsiella granulomatis*.
3. La manifestación más frecuente de la infección clínica del virus del papiloma humano (VPH), son los condilomas acuminados en la zona mucosa de los genitales, piel del pene y escroto.
4. En la infección producida por *trichomona vaginalis* es frecuente que los hombres muestren síntomas como secreción por la uretra y molestias al orinar.

Sífilis secundaria: manifestaciones

A PRM, de 24 años, con antecedentes de haber mantenido relaciones sexuales en varias ocasiones, con distintas parejas y sin haber utilizado ningún método de protección de barrera, le han diagnosticado una sífilis secundaria. En este estadio de la enfermedad, la clínica que puede experimentar el paciente incluye todas la siguientes, EXCEPTO:

1. Ulceraciones indoloras (chancro) en los genitales.
2. Malestar general.
3. Alopecia.
4. Linfadenopatía.
5. Exantema.

7. Sexualidad: respuesta sexual y educación sexual integral

En 1966, **William Masters y Virginia Johnson** publicaron sus observaciones de casi 700 personas y dividieron el ciclo de respuesta sexual en **cuatro fases**, bastante parecidas en la mayoría de la gente: **excitación, meseta, orgasmo y resolución** ^{F30}. Otros autores propusieron modelos distintos: **Kaplan** (1977, 1979), uno **trifásico** de **deseo, excitación y orgasmo**, que añade el deseo como fase propia ^{F32}.

Fase (Masters y Johnson)	Qué ocurre
1. Excitación	Fase de activación: erección del pene o del clítoris, lubricación y expansión del canal vaginal ^{F30}
2. Meseta	La vagina se ingurgita aún más , aumenta el flujo sanguíneo a los labios menores, el pene alcanza la erección completa y aumenta el tono muscular; es la fase que precede al orgasmo ^{F30}
3. Orgasmo	En la mujer, contracciones rítmicas de la pelvis y del útero con aumento de la tensión muscular ^{F30} ; se contraen rítmicamente los músculos del suelo pélvico ^{F31}
4. Resolución	Vuelta relativamente rápida al estado sin excitación, con descenso de la presión arterial y relajación muscular; tras el orgasmo hay un periodo refractario en el que no es posible otro orgasmo ^{F30}

La **plataforma orgásmica** es la congestión de la vagina: la vasocongestión máxima produce una plataforma orgásmica congestionada en el **tercio inferior** del conducto vaginal ^{F32}, y se forma **cerca del orgasmo**, en el tercio externo ^{F31}. En la resolución la plataforma desaparece al disminuir la vasocongestión, y la vagina se acorta y **se estrecha** ^{F32}.

¿En qué fase se forma la plataforma?

Las fuentes consultadas no nombran la fase: dicen que se forma **cerca del orgasmo** ^{F31}, y la fase de Masters y Johnson que precede al orgasmo, con la vagina cada vez más ingurgitada, es la **meseta** ^{F30}. Andersen y Cyranowski la describen dentro de su apartado de excitación, porque en su esquema (deseo, excitación, orgasmo y resolución) no separan la meseta ^{F32}.

Masters y Johnson: fases de la respuesta sexual

Según Masters y Johnson las etapas que caracterizan la respuesta sexual humana siguen la secuencia siguiente:

1. Excitación, orgasmo, meseta y resolución.
2. Deseo sexual, excitación, orgasmo y meseta.
3. Excitación, meseta, satisfacción sexual y orgasmo.
4. Excitación, meseta, orgasmo y resolución.
5. Excitación, deseo sexual y orgasmo.

Masters y Johnson: fase de meseta

¿A qué fase de la respuesta sexual humana descrita por Masters y Johnson corresponde la fase en la que se produce una congestión del tercio inferior de la vagina con estrechamiento del diámetro de esta?:

1. Fase orgásmica.
2. Fase de meseta.
3. Fase de excitación.
4. Fase de resolución.

E-M-O-R

Excitación → Meseta → Orgasmo → Resolución: el deseo no es una fase de Masters y Johnson, sino del modelo de Kaplan ^{F30,F32}.

Educación sexual integral (ESI). La guía técnica internacional de la UNESCO, la OMS y otras agencias de la ONU (2018) la define como un **proceso de enseñanza y aprendizaje, basado en un currículo, sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad** ^{F33}. Busca dar a niños y jóvenes conocimientos, habilidades, actitudes y valores para cuidar su salud y bienestar, construir relaciones respetuosas y proteger sus derechos ^{F33}.

- La educación sexual, en la escuela o fuera de ella, **no aumenta la actividad sexual**, las conductas de riesgo ni las ITS/VIH ^{F33}.
- Los programas basados en currículo **retrasan el inicio** de las relaciones, reducen su frecuencia y el número de parejas y aumentan el uso de preservativo y de anticonceptivos ^{F33}.
- Según la OMS, los jóvenes mejor informados **empiezan más tarde** y, cuando tienen relaciones, practican sexo más seguro; los programas **solo de abstinencia** son ineficaces y pueden ser perjudiciales ^{F34}.
- La guía de la ONU propone empezar la ESI a los **5 años**, cuando suele empezar la escolarización ^{F34}.

Concepto	Definición
Sexo	Características biológicas y fisiológicas de mujeres, hombres y personas intersexuales: cromosomas, hormonas, órganos reproductores F35
Género	Características de mujeres, hombres, niñas y niños construidas socialmente : normas, conductas y roles F35
Identidad de género	Vivencia interna e individual , profundamente sentida, del género, que puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer F35,F33
Expresión de género	Cómo la persona expresa su género al mundo: nombre, ropa, forma de andar o de hablar, roles, conducta F33
Orientación sexual	Capacidad de sentir atracción emocional, afectiva y sexual por personas de otro género, del mismo o de más de uno F33

EIR 2026 · 55

P20 · respuesta en el solucionario

Educación sexual integral según la OMS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ¿cuál de las siguientes aportaciones puede realizar la Educación Sexual Integral a los jóvenes?:

1. Dar a conocer que la identidad de género se refiere a los genitales masculinos o femeninos, así como la identidad sexual se refiere a nuestra apariencia o forma de actuar.
2. Dar a conocer los conceptos de sexualidad facilita condiciones más seguras para las relaciones sexuales en los jóvenes, pero se inician a edades más tempranas y aumenta la actividad sexual.
3. Dar a conocer normas de conducta y valores morales tradicionales sobre las relaciones afectivas y sexuales.
4. Dar a conocer los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad.

8. Fertilidad, reproducción asistida e interrupción voluntaria del embarazo

Seminograma. El manual de la OMS (5.ª edición, 2010) da estos **límites inferiores de referencia** (percentil 5) ^{F39}:

Parámetro (OMS 2010, tabla A1.1) ^{F39}	Límite inferior de referencia (IC 95 %)
Volumen de semen	1,5 ml (1,4-1,7)
Número total de espermatozoides	39 millones por eyaculado (33-46)
Concentración	15 millones/ml (12-16)
Movilidad total (progresivos + no progresivos)	40 % (38-42)
Movilidad progresiva	32 % (31-34)
Vitalidad (vivos)	58 % (55-63)
Formas normales	4 % (3,0-4,0)
Otros umbrales de consenso	pH ≥ 7,2; leucocitos peroxidasa positivos < 1,0 millón/ml

La 6.ª edición (2021) mantiene el **4 % de formas normales** como percentil 5, pero advierte de que esos percentiles **no separan a los hombres fértiles de los subfértiles** ^{F40}. La nomenclatura de la 5.ª edición («espermia» se refiere al eyaculado y «zoospermia» a los espermatozoides) ^{F39}:

Término	Definición (OMS 2010, tabla A1.3) ^{F39}
Aspermia	Sin semen (sin eyaculación o eyaculación retrógrada)
Astenozoospermia	Porcentaje de espermatozoides con movilidad progresiva por debajo del límite: poca movilidad
Astenoteratozoospermia	Movilidad progresiva y formas normales por debajo del límite
Azoospermia	Ningún espermatozoide en el eyaculado
Criptozoospermia	Ausentes en la muestra fresca, pero presentes en el sedimento centrifugado
Hemospermia	Hematíes en el eyaculado
Leucospermia	Leucocitos en el eyaculado por encima del umbral
Necrozoospermia	Bajo porcentaje de espermatozoides vivos y alto de inmóviles

Término	Definición (OMS 2010, tabla A1.3) ^{F39}
Normozoospermia	Número total (o concentración), movilidad progresiva y formas normales en el límite o por encima
Oligoastenozoospermia	Número total (o concentración) y movilidad progresiva por debajo del límite
Oligoastenoteratozoospermia	Número total (o concentración), movilidad progresiva y formas normales por debajo del límite
Oligoteratozoospermia	Número total (o concentración) y formas normales por debajo del límite
Oligozoospermia	Número total (o concentración) de espermatozoides por debajo del límite
Teratozoospermia	Porcentaje de espermatozoides morfológicamente normales por debajo del límite (menos del 4 %)

EIR 2011 · 83

P30 · respuesta en el solucionario

Astenozoospermia: baja movilidad

Juan López se está realizando un estudio de fertilidad y acude a su enfermera para solicitarle información sobre el significado de la Astenozoospermia. Esta alteración consiste en:

1. Bajo volumen de eyaculado.
2. Baja concentración de espermatozoides.
3. Baja proporción de formas normales de espermatozoides.
4. Poca movilidad de espermatozoides.
5. Ausencia absoluta de movilidad de los espermatozoides.

EIR 2021 · 183

P24 · respuesta en el solucionario

Teratozoospermia: <4 % formas normales

La teratozoospermia hace referencia a la mala morfología de los espermatozoides en el semen eyaculado. Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud, ¿con qué porcentaje se asocia esta alteración espermática?:

1. Menos del 85 % de espermatozoides con formas normales.
2. Menos del 48% de espermatozoides con formas normales.
3. Menos del 15% de espermatozoides con formas normales.
4. Menos del 4% de espermatozoides con formas normales.

Técnicas de reproducción asistida. La Ley 14/2006 enumera en su anexo las técnicas con acreditación científica y clínica ^{F38}:

- Inseminación artificial ^{F38}.

- Fecundación in vitro e **inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI)**, con gametos propios o de donante y con transferencia de preembriones **F38**.
- Transferencia intratubárica de gametos **F38**.
- Como procedimiento diagnóstico, la prueba de capacidad de fecundación de los espermatozoides humanos con ovocitos animales, que se interrumpe cuando el óvulo fecundado llega a dos células **F38**.

Los fármacos que estimulan la ovulación (análogos de la GnRH, gonadotropinas) no figuran en ese anexo como técnicas de reproducción asistida **F38**.

EIR 2010 · 82

P17 · respuesta en el solucionario

ICSI como técnica de reproducción asistida

Es una técnica de reproducción asistida:

1. La inyección intracitoplasmática de espermatozoides.
2. La administración de análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas.
3. La implantación de foliculoestimulantes.
4. La estimulación con hormona menopáusica humana.
5. La implantación de gonadotropina coriónica humana.

Interrupción voluntaria del embarazo (Ley Orgánica 2/2010, reformada por la LO 1/2023). Requisitos comunes: la practica un **médico especialista**, preferiblemente en obstetricia y ginecología, o bajo su dirección, en un centro sanitario público o privado acreditado, con **consentimiento expreso, informado y por escrito** **F36**.

Supuesto	Límite y condiciones F36
A petición de la mujer (art. 14)	Dentro de las primeras 14 semanas de gestación
Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada (art. 15.a)	Hasta 22 semanas , con dictamen previo de un especialista distinto del que la practique (se prescinde en urgencia por riesgo vital)
Riesgo de graves anomalías en el feto (art. 15.b)	Hasta 22 semanas , con dictamen previo de dos especialistas distintos del que la practique
Anomalías fetales incompatibles con la vida (art. 15.c)	El artículo no fija semanas; dictamen previo de un especialista distinto del que la practique
Enfermedad fetal extremadamente grave e incurable (art. 15.c)	El artículo no fija semanas; la confirma un comité clínico

- **Edad:** desde los **16 años** la mujer puede decidir **sin el consentimiento de sus representantes legales** (art. 13 bis, añadido en 2023) **F36**.
- La **LO 1/2023** eliminó el **plazo de reflexión de 3 días** y la obligación de recibir información sobre ayudas a la maternidad, que ahora se da **solo si la mujer la pide** **F37,F36**.
- **Objeción de conciencia** (art. 19 bis): decisión **individual**, que se manifiesta **con antelación y por escrito**; no puede afectar al acceso ni a la calidad de la prestación, y todo el personal debe atender a la mujer antes y

después de la interrupción ^{F36}.

EIR 2023 · 209

P23 · respuesta en el solucionario

IVE a petición: primeras 14 semanas

Con relación al límite de edad gestacional para la interrupción del embarazo a petición de la mujer embarazada, y sin que exista una causa médica, una vez cumplidos los requisitos necesarios, podrá interrumpirse el embarazo:

1. Dentro de las primeras doce semanas de gestación.
2. Dentro de las primeras catorce semanas de gestación.
3. Dentro de las primeras dieciséis semanas de gestación.
4. Dentro de las primeras veintidós semanas de gestación.

Todas las preguntas del tema (19)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2025 · 206

P1 · respuesta en el solucionario

Según la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, si una mujer olvida tomar su anticonceptivo hormonal combinado y han transcurrido 36 horas, debemos indicarle que:

1. Debe interrumpir la toma de anticonceptivos hasta el primer día de sangrado, momento en el que debe reiniciar la pauta habitual de anticoncepción hormonal.
2. No es necesario tomar la píldora olvidada, pero si es preciso continuar con la pauta habitual, junto con adoptar medidas anticonceptivas adicionales hasta final del ciclo.
3. Debe tomar la píldora olvidada y continuar con la pauta habitual, tomando medidas anticonceptivas adicionales hasta el final del ciclo.
4. Debe tomar la píldora olvidada y continuar con la pauta habitual, sin necesidad de añadir medidas anticonceptivas adicionales hasta el final del ciclo.

EIR 2022 · 94

P2 · respuesta en el solucionario

Según la Guía de Práctica Clínica de anticoncepción hormonal e intrauterina del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en relación a las exploraciones necesarias y obligatorias (clase A) antes de la prescripción para un uso eficaz y seguro del parche anticonceptivo, señale la respuesta correcta:

1. Presión Arterial.
2. Peso/IMC.
3. Exploración mamaria.
4. Examen pélvico.

EIR 2021 · 59

P3 · respuesta en el solucionario

De los siguientes métodos anticonceptivos hormonales, señale los que han mostrado una mayor efectividad:

1. Los anticonceptivos hormonales orales combinados.
2. El parche transdérmico y el anillo vaginal.
3. Los anticonceptivos de acción prolongada como el implante subcutáneo y el DIU de levonorgestrel.
4. La píldora de sólo gestágenos.

¿A qué fase de la respuesta sexual humana descrita por Masters y Johnson corresponde la fase en la que se produce una congestión del tercio inferior de la vagina con estrechamiento del diámetro de esta?:

1. Fase orgásmica.
2. Fase de meseta.
3. Fase de excitación.
4. Fase de resolución.

Usted se encuentra realizando su actividad asistencial en un centro de planificación familiar. Tras realizar la anamnesis a una mujer de 25 años y teniendo en cuenta sus preferencias, usted le recomienda que el mejor anticonceptivo sería el uso del anillo vaginal. ¿Cuál de las siguientes pruebas es estrictamente necesaria antes de la derivación para la pauta del anticonceptivo elegido, según la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social?:

1. Exploración mamaria.
2. Realización de citología cervical.
3. Cálculo del Índice de Masa Corporal.
4. Toma de presión arterial.

En relación con las medidas de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) señale la respuesta INCORRECTA:

1. Para prevenir la transmisión del virus del papiloma humano el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recomienda la vacunación de las niñas a los 12 años de edad.
2. El preservativo de látex y el diafragma se consideran métodos muy efectivos para la prevención de ITS.
3. Los espermicidas no se consideran un método adecuado para prevenir las ITS.
4. Las personas con una ITS diagnosticada deben recibir consejo sobre el periodo en el que ellas y sus parejas deben evitar tener relaciones sexuales.

En relación con las medidas de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) señale la respuesta CORRECTA:

1. El sexo oral no se considera una práctica de riesgo.
2. Se recomienda la realización de duchas vaginales tras mantener relaciones.
3. Los métodos anticonceptivos que no son de barrera también protegen frente a las ITS.
4. El preservativo femenino es una barrera efectiva contra las ITS cuando se utiliza de forma adecuada.

¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos NO se considera de barrera?:

1. Preservativo femenino.
2. Diafragma con espermicida.
3. Capuchón cervical.
4. Dispositivo Intrauterino (DIU).

¿Cuál de los siguientes dispositivos intrauterinos (DIU), en condiciones de uso óptimo, tiene una eficacia anticonceptiva durante el primer año similar a la esterilización?:

1. DIU inerte.
2. DIU de cobre.
3. DIU liberador de progesterona.
4. DIU sin marco.

Entre las 24 y 36 horas después de producirse el pico de máxima liberación de la hormona LH se desencadena:

1. La menstruación.
2. La maduración del folículo De Graaf.
3. La ovulación.
4. La ovogénesis.
5. La formación del folículo primordial.

Al valorar el método anticonceptivo más adecuado para una persona hay que tener en cuenta:

1. El índice de Pearl que refleja el porcentaje de no embarazos de un método anticonceptivo en relación con el número de ciclos de utilización de dicho método.
2. La aceptabilidad del método que viene determinada por la ausencia de defectos colaterales.
3. La inocuidad del método que viene determinada por la ausencia de riesgos de salud que su utilización puede conllevar.
4. La motivación o condicionamientos socioculturales como el nivel de educación.
5. La reversibilidad o posibilidades quirúrgicas de recuperar la fertilidad tras la utilización del método.

Acude a la consulta una mujer con anticoncepción hormonal oral que refiere haber olvidado tomar una pastilla. ¿Qué hay que indicarle?:

1. Si han pasado menos de doce horas, que se tome la pastilla olvidada en ese momento y la siguiente cuando le corresponda según la pauta que seguía.
2. Si han pasado menos de doce horas, que se tome la pastilla olvidada y que empiece a tomar las siguientes en el horario en que se toma la olvidada.
3. Si han pasado menos de doce horas, que se tome la pastilla olvidada, que tome las siguientes como habitualmente y que utilice preservativo siete días.
4. Si han pasado mas de doce horas y menos de veinticuatro, que se tome la pastilla olvidada y continúe con la pauta habitual.
5. Si han pasado más de doce horas, que suspenda la toma de anticonceptivo hormonal y espere a la próxima regla para reiniciar la anticoncepción hormonal.

En el momento de la ovulación en la superficie del ovario se libera:

1. Un folículo ovárico.
2. Un óvulo maduro.
3. Un ovocito-I.
4. Un ovocito-II.
5. Un cuerpo lúteo.

¿Cómo están las hormonas en el ciclo reproductivo femenino en el momento de la ovulación?:

1. Los niveles de estrógenos, progesterona, LH y FSH están altos.
2. Los niveles de estrógenos, LH y FSH están altos. La progesterona está baja.
3. Los niveles de estrógenos y progesterona están bajos. La LH y la FSH están altas.
4. Los niveles de estrógenos, progesterona y FSH están bajos. La LH está alta.
5. Los niveles de estrógenos, progesterona, LH y la FSH están bajos.

Según Masters y Johnson las etapas que caracterizan la respuesta sexual humana siguen la secuencia siguiente:

1. Excitación, orgasmo, meseta y resolución.
2. Deseo sexual, excitación, orgasmo y meseta.
3. Excitación, meseta, satisfacción sexual y orgasmo.
4. Excitación, meseta, orgasmo y resolución.
5. Excitación, deseo sexual y orgasmo.

La estructura ovárica que da lugar a la liberación del óvulo se denomina:

1. Cuerpo lúteo.
2. Folículo de Graaf.
3. Cuerpo amarillo.
4. Cuerpo albicans.
5. Trompa de Falopio.

Es una técnica de reproducción asistida:

1. La inyección intracitoplasmática de espermatozoides.
2. La administración de análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas.
3. La implantación de foliculoestimulantes.
4. La estimulación con hormona menopáusica humana.
5. La implantación de gonadotropina coriónica humana.

Señale una característica de los anticonceptivos de implante subcutáneo:

1. Reducen la producción de moco cervical.
2. Apenas interfieren en las hemorragias menstruales.
3. Aumentan considerablemente el tamaño de las mamas.
4. Su eficacia se prolonga durante cinco años.
5. Aumentan el riesgo de accidentes tromboembólicos.

¿Cuál de las siguientes complicaciones aparece con más frecuencia en la mujer portadora de DIU (Dispositivo Intrauterino)?:

1. Alteraciones menstruales.
2. Infección.
3. Dolor abdominal.
4. Embarazo extrauterino.
5. Cistitis.

Preguntas que también podrían ser de este tema (11)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 55

P20 · respuesta en el solucionario

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ¿cuál de las siguientes aportaciones puede realizar la Educación Sexual Integral a los jóvenes?:

1. Dar a conocer que la identidad de género se refiere a los genitales masculinos o femeninos, así como la identidad sexual se refiere a nuestra apariencia o forma de actuar.
2. Dar a conocer los conceptos de sexualidad facilita condiciones más seguras para las relaciones sexuales en los jóvenes, pero se inician a edades más tempranas y aumenta la actividad sexual.
3. Dar a conocer normas de conducta y valores morales tradicionales sobre las relaciones afectivas y sexuales.
4. Dar a conocer los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad.

EIR 2024 · 50

P21 · respuesta en el solucionario

En relación a la planificación familiar en mujeres con Esclerosis Múltiple (EM) en edad fértil es cierto que:

1. Las mujeres deben ser asesoradas sobre las opciones reproductivas en el momento del diagnóstico y antes de iniciar un tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad, ya que se recomienda suspenderlos hasta 6 meses antes de la concepción.
2. Los brotes de EM aumentan durante el embarazo, aunque la tasa de recaídas es menor en el puerperio.
3. El parto por cesárea está indicado en la mayoría de los casos, debido a la debilidad muscular de las mujeres con EM.
4. La lactancia materna está contraindicada en todos los casos.

EIR 2024 · 47

P22 · respuesta en el solucionario

Señale la respuesta correcta sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el varón:

1. La uretritis no gonocócica está generalmente producida por el *treponema pallidum*.
2. El chancro blando o chancroide es una infección bacteriana cuyo agente etiológico es *Klebsiella granulomatis*.
3. La manifestación más frecuente de la infección clínica del virus del papiloma humano (VPH), son los condilomas acuminados en la zona mucosa de los genitales, piel del pene y escroto.
4. En la infección producida por *trichomona vaginalis* es frecuente que los hombres muestren síntomas como secreción por la uretra y molestias al orinar.

Con relación al límite de edad gestacional para la interrupción del embarazo a petición de la mujer embarazada, y sin que exista una causa médica, una vez cumplidos los requisitos necesarios, podrá interrumpirse el embarazo:

1. Dentro de las primeras doce semanas de gestación.
2. Dentro de las primeras catorce semanas de gestación.
3. Dentro de las primeras dieciséis semanas de gestación.
4. Dentro de las primeras veintidós semanas de gestación.

La teratozoospermia hace referencia a la mala morfología de los espermatozoides en el semen eyaculado. Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud, ¿con qué porcentaje se asocia esta alteración espermática?:

1. Menos del 85 % de espermatozoides con formas normales.
2. Menos del 48% de espermatozoides con formas normales.
3. Menos del 15% de espermatozoides con formas normales.
4. Menos del 4% de espermatozoides con formas normales.

En cuanto a las enfermedades de transmisión por vía sexual, ¿cuál es el microorganismo que causa el linfogranuloma venéreo?:

1. H. Ducreyi.
2. Chlamydia Trachomatis.
3. Calymmatobacterium granulomatis.
4. Staphylococcus epidermidis.

¿Qué tipo de organismo patógeno es el causante de la clamidiasis?:

1. Ectoparásito.
2. Hongo.
3. Bacteria.
4. Protozoo.

Señale la respuesta correcta respecto al control hormonal de la reproducción:

1. La hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) de la hipófisis controla la secreción de dos gonadotropinas del lóbulo anterior del hipotálamo.
2. Las gonadotropinas son la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizantes (LH).
3. La FSH actúa principalmente sobre las células endocrinas, estimulando la síntesis de hormonas sexuales.
4. La LH es necesaria, junto con las hormonas sexuales esteroideas, para iniciar y mantener la gametogénesis.
5. Todas las anteriores son correctas.

A PRM, de 24 años, con antecedentes de haber mantenido relaciones sexuales en varias ocasiones, con distintas parejas y sin haber utilizado ningún método de protección de barrera, le han diagnosticado una sífilis secundaria. En este estadio de la enfermedad, la clínica que puede experimentar el paciente incluye todas la siguientes, EXCEPTO:

1. Ulceraciones indoloras (chancro) en los genitales.
2. Malestar general.
3. Alopecia.
4. Linfadenopatía.
5. Exantema.

Si tuviera que dar una respuesta breve a qué produce la menstruación, sería:

1. Aumento de la FSH.
2. Aumento de la LH.
3. La acción combinada de la FSH y LH.
4. Disminución brusca de la secreción de estrógenos y progesterona.
5. Aumento de progesterona y disminución de estrógenos.

Juan López se está realizando un estudio de fertilidad y acude a su enfermera para solicitarle información sobre el significado de la Astenozoospermia. Esta alteración consiste en:

1. Bajo volumen de eyaculado.
2. Baja concentración de espermatozoides.
3. Baja proporción de formas normales de espermatozoides.
4. Poca movilidad de espermatozoides.
5. Ausencia absoluta de movilidad de los espermatozoides.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2025 · 206	4	
P2	EIR 2022 · 94	1	
P3	EIR 2021 · 59	3	
P4	EIR 2021 · 54	2	
P5	EIR 2020 · 104	4	
P6	EIR 2018 · 224	2	hoja del archivo oficial
P7	EIR 2017 · 216	4	
P8	EIR 2016 · 149	4	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2016 · 146	3	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2015 · 160	3	reconstruida por un tercero
P11	EIR 2014 · 144	3	reconstruida por un tercero
P12	EIR 2013 · 128	1	reconstruida por un tercero
P13	EIR 2013 · 4	4	reconstruida por un tercero
P14	EIR 2013 · 2	2	reconstruida por un tercero
P15	EIR 2012 · 105	4	reconstruida por un tercero
P16	EIR 2011 · 2	2	
P17	EIR 2010 · 82	1	reconstruida por un tercero
P18	EIR 2007 · 109	4	reconstruida por un tercero
P19	EIR 2005 · 60	1	reconstruida por un tercero
P20	EIR 2026 · 55	4	
P21	EIR 2024 · 50	1	
P22	EIR 2024 · 47	3	
P23	EIR 2023 · 209	2	hoja del archivo oficial
P24	EIR 2021 · 183	4	
P25	EIR 2021 · 53	2	

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2016 · 160	3	hoja del archivo oficial
P27	EIR 2015 · 9	2	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2013 · 76	1	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2012 · 6	4	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2011 · 83	4	

Fuentes

- **F1** Grupo de trabajo de la GPC de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS (versión completa: recomendaciones, apartado 4.1.1 y algoritmos 1, 3 y 4). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf · consultada 2026-09-28
- **F2** AEMPS (CIMA). Ficha técnica de Microgynon 0,15 mg/0,03 mg comprimidos recubiertos (levonorgestrel/etinilestradiol; n.º reg. 52612). Revisión del texto: octubre de 2022. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/52612/FT_52612.html · consultada 2026-09-28
- **F3** AEMPS (CIMA). Ficha técnica de NuvaRing 0,120 mg/0,015 mg cada 24 horas, sistema de liberación vaginal (etonogestrel/etinilestradiol; n.º reg. 64570). Revisión del texto: mayo de 2026. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/64570/FT_64570.html · consultada 2026-09-28
- **F4** AEMPS (CIMA). Ficha técnica de EVRA 203 microgramos/24 horas + 33,9 microgramos/24 horas parche transdérmico (norelgestromina/etinilestradiol; n.º reg. 02223001; autorización centralizada). Versión consultada en CIMA en septiembre de 2026 (sin fecha de revisión; la información de producto en la web de la EMA figura actualizada el 22-04-2025). · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/02223001/FT_02223001.html · consultada 2026-09-28
- **F5** AEMPS (CIMA). Ficha técnica de Cerazet 75 microgramos comprimidos recubiertos con película (desogestrel; n.º reg. 62285). Revisión del texto: noviembre de 2020. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62285/FT_62285.html · consultada 2026-09-28
- **F6** AEMPS (CIMA). Ficha técnica de Implanon NXT 68 mg implante (etonogestrel; n.º reg. 62628). Revisión del texto: septiembre de 2025. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62628/FT_62628.html · consultada 2026-09-28
- **F7** AEMPS (CIMA). Ficha técnica de Depo-Progevera 150 mg/ml suspensión inyectable (acetato de medroxiprogesterona; n.º reg. 46983). Revisión del texto: marzo de 2026. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/46983/FT_46983.html · consultada 2026-09-28
- **F8** AEMPS (CIMA). Ficha técnica de Mirena 20 microgramos/24 horas sistema de liberación intrauterino (levonorgestrel 52 mg; n.º reg. 63158). Revisión del texto: junio de 2026. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/63158/FT_63158.html · consultada 2026-09-28
- **F9** Organización Mundial de la Salud. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 6.ª edición. Ginebra: OMS; 2025 (publicada el 3-11-2025; cuadro 1, tabla 3.2 y tablas de anticonceptivos combinados y de solo progestágeno). · <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583> · consultada 2026-09-28
- **F10** Organización Mundial de la Salud y Johns Hopkins Center for Communication Programs. Family Planning: A Global Handbook for Providers, actualización de 2022 (capítulos de implantes, DIU, barrera, urgencia, MELA, esterilización y doble protección; apéndice A de efectividad). · <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/contraception-family-planning/family-planning-a-global-handbook-for-providers-2022.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F11** CDC. Contraception (página «About», métodos anticonceptivos). 6-08-2024. · <https://www.cdc.gov/contraception/about/index.html> · consultada 2026-09-28
- **F12** Sociedad Española de Contracepción. Encuesta de Anticoncepción en España 2024 (trabajo de campo de junio-julio de 2024; 1.736 mujeres de 15 a 49 años). · https://hosting.sec.es/encuesta/Encuesta_Anticoncepcion_2024.pdf · consultada 2026-09-28

- **F13** OpenStax. Anatomy and Physiology 2e, 27.2: Anatomy and Physiology of the Ovarian Reproductive System. Rice University, 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/27-2-anatomy-and-physiology-of-the-ovarian-reproductive-system> · consultada 2026-09-28
- **F14** Holesh JE, Bass AN, Lord M. Physiology, Ovulation. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 1-05-2023. Texto leído en el paquete oficial de acceso abierto de NCBI Bookshelf (ftp.ncbi.nlm.nih.gov/pub/litarch). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441996/> · consultada 2026-09-28
- **F15** Rosner J, Samardzic T, Sarao MS. Physiology, Female Reproduction. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 20-03-2024. Texto leído en el paquete oficial de acceso abierto de NCBI Bookshelf (ftp.ncbi.nlm.nih.gov/pub/litarch). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537132/> · consultada 2026-09-28
- **F16** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Primary Prevention Methods (revisada el 3-06-2024). · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/clinical-primary.htm> · consultada 2026-09-28
- **F17** CDC. About STI Risk and Oral Sex. 6-02-2024. · <https://www.cdc.gov/sti/about/about-sti-risk-and-oral-sex.html> · consultada 2026-09-28
- **F18** Office on Women's Health (U.S. Department of Health and Human Services). Douching. Actualizada el 27-02-2025. · <https://www.womenshealth.gov/a-z-topics/douching> · consultada 2026-09-28
- **F19** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Chlamydial Infections. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/chlamydia.htm> · consultada 2026-09-28
- **F20** Ministerio de Sanidad. Calendario común de vacunación e inmunización a lo largo de toda la vida. Calendario recomendado año 2026 (aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS el 12-12-2025), nota 9. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf · consultada 2026-09-28
- **F21** Ministerio de Sanidad. Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. Calendario recomendado año 2022, nota 7. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/calendario/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida_2022.pdf · consultada 2026-09-28
- **F22** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Lymphogranuloma Venereum (LGV). · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/lgv.htm> · consultada 2026-09-28
- **F23** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Anogenital Warts. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm> · consultada 2026-09-28
- **F24** CDC. About Syphilis. Página vigente en 2026. · <https://www.cdc.gov/syphilis/about/index.html> · consultada 2026-09-28
- **F25** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Urethritis and Cervicitis. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/urethritis-and-cervicitis.htm> · consultada 2026-09-28
- **F26** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Chancroid. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/chancroid.htm> · consultada 2026-09-28
- **F27** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Granuloma Inguinale (Donovanosis). · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/donovanosis.htm> · consultada 2026-09-28
- **F28** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Trichomoniasis. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/trichomoniasis.htm> · consultada 2026-09-28
- **F29** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Syphilis. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis.htm> · consultada 2026-09-28

- **F30** OpenStax. Psychology 2e, 10.3: Sexual Behavior (apartado «Masters and Johnson's Research»). Rice University, 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/10-3-sexual-behavior> · consultada 2026-09-28
- **F31** Krassioukov A, Elliott S. Neural Control and Physiology of Sexual Function: Effect of Spinal Cord Injury. Top Spinal Cord Inj Rehabil. 2017;23(1). doi:10.1310/sci2301-1. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5340504/> · consultada 2026-09-28
- **F32** Andersen BL, Cyranowski JM. Women's Sexuality: Behaviors, Responses, and Individual Differences. J Consult Clin Psychol. 1995;63(6). doi:10.1037//0022-006x.63.6.891 (tabla 2, «Historical Models of the Sexual Response Cycle»). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2707786/> · consultada 2026-09-28
- **F33** UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y OMS. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Edición revisada, 2018 (apartados 2.1 y 4.2, y glosario). PDF de la web del UNFPA, coeditor. · <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ITGSE.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F34** Organización Mundial de la Salud. Comprehensive sexuality education (preguntas y respuestas). 18-05-2023. · <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education> · consultada 2026-09-28
- **F35** Organización Mundial de la Salud. Gender and health (página temática). Página vigente en 2026. · <https://www.who.int/health-topics/gender> · consultada 2026-09-28
- **F36** Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE, texto consolidado (última actualización publicada el 1-03-2023), arts. 13, 13 bis, 14, 15, 17 y 19 bis. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514> · consultada 2026-09-28
- **F37** Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010 (preámbulo). BOE núm. 51, de 1 de marzo de 2023. · https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-5364 · consultada 2026-09-28
- **F38** Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. BOE, texto consolidado (última actualización publicada el 14-07-2015), art. 2.1 y anexo (punto A.2 en la redacción de la Ley 14/2007). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292> · consultada 2026-09-28
- **F39** Organización Mundial de la Salud. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen, 5.ª ed. 2010 (tablas A1.1 y A1.3). · <https://iris.who.int/handle/10665/44261> · consultada 2026-09-28
- **F40** Organización Mundial de la Salud. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen, 6.ª ed. 2021 (capítulo 1 y tabla 8.3). · <https://iris.who.int/handle/10665/343208> · consultada 2026-09-28
- **F41** OpenStax. Anatomy and Physiology 2e, 27.1: Anatomy and Physiology of the Testicular Reproductive System. Rice University, 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/27-1-anatomy-and-physiology-of-the-testicular-reproductive-system> · consultada 2026-09-28
- **F42** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Human Papillomavirus (HPV) Infection. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/hpv.htm> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- EIR2024-050 (planificación familiar en la esclerosis múltiple) no se intercala aquí: está intercalada en M13-T03 con su recuadro de discrepancia (no hay un plazo único de «6 meses»); si se añade a este tema, hay que llevar el mismo recuadro.
- Intervalo entre el pico de LH y la ovulación: StatPearls da unas 36 h tras el pico (Female Reproduction), 36-44 h desde su inicio (Menstrual Cycle) y 32-36 h desde su inicio o 10-12 h desde su cumbre (Ovulation

Induction Techniques); la cifra de «24-36 h» solo aparece contada desde el pico de estrógenos.

- Fase de la plataforma orgásmica: la descripción clásica de Masters y Johnson (1966) la sitúa en la meseta, pero no se ha encontrado literal en una fuente abierta; el tema lo deduce de «cerca del orgasmo» (ver recuadro de la sección 7).
- Fórmula del índice de Pearl en ciclos: la GPC habla de 1.200 ciclos (100 mujeres/año), mientras que la guía de la EMA cuenta 13 ciclos de 28 días por mujer-año; no se ha buscado una fuente que concilie ambas cifras.
- Que los condilomas sean «la manifestación más frecuente» de la infección clínica por VPH (clave de EIR2024-047) no se ha encontrado literal; el tema da las cifras de los CDC (verrugas frente a cánceres).