

LA FARMACIA POR LA SALUD DE LA MUJER

cuidando de ti, cuidando de todas

GUÍA PARA FARMACÉUTICOS +



En colaboración con laboratorio:



**SALUD CON
PERSPECTIVA**



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

La Farmacia por la salud de la mujer:
cuidando de ti, cuidando de todas

GUÍA PARA FARMACÉUTICOS



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos

Edita

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

C/ Villanueva 11 – 28001 – Madrid, España

Teléfono: 91 431 25 60

Fax: 91 432 81 00



Índice

| | |
|--|-----------|
| Introducción..... | 5 |
| Etapas del ciclo de la vida de la mujer..... | 8 |
| 1. Problemas de salud en infancia y adolescencia..... | 12 |
| Salud mental: riesgo de suicidio, ansiedad y depresión..... | 13 |
| Migraña..... | 20 |
| 2. Problemas de salud en la mujer joven..... | 28 |
| Asma..... | 29 |
| Infecciones de transmisión sexual..... | 38 |
| 3. Problemas de salud en la mujer adulta..... | 52 |
| Enfermedad cardiovascular..... | 53 |
| Dolor crónico..... | 60 |
| 4. Problemas de salud en la mujer de edad avanzada..... | 70 |
| Osteoporosis..... | 71 |
| Infecciones del tracto urinario..... | 78 |



Introducción

La Organización Farmacéutica Colegial tiene entre sus objetivos en la **Estrategia Social de la Profesión Farmacéutica**, promover una política corporativa con perspectiva de género y sexo, mediante actividades que incluyan la concienciación, sensibilización, información, prevención, detección y formación.

En esta línea, contando con la colaboración de ORGANON, se presenta una potente campaña, de la que forma parte esta Guía junto con una colección de videoconsejos e infografías para farmacéuticos y población general, con los siguientes objetivos:

- 1. Aumentar la concienciación social sobre la salud de las mujeres a lo largo de su ciclo vital**
- 2. Abordar patologías específicas que afectan más a las mujeres con acciones de educación sanitaria desde las farmacias**
- 3. Proporcionar herramientas para desarrollar una atención integral y diferenciada**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹. En los últimos años se ha incorporado el término “perspectiva de género y sexo” para señalar el avance que supone considerar la diferenciación biológica exclusivamente por sexo al nacer (hombre o mujer), hacia un enfoque globalizador en el que se consideran los rasgos psicológicos y las funciones socioculturales que se le atribuye a cada uno de los sexos en cada momento histórico y en cada sociedad².

La OMS señala que esta consideración puede ser generador de inequidades desde el punto de vista sanitario y más si se une a otras cuestiones como la raza, los factores socioeconómicos, la orientación sexual: se trata de un tema controvertido por lo que esta Guía se centra en **consideraciones estrictamente profesionales**.

Los **sesgos de género y sexo** se definen como “la diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud”. En este sentido, los profesionales sanitarios suelen atribuir, más fácilmente a mujeres que en hombres, factores psicológicos a lo que son síntomas físicos y muestran una mayor tendencia a prescribir analgésicos, con independencia del dolor, y fármacos para síntomas depresivos de baja intensidad, ansiolíticos y somníferos, a mujeres que a hombres³.

En 2016, la OMS concluyó que, aunque las mujeres de la Unión Europea vivían más que los hombres, pasaban más tiempo de su vida con mala salud. El 70 % de los afectados por dolencias crónicas son mujeres, mientras que el 80 % de la investigación se realiza en varones. Aunque estos datos suscitaron gran interés, no lograron impulsar el cambio necesario para dar prioridad a la salud de las mujeres⁴.

En la actualidad, la salud se ha deteriorado en todo el mundo, ya que las repercusiones de una combinación de los conflictos, la pandemia de COVID-19 y el cambio climático tienen unos efectos devastadores sobre las perspectivas de los niños, los jóvenes y las mujeres. Y especialmente en las mujeres, en las que la cobertura de la atención prenatal, la asistencia cualificada en el parto y la atención posnatal no llega igual a aquellas que pertenecen a países con ingresos bajos y medios, un factor que las expone a un elevado riesgo de mortalidad y discapacidad⁵.

La salud de la mujer hace referencia tanto a la prevención, el tratamiento y al diagnóstico de enfermedades, que mayoritaria o exclusivamente afectan a las mujeres, como a su bienestar y equilibrio físico, mental y emocional, con un enfoque en materia de igualdad de género y sexo, y atención en las diferentes etapas de la vida.

En relación con el bienestar de las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital, se ha identificado que:

- ▶ **Las niñas presentan mejores condiciones de salud física que los niños**, en los primeros años de vida.
- ▶ **En la adolescencia**, se observa una **disminución en el bienestar subjetivo de las niñas**.
- ▶ Los **trastornos depresivos y de ansiedad** se desarrollan entre las **mujeres jóvenes** y **se trasladan a la vida adulta**.
- ▶ El **dolor de espalda, la cardiopatía isquémica y el cáncer son más frecuentes en la madurez y en la edad adulta mayor**

A escala mundial, según la OMS, más de 280 millones de personas sufren depresión⁶. La depresión es aproximadamente un 50 % más frecuente entre las mujeres, que entre los hombres; más del 10 % de las embarazadas y de las mujeres tras el parto, la padecen⁷. Y, además, cada año se suicidan más de 700.000 personas, siendo éste la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años⁸.

En general, **la percepción del estado de salud** va disminuyendo con la edad, tanto en mujeres como en hombres. La encuesta Europea de Salud en España del año 2020 identificó que el 79,3 % de hombres y el 71,9 % de mujeres valoraron su estado de salud como muy bueno o bueno⁹. Sin embargo, las mujeres presentan mayor esperanza de vida que los hombres al padecer más enfermedades agudas y trastornos crónicos no mortales, con niveles más altos de discapacidad.



Respecto a **los problemas de salud crónicos**, son distintos en mujeres que en hombres; el 59,1 % de las mujeres refieren tener alguno y los más frecuentes son la artrosis (excluyendo artritis) (19,7 %), la hipertensión arterial (19,1 %) y el dolor de espalda crónico lumbar (17,1 %). Otras causas son las enfermedades del aparato respiratorio (10,9 %) y las del sistema circulatorio (10,6 %). La primera causa de hospitalización, en mujeres, corresponde con el embarazo, el parto y el puerperio (17,9 % del total de altas hospitalarias)¹⁰.

Específicamente en la **mortalidad**, la incidencia de mortalidad femenina supera a la masculina en el tramo de edad de 90 y más años, correspondiendo con el 66,9 % de las defunciones (es superior el número de mujeres que alcanzan las edades más avanzadas). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España fallecieron 119.196 personas en 2021 a consecuencia de enfermedades cardiovasculares (ECV) siendo las mujeres las más afectadas puesto que cada año mueren casi 7.500 más que hombres¹¹. Además, 1 de cada 3 muertes es debido a ECV, convirtiéndolas en la principal causa de muerte y hospitalización y vinculándolas, de forma causal, a la mortalidad y discapacidad prematuras¹².

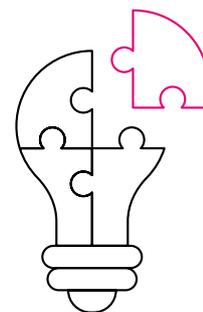
Otros determinantes como son la clase social, el nivel económico o el nivel educativo influyen en la salud de las mujeres, al presentar un mayor riesgo de sufrir pobreza debido, entre otras, a los menores ingresos, la dependencia económica derivada de los roles del cuidado familiar, la edad, los antecedentes médicos y familiares, el entorno o el estilo de vida (consumo de tabaco, patrones de sueño), etc¹³.

En este sentido, una reciente investigación en España pone en evidencia que el 51 % de las mujeres declara que su contexto sociofamiliar y laboral les ha facilitado encontrar el equilibrio para conciliar el trabajo y la familia, por lo que realizan habitualmente conductas de promoción de la salud. En este estudio, el 61 % de las mujeres reconoce preocuparse bastante o mucho por su estado de salud y un tercio del total (32%) estima que su estado de salud es regular o malo¹⁴.

Por todo ello, se puede avanzar que existe evidencia en que **la salud de la mujer presenta condicionantes diferentes que merecen un abordaje distinto e integral** y necesitan un desarrollo de políticas y procesos asistenciales específicos.

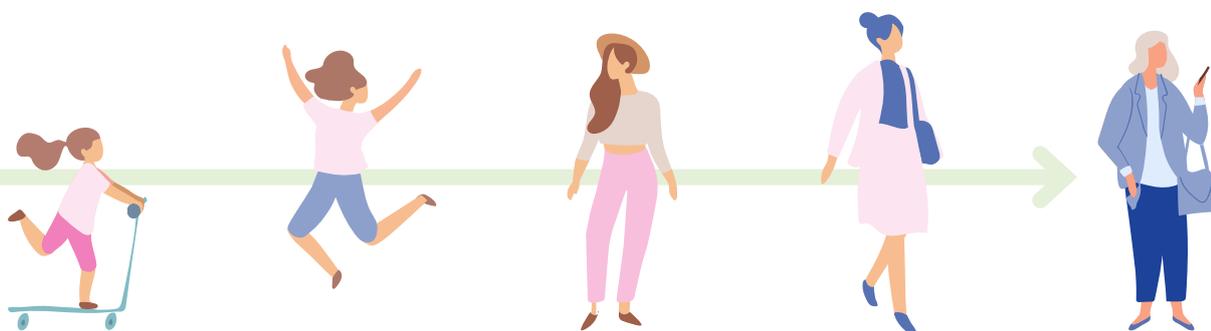
La **farmacia comunitaria** constituye el establecimiento sanitario más accesible y cercano al ciudadano, y el farmacéutico comunitario es un agente sanitario que puede expandir el conocimiento tanto en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud, como en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos que acuden, al ser mayoritaria la asistencia a mujeres.

El objetivo de esta Guía es actualizar los conocimientos del farmacéutico comunitario en 16 problemas de salud en las cuatro etapas del ciclo de la vida, en los en los que las diferencias biológicas entre hombres y mujeres influyen en su abordaje, por lo que es muy importante que la práctica asistencial conlleve un enfoque con perspectiva de género y sexo, identificando las claves que los diferencian y/o caracterizan.



Etapas del ciclo de la vida de la mujer

El ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo de la mujer, aunque no deben tomarse en forma absoluta ya que existe diversidad individual y cultural. Como ejemplo de clasificación, utilizando las definiciones de la OMS para cada etapa, se puede considerar:



La infancia
0 a 10 años

La adolescencia
11 hasta los 19 años

La juventud
de los 20 a los 24

La madurez,
adulta de los
25 a los 59 años

La edad avanzada,
adulta mayor, a partir
de los 60 años

La infancia es el período desde el nacimiento a la pubertad y es en la que mayor crecimiento se produce en el ser humano, en cinco áreas principales: crecimiento físico, desarrollo cognitivo, desarrollo afectivo y social, desarrollo del lenguaje y desarrollo sensorial y motor.

La adolescencia, es la fase que va desde la infancia a la edad adulta y representa una etapa singular del desarrollo humano al experimentar un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. A pesar de que la adolescencia está considerada como una etapa saludable de la vida, en su transcurso se producen muertes, enfermedades y traumatismos en una proporción considerable. Gran parte de esos problemas se pueden prevenir o tratar. Durante esta fase, los adolescentes establecen pautas de

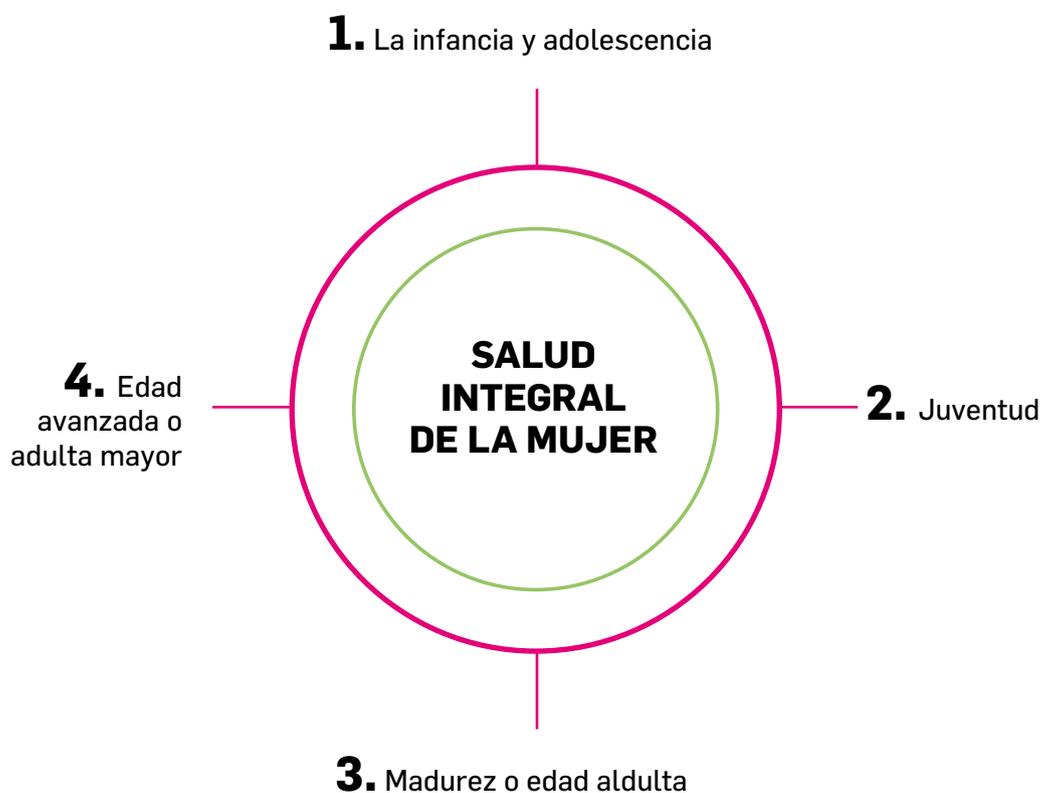
comportamiento –por ejemplo, relacionadas con la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias psicoactivas y la actividad sexual – que pueden proteger su salud y la de otras personas a su alrededor, o poner su salud en riesgo. Por todo ello, los adolescentes necesitan información sanitaria relacionada con la sexualidad (apropiada para la edad), la adopción de hábitos y aptitudes saludables para la vida, la concepción y la ejecución de intervenciones para mejorar y mantener su salud¹⁵.

La edad madura o adulta en la mujer se presenta como una etapa de profundos cambios en todos los ámbitos. Entre ellos, las transformaciones en el ámbito fisiológico adquieren especial relevancia por su impacto. La mujer experimenta importantes cambios hormonales, que se inician alrededor de los 45 años y se prolongan durante la etapa de la menopausia. Aspectos biológicos



que destacar en la mujer son, por ejemplo, los estrógenos que predominan en la adolescencia y la menopausia y son fundamentales desde un punto de vista cardiovascular, o el menor tamaño corporal que, entre otros, afecta a las dimensiones de órganos y arterias. El metabolismo, la masa y la composición del organismo son distintos, de hecho, las mujeres tienen una proporción de grasa mayor que los hombres, lo que afecta a la acumulación o eliminación de algunos fármacos. Estos aspectos influyen también en la diferencia en la respuesta a agentes externos. Así, las mujeres son más vulnerables a tóxicos como el tabaco o el alcohol.

La etapa de edad avanzada o adulta mayor desde un punto de vista biológico, es el resultado de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que conlleva un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Los cambios anatómicos y fisiológicos asociados al envejecimiento se inician varios años antes de la aparición de los signos externos y se relacionan con el modo de vida previo, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el grado de actividad física y el régimen alimentario. Los cambios más significativos en esta etapa de la vida son en el corazón, los pulmones y riñones. El proceso de envejecimiento, sobre todo si se asocia a enfermedad, puede llevar consigo la aparición de los denominados síndromes geriátricos. Algunos de ellos son: la inmovilidad, las caídas, la incontinencia, la demencia, la desnutrición, alteraciones en vista y oído, depresión, insomnio, fragilidad y polimedicación. Aspectos por destacar en las mujeres son los relacionados con su situación socioeconómica, estados de soledad por su mayor longevidad, o seguir siendo las cuidadoras en el ámbito doméstico, a pesar de la edad, entre otros¹⁶.



Bibliografía

- ¹ Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento básico en línea]. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7> Último acceso: junio 2023
- ² Gamba, S. Dirección General de la Mujer. Investigaciones y publicaciones. Observatorio de equidad de género. Ciudad de Buenos Aires. 2011. Disponible en: https://sosvics.eintegra.es/Documentacion/00-Genericos/00-05-Documents_basicos/00-05-031-ES.pdf Último acceso: junio 2023
- ³ Ruiz-Cantero MT, Blasco-Blasco M, Chilet-Rosell E, Peiró AM. Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria. Farm Hosp. 2020;44(3):109-13
- ⁴ World Economic Forum. Davos (2022). Salud de la mujer: ¿Por qué se pasa por alto frecuentemente la salud de la mitad de la población mundial?. Accesible en: <https://es.weforum.org/agenda/2023/01/salud-de-la-mujer-por-que-se-pasa-por-alto-frecuentemente-la-salud-de-la-mitad-de-la-poblacion-mundial/> Último acceso: junio 2023
- ⁵ Organización Mundial de la Salud (2022). <https://www.who.int/es/news/item/18-10-2022-staggering-backsliding-across-women-s--children-s-and-adolescents--health-revealed-in-new-un-analysis> Último acceso: junio 2023
- ⁶ Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> Último acceso: marzo de 2023
- ⁷ Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. J Affect Disord. 2017;219:86-92
- ⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS). 2023. Depresión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> Último acceso: junio 2023
- ⁹ Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España. ESSE 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf Último acceso: junio 2023
- ¹⁰ Instituto nacional de Estadística (INE). Mujeres y hombres en 2002. Madrid. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagina-me=ProductosYServicios%2FPYSLayou¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888 Último acceso: junio 2023
- ¹¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte 2022. Disponible en INEbase/ sociedad/salud/ en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175 Último acceso: junio 23
- ¹² European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. "Hacia una mejor salud cardiovascular en España: conclusiones de una mesa redonda con diferentes agentes clave", junio 2023, Disponible en: <https://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2023/06/EfpiaFIPwC-Hacia-una-mejor-salud-cardiovascular-en-Espana.pdf> Último acceso: junio 23
- ¹³ Parlamento Europeo. Informe - A9-0194/2022. Informe sobre la pobreza de las mujeres en Europa. Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2022-0194_ES.html Último acceso: junio 2023
- ¹⁴ Organon. Encuesta Las mujeres y su salud. Madrid. 2023. Disponible en: <https://www.organon.com/spain/news/segun-los-resultados-de-la-encuesta-las-mujeres-y-la-salud-la-conciliacion-es-una-de-las-mayores-palancas-con-efecto-positivo-sobre-la-autopercepcion-de-salud-de-las-mujeres/> Último acceso: junio 2023
- ¹⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS). Adolescencia. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1 Último acceso: junio 2023
- ¹⁶ Cobos, F. M. y Almendro, J. M. E. 2008. Envejecimiento activo y desigualdades de género. Atención primaria, 40(6), 305



La Farmacia por la salud de la mujer:
cuidando de ti, cuidando de todas

GUÍA PARA FARMACÉUTICOS



1 PROBLEMAS DE SALUD EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA





Salud mental: riesgo de suicidio, ansiedad y depresión



La OMS define la salud mental como “el estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”. La salud mental es mucho más que la ausencia de trastornos mentales. Las afecciones de salud mental comprenden afecciones mentales, como la ansiedad o la depresión, y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva¹.

Respecto a su prevalencia, se calcula que alrededor de 1 de cada 4 niños y adolescentes presenta síntomas compatibles con la ansiedad o la depresión, como son una menor capacidad de concentración, menos horas de sueño y más irritabilidad e impulsividad².

En el mundo, uno de cada siete adolescentes de entre 10 y 19 años padece algún trastorno mental, un tipo de trastorno que supone el 13 % de la carga mundial de morbilidad en ese grupo etario. La ansiedad, la depresión y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes. El hecho de no ocuparse de los trastornos de salud mental de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden a la edad adulta, perjudican la salud física y mental de la persona y restringen sus posibilidades de llevar una vida plena en el futuro³.

La ansiedad es un mecanismo de defensa natural con el que se reacciona ante un peligro inminente, anticipándose a un daño, que suele ir acompañada de síntomas de disforia y tensión. Cuando éstos provocan malestar físico y psicológico pueden llegar a ser una patología caracterizada por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad².

Entre 6 y el 20 % de los niños y adolescentes tienen un trastorno de ansiedad, siendo las mujeres las más afectadas y en el 75 % de los casos, se inicia en esa franja etaria.

La depresión es una alteración del estado de ánimo, está considerada como una enfermedad mental, compleja, multidimensional y heterogénea en la que aparecen tanto síntomas afectivos y cognitivos, como somáticos (Tabla 1).

| Síntomas afectivos | Síntomas cognitivos | Síntomas somáticos |
|---------------------------|--|--------------------------------|
| Tristeza | Dificultad de atención y concentración | Fatiga |
| Ansiedad | Dificultad de memoria | Cambios del apetito o del peso |
| Irritabilidad | Indecisión | Alteraciones del sueño |
| Bajo estado de ánimo | Dificultad para planificar | Cefalea |
| Desesperanza, frustración | | |

Tabla 1 – Síntomas relacionados con la depresión en el adolescente⁴

Se estima que hasta un 20 % de los jóvenes de 18 años habrá sufrido al menos un episodio depresivo en su vida. **Su prevalencia en los adolescentes está relacionada con la proporción 2:1 de mujeres frente a hombres, y los habituales episodios depresivos suelen estar asociados a conductas sociales desadaptativas como el fracaso escolar o la ideación suicida.**

Los cambios hormonales, los eventos estresantes de la infancia o la genética son las principales causas que afectan al estado depresivo en la adolescencia e influyen en los conflictos que presentan de identidad sexual, académicos y/o sociales (problemas de sociabilización, de comunicación o relación).

Durante la pandemia COVID-19, fueron factores precipitantes de estados de ansiedad y depresión los determinantes sociales relacionados con el aislamiento social, la interrupción de las rutinas diarias, las numerosas restricciones en el ocio, el excesivo uso de las tecnologías, sufrir de cerca la enfermedad o fallecimientos, el hacinamiento, los problemas económicos, la precariedad laboral, el sentimiento de culpabilidad por los contagios del entorno, la gran incertidumbre de los adultos, etc⁵.

En algunos casos, la depresión puede pasar desapercibida ya que los síntomas son usuales, en niños y adolescentes, y pueden no manifestar comportamientos disruptivos, ni exteriorizar los sentimientos, lo que los lleva al aislamiento, **situaciones que potencian el riesgo de suicidio.**

En 2020, se suicidaron en España 14 menores de 15 años, duplicando la cifra del año anterior, tendencia que continúa empeorando. Entre el grupo de jóvenes de 15 a 29 años, el suicidio era la segunda causa de fallecimiento, tras los tumores malignos. Este incremento tanto en el número de suicidios consumados como de conductas suicidas se lleva a cabo principalmente mediante la ingesta voluntaria de tóxicos y las autolesiones, lo que estigmatiza al adolescente y a su entorno.



En 2021, la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría publicó un estudio en el que en 9 meses registraron **281 tentativas de suicidio, mediante la ingesta de tóxicos, con predominio del sexo femenino (90,1 %) y una edad media de 14,8 años**. Entre ellos, un tercio (34,9 %) no presentaba diagnóstico psiquiátrico previo, más de la mitad (57,7 %) había realizado tentativas previas y además de las sobre ingestas, la mayoría (82,6 %) refirió infligirse también autolesiones no suicidas⁵.

En la actualidad, el suicidio entre los 12 y los 17 años se ha incrementado un 32 % y en el rango de los 12 a los 29 años, es la primera causa de muerte⁷.



Señales de alerta

Los menores que son víctimas de bullying tienen 2,23 veces más riesgo de padecer ideaciones suicidas y 2,55 veces más riesgo de realizar intentos de suicidio, que aquellos que no lo han sufrido. En el caso del ciberacoso, el impacto es todavía mayor; los adolescentes que hacen ciberbullying tienen mayor riesgo de manifestar ideaciones y comportamientos suicidas, aunque en menor medida que las víctimas⁶.

Los principales **factores de riesgo** para la conducta suicida, entre otros, son: el nivel inferior de renta familiar (menor posibilidad de ayuda), la existencia de situaciones estresantes, conflictos graves, separaciones, muertes, desengaños amorosos, aislamiento académico, ciberbullying (víctima o agresor), el estigma y la concienciación social.

Actualmente, se ha asociado a las personas con problemas de salud mental un estigma social relacionado con la debilidad personal, la fragilidad de carácter, la falta de voluntad o la excesiva culpabilidad por una enfermedad. Las adolescentes son especialmente sensibles a la falta de autoestima y especialmente, cuando no tienen una red de apoyo (social, personal), ni pertenencia a un grupo para poder hablar de sus problemas. Por todo ello, es muy importante prestar atención a **señales de alerta** como son:

- Mayor retraimiento
- Alteraciones en los patrones de sueño
- Aparición de hábitos alimenticios diferentes
- Cambio repentino en los gustos
- Aparición de problemas académicos
- Presencia de signos de violencia
- Abuso de sustancias tóxicas
- Causas psiquiátricas

En las mujeres, los signos más frecuentes de depresión son los desórdenes en la alimentación y la automutilación, cuya causa suele estar relacionada con la superación de situaciones difíciles, violencia familiar, acoso escolar, etc., lo que les provoca una cronificación de los síntomas afectivos dificultando llevar una vida plena y duplicando el riesgo de padecer ideaciones suicidas.

Las ideas suicidas aumentan con la edad y suelen ser más frecuentes en niñas mayores de 13 años. El 7 % de las adolescentes contempla la posibilidad de suicidio y un reciente estudio revela que la mitad de los adolescentes que se quitan la vida son mujeres, algo que no ocurre en otras franjas de edad, donde tres de cada cuatro son hombres⁷.



Claves en la mujer (TIPS)

- ▶ El 7 % de las adolescentes contempla la **posibilidad de suicidio**
- ▶ El 50 % de los adolescentes que se suicidan **son mujeres**
- ▶ En el 75 % de los casos, los **trastornos de ansiedad se inician en la niñez y adolescencia**
- ▶ La **prevalencia de la depresión es el doble en mujeres que en hombres**, y frecuentemente se asocia a conductas desadaptativas (fracaso escolar) e ideaciones suicidas
- ▶ Los **síntomas de depresión más frecuentes en las mujeres** son los **desórdenes en la alimentación y la automutilación**.
- ▶ La **tristeza, la angustia, la desesperanza y la frustración** a lo largo del tiempo suelen ser síntomas afectivos asociados a la depresión, que **se cronifican frecuentemente en las mujeres**



Consejos de tu farmacéutic@

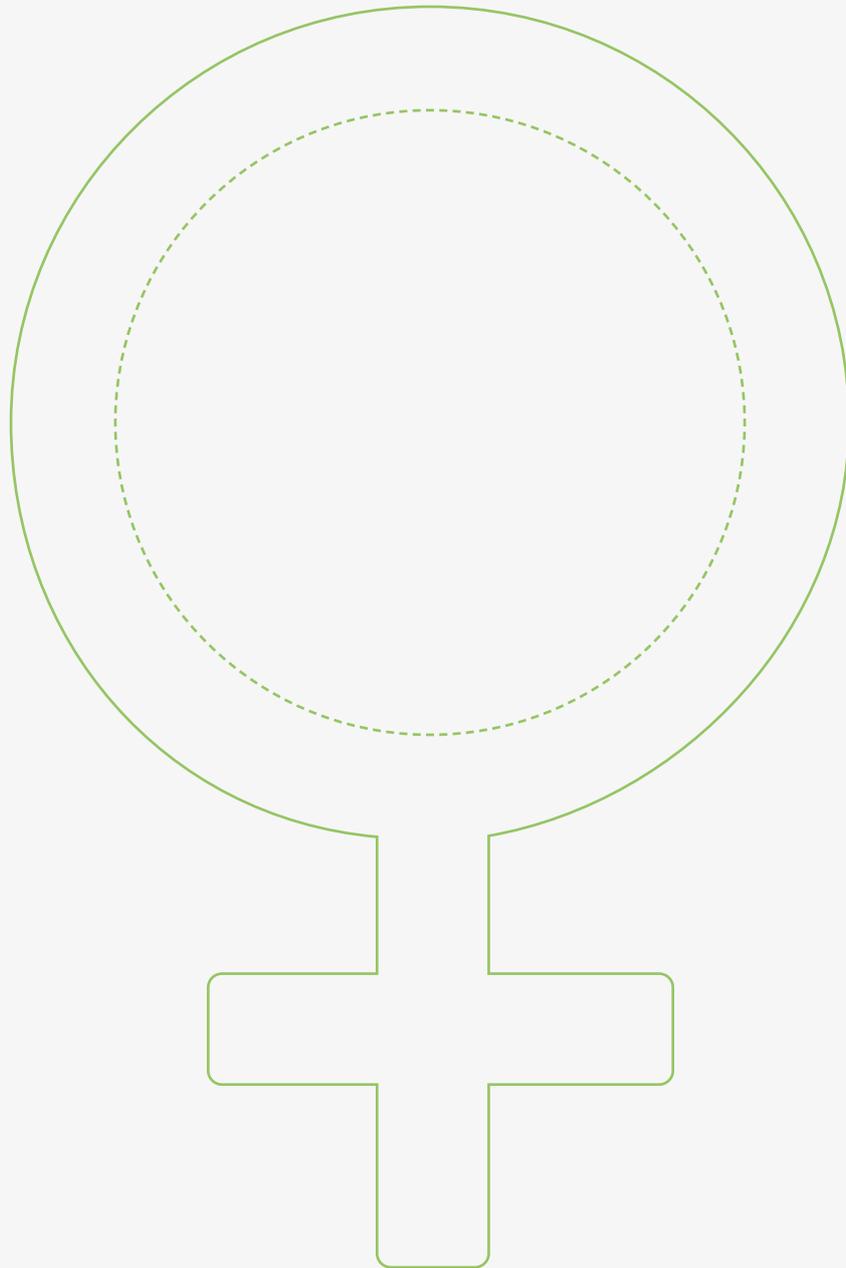
Información de interés para los padres²:

- **Contar con profesionales especialistas en salud mental y asociaciones de pacientes o redes de ayuda** al niño-adolescente
- **Establecer rutinas:** los niños con desórdenes emocionales necesitan reglas concretas sobre comidas, uso de la tecnología, actividades escolares, lúdicas, etc.
- **Actividad física:** especialmente aquella que presente interacción social.
- **Alimentación saludable:** establecer y mantener horarios adecuados con cantidades razonables, alimentación variada y con tiempo suficiente.
- Animar a los niños y adolescentes a **enfrentarse a sus miedos.**



Bibliografía

- ¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Último acceso: junio 2023.
- ² Consejo General de Farmacéuticos. Manual Lumens: Abordaje de la salud mental desde la Farmacia Comunitaria. 2022. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2022/04/dosier-neurax-lumens.pdf>. Último acceso: mayo 2023.
- ³ Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Último acceso: junio 23.
- ⁴ Caballer Rodilla J. y Pérez Martín PS. SEMERGEN .Curso Abordaje integral de la salud de la mujer en todas las etapas de su vida. Módulo 2: Ansiedad, depresión y riesgo de suicidio. 2023.
- ⁵ López, P. V., et al de Pediatría Social, S. E. 2023. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. Elsevier Doyma. Anales de pediatría Vol. 98, No. 3, pp. 204-212.
- ⁶ Save the children. Suicidios en adolescentes en España: factores de riesgo y datos. <https://www.savethechildren.es/actualidad/suicidios-adolescentes-espana-factores-riesgo-datos>. Último acceso: junio 2023.
- ⁷ De la Torre, A. Evolución del suicidio en España en población infantojuvenil (2000-2021). Grupo de Investigación en Epidemiología Psiquiátrica y Salud Mental de la Universidad Complutense de Madrid. 2023. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/el-suicidio-en-espana-un-problema-que-va-en-aumento/>. Último acceso: junio 2023.



Migraña



La OMS define la migraña como dolores de cabeza recurrentes (cefaleas) y uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso central. Son trastornos primarios dolorosos e incapacitantes que puede ser causados por muchos otros trastornos, de los cuales el consumo excesivo de analgésicos es el más común¹.

La Sociedad Internacional de la Cefalea define la migraña como una enfermedad neurovascular que se presenta con dolor recurrente, en general pulsátil y hemicraneal, aunque puede alternar ambos lados, muy intenso e incapacitante que empeora con la actividad física, acompañado por síntomas neurovegetativos y con aumento de la sensibilidad a ciertos estímulos (luz, sonidos, movimiento, esfuerzos)².

La migraña se caracteriza por crisis de instauración gradual, con una frecuencia variable (dependiendo de si es episódica o crónica), y que puede durar desde más de 4 horas a varios días sin tratamiento, a excepción de en los niños que suele ser más breve entre otros aspectos diferenciales con respecto a la edad adulta (Tabla 1). Además, clasifica a la migraña en tres subgrupos principales; sin aura, con aura y crónica². La migraña sin aura representa la mayoría de los casos (aproximadamente 80 %) y está asociada a las fluctuaciones hormonales³.

A nivel internacional es la tercera patología más frecuente y la segunda causa de discapacidad²⁵. Según la Encuesta Europea de Salud en España (EESA) en 2020 las migrañas o dolores de cabeza frecuentes ocupan la novena (6,75 %) de las diez enfermedades o problemas de salud que, la población ≥ 15 años, refiere padecer con mayor frecuencia⁴.

Se trata de una enfermedad que puede llegar a ser crónica y que afecta, en promedio, al 12 % de la población, **con predominio femenino (3:1)**⁵. **La migraña afecta al 15- 20 % de las mujeres** y al 5-8 % de los hombres⁶, de forma que es el motivo neurológico de consulta más frecuente⁷. En España afecta a más de 5 millones de personas, de las cuales más de 4 millones son mujeres en edad fértil⁸.

La migraña episódica se diferencia en crisis de **baja frecuencia**, cuando el dolor de cabeza aparece menos de 8 días/mes y de **alta frecuencia** cuando aparece entre 8 y 14 días/mes. El término migraña crónica hace referencia a aquellas personas con migraña que tienen cefalea 15 o más días/mes durante más de 3 meses⁶.



En el rango pediátrico/adolescente existe gran variabilidad clínica y un alto número de síntomas asociados que dificultan su diagnóstico². La mayoría de las cefaleas en niños y adolescentes son de tipo tensional o migrañas, pudiendo causar un considerable impacto en la calidad de vida de esta población^{9,10}. De hecho, **la migraña en edad pediátrica es la primera causa de manifestación de dolor** y la cefalea primaria más prevalente^{10,11}. Y entre el 25 y el 40 % de los niños con migraña padece alguna alteración del sueño^{6,22}.

| | Infancia - Adolescencia | Adulto |
|---|---|---|
| Tipo de dolor | Incapacitante | Moderado (>4 en escala EVA) o Severo (>6 en escala EVA) |
| Duración | De 2- 72 horas. En el 45 % son de 2 a 4 horas | De 4- 72 horas |
| Localización | Bilateral (80 %). Afecta a las zonas frontal (55 %) o periocular (25 %) | Frecuentemente unilateral |
| Cualidad | Pulsátil/palpitante en el 65 % de las ocasiones y empeora con la actividad física | Pulsátil/palpitante en el 48 % de las ocasiones |
| Síntomas neurovegetativos (pérdida de apetito, náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia...) | Pueden llegar a ser tan incapacitantes como el dolor y alterar la conducta del niño que presenta fotofobia y palidez durante la crisis. | Suelen presentar náuseas, vómitos, fono y fotofobia |
| Variabilidad prodrómica | Predominan síntomas como irritabilidad, llanto, rigidez de nuca, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño, cansancio o cambios de humor, según las edades | Suele ser moderada |
| Síntomas posdrómicos | Cansancio (71,8 %) Dificultad para concentrarse (11,7 %) Síntomas gastrointestinales (8,4 %) Cambios de humor (6,8 %) Debilidad (6,2 %) | Suele ser moderada |
| Otros síntomas observados | Tienden a querer dormir o acostarse en una habitación oscura y tranquila Los primeros indicadores específicos de migraña en los niños incluyen mareos en el coche o el movimiento, períodos de vómito cíclico y cólicos en el lactante | Pueden aparecer síntomas autonómicos (lagrimeo, rinorrea, enrojecimiento conjuntival) |

Tabla 1 – Diferencias en la manifestación de las cefaleas en niños/adolescentes y adultos^{6,10,11,14,15}

En cuanto al predominio por sexo, antes de la pubertad afecta por igual a ambos géneros, pero tras la misma aparece un claro predominio femenino y, se ha observado, que la edad de inicio es más precoz en los niños (7 años) que en las niñas (11 años)^{2,11}. Alrededor de 4 a 5 de cada 100 niños tienen migraña antes de la pubertad¹².

Se considera que estas cifras puedan estar infravaloradas debido a la gran variabilidad de su presentación fenotípica, a la elevada frecuencia de síntomas acompañantes y a la limitación comunicativa que existe a cortas edades¹³. En este sentido, la prevalencia de la migraña va creciendo con la edad y los datos epidemiológicos por grupo de edad^{14,15} son:

- < de 7 años, la prevalencia a un año es aproximadamente la misma para niños y niñas (2 - 5 %)
- de 7 a 9 años, en niñas 2,4 % y en niños 2,5 %
- de 10 a 12 años, en niñas 5,4 % y en niños 3,9 %
- de 13 a 15 años, en niñas 6,4 % y en niños 4,0 %

Las hormonas sexuales, incluyendo estrógeno, testosterona y progesterona, contribuyen a las características y prevalencia de la migraña, en hombres y mujeres^{9,16}. Después de la pubertad y a medida que se van iniciando los cambios hormonales, la frecuencia de la migraña aumenta influyendo diferentes factores como son la menarquia, la menstruación, el embarazo, la menopausia, etc. Por otro lado, durante la menstruación, las mujeres tienen ataques de migraña más prolongados, de mayor intensidad y con una menor respuesta a triptanes¹⁹.

Entre el 10 y el 20 % de las mujeres refieren haber sufrido su primer ataque con migraña al comienzo de la menarquia y la incidencia alcanza el punto máximo a los 35 años (25,0 -30,0 % de las mujeres y 8,0 % de los hombres) y en torno a los 50 años, tras lo cual disminuye^{14,15}.



Claves en la mujer (TIPS)

En cuanto a las características de la migraña con respecto al sexo y género se advierten algunas diferencias entre las que destacan: la duración de la migraña es mayor y es más recurrente en mujeres, la intensidad del dolor es igual para hombres y mujeres, aunque la mayor duración y el tiempo de recuperación pueden ser las razones por las que las mujeres identifican una mayor intensidad de dolor^{12,17}. Otras causas incluyen la creencia de que, debido a los roles de género, los hombres son menos propensos a calificar elevada su percepción de la intensidad del dolor (Tabla 2).

| | Mujeres | Hombres |
|--|--|---|
| Duración de la migraña | Mayor (36,7 horas; p = 0,01) | Menor (28,4 horas; p = 0,01) |
| Tasa de recurrencia | Mayor | Menor |
| Intensidad | Igual- mayor | Igual |
| Grado de discapacidad | Mayor | Menor y con períodos de remisión más prolongados |
| Náuseas, vómitos, fonofobia, fotofobia, alodinia cutánea | Más prevalente. Los síntomas clínicos varían y pueden cambiar durante embarazo, posparto y lactancia. | Menos frecuentes |
| Migraña sin aura | Más prevalente con náuseas, fotofobia y fonofobia. | |
| Migraña con aura | Más prevalente (2,6 -10,8 %) junto con náuseas y fonofobia. Y en cuanto a los síntomas: - aura sensorial (4,2 %) - aura visual (1,7 %) - aura visual y sensorial combinada (1,9 %) | Menos prevalente (1,2 – 3,7 %) Y en cuanto a los síntomas: - aura sensorial (1,8 %) - aura visual (0,3 %) - aura visual y sensorial (0,4 %) |
| Tipos de migraña | Presentan migraña menstrual, asociada a la menstruación o debutar en el embarazo | Rara vez presentan migraña crónica y con aura |
| Factores asociados a la migraña | Consumo de bebidas alcohólicas ligeras, estrés, turnos nocturnos, falta de sueño o patrones de sueño irregulares. Víctimas de violencia y de experiencias adversas en la infancia. | Consumo de alcohol, estrés, trabajo y actividad física, |

Tabla 2 – Diferencias en función del sexo y género^{2,12,14,17}.



Consejos de tu farmacéutic@

El tratamiento preventivo debe considerarse cuando la frecuencia de las cefaleas es mayor de 3-4 crisis al mes y/o cuando su intensidad interfiere con la actividad normal del niño²². **En el caso de edades inferiores a 17 años, se recomienda iniciar el tratamiento de la migraña con medidas no farmacológicas²². Es muy importante establecer rutinas en el día a día** ya que el cerebro migrañoso es especialmente sensible a los cambios, con entre otras, las siguientes recomendaciones^{12,18,23,24}:

- ▶ Reposo en la cama; en ocasiones mejora al retirarse a un lugar sin luz ni ruido.
- ▶ Identificar y eliminar/ reducir los factores desencadenantes del dolor; estrés, insomnio, malas posturas o experiencias en el colegio, ...
- ▶ Incrementar la duración y calidad del sueño; dormir en un horario regular.
- ▶ Mantener un horario regular en las comidas y buena hidratación.
- ▶ Evitar periodos de ayuno o comidas abundantes.
- ▶ No consumir en exceso productos con cafeína (café, refrescos, ...)
- ▶ Realizar actividad física de forma regular (de 30 a 40 minutos, de 4 a 6 veces por semana -andar, nadar, ir en bicicleta-) intentando realizarla al menos 6 horas antes de ir a dormir.
- ▶ Programar las tareas diarias; crear listados con las tareas pendientes ordenándolas de mayor a menor urgencia.
- ▶ Utilizar terapias físicas y emocionales complementarias basadas en aprender a controlar el estrés y a relajar los músculos. Los masajes y la fisioterapia pueden ayudarte a relajar los músculos, aliviar dolores cervicales y disminuir el estrés, reduciendo el dolor de cabeza.
- ▶ Identificar los principales desencadenantes individuales mediante un calendario de cefaleas, en el que también puedas recoger información sobre:
 - » la intensidad y frecuencia del dolor
 - » la efectividad de los tratamientos y la dosis utilizada
 - » la duración del dolor
 - » los síntomas asociados
 - » los posibles desencadenantes



En muchas ocasiones no hay un desencadenante evidente, aunque los principales **factores desencadenantes**^{18,19,20,21} suelen ser:

- agentes externos: ciertos alimentos (quesos fermentados, yogur, fiambres, salchichas, chocolate o platos muy condimentados), el cansancio, saltarse comidas, el consumo de alcohol (vino), cambios en el horario de descanso, la falta o el exceso de sueño, ciertos cambios climatológicos o atmosféricos, etc.
- situaciones fisiopatológicas: menarquía, ovulación, menstruación, menopausia, ansiedad, estrés, etc.
- uso de fármacos: anticonceptivos, terapia hormonal sustitutiva, etc.

El tratamiento sintomático en niños y adolescentes^{10,24} habitualmente utilizado es con medicamentos:

- inespecíficos: analgésicos (habitualmente paracetamol) y/o AINE.
- específicos: ergóticos y triptanes (no están autorizados para menores de 18 años antagonistas del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) (gepantes), agonistas selectivos del receptor serotoninérgico 5-HT_{1F} (ditanes) ni los anticuerpos monoclonales).
- adyuvantes: procinéticos, antieméticos, etc.

Las evidencias disponibles sobre la tolerabilidad y efectividad de los fármacos preventivos de la migraña en la infancia y adolescencia son muy limitadas⁶. Así mismo, se recomienda un correcto proceso de uso de los fármacos prescritos en cuanto se inicia el dolor, en el lugar que habitualmente la niña/adolescente presente la crisis y el consumo de vitamina D, magnesio, vitamina B2 o coenzima Q10 evitando, en menores de 16 años, el ácido acetilsalicílico por el riesgo de síndrome de Reye¹².

En líneas generales, las mujeres utilizan mejor los tratamientos preventivos con el objetivo de disminuir la frecuencia, duración y gravedad de las crisis, así como los tratamientos sintomáticos prescritos como el paracetamol, el ibuprofeno, los triptanes y las combinaciones de medicamentos^{6,12,22}. Además, las mujeres, suelen informar más de efectos adversos tras la ingesta de triptanes¹⁹, aunque la reducción de dosis para evitarlos no parece la mejor solución al aumentar el riesgo de recurrencia de la migraña y disminuir la efectividad inicial del tratamiento, siendo necesario considerar los cambios hormonales¹⁸.

Por todo ello, la gestión de la migraña ha de abordarse desde la perspectiva de género y sexo dependiendo de la fisiopatología, las características clínicas, los factores de riesgo y la comorbilidad^{9,11,13}.

Bibliografía

- ¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Cefaleas. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/headache-disorders>. Último acceso: marzo 2024.
- ² Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of headache disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018; 38: 1-211.
- ³ Pavlović JM. The impact of midlife on migraine in women: summary of current views. Womens Midlife Health. 2020; 6:11. doi: 10.1186/s40695-020-00059-8.
- ⁴ Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España. ESSE 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm. Último acceso: marzo 2024.
- ⁵ Buonanotte, CF y Buonanotte MC. "Migraña." Neurolog Arg. 2013. 5:2: 94-100. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-migrana-S185300281200154>. Último acceso: marzo 2024.
- ⁶ Sociedad Española de Neurología. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones Diagnóstico-Terapéuticas [Internet]. Madrid: 2020. Disponible en: <https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf>. Último acceso: marzo 2024.
- ⁷ Guerrero ÁL, Rojo E, Herrero S, Neri MJ, Bautista L, Peñas ML, et al. Characteristics of the first 1000 headaches in an outpatient headache clinic registry. Headache 2011; 51:226-31. doi: 10.1111/j.1526-4610.2010.01828.x.
- ⁸ Munro K. Diagnosing and managing migraine in children and young people. Nurs Child Young People 2019; 31:38-47. doi: 10.7748/ncyp.2018.e1048.
- ⁹ Tsai CK, Tsai CL, Lin GY, Yang FC, Wang SJ. Sex Differences in Chronic Migraine: Focusing on Clinical Features, Pathophysiology, and Treatments. Curr Pain Headache Rep. 2022;26(5):347-355. doi: 10.1007/s11916-022-01034-w.
- ¹⁰ Sociedad Española de Neurología (SEN). Recomendaciones prácticas de cefaleas para Atención Primaria. Madrid: Luzán 5 Health Consulting S.A; 2020. Disponible en: <http://www.sen.es/pdf/guias/GuiaCefaleaAtencionPrimaria.pdf>. Último acceso: marzo 2024.
- ¹¹ Youssef PE, Mack KJ. Episodic and chronic migraine in children. Dev Med Child Neurol. 2020;62(1):34-41. doi: 10.1111/dmcn.14338.
- ¹² Gelfand AA. Pediatric and Adolescent Headache. Continuum (Minneap Minn).2018; 24:1108-36. doi: 10.1212/CON.0000000000000638.
- ¹³ Lebedeva ER. Sex and age differences in migraine treatment and management strategies. Int Rev Neurobiol. 2022; 164:309-347. doi: 10.1016/bs.irn.2022.07.003.
- ¹⁴ Hernández Fabián A, Ruíz-Ayúcar de la Vega I, Gómez Sánchez H. Cefalea y migraña en la infancia y adolescencia. Pediatr Integral. 2020; XXIV :393.e1-393.e17.
- ¹⁵ Allais G, Chiarle G, Sinigaglia S, Airola G, Schiapparelli P, Benedetto C. Gender-related differences in migraine. Neurol Sci. 2020;41(Suppl 2):429-436. doi: 10.1007/s10072-020-04643-8.
- ¹⁶ Sociedad Española de Neurología (SEN). Neurología y Mujer. [Internet]. Madrid: 2023. Disponible en: https://www.sen.es/pdf/2023/NEUROLOGIA_Y_MUJER_2023.pdf. Último acceso: marzo 2024.
- ¹⁷ Rossi MF, Tumminello A, Marconi M, Gualano MR, Santoro PE, Malorni W, Moscato U. Sex and gender differences in migraines: a narrative review. Neurol Sci. 2022;43(9):5729-5734. doi: 10.1007/s10072-022-06178-6.



- ¹⁸ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Guía práctica de la salud. UNIDAD 3. Enfermedades del sistema nervioso 3.2. Dolor de cabeza. Migraña. Disponible en: https://www.semfy.com/storage/wp-content/uploads/2021/12/03_Unidad_2020-2.pdf. Último acceso: marzo 2024.
- ¹⁹ Van Casteren DS, Kurth T, Danser AHJ, Terwindt GM, MaassenVanDenBrink A. Sex Differences in Response to Triptans: A Systematic Review and Meta-analysis. *Neurology*. 2021;96(4):162-170. doi: 10.1212/WNL.00000000000011216.
- ²⁰ Van Casteren DS, Verhagen IE, Onderwater GL, MaassenVanDenBrink A, Terwindt GM. Sex differences in prevalence of migraine trigger factors: A cross-sectional study. *Cephalalgia*. 2021;41(6):643-648. doi: 10.1177/0333102420974362.
- ²¹ Gago-Veiga AB, Camiña Muñiz J, García-Azorín D, González-Quintanilla V, Ordás CM, Torres-Ferrus M, et al. ¿Qué preguntar, cómo explorar y qué escalas usar en el paciente con cefalea? Recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología*. 2019; S0213-4853(19)30024-6.
- ²² Gallego Artiles N. SEMERGEN .Curso Abordaje integral de la salud de la mujer en todas las etapas de su vida. Módulo 4: Cefalea en la mujer joven.2023.
- ²³ Asociación Española de Migraña y Cefalea. AEMICE. La migraña en el trabajo. Claves para promover un entorno laboral más inclusivo para personas con migraña.2024. Disponible en: <https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2024/04/guia-migrana-final-sueltas-abril2024.pdf>. Último acceso: julio 2024.
- ²⁴ Asociación Española de Migraña y Cefalea. AEMICE. Migraña: qué es, causas, síntomas, tratamiento. Disponible en: <https://www.dolordecabeza.net/dolor-de-cabeza/migrana>. Último acceso: julio 2024.
- ²⁵ Islam FN, Kumar K, Khadilkar MN, Ebenezer A, Dosemane D. Interventional Study of Flunarizine Therapy on Symptom Relief and Vestibular Evoked Myogenic Potential Changes in Individuals with Vestibular Migraine. *Audiol Neurootol*. 2023;28(5):338-343. doi: 10.1159/000530740.

2 PROBLEMAS DE SALUD EN LA MUJER JOVEN





Asma



El asma es un síndrome que incluye diversos fenotipos clínicos que comparten manifestaciones clínicas similares, aunque de etiologías diferentes. Es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, donde participan distintas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos, que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o de forma espontánea. Es necesario su abordaje para alcanzar y mantener el control de la patología y la prevención del riesgo futuro, especialmente de las exacerbaciones¹.

Hay diferencias significativas en la prevalencia, incidencia, severidad y respuesta al tratamiento del asma a lo largo del ciclo de la vida. La evidencia sugiere que estas diferencias son atribuibles a una combinación de fisiología (sexo) y expectativas y comportamientos culturales (género). El desarrollo fisiológico de los pulmones y los efectos de las hormonas sexuales pueden explicar por qué en la infancia más hombres que mujeres tienen asma, y después de la pubertad, son más las mujeres que los hombres.

En cuanto a las **diferencias anatómicas** se observan en la arquitectura pulmonar y la función respiratoria. En las mujeres, las vías respiratorias bronquiales y el parénquima pulmonar crecen proporcionalmente, pero en los hombres al madurar, desarrollan vías respiratorias de mayor diámetro, volúmenes pulmonares, flujo espiratorio máximo y superficie de difusión mayor que en las mujeres. Hay autores que proponen que ese tamaño, en lugar de cualquier otro aspecto de la biología o fisiología relacionada con el sexo, es la razón de estas diferencias. No obstante, la principal razón de las diferencias en función del sexo son los **cambios en las hormonas sexuales**, en los que el asma puede verse afectado por transiciones de la vida como la pubertad en mujeres y hombres, y el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia en las mujeres. Las hormonas sexuales femeninas tienen un gran impacto a lo largo de la vida y se asocian con un mal control del asma. Las diferencias sexuales también se atribuyen a aspectos tanto anatómicos, como genéticos o fisiológicos².

En la niñez, el asma es superior en los hombres, con un mayor diagnóstico por su severidad. En la adolescencia las mujeres tienen más sibilancias y, en general, no suelen estar diagnosticadas de asma³. Después de la pubertad, son más propensas a sufrir asma y enfermedades alérgicas debido al efecto de las hormonas⁴. Los estrógenos y la progesterona modulan directamente las vías inmunes involucradas en la patogénesis del asma, mientras que la testosterona podría ser protectora contra los procesos inflamatorios que causan asma, aunque los mecanismos involucrados no se conocen completamente².

Cuando la menarquía es precoz, aumenta la concentración de estrógenos y progesterona y es mayor el riesgo de desarrollar asma. También se ha descrito una mayor prevalencia de asma en mujeres con ciclos menstruales irregulares por los desajustes hormonales. Así mismo, al comparar mujeres sanas con asmáticas, éstas últimas presentan mayores alteraciones en las hormonas femeninas, aumento o descenso, y en consecuencia presentan alteraciones en el ciclo menstrual. Hay mujeres que refieren empeoramiento del asma en el período preovulatorio y otras en el premenstrual⁵. En este período, justo antes de la menstruación, la situación se denominada asma premenstrual (APM), que podría estar relacionado con un cambio en los niveles de hormonas sexuales o con cambios en el cociente estrógenos/progesterona⁶. La prevalencia de esta patología en la fase luteínica del ciclo menstrual afecta a entre el 11 y el 45 % de las mujeres, las que además tienden a tener un asma más severo y de mayor duración, así como un índice de masa corporal (IMC) más elevado.

El embarazo, en la actualidad, no empeora tanto el asma al haber más control de la mujer, aumentando la adherencia a los tratamientos e impulsando estructuras de educación y gestión del embarazo, ya que un mal control del asma o empeoramiento de los síntomas, pueden afectar muy negativamente al feto. Se ha demostrado que una alta proporción de nacimientos de mujeres asmáticas estaban relacionados con tratamientos de fertilidad, con respecto a las madres no asmáticas mayores de 35 años⁷. Las exacerbaciones y el mal control del asma son situaciones, más o menos habituales, que pueden deberse tanto a cambios hormonales, como a potenciales cambios, cesación o reducción de medicamentos para el asma debido a problemas de seguridad, frecuentemente infundados. El mal control del asma durante el embarazo también se asocia con bajo peso al nacer, que a su vez se asocia con un mayor riesgo de asma infantil².

La menopausia se asocia con asma más grave y a un mayor riesgo de asma de nueva aparición. La terapia hormonal sustitutiva (THS) también se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar asma, aunque el riesgo puede diferir según el tipo de THS. En la posmenopausia las mujeres tienen una mayor incidencia de asma y parece que son las hormonas sexuales femeninas las que pueden contribuir a su patogénesis y a un peor control de la enfermedad².



Todas estas diferencias por sexo y género, además de ser atribuidas a factores hormonales, se han relacionado tanto con factores anatómicos y psicológicos, como con exposiciones ocupacionales y ambientales, incluyendo los agentes desencadenantes, la percepción de los síntomas y el reconocimiento de la enfermedad por los agentes sanitarios. Las ocupaciones tradicionales masculinas conllevan la exposición a desencadenantes de asma como son el polvo de madera, los lubricantes de refrigeración, entre otros. Tradicionalmente las ocupaciones femeninas favorecen la exposición a sustancias químicas que están implicadas en la inflamación de las vías respiratorias, la sensibilización alérgica y la disminución de la función pulmonar, perjudicando la severidad del asma. Sin embargo, las funciones tradicionales están cambiando, y esto probablemente se reflejará en las exposiciones ocupacionales y domésticas y el riesgo de asma en mujeres y hombres. Otras situaciones que afectan al asma en relación con el sexo y género²⁵ son:

- **La obesidad**, las personas con obesidad tienen más probabilidades de tener asma y este riesgo es mayor en las mujeres. El asma en personas obesas se asocia con una mayor morbilidad y una menor respuesta a los glucocorticoides inhalados en comparación con el asma en el no obeso. La inactividad física y una dieta inadecuada están vinculadas a valores elevados de IMC. Debido a que los orígenes de la obesidad son multifactoriales, los mecanismos detrás de la interacción entre la obesidad y el asma en las mujeres siguen siendo objeto de debate.
- **El humo del tabaco** puede ser un poderoso desencadenante de síntomas de asma por lo que, aunque el tabaquismo puede no ser un factor importante que explique la disparidad de género y sexo en el asma, es muy importante que los agentes sanitarios implicados lo tengan en consideración, incluyendo el tabaquismo pasivo, el vapeo y el consumo de sustancias psicoactivas. Fumar es más común en mujeres con asma que en aquellas sin él, incluso durante el embarazo. El humo y el vapeo durante el embarazo podrían aumentar el riesgo de ingreso hospitalario del recién nacido y de que el niño desarrolle asma severo.
- **La actividad física regular** mejora el control del asma y la calidad de vida. Las mujeres son menos propensas a participar en actividades físicas en comparación con los hombres. Por ello, la asociación entre la obesidad y el asma es más fuerte en las mujeres que en los hombres. y la obesidad se asocia con un mayor riesgo, severidad y gravedad del asma. La inactividad física y una dieta incorrecta siguen siendo los factores primarios del comportamiento que conducen a la obesidad, y las intervenciones que abordan estos comportamientos han demostrado mejorar los resultados del asma.

- **La presencia de comorbilidades crónicas** junto al asma es más común en las mujeres. Tienen más probabilidades de tener osteoporosis, obesidad, ansiedad, depresión, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Estas comorbilidades pueden vincularse a las hormonas femeninas. La osteoporosis es común en las mujeres después de la menopausia debido a la disminución de los niveles de estrógeno, y a un mayor riesgo de reacciones adversas a medicamentos (RAM) relacionados con la densidad ósea y el uso a largo plazo de corticosteroides orales. La obesidad aumenta los niveles de estrógeno circulante y leptina (una hormona proinflamatoria), con efectos negativos sobre la función pulmonar, la respuesta a la medicación y el control del asma. La ansiedad y la depresión y las hormonas femeninas, estrógeno y progesterona, son clave en su desarrollo y prevalencia. Sin embargo, la obesidad, la ansiedad y la depresión también pueden estar relacionadas con el género; las mujeres pueden experimentar diferentes exposiciones a factores estresantes psicosociales, en comparación con los hombres, y responder de manera diferente. Lo mismo podría decirse de las personas de todos los grupos sexuales que presentan tasas significativamente más altas de depresión y ansiedad en comparación con los individuos cisgénero o heterosexuales.
- **La percepción de los síntomas**, las mujeres tienden a percibir los síntomas de asma como más molestos, incluso si la severidad del asma y la función pulmonar (medida por FEV₁) es similar. Al mismo volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV₁ por sus siglas en inglés), las mujeres experimentan mayor malestar, tos y disnea. Esto puede estar relacionado con diferencias fisiológicas basadas en el sexo; sin embargo, se ha encontrado que el género femenino y la mala calidad de vida, pero no la gravedad de la obstrucción de las vías respiratorias, fueron predictores de una mayor percepción de disnea, lo que indica un papel para los factores no fisiológicos.
- **Uso de medicamentos.** En cuanto al uso de corticosteroides orales, a las mujeres se les prescribe más frecuentemente para el asma. Es posible que esto sea el resultado de una mayor percepción y referencia de peor sintomatología por parte de las mujeres, así como la alta probabilidad de RAM. En un estudio reciente, el tratamiento conjunto de montelukast y glucocorticoides inhalados condujo a un mayor control de los síntomas, manejo de la gestión de la función pulmonar a largo plazo y disminuyó los niveles de inflamación pulmonar⁸. Hasta la fecha, no hay estudios sobre las diferencias de género en la prescripción de biológicos.
- **Adherencia a los tratamientos**, a menudo se cree que los hombres son menos adherentes, pero no hay un consenso claro sobre un vínculo entre género/sexo y la adherencia a los tratamientos. Sin embargo, los hombres utilizan en exceso los β 2 agonistas de acción corta.

Se trata de una enfermedad muy prevalente que afecta a todas las franjas etarias y provoca un incremento de la mortalidad del 46 %, especialmente en menores de 15 años (Figura 1). Sin embargo, las estimaciones de prevalencia de asma muestran una enorme variabilidad entre diferentes zonas geográficas, tanto en adultos (entre 0,2 y 21 %) como en niños (entre 2,8 y 37,6 %)⁹. En términos globales, **su prevalencia se ha incrementado especialmente en las personas de mediana edad y en las mujeres, por un aumento del asma alérgica y al comparar, las mujeres presentan más dificultades en el control de los síntomas del asma y sufren más RAM¹.**

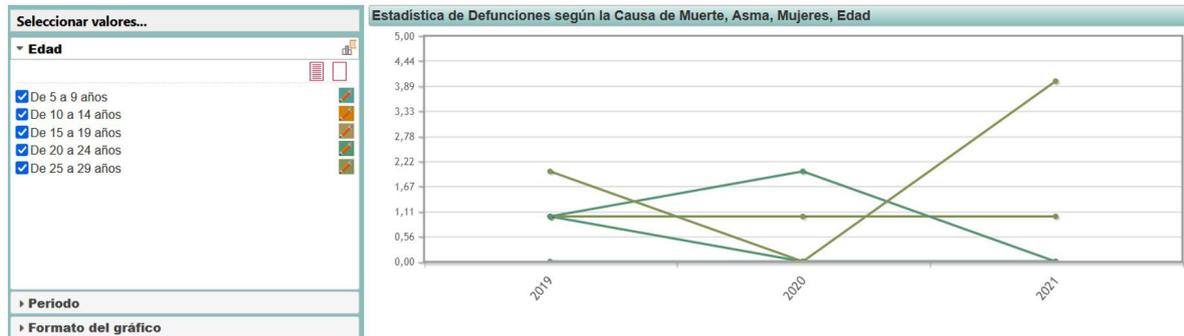


Figura 1. Defunciones por asma en las mujeres.

Fuente: INE. Defunciones según las causas de muerte 2021-2022. [Internet].

Disponible en INE: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#!!tabs-grafico> Último acceso: octubre 2023

En 2021, según fuentes del INE, las enfermedades del sistema respiratorio se situaron como tercera causa de muerte en ambos sexos, y fueron las que más aumentaron; respecto al año anterior, un 15,6 % en los hombres y un 28,4 % en las mujeres¹⁰.

El asma está más relacionado con la morbilidad en las mujeres al presentar un mayor riesgo de hospitalización y tasas de mortalidad más altas causadas por el mal control del asma en comparación con los hombres. Por otro lado, **los sesgos de sexo y género** por parte de los profesionales sanitarios parecen afectar a la gestión del paciente, en este caso, la participación de mujeres sanitarias es más beneficiosa particularmente por compartir la toma de decisiones, intervenir de forma preventiva y participar en las modificaciones del estilo de vida.



Claves en la mujer (TIPS)

- ▶ Además de factores genéticos y anatómicos, la principal razón de las **diferencias en función del sexo y género son los cambios en las hormonas sexuales**, en los que el asma puede verse afectado por las transiciones del ciclo de la vida como son la pubertad en mujeres y hombres, y el ciclo mensual, el embarazo y la menopausia en las mujeres.
- ▶ **En la niñez**, el asma es superior en los hombres, con un mayor diagnóstico por su severidad.
- ▶ **En la adolescencia** las mujeres tienen más sibilancias y, en general, no suelen estar diagnosticadas de asma.
- ▶ **Después de la pubertad**, son más propensas a sufrir asma y enfermedades alérgicas debido al efecto de las hormonas. Los estrógenos y la progesterona modulan directamente las vías inmunes involucradas en la patogénesis del asma, mientras que la testosterona podría ser protectora contra los procesos inflamatorios que causan asma, aunque los mecanismos involucrados no se conocen completamente.

- ▶ Hay mayor prevalencia de asma en mujeres con **ciclos menstruales irregulares** por los desajustes hormonales.
- ▶ Hay mujeres que refieren **empeoramiento del asma en el período preovulatorio y otras en el premenstrual**. El asma premenstrual (APM) puede estar relacionado con un cambio en los niveles de hormonas sexuales o con cambios en el cociente estrógenos/progesterona. La prevalencia de esta patología en la fase luteínica del ciclo menstrual afecta a entre el 11 y el 45 % de las mujeres.
- ▶ El mal control del asma durante el embarazo también se asocia con **bajo peso al nacer, que a su vez se asocia con un mayor riesgo de asma infantil**.
- ▶ Las mujeres perciben los síntomas del asma (**mayor malestar, tos y disnea**) como **más molestos**.
- ▶ El asma en personas obesas se asocia con una mayor morbilidad y una menor respuesta a los glucocorticoides inhalados
- ▶ Fumar es más común en mujeres con asma que en aquellas sin él, incluso durante el embarazo. **El humo y el vapeo** durante el embarazo podrían aumentar el riesgo de ingreso hospitalario del recién nacido y de que el niño desarrolle asma severo.
- ▶ La presencia de **comorbilidades crónicas** (osteoporosis, obesidad, ansiedad, depresión, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial) junto al asma es más frecuente en las mujeres.

Respecto a los tratamientos farmacológicos:

- ▶ Los corticoides son el tratamiento más prescrito para el asma, en las mujeres.
- ▶ Los β_2 agonistas de acción corta son utilizados en exceso por los hombres, para tratar el asma.



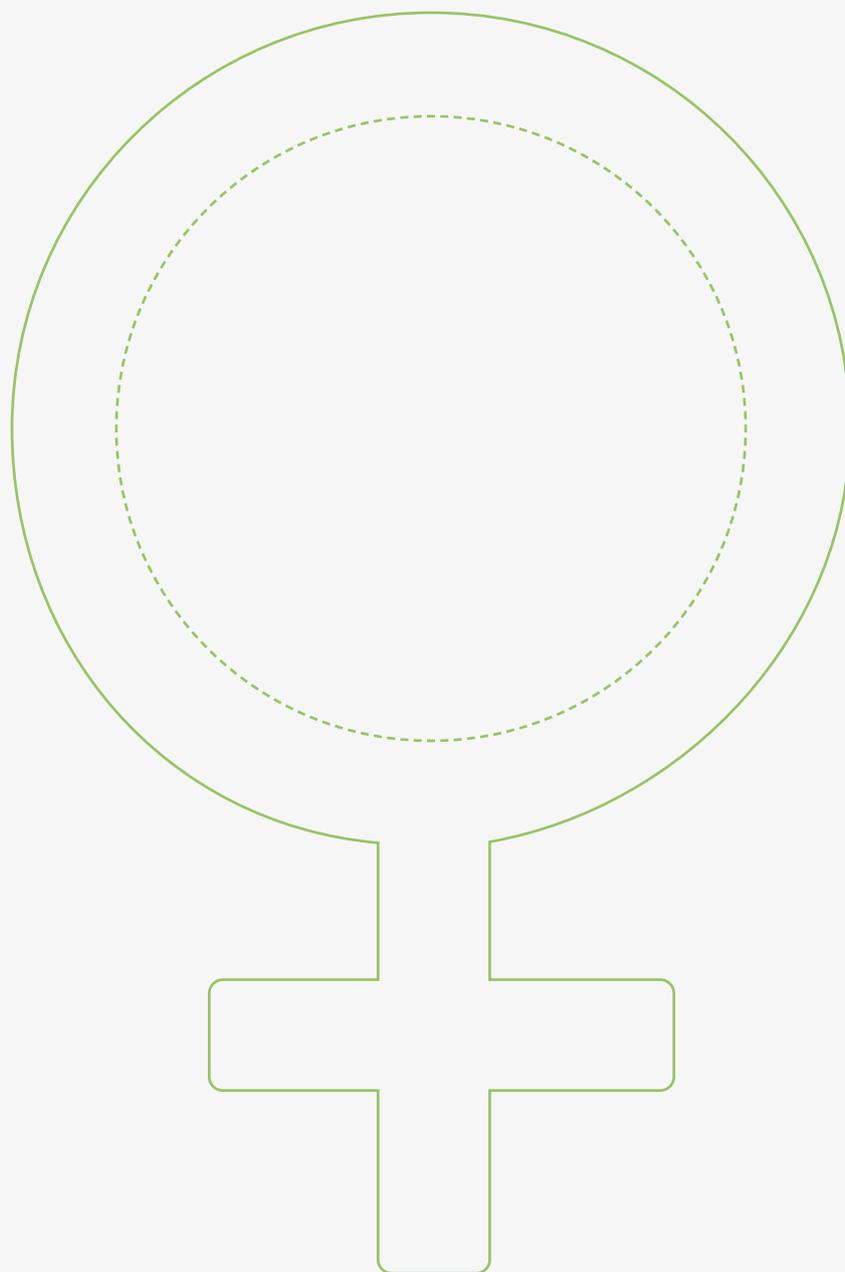
Consejos de tu farmacéutic@

- **Evita o limita el consumo de tabaco.**
 - Recuerda **ser adherente**, diariamente, al tratamiento médico para prevenir los ataques.
 - Una parte fundamental del tratamiento es utilizar bien los inhaladores; **aprende a manejarlos**
- bien y periódicamente repasa la técnica con tu médico, enfermera o farmacéutico.
- **Lleva siempre contigo la medicación de rescate**, que te ayudará si tienes más ahogo.
 - Utiliza deshumificadores para disminuir la humedad ambiental.
 - Evita los ambientes contaminados y cargados de humo.
 - Procura no usar espráis o ambientadores.
 - No te expongas al aire frío.
 - Practica ejercicio físico. Si

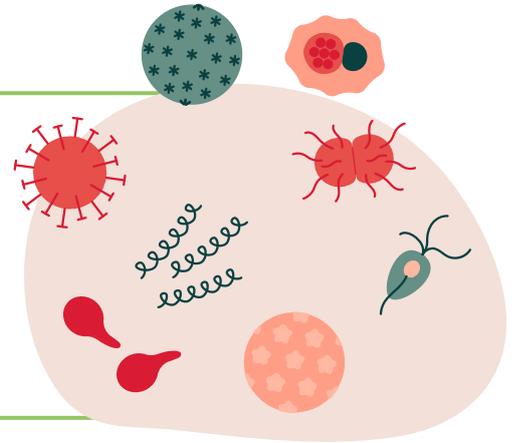


Bibliografía

- ¹ Sociedad Española de Neumología y cirugía torácica. Guía Española para el manejo del asma. GEMA.5.3. Madrid: Luzón 5 Health Consulting S.A; 2023. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/399-gema-5-3-guia-espanola-para-el-manejo-del-asma>. Último acceso: agosto 2023.
- ² Jenkins, Christine R., et al. "Personalized treatment of asthma: the importance of sex and gender differences." *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2022;10(4):963-971.e3. doi: 10.1016/j.jaip.2022.02.002.
- ³ Imqvist C, Worm M, Leynaert B; working group of GA2LEN WP 2.5 Gender. Impact of gender on asthma in childhood and adolescence: a GA2LEN review. *Allergy*. 2008;63(1):47-57. doi: 10.1111/j.1398-9995.2007.01524.x.
- ⁴ Hohmann C, et al. Sex-specific incidence of asthma, rhinitis and respiratory multimorbidity before and after puberty onset: individual participant meta-analysis of five birth cohorts collaborating in MedALL. *BMJ Open Respir Res*. 2019; 13;6(1):e000460. doi: 10.1136/bmjresp-2019-000460.
- ⁵ Pereira-Vega A, Sánchez-Ramos JL, Alwakil Olbah M. "Ciclo menstrual y asma en la mujer". *Rev Asma Ed Respira*. 2016;1(1):14-21.
- ⁶ Vázquez, R. Mesa 3ª; Asma y mujeres. Disponible en <https://www.rev-esp-patol-torac.com/files/publicaciones/Revistas/2012/3%20MESA%20REDONDA.pdf>. Último acceso: octubre 2023.
- ⁷ Grosso A, et al. The course of asthma during pregnancy in a recent, multicase-control study on respiratory health. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2018. 17;14:16. doi: 10.1186/s13223-018-0242-0.
- ⁸ Esposito R, et al. Montelukast Improves Symptoms and Lung Function in Asthmatic Women Compared With Men. *Front Pharmacol*. 2019. 24;10:1094. doi: 10.3389/fphar.2019.01094.
- ⁹ Blanco-Aparicio, Marina, et al. "Estudio de prevalencia de asma en población general en España." *Open Respiratory Archives* 5.2 (2023): 100245.
- ¹⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según las causas de muerte 2021-2022. [Internet]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2022.pdf. Último acceso octubre 2023.



Infecciones de transmisión sexual



Las infecciones de transmisión sexual se consideran un importante problema de Salud Pública debido tanto a su gran magnitud de morbilidad en todo el mundo, como a las consecuencias que pueden tener lugar si no se realiza una detección y diagnóstico precoz¹.

La OMS en el año 1998 modificó el término enfermedad de transmisión sexual (ETS) por infección de transmisión sexual (ITS), ya que el concepto enfermedad no es correcto para determinar aquellas infecciones que cursan de forma asintomática y que pasan desapercibidas. Más de 30 patógenos se pueden transmitir sexualmente y las personas pueden tener múltiples infecciones al mismo tiempo. En ocasiones, las personas que están infectadas con una ITS pueden no ser conscientes de su infección y, al ser transmisores, generan complicaciones a largo plazo y en ocasiones la muerte. La infección con una ITS también puede facilitar la adquisición de otras, como el virus del papiloma humano (VPH) y el de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Asimismo, las ITS se relacionan con la estigmatización, el miedo, la vergüenza, la violencia doméstica y en muchos casos con la pérdida de calidad de vida².

Se denominan **infecciones de transmisión sexual (ITS)** a aquellas que se transmiten principalmente por contacto sexual (anal, vaginal u oral) sin protección y pueden ser causadas por diferentes agentes patógenos (bacterias, virus, hongos, parásitos y protozoos). En ocasiones, algunas de ellas, también se pueden transmitir por contacto con sangre o productos sanguíneos infectados y verticalmente de madre a hijo/a durante el embarazo o en el parto con posibles consecuencias adversas para el parto y el lactante. En la mayoría de los casos no aparecen síntomas o son poco expresivos, lo que facilita la transmisión de la infección. Las ITS sin un tratamiento adecuado, pueden provocar complicaciones graves como enfermedades neurológicas y cardiovasculares, dolor pélvico crónico, embarazo ectópico, infertilidad, cáncer genital, muerte prenatal, etc².

Por su parte, las **enfermedades de transmisión sexual (ETS)** son afecciones frecuentes relacionadas con la evolución de una ITS sin tratar. Son prevenibles, diagnosticables y tratables².

A nivel mundial hay **ocho patógenos que dan lugar a la máxima incidencia de ITS**: la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis, la tricomoniasis, la infección por el virus de la hepatitis B, por el virus del herpes simple, de la inmunodeficiencia humana (VIH) y VPH. A ellas se suman los brotes emergentes de nuevas infecciones que pueden contraerse por contacto sexual, como la viruela símica, las infecciones por *Shigella sonnei* y *Neisseria meningitidis*, el ébola y el zika².



Las características inherentes a la población joven pueden producir dinámicas que conducen a comportamientos que pueden (o no) implicar el consumo de sustancias psicoactivas y la adopción de conductas de riesgo con prácticas sexuales inseguras con el consecuente desarrollo de ITS³.

Actualmente en España, la epidemiología de las ITS demuestra que la mayoría de los casos se producen en adultos jóvenes, observándose diferencias según la enfermedad en las franjas etarias entre los 15 y 34 años. El mayor porcentaje de casos notificados en mujeres menores de 25 años fue máximo en la infección por chlamydia trachomatis. En los últimos 20 años se está observando una tendencia creciente de las infecciones gonocócica, sífilis y de chlamydia, reapareciendo el linfogranuloma venéreo¹. Las ITS provocan grandes efectos sobre salud sexual y reproductiva y son una de las cinco razones principales por las que la población busca atención médica³.

Como se ha comentado, entre las ITS de mayor incidencia en España y sujetas a vigilancia epidemiológica¹ se encuentran la gonorrea, la sífilis, la tricomoniasis, el linfogranuloma venéreo y la clamidiasis con aspectos muy característicos que se resumen a continuación:

- ▶ **La gonorrea** es una ITS causada por una bacteria *Neisseria gonorrhoeae* (o gonococo). La infección es más común en los jóvenes, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las personas con múltiples parejas sexuales que no utilizan las medidas adecuadas de prevención⁴.
- ▶ La infección por clamidia o **clamidiasis** está causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. La infección es más frecuente en personas jóvenes y en personas con múltiples parejas sexuales que no toman las medidas adecuadas de prevención. Tanto en hombres como en mujeres, cuando la infección se localiza en el recto causa dolor, secreción o sangrado rectal, aunque a menudo no produce síntomas⁴.
- ▶ El **linfogranuloma venéreo** (LGV) está causado por una variedad de la bacteria *Chlamydia trachomatis* (L1 L3). La infección es propia de países tropicales, aunque ha reaparecido en Europa especialmente en HSH. Se contrae al mantener relaciones sexuales sin preservativo con una persona infectada a través de sexo anal, vaginal, por compartir juguetes sexuales sin desinfectar o más raramente por el sexo oral⁴.
- ▶ La **sífilis** está causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Las mujeres embarazadas pueden transmitir la enfermedad a su hijo/a y la es más común en HSH y personas con múltiples parejas sexuales sin medidas de prevención adecuadas⁴.
- ▶ La **tricomoniasis** está causada por el parásito *Trichomonas vaginalis*. La infección es más frecuente en jóvenes y en personas con múltiples parejas sexuales que no utilizan métodos de barrera. A pesar de que ambos sexos pueden transmitir la ITS por contacto genital estrecho, no es frecuente que el parásito infecte otras partes del cuerpo, como las manos, la boca o el recto⁴.

Según el informe de 2022 de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España¹, las ITS comunicadas por diferentes CCAA evidencian una tendencia ascendente al mantener el incremento en el número de casos:

- La incidencia de **infección gonocócica** presenta la mayor cifra desde 2001 con 23.333 casos notificados (tasa 49,00 por cada 100.000 habitantes). El 79,9 % fueron varones y el 4,0 % mujeres. Respecto a la edad, las **tasas más elevadas en las mujeres se observaron entre los 20 y 24 años, seguidas del grupo de 15 a 19 años** (Figura 1).

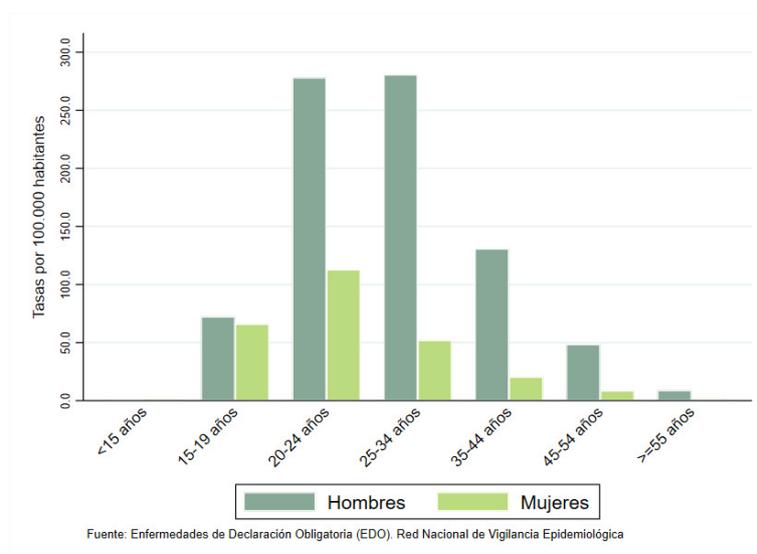


Figura 1. Infección gonocócica. Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2022.

- La incidencia de **infección por sífilis** mantiene el ascenso y presenta la mayor cifra de los últimos 20 años con 8.141 casos notificados en 2022 (tasa: 17,10 por 100.000 habitantes). El 89,0 % fueron varones. La razón de hombre: mujer fue de 8:1. En relación con la edad, **las mayores tasas en mujeres se encontraron en la franja etaria de los 25 a los 34 años, seguida de la de 20 a 24 años** (Figura 2).

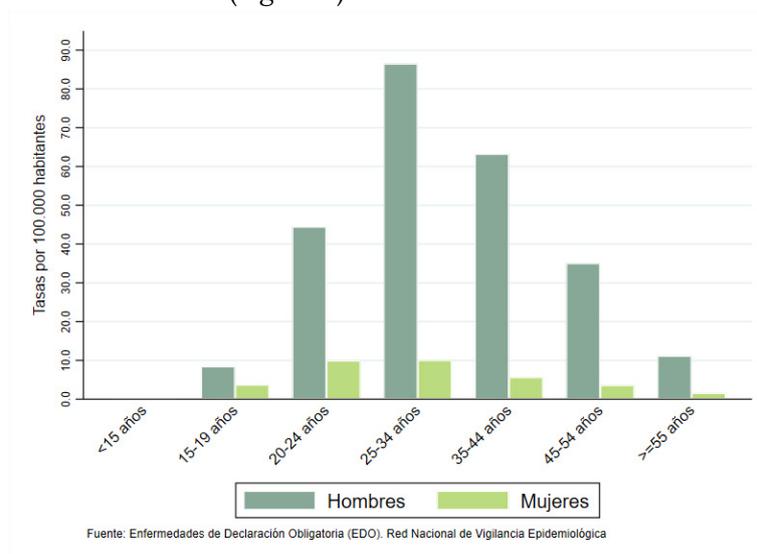


Figura 2. Sífilis. Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2022.



- La incidencia de **infección por chlamydia trachomatis** se ha incrementado y también presenta la cifra más alta desde 2016. En el año 2022 se notificaron 26.518 casos (tasa: 62,38 casos por 100.000 habitantes). **El 48,2 % (12.792 casos) fueron mujeres y las tasas más elevadas se produjeron entre los 20 y 24 años, seguida de entre los 15 y 19 años** (Figura 3).

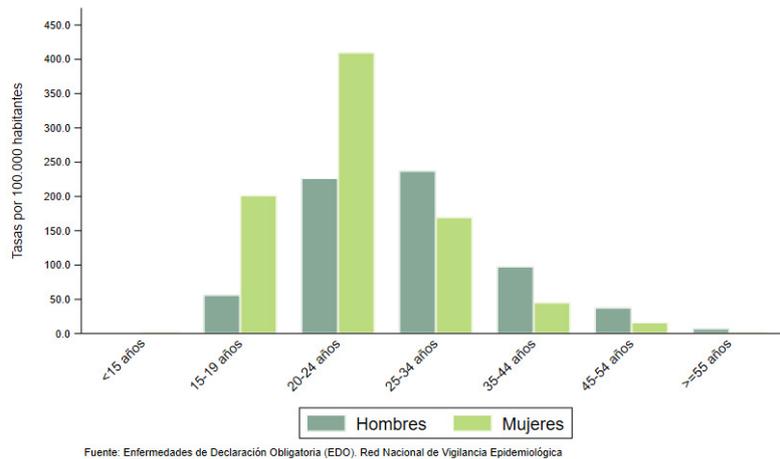


Figura 3. Infección por chlamydia trachomatis. Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2022.

Las ITS se caracterizan por los síntomas clínicos que presentan y que se pueden agrupar en diferentes síndromes que, en relación con las diferencias biológicas, afectan a uno u otro sexo (Tabla 1).

Hombres

Mujeres

Úlceras genitales

Son poco frecuentes, aunque su presencia supone mayor riesgo para contraer la infección por el VIH y modifica el curso clínico de otras ITS. La mayoría afecta a jóvenes sexualmente muy activos. Pueden ser causadas por: sífilis, chancro blando, LGV, y granuloma inguinal. También pueden aparecer vesículas genitales o anales en hombres o mujeres causadas normalmente por el virus del herpes simple (VHS). Se caracterizan por la existencia de:

- en los hombres, úlcera en pene, escroto o recto
- en las mujeres, úlceras en los labios de la vulva, la vagina o el recto, con/sin adenopatía inguinal.

Verrugas genitales

Son masas suaves en la piel y en las membranas mucosas de los genitales. Se pueden encontrar en hombres y mujeres tanto en el pene, la vulva, la uretra, la vagina, el cuello uterino, como en la ingle, los muslos, dentro y alrededor del recto. Frecuentemente está causado por VPH o por *molluscum contagiosum*. La mayoría afecta a jóvenes sexualmente muy activos a temprana edad, con múltiples compañeros sexuales, consumidores de sustancias psicoactivas y con estrés asociado a la infección por herpes.

| Hombres | Mujeres |
|---|--|
| <p>Balanitis Inflamación del glande debido a diferentes factores, entre los que se incluyen bacterias, virus, alérgenos. El más frecuente es el que provoca el hongo <i>cándida albicans</i>. Se manifiesta con hinchazón, enrojecimiento y dolor local, molestias al orinar y secreción de exudado purulento que puede tener olor desagradable.</p> | <p>Cervicitis Inflamación del cuello del útero por causas infecciosas o mecánicas (dispositivos intrauterinos). Se manifiesta por alteración del flujo, dolor o sangrado vaginal en la relación sexual, alteración de la regla, escozor al orinar... generalmente es provocado por el <i>gonococo</i> y la <i>chlamydia trachomatis</i>.</p> |
| | <p>Enfermedad inflamatoria pélvica Infección de los órganos internos (útero, trompas, ovarios o peritoneo) por bacterias que se propagan desde la vagina. Es un proceso importante que puede producir graves consecuencias (peritonitis, abscesos intra-abdominales, infertilidad, sepsis, muerte, etc.). Se suele presentar con sintomatología leve, dolor en la parte baja del abdomen y la pelvis, flujo vaginal inusual o abundante que puede tener un olor desagradable, sangrado inusual especialmente durante o después de tener relaciones sexuales, o entre períodos, dolor en las relaciones sexuales, fiebre, dificultad o dolor/escozor al orinar (disuria). Puede ser causado por: <i>neisseria gonorrhoeae</i> o <i>chlamydia trachomatis</i>, entre otros.</p> |
| <p>Síndrome de secreción uretral Caracterizado por la aparición de secreción por la uretra (uretritis), micción frecuente junto con, o sin, disuria. Las causas más frecuentes son las infecciones causadas por <i>neisseria gonorrhoeae</i>, <i>chlamydia trachomatis</i>, <i>trichomonas vaginalis</i>, etc.</p> | <p>Síndrome de secreción vaginal Cantidad anormal de secreción y olor que puede, o no, acompañarse de dolor abdominal y síntomas específicos. Las causas más frecuentes son: vaginosis bacteriana, candidiasis vulvovaginal o trichomonas vaginalis.</p> <p>Vulvovaginitis Inflamación de la vulva, la vagina o de ambas a la vez. Alrededor del 90 % están causadas por <i>cándida</i>, <i>trichomonas</i> o son vaginosis bacterianas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La vulvovaginitis candidiásica se presenta con intenso prurito acompañado de leucorrea cremosa, blanquecina en forma de grumos, no maloliente, eritema, edema vulvar/ vaginal y dolor en las relaciones sexuales (dispareunia). - La vaginitis y vaginosis cursan con prurito, leucorrea, disuria, dolor local y/o dispareunia. La causa más frecuente es por <i>trichomonas vaginalis</i>, aunque puede no ser una ITS. - La vaginosis bacteriana es debida al aumento de <i>gardnerella vaginalis</i> junto con la disminución de <i>lactobacillus</i> en la vagina. Suele ser asintomática y se caracteriza por la existencia de un flujo maloliente (olor a pescado) de color blanquecino-grisáceo, viscoso y en cantidad moderada. En ocasiones se asocia a prurito vulvar leve y raramente aparece disuria y dispareunia. |

Tabla 1 – Principales síndromes con perspectiva de sexo^{4,5,6,7,8,16}.



Como se puede observar, las ITS en la mujer están producidas por los mismos agentes patógenos y presentan una sintomatología común a la del hombre, pero diversas circunstancias como las diferencias anatómicas y fisiológicas del aparato genital femenino, la escasez o ausencia de síntomas y las complicaciones, las hacen complejas. Un factor biológico importante en el tracto reproductivo femenino es la presencia de hormonas sexuales, estrógeno y progesterona, llevando a cabo un papel fundamental en la regulación de la susceptibilidad y la respuesta inmune a las ITS²⁸.

Por ello, ante cualquier sospecha es imprescindible derivar a la persona potencialmente infectada al médico de familia del centro de salud, o a un centro especializado, para que pueda llevarse a cabo la exploración y el estudio microbiológico correspondiente y se pueda proceder al diagnóstico y tratamiento a la mayor brevedad⁷.



CLAVES EN LA MUJER (TIPS)

Los síntomas más comunes de las ITS, cuando se manifiestan, incluyen secreción vaginal o uretral, úlcera genital y dolor abdominal, entre otras específicamente diferenciadas por sexo relacionadas a continuación (Tabla 2).

| Hombres | Mujeres |
|---|---|
| Secreción por la uretra. | Flujo anormal en la vagina con o sin olor desagradable. |
| Llagas, ronchas o ampollas cerca de los órganos sexuales, ano o la boca. | Llagas, ronchas o ampollas cerca de los órganos sexuales, ano o boca. |
| Inflamación de uno o más ganglios cercanos a la llaga. | Inflamación de uno o más ganglios cercanos a la llaga. |
| Dolor en los testículos, inflamación o dolor alrededor de los órganos sexuales. | Dolor en zona de la pelvis, en el área entre el ombligo y los órganos sexuales. |
| Escozor o picor alrededor de los órganos sexuales. | Escozor o picor alrededor de la vagina. |
| Ardor y dolor al orinar o al defecar. | Ardor al orinar o al defecar. |
| | Sangrado por la vagina sin tratarse de la menstruación o tras la relación sexual. |
| | Sangrado excesivo durante la regla o ausencia de menstruación. |
| | Dolor en la vagina durante las relaciones sexuales. |

Tabla 2. Síntomas que hacen sospechar de ITS⁶.

Las ITS son más comunes en personas que tienen un comportamiento y actitud sexual de alto riesgo como, entre otras, las siguientes^{20,25,27,29,32}:

- Uso poco habitual o nulo del preservativo, especialmente fuera del entorno monógamo
- Nueva pareja sexual en los últimos 60 días
- Múltiples parejas sexuales o parejas con varios contactos simultáneos, del mismo o diferente sexo
- Relaciones con parejas sexuales recientemente tratadas por ITS
- Mantener relaciones anales o buco genitales sin protección
- Intercambio de sexo por drogas, consumo de drogas con fines sexuales, etc.
- Contactos con trabajadores/profesionales del sexo
- Encuentros anónimos conocidos por internet y aplicaciones móviles, aumentando las prácticas sexuales de alto riesgo

Además hay que tener en cuenta que hay grupos de riesgo que merecen especial consideración porque están asociados a presentar mayor prevalencia o morbilidad por ITS^{3,20,25,29,33}:

- Edad joven (15-24 años)
- HSH
- Con bajo nivel educativo
- Historia de ITS anterior
- Estado VIH positivo
- En tratamiento por ITS
- Mujeres embarazadas que sufren acoso sexual o víctimas de violencia sexual
- Personas que viven en centros de menores
- Personas que utilizan drogas por vía parenteral



Las principales características de las ITS desde la perspectiva de género y sexo se resumen en la siguiente tabla (Tabla 3).

| | Observaciones | Mujeres | Hombres |
|---|--|---|---|
| PRINCIPALES ITS PRODUCIDAS POR BACTERIAS | | | |
| Gonorrea | | <p>El 50 % son asintomáticas.</p> <p>Si aparecen los síntomas más frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leucorrea, cambio en el color u olor o cantidad del flujo vaginal (coexisten cervicitis y vaginitis). - Secreción purulenta o mucopurulenta. - Sangrado entre reglas o reglas más cuantiosas. - Sensación de disuria. - Dolor o malestar en la parte inferior del abdomen (hipogástrico). | <p>El 10 % son asintomáticos.</p> <p>Si aparecen los síntomas más frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secreción uretral, exudado amarillo-verdoso abundante (purulento), de aspecto cremoso y consistencia espesa, acompañado de ligero prurito y sensación de quemazón. - Sensación de disuria. - Suede haber dolor en los testículos. |
| Clamidia | <p>En ambos sexos cuando la infección se localiza en el recto, no suelen existir síntomas, y en caso de que aparezcan puede causar dolor, secreción o sangrado rectal.</p> | <p>Más del 70 % son asintomáticas.</p> <p>Si aparecen los síntomas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento de la secreción mucosa o mucopurulenta. - Dispareunia. - Pequeños sangrados tras la relación sexual o de forma espontánea. - Disuria y es habitual observar eritema en meato. - Aumento de la frecuencia urinaria (polaquiuria) y urgencia miccional. | <p>Más del 50 % son asintomáticos.</p> <p>Si aparecen los síntomas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disuria de menor intensidad que en la uretritis gonocócica. - Secreción de exudado claro o mucopurulento. - Dolor o molestias en los testículos. - Irritación y picor. |

| | Observaciones | Mujeres | Hombres |
|---|---|---|---|
| PRINCIPALES ITS PRODUCIDAS POR BACTERIAS | | | |
| Sífilis | Se presentan los mismos síntomas en ambos sexos y en las diferentes etapas que caracterizan a la ITS. | <p>Sífilis primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparición de una única úlcera indolora (chancro) en la zona del cuerpo que ha estado en contacto con la bacteria, generalmente 2-3 semanas tras la relación, acompañada de adenopatía dura, indolora y no supurativa localizada en los ganglios linfáticos de la zona. - Suele localizarse con más frecuencia en pene, vulva, vagina o ano. - Ocasionalmente pueden aparecer úlceras dolorosas en la boca o labios. <p>Sífilis secundaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparece entre 3-6 semanas después de la aparición del chancro. - Pueden aparecer lesiones primarias activas o cicatrices. - Cuadro pseudogripal. - Manifestaciones cutáneas: erupción en las palmas de las manos y plantas de los pies. - Inflamación localizada en la zona genital. - Manchas blancas en la boca y glándulas inflamadas. - Puede aparecer alopecia areata. <p>Sífilis secundaria atípica Aparece en pacientes con VIH y sífilis. Las úlceras se cubren de gruesas costras negruzcas, que se denominan rupia sífilítica junto con astenia, cefaleas, fiebre y afectación hepática.</p> | |
| Tricomoniiasis | Suelen presentarse de 5 a 28 días después de haber mantenido contacto sexual sin protección. | <p>El 50 % son asintomáticas.</p> <p>Si aparecen síntomas las áreas del cuerpo afectadas con más frecuencia son la vulva, la vagina o la uretra, con los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prurito, incluso intenso, con lesiones de rascado. - Leucorrea profusa, fluida, espumosa y amarillenta o amarillo-verdosa con mal olor. - Enrojecimiento y dolor vaginal. - Dispareunia y disuria. - Hemorragia postcoital o intermenstrual. | <p>El 80 % son asintomáticos.</p> <p>Si los síntomas aparecen el área más afectada es la uretra con una balanitis inespecífica o uretritis junto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Picazón o irritación en el pene. - Ardor después de orinar o eyacular - Secreción de exudado purulento que puede tener olor desagradable. |



| | Observaciones | Mujeres | Hombres |
|---|--|---|---|
| PRINCIPALES ITS PRODUCIDAS POR BACTERIAS | | | |
| Linfogranuloma venéreo (LGV) | <p>Puede no causar síntomas.</p> <p>De 2 a 6 semanas tras el contacto suele aparecer inflamación de los ganglios inguinales y formación de abscesos con secreción de pus, malestar general, escalofríos, fiebre, dolor muscular o en las articulaciones.</p> | <p>Cuando existen síntomas, los más frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pústula indolora en la zona vulvar que posteriormente se convierte en una úlcera. - Heces con sangre o sangrado rectal. - Estreñimiento o sensación de no poder vaciar el intestino (tenesmo). | <p>Cuando existen síntomas, los más frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor en el recto - Heces con sangre o sangrado rectal. - Estreñimiento o tenesmo. - Pústula indolora en la zona rectal que posteriormente se convierte en una úlcera. - Secreción rectal o uretral. |
| Chancro blando | <p>Provocado por <i>Haemophilus ducreyi</i>.</p> | <p>Se caracteriza por presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ampollas que se rompen y se transforman en úlceras con pus en su interior en la zona genital (en los labios mayores). - Suelen presentar más de 4 úlceras en los labios externos de la vagina, en la parte interna de muslos, en las superficies opuestas a los labios genitales ("úlceras besadoras"), en la zona perianal... - Frecuentemente varias úlceras pueden unirse, sangrar y ser muy dolorosas. - Disuria y dispareunia. - Ganglios en la ingle, generalmente en un solo lado, dolorosos y que pueden abrirse expulsando pus. | <p>Más habitual en el hombre. Se caracteriza por presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ampollas que se rompen y se transforman en úlceras con pus en su interior en la zona genital (en el glande, en el escroto y en la zona perianal). - Suelen ser muy dolorosas y frecuentemente sangran. - Aproximadamente la mitad de los hombres infectados presenta una sola úlcera en el prepucio, cuerpo, cabeza o abertura del pene. - Ganglios en la ingle, generalmente en un único lado, que pueden abrirse y expulsar pus. |

| | Observaciones | Mujeres | Hombres |
|---|--|--|---|
| PRINCIPALES ITS PRODUCIDAS POR VIRUS | | | |
| Herpes genital (Virus herpes simple) | <p>Es la ITS ulcerosa más habitual causada, generalmente, por el VHS-2 (en el 70-90 % de los casos).</p> <p>Entre el 50 y 80 % de los casos aparecen síntomas generales como son: malestar general, fiebre, anorexia, adenopatías locales bilaterales.</p> | <p>La localización de las vesículas es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicialmente en cuello de útero. - En sucesivos brotes en vulva, periné y vagina. <p>Las vesículas que se rompen liberan líquido y pueden cicatrizar produciendo lesiones ulcerativas dolorosas cubiertas por exudado.</p> <p>Además, suele aparecer sangrado abundante entre periodos menstruales.</p> | <p>La localización de las vesículas es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el glande. - En fisuras o abrasiones de la mucosa genital, <p>Las lesiones suelen aparecer con múltiples úlceras, dolorosas a la palpación y de pequeño tamaño, acompañadas de ganglios duros.</p> <p>Además, suelen presentar secreción con olor y ardor al miccionar.</p> |
| Virus del papiloma humano | <p>Se caracteriza por la presentación de una formación verrugosa denominada verruga genital o condiloma acuminado en la región anogenital.</p> | <p>Suele ser asintomática y en el 80 % de los casos es transitoria y el virus desaparece.</p> <p>Los síntomas que presenta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pápulas blandas, cupuliformes, del color de la piel, marronáceas o grisáceas, asintomáticas, agrupadas o confluentes. - Localización: en los genitales externos, periné, región perianal o áreas adyacentes, como ingles, monte de venus o vagina. - Pueden provocar dolor, sangrado o prurito. - Las lesiones pueden ser solitarias, aunque se suelen agrupar de 5 a 15 lesiones de 1 a 10 mm de diámetro. - En ocasiones produce una infección persistente que puede originar la aparición de sangrado, sobreinfección, carcinoma escamoso, carcinoma de cérvix y útero, cáncer anogenital, etc. | |

Tabla 3. Principales características de las ITS^{7, 9-16}.



Consejos de tu farmacéutic@

Recuerda siempre dar, entre otras, alguna de las siguientes recomendaciones^{3,7,21,20,26,27,31, 33,34} de educación sanitaria:

- ▶ **Utilizar siempre los preservativos de manera correcta y sistemática**, es la protección más efectiva frente a las ITS y otras enfermedades como el VIH.
- ▶ **Evitar cualquier tipo de contacto sexual si tiene síntomas** que pueden estar relacionados con una ITS.
- ▶ Si tiene síntomas que pueden indicar que ha contraído una ITS, que acuda a un centro de salud o a un centro especializado para realizarle una revisión y que siga las prescripciones médicas. **La mayoría de las ITS se curan bien si se tratan a tiempo.**
- ▶ Si le han diagnosticado ITS contacte con las parejas sexuales que haya tenido para que puedan acudir a los profesionales de la salud.
- ▶ En el caso de haber sido diagnosticado/a y prescrito un tratamiento, te podemos ayudar a completarlo y a **mantener la adherencia** al mismo junto con las visitas para el control de la enfermedad.
- ▶ Adoptar todas las recomendaciones sobre medidas higiénicas para **evitar la transmisión.**
- ▶ **El cribado de enfermedades**, como la sífilis y VIH, permiten un diagnóstico precoz en personas con ITS y sus parejas sexuales ofreciendo la mejor oportunidad de tratamiento efectivo además de prevenir las complicaciones a medio - largo plazo y su transmisión.
- ▶ **Existen ITS prevenibles** mediante la vacunación previa a la exposición del virus como el del papiloma humano o la hepatitis B.
- ▶ Para intentar controlar la transmisión de la ITS es necesario que tengas información de fuentes sanitarias de confianza para que puedas mejorar los conocimientos en prácticas sexuales seguras y en el reconocimiento de los síntomas de las ITS para tratarlas o evitarlas. Evitar los bulos y las noticias “fake” forma parte de nuestra actuación informativa como agentes sanitarios.
- ▶ Es importante que tengas en cuenta que, con frecuencia, hay grupos de población con altas tasas de ITS (trabajadores sexuales, HSH, consumidores de drogas con fines sexuales, presos, poblaciones nómadas, adolescentes).
- ▶ Si dudas, cuenta con la colaboración del profesional sanitario de confianza cercano y accesible. Te puede informar y asesorar con evidencia científica.

Bibliografía

- ¹ Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2022. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_Vigilancia_ITS_2022.pdf. Último acceso: julio 2024.
- ² Organización Mundial de la Salud (OMS). Infecciones de transmisión sexual. 2024. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab_1. Último acceso: julio 2024.
- ³ Spindola T, Santana RSC, Antunes RF, et al. Prevention of sexually transmitted infections in the sexual scripts of young people: differences according to gender. Cien Saude Colet. 2021; 26(7):2683-2692. doi: 10.1590/1413-81232021267.08282021.
- ⁴ Ministerio de sanidad. Infecciones de Transmisión Sexual. [n.d]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/homeITS.htm> Último acceso: julio 2024.
- ⁵ Ibarrola M, Benito J, Azcona B, Zubeldía N. Infectious pathology: vulvovaginitis, sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory disease, tubo-ovarian abscesses. An Sist Sanit Navar. 2009;32 suppl 1:29-38. doi: 10.23938/assn.0196.
- ⁶ Ministerio de salud y consumo. De Salud Pública. Plan Nacional contra el SIDA. Prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.2003. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Sidacompleto.pdf>. Último acceso: julio 2024.
- ⁷ Ministerio de sanidad, política social e igualdad-Organización Médica Colegial (OMC). Atención Primaria de calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Infecciones de Transmisión Sexual. 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/mig/gbpc_infecciones_transmision_sexual.pdf. Último acceso: julio 2024.
- ⁸ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. Plan de Formación Continuada Avances en farmacología de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Madrid: Ed. Acción medica SA. Depósito legal: M. 23.652-2006.
- ⁹ Ministerio de Sanidad. Hoja informativa sobre la infección por Tricomonas. [n.d]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/hojaInformativaTricomonas.pdf>. Último acceso: julio 2024.
- ¹⁰ Ministerio de Sanidad. Hoja informativa sobre el Herpes Genital. [n.d]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/hojaInformativaHerpesGenital.pdf>. Último acceso: julio 2024.
- ¹¹ Ministerio de Sanidad. Hoja informativa sobre la Clamidia. [n.d]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/hojaInformativaCLAMIDIA.pdf>. Último acceso: julio 2024.
- ¹² Ministerio de Sanidad. Hoja informativa de la Infección gonocócica. [n.d]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/hojaInformativaInfeccionGONOCOCCICA.pdf>. Último acceso: julio 2024.
- ¹³ Ministerio de Sanidad. Hoja informativa sobre la Sífilis. [n.d]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/hojaInformativaSIFILIS.pdf>. Último acceso: julio 2024.
- ¹⁴ Ministerio de Sanidad. Hoja informativa sobre el linfogranuloma venéreo. [n.d]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/hojaInformativaINFOGRANULOMA_VENEREO.pdf. Último acceso: julio 2024.
- ¹⁵ James C, Harfouche M, Welton NJ, et al. Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ. 2020;98(5):315-329.
- ¹⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). Región de las Américas (OPS). Manejo Sintomático de las Infecciones de Transmisión Sexual. [n.d]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual/manejo-sintomatico-infecciones-transmision-sexual>. Último acceso: julio 2024.



- ¹⁷ Ortiz-de la Tabla V, Gutiérrez F. Cervicitis: Etiology, diagnosis and treatment. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2019 Dec;37(10):661-667. doi: 10.1016/j.eimc.2018.12.004.
- ¹⁸ Íncera-Fernández D, Román FJ, Gámez-Guadix M. Risky Sexual Practices, Sexually Transmitted Infections, Motivations, and Mental Health among Heterosexual Women and Men Who Practice Sexualized Drug Use in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11):6387. doi: 10.3390/ijerph19116387.
- ¹⁹ Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-187. doi: 10.15585/mmwr.rr7004a1.
- ²⁰ Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Grupo de Educación para la Salud, información para pacientes: conozca mejor su enfermedad. Infecciones de transmisión sexual. Disponible en <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad>. Último acceso: julio 2024.
- ²¹ Centers for Disease Control and Prevention website (CDC). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/rr7004a1.htm>. Último acceso: julio 2024.
- ²² Micheletti, Robert G., et al. *Andrews' Diseases of the Skin Clinical Atlas: Andrews' Diseases of the Skin Clinical Atlas*, E-Book. Elsevier Health Sciences, 2021.
- ²³ e ZH, Chen S, Liu F, Cui ST, Liu ZZ, Jiang YJ, Hu QH. Patterns of Sexually Transmitted Co-infections and Associated Factors Among Men Who Have Sex With Men: A Cross-Sectional Study in Shenyang, China. *Front Public Health*. 2022; 10:842644. doi: 10.3389/fpubh.2022.842644.
- ²⁴ Petrova D, Garcia-Retamero R. Effective Evidence-Based Programs For Preventing Sexually-Transmitted Infections: A Meta-Analysis. *Curr HIV Res*. 2015;13(5):432-8. doi: 10.2174/1570162x13666150511143943.
- ²⁵ Engel JL, Fairley CK, Greaves KE, Vodstrcil LA, Ong JJ, Bradshaw CS, Chen MY, Phillips TR, Chow EPF. Patterns of Sexual Practices, Sexually Transmitted Infections and Other Genital Infections in Women Who Have Sex with Women Only (WSWO), Women Who Have Sex with Men Only (WSMO) and Women Who Have Sex with Men and Women (WSMW): Findings from a Sexual Health Clinic in Melbourne, Australia, 2011-2019. *Arch Sex Behav*. 2022;51(5):2651-2665. doi: 10.1007/s10508-022-02311-w.
- ²⁶ Kaushic C, Roth KL, Anipindi V, Xiu F. Increased prevalence of sexually transmitted viral infections in women: the role of female sex hormones in regulating susceptibility and immune responses. *J Reprod Immunol*. 2011;88(2):204-9. doi: 10.1016/j.jri.2010.12.004.
- ²⁷ Santa-Bárbara RC, Hueso-Montoro C, Martín-Salvador A, Álvarez-Serrano MA, Gázquez-López M, Pérez-Morente MÁ. Association between Sexual Habits and Sexually Transmitted Infections at a Specialised Centre in Granada (Spain). *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6881. doi: 10.3390/ijerph17186881.
- ²⁸ Sociedad Española de Contracepción. Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Anticoncepción Entre los Jóvenes Españoles (16-25 años). Disponible en línea: <https://sec.es/encuesta-nacional-sobre-sexualidad-y-anticoncepcion-entre-los-jovenes-espanoles-16-25-anos>. Último acceso: julio 2024.
- ²⁹ Pearce E, Jolly K, Harris IM, Adriano A, Moore D, Price M, Ross J. What is the effectiveness of community-based health promotion campaigns on chlamydia screening uptake in young people and what barriers and facilitators have been identified? A mixed-methods systematic review. *Sex Transm Infect*. 2022;98(1):62-69. doi: 10.1136/sextrans-2021-055142.
- ³⁰ Jiménez-Morón A, Hueso-Montoro C, Caparros-González R, Pérez-Morente MÁ. Factores de riesgo para la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual en trabajadores/as del sexo: revisión sistemática [Risk factors for the acquisition of Sexually Transmitted Infections in sex workers: a systematic review]. *Rev Esp Salud Publica*. 2024;98:e2024023019.
- ³¹ Seña AC, Hsu KK, Kellogg N, Girardet R, Christian CW, Linden J, Griffith W, Marchant A, Jenny C, Hammerschlag MR. Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children. *Clin Infect Dis*. 2015;61 Suppl 8: S856-64. doi: 10.1093/cid/civ786.
- ³² Whitfield B. Primary Contraceptive Method use and Sexually Transmitted Infections in a Nationally Representative Sample of Young Women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2022;35(5):585-592. doi: 10.1016/j.jpag.2022.04.001.

3 PROBLEMAS DE SALUD EN LA MUJER ADULTA





Enfermedad cardiovascular



Las OMS define las enfermedades cardiovasculares (ECV) como un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos. Entre ellos se incluyen: la cardiopatía coronaria (enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco); las enfermedades cerebrovasculares (enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro); las arteriopatías periféricas (enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores); o las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares, entre otros.

El síndrome coronario agudo y los accidentes vasculares cerebrales se deben a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro como consecuencia de la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que los irrigan¹.

Las ECV son la primera causa de mortalidad (Figura 1), pérdida de años y calidad de vida. Las enfermedades isquémicas del corazón son la causa más importante de muerte cardiovascular en mujeres.

Los últimos datos del INE, 2021-2022, señalan que las enfermedades isquémicas del corazón (con 28.687 defunciones, un 0,6 % menos) y las enfermedades cerebrovasculares (con 24.558, un 1,2 % menos), ocupan el segundo lugar de las causas de muerte más frecuente².

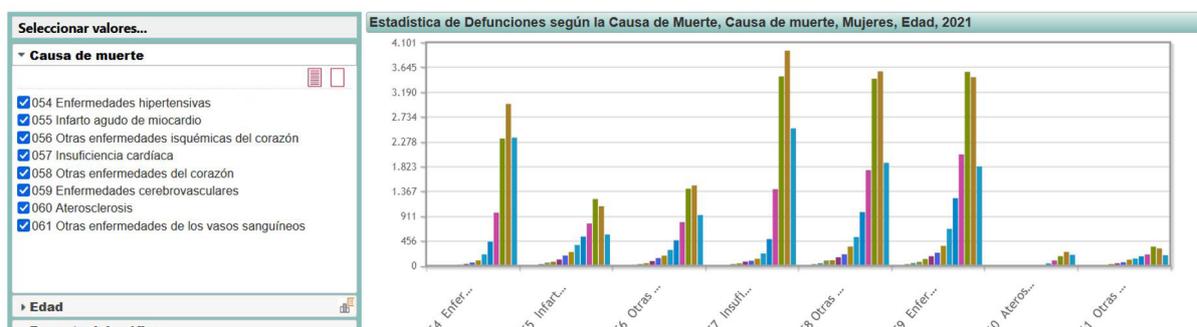


Figura 1- Estadística de defunciones por causas relacionadas con ERCV.

Fuente: INE. Defunciones según las causas de muerte 2021-2022. [Internet].

Disponible en INE: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#!tabs-grafico> Último acceso: octubre 2023

Se desconocen cuáles son los mecanismos por los que el riesgo cardiovascular (RCV) y la patología vascular es mayor en mujeres que en hombres. Según la Fundación del corazón, **en España cada 8 minutos muere una mujer por ECV**, mientras que los hombres mueren más por cáncer. Aunque el infarto de miocardio clásico es tres veces más común en hombres que en mujeres en edad avanzada, **está aumentando el número de mujeres por debajo de los 65 años que sufren infarto de miocardio**³. Sin embargo, las mujeres con ECV son diagnosticadas más tarde y tienen menos acceso a los programas de rehabilitación⁴.

El RCV en las mujeres ha sido subestimado debido a interpretaciones y percepciones erróneas, en cuanto a que estaban “protegidas” contra lo que tradicionalmente ha sido percibido como una “enfermedad del hombre”. **La ECV en mujeres se produce entre 7 y 10 años más tarde que en los hombres, sin embargo, en la última década, esfuerzos de concienciación han mejorado el reconocimiento de las ECV como causa de morbimortalidad en las mujeres.**

Las diferencias entre hombres y mujeres se relacionan con los diferentes procesos biológicos que se desarrollan a lo largo del ciclo de la vida, especialmente por las diferencias hormonales, cuyas variaciones provocan cambios en la incidencia y la prevalencia de ECV. Además, la salud de la mujer está condicionada por factores sociales, culturales y genéticos, incluyendo tanto los factores de RCV tradicionales, como aquellos únicos en la mujer (embarazo y menopausia) y los relacionados con las prácticas socioculturales (medio ambiente, estilo de vida, nutrición)⁵.

Entre los factores de riesgo cardiovascular tradicionales (FRCV⁶) se diferencian:

- No evitables o no modificables: edad avanzada, historia familiar o la predisposición genética.
- Evitables o modificables: HTA, dislipemia, diabetes mellitus (DM), tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, sobrepeso/ obesidad y sedentarismo.

Simultáneamente, ante la importancia del enfoque de género y sexo para reconocer, diagnosticar, tratar y abordar el cuidado de las mujeres con ECV, y aunque en el cálculo del RCV no considerara los aspectos específicos de la mujer, se han incorporado **FRCV exclusivos de las mujeres que tienen impacto en la salud cardiovascular**, como son^{13,7}:

- Embarazo
 - » Antecedentes de parto prematuro (antes de la semana 37 de gestación)
 - » Ovario poliquístico
 - » Abortos de repetición
 - » Trastornos de la enfermedad hipertensiva durante el embarazo (HTA gestacional, preeclamsia...)
 - » Diabetes gestacional
- Insuficiencia ovárica prematura (pérdida de la función ovárica antes de los 40 años)
- Menopausia, precoz o no, natural o quirúrgica
- Enfermedades autoinmunes (artritis reumatoide, lupus, ...)
- Estrés y Depresión
- Uso de anticonceptivos



En los últimos años en las mujeres se ha observado el **incremento de los FRCV relacionados con el tabaquismo, la DM, la fibrilación auricular, el sobrepeso/obesidad y el sedentarismo**⁸.

En relación con el uso de anticonceptivos, específicamente las **píldoras anticonceptivas combinadas, incrementan el porcentaje de RCV en 5 puntos**, al incrementar el riesgo de trombosis venosa, infarto e ictus, sobre todo si además la mujer fuma, no hace ejercicio físico, consume alcohol o drogas.

Como consecuencia de la falta de control de los FRCV las mujeres sufren eventos del síndrome coronario agudo, como la angina de pecho o el infarto de miocardio. La angina de pecho en las mujeres es una patología infra diagnosticada, infra tratada y con una escasa rehabilitación cardíaca; **solo el 30 % de las mujeres llegan a la rehabilitación cardíaca respecto al 100 % de los hombres**⁹.

El síntoma más común del **ataque cardíaco o infarto de miocardio** es el mismo en las mujeres que en los hombres: dolor en el pecho, presión o incomodidad que dura poco, o aparece y desaparece. Sin embargo, en las mujeres, el dolor en el pecho no siempre es intenso, por lo que suele pasar desapercibido y ser descrito como una presión u opresión. Además, las mujeres presentan otros síntomas, que no están relacionados con el dolor torácico o la diaforesis característicos del hombre, como son¹⁰:

- ▶ Dolor interescapular: molestias en el cuello, la mandíbula, los hombros o la parte superior del abdomen
- ▶ Dificultad respiratoria
- ▶ Dolor en uno o ambos brazos
- ▶ Náuseas o vómitos
- ▶ Sudoración
- ▶ Aturdimiento o mareo
- ▶ Cansancio inusual
- ▶ Acidez gástrica

Estos síntomas, poco reconocibles en un ataque cardíaco, pueden deberse a que las mujeres tienden a tener obstrucciones tanto en las arterias principales, como en las más pequeñas que suministran sangre al corazón, una patología denominada enfermedad coronaria microvascular. Las mujeres presentan frecuentemente esta sintomatología en reposo, incluso cuando duermen, no obstante, el estrés emocional es un factor importante en el desencadenamiento de los síntomas del ataque cardíaco.

El diagnóstico de la enfermedad cardíaca suele ser menos frecuente, aunque las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir un ataque cardíaco sin una obstrucción grave en una arteria (enfermedad coronaria no obstructiva)¹¹.

En general, las mujeres suelen ser muy adherentes al tratamiento farmacológico, sin embargo, no suelen tener controlados los problemas de salud por no llevar a cabo el tratamiento no farmacológico, lo que parece estar relacionado con la falta de tiempo, el cuidado, el trabajo, etc. Complementar a la medicación los suplementos de calcio, el ejercicio físico diario y una adecuada alimentación, pueden incrementar la calidad de vida en las mujeres, así como disminuir el riesgo de mortalidad, el infarto y el RCV.

Las estrategias preventivas de ECV específicas para mujeres son esenciales para reducir su mortalidad y preservar su salud cardiovascular.



CLAVES EN LA MUJER (TIPS)

En la mujer se incrementa la posibilidad de aparición de ECV a futuro:

- ▶ Cuando en el embarazo aparece:
 - » HTA gestacional, afecta a entre el 5 y el 10 % de las embarazadas en todo el mundo. La preeclampsia incrementa por 4 el riesgo de padecer insuficiencia cardíaca e HTA y por 2 el riesgo de ECV (enfermedad isquémica del corazón, accidentes cerebrovasculares) y muertes cardiovasculares.
 - » DM gestacional, se produce en aproximadamente el 7 % de los embarazos, se asocia con el incremento por 2 del riesgo de ECV futuros.
- ▶ En el caso de sufrir:
 - » Abortos de repetición (dos o más abortos, consecutivos o no), se incrementa el riesgo de enfermedad isquémica del corazón.
 - » Parto prematuro, se incrementa por 2 el riesgo de ECV en la vejez.
 - » Insuficiencia ovárica prematura y como consecuencia una menopausia temprana, se asocia con un incremento del 3 % del RCV, reduciéndose la esperanza de vida.
- ▶ El diagnóstico de DM.
- ▶ La ganancia de peso a lo largo de la vida, factor relevante que condiciona la aparición del síndrome metabólico y con ello el incremento de la morbimortalidad.
- ▶ La disminución de estrógenos durante la menopausia se relaciona con alteraciones en la función vascular y especialmente cuando se acompaña de síntomas vasomotores, sofocos, aumento de peso y de c-LDL. Los cambios hormonales característicos también se asocian a alteraciones en la composición corporal, con un incremento de la grasa abdominal y de entre un 10 y un 15 % en los niveles de c-LDL y triglicéridos, mientras que disminuyen levemente los niveles de c-HDL, y se incrementan los valores de la PA cuya consecuencia es el desarrollo de HTA en entre el 30 y el 50 % de las mujeres menores de 60 años.



- ▶ El consumo excesivo de alcohol: FRCV evitable especialmente cuando la mujer además presenta HTA, DM, o DL. Se aconseja limitar el consumo de alcohol a 8 unidades a la semana (1 unidad corresponde a 250 cc de cerveza, 125 cc de vino o 30 cc de una bebida de mayor graduación).
- ▶ Cambios en el IMC. Se recomienda mantener un peso corporal saludable (IMC = 20-25 kg/m² para < de 60 años) y una circunferencia abdominal < 80 cm en mujeres (< 90 cm en varones).
- ▶ El diagnóstico de hipercolesterolemia familiar heterocigótica (c-LDL muy alto), si no se trata, provoca ECV antes de los 60 años en mujeres (de los 55 años en varones).
- ▶ La cardiopatía isquémica es una complicación asociada a la DM con la enfermedad coronaria como principal origen. Los síntomas que presenta la mujer son: dolor interescapular, náuseas o vómitos, sudoración fría y palidez, ansiedad, mareo, vértigo o inestabilidad, dificultad respiratoria y dolor precordial.
- ▶ La falta de ejercicio físico. Una actividad física semanal incrementa los niveles de c-HDL que es cardioprotector. Se recomienda un mínimo de 3 días a la semana, de ejercicio moderado-intenso, que combine ejercicio aeróbico (caminar, correr, montar en bicicleta, nadar, etc.) y de fuerza (aquel capaz de desarrollar una tensión contra una resistencia y que se puede llevar a cabo en actividades como coger peso, subir escaleras, utilizar mancuernas, pesas, bandas elásticas, etc.) a días alternos.

Respecto a los tratamientos farmacológicos¹²:

- ▶ La prescripción de fármacos para el corazón: 4,1 % en mujeres y 5,6 % en hombres.
- ▶ La prescripción de antihipertensivos: 16,9 % en mujeres y 16,7 % en hombres.
- ▶ El tratamiento para la HTA en las mujeres es más frecuente con diuréticos y menos habitualmente con IECA y bloqueantes de receptores de la angiotensina.
- ▶ El tratamiento para la dislipemia con estatinas es inferior al prescrito para los hombres (25,7 versus 35,3 %), y la dosis adecuada es menor en mujeres (32,6 versus 42,3 %) que en hombres.



Consejos de tu farmacéutic@

- **Sigue una dieta equilibrada en calorías** y limita el consumo de sal y de alimentos ricos en hidratos de carbono simples (pastelería, comidas precocinadas...)
- **Aumenta el consumo de fibra alimentaria** (ensaladas, verduras, fruta fresca, legumbres y productos integrales-avena, cebada-)
- **Consume:**
 - » Carnes blancas o rojas magras (pollo, conejo o pavo sin piel) 2 días /semana
 - » Pescado azul (sardinas, salmón, atún...) al menos 2 veces/semana
 - » Derivados lácteos con bajo contenido en grasa
- **Evita el exceso de grasas**, especialmente las de origen animal (excepto el pescado) como manteca o mantequilla y utiliza aceite de oliva virgen, siempre que sea posible
- **Modera el consumo de alcohol** (8 unidades de alcohol a la semana - 1 unidad corresponde a 250 cc de cerveza, 125 cc de vino o 30 cc de una bebida de mayor graduación) y el tamaño de las proporciones en el plato
- **Evita el sobrepeso/obesidad** (IMC >25 kg/m²), el estrés, sueño de mala calidad, el tabaco y el sedentarismo (realizando alguna actividad física cada 30 minutos)
- **Practica ejercicio físico** de intensidad moderadas (caminar, carrera suave, ciclismo, natación...) y de manera regular (≥ 30 minutos de 5 a 7 días/semana)
- Sigue las recomendaciones sobre el **correcto proceso de uso de tus tratamientos** de acuerdo con la información de tu agente sanitario (médico, enfermero, farmacéutico...)





Bibliografía

- ¹ Organización Mundial de la Salud. Enfermedad cardiovascular.2017. Disponible en [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Último acceso: junio 2023.
- ² Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte 2021-22. [Internet]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2022.pdf Último acceso: octubre 23.
- ³ Fundación Española del corazón, marzo 2023. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/3899-cada-ocho-minutos-muere-una-mujer-en-espana-por-enfermedad-cardiovascular.html?highlight=WyJyYWRhIiw4LjtaW51dG9zIiwibXVlcmUiXQ==> Último acceso: junio 2023.
- ⁴ Vynckier P, et al. Gender gap in risk factor control of coronary patients far from closing: results from the European Society of Cardiology EUROASPIRE V registry. Eur J Prev Cardiol. 2022;29(2):344-351.
- ⁵ García, M. Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. Revista Colombiana de Cardiología 25 (2018); 8-12. Disponible en: Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género (rccardiologia.com). Último acceso: junio 2023.
- ⁶ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. HazFarma. 2023, HazAdherencia: Servicio de Adherencia Terapéutica a pacientes con patologías crónicas.
- ⁷ Maas, A. H., et al. 2021. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. European Heart Journal, 42(10), 967-984.
- ⁸ Fundación redGDPS. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la RedGDPS .3. Complicaciones de la DM. Abordaje integral del paciente con DM2 en enfermería y medicina. 2021. [Internet] Disponible en: https://www.redgdps.org/gestor/upload/colecciones/74_100Guia%20de%20enfermeria_2%C2%AAed_web.pdf. Último acceso: junio 2023.
- ⁹ Campuzano Ruiz.R. y Baquedano Mainar L. Infografía: 9 razones del cambio del RCV en la mujer.2023.
- ¹⁰ van Oosterhout REM, et al. Sex Differences in Symptom Presentation in Acute Coronary Syndromes: A Systematic Review and Meta-analysis. J Am Heart Assoc. 2020;9(9):e014733.
- ¹¹ Informe clínica mayo: Enfermedades del corazón en las mujeres. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-disease/in-depth/heart-disease/art-20046167>. Último acceso: junio 23.
- ¹² Ruiz-Cantero MT, Blasco-Blasco M, Chilet-Rosell E, Peiró AM. Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria. Farm Hosp. 2020;44(3):109-13. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/fh/v44n3/es_2171-8695-fh-44-03-109.pdf. Último acceso: julio 2023.

Dolor crónico



El dolor siempre ha sido uno de los principales problemas de la humanidad, siendo la causa más frecuente de consulta médica, un gran causante de discapacidad y sufrimiento en la persona que lo padece. Inicialmente se definió como un signo de alerta que genera el cuerpo para defenderse de un daño real o potencial, que provoca una experiencia sensorial y emocional desagradable¹.

En 2020, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) actualizó la definición del dolor considerándolo como una **experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial**. Se trata de una experiencia compleja que va más allá de la mera percepción física y está influenciada por múltiples factores^{2,7}.

En 2001, el dolor crónico fue reconocido por la OMS como enfermedad y no solo como un síntoma asociado a otras patologías. Desde entonces se considera así tanto por la Federación Europea del Dolor (EFIC) como por la IASP. Se define como **un dolor en cualquier localización que dura más de tres meses, ya sea de manera continua o intermitente** (durante más de cuatro días a la semana)⁷.

Se trata de un problema de salud pública que afecta de forma distinta a hombres y mujeres. Se clasifica atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronósticos de control del dolor [emocionales (como siente y le hace sentir el dolor), psicosociales (ánimo bajo, miedo al movimiento, creencias inconsistentes), cognitivos (lo que significa para la vida del paciente)], o según la farmacología^{3,4,5,10}. Por ello, en función de en qué se focalice o atendiendo a la:

- duración del dolor, se clasifica en agudo y crónico
- fisiopatología, se clasifica en: dolor nociceptivo (puede ser afectación superficial o interna, se denominan somático o visceral), dolor neuropático (afectación del sistema nervioso con daño en los nervios o en el cerebro) y nociplástico (percepción alterada de dolor sin afectación tisular)
- causa que lo provoca, se clasifica en: dolor crónico oncológico o no oncológico
- intensidad, se clasifica en: dolor crónico leve (permite realizar las actividades habituales), moderado (interfiere con las actividades habituales) o severo (impide realizar las actividades habituales)



El dolor crónico provoca un gran impacto en la calidad de vida de la persona afectada, repercutiendo negativamente a su actividad diaria (profesional, personal) y a la de su entorno, además del impacto sanitario que produce, afecta a las esferas biológica, psicológica y social⁶.

A nivel mundial el dolor crónico afecta a entre el 20 y el 35 % de la población. **Una de cada cinco personas en el mundo sufre dolor moderado a severo**, de las que **una de cada tres es incapaz o está muy limitada** para vivir de forma independiente y autónoma por culpa del dolor⁷.

En España, el dolor crónico afecta al 25,9 % de la población adulta, lo que supone que más de 9 millones de personas se ven afectadas por la enfermedad. No obstante, esta prevalencia es variable en los diferentes grupos sociodemográficos de la población de acuerdo con los resultados de una encuesta recientemente publicada⁶. Según el Barómetro del Dolor, **las mujeres presentan una mayor prevalencia de la enfermedad (30,5 %)**, respecto a la de los hombres (21,3 %). Esta mayor prevalencia en el sexo femenino supone que, entre los pacientes con dolor crónico, las mujeres sean mayoría (58,7 %). La edad media del paciente con dolor crónico se sitúa en los 51,5 años, **siendo la población de la franja etaria de entre 55 y 75 años los que presentan la prevalencia más alta (30,6 %)** y los de entre 18 y 34 años presentan la prevalencia más baja (18,8 %)⁶.

Las localizaciones anatómicas más habituales del dolor se encuentran en las **extremidades y/o articulaciones en el 33,1 % y en la espalda en el 28 %**. A pesar de que en un 27,1 % la causa del dolor crónico es desconocida, habitualmente está diagnosticado siendo el dolor lumbar (58,1 %), la contractura muscular (50,6 %) o el dolor cervical (46,2 %) los que más afectan a los pacientes⁸.

En este mismo sentido, la **Encuesta Europea de Salud en España (ESSE)** del año 2020 identificó que cuatro de las diez enfermedades o problemas de salud que la población \geq 15 años refería padecer con dolor con mayor frecuencia (46,14 %) eran debidos a: artrosis (excluyendo artritis) (14,37 %), dolor lumbar crónico (13,69 %), dolor cervical crónico (11,33 %) y migrañas o dolores de cabeza frecuentes (6,75 %). **Y en todas las edades era más frecuente la presentación de dolor en las mujeres**. En el caso del dolor severo o extremo, era más del doble en mujeres que en hombres en algunos grupos de edad⁹ (Figura 1).

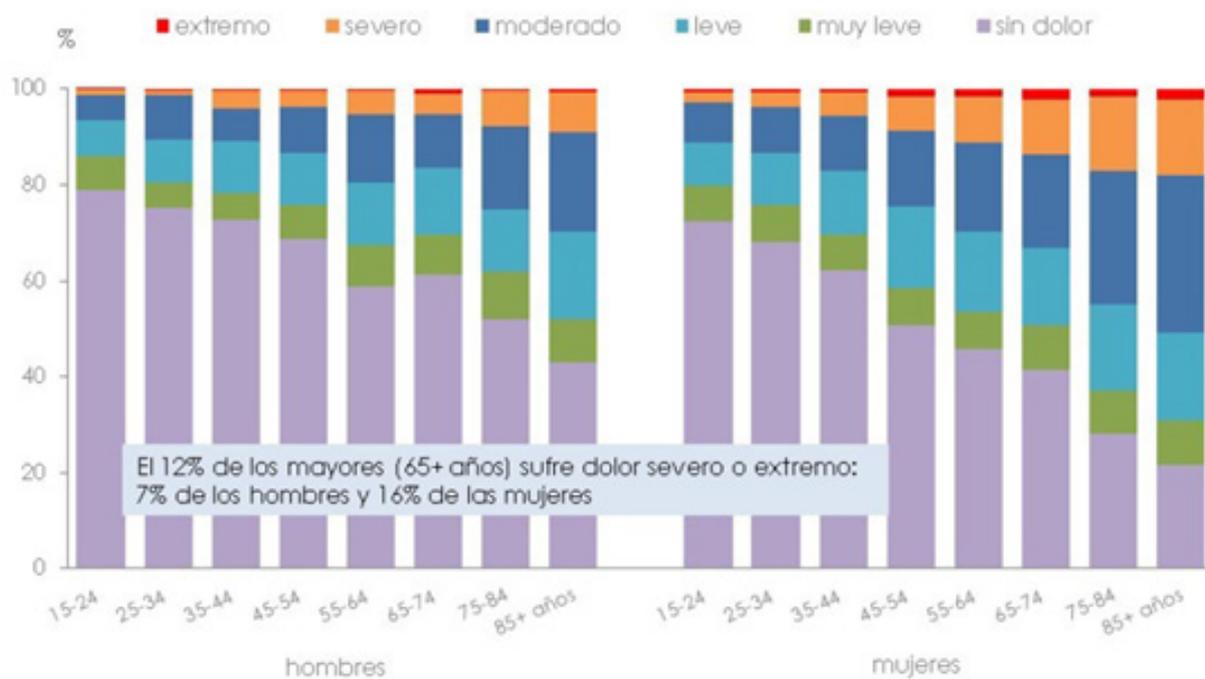


Figura 1 Severidad del dolor físico en las últimas 4 semanas.

Fuente: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf. Último acceso: abril 2024.

En España, la proporción de personas ≥ 15 años que refiere haber sufrido dolor físico en las últimas cuatro semanas aumenta con la edad, al igual que su intensidad⁹. El dolor físico afecta mayoritariamente a la mujer en cualquier franja etaria del ciclo de la vida:

- al 40,26 % de la población ≥ 15 años (32,54 % hombres y 47,54 % mujeres)
- al 56,69 % de la población ≥ 65 años (44,21 % hombres y 66,49 % mujeres)
- al 70,91 % de población de ≥ 85 años (56,92 % hombres y 78,45 % mujeres).

El dolor crónico es, por definición, siempre subjetivo y, a su vez, parece estar influenciado por factores psicosociales, como el género, y factores anatómo fisiológicos, genéticos, hormonales, etc. asociados al sexo^{12,13}.



CLAVES EN LA MUJER (TIPS)

En la caracterización del dolor crónico desde la perspectiva de sexo y género se advierten algunas diferencias que se relacionan a continuación y se resumen en la Tabla 1. En las mujeres^{1,4,5,6,8,9,11,12,13,14,15, 16, 17,18,21,22}:

- ▶ existe una menor tolerancia al dolor, mayor necesidad de consultar con profesionales sanitarios y una mayor prescripción de analgesia y antidepresivos, que en los hombres con los mismos síntomas.
- ▶ se produce una mayor respuesta a la analgesia, al estrés y una mayor sensibilidad al dolor que se atribuye a las diferencias neuroendocrinas y anatómicas fisiológicas existentes entre hombres y mujeres.
- ▶ existen determinantes biológicos que influyen en una mayor toxicidad farmacológica y en la mayor prevalencia de efectos adversos (RAM). Así, se ha puesto en evidencia una mayor incidencia de RAM de naturaleza gastrointestinal, psiquiátrica y neurológica, algunas asociadas a los fenotipos del gen CYP2D6, lo cual podría tener un impacto considerable en su bienestar y calidad de vida.
- ▶ la diferente respuesta al dolor también puede ser debido a posibles diferencias farmacológicas en la unión de los receptores opioides μ y κ del sistema nervioso central, así como de la actividad del citocromo P450, lo que sugiere que los fármacos se metabolizan más rápidamente, afectando directamente a los niveles farmacocinéticos de los analgésicos y a su respuesta.
- ▶ la respuesta al dolor se ve afectada por el ciclo menstrual, el embarazo y el uso de anticonceptivos orales, lo que permite sugerir que las hormonas están relacionadas con la respuesta al dolor, aunque se necesita más investigación para comprender plenamente los mecanismos biológicos subyacentes.
- ▶ los factores genéticos actúan como mediadores del dolor. El estrógeno, la progesterona y otras hormonas gonadales tienen una función compleja en los procesos inflamatorios y en la respuesta al dolor implicando cambios en el umbral, la percepción, la tolerancia al dolor y la respuesta analgésica.
- ▶ en el dolor crónico se dan múltiples circunstancias, a lo largo del ciclo de la vida, que son fuente de sufrimiento: la pérdida de actividades, de relaciones sociales o de funciones —en relación con los roles impuestos como mujer, como madre o profesional— la falta de perspectiva de mejoría o el no reconocimiento del dolor por parte del profesional sanitario.

Además, hay factores psicosociales que influyen y se relacionan, en parte, con el papel del género tradicional. Desde temprana edad, los niños se sociabilizan siguiendo las normas de género para responder al dolor; se enseña a los niños a ser duros, tolerar el dolor y aguantar experiencias dolorosas, mientras que a las niñas se les prepara para ser sensibles, cuidadosas y verbalizar la incomodidad. Los profesionales sanitarios atribuyen con frecuencia a la emocionalidad (a factores psicológicos) de las mujeres lo que son síntomas físicos, influyendo en la mayor prescripción de fármacos sintomáticos. Por todo ello, la falta de atención adecuada, de un diagnóstico preciso y de un abordaje apropiado hacen que la mujer esté en un “estado de sufrimiento” permanente relacionado con el dolor que condiciona su vida y la margina en muchas ocasiones a la soledad y a la depresión.

| Mujeres | Características | Hombres |
|---|---|--|
| Doble | Prevalencia | Inferior |
| Mayor | Frecuencia | Menor |
| Superior | Duración | Inferior |
| Mayor | Sensibilidad al dolor | Menor |
| Menor | Tolerancia al dolor | Mayor |
| Mayor | Necesidad de solicitar ayuda | Menor |
| Cefaleas, dolor en la zona pélvica (endometriosis, dismenorrea ...) y fibromialgia | Etiología frecuente | De origen osteomuscular |
| 6 años | Tiempo para el diagnóstico de dolor crónico | 3 años |
| Mayor prescripción de fármacos sintomáticos, con independencia del dolor, y por automedicación. | Tratamiento ante mismos síntomas “brecha en el abordaje” | Mayor prescripción de fármacos específicos para el dolor e ingresos hospitalarios |
| Adaptativas, centradas en el apoyo social, reevaluaciones positivas y autorregulación emocional (modalidades cognitivo-conductuales). | Estrategias terapéuticas más utilizadas | Farmacológicas, ejercicio físico, fisioterapia o rehabilitación (modalidades conductuales) |
| Mayor frecuencia especialmente por el menor peso corporal y la utilización de dosis mayores a las necesarias | Reacciones adversas | Menor frecuencia |
| Doble que en los hombres | Asociado a trastornos mentales (depresión, ansiedad y somatizaciones) | Únicamente se equipara cuando el dolor es muy intenso y le provoca discapacidad |

Tabla 1- Características diferenciales clave del dolor crónico en la mujer respecto del hombre.



En la Tabla 2 se presentan los principales cuadros clínicos que cursan con dolor de forma diferente en las mujeres versus hombres.

Cuadros clínicos que cursan con dolor crónico en mujeres

Cuadros clínicos que cursan con dolor crónico de mayor prevalencia en mujeres

- Migraña
- Cefalea tensional
- Trastornos temporomandibulares
- Lumbalgia
- Cervicalgia
- Artrosis
- Arteritis temporal
- Síndrome de túnel carpiano
- Cistitis intersticial
- Síndrome de fibromialgia

Cuadros clínicos frecuentes que cursan con dolor crónico de presentación distinta en mujeres

- Artritis reumatoide
- Osteoartritis
- Síndrome de intestino irritable
- Cardiopatía isquémica

Cuadros clínicos que cursan con dolor crónico propios de la mujer

- Vaginosis
 - Vulvodinia
 - Síndrome de congestión pélvica
 - Dolor pélvico crónico
 - Dismenorrea
 - Endometriosis
 - Enfermedad inflamatoria pélvica
-

Tabla 2- Cuadros clínicos con dolor crónico en mujeres¹⁸.

Fuente: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/dolor-cronico-en-la-mujer>.



Consejos de tu farmacéutic@

Recomendaciones sobre hábitos saludables que puedes facilitar al paciente con dolor^{19,20}:

- Mantén **actividad física y mental** haciendo algo de ejercicio diario, como caminar, nadar, leer, etc.
- Aprende **técnicas de relajación** que te ayuden a controlar el dolor: controlando la respiración, propiciando un ambiente con luz adecuada, etc. La relajación ayuda a aliviar el dolor o evita que empeore, al disminuir la tensión muscular. Pueden ayudarte a dormir, a sentir menos cansancio, reducir la ansiedad y hacer que otros métodos contra el dolor funcionen mejor.
- Realiza **actividades gratificantes** para evitar la tristeza, la ansiedad o depresión ya que, si te sientes triste, abordarás peor el dolor.
- **Sociabiliza diariamente** para mantener la actividad social con familia, amigos, compañeros, etc.
- Si tienes que abandonar una actividad con la que habitualmente disfrutabas, intenta reemplazarla con algo que te estimule o distraiga mentalmente.
- El dolor crónico afecta no sólo a quien lo sufre, sino a todos aquellos que te rodean, especialmente a la familia más cercana. Intenta compartir tus sentimientos negativos con los médicos, y los buenos momentos con tus amistades, familiares, etc.



Y además es importante que recuerdes que^{18,19,20}:

- El control del dolor es parte de tu tratamiento. Comunica abiertamente con tu médico, farmacéutico y con los profesionales de la salud implicados sobre el dolor crónico que sufres para que puedan conocer lo que sientes exactamente y te ayuden a controlarlo. Es importante que lleves un **registro del dolor** día a día, semana a semana para comentarlo con ellos. La mejor manera de controlar el dolor es evitar que empiece o empeore.
- El dolor crónico puede ser aliviado y/o controlado; hay muchos tratamientos, farmacológicos y no farmacológicos y siempre son personalizados.
- **Toma la medicación prescrita**, en la cantidad y frecuencia indicada por el profesional sanitario para que el tratamiento sea más seguro y efectivo.
- **No abandones el tratamiento**, aunque tu dolor haya mejorado y espera a que te lo indiquen los profesionales sanitarios.
- **Advierte a tu farmacéutico, médico u otros profesionales implicados** en la toma de otros medicamentos por otra enfermedad o problema de salud para evitar posibles problemas asociados a la medicación (contraindicaciones, precauciones, interacciones, ...)
- Utiliza **medidas no farmacológicas** para reducir el sufrimiento, como alguna de las incluidas en la Tabla 3.

| | |
|------------------------------|--|
| Educación y empoderamiento | Infórmate lo suficiente sobre la enfermedad para entenderla y poder llevar a cabo un adecuado autocuidado. |
| Intervención psicológica | Adquiere estrategias para afrontar el dolor, disminuir el catastrofismo y los miedos y así fomentarás la autoeficacia. |
| Terapia cognitivo-conductual | Trabaja en la resolución de problemas y en la adquisición de habilidades de afrontamiento del dolor adaptando y haciendo cambios en el día a día, conforme a tu realidad. |
| Mindfulness o atención plena | Disminuye la dispersión mental y la ansiedad. Se consciente del dolor, acéptalo y promueve una actitud positiva para mejorar su control. |
| Ejercicio físico | Realiza ejercicio físico adaptado a tu situación para aumentar el bienestar global y la funcionalidad, mejorar el sueño y el dolor. |
| Contacto social | Utiliza recursos de la comunidad donde poder llevar a cabo alguna de las medidas no farmacológicas y busca otras fuentes de apoyo y bienestar. Las asociaciones de pacientes suelen ser lugares de encuentro para el empoderamiento. |

Tabla 3- Opciones no farmacológicas para el abordaje del dolor crónico¹⁸. Adaptado.

Fuente: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/dolor-cronico-en-la-mujer>.

Bibliografía

- ¹ Bravo MDL, Prol JL, Vaquerizo EP. Diferencias por sexo en sensibilidad al dolor desde un enfoque biopsicosocial. *Journal of MOVE & Therapeutic Science*, 2020; 2(1): 141-152.
- ² Sociedad Española Del Dolor (SED). Disponible en: <https://www.sedolor.es/la-iasp-actualiza-la-definicion-de-dolor-por-primera-vez-desde-1979>. Último acceso: marzo 2024.
- ³ Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.) [Internet]*. 2005; 28(3): 33-37. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006. Último acceso: marzo 2024.
- ⁴ Escuela Andaluza De Salud Pública (EASP). Consejería de Salud y Consumo. Mujeres padecen dolor el doble que los hombres. [n. d]. Disponible en: <https://www.easp.es/las-mujeres-tienen-el-doble-de-probabilidad-que-los-hombres-de-padecer-dolor-cronico/>. Último acceso: marzo 2024.
- ⁵ Escuela Andaluza De Salud Pública (EASP). Consejería de Salud y Consumo. Dolor crónico. [n. d]. Disponible en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/2020/07/05_dolor-cronico.pdf. Último acceso: marzo 2024.
- ⁶ Fundación Grünenthal y el Observatorio del dolor de la Universidad de Cádiz. Barómetro del dolor crónico en España 2022. Disponible en: <https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/con-la-ciencia/barometro-dolor-cronico-espana-2022>. Último acceso: marzo 2024.
- ⁷ Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). El dolor en el mundo. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org>. Último acceso: marzo 2024.
- ⁸ Fundación Grünenthal. Infografía barómetro del dolor crónico en España 2022. Disponible en: <https://www.dolor.com/es-es/para-sus-pacientes/otros-recursos/barometro-dolor-cronico-espana-2022>. Último acceso: abril 2024.
- ⁹ Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España. ESSE 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf. Último acceso: abril 2024.
- ¹⁰ Kamper S, Rebbeck T, Maher C, McAuley J, Sterling M. Course and prognostic factors of whiplash: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2008; 138:617–29.
- ¹¹ Ruiz-Cantero MT, Blasco-Blasco M, Chilet-Rosell E, Peiró AM. Gender bias in therapeutic effort: from research to health care. *Farm Hosp*. 2020;44(3):109-113. doi: 10.7399/fh.11394.
- ¹² Gallach Solano E, Bermejo Gómez M A, Robledo Algarra R, Izquierdo Aguirre R M, Canos Verdecho M A. Gender determinants in the approach to chronic pain. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2020; 27(4): 252-256. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462020000400007&script=sci_arttext&lng=en. Último acceso: abril 2024.
- ¹³ Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag*. 2018; 2018:6358624. doi: 10.1155/2018/6358624.
- ¹⁴ Pérez C, Margarit C, Serrano M. Survey of European Patients Assessing Their Own Noncancer Chronic Pain: Results from Spain. *Curr Med Res Opin*. 2013;29(6):643-65.
- ¹⁵ Orts B, Muriel J, Peiró AM. Pharmacogenetics in analgesic response: towards a sex-differences personalized medicine. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2023.
- ¹⁶ Muriel J, Margarit C, Barrachina J, Ballester P, Flor A, Morales D, Horga JF, Fernández E, Peiró AM. Pharmacogenetics and Prediction of Adverse Events in Prescription Opioid Use Disorder Patients. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2019;124(4):439-448.



- ¹⁷ Lopes GS, Bielinski S, Moyer AM, Jacobson DJ, Wang L, Jiang R, Larson NB, Miller VM, Zhu Y, Cavanaugh DC, et al. Sex Differences in Type and Occurrence of Adverse Reactions to Opioid Analgesics: A Retrospective Cohort Study. *BMJ Open*. 2021;11(6):e044157.
- ¹⁸ Folch Marín B, Palop Larrea V. Dolor crónico en la mujer. *AMF*. 2020;16(5):289-294. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/dolor-cronico-en-la-mujer>. Último acceso: abril 2024.
- ¹⁹ Sociedad Española de Dolor (SED). [n.d]. Agenda para el seguimiento del paciente con Dolor (área de pacientes) Disponible en: <http://www.sedolor.es>. Último acceso: abril 2024.
- ²⁰ Sociedad Española Del Dolor (SED). 2017. Guía para el automanejo del dolor. Herramientas de ayuda. Disponible en: <https://www.sedolor.es/pacientes/documentacion/>. Último acceso: abril 2024.
- ²¹ Déniz Saavedra V. SEMERGEN. Dolor crónico no oncológico. Disponible en: <https://organonpro.com/es-es/hera>. Último acceso: abril 2024.
- ²² Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Suzuki A et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet*. 2020; 22;396(10250):565-582. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31561-0.

4 PROBLEMAS DE SALUD MUJER DE EDAD AVANZADA





Osteoporosis



Se define como una patología esquelética sistémica caracterizada por la pérdida de masa ósea, disminución de la densidad mineral ósea, pérdida de la integridad micro arquitectónica y resistencia ósea comprometida, que conduce a un aumento de la fragilidad ósea y consiguiente aumento del riesgo de fractura, principalmente a nivel de la columna vertebral y el fémur¹. Se trata de un proceso crónico, habitualmente asintomático, que deteriora el hueso haciéndolo propenso a la fractura. Se suele clasificar en dos tipos: primaria (posmenopáusica y senil) y secundaria (por otras enfermedades o por el consumo de medicamentos)².

La densidad mineral ósea (DMO), o cantidad de hueso por unidad de volumen, aumenta progresivamente durante el crecimiento y la juventud, hasta alcanzar un “pico máximo” aproximadamente a los 30 años. Este pico máximo es un factor determinante de la cantidad de masa ósea en etapas posteriores de la vida³.

La osteoporosis afecta a más de 200 millones de personas en el mundo, su prevalencia aumenta con la edad y con el envejecimiento. La gran morbi-mortalidad asociada a esta enfermedad es debido, fundamentalmente, a las fracturas por fragilidad. Se ha calculado que se presenta una fractura vertebral o femoral cada 200 segundos, con una tasa de mortalidad que oscila entre el 15 % y el 25 %, lo que conlleva una gran carga socioeconómica⁴.

A nivel mundial, tanto en hombres como en mujeres, la osteoporosis y las fracturas osteoporóticas son importantes problemas de salud pública debido a la morbi- mortalidad que generan, la disminución de la calidad de vida relacionada con la salud y el gasto sanitario asociado. **Las mujeres presentan más riesgo que los hombres**, aunque en la actualidad se reconoce que la enfermedad en los hombres está poco estudiada, subdiagnosticada e infra tratada⁵.

La osteoporosis sigue siendo una patología predominantemente femenina^{6,7}. Antes de la pubertad, en ambos sexos, la longitud y la anchura del hueso aumentan progresivamente. Debido a que los niños entran en la pubertad años más tarde que las niñas, pueden adquirir mayor longitud ósea y DMO, antes de la **pubertad**.

Las diferencias relacionadas con el género en el tamaño óseo y la DMO confieren mayor integridad esquelética en los hombres, lo que puede contribuir a su menor incidencia de fractura⁸. Las **mujeres posmenopáusicas** presentan una mayor susceptibilidad debido a que su pico de masa ósea es inferior y a los efectos esqueléticos desfavorables que ejercen el déficit de estrógenos y el envejecimiento.

En relación con el género, sexo y raza, el **riesgo de fracturas por fragilidad es aproximadamente 2,5 veces mayor entre las mujeres**, de raza blanca y negra, en comparación con los hombres. **Entre las mujeres las tasas de fractura en la raza negra es un 50 % menor que en las de raza blanca**, mientras que, en los hombres el riesgo es similar. Las mujeres tienden a tener huesos más delgados que los hombres para un tamaño corporal determinado, lo que las pone en mayor riesgo de fracturarse en condiciones extremas de carga (por ejemplo, entrenamiento militar y caídas en los ancianos). Así mismo, las mujeres tienen significativamente menos masa ósea (área cortical). Todo ello conduce a un déficit estructural que puede impactar funcionalmente en la resistencia de los huesos y sus consecuencias⁹.

En España padecen osteoporosis 2.945.000 personas, el 79,2 % son mujeres, de las que 1.117.000 no tienen tratamiento. Sin tratamiento, las personas con alto riesgo permanecen desprotegidas contra fracturas potencialmente debilitantes y mortales. La prevalencia de esta enfermedad ascendió al 5,4 % de la población española (similar a la media de la UE -5,6 % -). En 2019 se produjeron 289.000 fracturas por fragilidad, el equivalente a 33 fracturas por día, siendo las fracturas de cadera y columna vertebral en adultos mayores una causa importante de morbilidad y mortalidad¹⁰.

Entre los factores de riesgo (Tabla 1), además, e independiente de los riesgos relacionados con el hueso, tanto los factores de riesgo extraesqueléticos como la posibilidad de caídas, contribuyen al riesgo de fractura. **Existen factores de riesgo dependientes de la DMO que son exclusivos de las mujeres y que tienen gran influencia en la pérdida ósea**, como la menopausia precoz (de forma natural o debido a una cirugía), cualquier status hipoestrogénico debido a condiciones como la anorexia nerviosa o por exceso de ejercicio, y por terapia antiestrogénica para el cáncer de mama, como los inhibidores de la aromatasa. La influencia de los factores es diferente en función del tipo de fractura y, además, tienen una distinta influencia en función de, por ejemplo, la edad o la presencia o ausencia de otros factores¹¹. Además del envejecimiento y la menopausia, otras enfermedades subyacentes y/o el uso de fármacos que afectan al hueso, también pueden causar osteoporosis, la denominada secundaria¹².

El 5 % de las personas de 50 años y el 50 % de 80 años han disminuido la DMO, mientras que más del 75 % de las mujeres mayores de 60 años se ven afectadas. Por lo tanto, hay una diferencia significativa de género en la prevalencia de la enfermedad: **1 de cada 2 mujeres y 1 de cada 4 hombres mayores de 50 años tendrá una fractura relacionada con la osteoporosis** en su vida útil⁴.



| DMO INDEPENDIENTE | DMO DEPENDIENTE |
|--|--|
| Edad, sexo y raza | Hipogonadismo no tratado |
| Fractura por fragilidad previa | Síndromes de malabsorción (celiaquía, etc.) |
| Historia materna de fractura de cadera | Disfunción tiroidea |
| Terapia oral con corticoides | Enfermedad renal crónica |
| Fumar en la actualidad | Hepatopatía crónica |
| Consumo de alcohol ≥ 3 unidades/día | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) |
| Artritis reumatoide | Inmovilidad |
| IMC ≤ 19 kg/m ² | Fármacos (inhibidores de la aromatasas, inhibidores de la bomba de protones, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, tiazolidindionas) |
| Caídas | Vitamina D |

Tabla 1: Factores de riesgo para la osteoporosis

Fuente: Baró Mariné F., et al. Menogüia. Osteoporosis www.aeem.es. 2012. Disponible en: <http://www.aeem.es/documentos/menoguias/MENOGUIAOSTEOPOROSIS.pdf>.

En cuanto a las causas, la osteoporosis postmenopáusica es la forma más común de osteoporosis en mujeres, mientras que la osteoporosis secundaria y senil prevalecen en los hombres. Este hecho ha llevado a centrar la mayoría de los estudios y tratamientos en las mujeres. Además, especialmente en la peri y postmenopausia la mujer es más consciente del problema y, por lo tanto, se somete a programas de detección de osteoporosis, exámenes (densitometrías óseas) y terapias. Desafortunadamente, los hombres, rara vez se someten a cribados o pruebas para detección precoz, por tanto, se encuentran subdiagnosticados⁵.

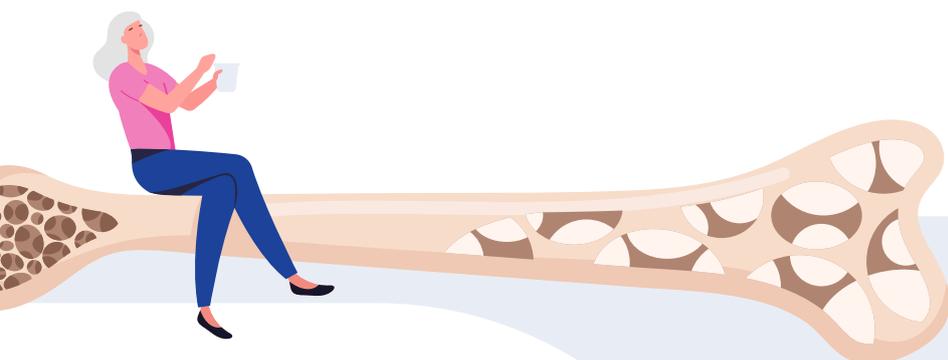
Por otro lado, existe una baja adherencia al tratamiento, ya que aproximadamente el 50% de los pacientes abandonan el tratamiento durante el primer año, lo que produce un aumento del riesgo de fracturas osteoporóticas y sus consecuencias. La falta de adherencia depende de varios factores que implican tanto al enfermo (edad avanzada, género femenino porque suelen tener más efectos secundarios, aislamiento social y falta de soporte familiar, nivel educativo, cultural y económico, percepción y comprensión de la gravedad de la enfermedad y los beneficios que esperan de las medidas terapéuticas, etc.), la enfermedad (escasa importancia al ser crónica y asintomática), el tratamiento (vías de administración, RAM y la efectividad y duración a muy a largo plazo), como al profesional (buena relación profesional-paciente, individualizar cada tratamiento a las condiciones del paciente, etc.)¹³.

Por todo ello, es fundamental reforzar la necesidad de una correcta adherencia tanto al tratamiento farmacológico, como al no farmacológico adoptando adecuadas medidas higiénico-dietéticas (mejorar los hábitos de vida saludables en cuanto a la alimentación y ejercicio físico) con el objetivo de disminuir los riesgos de caídas, las fracturas por fragilidad y el gasto sanitario.



CLAVES EN LA MUJER (TIPS)

- ▶ La osteoporosis sigue siendo una patología predominantemente femenina.
- ▶ Las mujeres **presentan más riesgo de fracturas osteoporóticas que los hombres**, aunque en la actualidad se reconoce que en los hombres la enfermedad está poco estudiada, subdiagnosticada e infra tratada.
- ▶ **Antes de la pubertad**, en ambos sexos, la longitud y la anchura del hueso aumentan progresivamente. Debido a que los niños entran en la pubertad años más tarde que las niñas, pueden adquirir mayor longitud ósea y DMO.
- ▶ **En la pubertad**, el crecimiento óseo en las mujeres se ve inhibido por las alteraciones de los estrógenos.
- ▶ Las diferencias relacionadas con el género en el tamaño óseo y la DMO confieren mayor integridad esquelética en los hombres, lo que puede contribuir a su menor incidencia de fractura.
- ▶ Las mujeres **posmenopáusicas** presentan una mayor susceptibilidad de fracturas debido a que su pico de masa ósea es inferior y a los efectos esqueléticos desfavorables que ejercen el déficit de estrógenos y el envejecimiento.
- ▶ Las mujeres tienden a tener huesos más delgados que los hombres para un tamaño corporal determinado, lo que las pone en mayor riesgo de fracturarse en condiciones extremas de carga.
- ▶ Existen **factores de riesgo dependientes de la DMO que son exclusivos de las mujeres** y que tienen gran influencia en la pérdida ósea; menopausia precoz, anorexia nerviosa, exceso de ejercicio, terapia antiestrogénica como los inhibidores de la aromatasa, etc.





Consejos de tu farmacéutico@

Existen factores modificables y no modificables que afectan al desarrollo de la osteoporosis, abordando los modificables (adoptando hábitos de vida saludables) se puede retrasar y reducir los efectos de la enfermedad.

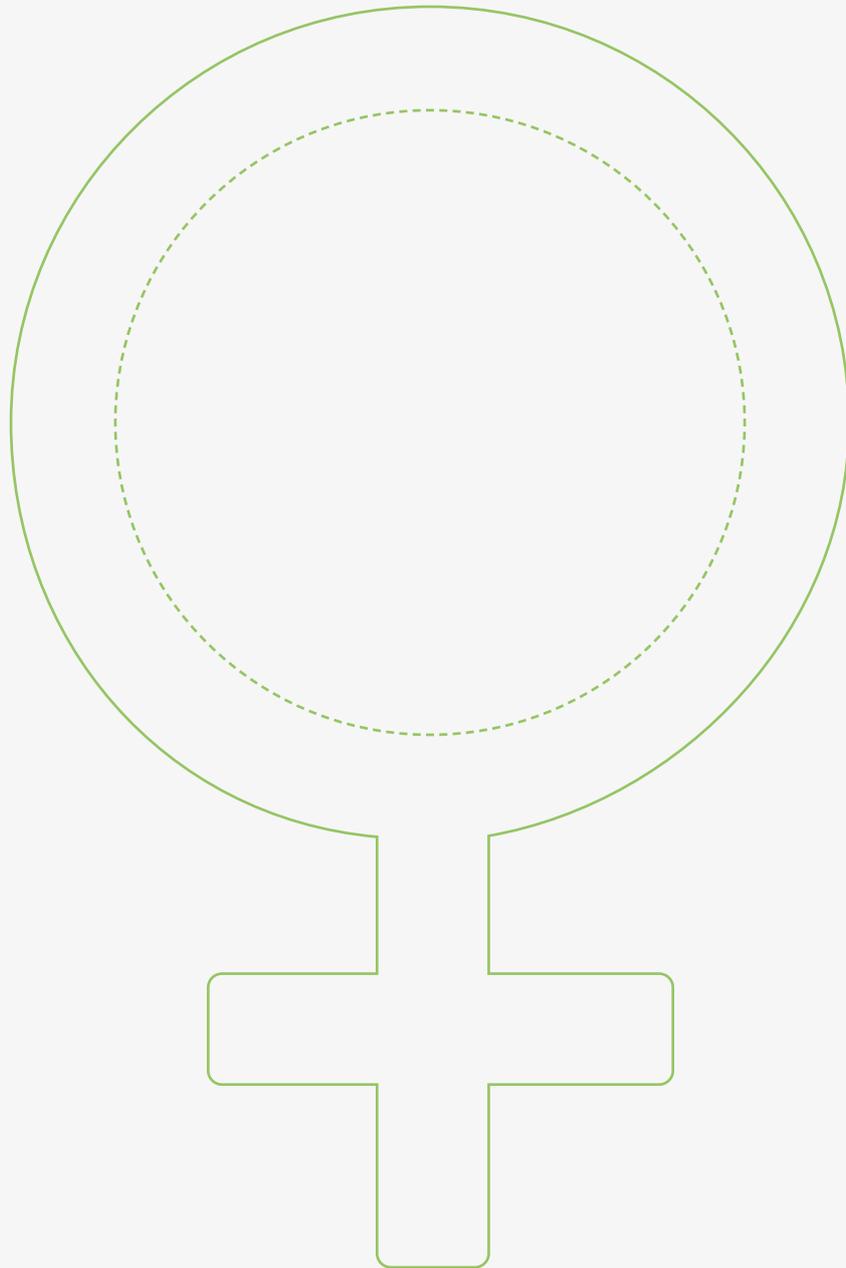
| MODIFICABLES | NO MODIFICABLES |
|------------------------------|--|
| Consumo de alcohol | Antecedentes familiares |
| Dieta baja en calcio | Fractura por fragilidad previa |
| Bajo índice de masa corporal | Edad > de 60 años |
| Caídas frecuentes | Hipogonadismo primario / secundario en hombres |
| Deficiencia de vitamina D | Menopausia / histerectomía en mujeres |
| Falta de actividad física | Raza / etnia |
| Mala alimentación | Sexo |
| Tabaquismo | Tratamiento prolongado con glucocorticoides |
| Trastornos alimenticios | |
| Ingesta diaria de café | |
| Baja densidad ósea mineral | |

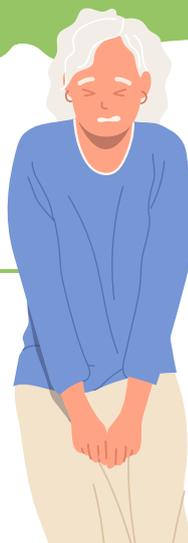
Medidas higiénico-dietéticas:

- Evita el consumo de tabaco.
- Modera el consumo y evita el consumo rápido e intenso de bebidas alcohólicas:
 - » Hombres: menos de 14 unidades de bebida a la semana*.
 - » Mujeres: menos de 8 unidades de bebida a la semana*.
 - * 1 unidad se corresponde con 250 cc de cerveza, 125 cc de vino o 30 cc de una bebida de mayor graduación.
- Elige un ejercicio físico regular (caminar, correr, levantar pesas...) que pueda mantener y realizar durante al menos 30 minutos, entre 5-7 días, puede fortalecer los huesos.
- Incorpora a la dieta suficiente cantidad de calcio y vitamina D; son necesarios para formar huesos fuertes y sanos. Consume verduras de hoja verde oscura, yogur y leche (por el calcio) y huevos, pescados grasos y cereal enriquecido (por la vitamina D).
- Toma medidas para prevenir caídas, por ejemplo:
 - » Asegúrate de que haya suficiente luz para ver el suelo.
 - » Retira las alfombrillas y el exceso de objetos con los que puedas tropezarte.
 - » Utiliza bastones y barandillas, en las escaleras.

Bibliografía

- ¹ Akkawi I, Zmerly H. Osteoporosis: Current Concepts. *Joints*. 2018;6 (2):122-127. doi: 10.1055/s-0038-1660790.
- ² Kwan, P. Osteoporosis: from osteoscience to neuroscience and beyond. *Mech Ageing Dev*. 2015: 145 pp. 26-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mad.2015.02.001>. Último acceso: noviembre 23.
- ³ Piqué Prado, E. Guía de buenas prácticas en Atención Primaria con perspectiva de género. *Index Enferm*. [Internet]. 2011; 20 (4): 267-271. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/mig/guia_osteoporosis_edicion2.pdf Último acceso: noviembre 2023.
- ⁴ Maggi, S., et al. "Quantitative heel ultrasound in a population-based study in Italy and its relationship with fracture history: the ESOP study." *Osteoporosis International* 2006; 17: 237-244. doi: 10.1007/s00198-005-1985-2.
- ⁵ De Martinis M, et al. Gender Differences in Osteoporosis: A Single-Center Observational Study. *World J Mens Health*. 2021. Oct;39(4):750-759. doi: 10.5534/wjmh.200099.
- ⁶ Hetty S., et al. Vertebral fracture assessment by dual-energy X-ray absorptiometry along with bone mineral density in the evaluation of postmenopausal osteoporosis. *Arch Osteoporos*. 2020. 24;15(1):25. doi: 10.1007/s11657-020-0688-9.
- ⁷ Ginaldi L., et al. Interleukin-33 serum levels in postmenopausal women with osteoporosis. *Sci Rep*. 2019. 7;9(1):3786. doi: 10.1038/s41598-019-40212-6.
- ⁸ Nieves J.W., et al. Males have larger skeletal size and bone mass than females, despite comparable body size. *J Bone Miner Res*. 2005 Mar;20(3):529-35. doi: 10.1359/JBMR.041005.
- ⁹ Schlecht SH., Bigelow EM., Jepsen KJ. How Does Bone Strength Compare Across Sex, Site, and Ethnicity? *Clin Orthop Relat Res*. 2015 Aug;473(8):2540-7. doi: 10.1007/s11999-015-94229-6.
- ¹⁰ Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Informe europeo de la Fundación Internacional de la Osteoporosis. SCOPE'21. [Internet]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Osteoporosis-en-Espa%C3%B1a_Feb.2022.pdf. Último acceso: noviembre 2023.
- ¹¹ Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). 2012. Menoguía. Osteoporosis. [Internet]. Disponible en: <https://aeem.es/wp-content/uploads/2022/08/menoguiaosteoporosis.pdf>. Último acceso: noviembre 2023.
- ¹² Gimeno Jódar, E. "Osteoporosis secundarias". *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2014. 11;60: 3535-3544.
- ¹³ Sosa Henríquez, M., Gómez de Tejada Romero, M. J. El correcto cumplimiento del tratamiento para la osteoporosis: aún nos queda mucho por hacer. *Rev Osteoporos Metab Miner* [Internet]. 2016. 8(1), 3-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1889-836X2016000100001&lng=es. Último acceso: noviembre 2023.





Infecciones del tracto urinario

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria y de visita a las urgencias del hospital. Afecta al 50 % de las mujeres al menos una vez en su vida, siendo rara en los hombres de 20 a 50 años¹. Tanto en hombres como en mujeres, su incidencia aumenta con la edad, la comorbilidad y la institucionalización².

En el término “ITU” se engloban diversos síndromes clínicos, con etiologías diferentes que tienen por denominador común la presencia de bacterias en el tracto urinario cuando éste es habitualmente estéril, asociado a sintomatología y gravedad clínica variable³.

Las ITU tienen peculiaridades distintas dependiendo de diferentes factores, como: el sexo, la edad, la presencia de alteraciones estructurales de la vía urinaria o la necesidad de un sondaje vesical prolongado, entre otros⁴.

En cuanto a su etiología, más del 95 % son mono microbianas, siendo *Escherichia coli* el microorganismo implicado con mayor frecuencia (70-80 % de los casos), afectando especialmente a las mujeres (53,2 %) frente a los hombres (26,6 %) y seguido de *Enterococcus faecalis* que presenta mayor prevalencia en hombres (15,6 %) frente a 2,9 % en mujeres¹⁵. Menos frecuentes son las ITU por *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus saprophyticus* (casi exclusivo de mujer premenopáusicas), *Streptococcus agalactiae* (mayor prevalencia en mujeres de entre 15 y 59 años) y otros bacilos Gram negativos^{2,8,16}.

La causa de que las ITU afecten más a mujeres que a hombres es, entre otras, porque la uretra es más corta y el orificio uretral está más cerca de la vagina y el recto, lo que facilita que los gérmenes puedan llegar hasta la vejiga y producir una infección^{7,8}.

La infección puede localizarse en diferentes puntos del tracto urinario⁴:

- ▶ Vejiga: infección denominada infección vesical o **cistitis**.
- ▶ Riñones: en uno o ambos riñones, denominada infección renal o **pielonefritis**.
- ▶ Uréteres: conductos que llevan la orina desde los riñones a la vejiga (raramente son el único sitio de una infección).
- ▶ Uretra: infección del conducto que lleva la orina desde la vejiga hacia el exterior, denominada **uretritis**.



En general, las infecciones urinarias se clasifican⁵ en:

- ▶ **ITU inferiores o de vías bajas** (cistitis, uretritis y prostatitis)
- ▶ **ITU superiores o de vías altas** (pielonefritis, nefritis bacteriana aguda, abscesos renales y abscesos perinefríticos).

Las manifestaciones clínicas de las ITU varían desde infecciones asintomáticas y sin complicaciones (cistitis agudas), hasta afecciones graves y complicadas, como *pielonefritis* o *urosepsis* que suelen ser más prevalentes en hombres de edad avanzada con comorbilidades y sin sintomatología determinante (dolor abdominal, somnolencia, afectación del estado general o fiebre), con importantes variaciones tanto en el diagnóstico como en el tratamiento^{6,17,19}.

En las mujeres es más habitual que la ITU se localice en la vejiga (cistitis no complicadas) y en la mayoría de los casos causada por E. coli⁴. En los hombres, además, se pueden infectar otros órganos como la próstata y los testículos⁷.

Las *cistitis agudas* en las mujeres suelen ser asintomáticas, en caso contrario los **síntomas clínicos más característicos⁸** son:

- ▶ escozor, ardor y dolor al miccionar
- ▶ Urgencia miccional
- ▶ Polaquiuria (micción frecuente con escasa cantidad de orina)
- ▶ Dolor o presión en la parte baja del abdomen
- ▶ Hematuria (orina con sangre)
- ▶ Orina turbia, con mal olor
- ▶ Tenesmo

Si la ITU es de vías altas, como la *pielonefritis*, o es complicada aparece dolor en la zona de los riñones o síntomas generales como fiebre, cefalea, escalofríos, náuseas, vómitos, malestar general⁵.

La ITU más grave que puede afectar a las vías urinarias es la ***pielonefritis aguda***, complicada o no complicada, en función de si hay alteraciones anatómicas o funcionales del aparato urinario o presencia de microorganismos resistentes que puedan influir en la respuesta al tratamiento y determinar la evolución de la enfermedad. Con tratamiento suele curarse sin dejar secuelas, pero, si sigue su curso, puede complicarse y producir lesiones que atrofian el riñón o, incluso, provocar septicemia. La infección renal aguda, si no se trata precozmente puede evolucionar a crónica, causando daño renal permanente y destruyendo los tejidos del riñón¹⁷.

Existen diversos **factores que inciden en la aparición de ITUs**, y son variables en función de la causa, el tiempo de tratamiento, la edad y el sexo se relacionan en la Tabla 1

Tabla 1- Principales diferencias y factores relacionados con la aparición de ITU^{3,4, 5,11,12,16,17,18}.

| | Mujer | Hombre |
|-------------------------------|---|---|
| CAUSA FRECUENTE | La mayoría son causadas por las bacterias del recto que llegan a la uretra y la vejiga. | La mayoría son el resultado de problemas que obstruyen el flujo normal de la orina, como un agrandamiento de la próstata. |
| TRATAMIENTO PARA | La cistitis con antibioterapia, de 1 a 3 días. | La cistitis con antibioterapia, de 7 a 14 días. |
| EDAD: INFANCIA Y ADOLESCENCIA | <ul style="list-style-type: none"> • más habitual y complicada • menor edad | <ul style="list-style-type: none"> • no circuncidados • antecedentes o presencia de reflujo vesicouretral o de otras anomalías estructurales |
| EDAD: JÓVEN | <ul style="list-style-type: none"> • muy frecuentes • antecedentes de ITUs en la madre o en la infancia • el uso de diafragma o espermicidas con preservativos, • embarazo (alto nivel de estrógenos) • actividad sexual/nuevas parejas. | <ul style="list-style-type: none"> • poco frecuentes • por anomalías funcionales y/o estructurales de las vías urinarias • en relación con la actividad sexual |
| EDAD: MADURA | <ul style="list-style-type: none"> • menopausia • posmenopausia (pérdida de estrógenos), • incontinencia urinaria • antecedentes de ITUs previas en la edad fértil o en los últimos 12 meses | <ul style="list-style-type: none"> • relacionados con la patología prostática, • andropausia (pérdida de testosterona) • cáncer de próstata o vejiga • cálculos renales |
| AVANZADA | <ul style="list-style-type: none"> • utilización de antibióticos en semanas previas • ITUs recurrentes • hospitalización • institucionalización • incontinencia intestinal • ser portadores de sondas permanentes de orina • presentar enfermedades que afectan los hábitos de cuidados personales (alzhéimer, demencias...) | |

Por otro lado, existen alteraciones del flujo urinario que predisponen o agravan las ITUs, como en el embarazo (además de las alteraciones hormonales que pueden modificar las bacterias de las vías urinarias), en las malformaciones del aparato urinario o en ciertas enfermedades (diabetes, cánceres, quiste ovárico, cálculos renales, enfermedades neurológicas, etc.)⁵.



CLAVES EN LA MUJER (TIPS)

Las ITU son infecciones bacterianas prevalentes y recurrentes que afectan a individuos en todo el mundo, lo que supone una carga significativa para los sistemas de salud¹⁹.

Las tasas de ITU cambian a lo largo del ciclo de la vida en mujeres y hombres¹⁸, lo que sugiere que los cambios en los niveles de hormonas sexuales tienen un importante papel en la respuesta a la infección:

- ▶ La infancia, es el único período de la vida durante el cual los hombres tienen un mayor riesgo de bacteriuria e ITU.
- ▶ Durante la edad adulta, la prevalencia de bacteriuria es mayor en las mujeres y aumenta con la edad en los hombres o durante el embarazo en mujeres.
- ▶ En la edad avanzada, las diferencias en la incidencia entre hombres y mujeres disminuyen y ambos sexos presentan altas tasas de ITU recurrente.

Cuatro de cada 10 mujeres que presentan una ITU suelen sufrir una reinfección a los seis meses⁹. **Se considera que una ITU es recurrente cuando aparecen 3 o más episodios en un año.** En las mujeres jóvenes se relacionan con la actividad sexual y en las posmenopáusicas por el déficit de estrógenos⁶.

Los principales factores de riesgo para padecer ITUs recurrentes entre las mujeres posmenopáusicas^{9,10,13} son:

- ▶ antecedentes de ITUs antes de la menopausia
- ▶ incontinencia urinaria
- ▶ cistocele
- ▶ residuo posmiccional
- ▶ vaginitis atrófica debido a deficiencias de estrógenos
- ▶ histerectomía o cirugía ginecológica previa
- ▶ diabetes mellitus
- ▶ cirugía urogenital previa
- ▶ patología urológica (cálculos, procesos que produzcan obstrucción, prostatitis crónica, vejiga caída, sondaje permanente, adenoma prostático, etc.)
- ▶ enfermedades neurológicas (lesión medular, esclerosis múltiple, ictus, etc.)
- ▶ deterioro del estado funcional
- ▶ antibioterapia de amplio espectro (anaerobicidas)

A todo ello se suma el aumento de la prevalencia de resistencia a antibióticos, incluso en el medio extrahospitalario². La tasa de hospitalización relacionada con la ITU en adultos en España aumentó durante el período 2000-2015. La *pielonefritis* predominaba en mujeres y las infecciones urinarias no específicas en hombres. Las tasas más altas de hospitalización se produjeron en las mujeres, pero el mayor aumento se encontró en hombres de 65 a 74 años. La mayor parte de la estancia y el coste eran más altos en los hombres¹⁴.



Consejos de tu farmacéutic@

Recuerda la recomendación de, entre otros, alguno de los siguientes consejos^{5,7,8,9} de educación sanitaria:

- **Beber líquidos**, agua preferentemente, en cantidad adecuada (más de litro y medio).
- **No aguantar las ganas de miccionar**, ir al baño cuando sienta la necesidad (mínimo cada 4 horas excepto en el tiempo de sueño nocturno) y vaciar por completo la vejiga.
- Evitar utilizar productos de higiene íntima como lavados vaginales o desodorantes en aerosol en la zona genital.
- Utilizar preferentemente ropa interior de algodón para facilitar la transpiración de la zona y evitar la retención de humedad.
- Vaciar la vejiga al finalizar las relaciones sexuales.
- Evitar cualquier tipo de contacto sexual si tienes síntomas que pueden estar relacionados con una ITU.
- Evitar el estreñimiento.
- **Adoptar todas las recomendaciones sobre medidas higiénicas urogenitales:**
 - » Limpieza perineal adecuada.
 - » Evitar los baños prologados y jabonosos.
 - » Reducir el uso de espermicidas o productos que puedan causar alteración de la flora bacteriana.
 - » Limpieza perianal cuidadosa tras ir al baño. Limpiarse siempre de delante hacia atrás para evitar el paso de gérmenes de la zona anogenital a la uretra.
- En el caso de haber sido diagnosticado/a y prescrito un tratamiento, se adherente al mismo durante el tiempo indicado.
- Si los síntomas persisten más de 48 horas a pesar del tratamiento, es que no ha sido efectivo y puede tratarse de una ITU recurrente, acude al Médico para reevaluación.
- Si además de los síntomas como dolor, ardor o quemazón, mayor urgencia y necesidad de miccionar, presentas náuseas, vómitos, fiebre, o dolor en la parte baja de la espalda, aconsejar la derivación al Médico.
- Si duda, cuentas con la colaboración de tu farmacéutico, profesional sanitario cercano y de confianza, para que te informe, recomiende y asesore.



Bibliografía

- ¹ Foxman B, Somsel P, Tallman P, Gillespie B, Raz R, Colodner R, Kandula D, Sobel JD. Urinary tract infection among women aged 40 to 65: behavioral and sexual risk factors. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(7):710-8. doi: 10.1016/s0895-4356(00)00352-8.
- ² Infección urinaria en el adulto. *Boletín INFAC.* 2011;19(9):52-9. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2011/es_def/adjuntos/Infac_v19_n9.pdf. Último acceso: julio 2024.
- ³ Asociación Española de Nefrología. 2024. Guía de Práctica Clínica Sobre Infección del Tracto Urinario en la Población Pediátrica. Disponible en: <https://www.aenp.es/actividades/guias-de-practica-clinica.html>. Último acceso: julio 2024.
- ⁴ Cooper KL, Badalato GM, Rutman MP. Infections of the urinary tract. In: Partin AW, Dmochowski RR, Kavoussi LR, Peters CA, eds. *Campbell-Walsh-Wein Urology.* 12th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021: 55.
- ⁵ Jorge M. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Infecciones urinarias: Causas y tratamiento. 2024. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/component/k2/item/494-infecciones-urinarias-causas-y-tratamiento>. Último acceso: julio 2024.
- ⁶ Kranz J, Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerlings S, Köves B, Schubert S, Pilatz A, Veeratterapillay R, Wagenlehner FME, Bausch K, Devlies W, Horváth J, Leitner L, Mantica G, Mezei T, Smith EJ, Bonkat G. European Association of Urology Guidelines on Urological Infections: Summary of the 2024 Guidelines. *Eur Urol.* 2024;86(1):27-41. doi: 10.1016/j.eururo.2024.03.035.
- ⁷ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Guía práctica de la salud. Unidad 8. Enfermedades del riñón y vías urinarias. Disponible en: https://www.semfyc.es/storage/wp-content/uploads/2021/12/08_Unidad_2020-1.pdf. Último acceso: julio 2024.
- ⁸ Asociación Española de Urología. 2005. Guía de práctica clínica de la cistitis no complicada en la mujer. Disponible en: <https://www.aeu.es/UserFiles/Guia28.pdf>. Último acceso: julio 2024.
- ⁹ Arnold JJ, Hehn LE, Klein DA. Common Questions About Recurrent Urinary Tract Infections in Women. *Am Fam Physician.* 2016;93(7):560-9. PMID: 27035041.
- ¹⁰ Bergamin PA, Kiosoglous AJ. Non-surgical management of recurrent urinary tract infections in women. *Transl Androl Urol.* 2017;6 (Suppl 2): S142-S152. doi: 10.21037/tau.2017.06.09.
- ¹¹ Van Nieuwkoop C, van der Starre WE, Stalenhoef JE, van Aartrijk AM, van der Reijden TJ, Vollaard AM, Delfos NM, van 't Wout JW, Blom JW, Spelt IC, Leyten EM, Koster T, Ablij HC, van der Beek MT, Knol MJ, van Dissel JT. Treatment duration of febrile urinary tract infection: a pragmatic randomized, double-blind, placebo-controlled non-inferiority trial in men and women. *BMC Med.* 2017;15(1):70. doi: 10.1186/s12916-017-0835-3.
- ¹² National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Urological diseases; bladder infection in adults. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-urologicas/infecciones-vejiga>. Último acceso: julio 2024.
- ¹³ Castelo Corral L, Bou Arévalo G, Llinares Mondéjar P. Practical Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Urinary Tract Infection in Adults (I). *Galicia Clin* 2013; 74 (3): 115-125.
- ¹⁴ Redondo-Sánchez J, Rodríguez-Barrientos R, de-Hoyos-Alonso MDC, Muntañola-Valero C, Almendro Martínez I, Peñalver-Argüeso B, Fernández-Escobar C, Gil-de Miguel Á, Del Cura-González I. Trends in hospitalisation for urinary tract infection in adults aged 18-65 by sex in Spain: 2000 to 2015. *PLoS One.* 2024;19(4): e0298931. doi: 10.1371/journal.pone.0298931.

- ¹⁵ Gu J, Chen X, Yang Z, Bai Y, Zhang X. Gender differences in the microbial spectrum and antibiotic sensitivity of uropathogens isolated from patients with urinary stones. *J Clin Lab Anal.* 2022;36(1): e24155. doi: 10.1002/jcla.24155.
- ¹⁶ Magliano E, Grazioli V, Deflorio L, Leuci AI, Mattina R, Romano P, Cocuzza CE. Gender and age-dependent etiology of community-acquired urinary tract infections. *ScientificWorldJournal.* 2012; 2012:349597. doi: 10.1100/2012/349597.
- ¹⁷ Jang W, Jo HU, Kim B, Kwon KT, Ryu SY, Wie SH, Kim J, Park SY, Hong KW, Kim HI, Kim HA, Kim MH, Bae MH, Sohn YH, Kim J, Lee Y, Pai H. Comparison of the clinical characteristics of community-acquired acute pyelonephritis between male and female patients. *J Infect Chemother.* 2021;27(7):1013-1019. doi: 10.1016/j.jiac.2021.02.014.
- ¹⁸ Deltourbe L, Lacerda Mariano L, Hreha TN, Hunstad DA, Ingersoll MA. The impact of biological sex on diseases of the urinary tract. *Mucosal Immunol.* 2022;15(5):857-866. doi: 10.1038/s41385-022-00549-0.
- ¹⁹ Zhan ZS, Shi J, Zheng ZS, Zhu XX, Chen J, Zhou XY, Zhang SY. Epidemiological insights into seasonal, sex-specific and age-related distribution of bacterial pathogens in urinary tract infections. *Exp Ther Med.* 2024;27(4):140. doi: 10.3892/etm.2024.12428.



LA FARMACIA POR LA SALUD DE LA MUJER cuidando de ti, cuidando de todas

GUÍA PARA FARMACÉUTICOS +

En colaboración con laboratorio:



SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE LA MUJER

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “el estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”.

Las **afecciones de salud mental** comprenden afecciones mentales, como la ansiedad o la depresión y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva.

Algunos datos

Alrededor de **1 de cada 4 niños y adolescentes** presenta **síntomas compatibles con la ansiedad o la depresión**

Entre un **6-20% de los niños y adolescentes** tienen un **trastorno de ansiedad**

Hasta un **20 % de los jóvenes de 18 años** sufre, al menos un **episodio depresivo** en esa franja etaria de su vida



Señales de alerta en niños y adolescentes

- Mayor retraimiento
- Aparición de problemas académicos
- Alteraciones en los patrones de sueño
- Presencia de signos de violencia
- Aparición de hábitos alimenticios diferentes
- Abuso de sustancias tóxicas
- Cambio repentino en los gustos



1 de cada 7 jóvenes de 10 a 19 años presenta **problemas de salud mental** como son una menor capacidad de concentración, menos horas de sueño y más irritabilidad e impulsividad

Las mujeres son las más afectadas y en el 75 % de los casos comienzan con **trastornos de salud mental en la infancia y adolescencia**

Factores de riesgo para la conducta suicida



- La **superación de situaciones difíciles**, la violencia familiar y el acoso escolar como ciberacoso o bullying
- El **nivel inferior de renta familiar**, ante la menor posibilidad de obtener ayuda para evitar el suicidio
- La **existencia de situaciones estresantes**, como conflictos graves, separaciones, muertes, desengaños amorosos, aislamiento académico o el estigma social



CLAVES EN LA MUJER (TIPS)

Desde la perspectiva del género y sexo, en la mujer vs hombres, se incrementa la posibilidad de problemas de salud mental a futuro:

MUJERES

Ideas suicidas:
7 % de las adolescentes lo contempla

Suicidios:
50 % en mayores de 13 años.

Ansiedad:
en el 75 % de los casos se inician en la niñez y adolescencia

Depresión:
2:1. En prevalencia el doble en mujeres asociada a conductas desadaptativas (fracaso escolar) e ideaciones suicidas

Signos de depresión más frecuentes:
desórdenes en la alimentación y la automutilación

Cronificación frecuente de síntomas afectivos
como tristeza, angustia, desesperanza y frustración a lo largo del tiempo



Las **víctimas del bullying** tienen 2,23 veces más riesgo de ideación y 2,55 veces más intentos de suicidio

Suicidio: entre los 12 y los 17 años se ha incrementado un 32 % entre los 12 y los 29 años es la primera causa de muerte

Signos de ansiedad o depresión: 1 de cada 4 niños y adolescentes presenta síntomas compatibles con trastornos de salud mental, como son una menor capacidad de concentración, menos horas de sueño y más irritabilidad e impulsividad



HOMBRES

Suicidios:
75 % en otras franjas etarias

Ansiedad:
6-20 %

Depresión:
1:2. La mitad de prevalencia

Signos de depresión más frecuentes:
aislamiento social y emocional, cambios en los hábitos de vida

Referencias

- > Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Último acceso: junio 2023
- > Consejo General de Farmacéuticos. Manual Lumens: Abordaje de la salud mental desde la Farmacia Comunitaria. 2022. Disponible en: <https://www.farmacéuticos.com/wp-content/uploads/2022/04/dosier-neurax-lumens.pdf> Último acceso: mayo 2023
- > OMS. Salud mental del adolescente. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- > Semergen y Organon. Programa Hera: Una mujer, muchas mujeres. Disponible en: <https://organonpro.com/es-es/hera/>. Último acceso: mayo 2023
- > López, P. V., et al de Pediatría Social, S. E. 2023. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. Elsevier Doyma. In Anales de pediatría (Vol. 98, No. 3, pp. 204-212)
- > De la Torre, A. Evolución del suicidio en España en población infantil y juvenil (2000-2021). Grupo de Investigación en Epidemiología Psiquiátrica y Salud Mental de la Universidad Complutense de Madrid. 2023. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/el-suicidio-en-espana-un-problema-que-va-en-aumento/>. Último acceso: junio 2023

En colaboración con laboratorio:



LAS MUJERES Y LA OSTEOPOROSIS

DIFERENCIAS DE GÉNERO Y SEXO

En colaboración con laboratorio:

 **ORGANON** | SALUD CON PERSPECTIVA



200 millones de personas en el mundo están afectadas de osteoporosis, cuya prevalencia aumenta con la edad.

En España padecen osteoporosis 2.945.000 personas, de las cuáles el 79,2 % son mujeres.

En el año 2019 se produjeron 289.000 fracturas por fragilidad, lo que equivale a **33 fracturas diarias**.

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por la pérdida de masa ósea, un proceso crónico, habitualmente asintomático, que deteriora el hueso haciéndolo propenso a la fractura, principalmente a nivel de la columna vertebral y el fémur. Se suele clasificar en dos tipos: **primaria** (posmenopáusica y senil) y **secundaria** (por otras enfermedades o por el consumo de medicamentos).



Respecto a una perspectiva de género y sexo identificamos algunos de los aspectos más relevantes:

- El **riesgo de fracturas por fragilidad** es aproximadamente **2,5 veces mayor entre las mujeres**, en comparación con los hombres.
- **Las mujeres tienden a tener huesos más delgados** que los hombres para un tamaño corporal determinado, lo que las pone en **mayor riesgo de fracturarse**.
- Antes de la pubertad:
 - » en ambos sexos, la longitud y la anchura del hueso aumentan progresivamente
 - » el crecimiento óseo en las mujeres se ve inhibido por las alteraciones de los estrógenos
 - » los niños entran en la pubertad años más tarde que las niñas, por lo pueden adquirir mayor Densidad Mineral Ósea y longitud del hueso.
- **Las mujeres posmenopáusicas presentan una mayor susceptibilidad de fracturas** debido a que su pico de masa ósea es inferior y a los efectos esqueléticos desfavorables que ejercen el déficit de estrógenos y el envejecimiento.
- **Existen factores de riesgo dependientes de la Densidad Mineral Ósea que son exclusivos de las mujeres** y que tienen gran influencia en la pérdida ósea como pueden ser:
 - » la **menopausia precoz**
 - » la **anorexia nerviosa**
 - » el **exceso de ejercicio**
 - » algunos **fármacos como los utilizados en la terapia anti estrogénica** como los inhibidores de la aromatasas (para el cáncer de mama), entre otros factores.
- **El 50 % de los pacientes con osteoporosis diagnosticada abandonan el tratamiento durante el primer año**, lo que produce un aumento del riesgo de fracturas y sus consecuencias.



Consejos de tu farmacéutic@

Existen **factores modificables y no modificables que afectan al desarrollo de la osteoporosis**, abordando los modificables (adoptando hábitos de vida saludables) se puede retrasar y reducir los efectos de la enfermedad.

| MODIFICABLES | NO MODIFICABLES |
|------------------------------------|--|
| Consumo de alcohol | Antecedentes familiares |
| Dieta baja en calcio | Fractura por fragilidad previa |
| Bajo índice de masa corporal (IMC) | Edad > de 60 años |
| Caídas frecuentes | Hipogonadismo primario / secundario en hombres |
| Deficiencia de vitamina D | Menopausia / histerectomía en mujeres |
| Falta de actividad física | Raza / etnia |
| Mala alimentación | Sexo |
| Tabaquismo | Tratamiento prolongado con glucocorticoides |
| Trastornos alimenticios | |
| Ingesta diaria de café | |
| Baja densidad ósea mineral | |



Medidas higiénico-dietéticas:

- **Evita el consumo de tabaco.**
- **Modera y evita el consumo rápido e intenso de bebidas alcohólicas:**
 - » Hombres: menos de 14 unidades de bebida a la semana*.
 - » Mujeres: menos de 8 unidades de bebida a la semana*.
* 1 unidad se corresponde con 250 cc de cerveza, 125 cc de vino o 30 cc de una bebida de mayor graduación.
- **Elige un ejercicio físico regular** (caminar, correr, levantar pesas...) que puedas mantener y realizar durante al menos 30 minutos, entre 5-7 días, porque puede ayudarte a fortalecer los huesos.
- **Incorpora a la dieta suficiente cantidad de calcio y vitamina D;** son necesarios para formar huesos fuertes y sanos. Consume verduras de hoja verde oscura, yogur y leche (por el calcio) y huevos, pescados grasos y cereal enriquecido (por la vitamina D).
- **Toma medidas para prevenir caídas**, por ejemplo:
 - » Asegúrate de que haya suficiente luz para ver el suelo.
 - » Retira las alfombrillas y el exceso de objetos con los que puedas tropezarte.
 - » Utiliza bastones y barandillas, en las escaleras.

El contenido que se proporciona en esta literatura es información general. En ningún caso debe sustituir ni la consulta, ni el tratamiento, ni las recomendaciones de tu médico, farmacéutico u otro agente sanitario implicado..

Referencias

- > De Martinis M, et al. Gender Differences in Osteoporosis: A Single-Center Observational Study. World J Mens Health. doi: 10.5534/wjmh.200099.
- > Piqué Prado, E. Guía de buenas prácticas en Atención Primaria con perspectiva de género. Index Enferm. [Internet]. 2011;20(4):267-271. doi: 10.4321/S1132-12962011000300012.
- > Schlecht SH., Bigelow EM., Jepsen KJ. How Does Bone Strength Compare Across Sex, Site, and Ethnicity? Clin Orthop Relat Res. 2015;473(8):2540-7. doi: 10.1007/s11999-015-4229-6.
- > Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Informe europeo de la Fundación Internacional de la Osteoporosis. SCOPE'21. [Internet]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Osteoporosis-en-Espa%C3%B1a.Feb.2022.pdf>. Último acceso: septiembre 2024.

En colaboración con laboratorio:



Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE LA MUJER

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “el estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”.

Las **afecciones de salud mental** comprenden afecciones mentales, como la ansiedad o la depresión y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva.

Algunos datos

Alrededor de **1 de cada 4 niños y adolescentes** presenta **síntomas compatibles con la ansiedad o la depresión**

Entre un **6-20% de los niños y adolescentes** tienen un **trastorno de ansiedad**

Hasta un **20 % de los jóvenes de 18 años** sufre, al menos un **episodio depresivo** en esa franja etaria de su vida



Señales de alerta en niños y adolescentes

- Mayor retraimiento
- Aparición de problemas académicos
- Alteraciones en los patrones de sueño
- Presencia de signos de violencia
- Aparición de hábitos alimenticios diferentes
- Abuso de sustancias tóxicas
- Cambio repentino en los gustos



1 de cada 7 jóvenes de 10 a 19 años presenta **problemas de salud mental** como son una menor capacidad de concentración, menos horas de sueño y más irritabilidad e impulsividad

Las mujeres son las más afectadas y en el 75 % de los casos comienzan con **trastornos de salud mental en la infancia y adolescencia**

Factores de riesgo para la conducta suicida

- La **superación de situaciones difíciles**, la violencia familiar y el acoso escolar como ciberacoso o bullying
- El **nivel inferior de renta familiar**, ante la menor posibilidad de obtener ayuda para evitar el suicidio
- La **existencia de situaciones estresantes**, como conflictos graves, separaciones, muertes, desengaños amorosos, aislamiento académico o el estigma social



CLAVES EN LA MUJER (TIPS)

Desde la perspectiva del género y sexo, en la mujer vs hombres, se incrementa la posibilidad de problemas de salud mental a futuro:

MUJERES

Ideas suicidas:
7 % de las adolescentes lo contempla

Suicidios:
50 % en mayores de 13 años.

Ansiedad:
en el 75 % de los casos se inician en la niñez y adolescencia

Depresión:
2:1. En prevalencia el doble en mujeres asociada a conductas desadaptativas (fracaso escolar) e ideaciones suicidas

Signos de depresión más frecuentes:
desórdenes en la alimentación y la automutilación

Cronificación frecuente de síntomas afectivos
como tristeza, angustia, desesperanza y frustración a lo largo del tiempo



Las **víctimas del bullying** tienen 2,23 veces más riesgo de ideación y 2,55 veces más intentos de suicidio

Suicidio: entre los 12 y los 17 años se ha incrementado un 32 % entre los 12 y los 29 años es la primera causa de muerte

Signos de ansiedad o depresión: 1 de cada 4 niños y adolescentes presenta síntomas compatibles con trastornos de salud mental, como son una menor capacidad de concentración, menos horas de sueño y más irritabilidad e impulsividad



HOMBRES

Suicidios:
75 % en otras franjas etarias

Ansiedad:
6-20 %

Depresión:
1:2. La mitad de prevalencia

Signos de depresión más frecuentes:
aislamiento social y emocional, cambios en los hábitos de vida

Referencias

- > Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Último acceso: junio 2023
- > Consejo General de Farmacéuticos. Manual Lumens: Abordaje de la salud mental desde la Farmacia Comunitaria. 2022. Disponible en: <https://www.farmacéuticos.com/wp-content/uploads/2022/04/dosier-neurax-lumens.pdf> Último acceso: mayo 2023
- > OMS. Salud mental del adolescente. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- > Semergen y Organon. Programa Hera: Una mujer, muchas mujeres. Disponible en: <https://organonpro.com/es-es/hera/>. Último acceso: mayo 2023
- > López, P. V., et al de Pediatría Social, S. E. 2023. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. Elsevier Doyma. In Anales de pediatría (Vol. 98, No. 3, pp. 204-212)
- > De la Torre, A. Evolución del suicidio en España en población infantil y juvenil (2000-2021). Grupo de Investigación en Epidemiología Psiquiátrica y Salud Mental de la Universidad Complutense de Madrid. 2023. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/el-suicidio-en-espana-un-problema-que-va-en-aumento/>. Último acceso: junio 2023

En colaboración con laboratorio:

