

LA FARMACIA POR LA SALUD DE LA MUJER

cuidando de ti, cuidando de todas

GUÍA PARA FARMACÉUTICOS +



En colaboración con laboratorio:



ORGANON

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
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.....	28
2. Problemas de salud en la mujer joven.....	40
Asma.....	41
Infecciones de transmisión sexual.....	50
Anticoncepción.....	64
3. Problemas de salud en la mujer adulta.....	82
Enfermedad cardiovascular.....	83
Dolor crónico.....	90
Menopausia.....	100
4. Problemas de salud en la mujer de edad avanzada.....	110
Osteoporosis.....	111
Infecciones del tracto urinario.....	118
Enfermedad de Alzheimer.....	126



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.

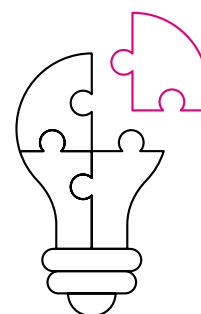
Otros determinantes como son la clase social, el nivel económico o el nivel educativo influyen en la salud de las mujeres, al presentar un mayor riesgo de sufrir pobreza debido, entre otras, a los menores ingresos, la dependencia económica derivada de los roles del cuidado familiar, la edad, los antecedentes 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 condiciones diferentes que merecen un abordaje distinto e integral** y necesitan un desarrollo de políticas y procesos asistenciales específicos.

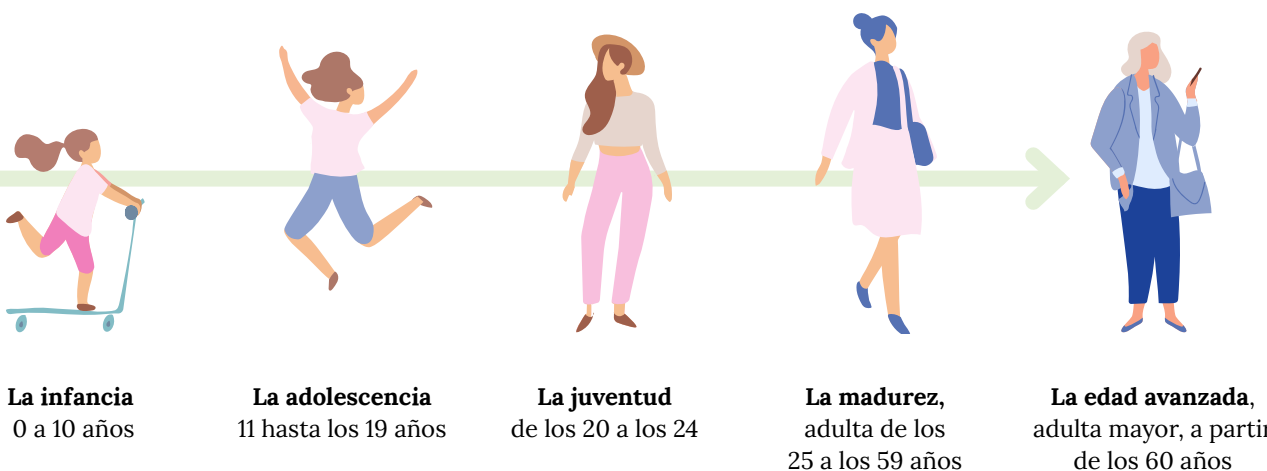
La **farmacia comunitaria** constituye el establecimiento sanitario más accesible y cercano al ciudadano, y el farmacéutico comunitario es un agente sanitario que puede expandir el conocimiento tanto en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud, como en la mejora de la calidad de vida 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 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 Word 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%2FPYSLayout¶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@

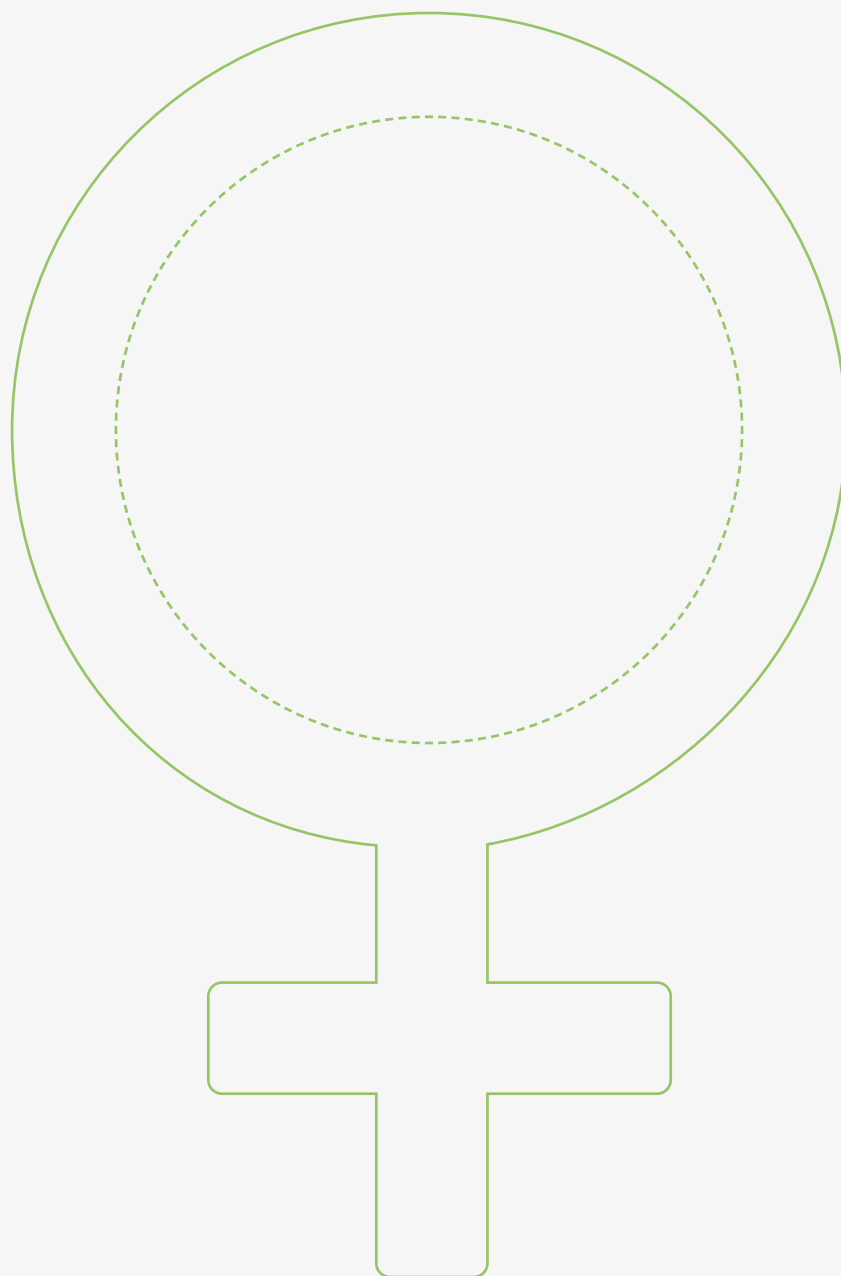
Información de interés para los padres²:

- **Contar con profesionales especialistas en salud mental y asociaciones de pacientes o redes de ayuda** al niño-adolescente
- **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.**
- **Establecer rutinas:** los niños con desórdenes emocionales necesitan reglas concretas sobre comidas, uso de la tecnología, actividades escolares, lúdicas, etc.



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://ga-cetamedica.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 (ESEE) 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/fact-sheets/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 (Minneapolis 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.semfyec.es/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 Muñoz 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 Neurotol*. 2023;28(5):338-343. doi: 10.1159/000530740.

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad



El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos neuroconductuales más comunes de la niñez y su principal característica es el déficit de la inhibición conductual de etiología multifactorial. La *inhibición motora o conductual*, es definida como la capacidad del individuo de inhibir su respuesta comportamental ante un estímulo, está compuesta por el control de la conducta manifiesta, la inhibición del movimiento y el control de los impulsos. Por lo general, se produce una alteración de la recaptación presináptica de la dopamina y noradrenalina que desequilibra el normal funcionamiento de los circuitos implicados, se diagnostica en la infancia o en la niñez temprana o media (12 años) con sesgo masculino y a menudo perdura hasta la edad adulta^{1, 2,3,4, 6,8, 9, 17}.

El TDAH se caracteriza por un patrón persistente (al menos 6 meses) de falta de atención y / o hiperactividad-impulsividad que impacta negativamente en las actividades y relaciones diarias, en el funcionamiento académico, ocupacional, personal o social^{4,6,8}:

La **falta de atención** se refiere a la dificultad para mantener la atención en tareas que no proporcionan estímulos o recompensas, por lo que presentan problemas de organización y alto nivel de distracción.

La **hiperactividad** se refiere a una actividad motora excesiva y dificultades para permanecer quieto, se evidencian fundamentalmente en situaciones estructuradas que requieren de autocontrol conductual.

La **impulsividad** es una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin deliberación ni consideración de los riesgos y consecuencias.



Además, se ven alteradas algunas de las tareas cognitivas como la memoria de trabajo, la inhibición (motora/conductual, cognitiva o emocional), la atención selectiva y sostenida, fluidez verbal, planificación, flexibilidad cognitiva y control de las interferencias. Las principales características que describen a un/a niño/a y/o adolescente con TDAH son, entre otras, las siguientes^{1,3,4,18}:

| 1. DE LA ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN:

- Dificultad a la hora de establecer un orden en tareas o pequeñas responsabilidades en casa.
- Les cuesta “ponerse en marcha” (para vestirse, hacer los deberes), se distraen fácilmente con cualquier otro estímulo.
- Presentan problemas para mantener la atención hasta finalizar sus tareas (hacen dibujitos, se distraen con el lápiz).
- Pierden u olvidan cosas necesarias (agenda, abrigo, bufanda, cartera, deberes, etc.).
- Parecen no escuchar cuando se les habla; sueñan despiertos muy a menudo.
- Olvidan realizar sus tareas cotidianas (cepillarse los dientes, recoger la ropa).

| 2. DE IMPULSIVIDAD:

- Con frecuencia actúan sin pensar.
- Hablan en momentos poco oportunos o responden precipitadamente a preguntas que incluso no se han terminado de formular (delante de una visita, en clase).
- Les cuesta obedecer a las órdenes, no porque quieran desobedecer, sino porque no están atentos cuando se les formulan.
- Suelen ser poco precavidos y olvidan planificar (se ponen a hacer los deberes sin el material).

| 3. DE HIPERACTIVIDAD:

- A menudo mueven los pies y las manos o se levantan de la silla.
- Van de un lugar a otro sin motivo aparente.
- Se balancean sobre la silla.
- Juguetean frecuentemente con pequeños objetos entre las manos.
- A menudo canturrean o hacen ruidos inapropiados con la boca.
- Hablan en exceso y sin pensar, interrumpen a los demás, tienen problemas para esperar su turno.
- Son incapaces de jugar sin hacer ruido y de forma tranquila.

En base a la sintomatología que manifiesten predominantemente, se puede clasificar en tres tipos de TDAH⁹:

- **Inatenta.** La falta de atención y la dificultad para concentrarse son los síntomas que les caracterizan. Se distraen fácilmente y olvidan detalles de sus rutinas diarias, tienen dificultades para organizar y terminar una tarea antes de pasar a otra, seguir instrucciones o conversaciones y son habituales los despistes. Es más común entre las niñas y al ser síntomas poco visibles en determinadas edades, pueden pasar más desapercibidos y retrasar el diagnóstico.
- **Hiperactiva-impulsiva.** La falta de reflexión y el exceso de energía son una constante. Hablan mucho y tienen dificultad para permanecer sin moverse; los más pequeños podrían correr, saltar o trepar constantemente. Pueden interrumpir mucho a los demás o hablar en momentos inadecuados además de tener más accidentes o lesiones que otras personas. Tienen dificultades para esperar su turno y escuchar, se les ocurren muchas ideas y hay una ausencia de “embudo” que filtre las más adecuadas en cada momento. De manera aislada es la forma menos frecuente.
- **Combinada.** Constituye la presentación más frecuente, es una combinación de síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad. Es la forma más habitual en varones.

Los niños con TDAH presentan déficit en la capacidad de inhibir su comportamiento, lo que explicaría sus dificultades para frenar las respuestas impulsivas, detener las conductas en marcha, externalizar los problemas y mantener los esfuerzos cognitivos centrados en una sola actividad. Las consecuencias de este trastorno, sobre todo en la infancia, **son el bajo rendimiento en el aprendizaje, los problemas de conducta, las dificultades de convivencia con padres y hermanos en el hogar, el aislamiento o estigmatización (motivado en el rechazo que el niño sufre), alta frustración, importante afectación de la autoestima y, en algunos casos, elevada agresividad**^{9,18}.

Los niños de 4 y 5 años presentan una mayor prevalencia que los de 6 años de los síntomas de TDAH del tipo combinado y las niñas del tipo inatención. Además, los más pequeños y aquellos con nivel socioeconómico familiar bajo presentan mayor prevalencia de síntomas que los más mayores y aquellos con nivel socioeconómico medio y alto. Las posibles razones de esas diferencias asociadas con un bajo nivel socioeconómico incluyen tanto la disfunción familiar, el abuso infantil y las malas condiciones como probables factores etiológicos del TDAH; el consumo de tabaco, alcohol o drogas durante el embarazo, la exposición a toxinas ambientales (niveles altos de plomo) a una edad temprana, las complicaciones del embarazo y el parto o el bajo peso al nacer. Así mismo, al igual que otras muchas enfermedades, hay otra serie de causas como son los factores genéticos que influyen en su desarrollo; **la heredabilidad del TDAH supera el 70, 0 %**^{3,10,11,17}.



Las niñas desarrollan una mayor madurez cognitiva durante la edad escolar, antes que los niños. Esta diferencia de género se reduce en la adolescencia. Tal vez, las dificultades funcionales para las niñas en la adolescencia son más fáciles de comparar con los síntomas de TDAH observados en niños de la misma edad. Otra posibilidad interesante es el impacto de las **fluctuaciones hormonales femeninas durante la pubertad**, lo que contribuye a un grado más obvio de dificultades funcionales y síntomas más prominentes entre las niñas en la adolescencia. Además, las dificultades relacionadas con la interacción social en las niñas a menudo se asocian con un mayor grado de ansiedad y depresión, así como con una baja autoestima por lo que a menudo se les prescriben fármacos antidepresivos antes del diagnóstico de TDAH¹⁵.

Los trastornos del comportamiento son más frecuentes entre los adolescentes jóvenes, que entre los de más edad, interfiriendo en el rendimiento académico y aumentando el riesgo de incurrir en actos delictivos. El 3,1 % de los adolescentes de entre 10 a 14 años y el 2,4 % de los de entre 15 a 19 años tienen TDAH, y un trastorno de comportamiento disocial caracterizado por **conductas destructivas o desafiantes**¹².

La sintomatología varía de una persona a otra, de los diferentes entornos (hogar, escuela, trabajo, con amigos o familiares) y puede cambiar a lo largo del ciclo vital. Es normal que a la/os niña/os, de vez en cuando, les cueste concentrarse y adecuarse a las normas de comportamiento, sin embargo, con TDAH estas conductas no desaparecen a medida que crecen porque los síntomas continúan. Los síntomas que pueden presentar no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo y no se deben al efecto de una sustancia o de un fármaco^{1,3,7}.

En España, más de la mitad de los niños con TDAH tarda un año o más en ser diagnosticado desde que aparecen los primeros signos y sólo 15 de cada 100 niños son diagnosticados en menos de seis meses. **El principal efecto del infratratamiento**, entre otras secuelas, es que puede conducir a otras comorbilidades como son los trastornos neurológicos como los del aprendizaje (dislexia o tics) y psiquiátricos como los del estado de ánimo o de la conducta como el trastorno negativista desafiante. Todo ello conlleva al fracaso escolar y a que no tengan un proceso normal de socialización, e incluso que sean más propensos a tener conductas de riesgo como a sufrir accidentes o consumir drogas³.

El abordaje del tratamiento del TDAH requiere de un triple enfoque: factores genéticos, circunstancias ambientales y la interacción de ambos escenarios. El origen genético afecta a neurotransmisores y neuromoduladores y las circunstancias ambientales afectan a su relación con el entorno clínico, escolar, social y familiar por lo que es fundamental el enfoque integrador y multidisciplinar. El tratamiento es necesariamente multiprofesional, con la colaboración de la familia, los profesores, los psicólogos, el pediatra y el neuropediatra o el psiquiatra. Los objetivos del tratamiento son reducir los síntomas del trastorno, mitigar o suprimir los síntomas asociados (ansiedad, depresión, trastorno de la conducta), mejorar las consecuencias del trastorno en aprendizajes escolares (lenguaje...etc.) y educar al niño y a su entorno en esta problemática, mediante información exhaustiva oral y escrita¹⁸.

Este enfoque multimodal incluye medicación, terapia conductual, intervención psicosocial y pedagógica, así como ayudas cognitivas. El tratamiento farmacológico no suele indicarse antes de los 6 años. En los niños en edad preescolar el tratamiento de primera elección y que mejores resultados da es el entrenamiento conductual dirigido a padres y profesores. El tratamiento debe adaptarse individualmente e incluir tanto al/a afectado/a, como a la familia, la escuela y otros implicados. El tratamiento y/o el apoyo se necesitan a lo largo de la vida, incluso en la edad adulta, independientemente del género, en la mayoría de los casos¹⁵. En cuanto al tratamiento farmacológico existen 4 fármacos de prescripción médica:

- Metilfenidato y Lisdexanfetamina, son psicoestimulantes que actúan aumentando los niveles de dopamina en diversas zonas del cerebro.
- Atomoxetina y Guanfacina, son no psicoestimulantes que actúan aumentando los niveles de noradrenalina en el cerebro.

Según datos del Ministerio de Sanidad, entre el 5,0 % y el 7,0 % de la población infantil padece TDAH, y persiste en el 4,5 % de los adultos. **Es un trastorno que ha ido en aumento en los últimos años** y se agravó con la pandemia cuando la/os niña/os y adolescentes no podían acudir a los colegios/institutos, aumentando la exposición diaria a las pantallas. Actualmente **500.000 sufren TDAH**, siendo **más frecuente entre los varones, en una proporción de 3 a 1, frente a las niñas**, y constituye uno de los principales motivos de consulta neurológica, psicológica y psico-pedagógica. El TDAH no se puede curar, se puede controlar y algunos síntomas pueden mejorar a medida que el niño crece. En particular, **los rasgos hiperactivos-impulsivos tienden a desaparecer con el avance de la edad, mientras que los síntomas inatentos persisten**. Esta trayectoria de desarrollo de TDAH es común en las poblaciones masculinas y femeninas. Si no se trata convenientemente, se asocia con el riesgo de desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad, y es posible que aparezcan conductas delictivas, abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo, etc.^{2,3,5,8,9,11,16}.

En una reciente publicación de la Subdirección General de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad sobre la salud mental en datos, entre los problemas más frecuentes en la infancia y adolescencia se encuentran los trastornos hiperactivos- TDAH-, de aprendizaje y comportamiento con alta **prescripción de psicoestimulantes en la franja etaria entre los 10 y 19 años, con predominio masculino (3 veces más)**. En conjunto afectan al 26,3 ‰ de los chicos y al 9,1 ‰ de las chicas con edades entre los 10 y 19 años, diagnosticándose 3,5 casos nuevos por mil menores de 25 años al año. En 2024, los medicamentos dispensados para el TDAH representan el 0,18 % del total. El metilfenidato fue el fármaco prescrito para un mayor porcentaje de la población (78,0 %) seguido de la lisdexanfetamina (14,0 %) y la atomoxetina (6,0 %). Estos datos concuerdan con los del estudio en la CC.AA. de Castilla – León sobre consumo de fármacos para el TDAH entre 2010 y 2019, cuya conclusión se mantiene en la actualidad: el metilfenidato es el fármaco que se utiliza con más frecuencia y se considera de primera elección, aunque se asocie a un aumento de efectos adversos no graves como son los problemas de sueño y la disminución del apetito^{13,14,19}.

ORGANON no recomienda el uso de ningún producto de manera diferente a la descrita en Ficha Técnica.



Respecto a la investigación sobre el TDAH aporta que la prevalencia en mujeres versus hombres es inexacta, ya que la participación de mujeres es escasa y potencia el infradiagnóstico. Además, la identificación de los síntomas en los hombres es más reconocible, por su impulsividad e inatención manifiesta; la mujer al presentar problemas relacionados con la atención puede no ser evaluada y no beneficiarse del tratamiento adecuado¹⁶.



Claves en la mujer (TIPS)

En general, las principales características diferenciales se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1- Características diferenciales^{7,8,15-19}.

Mujeres	Característica	Hombres
Predominantemente inatenta	Subtipo de TDAH	Predominantemente combinada
Menor prevalencia 1:3	Prevalencia	Mayor prevalencia 3:1
Más desatentas y desorganizadas, menos hiperactivas y con menos dificultades de inhibición de la respuesta motora. Presentan dificultades en las interacciones sociales, por baja autoestima, y la relación con mayores trastornos emocionales (ansiedad y depresión)	Signos/síntomas	Desatentos, muy impulsivos e hiperactivos, con más dificultades en la inhibición de la respuesta motora y flexibilidad cognitiva, presentan mayores problemas de mal comportamiento en la edad escolar
Mayor número de muertes prematuras	Mortalidad	
Tienden a ser derivadas y diagnosticadas mucho más tarde; habitualmente tras presentar dolor crónico, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos depresivos, baja autoestima, insomnio e ideación suicida. Reciben antes prescripciones no TDAH con ansiolíticos y antidepresivos	Detección	Tienen contactos más frecuentes, desde corta edad, con la atención psiquiátrica/atención médica

Mujeres	Característica	Hombres
Subestimación del problema de salud al presentar síntomas más sutiles y, en consecuencia, menos disruptivos	Conducta en el entorno escolar	Conductas más disruptivas, como son la agitación o la oposición, interfiriendo en la gestión del aula y el aprendizaje de los estudiantes
Escasa, mayoritariamente en investigación comunitaria (aquella desarrollada a nivel local para proponer una solución a un problema concreto)	Participación en estudios de investigación	Amplia, mayoritariamente en ensayos clínicos
Mayor sintomatología emocional y de riesgo de desarrollar un trastorno afectivo, alimentario o somático (problemas internalizantes)	TDAH no tratado	Mayor sintomatología de problemas externalizantes (comportamientos agresivos, falta de atención, desobediencia y conductas delictivas).
3,04 % Infradiagnóstico, se identifica con más frecuencia en la adolescencia o en la edad adulta	Diagnóstico antes de los 18 años	5,9 % Mayor diagnóstico en la infancia y adolescencia
Mayor impacto de las fluctuaciones hormonales durante la pubertad, lo que contribuye a un mayor grado de dificultades funcionales y sintomatología entre las adolescentes	Alteraciones hormonales	
Reciben con más frecuencia una combinación de asesoramiento individual y terapia familiar/paternal	Terapias	



Consejos de tu farmacéutic@

Actualmente el TDAH no se puede curar, los tratamientos disponibles pueden ayudar a reducir los síntomas y a mejorar el funcionamiento del/a niño/a o adolescente. El enfoque multimodal para el tratamiento del TDAH incluye medicación, terapia conductual, intervención psicosocial y pedagógica, así como ayudas cognitivas. Los medicamentos son de los tratamientos más efectivos para el TDAH junto con estrategias que ayudan a controlar los síntomas^{6,8,18,20}.

Entre los consejos del farmacéutico a los padres/familiares de un/a niño/a con TDAH se destacan los siguientes:

- **Anímele a hacer ejercicio** con regularidad, especialmente cuando parece que está hiperactivo o inquieto.
- Prepárele alimentos saludables en **horarios de comidas regulares**.
- **Mantenga una rutina y horario**, especialmente para que duerma lo suficiente.
- Establezca normas para que siga una misma rutina diaria. Debe quedar claro qué normas pueden ser negociadas y cuáles no, así como las consecuencias de no cumplirlas.
- **Utilice sistemas para organizar tareas** y cuadernos para anotar deberes escolares y recordatorios.
- Ayúdele a socializar, a ser claro y coherente y **establezca reglas simples** que pueda entender y seguir.
- Busque momentos en los que se porta bien para elogiarlo y ofrézcale recompensas cuando cumpla las reglas. Ofrezca alternativas a los comportamientos inadecuados, **evitando los castigos y la crítica constante** para intentar mejorar su autoestima.
- **Refuerce la necesidad de ser adherente al tratamiento**, tomando los medicamentos siguiendo las indicaciones de su profesional sanitario implicado.
- Aborde el uso correcto de la digitalización (pantallas), en especial el consumo de redes sociales sin filtros para minimizar los efectos negativos en el desarrollo físico, mental y social de los menores. Es fundamental establecer normas claras y que fomenten un **equilibrio entre el mundo digital y el real**.
- Supervise activamente su comportamiento y favorezca la independencia y el comportamiento responsable.

- Aprenda a manejar las propias emociones negativas (enfado, culpa) y mantenga una actitud positiva.
- Acepte y reconozca el TDAH para comprender mejor la situación
- Encuentre el equilibrio entre el exceso de autoritarismo y la permisividad.
- Colabore de manera estrecha con profesores y profesionales sanitarios.
- Busque apoyo a través de asociaciones de familias con hijas o hijos con TDAH.

Entre las intervenciones psicosociales que han mostrado que ayudan a los niños y sus familias a controlar los síntomas y mejorar el funcionamiento diario se encuentran:

- La **terapia conductual**, que puede incluir asistencia práctica, como ayudar a organizar tareas o completar los deberes escolares, aprender habilidades sociales etc. Tiene como objetivo ayudar a la persona a cambiar su comportamiento.
- La **terapia cognitivo-conductual**, ayuda a la persona a ser más consciente de los retos de atención y concentración, así como a esforzarse por disponer de habilidades para mejorar la concentración.
- La **terapia de familia y de pareja**, puede ayudar a los miembros de la familia a aprender a controlar los comportamientos problemáticos, fomentar cambios de conducta y mejorar las interacciones con la persona con TDAH.

Recursos de ayuda para personas y familiares con TDAH:

- » Federación española de asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad (FEAADAH)
<https://www.feaadah.org/>
- » Red TDAH
<https://www.redtdah.org/>
- » Fundación CADAH
<https://www.fundacioncadah.org/web/asociaciones-tdah/index.html>
- » World Federation ADHD – From Child to Adult Disorder
<https://www.adhd-federation.org/>
- » ADHD-Europe
<https://adhdeurope.eu/>



Bibliografía

- ¹ U.S. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD).2024. [Internet] Disponible en: <https://www.cdc.gov/adhd/signs-symptoms/index.html>. Último acceso: febrero 2025.
- ² Ministerio de Sanidad. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf . Último acceso: febrero 2025.
- ³ Escofet Soterias C, Fernández Fernández MA, Torrents Fenoy C, Martín del Valle F, Ros Cervera G, Machado Casas IS. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Protoc diagn ter pediatr. 2022; 1:85-92.
- ⁴ Word Health Organization (WHO). International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. 6A05- Attention deficit hyperactivity disorder. 2025.[Internet]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/es#821852937> . Último acceso: febrero 2025.
- ⁵ Asociación Española de Pediatría. 2024. [Internet]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/20240608_ndp_tdah_congreso_aep_def_1.pdf. Último acceso: febrero 2025.
- ⁶ NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. ADHD symptoms and associated cognitive deficits. 2024. [Internet]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/attentiondeficithyperactivitydisorder.html>. Último acceso: febrero 2025.
- ⁷ Loyer Carbonneau M, Demers M, Bigras M, Guay MC. Meta-Analysis of Sex Differences in ADHD Symptoms and Associated Cognitive Deficits. J Atten Disord. 2021; 25(12):1640-1656.<https://doi.org/10.1117/1087054720923736>. Último acceso: febrero 2025.
- ⁸ UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. National Institutes of Health (NIH). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: What You Need to Know. NIH Publication No. 24-MH-8300. Revised 2024. [Internet]. Disponible en: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: What You Need to Know - National Institute of Mental Health (NIMH). Último acceso: febrero 2025.
- ⁹ Rubiales J, Bakker L y Urquijo S. Inhibición cognitiva y motora en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad [Cognitive and motor inhibition in children with attention deficit hyperactivity disorder]. Acta Psiquiat Psicol Am Lat, 2010; 56 (2): 75-82.
- ¹⁰ Cerrillo-Urbina AJ, García-Hermoso A, Martínez-Vizcaíno V, Pardo-Guijarro MJ, Ruiz-Hermosa A, Sánchez-López M. Prevalence of probable Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms: result from a Spanish sample of children. BMC Pediatr. 2018;18(1):111. doi: 10.1186/s12887-018-1083-1.
- ¹¹ Aparicio Juárez J. et al. Emerging Technologies in the Diagnosis and Treatment of ADHD. Publicación Semestral Pädi. 2024;12 (23): 9–19. DOI: <https://doi.org/10.29057/icbi.v12i23.12081>.
- ¹² WHO. Mental health of adolescents.2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Último acceso: febrero 2025.
- ¹³ Ministerio de Sanidad. Consumo de productos farmacéuticos. 2024. [Internet]. Disponible en: [Ministerio de Sanidad - Áreas - Datos mensuales y anuales de consumo de recetas médicas según clasificación ATC - Año 2024](#). Último acceso: marzo 2025.
- ¹⁴ Prieto Antolín B, et al. "Tendencia del consumo de fármacos en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes (2010-2019): e202203033." Revista española de salud pública 2022; 96:15. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/ORIGINALES/RS96C_202203033.pdf. Último acceso: febrero 2025.

¹⁵ Klefsjö U, Kantzer AK, Gillberg C, Billstedt E. The road to diagnosis and treatment in girls and boys with ADHD - gender differences in the diagnostic process. Nord J Psychiatry. 2021;75(4):301-305. doi: 10.1080/08039488.2020.1850859.

¹⁶ Fraticelli S, Caratelli G, De Berardis D, Ducci G, Pettorruso M, Martinotti G, Di Cesare G, di Giannantonio M. Gender differences in attention deficit hyperactivity disorder: an update of the current evidence. Riv Psichiatr. 2022;57(4):159-164. doi: 10.1708/3855.38380.

¹⁷ Martin J, Taylor MJ, Rydell M, Riglin L, Eyre O, Lu Y, Lundström S, Larsson H, Thapar A, Lichtenstein P. Sex-specific manifestation of genetic risk for attention deficit hyperactivity disorder in the general population. J Child Psychol Psychiatry. 2018;59(8):908-916. doi: 10.1111/jcpp.12874.

¹⁸ Fundación CADAH. TDAH en la infancia. Disponible en: <https://www.fundacioncadah.org/web/categoria/tdah-etapas-de-la-vida-infancia.html>. Último acceso: febrero 2025.

¹⁹ Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021. [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf. Último acceso: marzo 2025.

²⁰ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). GUÍA PRÁCTICA DE LA SALUD. 2021. Enfermedades en la infancia: TDAH. Disponible en: <https://www.semfyec.es/storage/wp-content/uploads/2021/12/17.pdf>. Último acceso: marzo 2025.



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.**

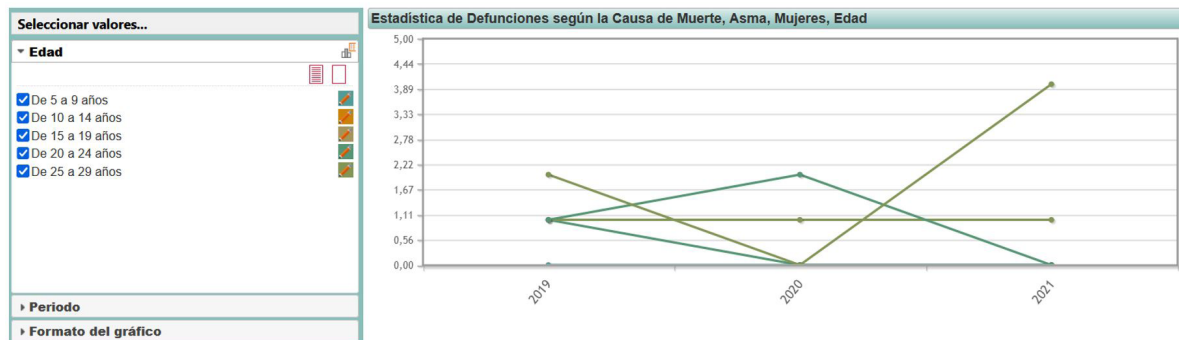


Figura 1. Defunciones por asma en las mujeres.

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.



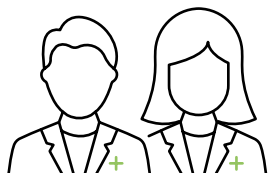
Claves en la mujer (TIPS)

- 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 lútea 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.



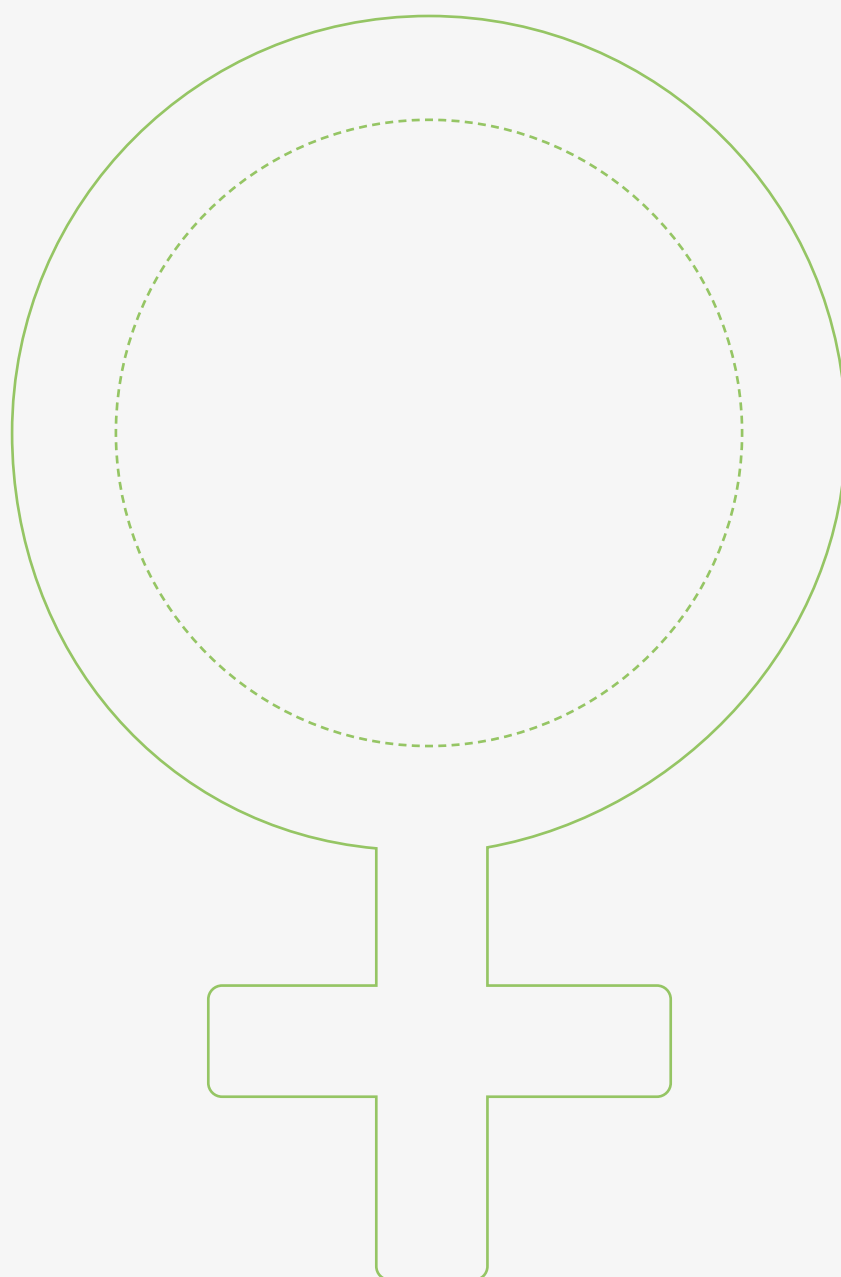
Consejos de tu farmacéutic@

- **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 presentas asma de esfuerzo, toma el medicamento prescrito por el médico antes de hacer ejercicio.

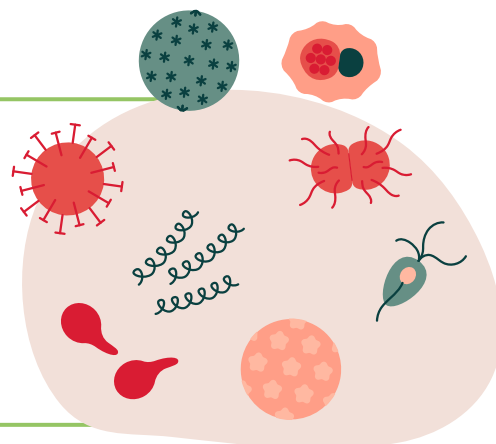


Bibliografía

- 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 y mortalidad 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).

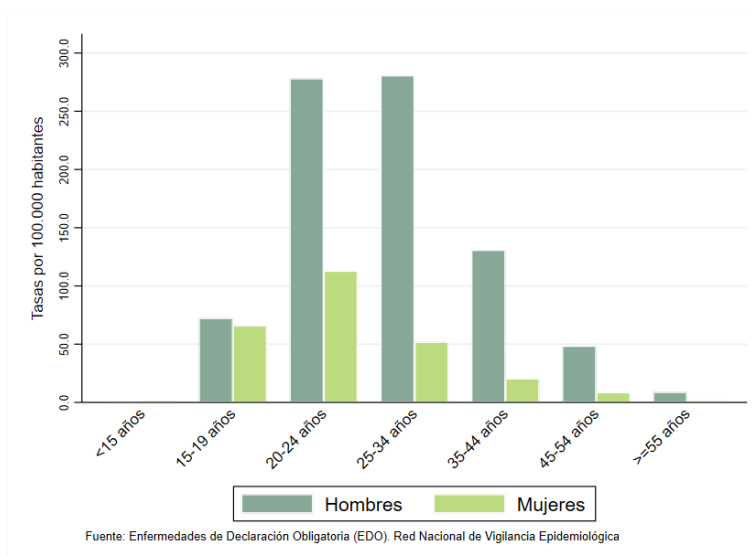


Figura 1. Infección gonocócica. Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2022.

- 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).

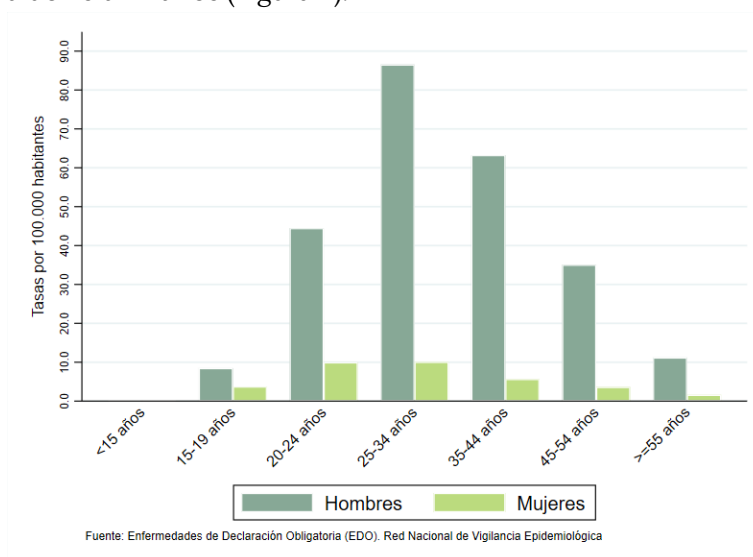


Figura 2. Sífilis. Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2022.



- 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).

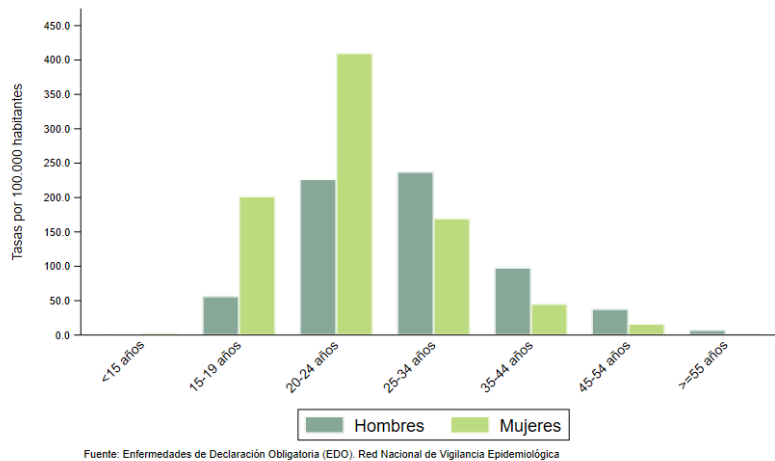


Figura 3. Infección por chlamydia trachomatis. Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2022.

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

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.
Clamidiasis	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>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 sifilítica 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, acompañas 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 realizarse 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 Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual. [n.d]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual/manejo-sindrómico-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.

Anticoncepción



La anticoncepción forma parte de la salud sexual y reproductiva que según la OMS consiste en un estado de bienestar físico mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual y reproductiva se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud¹.

En España, la Ley Orgánica 1/2023 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que modifica la Ley 2/2010 de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, señala entre sus objetivos **mejorar la formación en materia de salud sexual del conjunto de profesionales que trabajan en los diferentes ámbitos de intervención sanitaria y social, desde un enfoque de derechos, holístico y de género**².

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera la anticoncepción un derecho humano básico y es esencial para ayudar a gestionar la planificación familiar, reducir las tasas de embarazo no planificado, mejorar los resultados en salud y reducir los costes de atención médica. La prevención de los embarazos no deseados ayuda a reducir los trastornos asociados a la maternidad y el número de defunciones relacionados con los embarazos³.

La planificación familiar permite a las personas decidir sobre el embarazo, mediante el uso de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la infertilidad. Los anticonceptivos reducen, entre otras consecuencias, las tasas de embarazos no deseados, las ITS, la transmisión del VIH de la madre al niño o la necesidad de recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo. Según estimaciones de 2023, 257 millones de mujeres en edad fértil no han podido satisfacer sus necesidades de anticoncepción por, entre otras causas, el acceso limitado a métodos anticonceptivos, temor a RAM u obstáculos relacionados con cuestiones de género⁴.

El **asesoramiento anticonceptivo** es una intervención muy importante entre los profesionales sanitarios y las personas. La aplicación de una práctica centrada en la persona y el uso del modelo de toma de decisiones compartida es el enfoque recomendado para proporcionar asesoramiento sobre los anticonceptivos⁵. Para ello es necesario que los farmacéuticos, como agentes sanitarios cercanos a la población, conozcamos los factores que influyen sobre los embarazos no planifica-



dos para que podamos informar sobre un uso racional, seguro y efectivo de los métodos anticonceptivos y realizar un asesoramiento que contemple, además, el momento vital de la mujer o del hombre.

En España, la **edad en la que comienzan las relaciones sexuales** se ha ido adelantado con el paso de las generaciones. Hace 30 años la edad media de inicio de las relaciones sexuales coitales se iniciaban pasados los 19 años⁶, en la actualidad se sitúa en las **mujeres en los 16,3 años⁷**.

Las relaciones sexuales coitales, sin protección, además de **embarazos no deseados incrementan el riesgo de contraer ITS, entre las que se incluyen la infección por papilomavirus, algunos de cuyos serotipos son los agentes etiológicos del cáncer de cérvix, y la infección por VIH**. Las mujeres son más vulnerables que los hombres al exponer una mayor superficie mucosa en las relaciones coitales. Los jóvenes siguen considerando que el VIH no es su problema, quizás porque siguen relacionándolo con la drogadicción, la homosexualidad y la prostitución, sin que todavía sean conscientes de que la principal vía de transmisión ha pasado a ser la relación heterosexual⁸.

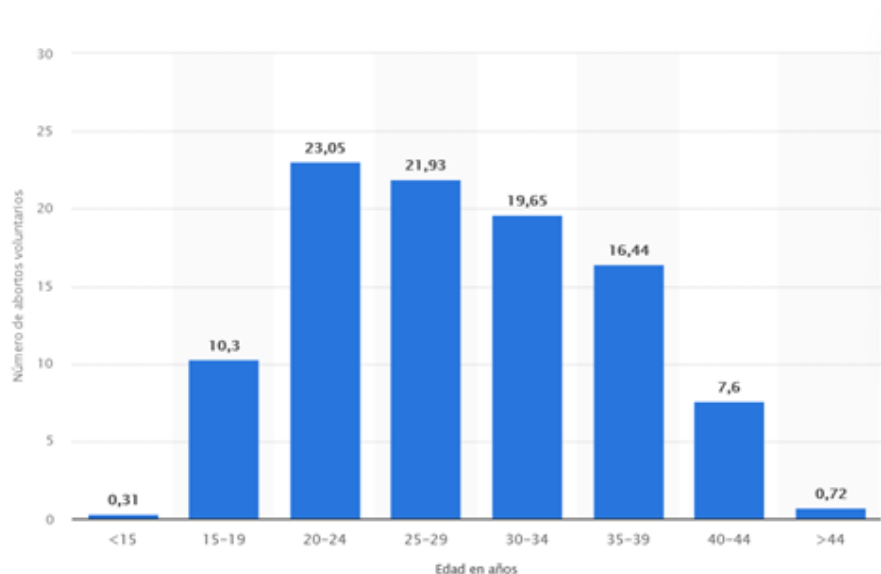
Según los resultados de la encuesta 2024 del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) realizada a más de 1.700 mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 49 años, el 96,1 % señala que nunca o casi nunca mantiene relaciones sin método anticonceptivo⁶.

Por el contrario, el 23,2 % mantienen relaciones sexuales sin método anticonceptivo con bastante frecuencia, dato que supera el 25,0 % a partir de los 30 años, hecho que se confirma porque son las mujeres de entre 25 y 39 años las que más declaran utilizar la píldora del día después del total referido (39,7 %).

Reconocen que el **preservativo es el método anticonceptivo más utilizado elevándose hasta el 48,2 % entre las mujeres de 20 a 24 años y en segundo lugar utilizan la píldora combinada (18,0 %) alcanzado los valores más elevados entre las mujeres de 20 a 29 años**. El 37,0 % afirma haber utilizado el doble método (preservativo + píldora/DIU...) eficaz para prevenir el embarazo y las ITS, con alguna frecuencia, siendo su práctica más habitual entre las mujeres de 25 a 29 años. Y el 53,9 % de las mujeres de 15 a 49 años afirma que le han informado y ofrecido la posibilidad de utilizar alguno de los métodos de larga duración, DIU o implante⁶.

En este sentido, en el informe publicado en 2023 por el Ministerio de Sanidad sobre el Registro Estatal de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE), la tasa de IVE fue de 12,22 por cada 1.000 mujeres entre los 15 y 44 años. Este dato supera tanto la tasa de 11,68 registrada en 2022, como la de 10,46 en 2014, lo que indica un aumento en la incidencia de IVE en los últimos años. **Del total de embarazos no deseados, la mitad acaba en IVE. Se registraron un total de 103.097 IVE, lo que supone un incremento del 4,8 % en comparación con 2022. El 43,0 % de los IVE registrados han sido en mujeres entre los 15 y 24 años y cerca del 45,0 % en mujeres de entre 20 y 29 años (Figura 1)⁹.**

Figura 1- Tasas de IVE por 1.000 mujeres de cada grupo de edad en 2023



Fuente: Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/docs/IVE_2023.pdf y <https://es.statista.com/estadisticas/1363298/porcentaje-de-abortos-voluntarios-por-grupo-de-edad-en-espana/>.

Último acceso: febrero 2025.

La **interrupción del embarazo** supone una experiencia compleja y diferente para cada mujer. En algunos casos provoca estigmatización, culpabilidad, vergüenza y autocrítica, aislamiento y falta de apoyo. También puede haber complicaciones de la propia intervención (quirúrgica, farmacológica) lo que genera un elevado coste para el sistema sanitario¹⁰.

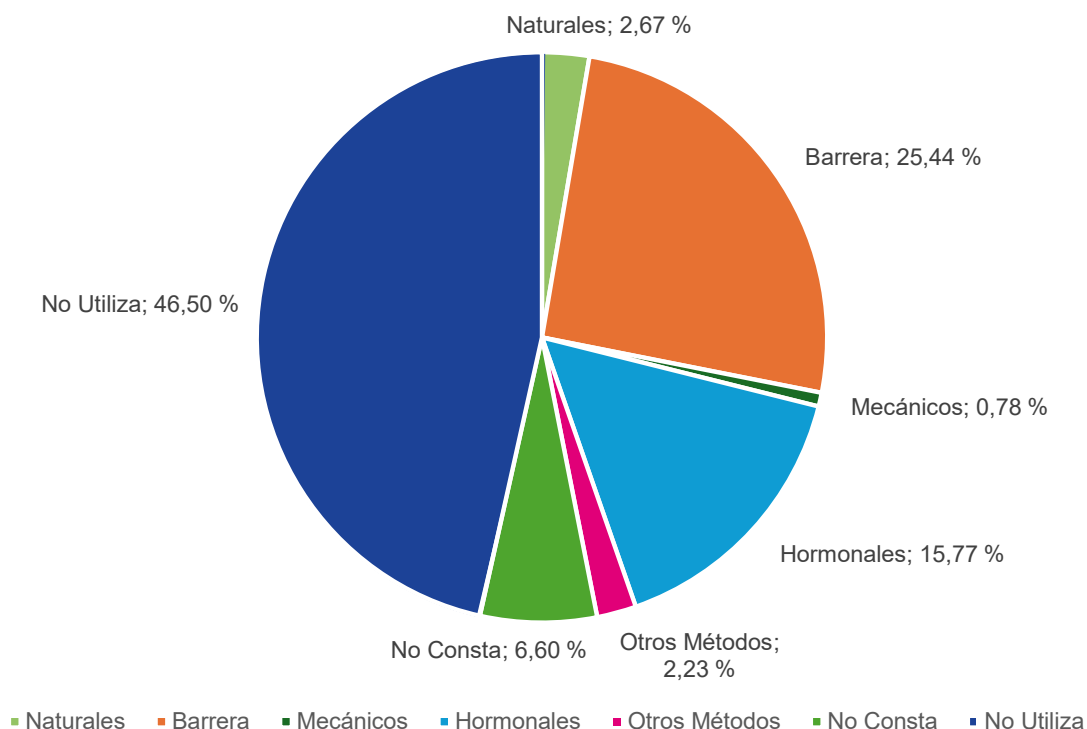
Fuentes del Ministerio de Sanidad (Figura 2) señalan que el 46,5 % de las mujeres que se sometieron a una IVE no utilizaba ningún método anticonceptivo. **Y en el 46,9 % que utilizó algún método anticonceptivo, el 25,5 % utilizó métodos barrera y 15,8 % anticonceptivos hormonales; probablemente la falta de un uso adecuado y continuado redujo su efectividad y se produjeron más embarazos no deseados de los esperados⁹.**

Continuar con el embarazo no planificado ha demostrado ser uno de los principales factores de riesgo asociados a la conducta suicida¹⁰, al desarrollo de una depresión durante el embarazo y el posparto y a menores niveles de bienestar psicológico durante el embarazo, el posparto y a largo plazo¹². Continuar con el embarazo no planificado se percibe más como una decisión propia de la mujer, que como una decisión conjunta cuando, especialmente, el hombre está en desacuerdo con la intención inicial del embarazo, si la situación económica es muy compleja o la relación es inestable en el momento de la concepción^{7,13}.

Figura 2- IVEs según el uso de métodos anticonceptivos en España



IVEs según el uso de métodos anticonceptivos en España



Fuente: Adaptado del Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/docs/IVE_2023.pdf. Último acceso: febrero 2025.

Aspectos que recordar sobre los métodos anticonceptivos

La utilización de un determinado método anticonceptivo puede ser la causa de la aparición de RAM y de beneficios, al margen de la protección ante un embarazo no deseado. Los beneficios pueden ser colectivos, como separar la sexualidad de la reproducción, la incorporación de la mujer al mundo laboral conllevando una mayor igualdad de género y también beneficios individuales como elegir cuándo y cuántos hijos tener, la independencia económica al consolidar la posición laboral y los relacionados con otros problemas de salud^{5,14,22,23}.

Los métodos anticonceptivos pueden clasificarse tomando en consideración diferentes aspectos como su temporalidad –definitivos o temporales–, su uso –regular o de emergencia–, su mecanismo de acción y composición –combinados o de solo progestágeno– y su efectividad o margen de fallo. La utilización de clasificaciones complementarias permite tener una visión completa, de manera general, sobre los métodos anticonceptivos que se resumen en la Figura 3¹⁴.

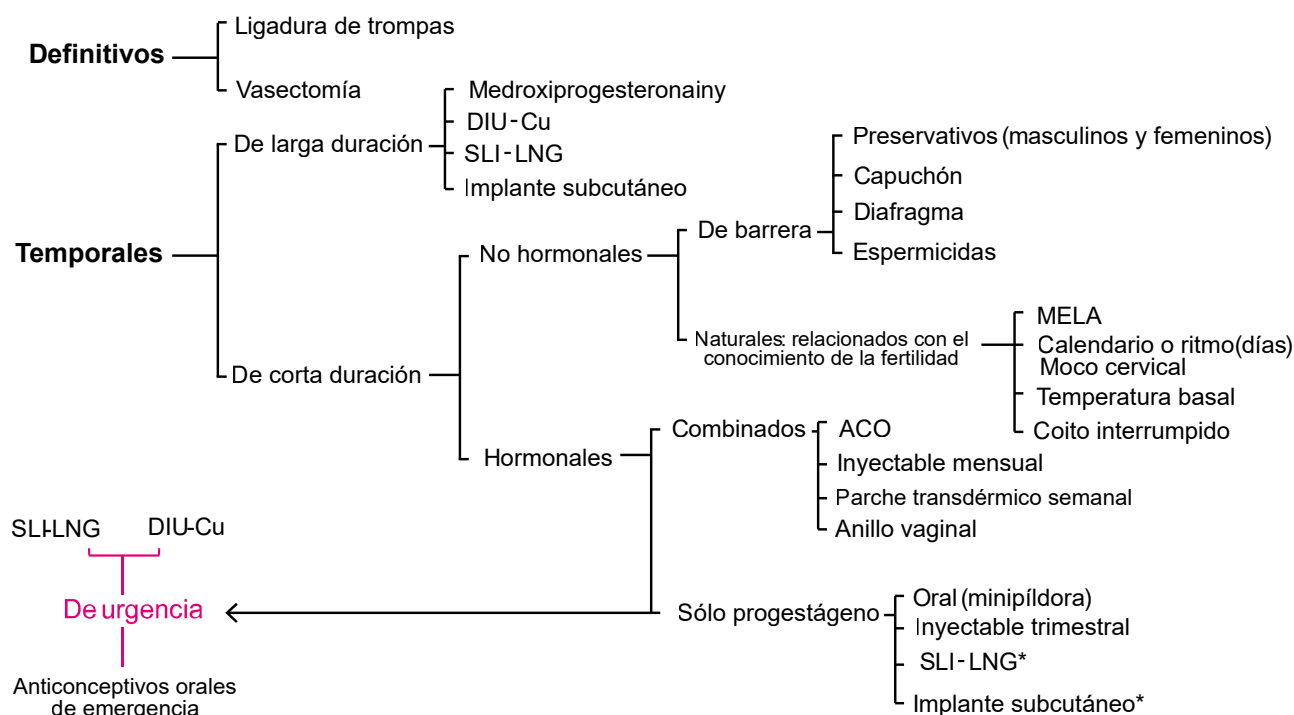


Figura 3- Esquema y clasificación de los métodos anticonceptivos

*Son métodos de solo progestágeno, pero de larga duración.

Fuente: Adaptado del manual de anticoncepción 2024¹⁴. Disponible en: <https://sac.com.ec/wp-content/uploads/2024/05/Ma-nual-SAC-2024.pdf>. Último acceso: febrero 2025

A continuación, se resumen los aspectos más destacados de cada método^{5-8,14-16,22,23}.

1. MÉTODOS DEFINITIVOS

Los métodos quirúrgicos se consideran irreversibles y consisten en la vasectomía para el hombre y la ligadura de trompas para la mujer con diferentes características.

► La vasectomía:

- » es un sistema que consiste en la sección y ligadura de los conductos seminales (deferentes) por lo que el semen no contiene espermatozoides
- » es un método de cirugía ambulatoria rápido y sencillo
- » requiere de control posterior mediante seminograma, pasados 3 meses.

► La esterilización femenina:

- » consiste en el bloqueo de ambas trompas de Falopio por medios mecánicos o físicos
- » actualmente la laparoscopia es el método de elección.



| 2. MÉTODOS TEMPORALES

2.1 DE LARGA DURACION

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC - *Long-acting reversible contraceptives*) son el inyectable de medroxiprogesterona, el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, el sistema de liberación intrauterino (SLI) con Levonorgestrel (LNG) y el implante subcutáneo. Los tres últimos son los métodos reversibles que mayor efectividad anticonceptiva han demostrado. Existen DIU especiales para nulíparas. Respecto al uso de LARC, la encuesta de la SEC 2024⁶ destaca la comodidad como la ventaja percibida por el 56,7 % de las mujeres de 15 a 49 años y en segundo lugar la mayor efectividad anticonceptiva referenciada por el 31,4 %.

2.2 DE CORTA DURACION

2.2.1 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NO HORMONALES

2.2.1.1 NATURALES

Se trata de evitar la concepción sin el uso de fármacos, procedimientos mecánicos o quirúrgicos, únicamente el conocimiento personal de la fertilidad.

- Se basan en el conocimiento de la fisiología de la ovulación, determinando qué días son fértiles durante el ciclo menstrual.
- Precisan un aprendizaje y entrenamiento, por parte de la mujer, en la autobservación y anotación.
- No protegen de las ITS.
- Generalmente son poco efectivos, aunque aumentan si se unen varios métodos y con personas entrenadas.
- El método:
 - » de la temperatura basal, se basa en el efecto termogénico de la progesterona.
 - » del moco cervical, está basado en los cambios que éste sufre a lo largo del ciclo en función de los niveles de estrógenos y de progesterona.
 - » del ritmo, calcula de forma teórica los períodos del ciclo de máxima fertilidad.
 - » sintotérmico, combina varios métodos para determinar la fecha de la ovula

2.2.1.2 DE BARRERA

Aquellos que evitan el embarazo impidiendo el acceso de los espermatozoides al canal cervical y/o bloqueando su progresión por el mismo, evitando la unión del espermatozoide y el óvulo, ya sea mediante una barrera mecánica (preservativo masculino o femenino), química (espermicida) o mixta (diafragma + espermicida).

- El preservativo masculino:
 - » ha demostrado la protección contra el VIH y otras ITS, por lo que puede usarse asociado a otros métodos, incrementando la efectividad contraceptiva
 - » existen preservativos de poliuretano para la población alérgica al látex (6-7,0 %)
 - » su efectividad mejora con un uso adecuado por lo que es recomendable explicar su forma de empleo pudiendo entregarse información escrita
 - » ante una rotura, se ha de recomendar el uso de la anticoncepción de urgencia.
- El preservativo femenino:
 - » protege del embarazo y de las ITS, teniendo la ventaja de que al depender del control de la mujer suele mejorar su cumplimiento
 - » presenta un alto índice de abandono (más del 50,0 %) por diferentes causas relacionadas con su uso (dificultades en la inserción, precio, desplazamiento de la vagina hacia el exterior...).
- El diafragma y el capuchón cervical deben usarse siempre con espermicida. Las principales ventajas del diafragma son que precisa la colaboración de personal sanitario para calcular la medida, se puede insertar hasta 2-3 horas antes de la relación sexual y se retira pasadas 6 horas para lavarlo en agua fría con jabón neutro y guardarlo completamente seco, en el estuche.
- Los espermicidas deben usarse siempre asociados a otro método anticonceptivo, por su escasa efectividad.
- Para determinadas prácticas sexuales, buco-anales y buco-genitales, se recomendará el uso de métodos de barrera que eviten el contacto directo de la mucosa bucal con fluidos potencialmente infecciosos para el VIH y otras ITS, como son el uso de un trozo de látex o de plástico.



2.2.2 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

2.2.2.1 COMBINADA

- La efectividad teórica de los anticonceptivos hormonales combinados orales (AHCO) es del 99,7 %, aunque con el uso, la efectividad real disminuye fundamentalmente como consecuencia de los olvidos en la toma diaria oral:
 - » se consideran AHCO de elección aquellos que contienen dosis de estrógenos \leq a 35 μ gramos y los preparados que contienen estradiol.
- Se ha de considerar precaución en casos de signos de hiperandrogenismo, de tromboembolismo venoso, en mujeres mayores de 35 años que fumen, con factores de riesgo cardiovascular o que padezcan de migraña.
- Para minimizar los olvidos existen otras vías de administración alternativas a la oral:
 - » el anillo vaginal de aplicación mensual y el parche cutáneo de aplicación semanal presentan alta efectividad dado que el cumplimiento es mayor
 - » la vía transdérmica en mujeres con peso $>$ a 90 kg, ve reducida su efectividad por su imprevisible absorción.

2.2.2.2 CON SOLO GESTÁGENOS

- Se presentan en forma de comprimidos, inyectables, SLI – LNG e implante subcutáneo:
 - » el SLI – LNG y el implante subcutáneo forman parte de los LARC y presentan alta efectividad
 - » el principal problema es la alteración del patrón de sangrado menstrual, hecho que causa su abandono.

3. ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

La Anticoncepción de Urgencia (AU) es la utilización de un fármaco (LNG y acetato de ulipristal) o un DIU, tras una relación desprotegida o en la que se haya producido un potencial fallo. No debe ser considerada, en ningún caso, un método anticonceptivo de uso habitual. Bloquean, inhiben o retrasan la ovulación mediante la supresión de la liberación masiva de hormona luteinizante (LH). No es un método anticonceptivo regular y no debe usarse como tal. No protege contra ITS y no interrumpe un embarazo ya establecido.

- El LNG se puede usar más de una vez en el mismo ciclo, no siendo necesaria una nueva toma si se presenta una nueva situación de riesgo dentro de las 12 horas siguientes a la primera toma. Se ha de utilizar preferiblemente dentro de las primeras 12 horas y no más tarde de los tres días.
- El acetato de ulipristal es el fármaco de elección, en los días del ciclo donde es más posible la ovulación o para aquellas mujeres con IMC > 25. Se puede utilizar hasta 5 días tras la relación de riesgo, aunque es más efectivo utilizarlo en las primeras horas.
- El DIU es el sistema de elección en casos en los que la mujer presenta IMC > 35.

Considerando los distintos métodos anticonceptivos principales y sus características, el 75,4 % de las mujeres en edad fértil utiliza métodos efectivos, el 36,5 % se inclina por métodos de barrera, el 25,3 % métodos hormonales, y el 8,0 % alguna modalidad de DIU^{6,7}.



CLAVES EN LA MUJER (TIPS)

Las características de los principales métodos anticonceptivos por sexo se recogen en la Tabla 1¹⁴⁻²⁴.

- La efectividad de cada método se mide por el Índice de Pearl, que cuantifica el número de embarazos que se han producido durante un año en 100 mujeres que han utilizado el método con uso constante y correcto (sin errores, olvidos ni otras complicaciones) y con el uso típico o habitual (el que se da en el día a día). Cuanto menor es el Índice de Pearl menor probabilidad de embarazo no deseado.
- La efectividad de los métodos anticonceptivos puede agruparse en cuatro categorías:
 - » Los muy efectivos incluyen los **implantes, los DIU/SLI, y la esterilización masculina y femenina permanente**; implica el menor riesgo de embarazo con una alta efectividad (< 0,9 %) y alto % de acción anticonceptiva (+ 99,0 %)
 - » Los efectivos incluyen los **inyectables mensuales o combinados, parches y anillos vaginales, píldora y minipíldora**, ...; tienen un riesgo muy bajo de embarazo con una buena efectividad (uso correcto < 1,0 %), aunque en el uso habitual se reduce (3,0 y el 9,0 %) con una variabilidad influenciada por la edad, la frecuencia de las relaciones, etc. Además, hay estudios con evidencia y calidad moderada, que sugieren que algunos métodos naturales, basados en el conocimiento de la fertilidad, pueden incluirse en esta categoría.



- » Los moderadamente efectivos incluyen el **diafragma y los preservativos**, que tienen tasas de embarazo altas durante el uso perfecto ($\geq 2,0\%$) y el uso típico ($\geq 10,0\%$) con alta variabilidad en las usuarias.
- » Los menos efectivos incluyen los métodos naturales basados en el conocimiento de la fertilidad, el **coito interrumpido, la esponja, los espermicidas/reguladores del pH vaginal y el capuchón cervical**; tienen las tasas de embarazo más altas durante el uso perfecto ($\geq 4,0\%$) y el uso típico ($\geq 20,0\%$) con una variabilidad aún mayor para cada usuaria.
- El uso simultáneo de dos métodos diferentes puede reducir el riesgo de embarazo y, si uno de ellos es el preservativo, también el riesgo de ITS.
- En cuanto a la seguridad todos los medicamentos y dispositivos tienen riesgos y beneficios, en la gran mayoría de los casos, el embarazo implica un riesgo mayor que el uso de un método anticonceptivo. La detección de RAM, factores de riesgo de salud personales, así como la discusión de los deseos reproductivos, son importantes para recomendar/ aconsejar/ seleccionar el método más adecuado.
- Las RAM especialmente las que incluyen cambios en los patrones de sangrado, son una causa importante de la falta de adherencia, la insatisfacción y la interrupción del método.

MUJER		Acción Anticon- ceptiva %	ÍNDICE DE PEARL		HOMBRE	
Método	Cómo actúa		Efectividad: embarazos por cada 100 mujeres/año con un uso constante y correcto	Efectividad: embarazos por cada 100 mujeres/año con un uso típico/habitual	Método	Cómo actúa
Implantes	Espesa el moco cervical impidiendo la unión óvulo-espermatozoide y evita la ovulación	99,95	0,1	0,05		
		99,85	0,1	0,15	Esterilización masculina (vasectomía)	Bloquea el paso del semen al espermatozoide en la eyaculación
Dispositivo intrauterino (DIU) de LNG	Espesa el moco cervical impidiendo la unión óvulo-espermatozoide	99,8	0,5	0,2		
Esterilización femenina (ligadura de trompas)	Bloquea el paso de los óvulos para la unión con los espermatozoides	99,5	0,5	0,5		
Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre	El cobre daña a los espermatozoides e impide que se unan con el óvulo	99,2	0,6	0,8		
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables combinados (AIC)	Evita la liberación de los óvulos de los ovarios (ovulación)	94	0,05	6		
Inyectables solo con progestágeno	Espesa el moco cervical impidiendo la unión óvulo-espermatozoide y evita la ovulación	94	0,2	6		



MUJER		Acción Anticon- ceptiva %	ÍNDICE DE PEARL		HOMBRE	
Método	Cómo actúa		Efectividad: embarazos por cada 100 mujeres/año con un uso constante y correcto	Efectividad: embarazos por cada 100 mujeres/año con un uso típico/habitual	Método	Cómo actúa
Anticoncep- tivos orales combinados (AOC) o "la píldora"	Evita la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación)	91	0,3	9		
Parche trans- dérmico y Anillo vaginal anticoncepti- vo combina- do (AVC)	Evita la liberación de los óvulos de los ovarios (ovulación)	91	0,3 (para el parche y para el anillo vaginal)	9 (para el parche y para el anillo vaginal)		
Píldoras con progestáge- nos solo o "la minipíldora"	Espesa el moco cervical impidiendo la unión óvulo-es- permatozoide y evita la ovulación	91	0,3	9		
Píldoras an- ticonceptivas de urgencia (30 mg de acetato de ulipristal o 1,5 mg de LNG)	Impide o retrasa la liberación de óvulos de los ovarios al bloquear el desa- rrollo folicular o inhibir su ruptura y produce modifica- ciones endometria- les impidiendo la implantación. Las píldoras se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de tener relaciones se- xuales sin protec- ción	91	< 1 para las de acetato de ulipristal para las que contienen progestágeno 1 para las que contienen progestágeno 2 para las combinadas con estrógeno y progestá- geno			

MUJER		Acción Anticon- ceptiva %	ÍNDICE DE PEARL		HOMBRE	
Método	Cómo actúa		Efectividad: embarazos por cada 100 mujeres/año con un uso constante y correcto	Efectividad: embarazos por cada 100 mujeres/año con un uso típico/habitual	Método	Cómo actúa
		82	2	18	Preserva- tivo mas- culino	Forma una barrera que impide la unión entre óvulos y los espermato- zoides. Pro- tege frente a ITS
Diafragma	Forma una barrera cubriendo el cuello uterino	88	16	12		
Preservativo femenino	Forma una barrera que impide la unión entre óvulos y es- permatozoides	79	5	21		
Método de la amenorrea de la lactan- cia (MELA)	Tras el parto y cuando se cumplen tres condiciones: (1) amenorrea (no tener ningún perío- do menstrual), (2) lactancia completa o casi totalmente, y (3) lleva menos de 6 meses		0,9 (en seis meses)			
Método sinto- térmico	Impide el embarazo si se evita el sexo vaginal sin protec- ción durante los días más fértiles. Comprende la observación de la temperatura basal, el moco cervical y la apertura y altura del cuello uterino		< 1			
Método de los días fijos	Impide el embarazo si se evita el sexo vaginal sin protec- ción durante los días más fértiles	76	5			



MUJER		Acción Anticon- ceptiva %	ÍNDICE DE PEARL		HOMBRE	
Método	Cómo actúa		Efectividad: embarazos por cada 100 mujeres/año con un uso constante y correcto	Efectividad: embarazos por cada 100 mujeres/año con un uso típico/habitual	Método	Cómo actúa
Método de la temperatura corporal basal (TCB)	Impide el embarazo si se evita el sexo vaginal sin protección durante los días más fértiles. Se registra la temperatura corporal a lo largo del ciclo menstrual	76	No se dispone de tasas de efectividad fiables			
Método de los dos días	Impide el embarazo si se evita el sexo vaginal sin protección durante los días más fértiles. Consiste en observar el moco cervical	76	4			
Método del calendario o método del ritmo	Impide el embarazo evitando el sexo vaginal sin protección entre el primero y el último día fértil estimado, bien con abstinencia o con uso de preservativo	76	No se dispone de tasas de efectividad fiables			
Coito interrumpido (marcha atrás)	Intenta mantener los espermatozoides fuera del cuerpo de la mujer, impidiendo la fecundación	78	4	22		
Espermicidas (esponja, gel, crema, tableta, etc.)	Destruyen la membrana de los espermatozoides	72	16	28		
Capuchón cervical	Forma una barrera cubriendo el cérvix uterino		22	22		



Consejos de tu farmacéutic@

Recuerda la divulgación de, entre otros, alguno de los siguientes consejos especialmente entre los jóvenes^{5,15,16,19,21-24}.

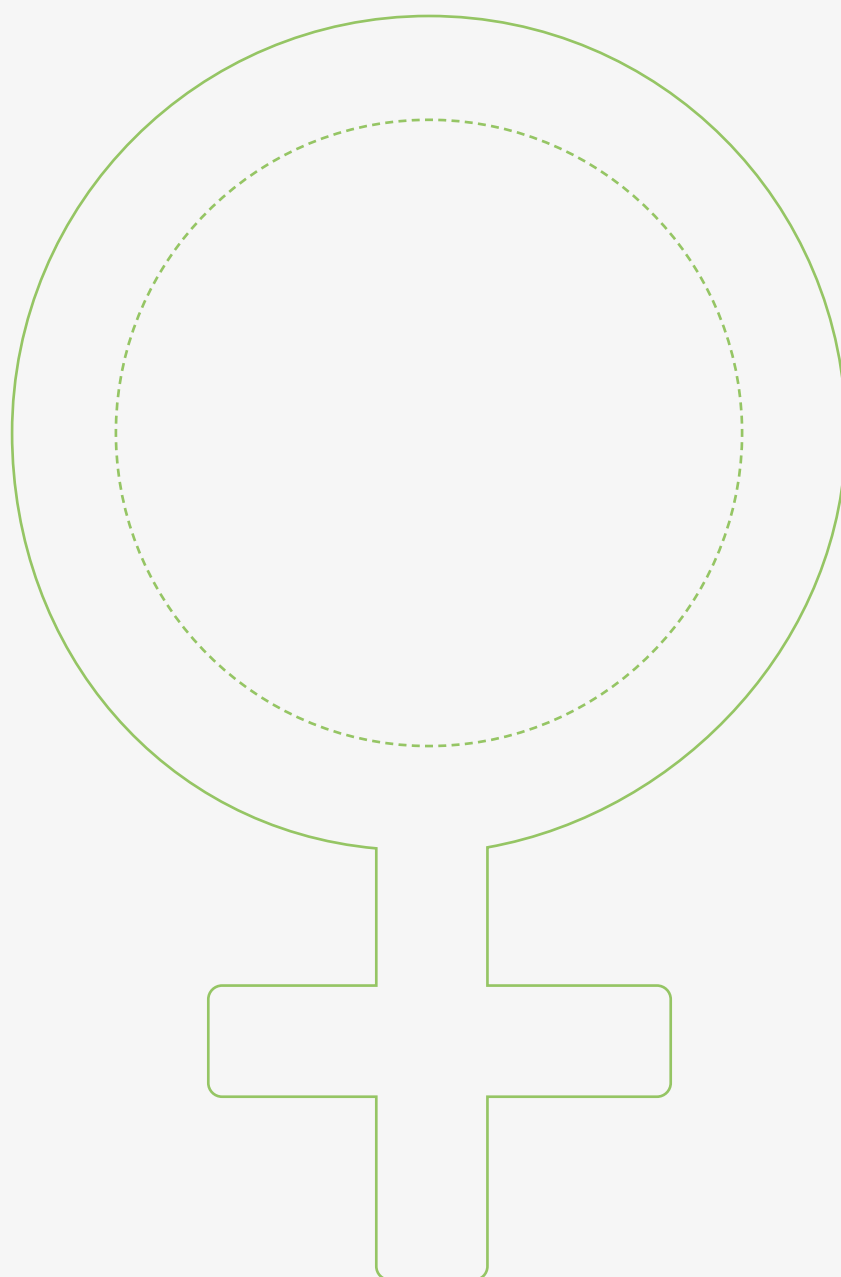
- **Consulta con tu farmacéutico de confianza las dudas que te puedan surgir** en relación con el uso racional, seguro y efectivo de los métodos anticonceptivos.
- **Sigue adecuadamente la información para una utilización y adherencia correctas** al método anticonceptivo más adaptado a tus necesidades.
- **Acude a las citas periódicas** de revisión, control y seguimiento del sistema anticonceptivo elegido, con tu agente sanitario implicado.
- Dispones de **ayuda para reducir la desinformación relacionada con los métodos anticonceptivos más efectivos**; pregunta al agente sanitario de tu confianza.
- Los temores que puedes tener al iniciar el tratamiento o mantenerlo a largo plazo con buen estado de salud, pueden ser superados por la información con evidencia científica que te puede facilitar el farmacéutico de tu confianza desde su ejercicio profesional en los **Servicios de Dispensación y Educación para la Salud**, entre otros.
- **La comunicación con tu farmacéutico** debe ser bidireccional y abierta, para que pueda detectar las necesidades que tienes y proporcionarte una información personalizada, completa y no redundante.
- **El desarrollo de nuevas formas farmacéuticas, como los anillos vaginales, los parches transdérmicos o los implantes subcutáneos**, en los que sus características de liberación o absorción se encuentran controladas, permiten ampliar los intervalos de administración y reducir el riesgo de olvido de una dosis, principales elementos que reducen la efectividad de los medicamentos.
- **Recuerda que los olvidos**, la falta de adherencia al sistema o la rotura de un preservativo (masculino o femenino) puede conllevar un embarazo no deseado o una ITS, por lo que será necesario que acudas al centro de salud, al de planificación familiar o al hospital en los casos en los que puedas sospechar, además, de riesgo de VIH para valorar la toma de profilaxis postexposición con antirretrovirales.



Bibliografía

1. World Health Organization. World Health Report: Let's work for health. 2006a, actualized 2010. [Internet]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/43434>. Último acceso: enero 2025.
2. Ministerio de sanidad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2021. Criterios de formación en salud sexual integral para profesionales de atención primaria del sistema nacional de salud. [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Criterios_formacion_Salud_Sexual_Integral_Atencion Primaria.pdf. Último acceso: enero 2025.
3. SEMERGEN, SEMG y SEFAC. 2022. Posicionamiento: Empoderando a la mujer en el cuidado de su salud reproductiva. [Internet]. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/grupos/atencionMujer/Publicaciones/posicionamientoAnticoncepcion.pdf> Último acceso: enero 2025.
4. World Health Organization. Contraception. 2025. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/contraception#tab=tab_1. Último acceso: enero 2025.
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Patient-Centered Contraceptive Counseling. 2022. [Internet]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-statement/articles/2022/02/patient-centered-contraceptive-counseling>. Último acceso: enero 2025.
6. Sociedad Española de Contracepción (SEC). Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva: Resultados encuesta de anticoncepción en España 2024. [Internet]. Disponible en: <https://sec.es/encuesta-de-anticoncepcion-en-espana-2024/> Último acceso: febrero 2025.
7. Ministerio de Igualdad. Instituto de las mujeres.2022. La sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español. Percepciones subjetivas e impacto de la formación. [Internet]. Disponible en: [La sexualidad de las mujeres jóvenes.pdf](#). Último acceso: febrero 2025.
8. Quintana Pantaleón C. Sexualidad y anticoncepción. *Pediatr Integral* 2013; XVII (3): 171-184.
9. Ministerio de Sanidad. Informe 2023 del Registro Estatal de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE). [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/docs/IVE_2023.pdf. Último acceso: febrero 2025.
10. Danet Danet A. Women's emotional accounts of induced abortion. *Gac Sanit.* 2021; 35(4):361-373. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.02.006.
11. Al-Halabí S. et al. "Suicidal behavior and the perinatal period: Taboo and misunderstanding." *Pap Psicol.* 2022; 42 (3):161-9. doi: <https://doi.org/10.239 23/pap.psicol.2963>.
12. Grupo Médico por el Derecho a Decidir. Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental. Documento de posición. 2011. [Internet]. Disponible en: https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/DocPosici%C3%B3n-salud-mental-y-embarazo-no-deseado-final-final_v03.pdf. Último acceso: febrero 2025.

13. Lee JK, Burke AE, Moreau C. Female and male decision-making regarding whether to continue or abort an unintended pregnancy: a secondary analysis of the FECOND study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2018;23(4):311-317. doi: 10.1080/13625187.2018.1506100.
14. García M, León W, Rivera E, Dominguez A. *Manual de Anticoncepción*. SAC 2024. ISBN: 978-9978-77-722-0
15. Trillo Fernández C et al. SAMFyC-SAC-SEMERGEN 2021: Anticoncepción y Salud Sexual en AP (2ª edición). ISBN: 978-84-09-40569-5. [Internet]. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2023/02/Anticoncepcion_y_SS_2021_SAMFyC_SAC_SEMERGEN_bbb.pdf. Último acceso: enero 2025.
16. Portero PC. Punto farmacológico 173: anticoncepción farmacológica. *Pan Act Med*. 2023; 47(467):1026-1036.
17. Bradley S, et al. Effectiveness, safety, and comparative side effects. *Contraceptive technology*. 22nd ed. Burlington, MA: Jones-Bartlett Learning 2023.
18. Osakidetza. Departamento de salud del país vasco. Métodos anticonceptivos. 2021. [Internet]. Disponible en <https://www.osakidetza.euskadi.eus/metodos-anticonceptivos/webosk00-oskenf/es/>. Último acceso: enero 2025.
19. World Health Organization. Family planning/contraception methods. Mechanism of action and effectiveness of different contraceptive methods. 2025. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. Último acceso: enero 2025.
20. Centers for Disease Control (CDC). EEUU 2024. Contraception and Birth Control Methods. [Internet]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/contraception/about/index.html>. Último acceso: enero 2025.
21. Valle-Velasco B, Zarzuelo MJ, Valverde-Merino MI, Martínez-Martínez F. Uso de anticonceptivos orales y percepción del papel del farmacéutico comunitario: un estudio observacional. *Ars Pharm*. 2023; 64 (2): 75-88. [Internet]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S2340-98942023000200001&lng=es. Último acceso: febrero 2025.
22. Costillas-Caño P et al. “Buenas prácticas en el asesoramiento anticonceptivo a mujeres: recomendaciones del grupo de Expertos Multidisciplinar en Materia Anticonceptiva (EMMA)” *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*. 2018; 5(1): 1-10. [Internet]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medre.2017.12.002>. Último acceso: febrero 2025.
23. Blasco-Martínez MR et al. SEMERGEN. Anticoncepción a lo largo de la vida de la mujer. 2024. [Internet]. Disponible en: <https://organonpro.com/es-es/hera>. Último acceso: enero 2025.
24. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Guía práctica de la salud. 2021. Atención a la mujer. Actividades preventivas propias de la mujer joven [Internet]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/recursos-ciudadania/guia-practica/44/469>. Último acceso: enero 2025.



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.

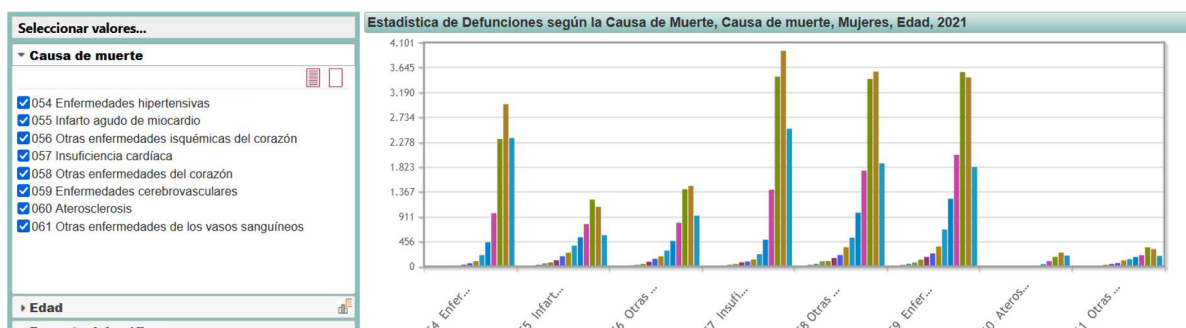


Figura 1- Estadística de defunciones por causas relacionadas con ERCV.

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 morbilidad 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, preeclampsia...)
 - » 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 ($\text{IMC} = 20\text{-}25 \text{ kg/m}^2$ 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=WYjYWRhIiw4LCJtaW51dG9zIiwibXVlcmUiXQ==> 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).

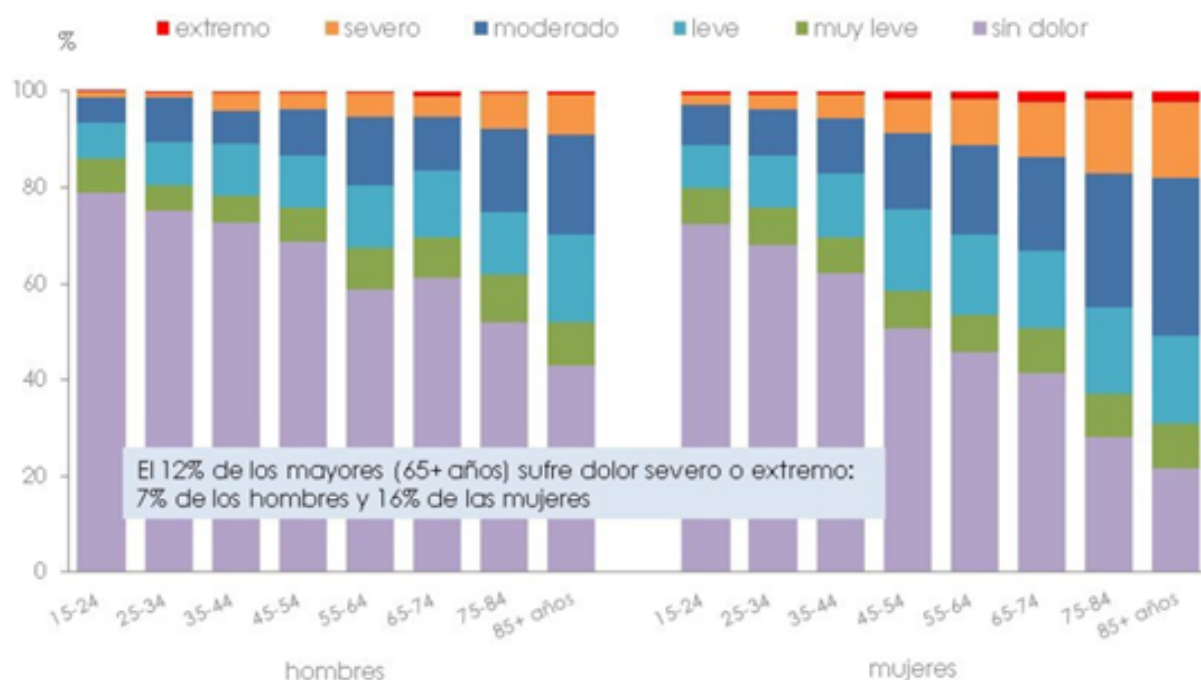


Figura 1 Severidad del dolor físico en las últimas 4 semanas.

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

- Vaginositis
 - 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&tlng=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.

Menopausia



En junio de 2024, en España hay 48.797.875 de personas, de las que 24.880.201 son mujeres. En la pirámide de población española recientemente publicada (Figura 1) más de 14 millones tienen ≥ 50 años, edad media de la menopausia, con una franja de edad de casi 6 millones para la perimenopausia, entre los 40 y 54 años¹.

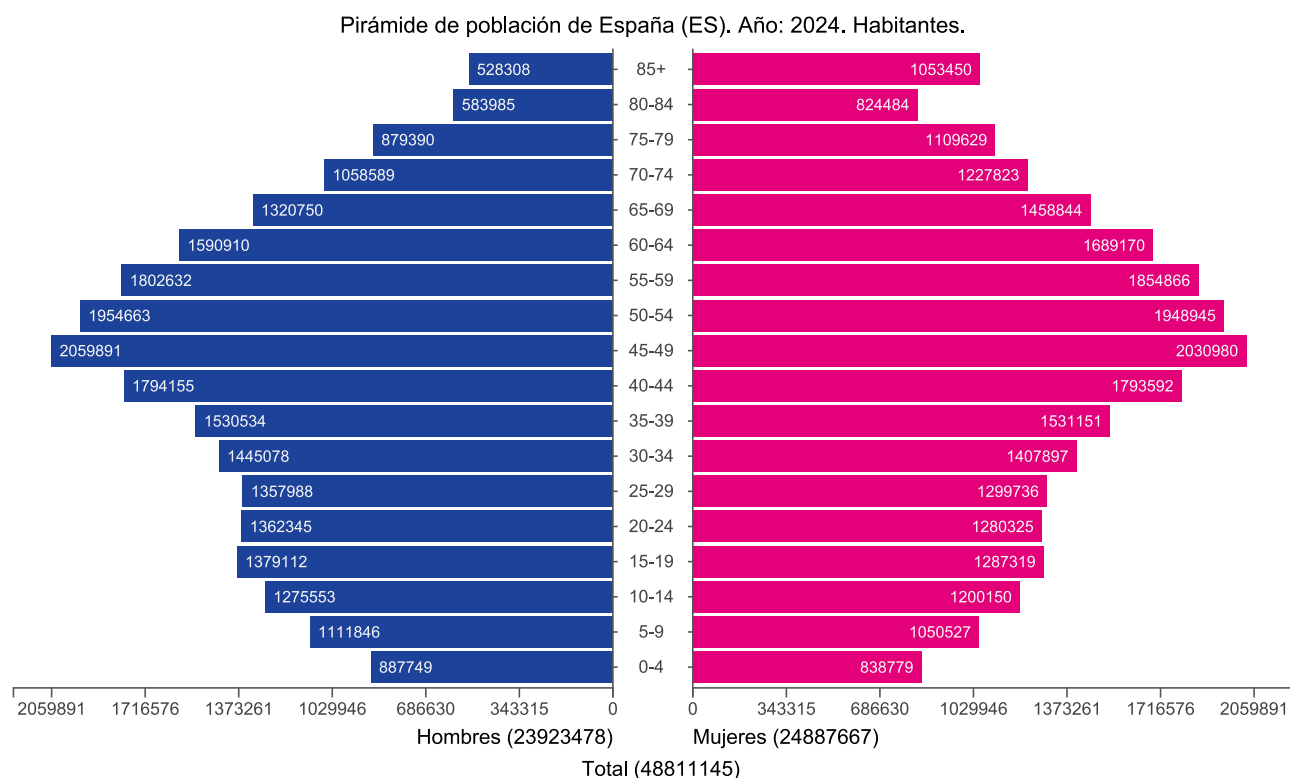


Figura 1- Pirámide de la población española

Fuente: INE. Disponible en: <https://inclasns.sanidad.gob.es/report/population/>. Último acceso: octubre 2024.

La Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) define la menopausia como una condición que se alcanza cuando han pasado más de 12 meses desde el último sangrado (regla), siempre y cuando el final de la menstruación no se deba a ninguna otra causa fisiológica o patológica evidente ni a una intervención clínica².

En esta fase del ciclo de la vida de la mujer hay una completa o casi completa pérdida de la



función folicular y la ausencia de la secreción de estrógenos del ovario. Este cese de la actividad ovárica no aparece bruscamente, sino que hay un progresivo envejecimiento ovárico desde la menarquia que condiciona la definición de una serie de etapas (Figura 2). Esta transición, conocida como climaterio, suele darse en tres fases: premenopausia, menopausia y postmenopausia^{3,4,23}.

- **Premenopausia:** la transición del periodo reproductivo al no reproductivo se inicia entre unos 2 y 8 años antes del cese definitivo de las menstruaciones. Se caracteriza por menstruaciones más irregulares y ciclos que pueden reducirse a 25, 23 o incluso 21 días, siendo las reglas más largas y abundantes.
- **Menopausia:** implica hasta 12 meses tras la desaparición definitiva de la menstruación. Se asocia con cambios desfavorables en composición corporal, aumento de la masa de tejido graso y disminución de la masa corporal magra y un posible incremento del colesterol LDL lo que implica un mayor riesgo cardiovascular. Según la edad en la que ocurre se habla de menopausia prematura si sucede antes de los 40 años; menopausia precoz, entre los 40 y los 45 años; menopausia típica, que es la más común y ocurre entre los 45 y los 55 años; menopausia tardía, que ocurre después de los 55 años; y menopausia inducida, también conocida como iatrogénica o quirúrgica, que es causada por medicamentos, quimioterapia, radioterapia o cirugías.
- **Posmenopausia:** en la que los síntomas más agudos se suavizan, en la mayoría de los casos, aunque el menor nivel de estrógenos incrementa el riesgo de sufrir distintas enfermedades como la osteoporosis o fracturas.

Menarquia					Última regla (0)					
Etap	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminología	REPRODUCTIVA				TRANSICIÓN MENOPÁUSICA		POSTMENOPAUSIA			
	Temprana	Pico	Tardía		Temprana	Tardía	Temprana		Tardía	
					Perimenopausia					
Duración	Variable				Variable	1-3 años	2 años (1+1)	3-6 años	Vida restante	
CRITERIO PRINCIPAL										
Ciclo menstrual	Variable o regular	Regular	Regular	Ligeros cambios en cantidad/periodicidad	Duración variable con diferencias ≥ 7 días en ciclos consecutivos	Baches amenorreicos ≥ 60 días				
CRITERIOS ADICIONALES										
Endocrinológicos										
FSH			Baja	Variable	Elevaciones variables	> 25 mUI/ml	Aumento variable	Elevada estable		
AMH			Baja	Baja	Baja	Baja	Baja	Muy baja		
Inhibina B				Baja	Baja	Baja	Baja	Muy baja		
RFA *			Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy bajo	Muy bajo		
CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS										
Síntomas						Probables síntomas vasomotores	Muy probables síntomas vasomotores			Síntomas crecientes de atrofia urogenital

FSH: hormona foliculoestimulante; AMH: hormona antimülleriana; RFA: recuento de folículos antrales.

Figura 2. Etapas del envejecimiento reproductivo de la mujer

Fuente: Adaptado de Harlow SD, et al. STRAW + 10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97(4):1159-68. doi: 10.1210/jc.2011-3362.

En España la esperanza de vida de las mujeres es de 85,8 años⁵ y la menopausia es una situación fisiológica que se sitúa alrededor de los 51,4 años⁶. Con el aumento de la esperanza de vida muchas mujeres vivirán durante varias décadas después de la menopausia⁹. La franja etaria en la que se desarrolla dicha condición abarca desde los 45,0 a los 55,0 años⁷. Como se ha señalado, la causa principal es la pérdida progresiva de la función ovárica, al dejar de producir óvulos se provoca el descenso en la producción de las hormonas femeninas, los estrógenos y progesterona, lo que conlleva la pérdida permanente de la menstruación, de forma muy variable en cuanto a su cronología e intensidad junto a implicaciones clínicas (síndrome climatérico) y analíticas importantes².

El síndrome climatérico engloba a los sangrados anómalos, la sintomatología vasomotora, las alteraciones psicológicas, el síndrome genitourinario, los cambios metabólicos y las alteraciones musculoesqueléticas. **Las implicaciones clínicas**, en general, son el aumento progresivo de los valores séricos de la hormona foliculoestimulante (FSH), el descenso de los niveles de estradiol y la estabilidad en los niveles de la hormona luteinizante⁶.

Según la AEEM², la mayoría de los síntomas que se presentan en esta etapa del ciclo de la vida de la mujer, perduran sólo durante un tiempo, como son los sofocos o la sudoración nocturna. Aunque no suponen una amenaza para la salud, pueden resultar molestos y, en algunos casos, afectar enormemente a la calidad de vida, limitando la actividad normal diaria. La aparición de esos síntomas puede tener lugar en tres etapas:

- **A corto plazo:** fragilidad emocional, sudoración, sofocos, irritabilidad, palpitaciones, nerviosismo y tendencia a la obesidad.
- **A medio plazo:** cambios que afectan la musculatura, la piel y el aparato genitourinario.
- **A largo plazo:** osteoporosis y aumento del riesgo cardiovascular.

El 86 % de las mujeres en España experimenta uno o más de los más de 40 síntomas diferentes que se asocian a la menopausia^{6,8,9}, entre los que destacan:

- **Síntomas vasomotores** como son los sofocos y la sudoración nocturna (sensación repentina de calor en la cara, en el cuello y en el pecho, a menudo acompañada de enrojecimiento de la piel, sudoración, palpitaciones y sensación aguda de malestar físico que puede durar varios minutos). Afectan al 85 % de las mujeres.
- **Cambios en la regularidad y el flujo del ciclo menstrual**, que culminan con el cese de la menstruación.
- **Síntomas genitourinarios** como son la sequedad vaginal, la atrofia vulvovaginal, la dispareunia (relaciones sexuales dolorosas), reducción del deseo sexual, poliuria, incontinencia, etc. Afectan al 50 % de las mujeres mayores de 60 años
- **Alteraciones del sueño**, irritabilidad, fatiga, sensación de cansancio, pérdida de energía y/o motivación, falta de concentración y memoria, disminución del rendimiento laboral ...
- **Molestias musculares y articulares**, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, depresión y/o ansiedad, osteoporosis, ...
- Empeoramiento de las cefaleas y migrañas, del deterioro cognitivo, de enfermedades cardiovasculares.



Los cambios hormonales asociados a la menopausia pueden afectar al bienestar físico, emocional, mental y social. Los síntomas que se experimentan durante y después de la transición menopáusica varían notablemente de una persona a otra. Mientras que algunas mujeres sufren pocos síntomas, o incluso ninguno, otras pueden padecer síntomas graves que lleguen a condicionar sus actividades diarias y mermar su calidad de vida. De hecho, **2 de cada 10 mujeres son intensamente afectadas por síntomas de la menopausia**¹⁰.

La menopausia también puede alterar la composición corporal y el riesgo cardiovascular (RCV). La ventaja de las mujeres sobre los hombres en términos de enfermedades cardiovasculares desaparece gradualmente tras la menopausia debido a la importante disminución que se produce de los niveles de estrógenos. La menopausia también puede provocar el debilitamiento de las estructuras de soporte de la pelvis, lo que incrementa el riesgo de prolapso de los órganos pélvicos. La pérdida de densidad ósea que tiene lugar en la menopausia contribuye de manera importante a incrementar las tasas de osteoporosis y fracturas².

En algunos casos, los síntomas pueden durar varios años. Sin embargo, la menopausia puede ocurrir mucho antes, de forma natural, sin causa subyacente identificable, o como consecuencia de enfermedades, cirugía, radioterapia o quimioterapia. La deficiencia de estrógeno puede conducir a síntomas menopáusicos que pueden representar considerables dificultades en la vida laboral, discriminación en el lugar de trabajo e incluso desempleo⁹.

En el caso de los hombres, **la andropausia** es el término con el cual se definen los cambios hormonales que sufren, especialmente por la reducción de testosterona, entre los 50 y 55 años, de media, relacionados con el proceso de envejecimiento, de manera similar a lo que ocurre con la menopausia en las mujeres. Esta situación fisiológica se reconoce mediante múltiples denominaciones, tales como; climaterio masculino, viropausia, menopausia masculina, hipogonadismo de inicio tardío (LOH), síndrome de declinación de los andrógenos con el envejecimiento masculino (ADAM de las siglas en inglés *Androgen Decline in Aging Male*), deficiencia parcial de andrógeno en el envejecimiento masculino (PADAM), deficiencia androgénica en el envejecimiento masculino (DAEM), entre otros^{11,16}.

Se trata de un proceso muy lento y gradual sin determinar el momento exacto de comienzo, que se inicia con la pérdida anual de la secreción de testosterona de alrededor del 1 %, a partir de los 40 años¹⁶. Por lo que, en general, a los 70 años los hombres presentan un 30 % menos de testosterona que circula o está disponible en la sangre¹².

De manera similar a lo que ocurre a las mujeres, este proceso se manifiesta con cambios en la esfera sexual (disminución del deseo sexual y pérdida de las erecciones) y la aparición de síntomas tan diversos como son la depresión, la irritabilidad, la dificultad de concentración, la disminución de la memoria, la pérdida de energía y de masa muscular o la desmineralización ósea con la consecuente aparición de osteoporosis, entre otros¹³.

El término andropausia ha sido con frecuencia motivo de controversia puesto que su presentación es diferente al de la menopausia, que aparece de manera más brusca y se relaciona con la interrupción definitiva del ciclo ovulatorio y el fin del período fértil femenino. Un fenómeno similar de interrupción definitiva en la producción de espermatozoides no ocurre en los hombres y además los síntomas asociados son progresivos. Asimismo, existen algunos factores de riesgo que pueden agudizar los síntomas de la andropausia o incrementar su velocidad de aparición, entre los que se encuentran: tener un IMC ≥ 30 , ERCV, alteraciones de la tiroides, abuso de algunos medicamentos o tóxicos como el alcohol, tabaco y las drogas, la herencia genética o el estrés¹⁴.



CLAVES EN LA MUJER (TIPS)

El envejecimiento asociado a las alteraciones hormonales produce cambios físicos, psicológicos y en la calidad de vida de hombres y mujeres en las etapas maduras del ciclo de la vida. A pesar de que la menopausia y la andropausia son etapas inherentes al desarrollo, frecuentemente suele existir un gran desconocimiento lo que genera mitos, tabúes y prácticas inadecuadas¹³. Los síntomas que se presentan son, en general, similares, aunque con diferencias características (Tabla 1).

Mujeres	Hombres
Menopausia	Andropausia, climaterio masculino, viropausia, menopausia masculina, LOH, ADAM, PADM, DAEM
De 45 a 50 años	De 50 a 55 años
Afecta a todas las mujeres con intensidad variable	No afecta a todos los hombres, la incidencia, la edad y la intensidad es muy variable
Proceso de aparición brusca y reducción de la secreción de estrógenos y progesterona	Proceso lento, gradual y progresivo con reducción en la secreción de testosterona
Sintomatología general evidente	Sintomatología general poco evidente
Cambios en la regularidad y el flujo del ciclo menstrual, hasta el cese de la menstruación finalizando la época fértil	Pérdida de secreción hormonal en un 1 % al año desde los 40 años manteniéndose la fertilidad largo tiempo
Alteraciones vasomotoras; sofocos, sudores nocturnos, malestar físico, taquicardia, empeoramiento de cefalea y migraña	Alteraciones vasomotoras; sofocos, taquicardia, cefalea, sudores nocturnos
Depresión, cambios emocionales, irritabilidad, pérdida de energía y/o motivación, disminución de la actividad intelectual y de la memoria	Depresión, cambios en el humor, irritabilidad, disminución de la capacidad intelectual y de orientación en tiempo, pérdida de la autoconfianza, ansiedad e irritabilidad
Síntomas genitourinarios: sequedad vaginal, atrofia vulvovaginal, dispareunia, reducción del deseo sexual, poliuria, incontinencia, ...	Disminución deseo y potencia sexual, dificultad en mantener la erección, disminución en la satisfacción sexual, ...
Debilidad muscular, pérdida de la densidad ósea, osteoporosis e incremento de fracturas	Reducción de la masa muscular corporal, de la fortaleza, del vigor físico, de la densidad ósea, osteoporosis, dolores osteoarticulares y disminución de la estatura
Alteraciones en el peso, cambios corporales e incremento de enfermedades cardiovasculares,	Aumento de la grasa abdominal, reducción de la masa muscular, aumento del riesgo de cáncer de próstata y enfermedad cardíaca
	Disminución vello corporal y alteraciones en la piel
	Trastornos del sueño (insomnio, sueño poco reparador, somnolencia posprandial).
Deterioro general de la calidad de vida	

Tabla 1- Características diferenciales menopausia y andropausia^{2,4,6,8,9,11-17}.



En el caso de esta situación fisiológica en el hombre no suele ser habitual que acuda a la farmacia para intentar resolver o minimizar los síntomas asociados. Sin embargo, las mujeres suelen, en un alto porcentaje, acudir a consultar sobre los primeros síntomas de la menopausia, por lo que se deben tener en consideración criterios de derivación de la farmacia comunitaria al médico de familia, en caso necesario^{18,19}.

Criterios para la derivación de la paciente al Médico de Familia:

- Si la regla desaparece antes de los 40 años.
- Si aparece el sangrado después de 6 meses seguidos sin regla.
- Si la paciente consulta sobre pequeños escapes de orina, leve incontinencia o molestias en la micción.
- Si existe dolor al defecar y/u orinar.
- Si la paciente presenta dolor abdominal intenso.
- Si existe dolor en las mamas o la paciente encuentra alguna anomalía.
- Si la paciente no mejora tras la actuación profesional en el servicio de indicación farmacéutica en síntomas como, los sofocos, el insomnio, síntomas genitourinarios, alopecia, ojo seco o manchas en la piel.
- Cuando existen sospechas de un posible embarazo.



Consejos de tu farmacéutic@

- Es importante que el tratamiento hormonal forme parte de una estrategia general que incluya medidas de estilo de vida destinadas a promover y mantener una buena salud ^{20,23}.
- La ganancia de peso es un factor de riesgo especialmente relevante, ya que condiciona en gran medida la aparición de síndrome metabólico y se relaciona directamente con la morbilidad y mortalidad cardiovascular^{21,23}.
- La actividad física regular tiene un efecto cardioprotector y puede atenuar los cambios aterogénicos asociados a la menopausia en mujeres sanas de mediana edad ^{22,23}.
- Recomendaciones generales sobre hábitos saludables^{2,14,23}:

- » **Cuida tu alimentación,**

- en la andropausia: sigue una dieta variada, saludable y nutritiva de bajo contenido en grasas saturadas, en sal y rica en fibra.
- en la menopausia: existe una tendencia al aumento de peso y a la aparición de hipertensión arterial, obesidad, elevación de los niveles de colesterol, entre otros problemas. Por ello:

- reduce el consumo de grasas animales (embutidos, carnes rojas...), de la sal y de los azúcares
- aumenta el consumo de frutas, verduras y cereales
- una dieta rica en calcio (lácteos, sardinas, nueces...) te ayudará a evitar fracturas óseas y osteoporosis
- consume alimentos ricos en ácidos grasos omega-3 (pescado azul...) que te ayudarán a mantener las funciones neuronales, el cerebro y el corazón sanos
- mantén una adecuada hidratación bebiendo agua, zumos de fruta, infusiones, sopas, entre otros, evitando los refrescos o bebidas azucaradas.

- » **Realiza actividad física moderada y regular** como caminar a paso ligero, practicar la elasticidad (pilates, yoga, etc.) y la fuerza muscular, te ayudarán a controlar tu peso, evitarán la pérdida de masa ósea previniendo fracturas en el futuro y a mejorar tanto la forma física como emocional.
- » **Ejercita tu mente y mantente intelectualmente activa/o.**



- » **Limita el consumo** de café, alcohol y otros agentes tóxicos, lo que ayudará a minimizar el riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular y mejorar algunos síntomas como los sofocos.
- » **Realiza controles periódicos** y especialmente de los factores de riesgo cardiovascular (presión arterial, peso, colesterol, glucemia...).
- » **Acude a las revisiones con tu médico**, no olvides las citas anuales de control.
- » **Toma el sol de forma moderada**, con quince minutos diarios podrás mantener el nivel adecuado de vitamina D.
- » **Toma la medicación prescrita**, en la cantidad y frecuencia indicada por el profesional sanitario para que el tratamiento sea más seguro y efectivo. Evita la automedicación con hormonas u otros medicamentos.
- » **Advierte a tu farmacéutico, médico u otros profesionales implicados** en la toma de otros medicamentos por otras enfermedades o problema de salud para evitar posibles problemas relacionados con los medicamentos (contraindicaciones, precauciones, interacciones, ...).

Bibliografía

- ¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística continua de población. Últimos datos. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ulti-Datos&idp=1254735572981. Último acceso: diciembre 2024.
- ² Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Información para las mujeres. Menopausia. [Internet]. Disponible en <https://aeem.es/para-la-mujer/#que-es-la-menopausia>. Último acceso: diciembre 2024.
- ³ Ko SH, Kim HS. Menopause-Associated Lipid Metabolic Disorders and Foods Beneficial for Postmenopausal Women. *Nutrients*. 2020;12(1):202. 3.
- ⁴ Greendale GA, Sternfeld B, Huang M, et al. Changes in body composition and weight during the menopause transition. *JCI Insight*. 2019;4(5):e124865.
- ⁵ Instituto Nacional de Estadística (INE). INE. Esperanza de vida a diferentes edades. [Internet]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944484459&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259937499084. Último acceso: diciembre 2024.
- ⁶ Baquedano L, Coronado P, De la Viuda E, Sánchez S, Otero B, Ramírez I, Llana P, Mendoza N. Population-based survey on menopausal symptoms and treatment use. *Climacteric*. 2023;26(1):47-54. doi: 10.1080/13697137.2022.2139598.
- ⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). Menopausia: datos y cifras.2022. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>. Último acceso: diciembre 2024.
- ⁸ Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(4):199-215.
- ⁹ Rees M, Abernethy K, Bachmann G, Bretz S, Ceausu I, Durmusoglu F, Erkkola R, Fistonc I, Gambacciani M, Geukes M, Goulis DG, Griffiths A, Hamoda H, Hardy C, Hartley C, Hirschberg AL, Kydd A, Marshall S, Meczelski B, Mendoza N, Mueck A, Persand E, Riach K, Smetnik A, Stute P, van Trotsenburg M, Yuksel N, Weiss R, Lambrinoudaki I. The essential menopause curriculum for healthcare professionals: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. *Maturitas*. 2022;158:70-77. doi: 10.1016/j.maturitas.2021.12.001.
- ¹⁰ Palacios S, Stevenson JC, Schaudig K, Lukasiewicz M, Graziottin A. Hormone therapy for first-line management of menopausal symptoms: Practical recommendations. *Womens Health (Lond)*. 2019;15:1745506519864009. doi: 10.1177/1745506519864009.
- ¹¹ Herrera JMS. "Andropausia. Estado actual y conceptos básicos." *Universitas Médica* 2006; 47.1: 17-23. [Internet]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018678003.pdf>. Último acceso: diciembre 2024.
- ¹² Pruthi S. Mayo Clinic. 2020. Menopausia masculina ¿mito o realidad?. [Internet]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/mens-health/in-depth/male-menopause/art-20048056>. Último acceso en: diciembre 2024.
- ¹³ Díaz VL, Medino CA et al. "Conocimiento de las personas adultas sobre el climaterio, andropausia y la sexualidad." *Rev. Ciencias Sociales* 2013 (II); 140: 163-173. ISSN: 0482-5276.
- ¹⁴ Licea Puig ME, Castelo Elías-Calles L, et al. Andropausia. *Rev cubana endocrinol*. 2006; 17(1): 0-0. [Internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000100007&lng=es. Último acceso: diciembre 2024.



- ¹⁵ Ballesterero Quinto, I, Jiménez Moreno, MD, Borrego Cabezas L, Povea López B, Gavilán Triviño M, Macías Seda J, León Larios F. Menopausia, andropausia, cuestión de género. In Mujeres e investigación. Aportaciones interdisciplinarias: VI Congreso Universitario Internacional Investigación y Género. 2016: 44-47. SIEMUS (Seminario Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres de la Universidad de Sevilla). [Internet]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/132456565.pdf>. Último acceso: diciembre 2024.
- ¹⁶ Rivera-Cazaño CV, Díaz-Blas PA, Caveró Paredes C, Tejada-Flores J, Cuya Palomino KB, Osorio-Delgadillo R. Efecto en la andropausia y menopausia del *Lepidium meyenii*: una revisión de la literatura. Rev. Peru Med. Integr. 2023;8(4).[Internet]. Disponible en: <https://rpmi.pe/index.php/rpmi/article/view/760>. Último acceso: noviembre 2024.
- ¹⁷ Jarecka K. Symptoms of hormonal changes in Polish men and women in the second half of life. Andropause and menopause - similarities and differences. Health Psychol Rep. 2021; 20;9(3):252-263. doi: 10.5114/hpr.2021.102888.
- ¹⁸ González Hernández P, López Alaiz S. Guía de actuación farmacéutica a pie de mostrador: cuidados en salud de la mujer. Madrid: SEFAC; 2023.
- ¹⁹ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Guía práctica de la salud. 2021. Atención a la mujer. Menopausia- climaterio. [Internet]. Disponible en: <https://www.semfyec.es/recursos-ciudadania/guia-practica/44/480>. Último acceso: diciembre 2024.
- ²⁰ Palacios S, Stevenson JC, Schaudig K, Lukasiewicz M, Graziottin A. Hormone therapy for first-line management of menopausal symptoms: Practical recommendations. Womens Health (Lond). 2019; 15:1745506519864009. doi:10.1177/1745506519864009.
- ²¹ Chedraui P, Pérez-López FR. Metabolic syndrome during female midlife: what are the risks? Climacteric. 2019;22(2):127-132.
- ²² Karvinen S, Jergenson MJ, Hyvärinen M, et al. Menopausal Status and Physical Activity Are Independently Associated With Cardiovascular Risk Factors of Healthy Middle-Aged Women: Cross-Sectional and Longitudinal Evidence. Front Endocrinol. 2019; 10:589.
- ²³ Ministerio de Sanidad. Campaña hablemos de la menopausia. 2025. Disponible en: <https://hablemosdelamenopausia.es/>. Último acceso: marzo 2025.

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 aromatasa, 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.

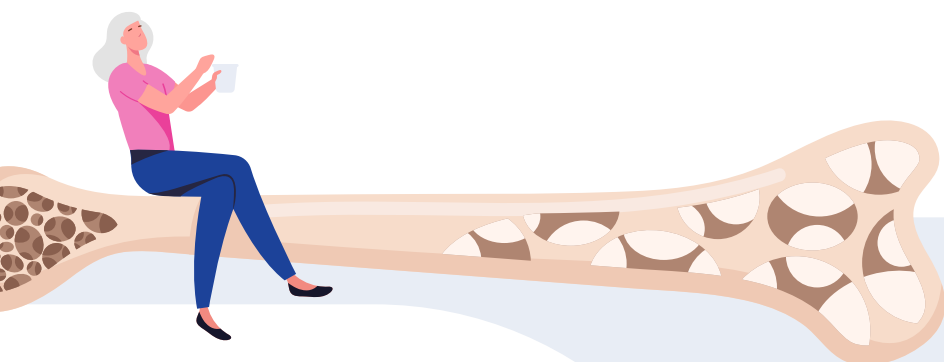
Por otro lado, existe una baja adherencia al tratamiento, ya que aproximadamente el 50% de los pacientes abandonan el tratamiento durante el primer año, lo que produce un aumento del riesgo de fracturas osteoporóticas y sus consecuencias. La falta de adherencia depende de varios factores que implican 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 aromatasas, 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.

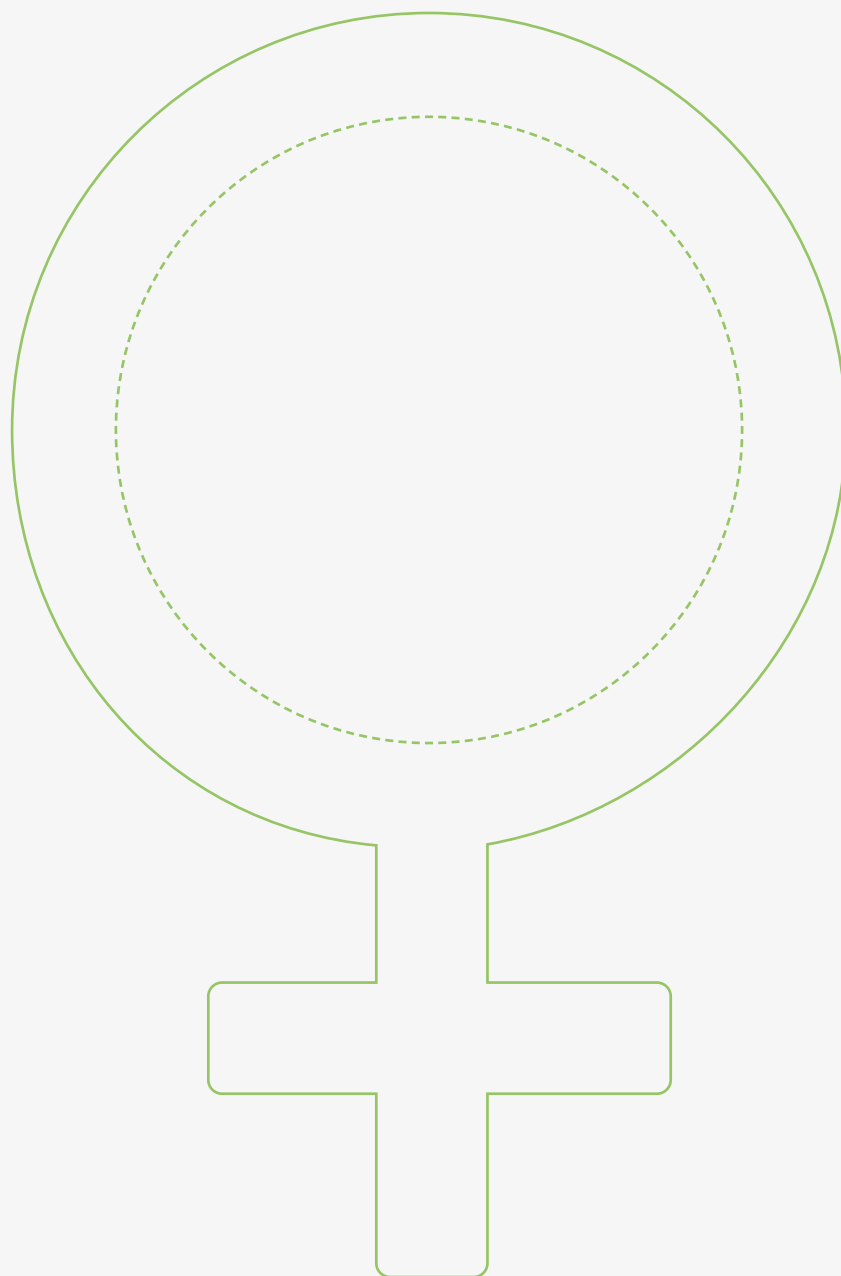
MODIFICABLES	NO MODIFICABLES
Consumo de alcohol	Antecedentes familiares
Dieta baja en calcio	Fractura por fragilidad previa
Bajo índice de masa corporal	Edad > de 60 años
Caídas frecuentes	Hipogonadismo primario / secundario en hombres
Deficiencia de vitamina D	Menopausia / histerectomía en mujeres
Falta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

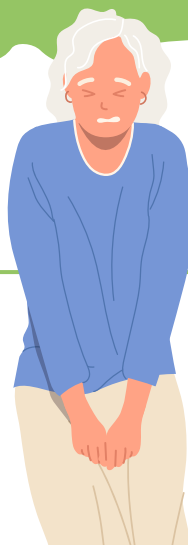
Medidas higiénico-dietéticas:

- 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. Menopausia. Osteoporosis. [Internet]. Disponible en: <https://aeem.es/wp-content/uploads/2022/08/menopausiaosteoporosis.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 premenopáusica), *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. coli*⁴. 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 característicos**⁸ 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 | ➤ cirugía urogenital previa |
| ➤ incontinencia urinaria | ➤ patología urológica (cálculos, procesos que produzcan obstrucción, prostatitis crónica, vejiga caída, sondaje permanente, adenoma prostático, etc.) |
| ➤ cistocele | ➤ enfermedades neurológicas (lesión medular, esclerosis múltiple, ictus, etc.) |
| ➤ residuo posmiccional | ➤ deterioro del estado funcional |
| ➤ vaginitis atrófica debido a deficiencias de estrógenos | ➤ antibioterapia de amplio espectro (anaerobias) |
| ➤ histerectomía o cirugía ginecológica previa | |
| ➤ diabetes mellitus | |

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:

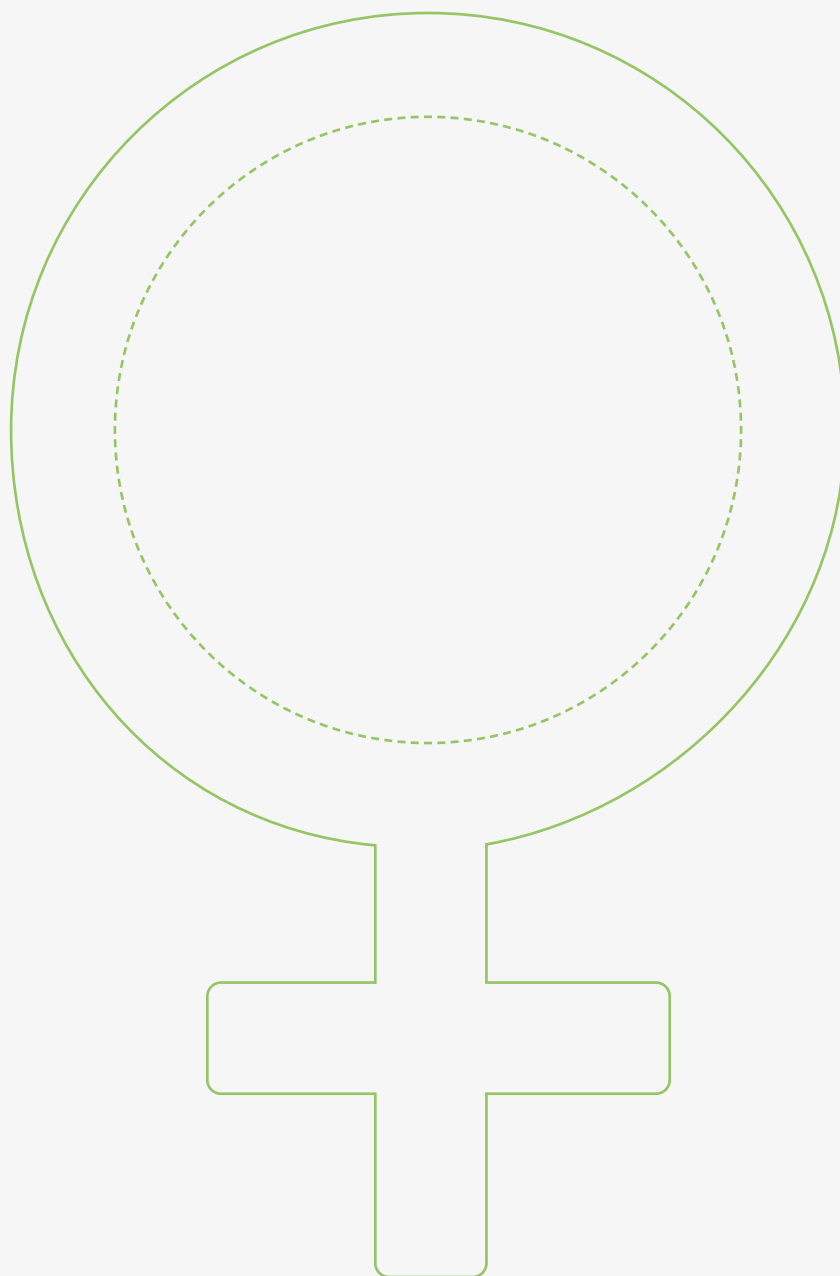
- **Beber líquidos**, agua preferentemente, en cantidad adecuada (más de litro y medio).
- **No aguantar las ganas de miccionar**, ir al baño cuando sienta la necesidad (mínimo cada 4 horas excepto en el tiempo de sueño nocturno) y vaciar por completo la vejiga.
- Evitar utilizar productos de higiene 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.



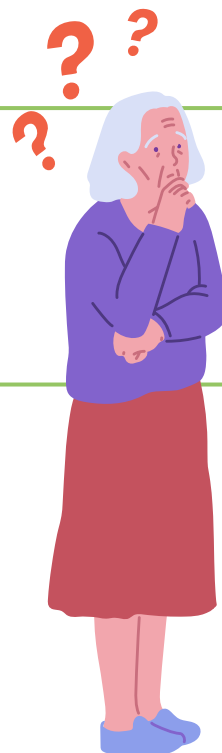
Bibliografía

- 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.



Enfermedad de Alzheimer



La Enfermedad de Alzheimer es la primera causa, que no la única, de **demencia** neurodegenerativa a nivel mundial. Representa entre un 60 % y un 70 % del total de los casos de demencia diagnosticados en el mundo y cada año se diagnostican unos 10 millones de nuevos pacientes, lo que supone un problema sanitario de primer orden. **En España, se estima que hay más de 900.000 personas padecen demencia, lo que se traduce en una de cada diez personas \geq de 65 años^{1,2}.**

La demencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo. Según la OMS, en la actualidad más de 55 millones de personas padecen demencia en todo el mundo, siendo la séptima causa de defunción y estima que en 2050 la cifra ascienda a más de 139 millones³.

Existen diferentes formas de clasificar las demencias, la más utilizada es según su etiología identificándose tres grandes grupos^{4,5}:

- las formas degenerativas primarias de carácter progresivo e irreversible: Alzheimer, cuerpos de Lewy, Parkinson, corea de Huntington y otras.
- las formas secundarias de carácter potencialmente reversible: vasculares, hidrocefálicas, traumáticas, infecciosas.
- las formas combinadas o mixtas, de etiología múltiple: enfermedad de Alzheimer con enfermedad vascular cerebral asociada y otras.

El principal **factor de riesgo no modificable** para la demencia es la edad, por lo que el incremento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población generan un gran reto para los sistemas sanitarios, sociales, económicos y humanos. Además, hay que añadir que son enfermedades crónicas de duración, mayoritariamente, prolongada, lo que genera mayor discapacidad y dependencia entre los adultos mayores de todo el mundo. Otros factores de riesgo no modificables son: el sexo (el desarrollo de demencia vascular es más frecuente en los hombres) y la genética (el gen de la apolipoproteína E (APOE) y los antecedentes familiares)^{5,6,8}.



Entre los **factores de riesgo modificables** que incrementan el riesgo de desarrollar demencia, se pueden destacar: la hipertensión arterial (HTA) en edades avanzadas de la vida, la diabetes mellitus (DM), la anemia, alteraciones en la hormona estimulante del tiroides o en las hormonas sexuales, la obesidad o el infrapeso, el bajo nivel de escolarización o socioeconómico, entre otros. Los pacientes con demencia son el prototipo de pacientes vulnerables, tanto desde el punto de vista clínico como personal, familiar y social⁵.

En 2020 se publicaron, en el *Informe de la Comisión Lancet*, los 12 factores de riesgo modificables de prevención, intervención y cuidado que, abordándose, podrían prevenir o retrasar hasta un 40,0 % los casos de demencia: menos educación, HTA, pérdida auditiva, tabaquismo, obesidad, depresión, inactividad física, DM, aislamiento social, consumo excesivo de alcohol, traumatismo craneoencefálico y la contaminación atmosférica⁶.

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es, tal como la describió Alois Alzheimer en 1906, **una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por la pérdida y muerte de neuronas** – consecuencia del acúmulo de la proteína beta amiloide y de la aparición de lesiones características (placas seniles y ovillos neurofibrilares)–, lo que genera un **deterioro persistente de las funciones cognitivas** (memoria, pensamiento, lenguaje, juicio, entendimiento, cálculo, orientación...) **que alteran la capacidad funcional** (alteraciones conductuales y psicológicas) **y condicionan la discapacidad y dependencia de forma gradual y progresiva**^{1,2,3,7}.

Las personas afectadas pueden desarrollar síntomas cognitivos y conductuales, entre los que destacan los siguientes^{2,7,8}:

- Pérdida de memoria
- Problemas de lenguaje
- Pérdida de objetos
- Cambios en el estado de ánimo
- Cambios de la conducta
- Dificultad para hacer tareas simples
- Desorientación en el tiempo y el espacio
- Pérdida en la capacidad de atención
- Dificultad para tener pensamientos elaborados, como razonar o planificar
- Pérdida de la iniciativa

Al tratarse de una enfermedad progresiva, el avance de los eventos patológicos a nivel cognitivo y físico, desde la demencia leve hasta que aparece la EA, se puede esquematizar como un proceso continuo que incluye 3 fases típicas representadas en la Figura 1^{5,8,9}:

- **Preclínica o etapa temprana**, en la que no es posible objetivar alteraciones cognitivas y suele pasar desapercibida (trastornos de memoria episódica con tendencia al olvido, a la desubicación, a la pérdida de la noción del tiempo...).
- **Deterioro cognitivo leve (DCL) o fase intermedia**, en el que la persona va perdiendo la funcionalidad (olvida acontecimientos recientes y nombres, tiene dificultad para comunicarse, empieza a precisar ayuda en actividades habituales, presenta cambios de comportamiento...).
- **Fase tardía o demencia debida a la EA**, en la que la persona pierde su autonomía, presenta graves alteraciones en la memoria y dependencia e inactividad casi total (dificultad para reconocer a personas cercanas, necesidad de ayuda diaria, dificultad para caminar, alteraciones del comportamiento graves...).

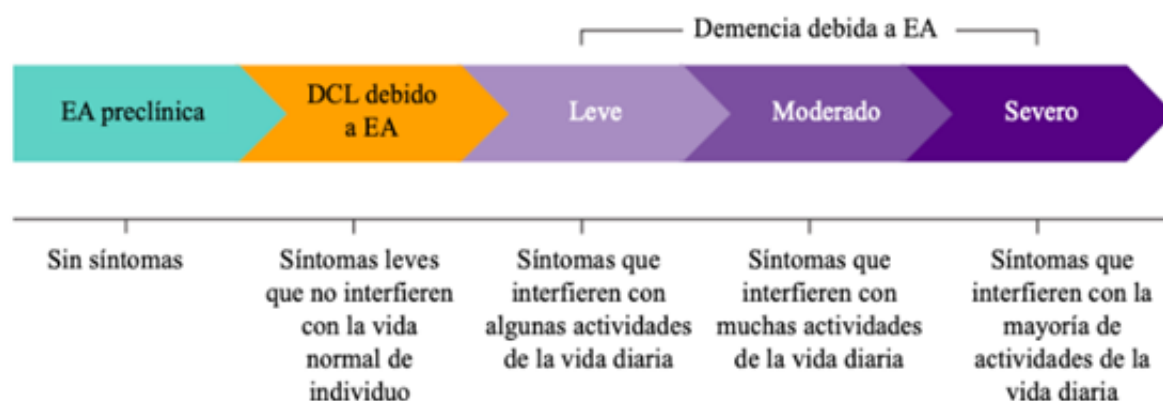


Figura 1. Fases del continuo existente entre la demencia y la EA (Adaptado de 9).

Además, la mayoría de los enfermos presentan, en diverso grado, *síntomas psicológicos y conductuales asociados*, siendo los más frecuentes y precoces la apatía, la depresión, la ansiedad, la irritabilidad y las ideas delirantes. Las alucinaciones normalmente son infrecuentes y tardías. Las falsas identificaciones delirantes, la agitación, el vagabundeo y la agresividad pueden aparecer en fases avanzadas y causar graves problemas asistenciales. Otras alteraciones son los trastornos del sueño y del apetito^{5,9}.

Por todo ello se puede decir que el “continuum” de la EA se extiende durante un período de 15 a 25 años, en el que la patología puede estar presente sin ningún síntoma, pasar a través de una etapa de DCL que conduce a una demencia manifiesta, que es el resultado final de una presencia prolongada de la enfermedad¹⁰.

También existen formas de inicio atípico infrecuentes que se presentan con un síndrome frontal, un cuadro de afasia (trastorno de comprensión y comunicación) y apraxia (trastorno para llevar a cabo tareas o movimientos) progresiva o un síndrome visual por atrofia cortical posterior.

La EA afecta especialmente a la población de Asia Oriental, con valores muy superiores a los que presenta la población europea o la de origen africano, que es la que menor prevalencia presenta²⁴.



En general, la EA está infradiagnosticada, la Sociedad Española de Neurología (SEN) estima que alrededor del 30,0-40,0 % de los afectados podrían estar sin diagnosticar, sobre todo porque **tan solo están identificados dos de cada diez casos que aún están en fases más leves** y, cuando se establece un diagnóstico, suele llegar en fases avanzadas. Se mantiene como una de las condiciones de salud que más preocupan a la sociedad española (63,0 %), a poca distancia del cáncer (68,0 %) y por delante del ictus (57,0 %) y el infarto (46,0 %)^{1,5,7,11,12}.

La SEN calcula que, **en España, la EA afecta a entre el 5,0 y el 10,0 % de la población con ≥ 65 años**, cifras que se duplican cada 5 años hasta alcanzar una prevalencia de aproximadamente el 50,0 % en $>$ de 85 años. Como casi todas las demencias, la prevalencia de la EA va aumentando significativamente junto al incremento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población. En general, cada año se diagnostican más de 100.000 nuevos casos¹¹.

El alcance de la enfermedad no sólo es para quien la padece sino también para los que cuidan del enfermo ya que precisa más atención, supervisión y ayuda conforme evoluciona la enfermedad. El prestar dicha asistencia produce un fuerte impacto a nivel físico, psicológico, social y económico en el entorno de paciente y especialmente en su cuidador, y se trata de un gran reto para la sostenibilidad del sistema social y sanitario. La **gran mayoría de cuidados se dan en el ambiente familiar, siendo éstos un 85,0-90,0 % de los cuidadores principales**. Las mujeres son, las que con mayor asiduidad asumen dichas tareas siendo más vulnerables por tanto que los hombres, a padecer depresión, estrés o ansiedad^{8,12}.

Según el último informe publicado por el Ministerio de Sanidad “*Patrones de mortalidad en España, 2021*”, la EA fue la 5ª de las 15 primeras causas de muerte de acuerdo con el número de defunciones, detrás del cáncer, las enfermedades del corazón, el COVID-19 y las enfermedades cerebrovasculares. La tasa de mortalidad ajustada por edad fue mayor en hombres que en mujeres, a excepción de por la EA y por la enfermedad hipertensiva que mostraron mayor magnitud en mujeres que en hombres¹³.

En 2023 la EA causó un total de 13.219 muertes, un 6,0 % menor que el año anterior, de las cuales 71,9 % (9.502) se produjeron en mujeres como se muestra en la Figura 2¹⁴.

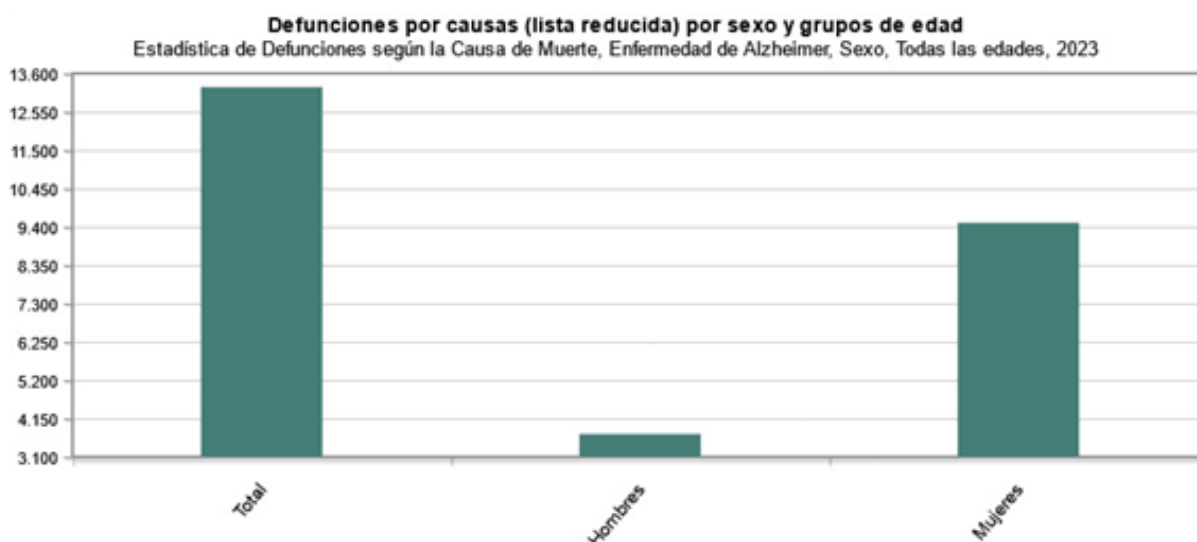


Figura 2. Defunciones por causa, sexo y edad.

Fuente: INE. Estadística de defunciones por Enfermedad de Alzheimer 2022. [Internet]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#_tabs-grafico. Último acceso: enero 2025

Por todo lo descrito, la situación de especial vulnerabilidad en la que se encuentran estas personas requiere avanzar en la búsqueda de respuestas y soluciones globales, con implicación transversal de todos los ámbitos¹². El farmacéutico comunitario como agente cercano y accesible a la comunidad que a diario atiende, es un sanitario de primer orden que **puede contribuir a la identificación de las personas en riesgo, la promoción de una nueva percepción y consideración hacia las personas, avanzando hacia entornos amigables con la EA, eliminando situaciones de rechazo y estigmatización.**

Principales factores de riesgo de EA desde la perspectiva de sexo y género:

Las diferencias de sexo y género que pueden, a nivel general, afectar el riesgo de EA se pueden resumir en tres aspectos globales: 1- factores de riesgo que son igualmente comunes en mujeres y hombres, aunque tienen un mayor efecto en un sexo o género (p. ej., apolipoproteína E [APOE] genotipo); 2- factores de riesgo que tienen un efecto similar en las mujeres y hombres, aunque son más comunes en un sexo o género (p. ej., menor acceso a la educación de las mujeres); y 3- factores de riesgo restringido a un sexo (por ejemplo, embarazo, menopausia)¹⁸.

De forma similar a otras demencias, la EA es una patología de origen multifactorial, condicionada por factores genéticos y/o ambientales, y variabilidad desde la perspectiva de género y sexo (Figura 3), como son, entre otros los siguientes^{5, 9, 10, 15-25,30}:

- El sexo; la EA es más frecuente en mujeres.
- La edad; la esperanza de vida es mayor en las mujeres y la prevalencia de la EA aumenta con la edad.
- Antecedentes familiares de EA; 10,0- 30,0 % más riesgo de EA si está diagnosticada en familiares de primer grado.
- Portador del genotipo “APOE4”, de la proteína precursora del amiloide (APP), el de la presenilina 1 (PSEN 1) y el de la presenilina 2 (PSEN 2); mayor riesgo de padecer EA.
- Cambios hormonales, principalmente por los estrógenos, en el embarazo (por ejem. un historial de preeclampsia se asocia con un mayor riesgo de DCL y EA) y en la menopausia temprana (especialmente ≤ 45 años).
- Diagnóstico de depresión o trastornos del sueño; incrementan el doble el riesgo de EA.
- Existencia de patología cardiovascular concomitante (HTA, DM, obesidad central, sedentarismo, tabaquismo, dislipemia) y una edad cardíaca mayor que la edad cronológica; se asocian con una mayor tasa de riesgo de EA.
- Fumador activo; afecta más a los hombres.
- Antecedentes de traumatismo craneoencefálico; mayor frecuencia en los hombres.
- Presencia de “niebla mental”; el trastorno cognitivo asociado al COVID -19 más frecuente en las mujeres.



- Estilo de vida poco saludable; consumo de fármacos, sustancias tóxicas (drogas, alcohol, ...)
- Pérdida auditiva o visual, aislamiento social, inactividad cognitiva y de actividad física, carencias educativas, nivel socioeconómico bajo; afectan especialmente a las mujeres.
- El consumo de café, de ácidos grasos omega-3 (dieta mediterránea), de vitaminas E/C, tratamiento de las ECV, realizar actividad física, social e intelectual habitual, entre otros, se asocia a un menor riesgo de desarrollo de la EA. El control de los factores de riesgo vasculares en la mediana edad puede ser fundamental para prevenir o retrasar el deterioro cognitivo posterior^{30,41}.

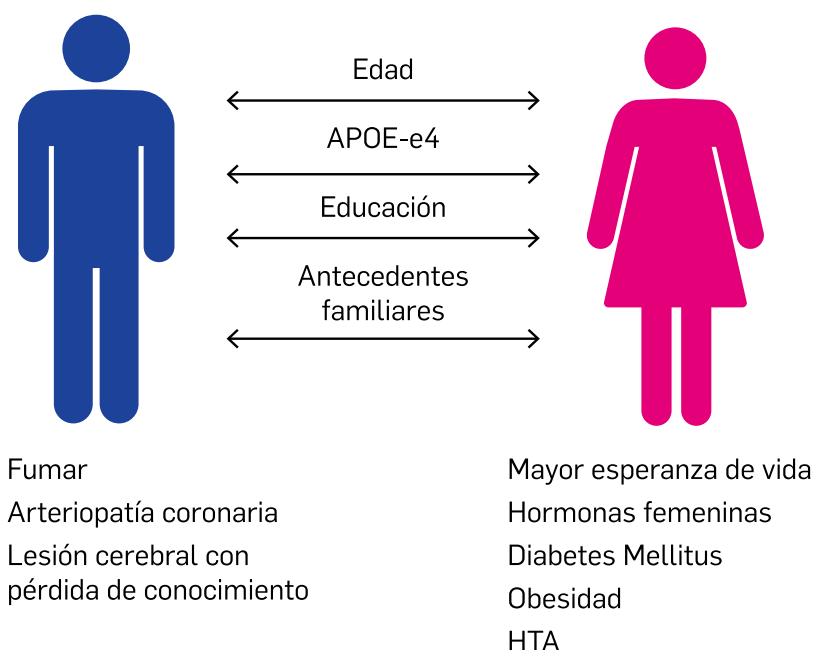


Figura 3. Relación entre hombres y mujeres y posibles factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Por todo lo anterior se recomienda reducir los principales factores de riesgo para el desarrollo de la EA que afectan, entre otras, a las siguientes áreas²⁴:

- salud física (dieta, salud cardíaca, pérdida auditiva, deportes...)
- salud cerebral (educación y formación cognitiva, contacto social, depresión...)
- riesgos ambientales y poblacionales (determinantes sociales de la salud, desigualdades socioeconómicas, contaminación atmosférica...)
- riesgos no modificables (riesgo genético, sexo y género, sociedades en proceso de envejecimiento...)
- reducción preventiva del riesgo (intervenciones en la infancia y durante toda la vida, detección temprana...)
- reducción del riesgo después del diagnóstico (riesgos modificables para desacelerar el avance, actividades significativas, motivación...).



CLAVES EN LA MUJER (TIPS)

Las diferencias de sexo y género en la EA pueden explicarse por factores biológicos y psicosociales. En la Tabla 1 se relacionan las principales características diferenciales^{16-18,20,24-30, 31-35, 40, 41}:

Mujeres	Características	Hombres
Enfermedad de Alzheimer	Tipo de demencia más frecuente	Demencia vascular
1,5 – 2 superior. Mayor entre las casadas o viudas	Prevalencia	Mayor entre los solteros o viudos
Mayor esperanza de vida, diferencias biológicas de riesgo, menor nivel educativo, cultural, social y/o profesional, estilo de vida, nivel socioeconómico, insomnio, violencia de género, portadoras de los genotipos APOE3/3, APOE3/4	Causas	Menor tiempo de supervivencia, mayor nivel socioeconómico, educativo, cultural, social y/o profesional, actividad física en deportes de riesgo de traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento, dieta baja en vitamina B y alta en grasa y carne roja
1: 5	Probabilidad de desarrollo de AZ a partir de los 45 años	1: 10
Asociada con la incapacidad para realizar tareas habituales, comorbilidades, úlceras de presión y malnutrición	Causas de mortalidad	Relacionada con la gravedad de la demencia, la frecuencia del delirio y el curso agresivo progresivo de la enfermedad
Los estrógenos son el “elemento neuroprotector” por lo que cambios como embarazo, menopausia u otras alteraciones provocan una pérdida gradual de las neuronas	Factores hormonales	La testosterona es el “elemento neuroprotector” por lo que cambios como la andropausia provocan una lenta pérdida de las neuronas
Mayor susceptibilidad y gravedad de síntomas depresivos (2:1), de insomnio, de la actividad cognitivo-conductual-funcional y psicótica. Problemas en la memoria verbal (dificultades para encontrar palabras)	Síntomas	Mayor gravedad de la apatía y la agitación. Problemas en la memoria episódica.
Complicaciones derivadas de la DM, enfermedad tiroidea, enfermedades psiquiátricas, trastornos en el embarazo (HTA gestacional, preeclampsia...), enfermedad microvascular	Enfermedades concomitantes	Trastornos craneoencefálicos con pérdida de conciencia, estrés, enfermedad arterial coronaria obstructiva
Menor participación en ensayos clínicos de las mujeres y especialmente las de raza negra	Investigación	Alta participación

Tabla 1- Características diferenciales



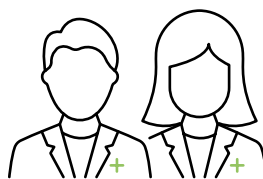
El cribado temprano para AE es crucial para una intervención oportuna. Existen diferentes pruebas y recientemente se ha publicado que el signo de volver la cabeza solicitando ayuda al acompañante ante las preguntas en la entrevista clínica (*Head-Turning Sign: HTS*) y el test Neucop-Q muestran alta susceptibilidad y especificidad con respecto a la disminución o deterioro de las funciones cognitivas. El test presenta tres preguntas clave:

- ¿Siente que tiene más dificultades en su vida diaria de las que solía tener?
- ¿Podría explicarme cuáles son sus actividades preferidas o pasatiempos cotidianos?
- ¿Cuáles son los temas o noticias recientes que considera más relevantes?

Los resultados han mostrado que ciertas respuestas como negar dificultades en la vida diaria o atribuir sus despistes a su edad sin admitir problemas concretos; dar una respuesta específica sobre pasatiempos en la segunda pregunta; y mencionar noticias de más de tres meses de antigüedad o no dar una respuesta clara a la tercera, se han asociado a un mayor riesgo de desarrollar EA^{38,39}.

Las herramientas de valoración cognitiva permiten analizar las capacidades cognitivas del paciente. Uno de los test más utilizados es el Mini-Mental State Examination⁴². Para describir las distintas fases de la enfermedad la escala más utilizada es la Escala de Deterioro Global GDS-FAST, que establece 7 grados de deterioro (siendo 1 la normalidad y 7 la enfermedad en fase terminal). Esta escala valora tanto el deterioro cognitivo como el funcional⁴³.





Consejos de tu farmacéutic@

En general los objetivos del abordaje integral son la mejora de la calidad de vida del paciente y del cuidador, el retraso del deterioro cognitivo, la preservación de las habilidades funcionales, la prevención de los trastornos del estado de ánimo y de la conducta (agresividad, apatía, agitación, insomnio...) y la prevención y el tratamiento de las complicaciones (caídas, fracturas, úlceras de decúbito, infecciones, RAM). En la actualidad no se dispone de ningún tratamiento que logre la curación o detención del proceso neurodegenerativo asociado a la EA, solo se dispone de tratamiento sintomático⁹.

Para ambos sexos, un plan de atención integral incluye tanto el tratamiento farmacológico como el manejo no farmacológico de los factores de riesgo vascular, los trastornos del sueño, del estado de ánimo y de otras comorbilidades. Entre las recomendaciones de la OMS para reducir el riesgo de demencias se incluyen diversas intervenciones^{2,9,15,17,36,37} sobre:

- los factores de riesgo modificables de la EA, ya que constituyen una de las alternativas más eficientes para su prevención
- la alimentación, la farmacoterapia y la realización de ejercicio físico (aeróbico y no aeróbico)
- el abandono del consumo de tabaco y alcohol
- el fomento de la interacción social y la reserva cognitiva
- la estimulación y el entrenamiento cognitivo (programas para mantener y mejorar funciones ejecutivas clave como la atención, memoria o la velocidad de procesamiento) minimizando el estrés y maximizando la autonomía personal estimulando la propia identidad y la autoestima
- otras terapias ocupacionales aplicadas a través de la música, la iluminación, la relación con animales, la actividad física, el arte, etc. aplicadas y mantenidas en el tiempo, han demostrado ser eficaces para prevenir, frenar y ralentizar los síntomas la EA, sobre todo en la fase inicial, mejorando la calidad de vida del paciente y/o cuidador.

El entorno del enfermo, la casa y la familia, deberá ser reorganizado para evitar cualquier tipo de lesión y para facilitar el manejo de situaciones, adoptando medidas, entre otras, como las que se señalan a continuación^{2,5,6, 9}:

- **Organizar el entorno:** en general se debe intentar simplificar la disposición de la casa y de los objetos, no dejar nada que pueda caerse con facilidad o con lo que se pueda tropezar. Además, es conveniente no cambiar las cosas de sitio para no desorientar al enfermo y utilizar seguros en las puertas o alarmas interiores, en caso de necesidad. Se ha de considerar señalar el recorrido desde el dormitorio hacia el baño y la cocina, colocando carteles con el nombre y/o dibujos sencillos de estas estancias en la puerta. Simplificar al máximo las opciones de vestuario con ropa sencilla y cómoda sustituyendo botones, cremalleras y cordones por velcros y gomas.



- **Preparar actividades cotidianas:** desde las primeras etapas de la enfermedad se debe crear una rutina y seguirla lo más fielmente posible; lo que ayudará al enfermo a orientarse en el espacio y en el tiempo. Esto también se puede conseguir facilitando al paciente el acceso a un calendario donde pueda ir tachando los días, elaborando una lista de actividades, o situando a la vista un reloj (normalmente les resulta más fácil interpretar los relojes digitales). Paseos al baño, aun sin necesidad, evitarán la incontinencia y el uso de pañales hasta fases avanzadas. La **gerontogimnasia** pretende mantener y/o mejorar el estado físico de las personas incrementando la movilidad articular y la fuerza.
- **Evitar caídas:** hay que asegurarse de quitar todo aquello con lo que sea fácil resbalar, eliminar obstáculos que dificulten el desplazamiento, evitar que los cables arrastren por el suelo, asegurar un buen alumbramiento de las estancias, utilizar andadores adaptados, etc.
- **Evitar accidentes:** es importante suprimir todo tipo de materiales cortantes, inflamables y tóxicos. Es recomendable equipar la bañera con bandas antideslizantes y con barras que faciliten la entrada y salida de esta. Instalar seguros en ventanas y puertas, y no dejar solo al paciente en lugares como terrazas, escaleras, y otros lugares que puedan resultar peligrosos para él. Utilizar audífonos en caso de pérdida auditiva y reducir la pérdida auditiva mediante la protección de los oídos frente a la exposición excesiva al ruido.

Recursos de ayuda para enfermos de Alzheimer y sus cuidadores

- » CEAFA (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias). Organización no gubernamental de ámbito nacional, cuyo objetivo es trabajar para poner el Alzheimer en la agenda política, buscando el necesario compromiso social y poniendo en valor el conocimiento para poder representar y defender los intereses, necesidades y derechos de todas las personas que conviven con EA.
www.ceafa.es
- » Fundación Alzheimer España. ONG de ámbito nacional, bajo el Patronato del Ministerio de Sanidad y Política Social, se creó por iniciativa de un grupo de profesionales (investigadores, clínicos, abogados, economistas...) y personas involucradas en la patología.
www.alzfae.org
- » Fundación Pasqual Maragall. Ofrece programas grupales de atención al cuidador y dispone de un blog que contiene numerosas guías e infografías sobre prevención de la EA, consejos para cuidadores, herramientas jurídicas, recursos sociales etc.
www.fpmaragall.org
<https://blog.fpmaragall.org/>
- » Plataforma "INOLVIDABLES". Nace de la necesidad social de las familias de pacientes con EA y ofrece un programa de soporte online y gratuito para familiares y cuidadores de pacientes con Alzheimer.
<https://inolvidables.es/>

Bibliografía

- ¹ Fundación Pasqual Maragall. Informe Actitudes y Percepciones de la población Española sobre el Alzheimer. 2023. [Internet]. Disponible en https://fpmaragall.org/wp-content/uploads/2023/09/Actitudes-y-percepciones-de-la-poblaci%C3%B3n-espa%C3%B1ola-sobre-el-Alzheimer_2023.pdf. Último acceso: diciembre 2024.
- ² Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA). Terapias no farmacológicas en las asociaciones de familiares de personas con Alzheimer. Guías metodológicas de implantación. [Internet]. Disponible en: <https://www.ceafa.es/files/2017/08/ManualT-NF-2.pdf>. Último acceso: diciembre 2024.
- ³ Organización Mundial de la Salud (OMS). Demencia, 2023. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Último acceso: diciembre 2024.
- ⁴ Molinuevo J, Peña-Casanova J. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. ISBN 978-84-8124-262-.
- ⁵ Ministerio de Sanidad (MS). Abordaje del Alzheimer y otras demencias. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad. 2022. [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/enfermedadesNeurodegenerativas/docs/Abordaje_del_Alzheimer_y_otros_demencias_Accesible.pdf. Último acceso: enero 2025.
- ⁶ Livingston, G. et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission, The Lancet, 396 (10248), 413–446. [Internet]. Disponible en [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30367-6/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30367-6/fulltext). Último acceso: diciembre 2024.
- ⁷ Fundación Alzheimer España (FAE). 2023. ¿Qué es el Alzheimer? . [Internet]. Disponible en: <https://alzfae.org/el-alzheimer/>. Último acceso: enero 2025.
- ⁸ Vilanova, Marta Igado. Cuidando a una persona con Alzheimer: impacto en la calidad de vida del cuidador principal. NPunto 2021: 56-81. [Internet]. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/45/cuidando-a-una-persona-con-alzheimer-impacto-en-la-calidad-de-vida-del-cuidador-principal>. Último acceso diciembre 2024.
- ⁹ Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. 2020. doi: 10.1002/alz.12068.
- ¹⁰ Scheltens P, De Strooper B, Kivipelto M, Holstege H, Chételat G, Teunissen CE, Cummings J, van der Flier WM. Alzheimer's disease. Lancet. 2021; 397(10284):1577-1590. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32205-4.
- ¹¹ Sociedad Española de Neurología. Día mundial de la Enfermedad de Alzheimer. 2021. [Internet]. Disponible en: <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link347.pdf>. Último acceso: enero 2025.
- ¹² Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023). Centro de Publicaciones del ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019. [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf. Último acceso: diciembre 2024.
- ¹³ Ministerio de Sanidad. Patrones de mortalidad en España, 2021. Madrid. [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones_mortalidad_Esp_2021.pdf. Último acceso: diciembre 2024.
- ¹⁴ Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones por Enfermedad de Alzheimer 2023. [Internet]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#_tabs-grafico. Último acceso: enero 2025.



- ¹⁵ World Health Organization. 2019. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. [Internet]. Disponible en https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction/en. Último acceso: enero 2025.
- ¹⁶ Rosende-Roca M, Abdelnour C, Esteban E, Tartari JP, Alarcon E, Martínez-Atienza J, González-Pérez A, Sáez ME, Lafuente A, Buendía M, Pancho A, Aguilera N, Ibarria M, Diego S, Jofresa S, Hernández I, López R, Gurruchaga MJ, Tárraga L, Valero S, Ruiz A, Marquí M, Boada M. The role of sex and gender in the selection of Alzheimer patients for clinical trial pre-screening. *Alzheimers Res Ther*. 2021;13(1):95. doi: 10.1186/s13195-021-00833-4.
- ¹⁷ Aggarwal NT, Mielke MM. Sex Differences in Alzheimer's Disease. *Neurol Clin*. 2023;41(2):343-358. doi: 10.1016/j.ncl.2023.01.001.
- ¹⁸ Nebel RA, Aggarwal NT, Barnes LL, Gallagher A, Goldstein JM, Kantarci K, Mallampalli MP, Mormino EC, Scott L, Yu WH, Maki PM, Mielke MM. Understanding the impact of sex and gender in Alzheimer's disease: A call to action. *Alzheimers Dement*. 2018;14(9):1171-1183. doi: 10.1016/j.jalz.2018.04.008.
- ¹⁹ Kadlecova M, Freude K, Haukedal H. Complexity of Sex Differences and Their Impact on Alzheimer's Disease. *Biomedicine*. 2023;11(5):1261. doi: 10.3390/biomedicine11051261.
- ²⁰ Dunk MM, Li J, Liu S, Casanova R, Chen JC, Espeland MA, Hayden KM, Manson JE, Rapp SR, Shadyab AH, Snet-selaar LG, Van Horn L, Wild R, Driscoll I. Associations of dietary cholesterol and fat, blood lipids, and risk for dementia in older women vary by APOE genotype. *Alzheimers Dement*. 2023;19(12):5742-5754. doi: 10.1002/alz.13358.
- ²¹ Liu L, Volpe SL, Ross JA, Grimm JA, Van Bockstaele EJ, Eisen HJ. Dietary sugar intake and risk of Alzheimer's disease in older women. *Nutr Neurosci*. 2022;25(11):2302-2313. doi: 10.1080/1028415X.2021.1959099.
- ²² Driscoll I, Snively BM, Espeland MA, Shumaker SA, Rapp SR, Goveas JS, Casanova RL, Wactawski-Wende J, Manson JE, Rossom R, Brooks J, Hernandez DG, Singleton AB, Resnick SM. A candidate gene study of risk for dementia in older, postmenopausal women: Results from the Women's Health Initiative Memory Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(5):692-699. doi: 10.1002/gps.5068.
- ²³ Derby CA, Hutchins F, Greendale GA, Matthews KA, Sternfeld B, Everson-Rose SA, Kazlauskaitė R, Whitmer RA, Brooks MM. Cardiovascular risk and midlife cognitive decline in the Study of Women's Health Across the Nation. *Alzheimers Dement*. 2021;17(8):1342-1352. doi: 10.1002/alz.12300.
- ²⁴ Long S, Benoist C, Weidner W. 2023. World Alzheimer Report 2023. Reducing Dementia Risk: Never too early, never too late. London, UK: Alzheimer's Disease International. [Internet]. Disponible en: https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2023_Spanish.pdf. Último acceso: enero 2025.
- ²⁵ Podcasy JL, Epperson CN. Considering sex and gender in Alzheimer disease and other dementias. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016;18(4):437-446. doi: 10.31887/DCNS.2016.18.4/cepperson.
- ²⁶ Baron S, Ulstein I, Werheid K. Psychosocial interventions in Alzheimer's disease and amnesic mild cognitive impairment: evidence for gender bias in clinical trials. *Aging Ment Health*. 2015;19(4):290-305. doi: 10.1080/13607863.2014.938601.
- ²⁷ Alzheimer's Society. Why Dementia is Different for Women. 2023. [Internet]. Disponible en <https://www.alzheimers.org.uk/blog/why-dementia-different-women>. Último acceso: diciembre 2024.
- ²⁸ Kolahchi Z, Henkel N, Eladawi MA, Villarreal EC, Kandimalla P, Lundh A, McCullumsmith RE, Cuevas E. Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease: Genetic, Hormonal, and Inflammation Impacts. *Int J Mol Sci*. 2024;25(15):8485. doi: 10.3390/ijms25158485.
- ²⁹ Dubal DB. Sex difference in Alzheimer's disease: An updated, balanced and emerging perspective on differing vulnerabilities. *Handb Clin Neurol*. 2020; 175:261-273. doi: 10.1016/B978-0-444-64123-6.00018-7.
- ³⁰ Stute P, Wienges J, Koller AS, Giese C, Wesemüller W, Janka H, Baumgartner S. Cognitive health after menopause: Does menopausal hormone therapy affect it? *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2021;35(6):101565.

- ³¹ Lopez-Lee C, Torres ERS, Carling G, Gan L. Mechanisms of sex differences in Alzheimer's disease. *Neuron*. 2024;112(8):1208-1221. doi: 10.1016/j.neuron.2024.01.024.
- ³² Eikelboom WS, Pan M, Ossenkoppele R, Coesmans M, Gatchel JR, Ismail Z, Lanctôt KL, Fischer CE, Mortby ME, van den Berg E, Papma JM. Sex differences in neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease dementia: a meta-analysis. *Alzheimers Res Ther*. 2022;14(1):48. doi: 10.1186/s13195-022-00991-z.
- ³³ Sundermann EE, Barnes LL, Bondi MW, Bennett DA, Salmon DP, Maki PM. Improving Detection of Amnesic Mild Cognitive Impairment with Sex-Specific Cognitive Norms. *J Alzheimers Dis*. 2021;84(4):1763-1770. doi: 10.3233/JAD-215260.
- ³⁴ Li R, Singh M. Sex differences in cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Front Neuroendocrinol*. 2014;35(3):385-403. doi: 10.1016/j.yfrne.2014.01.002.
- ³⁵ Almeida OP, Ford AH, Hankey GJ, Yeap BB, Golledge J, Flicker L. Risk of dementia associated with psychotic disorders in later life: the health in men study (HIMS). *Psychol Med*. 2019;49(2):232-242. doi: 10.1017/S003329171800065X.
- ³⁶ Información Farmacoterapéutica (INFAC). Enfermedad de Alzheimer: puesta al día. 2024; 32(7):76-85. [Internet]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2024/es_def_adjuntos/INFAC_Vol_32_7_Alzheimer_es.pdf. Último acceso: diciembre 2024.
- ³⁷ Baumgart M, Snyder HM, Carrillo MC, Fazio S, Kim H, Johns H. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimers Dement* 2015; 11(6): 718-26.
- ³⁸ Daté Y, Bun S, Takahata K, Kubota M, Momota Y, Iwabuchi Y, Tezuka T, Tabuchi H, Seki M, Yamamoto Y, Shikimoto R, Mimura Y, Hoshino T, Kurose S, Shimohama S, Suzuki N, Morimoto A, Oosumi A, Hoshino Y, Jinzaki M, Mimura M, Ito D. Can the clinical sign "head-turning sign" and simple questions in "Neucop-Q" predict amyloid β pathology? *Alzheimers Res Ther*. 2024;16(1):250. doi: 10.1186/s13195-024-01605-6.
- ³⁹ Daté Y, Sugiyama D, Tabuchi H, Saito N, Konishi M, Eguchi Y, Momota Y, Yoshizaki T, Mashima K, Mimura M, Nakahara J, Ito D. The utility of simple questions to evaluate cognitive impairment. *PLoS One*. 2020;15(5):e0233225. doi: 10.1371/journal.pone.0233225.
- ⁴⁰ O'Neal MA. Women and the risk of Alzheimer's disease. *Front Glob Womens Health*. 2024; 4:1324522. doi: 10.3389/fgwh.2023.1324522.
- ⁴¹ Laws KR, Irvine K, Gale TM. Sex differences in Alzheimer's disease. *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31(2):133-139. doi: 10.1097/YCO.0000000000000401.
- ⁴² Fundación Pasqual Maragall. ¿En qué consiste y para qué se utiliza el test Mini-Mental?. [Internet]. Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/mini-mental-test>. Último acceso: enero 2025.
- ⁴³ Fundación Pasqual Maragall. Escalas FAST y GDS: formas de gradación del Alzheimer. 2024. [Internet]. Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/escala-fast>. Último acceso: enero 2025.



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

GUÍA PARA FARMACÉUTICOS +

En colaboración con laboratorio:



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España