

LA FARMACIA POR LA SALUD DE LA MUJER

cuidando de ti, cuidando de todas

GUÍA PARA FARMACÉUTICOS +



En colaboración con laboratorio:



**SALUD CON
PERSPECTIVA**



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

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

GUÍA PARA FARMACÉUTICOS



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos

Edita

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

C/ Villanueva 11 – 28001 – Madrid, España

Teléfono: 91 431 25 60

Fax: 91 432 81 00



Índice

Introducción.....	5
Etapas del ciclo de la vida de la mujer.....	8
1. Problemas de salud en infancia y adolescencia.....	10
Salud mental: riesgo de suicidio, ansiedad y depresión.....	11
2. Problemas de salud en la mujer joven.....	16
Asma	17
3. Problemas de salud en la mujer adulta.....	24
Enfermedad cardiovascular	25
4. Problemas de salud en la mujer de edad avanzada.....	32
Osteoporosis	33
Bibliografía	38



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.

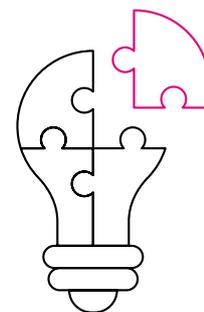
Otros determinantes como son la clase social, el nivel económico o el nivel educativo influyen en la salud de las mujeres, al presentar un mayor riesgo de sufrir pobreza debido, entre otras, a los menores ingresos, la dependencia económica derivada de los roles del cuidado familiar, la edad, los antecedentes 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.

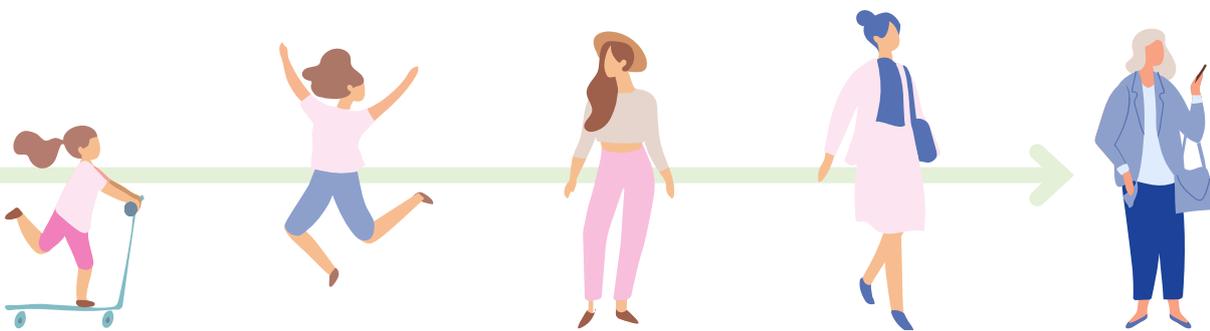
La **farmacia comunitaria** constituye el establecimiento sanitario más accesible y cercano al ciudadano, y el farmacéutico comunitario es un agente sanitario que puede expandir el conocimiento tanto en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud, como en la mejora de la calidad de vida 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
0 a 10 años

La adolescencia
11 hasta los 19 años

La juventud
de los 20 a los 24

La madurez,
adulta de los
25 a los 59 años

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

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

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

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

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



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

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



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 autolesiva¹⁷.

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 impulsividad¹⁸.

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 futuro¹⁹.

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 actividad¹⁸.

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 adolescente²⁰

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, etc²¹.

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 suicidas²¹.

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 muerte²³.



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 víctimas²².

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

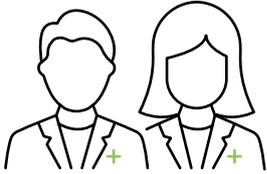
En las mujeres, los signos más frecuentes de depresión son los desórdenes en la alimentación y la automutilación, cuya causa suele estar relacionada con la superación de situaciones difíciles, violencia familiar, acoso escolar, etc., lo que les provoca una cronificación de los síntomas afectivos dificultando 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 hombres²³.



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 farmacéutico@

Información de interés para los padres¹⁸:

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



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 exacerbaciones²⁴.

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 mensual, 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 fisiológicos²⁵.

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 asma²⁶. Después de la pubertad, son más propensas a sufrir asma y enfermedades alérgicas debido al efecto de las hormonas²⁷. 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 completamente²⁵.

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 premenstrual²⁸. 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/progesterona²⁹. 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.

Los anticonceptivos hormonales (minipíldoras, anticonceptivos orales combinados, píldoras de emergencia, dispositivos hormonales intrauterinos, inyecciones o implantes) pueden ayudar a reducir las exacerbaciones del asma y el riesgo de aparición de inicio del asma en mujeres en edad reproductiva. Aunque se desconoce el mecanismo de acción, es posible que los anticonceptivos hormonales supriman los niveles de estrógeno y progesterona que fluctúan durante el ciclo menstrual²⁵.

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 años³⁰. 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 infantil²⁵.

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 enfermedad²⁵.

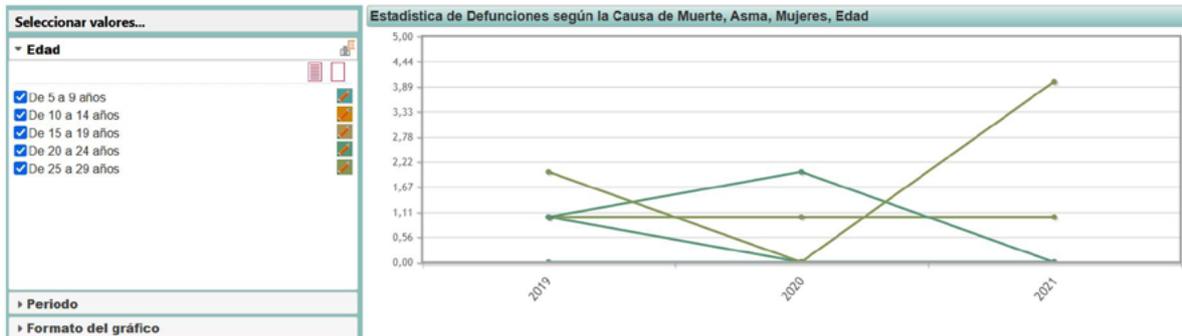


Todas estas diferencias por sexo y género, además de ser atribuidas a factores hormonales, se han relacionado tanto con factores anatómicos y psicológicos, como con exposiciones ocupacionales y ambientales, incluyendo los agentes desencadenantes, la percepción de los síntomas y el reconocimiento de la 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 pulmonar³¹. 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 β₂ 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. 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 %) ³². 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 RAM**²⁴.



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 mujeres³³.

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



Claves en la mujer (TIPS)

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

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

Respecto a los tratamientos farmacológicos:

- Los corticoides son el tratamiento más prescrito para el asma, en las mujeres
- Los β_2 agonistas de acción corta son utilizados en exceso por los hombres, para tratar el asma
- Los anticonceptivos hormonales pueden ayudar a reducir las exacerbaciones del asma y el riesgo de aparición de inicio del asma en mujeres en edad reproductiva.



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.

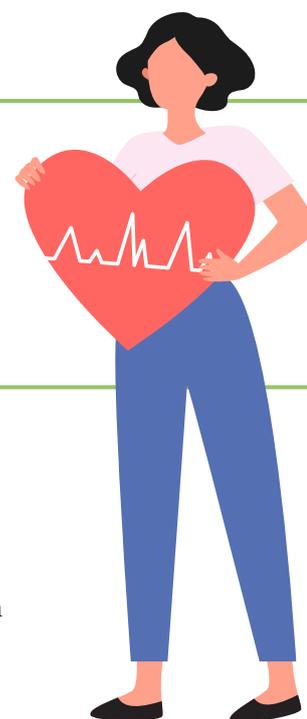


3 PROBLEMAS DE SALUD EN LA MUJER ADULTA





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 irrigan³⁴.

Las ECV son la primera causa de mortalidad, 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 frecuente³⁵.



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

Disponible en INE: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#ltabs-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**³⁶. Sin embargo, las mujeres con ECV son diagnosticadas más tarde y tienen menos acceso a los programas de rehabilitación³⁷.

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

Las diferencias entre hombres y mujeres se relacionan con los diferentes procesos biológicos que se desarrollan a lo largo del ciclo de la vida, especialmente por las diferencias hormonales, cuyas variaciones provocan cambios en la incidencia y la prevalencia de ECV. Además, la salud de la mujer está condicionada por factores sociales, culturales y genéticos, incluyendo tanto los factores de RCV tradicionales, como aquellos únicos en la mujer (embarazo y menopausia) y los relacionados con las prácticas socioculturales (medio ambiente, estilo de vida, nutrición)³⁸.

Entre los factores de riesgo cardiovascular tradicionales (FRCV³⁹) 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 considere los aspectos específicos de la mujer, se han incorporado **FRCV exclusivos de las mujeres que tienen impacto en la salud cardiovascular**, como son^{13,40}:

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



En los últimos años en las mujeres se ha observado el **incremento de los FRCV relacionados con el tabaquismo, la DM, la fibrilación auricular, el sobrepeso/obesidad y el sedentarismo**⁴¹.

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**⁴².

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 son⁴³:

- 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)⁴⁴.

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

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



CLAVES EN LA MUJER (TIPS)

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

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



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

Respecto a los tratamientos farmacológicos⁴⁵:

- 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...)



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 fémur. Se trata de un proceso crónico, habitualmente asintomático, que deteriora el hueso haciéndolo propenso a la fractura. Se suele clasificar en dos tipos: primaria (postmenopáusica y senil) y secundaria (por otras enfermedades o por el consumo de medicamentos)⁴⁷.

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 vida⁴⁸.

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 socioeconómica⁴⁹.

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 tratada⁵⁰.

La osteoporosis sigue siendo una patología predominantemente femenina^{51,52}. 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 fractura⁵³. 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 consecuencias⁵⁴.

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 mortalidad⁵⁵.

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 factores⁵⁶. 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 secundaria⁵⁷.

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 útil⁴⁹.



Tabla 1: Factores de riesgo para la osteoporosis

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

Fuente: Baró Maríné 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 subdiagnosticados⁵⁰.

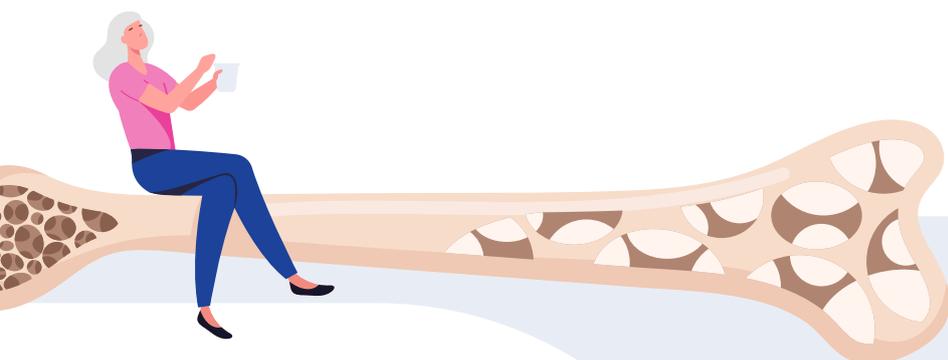
Por otro lado, existe una baja adherencia al tratamiento, ya que aproximadamente el 50% de los pacientes abandonan el tratamiento durante el primer año, lo que produce un aumento del riesgo de fracturas osteoporóticas y sus consecuencias. La falta de adherencia depende de varios factores que implican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

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



CLAVES EN LA MUJER (TIPS)

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





Consejos de tu farmacéutico@

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

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

Medidas higiénico-dietéticas:

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

Bibliografía

¹ 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-Documentos_basicos/00-05-031-ES.pdf Último acceso: junio 2023

³ Ruiz-Cantero MT, Blasco-Blasco M, Chilet-Rosell E, Peiró AM. Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria. Farm Hosp. 2020;44(3):109-13

⁴ World Economic Forum. Davos (2022). Salud de la mujer: ¿Por qué se pasa por alto frecuentemente la salud de la mitad de la población mundial?. Accesible en: <https://es.weforum.org/agenda/2023/01/salud-de-la-mujer-por-que-se-pasa-por-alto-frecuentemente-la-salud-de-la-mitad-de-la-poblacion-mundial/> Último acceso: junio 2023

⁵ Organización Mundial de la Salud (2022). <https://www.who.int/es/news/item/18-10-2022-staggering-backsliding-across-women-s--children-s-and-adolescents--health-revealed-in-new-un-analysis> Último acceso: junio 2023

⁶ Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> Último acceso: marzo de 2023

⁷ Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. J Affect Disord. 2017;219:86-92

⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS).2023. Depresión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> Último acceso: junio 2023

⁹ Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España. ESSE 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf Último acceso: junio 2023

¹⁰ Instituto nacional de Estadística (INE). Mujeres y hombres en 2002. Madrid. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888 Último acceso: junio 2023



¹¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte 2022. Disponible en INEbase/ sociedad/salud/ en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175 Último acceso: junio 23

¹² European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. “Hacia una mejor salud cardiovascular en España: conclusiones de una mesa redonda con diferentes agentes clave”, junio 2023, Disponible en: <https://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2023/06/EfiaFIPwC-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

¹⁷ 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

¹⁸ 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/dossier-neurax-lumens.pdf>. Último acceso: mayo 2023

¹⁹ 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

²⁰ Semergen y Organon .Programa Hera: Una mujer, muchas mujeres. Disponible en: <https://organonpro.com/es-es/hera/> Último acceso: mayo 2023

²¹ 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

²² 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

²³ De la Torre, A. Evolución del suicidio en España en población infantojuvenil (2000-2021). Grupo de Investigación en Epidemiología Psiquiátrica y Salud Mental de la Universidad Complutense de Madrid. 2023. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/el-suicidio-en-espana-un-problema-que-va-en-aumento/> Último acceso: junio 2023

²⁴ 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

²⁵ 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

²⁶ 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

²⁷ 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

²⁸ 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

²⁹ Vázquez, R. Mesa 3º; Asma y mujeres. Disponible en <https://www.rev-esp-patol-torac.com/files/publicaciones/Revistas/2012/3%20MESA%20REDONDA.pdf> Último acceso: octubre 2023

³⁰ 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

³¹ 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



³² Blanco-Aparicio, Marina, et al. "Estudio de prevalencia de asma en población general en España." *Open Respiratory Archives* 5.2 (2023): 100245

³³ 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

³⁴ 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

³⁵ 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

³⁶ 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

³⁷ 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

³⁸ 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

³⁹ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. HazFarma. 2023, HazAdherencia: Servicio de Adherencia Terapéutica a pacientes con patologías crónicas

⁴⁰ 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

⁴¹ 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

⁴² Organon pro. 9 razones del cambio del RCV en la mujer. 2023. Disponible en: <https://organonpro.com/es-es/article/cuales-son-las-senales-de-alerta-de-enfermedad-cardiovascular-ecv-en-la-mujer> Último acceso: junio 23

⁴³ 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

⁴⁴ Informe clínica mayo: Enfermedades del corazón en las mujeres. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-disease/in-depth/heart-disease/art-20046167> Último acceso: junio 23

⁴⁵ 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

⁴⁶ Akkawi I, Zmerly H. Osteoporosis: Current Concepts. *Joints.* 2018;6 (2):122-127. doi: 10.1055/s-0038-1660790

⁴⁷ 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

⁴⁸ 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

⁴⁹ Maggi, S., et al. "Quantitative heel ultrasound in a population-based study in Italy and its relationship with fracture history: the ESOPPO study." *Osteoporosis International* 2006; 17: 237-244. doi: 10.1007/s00198-005-1985-2

⁵⁰ 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

⁵¹ 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

⁵² 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



⁵³ 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

⁵⁴ 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/s11999-015-4229-6

⁵⁵ Sociedad Española de Geriatria 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

⁵⁶ Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). 2012. Menoguía. Osteoporosis. [Internet]. Disponible en: <https://aeem.es/wp-content/uploads/2022/08/menoguiaosteoporosis.pdf> Último acceso: noviembre 2023

⁵⁷ Gimeno Jódar, E. "Osteoporosis secundarias". *Medicine-Programa de Formación Médica Continua Acreditado.* 2014. 11;60: 3535-3544

⁵⁸ 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



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

GUÍA PARA FARMACÉUTICOS +

En colaboración con laboratorio:

