

INTRODUCCIÓN

Hombres y mujeres tienen muchas características en común tanto en cuanto a anatomía y fisiología, como en cuanto a los problemas de salud que les afectan, pero también se enfrentan a ciertas particularidades, de manera que el hecho de pertenecer a uno u otro sexo tiene un importante impacto sobre la salud de una persona.

Esto es debido, en parte, a las diferencias biológicas y en parte a las diferencias en cuanto a determinantes sociales como los estilos de vida, las diferencias culturales entre ambos sexos, etc.

Las desigualdades que aún existen entre ambos géneros en cuanto a acceso a la educación, oportunidades de empleo, violencia física, sexual o emocional, ... suponen -especialmente en algunos países- una dificultad adicional para que las mujeres tengan acceso a adecuados servicios de salud.

La esperanza de vida de las mujeres es más alta en prácticamente todo el mundo, pero eso no quiere decir que necesariamente tengan mejor salud, es más, la morbilidad es más alta en el sexo femenino y esa es una de las razones por las que la salud femenina es un motivo prioritario de preocupación para la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según datos extraídos del Centro de Prensa de la OMS del 25 de septiembre de 2018:

- “Las mujeres son más longevas que los hombres. En 2016, la esperanza de vida mundial al nacer era de 74,2 años para las mujeres y de 69,8 años para los varones.
- Sin embargo, la morbilidad es más elevada en las mujeres, que utilizan los servicios de salud más que los hombres, sobre todo los de salud reproductiva.
- Las enfermedades no transmisibles, que siguen siendo la principal causa de muerte en el sexo fe-

menino, causaron 18,9 millones de defunciones de mujeres en 2015.

- Las enfermedades cardiovasculares son las que provocan el mayor número de defunciones entre las mujeres. Por lo que respecta al cáncer, el de cuello uterino y el de mama son los más frecuentes, y el carcinoma pulmonar, es la principal causa de defunción.
- La depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%).
- Las lesiones autoinfligidas, incluido el suicidio, son actos que se pueden realizar en cualquier momento de la vida, y fueron la segunda causa de defunción entre las mujeres de 15 a 29 años de edad en 2015.
- Cada día, cerca de 830 mujeres fallecen por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.
- La mayoría de las personas infectadas por el VIH son también mujeres, especialmente las jóvenes de 15 a 24 años.
- El 70% del personal sociosanitario mundial es femenino. Sin embargo, la mitad de la contribución de las mujeres a la salud mundial (valorada en más de 2.500 millones de euros anuales), no se remunera.”

Aún en el caso de aquellas mujeres que tienen acceso a servicios sanitarios de calidad, es muy frecuente que descuiden su propia salud en aras de mantener la de los demás -son las principales “cuidadoras” tanto en el ámbito familiar como en el sanitario-, olvidando que para poder ejercer adecuadamente esa función es importante mantener un adecuado estado de salud.

A lo largo de este curso, durante los próximos meses, revisaremos los principales problemas de salud que aquejan a las mujeres en las diferentes etapas de su ciclo vital y las oportunidades de interaccionar con ellas de manera preventiva realizando una importante labor de educación para la salud desde la farmacia.

TEMA 1

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

DEFINICIÓN

Se denomina **pubertad** a la fase final del periodo de crecimiento de los niños, en el que se producen los cambios biológicos y físicos que los llevan a convertirse en adultos alcanzando una madurez física y reproductiva.

La **adolescencia** sería el periodo temporal entre la pubertad y el cese del crecimiento, en el cual se producen importantes cambios psicosociales. Se trata de una etapa en la que los individuos adquieren estrategias y conocimientos con los que afrontar la vida adulta.

CAMBIOS QUE MARCAN LA LLEGADA DE LA PUBERTAD Y LA ADOLESCENCIA

Estos cambios tienen lugar habitualmente durante la segunda década de la vida, aunque se van gestando con anterioridad, generalmente a partir de los 6 u 8 años de edad. La cronología de los diferentes cambios varía mucho entre unos niños y otros, aunque por norma general ocurre antes en el sexo femenino que en el masculino.

Cambios hormonales

Durante la niñez y la época prepuberal existe una inhibición de la liberación de GnRH (hormona liberadora de gonadotropinas hipofisarias). Lo característico de la llegada de la pubertad es el incremento en los niveles de esta hormona, que induce la síntesis y la liberación de LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona folículo estimulante) en forma de pulsos (solo durante la noche al inicio, y a lo largo de todo el día posteriormente).

El aumento de LH y FSH produce incrementos en la secreción de las hormonas sexuales: estradiol, testosterona, progesterona y andrógenos suprarrenales.

La FSH estimula los folículos primarios, lo que produce maduración del óvulo y aparición de la ovulación. También incrementa la producción de estradiol.

La LH estimula la producción de andrógenos y progesterona.

Clave en el incremento de estatura es la GH (hormona de crecimiento), pero el crecimiento también se ve influenciado por otras hormonas como la insulina, los corticoides y la tiroxina.

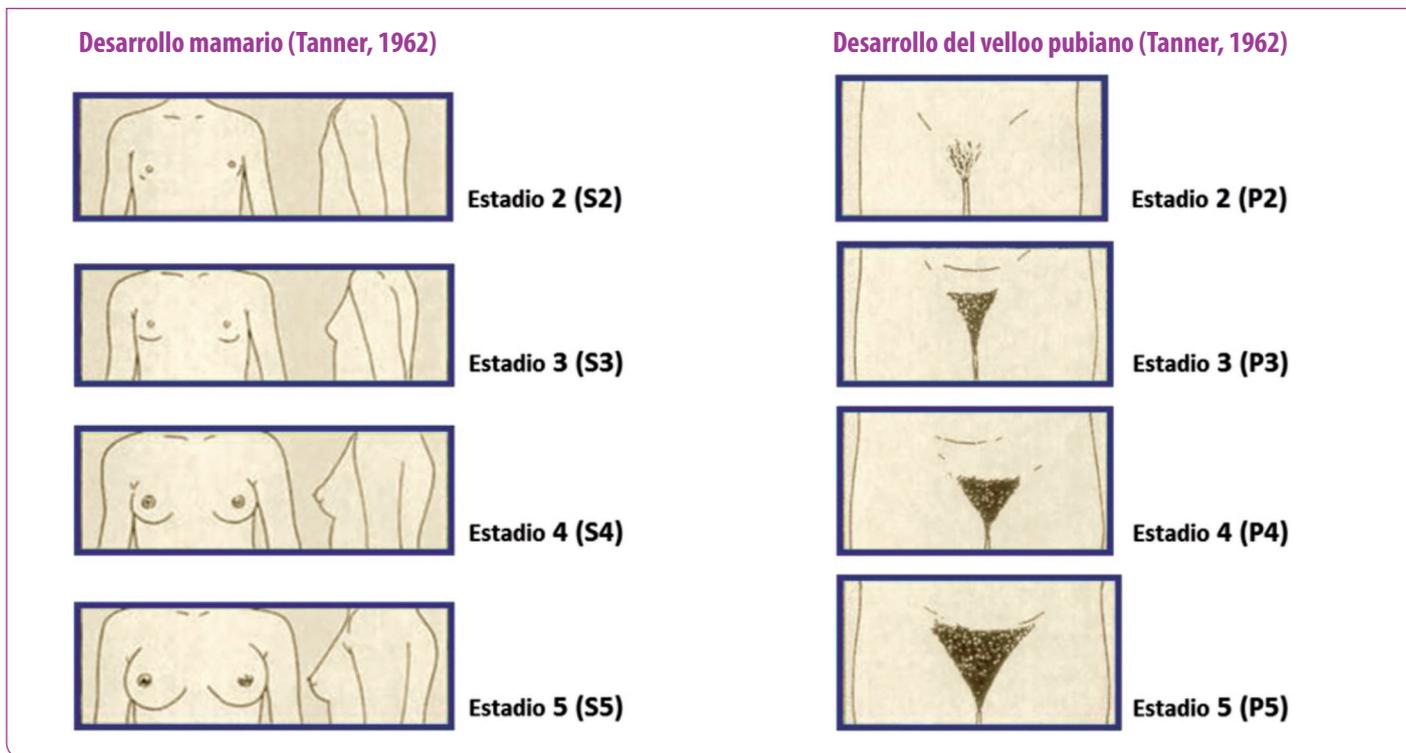
Cambios físicos

El primer signo físico de la pubertad en las niñas es la aparición del botón mamario: bajo el pezón se nota una zona más dura, el pecho aumenta y es bastante común que el roce con la ropa sea molesto o doloroso (Figura 1).

Este comienzo del desarrollo mamario sucede entre los 8 y los 13 años y puede darse en ambos pechos a la vez o en uno primero que en el otro. El pecho continuará creciendo después y cambiando su forma, hasta adquirir la forma del de una adulta.

Se produce también un ensanchamiento en las caderas, aumento del flujo vaginal y desarrollo completo de los órganos sexuales tanto internos como externos. Suelen acompañar a este periodo fases de crecimiento rápido, alcanzando incluso incrementos de 10 cm en un año.

■ **Figura 1.** Estadios puberales en la mujer.



Modificado de Muñoz MT, Pozo J. Pubertad normal y sus variantes. *Pediatr Integral*. 2011;XV[6]:507-18.

Respecto al vello púbico puede comenzar a salir antes o después del botón mamario. Inicialmente es escaso, lacio y fino, pero poco a poco se va engrosando, rizando y oscureciendo, para terminar tomando la forma triangular típica de la mujer adulta. De la misma manera el vello va apareciendo en las axilas, las piernas y el resto del cuerpo.

Las glándulas sebáceas aumentan la producción de sebo, por lo que el cabello y el cutis se vuelven más grasos y puede aparecer acné. También se producen cambios en el sudor y el olor corporal.

Cambios psicosociales

Los cambios físicos que se producen durante la pubertad y la adolescencia están muy relacionados con los aspectos psicosociales (Tabla 1).

Son destacables cuatro aspectos en los que se irán

produciendo diferentes cambios según nos encontremos en la adolescencia inicial, la media o la tardía: independencia, imagen corporal, relación con sus iguales e identidad.

LA MENARQUIA

Recibe este nombre la primera regla o menstruación. De aparición tardía dentro de la secuencia de desarrollo, supone el más usado indicador de maduración sexual.

Suele producirse en un rango muy variable de edades, entre los 8 y los 16 años, aunque lo más habitual es que ocurra entre los 11 y los 12 años, coincidiendo con los 2 o 3 años posteriores a la aparición del botón mamario.

La edad de aparición de la menarquia, que se ha ido adelantando de forma progresiva desde el s. XIX, depende de múltiples factores:

Tabla 1 | Cambios psicosociales en la adolescencia

	Independencia	Imagen corporal	Relación con iguales	Identidad
Adolescencia inicial	< interés por los padres, humor variable y vacío emocional	Inseguridad sobre apariencia y atractivo, > interés por la sexualidad	Relaciones de amistad muy emocionales	Aumento de la capacidad cognitiva, necesidad de intimidad, no control de impulsos
Adolescencia media	Más conflictos con los padres	Aceptación del cuerpo y elevada preocupación por la apariencia	Alta integración en el grupo, aceptación de las reglas, modas, valores del grupo	Aumento de la empatía, la creatividad y la capacidad intelectual. Conductas de riesgo por sentimiento de omnipotencia
Adolescencia tardía	Independencia y reaceptación de los valores paternos	Disminuye la preocupación por el aspecto externo, aceptación de los cambios físicos	Aumento de las relaciones íntimas, disminuye la importancia del grupo y la necesidad de experimentar	Establecimiento de los valores morales, religiosos y sexuales. Conciencia y objetivos realistas. Compromiso y fijación de límites

Elaboración propia

Genéticos

- Edad de la menarquia de la madre: influye en entre un 50 y 70% de los casos.
- Raza: es más temprana en las mujeres de raza negra.

Ambientales

- Nivel socio-económico: el mayor nivel se asocia a una pubertad ligeramente más tardía, con probable relación con un menor grado de sobrepeso y obesidad.
- Estado nutricional: la aparición de la menarquia se asocia con un peso corporal crítico de aproximadamente 48 kg.
- Estado de salud: algunas enfermedades pueden retrasar el inicio de la pubertad.
- Actividad física: se ha comprobado la asociación entre el ejercicio físico intenso y el retraso de la primera menstruación.

Esta primera menstruación, habitualmente, se reduce a unas pocas gotas o un ligero manchado. Es bastante frecuente que al inicio los periodos sean irregulares y no se produzcan todos los meses durante los primeros 2 o 3 años.

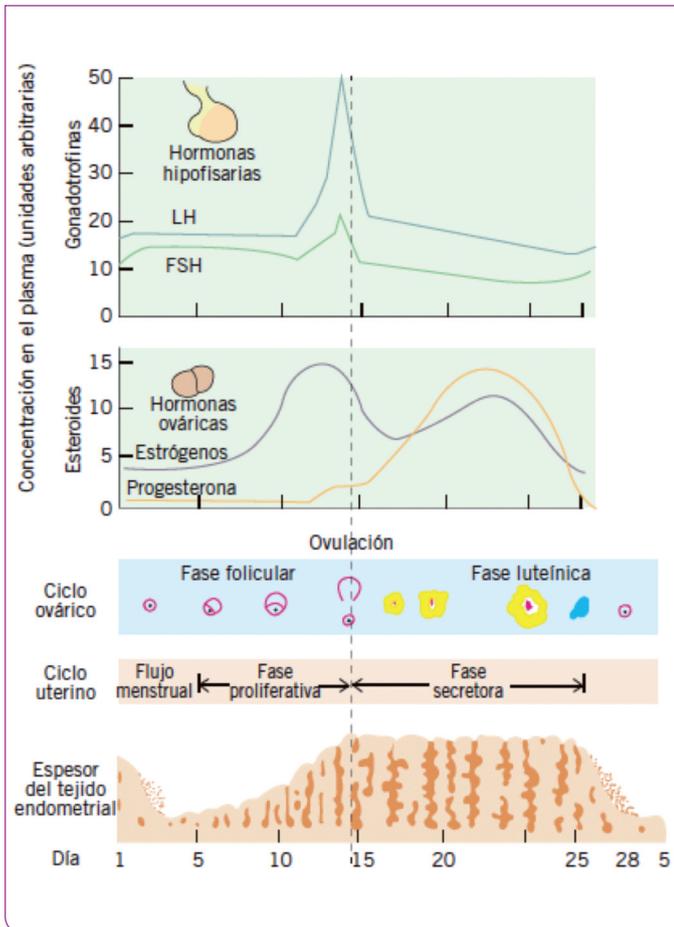
Ante la llegada de esta primera menstruación es importante que desde la farmacia informemos y aconsejemos a las niñas y a sus madres -que habitualmente son con las que tenemos un mayor contacto- sobre la necesidad de llevar a diario, y más aún durante la menstruación, una correcta higiene con productos específicos que limpien con suavidad al tiempo que hidraten y protejan la zona vulvo-vaginal, y que no alteren la microbiota autóctona que nos protege de patógenos oportunistas que podrían llegar a causar molestias o infecciones.

Es común también que aparezcan picor y/o irritaciones en la zona vulvar, debidas por un lado a los propios cambios hormonales, y por otro a las molestias producidas por el uso de salvaslips, compresas, etc., que pueden aliviarse con el uso de algún gel con activos hidratantes, calmantes y reparadores como el ácido hialurónico, la centella asiática, el aloe vera,...

EL CICLO MENSTRUAL FEMENINO

Se llama ciclo menstrual a los procesos y cambios que tienen lugar en el cuerpo de una mujer para prepararse para un posible embarazo (Figura 2).

Figura 2. Ciclo menstrual.



Fuente: Curell N. Normalidad y alteraciones de la menstruación en adolescentes. *Pediatr Integr.* 2013;XVII(3):p.161-70.

Está sometido a una regulación neuroendocrina en la que intervienen el hipotálamo, la glándula pituitaria, los ovarios y el endometrio. Es la interacción entre varias hormonas (LH, FSH, estrógenos y progesterona) precisamente la que da lugar al ciclo menstrual.

Se llama menstruación a la hemorragia o sangrado vaginal que se produce por el desprendimiento de las capas superiores del endometrio, que tiene lugar cuando no se produce fecundación e implantación del óvulo.

El ciclo menstrual se inicia el primer día del sangrado menstrual y consta de 3 fases:

Fase folicular

Es la fase anterior a la liberación del óvulo, en la cual se produce el desarrollo de los folículos en los ovarios. Dura unos 12-14 días, aunque es la fase que puede tener una duración más variable.

Al inicio de esta fase los niveles de estrógenos y progesterona se mantienen bajos al tiempo que se produce un aumento de FSH que estimula el crecimiento de entre 3 y 30 folículos, con un óvulo cada uno. Alrededor del día 5, uno de estos folículos se transforma en dominante y comienza a crecer rápidamente mientras los demás inician su descomposición.

Según avanza esta fase se incrementan los niveles de estradiol (que estimula la síntesis de LH y FSH, aunque inhibe su secreción) alcanzando su máximo al comienzo de la siguiente fase.

Fase ovulatoria

Es la más corta, solo dura entre 16 y 32 horas. Empieza cuando se produce la liberación de la LH almacenada dando lugar a un pico. La LH estimula al folículo dominante de manera que este se rompe y libera el óvulo que es recogido por las trompas de Falopio, iniciándose la siguiente fase.

La liberación del óvulo no sigue un ritmo alternante entre ambos ovarios, sino que se produce de manera aleatoria.

Fase lútea

Una vez liberado el óvulo, el folículo dominante da lugar al cuerpo lúteo, que se mantiene a la espera de que se produzca la fecundación secretando progesterona de manera creciente durante unos 7 días.

Si no se produce un embarazo, el cuerpo lúteo empieza a degradarse y los niveles de progesterona y estrógenos descienden y una parte del endometrio se desprende originando la menstruación.

Es bastante frecuente que debido a la menstruación, especialmente si esta es abundante, las mujeres tengan déficit de hierro. Se estima que ocurre en un 15% de las adolescentes, por lo que podría ser adecuado aconsejar la toma de complementos nutricionales que puedan suplir este déficit.

Existen ya en el mercado algunos complementos con hierro liposomado que consiguen reducir las molestias y efectos adversos, mejorando además la absorción y la biodisponibilidad (el hierro elemental vía oral tiene una absorción muy baja y con frecuencia produce molestias a nivel digestivo que reducen muchísimo la adherencia al tratamiento). Además sería interesante que el hierro fuese acompañado de vitamina C -que ayuda a incrementar la absorción de hierro- y de otras vitaminas como por ejemplo B12 y ácido fólico.

DISMENORREA

Definición

Recibe el nombre de dismenorrea o cólico menstrual el dolor espasmódico que se produce en la zona hipogástrica al inicio de la menstruación y durante los dos o tres días siguientes.

Afecta a un amplio porcentaje de las mujeres, siendo más frecuente en aquellas que no han tenido hijos.

Aunque en general no se trata de un dolor severo, en algunos casos llega a resultar incapacitante y limita las actividades durante unos días.

La dismenorrea se ha asociado a una hiperproducción endometrial de prostaglandinas que producen contracciones a nivel uterino originando los dolores de tipo cólico.

Podemos distinguir entre la dismenorrea primaria (que no está relacionada con una alteración orgánica pélvica) y la dismenorrea secundaria a otras patologías como endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, pólipos uterinos, adhesiones, uso de DIU,...

Síntomas

El síntoma fundamental es el dolor en la parte baja del abdomen que puede irradiar hacia la espalda y/o las piernas.

En algunos casos pueden aparecer otros síntomas acompañando al dolor como náuseas, vómitos y diarrea.

TRATAMIENTO

El tratamiento habitual se basa en el uso de:

Paracetamol o antiinflamatorios

Dosis de 500 mg de paracetamol cada 8 horas, 400 mg de ibuprofeno cada 6-8 horas, 250 mg de naproxeno cada 6-8 horas, han demostrado eficacia en la mayoría de los casos (especialmente en dismenorrea primaria).

Anticonceptivos hormonales

El tratamiento con anticonceptivos orales es el de elección en aquellas mujeres con dismenorrea que además desean evitar el embarazo. Actúan inhibiendo la ovulación y reduciendo con ello la producción de prostaglandinas en el endometrio y con ello los síntomas.

Pueden usarse también si no resultan efectivos los anticonceptivos orales, el DIU de levonorgestrel.

Otras opciones terapéuticas

Puede resultar adecuado el uso de plantas medicinales, o sus aceites esenciales, con acción antiespasmódica, analgésica y antiinflamatoria.

También los ácidos grasos omega 3, por su acción antiinflamatoria, pueden resultar útiles.

Consejos para pacientes con dismenorrea:

- Práctica de ejercicio físico de manera regular, ya que alivia las molestias por la producción de endorfinas y la mejora de la circulación.
- Adecuado descanso nocturno antes y durante la menstruación.
- Alimentación baja en grasas y sal para reducir la retención de líquidos.
- Puede ayudar a aliviar las molestias aplicar calor local, acostarse con las piernas en alto o lateralmente con ellas dobladas.
- Evitar las bebidas excitantes.

SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM)

Definición

A falta de una definición aceptada de manera generalizada se puede definir el SPM como el conjunto de signos y síntomas físicos y emocionales que tienen lugar de manera cíclica entre la ovulación y la menstruación, es decir, en la fase lútea del ciclo menstrual.

Afecta aproximadamente al 80% de las mujeres en mayor o menor grado.

Síntomas

Los síntomas más frecuentes son:

Físicos

- Dolor de cabeza
- Tensión mamaria
- Palpitaciones
- Cambios en el ritmo intestinal
- Hinchazón abdominal
- Aumento del apetito
- Cambios en el sueño
- Acné
- Urticaria
- Calambres musculares
- Prurito generalizado
- Etc.

Emocionales

- Irritabilidad
- Dificultad para concentrarse
- Cansancio
- Sentimientos de tristeza
- Ansiedad
- Inseguridad
- Llanto fácil
- Olvidos frecuentes
- Etc.

Tratamiento

Debido a la variabilidad de los síntomas y a que habitualmente estos no son severos, el tratamiento farmacológico no es muy habitual y se reserva para los casos más graves, que deben ser valorados por un especialista.

Algunos suplementos nutricionales y plantas medicinales pueden resultar adecuados -con distintos niveles de evidencia- para tratar algunos de los síntomas del SPM:

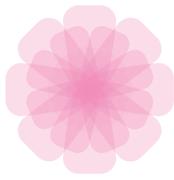
- Vitamina B6 a dosis mayores a 100 mg/día
- Vitamina E en dosis superiores a 600 UI/día
- Minerales como el calcio (1.200 mg/día) o el magnesio (500 mg/día)
- Triptófano a dosis de 6 g/día
- Aceite de onagra
- Extracto de *Vitex agnus-castus*,...

Consejos para pacientes con SPM:

- Reducción del estrés (meditación, mindfulness, yoga o técnicas de relajación).
- Ejercicio físico regular.
- Evitar tóxicos como alcohol, tabaco, ...
- Bajo consumo de cafeína y sodio.
- Alimentación baja en grasas y rica en frutas, verduras e hidratos de carbono complejos.
- Aumentar el número de comidas diarias a 5 o 6 más ligeras.

Bibliografía

1. Aguirre A. Psicología de la adolescencia. Boixareu Universitaria. Barcelona: Marcombo; 1994. p. 339.
2. Edad y Fertilidad. American Society for Reproductive Medicine;Alabama; 2013. American Society for Reproductive Medicine;
3. Besio DC, Vania D, Montero DA. Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Pre-menstrual en la Adolescencia. Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc. 2012;23:163-70.
4. Curell N. Normalidad y alteraciones de la menstruación en adolescentes. Pediatr Integr. 2013;XVII(3):161-70.
5. Güemes-Hidalgo M, Ceñal MJ, Hidalgo MI. Pubertad y Adolescencia. Adolescere. 2017;1:7-22.
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica clínica en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
7. Iglesias JL. Desarrollo del adolescente; aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr Integr. 2013; XVII(2):88-93.
8. Knudtson J, McLaughlin JE. Endocrinología reproductiva femenina - Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales. 2016.
9. Landa J. Alteraciones del ciclo menstrual. Fistera. 2013.
10. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, Hoeger KM, Murad MH, Pasquali R, et al. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: An endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2013;98(12):4565-92.
11. Monroy de Velasco A. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: guía práctica para padres y educadores. Editorial Pax México; 2002. p. 256.
12. Muñoz MT, Pozo J. Pubertad normal y sus variantes. Pediatr Integral. 2011;XV[6]:507-18.
13. Nacional U, Luis S, Perarnau A, Fasulo P, Verónica S, García et al. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes. Fundam en Humanidades. 2007;VIII (16):153-63.
14. OMS. Salud de la Mujer [Internet]. Notas Centro de Prensa. 2018 [citado octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/women-s-health>
15. Pinkerton JV. Dismenorrea - Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales. 2017.
16. Pinkerton JV. Síndrome del ovario poliquístico (SOP) - Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales. 2017.
17. Rodríguez Jiménez MJ, Hernández de la Calle I. Trastornos menstruales de la adolescencia. Adolescere. 2014;II(3):7-17.
18. Valdés W, Espinosa T, Leyva G. Presentación de la menarca en madres e hijas. Rev Cuba Endocrinol. 1990;24(1):35-46.



PALOMACARE®

Innovación en salud vulvo-vaginal



Gel vulvar hidratante y reparador de la zona vulvo-perineal

Tubo de 30ml

Indicado para las situaciones que provocan sequedad vaginal y/o irritación en la zona vulvo-perineal

- Cambios hormonales en edad fértil (Post-menstruación)
- Peri y posmenopausia
- Protección frente a **agresiones externas** (uso de salvaslip, compresas, depilación íntima...)

Espuma sensitiva vulvo-vaginal

Frasco de 150ml

- Acción **hidratante y emoliente**
- Aplicación **muy agradable** en caso de mucosa sensible
- **Protege, hidrata, suaviza y regenera** la zona genital frente a diversas agresiones que provocan prurito, enrojecimiento, escozor o fenómenos de hipersensibilidad
- Fórmula de **alta tolerancia** a base de extractos botánicos (árbol del té...). Enriquecida con betaina y agentes emolientes
- Contribuye en el **equilibrio de la microbiota vaginal**
- Recomendado en caso de **lavados frecuentes**

Gel hidratante y reparador de la mucosa vaginal

6 unidades de 5 ml con cánula

Indicado para:

- **Sequedad vaginal**
- **Vaginitis y cervicitis inespecíficas**
Posología: La aplicación recomendada es de una vez al día o una vez cada dos días, en función de las necesidades.
- No hormonal, sin perfume, sin parabenos, sin alcohol
- pH=5, ligeramente ácido adaptado a la zona genital interna
- Acción lubricante, facilita las relaciones sexuales
- Compatible con la utilización de preservativos



IRONCARE

Complemento alimenticio a base de:
Hierro liposomado Lipofer®



POSOLOGÍA

Disolver directamente en la boca

1 sobre diario
Sabor a naranja



LA TRIPLE MEJORA EN LA SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO

- Mejor Absorción
- Mejor Tolerabilidad
- Mejor Biodisponibilidad

SIN GLUTEN SIN LACTOSA **SABOR A NARANJA**