

# Curso Salud de la mujer

Manejo de los principales problemas de salud de las mujeres en las diferentes etapas de su ciclo vital

El curso de formación está estructurado en 5 grandes bloques coincidiendo con etapas vitales de la mujer:

- MÓDULO 1** PUBERTAD
- MÓDULO 2** EDAD FÉRTIL
- MÓDULO 3** MATERNIDAD
- MÓDULO 4** MADUREZ
- MÓDULO 5** ENVEJECIMIENTO Y LONGEVIDAD

## MÓDULO 5 ENVEJECIMIENTO Y LONGEVIDAD

1. Envejecimiento
2. Disfunción sexual
3. Incontinencia urinaria
4. Osteoporosis
5. Artrosis
6. Hábitos saludables para una vejez activa

## COORDINACIÓN Y AUTORÍA

**M<sup>a</sup> José Cachafeiro Jardón.**

Farmacéutica Comunitaria

Secretaria de ASPROFA (Asociación de Profesionales de la Farmacia)

Vocal de AIES (Asociación de Investigadores en eSalud de España)

Creadora de “La Botica de Teté”

Formadora y consultora en Asun Arias Consultores

Curso disponible en el siguiente enlace:

<http://cursos.gruposaned.com/saludmujer>

Patrocinado por:

## MÓDULO 5

# Envejecimiento y longevidad

### Envejecimiento

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2019, la población española mayor de 65 años sobrepasaba los 9 millones. De estos, un 57 % eran mujeres, porcentaje que asciende al 63 % cuando hablamos de mayores de 80 años.

La mayoría de las funciones biológicas alcanzan un pico de rendimiento máximo alrededor de los 30 años, y a partir de ahí comienzan un declive gradual que se asocia, además de a la propia edad, al estilo de vida, la dieta, el ambiente y la conducta.

La mayoría de las funciones, aunque se reduzcan en una pequeña parte, siguen siendo adecuadas, pero esta disminución de la función conlleva que la capacidad de reacción frente a determinados factores, como el estrés o las enfermedades, se vea disminuida.

El envejecimiento podría definirse como la suma de todas las alteraciones que el paso inexorable del tiempo va produciendo en el organismo. Algunos de los cambios habituales que se producen con el envejecimiento son:

- Descenso en la masa y la fuerza muscular. Algo que podemos mejorar o retrasar con la práctica de ejercicio físico regular.
- Disminución de la flexibilidad del cristalino que hace que a partir de los 40-50 años aparezca la presbicia (dificultad de visión a distancias menores de 60 cm).
- Con la edad cada vez nos resulta más difícil escuchar los sonidos agudos, lo que hace que nos cueste más entender las palabras.
- A partir de los 50 comienzan a disminuir gradualmente las sensaciones percibidas a través del olfato y el gusto. Además, se reduce la producción de saliva, apareciendo sequedad bucal (xerostomía).
- La piel pierde elasticidad, tersura, se vuelve más fina y más seca y se forman arrugas.
- En el sistema nervioso y el cerebro se originan cambios

en los neurotransmisores, los nervios transmiten la señal más lentamente, se pierden algunos receptores...

- A nivel circulatorio se produce rigidez de los vasos, lo que puede llevar a un aumento de la presión arterial.
- Los riñones tienen mayores dificultades para filtrar eficazmente la sangre.
- Tendones y ligamentos se van volviendo más rígidos. Lo mismo ocurre con el cartílago de las articulaciones. Ello provoca más dificultad en los movimientos.
- Disminuye la producción de ciertas hormonas, como los estrógenos.
- Etc.



## Disfunción sexual

### Definición

La sexualidad forma parte importante en la calidad de vida de la mujer y refleja su bienestar a nivel físico, social y psicológico.

La manera en que una mujer acepta, vive y comprende la llegada de la menopausia y el envejecimiento influye en gran medida en su sexualidad y en la aparición de disfunción sexual femenina.

Disfunción sexual femenina (DSF) hace referencia a un proceso de etiología multifactorial (factores biológicos, socioculturales, psicológicos e interpersonales) que lleva a la aparición de problemas en la función sexual, acompañados de angustia, sufrimiento o distrés personal o interpersonal.

A partir de la menopausia tienen lugar cambios en el tiempo de estimulación que la mujer necesita para sentir excitación sexual y alcanzar el orgasmo, así como en la intensidad de este. También son más habituales la sequedad vaginal, la falta de lubricación, el síndrome genitourinario, etc., que pueden afectar terriblemente al deseo sexual.

Aunque se ha avanzado bastante en este terreno, es un trastorno poco diagnosticado y reportado, con una prevalencia tras la menopausia probablemente muy superior a los datos del 40-50 % que se han obtenido en los últimos estudios.

Debemos tener en cuenta también que las disfunciones sexuales no solo impactan a la mujer, sino que afectan igualmente a su pareja, y que no solo tienen consecuencias a nivel sexual, sino que llevan emparejados factores emocionales e interpersonales.

### Tipos

Existen diversas clasificaciones y criterios diagnósticos para la DSF. Seguiremos el DSM-V, que asume que el trastorno se debe generalmente a una combinación de causas orgánicas y psicógenas, y que establece los siguientes tipos:

Trastorno del interés o la excitación, con tres de los siguientes:

- Ausencia o reducción del interés en la actividad sexual.
- Ausencia o reducción de fantasías o pensamientos eróticos y/o sexuales.
- Fantasías sexuales o pensamientos eróticos ausentes o reducidos y falta de receptividad a los intentos de la pareja por iniciar.
- Excitación o interés ausente o reducido en respuesta a señales eróticas internas o externas.
- Ausencia o reducción del placer sexual o la excitación en más del 75 % de los encuentros sexuales.
- Ausencia o reducción de las sensaciones genitales o no genitales en más del 75 % de los encuentros sexuales.

Trastorno orgásmico, con presencia en más de un 75 % de las ocasiones de uno de estos:

- Retraso, infrecuencia o ausencia de orgasmo.
- Importante descenso de la intensidad de la sensación orgásmica.

Trastorno de la penetración o dolor genitopélvico, dificultades persistentes con uno o más de los siguientes ítems:

- Penetración vaginal durante el coito.
- Miedo o ansiedad marcados acerca del dolor antes, durante o por la penetración vaginal.
- Dolor pélvico o vulvovaginal marcado en el coito o en los intentos de penetración.
- Marcada tensión o estrechamiento de los músculos del suelo pélvico durante los intentos de penetración.

### Causas

El descenso de los estrógenos y los andrógenos que se produce en la mujer en la menopausia y el envejecimiento ayuda de manera significativa a la aparición de la DSF.

Esta variación hormonal produce cambios fisiológicos que afectan a todas las fases del acto sexual: excitación, meseta, orgasmo y resolución. La vagina se atrofia reduciendo su anchura y longitud, el pH aumenta favoreciendo las infecciones, la hidratación y la lubricación son menos abundantes y más tardías, se reduce la erección del clítoris, las contracciones que se producen durante el orgasmo en útero y recto se reducen y pueden causar dolor, etc.

**Tabla 1 | Medicamentos que pueden afectar a la respuesta sexual femenina**

Analgésicos como la morfina o el tramadol
Benzodiazepinas como alprazolam, lorazepam, diazepam o clonazepam
Diuréticos como la espironolactona
Antihipertensivos como clonidina, propanolol y metildopa
Antihistamínicos como loratadina y cetirizina
Anticolesterolémicos como genfibrozilo y fenofibrato
Antidepresivos: ADT, IMAO; ISRS, IRSN
Antipsicóticos como risperidona o perfenazina

Otros factores que se han asociado con la disfunción sexual son la ingesta de alcohol, los síntomas depresivos y la toma de ciertos medicamentos como los que se indican en la Tabla 1.

Por último, cabe señalar que detrás de una disfunción sexual puede haber otras influencias, como el posible rol de la pareja, las creencias religiosas o normas culturales, la existencia de traumas o abusos en el pasado, etc.

## Tratamiento

El tratamiento de la disfunción sexual femenina puede ser psicosexual, hormonal y no hormonal.

### Terapia psicosexual

Es un tratamiento que puede resultar muy eficaz si existen problemas de comunicación u otras dificultades en la pareja. También si la disfunción va acompañada de afecciones como ansiedad o depresión, traumas, abuso de sustancias, etc.

### Tratamiento hormonal

El tratamiento puede hacerse a nivel local vaginal con estrógenos en forma de anillo, óvulos o cremas vaginales. También se ha demostrado eficacia de la aplicación diaria a nivel vaginal de dehidroepiandrosterona (DHEA). En ambos casos se obtienen buenos resultados en cuanto a síntomas de síndrome genitourinario y dolor genitovaginal, lo que indirectamente mejora el deseo y la excitación.

La testosterona a nivel transdérmico mejora el bienestar y el deseo sexual de mujeres postmenopáusicas, pero aún son limitados los datos de seguridad a largo plazo de su uso.

El tratamiento oral con THS es seguro y eficaz en el tratamiento específico de la sequedad, la atrofia y el dolor vaginales.

### Tratamiento no hormonal

Son muchas las mujeres que prefieren no utilizar tratamientos hormonales, pues les causan dudas en cuanto a la aparición de ciertos efectos secundarios. En estos casos, es conveniente recordar que será su médico quien valore la relación beneficio-riesgo del tratamiento, que, además, utilizado de manera adecuada resulta efectivo y seguro.

La flibanserina, conocida como viagra femenina, es el único fármaco no hormonal aprobado con indicación en disfunción sexual femenina, aunque rodeado de bastante polémica por sus efectos adversos, que podrían resultar graves, sobre todo si se toma con alcohol.

Algunos fármacos activos a nivel de SNC se están utilizando, fuera de ficha técnica, para el tratamiento de la disfunción sexual, como es el caso del bupropión o la buspirona.

En los casos de sequedad y molestias vaginales leves, como ya se ha visto en el síndrome genitourinario de la menopausia, puede resultar muy eficaz el empleo de productos con efecto hidratante de la mucosa, preferiblemente en formulaciones que sean capaces de mantener la hidratación a largo plazo, como aquellas con alta concentración de ácido hialurónico. También podría resultar útil el uso de productos que contengan además activos capaces de activar el flujo circulatorio en la zona vaginal, como por ejemplo el Ginkgo biloba. Existen en el mercado geles íntimos que además de favorecer las relaciones sexuales por su efecto hidratante, contienen otros activos (ginseng, arginina, damiana...) que ayudan a incrementar la sensibilidad y la percepción sensorial.

Desde la farmacia podemos recomendar también el empleo de algunos complementos nutricionales naturales que, además de vitaminas y minerales, poseen activos como la trigonella o el tribulus, con efectos positivos sobre la vitalidad, el deseo y la excitación según varios estudios clínicos.

## Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria no es una patología sino un síntoma.

No es exclusiva del sexo femenino, afecta también al hombre, aunque es más común en la mujer, razón por la que se contempla en este curso, especialmente en la postmenopausia.

### Definición

Es la pérdida de orina de manera involuntaria, un problema bastante frecuente (afecta en mayor o menor grado a alrededor de un 30 % de las mujeres mayores de 65 años), que suele reconocerse y consultarse muy poco, y que afecta de manera importante a la calidad de vida, sobre todo porque produce vergüenza, aislamiento y estigmatización.

Los síntomas pueden ir desde una pequeña y ocasional pérdida, a una moderada y frecuente.

Los factores que incrementan el riesgo de incontinencia son:

- Sexo femenino, el riesgo se incrementa debido al embarazo, el parto y la propia anatomía femenina.
- Edad, con el paso de los años, los músculos de vejiga y uretra van perdiendo tono y fuerza.
- Sobrepeso, el exceso de peso aumenta la presión sobre la vejiga.
- Antecedentes familiares, el riesgo aumenta si algún familiar cercano padece o ha padecido incontinencia.
- Enfermedades como la diabetes, o las neurológicas, pueden aumentar el riesgo.

### Consejos preventivos

La incontinencia no es siempre prevenible, pero sí que hay algunas medidas generales que pueden resultar útiles:

- Limitar la ingesta de líquidos, sobre todo en determinados momentos (antes de salir a la calle, antes de acostarse, etc.).
- Evitar las bebidas con cafeína que pueden causar irritación en la vejiga.
- Mantener un peso saludable, que evite la presión excesiva sobre la vejiga.

- Hacer ejercicios que ayuden a mantener en un tono adecuado el suelo pélvico, como los ejercicios de Kegel o los hipopresivos.
- Incrementar la cantidad de fibra para reducir el estreñimiento, que puede ser causa de empeoramiento de la incontinencia.
- Evitar el alcohol y los alimentos ácidos.

En caso de incontinencia es muy importante recordar a los pacientes que deben extremar las medidas higiénicas, especialmente con el uso de compresas o pañales para la incontinencia.

## Osteoporosis

La osteoporosis es un problema de salud de máximo nivel, ya que está relacionada con una media de 240.000 fracturas anuales en España. Esto origina un aumento de la morbimortalidad y una reducción importante de la movilidad y la funcionalidad de los pacientes afectados.

### Definición y factores de riesgo

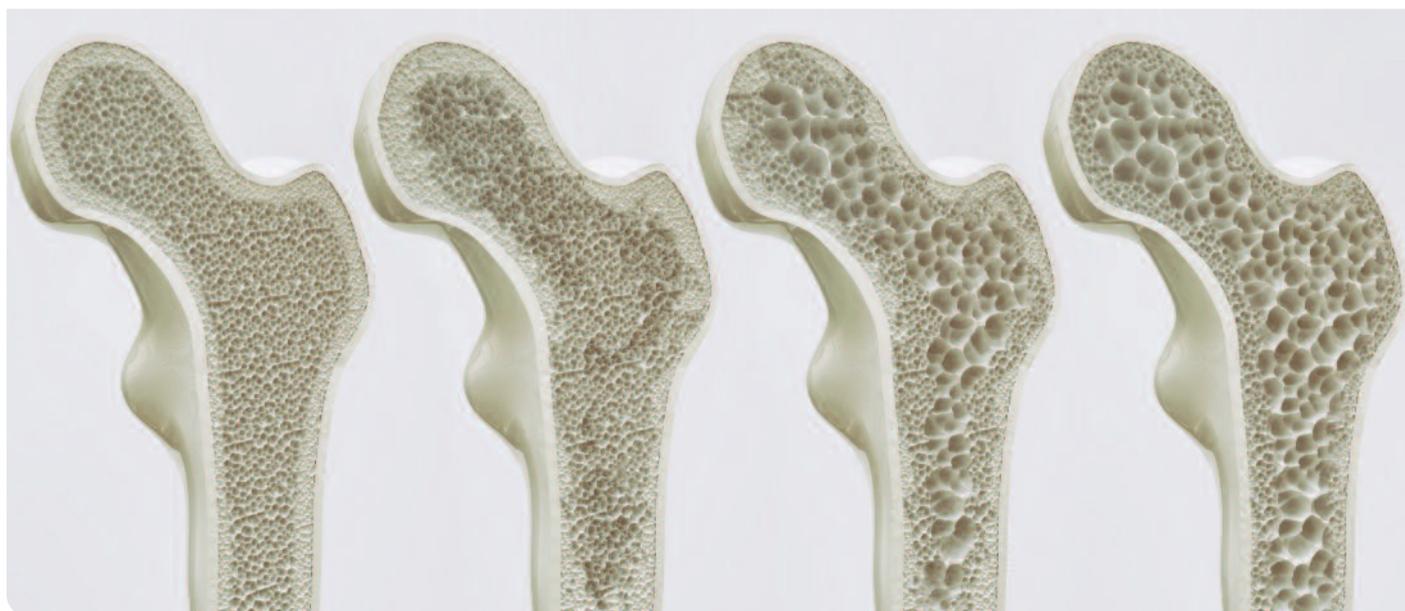
El ser humano alcanza la masa ósea total alrededor de los 35 años. A partir de esa edad, la formación de hueso nuevo que reemplaza al que se va perdiendo se vuelve más lenta de manera progresiva de forma que con el envejecimiento se produce siempre cierta pérdida de densidad ósea.

Los cambios hormonales que se producen en la mujer con la llegada de la menopausia suponen una mayor reducción en el reemplazo del hueso y por tanto un mayor riesgo de osteoporosis. Esto, unido al efecto de la edad, hace que sean las mujeres de edad avanzada las más afectadas por esta patología.

Los factores de riesgo para la osteoporosis pueden ser de dos tipos: modificables o no modificables.

No modificables:

- Edad, más común a partir de los 45 años.
- Sexo, la mujer tiene un mayor riesgo.
- Raza, mayor frecuencia en caucásicas.
- Antecedentes familiares, familiares de primer grado con osteoporosis o fracturas.
- Menopausia precoz o quirúrgica.



Modificables:

- Peso, mayor riesgo en IMC inferior a 19 kg/m<sup>2</sup>.
- Déficit de calcio y/o vitamina D.
- Consumo de alcohol.
- Tabaquismo.
- Sedentarismo.

### Síntomas

En sus primeras fases, la osteoporosis no presenta síntomas, por lo que en ocasiones se ha definido como una enfermedad silenciosa.

Cuando el cuadro es más avanzado y los huesos ya están bastante débiles, pueden aparecer:

- Dolores de espalda, por aplastamiento o fractura vertebral.
- Descenso de la estatura.
- Postura encorvada.
- Rotura de hueso sin traumas importantes.

El diagnóstico de la osteoporosis se hace mediante técnicas de densitometría ósea (DXA) aplicando la escala T-score (Tabla 2), que compara la densidad mineral ósea de una persona con la de adultos jóvenes (20 a 35 años) y sanos del mismo sexo.

Tabla 2 | Clasificación de la osteoporosis en función del T-score

T-Score	Diagnóstico
> -1	Normal
< -2,5 > -1	Baja masa ósea (osteopenia)
< -2,5	Osteoporosis
< -2,5 y fractura por fragilidad	Osteoporosis severa

### Tratamiento

El tratamiento de la osteoporosis se realiza fundamentalmente con el objetivo de evitar o disminuir el riesgo de fractura.

Las diferentes opciones de tratamiento farmacológico, que comentaremos a continuación, están recogidas en la Tabla 3.

Tabla 3 | Tratamientos farmacológicos en osteoporosis postmenopáusica

Suplementos	Calcio
	Vitamina D
Antiresortivos	Bifosfonatos (alendronato, risendronato, ibandronato)
	Raloxifeno
	Anticuerpos monoclonales (denosumab, romosozumad)
Osteoformadores	Análogos de la hormona paratiroidea (teriparatida, abaloparatida)

## Suplementos de calcio y/o Vitamina D

Los suplementos se utilizan cuando resulta complicado asegurar un adecuado aporte de calcio y/o vitamina D con la alimentación, tanto en prevención como en tratamiento.

En los suplementos de calcio es importante el tipo de sal utilizada, el citrato no se ve influido en su absorción por el pH gástrico y puede administrarse en cualquier momento, pero el carbonato sí, por lo que debe tomarse después de las comidas. Las dosis mayores a 500 mg se administrarán preferentemente repartidas en dos tomas.

La función de la vitamina D, en relación a la osteoporosis, es activar la absorción del calcio en el intestino, para lo que se recomiendan dosis de 800 UI diarias.

## Bifosfonatos

Son los fármacos más utilizados en el tratamiento de la osteoporosis: alendronato (10 mg/día o 70 mg/semana), risendronato (35 mg/semana o 150mg/mes) e ibandronato (150 mg/mes). Producen un descenso en la resorción ósea, pero no se conoce su mecanismo de acción exacto.

En su dispensación es importante insistir al paciente en el riesgo de esofagitis, por lo que es importantísimo indicar que deben tomarlo en ayunas y permanecer al menos la siguiente media hora sin tomar alimentos ni acostarse.

## Raloxifeno

Es un fármaco que se une al receptor estrogénico e inhibe la resorción ósea, es agonista parcial del receptor en el tejido óseo y el cardiovascular.

Puede tomarse a cualquier hora del día, y la dosis habitual es de 60 mg/día.

## Anticuerpos monoclonales

Denosumad y el más recientemente aprobado romosozumad son fármacos que inhiben el metabolismo óseo, aumentando por tanto la formación de hueso. Se administran en forma de inyectable, el primero cada 6 meses y de manera mensual el

segundo. Es importante prevenir el riesgo de fractura que se produce al dejar el tratamiento, generalmente continuando el tratamiento con bifosfonatos.

## Análogos de la hormona paratiroidea

Teriparatida y abaloparatida son novedosos fármacos, similares a la hormona paratiroidea, con capacidad para estimular el crecimiento de los huesos, reconstruyéndolos. Se administran en forma de inyección subcutánea diaria, en el muslo o el abdomen.

En el caso de la abaloparatida, el tratamiento debe utilizarse durante un máximo de 24 meses.

## Medidas preventivas

Las principales medidas preventivas para la aparición de osteoporosis se basan en evitar aquellos factores de riesgo modificables.

Así, es importante que desde la farmacia comunitaria insistamos a aquellas pacientes que se acercan a la edad de aparición de la menopausia en que sigan ciertas medidas higiénico-dietéticas con el fin de mantenerse más saludables y reducir la pérdida de densidad ósea:

- Dieta saludable para mantener un peso adecuado y asegurar una adecuada ingesta de calcio y vitamina D.
- Hacer ejercicio de manera regular ayuda a recuperar masa ósea.
- Abandono del hábito tabáquico.
- Eliminar o reducir el consumo de alcohol, ya que disminuye la formación ósea y altera el metabolismo de la vitamina D.

## Artrosis

Aunque no se trata de una patología exclusiva de las mujeres ni de la edad avanzada, lo cierto es que ambos factores, sexo y edad, aumentan la predisposición a padecerla. Así, la artrosis, aparece entre 2 y 3 veces más frecuentemente en mujeres que en hombres a partir de los 50 años, siendo la mujer en estado de posmenopausia el tipo de paciente más común.

## Definición

Se trata de una enfermedad articular degenerativa y crónica que produce una alteración por desequilibrio entre la síntesis y la degradación del cartílago y que afecta a toda la articulación, produce cambios en el hueso, deterioro de los tejidos conectivos e inflamación del revestimiento de la articulación. Causa dolor y dificulta la movilidad.

Se engloba dentro de las enfermedades reumáticas como un tipo de artritis y constituye la afección articular más frecuente, afectando, en España, a 7 millones de personas.

Las localizaciones más comunes son cadera, manos y rodilla, aunque puede darse también en pies y columna vertebral.

## Síntomas

Los síntomas de la artrosis son progresivos, avanzan lentamente y se mantienen durante mucho tiempo.

El **dolor** es uno de los síntomas más característicos, pudiendo llegar a ser crónico. En una primera fase el dolor está asociado al movimiento y desaparece con el reposo. En estadios más avanzados el dolor también está presente durante el reposo de manera que se va haciendo prácticamente continuo.

Otro de los síntomas típicos es la **rigidez articular**, que suele ser más habitual por las mañanas al despertar y tras periodos de inactividad, mejorando habitualmente con el movimiento.

También son habituales síntomas como **pérdida de flexibilidad** (no se alcanza el rango completo de movimiento de la articulación), **sensación de aspereza o crepitación** (chasquidos y sensación chirriante), **hinchazón y deformación** de la articulación.

Además, a consecuencia del dolor crónico y la pérdida de movilidad y autonomía que acompañan a la artrosis pueden aparecer complicaciones del estado de ánimo como la depresión o trastornos del sueño.

## Tratamiento

Al tratarse de una patología crónica, el tratamiento va encaminado a paliar los síntomas -principalmente dolor e inflamación-

y, en el mejor de los casos, reducir o enlentecer la progresión de la enfermedad.

El tratamiento debe ser siempre integral, actuando desde todos los frentes que permitan mejorar la calidad de vida del paciente.

Podemos dividir el tratamiento en tres tipos:

### Terapia física

El **ejercicio** (ligero o moderado y supervisado por un profesional), la **fisioterapia** y la **terapia ocupacional** pueden ser muy útiles sobre todo ante los primeros síntomas de la enfermedad.

También pueden resultar de gran ayuda otras terapias como: la **terapia de frío/calor** (frío para reducir la inflamación y calor para relajar el músculo y reducir el dolor), **reducir el sobrepeso** si es que existe, los **dispositivos de descarga articular** como los bastones o las plantillas, la **hidroterapia en aguas termales** o los **dispositivos de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)**.

### Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de elección en el caso de la artrosis es el **paracetamol** vía oral a dosis de hasta 1 g/ 6 horas, que ayuda a aliviar el dolor y es seguro en general.

Otras opciones de tratamiento son:

### Complementos naturales

Existen en el mercado complementos alimenticios con activos de origen natural como la cúrcuma que han demostrado su eficacia antiinflamatoria, analgésica y protectora del cartílago. El principal inconveniente de la mayoría de estos preparados es que presenta una muy baja biodisponibilidad por lo que su eficacia habitualmente se ve muy limitada. Sin embargo, algunos productos han conseguido incrementar considerablemente esa biodisponibilidad gracias a formular la **cúrcuma en forma de microemulsión bio-optimizada**, demostrando en estudios clínicos su alta eficacia en la reducción del dolor.

## Fármacos tópicos

La aplicación tópica de AINE como el diclofenaco, el ketoprofeno o el ibuprofeno y de analgésicos como la capsaicina ha demostrado utilidad en la reducción del dolor articular. Suelen utilizarse como coadyuvantes a la terapia vía oral.

## Duloxetina

Es un fármaco antidepresivo aprobado también para su uso en el dolor crónico, por lo que puede utilizarse en pacientes con artrosis.

## Glucosamina y Condroitina

Tienen una acción condroprotectora de inicio lento, activan la síntesis de proteoglicanos a nivel de los cartílagos articulares. Forman parte de las recomendaciones de las guías del *American Collegue of Reumatology* y de la *European League Against Rheumatism* pese a que su efectividad en diferentes estudios muestra resultados dispares.

## AINE

Aunque las diferentes moléculas tienen diferente perfil de seguridad, todos tienen similar eficacia y todos son útiles en el tratamiento del dolor causado por la artrosis. La recomendación habitual es que no se empleen durante largos periodos de tiempo por sus posibles efectos adversos a nivel gastrointestinal y cardiovascular.

## Tramadol u otros analgésicos opiáceos

Es muy frecuente el uso de tramadol asociado a paracetamol cuando este último no resuelve el dolor por sí solo. Los opioides más fuertes se reservan para los casos de dolor moderado grave que no responden a paracetamol o AINE combinados con tramadol.

## Cirugía y otros procedimientos:

En los estadios más avanzados de la enfermedad puede ser necesario recurrir a terapias más invasivas como pueden ser las inyecciones intraarticulares de corticoides, de ácido hialurónico o la cirugía de reemplazo articular.

Tabla 4 | Recomendaciones para pacientes con artrosis

Mantén un peso adecuado y una alimentación variada y saludable
Cuida los hábitos posturales: duerme en cama plana, evitar asientos muy bajos y/o hundidos, evitar situaciones que fuercen la articulación, etc
Descansa, sobre todo en las fases con dolor más intenso
Cuando el dolor no sea tan intenso, actividades físicas ligeras o moderadas como caminar, ir en bici o nadar, son muy beneficiosas para proteger los músculos y la articulación
Evita actividades y movimientos de alto impacto sobre las articulaciones
Usa calzado adecuado y apóyate en un bastón si es necesario
La fisioterapia, hidroterapia en balnearios y la terapia ocupacional pueden resultar muy beneficiosas

En el caso de las inyecciones de ácido hialurónico es importante que el prescriptor tenga en cuenta las diferencias existentes en función de la concentración, la viscosidad, la seguridad y la tolerabilidad del producto a aplicar. Los últimos estudios indican que el uso de productos con alta concentración, elevada viscosidad, bio-fermentados y no reticulados, aumentan la respuesta favorable al tratamiento, consiguiendo mejores resultados de eficacia con un perfil de seguridad y tolerabilidad mejor que otras formulaciones.

La cirugía queda reservada para aquellos casos en los que el resto de tratamientos no estén consiguiendo un efecto adecuado en el dolor y/o la capacidad funcional del paciente, sobre todo en el caso de artrosis de cadera o de rodilla.

## Recomendaciones

La labor de la farmacia incluye, además de la dispensación de medicamentos prescritos por el médico o la indicación de productos que no requieran prescripción, la educación sanitaria y la recomendación de medidas higiénico-dietéticas que puedan suponer una ayuda al tratamiento.

En el caso de la artrosis las recomendaciones adecuadas serían las que se reflejan en la Tabla 4.

## Hábitos saludables para una vejez activa

Según la OMS, el envejecimiento activo es “el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la se-



guridad para facilitar la calidad de vida a medida que las personas ganan años”.

Como no todos envejecemos al mismo tiempo y el proceso se realiza de manera continua, estando muy afectado por los cuidados y hábitos saludables que la mujer haya ido adquiriendo y llevando a lo largo de su vida, podemos asegurar que cada mujer es, en gran parte, responsable de que su propio envejecimiento sea activo, positivo y saludable.

### Alimentación

Hay una frase popular que dice que somos lo que comemos. Y lo cierto es que una alimentación equilibrada ayuda a prevenir enfermedades y nos permite llegar a la vejez con una mayor calidad de vida.

Es importante individualizar las recomendaciones, pero de manera general se consideran adecuadas estas indicaciones:

- Con la edad, las necesidades calóricas se reducen, por lo que resulta importante ajustar la ingesta al gasto.
- Repartir la ingesta en 4 o 5 tomas a lo largo del día.
- Cocinar de forma sencilla, priorizando los platos tradicionales basados en verduras y legumbres.
- Incluir 2 o más raciones de verduras y hortalizas.
- Consumo diario de 3 raciones de fruta.
- El consumo de arroz, pasta y cereales en sus versiones integrales, preferentemente; conseguimos así no solo aumentar el aporte de fibra, sino también el de hierro, magnesio y zinc.
- Es importante asegurar el aporte proteico en base a carnes magras (en platos de fácil masticación), pescados, huevos y legumbres.
- Es muy importante la ingesta de leche y derivados lácteos por su aporte de calcio, el único mineral cuyas ingestas recomendadas son mayores que en la edad adulta.
- Aceites y grasas saludables, dando preferencia al aceite de oliva virgen.
- Evitar los dulces y la bollería.

- Reducir la cantidad de sal a 5 g al día.
- Evitar o reducir el consumo de bebidas carbonatadas, ya que reducen la absorción de calcio e incrementan el riesgo de osteoporosis.

## Ejercicio

El ejercicio físico es fundamental en el mantenimiento de la masa muscular y ósea. El envejecimiento lleva asociada cierta pérdida de músculo y un programa de entrenamiento que incluya, además de ejercicio aeróbico, ejercicios de fuerza, puede

contrarrestar en parte esos efectos. Las personas que se mantienen activas, conservan su capacidad funcional durante más tiempo, por lo que aumentan su calidad de vida y envejecen más lentamente.

Antes de comenzar con un programa de ejercicio es importante hacer un reconocimiento del estado general. La recomendación más adecuada es contar con un profesional que personalice el programa de ejercicios, evitando así la aparición de lesiones o complicaciones derivadas de un inadecuado entrenamiento.

## Bibliografía

1. Akhtari E, Raisi F, Keshavarz M, Hosseini H, Sohrabvand F, Bloos S, et al. Tribulus terrestris for treatment of sexual dysfunction in women: randomized double-blind placebo-controlled study. *Daru*. 2014;22(1):40.
2. Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero CI. Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *Semergen*. 2016;42(5):e33-7.
3. Amaya MC, Gómez MM, Martínez MJ, Lendínez JM. Adecuación del tratamiento preventivo de fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas. *Semergen*. 2010;36(3):121-7.
4. Balsalobre J, Combalia J, Emsellem C, Gaslain Y, and Khorsandi D. Effect of a Monoshot Injection of a High-Density Hyaluronic Acid Gel in Patients with Primary Knee Osteoarthritis. Preliminary Results of the "No-Dolor" Study. *J Bone Res* 2018, 6(1):1-3.
5. Bernstein M, Munoz N. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Food and Nutrition for Older Adults: Promoting Health and Wellness. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112(8):1255-77.
6. de Souto P, Morley JE, Chodzko-Zajko W, H. Pitkala K, Weening-Dijksterhuis E, Rodríguez-Mañas L, et al. Recommendations on Physical Activity and Exercise for Older Adults Living in Long-Term Care Facilities: A Taskforce Report. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(5):381-92.
7. Barris D, Rodríguez C, Sabio B, Gutiérrez J, Navarro E, Muñoz O, et al. Screening for osteoporosis among post-menopausal women in a community pharmacy. *Pharm Pract (Granada)*. 2006;4(2):95-101.
8. Figueroa Casilla RJ, Figueroa RJ, Jara DA, Fuenzalida AP, del Prado MA, Flores D, et al. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climáticas. Prevalence of sexual dysfunction among climacteric women. *Rev Méd Chile*. 2009;137:345-50.
9. Fundación Española de Reumatología. Diez consejos para los pacientes con Artrosis - Inforeuma [Internet]. [citado 1 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://inforeuma.com/informacion/decalogos/diez-consejos-para-los-pacientes-con-artrosis/>
10. García-Astudillo E, Pinto-García MP, Laguna-Sáez J. Incontinencia urinaria: Frecuencia y factores asociados. *Fisioterapia*. 2015;37(4):145-54.
11. Giménez Basallote S, Caballero Vega J, Martín Jiménez JA, Sánchez Fierro J GGA. Guía práctica para el Tratamiento en Atención Primaria de la Artrosis en Pacientes con Comorbilidad. *Semg*. 2016;1-62.
12. González E, Cañadas GA, Fernández R, Álvarez J, González C. Fitoestrógenos y sus efectos sobre la Osteoporosis en la Mujer Posmenopáusica. *Rev Clin Med Fam*. 2010;3(3):201-5.
13. Grupo de trabajo de la sociedad española de investigación ósea y metabolismo mineral (SEIOMM). Osteoporosis postmenopáusica guía de práctica clínica. *Reemo*. 2002;11(2):67-78.
14. Izquierdo S, García H. Climaterio y sexualidad. *Enfermería Glob*. 2015;(40):76-85.
15. Johnson KA, Bernard MA, Funderburg K. Vitamin nutrition in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2002;18(4):773-99.
16. Kontizas A. Artrosis (A) - Trastornos de los tejidos musculoesquelético y conectivo [Internet]. Manual MSD. 2018 [citado 1 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoesquelético-y-conectivo/enfermedades-articulares/artrosis-a>
17. Loza E. Tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica. *An Sist Navar*. 2003;26(Supl. 3):91-8.
18. Mendoza-Edroso C, Sánchez Garrido-Lestache N, López-Picado A. Osteoporosis posmenopáusica: Prevención primaria o medicación excesiva. *Semergen*. 2013;39(3):123-9.

### Bibliografía

19. Monfort J, Combalia J, Emsellem C, Gaslain Y, Khorsandi D. Report Review: Pronolis HD®, the First High Density Hyaluronic Acid Gel for Intra-Articular in Osteoarthritis: Complete and Innovative Range of Viscosupplementation for all Synovial Joints. *EC Orthopaedics*. 2018, 9(2): 67-70.
20. Molero M, Pérez-Fuentes M, Gázquez J, Barragán A, Martos A, Simón M. Salud y cuidados durante el desarrollo. *ASUNIVEP*; 2017.
21. Perissiou M, Bailey TG, Windsor M, Nam MCY, Greaves K, Leicht AS, et al. Effects of exercise intensity and cardiorespiratory fitness on the acute response of arterial stiffness to exercise in older adults. *Eur J Appl Physiol*. 2018;118(8):1673-88.
22. Rao A, Grant R. The effect of *Trigonella foenum-graecum* extract on prostate-specific antigen, and prostate function in otherwise healthy men with benign prostate hyperplasia. *Phytotherapy Research*. 2020;34:634-639.
23. Rao A, Steels E, Inder WJ, Abraham S, Vitetta L. Testofen, a specialised *Trigonella foenum-graecum* seed extract reduces age-related symptoms of androgen decrease, increases testosterone levels and improves sexual function in healthy aging males in a double-blind randomised clinical study. *The Aging Male*. 2016;19(2):134-42.
24. Robaina Y, Sánchez M. Osteoporosis en el climaterio: prevención y tratamiento. *Rev Iberoam Enfermería Comunitaria*. 2015;8(1):41-52.
25. Rodríguez Y, Darías Y, Rodríguez R. El ejercicio físico para contrarrestar la osteoporosis. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2018;361-4.
26. Sánchez PS, Medina PT, Disfunción RA, Pérez Medina T, Portillo Sánchez S, Royuela A. sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. Vol. 60, *Prog Obstet Ginecol*. 2017.
27. Simona JA, Davis B SR, Althof C SE, Chedraui P, Clayton F AH, Kingsberg G SA, et al. Bienestar sexual después de la menopausia: documento técnico de la Sociedad Internacional de la Menopausia. *Rev Col Menopaus*. 2018;24(4):27-47.
28. Schutzer KA, Graves BS. Barriers and motivations to exercise in older adults. *Preventive Medicine*. Academic Press. 2004;39:1056-61.
29. Varela G. Guía de alimentación y menopausia. Madrid: Italfarmaco S.A.,2008.
30. Vedia C, Massot M, Valles R, García JA, Franzi A, Muñoz L, et al. Adequacy of treatment for osteoporosis in primary prevention. Quantitative and qualitative study. *Aten Primaria*. 2018;50(1):23-34.
31. Veronese N. Bio-optimized *Curcuma longa* extract is efficient on knee osteoarthritis pain: A double-blind multicenter randomized placebo controlled three-arm study. *Arthritis Res Ther*. 2020;22(1):1-10.
32. Winter Falk L, Bisogni CA, Sobal J. Food choice processes of older adults: A qualitative investigation. *J Nutr Educ Behav*. 1996;28(5):257-65.
33. Yubo M, Yanyan L, Li L, Tao S, Bo L, Lin C. Clinical efficacy and safety of mesenchymal stem cell transplantation for osteoarthritis treatment: A meta-analysis. *PLoS One*. 1 de abril de 2017;12(4).
34. Zuluaga NA, Alfaro JM, Balthazar V, Jiménez KE, Gampuzano G. Vitamina D: nuevos paradigmas. *Medicina & Laboratorio*. 2011;17:211-46.