

Atención farmacéutica

TEMA 1

Etapas vitales del ciclo de vida de la mujer

Elizabeth Mármol Camino

Ginecóloga. FEA en Obstetricia y Ginecología.
Hospital General Mateu Orfila de Menorca

Conceptos clave sobre salud de la mujer

Etapas de la vida de la mujer: nutrición y patologías dermatológicas	
1	Etapas vitales del ciclo de vida de la mujer
2	Nutrición en las diferentes etapas de la mujer
3	Patologías dermatológicas frecuentes de la mujer
Sexualidad y salud de la mujer	
4	Sexualidad de la mujer e infecciones de transmisión sexual
5	Anticoncepción
6	Salud vaginal
Ciclo reproductivo de la mujer y sus trastornos	
7	Embarazo, parto y puerperio. Lactancia materna (I)
8	Embarazo, parto y puerperio. Lactancia materna (y II)
9	Trastornos reproductivos
Menopausia, enfermedades crónicas y protección de la salud	
10	Menopausia y madurez
11	Mujer y enfermedades crónicas
12	Protección de la salud de la mujer. Mujer y sociedad

El ciclo de vida es el proceso vital de un organismo que va desde el nacimiento hasta su muerte. De manera general, este ciclo se divide en cuatro etapas: nacimiento, desarrollo, reproducción y muerte. El ciclo vital del ser humano es complejo y pasa por etapas muy diferenciadas, en las que se producen gran cantidad de cambios debidos a la evolución hormonal y a las transformaciones a nivel fisiológico, físico y mental¹:

- Infancia.
- Adolescencia y pubertad.
- Edad adulta.
- Senectud.

En cada una de estas etapas vitales hay que tener en cuenta las diferentes medidas preventivas que deben implantarse para asegurar un buen estado de salud. A medida que se avance en el temario de este curso se profundizará en cada uno de los aspectos importantes de la mujer en sus diferentes etapas de vida.

Infancia

La infancia es la etapa que abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia. En ella se produce el mayor crecimiento a nivel físico y se inician las primeras relaciones interpersonales. Es el momento en que se descubre el mundo que



Tabla 1. Efectos de los esteroides sexuales

Estradiol	Andrógenos suprarrenales	Progesterona
<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento vaginal y uterino • Telarquia (desarrollo mamario) • Menarquía (primera menstruación) • Distribución femenina de la grasa • Aumento rápido del crecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento del vello axilar y púbico • Aumento de la secreción de las glándulas sebáceas 	<ul style="list-style-type: none"> • Proliferación del tejido secretor mamario • Contribución al crecimiento vaginal y uterino • Inicio del cambio cíclico del endometrio y el ovario

Fuente: elaboración propia.

nos rodea, y en el que la mujer se desarrolla tanto social como emocionalmente. En esta etapa se requiere una adecuada nutrición, protección y estimulación para que el cerebro se desarrolle de forma correcta. La infancia es la etapa clave para instaurar los hábitos saludables de la edad adulta, tanto en lo concerniente a la alimentación y el ejercicio como desde el punto de vista emocional.

Adolescencia y pubertad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce tras la niñez y antes de la edad adulta. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida de la mujer, y se caracteriza por un ritmo acelerado del crecimiento y por importantes cambios a nivel físico y psicológico, superados únicamente por los que experimentan las lactantes^{2,3}.

Las adolescentes ya no son niñas, pero aún no han alcanzado la madurez y el equilibrio propio del individuo en la etapa adulta, por lo que no siempre controlan su impulsividad ni son conscientes de las situaciones de riesgo.

En esta etapa, por tanto, es esencial que las adolescentes reciban una educación sexual adecuada y tengan acceso a métodos anticonceptivos, no sólo para evitar embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, sino también para alcanzar una buena salud sexual y reproductiva.

La pubertad es el momento de transición de la infancia a la adolescencia, de la niñez a la madurez sexual y reproductiva. Ocurre entre los 8 y los 13 años, aunque es variable y algo más precoz en las niñas. Su variabilidad se debe, en un alto porcentaje de los casos, a factores genéticos, aunque también puede estar condicionada por el estado de salud o la nutrición. Para el inicio de la pubertad se requiere un estado nutricional adecuado, ya que este momento de transición está regulado por neuropéptidos, aminoácidos y hormonas como la leptina, la kisspeptina, el glutamato, la grelina, etc.⁴. Diversos estudios han constatado que en mujeres con sobrepeso se produjo un adelanto de la pubertad, mientras que en mujeres con malnutrición se observó un retraso de la misma⁴⁻⁶.

Durante la pubertad se activan una serie de cambios a nivel hormonal que propician el desarrollo de los caracteres

“**La infancia es la etapa clave para instaurar los hábitos saludables de la edad adulta, tanto en lo concerniente a la alimentación y el ejercicio como desde el punto de vista emocional**»

sexuales y el rápido crecimiento corporal. Aumentan los niveles de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), que hasta ahora se encontraba inhibida, y estos pulsos de GnRH en el hipotálamo provocan en la hipófisis anterior la liberación de hormona luteinizante (LH) y de hormona folículo estimulante (FSH), las cuales a su vez se unen en el ovario a las células de la teca y de la granulosa para estimular la folículoogénesis y la producción ovárica de una gran variedad de hormonas esteroideas (estrógenos, progesterona y andrógenos), péptidos gonadales (activina, inhibina y follistatina) y factores de crecimiento^{4,5} (tabla 1).

La escala de Tanner describe gráficamente los cambios físicos que se producen a lo largo de la pubertad, y los clasifica y divide en cinco etapas sucesivas, desde la niña (estadio 1) a la adulta (estadio 5) (figura 1)⁷:

- Estadio 1: pecho infantil, sin vello púbico.
- Estadio 2: botón mamario, vello púbico no rizado y escaso en labios mayores.
- Estadio 3: aumento y elevación de pecho y areola, vello rizado, basto y oscuro.
- Estadio 4: areola y pezón sobreelevado sobre mama; vello púbico tipo adulto, no sobre muslos.
- Estadio 5: pecho adulto, areola no sobreelevada; vello adulto, también en zona medial del muslo.

Ciclo menstrual femenino

El primer sangrado de origen menstrual se denomina menarquía y se produce tras un intervalo variable de tiempo desde el inicio de la pubertad. No siempre indica el inicio de las ovulaciones, y por este motivo durante los primeros

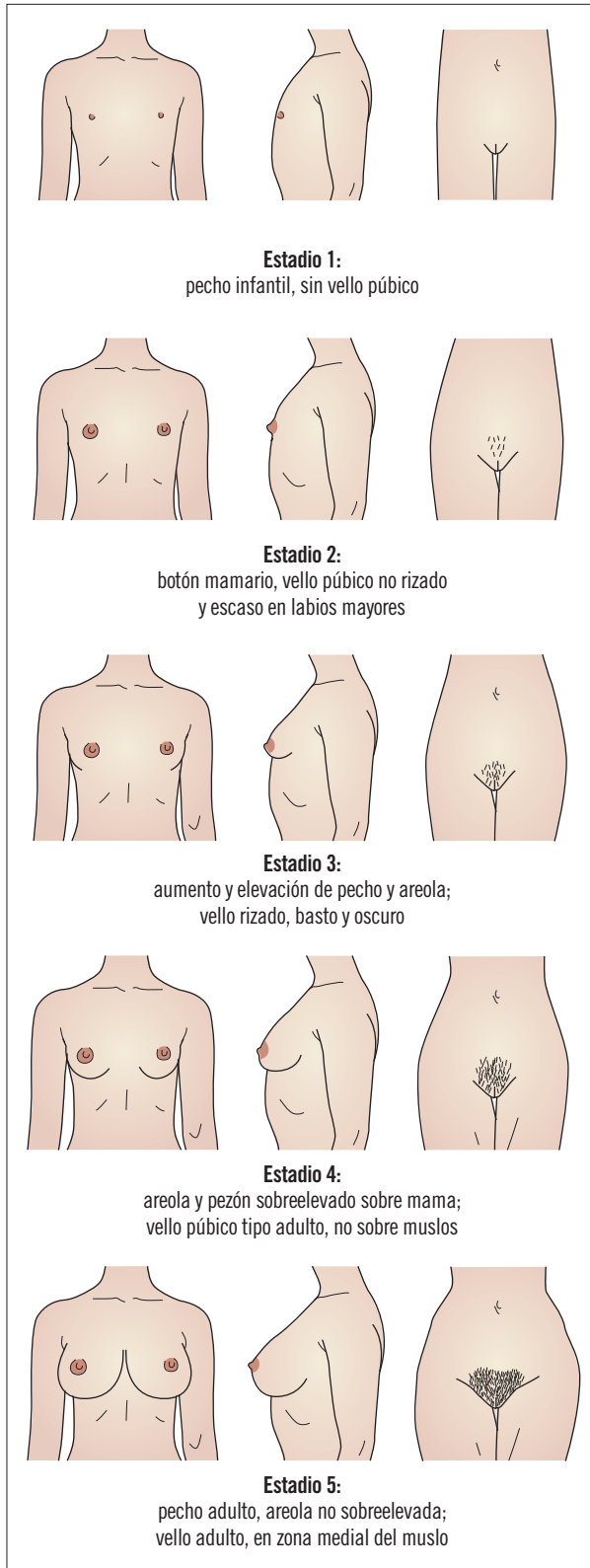


Figura 1. Escala de Tanner (Fuente: elaboración propia. Modificada de Tembrouy MC⁷)

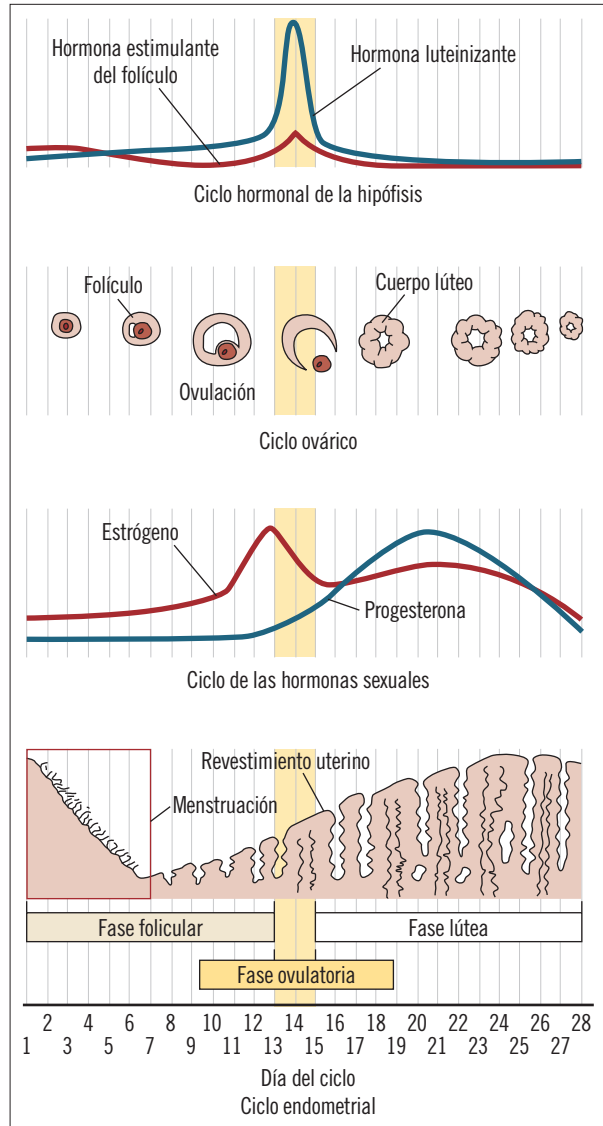


Figura 2. Ciclo menstrual (Fuente: Knudtson J, McLaughlin J⁸)

12-18 meses los sangrados suelen ser irregulares. La edad de la menarquia es muy variable y está condicionada por múltiples factores, de los que la mayoría (50-80%) son genéticos y el resto ambientales, como, por ejemplo, el nivel socioeconómico, el estado nutricional y la actividad física. De manera general, la menarquia se produce 2,5 años después de iniciar el desarrollo mamario^{4,5}.

El ciclo menstrual (figura 2)⁸ es el resultado de una interacción entre hipotálamo, hipófisis, ovarios, útero y sus correspondientes hormonas (GnRH, LH, FSH, estrógenos y progesterona). Tiene una duración media de 28 ± 7 días, ya que se considera el primer día de ciclo cuando se produce la hemorragia vaginal. La hemorragia menstrual dura 4 ± 2 días y el volumen promedio es de entre 20 y 60 mL,

con una pérdida de hierro media de 16 mg. Los intervalos del ciclo menstrual varían entre las mujeres, y también en una misma mujer en diferentes momentos de la edad fértil^{5,8}.

El ciclo ovárico se divide en fase folicular y lútea:

- La fase folicular suele suceder entre el día 1 del ciclo y el día 14, aunque este periodo puede variar bastante y ser responsable de algunas irregularidades menstruales. En esta fase, la acción combinada de FSH y estradiol selecciona y prepara un folículo para la ovulación. Al llegar el estradiol a su pico máximo, se induce un pico de LH. La ovulación se produce 34-36 horas después de ese pico, hacia el día 14 del ciclo. En ese momento, se produce la expulsión del ovocito del folículo dominante, seguida de la atresia del resto de los folículos no seleccionados⁸.
- La fase lútea abarca el tiempo transcurrido entre la ovulación y el principio de la menstruación (siempre que no haya fecundación). Tras la ovulación, el folículo dominante se convierte en el cuerpo lúteo y es responsable de la síntesis de estrógenos y progesterona. Si no se ha producido un embarazo, el cuerpo lúteo degenera, los niveles de progesterona y estrógenos descienden, y se descama el endometrio, teniendo lugar la menstruación.

El ciclo endometrial se define por una serie de cambios morfológicos cíclicos en la capa basal de la mucosa uterina, que se regenera tras cada ciclo. Sus etapas correspondientes se denominan «fase proliferativa», «fase secretora» y «fase de descamación o menstrual»:

- La fase proliferativa es inducida por los estrógenos y se inicia inmediatamente después de la menstruación, cuando el espesor endometrial es más fino (1-2 mm).
- La fase secretora es inducida por la progesterona: las glándulas se hacen tortuosas, aumenta el grosor epitelial y crecen las células del estroma.
- En la fase menstrual se producen la desintegración y descamación de la capa funcional del endometrio, siempre y cuando el ovocito no haya sido fecundado.

Patologías asociadas al ciclo menstrual de la mujer

Alteraciones del ciclo menstrual: defecto y exceso

Durante la vida de la mujer hay momentos en los que el flujo menstrual puede ser variable. Existen múltiples factores, tanto físicos y hormonales como ambientales, que afectan a la cantidad de sangrado durante la regla⁹ (figura 3).

a) Amenorrea

Esta alteración puede deberse a múltiples causas. Inicialmente, debemos descartar una causa fisiológica, como la prepubertal, el embarazo, la lactancia materna o la menopausia. Otras causas podrían ser el adelgazamiento o la obesidad⁵.

Existen dos tipos de amenorreas:

1. Amenorrea primaria: en caso de que no haya ocurrido la menarquia, se destacan dos criterios básicos para indicar estudio:
 - Tener 14 años y retraso de crecimiento de caracteres sexuales secundarios.
 - Tener 16 años y desarrollo normal de caracteres sexuales secundarios.
2. Amenorrea secundaria: debe estudiarse tras 3 meses de amenorrea en una mujer con ciclos normales previos o tras 9 meses en pacientes con oligomenorreas.

b) Hipermenorrea

En los casos de alteraciones por exceso debe descartarse una patología orgánica (como miomas uterinos y pólipos endometriales), aunque la mayoría suelen estar relacionados con trastornos hormonales¹⁰.

« Los intervalos del ciclo menstrual varían entre las mujeres, y también en una misma mujer en diferentes momentos de la edad fértil »

Por defecto:	
Amenorrea	Ausencia de menstruación
Opsomenorrea	Ciclos largos
Oligomenorrea	Regla de escasa duración (1-2 días)
Hipoamenorrea	Regla de escasa cantidad
Por exceso:	
Proiomenorrea	Ciclos cortos (<21 días)
Polimenorrea	Regla de larga duración (>8 días)
Hipermenorrea	Regla de elevada intensidad (>180 mL)
Polimenorragia	Regla de gran intensidad y ciclos cortos
Menorragia	Regla de intensidad y duración elevadas

Figura 3. Alteraciones del ciclo menstrual por defecto y por exceso (Fuente: elaboración propia)

En la hipermenorrea existe un sangrado mayor de lo habitual y esto conlleva una pérdida de hierro superior a lo esperado, por lo que debe recomendarse la ingesta de alimentos ricos en hierro y/o suplementos de hierro durante la regla, para así ayudar a recuperar los valores normales.

También debemos tener en cuenta que tanto los anticonceptivos hormonales combinados (vía oral) como los dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel pueden mejorar la hipermenorrea, siendo este último el tratamiento de elección por su efecto directo sobre el endometrio.

Dolores asociados al ciclo menstrual: dismenorrea y síndrome premenstrual

a) Dismenorrea

La dismenorrea se define como un dolor de tipo cólico originado en la porción abdominal en la mayoría de los casos (en ocasiones también en la zona lumbosacra), que suele aparecer antes o durante la menstruación. Afecta a un 50% de las mujeres en edad reproductiva, y aunque no suele ser intenso puede afectar a la calidad de vida de la mujer. Otros síntomas menos frecuentes son: cefalea menstrual, náuseas y vómitos, astenia, diarrea y, en raras ocasiones, crisis sincopales^{4,5,11}.

Clasificación en función de su etiopatología:

- **Dismenorrea primaria o espasmódica.** El dolor está asociado a los ciclos ovulatorios de la mujer. Éste se inicia unas horas antes o al inicio del sangrado menstrual, y dura entre 8 y 72 horas. Con la edad, en casos de embarazo o parto o con el uso de anticonceptivos hormonales suele disminuir su intensidad.

Su causa principal se relaciona con un aumento de la producción endometrial de prostaglandinas F2alfa-E2, que aumentan el tono uterino y generan contracciones dolorosas⁵.

- **Dismenorrea secundaria.** El dolor puede deberse a un problema uterino (como enfermedad pélvica inflamatoria o estenosis cervical), a un dispositivo intrauterino, o a una patología extrauterina (como endometriosis o quistes ováricos). Este dolor empeora con la edad y su intensidad depende del motivo o de la patología asociada⁵.

Tratamiento de la dismenorrea

Tratamiento no farmacológico/medidas higiénico-dietéticas:

- Hacer hincapié en que se trata de un dolor transitorio, de buen pronóstico, y señalar que no existe ningún tratamiento que prevenga o cure este dolor.
- Aplicar calor seco en la zona en la que se siente dolor (por ejemplo, con parches térmicos, un saco de semillas o una manta eléctrica). Otra alternativa es realizar baños calientes y relajantes.
- Masajear la zona en la que se siente dolor o buscar una postura cómoda suele mitigar el dolor.
- Practicar ejercicio físico de manera regular reduce la sensación de hinchazón y mejora el flujo sanguíneo.
- Otros: plantas relajantes y antiinflamatorias como la manzanilla o la canela. El aceite de soja, el de onagra, las vitaminas B₁, B₆ y E, y los ácidos grasos omega 3 también consiguen buenos resultados para mitigar el dolor⁵.

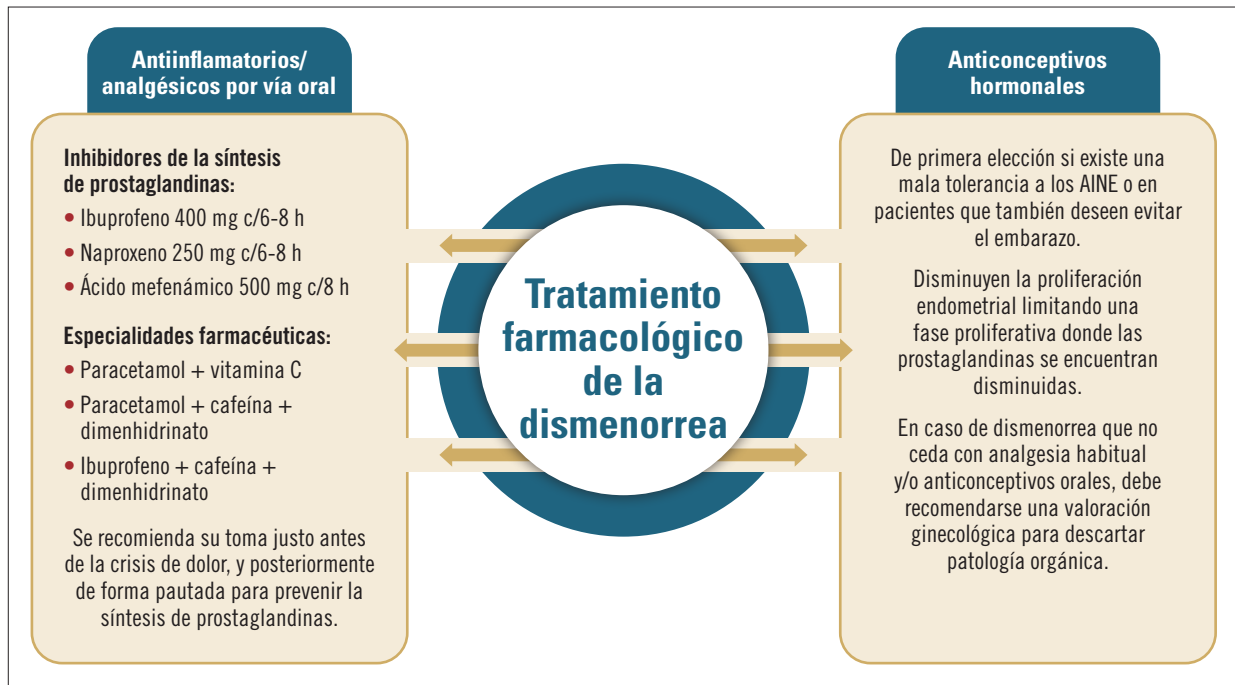


Figura 4. Tratamiento farmacológico de la dismenorrea. AINE: antiinflamatorios no esteroideos (Fuente: elaboración propia)

Tratamiento farmacológico de la dismenorrea (figura 4)

Su principal objetivo es reducir el dolor y el resto de los síntomas asociados a él.

- Antiinflamatorios/analgésicos por vía oral, como los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas:
 - Ibuprofeno 400 mg c/6-8 h.
 - Naproxeno 250 mg c/6-8 h.
 - Ácido mefenámico 500 mg c/8 h.
- Especialidades farmacéuticas:
 - Paracetamol + vitamina C.
 - Paracetamol + cafeína + dimenhidrinato.
 - Ibuprofeno + cafeína + dimenhidrinato.

(Se recomienda su toma justo antes de la crisis de dolor, y posteriormente de forma pautada para prevenir la síntesis de prostaglandinas.)
- Anticonceptivos hormonales. De primera elección si existe una mala tolerancia a los antiinflamatorios no esteroides (AINE) o en pacientes que también deseen evitar el embarazo.

b) Síndrome premenstrual (SPM)

El 80-90% de las mujeres refieren algún síntoma físico o emocional en los últimos 7-10 días del ciclo, que desaparecen con la menstruación. Se han descrito hasta 150 síntomas relacionados con el SPM, que según el grado de afectación pueden repercutir de forma muy negativa en la calidad de vida de la mujer. Aunque no existe una causa determinada que explique el origen del SPM, se acepta que es un trastorno psicoendocrino multifactorial relacionado con los esteroides ováricos, ya que cuando se suprimen (ya sea por medicación o durante el embarazo y la menopausia), estos síntomas desaparecen en una gran parte. En el SPM tienen un papel importante las variaciones en la secreción de serotonina, un neurotransmisor que, a nivel cerebral, influye en los cambios de humor y regula el estado de ánimo, el comportamiento social, el apetito, la digestión, el sueño, la memoria, el deseo y la función sexual. Distintos estudios han demostrado que el tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina en la fase lútea fue efectivo para reducir tanto los síntomas generales del SPM como otros tipos específicos de síntomas (psicológicos, físicos y funcionales, e irritabilidad), teniendo como efecto secundario más común las náuseas y la disminución de energía^{5,12-15} (tabla 2).

Diagnóstico del SPM

Es importante señalar que la presencia de algún síntoma leve o incomodidad premenstrual se considera normal, siempre y cuando no interfieran de un modo significativo en la vida diaria de la mujer. En muchas ocasiones, estos síntomas remiten con medidas higiénico-dietéticas o algún tratamiento farmacológico específico.

Tabla 2. Síntomas del síndrome premenstrual

Físicos	Psíquicos o emocionales
<ul style="list-style-type: none"> • Distensión abdominal • Edemas • Acné • Dolor de cabeza • Palpitaciones • Tensión mamaria • Estreñimiento o diarrea • Aumento del apetito • Prurito generalizado • Herpes labial • Aumento ponderal 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Irritabilidad • Agresividad • Labilidad emocional • Disminución de la concentración • Incremento del sueño • Cansancio extremo • Tristeza • Llanto fácil • Baja autoestima

Fuente: elaboración propia.

No existen signos ni síntomas patognomónicos, ya que el SPM es un conjunto de síntomas que pueden estar relacionados con otras patologías orgánicas. La certeza diagnóstica viene dada por la aparición cíclica de los síntomas con respecto a la menstruación. Se recomienda un registro prospectivo de síntomas durante al menos 3 meses para realizar una valoración adecuada y poder hacer las recomendaciones pertinentes.

Se habla de «trastorno disfórico menstrual» cuando existe una exacerbación patológica de los cambios somáticos y psíquicos que ocurren durante la fase lútea en el ciclo femenino normal, siempre y cuando esta exacerbación produzca incapacidad física y psíquica y problemas de relación familiar, laboral y social. Esta última condición es imprescindible para considerarla una enfermedad^{5,15-17}.

El 75% de las mujeres en etapa reproductiva presentan variaciones de humor que no precisan tratamiento. Aun así, las mujeres con síntomas que produzcan cualquier tipo de discapacidad en su funcionamiento psicosocial requerirán diagnóstico y tratamiento temprano, ya que esta patología puede condicionar su día a día de forma intermitente durante un tercio de su vida.

El manual de diagnósticos psiquiátricos (DSM) de la American Psychiatric Association¹⁸ determina que, para diagnosticar el trastorno disfórico menstrual, deben confirmarse al menos 5 de los ítems que se citan en la tabla 3.

Ante la sospecha de trastorno disfórico menstrual, la paciente debe derivarse al especialista para su diagnóstico y tratamiento.

Tratamiento del SPM

Existe un repertorio tan amplio de sintomatología como de cantidad de recursos terapéuticos que se pueden emplear para manejarlo, sin que la evidencia científica haya demostrado eficacia general y definitiva^{5,11,12,19-21}.

Tabla 3. Ítems para el diagnóstico del trastorno disfórico menstrual según el manual de diagnósticos psiquiátricos (DSM)

<p>A. En la semana previa a la menstruación, deben estar presentes 5 de los siguientes síntomas (incluyendo al menos 1 de los consignados de «a» a «d»):</p> <p>a. Tristeza, disforia, desesperanza. b. Ansiedad, tensión. c. Labilidad emocional. d. Irritabilidad acentuada o aumento de conflictos interpersonales. e. Pérdida de interés por las actividades cotidianas. f. Dificultad para concentrarse. g. Letargia, fatigabilidad. h. Cambios de apetito, atracones o antojos. i. Hipersomnia o insomnio. j. Sensación de estar superada o fuera de control. k. Hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario, cefaleas, molestias articulares, aumento de peso.</p> <p>B. Los síntomas deben interferir en el trabajo, los estudios y las actividades habituales o sociales.</p> <p>C. Los síntomas no deben ser sólo una exacerbación de otro trastorno.</p> <p>Los criterios A, B y C deben ser confirmados con autorregistro prospectivo de dos o más ciclos.</p>
--

Fuente: Sociedad Estadounidense de Psiquiatría¹⁸.

Tratamiento no farmacológico/medidas higiénico-dietéticas

Los casos graves deben ser valorados por el especialista por si precisan tratamiento específico de síntomas y/o inhibición ovárica.

- Suplementos nutricionales y fitoterapia:
 - Calcio: 600 mg/día vía oral (v.o.).
 - Vitamina B₆: 100 mg/día v.o.
 - Triptófano: 500-1.000 mg/día v.o.
 - Magnesio: 500 mg/día v.o.
 - Aceite de onagra: 1-4 g c/día v.o.
 - Extracto de *Vitex agnus-castus*: 4 mg/día.
- Ejercicio físico regular: 3 veces/semana tipo aeróbico.
- Evitar consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco.
- Alimentación rica en verduras y frutas y baja en grasas.
- Evitar alimentos con sal y azúcar y bebidas con cafeína durante las 2 semanas previas a la menstruación puede reducir muchos síntomas del SPM.
- Dormir al menos 8 horas cada noche. La falta de sueño está vinculada a la depresión y a la ansiedad, y puede empeorar los síntomas del SPM.
- Técnicas de relajación: yoga, meditación, *mindfulness*, etc.

Tratamiento farmacológico

Dependiendo de los síntomas referidos, se empleará un tratamiento u otro.

- Migraña: sumatriptán 30-60 mg v.o.; propranolol 80-240 mg v.o. varias tomas; amitriptilina 25-100 mg v.o. antes de acostarse⁵.
- Síntomas psicoemocionales: administrar durante la fase lútea inhibidores de la recaptación de serotonina. Si no hay mejoría en los primeros 3 meses, pueden administrarse durante todo el ciclo^{5,13}. Las benzodiacepinas en dosis bajas disminuyen la ansiedad, pero en tratamientos prolongados pueden generar dependencia.

El tratamiento hormonal y la inhibición ovárica han sido muy utilizados como tratamiento del SPM, pero su respuesta es muy variable, pudiendo incluso empeorarlo.

Edad adulta

La edad adulta se establece entre los 25 y 60 años, aunque varía en función de factores sociales y culturales. En esta etapa la mujer tiene una personalidad marcada y un mejor control de los sentimientos y la vida emocional. La adultez es la época de la vida del ser humano en la que se presenta el mayor rendimiento en la actividad general.

La mujer pasa por distintas fases que están relacionadas con los cambios hormonales en su cuerpo y que repercuten en ella a nivel físico, social y emocional:

- **Edad fértil.** La primera fase, que ya ha iniciado con los ciclos menstruales regulares, es la edad fértil, con ciclos ovulatorios que pueden tener como resultado un embarazo en caso de fecundación. La mejor edad reproductiva de una mujer es alrededor de los 20 años. La fertilidad disminuye gradualmente a partir de los 30, sobre todo después de los 35. Sin embargo, en las sociedades occidentales el hecho de ser madre no es una de las prioridades de las mujeres en su edad de máxima fertilidad, por lo que la maternidad se retrasa cada vez más. Las mujeres deben conocer las posibilidades que existen en estos casos, como es la criopreservación de ovocitos.
- **Premenopausia.** Las mujeres pueden empezar a presentar cambios premenopáusicos hasta 10 años antes del cese de la regla. En la premenopausia comienzan los cambios en el ciclo menstrual, normalmente acortamiento a expensas de la fase proliferativa. A nivel endocrino existe un aumento en la FSH, sin cambios en otras hormonas^{4,5}.
- **Perimenopausia.** Ésta es la etapa de transición natural que marca el final de los años reproductivos.

En esta fase se suelen producir ciclos anovulatorios e irregularidades como periodos de amenorrea intercalados con periodos de metrorragia^{4,5}. A nivel endocrino, se constatan un aumento de FSH y LH, y fluctuaciones en el nivel de estradiol que persisten hasta el cese completo de la regla.

Estos cambios son motivo de consulta habitual, ya que las pacientes no están informadas de que pueden tener episodios de amenorrea y luego reglas más prolongadas y abundantes durante esta etapa sin que ello esté asociado a ninguna patología.

- **Menopausia/posmenopausia.** La menopausia se define como el cese de los ciclos menstruales. Se diagnostica tras 12 meses sin tener sangrados^{4,5}. Puede producirse entre los 40 y 55 años. Se trata de un proceso biológico natural, aunque los síntomas físicos (como los sofocos) y los síntomas emocionales pueden alterar el sueño, disminuir la energía o afectar a la salud emocional. Existen múltiples tratamientos eficaces disponibles, desde ajustes en el estilo de vida hasta terapia hormonal.

Senectud

Se contempla desde aproximadamente los 60 años de edad hasta el fin de la vida. En España, las mujeres de esta franja de edad son más numerosas que los hombres. Al nacer hay 106 niños por cada 100 niñas. Se alcanza un equilibrio en torno a los 40 años, y a partir de esa edad el desequilibrio aumenta cada año a favor de las mujeres, de forma que 2 de cada 3 octogenarios son mujeres^{22,23}.

Por otro lado, la esperanza de vida está aumentando cada vez más, de manera que para la mayoría de las mujeres de los países desarrollados la experiencia de la vejez dura varias décadas. Es importante que este aumento de vida no suponga una disminución de su calidad, y que las mujeres puedan disfrutar de una buena salud.

En esta etapa, las enfermedades cardiovasculares, las afecciones osteomusculares, la osteoporosis, la incontinencia urinaria y la salud mental son algunas de las patologías que deben tenerse en cuenta, y su prevención debería iniciarse con la suficiente antelación, garantizando así una mejor calidad de vida en la senectud^{22,23}. ●

Bibliografía

1. Erikson E. El ciclo vital completado. Barcelona: Paidós Ibérica; 2000.
2. Soriano L. Pubertad normal y sus variantes. *Pediatr Integral*. 2015; 19(6): 380-388.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud de los jóvenes, un desafío para la sociedad. Ginebra, 1986. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36922/WHO_TRS_731_spa.pdf;jsessionid=35A216B6C70F0C964FD440DEA3EF4C20?sequence=1 (último acceso: 5 de junio de 2020).
4. Hoffman B, Schorge J. *Ginecología de Williams*. 3.ª ed. México: Editorial McGraw Hill; 2017.
5. Lombardía J, Fernández M. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. 2.ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2012.
6. Güemes-Hidalgo M, Ceñal MJ, Hidalgo MI. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*. 2017; 21(4): 233-244.

7. Tembory MC. Desarrollo puberal normal: pubertad precoz. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 11(16): 127-142.
8. Knudtson J, McLaughlin J. *Ciclo menstrual*. Manual MSD de Ginecología y Obstetricia: versión profesionales. 2017. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-femenina/biolog%C3%ADa-del-aparato-reproductor-femenino/ciclo-menstrual> (último acceso: 12 de junio de 2020).
9. Rodríguez MJ, Curell N. El ciclo menstrual y sus alteraciones. *Pediatr Integral*. 2017; 21(5): 304-311.
10. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Documento de Consenso Menopausia. 1.ª ed. Madrid: SEGO; 2010.
11. Pinkerton JV. Dismenorrea. Manual MSD de Ginecología y Obstetricia: versión para profesionales. 2017. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-menstruales/dismenorrea> (último acceso: 10 de junio de 2020).
12. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Documento de Consenso del Síndrome premenstrual. 1.ª ed. Madrid: SEGO; 2010.
13. López MT. Síndrome premenstrual. *Offarm*. 2004. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-sindrome-premenstrual-13069632> (último acceso: 10 de junio de 2020).
14. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PM, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 2013(6): CD001396.
15. Yonkers K, O'Brien S, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet*. 2008; 371(9.619): 1.200-1.210.
16. Hartlage SA, Freels S, Gotman N, Yonkers K. Criteria for premenstrual dysphoric disorder: secondary analyses of relevant data sets. *Arch Gen Psychiatry*. 2012; 69(3): 300-305.
17. Smith MJ, Schmidt PJ, Rubinow DR. Operationalizing DSM-IV criteria for PMDD: selecting symptomatic and asymptomatic cycles for research. *J Psychiatr Res*. 2003; 37(1): 75-83.
18. Sociedad Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4.ª ed. Washington: Sociedad Estadounidense de Psiquiatría, 2002.
19. López-Mato A, Illa G, Boullosa O, Márquez C, Vieitez A. Trastorno Disfórico Premenstrual. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2000; 38: 187-195. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-9227200000300006
20. Enst E. Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2000; 78: 252-257.
21. Loch EG, Selle H, Boblitz N. Treatment of premenstrual syndrome with a phytopharmaceutical formulation containing *Vitex agnus castus*. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000; 9: 315-320.
22. Instituto de migraciones y servicios sociales (IMSERSO). *Envejecer en España*. 1.ª ed. Madrid: IMSERSO; 2002. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-envejecerespania-01.pdf> (último acceso: 15 de junio de 2020).
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Mujeres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*. 2.ª ed. Ginebra, 1998. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/bonita-mujeres-01.pdf> (último acceso: 15 de junio de 2020).



¡Acceda a
www.aulamayofarmacia.com
para seguir el curso!





Nueva plataforma de formación farmacéutica acreditada



AULA | MAYO

farmacia

www.aulamayofarmacia.com

 ¡Regístrate!

Nuevo curso
Salud de la Mujer

Avalado por:



Patrocinado por:



A partir de octubre