

MÓDULO 4

MADUREZ

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Debido al incremento de la esperanza de vida, en la actualidad las mujeres vivimos casi un tercio de nuestra existencia tras la menopausia. Sin embargo, muchas mujeres aguardan su llegada con dudas y temores. Esta etapa no suele ser muy bien recibida y en las sociedades occidentales se vive con cierta inquietud, probablemente relacionada con la sensación de envejecimiento y pérdida de oportunidades.

Nada más lejos de la realidad, pues los datos indican que la mayoría de las mujeres alcanzan los mayores éxitos tanto a nivel social como profesional en este periodo de su vida.

Definición

Aunque en muchas ocasiones los términos climaterio y menopausia se utilizan como sinónimos, en realidad no son lo mismo.

Denominamos menopausia a un estado fisiológico dentro de la vida de la mujer, que es parte del proceso normal de envejecimiento, y que es vivido de manera muy diferente en función de los factores sociales, culturales, hereditarios y del estilo de vida.

Climaterio hace referencia a una etapa más global, que incluye la menopausia. Es la etapa en la que se produce la transición de la capacidad reproductiva a la no fértil, debido a la pérdida paulatina de la función ovárica y, en consecuencia, la reducción, también progresi-



va, de la producción de estrógenos, progesterona y testosterona. Tiene una duración de entre 5 y 15 años y se divide en 3 fases:

- Perimenopausia: recibe este nombre el periodo anterior al cese de la menstruación en el que poco a poco van apareciendo las expresiones de la disminución de la función ovárica, incluyendo la aparición de amenorrea no debida a otras causas. Tiene una duración muy variable que puede ir de 2 a 8 años.

- **Menopausia:** hablamos de menopausia cuando, tras una amenorrea de 12 meses consecutivos, se establece la pérdida definitiva de la menstruación. En España se produce en su mayoría entre los 48 y los 54 años, de media a los 51,4. Si ocurre antes de los 45 años, hablaríamos de menopausia precoz, y si es después de los 55, de menopausia tardía.
- **Postmenopausia:** es el periodo posterior a la menopausia, donde empiezan a aparecer los síntomas producidos por el déficit de estrógenos. Algunos autores consideran que cubre los 2-6 años posteriores, mientras que otros engloban en este periodo todo el tiempo de vida de la mujer tras la menopausia.

Síntomas

Conviene recordar, porque en ocasiones pareciera que no es así, que la menopausia no es una enfermedad, es un proceso, una etapa fisiológica de la vida de la mujer, y que, solo en el caso de la presencia de síntomas molestos o de riesgo de alguna patología relacionada con la pérdida estrogénica, será necesario instaurar algún tipo de tratamiento.

Además, no todas las mujeres presentan los mismos síntomas, ni en la misma intensidad. Se calcula que alrededor de un 15 % no presenta ningún tipo de molestia.

Cuando aparecen síntomas, son debidos al déficit hormonal, y pueden presentarse tanto a corto como a medio o largo plazo. Son muy variados y variables en cuanto a intensidad, a su aparición y a su cese.

Cambios en el ciclo menstrual

Años antes de la llegada de la menopausia comienzan a producirse alteraciones en el ciclo menstrual, aparecen ciclos cortos y otros más largos intercalados. También pueden darse hemorragias irregulares.

Sofocos o bochornos

Es el síntoma que se presenta con más frecuencia (en mayor o en menor medida los sufren entre el 50 y el 85 % de las mujeres) y que resulta totalmente característico del climaterio.

Consisten en la aparición repentina de una sensación de intenso calor en cara y cuello principalmente, acompañado de enrojecimiento cutáneo y elevación de la temperatura.

Su etiología no está muy clara aún, se cree que podrían ser debidos a una alteración en el normal funcionamiento del centro termorregulador en el hipotálamo provocado por la ausencia de estrógenos.

Sudores

Son habituales tras el sofoco, aunque pueden presentarse también sin él. Aparecen con más frecuencia durante la noche.

Palpitaciones y opresión precordial

Suelen estar relacionadas con la aparición de ansiedad, pero debe descartarse siempre una posible cardiopatía.

Parestesias

Sensaciones de adormecimiento u hormigueo en manos y pies. Es más frecuente en las manos.

Calambres

También en los miembros superiores o inferiores.

Vértigos

Aparición de mareos y/o sensación de falta de estabilidad de carácter leve.

Cefaleas

Es otro de los síntomas más frecuentes, sobre todo en forma de jaqueca. En el caso de que se padeciera de antes, suelen aumentar en frecuencia.

Dolores

Aparecen con frecuencia dolores lumbares o en la zona sacra, relacionados con el hipoestrogenismo.

Cambios en la figura y/o tendencia a la obesidad

La menopausia produce una serie de cambios metabólicos que llevan al incremento de la grasa corporal que puede suponer una ganancia de peso -alcanzando a veces la obesidad- y/o una distribución diferente de la grasa, acercándose al patrón masculino de acumulación en la zona abdominal.

Síntomas cutáneos

La ausencia de estrógenos produce atrofia en la piel, que se vuelve mucho más delgada, más rugosa y con pérdida de elasticidad. Ocurre lo mismo con las mucosas, las uñas y el cabello.

Síntomas genitales

La mucosa vaginal pierde hidratación, se seca. Puede aparecer prurito e incluso retracción de los tejidos. También aumenta el riesgo de vaginitis.

Osteoporosis postmenopáusica

Se trata más de una complicación tardía de la menopausia que de un síntoma en sí. La veremos en el próximo tema en profundidad.

Nerviosismo e irritabilidad

Inquietud y excitabilidad incrementada sin un motivo

aparente, que pueden llevar a una respuesta desproporcionada ante los estímulos.

Estado depresivo

Apatía, pérdida de interés, tristeza, frustración, pesimismo, etc., que no se relacionan con un suceso que los justifique. La sensación de envejecimiento y pérdida de la juventud que acompaña a esta etapa de la mujer puede empeorar el estado depresivo.

Ansiedad

Sensación de amenaza, miedo, preocupación excesiva y/o inseguridad por el futuro que puede aparecer asociada a depresión o de manera independiente.

Labilidad emocional

Llanto fácil sin motivos o con motivos muy nimios.

Astenia

Se trata de un síntoma bastante inespecífico que, aunque puede estar asociado con otras patologías, también lo está con los sofocos y el estado anímico y emocional de la mujer en la postmenopausia.

Pérdida de memoria

Disminución de la capacidad de concentración y de la memoria que se acentúa durante el climaterio.

Alteraciones del sueño

Normalmente muy relacionadas con la sudoración y los sofocos. Es otro síntoma frecuente y que puede alargarse en el tiempo.

Alteraciones de la libido

Los cambios físicos en la mujer, la disminución de los

niveles de testosterona y los síntomas genitales pueden producir una reducción del interés y el deseo sexual.

Disfunción sexual

Hace referencia a la dificultad física para llevar a cabo el acto sexual, no a las alteraciones de la libido. Se produce por la atrofia vaginal, la sequedad, etcétera.

Por qué se produce

Como ya se ha comentado, tanto la menopausia como los síntomas o signos asociados tienen su origen en la pérdida del efecto de los estrógenos en el cuerpo de la mujer.

La mujer tiene como estrógeno predominante durante su vida fértil el 17- β -estradiol, mientras que en la menopausia se produce un descenso en la cantidad de aromatasas (enzima que transforma la testosterona en estradiol) haciendo que los niveles de estradiol sean mucho más bajos y que el principal estrógeno pase a ser la estrona, producida a partir de la androstenediona a nivel periférico (en los adipocitos).

Los efectos de los estrógenos son muy variados, porque prácticamente todo el organismo tiene receptores para los estrógenos:

- En el ovario, participan en el desarrollo del óvulo, estimulan el crecimiento de la capa esponjosa, la proliferación del epitelio y regulan el ciclo menstrual.
- En el útero, aumentan las contracciones.
- En las trompas de Falopio, estimulan las células vibrátiles que ayudan al movimiento del óvulo.
- En el cuello uterino, aumentan la producción de moco, aumentan la elasticidad de los labios vaginales, e incrementan la pigmentación del pezón.
- A nivel metabólico, aumentan el colesterol HDL, disminuyen los triglicéridos, retienen agua y sodio, estimulan la síntesis proteica y protegen del síndrome metabólico.

- En los huesos, incrementan el depósito de calcio y otros minerales.
- A nivel de la piel, los estrógenos favorecen la hidratación, la firmeza y la formación de glicosaminoglicanos.
- En el sistema nervioso central, activan dopamina, catecolaminas, noradrenalina y endorfinas.
- Favorecen la acumulación de grasa típicamente femenina en forma de pera.

Al perder los estrógenos, se pierden todos estos efectos.

En esta época deben seguirse con especial cuidado los controles ginecológicos de rutina, pues los procesos de naturaleza oncológica son más frecuentes. También el control de las enfermedades cardiovasculares, pues como se ha comentado, la pérdida de los estrógenos, que protegen a la mujer de estos eventos, incrementa muchísimo el riesgo cardiovascular.

Tratamiento

En el caso de que la mujer menopáusica sufra síntomas importantes, el médico o ginecólogo puede pautarle un tratamiento farmacológico (Tabla 1).

Tabla 1 Tratamiento farmacológico en la menopausia	
Hormonal	No hormonal
Estrógenos	Inhibidores de la recaptación de serotonina
Progestágenos	
Estrógenos + progestágenos	

Elaboración propia

Pese a las dudas que en ocasiones plantean las pacientes sobre el uso de la THS, la realidad es que se trata de un tratamiento eficaz y seguro si se sigue de manera adecuada, instaurándose en los 10 años posteriores a la menopausia, en mujeres menores de 60 que no presenten contraindicaciones (Tabla 2).

Tabla 2 | Contraindicaciones de la THS

Cáncer de mama	Cardiopatía isquémica
Tumoraciones dependientes de estrógenos	Sangrado uterino
Enfermedad tromboembólica arterial	Hipertensión no controlada
Tromboembolismo venoso	Enfermedad hepática aguda
Hiperplasia endometrial sin tratar	Hipersensibilidad a los compuestos

Elaboración propia

Otro posible tratamiento farmacológico consiste en el empleo de inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) -como pueden ser la paroxetina, la venlafaxina o la fluoxetina- que han demostrado su eficacia tanto en la reducción de los sofocos como en los síntomas depresivos, irritabilidad o labilidad emocional.

Desde la farmacia podemos recomendar el empleo de algunos complementos nutricionales que contienen fitoestrógenos y/o plantas medicinales que pueden ayudar a reducir parte de la sintomatología asociada a la menopausia.

Así, fitoestrógenos como la genisteína, que se une al receptor β -estrogénico con una afinidad similar a la del estradiol -aunque necesita mayor concentración para inducir los efectos- puede ser una opción natural para aquellas pacientes que no quieren utilizar THS.

La cimífuga racemosa es una planta medicinal cuya raíz está aprobada por la AEMPS para el tratamiento de síntomas como la sudoración, los sofocos, los trastornos del sueño y el nerviosismo. Debe utilizarse con precaución en pacientes con afecciones hepáticas.

Otra de las plantas medicinales que se puede recomendar para el tratamiento del estrés mental y del leve insomnio es el lúpulo.

Para incrementar la vitalidad y la energía que son causa en muchas ocasiones de un descenso de la libido, podemos recomendar complementos alimenticios

no hormonales con extractos de plantas como la Trigonella y el Tribulus. También pueden resultar adecuadas la Damiana, vigorizante natural y el Ginkgo biloba, antioxidante y venotónico.

La suplementación con selenio y vitaminas del complejo B ha demostrado mejorar la energía física, la vitalidad y el estado de ánimo.

Por último, aunque no menos importante, debemos recordar las recomendaciones y/o medidas higiénico-dietéticas que debemos explicar a las pacientes en la menopausia y que pueden ayudarles a llevar de una manera más saludable esta importante etapa:

- Actitud positiva, dedicando cierto tiempo a cuidarse y mimarse.
- Practicar ejercicio físico, de manera continuada y regular. No solo de tipo aeróbico -caminar, correr, bici, etc.-, sino que es necesario también realizar ejercicios de fuerza. El ejercicio ayuda tanto al mantenimiento del peso como a conseguir músculos y huesos más fuertes, y a prevenir la depresión y la irritabilidad.
- Dieta saludable, ajustada a las necesidades calóricas, que se ven reducidas tras la menopausia, y ricas en calcio y vitamina D, nutrientes importantes en la prevención de la osteoporosis.
- Evitar los hábitos tóxicos como el alcohol y el tabaco, que nunca resultan adecuados para la salud, pero que, además, pueden acentuar los sofocos.
- Reducir el consumo de cafeína, que puede empeorar las dificultades para conciliar el sueño.

- Evitar los factores que desencadenan los sofocos. Llevar varias capas de ropa para poder ajustar, procurar que el ambiente esté fresco...
- Utilizar geles hidratantes vaginales, por ejemplo, con ácido hialurónico, y/o lubricantes para mejorar los síntomas vaginales. En el mercado existen productos que incluyen además prebióticos, con ello ayudan a reequilibrar la microbiota vaginal y evitar otros posibles problemas como las vaginosis bacterianas.

SUELO PÉLVICO

Qué es y cómo funciona

Se llama suelo pélvico al conjunto de músculos y ligamentos que cierran la parte inferior de la cavidad abdominal, entre los que se encuentran el músculo pubococcigeo, el puborrectal, el pubovaginal, los ligamentos de sostén y la fascia endopélvica. Se trata de una estructura fuerte a la vez que flexible, que se adapta al movimiento, pero manteniendo la tensión suficiente para sujetar, dentro del hueco de la pelvis, el útero, la vagina, el recto, la uretra y la vejiga urinaria.

Un inadecuado funcionamiento del suelo pélvico puede originar diferentes trastornos y molestias a la mujer. Trastornos que son más frecuentes a medida que envejecemos, y que llevan a que aproximadamente una de cada 11 mujeres necesite pasar por una cirugía para resolverlos.

La debilidad o disfunción del suelo pélvico es la causa más común del dolor pélvico. Causa también pérdida parcial o total del control de los esfínteres, produciendo incontinencia, vulvodinia (trastorno en el que la vulva no se puede cerrar y se produce incomodidad y ardor vaginal), dolor en las relaciones sexuales, estreñimiento (los músculos no son capaces de hacer la presión necesaria para defecar) y prolapso (descenso de los órganos de la zona pélvi-

ca que pueden llegar a asomarse a través del ano o la vagina).

Prevención y tratamiento de las alteraciones del suelo pélvico

El daño o debilidad en el suelo pélvico puede estar relacionando con los siguientes factores:

- Estreñimiento crónico, ya que el esfuerzo al defecar puede dañar la musculatura.
- Deportes de alto impacto, que afectan a toda la musculatura como running o voleibol.
- Embarazo. El peso del bebé en el embarazo también afecta al suelo pélvico, a mayor número de embarazos, más probabilidad de resultar afectado.
- Parto y postparto. El esfuerzo durante el parto y el postparto pueden llevar parejo un daño en la musculatura.
- Menopausia, en la que se produce una pérdida de tono muscular que unida a alguno de los otros factores incrementa el riesgo de daño.

Para prevenir el daño de la musculatura pélvica resultan muy recomendables los ejercicios de Kegel y/o los ejercicios abdominales hipopresivos.

Los ejercicios de Kegel son muy sencillos de realizar. Consisten en activar los músculos imitando la contracción muscular del gesto de contener la orina. Para ir fortaleciendo el suelo pélvico se empezará con 10 contracciones de una duración de 5 segundos, sin dejar de respirar para no aumentar de manera excesiva la presión intraabdominal, y un descanso también de 5 segundos entre ellas, 3 veces al día. Según vayamos fortaleciendo podemos ir aumentando el tiempo de contracción poco a poco hasta llegar a 10 segundos cada vez, incrementar las repeticiones hasta 15 y/o hacer los ejercicios mientras hacemos un esfuerzo, como levantando un peso.

Aunque no es un ejercicio complicado, algunas mujeres tienen cierta dificultad para contraer los músculos ade-

Tabla 3 | Consejos en caso de estreñimiento

Alimentación equilibrada abundante en frutas, verduras y legumbres.
Dar prioridad al aceite de oliva virgen extra como fuente de grasas saludables.
Mantener una regularidad en los hábitos horarios de evacuación.
No acudir al baño con prisa.
No reprimir las ganas de defecar cuando estas aparecen.
Beber abundantes líquidos, principalmente agua.
Practicar ejercicio físico de forma regular.
Pueden ser útiles los masajes abdominales.

Elaboración propia

cuados y pueden utilizar algunas ayudas externas, como pequeños conos que se introducen en la vagina haciendo que, para sujetarlos, tengan que contraer los músculos del suelo pélvico. Estos pueden tener diferentes pesos para ir incrementando poco a poco la fuerza que será necesaria hacer para sujetarlos o utilizar dispositivos de estimulación eléctrica con el seguimiento de un profesional.

Los hipopresivos son ejercicios que sirven tanto para mejorar la musculatura del suelo pélvico como la del abdomen, mejorando la posición de los órganos y vísceras de la zona. Estos ejercicios resultan más complicados y por eso lo más aconsejable es realizarlos con un entrenador que asegure que lo estamos haciendo correctamente, al menos al principio.

Desde la farmacia debemos recomendar siempre a las pacientes, con alguno de los factores desencadenantes asociados, que realicen ejercicios para reforzar el suelo pélvico. Además, intentaremos aliviar o corregir el estreñimiento crónico, cuando sea el caso, mediante la indicación de medicamentos sin receta adecuados, plantas medicinales, probióticos, suplementos de fibra, etc., según el caso concreto ante el que estemos y siempre acompañados de las recomendaciones higiénico-dietéticas adecuadas para el estreñimiento (Tabla 3).

Prolapso uterino y vaginal

La disfunción de la musculatura que conforma el suelo pélvico puede dar lugar a que se produzca un prolapso a nivel del útero, de la vagina o de ambos.

En el caso del útero, puede descender hacia la parte superior de la vagina, por debajo de la apertura de la vagina, a través de la apertura de la vagina de manera parcial o en los casos más graves, de manera total.

Este descenso del útero produce dolor, molestias al caminar, sensación de pesadez o presión, molestias o dolor en las relaciones sexuales, etc. Cuanto más caído está el útero, más importantes serán los síntomas y más necesario el tratamiento.

En el prolapso vaginal, la parte superior de esta desciende y se da la vuelta de dentro hacia afuera. Puede descender un poco o llegar a sobresalir del cuerpo. La caída de la vagina suele estar acompañada de dolor o molestias al permanecer sentada, al caminar, necesidad frecuente de orinar, aparición de úlceras y sangrados, etc.

En los casos más leves de ambos tipos de prolapsos, así como de manera preventiva, el tratamiento consiste en realizar ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico. Si no es suficiente, pueden utilizarse pesarios, un dispositivo que ayuda a sujetar los órganos. Los hay de diferentes tipos y tamaños, y son muy utilizados en aquellas pacientes que están a la espera de una cirugía, o en las que no pueden o no quieren realizar la intervención. Se deben retirar al menos durante el coito y para su limpieza como mínimo una vez cada dos semanas.

Cuando el prolapso es más grave o no se ha solucionado ni con ejercicios ni con pesarios, se recurre a la cirugía. La intervención se realiza por laparoscopia o a través de la vagina, y consiste en recolocar y fijar los órganos afectados.

ATROFIA UROGENITAL

Definición

Alrededor del 40 % de las mujeres posmenopáusicas refieren síntomas urogenitales, pero tan solo una cuarta parte de ellas consultan el problema.

La atrofia urogenital, o utilizando una terminología más precisa, el síndrome genitourinario de la menopausia, es una enfermedad de tipo crónico, que empeora con el tiempo. Es muy frecuente en la menopausia, y a partir de ella, y tiene un gran impacto en la salud sexual y la calidad de vida de las mujeres que la padecen.

Cursa con un adelgazamiento del epitelio vaginal, pérdida de elasticidad, distrofia e irritación a nivel de la vulva, cambios en los labios mayores y menores, vejiga y uretra, relacionados con la pérdida de los estrógenos durante y tras la menopausia.

Además, el pH de la zona vaginal se incrementa en el síndrome genitourinario de la menopausia, lo que produce un cambio en la microbiota de la zona y supone una mayor propensión a la aparición infecciones por diferentes patógenos.

Síntomas

Los síntomas de esta patología son:

- Sequedad vaginal.
- Ardor o quemazón en la zona genital.
- Picor.
- Irritación.
- Molestias o ardor al orinar.

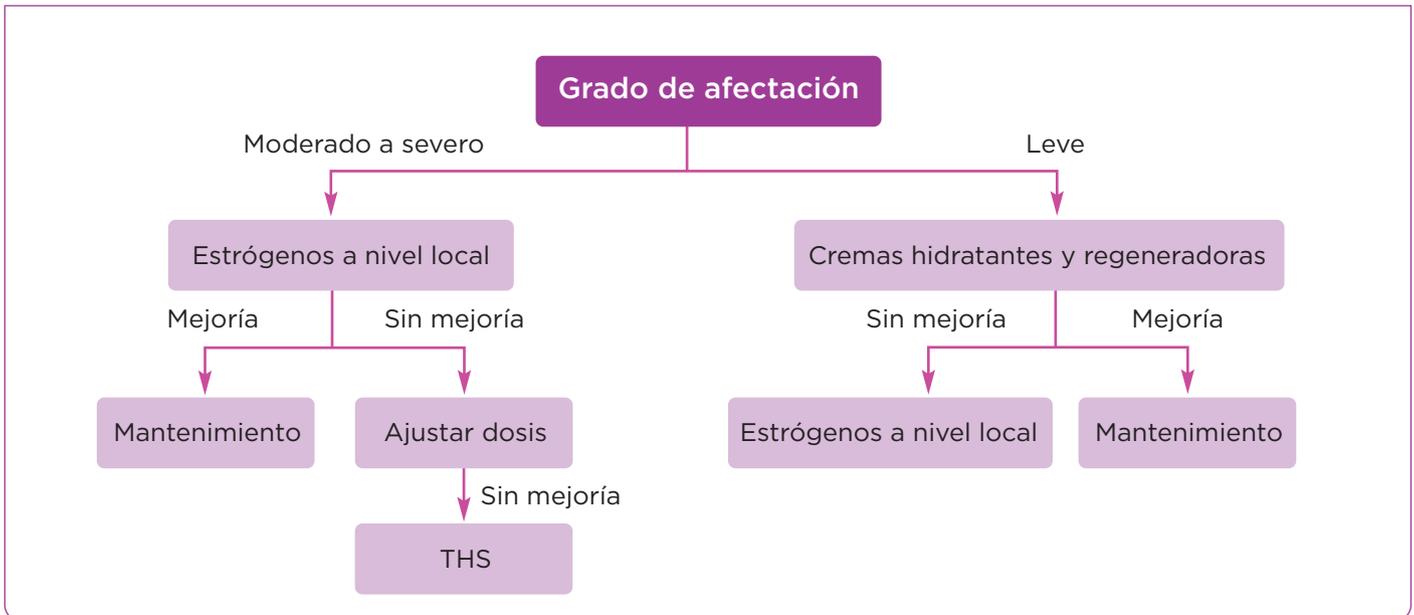


- Dolor en la práctica de las relaciones sexuales.
- Dificultad para la penetración.
- Falta de lubricación.
- Leve sangrado posterior al sexo.

Causas

La sequedad vaginal es muy frecuente también de manera previa a la menopausia, en este caso relacionada con la toma de anticonceptivos, la lactancia, el posparto... Pero es mucho más frecuente en la menopausia, debido a que los estrógenos estimulan el epitelio de la mucosa vaginal que produce una sustancia transparente que lubrica y evita la deshidratación de la mucosa.

■ **Figura 1.** Esquema de tratamiento en atrofia urogenital y/o sequedad vaginal.



Fuente: Pintado Vázquez S. Disfunción sexual femenina en la menopausia. Impacto sobre la calidad de vida. Vol. 5, Revista Internacional de Andrología. Ediciones Doyma, S.L.; 2007. p. 289-96.

Al llegar la menopausia, el nivel de estrógenos desciende de manera vertiginosa y esta sustancia lubricante no se produce adecuadamente, apareciendo esa sequedad. La falta de estrógenos también produce cambios en el epitelio, que se vuelve más fino, más sensible y menos flexible.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es restaurar, en la medida de lo posible, la fisiología de la zona urogenital y, sobre todo, aliviar los síntomas. Cuando estos son moderados o severos, el tratamiento de elección es la terapia hormonal sustitutiva, aplicada a nivel local (cremas, óvulos, comprimidos vaginales...) a dosis bajas (Figura 1).

Debemos diferenciar dos situaciones diferentes que a menudo se confunden: las necesidades de hidratación y de lubricación. La hidratación es necesaria por su

acción reparadora de la mucosa a nivel profundo, se debe realizar como un hábito, a largo plazo y de manera continua. La lubricación, por el contrario, es una necesidad puntual, en un momento concreto, tiene una acción a nivel superficial, reduce o facilita la fricción y evita la irritación.

Para la sequedad vaginal se recomienda el uso de cremas o geles hidratantes de la zona vulvo-vaginal, con activos como el ácido hialurónico, reparadores como el aloe vera, regeneradores como la centella asiática y, si es posible, que protejan además la microbiota de la zona, regulando el pH y/o aportando prebióticos y probióticos.

Para el momento de las relaciones se debe recomendar el uso de lubricantes adecuados, preferiblemente de base acuosa, y para la higiene diaria de la zona vulvo-vaginal, que se utilicen productos específicos, calmantes y muy respetuosos con la piel.

Bibliografía

1. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med.* 2015;175(4):531-9.
2. Blümel J, Arteaga E. La terapia hormonal de la menopausia ¿disminuye el riesgo de enfermedades crónicas? Does menopause hormone therapy reduce the risk of chronic diseases? Vol. 146, *Rev Med Chile.* 2018.
3. Capote MI, Segredo AM, Gómez O. Climaterio y menopausia. *Rev Cubana MEd Gen Integr.* 2011;2(4):543-57.
4. Carpenter J, Gass MLS, Maki PM, Newton KM, Pinkerton J V., Taylor M, et al. Nonhormonal management of menopause-Associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of the North American Menopause Society. Vol. 22, *Menopause.* Lippincott Williams and Wilkins; 2015. p. 1155-74.
5. Engels A, Schröer U, Schremmer D. Wirksamkeit einer Vitamin-B6-, -B12- und Folsäure-Kombinationstherapie bei Befindlichkeitsstörungen. Ergebnisse einer Anwendungsbeobachtung [Efficacy of a combination therapy with vitamins B6, B12 and folic acid for general feeling of ill-health. Results of a non-interventional post-marketing surveillance study]. *MMW Fortschr Med.* 2008;149 Suppl 4:162-166.
6. Kobashi KC, Albo ME, Dmochowski RR, Ginsberg DA, Goldman HB, Gomelsky A, et al. Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: AUA/SUFU Guideline. *J Urol.* 2017;198(4):875-83.
7. Labrie F, Archer DF, Koltun W, Vachon A, Young D, Frenette L, et al. Efficacy of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on moderate to severe dyspareunia and vaginal dryness, symptoms of vulvovaginal atrophy, and of the genitourinary syndrome of menopause. *Menopause.* 2016;23(3):243-56.
8. Lopera-Valle JS, María Parada-Pérez A, María Martínez-Sánchez L, Jaramillo-Jaramillo I, Rojas-Jiménez S. Quality of life in menopause, a challenge in clinical practice [Internet]. Vol. 32, *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2016. Disponible en: <http://scielo.sld.cuhttp://scielo.sld.cu>
9. Martínez Abreu J, Judit Martínez Abreu I, Grisel González Ponce II. Salud de la mujer en edad fértil, su preparación para la maternidad y la familia [Internet]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2723/3809>
10. Molero M, Pérez-Fuentes M, Gázquez J, Barragán A, Martos A, Simón M. Salud y cuidados durante el desarrollo. *ASUNIVEP.* 2017.
11. Pinkerton JV, Pickar JH, Racketta J, Mirkin S. Bazedoxifene/conjugated estrogens for menopausal symptom treatment and osteoporosis prevention. Vol. 15, *Climacteric.* 2012. p. 411-8.
12. Pinkerton JAV, Aguirre FS, Blake J, Cosman F, Hodis H, Hoffstetter S, et al. The 2017 hormone therapy position statement of the North American Menopause Society. Vol. 24, *Menopause.* Lippincott Williams and Wilkins; 2017. p. 728-53.
13. Pintado Vázquez S. Disfunción sexual femenina en la menopausia. Impacto sobre la calidad de vida. Vol. 5, *Revista Internacional de Andrología.* Ediciones Doyma, S.L.; 2007:289-96.
14. Salazar D, Badoui N. Revisión narrativa de la evidencia actual acerca de las alternativas hormonales y no hormonales en el manejo de los síntomas vasomotores y urogenitales de la menopausia. *Univ Med [Internet].* 2019 [citado 23 de enero de 2020];60(1). Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-1.meno>
15. Salvador J. Climaterio y menopausia: epidemiología y fisiopatología. *REV Per Ginecol Obstet.* 2008;54:61-78.
16. Torres Jiménez AP, María J, Rincón T. Climaterio y menopausia *Climacteric and menopause.* Vol. 61. 2018.
17. Turiño M, Colomé T, Fuentes E, Palmas S. ARTÍCULO DE REVISIÓN Síntomas y enfermedades asociadas al climaterio y la menopausia *Symptoms and diseases associated with climacteric and menopause.*
18. Zurita V. La Menopausia: ¿Edad crítica? *An Real Acad Med Cir Vall.* 2017;54:115-36.

La menopausia provoca:

► Falta de vitalidad y deseo sexual

► Sequedad vaginal



**NUEVO
FORMATO**

► MISMA FORMULACIÓN
BUENA RELACIÓN
COSTE BENEFICIO



LIBICARE®

Vive como deseas

Productos con ingredientes de origen natural con evidencia científica

Libicare® Comprimidos

Impulsa tu vitalidad, activa tu deseo

Libicare® Gel íntimo

Experiencia sexual más intensa

POSOLOGÍA

Comprimidos

2 comprimidos al día

**EFEECTO DUAL
ÚNICO**
DESEO & EXCITACIÓN

Gel íntimo

ANTES DE LA RELACIÓN SEXUAL

2 aplicaciones en la zona genital externa



IDRACARE®

Gel hidratante vaginal con niosomas de **ácido hialurónico en alta concentración al 2%** y **prebiótico**



**ÚNICA
FÓRMULA
CON**

► Alta concentración de ácido hialurónico.
► Tecnología niosomal para mayor absorción de activos.
► Prebiótico para reequilibrar la microbiota vaginal.

POSOLOGÍA

Se recomienda una aplicación **2 veces a la semana.**

Facilita las relaciones sexuales. Compatible con preservativos.