

ARC

annual review of congresses

on menopause

DO's & DON'Ts

EN LA MUJER CON MENOPAUSIA



Dra. Ana Rosa Jurado López

Dra. Clotilde Vázquez Martínez

ORDESA

DONNA^{plus}



Edita: Luzán 5 Health Consulting, S.A. Avda. Donostiarra 12 posterior.

28027 Madrid

e-mail: luzan@luzan5.es

<http://www.luzan5.es>

Título original: Do's and don'ts en la mujer con menopausia

ISBN: 978-84-19832-33-7

Depósito legal: 978-84-19832-33-7

© 2023. Derechos reservados, propiedad de Ordesa.

Los contenidos expresados en cada uno de los capítulos reflejan la opinión de los autores de cada uno de ellos. En ningún caso los miembros del comité científico, la editorial, ni los patrocinadores de la obra, han de compartir necesariamente el contenido de cada uno de los capítulos, debiéndose remitir el lector a la bibliografía original o a los autores de cada caso para el supuesto de precisar información adicional sobre lo publicado.

Los titulares del © se oponen expresamente a cualquier utilización del contenido de esta publicación sin su expresa autorización, lo que incluye la reproducción, modificación, registro, copia, explotación, distribución, comunicación pública, transformación, transmisión, envío, reutilización, publicación, tratamiento o cualquier otra utilización total o parcial en cualquier modo, medio o formato de esta publicación. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (artículos 270 y siguientes del Código Penal).

ÍNDICE

SEXUALIDAD, CALIDAD DE VIDA
Y MENOPAUSIA _____ 4

SOBREPESO Y MENOPAUSIA _____ 8

SEXUALIDAD, CALIDAD DE VIDA Y MENOPAUSIA

Dra. Ana Rosa Jurado López

Doctora en Medicina y Sexóloga en Triay Medical Centre (Marbella).

Perfil de la paciente

Cada día existe más información sobre la menopausia y sobre su tratamiento hormonal (THM), lo que conlleva que las mujeres consulten con más frecuencia para intentar solucionar cuestiones relativas a su calidad de vida, cuestiones que ellas perciben relacionadas con este momento vital.

En esta ocasión, tenemos a una mujer de 55 años que tuvo la última regla hace 5 años y que consulta por varios cambios, no graves para su salud, pero que disminuyen su calidad de vida. Por eso quiere una segunda opinión en relación con la THM.

Historia clínica

La paciente ha ganado peso: unos 12 kilos en los últimos 5 años, sin cambios aparentes en su dieta o nivel de ejercicio, y no consigue recuperarse. Esto le preocupa porque su índice de masa corporal (IMC) ha aumentado a 31. Además de por su aspecto físico, teme tener antecedentes personales de diabetes mellitus tipo II (DMII) por su padre. Con intención de tener una vida sana, no fuma ni bebe, ni consume tóxicos, e intenta hacer ejercicio físico dos o tres veces por semana.

No sabe si achacar a su cambio de peso o a la menopausia su falta de energía y su ánimo depresivo, que han ido empeorando progresivamente en estos años, y manifiesta tener dificultades para solucionar conflictos cotidianos que anteriormente manejaba. Piensa que tampoco le ayudan sus dificultades para conciliar el sueño y la reducción que ha sufrido en su capacidad de concentración y memoria desde la menopausia, lo que cree que le influye en su estado de ánimo y le provoca irritabilidad, nerviosismo y frustración. Es una profesional liberal, tiene una farmacia propia y le preocupa su rendimiento laboral.

Los primeros meses de la posmenopausia tenía sofocos (ahora, cada vez tiene menos), y sudores nocturnos que le dificultaban el descanso. Ahora no tiene estos síntomas, o los sufre de forma esporádica y con menos intensidad, pero sigue con problemas de sueño.

Está divorciada y convive con su segunda pareja, un hombre de su edad, desde hace 15 años. Tiene dos hijos de 20 y 25 años, el pequeño de los cuales vive en la misma casa que ella y su pareja. Refiere tener buena relación con su pareja, pero cree que la menopausia le ha afectado a su libido. Se muestra inapetente y evitativa con las relaciones sexuales, lo que también le provoca disgusto, frustración y cierto temor por su relación de pareja.

Refiere haber tenido un chequeo ginecológico reciente sin alteraciones, en el que le diagnosticaron atrofia vulvo-vaginal leve, le recomendaron hidratantes vaginales y le desaconsejaron THM por el antecedente familiar de cáncer de mama que sufrió su hermana a los 50 años.

No utiliza medicaciones concomitantes ni presenta otros antecedentes médico-quirúrgicos relevantes.

Historia familiar

Su hermana ha sido diagnosticada de cáncer de mama a los 50 años y está actualmente en tratamiento. Su padre murió a los 80, hace dos años, con DMII. Su hermano, de 56 años, sufre hipertensión arterial (HTA).

Su madre vive sana, con 78 años, y ha sido diagnosticada recientemente de demencia senil incipiente. Usó tibolona como THM durante 20 años, y al parecer tuvo una menopausia sin dificultades.

Una tía, hermana de su madre, ha sido diagnosticada de cáncer de colon a los 79 años.

Historia sexual

Con motivo de la afección de la libido se decide una exploración de la esfera sexual de la paciente y se constata una actitud erotofílica; es decir, aprecia el beneficio que aporta la actividad sexual a su vida y

a su relación de pareja, y se muestra abierta al disfrute y a los juegos sexuales diversos, no solo coitales.

Su orientación es heterosexual y ha tenido dos parejas sexuales antes de la actual, sin que haya experimentado ningún problema o dificultad, ni por su parte, ni por parte de la pareja, por lo cual se muestra insegura al abordar temas de esta índole.

Define a su pareja actual, desde hace 15 años, como un hombre empático, colaborador y cuidador, que intenta entender sus dificultades y no presiona, al contrario, busca momentos de intimidad y con-

quista para agradecerla. Se siente atraída por él y percibe su relación como muy buena.

Los encuentros sexuales entre ambos han sido siempre satisfactorios. En la actualidad también lo son y no refiere dificultades para tener orgasmos, aunque percibe más sequedad vaginal y vulvar. Su mayor queja es la desmotivación, que los ha llevado a tener relaciones sexuales menos frecuentes, y la inseguridad que nota por su cambio de aspecto al haber ganado peso y por la menopausia, lo que cree que también puede afectar en su desenvolvimiento sexual.



DO's

- Acoger a la paciente y empatizar con su situación, pues se trata de la percepción de su calidad de vida en un momento difícil para muchas mujeres. Aunque la menopausia suponga ventajas para la sexualidad desde el punto de vista de la anticoncepción, aún existen algunos tabúes sociales relacionados con este proceso que algunas mujeres pueden tener interiorizados y afectar, por ejemplo, a su autoimagen, su autoestima o su capacidad sexual, además de que en algunos casos se asocia a cambios físico-psíquicos que suelen necesitar un proceso de adaptación y/o cuidados específicos.
- Plantear la menopausia como una etapa de cambio y renovación que puede permitir la toma de conciencia para el autocuidado y la mejora de la calidad de vida, tanto a nivel individual como en pareja.
- Ayudar a la paciente a implementar cambios en su estilo de vida que le permitan conseguir estas mejoras:
 - Hidratantes vulvares y/o vaginales: pueden formar parte del autocuidado de la zona genital para mejorar la sensación de confort y disminuir la sequedad.
 - Fomentar la creación de espacios de comunicación efectiva y buen trato en la pareja, donde compartir emociones de forma segura y trabajar en la mejora de la relación.
 - Introducir cambios en las dinámicas sexuales como el uso de lubricantes durante las relaciones, el uso compartido de juguetes u otros materiales (aceites de masaje, aromaterapia, etc.) que puedan estimular la imaginación, el placer y la satisfacción.
 - Plantear las relaciones sexuales como un espacio comunicativo, afectivo, flexible, sin imposiciones ni resultados obligatorios, donde intervengan los cuerpos, no solo las zonas genitales, y donde se fomenten prácticas creativas, no solo las rutinarias.
- Informar sobre las opciones terapéuticas que pueden ser consideradas en su caso, atendiendo a las guías avaladas por la evidencia científica.
 - Estrogenoterapia local: es el tratamiento de elección de la sintomatología vulvo-vaginal asociada a los efectos genitales del déficit estrogénico ocasionado por la menopausia. Mejora todos los síntomas, incluidos los asociados a las dificultades sexuales relacionadas con la sequedad y la disminución de las sensaciones sexuales.
 - Valorar el uso de THM. En este caso, siguiendo las indicaciones de la AEEM reflejadas en la elaboración de los criterios de elegibilidad de la THM, esta mujer no tiene contraindicada la THM y podría utilizarla con eficacia para algunos de los síntomas que propone.

Algunos productos fitoterápicos contienen extractos naturales (cimicifuga, melisa, damiana [Liboost®], mango africano [Iglob131™] y naranja amarga) junto con minerales (cromo, zinc y cobre) y vitaminas (D, B₉, B₆ y B₁₂) y tienen la evidencia científica necesaria para ser prescritos como ayuda ante síntomas que aparecen en la menopausia, como los vasomotores, la falta de energía, las dificultades para el control de peso o la disminución de la libido.

DON'Ts

- × Minimizar sus dificultades o su relato por no percibir gravedad en su situación clínica. La calidad de vida y la calidad de la salud percibida es parte importante de la salud general de las personas, y en particular de las mujeres al llegar a la menopausia.
- × No ahondar en los cambios en el estilo de vida y en el autocuidado que puedan proporcionar una mejora en la calidad de vida y la prevención primaria de patologías.
- × No abordar la salud sexual de las mujeres durante la menopausia. Desde las consultas médicas existen dificultades para este abordaje: las pacientes no saben bien a quién consultar y pueden temer ser juzgadas, y los y las profesionales suelen tener escasa formación y pueden sentir inseguridad. La salud sexual de las personas es parte fundamental de la salud general y de la calidad de vida, y su abordaje parte de su detección activa y de la historia sexual. Mediante la anamnesis se detectan los aspectos que puedan estar afectando a la sexualidad y sobre los cuales habrá que intervenir desde el punto de vista terapéutico.
- × No utilizar criterios estrictamente científicos para las recomendaciones en materia de tratamientos farmacológicos. Para determinar el balance riesgo beneficio que las diferentes situaciones clínicas pueden suponer para el uso de la THM se pueden consultar los criterios de elegibilidad de la THM. Para la prescripción de suplementos alimenticios se debe atender a la calidad de los preparados y a los posibles efectos sinérgicos de sus componentes de forma individualizada para cada mujer en función de sus necesidades.
- × No profundizar en el consejo sexual, mediante el cual se pueden modificar algunas de las dinámicas de las parejas para solventar dificultades. Una escasa formación es suficiente para que el personal sanitario con motivación pueda plantear recomendaciones cruciales en ese sentido.



SOBREPESO Y MENOPAUSIA

Dra. Clotilde Vázquez Martínez

Jefa del departamento de Endocrinología y Nutrición de la Fundación Jiménez Díaz (Madrid).

Perfil de la paciente

Mujer de 56 años, con sobrepeso grado 2.

Antecedentes familiares

- Tía con cáncer de mama hormonodependiente.
- Abuelo con diabetes mellitus tipo 2, “de muy mayor”.
- Sin antecedentes de obesidad importantes entre sus familiares de primer grado.



Antecedentes personales

- 2 embarazos, 2 partos a los 30 y 35 años.
- Menopausia a los 48 años. Terapia de reemplazo hormonal (THR), que suspende a los 53 años por COVID-19 y dificultad de encontrar preparados durante el confinamiento. Actualmente, no se encuentra en tratamiento con THR.
- Hipertensión arterial (HTA) diagnosticada hace 6 años.
- Osteoartritis de ambas rodillas de comienzo insidioso, pero reagudizada hace 2 años.
- Historia/evolución de la obesidad: de niña y adolescencia más bien rellenita, sin llegar a obesidad. Su peso a los 21 años era de aproximadamente 60 kg. Dos embarazos con ganancia neta total de 8 kg. A los 52 años, deja de fumar y aumenta 6 kg en 1 año. Desde mediados del 2020 suspende la THR. El confinamiento y la aparición de dolor en las rodillas le llevan a mayor sedentarismo. Junto a ello, la reaparición de síntomas climatéricos: insomnio, sequedad vaginal severa y aumento de apetito, ansiedad y picoteo le hacen ganar algo más de 5 kg. Ganancia total durante su vida adulta: 19 kg.
- En tratamiento actual con bisoprolol, tramadol, sertralina, orfidal, ibuprofeno y corticoides de manera ocasional.

Anamnesis

El motivo de consulta de la paciente es la pérdida de 20 kg de peso, según le ha recomendado el traumatólogo. Tiene el máximo peso de su vida, y se encuentra torpe, triste, ansiosa y con mucho dolor de rodillas. Han reaparecido los sofocos y el insomnio junto a mucho más apetito y necesidad de picoteo. En pocos años su calidad de vida ha empeorado mucho.

Resultados de laboratorio

- Glucosa: 98 mg/dl. HOMA IR: 4,7.
- Creatinina: 0,9 mg/dl.
- Calcio: 9,3 mg/d.
- Potasio: 4,1 mg/dl.
- GOT: 34 U/l. GPT: 48 U/l. GGT: 58 U/l.
- Colesterol total: 238 mg/dl. HDL: 38 mg/dl. LDL: 192 mg/dl. Triglicéridos (TG): 78 mg/dl.
- TSH: 3,5 U/ml. T4 libre: 2,1 ng/dl.
- E2 < 10 pg/ml. FSH: 90 UI/l.
- Proteína C reactiva: 3,0 mg/dl.

Otros parámetros

- Tensión arterial (TA): 140/85 mmHg.
- Frecuencia cardiaca: 60 lpm.
- Circunferencia de cintura: 94 cm.

Composición corporal (bioimpedanciometría)

- Peso: 79,3 kg.
- Porcentaje de grasa corporal: 49,5 %.
- Grasa total: 39,2 kg.
- Masa muscular esquelética: 21,3 kg.
- Déficit muscular calculado: 5,3 kg.
- Exceso de grasa calculada: 25,6 kg.

Calorimetría indirecta

- Gasto calórico basal: 1340 kcal.
- Porcentaje de oxidación grasa: 10 %.
- Cociente respiratorio (QR): 0,94 %.
- Porcentaje de oxidación de carbohidratos: 90 %.

Exploración

- No fenotipo de endocrinopatías.
- Tiroides normal.
- No acantosis.
- No edemas.
- No se palpa el hígado.
- Lipedema en tobillos.
- Celulitis en la raíz del muslo.
- Ambas rodillas dolorosas, inflamadas.

A tener en cuenta

- Índice de masa corporal (IMC): 28,8 = sobrepeso grado 2.
- Porcentaje de grasa: 49,5 = obesidad severa.
- Déficit de masa magra: 5,6 kg.
- FINDRISC = riesgo elevado de desarrollar diabetes en los próximos 5 años.





Diagnóstico integrado-fenotipado

- Sobrepeso grado 2 por IMC.
- Obesidad importante por 49 % de grasa, con reparto global. Cintura de riesgo.
- Sarcopenia leve.

Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). • Hipertensión arterial (HTA). • Dislipemia leve. • Insulinorresistencia.
Enfermedades concomitantes	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión/ansiedad. • Gonartritis bilateral
Riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado de diabetes (FINDRISC). • Pérdida de funcionalidad.
Causas desencadenantes/ etiopatogénicas	<ul style="list-style-type: none"> • Ganancias importantes relacionadas con cambios hormonales y con ceses de hábito tabáquico.
Causas subyacentes y mantenedoras	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión/situación emocional. • Sedentarismo. • Disminución del gasto energético y baja oxidación grasa. • Disminución de la masa magra, que puede agravarse. • Hábitos alimentarios incorrectos.

Expectativas y objetivos consensuados

- La paciente desea perder rápidamente 20 kg para operarse de las rodillas. Se le explican las limitaciones debidas a su situación, y la importancia de centrarnos en la pérdida exclusiva de grasa, el incremento de músculo imprescindible, así como la conveniencia de atenuar los síntomas climatéricos que incrementan su insomnio, la ansiedad y disminuyen su gasto metabólico. Se comenta la posibilidad, riesgos y beneficios de reanudar la terapia hormonal de reemplazo, que ella rechaza de momento por el antecedente familiar de cáncer de mama.
- Se acuerda: pérdida de 12 kg en 6 meses (15 kg de grasa, ganancia de 3 kg de masa muscular esquelética [MME]).
- Se refuerzan los beneficios adicionales:
 - Disminución del dolor.
 - Aumento de movilidad.
 - Mejora de la tensión arterial (TA).
 - Disminución de la medicación.
 - Mejora de estado de ánimo: menos culpa, más empoderamiento y resiliencia.

Plan terapéutico

- Estabilización de condiciones graves inestables: priorizamos mejorar su dolor y funcionalidad.
- Plan nutricional adaptado al diagnóstico y mecanismos subyacentes.
 - 1400 kcal en 5 ingestas. Carbohidratos saciantes en 4 de esas ingestas. Incremento de vitamina D, omega-3 y proteínas (20 %).
- Plan de actividad física adaptado al diagnóstico y mecanismos subyacentes.
 - Interconsulta preferente con fisioterapia + medidas físicas. Ejercicios en agua (piscina terapéutica) 3 veces por semana. Drenaje lipolinfático.
- Para la atenuación de los síntomas de privación hormonal se le recomienda un preparado de cimicifuga racemosa (sin isoflavonas, sin actividad estrogénica), junto con extractos de mango africano (Iglob131™) y naranja amarga y minerales (cromo, zinc y cobre), que le ayudarán al control de peso.
- Apoyo psicológico.
 - Fármacos específicos. Orlistat en la comida principal.
 - Liraglutida progresando hasta 1,8.
- Cambio de fármacos para otras condiciones.
 - Cambio de betabloqueantes a inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).
 - Disminución progresiva de tramadol.
 - Cambiar de sertralina a venlafaxina.

Para la atenuación de los síntomas de privación hormonal se le recomienda un preparado de cimicifuga racemosa (sin isoflavonas, sin actividad estrogénica), junto con extractos de mango africano (Iglob131™) y naranja amarga y minerales (cromo, zinc y cobre), que le ayudarán al control de peso.



DON'Ts

- × **No utilizar únicamente los datos obtenido del IMC como diagnóstico y clasificación del sobrepeso y la obesidad.** En esta paciente nos hubiese llevado a un clarísimo infradiagnóstico por la diferencia de sobrepeso grado 2 que nos da el IMC y la obesidad severa que supone tener casi un 50 % del peso como grasa. Si no se tiene disponibilidad de instrumentos para realizar una composición corporal, se pueden utilizar fórmulas automáticas aproximadas y, desde luego, tomar la circunferencia de la cintura como mejor parámetro.
- × **Nunca dejar de buscar las causas mantenedoras de la situación de la paciente.** Una buena descripción de las comorbilidades es imprescindible, pero también lo es encontrar aquellas causas que están operando de forma más directa en el momento actual de la paciente. En este caso, además de calificar el caso de síndrome metabólico por la coincidencia de grasa central, HTA e insulinoresistencia, el percibir la importancia que tiene en la efectividad del tratamiento priorizar la reducción del dolor y el incremento de la movilidad es clave para el éxito del tratamiento global.
- × **Nunca olvidar los aspectos de calidad de vida.** Salvo que estuviésemos ante una descompensación de su síndrome de apnea del sueño o de su hipertensión arterial, centrarse en aquellos elementos que más le afectan a la calidad de vida es muy importante para que evolucione correctamente el tratamiento nutricional y farmacológico específico. En el caso de esta paciente, el dolor es la prioridad, pero es muy importante dar respuesta a su insomnio, sofocos, sequedad vaginal y ansiedad.
- × **No utilizar dietas muy restrictivas.** En una paciente que tiene un gasto energético disminuido, que picotea por ansiedad, y que tiene sarcopenia (disminución de la masa muscular), una dieta muy restrictiva le haría perder más músculo y empeorar la ansiedad y el estado nutricional.

DONNA plus®

Mejora sus fórmulas y amplía la gama de complementos alimenticios dirigidos a la mujer menopáusica



DONNA plus® MENOCÍFUGA FORTE



Especialmente indicada en mujeres donde predomina la **ANSIEDAD** y el **ESTRÉS**.

DONNA plus® MENOCÍFUGA NOCHE



Especialmente indicada en mujeres con **DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO**.

MAYOR CONTROL DE LOS SOFOCOS



NUEVO EXTRACTO DE CIMICÍFUGA RACEMOSA 4-9:1



24 mg
de extracto

2,5% glucósidos
triterpénicos

- Terapia no hormonal
- Sin isoflavonas, sin actividad estrogénica
- Eficacia similar a Tibolona y a bajas dosis de estrógenos transdérmicos^{1,2}
- Apto en mujeres que están bajo tratamientos antiestrogénicos tamoxifeno, raloxifeno³⁻⁵ o análogos de la GnRH⁶

ÁCIDO FÓLICO

750µg - vit B₉
(375% VRN)

Incremento
del **275%**

Mejora significativamente la gravedad, duración y frecuencia de los sofocos en mujeres menopáusicas⁷⁻⁸

Mejoras en la
semana de tratamiento **2^a**

MAYOR CUIDADO DE LA SALUD ÓSEA



VITAMINA D₃

25µg - 1.000 UI
(500% VRN)

Incremento
del **66%**

La **National Osteoporosis Foundation** y el **Institute of Medicine** recomiendan^{9,10}:
• **Ingesta** diaria mínima **800 UI** en mujeres postmenopáusicas
• **Suplementación** diaria de **800 UI** en mujeres con osteoporosis o con alto riesgo de déficit de vitamina D₃

Posología



Menocífuga Forte 1 comprimido al día. Se recomienda la toma mínimo 8-12 semanas.

Menocífuga Noche 1 comprimido al día, media hora antes de acostarse. **Comprimido bicapa**. Se recomienda la toma mínimo 8-12 semanas.

Cantidades expresadas por toma

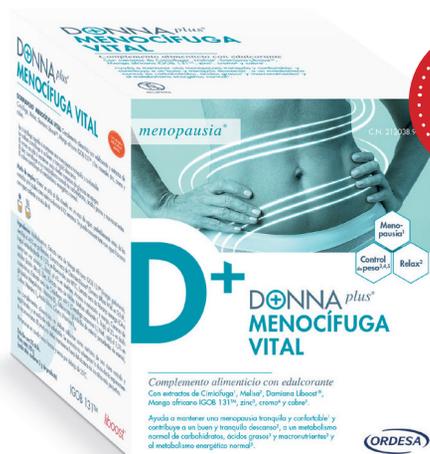
DONNA plus® MENOCÍFUGA VITAL

Con lo mejor de las Menocifugas ahora con más vitalidad

Combinación de
extractos vegetales



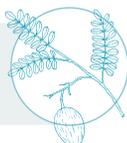
Vitaminas B₆, B₉, B₁₂, D₃
Cromo, Zinc, Cobre



NOVEDAD

AYUDA AL CONTROL DE PESO

Mango Africano Igbob131™ (Irvingia gabonensis)



- Reduce de forma segura el **peso corporal, la grasa corporal y la circunferencia de la cintura** en mujeres con sobrepeso y/u obesidad.^{11,12}
- Con impacto favorable vs placebo sobre parámetros característicos del **síndrome metabólico**: colesterol total plasmático, colesterol LDL, glucosa en sangre, proteína C reactiva, adiponectina y niveles de leptina.¹¹⁻¹³

Naranja Amarga (Citrus aurantium)



- Contribuye al **control de peso**, a mantener el tejido graso saludable, apoya el metabolismo de lípidos y carbohidratos y favorece la degradación de lípidos.¹⁸
- Con **p-sinefrina**: aumenta la termogénesis, el metabolismo basal en reposo y el gasto energético y fomenta la lipólisis.¹⁴⁻¹⁸



CROMO

Ayuda a mantener unos niveles normales de glucosa en sangre.¹⁹



ZINC

Contribuye a un metabolismo normal de carbohidratos, ácidos grasos y macronutrientes.¹⁹



COBRE

Contribuye al metabolismo energético normal.¹⁹

MÁS VITALIDAD PARA UNA VIDA SEXUAL PLENA

Damiana liboost® (Turnera diffusa)



- **Afrodisíaco** que contribuye a un buen **apetito sexual**.²⁰
- **Inhibidor de la aromatasa**, mantiene el nivel de testosterona y la **libido**.²¹
- Contribuye a mantener el **bienestar físico y mental**. Inhibe la recaptación de neurotransmisores (dopamina, noradrenalina, serotonina).²²
- Asociado a otros fitoterápicos, ha demostrado ser eficaz en el **deseo sexual, sequedad vaginal, frecuencia de relaciones sexuales y orgasmo** con una mejora de todas las esferas sexuales, sin aparición de efectos secundarios significativos.²²

Aumento del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)²³ ↑ **92%**

en 4 semanas

Posología



Menocífuga Vital: Disolver 1 sobre en un vaso de agua. Una única toma al día preferiblemente antes de las comidas principales. Se puede consumir tanto en agua fría como en caliente a modo de té. Se recomienda como mínimo durante 8-12 semanas.

RENUEVA LA GAMA DE COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER MENOPÁUSICA

FÓRMULAS MEJORADAS



CN 191008.0
30 comprimidos



CN 191009.7
30 comprimidos



Nuevo extracto de *Cimicifuga racemosa*

- ✓ MAYOR CONTROL DE LOS SOFOCOS
- ✓ MAYOR CUIDADO DE LA SALUD ÓSEA

Vitamina D₃

Ácido Fólico

NOVEDAD

Damiana *liboost*
(*Turnera diffusa*)



Mango Africano IGOB 131™
(*Irvingia gabonensis*)



Naranja Amarga
(*Citrus aurantium*)



Micronutrientes

CROMO
ZINC
COBRE



CN 212038.9
30 sticks



FORMATO STICK



AROMA DE MELOCOTÓN Y MANGO

- ✓ AYUDA AL CONTROL DE PESO
- ✓ MÁS VITALIDAD PARA UNA VIDA SEXUAL PLENA

