

WOMENTS

EL MEJOR MOMENTO
DE LA MUJER

EDICIÓN 1

MARZO

EN EL MES DE LAS MUJERES CONMEMORAMOS
VARIOS WOMENTS INSPIRADORES

DÍAS PARA HACER HISTORIA



MARZO, MES DE LAS MUJERES

Los acontecimientos históricos que dieron origen a la institucionalización de marzo como el mes de las mujeres, sin duda, marcaron una gran transformación en la vida social de las mujeres. Sin embargo, aquellas mujeres que se atrevieron a hacerle frente a las desigualdades de género y a las distintas formas de opresión tuvieron que pagar un enorme costo. Para muchas, incluso, significó la pérdida de la vida.^{1,2}

El 8 de marzo, es la fecha representativa que reivindica el papel de las mujeres en la construcción de la sociedad y en su lucha por la igualdad de derechos.^{1,2}

Referencias

1. Laverde L. El 8M: la juntanza histórica de las mujeres [Internet]. Periódico UNAL; 2021. Disponible en: <https://n9.cl/4bqi3>
2. Equipo Nacional de Género FECODE. Unidad por el cambio social para la paz total. Día Internacional por los Derechos de la Mujer Trabajadora [Internet]. FECODE; 2023. Disponible en: <https://n9.cl/vwrh8>

DÍAS PARA HACER HISTORIA

¿Por qué marzo es el mes de las mujeres?

Pág 2

LA CIENCIA DE LA MUJER

En la menopausia, la sexualidad se conjuga en tiempo presente

Pág 3

El corazón también se transforma: transición cardiometabólica en la menopausia

Pág 4

WOMENTS EN MOVIMIENTO

Ejercicio físico con propósito

Pág 5

WOMENTS, UN ESTILO DE VIDA

Después de los 50 la sexualidad es un tema prioritario

Pág 6

VOCES INSPIRADORAS

Historias de mujeres reales sobre menopausia. Ana de 42 años

Pág 7



DÍAS PARA HACER HISTORIA

MARZO, MES DE LAS MUJERES

¿Cómo empezó todo? ¿Quiénes son las mujeres que decidieron romper el silencio? Pues bien, a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, en varias partes del mundo las mujeres empezaron a organizarse estratégicamente en movimientos, como el de las mujeres sufragistas y el de las mujeres socialistas.²

Era el 8 de marzo de 1857 en Nueva York. Las mujeres que trabajaban en la fábrica Textil Cotton no empezaron su rutina como todos los días. Ellas salieron por las calles cercanas a la fábrica en una manifestación que reclamaba mejores condiciones de trabajo y la reducción de la jornada laboral. En respuesta, un grupo de policías desplegó toda su fuerza para reprimir la protesta. Ciento veinte mujeres murieron ese día, algunas en el incendio provocado en la fábrica, otras por los disparos de la policía. No obstante, ni el fuego ni las balas pudieron amedrentarlas. Ese mismo día, el funeral masivo de las víctimas convocó a miles de mujeres en una marcha silenciosa, que años después se convertiría en el símbolo del movimiento obrero mundial.³

En 1908, las condiciones para las mujeres no habían tenido un gran avance, así que la Federación de los Clubes de Mujeres de Chicago organizó un “Woman’s Day” con el fin de obtener el derecho al voto y abolir la esclavitud sexual.^{2,4}

Al otro lado del mundo, para Clara Zetkin, una periodista, oradora y maestra alemana, lo ocurrido en 1857 no podía olvidarse. Por eso, en la Segunda Reunión Mundial de Mujeres Socialistas, realizada el 8 de marzo de 1910 en Copenhague, Dinamarca, propuso la institucionalización del Día Internacional de la Mujer. Esta propuesta fue aprobada por más de 100 mujeres de 17 países.^{3,4}

Después de la reunión de Copenhague, el 19 de marzo de 1911 se celebró por primera vez el Día Internacional de la Mujer en Alemania, Austria, Dinamarca y Suiza. Más de un millón de personas exigieron el derecho al voto, a ocupar cargos públicos, a la formación profesional y a la no discriminación laboral. Sin embargo, el 25 de marzo de ese mismo año, 146 trabajadoras de la fábrica Triangle Shirtwaist de Nueva York murieron tratando de escapar de un incendio mientras protestaban. Las puertas de la fábrica habían sido cerradas con llave.⁴



En esta historia, las mujeres rusas también fueron protagonistas. Debido a la guerra entre 1914 y 1917, la obra de mano femenina tuvo un gran aumento, pero las condiciones salariales no eran justas, por lo que el 8 de marzo de 1917 las mujeres obreras salieron a las calles para protestar por pan, paz y tierra. Cuatro días después, el Zar abdicó y el gobierno provisional les concedió a las mujeres el derecho al voto.^{1,4}

La lucha por la reivindicación siguió su curso, y en 1975, en la Primera Conferencia Mundial de la Mujer, la ONU declaró el 8 de marzo como Día Internacional de la Mujer, afirmando que “la mujer es un miembro activo y con plenos derechos, y a la vez parte importante para el desarrollo de los pueblos”, pero fue hasta 1977 cuando este día fue oficialmente proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas.^{1,3}

La igualdad de derechos, la atención de la salud, la educación y el empleo hacen parte de las conquistas que hoy les permiten a las mujeres tener un papel de liderazgo en el mundo. A pesar de ello, aún queda mucho por hacer, de modo que en este mes de marzo, exaltamos a todas las mujeres que a lo largo de la historia se vistieron de determinación para abrirles un camino de posibilidades a las nuevas generaciones y te invitamos a que te tomes un momento para reflexionar. No se trata de seguir una ola de mensajes, sino de reconocer el valor y las luchas de cada una de las mujeres que te rodean.³

Referencias

1. Laverde L. El 8M: la juntanza histórica de las mujeres [Internet]. Periódico UNAL; 2021. Disponible en: <https://n9.cl/4bqi3>
2. Equipo Nacional de Género FECODE. Unidad por el cambio social para la paz total. Día Internacional por los Derechos de la Mujer Trabajadora [Internet]. FECODE; 2023. Disponible en: <https://n9.cl/5w7r15>
3. Centro de Documentación del Instituto Nacional de Mujeres. Antecedentes 8M [Internet]. CEDOC. Disponible en: <https://n9.cl/15bxu>
4. USAID. 8 de marzo: Día Internacional de la Mujer [celebración o conmemoración] [Internet]. 2019. Disponible en: <https://n9.cl/k02nj>

LA CIENCIA DE LA MUJER

EN LA MENOPAUSIA, LA SEXUALIDAD SE CONJUGA EN TIEMPO PRESENTE



CUANDO LA VIDA ES ATRAVESADA POR LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA

El síndrome genitourinario de la menopausia (SGUM) es una condición crónica y compleja que abarca los múltiples cambios que se producen en los tejidos genitourinarios durante el climaterio.¹

Los síntomas, que varían de leves a severos y afectan la función genitourinaria y sexual, así como las relaciones y la calidad de vida, están directamente relacionados con la disminución de los niveles de estrógeno. Dado que los receptores de estrógeno están presentes en la vagina, la vulva, la musculatura del suelo pélvico, la fascia endopélvica, la uretra y el trigono de la vejiga, la deficiencia estrogénica trae como consecuencia cambios histológicos y anatómicos que provocan la reducción de la elasticidad vaginal, el aumento del pH vaginal, alteraciones en la flora vaginal, la disminución de la lubricación y, en general, una condición de vulnerabilidad a la irritación y al trauma físico.¹

Síntomas del SGUM

Síntomas vulvovaginales y sexuales¹

- Sequedad vaginal
- Irritación y ardor genital
- Dispareunia
- Disminución de la lubricación en la actividad sexual
- Prurito vulvovaginal
- Malestar y dolor genital agudo
- Secreción vaginal anormal
- Sangrado poscoital

Síntomas urinarios¹

- Urgencia urinaria
- Aumento de la frecuencia urinaria
- Nocturia
- Disuria
- Infecciones recurrentes del tracto urinario

Referencias

1. Valadares ALR, Kulkarni J, Paiva LHSDC, et al. Genitourinary Syndrome of Menopause. Rev Bras Ginecol Obstet. 2022;44(3):319-324.
2. Kasano JPM, Crespo HPG, Arias RAR, et al. Genitourinary syndrome in menopause: Impact of vaginal symptoms. Turk J Obstet Gynecol. 2023;20(1):38-45.
3. Wasnik VB, Acharya N, Mohammad S. Genitourinary Syndrome of Menopause: A Narrative Review Focusing on Its Effects on the Sexual Health and Quality of Life of Women. Cureus. 2023;15(11):e48143.

SGUM Y SALUD SEXUAL

Los trastornos de la función sexual, definidos como la ausencia de fantasías y pensamientos sexuales o percepción de angustia frente a la actividad sexual, son relativamente comunes en las mujeres posmenopáusicas. Sin embargo, pese a que varios estudios indican que alrededor del 50% de las mujeres en posmenopausia sufren síntomas sexuales que pueden llevar a una disfunción sexual, no siempre hay un diagnóstico adecuado.²

Los síntomas del SGUM tienen un impacto negativo en la capacidad de excitación, la capacidad de sentir placer y la satisfacción sexual. De hecho, las mujeres con síntomas vulvovaginales tienen más probabilidades de experimentar disfunción sexual debido a la dispareunia, la disminución de la lubricación y el sangrado después del coito.^{2,3}

SEXUALIDAD EN TIEMPO PRESENTE

La sexualidad desempeña un papel importante en el bienestar emocional, la autoimagen y la calidad de vida, independientemente de la edad. Por lo tanto, las mujeres con síntomas vulvovaginales y sexuales deben recibir tratamiento, no solo para resolver las molestias físicas, sino también para mejorar su autoestima, su bienestar sexual y emocional y otros aspectos que impactan la calidad de vida.²

Según la intensidad de los síntomas y las características individuales, el tratamiento puede ser no hormonal, con lubricantes y humectantes, o con terapia estrogénica vaginal o sistémica.¹

Los tratamientos no hormonales son efectivos para la mayoría de las mujeres con síntomas leves, mientras que la terapia con estrógenos vaginales es el tratamiento más eficaz para los síntomas moderados y graves, puesto que favorece el restablecimiento del trofismo vulvovaginal.¹

Cuando existen problemas complejos de abordar, que incluyen la disfunción sexual, es necesaria una atención con enfoque multidisciplinario con el fin de asesorar, educar y brindar un tratamiento que les permita a las mujeres conjugar la sexualidad en tiempo presente.¹

LA CIENCIA DE LA MUJER

EL CORAZÓN TAMBIÉN SE TRANSFORMA: TRANSICIÓN CARDIOMETABÓLICA EN LA MENOPAUSIA

CAMBIOS QUE AUMENTAN EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Durante la transición a la menopausia, el aumento de la adiposidad visceral da como resultado perfiles desfavorables de adipocinas que, a su vez, pueden conducir a la resistencia a la insulina y a dislipidemia. Así mismo, los cambios hormonales contribuyen a la activación del sistema renina-angiotensina y a factores endoteliales anormales, lo que puede provocar una reactividad vascular alterada y disfunción endotelial.^{1,2}

Por otra parte, los síntomas vasomotores, las alteraciones del sueño y la depresión también se asocian con un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y de aterosclerosis subclínica.



Adaptada de la referencia 1.

Otros factores que se relacionan con un mayor riesgo de ECV son:^{2,3}

- Edad temprana en la menopausia natural (<45 años), especialmente en mujeres de raza negra o hispana.
- Menopausia inducida de forma iatrogénica (ooforectomía bilateral).
- Duración corta del ciclo menstrual.
- Baja paridad.
- Ser fumadora.
- Antecedentes cardiovasculares en la edad reproductiva.

TRANSICIÓN CARDIOMETABÓLICA: UNA SUMATORIA DE CAMBIOS

Lípidos, presión arterial, insulina, glucosa y síndrome metabólico

Independiente del envejecimiento, el colesterol total, las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y los niveles de apolipoproteína B aumentan sustancialmente en el intervalo comprendido entre el año anterior y el año posterior al último período menstrual. Por su parte, de acuerdo con el estudio SWAN, la función antiaterogénica de las partículas de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), así como su capacidad de promover el primer paso en el transporte inverso del colesterol, puede reducirse durante la transición a la menopausia.³

Ahora bien, un mayor índice de triglicéridos-glucosa se asocia considerablemente con un mayor riesgo de ECV y, aunque esta asociación se atenúa luego de ajustar el colesterol HDL, sigue siendo significativa. También se ha demostrado que los niveles altos de insulina en ayunas y el modelo homeostático para evaluar la resistencia a la insulina (HOMA-IR) están relacionados con la hipertensión. Además, el efecto cardioprotector de los estrógenos disminuye y la resistencia a la insulina aumenta, de modo que la monitorización y el tratamiento adecuado de la presión arterial, el colesterol y la glucosa, tanto en la peri como en la posmenopausia son fundamentales para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad por ECV.^{1,4}



Aumento de peso, composición corporal y grasa ectópica

A pesar de que la ganancia de peso se relaciona más con el envejecimiento cronológico que con el reproductivo, la transición a la menopausia se asocia de forma independiente con cambios adversos en la composición corporal y con el aumento del tejido adiposo visceral. En cuanto a la deposición de grasa ectópica en órganos como el corazón y el hígado, las investigaciones han sugerido una relación entre esta y unos niveles bajos de estradiol endógeno. El depósito de tejido adiposo alrededor del corazón aumenta el riesgo cardiovascular debido a la proximidad con el miocardio y su papel en la secreción de citocinas inflamatorias.³

Efectos de la terapia hormonal de la menopausia en la salud cardiovascular

La terapia hormonal de la menopausia (THM) puede disminuir la mortalidad por enfermedad coronaria y por todas las causas entre un 30% y un 48% cuando se inicia en las mujeres menores de 60 años o en un lapso menor a 10 años desde la menopausia.³

La THM también ha demostrado tener un efecto diferencial sobre el depósito de grasa en el corazón y su asociación con la calcificación de las arterias coronarias y con el grosor íntima-media carotídeo (GIMC).³

No obstante, la decisión de iniciar la THM como parte de la estrategia preventiva de ECV dependerá de la estratificación del riesgo cardiovascular y de las necesidades individuales de cada mujer.²

Referencias

1. Kim C. Management of Cardiovascular Risk in Perimenopausal Women with Diabetes. *Diabetes Metab J.* 2021;45(4):492-501.
2. Lambrinoudaki I, Armeni E. Understanding of and clinical approach to cardiometabolic transition at the menopause. *Climacteric.* 2024;27(1):68-74.
3. El Khoudary SR, Aggarwal B, Beckie TM, et al. Menopause Transition and Cardiovascular Disease Risk: Implications for Timing of Early Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2020;142(25):e506-e532.
4. Liu Q, Si F, Liu Z, et al. Association between triglyceride-glucose index and risk of cardiovascular disease among postmenopausal women. *Cardiovasc Diabetol.* 2023;22(1):21.

WOMENTS EN MOVIMIENTO

EJERCICIO FÍSICO CON PROPÓSITO



EJERCITARSE ES GANAR MÁS TIEMPO DE VIDA

De acuerdo con los datos del American College of Sports Medicine, el Nurses' Health Study y el Women's Health Initiative, caminar es un tipo de ejercicio aeróbico seguro que reduce el peso y el porcentaje de grasa corporal.¹

Por su parte, en un estudio que evaluó los efectos del ejercicio físico sobre la salud, a corto (dos semanas) y mediano plazo (tres meses), de mujeres mayores de 55 años, se demostró:²

- En solo dos semanas de actividad física organizada, las mujeres sedentarias lograron cambios somáticos positivos, un aumento de la forma física y la capacidad aeróbica, una modificación favorable de los indicadores de síndrome metabólico y una reducción del riesgo absoluto de eventos cardíacos.²
- Las mujeres sedentarias, con sobrepeso u obesidad, baja capacidad aeróbica, poca resistencia al ejercicio, una alta incidencia de factores de síndrome metabólico y un alto riesgo de eventos cardíacos lograron reducciones significativas de la obesidad central, así como un aumento de la capacidad aeróbica, una modificación favorable del perfil lipídico y una reducción importante del riesgo absoluto de muerte, a 10 años, por causas cardíacas.²

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES Y METABÓLICOS DURANTE EL CLIMATERIO

Mujeres con hipertensión arterial

- Adaptaciones vasculares funcionales y estructurales que ayudan a mantener o a normalizar los niveles de presión arterial.¹
- Menor rigidez arterial.¹

Mujeres con dislipidemias

- La práctica regular de ejercicio aeróbico, durante 30-45 minutos por sesión, y el entrenamiento muscular de resistencia, contribuyen a la normalización de las diferentes alteraciones del perfil lipídico.¹

Mujeres con diabetes y resistencia a la insulina

- Doble efecto del ejercicio tipo aeróbico y de adaptación muscular:¹
 - Efecto indirecto a través de la disminución del peso graso, el estado inflamatorio sistémico de bajo grado y el estrés oxidativo.
 - Efecto directo gracias al aumento de la sensibilidad de los receptores de insulina.

Mujeres con obesidad

- La práctica de ejercicio aeróbico y muscular disminuye el peso graso y aumenta el peso magro, lo que revierte o ralentiza el proceso de sarcopenia.¹

Referencias

1. Mendoza N, de Teresa C, Cano A, et al. El ejercicio físico en la mujer durante la perimenopausia y la posmenopausia. *Menopausia ASEM. Primera edición.* Junio 2016. Aureografic, s.l. Barcelona 2016.
2. Mazurek K, Znajewski P, Kondrón E, et al. Cardiovascular risk reduction in sedentary postmenopausal women during organised physical activity. *Kardiol Pol.* 2017;75(5):476-485.

DESPUÉS DE LOS 50 LA SEXUALIDAD ES UN TEMA PRIORITARIO



El estado de salud, la edad y la evolución física y psicológica son algunos de los factores que influyen en la respuesta sexual fisiológica. Sin embargo, no son los únicos. Los factores psicosociales, relacionales y vivenciales desempeñan un papel preponderante que puede hacer de la sexualidad una experiencia satisfactoria o desagradable, más aún cuando se pasa el umbral de los 50 años.¹

Hablar de sexualidad con las mujeres que se aproximan a la menopausia o ya están atravesando esta etapa implica hacer un reconocimiento individual de cada mujer, sin separar

lo físico de lo psicológico ni lo social y relacional de lo vivencial. Más que de identificar síntomas, de lo que se trata es de hacer un abordaje holístico que todas las dimensiones de la persona.^{1,2}

Para empezar, es necesario revisar las propias actitudes y creencias frente a la sexualidad que puedan generar rechazo en las pacientes. Si el profesional de la salud no se siente cómodo con el tema, lo más probable es que no se establezca una comunicación asertiva que permita explorar las preocupaciones o percepciones de las mujeres.^{1,2}

UN ESPACIO SEGURO PARA HABLAR

Las mujeres deben sentir que la consulta es un espacio seguro, pero ¿cómo iniciar la conversación y transmitir la sensación de confianza? Una técnica que permite ofrecer y recoger información, de manera cálida y empática, es el modelo de intervención PLISSIT. Este es un acrónimo que incluye cuatro niveles de intervención: permiso, información limitada, sugerencias específicas y terapia intensiva.¹

Permiso: el hecho de que el profesional de la salud abra explícitamente el espacio para hablar de sexualidad ayuda a las pacientes a sentir la confianza necesaria para expresarse. Afirmaciones como “yo siempre les pregunto a mis pacientes si tienen algún problema sexual porque, independiente de la edad, la sexualidad es una parte importante de la vida” aumenta la libertad y comodidad para hacer preguntas sin la vergüenza que puede generar en ellas abordar el tema.^{1,2}

Información limitada: este punto representa la oportunidad de ofrecer información sobre la anatomía y fisiología sexual para disipar creencias erróneas que puedan estar afectando la función sexual de las pacientes.¹

Sugerencias específicas: según cada caso particular, se dan pautas para mejorar la satisfacción sexual. Estas sugerencias pueden incluir un tratamiento médico específico, asesoría psicológica o una combinación de ambos.¹

Terapia intensiva: si se identifican otros problemas de fondo, se hace la recomendación de recibir atención por parte de un profesional experto, por ejemplo, en temas de pareja.¹

Ahora bien, para garantizar una comunicación respetuosa y fluida, se pueden tener en cuenta algunos puntos clave:²

- Evitar juicios morales o religiosos acerca de la vida sexual de la paciente.
- Respetar la terminología utilizada por la paciente y usar un lenguaje que sea comprensible para ella.
- Utilizar un tono y una expresión corporal que normalicen la situación.
- Tener en cuenta que no todos los problemas sexuales están relacionados con la genitalidad.

Referencias

1. Molero F, Castaño R, Castelo-Branco C, et al. Vida y Sexo más allá de los 50. MenoGua AEEM. Primera edición: Abril 2014. Aureográfica, s.l. Barcelona 2014.
2. Savoy M, O'Gurek D, Brown-James A. Sexual Health History: Techniques and Tips. Am Fam Physician. 2020;101(5):286-293.

HISTORIAS DE MUJERES REALES SOBRE MENOPAUSIA



Ser atractiva era fundamental para ser mujer

ANA, 42
Oaxaca, México

Mi madre nunca habló conmigo sobre la relación que las mujeres deberían tener con su cuerpo. Lo que sí me enseñó es que ser atractiva era fundamental para ser mujer. Para mí, ser una mujer siempre ha involucrado dolor: menstruación; mi primera relación sexual; dar a luz; un par de cirugías ginecológicas y, recientemente, la menopausia.

Hace tres años, cuando tenía 39, un año después de divorciarme, mi doctor descubrió fibromas y me quitó la matriz y un ovario. Hace cinco meses, comencé a sentirme deprimida, cansada, a ganar peso y a dejar de dormir. No me sentía nada bien. Me diagnosticaron con perimenopausia hace unas semanas, y por increíble que parezca, la noticia me dio paz. Me sentí aliviada de saber que no estaba loca.

En mi juventud fui muy activa sexualmente, he tenido múltiples parejas. Ahora ya no recurro al sexo para encontrar intimidad. Quiero que mi menopausia dignifique quién soy. Recuerdo las enseñanzas de mi maestro tolteca* de Kabbalah:** “La menopausia es acoger a la sabia mujer que emerge de ti”. Me he apoyado en la Kabbalah en este proceso, y por eso ahora entiendo que existo para mí misma y para nadie más.



ESCANEEA PARA
AMPLIAR INFORMACIÓN

*Civilización mesoamericana localizada en el centro de México.

**Enseñanzas esotéricas que forman la base de las interpretaciones místicas religiosas del judaísmo.

Referencia

Violette R, Epstein I, Gibbons B. El siguiente capítulo. Historias de mujeres sobre menopausia. Abbott Laboratories; 2022.



Abbott

EL MEJOR MOMENTO DE LA MUJER

Esteine[®]
3,5 mg Estriol

SEGUFEM[®]
2 mg Estradiol Valerato / 2 mg Dienogest

SEGUFEM[®]
1 mg Estradiol Valerato / 2 mg Dienogest
Mini



ESTEINE[®] Óvulo vaginal de liberación sostenida: **Indicaciones:** Terapia de reemplazo hormonal local. Tratamiento de la vaginitis atrófica y la craurosis vulvar en mujeres posmenopáusicas. Tratamiento del prurito vulvar y la dispareunia. **Composición:** Cada óvulo contiene estriol 3.5 mg. Excipientes C.S. **Dosis:** según prescripción médica. **Vía de administración:** vaginal. No ingerir. **Contraindicaciones y advertencias:** conocida hipersensibilidad a cualquiera de los componentes. Tumores de seno y estrógeno dependientes, cáncer de tracto gastrointestinal, endometriosis, hemorragia genital de origen desconocido, lesión hepática grave, tromboflebitis, trombosis o trastornos tromboembólicos activos o antecedentes de los mismos. Embarazo y lactancia. Adminístrese con precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca, trastornos de la función renal o hepática, hipertensión grave y epilepsia. Venta bajo fórmula médica. Manténgase fuera del alcance de los niños. Almacéñese en un lugar fresco y seco, a menos de 30°C. En clima cálido el óvulo puede reblandecerse, en este caso se recomienda ponerlo en agua fría hasta que endurezca. Registro Sanitario Invima 2010M-0010768. Elaborado por laboratorio franco Colombiano Lafranco S.A.S, Cali Colombia. **SEGUFEM MINI**[®]. **Composición:** estradiol valerato 1mg + dienogest 2mg. **Presentación:** caja x 28 tabletas. **Indicaciones:** terapia hormonal sustitutiva (ths) para los síntomas de déficit de estrógenos en mujeres posmenopáusicas desde hace más de un año y que aún tienen útero. **Vía de administración:** oral. **Dosis:** según prescripción médica. **Contraindicaciones:** o si padece o ha padecido cáncer de mama o si sospecha que pueda tenerlo. - si padece o ha padecido un trastorno de la coagulación de la sangre (como deficiencia de proteína c, proteína s o antitrombina). - si padece o ha padecido recientemente una enfermedad causada por coágulos de sangre en las arterias, como un ataque al corazón, accidente cerebrovascular o angina de pecho. - si padece o ha padecido una enfermedad del hígado y sus pruebas de función hepática no han regresado a la normalidad. - si padece un problema raro en la sangre llamado "porfiria" que se transmite de padres a hijos (hereditario). - si es alérgica (hipersensible) a los estrógenos, progestágenos o a cualquiera de los componentes de segufem[®] cyclic. O presencia o antecedente de pródromo de una trombosis (p.Ej. Accidente isquémico transitorio, angina de pecho). O antecedentes de migrañas con síntomas neurológicos focales. O diabetes mellitus con afectación vascular. O la presencia de uno o varios factores (es) de riesgo serio (s) o múltiple (s) de trombosis arterial o venosa también puede constituir una contraindicación. O pancreatitis o antecedentes de la misma, si se asocia a hipertrigliceridemia severa. O presencia o antecedentes de tumores hepáticos (benignos o malignos). O tumor maligno conocido o sospechado, influenciado por esteroides sexuales (p.Ej. De los órganos genitales o las mamas). O hemorragia vaginal de causa desconocida. O embarazo conocido o sospechado. **Precauciones y advertencias:** para el tratamiento de los síntomas climatéricos, la ths solo debe de iniciarse cuando los síntomas afectan negativamente la calidad de vida de la mujer. En todos los casos, debe de realizarse, al menos anualmente, una valoración cuidadosa de los riesgos y beneficios y la ths solamente debe de mantenerse mientras los beneficios superen los riesgos. La evidencia sobre los riesgos asociados a la ths en el tratamiento de la menopausia temprana es limitada. Sin embargo, debido al bajo nivel de riesgo absoluto en mujeres jóvenes, la relación beneficio riesgo para estas mujeres puede ser más favorable que en mujeres mayores. Venta bajo fórmula médica. Manténgase fuera del alcance de los niños. Almacéñese en un lugar fresco y seco, a menos de 30°C. Elaborado y distribuido por Lafranco S.A.S, Cali, Colombia. Registro Sanitario Invima 2023M-0018339-RI. **SEGUFEM**[®]. **Indicaciones:** Terapia de reemplazo hormonal continuo para el tratamiento de los signos y síntomas asociados a la menopausia. **Composición:** cada tableta contiene estradiol valerato 2.00 mg y dienogest 2.00 mg. **Vía de administración:** oral. **Dosis:** según prescripción médica. **Contraindicaciones y advertencias:** hipersensibilidad a cualquiera de los componentes del producto. Embarazo y lactancia. Tumores hormono-dependientes conocidos o sospechados. Antecedentes o presencia de trastornos cardiovasculares o cerebrovasculares. Presencia de uno o varios factores de riesgo para trombosis venosa o arterial como diabetes mellitus con síntomas. Vasculares, hipertensión arterial severa, dislipoproteinemia severa. Predisposición hereditaria a trombosis venosa o arterial por resistencia a la proteína C activada, deficiencia de antitrombina III, deficiencia de proteínas C o S, hiperhomocitemia y/o presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Hemorragias vaginales de etiología no determinada. Trastornos severos de la función hepática o renal. Pancreatitis. Migraña con síntomas neurológicos focales. **Precauciones:** segufem es una combinación hormonal compuesta por un estrógeno (valerato de estradiol) y una progestina (dienogest). El uso y consumo de combinaciones hormonales de estrógenos y progestinas se puede asociar a un incremento en el riesgo de tromboembolismo venoso, frente al no uso o consumo de las mismas. Este riesgo es mayor durante el primer año de tratamiento con segufem. El riesgo de tromboembolismo venoso está influido directamente por las condiciones particulares del paciente; este riesgo se puede aumentar con la edad, antecedentes familiares de primer grado con tromboembolismo venoso, inmovilización prolongada por una condición crónica o cirugía de cualquier tipo, obesidad (índice >30 kg/m²), trastornos autoinmunes o dilataciones varicosas en los miembros inferiores. El riesgo de tromboembolismo arterial está influido directamente por las condiciones particulares del paciente; este riesgo se puede aumentar por la edad, tabaquismo, dislipoproteinemia, obesidad (índice >30 kg/m²), hipertensión arterial no controlada, migraña, valvulopatías cardíacas, fibrilación auricular, antecedentes familiares de primer grado con tromboembolismo arterial y/o enfermedades autoinmunes. Alteraciones agudas o crónicas de la función hepática pueden requerir de la suspensión parcial o definitiva del tratamiento con segufem (hasta que los marcadores de la función hepática regresen a valores normales). Mujeres con antecedente de colestasis o ictericia en el embarazo, tienen un riesgo mayor de colestasis asociada al consumo de una combinación hormonal. La evidencia científica disponible no ha demostrado que el consumo de combinaciones de valerato de estradiol y dienogest alteren la resistencia periférica a la insulina, sin embargo se recomienda que las pacientes diabéticas que se hallen en el tratamiento con segufem, tengan un seguimiento estricto por parte de su médico tratante. El consumo de combinaciones hormonales compuestas por estrógenos y progestinas eventualmente se asocia a la presencia de cloasma, siendo mayor esta posibilidad en aquellas mujeres con antecedente de cloasma en el embarazo, estas pacientes deben limitar su tiempo de exposición al sol, mientras se hallan en tratamiento con segufem. El régimen continuo de segufem está diseñado para inducir en la paciente un estado de amenorrea, el tiempo en alcanzar esta condición es variable entre las usuarias y se puede asociar a la presencia de sangrados irregulares o manchado genital. Si se presenta un sangrado posterior al periodo de amenorrea inducido por segufem, se recomienda la consulta y valoración por el médico tratante. Las pacientes con antecedentes o presencia de tumores dependientes de estrógenos (seno, ovario, endometrio o colon) no deben recibir tratamiento con segufem. La paciente portadora de las siguientes entidades puede tener alteraciones en el control y curso clínico de las mismas, cuando recibe tratamiento con segufem: epilepsia, condiciones benignas de los senos, migraña, porfiria, otosclerosis, lupus eritematoso sistémico u otras enfermedades autoinmunes y corea menor. Se recomienda un control estricto en este tipo de situaciones, si el médico decide dar tratamiento con segufem. Manténgase fuera del alcance de los niños. Almacéñese en un lugar fresco y seco, a menos de 30°C. Elaborado y distribuido por Lafranco S.A.S, Cali, Colombia. Registro Sanitario Invima 2020M-001611-RI.