

Menopausia

Transición

La menopausia es una etapa vital natural de la mujer, pero los cambios fisiológicos que en ella se producen pueden tener repercusiones importantes en la calidad de vida. Para controlarlos o aliviarlos, la homeopatía nos ofrece remedios muy variados, que los profesionales de la salud podemos emplear con garantía de seguridad y eficacia.

CONCEPCIÓN CALLEJA

Licenciada en Medicina y Cirugía. Presidenta de la Sociedad Médico Homeopática de Cantabria.
www.homeopatia.net.

La percepción que tiene la mujer de las molestias y cambios fisiológicos asociados a la menopausia es un factor importante, porque a menudo condiciona el impacto que tienen en su vida diaria. Así, una información clara de lo que acontece ayudará a romper tabúes asociados a esta transición fisiológica que no significa, como se cree, el comienzo del envejecimiento femenino. En cualquier caso, y dado que las mujeres cada vez viven más años, nuestro cometido como profesionales de la salud es ayudarlas a vivirlos mejor.

Qué es la menopausia

La menopausia es el cese definitivo de las menstruaciones debido a la falta de actividad de los folículos del ovario¹. Con el paso del tiempo, el concepto de menopausia ha variado mucho. En el siglo XIX se consideraba una enfermedad, pero el desarrollo cultural ha inducido a un cambio de actitud y actualmente muchas mujeres han pasado a considerarla una liberación, pues supone entrar en una etapa de la vida en la que la mujer es todavía joven, está en su plenitud y tiene que dejar de preocuparse de la anticoncepción, del síndrome pre y posmenstrual, así como de otros aspectos relacionados con la etapa reproductiva.

Fases

Según el comité científico de la Organización Mundial de la Salud (OMS)², la menopausia comienza con la última regla, alrededor de los 50 años, pero hay etapas anteriores y posteriores que es preciso definir:

Perimenopausia o climaterio. Abarca desde el período de tiempo inmediatamente anterior a la menopausia, cuando comienzan las manifestaciones endocrinas y biológicas que dan lugar a manifestaciones clínicas y dura como mínimo hasta el primer año siguiente a la menopausia. Abarca la transición de la edad fértil a la no fértil.

Posmenopausia establecida. Es un concepto que sólo puede establecerse retrospectivamente, puesto que abarca los 12 meses siguientes al cese definitivo de las menstruaciones (amenorrea).

Tipos

En función de las causas y el momento de presentación cabe hablar de:

– *Menopausia natural*, que es la que ocurre espontáneamente por el envejecimiento del ovario.

– *Menopausia artificial*, la que se presenta cuando los ovarios son extirpados quirúrgicamente o cuando quedan en un permanente deterioro, secundario a mecanismos físicos o químicos.

– *Menopausia precoz*. La que comienza antes de los 45 años, edad a partir de la cual se considera que puede iniciarse la amenorrea.

– *Menopausia tardía*. La que ocurre tras los 55 años.

Fisiopatología y clínica

El término climaterio viene de la palabra griega *klimakteer*, que significa escalón o cambio drástico² y su origen se halla en la suspensión de la actividad ovárica con la consecuente reducción en la producción de estrógenos.

Lejos de ser un acontecimiento vital temporalmente bien delimitado, la menopausia es un proceso progresivo que se inicia mucho antes de que comiencen las manifestaciones clínicas. Por tanto, es más adecuado definir cada fase del proceso y comentar sus características.

Premenopausia. Los ciclos menstruales son regulares pero se acortan en su fase folicular. Esto ocurre alrededor de los 40 años y es consecuencia de cambios endocrinos que hacen que aumente la hormona foliculoestimulante (FSH siglas en inglés) en la fase folicular. La hormona luteinizante (HL) aumenta en la etapa más cercana a la menopausia. No existe aún afectación estrogénica, pero sí hay una disminución de los péptidos ováricos, y de la inhibina en particular.

Perimenopausia. En esta fase los ciclos ovulatorios descienden, se hacen irregulares y se alternan con ciclos anovulatorios. Encontramos aumen-

tos de las gonadotropinas, y la FSH está más alta que la LH.

Comienzan a ser variables los niveles estrogénicos. La inhibina descien- de aún más en esta etapa y se puede considerar como un marcador muy fiable del número de folículos que quedan en el ovario.

Posmenopausia. Los folículos han de- jado de trabajar, hay un cese en la fun- ción ovárica y no hay apenas produc- ción hormonal. Las concentraciones de estradiol y progesterona son muy bajas. El estroma del ovario sigue pro- duciendo testosterona, por lo que se modifica entonces la relación de es- trógenos y andrógenos. De ello puede derivar, en algunos casos, la aparición de signos de hirsutismo.

Las concentraciones de FSH y LH, que han ido poco a poco aumentando en la perimenopausia, ascienden y se estabilizan. Todos estos cambios en el sistema hormonal dan lugar a síntomas clínicos a corto, medio y largo plazo.

Salud y menopausia

Las consecuencias de la menopausia sobre la salud —y sobre todo, del hi- poestrogenismo asociado a ella— pueden calibrarse a corto, medio y largo plazo:

Consecuencias a corto plazo. En este apartado cabe hablar de:

- Alteraciones neurovegetativas con síntomas de sofoco, sudoración, insomnio y parestesias. Aparecen en el 75% de las mujeres y a la tercera parte les impide desarrollar su vida normal.

- Alteraciones psicológicas como deterioro del estado de ánimo, tenden-



cia depresiva y pérdida de memoria. La valoración de esta sintomatología se puede realizar mediante el Índice Blatt (*Blatt's Menopausal Index*) introducido por Kupperman en 1953. Apli- ca una constante a cada síntoma, que se multiplica por un valor asignado se- gún la intensidad. Con ello obtenemos una puntuación muy útil para valorar la sintomatología climatérica (tabla I).

Consecuencias a medio plazo. La falta de estrógenos se refleja más en el apar- to genitourinario: como el estradiol in- terviene en la formación del colágeno de la piel, las mucosas, el tejido conec- tivo y el tejido óseo, su déficit ocasiona- rá una disminución de la turgencia tisular y de la resistencia a la tracción. Esto, a su vez, puede causar incontinencia urinaria, urgencia miccional, infeccio-

Tabla I.
Índice de Blatt

Síntoma	Constante		Intensidad
Sofocos, sudoración	4	X	0 = Ausente 1 = Ligera 2 = Moderada 3 = Grave
Parestesias	2		
Insomnio	2		
Irritabilidad, nerviosismo	2		
Depresión	1		
Cefaleas	1		
Vértigos, mareos	1		
Artralgias, mialgias	1		
Palpitaciones	1		
Hormigueos	1		
Fatiga	1		

Valoración global: 15-20 = Leve; 20-35 = Moderada; > 35 = Severa

nes urinarias de repetición y dispareunia por vaginitis atrófica. Al haber receptores estrogénicos en la vejiga, el trigono, la uretra, los músculos, el suelo pélvico y la vagina, estos síntomas deterioran la calidad de vida de la mujer que los padece, generalmente joven y con responsabilidades sociales.

Consecuencia a largo plazo. Es entonces cuando aparecen los síntomas y consecuencias más importantes, básicamente asociados al hipoestrogenismo, y considerados problemas de salud pública:

– *Osteoporosis.* La acción de los estrógenos sobre el hueso se resume en que favorecen la absorción de calcio en el intestino, estimulando los receptores específicos en el osteoblasto, activando la producción de matriz ósea y el depósito de calcio en el hueso. La mayor pérdida de masa ósea se produce en los cinco años tras la menopausia.

– *Enfermedad cardiovascular.* La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres posmenopáusicas. Los estrógenos actúan a varios niveles: sobre el metabolismo de los lípidos aumentado el colesterol HDL y reduciendo el colesterol LDL. Este efecto supone un 25% de reducción del riesgo cardiovascular. Tienen un efecto antiaterogénico: el estrógeno se haya presente en todos los pasos de inhibición de la placa ateromatosa. Hay receptores estrogénicos en las arterias coronarias sanas, mientras que en las afectadas por placa ateromatosa son muy escasos.

– *Alteraciones del sistema nervioso central.* En la Reunión de Consenso de la Sociedad Europea de Menopausia en 1995, se postuló que los estrógenos son beneficiosos para la función cognitiva, el comportamiento afectivo, el estado de ánimo, la memoria, la actividad, la regulación de la temperatura corporal, la percepción del dolor y el comportamiento sexual. En función de los conocimientos actuales, podemos concluir que los estrógenos tienen efecto antidepressivo, aumentan el flujo vascular y ejercen un estímulo directo sobre las neuronas³.

Epidemiología

Como consecuencia de la bajada estrogénica¹ en la menopausia, algunas mujeres presentarán síntomas clínicos relacionados directamente con este pro-

blema (un 40% según Studd y Whitehead⁴). La menopausia y posmenopausia se han relacionado con enfermedades y proceso crónicos, pero dicha relación no siempre ha podido ser verificada por estudios epidemiológicos rigurosos. Esto ha hecho que algunas mujeres y profesionales de la salud tengan una visión exageradamente negativa de este proceso y se haya medicalizado en exceso una etapa de la vida que no está condicionada únicamente por el cese de la función ovárica.

El aumento en la esperanza de vida, así como los avances terapéuticos, nos enfrentan a una nueva situación epidemiológica en todas las personas de este grupo de edad, que se caracteriza por un aumento de enfermedades crónicas independientemente de la situación estrogénica de la mujer en particular. Por tanto, es muy importante diferenciar qué síntomas están directamente relacionados con una deficiencia estrogénica y cuáles no, porque todo envejecimiento lleva implícito cambios hormonales a todos los niveles. Debemos ver la menopausia, igual que otras fases de la vida que requieren atención sanitaria, desde una óptica integradora de lo biológico, lo psicológico y lo social. No hay que olvidar que la mayor parte de los cambios que se producen en el organismo durante esta etapa vital son los que se esperan con el paso de los años y que en la edad a la que se produce la menopausia concurren también otros acontecimientos laborales, personales y familiares que pueden afectar a la calidad de vida de la mujer.

Tratamiento farmacológico convencional

La terapia hormonal de sustitución (THS) ha sido hasta hace poco la «panacea» que daba solución a todos los problemas que las mujeres presentan durante esta etapa de la vida. Pero la práctica clínica ha demostrado, con los años, que puede ir asociada a efectos secundarios graves.

Aún hoy es objeto de controversias y debates, pero remitiéndonos a la información que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha facilitado a los profesionales, nos referiremos literalmente a las últimas restricciones aplicadas a sus indicaciones terapéuticas⁵:

«El Grupo de Trabajo de Farmacovigilancia del Comité de Especialidades Farmacéuticas (Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos) y otros grupos europeos donde están representados todos los países de la Unión han revisado en varias ocasiones los datos de seguridad de la THS, acordando a finales de 2002 la información mínima que debían contener todas las fichas técnicas de productos de THS, en la que se incluía información sobre el riesgo de cáncer de mama, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y cáncer de ovario. Recientemente, y a raíz de los nuevos estudios publicados acerca de la seguridad de la terapia hormonal de sustitución, se han analizado nuevamente los riesgos y beneficios a largo plazo de la THS en sus indicaciones autorizadas. Esta revisión ha contemplado los resultados obtenidos recientemente en los estudios Women's Health Initiative Trial (WHI) y Million Women Study (MWS)».

Los resultados del WHI confirman un aumento del riesgo del cáncer de mama en mujeres tratadas con THS. Tibolona también aumenta el riesgo aunque en menor medida. Asimismo, la THS aumenta el riesgo de cáncer de endometrio, el riesgo de enfermedad cardiovascular, de tromboembolismo venoso y de infarto cerebral isquémico. Además la THS no ha demostrado beneficio sobre la esfera cognitiva y sí ha demostrado riesgo de demencia en la senectud.

Esto ha hecho que la AEMPS emita las siguientes conclusiones:

«El balance beneficio/riesgo de la THS es favorable para el tratamiento de los síntomas climatéricos que afectan negativamente a la calidad de vida, siempre que se utilice la dosis mínima efectiva durante el tiempo de tratamiento más corto posible.

El balance beneficio/riesgo de la THS se considera desfavorable para la prevención de osteoporosis como tratamiento de primera línea a largo plazo.

En mujeres sin sintomatología, no está justificado el tratamiento con THS».

Tratamiento homeopático de fondo

Ante los datos expuestos, cabe preguntarse por otros tratamientos que puedan mejorar la calidad de vida de las mujeres que sufren síntomas que

limitan o disminuyen su calidad de vida.

El tratamiento con fitoestrógenos ha dado muestras de eficacia⁶ pero como no es el objeto de este artículo, vamos a centrarnos en el tratamiento homeopático, igualmente indicado y carente de efectos secundarios, independientemente de que muchas veces se utilicen ambas terapias de manera simultánea.

Tras una anamnesis completa y la elaboración de una historia clínica exhaustiva, se prescribirá el medicamento homeopático de fondo más apropiado para cada etapa y cada paciente. Habitualmente se trabaja con⁷:

– *Lachesis mutus*. Para menometrorragias, dismenorrea, problemas circulatorios con accesos de calor, palpitaciones, lipotimias, equimosis espontáneas, intolerancia al calor, hipertensión arterial. También en mujeres que padecen cefaleas congestivas occipitales o suborbitarias izquierdas. Asimismo, se emplea en pacientes con problemas nerviosos, cambios de humor y de comportamiento que alternan la locuacidad con la depresión, mujeres que suspiran mucho, son celosas, sueñan con muertos, serpientes, etc. En ellas todo mejora con el flujo menstrual, así que no es raro que empeore mucho durante la menopausia, cuando las reglas desaparecen.

– *Actea racemosa*. La paciente tratada con *Actea racemosa* es muy parecida a la que recibe *Lachesis*, pero se diferencia en que empeora con las reglas. Es característica la mastodinia, la ovulación dolorosa y el dolor en la musculatura abdominal y dorsolumbar.

– *Sepia*. En la paciente tratada con *Sepia*, la menopausia agrava los problemas circulatorios (hemorroides y varices), y los síntomas psíquicos (gran tendencia a la depresión, astenia, pesimismo, indiferencia hacia todo y todos). Las migrañas se acentúan en la menopausia. La sequedad vaginal y vulvar es acusada, así como las cistitis crónicas.

– *Sulphur*. La mujer que recibe *Sulphur* presenta problemas circulatorios, congestiones localizadas, sensaciones de calor y ardor, accesos de calor o sofocos, vértigos, sensación de cabeza muy pesada e hipertensión arterial que se acentúa en esta etapa.

– *Graphites* tiene una acción preferencial sobre la piel, el aparato digesti-



Fig. 1. *Thuja occidentalis*

vo y el sistema circulatorio (en accesos de calor o sofocos y estasis venosa). También actúa sobre la tiroides, ejerciendo una acción estimuladora en aquellas pacientes que presentan hipotiroidismo. Por tanto, la mujer tratada con *Graphites* tendrá tendencia a la obesidad, predominio de síntomas de tristeza, ansiedad y lentitud en su manera de pensar y en sus decisiones, dolor de senos antes de las reglas y frigidez, con aversión por el coito. Es un medicamento que da muy buenos resultados en menopausia.

– *Thuja occidentales* (fig.1). Mujeres con irregularidades en la regla durante el climaterio (las menstruaciones se adelantan, son abundantes y prolongadas). Dolores de ovarios, sobre todo el izquierdo, que irradian hacia la zona inguinal. Tienen abundante leucorrea, irritante y gran hipersensibilidad vaginal que a veces dificulta el coito. En el terreno psíquico son muy obsesivas, y en particular tienen cancerofobia, así como sensación de fragilidad en todo el cuerpo.

– *Sanguinaria canadensis*. Muy indicado en la menopausia debido a su acción sobre las mucosas, en casos de sequedad, hemorragias, formación de pólipos. Actúa sobre el psiquismo con ansiedad acompañada de agitación e irritabilidad, cierta torpeza, problemas de memoria y dificultad en la concentración. Hay pacientes graves que llegan a presentar delirio de persecución o miedo a ser envenenada. *Sanguina-*

ria actúa sobre el sistema circulatorio que presenta problemas vasomotores, manifestados sobre todo en sofocos, localizados en cara y cuello, rojeces circunscritas a mejillas y orejas muy ardientes y rojas. También actúa sobre sudores, así como migrañas que comienzan en la región occipital e irradian a la región suborbitaria derecha. Su acción sobre el aparato genitourinario hace que esté indicada en mujeres que presentan reglas abundantes, pero en la menopausia está indicada en dos casos muy concretos: metrorragias de sangre roja y brillante que se acompañan de cefaleas características y amenorreas con accesos de calor localizados en la cara, palpitaciones, migrañas y dolores abdominales como si las reglas fueran a venir.

– *Ignatia amara*. Muy indicado en problemas afectivos durante la perimenopausia. Los problemas psíquicos o afectivos se agravan alrededor de la menstruación. La menor emoción o contrariedad dispara los síntomas psíquicos, que a nivel físico se traducirán en sensación de bola en garganta y grandes suspiros.

Tratamiento homeopático específico

A los remedios de fondo se añadirán, según los problemas específicos que presente cada paciente, alguno de los siguientes medicamentos:

Menometrorragias. En las pacientes que padezcan este problema estarán indicados:

– *Sabina* si la hemorragia se acompaña de dolores sacrolumbares o dolores vaginales que irradian hacia el útero y estos síntomas se agravan por el calor y mejoran por el frío o en espacios abiertos.

– *Trillium pendulum* Mujeres con reglas cada 15 días, muy abundantes. Son pacientes que están sangrando casi todo el mes, con las consiguientes lipotimias: desfallecimiento, problemas de vista, acúfenos y síncope.

Tampoco debemos olvidarnos de *Millefolium* (imagen de apertura de este artículo), *Ipeca* y *Phosphorus*, que estarán indicados en todos los casos de fuerte sangrado, y de *Secale cornutum* y *Thlaspi bursa pastoris*, si la sangre es excesivamente oscura.

Problemas circulatorios. Para aliviar las molestias concretas están indicados los siguientes remedios:

– Sofocos. Si van de la garganta a la cara, acompañados de una congestión objetivable y sensación de constricción en el cuello, se recomendará *Lachesis*. *Sepia*, sobre todo por la mañana, en pacientes que no se suelen poner rojas y tienen debilidad que se extiende a todo el cuerpo, acompañada de una gran sensación de desfallecimiento. *Sulphur*, si hay sofocos acompañados de manos y pies ardientes y sudores profusos (por la noche la paciente tiene que salir de la cama y buscar zonas frías). *Sanguinaria* si los sofocos se acompañan de rojez circunscrita a la cara, violentos dolores de cabeza, como en *Sulphur*, pies y manos ardientes. *Glonoinum*, si los sofocos son fuertes, con latidos en todo el cuerpo, da la sensación de que la cabeza va a estallar, se ve claramente el latido carotídeo. *Amylium nitrosum*, si aparecen sobre todo por la noche y la paciente se moja entera teniendo que levantarse de la cama a cambiarse de ropa.

– Hipertensión arterial. Se prescribirá *Aurum metallicum* ante palpaciones violentas y latidos visibles en temporales y carótidas. Este medicamento es de primer orden en un estado lesional del miocardio y en hipertrofia uterina. *Strontium carbonicum* está indicado cuando los problemas se agravan con el sol, tanto

los sofocos como la hipertensión arterial (son pacientes que huyen del sol).

Problemas osteoarticulares. En este ámbito disponemos de dos remedios importantes: *Kalium carbonicum*, para lumbalgias crónicas en mujer múltipara, que siente una fragilidad lumbar característica y presenta un agravamiento de las molestias en reposo y mejoría en movimiento, y *Natrum sulfuricum*, en pacientes cuyos dolores se agravan con la humedad en todas sus formas (mar, piscina, etc.), y también se agravan por reposo y mejoran con el movimiento; son pacientes con lumbalgias, afectación de la cadera derecha y de las rodillas.

Sequedad vaginal. Podremos ayudar a estas pacientes con *Natrum muriaticum*, *Sepia*, *Lycopodium* y *Graphites*. Siempre habrá que individualizar el tratamiento.

Problemas psíquicos. Ya hemos hablado de *Ignatia*, en los casos en los que predominan los problemas de histeria, pero también la labilidad e irritabilidad de carácter la podemos encontrar en mujeres a las que prescribimos *Actea racemosa*, *Lachesis*, *Lilium tigrinum*, y *Platina*, con su miedo a la muerte y su manía religiosa. No es raro encontrar, durante la época climática, dispareunia y disminución del apetito sexual, que requerirán *Graphites* y *Sepia*, pero también aumento, que puede ser tratado si resulta problemático con algunos de los remedios ya mencionados: *Lilium tigrinum*, *Murex purpurea*, *Platina*, *Staphysagria* o *Ambra grisea*. A las pacientes con ideas fijas u obsesivas podrá recomendárseles *Thuya occidentalis*.

Sobrepeso. El aumento del tejido adiposo y el consecuente cambio de silueta afectan especialmente a la mujer de 40-50 años. Si se localiza en la pared abdominal, prescribiremos *Sepia*. Si aparece en todo el abdomen, *Lycopodium*. Si los cambios físicos son vividos como trágicos y desesperados, resultará útil *Platina*, debido a su componente nervioso. La obesidad ginoide tiene un buen tratamiento con *Thuya occidentalis*; la retención hídrica, con *Natrum sulfuricum*; la ralentización metabólica insidiosa, con *Graphites*. En las pacientes con una obesidad tranquila y progresiva y tendencia a la hiperglucemia estará indicada *Calcarea carbonica*.

La menopausia es una etapa natural en la vida de la mujer y considerando que más de un tercio de su vida transcurrirá tras esta etapa, es importante que la mujer conozca los síntomas y signos clínicos que la caracterizan. Para hacer una transición fácil es importante asumir los cambios con naturalidad⁸ y, del mismo modo, controlar adecuadamente los síntomas. □

Agradecimientos

La autora agradece al Dr. Bernat Vanaclocha la amable cesión de las imágenes que ilustran este artículo.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de menopausia y posmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y posmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Comunidad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
2. Martín MJ, Iglesias E. Terapia hormonal sustitutiva en la menopausia. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 1999;23:33-43.
3. Kawata M. Roles of steroid hormones and their receptors in structural organization in the nervous system. *Neurosci Res.* 1995;24:1-46.
4. Studd JW. Menopausia. Barcelona: Ediciones Ancora; 1990.
5. Centro de Farmacovigilancia de Cantabria [portal en Internet]. Santander: El Centro; 1985-2005 [actualizado 21 Sep 2005; citado 23 Sep 2005]. Comunicación sobre riesgos de Medicamentos; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.farmacovigilanciacantabria.com/alertas/Alerta40-enero04.ht>
6. Navarro C, Ortega T, Palacios S. La Menopausia y sus trastornos asociados. En: Infito, editores. Plantas medicinales para la menopausia. Madrid; s.f. p. 12-27.
7. Holtzschcher A, Legros MS. Pratique Homéopathique en Gynécologie. Lyon: Ediciones Boiron; 1994.
8. Medline plus [portal en Internet]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine; 1995-2004 [Actualizado 28 Oct 2005; citado 15 Sept 2005]. The Patient Education Institute; [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medline-plus/spanish/tutorials/menopauseintroductions-panish/og2591s1.pdf>

www.doymafarma.com

Material complementario para suscriptores
FICHAS DE EDUCACIÓN SANITARIA

1 Ficha descargable:

- Qué es la menopausia

Personalizables con el logotipo de su farmacia para entregar como cortesía a sus clientes