

De nuestra hemeroteca

*Un Enfoque Médico de la Perimenopausia. Episodio Importante de la Vida Femenina

**Ma. Eugenia Pulido Álvarez

Resumen

Un artículo que data de hace 20 años le recuerda a la comunidad médica que hay una gran desinformación en torno a la perimenopausia, la menopausia y el climaterio, etapas en las que se encuentran millones de mujeres que enfrentan, por increíble que parezca, un estigma social generado a partir de algunos de los síntomas propios de la disminución hormonal en su organismo.

No todo se resuelve con las terapias de reemplazo hormonal ni con la indiscriminada administración de estrógenos, ya que la transición fisiológica de la mujer a partir del cese de la menstruación presenta una sintomatología individual, interpreta la doctora María Eugenia Pulido Álvarez, una de las investigadoras y catedráticas más prestigiadas en la historia de la medicina homeópata nacional e internacional.

Este trabajo describe los efectos más frecuentes generados por los bajos niveles de estrógenos y define cuáles son los tratamientos convencionales, al tiempo que enfatiza que la Homeopatía puede ser muy útil en esta etapa si forma parte de una “estrategia que comprenda, además de la medicación, una alimentación adecuada, así como actividades y ejercicio regular”.

La Homeopatía, refiere la doctora Pulido Álvarez, es una excelente opción para equilibrar los síntomas psíquicos y somáticos, y es aplicable en microdosis de rango conocido a todas las mujeres sin que exista riesgo alguno para su salud.

Abstract

An article dating back 20 years reminds the medical community that there is a great deal of disinformation about perimenopause, menopause and climacteric stages in which millions of women face, as incredible as it may seem, a social stigma generated from some of the symptoms of the hormonal decline in their body.

PALABRAS CLAVE:

Perimenopausia, Menopausia, Climaterio, Terapia de reemplazo hormonal, Estrógenos, Homeopatía y menopausia, Homeopatía y perimenopausia, Homeopatía y climaterio, Salud femenina.

*Trabajo presentado en el XVII Congreso Nacional de Medicina Homeopática y 2º Foro Nacional “Presencia de la Homeopatía en la República Mexicana”, realizado en la ciudad de Manzanillo, Colima, en julio de 1996. Publicado originalmente en la Homeopatía de México, vol. 65, edición 585 (noviembre-diciembre de 1996).

**Colegio de Médico Cirujanos Homeópatas del Distrito Federal, A.C.; Investigadora de la Sección de Graduados de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, Instituto Politécnico Nacional; presidenta del Consejo Mexicano de Certificación en Homeopatía, A.C. (Comech).

KEYWORDS:

Perimenopause, Menopause, Climaterium, Hormone replacement therapy, Estrogens, Homeopathy and menopause, Homeopathy and perimenopause, Homeopathy and climacteric.

Not everything is solved with hormone replacement therapies or with the indiscriminate administration of estrogens, since the physiological transition of the woman from the cessation of menstruation presents an individual symptomatology, interprets Dr. María Eugenia Pulido Álvarez, one of the researchers and most prestigious professors in the history of national and international homeopathic medicine.

This paper describes the most frequent effects generated by low estrogen levels and defines the conventional treatments, while emphasizing that homeopathy can be very useful at this stage if it is part of a "strategy that includes, in addition to medication, adequate food, as well as activities and regular exercise".

Homeopathy, says Pulido Álvarez, is an excellent option to balance psychic and somatic symptoms, and is applicable in microdosis of known range to all women without any risk to their health.

Antecedentes

La **perimenopausia** como tema de estudio y discusión clínico-terapéutica, nos conduce a reflexionar sobre el hecho de que la población mundial está compuesta en más del 50% por mujeres, que generalmente sobreviven a los hombres y que actualmente en muchos países se ha incrementado su número. A fines de este siglo, millones de mujeres estarán en la perimenopausia (aproximadamente desde los 40 años), la menopausia (desde los 50 años) o en el climaterio (hasta que mueran).

Estas elevadas cifras poblacionales y los fenómenos que regularmente ocurren en esas etapas en el soma y la psique de toda mujer, representan una gran repercusión social con incidencia particular sobre problemas de salud y sus costos.

Sin embargo, y no obstante esta realidad, existe en nuestra sociedad ignorancia y desinformación en relación con la perimenopausia, la menopausia y el climaterio con consecuencias graves para la mujer y para la familia, lo que es evidente si tomamos en cuenta los comentarios y puntos de vista de algunos médicos que opinan que la mujer enferma es una ginecópata ignorada o desconocida, y sobre los hallazgos de psicólogos y psiquiatras infantiles que relacionan mucho de la psicopatología de los niños

con trastornos depresivos, hormonales y perturbaciones de la vida sexual de las madres.

Por otro lado, considerando que la mujer, por su estructura anatómica y funcional es más vulnerable a los cambios hormonales que le provocarán signos y síntomas particulares, existe una tendencia cultural por denigrar a la mujer que está en tales etapas de su vida.

En Estados Unidos de Norteamérica, país que tiene gran influencia en las tendencias médicas a nivel mundial, se han realizado numerosos estudios en el seguimiento clínico de millones de mujeres sujetas a diversos tratamientos, ya que actualmente existen en ese país 45 millones de mujeres menopáusicas, con probable aumento de medio millón por año, según lo muestran sus estadísticas.

Tales estudios son realmente necesarios, y hasta urgentes, en especial si se analizan estadísticas de ese mismo país que demuestran que la mujer es víctima de cirugías mutilantes innecesarias y tratamientos peligrosos producto del interés económico de médicos, hospitales y la industria farmacéutica. Por ejemplo: la cesárea ocupa el primer lugar en frecuencia entre todas las cirugías que se practican en ese país, y la histerectomía ocupa el segundo lugar, la cual se lleva a cabo con más frecuencia en mujeres cuyas edades fluctúan entre los 30 y los 40 años, a pesar que se reconoce que esta cirugía radical

puede ser evitada en un 85% de los casos; es decir, que solamente sería necesaria en un 15%.

Otro ejemplo es el de las terapias de reemplazo hormonal que, con la idea de controlar el conjunto de síntomas que padecen las mujeres desde la perimenopausia, han colocado a los estrógenos como el medicamento número uno en producción a nivel mundial.

Definición y generalidades

En el transcurso de su vida la mujer presenta entre los 35 y 45 años un periodo de transición fisiológica en el que se producen cambios hormonales de origen ovárico, que a la vez provocan cambios funcionales característicos. A este periodo biológico y de acuerdo con el enfoque y la terminología actuales se le ha llamado **perimenopausia**, el cual tiene límites y duración imprecisos, variables de una mujer a otra y que puede durar desde varios meses hasta algunos años. Se inicia cuando el patrón habitual de las menstruaciones se modifica y termina cuando éstas desaparecen, comenzando entonces otra fase de la vida de la mujer, la **menopausia**.

La mujer, en cumplimiento de su destino biológico y de acuerdo con su patrón genético durante la época fértil de su vida va consumiendo la dotación de células foliculares ováricas hasta el punto de ya no haber órgano blanco sobre el que actúen las gonadotropinas hipofisarias folículo estimulante (HFS) y luteinizante (HL), por lo que, a su vez, disminuirán los niveles circulantes de estrógeno y progesterona. Como sabemos, esta secuencia fenomenológica va a seguir disminuyendo con la edad exigiéndole a su cuerpo cambios que la conducirán a otras condiciones y etapas de su vida, diferentes en lo orgánico, funcional y emocional, lo familiar y lo social, hasta el final de sus días.

Las fluctuaciones hormonales durante la etapa perimenopáusica provocan que el endometrio reciba estímulos inconstantes por lo que la menstruación se vuelve escasa e irregular, en periodos a veces más cortos y alejados unos de otros debido a la reducción de la fase folicular, con aumento de la FSH y la LH y disminución en los niveles de estradiol y progesterona ováricos. Algunos de esos ciclos serán ovulatorios, otros anovulatorios y así sucesivamente, hasta que las menstruaciones desaparezcan.

El enfoque médico

Todos esos niveles hormonales fluctuantes dan lugar en la mujer a signos y síntomas **locales y generales** (malas traducciones de obras homeopáticas hablan de síntomas particulares y generales) que representan la respuesta del organismo a la disminución de las secreciones de estrógenos circulantes. Si bien la perimenopausia debe considerarse una fase normal, y, por lo tanto no patológica en la vida de la mujer, se presentan cambios que la paciente relata y que debemos escuchar con mucha atención para darle ayuda, recordándole que no obstante esos trastornos hormonales aún puede ser posible el embarazo.

También es una realidad que el médico debe tomar en cuenta que, aunque llegue a encontrar en la mujer perimenopáusica gran diversidad de síntomas, con mayor o menor agudeza, con frecuencia y gracias a su propia química, podrá salir de esta fase en un par de años.

Niveles bajos de estrógenos y efectos más frecuentes

La reducción brusca de los niveles estrogénicos a menudo provocan trastornos vasomotores que se presentan como bochornos y sudoración, entre otros. Igualmente existen cambios en el comportamiento; fatiga, depresión e irritabilidad se observan con más frecuencia en mujeres que, aunque menstrúan, lo hacen en forma irregular: un mes pueden presentar una menstruación muy abundante y nada al siguiente mes. También pueden desarrollar quistes nodulares en los senos y quistes funcionales en los ovarios, así como fibromas uterinos. De hecho y de acuerdo con las estadísticas, las mujeres entre los 40 y los 50 años constituyen un grupo de alto riesgo para cáncer de mama, de cuerpo y cuello uterino, siendo en particular las obesas las más propensas a padecer además, prolapso urogenital y rectal.

Otra sintomatología temprana que puede presentarse desde el periodo perimenopáusico es aquella provocada por los cambios metabólicos en los que el llamado “colesterol bueno” o lípidos de alta densidad (HDL) disminuyen sus niveles y el “colesterol malo” o lípidos de baja densidad (LDL) empiezan a aumentar, lo que hace que la luz de las arterias

se reduzca y la mujer esté expuesta a enfermedades cardiovasculares. El estrógeno tiene un efecto directo sobre las paredes de los vasos y al disminuir sus niveles, además de los trastornos vasomotores, pueden presentarse otros trastornos y complicaciones a nivel cardiovascular en forma de cuadro agudo, como infarto al miocardio o accidente cerebro vascular. Un poco más a largo plazo, pero también en íntima relación con la baja estrogénica, la osteoporosis se hace más evidente desde la perimenopausia.

Se dice que los estrógenos tienen un efecto químico en el cerebro similar a los antidepresivos, por lo que cuando los niveles de estrógenos disminuyen, puede encontrarse la mujer un poco triste o melancólica, con trastornos en el ciclo del sueño o con cierta irritabilidad y cambios en el carácter, aunque en la mayoría de los casos no de una magnitud clínica patológica. Los estrógenos ayudan a mejorar la circulación cerebral, y si bien no actúan sobre el índice intelectual (IQ) sí sobre la actividad cerebral. La baja de los niveles estrogénicos tiene una actividad negativa sobre las funciones psíquicas, afectando las sinapsis cerebrales.

Debe tomarse en cuenta que todos los síntomas aquí mencionados son más evidentes en las mujeres histerectomizadas y que los trabajos físicos agotadores, las grandes impresiones y los sufrimientos morales, el tabaquismo, el alcoholismo, las dietas adelgazantes exageradas, las radiaciones, algunos fármacos como los corticoides y las cirugías que alteran el aporte sanguíneo a los ovarios, pueden provocar prematuramente tanto la perimenopausia como la menopausia.

Participación profesional, ética y social del médico

Ante estos hechos, no se debe guardar silencio sobre el tema femenino de la **perimenopausia** (entre los 40 y los 50 años) como preludio a la vez de la **menopausia** y del **climaterio**; es anacrónico y peligroso, y somos los médicos los indicados para orientar con inteligencia y profesionalismo a la sociedad en general, y a la mujer en particular, sobre las causas de la aparición de ciertos fenómenos y cómo actuar para lograr una mejor salud, durante los años que aún le queden por vivir.

Todo médico, y en especial el médico homeópata, debe reflexionar sobre el hecho de que

si no actúa bien y a tiempo en casos como los que hablamos, será corresponsable del fracaso en lo relativo a la salud física, emocional y social de las mujeres que hayan puesto en él su confianza. De ahí que conviene constituirnos en aliado incondicional, confidente y consejero, con base en un conocimiento científico. Si llegase a ser necesario, que sepamos derivar el caso hacia otro médico para atención más especializada y que lo hagamos sin abandonar nuestra responsabilidad, asumiendo el compromiso de seguir siendo un aliado que vigile y oriente el tratamiento. Para ello, debemos hacer equipos de trabajo con personal calificado y de nuestra confianza, como son el endocrinólogo, el cardiólogo, el oncólogo, el ortopedista, el psicólogo y el psiquiatra, así como con el nutricionista, el fisioterapeuta y, en forma especial, con el laboratorio de estudios clínicos y de gabinete.

El papel preponderante de la Homeopatía en esta época de la vida de la mujer

La mujer no debe pasar a ciegas estos episodios de su vida y los médicos debemos estar continuamente informados de todo conocimiento y práctica con que podamos auxiliar el tratamiento de las pacientes perimenopáusicas, que debe iniciarse en forma preventiva desde los primeros síntomas. Interesantes en particular serán los antecedentes ginecológicos y obstétricos de cada mujer. Para ello, una cuidadosa anamnesis homeopática será de incalculable valor para conocer con sus distintos matices los signos y síntomas, la constitución física, el terreno, la diátesis, los antecedentes familiares y personales —patológicos y no patológicos—, el tipo de alimentación, las adicciones, la ocupación, las actividades y las posibles iatrogenias, además de un examen físico minucioso complementado con el de laboratorio y gabinete.

Ella misma tendrá que hacer revisión periódica y sistemática de sus senos y prestarse al estudio mamográfico, en especial si ha recibido tratamiento estrogénico; también someterse con regularidad por periodos de seis meses a un año a estudios citológicos del cuello uterino. Esta “prueba pap” o Papanicolaou que se realiza entre los días 11 al 14 del ciclo menstrual será una lectura de células superficiales, intermedias y parabasales, considerada como un índice de feminidad por su relación con los valores estrogénicos, que en la época fértil de la mujer se

considera como óptimo en 80% para las superficiales, 15% para las intermedias y 0% de parabasales. Las dosificaciones hormonales son investigaciones de gran delicadeza que permiten precisar el estado endocrino al conocer los niveles de hormonas folículo estimulante y luteinizante, así como de estrógeno y progesterona.

Indispensables para nuestra valoración son también los índices de colesterol total y la relación entre lipoproteínas de alta y baja densidad, tensión arterial, densitometría ósea o prueba de osteoporosis y la sensibilidad de los huesos, en especial sobre columna vertebral. Se deben descartar, por supuesto, trastornos de tiroides y diabetes.

Desde luego que todo médico sabe, y en particular el homeópata, de la enorme diversidad de los seres humanos en lo orgánico y lo funcional; sin embargo, no debemos olvidarnos de aquello que se considera dentro de lo normal y de los límites compatibles con la vida y la salud, y si bien la principal guía es la que nos proporcionan los síntomas, entender que los miedos, tensiones y cambios de carácter, en particular en esta fase de la vida de la mujer, tienen causas fisiológicas sobre las cuales debemos poner especial atención. Una rutina adecuada en el estudio clínico de la mujer perimenopáusica debe ser la norma para lograr un tratamiento racional y exitoso.

Sobre los tratamientos convencionales

Hay ginecólogos convencidos de que el tratamiento de reemplazo hormonal (TRH) desde la perimenopausia y continuado después a través de la vida, puede prevenir el rápido deterioro del envejecimiento, proporcionar bienestar y prolongar la juventud; de allí que inicien el TRH con dosis bajas de combinaciones de estrógeno-progestina desde los primeros síntomas de la perimenopausia. Saben que este tratamiento puede ser tan benigno como perjudicial, y que tanto los aspectos válidos como los controversiales tendrán que afrontarlos tanto el médico como la paciente.

Se afirma que el tratamiento tiene la cualidad de evitar los bochornos y las sudoraciones nocturnas, de reducir los niveles de colesterol y los riesgos de cardiopatías, así como de prevenir la osteoporosis. Las formas de presentación de los hormonales se han diversificado en píldoras, parches y cremas, y

se ha tratado de reducir el riesgo de cáncer, disminuyendo la dosis.

La paciente debe tomar este tipo de fármacos no sólo en la perimenopausia y la menopausia, sino décadas después, con posibles efectos secundarios que comprenden desde retención de líquidos, náuseas, vómitos, mastalgias, migrañas, mareos y depresión, hasta un creciente riesgo de varias formas de cáncer: los de mama, vinculados con la progesterona, y los de útero, vinculados con los estrógenos. Debido a los probables efectos secundarios, esta terapia está contraindicada en las neoplasias de endometrio, de mama, tromboembolismo, tromboflebitis y hepatopatías graves.

Además de estos evidentes peligros, existe el inconveniente de que cuando la mujer descontinúa el TRH, el proceso de deterioro se reinicia. Sin embargo y a pesar de todo, son ya muchos años en que los médicos han prescrito rutinariamente esta terapia a millones de mujeres en lo que se considera, aun por muchos de ellos, como el más grande e incontrolado ensayo clínico de nuestra época y que seguramente continuará por razones políticas y económicas de gran peso, pues alcanza un mercado anual billonario en dólares.

Son tan persuasivos los beneficios protectores proclamados para los estrógenos que muchos expertos están promoviendo abiertamente el TRH, y es alarmante que se hable a la mujer de tomar estrógenos indefinidamente. La realidad, sin embargo, es que muchas de ellas se niegan a convertir eventos naturales de su vida, como son la perimenopausia y la menopausia, en una enfermedad que exige por décadas la toma de un medicamento. También existe un gran número de ellas que han huido de los estrógenos, al no sentirse bien, aun con preparados hormonales bajos (Premarin 0.625 mg, por ejemplo).

La valiosa alternativa homeopática

La Homeopatía ofrece una perspectiva médica de gran interés y beneficio para las mujeres que acuden a ella. El tratamiento debe hacerse de acuerdo con una estrategia que comprenda, además de la medicación, una alimentación adecuada, actividades y ejercicio enfocados a una mejor calidad de vida. Si el aporte de estrógenos y progesterona implican un riesgo para las mujeres que los toman, la Homeo-

patía no representa riesgo alguno y es aplicable en microdosis de rango conocido a todas las mujeres, no habiendo iatrogenias ni contraindicaciones y contando, además, con un amplio arsenal terapéutico en el que se toma en cuenta la unión indisoluble entre los síntomas psíquicos y los somáticos.

Otro beneficio que ofrece la Homeopatía es el tratamiento preventivo a través de los medicamentos llamados de fondo, o de acción profunda, elegidos de acuerdo con la constitución física y a la tendencia diatésica de cada mujer. En efecto, aunque la medicina clásica acepta la afirmación “de tal madre, tal hija”, sus tratamientos descuidan hasta hoy el concepto de que el terreno individual es hereditario y predominante.

Por otra parte, y no obstante los logros que los homeópatas hemos observado en nuestra práctica médica, no podemos generalizarlos ni hacerlos trascender en forma más importante a la sociedad, porque no hemos hecho estudios controlados demostrativos de los beneficios de la Homeopatía y carecemos de estudios prospectivos relativos al uso y los resultados de estos tratamientos.

La Homeopatía ha contado desde sus orígenes con remedios muy útiles en padecimientos ginecológicos, pero también es un hecho que sus médicos están siempre atentos tanto a los beneficios como a las iatrogenias, y mediante la aplicación del principio de los semejantes han incrementado el número de medicamentos útiles en Homeopatía, precisamente con aquellos de origen hormonal.

El médico homeópata está consciente de que en el estado actual, el conocimiento científico y el desarrollo de la tecnología han permitido elucidar algo del mecanismo de acción de los medicamentos homeopáticos; sin embargo, a través de la experiencia y de los resultados obtenidos en el tratamiento y la prevención de las enfermedades mediante la Homeopatía, ha propuesto diferentes formas de actuar de la terapia homeopática de las que pueden mencionarse las siguientes: **imitativa**, cuando imita el intento curativo del organismo; **catalizadora**, aumentando la eficiencia y rapidez de una reacción curativa; **estimulativa**, cuando impulsa las acciones o reacciones del organismo; **restitutiva**, en las carencias; **eliminativa**, cuando hay excedentes; **reguladora**, cuando ordena, equilibra o restablece funciones o la homeostasis; **sustitutiva**, cuando desplaza; **neutralizadora**, cuando suspende, anula y equilibra y **complementadora**, cuando se suma para terminar la acción curativa.

Sabemos que hablando homeopáticamente, es imprescindible tomar en cuenta la totalidad de los síntomas para la elección del medicamento más semejante, pero el médico no puede dejar de lado toda la información complementaria que tiene en sus manos, que es de gran importancia y significado, aunque lógicamente no está considerada en las materias médicas homeopáticas en términos de la medicina moderna. Es entonces cuando será necesario contar con otros medicamentos, por ejemplo los de origen hormonal, que en forma dinamizada refuercen las acciones terapéuticas, eligiendo para ello: dosis bajas para estimular, medias para regular o altas para frenar. Repitiendo las dosis con más frecuencia en los casos agudos para lograr efectos más rápidos, y dosis más retiradas en tratamientos a mediano y largo plazo para reafirmar y controlar resultados.

El médico homeópata conocedor de la fisiología del episodio perimenopáusico podrá elegir entre los medicamentos homeopáticos de origen hormonal, aquellos que en forma sustitutiva o complementaria auxilién al organismo femenino en sus momentos de desequilibrio provocados por privación o exceso de una hormona respecto a otra. Por ejemplo, para moderar o desaparecer el síndrome premenstrual (SPM) pueden administrarse dosis homeopáticas medias de Progesterona 9CH o 12CH con el propósito de abatir los niveles de prostaglandinas.

Es un hecho que en las mujeres perimenopáusicas hay un empobrecimiento ovárico folicular por lo que hay ciclos anovulatorios y, como consecuencia, niveles altos de gonadotropinas hipofisarias (FSH y HL) y niveles bajos de estrógenos y de progesterona. Imitando al ciclo menstrual se puede dar junto con el “semejante” que resulte, dosis estimuladoras de Folliculinum en dinamodiluciones bajas (5CH-6CH-7CH) desde el primer día del ciclo hasta el 14 o 21, y luego LH también en dosis bajas y cotidianas **hasta la aparición de la menstruación**. La LH podrá ayudar también en los casos en que los ciclos sean muy cortos.

Se menciona que los estrógenos están involucrados en unas 300 funciones corporales, y una de ellas es proporcionar a la vagina fuerza, durabilidad y elasticidad, además de que, al engrosar su revestimiento la hacen también resistente a las infecciones; por lo tanto, será útil la administración de Folliculinum en dosis bajas (5CH) y medias (9CH a 15CH) en mujeres perimenopáusicas que presenten resequead de la vagina y dispareunia y/o frecuentes infecciones vaginales y padecimientos de vías urinarias bajas como disuria e incontinencia.

En relación con medicamentos obtenidos desde los albores de la Homeopatía, como es el caso de Pulsatilla nigricans, no es de asombrarnos su acción en las funciones femeninas estrógeno-dependientes como la fertilidad, la amenorrea, la oligomenorrea y la dismenorrea, al igual que en la esfera mental en cuya actitud sensible, triste y llorosa se manifiesta también un hipoestrogenismo. De la misma manera tendremos que reflexionar sobre la profundidad de los mecanismos de Lachesis, tan frecuentemente indicado y administrado con buenos resultados en trastornos vasomotores.

Las posibles acciones de las hormonas dinamizadas llaman la atención hacia otros medicamentos homeopáticos que sistemáticamente nos han sido muy útiles en los trastornos de la mujer, como: Actea racemosa, tan efectiva en las dismenorreas, lo que nos hace suponer que sea inhibidora de las prostaglandinas que se liberan al inicio de la menstruación así como de la motilidad uterina. La mejor comprensión de los fenómenos hormonales de la mujer nos permiten una aplicación más racional e investigativa de otros medicamentos tan usuales como Apis mellifica, Belladonna atropa, Bryonia alba, Caulophyllum thalictroides, Chamomilla matricaria, Colocynthis cucumis, Gelsemium sempervirens, Ignatia amara, Lillium tigrinum, Magnesia phosphorica, Moschus, Sabina juniperus, Sanguinaria canadensis, Secale cornutum y Sepia tinctoria, entre otros.

Otro de los problemas de mayor frecuencia durante la perimenopausia es el de los **fibromas uterinos**, padecimiento ante el cual **el médico homeópata tendrá que decidir con acierto el tratamiento médico o quirúrgico**, lo que dependerá de si hay o no rápido crecimiento del fibroma, de si el fibroma comprime otros órganos o de que el dolor y el sangrado sean incontrolables. Si esta valoración nos indica que la mejor opción es el tratamiento médico, podemos acudir a medicamentos como Thuja occidentalis, Graphites, Belladonna atropa, Bryonia alba, Conium maculatum, Baryta carbónica y Aurum muriaticum, entre otros.

En este enfoque panorámico sobre la perimenopausia y su tratamiento homeopático no se puede pasar por alto la osteoporosis y la íntima relación que guarda su aparición y desarrollo en la mujer, con los niveles estrogénicos. Este padecimiento suele ser asintomático y silencioso, pero fatalmente se presenta; de ahí la importancia de su consideración desde el punto de vista preventivo y terapéutico, que debe interesar tanto al ginecólogo como al reumatólogo, así como al ortopedista, al geriatra y al endocrinólogo.

En esta enfermedad degenerativa y progresiva del tejido óseo, la mujer es la principal víctima ya que desde los 35 años pierde anualmente en promedio 1% de su masa ósea. Los factores predisponentes considerados como más frecuentes son: el aporte insuficiente de calcio en la alimentación, el sedentarismo, la carencia de estrógenos y la edad. El enfoque homeopático considera, además, como muy importantes el antecedente de su constitución: carbónica, fosfórica, fluorica o sulfúrica, y la de su diátesis miasmática: psórica, luética, sycótica o tuberculínica.

El médico homeópata no debe perder de vista la elevada prevalencia de esta enfermedad en la mujer, ni que el diagnóstico radiológico se logra cuando ya se ha perdido el 30 por ciento de la masa ósea. Desde luego la densitometría es muy útil para detectar a las mujeres que la padecen, para identificar riesgos de fracturas y para evaluar la eficacia de un tratamiento; sin embargo, el médico previsor podrá establecer un diagnóstico más temprano a través del estudio clínico homeopático poniendo especial atención en la edad, la presencia de síntomas perimenopáusicos, cambios en la estatura, presencia de dolores óseos en la espalda con hipersensibilidad local a la presión o a la percusión sobre las apófisis espinosas de las vertebrales dorsales. Este dolor es de tipo agudo, mejorado por el reposo y agravado por cualquier movimiento, estando de pie, por la marcha y de noche. Su aparición brusca al principio llega a hacerse crónica. El médico puede confundir estas manifestaciones con otro padecimiento, si no tiene en mente las características de la mujer perimenopáusica.

En la osteoporosis es importante tomar en cuenta que la tiroidea y la paratiroides participan en la osteogénesis y osteólisis a través de la producción de calcitonina, hormona que actúa como hipocalcemiante e hipofosfatemiante, es decir, que disminuye la concentración sérica del calcio y del fósforo, los cuales retiene dentro de las células óseas favoreciendo la formación de hueso y retardando la acción destructiva de los osteoclastos. Ante estos hallazgos, se la ha administrado para el tratamiento de la osteoporosis en forma inyectable y cotidiana en tratamientos cortos y con reserva, por el peligro latente de provocar tetania por hipocalcemia y reacciones alérgicas por tratarse de un polipéptido.

El médico homeópata podrá administrar la calcitonina en dosis media a la 15CH, una o dos veces a la semana, a fin de mantener en balance positivo la formación del tejido óseo. Para favorecer aún

más su remineralización, podrá administrar en forma suplementaria y a dosis bajas, las calcáreas carbónica, fosfórica y fluórica. Recomendará alimentos ricos en calcio y vitamina D, ejercicio físico, un poco de sol y de todas maneras, minimizar los peligros domésticos o deportivos de fracturas. En el tratamiento y la vigilancia de la osteoporosis se deben mantener en observación los niveles estrogénicos de la mujer en tratamiento y administrar de acuerdo con lo necesario dosis bajas de Folliculinum. La valoración de la función tiroidea es también muy importante, ya que la aceleración metabólica aumenta la fuga de minerales óseos.

Se puede concluir, gracias a toda esta información, la posibilidad que nos ofrecen la comprensión de la fisiología femenina y las técnicas del laboratorio clínico y de gabinete, para mejorar el estudio y el tratamiento racional en la perimenopausia, la menopausia y el climaterio femenino.

REFERENCIAS

- Contreras A. Estudio integral sobre la dismenorrea. La Homeopatía de México. 1987; (505): 2-5.
- Guajardo G. Hipótesis sobre la curación homeopática. La Homeopatía de México. 1989; (522): 5-7.
- Osteoporosis. En: Literatura para Médicos. México: USV Grossman; 1993. p. 1-9.
- Guyton A. Tratado de Fisiología Médica. México: Editorial Interamericana; 1987. p. 925.
- Juárez MA Jr. Efecto de Pulsatilla sobre la fertilidad y desarrollo gestacional de la rata. La Homeopatía de México. 1991; (551): 2-4.
- Holtzschler A, Legros MS. Practique Homéopathique en Gynecologie. Francia: Boiron CEDH; 1994. p. 215-219.
- Murray M. Menopause. Estados Unidos: Prim Publishing; 1993. p. 151.
- Menopausia. En: Praxis Médica, vol X. Madrid: Editorial Praxis Médica; 1993. p. 10.025.
- Osteoporosis. En: Praxis Médica, vol VIII. Madrid: Editorial Praxis Médica; 1993. p. 8.515.
- Sheehy G. Menopause, the silent passage. Nueva York: Pocket Book; 1991. p. 109, 209.
- Zissu R. La Menopause. Le Médecin Homéopathe. 1991; (177): 36-38.