

✉ P. Margarit, J. Vas

Trastornos neurovegetativos de la menopausia y acupuntura auricular

Menopausal neurovegetative disorders and auricular acupuncture

Resumen

Con objeto de desarrollar un método sencillo y sin efectos colaterales para el tratamiento de los síntomas neurovegetativos de la menopausia con acupuntura auricular, se diseñó un estudio cuasiexperimental con una muestra consecutiva de mujeres de edad comprendida entre los 42 y los 65 años de edad, independientemente del tratamiento médico que hubiesen llevado hasta el momento. El tratamiento consistió en la aplicación de acupuntura auricular, entre 1 y 2 veces a lo largo de 15 días y la evaluación de los síntomas neurovegetativos a los 15 y a los 30 días de haber iniciado el tratamiento. Se trataron 17 pacientes con una edad media de 53 años (mínimo 46 y máximo 68) con una media de presentación de la menopausia de 4,5 años. Todos los síntomas neurovegetativos se redujeron al mes de haber iniciado el tratamiento de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Después del ciclo de tratamiento y tras retirar la agujas algunas pacientes continuaron asintomáticas o con poca sintomatología. Haría falta hacer un seguimiento a largo plazo para valorar la efectividad en el tiempo.

Abstract

To develop a simple method to treat menopausal neurovegetative symptoms without collateral effects, a quasi-experimental study was designed with a consecutive sample of women aged between 42 and 65 years, irrespective of any prior medical treatment. The treatment consisted of auricular acupuncture applied once or twice over 15 days. Neurovegetative symptoms were evaluated at 15 and 30 days after the start of treatment. Seventeen patients were treated. The mean age was 53 years (range 46 to 68). The mean number of years since onset of menopause was 4.5 years. All neurodegenerative symptoms were significantly reduced 1 month after the start of treatment ($p < 0.05$). After the treatment cycle and after the needles were withdrawn, some patients continued to be asymptomatic or to have only mild symptoms. Long-term follow-up is required to evaluate the effectiveness of this treatment over time.

Palabras clave

Auriculoterapia, menopausia, trastornos neurovegetativos

Key words

Auricular acupuncture, menopause, neurovegetative disorders.

Introducción

El término climaterio viene del griego *climacter*, que significa escalera, y es una etapa del desarrollo humano que marca la transición entre la edad adulta y la vejez. Durante el climaterio, los ovarios dejan de producir hormonas femeninas, terminando así la etapa fértil de la mujer. Los límites que internacionalmente (Notelovitz, 1993) se han aceptado para esta etapa se inician a los 35 años y terminan a los 65. Según la Medicina Tradicional China corres-

ponde al ciclo de 7×7 (desde los 42 a los 49 años). El climaterio perimenopáusico aparece entre los 42 y los 52 años (promedio de 47 ± 5 años). La menopausia es la fecha específica de la última menstruación, pero que cumpla con el requisito de no volverse a presentar en 1 año completo. Durante el climaterio sucede el último sangrado menstrual, al cual médicamente se le llama menopausia. Si a la paciente, tras una histerectomía no se le extirparon los ovarios no se considera menopausia, la forma de saberlo es por la sintomatología y con un estudio de perfil hormonal. La población de mujeres en periodo perimeno-

✉ Pilar Margarit
Médico. Especialista en auriculomedicina.
Consulta privada. Oliva (Valencia).
pilmargarit@gmail.com

Jorge Vas, MD, PhD
Unidad de Tratamiento del Dolor. Unidad de Gestión
Clínica "Doña Mercedes".
Dos Hermanas. España

páusico con edades comprendidas entre los 42 y los 50 años de edad es cada vez mayor y representa un amplio sector demográfico. En la generación anterior de mujeres, los sofocos, como mayores representantes de los trastornos de la menopausia, estaban presentes de forma excepcional, cosa que actualmente se ha invertido y es excepcional que en la menopausia no aparezca ningún trastorno neurovegetativo¹.

Los tratamientos actuales que oferta la medicina occidental no están exentos de efectos secundarios y riesgos de desarrollar otras patologías, además de ser caros, largos y, en muchos casos, tampoco resuelven el problema²⁻⁴.

La acupuntura auricular como método reflexoterápico se utiliza con fines terapéuticos y diagnósticos. Mediante la estimulación superficial del revestimiento cutáneo podemos manejar una gran cantidad de información, y más tratándose del pabellón auricular, cuya inervación triple (plexo cervical, V par y ramo auricular del X par) lo hace una zona privilegiada. Para entender el alcance de cualquier acción refleja se deberían definir los circuitos neuroaxiales implicados y, dada su enorme complejidad, es a través de los resultados obtenidos cuando buscamos la explicación lógica de éstos⁵.

El objeto de este estudio ha sido desarrollar un método sencillo para los trastornos neurovegetativos de la menopausia, exento de efectos secundarios y que no impida el seguimiento de otros tratamientos.

Metodología

Se diseñó un estudio cuasiexperimental, antes-después, con una muestra consecutiva de mujeres de edad comprendida entre los 42 y los 65 años de edad, independientemente del tratamiento médico que hubiesen llevado hasta el momento, de la patología inherente o de los antecedentes quirúrgicos.

Intervenciones

Para la intervención terapéutica se colocó una aguja semi-permanente (ASP) del tipo chincheta china en la oreja derecha de la paciente y se cubrió con un esparadrapo. Para representar la localización del punto se utilizó una plantilla del sectograma de Romoli en el espacio comprendido entre los rayos B-C que corresponden a los sectores 6, 7, 8, del borde del hélix auricular (fig. 1). La obtención del punto específico se realizó buscando el punto doloroso o sensible por medio del palpador a presión y/o por la señal autonómica vascular. En la primera entrevista se rellenó el cuestionario de síntomas antes de iniciar el primer tratamiento (T0). A los 15 días de la primera sesión se citó a las pacientes para valorar su estado (T1) y en caso de haberse desprendido el implante ASP se vuelve a colocar en el mismo punto o en otro distinto si a la exploración el punto sensible no coincide con el inicial, y si se considera que el resultado puede mejorarse. Tras otros 15 días se efectuó la evaluación final de las pacientes (T2).

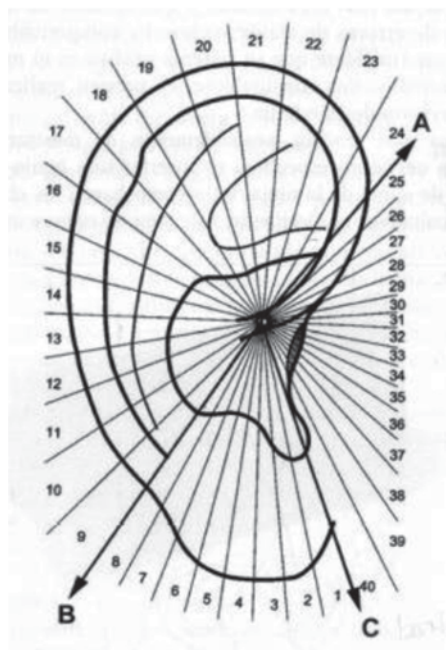


Fig. 1: Sectograma de Romoli.

Durante el tratamiento no se retiró ninguna medicación ni otros tratamientos que se estuvieran siguiendo por parte de la paciente.

Variables de resultado

Se registraron tanto datos sociodemográficos como clínicos de la paciente en la entrevista inicial, además de las diferentes terapias que siguiese la paciente para el control de sus síntomas menopáusicos independientemente del tratamiento experimental con acupuntura auricular.

Para cuantificar la severidad clínica de la sintomatología climatérica se empleó una de las escalas más utilizadas, el índice de Blatt-Kupperman⁶, que valora no sólo la presencia de un síntoma, sino también su intensidad. Hemos aprovechado el mismo razonamiento y procedimiento para medir los síntomas que, a nuestro criterio clínico, son más comunes, frecuentes y que inciden de manera más notoria sobre la calidad de vida de la mujer. Las variables registradas fueron: sofocos durante el día y durante la noche; transpiración durante el día y durante la noche; insomnio de la primera y la segunda parte del sueño; irritabilidad, depresión, y sobrepeso o adelgazamiento. Se asignaron valores 0 y 1 para las variables dicotómicas (no/sí) y a las categóricas se les dio un valor de 0 a 3, siendo 0 = nada, 1 = ligero, 2 = moderado y 3 = intensa.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo con medias y desviación estándar para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas.

Posteriormente se realizó un análisis de las diferentes variables registradas mediante un modelo de regresión lineal

TABLA 1 Frecuencia de aparición de síntomas basales*

	Sofocos diurnos	Sofocos nocturnos	Transpiración diurna	Transpiración nocturna	Insomnio primera parte	Insomnio segunda parte	Irritabilidad	Depresión
Ninguno	1 (7,1)	1 (7,1)	3 (21,4)	4 (28,6)	7 (50)	2 (14,3)	1 (7,1)	11 (78,6)
Ligero	4 (28,6)	2 (14,3)	2 (14,3)	12 (14,3)	1 (7,1)	3 (21,4)	1 (7,1)	
Moderado	3 (21,4)	5 (35,7)	5 (35,7)	5 (35,7)	5 (35,7)	9 (64,3)	5 (35,7)	2 (14,3)
Intenso	10 (71,4)	4 (28,6)	4 (28,6)	3 (21,4)		2 (14,3)	5 (35,7)	

*Los datos expresan n (%).

TABLA 2 Medidas repetidas*

	Basal (T0)	15 días (T1)	30 días (T2)	p T0 frente a T1	p T1 frente a T2	p T0 frente a T2
Sofocos diurnos	2,57 ± 0,85	1,07 ± 0,73	0,36 ± 0,50	< 0,001	0,008	< 0,001
Sofocos nocturnos	1,86 ± 0,95	0,21 ± 0,43	0,07 ± 0,27	< 0,001	0,494	< 0,001
Transpiración diurna	1,71 ± 1,14	1,00 ± 1,11	0,43 ± 0,65	0,195	0,312	< 0,001
Transpiración nocturna	1,50 ± 1,16	0,57 ± 0,65	0,43 ± 0,51	0,019	0,494	0,007
Insomnio primera parte noche	0,86 ± 0,95	0,50 ± 0,76	0,14 ± 0,36	0,288	0,164	0,019
Insomnio segunda parte noche	1,79 ± 0,89	0,57 ± 0,76	0,21 ± 0,43	0,001	0,164	< 0,001
Irritabilidad	2,00 ± 0,96	1,14 ± 0,66	0,36 ± 0,50	0,001	0,017	< 0,001
Depresión	0,36 ± 0,75	0,29 ± 0,61	0,36 ± 0,63	1,000	1,000	1,000

*Los datos se expresan como media ± desviación estándar.

para comprobar las diferencias encontradas en los diferentes momentos de medida (T0 basal, T1 a los 15 días y T2 a los 30 días). Los resultados se han contrastado con un factor intrasujetos que se elaboró a partir de la fecha de la última regla con objeto de comprobar su posible influencia, categorizándola en 3 grupos: 1 año o menos, entre 2 y 4 años, y 5 años o más.

Resultados

Se trató a 17 pacientes con una edad media de 53 años (mínimo 46 y máximo 68) con una media de presentación de la menopausia de 4,5 años. No había constancia de los datos de 3 de las pacientes, por lo que el análisis se efectuó con los datos de 14 pacientes. En el momento de la evaluación basal, el 71,4% (10/14) presentaba sofocos diurnos considerados como intensos; el 64,3% (9/14) sofocos nocturnos entre moderados e intensos; el 64,3% (9/14) transpiración diurna entre moderada e intensa; el 57,1% (8/14) transpiración nocturna entre moderada e intensa; el 50% (7/14) no presentaba insomnio 1; por el contrario, el 78,6% (12/14) presentaba insomnio 2 entre moderado e intenso; el 71,4% (10/14) presentaba irritabilidad entre intensa y moderada, y el 78,6% (12/14) síntomas depresivos (tabla 1). Como tratamientos asociados en el momento del inicio del estudio, el 21,4% (3/14) estaba con tratamiento

hormonal, el 42,9% (6/14) tomaba fitoterapia, el 85,7% (12/14) estaba con tratamientos homeopáticos y el 92,9% (13/14) se trataba con acupuntura.

Tomadas las variables como valores continuos, en una escala de 0 (mínimo) a 3 (máximo), se comprueba cómo evolucionan en los diferentes momentos de medida (tabla 2). En las figuras 2 y 3 se puede comprobar la evolución de los sofocos diurnos y nocturnos en los 3 momentos de valoración: basal, 1; a los 15 días, 2, y a los 30 días, 3, segmentados por la antigüedad de la menopausia, observando que la tendencia es similar en los 3 subgrupos.

Discusión

Basándonos en nuestra experiencia clínica, dada la respuesta favorable para mejorar los trastornos neurovegetativos relacionados en los tratamientos de deshabitación del tabaco, para el tratamiento se decidió elegir el borde de la oreja, en este caso el área comprendida entre la zona caudal del hélix, denominada cola del hélix, y el borde superior, tramo inicial del lóbulo donde ambas estructuras conforman el ángulo hélico-lobular. Otras razones son que en el borde del lóbulo se inscriben las “cicatrices psicológicas” que hacen referencia a conflictos psíquicos que pueden influir o interferir en la curación o la perpetuación de los síntomas en una patología.

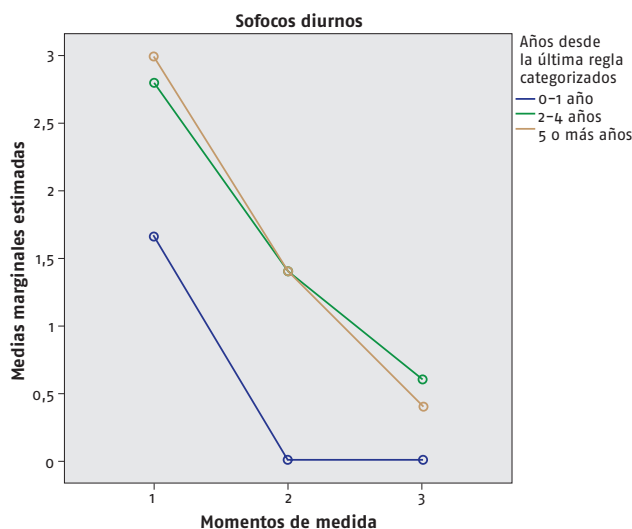


Fig. 2: Evolución de los sofocos diurnos segmentado por antigüedad de la menopausia.

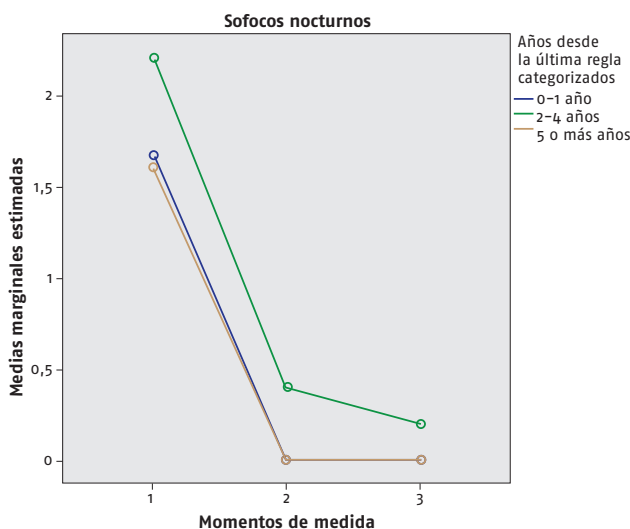


Fig. 3: Evolución de los sofocos nocturnos segmentado por antigüedad de la menopausia.

En la cartografía china se describen en el borde del hélix los puntos Hélix n.º 1 al Hélix n.º 6. Los Hélix n.º 1 a 3 eliminan calor y neutralizan las toxinas, disminuyen la inflamación y el edema. Los puntos Hélix n.º 4 a 6 nutren el Yin y eliminan el calor.

En el ángulo hélico-lobular se localiza el punto “cuerpo amigdalino”, que se corresponde con el Hélix n.º 3, que es la zona que aparece con mayor frecuencia para el tratamiento de los trastornos neurovegetativos de nuestro estudio. En algunas cartografías se distribuye el córtex cerebral en el lóbulo, de manera que dividiendo el lóbulo en 3 partes longitudinales tendríamos que en el tercio posterior se distribuyen los córtex occipital, parietal, temporal y frontal, y en los dos tercios anteriores el córtex prefrontal.

El hecho de elegir los síntomas de sofocos e insomnio y diferenciarlos entre día y noche, nos aporta información que podemos interpretar según la fisiopatología de la medicina china. Los resultados evidencian que los síntomas que mejoran, lo hacen porque se elimina calor yang y/o contribuyen a restablecer el yin de Riñón.

Se descartó medir el número de sofocos puesto que, en general, no se pueden precisar y, lo que es más llamativo para la paciente, es la intensidad y la vivencia de éstos más que la cantidad. Respecto a la libido, aun siendo un síntoma relevante, resulta difícil valorarlo porque nos adentramos en el terreno íntimo, siendo la mayoría de las veces un síntoma “pluridimensional”.

Es de destacar de entre nuestros resultados que la disminución en la transpiración nocturna se produce desde el primer tratamiento, mientras que la diurna cambiará a partir del segundo tratamiento; los sofocos nocturnos mejoran de manera más evidente desde el primer tratamiento, mientras que los diurnos lo hacen paulatinamente, y el insomnio de la segunda parte de la noche mejora de manera más rápida que el de la primera parte. La irritabilidad mejora en paralelo a la mejoría del resto de los síntomas, pero la depre-

sión parece mejorar al principio y permanece igual a lo largo del tratamiento.

Desde el punto de vista de los pacientes, la desaparición de los síntomas nocturnos se valora más positivamente, en parte por la sensación de descanso y sueño reparador.

Conclusiones

Después del ciclo de tratamiento y tras retirar la aguja ASP, algunas pacientes continúan asintomáticas o con poca sintomatología. Haría falta hacer un seguimiento para valorar la efectividad a medio y largo plazo.

En la cartografía, la zona del borde en el ángulo hélico-lobular que hemos empleado hace referencia a estructuras cerebrales de las que debemos inferir su utilización para trastornos hormonales y de neurotransmisores.

Referencias bibliográficas

- Gold EB, Colvin A, Avis N, Bromberger J, Greendale GA, Powell L, et al. Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: study of women's health across the nation. *Am J Public Health.* 2006;96:1226-35.
- Chlebowski RT, Anderson GL, Gass M, Lane DS, Aragaki AK, Kuller LH, et al; Women's Health Initiative Investigators. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. *JAMA.* 2010;304:1684-92.
- Cauley JA, Robbins J, Chen Z, Cummings SR, Jackson RD, LaCroix AZ, et al; Women's Health Initiative Investigators. Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density: the Women's Health Initiative randomized trial. *JAMA.* 2003;290:1729-38.
- Cushman M, Kuller LH, Prentice R, Rodabough RJ, Psaty BM, Stafford RS, et al; Women's Health Initiative Investigators. Estrogen plus progestin and risk of venous thrombosis. *JAMA.* 2004;292:1573-80.
- Gao XY, Wang L, Gaischek I, Michenthaler Y, Zhu B, Litscher G. Brain-modulated effects of auricular acupressure on the regulation of autonomic function in healthy volunteers. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2012;2012:714391.
- Blatt MH, Wiesbader H, Kupperman HS. Vitamin E and climacteric syndrome; failure of effective control as measured by menopausal index. *AMA Arch Intern Med.* 1953;91:792-9.