

## Capítulo 10



# QUÉ OCURRE A TUS CUARENTA AÑOS

¿ESTÁS EN LA DÉCADA de los treinta o cuarenta? Puedes experimentar los síntomas que no esperabas ver hasta la década de los cincuenta: sofocos, problemas de sueño, cambios de humor y periodos increíblemente intensos. ¿Esto ya es la menopausia y solo tienes 42 años? No necesariamente. La menopausia aún puede estar a una década de distancia. Esto se llama *perimenopausia* y sucede una década o más previas a la menopausia.

¿Nunca has oído hablar de la perimenopausia? No eres la única. Investigadoras, periodistas e incluso médicas usan la palabra «menopausia» cuando, en realidad, se refieren a la perimenopausia.

La menopausia y la perimenopausia *no* son lo mismo. Por ejemplo, la menopausia es una etapa en la que tienes niveles de estrógeno bajos. La perimenopausia es una etapa en la que tienes «una montaña rusa de estrógeno» y puedes, ocasionalmente, tener *más* estrógeno de lo que has tenido en toda tu vida.

Aun así, tu médica puede ofrecerte un reemplazo de estrógeno

200  
durante la perimenopausia. ¿Realmente quieres más estrógeno cuando el tuyo ya está aumentando demasiado?

Aclaremos nuestras definiciones primero.

La **perimenopausia** sucede de dos a doce años antes de la menopausia y es cuando eres más propensa a experimentar síntomas.

La **menopausia** es la fase de la vida que comienza un año después de tu último periodo<sup>[341]</sup> y es cuando muchos síntomas se estabilizan.

Puedes esperar estar sana y libre de síntomas durante la menopausia, lo cual es bueno porque esta etapa durará un tercio de tu vida. Podrías enfrentar algunos problemas, que veremos en la sección de «La vida después de los periodos menstruales», más adelante en este capítulo.



**La perimenopausia es más probable que empiece a tus 40, pero puedes notarla al final de tu tercera década.**

¿Cuáles son los cambios de la perimenopausia? Según la endocrinóloga canadiense Dra. Jerilynn Prior, una mujer de mediana edad tiene probabilidades de estar en la perimenopausia si tiene tres de los siguientes nueve cambios, a pesar de disfrutar de ciclos menstruales regulares:<sup>[342]</sup>

- nuevo comienzo de flujo abundante y/o de mayor duración
- ciclos menstruales más cortos (menos de 25 días)
- nuevos dolores, hinchazón o bultos en las mamas
- nuevos episodios de sueño interrumpido
- calambres menstruales más intensos
- inicio de sudores nocturnos, particularmente premenstruales
- migrañas nuevas o claramente más intensas
- altibajos emocionales nuevos o más intensos

- aumento de peso sin cambios en ejercicio o alimentación



**Por favor, consulta el libro de la Dra. Jerilynn Prior *Estrogen's Storm Season: stories of perimenopause*, disponible en el sitio web CeMCOR.<sup>[343]</sup>**

Los cambios de la perimenopausia no son divertidos y pueden aparecer muy rápidamente. Quizás todo va bien en tu vida ajetreada y, de repente, te encuentras con que simplemente no te reconoces. Si buscas la ayuda de tu médica, es posible que te recomiende que lo aguantes o te ofrezca la píldora, estrógenos o un antidepresivo. Ninguno de estos es de mucha ayuda.

«¡Tiene que haber una mejor manera!» —dices. Y afortunadamente sí, la hay. Todo comienza con la comprensión de lo que están haciendo tus hormonas.

## El estrógeno va en una montaña rusa

Contrariamente a lo que has escuchado, el estrógeno no sufre una disminución lenta y gradual a tus cuarenta años. Sería mucho más agradable si así fuera porque entonces podrías experimentar una transición a la menopausia lenta y gradual. En cambio, tu estrógeno está haciendo lo peor posible: está fluctuando salvajemente. Se dispara al doble de lo que era antes<sup>[344]</sup> y luego estrepitosamente desciende hasta casi la nada misma. Y lo está haciendo una y otra vez, ciclo tras ciclo.

Yo lo llamo la *montaña rusa de estrógeno* de la perimenopausia.

Los síntomas de estrógeno elevado incluyen dolor en las mamas, periodos abundantes, retención de líquidos y estado de ánimo irritable. Los síntomas de la disminución de estrógeno incluyen depresión, sudores nocturnos, palpitaciones y sofocos.



**Si tienes ovarios**, pasarás por la perimenopausia — incluso si has tenido una histerectomía y no tienes útero.

### *Podrías estar bien*

No todas ustedes experimentarán síntomas malos. La Dra. Prior estima que solo el 20 % de las mujeres atraviesan altibajos de estrógeno tan dramáticos. Muchas notarán solo unos cambios suaves no muy molestos.

Otras pueden ser lo suficientemente afortunadas como para vivir la perimenopausia como un aligeramiento gradual de sus periodos. En ese caso, tanto el estrógeno como la progesterona sí están en declive, pero definitivamente se pueden adaptar a su nuevo nivel *normal* de hormonas.

## La progesterona se convierte en una deficiencia grave

Al mismo tiempo que el estrógeno está sufriendo altibajos, la progesterona está saliendo tranquilamente de la escena. Es lamentable porque los efectos calmantes de la progesterona habrían hecho mucho más fácil de tolerar la montaña rusa de estrógeno. Recuerda, la progesterona contrarresta los estrógenos previniendo síntomas de exceso de estrógenos tales como los periodos abundantes. La progesterona también protege el sistema nervioso de las caídas en picada del estrógeno.

Ya fue muy difícil producir progesterona a tus veinte y treinta años. Es aún más difícil en la década de los cuarenta porque tus folículos ováricos no están activos o receptivos.<sup>[345]</sup> El cambio de tus folículos es un proceso genéticamente programado, natural y normal. No es porque hayas hecho algo mal, y probablemente no es porque te estás quedando sin óvulos.

Tema especial: Es posible que a las mujeres no se les acaben los óvulos

Solíamos pensar que las mujeres nacen con unos 400 000 óvulos inactivos que se gastan y finalmente se terminan. Las nuevas investigaciones sugieren que esto puede ser incorrecto.

De hecho, puedes tener células madre ováricas que podrían continuar produciendo óvulos nuevos y viables de manera indefinida,<sup>[346]</sup> lo cual biológicamente tendría mucho más sentido. Según el investigador Jonathan Tilly: «No hay ninguna razón concebible por la cual una mujer habría evolucionado para llevar óvulos en mal estado durante décadas antes de intentar quedar embarazada, mientras que los hombres evolucionaron para tener espermatozoides frescos siempre disponibles».<sup>[347]</sup>

Si tienes células madre ováricas, entonces no dejas de ser fértil simplemente porque envejeces. Podrías seguir reproduciéndote, pero no lo haces y los científicos creen que saben por qué. La razón es porque estás genéticamente programada para dejar de reproducirte cuando todavía eres relativamente joven, por lo que puedes dedicar tiempo y recursos a tus descendientes. Se llama «teoría de la abuela»<sup>[348]</sup> y se ha demostrado en orcas, una de las pocas especies que atraviesan la menopausia.<sup>[349]</sup>

Sí, es triste perder la progesterona, pero al mismo tiempo fue grandioso tenerla durante esas pocas décadas.

Así es cómo lo veo: el hecho de que tenemos que perder la progesterona finalmente debe hacernos sentir más agradecidas de haberla tenido. Y más decididas a *no* desactivarla con anticonceptivos hormonales.

¿Qué puedes hacer para suavizar tu paso por la perimenopausia? Resulta que tu mejor estrategia es la que hemos utilizado una y otra vez en todo el libro:

- Apoyar a la progesterona
- Metabolizar el estrógeno
- Reducir la inflamación

La diferencia principal con la perimenopausia es que posiblemente necesites trabajar un poco más duro. También podrías necesitar suplir la progesterona.

Echemos un vistazo.

## Estado de ánimo, sueño y sofocos en la perimenopausia

Los síntomas que más preocupan durante la perimenopausia son los cambios de humor, las alteraciones del sueño y los sofocos. Los tres síntomas provienen de la misma desestabilización subyacente del eje HPA. Y, afortunadamente, los tres síntomas responden a los mismos tratamientos.

Vamos a empezar con estado de ánimo y sueño. Estás bajo mayor riesgo de depresión e insomnio durante la perimenopausia y sucede por un par de razones diferentes. En primer lugar, estás probablemente muy ocupada. Tiene más obligaciones laborales y familiares que en cualquier otro momento en tu vida y eso significa que estás lidiando con más estrés que en nunca. Como si eso no fuera suficiente, tus cambios hormonales te hacen menos capaz de hacer frente al estrés. Todo se resume en la pérdida de progesterona, que es una pérdida de estabilidad para el sistema de respuesta al estrés o eje HPA.<sup>[350]</sup> Recuerda del capítulo 6 que la progesterona te ayudó cada mes a regular el eje HPA y tu sistema nervioso estaba *acostumbrado* a ella.

Ahora, a tus cuarenta, estás perdiendo la progesterona y por eso eres más vulnerable a la ansiedad, la depresión y al insomnio.  
[351]

La buena noticia es que no durará para siempre. Con el tiempo, llegarás a la menopausia, y entonces tu humor debería ser por lo menos tan bueno como cuando eras más joven y puede que

incluso mejor.<sup>[352]</sup> Como lo expone la Dra Jerilynn Prior: «Las mujeres necesitan saber que la perimenopausia termina en una fase de vida más amena y tranquila adecuadamente llamada menopausia».<sup>[353]</sup>

Por ejemplo, un estudio australiano realizó un seguimiento a 400 mujeres menopáusicas durante veinte años y descubrió que el estado de ánimo mejora constantemente con la edad.<sup>[354]</sup> Las investigadoras concluyeron que «las mujeres declaran sentirse fantásticas después de la menopausia».<sup>[355]</sup>

Los sofocos y las palpitaciones cardíacas son otros síntomas de la misma desregulación temporal de tu eje HPA. Responden al mismo tratamiento que voy a describir a continuación.

### Tema especial: La perimenopausia y la intolerancia a la histamina

Durante la perimenopausia, puedes notar otros síntomas extraños de alergia como lagunas mentales, urticaria y congestión nasal. O puedes experimentar un empeoramiento de las alergias existentes como la alergia al polen. No estás imaginando cosas. La combinación de estrógeno elevado y progesterona baja puede empeorar la *intolerancia a la histamina*<sup>[356]</sup> expuesta en los capítulos 6 y 8.

### Tratamiento convencional para el estado de ánimo, el sueño y los sofocos durante la perimenopausia

Los tratamientos convencionales son los antidepresivos, la píldora o el tratamiento con estrógeno —ninguno de los cuales es tan eficaz.<sup>[357]</sup> No aconsejo tomar la píldora y/o estrógeno durante la perimenopausia porque ya es un momento en el que tienes los niveles de estrógeno elevados. Además, no hay evidencia de que tomarlo puede prevenir los picos de estrógeno que caracterizan a la perimenopausia. La progesterona es una

mejor opción, como veremos.

Las dosis bajas de estrógeno pueden ser apropiadas después de que tus periodos finalmente terminen. Consulta la sección de «La vida después de los periodos», más adelante en este capítulo.

Dieta y estilo de vida para el estado de ánimo, el sueño y los sofocos durante la perimenopausia

### *Descanso y autocuidado*

Estás en un momento vulnerable. Tienes permiso para tomarte las cosas con calma y ocuparte de ti, por lo menos hasta que llegues con seguridad a la menopausia. Por ejemplo, puede ser que consideres reducir tus jornadas laborales temporalmente o que busques más ayuda en casa. Regístrate en una clase de yoga. Reserva un masaje. Estar al final de mis cuarenta años finalmente me convenció para meditar regularmente.

### *Reduce el alcohol*

El alcohol perjudica el metabolismo saludable del estrógeno, y eso puede ser un problema cuando tu estrógeno ya se está elevando al doble de lo que tenías antes. El alcohol también disminuye la progesterona<sup>[358]</sup> e interfiere con la acción relajante de la progesterona en el cerebro.<sup>[359]</sup> Podrías eludir las consecuencias con cuatro o cinco bebidas estándar por semana, pero mi experiencia con la perimenopausia es que me siento mejor sin alcohol.

Suplementos y hierbas medicinales para el estado de ánimo, el sueño y los sofocos durante la perimenopausia

El **magnesio** es un poderoso calmante del estrés. Si tomas un suplemento durante la perimenopausia, que sea de magnesio.

**Cómo funciona:** calma el cerebro, regula el eje HPA y promueve el sueño.

**Qué más necesitas saber:** recomiendo 300 mg de glicinato



de magnesio con la comida. Prescribo magnesio para casi todas las pacientes perimenopáusicas y, generalmente, lo prescribo junto con el aminoácido taurina.

La **taurina** es un aminoácido que calma el cerebro y estabiliza el eje HPA.

**Cómo funciona:** tiene un efecto tranquilizador similar al neurotransmisor GABA.

**Qué más necesitas saber:** la taurina solo puede obtenerse de productos animales, por lo que corres el riesgo de deficiencia si eres vegetariana. Además, se agota por los estrógenos, por lo que, como mujer, necesitas más taurina que los hombres. [360] Puede que necesites complementarla. Te recomiendo 3000 mg por día junto con magnesio.

La **vitamina B6** es el increíble tratamiento de SPM que analizamos en el capítulo 8. Tiene beneficios similares para los síntomas del estado de ánimo de la perimenopausia.

**Cómo funciona:** promueve el metabolismo sano del estrógeno y realza el GABA.

**Qué más necesitas saber:** recomiendo de 20 a 150 mg diarios.

La **ashwagandha** (*Withania somnifera*) es una hierba medicinal que reduce la respuesta al estrés.

**Cómo funciona:** estabiliza el eje de HPA y también tiene efectos ansiolíticos directos y promotores del sueño (por eso el nombre latino *somnifera* o «inductor del sueño»).

**Qué más necesitas saber:** la cantidad exacta de dosis de la hierba depende de la concentración de la fórmula, así que por favor tómalas como se indica en el envase. Las dosis se extienden de 300 a 3000 mg y se pueden tomar en una fórmula que contenga otros adaptógenos tales como la *Rhodiola*.

El **Ziziphus** es una hierba sedante prescrita tradicionalmente para la perimenopausia.

**Cómo funciona:** es un sedante no adictivo.<sup>[361]</sup>

**Qué más necesitas saber:** a menudo se combina con magnolia (*Magnolia officinalis*) para un efecto más fuerte.  
<sup>[362]</sup> Tómala como se indica en su envase.

La **progesterona micronizada o natural** es útil para el insomnio y los sofocos de la perimenopausia.<sup>[363]</sup>

**Cómo funciona:** mejora significativamente el sueño reduciendo la ansiedad<sup>[364]</sup> y actuando directamente sobre los centros de sueño del cerebro.<sup>[365]</sup> La progesterona también puede aliviar sofocos modulando la actividad del hipotálamo.

**Qué más necesitas saber:** puedes utilizarla en crema o en cápsula, pero la cápsula funciona mejor para dormir. La ingesta de progesterona significa que una mayor cantidad de esta hormona se convierte en el metabolito sedante alopregnanolona (ALLO). Las cápsulas de progesterona se llaman progesterona micronizada y pueden prescribirse como una cápsula compuesta o la marca Prometrium<sup>®</sup>.

Tómala durante las últimas dos semanas de tu ciclo a la hora de acostarte porque te dará sueño. Para obtener más información, consulta el trabajo de la Dra Prior, «Progesterone for Symptomatic Perimenopause Treatment» (progesterona para el tratamiento sintomático de la perimenopausia).<sup>[366]</sup>

*Lista de control para el estado de ánimo, sueño y sofocos de la perimenopausia*

- Hacer tiempo para ti.
- Reducir o eliminar el alcohol.
- Considerar tomar magnesio, taurina y progesterona micronizada.



Mi «*receta de rescate*» para el estado de ánimo perimenopáusico y problemas de sueño es magnesio más taurina más progesterona micronizada.



### Lori: Receta de rescate para la perimenopausia

Lori tenía 47 años cuando se chocó contra lo que llamó «la pared».

—Empecé a sentirme ansiosa —me dijo—. De la nada. Y de repente, no puedo dormir. Logro dormirme pero me despierto sobresaltada unas pocas horas más tarde.

Lori tenía una vida ocupada, así que pronto empezó a desesperarse. Fue a ver a su médica y le recetó un antidepresivo.

—No creo que esté depresiva —dijo—. Nunca antes he tenido un problema. Siento que algo realmente ha cambiado en mi cuerpo.

Le pregunté a Lori acerca de sus periodos y ella dijo que venían muy seguidos y que eran más abundantes de lo que solían ser. Tuve una idea bastante clara de lo que estaba sucediendo.

Pedí un par de análisis de sangre. El primero fue de tiroides, que dio normal, el segundo fue la prueba del día 3 para medir la FSH u hormona estimulante del folículo. Es la prueba de la menopausia y dio un valor normal de 18 mUI/mL.

Hablamos un poco más sobre sus síntomas. Lori tenía el nuevo síntoma de dolor mamario antes de sus periodos y comenzó a notar un ligero aumento de peso.

—Estás en la perimenopausia —dije—. Tus hormonas están fluctuando de forma muy drástica, pero la menopausia en sí misma no llegará hasta dentro de cinco años.

Lori: —No puedo pasar por esto cinco años más.

Lori comía bien; hacía ejercicio e incluso meditaba quince minutos al día. Sentí que Lori ya estaba haciendo todo bien, pero necesitaba algo más. Le ofrecí mi «receta de rescate», que es un polvo con magnesio y taurina, y le pedí que hablara con su médica para tomar Prometrium<sup>®</sup> de acuerdo con las pautas de la profesora Prior para la perimenopausia. La primera noche que Lori tomó Prometrium<sup>®</sup> durmió profundamente durante ocho horas y continuó sintiendo un constante retorno a su estado normal.

¿Notaste que el análisis de sangre de la FSH para la menopausia de Lori fue «normal»? Ella no estaba en la menopausia, sino en la perimenopausia, que no se puede detectar con un análisis de sangre. Si la FSH de Lori hubiera sido alta, de 80 mUI/mL, entonces habría predicho que pronto su menstruación dejaría de venir. Dadas las circunstancias, el análisis de FSH era normal, así que supe que Lori probablemente iba a seguir menstruando por unos cuantos años más. Pero eso no significaba que todo estaba bien. Tenía síntomas de perimenopausia y tenía 47 años. Necesitaba ayuda.

La razón principal por la que pedí los análisis de sangre de Lori era para comprobar su tiroides.

### ¿Es perimenopausia, tiroides o ambas?

La enfermedad de tiroides puede parecerse y sentirse de forma muy similar a la perimenopausia. Por ejemplo, ambas afecciones pueden causar depresión, insomnio, aumento de peso, periodos irregulares, periodos intensos, sofocos y sobre todo lagunas mentales o dificultad para concentrarse.

Podrías tener perimenopausia, enfermedad de la tiroides o puede que ambas. Alrededor del 26 % de las mujeres perimenopáusicas también tienen enfermedad tiroidea autoinmune.<sup>[367]</sup>

Si piensas que estás sufriendo síntomas de la perimenopausia, necesitas también descartar tiroides.



Rae: ¿Estoy en la menopausia precoz?

Pude ver que Rae estaba preocupada. Ella había traído a su pareja Sam a nuestra cita y él también parecía bastante preocupado.

—Mis periodos se han vuelto locos —me dijo, es decir, sus periodos eran ahora muy irregulares—. Estoy perdiendo pelo y tengo sudores nocturnos.

Rae hizo una pausa, y finalmente me preguntó— ¿Estoy en la menopausia precoz?

Rae tenía sólo 34 años.

—Probablemente no —dije, porque la menopausia prematura no es común—. Pero vamos a hacer un análisis de sangre para averiguarlo.

Como sospeché, la FSH de Rae estaba muy bien, en 8 mUI/mL. Su TSH, por el contrario, era de 45 mUI/L lo cual significaba que tenía hipotiroidismo o tiroides hipoactiva.

Explicué a Rae que el hipotiroidismo era la causa de sus periodos irregulares y los sudores nocturnos, por lo que le recomendé que consultara a su médica, que le recetó tiroxina u hormona tiroidea. Después de dos semanas con medicamentos para la tiroides, los sudores nocturnos de Rae desaparecieron. Después de tres meses, recuperó el periodo regular.



*TSH*

TSH (hormona estimulante de la tiroides) es la hormona pituitaria que estimula la glándula tiroides. Es la prueba estándar para la disfunción de la tiroides y debe estar entre 0,5 y 4 mUI/L.

A Rae le fue bien con las pruebas básicas de tiroides y la medicación tiroidea tiroxina. Dependiendo de tu situación, es posible que necesites pruebas adicionales de tiroides y un tipo

diferente de medicamento para la tiroides. Consulta a la sección de «Enfermedad de la tiroides» en el capítulo 11.



**La progesterona apoya a la tiroides.** Si estás perimenopáusica y tu tiroides está un poco baja, puedes beneficiarte de la progesterona natural, que aumenta la hormona tiroidea.<sup>[368]</sup>

## El sangrado menstrual abundante de la perimenopausia

El sangrado menstrual intenso se define como una pérdida de sangre superior a 80 ml (dieciséis tampones regulares) o que dura más de siete días. Puede ocurrir a cualquier edad, pero puede empeorar especialmente durante la perimenopausia y convertirse en *inundaciones menstruales*, que es un sangrado tan abundante que traspasa la compresa o el tampón.

### *¿Tienes una condición médica?*

El sangrado menstrual abundante puede ser secundario a una condición médica como la enfermedad de tiroides, trastornos de la coagulación, fibromas o adenomiosis. Hablamos de esas afecciones comunes en el capítulo 9 y es común que sean poco diagnosticadas.

Vale la pena preguntarle directamente a tu médica; «¿Me has hecho análisis para la enfermedad de la tiroides? ¿Y para un trastorno de coagulación?» Y finalmente, «¿Tengo adenomiosis? ¿Podría ver una copia de mi informe de ecografía?»

Véase la sección «Cómo hablar con tu médica» en el capítulo 11.

### *Hay mucho en juego*

El sangrado menstrual abundante de la perimenopausia puede llegar a agravarse y, si no se trata, puede incrementarse al punto de requerir cirugía. Cuando comencé a ejercer hace veinte años, muchísimas de mis pacientes en sus cuarenta años habían perdido sus úteros por histerectomía como tratamiento para el

sangrado abundante.

Afortunadamente, hoy en día hay opciones mejores —tanto convencionales como naturales.

Tratamiento convencional para el sangrado menstrual abundante de la perimenopausia

### *Ibuprofeno*

Como vimos en la sección «Periodos intensos» del último capítulo, el ibuprofeno puede reducir el flujo menstrual a la mitad. Es una solución simple y práctica y un buen primer paso mientras trabajas en los otros tratamientos. Tómallo en los días intensos junto con la comida para disminuir el riesgo de irritación estomacal.

### *Anticonceptivos hormonales*

El tratamiento convencional incluye la píldora y el DIU Mirena<sup>®</sup>. Funcionan porque las progestinas reducen el grosor del revestimiento uterino. Cabe destacar que la progesterona micronizada o natural hace lo mismo, pero sin los muchos efectos secundarios de las progestinas sintéticas.



**La combinación de ibuprofeno más progesterona micronizada** es altamente efectiva para los periodos abundantes de la perimenopausia y funcionará para la mayoría de ustedes. Consulta «Managing Menorrhagia without Surgery» (Lidiar con la menorragia sin cirugía) en la plataforma CeMCOR de la Dra Prior.<sup>[369]</sup>

Deberías ver los resultados con progesterona micronizada y el tratamiento natural incluidos más adelante en el capítulo. Si no es el caso y crees que necesitas algún tipo de anticonceptivo hormonal, entonces considera el DIU Mirena<sup>®</sup>. Es mejor que la píldora por las razones que se discuten en el capítulo 2. La Dra Jerilynn Prior recomienda evitar el anticonceptivo oral durante la perimenopausia.

### *D y C (dilatación y curetaje)*

D y C es la extirpación quirúrgica de una parte del revestimiento uterino. Se realiza bajo anestesia general.

La idea es que quitar el revestimiento del útero engrosado reducirá el flujo, pero no da ningún beneficio duradero. Tan pronto como el revestimiento del útero vuelva a crecer, el flujo aumentará de nuevo. Por este motivo no lo recomiendo.

### *Ácido tranexámico (Lysteda<sup>®</sup>)*

El ácido tranexámico es un medicamento que aumenta la coagulación de la sangre. Tu médica puede dártelo como medicina de emergencia durante el flujo muy abundante o puede pedirte que lo tomes cada periodo. Lleva un pequeño riesgo de embolia pulmonar y trombosis venosa profunda (coágulos sanguíneos).

### *Ablación endometrial*

La ablación endometrial es la destrucción quirúrgica del revestimiento uterino. Se realiza bajo anestesia general y destruye la fertilidad, por lo que solo es una opción si no quieres tener más hijos.

Tus hormonas todavía funcionan normalmente en los ciclos después de la ablación, pero no se desarrolla el revestimiento uterino, así que tendrás muy poco o nada de sangrado. No funciona para todas las mujeres y el efecto dura solo unos cinco años. Después, el revestimiento puede volver a crecer. Alrededor del 22 % de las mujeres tienen que repetir la intervención y muchas de ellas llegan a requerir una histerectomía igualmente. [370]

La ablación puede atrapar la sangre detrás del tejido cicatricial, lo que puede causar dolor pélvico a largo plazo. Esa complicación es más probable que ocurra después de la ligadura de trompas y se estima que afecta hasta un 10 % de mujeres que se someten a la ablación. [371]

La ablación endometrial no es ideal, pero, en mi opinión, es



preferible a la histerectomía.

## *Histerectomía*

La histerectomía (extirpación quirúrgica del útero) ha sido el tratamiento médico estándar para el sangrado abundante durante generaciones. Sigue siendo a veces necesario, pero animo a mis pacientes a conservar su útero en la medida de lo posible.

Un estudio indica que la histerectomía duplica el riesgo a largo plazo de prolapso vaginal e incontinencia urinaria.<sup>[372]</sup> También puede afectar negativamente tu respuesta sexual y tu capacidad para alcanzar el orgasmo, especialmente si también te extirparon los ovarios.

Por otro lado, si una histerectomía alivia el dolor y el sangrado, entonces puede mejorar tu disfrute sexual.

Recuerda que hay dos tipos de histerectomía: *histerectomía total*, cuando la cirujana extirpa el útero y cuello del útero y posiblemente los ovarios, e *histerectomía parcial* cuando la cirujana quita el útero pero deja el cuello uterino.

La extirpación de los ovarios causa la menopausia quirúrgica, que analizaremos más adelante en este capítulo. Es diferente de la menopausia normal y puede ponerte en riesgo de depresión, enfermedades del corazón y muchas otras complicaciones a largo plazo. La Clínica Mayo recomienda que *no* se extirpen los ovarios excepto en casos de muy alto riesgo.

La extirpación del útero, pero no de los ovarios, *no* altera tus hormonas ni provoca menopausia. También podrás beneficiarte con la reparación natural del periodo.

Tema especial: Seguimiento de los «periodos virtuales» después de una histerectomía

Si todavía tienes tus ovarios, entonces todavía tienes un ciclo y tienes un «periodo virtual».

Por ejemplo, todavía puedes ovular y pasar por una fase

premenstrual en la que te sientes un poco irritable y con dolores de cabeza. Luego llegará un *día de alivio*, que es cuando caen tus hormonas, y sangrarás como si tuvieras útero.

Ese día de alivio es el «día 1» y puedes tratar de rastrearlo con tu *app* para la menstruación.

En algún momento después de una histerectomía, llegará la menopausia. Probablemente sucederá a la edad en que habrías pasado la menopausia de todos modos.

Dado que ya no menstrúas, no puedes reconocer que has llegado a la menopausia. Vigila los síntomas como sofocos y sequedad vaginal, y pídele a tu médica un análisis de FSH. Una FSH mayor de 40 UI/L marca el inicio de la menopausia.

### *Está bien recurrir al tratamiento convencional*

Aun realizando tus mejores esfuerzos, puedes requerir cirugía o tratamiento médico para el sangrado menstrual abundante. No es un fracaso tuyo. No se puede pretender que soportes periodos muy intensos por mucho tiempo. Aún vale la pena probar el tratamiento natural porque hay muchas posibilidades de que funcione y, aunque no lo haga, igualmente te beneficiarás de sus efectos de equilibrio hormonal.

Ahora echemos un vistazo a las opciones de tratamiento natural. Muchos son los mismos que discutimos en la sección «Periodos intensos» del último capítulo.



**El tratamiento natural para periodos menstruales intensos** funciona como prevención, no como un tratamiento de urgencia. Una vez que un sangrado abundante está en proceso, no hay nada natural que pueda detenerlo. Se puede tomar ibuprofeno para reducirlo y la mayoría de las veces el sangrado se detiene solo.

Si te sientes mareada o con malestar, consulta a tu médica. Puede que necesites el medicamento para la coagulación ácido tranexámico (Lysteda<sup>®</sup>).

## Dieta y estilo de vida para el sangrado menstrual de la perimenopausia

### *Evita los lácteos de vaca*

Como ya comentamos en el capítulo 9, los lácteos pueden provocar periodos más intensos.

### *Reduce el alcohol*

El alcohol aumenta la exposición a los estrógenos, deteriorando la capacidad del hígado para metabolizarlo. Más estrógeno significa un periodo más intenso.

### *Mantén las bacterias intestinales sanas*

Las bacterias intestinales sanas escoltan el estrógeno de manera segura fuera de tu cuerpo. Necesitas un metabolismo del estrógeno saludable, no solo para reducir el flujo menstrual sino también para aliviar otros síntomas de exceso, como irritabilidad y dolor mamario.



**Para una discusión completa sobre dolor mamario y mamas fibroquísticas, consulta el capítulo 8.**

### *Consume fitoestrógenos*

Los fitoestrógenos te protegen del estrógeno al bloquear los receptores de estrógeno y promover el metabolismo saludable del estrógeno.

## Corrige la resistencia a la insulina

La resistencia a la insulina aumenta el riesgo de los periodos abundantes de dos maneras.

- La insulina elevada espesa directamente el revestimiento del útero.
- La insulina elevada puede deteriorar la ovulación y por lo tanto para causar progesterona baja.

Consulta la sección sobre resistencia a la insulina en el capítulo 7 para obtener más información sobre tratamientos.



**Si tuviste resistencia a la insulina y SOP** cuando eras más joven, es probable que todavía las tengas ahora. El SOP no termina con la menopausia.

## Ejercicio

El ejercicio mejora la sensibilidad a la insulina, promueve la eliminación saludable de estrógeno a través de la transpiración.

## Suplementos y hierbas medicinales para el sangrado menstrual de la perimenopausia

La **cúrcuma** aligera la menstruación, como se explica en el capítulo 9.

El **hierro** corrige la deficiencia de hierro causada por los periodos abundantes, y también puede *aligerar* la menstruación.

El **calcio D-glucarato** promueve el metabolismo saludable del estrógeno. Lo vimos primero en el capítulo 8 como tratamiento para el SPM.

**Cómo funciona:** el glucarato ayuda con la desintoxicación de estrógenos de dos maneras. En primer lugar, se une al estrógeno en el hígado y lo desactiva. En segundo lugar, inhibe la *beta-glucuronidasa*, que es la enzima producida por las bacterias del intestino que provoca que los estrógenos sean reabsorbidos.

**Qué más necesitas saber:** te recomiendo de 1000 a 1500 mg por día. También puede ayudar a prevenir el cáncer de mama. [373]

La **progesterona micronizada o natural** hace que los periodos sean más ligeros.

**Cómo funciona:** reduce el grosor del revestimiento del útero, igual que las progestinas sintéticas como norestisterona (Primolut<sup>®</sup>) y medroxiprogesterona (Provera<sup>®</sup>). Pero la progesterona es un tratamiento mucho más agradable porque también es calmante para el estado de ánimo y el sueño.

**Qué más necesitas saber:** una cápsula de progesterona como Prometrium<sup>®</sup> funciona mejor que una crema tópica. La dosis estándar según la Dra. Jerilynn Prior es tomar una cápsula de progesterona a la hora de acostarse durante las últimas dos semanas de tu ciclo. Para obtener más información, consulta el trabajo de la Dra Prior, «Progesterone for Symptomatic Perimenopause Treatment» (progesterona para el tratamiento sintomático de la perimenopausia). [374]

### *Lista de control para reglas abundantes o menorragia de la perimenopausia*

- Descartar una causa médica como la enfermedad de la tiroides o ademoniosis.
- Pensar en tomar ibuprofeno en tus días de flujo intenso.
- Reducir o eliminar el alcohol.
- Evitar los lácteos de vaca.
- Considerar tomar hierro, cúrcuma y calcio D-glucarato.
- Considerar tomar progesterona micronizada o natural.
- Consultar la sección de «Periodos abundantes» en el capítulo 9.

### *La vida después de la menstruación*

Si tienes la impresión de que la menopausia es difícil, es porque *la transición* a la menopausia puede ser difícil. La menopausia

en sí misma puede ser fácil y puede no requerir ningún tratamiento en absoluto.

Durante la menopausia, tendrás mucho menos estrógeno y progesterona que antes —aunque igualmente tendrás *algo*. Por ejemplo, producirás una cantidad pequeña de estrógeno y de progesterona de ambos ovarios y de las glándulas suprarrenales. También vas a producir estradiol procedente de la hormona suprarrenal DHEA *dentro de tus células*.<sup>[375]</sup>

En conjunto, deberían ser suficiente hormonas para mantenerte bien, especialmente una vez que hayas tenido la oportunidad de adaptarte.

No puede decirse lo mismo de la menopausia precoz o menopausia quirúrgica. Son circunstancias que casi siempre requieren tratamiento hormonal.

### Menopausia precoz

La menopausia precoz, también llamada *una falla ovárica prematura* o *insuficiencia ovárica primaria*, se define como la pérdida de la función ovárica antes de los 40 años. Se diagnostica a través del análisis de sangre de la FSH y afecta a aproximadamente una de cada 100 mujeres.<sup>[376]</sup>

Los factores que contribuyen a la insuficiencia ovárica primaria son la genética, la enfermedad autoinmune y la endometriosis.<sup>[377]</sup> En la mayoría de los casos, la causa es desconocida.

Si has entrado en la menopausia prematura, es probable que necesites terapia hormonal para la menopausia.

### Menopausia quirúrgica

Perder los ovarios en una cirugía no supone una menopausia normal. Por un lado, experimentarás un rápido descenso hormonal que es muy diferente de la menopausia y puede causar síntomas fuertes, tales como sofocos.

También, con la menopausia quirúrgica tendrás bajos niveles de hormonas en comparación con las mujeres en la menopausia

natural. Eso te pondrá bajo mayor riesgo a largo plazo de una enfermedad cardíaca,<sup>[378]</sup> demencia,<sup>[379]</sup> osteoporosis,<sup>[380]</sup> y algunos tipos de cáncer.<sup>[381]</sup> También es probable que sufras una mayor reducción de la libido y de la función sexual en comparación a las mujeres menopáusicas con ovarios.<sup>[382]</sup> La terapia hormonal puede ayudar, pero no puede compensar por completo.<sup>[383]</sup>

Conserva tus ovarios, si puedes. Sé que no siempre es posible. Consulta con tu médica.

## Problemas que pueden surgir en la menopausia

### *Sofocos*

Los sofocos pueden empezar durante la perimenopausia o después de tu última regla. Si tus sofocos comienzan durante la perimenopausia, entonces podrían durar hasta diez años.<sup>[384]</sup> Si se inician después de tu último periodo menstrual, probablemente durarán solo un par de años. De cualquier manera, es posible que necesites tratamiento.

La combinación de magnesio y taurina más progesterona funciona bien para los sofocos menopáusicos,<sup>[385]</sup> como las hierbas medicinales cohosh negro y salvia. Si los sofocos son bastante intensos, puede que necesites una dosis baja de un suplemento de estrógeno como un parche de estradiol natural (véase abajo).

### *Sequedad vaginal, disminución de la libido e infecciones de la vejiga*

Después de la menopausia, es posible que experimentes algo llamado *atrofia vaginal*, lo que significa que el tejido de la pared vaginal se vuelve más delgado y seco. Puede causar una gama de síntomas incluyendo:

- disminución del deseo, excitación y orgasmo
- coito doloroso
- mayor frecuencia de infecciones vesicales

- emisión involuntaria de orina
- prolapso pélvico.

El tratamiento convencional es un pesario vaginal de baja dosis de estradiol (Vagifem<sup>®</sup>), el cual recomiendo. También existe la opción de una crema vaginal con la hormona DHEA.<sup>[386]</sup>

Un tratamiento no hormonal para la atrofia vaginal es el suplemento nutricional de aceite de espino que se toma por vía oral.<sup>[387]</sup>

### *Aumento de peso*

En la menopausia, puedes aumentar de peso en la zona de la cintura. Es porque has perdido el efecto sensibilizante de insulina del estradiol y por lo tanto tienes un mayor riesgo de resistencia a la insulina.<sup>[388]</sup> Para combatir esto, por favor, implementa las estrategias de tratamiento en la sección «Resistencia a la insulina» del capítulo 7. También puedes probar un parche de estradiol de baja dosis (véase abajo) para mejorar la sensibilidad a la insulina.



La **resistencia a la insulina después de la menopausia** también puede causar síntomas de exceso de andrógenos similares al SOP. Para ideas de tratamiento, consulte el Tratamiento antiandrógeno en el capítulo 7.

### *Osteoporosis*

El riesgo de osteoporosis se incrementará durante el último año de la perimenopausia y los cinco primeros años de la menopausia. Durante ese tiempo, podrías perder hasta el 10 % de tu densidad ósea y correr un mayor riesgo de fractura osteoporótica.<sup>[389]</sup>

Por favor, ten en cuenta, sin embargo, que el *riesgo absoluto* de osteoporosis depende de muchas cosas incluyendo un antecedente de cualquiera de los siguientes:



- enfermedad celíaca (sensibilidad de gluten)
- fumar
- consumo elevado de alcohol
- medicamentos corticosteroides
- antidepresivos ISRS
- medicamentos para la acidez IBP
- trastornos alimentarios
- amenorrea
- histerectomía total incluyendo la extirpación de los ovarios
- deficiencia de vitamina D, zinc, vitamina K2, magnesio y proteínas.

Muchos de estos factores aumentan el riesgo de osteoporosis al menos al igual que la menopausia, si no más. Por ejemplo, un antidepresivo ISRS puede duplicar el riesgo de fractura osteoporótica.<sup>[390]</sup>

La osteoporosis es un diagnóstico aterrador, pero piénsalo bien antes de tomar un medicamento como Fosamax<sup>®</sup> o la inyección Prolia<sup>®</sup>. Tienen importantes efectos secundarios y riesgos.

Lo primero que debes considerar es si tienes osteoporosis o solo *osteopenia*, que no es una enfermedad pero se puede interpretar como el envejecimiento saludable y normal de los huesos.<sup>[391]</sup>

Lo siguiente que hay que entender es que el riesgo de fractura osteoporótica *no puede* predecirse con precisión mediante una exploración de densidad ósea,<sup>[392]</sup> así que no confíes demasiado en esta prueba.

La mejor manera de mantener los huesos sanos es abordar cualquier factor de riesgo subyacente, como fumar o tomar antidepresivos. Más allá de eso, puedes obtener resultados al comer bien, hacer ejercicio y tomar los suplementos de vitamina D, vitamina K2, calcio y magnesio.

También puedes considerar complementar las hormonas estrógeno y progesterona que intervienen en la formación de los huesos.

Una discusión completa de la osteoporosis está fuera del alcance de este libro. Pide consejo a tu médica.

## Terapia de hormonas bioidénticas

Es posible que no necesites hormonas suplementarias en la menopausia. En el caso de que sí las necesites, asegúrate de que sean bioidénticas.

Las hormonas bioidénticas se derivan de esteroides vegetales como el ñame, pero también lo son muchos tipos de fármacos hormonales. Pero este *no* es el motivo por el cual las hormonas bioidénticas son mejores.

Las hormonas bioidénticas son mejores porque son estructuralmente idénticas a tus propias hormonas humanas. De esta manera, son diferentes de las pseudohormonas u «hormonas de caballo» de los anticonceptivos hormonales o viejos métodos de terapia hormonal. Hasta hace poco tiempo, las hormonas bioidénticas estaban disponibles solamente en farmacias de composición. Ahora, están disponibles como prescripción convencional. Las prescripciones bioidénticas incluyen los productos Estradot<sup>®</sup>, Climara<sup>®</sup>, Estraderm<sup>®</sup> y Prometrium<sup>®</sup>.



**Bioidéntico** significa «cuerpo idéntico» o «naturaleza idéntica».

### Progesterona micronizada o natural

La progesterona natural también se llama progesterona bioidéntica o progesterona micronizada. Tu médica prefiere este último término. Te recomiendo *no* utilizar las palabras natural o bioidéntico al hablar con tu médica. En el caso de la progesterona, puedes decir *la progesterona micronizada oral* o referirte a la marca Prometrium<sup>®</sup>.

La progesterona micronizada es la misma progesterona que tu cuerpo produciría normalmente después de la ovulación. Si no

puedes producir suficiente progesterona, entonces puedes suplirla. Tomar progesterona es una manera de compensar la deficiencia de progesterona y de aliviar los síntomas. No puede aumentar la producción de tu *propia* progesterona. Para hacer eso, necesitas seguir las muchas pautas discutidas en este libro.

La progesterona micronizada es diferente de la progestina noretisterona en Primolut<sup>®</sup> y del levonorgestrel en el DIU Mirena<sup>®</sup> y muchos otros tipos de anticonceptivos hormonales.

He mencionado la progesterona micronizada varias veces en el libro. Es útil para el SOP, síndrome premenstrual, migrañas, periodos abundantes, adenomiosis, endometriosis, perimenopausia, menopausia y osteoporosis.<sup>[393]</sup>

### *Crema versus cápsula*

Se puede utilizar la progesterona como una crema o cápsula. Una crema funciona bien para problemas leves, como el SPM. Una cápsula es mejor para los periodos abundantes, adenomiosis, endometriosis y síntomas perimenopáusicos tales como estado de ánimo y sueño. La progesterona también está disponible como un pesario vaginal, que generalmente se administra como parte del tratamiento de fertilidad.

### *Dosis y tiempo de aplicación*

Una crema de progesterona de venta libre tiene 2 % de progesterona, por lo que un gramo (un cuarto de cucharadita) proporciona 20 mg de progesterona. Esa es una buena dosis inicial para condiciones como el SPM. Se debe aplicar, antes de acostarse, en la cara, parte interna de los brazos o detrás de las rodillas —todos los lugares donde los vasos sanguíneos están cerca de la superficie. Así, la hormona va directamente a la sangre y no se almacena en la grasa.

Una cápsula de progesterona suele ser de 100 mg, que es adecuada para periodos intensos y perimenopausia. Tomar solo a la hora de acostarse ya que puede ser muy sedante.

Si ovulas regularmente, toma progesterona después de la

ovulación durante la fase lútea. Si no ovulas, entonces habla con tu médica sobre el mejor momento para tomar progesterona. (Y también para encontrar una manera de ovular, si es posible).

### *Seguridad y precauciones*

En una dosis adecuada, la progesterona micronizada no debería tener efectos secundarios. En una dosis elevada, puede causar somnolencia, hinchazón abdominal y sensibilidad en las mamas. Si experimentas tales efectos secundarios, reduce la dosis o deja de tomarla.

A diferencia de las progestinas sintéticas, la progesterona micronizada *no* aumenta el riesgo de cáncer de mama o enfermedades cardíacas. En cambio, puede reducir el riesgo de ambas condiciones.<sup>[394][395]</sup>

La progesterona por sí sola es útil para la mayoría de los síntomas, incluso una vez que estás en la menopausia. Sin embargo, es posible que necesites agregar estrógeno.

### Estrógeno

Tomar estrógeno puede ser un salvavidas para el estado de ánimo, el sueño, los sofocos y la resequedad vaginal propios de la menopausia.

Sí, la estrogenoterapia lleva cierto riesgo, pero no tanto como podrías llegar a creer. El mayor riesgo de la terapia hormonal se dio con los fármacos Premarin<sup>®</sup> y Provera<sup>®</sup> en la década de 1980 y 1990. Estos medicamentos *no* eran hormonas bioidénticas. En cambio, eran una mezcla de los estrógenos equinos sulfato de estrona, sulfato de equilina, sulfato de equilenina y una progestina llamada medroxiprogesterona. Esos medicamentos causaron numerosos efectos secundarios y problemas.

Todo ha cambiado ahora.

Hoy, la mayoría de las prescripciones de estrógeno (no todas) son estradiol bioidéntico en bajas dosis, que es mucho más seguro que Premarin<sup>®</sup>.

## ¿Qué tipo de estrógeno?

Para los síntomas de atrofia vaginal, recomiendo el pesario vaginal de estradiol Vagifem<sup>®</sup>. Alivia la sequedad, y observo que puede aliviar otros síntomas de menopausia tales como el insomnio. Como es una dosis tan baja, puedes utilizar Vagifem<sup>®</sup> solo, sin progesterona.

Para los sofocos severos y el insomnio menopáusico, recomiendo un parche de estradiol como Estradot<sup>®</sup> o Climara<sup>®</sup>. Si utilizas un parche de estradiol, también necesitarás progesterona. Esto es así incluso si no tienes útero.

Tema especial: Por qué tu médica dice que no necesitas progesterona si no tienes útero .

La medicina convencional no necesariamente reconoce los muchos beneficios de la progesterona natural. En el pensamiento convencional, la única finalidad de una progestina es evitar el desarrollo no deseado del revestimiento uterino. Eso es cierto para las progestinas sintéticas, porque no tienen ningún beneficio adicional. La progesterona es diferente. Protege el revestimiento uterino y ayuda al estado de ánimo, los huesos, al cerebro, y a la tiroides. Incluso puede ayudar a prevenir el cáncer de mama.

### *Observa los signos de otro periodo*

En los primeros tiempos de la transición a la menopausia, puedes experimentar varios meses de deficiencia de estrógeno mientras estás tomando estrógeno. Pero entonces, repentinamente, las cosas pueden cambiar. Tu cuerpo comienza a moverse hacia un nuevo periodo y produce su propio estrógeno.

Si sucede eso, experimentarás la hinchazón en las mamas y algo que se percibe como una nueva irritabilidad premenstrual. Eso significa que ahora tienes demasiado estrógeno y que debes dejar de usar parches de estrógeno hasta que las cosas se calmen de

nuevo. También puedes tomar progesterona.



**Es normal que tu periodo se detenga y vuelva a comenzar durante la transición a la menopausia.**

En resumen, la progesterona natural y otras hormonas bioidénticas son posibles opciones de tratamiento para la perimenopausia y más. Algunos productos bioidénticos están disponibles sin prescripción en Estados Unidos, pero requieren receta médica en otros países.

Las hormonas bioidénticas no pueden utilizarse para prevenir el embarazo.

### Una última palabra sobre la vida después de la menstruación

Debido a que nuestra sociedad valora a las mujeres jóvenes en edad reproductiva, algunas de nosotras entrando en la menopausia podemos sentir una pérdida de poder y valor.

Pero no tiene que ser de esta manera. Mientras yo misma me acerco a la menopausia, estoy despertando un nuevo tipo de poder de sabiduría y un fuerte deseo de ayudar a las demás. También me siento en sororidad con otras mujeres mayores. Para el año 2030, habrá 1.200 millones de mujeres menopáusicas en el mundo<sup>[396]</sup> —más que nunca.

Sin lugar a dudas, finalmente seremos una fuerza.