

La terapéutica patogenética en la neurosis del climaterio como patología psicosomática

Por el

Dr.: N. A. GEORGI¹

Georgi, N. A. *La terapéutica patogenética en la neurosis del climaterio como patología psico-somática*. Rev Cub Med 14: 4, 1975.

Se plantea que la neurosis del climaterio y los efectos del tratamiento de esta enfermedad no tienen una relación de causa-efecto con las alteraciones de la función gonadotrópica de la hipófisis o con la saturación del organismo de la mujer con esteroides sexuales, incluyendo los estrógenos. El tranquilizador conocido como aminacina, en dosis diarias inferiores a 5 mg/kg de peso, constituye un medio altamente eficaz para el tratamiento patogenético de la neurosis del climaterio, independientemente de la variante clínica y del estadio de la enfermedad, así como del ciclo sexual de la mujer. Los mejores resultados del tratamiento se obtienen en condiciones estacionarias mediante inyecciones intramusculares durante 2-3 semanas con una dosis diaria promedio de hasta 75 mg, y una dosis total de hasta 2 000 mg. El tratamiento exitoso con aminacina provoca una tendencia normalizadora de la presión arterial, disminución de la asimetría y de las oscilaciones, así como un mejoramiento de los índices objetivos de la prueba adrenalínica hemodinámica y del *test* de Schellong, I. Bajo la acción de dosis terapéuticas de aminacina, el nivel de bilirrubina en la sangre no se altera sustancialmente; el nivel de protrombina (si el inicial es bajo y subnormal) y de azúcares en la sangre (si el inicial es elevado) experimentan regularmente una tendencia hacia la normalización.

INTRODUCCION

La neurosis del climaterio se produce como resultado de una compleja interacción entre el organismo y el medio exterior, tanto biológica como social. Entre los múltiples factores etiológicos de la patología a examinar, un papel importante corresponde a los estados psicotraumáticos, a las lesiones somáticas y a los trastornos neuropsíquicos.

En la patogénesis de la neurosis del climaterio un factor preponderante lo constituye la sobreexcitación involutiva primaria de los centros vegetativos reguladores del hipotálamo, la cual no es compensada con una inhibición cortical debilitada. En esto, a fin de cuentas, vienen a resumirse las concepciones de V. G. Baranov y su escuela, de V. M. Dilman, E. I. Kvater, E. M. Vjliayeva y de otros destacados investigadores nacionales de la patología del climaterio en la mujer.

El estudio de las características clínicas de 460 pacientes del Dispensario de Odesa, para la lucha contra la patología del climaterio, reveló también toda una serie de elementos que hablan a favor de la nueva teoría, y en contra de las viejas concepciones acerca de la patogénesis de la neurosis del climaterio.

Producto de este estudio se determinó, en particular, lo siguiente:

En el 84,8% de los casos la neurosis del climaterio comenzó entre los 40 y los 55 años con un máximo de morbilidad a los 48 años, o sea, cuando generalmente empiezan las alteraciones involutivas en el hipotálamo.

¹ De la casa de Maternidad No. 6 de la Ciudad de Odesa.

La enfermedad se produjo ante estados diversos de la menstruación, incluso en condiciones de una función menstrual normal (en el 24,13% de las mujeres). La neurosis del climaterio comenzaba con un trasfondo de menopatías, debidas principalmente a una patología hipotalámica y no ovarial. Entre las pacientes que enfermaron con menopatía, en un 43,55% de los casos el inicio de la neurosis vegetativa se retardó en 3 años y más con respecto al comienzo de la menopatía.

En un 83,2% de las pacientes no se señaló deficiencia marcada de estrógenos, según indican los datos de las investigaciones hormonales colpocitológicas.

Se observaron casos de aparición, agravamiento o recurrencia de la enfermedad después de operaciones ginecológicas y quirúrgicas que no ocasionaron daño a los ovarios o alteración de la función menstrual después de traumas psíquicos profundos, conmociones cerebrales, tensión física excesiva y enfermedades infecciosas que comprometen el hipotálamo (tifus exantemático, gripe viral, paludismo, escarlatina, etc.). Sin embargo, ante la acción de los factores indicados en la juventud, la neurosis vegetativa tenía generalmente un carácter retrasado, se desarrolla más frecuentemente en el intervalo entre los 40 y los 55 años.

Dentro del abigarrado cuadro clínico de la enfermedad prevalecieron los síntomas de origen hipotalámico (flujos— en el 88,9%) y de génesis cortical (dolores de cabeza— en el 68,9% de los casos).

Entre las enfermedades antecedentes y concurrentes en la formación de la llamada neurosis del climaterio, se señaló principalmente patología no ginecológica combinada, en particular cardiovascular (en el 88,3%).

De las observaciones propias, así como de los múltiples datos de la literatura es

pecializada, se deduce que para la formación de la neurosis del climaterio el papel decisivo corresponde, no a la alteración o pérdida de la función menstrual o a la extinción de la función incretora de los ovarios, sino a las alteraciones primarias del sistema nervioso central y, ante todo, al aumento involutivo de la actividad del hipotálamo.

La sobreexcitación de los correspondientes centros vegetativos de la región hipotalámica está condicionada por alteraciones genéticamente programadas en ellos mismos, por un debilitamiento involutivo de la inhibición cortical, por impulsos irritadores de los interorreceptores y los exterreceptores que llegan a las estructuras corticales y subcorticales a través de la formación reticular (FR) del tallo encefálico, por la acción sobre el hipotálamo según el principio de la relación inversa de las alteraciones secundarias en el sistema endocrino, en el medio interior del organismo en su totalidad.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, las tareas principales de la terapéutica patogenética en la neurosis del climaterio consisten en reducir la excitabilidad de los centros vegetativos del hipotálamo, en debilitar la capacidad de conducción o bloquear la FR y en intensificar el proceso inhibitorio en la corteza del encéfalo.

Como medicamento que reúne todos los requisitos mencionados se empleó el tranquilizador aminacina (clorpromacina), cuyo empleo terapéutico en Odesa data de septiembre de 1960.

En calidad de indicaciones para el tratamiento con aminacina se consideraron las manifestaciones de la neurosis del climaterio con predominio de síntomas tales, como los flujos, sudoración abundante, insomnio, excesiva irritabilidad, dolores de cabeza, cardialgias, etc.

En calidad de contraindicaciones se tuvieron en cuenta las lesiones intensas del hígado y de los riñones, particularmente las enfermedades inflamatorias de estos órganos: las cardiopatías valvulares descompensadas; las hipotonías arteriales con presión sistólica inferior a los 80 mm de Hg; la capacidad de coagulación elevada (índice de protrombina superior al 110%).

Se consideró condición indispensable la variación gradual de la dosificación con una dosis diaria inferior a 5 mgAg de peso.

Se organizó tratamiento ambulatorio con administración por vía oral de las grageas del preparado para 100 pacientes de 30 a 73 años de edad (edad promedio de 50 años y 5 meses) y se obtuvieron los siguientes resultados: curaron, prácticamente: 32 pacientes; mejoraron considerablemente: 46; el efecto fue débil en 18 y se mantuvieron en el estado patológico anterior: 4 pacientes.

Sólo en 5 pacientes se señalaron efectos colaterales negativos sustanciales. El curso de terapéutica ambulatoria constó de tres períodos. En el primero, llamado de orientación (de 3 a 5 días de duración), la aminacina se indicaba en una dosis de 0,025, solamente por la noche, a fin de determinar la reacción del organismo ante el preparado.

En el segundo, el fundamental (de uno a uno y medio meses de duración), se producía la acción prolongada del preparado en las dosis óptimas y se eliminaban los trastornos patológicos principales. En este período se indicaron dosis diarias de 0,05 - 1,5 que se ingerían en dos sesiones.

El tercer período, de mantenimiento, de 1,5 - 2 meses de duración, servía para fortalecer el efecto alcanzado, la dosis del preparado disminuía gradualmente hasta la inicial (0,025) y los intervalos se extendían entre la ingestión di' una dosis de aminacina y la siguiente hasta 3 días.

El tratamiento ambulatorio con aumento y disminuciones graduales de la dosis de aminacina se prolongó entre uno y cuatro meses.

La dosis diaria óptima fue por lo general de 0,05 ó 0,075, dividida con frecuencia en dos sesiones.

No resultó conveniente la administración de dosis únicas superiores a 0,1 ni diarias mayores de 0,2 por vía oral, ya que, a la vez que no aumentaban la efectividad del tratamiento, provocaban intensos efectos colaterales negativos.

Hacia el final de la segunda semana del tratamiento se observó una mejoría considerable en la mayoría de los casos.

Mediante la investigación de control de 61 pacientes en períodos que oscilan entre 3 meses y 7 años, ha sido posible determinar los siguientes resultados: curaron prácticamente 28 pacientes; mejoraron considerablemente 23; se señaló una mejoría insignificante en 5 casos, y 5 mantuvieron el estado patológico anterior.

Sesenta y cuatro mujeres que presentaban un curso clínico severo de la neurosis del climaterio se sometieron a tratamiento estacionario con administración parenteral de aminacina en forma de inyecciones intramusculares, y en ocasiones en forma de administración intravenosa.

Las edades de las pacientes oscilaban entre los 41 y los 63 años, con un promedio de 50. Los resultados de este tratamiento fueron los siguientes: curaron prácticamente 39 pacientes; mejoraron considerablemente 20 y se observó un efecto débil en 5 casos.

Se observaron efectos colaterales negativos sustanciales en 17 pacientes (en las 2 primeras semanas del tratamiento), los cuales prevalecieron con fidelidad estadística en los casos de dosis diarias promedio del preparado superiores a 0,075. La administración parenteral de aminacina en dosis de hasta 0,05 al día no estuvo acom-

panada en absoluto de efectos colaterales negativos intensos.

El tratamiento estacionario se comenzó siempre a partir de dosis diarias y únicas pequeñas, que se fueron aumentando paulatinamente y posteriormente se disminuían hasta el nivel inicial, 0,025 una vez al día. La aminacina se administraba por vía intramuscular en dosis de 0,025 - 0,1 una o tres veces al día (en dependencia de las características individuales de cada caso, de la sensibilidad al preparado y de la etapa del tratamiento).

El tratamiento estacionario con aumento y disminución gradual de la dosis del preparado se prolongó entre 10 y 40 días, con un promedio de 3 semanas.

La dosis diaria óptima de aminacina con administración intramuscular fue habitualmente de 0,05 ó 0,075, y en caso de administración intravenosa fue de 0,025 y 0,05. Se prefirió poner inyecciones intramusculares dos veces al día con intervalo de 12 horas y una dosis promedio diaria del preparado de 0,075. Las dosis totales administradas individualmente durante el tratamiento fueron diferentes, pero pequeñas para la mayoría de las pacientes. En 48 mujeres las dosis no excedieron de 2,0 y de ellas, en 23 rebasaron el límite de 1,0. El empleo de más de 2,5 de aminacina por curso de tratamiento no arrojó, por lo general, una mejoría ulterior.

El efecto máximo se constató con mayor frecuencia hacia el final de la segunda semana del tratamiento. Por ese mismo período desaparecían habitualmente los efectos colaterales negativos del medicamento.

Después del tratamiento en el hospital se indicó tratamiento ambulatorio de apoyo con administración por vía bucal de grageas de aminacina en dosis de 0,025 y 0,05 diarias durante 2 meses, de acuerdo a un esquema individual que podía modificarse sobre la marcha, reduciendo paulatinamente el empleo del medicamento hasta eliminarlo.

La investigación de control de 50 mujeres a los 3 meses 7 años permitió determinar los siguientes resultados: curaron prácticamente 18 pacientes; 24 mejoraron considerablemente su estado; en 7 casos la mejoría fue insignificante, y en uno se mantuvo el estado patológico anterior.

El grupo de control estuvo compuesto por 43 mujeres en edades entre los 40 y los 60 años (edad promedio de 51 años y 2 meses) que no hicieron el tratamiento con aminacina que les fue indicado para la neurosis del climaterio. La investigación practicada a los 3 - 6,5 años entre este grupo de mujeres arrojó los resultados siguientes: curaron 6 mujeres, 9 tuvieron una mejoría considerable; en 5 casos la mejoría fue insignificante y se mantuvo el estado patológico anterior en 23 casos.

En el cuadro se presentan los datos comparativos acerca de los cambios en el estado actual de las pacientes tratadas con aminacina y en el de las mujeres del grupo de control.

La elevada efectividad del tratamiento con aminacina se ve confirmada después del procesamiento estadístico de los índices obtenidos.

La frecuencia de los cambios positivos manifiestos como resultado del tratamiento (curación y mejoría considerable) rebasa la frecuencia de la ausencia de los mismos con una proporción de probabilidad no inferior al 99,9%.

El procesamiento estadístico permitió también determinar la mayor eficacia del tratamiento con administración parenteral del medicamento.

La efectividad del tratamiento con aminacina se ve además confirmada por los índices objetivos de la prueba de la dinámica de la adrenalina (en 10 mujeres) y de la prueba de Schellong I (en 33 pacientes).

CUADRO
CAMBIOS EN EL ESTADO DE LAS PACIENTES COMO RESULTADO DEL TRATAMIENTO CON AMINACINA Y
ESTADO DE LAS MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL

Como resultado del tratamiento se observó del tratamiento y no lo fue luego del exitoso

Característica del grupo	Cantidad de Pacientes	Cura	ESTADO Y Mejoría consider.	CAMBIOS Mejoría insignif.	Sin cambio
Tratamiento estacionario con					
aminacina	64	39	20	5	—
Tratamiento ambulatorio con					
aminacina	100	32	46	18	4
Grupo de control	43	6	9	5	23

normalización de las desviaciones de la presión arterial y del pulso. Particularmente demostrativa resultó la disminución de las desviaciones del pulso en la prueba ad renal ínica. que fue estadísticamente confiable antes

tratamiento con aminacina.

A manera de ilustración ofrecemos los siguientes ejemplos característicos de las pruebas gráficas (1, 2, 3 y 4.)

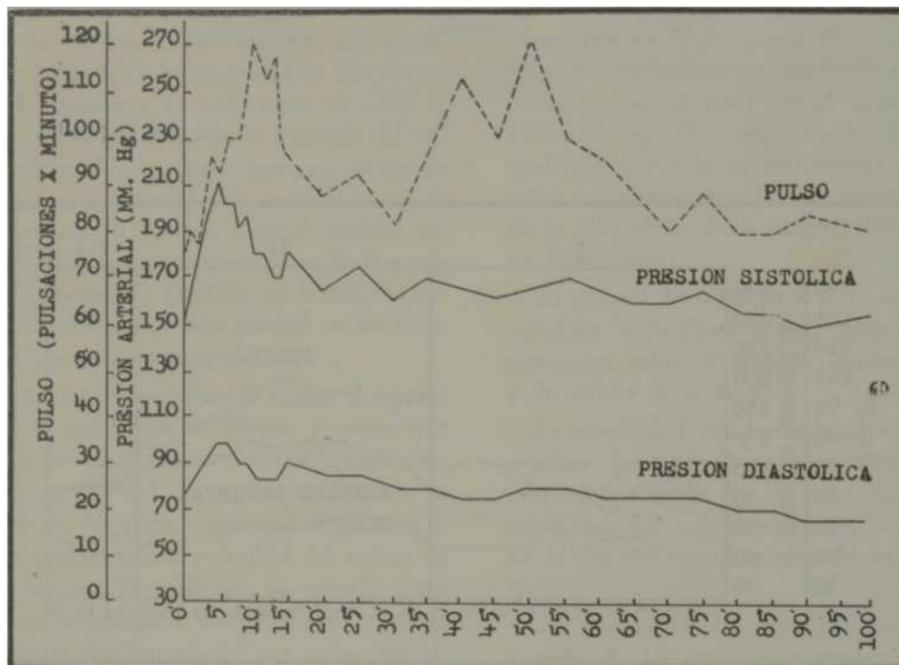


Gráfico 1.—Resultados de la prueba adrenalinica de la paciente M, de 52 años, que padecía una forma severa de neurosis del climaterio. Antes del tratamiento.

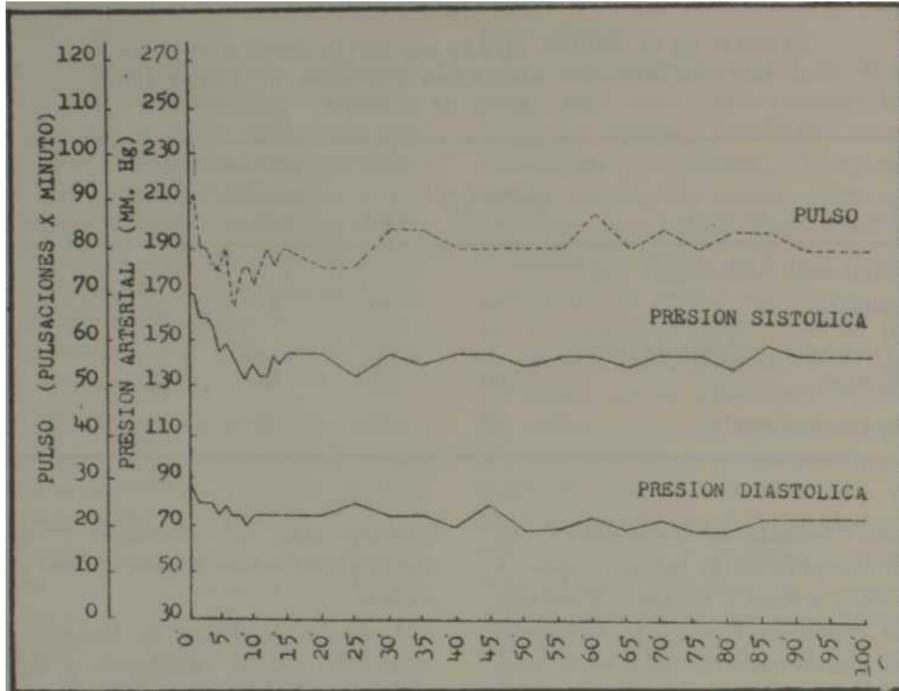


Gráfico 2.—Resultados de la prueba adrenalínica de la paciente M, de 52 años, después del tratamiento de una forma severa de la neurosis del climaterio que arrojó una considerable mejoría.

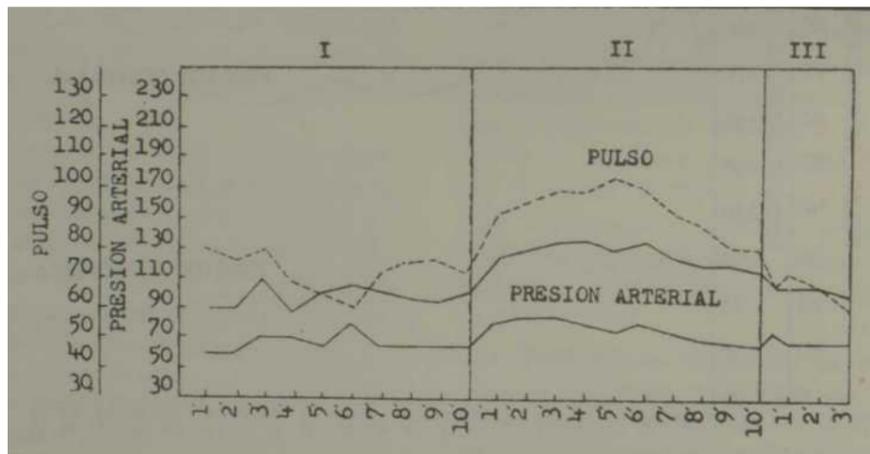


Gráfico 3. Datos de la prueba de Schellong I de la paciente A-C, de 52 años, que padecía una forma severa de la neurosis del climaterio. Antes del tratamiento.

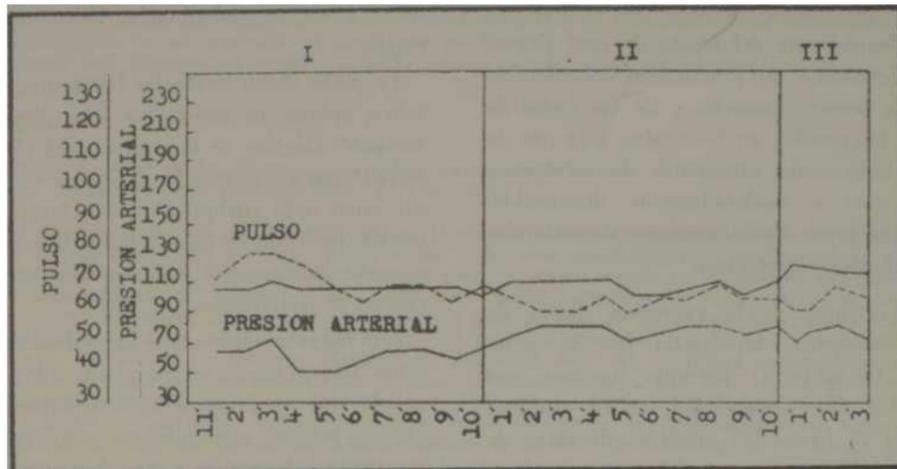


Gráfico 4.—Resultados de la prueba de Schellong I de la paciente A-C, de 52 años, después del tratamiento debido a una forma severa de la neurosis del climaterio que fue prácticamente curada.

Como resultado del efectivo tratamiento con aminacina se observó también una tendencia a la disminución de la asimetría y las oscilaciones de la presión arterial, lo cual evidenció aumento de la estabilidad de la regulación nerviosa del tono vascular, mejoría de la capacidad de adaptación del organismo, la cual, como se sabe, se encuentra alterada en la neurosis del climaterio. No se señaló descenso crítico de la presión arterial. En muchos casos de hipotonía la presión arterial incluso aumentaba, aproximándose a los límites etéreos normales. También se señaló normalización de la presión arterial en los casos de hipertensión transitoria.

A manera de objeción contra el empleo de la aminacina se afirma, a veces, que este medicamento aumenta peligrosamente la coagulabilidad de la sangre, empeora la función hepática y provoca desplazamientos perjudiciales en el nivel del azúcar en la sangre. Sin embargo, de acuerdo a las observaciones del autor de este trabajo, después del tratamiento con aminacina siguiendo la metodología generalizada, el índice de protrombina (estudiado en 35 mujeres)

aumentó de manera estadísticamente confiable hasta un nivel próximo al límite superior de la norma solamente en caso de magnitud inicial del mismo entre el 65 y el 98%; el azúcar de la sangre (estudiada en 32 mujeres) disminuyó de manera estadísticamente confiable en los pacientes con el nivel inicial aumentado (121-177 mg %), experimentando una tendencia hacia la normalización; no se señalaron alteraciones de la concentración de la bilirrubina de la sangre (estudiada en 10 mujeres).

En general se señaló una influencia reguladora, normalizadora, por parte de la aminacina sobre el nivel de protrombina y de azúcar de la sangre.

La efectividad del tratamiento no tuvo relación de causa-efecto con cambio alguno determinado en la saturación con estrógenos del organismo de la mujer o en la función gonadotrópica de su hipófisis.

Las investigaciones colpocitológicas hormonales de 132 mujeres mostraron diversidad en cuanto al cuadro inicial de los estrógenos y no mostraron cambios regulares del mismo después del tratamiento en dependencia del

efecto de este último. Se determinó un predominio considerable de la tercera reacción y de los frotis de tipo intermedio, en los cuales, a la par de los índices de saturación de estrógenos suficiente o moderadamente disminuida, se detectaron también rasgos de estímulos andrógeno y gestágeno.

El estudio de la excreción diaria de gonadotropinas hipofisarias en la orina (en 16 mujeres) permitió precisar una considerable variabilidad en sus índices: desde 11 hasta 245 unidades de útero de rata (UUR) —antes del tratamiento, y de 5 a 261 UUR— después del tratamiento. Durante el proceso del tratamiento se observaron oscilaciones en el nivel de secreción de gonadotropinas en límites de 3 desviaciones cuadráticas medias con un máximo de 365 UUR. mientras que sus alteraciones después del tratamiento no dependieron del efecto de este último y no fueron estadísticamente confiables.

Es característico que la efectividad del tratamiento con aminacina, de acuerdo con los datos del procesamiento estadístico de los resultados, no consistió en la dependencia regular de la variante clínica, la severidad y el estadio de la enfermedad, del estado de la función menstrual y del carácter de sus alteraciones en el climaterio, de la duración de la posmenopausia, de la saturación del organismo con estrógeno y de la constitución

física de la mujer.

Lo antes dicho sienta las bases que permiten aplicar la aminacina ante diversas variantes clínicas de la neurosis del climaterio, tanto en su estadio I como en el II, así como ante cualquier cuadro hormonal inicial, teniendo en cuenta las indicaciones y contraindicaciones correspondientes en cuanto al tratamiento.

Sin lugar a dudas tras la aminacina y otros tranquilizadores que han sido empleados ya con éxito, se logrará sintetizar nuevos medios neuroplégicos con similar mecanismo de acción y una farmacodinámica que satisfaga los requisitos de la terapéutica patogenética no hormonal.

Es indudable que el futuro de la terapéutica de la neurosis del climaterio como patología sicosomática pertenece a medicamentos tales que ayuden al médico práctico a conducir a las mujeres a través del período del climaterio por camino aliviado, mas no prolongado.

Nota del Trad. en manuscrito, al final de la página:

“Se recomienda como ponencia y para ser publicado en la prensa especializada”

Fdo. Dr. en Ciencias Médicas.
A. I. Malinin

Certifico y acuña: M. D. Antonenko, Médico Mayor.

SUMMARY

Georgi. N. A., et al. *Pathogenetic therapy of climacteric neurosis as a psychosomatic pathology*. Rev Cub Med 14 : 4, 1975.

Climacteric neurosis and the effects of the treatment of this disease do not have a cause-effect relation with the changes of hypophyseal gonadotropic function or the saturation of woman's organism with sexual steroids, including estrogens. The tranquilizer known as aminazine, in daily doses lower than 5 mg/kg body weight, is a highly effective agent in the pathogenetic treatment of climacteric neurosis regardless the clinical variable, disease stage and woman's sexual cycle. Best results of the treatment in stationary conditions are obtained by intramuscular injections during 2-3 weeks, with an average daily dose up to 75 mg and a total dose up to 2 000 mg. Successful treatment with aminazine leads to a normalization of blood pressure, decrease of asymmetry and oscillations and improvement of the objective rates in hemodynamic adrenalin and Schellong's I tests. Under the action of therapeutic doses of aminazine, bilirubinemia is not markedly changed, and prothrombin level (if initially is low and subnormal) and glycemia (if initially is high) show a regular trend toward normalization.

RESUME

Georgi, N. A. et al. *La thérapeutique pathogénique dans la névrose du climatère comme pathologie psychosomatique.* Rev Cub Med 14: 4 de 1975.

On dit que la névrose du climatère et les effets de cette maladie n'ont pas de rapport cause-effect avec les altérations de la fonction gonadotrophique de l'hypophyse ou avec la saturation de l'organisme de la femme avec des stéroïdes sexuels en incluant les strogènes. Le tranquillisant dit aminazine, par doses quotidiennes inférieures 5 mg/kg de poids est traitement hautement efficace pour le traitement pathogénique de la névrose du climatère, indépendamment de la variante clinique et de l'état de la maladie, ainsi que le cycle sexuel de la femme. On obtient les meilleurs résultats du traitement dans des conditions stationnaires au moyen des injections intramusculaires pendant 2-3 semaines avec une dose quotidienne qui peut comprendre 75 mg, et une dose totale de 2 000 mg. Le traitement avec aminazine normalise la tension artérielle, diminue l'asymétrie et les oscillations et l'amélioration des indices objectifs de l'épreuve adréralique hémodynamique et du test de Schellong, I. Le niveau de bilirubine dans le sang, ne s'altère trop sous l'action des doses thérapeutiques d'aminazine; le niveau de protrombine (si l'initial est bas et subnormal) et des glycémies (si l'initial est élevé) ont tendance à se normaliser.

PE3ME

reopm H.A. IlaToreHeTOTecKaii Tepaniw npn KJiiwiaTepiraecKOM HeBpo3e KaK nCZXOCOMaTOTeCKOñ naTOJIorn. Rev Cub Med 14:4,1975.

СООМАЕИЧ О ТОМ. ^ТО МиwiaTepiraecKiDi HeBpo3 H sc^eKT jie^eHun ripn s - TOM 3ad0^eBaHIII He CBH3aHH npOTiHHO-CJieflCTBeHHOH CBH3BB C H3MeHeHHeM pOHajiOTponHOñ ^ymcmui rano\$H3a *uua* HacumeHHOc tu oprHK3Ma xeHimiHH ceK cyaJttHIIMH CTepOHflaMH.B T.H. 3CTporeHaMH. TpaHKBHJIH3aT0p aMHHa3HH B Cy TO'IKHX 203ax HMe 5 Mr/Kr. Beca 'HBJIHeTCfl BHCOKO3\$eKTHBHMM CpeflCTBOM naToreHeTirqecKoá TepaniiH npH minMaTepiraecKOM HeBpo3e - He3aBHcnMo ot KJiHHiraecKoro BapnaHTa u eTajyiH satiojeBaHua.a Tarae-or coctohhhh neuio- BOO c\$epr steHmHHU . JIjrqinHe pe3y.JiBTaTH aaeT jie^eme b CTauHOHapHtix yc- JIOBHXX BHyTPMHine*IHMMH IIHeKIIHHMH Ha npOTHxeHHH 2-3 HejxejiB npH cpefl- neñ cyTO'HOH j03e ;uo,75Mr bkji. h KypcoBOñ aose-ao 2 OOOmt. 3\$eKTHBr. Hoe jie^ieHie aMHHa3iiHOM connoBoawaeTCH TeHjieHmieii apTepuaJiBHoro naBJieHZ fl.R HopMa.nH3aura,yMeHmeHHio achMeTpHH o Ko^e6JteMocTH.a TaKace-yjiyqmeHH- eM otiteKTHBHXX noKa3aT6Jieñ reMoaiiffiaMiraecKoü aapeHaJiHHOBOñ npoñ o Tec- Ta lilejuianra I. nos .neicTBHeM TepaneBTiraecrax fl03 aMma3HHa ypoBeH Üo- jiiipyóiiHa KpoBi! cymeTBeHHo He 03M6ú6tch,ypoBeH npoTpoMdraa /npz iiohh— xeHHOM h cytiHopMajiBHQM *mxopflou* / u caxapa kpobh / npa noBHineHHOM ncxog hom /ncnuTHBaiOT 3aKOHOMepHyiQ TeHaenmuo k HopMaJin3amui.

BIBLIOGRAFIA

1. —Baranov, V. G. et al. Fisiología y patología del climaterio en la mujer. Edit. Medicina, Leningrado, pág. 270, 1965.
- 2 —Vijliayeva, E. M. El síndrome climatérico y su tratamiento. Edit. Medicina. Moscú, pág. 138, 1966.
3. —Dilman, V. M. Envejecimiento, climax y cáncer. Edit. Medicina, Leningrado, pág. 378, 1968.
4. —Kvater, E. I. Diagnóstico hormonal y tratamiento en obstetricia y ginecología, III Edición, Editorial Medicina, Moscú, pág. 366, 1967.