

1. TITULO:

Un Estudio clínico controlado aleatorizado para determinar el efecto de la homeopatía en el tratamiento de la dismenorrea.

2. QUIEN LO VA A DESARROLLAR

Lo desarrollará el Dr. Fernando Augusto Hernández en su consultorio particular de la carrera 4c n.35-40 barrio Cádiz, de la unidad de Ginecología y Obstetricia, Ibagué, Tolima Colombia.

3. JUSTIFICACION

La dismenorrea se considera de una gran magnitud por la gran población afectada y la incapacidad que produce en las mujeres en edad reproductiva.

“Un 52% de las mujeres postpuberales experimentan cierto grado de molestias menstruales. Un 10% se ven incapacitadas durante 1 a 3 días de cada mes . En 1978 se calculó que en los Estados Unidos la dismenorrea provoca una pérdida de 140 millones de horas de trabajo. Desde la publicación de dicho estudio, muchas mujeres más se han incorporado al mundo laboral, por lo que dicha cifra subestima el impacto socioeconómico actual de este frecuente trastorno”.¹

*“Se considera que entre el 30% y 50% de las mujeres en edad reproductiva pueden presentar cuadros de dismenorrea y 40 a 60% de las mujeres la han presentado alguna vez en su vida . La máxima incidencia referida para la dismenorrea es entre los 20 y 25 años de edad, y en muy raros casos se inicia después de los treinta años”*²

“ Los cuadros de dismenorrea pueden llegar a ser severos, es así que entre el 10% y 15% de todas las mujeres que la padecen, pueden presentar cuadros severos de dolor y en el 5% puede ser tan severo que genere notoria incapacidad para las actividades

¹ Gomel V. Et al .(1995) Dolor pélvico en Laparoscopia Ginecológica: Diagnóstico y Cirugía. Madrid, Mosby (ed)., pág. 125

² Castro A (2002) Dismenorrea Primaria .En: Cifuentes R.Ginecología y Obstetricia Basados en las Evidencias.Bogotá. Distribuna Ltda(ed). pág 659

*diarias, siendo importante causa de ausentismo académico y/o laboral*³

Revisando los textos y artículos no existen estudios sobre estadísticas en Colombia, un estudio en el colegio departamental de la Merced(Bogotá) sobre dismenorrea en adolescente arrojó que el 27% la padecían en 1997 y que se constituía en la tercera causa de morbilidad ⁴. En mi práctica como ginecoobstetra he observado que el problema es frecuente y afecta de la manera señalada a las mujeres en edad reproductiva.

4. OBJETIVO GENERAL:

Determinar mediante la utilización de la homeopatía los beneficios sobre las mujeres en edad reproductiva que presenten dismenorrea media, severa ó incapacitante .

5. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A. Evaluar mediante mediciones específicas si hubo disminución de la intensidad del dolor , tipo de incapacidad ocasionado, entre el inicio del tratamiento y el final del mismo
- B. Evaluar las características de la enfermedad y su evolución mediante el tratamiento homeopático a nivel general y por grupos específicos .
- C. Evaluar efectos colaterales presentados durante el tratamiento.

6. REFERENTES TEÓRICOS

“La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain [IASP]) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable vinculada con daños reales o potenciales a los tejidos, o descrita en términos de dichos daños". Esta definición parece algo repetitiva, pero indica de manera explícita que el dolor siempre tiene un componente subjetivo. Es

³ Idem id.

⁴ Rojas J.C. , et als .(1997) Dismenorrea en la adolescencia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Abril-Junio , vol. 48 n. 2, págs 95-105.

tanto una sensación fisiológica como una reacción emocional a dicha sensación. Otra definición funcional de dolor señala que es "cualquier cosa que el paciente diga que duele".

*El dolor es una sensación más que una reacción a dicha sensación. El sufrimiento es un concepto más global. Es un sentimiento negativo general que afecta la calidad de vida de la persona que lo padece. En el sufrimiento participan factores tanto físicos como psicológicos y el dolor puede ser tan sólo un pequeño componente”*⁵

La dismenorrea es un tipo de dolor pélvico crónico el Dr. Castro y el DR. Gomel⁶⁷ definen el dolor y la dismenorrea en los siguientes términos :

*“Se identifica como tal, al dolor pélvico de más de seis meses de evolución, de curso cíclico o acíclico con respecto a la menstruación y que produce repercusión leve, moderada o severa de la actividad diaria. Puede responder a causas orgánicas o psicológicas, y las causas orgánicas a su vez pueden ser Ginecológicas o no Ginecológicas. Entre las condiciones ginecológicas que pueden producir dolor pélvico crónico se incluyen: Dismenorrea primaria, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, miomatosis uterina, adenomiosis y varicocele pélvico. Entre las causas no Ginecológicas, según áreas comprometidas, se consideran de origen urológico, gastrointestinal y osteomuscular”*⁸

*“La dismenorrea es el dolor que acompaña a la menstruación. Puede ser primaria o secundaria. El término «primaria» hace referencia a la menstruación dolorosa en ausencia de lesiones pélvicas orgánicas evidentes. La dismenorrea «secundaria» suele deberse a enfermedad pélvica orgánica”*⁹

La dismenorrea primaria y la secundaria tienen un origen y características distintas:

*“Dismenorrea primaria. La dismenorrea primaria acompaña de forma prácticamente invariable a los ciclos ovulatorios y suele comenzar a aparecer con las primeras ovulaciones regulares tras la menarquia. Dado que los ciclos ovulatorios suelen establecerse durante los 2 años siguientes a dicho fenómeno, las jóvenes que no han experimentado dolor antes, durante un período superior al mencionado, tienen ciertas probabilidades de sufrir alguna lesión pélvica orgánica, de las cuales la más frecuente es la endometriosis”*¹⁰

*“ El origen del dolor es complejo y, tal como sucede con otros aspectos del dolor humano, se acompaña en mayor o menor medida de un componente psicológico”*¹¹

⁵ Kanner R (1998) Generalidades. En Secretos del tratamiento de dolor, versión en Español, México, mc Graw-hill interamericana(ed), pág 1.

⁶ Castro A (2002) Dismenorrea Primaria .En: Cifuentes R. Ginecología y Obstetricia Basados en las Evidencias. Bogotá. Distribuna Ltda(ed). pág 659

⁷ Gomel V. Et al .(1995) Dolor pélvico en Laparoscopia Ginecológica: Diagnóstico y Cirugía. Madrid, Mosby (ed)., pág. 125

⁸ Castro A (2002) Dismenorrea Primaria .En: Cifuentes R. Ginecología y Obstetricia Basados en las Evidencias. Bogotá. Distribuna Ltda(ed). pág 659

⁹ Gomel V. Et al .(1995) Dolor pélvico en Laparoscopia Ginecológica: Diagnóstico y Cirugía. Madrid, Mosby (ed)., pág. 125

¹⁰ idem id

¹¹ idem id

*“La dismenorrea, amenorrea y otras anomalías del ciclo menstrual ocurren con frecuencia en mujeres desajustadas que rechazan intensamente su feminidad y sufren de hostilidad profundamente reprimida”*¹²

*“Como característica típica el dolor se inicia antes de presentarse el sangrado menstrual y suele prolongarse de horas a días, por lo general no más de dos”*¹³.

*“El dolor suele aparecer en forma de espasmos y localizarse en la parte inferior del abdomen. Puede irradiar hacia la porción inferior de la espalda o la cara anterior de los muslos”*¹⁴

*“El dolor suele ser referido por la mujer como cólico, sensación de calambre o pesadez a nivel del hipogastrio o en la región púbica, irradiado al dorso, muslos o sacro y muy frecuentemente asociado a vómitos, náuseas, cefaleas, calambres abdominales, calambres en las piernas, dolor de espalda, diarreas, sudoraciones y en algunos casos desvanecimientos o colapsos”*¹⁵

*“ El diagnóstico de dismenorrea primaria se establece clínicamente mediante valoración cuidadosa de los síntomas de presentación, tras reconocerse que la pelvis es aparentemente normal por exploración bimanual y rectovaginal.”*¹⁶

*“El ambiente hormonal tiene su relevancia, dado que la dismenorrea primaria sólo acompaña a los ciclos ovulatorios y, por tanto, sólo se producirá en un útero que reciba estímulos secuenciales de estrógenos y progesterona.”*¹⁷

*“El interés actual se ha centrado sobre los efectos de las prostaglandinas.”*¹⁸

*“Las mujeres que sufren dismenorrea primaria muestran anomalías de la cavidad uterina, como incremento del tono uterino basal, elevación de la presión activa intrauterina, incremento de la frecuencia de contracciones uterinas y actividad uterina incoordinada”*¹⁹

El tratamiento alopático de la dismenorrea primaria se apoya en las bases siguientes:

“1) diálogo con la paciente;

2) supresión de la ovulación con anticonceptivos orales

¹² Solomon p.,Patch V.(1976) Trastornos psicofisiológicos. En : Manual de psiquiatría. México D.F, El Manual Moderno (ed).

¹³ Castro A (2002) Dismenorrea Primaria .En: Cifuentes R.Ginecología y Obstetricia Basados en las Evidencias.Bogotá. Distribuna Ltda(ed). pág 660

¹⁴ Gomel V. Et al .(1995) Dolor pélvico en Laparoscopia Ginecológica: Diagnóstico y Cirugía. Madrid, Mosby (ed)., pág. 125

¹⁵ Castro A (2002) Dismenorrea Primaria .En: Cifuentes R.Ginecología y Obstetricia Basados en las Evidencias.Bogotá. Distribuna Ltda(ed). pág 660

¹⁶ Gomel V. Et al .(1995) Dolor pélvico en Laparoscopia Ginecológica: Diagnóstico y Cirugía. Madrid, Mosby (ed)., pág. 125

¹⁷ Gomel V. Et al .(1995) Dolor pélvico en Laparoscopia Ginecológica: Diagnóstico y Cirugía. Madrid, Mosby (ed)., pág. 125

¹⁸ idem id.

¹⁹ Ibidem id. Pág 126

3) *inhibidores de la síntesis de prostaglandinas*²⁰; “Los AINES son de las drogas más ampliamente prescritas en todo el mundo”²¹

“Al grupo de los AINES, pertenecen una larga lista de productos que en general son agrupados de la siguiente manera: (A) Derivados del Ácido Salicílico: el Acido Acetil Salicílico y Salicilato

, de sodio. (B) Derivados del Acido Acético: Indometacina, Tolmetin, Sulindac, Diflunisal, Diclofenac, Etodolac, Ketorolac y Zimepirac. (C) Derivados del Acido Propiónico: Ibuprofén, Naproxén, Fenoprofén, Ketoprofén, Pirproféno. (D) Derivados de los Fenamatos: Acido Mefenámico y Acido Meclofenámico. (E) Derivados del Ácido Enólico.: Piroxican, Tenoxican y Meloxican, (F) Derivados de otros grupos. Nabumetona, Nimesulide, Celecoxib y Rofecoxib”²². Este último incluso recientemente retirado del mercado colombiano²³

“ 4) *Exploración laparoscópica para descartar otros factores causales orgánicos,*
5) *otras medidas*”²⁴ (5003)

“Se han propuesto varias alternativas terapéuticas para el manejo de la dismenorrea primaria. En una de ellas, Weingad et al , después de realizar un estudio randomizado y placebo - controlado, aseveran en la publicación de Marzo del 2001, que el calor continuo y tópico a nivel del hipogastrio es una terapia tan efectiva como el Ibuprofén para el tratamiento de la dismenorrea.”²⁵

“Neurectomía presacra y ablación de los nervios uterinos. Son procedimientos quirúrgicos que deben tenerse en cuenta solamente cuando se ha presentado falla en la respuesta a los tratamientos médicos”²⁶.

“La Estimulación Eléctrica transcutánea de los Nervios, (TENS), no utiliza medicamentos, y es una técnica frecuentemente utilizada por Terapeutas Físicas”²⁷

“Recientes publicaciones valoran a la acupuntura, que puede ser exitosa para el manejo de la dismenorrea, al observarse que en 43 pacientes, el 90. 9% presentó mejoría del cuadro doloroso ”²⁸

²⁰ ibidem pág 126

²¹ Castro A (2002) Dismenorrea Primaria .En: Cifuentes R.Ginecología y Obstetricia Basados en las Evidencias.Bogotá. Distribuna Ltda(ed). pág 661

²² idem id.

²³ Unidad Investigativa .(2004).Los prohibidos Vioxx y sus genéricos siguen en venta. El Tiempo .Bogotá, casa editorial El Tiempo S.A, 31 de Octubre , 1-6.

²⁴ Gomel V. Et al .(1995) Dolor pélvico en Laparoscopia Ginecológica: Diagnóstico y Cirugía. Madrid, Mosby (ed)., pág. 126

²⁵ Castro A (2002) Dismenorrea Primaria .En: Cifuentes R.Ginecología y Obstetricia Basados en las Evidencias.Bogotá. Distribuna Ltda(ed). pág 662

²⁶ idem id.

²⁷ Idem.id

²⁸ ibidem id. Pág 663.

*“Con el Dispositivo Intrauterino liberador de Levonorgestrel, el Gestágeno de liberación paulatina produce un menor crecimiento endometrial, generándose una pseudo decidualización, la cual disminuye el sustrato para la formación de Prostaglandinas con lo cual se mejoran los episodios de dolor”*²⁹

*“El tinitrato de glicerina, por ser relajante de la contractilidad uterina, de vida media corta y una rápida dispersión en el torrente circulatorio, pueda ser eficaz”*³⁰.

*“Mas recientemente se ha aseverado que los ácidos grasos poliinsaturados omega-3, ácido eicosapentanoico y ácido decosahexanoico, compiten con el ácido graso Omega-6, y llegan a disminuir la producción de prostaglandinas y leucotrienos”*³¹

*“La dismenorrea secundaria tiende a producirse en años posteriores y suele deberse a alguna enfermedad adquirida. Debe sospecharse una base orgánica en aquellos períodos dolorosos que se inician más de 2 años después de la menarquia, se asocian a algún antecedente médico del tipo de infección pélvica o cirugía pélvica, acompañan ciclos anovulatorios o se producen en mujeres jóvenes con antecedentes familiares de endometriosis”*³²

*“Típicamente, el dolor de la dismenorrea secundaria puede preceder al inicio de la hemorragia y generalmente supera en duración al dolor de la dismenorrea primaria. A medida que progresa el período, el dolor cede en intensidad gradualmente. En algunos casos de endometriosis el dolor en realidad empeora a medida que progresa la menstruación”*³³

*“El tratamiento de la dismenorrea secundaria dependerá del diagnóstico de la naturaleza del dolor y del tratamiento propio de su causa orgánica. Tanto la historia previa como la actual y los hallazgos físicos pueden ser útiles.”*³⁴. El tratamiento conservador alopático incluye antagonistas de las prostaglandinas o terapéutica hormonal, en caso de alteraciones discretas o no demostrables clínicamente en dosificaciones como en el caso de las dismenorrea primaria.

*“Terapéutica antiinfectiosa en procesos antiinflamatorios de casos específicos. Extirpación mediante raspado de nódulos miomatosos submucosos pediculados ó de pólipos del cuerpo uterino”*³⁵.

“Durante la exploración física, en contraste con la dismenorrea primaria, son frecuentes los hallazgos pélvicos palpables. No debe olvidarse la exploración rectovaginal, dado que con frecuencia puede palparse endometriosis en el fondo de saco de Douglas y el septo rectovaginal. El diagnóstico final de la naturaleza de la

²⁹ ibidem id. Pág 663.

³⁰ ibidem id. Pág 663.

³¹ ibidem id. Pág 663.

³² Gomel V. Et al .(1995) Dolor pélvico en Laparoscopia Ginecológica: Diagnóstico y Cirugía. Madrid, Mosby (ed)., pág. 127

³³ idem id.

³⁴ Idem id.

³⁵ Benz, J, Glatthaar E. (2001)Guía de Ginecología.Bogotá, Editores médicos , 190.

lesión subyacente dependerá de la exploración vaginal, la histeroscopia y, en mayor medida, la laparoscopia.”³⁶, ecografía.

“Se ha estimado que el 10% al 30% de las pacientes con menstruaciones dolorosa, no mejoran con los inhibidores de la sintetasa de la prostaglandina,. Los AINES se contraindican en pacientes con antecedentes de úlceras gastrointestinales o en casos de hipersensibilidad, igualmente se exige precaución con afecciones renales y pueden ocurrir molestias de tipo gastrointestinal y respiratorio”³⁷ como también hematológico.

Los anticonceptivos orales deben tomarse todos los días entre el 2 día al 23 del ciclo debiendo continuarse por tres a seis meses . Aunque mejoran la sintomatología en algunas pacientes su uso puede reportar numerosos efectos colaterales además de que requiere un tiempo prolongado de administración. Están descritos como efectos secundarios . *“Cefaleas, molestias gástricas, náuseas, tensión mamaria, hemorragias intermedias, variaciones del peso, modificaciones de la libido, estados depresivos. En mujeres predispuestas, los tratamientos prolongados pueden a veces causar cloasma etc.*

y como contraindicaciones . Tromboflebitis, trastornos tromboembólicos, trombosis venosa profunda, enfermedad cerebrovascular o arterial coronaria, enfermedad cardíaca o hipertensión severa. Cáncer de mama, cáncer de endometrio u otra neoplasia estrógeno dependiente. sangrado genital anormal no diagnosticado ,diabetes mellitus severa. hiperlipidemia . Ictericia. adenomas carcinomas hepáticos Embarazo. otosclerosis. Problemas oculares vasculares. Enfermedades crónicas del hígado. herpes gravídico. drepanocitosis. porfiaría”³⁸

“Si bien con los AINES en gran medida, y en menor consideración con los Anticonceptivos orales, se han realizado estudios observacionales donde se ha logrado medir la eficacia terapéutica, ratificando la apreciación clínica anecdótica, todavía se necesitan amplios trabajos a la luz de los lineamientos de la Medicina Basada en la Evidencia, para apoyar de una forma absoluta su indicación. Todas Las otras medidas, deben ser en el presente consideradas como alternativas, para casos muy específicos”³⁹

De tal manera que expuesto el panorama de lo que ofrece la medicina alopática que es la que trata la mayoría de las pacientes en Colombia y en el mundo puede advertirse la numerosa cantidad de tratamientos, la poca confiabilidad de una mejoría duradera y

³⁶ Gomel V. Et al .(1995) Dolor pélvico en Laparoscopia Ginecológica: Diagnóstico y Cirugía. Madrid, Mosby (ed)., pág. 127

³⁷ Castro A (2002) Dismenorrea Primaria .En: Cifuentes R.Ginecología y Obstetricia Basados en las Evidencias.Bogotá. Distribuna Ltda(ed). pág 661

³⁸ Vademécum (2002). P.R. Vademécum. Bogotá, Licitelco (ed), 360-361

³⁹ Castro A (2002) Dismenorrea Primaria .En: Cifuentes R.Ginecología y Obstetricia Basados en las Evidencias.Bogotá. Distribuna Ltda(ed). pág 663

no supresiva y si exponiendo a las pacientes a no pocos efectos colaterales. Lo que explica la búsqueda permanente de otras terapias.

La homeopatía se presenta como una medicina con un enfoque diferente que busca llegar al concepto de salud a través de principios diferentes a la medicina tradicional o alopática . Por eso considero oportuno citar al Dr. González del Instituto Homeopático “Luís G. Páez” :

*“Desde el punto de vista doctrinario la Homeopatía asume al hombre como un ser integral constituido por cuerpo, energía vital y espíritu. Considera que las enfermedades naturales son causa dinámica interna, es decir que se generan por un desequilibrio o desarmonía en la energía vital, que si no es corregido terminará produciendo síntomas funcionales, luego lesión orgánica finalmente la muerte”*⁴⁰

*“La curación ideal será entonces el restablecimiento estable, suave y pronto de ese funcionamiento armónico, expresado mediante la desaparición de todos los síntomas”*⁴¹

La dismenorrea es una entidad que expresa síntomas de un padecimiento de tipo crónico y por tanto debe enfocarse su tratamiento de esa manera Sobre la curación desde el punto de vista homeopático Hahneman en el Organon parágrafo 70 dice:

*“Todos los hechos se reúnen también para demostrar que un medicamento capaz de producir en el hombre sano un síntoma morboso opuesto a la enfermedad que se trata de curar, solo proporciona un alivio pasajero en la enfermedad antigua, nunca procura la curación, y la deja reaparecer siempre, al cabo de cierto tiempo, más grave de la que antes era . El método antipático y puramente paliativo es, pues, del todo contrario al objeto que se propone en las enfermedades antiguas y de alguna importancia”*⁴²

En el mismo sentido el Dr. Javier Díaz del Castillo y con base en el parágrafo 37 del Organon nos recalca:

“Así mismo, una enfermedad crónica antigua permanece inmodificada y no curada si está bajo el tratamiento médico común alopático, porque son medicamentos incapaces de producir un estado mórbido semejante a la enfermedad, aun cuando el tratamiento sea prolongado durante años y mientras no sea demasiado violento

*Si la enfermedad es tratada con drogas alopáticas violentas, toda una serie de otros males aún más penosos vendrán a agregarse y a sustituir a la enfermedad crónica, poniendo la vida en peligro”*⁴³

La Dra. argentina Mónica Prunell al escribir sobre dismenorrea con un enfoque

⁴⁰ González F. (2001) La Homeopatía dos siglos después. En Curso Modular Doctrina Homeopática y Semiología módulo 1. Bogotá, Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía “Luís G. Páez”. 18

⁴¹ idem id.

⁴² Hahnemann S. Organon del Arte de Curar. Miraguano ediciones.

⁴³ Díaz J. (2001) Ley de los Semejantes. En Curso Modular Doctrina Homeopática y Semiología módulo 1. Bogotá, Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía “Luís G. Páez”. 55-56

homeopático nos aclara los mecanismos que se desequilibran en esta afección y cómo debemos proceder en nuestra investigación respecto a la conveniencia de los medicamentos constitucionales .

“Para la Medicina Homeopática la dismenorrea es la expresión del miasma sycósico actuante, que nos indica que la paciente posee su energía vital alterada en el sentido de la distonía, por lo que sus esfuerzos curativos resultan insuficientes. De la misma forma que el prurito es el síntoma patognómico de la hipertrofia, el espasmo es lo más representativo de la distonía. Diversos factores pudieron haber alterado la hipertonía ordenada de la psora (vacunas, bacterias, virus, procesos digestivos y urinarios crónicos, cirugías y medicamentos supresores, etc.) entre ellos tiene especial importancia la pubertad, (etapa crítica a partir de la cual se presenta el síntoma) que conlleva variaciones hormonales que bien pueden alterar el tono bioenergético de la Fuerza. Vital, como así también debemos remarcar con énfasis los factores emocionales (cólera reprimida, susto, decepción, etc.) que inciden sobre una psiquis en desarrollo como la del infante y del púber. La distonía puede ser heredada de los padres con carga sycótica o adquirida por la convivencia familiar. Las pacientes con dismenorrea suelen tener determinadas características síquicas a saber inmadurez emocional especialmente en la esfera psicosexual, descenso del umbral del dolor, rechazo de la femineidad, etc. Las modalidades del dolor se mantienen inmutables durable años, hasta que el medicamento adecuado lo haga desaparecer, pues siendo una enfermedad crónica el organismo no está en condiciones de curarse por sus propios medios. El medicamento de elección es el constitucional o de fondo que concuerde con la Totalidad Sintomática Característica de la paciente y su miasma sycósico predominante, de modo de alcanzar la curación en la forma más suave, rápida, profunda y duradera”⁴⁴

Igual que la Dra. Prunell el Dr. Gray de la escuela de homeopatía de Escocia refuerza en el caso específico de la dismenorrea la conveniencia de buscar los medicamentos constitucionales, menciona que los medicamentos constitucionales son superiores y son los de elección:

“hay muchas mujeres que, a las que se les ofreció la alternativa de tratamiento homeópata, era la oportunidad para probar algo "Natural ". Esto no es fácil en una escena de la Práctica General porque nosotros no tenemos el tiempo para tomar una historia llena y prescribir constitucionalmente. A veces uno puede tener la suerte y la medicina constitucional se pone clara después del interrogatorio muy pequeño. Más a menudo, sin embargo, no es tan fácil y uno no tiene ninguna opción pero para probar un remedio que trabaja en el nivel "Local": es decir, prescribió según los rasgos del propio periodo menstrual, en lugar de la persona entera.

¿Pero este tratamiento es exitoso? Mi impresión era que, considerando que el tratamiento homeópata constitucional normalmente produjo los

⁴⁴ Prunell M. (1999). Terapéutica Homeopática de la dismenorrea. Revista Homeopatía, vol 64:265-271. Asociación médica Homeopática Argentina. Pág 266-267

resultados excelentes, el tratamiento local no tuvo así el éxito y yo descubrí que mis colegas compartieron mi vista.

Por consiguiente, nosotros al Grupo del Estudio Avanzado en Bristol, partiendo de este parecer evaluamos nuestros tratamientos. Todos nosotros coleccionamos nuestros casos de dismenorrea, vistos durante un año, y nos encontramos juntos en el 1998 de febrero para mirar nuestros resultados.

La tabla siguiente muestra una lista de todas las medicinas que se habían usado, en qué base, y qué resultado.

Remedios Usados.

Constitucionales Result

<i>Natrum mur.</i>	++
<i>Sepia</i>	++
<i>Carcinosin</i>	++
<i>Phosphorus</i>	+
<i>Lachesis</i>	+
<i>Pulsatilla</i>	++
<i>Arsen. alb.</i>	+
<i>Gratiola</i>	?
<i>Cimicifuga</i>	+
<i>Conium mac.</i>	+
<i>Calc. phos.</i>	+
<i>Sanicula</i>	+
<i>Natrum Garb.</i>	+
<i>Platina</i>	+

Locales Result.

<i>Caulophyllum</i>	
<i>Veratrum alb.</i>	+
<i>Viburnum op.</i>	-?
<i>Cactus</i>	
<i>Melilotus</i>	?

<i>Mag. phos.</i>	+++
<i>Colocynth</i>	+
<i>Belladonna</i>	+
<i>Cuprum met.</i>	+

+ = *Mejoría* - = *no cambios* ? = *resultados equívocos cada símbolo representa un caso.*⁴⁵

Existe una experiencia acumulada y recogida en las materias médicas y en los repertorios que sirven de base a numerosos autores para describir los efectos terapéuticos locales sobre la dismenorrea ⁴⁶⁴⁷⁴⁸⁴⁹⁵⁰⁵¹⁵²⁵³ pero pocos estudios controlados y menos con la perspectiva de una curación definitiva a través de los medicamentos constitucionales. Resalto el trabajo del Dr. Tsolakis cuyo diseño es

⁴⁵ Gray J.(1998) Dysmenorrhoea.(painful periods).Homoeopathy, Oct;48(5):104-7

⁴⁶ Ullmann D.(1990) La Salud femenina :Tratamiento eficaz del cuerpo de la mujer. En La homeopatía. Medicina del siglo xxi . Barcelona, ediciones Martínez Roca, S.A. página 137 -148.

⁴⁷ MacEoin, B. La Primera Etapa: Los Problemas Propios de la Adolescencia . En Homeopatía para mujeres. Una guía par la buena salud.pag 67 y 75
Carrera,j (1948) Dismenorrea. En Terapéutica homeopática en obstetricia. México Editada bajo los auspicios de la asociación cristiana médico homeopática de latinoamérica . Pags 7 a 16 .

⁴⁸ Carrera,j (1948) Dismenorrea. En Terapéutica homeopática en obstetricia. México Editada bajo los auspicios de la asociación cristiana médico homeopática de latinoamérica . Pags 7 a 16 .

⁴⁹ Vijnovsky,B.Dismenorrea. En Tratamiento homeopático de las afecciones y enfermedades agudas.pág 70 y 71.

⁵⁰ Lozano,L.(1954) Dismenorrea. En Tratamiento y profilaxis homeopática del embarazo, del parto y de los niños.Bogotá, editorial Pax pag 290-295.

⁵¹ Dewey, w. (1992).Dismenorrea. En Terapéutica homeopática práctica., Nueva Delhi. ,B. Jain Publishers Pvt. Ltd. Paginas 96 a la 98

⁵² jouanny, J.(1995). Las dismenorreas. En Terapéutica homeopática tomo II. Madrid. Ediciones Boiron. Págs 168-174.

⁵³ De los santos rubio, N.(1940) Dismenorreas. En Estudios de terapéutica homeopática .Mérida (yucatán-México). Imprenta linotipia El porvenir página 148 a la 191.

semejante al mío, clínico, controlado, doble ciego, pero sólo en dismenorrea primaria y con diferente duración, combinando dos tipos de medicamentos, aunque los resultados no mostraron diferencias estadísticas significativas si una diferencia porcentual interesante entre el inicio y el final del tratamiento a favor de las pacientes con medicación homeopática ⁵⁴.

Actualmente la investigación mundial en homeopatía tiene estas dificultades y no obstante la dismenorrea que es una entidad con demostrada importancia, tiene pocos antecedentes de investigación, quiero resaltar el vacío investigativo en esta importante afección de nuestra consulta rutinaria a nivel de homeopatía y a nivel de la medicina en general.

7. METODOLOGÍA

El Dr Falala destaca las limitaciones de los estudios clínicos con la metodología clínica vigente aplicados a la homeopatía cuando afirma que “ *El estudio de la eficacia terapéutica de los medicamentos homeopáticos debe tener en cuenta la individualización del enfermo, lo que hace muy difícil un estudio estadístico a nivel práctico. En determinados casos concretos, se ha podido sin embargo demostrar la eficacia clínica de la terapéutica homeopática siguiendo el método clásico, en doble ciego contra placebo, en sedes de enfermos escogidos al azar. Se trata de testar un medicamento o un grupo de medicamentos, específicos de un síndrome suficientemente estereotipado en la sintomatología y que puede no tener en cuenta la individualización del enfermo. Aunque este enfoque permite probar la actividad terapéutica de la homeopatía, no deja de ser una visión reducida de las posibilidades terapéuticas homeopáticas.*” ⁵⁵ y agrega que “*De ahí la dificultad, si se quiere continuar siendo fiel al método homeopático, de evaluar la eficacia de un medicamento homeopático sobre una enfermedad definida según las reglas nosológicas clásicas*”⁵⁶

Estoy de acuerdo con el Dr. Queralt cuando afirma Que la ciencia dominante actual no puede atribuirse la verdad absoluta pues los métodos investigativos cambian de acuerdo al marco social, a la época , al entorno cultural. Igualmente la ciencia es dinámica y lo válido hoy puede no serlo mañana.⁵⁷⁵⁸

⁵⁴ Tsolakis N. (1994)The homeopathic treatment of primary dysmenorrhoea. Localizado Glasgow homeopathic library. tesis

⁵⁵ Falala G. y Florin M.(. 1995). Aliviar y curar con homeopatía Madrid. Boiron (ed), páginas 53

⁵⁶ idem id.

⁵⁷ Queralt J.(1989) Homeopatía ¿Ciencia ó pseudociencia?. Primera parte . Revista homeopática boletín de la a.m.h.b (academia médico Homeopática de Barcelona). Año 5 May0-Agosto n. 11. Barcelona . Pags 13-20

Al final de sus artículos el Dr. Queralt nos dice que *“En definitiva, tras el descubrimiento de la Homeopatía por el inmortal S .Cr, Hahnemann y el desarrollo posterior de los elementos básicos para su aplicación que realizaron sus inmediatos seguidores, nos corresponde ahora a nosotros su articulación, diseñando los modelos de investigación más apropiados para elevarla al lugar que le corresponde : su "institucionalización como Ciencia Normal”*⁵⁹.

Se ha escogido un estudio de caso, clínico aleatorizado, controlado. Respetando los principios de la individualidad de los pacientes de acuerdo a la escuela unicista de homeopatía, de la misma manera que la prescripción a diferencia de la medicina alopática será individualizada teniendo en cuenta que se formularán medicamentos constitucionales.

Se escogieron Mujeres en edad reproductiva que presentaban cuadro clínico de dismenorrea, de clase media, trabajadora ó esposa de trabajadores, usuarias de EPS de Ibagué, particulares, que asistieron al consultorio particular durante un período de 13 meses, del Dr Fernando Augusto Hernández Cárdenas médico ginecólogo, estudiante de Homeopatía del Instituto Homeopático Luís G. Páez, Dichas pacientes cumplieron con los requisitos de inclusión, exclusión. : Los criterios de inclusión son los siguientes:

1. Mujeres en edad reproductiva 15 a 45 años
2. Mujeres con moderada a severa dismenorrea (pobre respuesta analgésicos, que afectan su actividad diaria ó tienen un puntaje mayor de 3 en la escala visual del dolor traducida proporcionalmente de 1 a10 y registrada en el ítem Intensidad)
3. Mujeres con dismenorrea en la mayoría de los ciclos menstruales establecidos en el último año.

Criterios de exclusión:

- 1) Mujeres con dismenorrea leve: ceden fácilmente a analgésicos
- 2) Mujeres con ciclos muy frecuentes ó muy infrecuentes (amenorreas ,metrorragias muy severas o polimenorreas)
- 3) Mujeres utilizando anticonceptivos orales.
- 4) Mujeres con tumoraciones de ovario ó pelvis con indicación clara quirúrgica.
- 5) Mujeres con infección Activa que requieran hospitalización inmediata (ejemplo epi moderada a severa)
- 6) Pacientes que no asistan a las tres entrevistas planeadas

El tamaño de la muestra se limitará a las pacientes que durante 13 meses ingresaron a la consulta del Dr. Fernando Augusto Hernández y cumplan con los requisitos de inclusión exclusión

Se realizarán consultas previas homeopáticas con la información y consentimiento respectivo (ver anexo 1.), Se diligenciaron durante las consultas tres formularios por

⁵⁸ Queralt J.(1989) .Homeopatía ¿Ciencia ó pseudociencia?. segunda parte. Revista homeopática boletín de la a.m.h.b (academia médico Homeopática de Barcelona). Año 5 Septiembre-Diciembre n. 12. . Pags 4-9

⁵⁹ ibidem id. Página 7.

cada paciente uno de la consulta inicial, otro del primer control, y uno final de un segundo control, entre estos controles se dejó un espacio de tiempo de al menos un ciclo menstrual . Los formularios contenían datos de identificación, dirección, teléfono, preguntas abiertas y cerradas teniendo en cuenta las subjetividades del dolor (anexo 2). Los formularios contenían escalas para evaluar el dolor, la primera la Visual Analog Scale (anexo 3)⁶⁰ la cual se traducía en proporción de 1 a 10 la intensidad del dolor, dando un valor que podía cuantificarse, la escala del dolor de Andrea Mankoski ⁶¹(anexo 4) con valores de 0 a 10 teniendo en cuenta la medicación y algunos parámetros para evaluar la evolución del dolor de acuerdo a necesidad de medicamentos incapacidad física etc, el formulario también recogió información sobre la clasificación de la dismenorrea en primaria , secundaria, por niveles de gravedad (anexo 5)⁶² donde sobresalen la afectación de la actividad y los efectos sistémicos, y en leve moderada y severa(anexo6).⁶³ Otras preguntas del formulario interrogaron sobre la incapacidad de las pacientes derivadas de la dismenorrea en términos de porcentaje (subjetivo) de su incapacidad en aspectos tales como el trabajo, estudio, actividades del hogar y deportes. Adicionalmente el formulario contenía lo correspondiente a los elementos de una historia clínica completa homeopática donde se resaltará la visión integral de la paciente, con los síntomas mentales, generales, particulares, los síntomas repertorizables, el examen físico y los medicamentos constitucionales escogidos .

Se utilizó el repertorio de síntesis para la repertorización , así como la ayuda de diversas materias médicas y textos como el del Dr. Draiman ⁶⁴ para llegar a la formulación.

Se suministró el medicamento formulado de acuerdo a la técnica aleatorizada y dobleciego para lo cual se contó con una colaboradora voluntaria de nivel profesional la cual recibió un entrenamiento previo con el fin de que garantizará el suministro aleatorio de los medicamentos, recibiendo solicitud por números correspondientes a cada paciente entrevistada. Los medicamentos se prepararon en frascos idénticos , durante los controles se llenaban los respectivos formularios previstos, se anotaban los cambios y se prescribía de acuerdo a la historia, una vez terminados los dos controles y terminada la fase experimental, si no hubo mejoría se le suministraba el medicamento homeopático correspondiente a la paciente que lo requería. Se consideró dismenorrea leve para efectos de la escala visual análoga a quienes tuvieron menos de 3 en la escala visual (proporcional), moderada entre 4 a 6 y severa entre 7 a10. Las pacientes eran advertidas de seguir cumplidamente la formulación homeopática pero en todo caso no se les restringía si subjetivamente

⁶⁰North Dakota Health Care Review, inc. (2004)

http://www.ndhcri.org/pain/Tools/Visual_Analog_Pain_Scale.pdf

⁶¹ Mankoski, A.(2000), <http://www.valis.com/andi/painscale.html>

⁶² Protocolo Dismenorrea Hospital Federico Lleras Acosta (2004). Presentado por Paola Andrea Susunaga Ochoa.

⁶³ Idem id.

⁶⁴ Draiman,M. (1991).Las Personalidades Homeopáticas. Buenos Aires, Libro de edición argentina

llegaban a necesitar analgésicos alopáticos de lo cual se tomó nota dentro de los cuestionarios de la consulta. Para comprobar la hipótesis se realizarán pruebas estadísticas sobre las variables susceptibles de cuantificar para ayudar a confirmar la hipótesis ó rechazarla. Así como estadísticas descriptivas y gráficas para presentar los resultados que permitan visualizar el comportamiento general de los resultados obtenidos y aporten al seguimiento futuro de esta investigación ó a la realización de otros diseños similares.

8. HIPOTESIS PLANTEADA

Las pacientes entre los 15 a 45 años con dismenorrea, media, severa ó incapacitante de la consulta del DR Fernando Augusto Hernández de la ciudad de Ibagué presentan mejoría del dolor y disminución de su incapacidad cuando se les formula los medicamentos constitucionales homeopáticos.

9.RESULTADOS

Durante el período comprendido entre el 7 de Octubre del 2003 al 29 10 2004 se entrevistaron en total 45 pacientes quienes asistieron a una consulta y entrevista. siendo ingresadas al programa, 28pacientes que cumplieron con los requisitos de inclusión principalmente la asistencia a las tres consultas señaladas en la metodología del trabajo.(tabla 1). De las 28 pacientes a 17(60.7%) se les suministró medicamento homeopático y placebo a 11 (39.3 %).

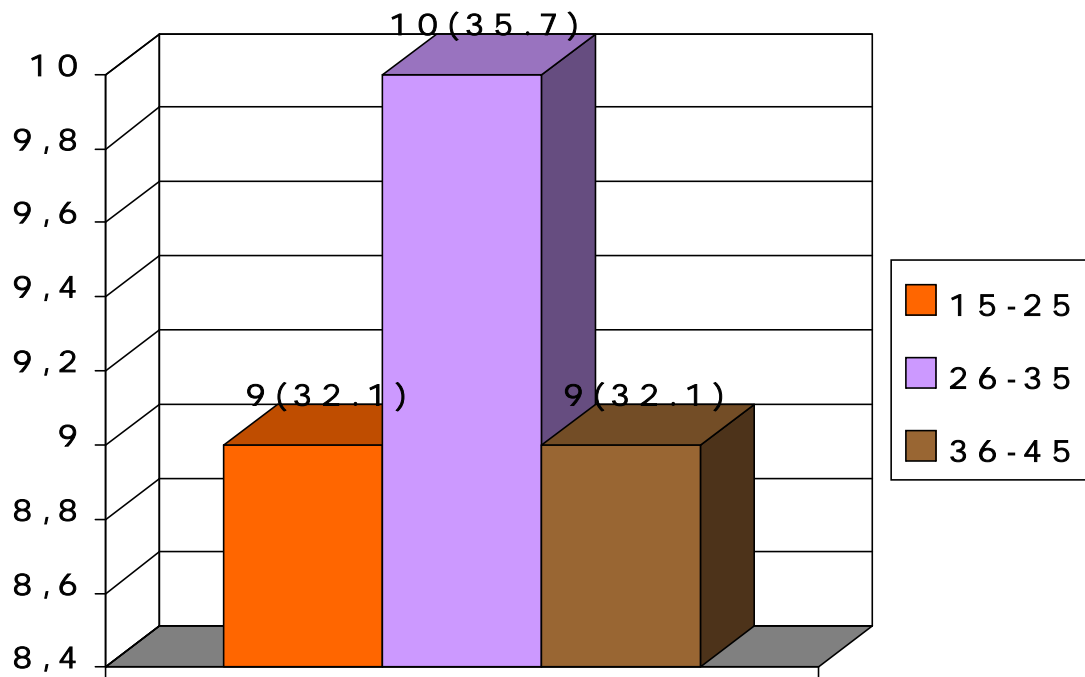
Tabla 1

Ingresaron protocolo

MEDICAMENTO	PLACEBO	TOTAL
17	11	28
60.7%	39.3 %	100 %

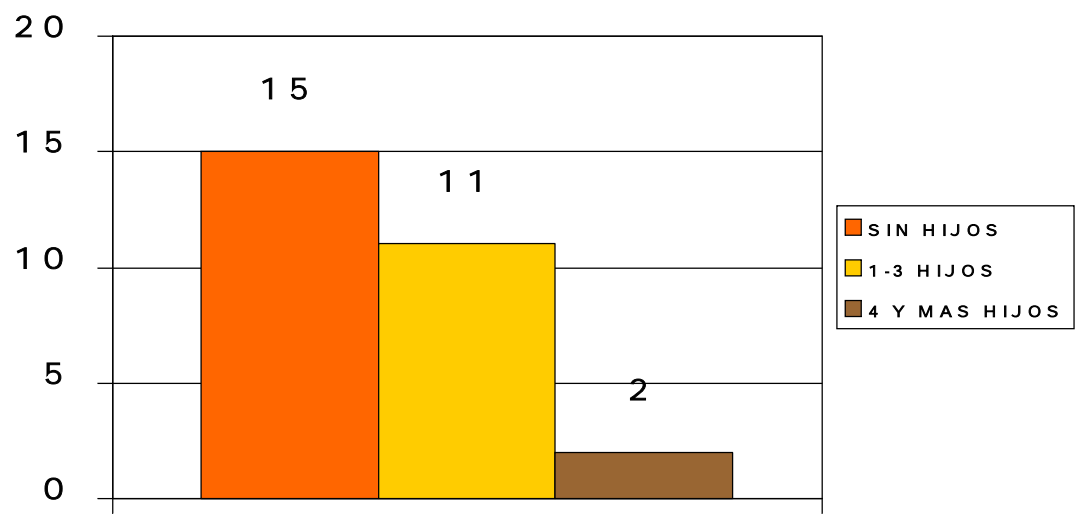
El 32.1% de las pacientes tenían entre 15-25 años, el 35.7 % entre 25-35 años y el 32.1 % entre 35-45 años .(ver figura 1).

Fig 1
DISTRIBUCION POR EDADES



El grupo estaba constituido por 15(53.6%) nulíparas, 11(39.3%) pacientes con 1a 3 hijos y , 2 (7.1%) con más de 4 hijos.(fig. 2)

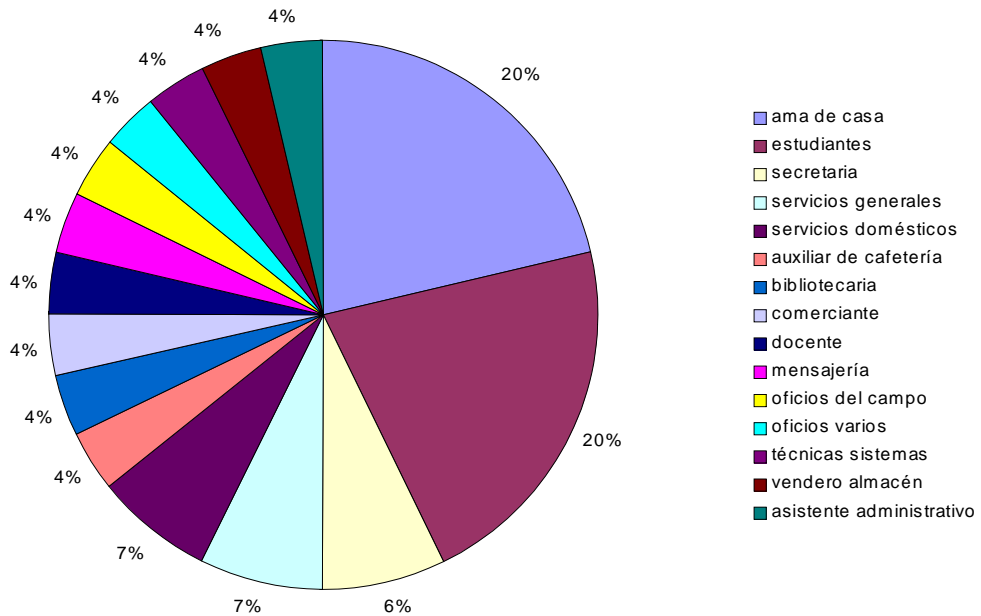
Fig. 2
**DISTRIBUCION POR NUMERO
 DE HIJOS**



Por ocupación se encontró que 6 (20%) eran amas de casa, 6 (20%), estudiantes, (2)7% 2(7%) empleadas del servicio doméstico, 7% servicios generales , 2(7%) secretarias , otros oficios 40 % (fig. 3).

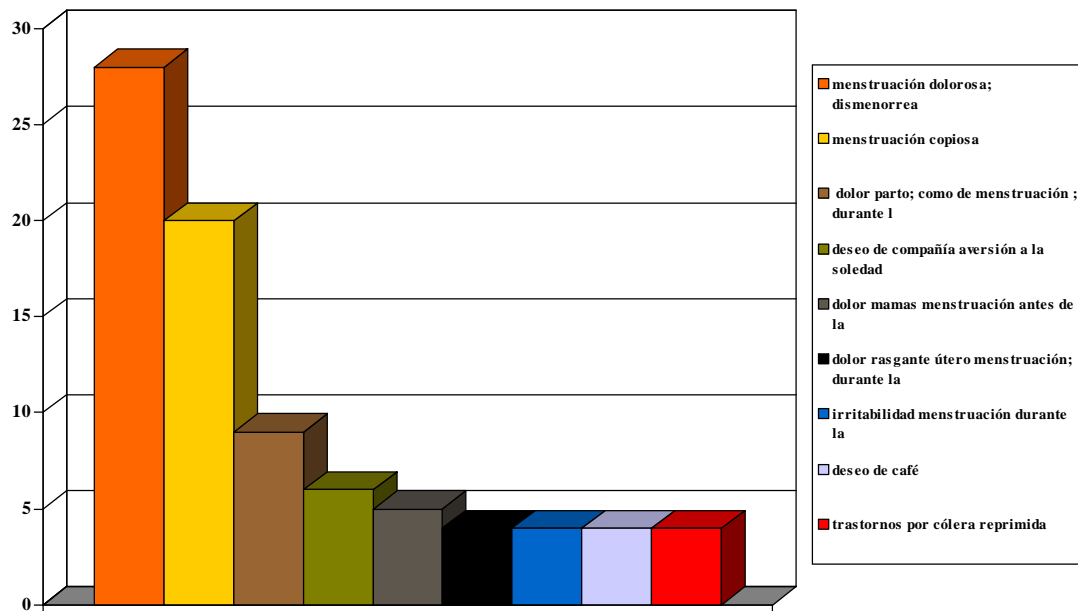
Fig 3

Distribución por Actividad Laboral



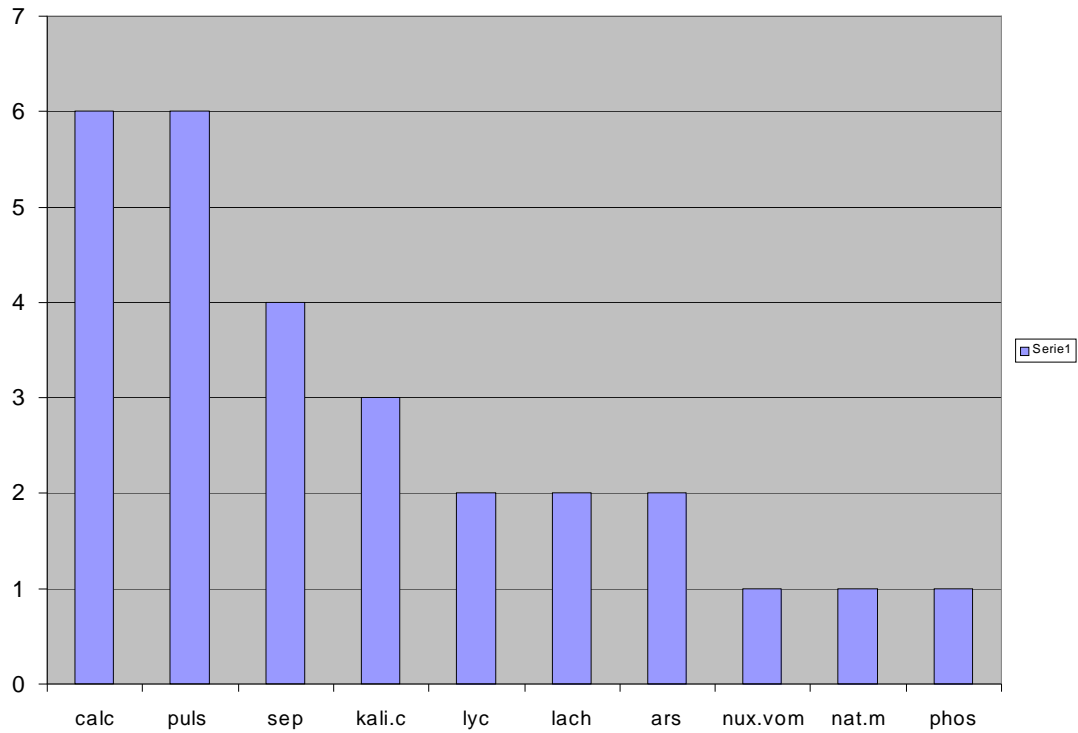
Los 7 principales síntomas repertorizados en su orden fueron menstruación dolorosa dismenorrea 2) Menstruación copiosa 3) Dolor parto como de menstruación; durante la 4) Deseo de compañía; aversión a la soledad 5) dolor mamas menstruación antes de la 6) Dolor rasgante útero menstruación; antes de la 7) Irritabilidad menstruación durante la 8) Deseo de café 9) Trastornos por cólera reprimida(fig. 4)

Fig 4
Principales Síntomas Repertorizados



Los principales medicamentos constitucionales formulados como consecuencia de la repertorización fueron calcárea 6 pacientes, pulsatilla 6 pacientes, sepia 4 pacientes, kali carbonicum 3 , lycopodium 2, lachesis 2, Arsenicum álbum 2 (fig. 5)

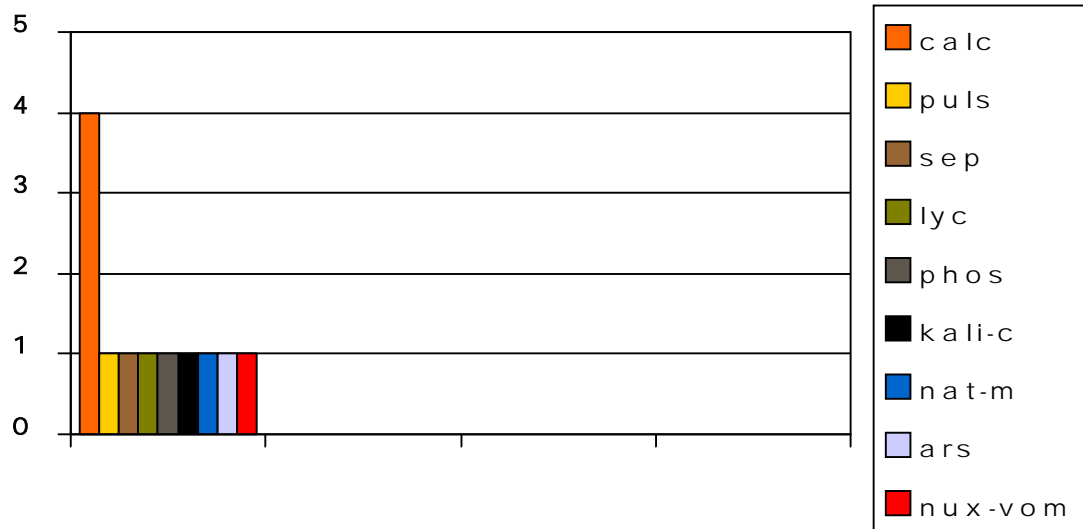
Fig 5
FORMULACIÓN GENERAL



De los medicamentos formulados que no fueron placebo y presentaron mejoría fueron calcárea carbónica (4), pulsatilla (1), sepia (1), lycopodium (1), phósphorus(1), Kali carbónicum (1), Natrum mur(1), arsenicum álbum (1), Nux vómica (1) (fig. 6).

Fig 6

Medicamentos mejoría



Se realizaron pruebas estadísticas de t de Student donde se comprobó cambio significativo antes y después del tratamiento bien con el medicamento homeopático o bien con el placebo basado en la escala visual del dolor(ver tabla 2) .ver (ver tabla 3).

Tabla 4

CONTINGENCIA: MEJORIA DEL DOLOR SEGÚN ESCALA VISUAL (>1) COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	12 (70.6%)	5 (29.4%)	17 (60.8%)
PLACEBO	9(81.8%)	2 (18.2%)	11 (39.4%)
TOTAL	21 (75%)	7 (25%)	28(100%)

$$X_2 = 1.24777184$$

$$<X_2 0.05 = 3.84$$

NO ES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Tabla 5

CONTINGENCIA: MEJORIA DEL DOLOR SEGÚN ESCALA VISUAL (>3) COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	9(52.9%)	8 (47.1%)	17 (60.7%)
PLACEBO	6(54.5%)	5 (45.5%)	11 (39.3%)
TOTAL	15 (53.6%)	13 (46.4%)	28(100%)

$$X_2 = 0.22191142$$

$$<X_2 0.05 = 3.84$$

NO ES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Dentro de las pacientes consideradas con un dolor severo por encontrarse dentro de la escala visual en un nivel de 7 o más se encontró que no existe una diferencia estadísticamente significativa (prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) en el manejo con medicamento o placebo; sin embargo el medicamento logró una mejoría en el 75% de las pacientes.(tabla 6)

Tabla 6

CONTINGENCIA: MEJORIA DOLOR MUY SEVERO COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	Mejoraron	No Mejoraron	TOTAL
MEDICAMENTO	9(75%)	3(25%)	12(57.1%)
PLACEBO	8(88.9%)	1(11.1%)	9(42.9%)
TOTAL	17(80.9%)	4(19.1%)	21(100%)

3.84 > 1.278348= NO SIGNIFICATIVO ESTADISTICAMENTE

NOTA: Dolor estimado según escala Visual

Respecto al dolor moderado igualmente la mejoría no fué significativa (prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) al utilizar medicamento placebo, se visualiza un porcentaje del 60% al utilizar medicamento (tabla 7)

Tabla 7

CONTINGENCIA: MEJORIA DEL DOLOR MODERADO COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	3(60%)	2(40%)	5(71.4%)
PLACEBO	1(50%)	1(50%)	2(28.6%)
TOTAL	4(57.1%)	3(42.9%)	7(100%)

$X_2 = 0.36458333$

$<X_{20.05} = 3.84$

DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA(según escala visual)

Se observó una diferencia estadísticamente significativa en el caso de la dismenorrea primaria al utilizar la prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates mostrando unos mejores resultados del placebo frente al medicamento homeopático para mejorías de intensidades mayores de 1(deducida de la escala visual). Se resalta que el 70% de los casos formulados con medicamento homeopático tuvieron mejoría (tabla 8) .

Tabla 8

CONTINGENCIA: MEJORIA DEL DOLOR EN DISMENORREA
 PRIMARIA >1 COMO RESULTADO TRATAMIENTO
 MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	7(70%)	3 (30%)	10 (66.6%)
PLACEBO	5(100%)	0 (%)	5 (33.3%)
TOTAL	12 (80%)	3(20%)	15(100%)

$$X_2 = 4.21875$$

$$<X_2 0.05 = 3.84$$

DIFERENCIA SIGNIFICATIVA

Al considerar una exigencia mayor respecto de la mejoría , al superar 3 puntos en la escala visual entre la primera entrevista y el último control no se observa diferencia estadísticamente significativa (prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) entre el medicamento y el placebo . El 60% de las pacientes con medicamento mejoraron con esta exigencia.(tabla 9)

Tabla 9
 CONTINGENCIA: MEJORIA DEL DOLOR EN DISMENORREA
 PRIMARIA >3 COMO RESULTADO TRATAMIENTO
 MEDICAMENTO VS PLACEBO

	<i>MEJORIA</i>	<i>NO MEJORIA</i>	<i>TOTAL</i>
MEDICAMENTO	6(60%)	4 (40%)	10 (%)
PLACEBO	4(80%)	1 (20%)	5 (%)
TOTAL	10(66.7%)	5(33.3%)	15(100%)

$X_2 = 1.8375$

$<X_{2,0.05} = 3.84$

DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA

No se observó una diferencia significativa (prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) en cuanto a la mejoría en la escala visual (intensidad) para el caso de la dismenorrea secundaria, el medicamento fué eficaz en el 71.4% de los casos (tabla 10)

Tabla 10

CONTINGENCIA: MEJORIA DEL DOLOR EN LA DISMENORREA SECUNDARIA COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	5(71.4%)	2(28.6%)	7(53.8%)
PLACEBO	4(66.6%)	2(33.3%)	6(46.2 %)
TOTAL	9(69.2%)	4(30.7%)	13(100%)

$$X_2 = 0.065625$$

$$<X_{20.05} = 3.84$$

DI FERENCIA NO SIGNIFICATIVA

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa (prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) en la mejoría del dolor (>1 y >3) a favor del placebo al comparar la escala visual entre las pacientes de 15-25 años a las que se les suministró medicamento vs placebo (ver tablas 11 y 12)

Tabla 11

CONTINGENCIA: MEJORIA DEL DOLOR EN PACIENTES DE 15-25AÑOS(>1) COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	3(50%)	3(50%)	6(66.6%)
PLACEBO	3(100%)	0(0%)	3(33.3 %)
TOTAL	6(66.6%)	3(33.3%)	9(100%)

$$X_2 = 5.0625 >$$

$$< X_{2,0.05} = 3.84$$

DIFERENCIA

SIGNIFICATIVA

escala visual

Tabla 12

CONTINGENCIA: MEJORIA DEL DOLOR EN PACIENTES DE 15-25AÑOS(>3) COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	3(50%)	3(50%)	6(66.6%)
PLACEBO	3(100%)	0(0%)	3(33.3 %)
TOTAL	6(66.6%)	3(33.3%)	9(100%)

$$X_2 = 6.80625 >$$

$$X_{2,0.05} = 3.84$$

DIFERENCIA SIGNIFICATIVA escala visual

En el grupo de 26-35 años al comparar las escalas visuales no se observó diferencia estadísticamente significativa (prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) entre medicamento homeopático y placebo . Se observa un 80% de mejoría en las pacientes a quienes se les suministró medicación homeopática (tabla 13)

Tabla 13

CONTINGENCIA: MEJORIA DEL DOLOR EN PACIENTES DE 26-35AÑOS COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	4(80%)	1(20%)	5(50%)
PLACEBO	5(100%)	0(0%)	5(50%)
TOTAL	9(90%)	1(10%)	10(100%)

$$X_2 = 3.61$$

$$<X_{2,0.05} = 3.84$$

DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA

- escala visual

No se observó diferencia estadísticamente significativa (prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) en la mejoría del dolor al comparar la escala visual en pacientes entre 36-45 años(tabla 14)

Tabla 14

CONTINGENCIA: MEJORIA DEL DOLOR EN PACIENTES DE 36-45AÑOS COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	5(83,3%)	1(16.6%)	6(66.6%)
PLACEBO	1(33.3%)	2(66.6%)	3(33.3 %)
TOTAL	6(66.6%)	3(33.3%)	9(100%)

$$X_2 = 0.5625$$

$$<X_{20.05} = 3.84$$

DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA - escala visual

No se observó diferencia estadísticamente significativa.(prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) en la mejoría del dolor de acuerdo a la escala de Mankosky (ver anexo 4, tabla 15). Se presentó una mejoría en el 64.7% de las pacientes que recibieron medicamento homeopático.

Tabla 15

CONTINGENCIA: MEJORIA DOLOR SEGÚN ESCALA MANKOSKY COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	11(64.7%)	6(35.3%)	17(60.7%)
PLACEBO	9(81.8%)	2(18.2%)	11(39.3 %)
TOTAL	20(71.4%)	8(28.6%)	28(100%)

$$X_2 = 1.9802139 <$$

$$X_{20.05} = 3.84$$

NO ES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Chi cuadrado corrección de Yates

No se observó diferencia estadísticamente significativa (prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) al valorar la mejoría de la dismenorrea de acuerdo a la clasificación de los niveles de gravedad. El 47.1% de las mujeres a las que se les suministró el medicamento obtuvieron mejoría(ver anexo 4 tabla 16)

Tabla 16

CONTINGENCIA: MEJORIA DE LA DISMENORREA SEGÚN NIVELES DE GRAVEDAD COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	8(47.1%)	9(52.1%)	17(60.7%)
PLACEBO	8(72.7%)	3(27.3%)	11(39.3%)
TOTAL	16(57.1%)	12(42.9)	28(100%)

$X_2 = 2.99777184$

$X_{20.05} = 3.84$

NO ES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Chi cuadrado corrección de Yates

No se encontró diferencia estadísticamente significativa (prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) en la disminución de días de dolor (clasificación leve, moderada, severa). El 64.7% de las mujeres manejadas con medicamento disminuyeron los días de dolor (tabla 17)

Tabla 17
 CONTINGENCIA: MEJORIA DEL DOLOR SEGÚN DURACIÓN DEL
 DOLOR (DÍAS) COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS
 PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	11(64.7%)	6(35.3%)	17(60.7%)
PLACEBO	8(72.7%)	3(27.3%)	11(39.2%)
TOTAL	19(67.8%)	9(32.2%)	28(100%)

$\chi^2 = 0.73640$

$<\chi^2_{0.05} = 3.84$

DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA

Al analizar el resultado del tratamiento con medicación o placebo a las mujeres nulíparas con dismenorrea no se encontró diferencia estadísticamente significativa (prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates). El 70 % de las pacientes manejadas con medicamento presentaron mejoría según la escala visual (tabla 18)

Tabla 18

CONTINGENCIA: MEJORIA EN LAS PACIENTES NULIPARAS
COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS
PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	7(70%)	3(30%)	10(66.6%)
PLACEBO	4(80%)	1(20%)	5(33.4%)
TOTAL	11(73.3%)	4(26.7)	15(100%)

$X_2 = 1.06534091$

$<X_{2,0.05} = 3.84$

DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA -escala visual

Las mujeres con uno o mas hijos tratadas con medicamento o placebo no tuvieron diferencia estadísticamente significativa (prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) en la mejoría del dolor de acuerdo a la escala visual. El 85.7% de las pacientes que fueron tratadas con medicamento obtuvieron mejoría en este grupo (tabla 19)

Tabla 19

CONTINGENCIA: MEJORIA EN LAS PACIENTES CON UN HIJO O MULTIPARAS COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	6(85.7%)	1(14.3%)	7(53.8%)
PLACEBO	5(83.3%)	1(16.7%)	6(46.2%)
TOTAL	11(84.6%)	2(15.4)	13(100%)

$$X_2 = 0.42559524$$

$$<X_2 0.05 = 3.84$$

DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA -escala visual

Se obtuvieron datos sobre la incapacidad laboral la cual mostró mejoría en un 75% de las pacientes a las que se le suministró medicación. No obstante no hubo diferencia estadísticamente significativa (prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) al compararla con el placebo (tabla 20)

Tabla 20

CONTINGENCIA: MEJORIA DE LA INCAPACIDAD EN EL TRABAJO COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	9(75%)	3(25%)	12(63.2%)
PLACEBO	5(71.4%)	2(28.6%)	7(36.8%)
TOTAL	14(73.7%)	5(26.3%)	19(100%)

$$X_2 = 0.10618386$$

$$<X_2 0.05 = 3.84$$

DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA

No hubo diferencia estadísticamente significativa (prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) en la mejoría de la incapacidad para el estudio al comparar placebo vs medicamento. Las pacientes a las que se les formuló medicamento tuvieron una mejoría del 71.4%(tabla 21)

Tabla 21

CONTINGENCIA: MEJORIA DE LA INCAPACIDAD EN EL ESTUDIO COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	5(71.4%)	2(28.6%)	7(77.7%)
PLACEBO	2(100%)	0(0%)	2(22.2%)
TOTAL	7(77.7%)	2(22.2)	9(100%)

$\chi^2 = 3.3176$

$<\chi^2_{0.05} = 3.84$

DIFFERENCIA NO SIGNIFICATIVA

Las mujeres que recibieron medicamento obtuvieron una mejoría respecto a la incapacidad en las labores domésticas en un 76.9% de ellas. Sin embargo al comparar los resultados con los del placebo no se encontró diferencia estadísticamente significativa.(prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) (tabla 22)

Tabla 22

CONTINGENCIA: MEJORIA DE LA INCAPACIDAD EN LAS LABORES DOMESTICAS COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	MEJORIA	NO MEJORIA	TOTAL
MEDICAMENTO	10(76.9%)	3(23.1%)	13(54.2%)
PLACEBO	10(90.9%)	1(9.01%)	11(45.8%)
TOTAL	20(83.3%)	4(16.6)	24(100%)

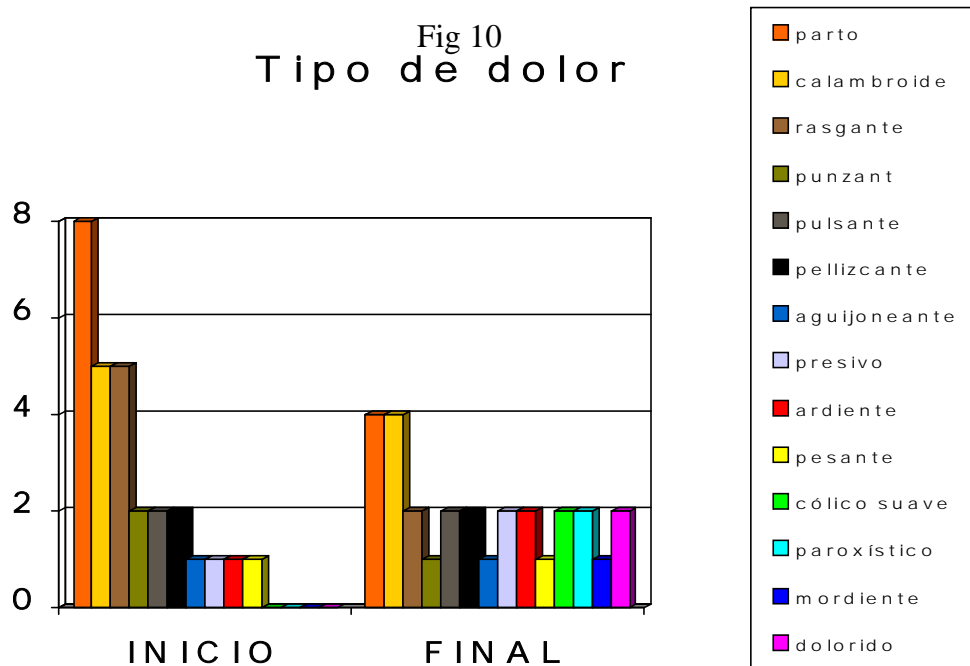
$$X_2 = 2.14825175$$

$$<X_2 0.05 = 3.84$$

DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA

Al inicio de la investigación el tipo de dolor presentado por las mujeres fué referido como dolor tipo parto(8) seguido por el calambroide(5) y rasgante(5) y al final del tratamiento bajó la frecuencia del tipo parto y calambroide a (4) y a 2 al rasgante,se describieron otros dolores como el paroxístico, mordiente, dolorido y cólico suave.(fig. 10).

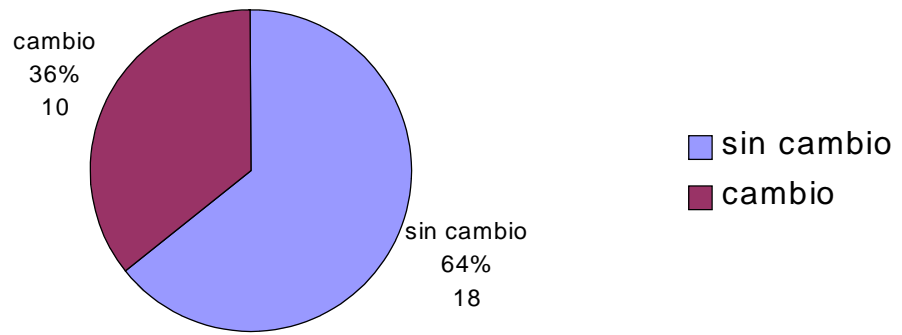
Fig 10
Tipo de dolor



El 36% de las mujeres que intervinieron en esta investigación refirieron cambio en el tipo de dolor con o sin medicamento.(fig. 11) correspondiendo al 35.3% las pacientes que recibieron medicamento. Al compararlas con los resultados obtenidos con las pacientes que recibieron placebo no se obtuvieron cambios estadísticamente significativos. (prueba de Chi cuadrado) (tabla 23 fig. 11.cuadro 1, 2)

Fig 11

CAMBIO TIPO DE DOLOR



Cuadro 1

CAMBIOS DEL TIPO DE DOLOR EN
PACIENTES CON PLACEBO

<i>CODIGO PACIENTE</i>	<i>TIPO DE DOLOR INICIAL</i>	<i>TIPO DE DOLOR FINAL</i>
10	PARTO	PAROXISTICO
19	RASGANTE	DOLORIDO
26	RASGANTE	PARTO
43	PARTO	COLICO SUAVE

Cuadro 2

CAMBIOS DEL TIPO DE DOLOR EN PACIENTES CON MEDICAMENTO

<i>CODIGO PACIENTE</i>	<i>TIPO DE DOLOR INICIAL</i>	<i>TIPO DE DOLOR FINAL</i>
4	PARTO	PAROXI STICA
12	PARTO	COLICO SUAVE
18	CALAMBROI DE	MORDI ENTE
27	PARTO	DOLORI DO
29	PUNZANTE	ARDI ENTE
35	RASGANTE	PRESI VO

Tabla 23

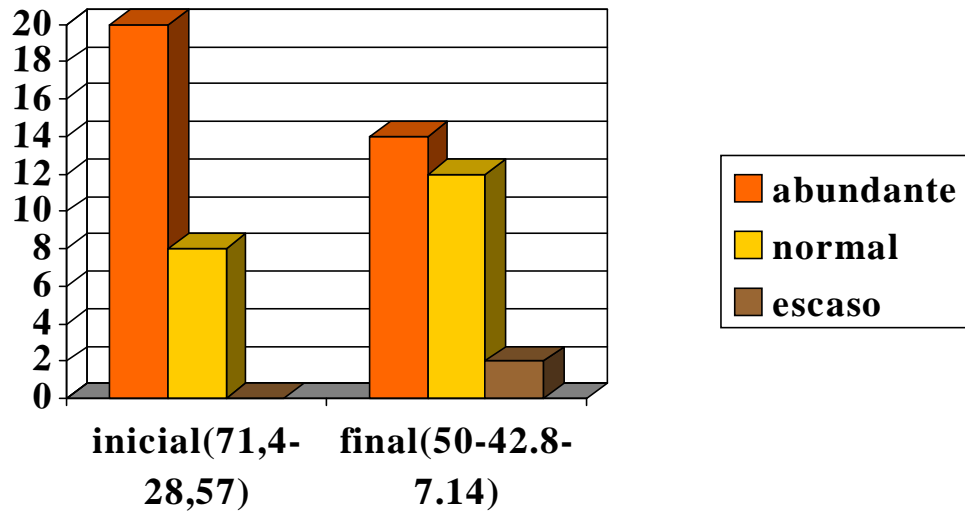
CONTINGENCIA: MEDICAMENTO VS PLACEBO SEGÚN CAMBIOS EN EL TIPO DE DOLOR

	CAMBIAN	NO CAMBIAN	TOTAL
MEDICAMENTO	6(35.3%)	11(64.7%)	17(60.7%)
PLACEBO	4(36.4%)	7(63.6%)	11(39.3%)
TOTAL	10(35.7%)	18(64.3%)	28(100%)
$\chi^2 = 0.21295306$ $\chi^2_{0.05} = 3.84$ NO ES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO Chi cuadrado corrección de Yates			

Se encontró en el control inicial que 20 pacientes tenían flujo menstrual abundante(considerado así por las pacientes), 8 pacientes con flujo menstrual normal y 0 escaso. Al final del tratamiento 14 pacientes presentaban flujo menstrual abundante, 12 flujo considerado normal y 2 flujo escaso (fig. 7).

Fig 7

Distribución por flujo menstrual



Se analizó el cambio en la cantidad de flujo menstrual presentado al administrar medicamento o placebo encontrando que no hubo diferencia estadísticamente significativa (prueba de Chi cuadrado) al comparar medicamento ves placebo(tabla 24)

Tabla 24

CONTINGENCIA: DISMINUCIÓN DEL SANGRADO COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS PLACEBO

	DISMINUYO	AUMENTO	IGUAL	TOTAL
MEDICAMENTO	6(35.3%)	1(5.8%)	10(58.8%)	17(60.7%)
PLACEBO	3(27.3%)	0(0%)	8(72.7%)	11(39.3%)
TOTAL	9(32.1%)	1(3.6%)	18(64.3%)	28(100%)

$$\chi^2 = 0.98158$$

$$<\chi^2_{0.05} = 5.991$$

NO ES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Doce pacientes (70.6%) que recibieron medicamento no requirieron de droga alopática como lo venían realizando al final del tratamiento. Al comparar estos resultados con los obtenidos con las pacientes que recibieron placebo no presentaron diferencia estadísticamente significativa.(prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates) (cuadro 6, tabla 25)

Cuadro 6

SUSPENSIÓN DE MEDICAMENTO ALOPÁTICO COMO RESPUESTA AL TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO VS PLACEBO

CODIGO PACIENTE	MEDICAMENTO	PLACEBO
3	X	
4	X	
5		X
6	X	
7	X	
9	X	
10		X
11		X
12	X	
14	X	
19		X
22	X	
27	X	
32	X	
33	X	
34	X	
36		X
43		X
TOTAL	12 (66.66)	6 (33.33)

Tabla 25

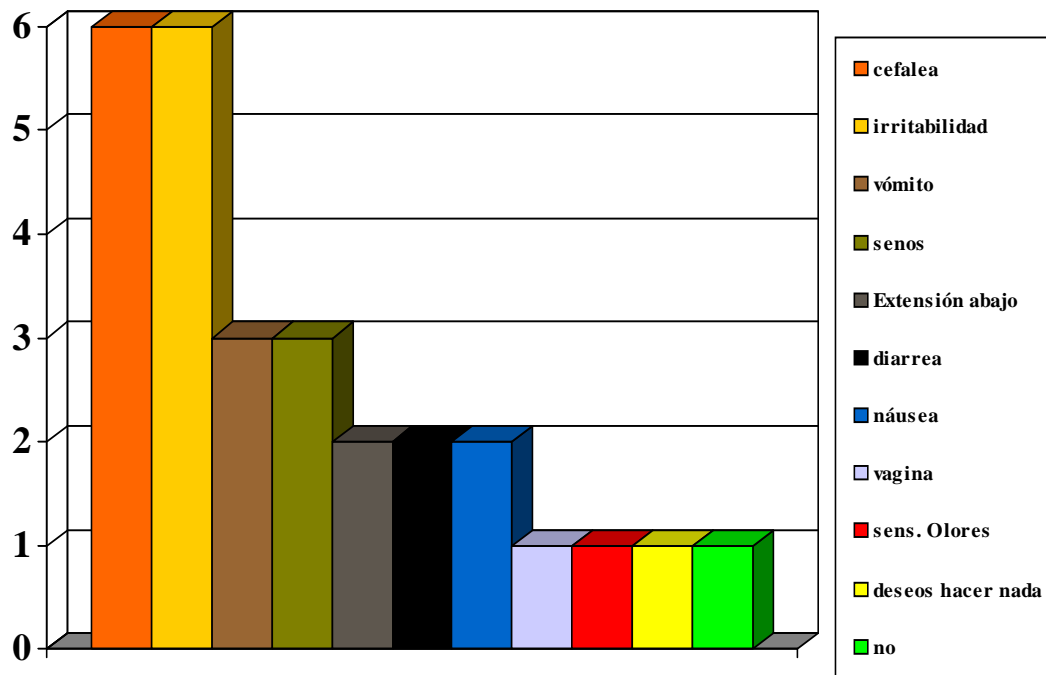
CONTINGENCIA: SUSPENSIÓN MEDICAMENTO ALOPÁTICO
 COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS
 PLACEBO

	SUSPENSIÓN MEDICAMENTO ALOPÁTICO	NO SUSPENSIÓN MEDICAMENTO ALOPÁTICO	TOTAL
MEDICAMENTO	12 (70.6%)	5 (29.4%)	17 (60.8%)
PLACEBO	6 (54.5%)	5 (45.6%)	11 (39.4%)
TOTAL	18 (64.3%)	10 (35.7%)	28(100%)
CHI CUADRADO CORRECCIÓN YATES = 0.21295306 < 3.84 NO SIGNIFICATIVO			

Al inicio del tratamiento las pacientes refirieron en orden de frecuencia los siguientes síntomas acompañantes: cefalea 6 casos, irritabilidad 6 casos, vómito 3 casos, senos 3 casos, extensión abajo 2 casos, diarrea 2 casos, náusea 2 casos, con 1 caso de síntoma vaginal, sensibilidad a los olores 1 caso, deseos de no hacer nada 1 caso (fig. 8).

Fig 8

SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES



Se comparó cambio del síntoma acompañante o su desaparición con respecto a la utilización de placebo o medicamento no encontrando diferencia estadísticamente significativa (prueba de Chi cuadrado) El 23.5% de las pacientes que tomaron medicación reportaron desaparición de los síntomas concomitantes , así como el 41.1% reportaron cambio del síntoma.(tabla 26)

Tabla 26

CONTINGENCIA: CAMBIOS EN LOS SÍNTOMAS
CONCOMITANTES COMO RESULTADO TRATAMIENTO
MEDICAMENTO VS PLACEBO

	CAMBIA	DESAPARECEN	IGUAL	TOTAL
MEDICAMENTO	7(41.1%)	4(23.5%)	6(35.2%)	17(60.7%)
PLACEBO	4(36.4%)	3(27.2%)	4(36.4%)	11(39.3%)
TOTAL	11(39.3%)	7(25%)	10(35.7%)	28(100%)

$X_2 = 0.07895$

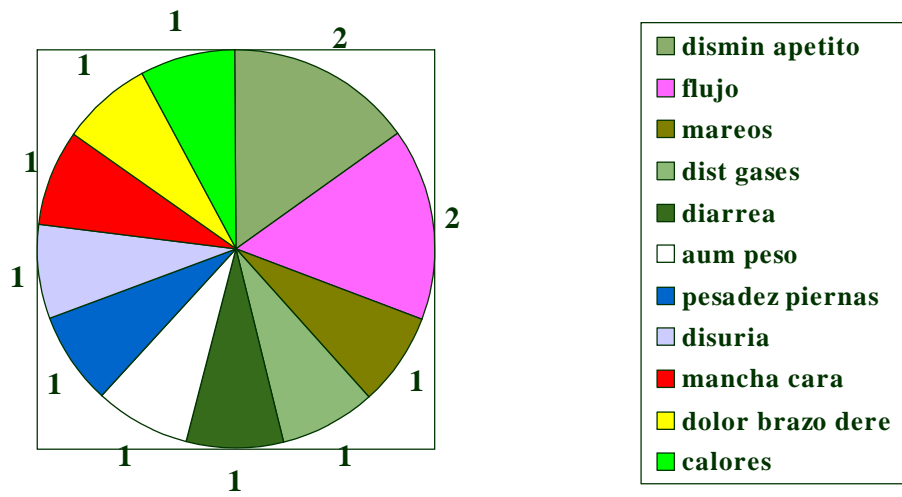
$<X_{2,0.05} = 5.991$

NO ES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Se registraron 13 casos de reacciones adversas leves, 8 de las que tomaron medicamento y 5 de las que tomaron homeopatía en orden de frecuencia figuran disminución de apetito 2casos, flujo vaginal 2casos, mareos dos casos, con un caso distensión de gases, diarrea, aumento de peso, pesadez en las piernas, disuria, manchado en la cara, dolor brazo derecho, calores. (fig9, cuadro 3, 4, 5)

fig9

Distribución por reacciones adversas



Cuadro 3

Lista de Reacciones Adversas I

PACIENTE	1. CONTROL	2.CONTROL
4	Disminución apetito	Disminución apetito
5	Distensión gases. Dolor estómago	Aumento de apetito. Aumento peso
6	Disminución apetito,mareos	
7		Diarrea
9	Flujo vaginal	Flujo vaginal
10		Flujo vaginal

Cuadro 4

Reacciones Adversas II

PACIENTE	1. CONTROL	2. CONTROL
12	pesadez en las piernas	estreñimiento
16	disuria	no
17	cloasma	no
18	Dolor brazo derecho, sensación adormecimiento	Dolor brazo derecho, sensación adormecimiento
32	calores muy fuertes	no
35		Mareos los 5 primeros días

Cuadro 5

Reacciones Adversas III

PACIENTE	1. CONTROL	2. CONTROL
36		Adormecimien to dedos

Se comparó la presencia o no de reacciones adversas reportadas con respecto a la utilización de placebo o medicamento no encontrando diferencia estadísticamente significativa.(prueba de Chi cuadrado) (tabla 27)

Tabla 27

CONTINGENCIA: REPORTE DE REACCIONES ADVERSAS
COMO RESULTADO TRATAMIENTO MEDICAMENTO VS
PLACEBO

	Reportaron reacciones adversas	No Reportaron reacciones adversas	TOTAL
MEDICAMENTO	8 (47.1%)	9 (52.9%)	17 (60.8%)
PLACEBO	5 (45.5%)	6 (54.5%)	11 (39.4%)
TOTAL	13(46.4%)	11 (53.6%)	28(100%)

$$X_2 = 0.09291101$$

$$X_{2,0.05} = 3.84$$

NO ES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Chi cuadrado corrección de Yates

10. ANALISIS

Al analizar los beneficios obtenidos por la medicación homeopática, específicamente de los beneficios obtenidos en el grupo estudiado que ingresaron a la consulta del Dr. Fernando Augusto Hernández en el período señalado se pudo observar como datos relevantes lo siguiente:

Las pacientes ingresadas mostraron como perfil ser de clase media amas de casa estudiantes, trabajadoras, equilibradamente distribuidas entre los 15-45 años, mayoritariamente nuligestantes.

Que de acuerdo con la prueba t de Student al comparar los datos de intensidad del dolor dados por la escala visual de la serie de placebo y medicamento al inicio y al final de la investigación nos arrojan un reporte significativo estadísticamente de que

hubo un cambio en el promedio, lo que equivale a decir que la intervención realizada a las pacientes tuvo efectos demostrables, en este caso hacia la mejoría como lo señalan claramente los porcentajes obtenidos .

Se encontró diferencia estadísticamente significativa a favor del placebo en el caso de la intensidad del dolor en las pacientes con dismenorrea primaria, basados en la escala visual con cambio de al menos 1, de igual manera se encontró diferencia a favor del placebo estadísticamente significativo con diferencia en la escala visual de al menos 1 incluso de 3 en las pacientes entre 15-25 años.

Otro dato de relevancia es que las pacientes entre 35-45 años presentaron una considerable mejoría en la intensidad del dolor según la escala visual (83,3%) después de que se les administró el medicamento homeopático. Teniendo en cuenta que es más probable la dismenorrea secundaria en este grupo de edad y en conexión con el anterior resultado, el 71.4% de las pacientes con dismenorrea secundaria que tomaron el medicamento homeopático obtuvieron mejoría de la intensidad del dolor .

Se evaluó y encontró considerable mejoría (entre el 71 y 77 %) de las pacientes que tomaron medicamento homeopático respecto a las incapacidades de tipo laboral, estudio y de hogar, reportando considerable beneficio a estas pacientes.

En general es consistente que tanto el medicamento como el placebo presentan cifras altas de mejoría de la intensidad del dolor tanto a nivel de las 28 pacientes (70.6%-81.8%), como a nivel específico de los grupos analizados como las nuligestantes, multigestantes, dismenorreas primaria secundaria, por grupos de edad, por cambios en la incapacidad, disminución del sangrado, disminución del tiempo de duración del dolor, desaparición de los síntomas concomitantes, desaparición de la necesidad del uso de medicamentos alopáticos como se puede evidenciar en las tablas correspondientes.

El dolor pélvico y específicamente la dismenorrea, demuestran a través de los múltiples tópicos que hemos analizado un problema muy complejo , que quizá trascienda no sólo cuantitativo para poder entenderlo y controlarlo adecuadamente.

Se formularon medicamentos constitucionales homeopáticos teniendo en cuenta la historia clínica con el enfoque integral que conlleva la homeopatía cuyo principal medicamento resultó ser la calcárea carbónica no sólo en frecuencia sino en efectividad, no obstante la homeopatía demuestra aquí otro elemento maravillosamente complejo derivado de su misma naturaleza que es la individualidad. Por ello hablo de una casuística específica, con unos medicamentos específicos, en circunstancias específicas.

. Las pacientes con dismenorrea en especial la primaria presentan un importante componente psicológico como lo sustenta el marco teórico y no debemos olvidar que el enfoque homeopático no incluye solamente la formulación sino también el beneficio que trae la entrevista homeopática y el enfoque integral que hacemos en

ella, generándose un ambiente propicio de catarsis . Esto podría ser una parte de la explicación de los resultados favorables del placebo y la medicación homeopática en los diferentes grupos analizados.

Las pacientes, 13/28, manifestaron reacciones adversas consideradas como leves, atribuidas por parte de ellas a la medicación formulada, lo cual no ocasionó suspensión del tratamiento homeopático. Algunos efectos podrían interpretarse como exoneraciones homeopáticas tales como el flujo y la diarrea de lo cual se informó a las pacientes para que tomaran nota de una evolución positiva posterior.

Si bien estadísticamente no se logró demostrar que los medicamentos homeopáticos tuvieran un mayor beneficio que el placebo si se obtuvo una mejoría que considero apreciable por lo que deben tenerse en cuenta los siguientes elementos de discusión :

1)La duración del tratamiento homeopático constitucional podría necesitar más tiempo en el caso de una patología tan crónica como la dismenorrea , donde incluso podrían estar involucrados miasmas sycósicos para lograr una curación suave profunda y duradera como lo señala la Dra. Mónica Prunell, y se referencia en el marco teórico.

2)Los resultados obtenidos en esta investigación son coincidentes a los señalados en el trabajo del DR Tsolakis con tema y diseño semejantes , por lo que se impone buscar nuevos métodos de investigación que profundicen y complementen los métodos tradicionales cuantitativos y estén de acuerdo con la filosofía de la homeopatía tal y como lo han señalado varios autores y como lo refiere el marco teórico.

3) El mayor número de pacientes conlleva a un aumento en la probabilidad de conseguir datos más confiables pero a la vez eleva los costos del proceso de investigación . Este otro factor es importante tenerlo en cuenta en el caso de las instituciones homeopáticas para que se evalúe la necesidad de persistir en continuar y apoyar procesos de investigación iniciados y así conseguir resultados cada vez más confiables.

11.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. las pacientes que asistieron a la consulta obtuvieron en su mayoría una mejoría manifestada a través de lo que ellas mismas registraron en la escala visual en primer lugar, y lo evidenciado a través de la consulta homeopática.

2. No hay diferencia en los resultados obtenidos , al suministrar medicamento homeopático o placebo en el manejo de la dismenorrea exceptuando la dismenorrea primaria y la presentada en el grupo de edad de 15 a 25 años
3. El placebo superó estadísticamente en el alivio del dolor al medicamento homeopático en el grupo de pacientes con dismenorrea primaria y en el grupo de 15 a 25 años.
4. El medicamento homeopático presentó porcentajes de mejoría muy satisfactorias en las pacientes con dismenorrea secundaria y en las del grupo entre 36-45 años que fueron superiores a las del placebo.
5. Se obtuvo alivio en la incapacidad laboral, de estudio y en las labores del hogar en las pacientes estudiadas, pero no se demostró superioridad del medicamento homeopático sobre el placebo.
6. Las reacciones adversas manifestadas por las pacientes se presentaron tanto en el placebo como en el medicamento y se consideraron leves. Algunos efectos se consideraron como parte de la mejoría homeopática (exoneración)
7. La metodología cuantitativa utilizada en este estudio sugiere que para un mejor entendimiento y manejo homeopático de la dismenorrea, se complemente con otros métodos que contribuyan a validar la percepción de las pacientes frente a su enfermedad y evolución en concordancia con la filosofía y particularidades del tratamiento homeopático
8. Se recomienda al Instituto Homeopático Luis G. Paez impulsar la continuidad de este y otros estudios similares
9. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se deben implementar herramientas tendientes a evaluar en futuras investigaciones, los alcances positivos de la entrevista homeopática (catarsis) como parte del manejo integral de las pacientes .

Anexo 1
CONSENTIMIENTO.INFORMADO PARA ATENCION POR MEDICINA
HOMEOPATICA. Y PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

A. IDENTIFICACION

CÉDULA DE CIUDADANÍA:

APELLIDOS:

NOMBRES:

EDAD: HORA:..... FEGHA :.....

-

B. CERTIFICACION

La suscrita certifica que después de haber sido debidamente informada en términos claros y sencillos sobre la naturaleza, propósitos del tratamiento homeopático, así como de la investigación doble ciego controlado con dichos medicamentos, de la dismenorrea; oí entendí y comprendí los posibles beneficios, reacciones y duración aproximada del tratamiento.

Me comprometo a informar periódica y oportunamente de la evolución de mi estado de salud, cumplir las recomendaciones dadas en la consulta y autorizo al Dr. Fernando A Hernández para realizar dicho tratamiento de acuerdo a su criterio personal técnico científico.

firmado

..

Firma Firma

Nombre del Paciente

Nombre persona responsable acompañante

c.c.

c.c.

Anexo 2

numero del paciente	control	FECHA	fecha 1 control	fecha 2 control	NOMBRES
46	0	14/11/04			
APELLIDOS		numero identificación cc o tarjeta	eps		
n		0			
telefono	telefono dos	ocupación	dirección		
0					
controles	EDAD	PARIDAD	FUR		
0					
CICLOS	ocas flujo				
LOCALIZACIÓN DEL DOLOR					
MOMENTO DEL DOLOR					
inico					
tempo de evolución					0
PRECEDEN DOLOR					
DESCRIPCION PACIENTE					
interpretacion dolor		INTENSIDAD	INTERFERENCIA TRABAJO	INTERFERENCIA ESTUDIO	
		0	0	0	
INTERFERENCIA RELACIONES SEXUAL		INTERFERENCIA ACTIVIDADES DE LA CASA	INTERFERENCIA		
0		0	0		
INTERFERENCIA SOCIAL		INTERFERENCIA OTRA	INCREMENTAN RELACIONES SEXUAL	INCREM	
0		0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
INCREMENTAN DIURES		incrementan	incrementa por actividad fisica	otros lo increme	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
disminuyen acostado		disminuyen movimiento	disminuyen calor local	disminuyen medicación	disminuye
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disminuyen varios					
previos tratamientos qx					
previos estudios medicos					
uso medicamentos					

sintomas acompañantes	grado Mankosky	niveles de gravedad	severidad
	0	0	
observaciones			
revisión por sistemas			
antecedentes			
síntomas generales			
síntomas mentales			
examen físico			
dx principal			
síntomas			
medicamentos			
formulación			
reacciones adversas			
observaciones hc			

VISUAL ANALOG SCALE

The Worst Imaginable Pain



No pain

Mankoski Pain Scale

0 Pain Free	No medication needed.
1 Very minor annoyance - occasional minor twinges.	No medication needed.
2 Minor annoyance - occasional strong twinges.	No medication needed.
3 Annoying enough to be distracting.	Mild painkillers are effective. (Aspirin, Ibuprofen.)
4 Can be ignored if you are really involved in your work, but still distracting.	Mild painkillers relieve pain for 3-4 hours.
5 Can't be ignored for more than 30 minutes.	Mild painkillers reduce pain for 3-4 hours.
6 Can't be ignored for any length of time, but you can still go to work and participate in social activities.	Stronger painkillers (Codeine, Vicodin) reduce pain for 3-4 hours.
7 Makes it difficult to concentrate, interferes with sleep You can still function with effort.	Stronger painkillers are only partially effective. Strongest painkillers relieve pain (Oxycontin, Morphine)
8 Physical activity severely limited. You can read and converse with effort. Nausea and dizziness set in as factors of pain.	Stronger painkillers are minimally effective. Strongest painkillers reduce pain for 3-4 hours.
9 Unable to speak. Crying out or moaning uncontrollably - near delirium.	Strongest painkillers are only partially effective.
10 Unconscious. Pain makes you pass out.	Strongest painkillers are only partially effective.

Anexo 5

I. NIVELES DE GRAVEDAD:

GRADO DE SEVERIDAD	ACTIVIDAD LABORAL	SÍNTOMAS SISTÉMICOS	NECESIDAD DE ANALGÉSICOS
Grado 0	No afectada	No dolor menstrual	No requeridos
Grado 1	Raramente afectada	Sin efecto sistémico Dolor leve tolerable	Raramente requeridos
Grado 2	Actividad moderadamente afectada	Efectos sistémicos escasos moderado dolor	Siempre requeridos
Grado 3	Actividad claramente afectada	Efectos sistémicos severos: náuseas, vómitos, colapsos.	Siempre requeridos ocasionalmente con pobre respuesta

anexo 6

CLASIFICACION DISMENORREA SEGÚN DURACION

A. DISMENORREA LEVE:

- Tienen dolor el primer día.
- No existen o son pocos, los síntomas concomitantes.

B. DISMENORREA MODERADA:

- Tienen dolor 2-3 días.
- Pocos síntomas acompañantes.
- Ocasionalmente altera la actividad cotidiana.

C. DISMENORREA GRAVE:

- Tienen dolor 3-7 días.
- Síntomas acompañantes graves.
- Interfiere de forma importante la actividad cotidiana.

**FUNDACIÓN INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATIA
LUIS G. PAEZ**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**UN ESTUDIO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO PARA
DETERMINAR EL EFECTO DE LA HOMEOPATÍA EN EL
TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA**

**ELABORADO POR
FERNANDO AUGUSTO HERNANDEZ CARDENAS
TUTORA DOCTORA LILIANA ESPINOZA**