

DOLOR PELVICO CRONICO: MANEJO HOMEOPATICO COMO OPCION
TERAPEUTICA, PRESENTACION DE SEIS CASOS

Dra. CLAUDIA SALAZAR BUITRAGO

FUNDACION INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATIA (FICH)

“LUIS G. PAEZ”

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

BOGOTA D.C

2006.

DOLOR PELVICO CRONICO: MANEJO HOMEOPATICO COMO OPCION
TERAPEUTICA, PRESENTACION DE SEIS CASOS

Dra. CLAUDIA SALAZAR BUITRAGO

Trabajo de finalización de curso

Asesora: Dra. MARIA DEL PILAR GUERRERO

PROFESORA F.I.C.H.

FUNDACION INSTITUTO COLOMBIANO DE HOMEOPATIA (FICH)

“LUIS G. PAEZ”

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

BOGOTA D.C

2006.

Nota de Aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá, Diciembre 1 del 2006

A mi familia, que con por su amor y comprensión cedieron el tiempo necesario, para lograr la culminación de un sueño de vida.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Néstor Riveros, que abrió una brecha en mi camino profesional, permitiéndome ver que no había un único camino hacia el abordaje de los pacientes y sembrando el interés por la medicina homeopática.

Al doctor Alejandro Rojas, por mostrar que todo puede ser “clarítico” cuando se quiere lograr la curación verdadera de nuestros pacientes y su interés docente permanente .

Al doctor Alvaro Vega por el acompañamiento y el espíritu docente en la valoración de cada una de las pacientes y su continuo aporte formativo.

A las doctoras María del Pilar Guerrero y Liliana Espinosa por su constante aporte y entusiasmo.

A los docentes del Instituto Homeopático Luis G. Páez y mis compañeros, continuos colaboradores en la realización del trabajo.

A mis pacientes que aceptaron una opción terapéutica diferente, depositando su confianza y aceptando las recomendaciones sugeridas.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	8
1. MARCO TEORICO	9
1.1 DEFINICIONES	9
1.1.1 DOLOR AGUDO:	9
1.1.2 DOLOR CÍCLICO Y CRÓNICO	10
1.1.3 DISMENORREA	11
1.1.3.1 Dismenorrea primaria	11
1.1.3.2 Dismenorrea secundaria	11
1.2 ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA	13
1.3 NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA	14
1.4 DIAGNOSTICO CLINICO:	16
1.5 APOYOS DIAGNOSTICOS	17
1.6 TRATAMIENTO HOMEOPATICO	18
2 MATERIALES Y METODOS	22
2.1 OBJETIVO GENERAL	22
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
2.3 TIPO DE ESTUDIO	22
2.4 METODOLOGIA	22
2.4 CRITERIOS DE INCLUSION	23
2.5 CRITERIOS DE EXCLUSION	23
2.6 RECOLECCION DE INFORMACION	23

3. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS	24
3.1 CASO NUMERO UNO	24
3.2 CASO NUMERO DOS	28
3.3 CASO NUMERO TRES	32
3.4 CASO NUMERO CUATRO	36
3.5 CASO NUMERO CINCO	39
3.6 CASO NUMERO SEIS	43
4. RESULTADOS	49
5. DISCUSIÓN	50
BIBLIOGRAFÍA	51

INTRODUCCION

Ante la dificultad de respuesta de las pacientes con dolor pélvico crónico y la encrucijada de no poder ofrecer terapéuticas satisfactorias, que devuelvan la calidad de vida a este grupo de mujeres, es necesario buscar otras opciones, que ha diferencia de muchos de nuestros tratamientos, no solo permite un mejoramiento de la condición de bienestar, de una manera suave y permanente, sino que en forma sorprendente y maravillosa, devuelve las condiciones de salud, llegando aún a estados de curación.

En esta oportunidad presentamos seis (6) casos de mujeres, con diagnóstico de dolor pélvico crónico, a quienes se realizaron las valoraciones clínicas y paraclínicas establecidas dentro del contexto alopático, quienes presentaban marcada sintomatología a pesar de los tratamientos instaurados y recibieron tratamiento homeopático, valorando la respuesta al mismo. Constituyéndose en una excelente opción para este grupo evaluado.

1. MARCO TEORICO

El dolor pélvico crónico es una condición limitante que afecta a millones de mujeres en todo el mundo, y es aquel 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. El dolor, que es uno de los síntomas cardinales en la clínica ginecológica y frecuentemente el motivo principal de la consulta, puede definirse como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular, real o potencial. El dolor es por definición una sensación subjetiva. Se observan enormes diferencias individuales en la capacidad de tolerar el dolor. También el significado subjetivo del dolor influye fuertemente en su reacción hacia él. El dolor pélvico crónico supone para el médico un duro reto. Esto se explica por la complejidad de las estructuras englobadas en esta región anatómica, por su rica inervación, con componentes viscerales, simpáticas y parasimpáticas y por la multitud de cuadros sintomáticos que engloba esta definición. A todo ello, hay que añadir el importante papel que los aspectos psicológicos y sociales pueden llegar a jugar en el desarrollo y perpetuación de un dolor de estas características. Nos vamos a encontrar, por tanto, frente a un paciente que frecuentemente ha visitado varios especialistas y realizado múltiples pruebas diagnósticas sin obtener resultados satisfactorios. Dada la complejidad de estos cuadros, los pacientes con dolor pélvico crónico deben ser evaluados desde un enfoque multidisciplinario, incluyendo en la anamnesis una valoración de su entorno familiar y psicosocial. La actitud terapéutica debe estar basada en todo lo anterior, empleando todos los recursos farmacológicos y psicológicos disponibles.

El dolor de origen ginecológico se estima con una prevalencia de 38 por 1000 mujeres entre los 15 y 73 años. 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

1.1 DEFINICIONES

1.1.1 DOLOR AGUDO: dolor de inicio súbito, incremento agudo y evolución corta, acompañado de reacciones reflejas vegetativas (vómito, diaforesis) y signos y síntomas de inflamación e infección. Este tipo de dolor es más compatible con perforación de víscera hueca o isquemia, el cólico se relaciona con contracción muscular u obstrucción de víscera hueca. El dolor se percibe en forma generalizada. Es relativamente sencillo de evaluar, diagnosticar y tratar. El embarazo ectópico, la torsión o rotura de quistes anexiales, la apendicitis o la

cistitis aguda son en general procesos que podemos solucionar con relativa prontitud, con resultados satisfactorios tanto para el paciente como para el especialista responsable, si bien hay cuadros cuyo difícil manejo puede generar ansiedad y frustración en profesionales y enfermos

1.1.2 DOLOR CÍCLICO Y CRÓNICO

El dolor pélvico crónico puede deberse a causas orgánicas o psicógenas. Las causas orgánicas a su vez pueden ser ginecológicas o no ginecológicas.

Los pacientes que presentan dolor pélvico crónico son candidatas de estudio exhaustivo multidisciplinario abordando, no sólo aspectos fisiológicos o clínicos, sino también psico-sociales y vivenciales.

Entre las condiciones ginecológicas que pueden producir dolor pélvico crónico se incluyen: dismenorrea, endometriosis, dispareunia, enfermedad pélvica inflamatoria, miomatosis uterina, adenomiosis, malformaciones genitales (himen imperforado, tabiques vaginales), tumores genitales (miomas, quistes ováricos) varicocele femenino y uso de dispositivo intrauterino. Complicaciones del embarazo como amenaza de aborto; Degeneración de leiomioma; infecciones agudas como endometritis, enfermedad pélvica inflamatoria o absceso tuboovarico; torsión de anexo; Quiste ovárico funcional hemorrágico; quiste paraovarico torcido; Ruptura de quiste ovárico funcional o neoplásico.

Entre las causas no ginecológicas, según áreas comprometidas, se consideran las siguientes: urológicas (litiasis renal, cistitis, pielonefritis, diverticulosis y neoplasia vesical), gastrointestinales (diverticulitis, hernias, gastroenteritis, apendicitis, obstrucción intestinal enfermedad inflamatoria intestinal, estreñimiento crónico, neoplasias, Síndrome de colon irritable endometriosis intestinal) y osteo-musculares (hernia discal, lesiones músculo-esqueléticas, desviaciones de la columna.

Dismenorrea es el dolor pélvico crónico de origen ginecológico muy común, que se presenta durante el periodo menstrual, siendo también considerado como calambres o cólicos menstruales o menstruación dolorosa, afectando a un gran número de mujeres durante el periodo reproductivo.

Se estima 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. El dolor puede ser en ocasiones tan incapacitante que afecta

negativamente la actividad cotidiana de la mujer, limitándole su desempeño en el ámbito social, profesional y personal, siendo en esta última instancia el área sexual, frecuentemente afectada.

Entre el 10 y 15% de todas las mujeres que la padecen, puede presentar cuadros severos de dolor, y en el 5% puede ser tan severo que genere notoria incapacidad para las actividades diarias, siendo importante causa de ausentismo académico y/o laboral. Sólo el 31% lo reporta a su médico, lo cual pudiese reflejar que la mujer aceptase esta manifestación dolorosa como un hecho normal.

DISMENORREA

Se clasifica en dismenorrea primaria y dismenorrea secundaria.

Dismenorrea primaria

el cuadro de dolor pélvico se presenta durante la fase menstrual y están ausentes anomalías tanto a la exploración clínica como paraclínica, es decir, no existe una alteración orgánica como causa aparente.

Dentro de su fisiopatología se postula que el dolor se presenta por la presión intermitente del contenido uterino en el istmo ricamente innervado, y el dolor persiste hasta que el istmo es suficientemente dilatado para permitir el paso de la sangre menstrual. Muchos autores han encontrado en estas pacientes un alto tono ístmico, el cual se encuentra normalmente en la fase secretoria del ciclo y se mantiene hasta el comienzo de la menstruación, mientras que en mujeres sin dismenorrea el tono ístmico disminuye 24 horas o más antes de la menstruación. Se ha encontrado elevada concentración de prostaglandinas en endometrio y sangre menstrual de pacientes con dismenorrea primaria y es probable que el dolor se deba a la hipertonia del istmo con un impedimento temporal funcional al flujo menstrual. Lo cual combinado con aumento de la producción de prostaglandinas lleva a un incremento de contracciones miométricas disrítmicas, sensibilización de nervios terminales a prostaglandinas e isquemia de la pared uterina, sin embargo no se puede descartar en su etiopatogenia los factores psicógenos.

1.1.3.2 Dismenorrea secundaria

Cuando hay causa orgánica responsable del dolor, muchas veces el dolor es unilateral y el comienzo es después de la menarquia.

Entre los factores de riesgo para presentar dismenorrea se han descrito algunos como edad menor de 30 años, Índice de masa corporal (IMC) < 20, menstruaciones prolongadas o abundantes, ciclos irregulares, presencia de síntomas premenstruales, sospecha clínica de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), antecedente de esterilización o ataque sexual.

Algunos factores de riesgo relacionados con dolor crónico son enfermedades crónicas, antecedente de aborto, menstruaciones prolongadas, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, presencia de cicatriz por cesárea, adherencias pélvicas, maltrato físico o sexual en la infancia o abuso sexual crónico. Ansiedad, depresión, histeria o somatización.

La dispareunia es más frecuente en mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria, o peri menopausia, ansiedad, depresión, y antecedente de violencia sexual.

El riesgo de dismenorrea aumenta con el número de cigarrillos fumados. Los factores protectores relacionados son el uso de anticonceptivos orales, consumo de pescado, ejercicio, relaciones estables y alta paridad.

Debe realizarse una pronta identificación y un diagnóstico correcto, si el padecimiento es una dismenorrea primaria o secundaria, y de ser esta última, establecer las causas directamente involucradas. Los cuadros de dismenorrea pueden llegar a ser severos, que generan notoria incapacidad para las actividades diarias, siendo importante causa de ausentismo académico y/o laboral. Dawood señala que en los Estados Unidos cada año se pierden 600 millones de horas laborales y 2 mil millones de dólares a consecuencia de la dismenorrea primaria. Asegura el autor que aquellas mujeres que insisten en trabajar mientras sufren de dolor menstrual, generan menor productividad, posiblemente tienen incrementado el riesgo de accidentes laborales y la calidad del trabajo es menor.

La severidad en la dismenorrea primaria ha sido clasificada por Andersch y Milsom, quienes la clasifican desde grado 0 hasta grado 3.

Evaluación de la severidad de la dismenorrea

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

Andersch B, Milsom

ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

El dolor de origen ginecológico puede estar localizado en la región vertebral o dorsal, la zona ventral se localiza en una zona que no va más arriba del nivel de las espinas ilíacas antero superior; la zona dorsal se localiza en la mitad superior del sacro extendiéndose lateralmente hacia los glúteos. El dolor puede ser central (originado en el útero, cérvix, ligamentos útero sacros y / o fondo de saco posterior), o puede ser lateral (Originado en los anexos).

El dolor originado en el útero (menos frecuente originado en los anexos) tiende a irradiarse a la parte anterior del muslo, muy rara vez a la cara interna y nunca hacia la parte posterior. La irradiación hacia la parte alta del abdomen casi nunca tiene origen ginecológico. La irradiación en otros sitios puede ser debida indirectamente a patología ginecológica que por salirse de la pelvis o que al

comprometer otras estructuras ocasionarían sintomatología de acuerdo a su localización y/o al órgano comprometido.

En la segunda fase del ciclo menstrual, después de la ovulación, se configura anatómicamente y funcionalmente el cuerpo lúteo, el cual es el encargado de producir fundamentalmente progesterona, sustancia que se encargará de actuar, entre otros sitios, en el endometrio, donde producirá conversión de proliferativo a secretor. A la vez la progesterona estimulará la síntesis de Fosfolipasa A-2 en los lisosomas de las células endometriales, e incluso la síntesis de prostaglandinas de vida media muy corta y de acción fugaz. Este tejido endometrial se modificará a decidua en respuesta a la presencia en la circulación de gonadotropina coriónica. Si no se produce gestación, se activan todos los mecanismos relacionados con la apoptosis de las células luteales, lo que llevará a la regresión del cuerpo amarillo con la posterior disminución en la producción de progesterona, iniciándose fenómenos líticos a nivel endometrial, ruptura de la arquitectura endometrial, produciéndose descamación del endometrio, liberación de Fosfolipasa A-2, ruptura vascular y presencia de sangrado menstrual como manifestación cíclica de la fase menstrual y el inicio de un nuevo ciclo menstrual.

Con la descamación endometrial y la ruptura celular se produce liberación de los diversos fosfolípidos presentes en la membrana celular. Estos fosfolípidos, serán transformados en ácido araquidónico. Esta última sustancia puede seguir la línea metabólica de la ciclooxigenasa con la formación de productos inestables denominados endoperóxidos cíclicos, los cuales, por acción enzimática específica, producirán las diferentes sustancias de acción local, que son conocidas como prostaglandinas. El ácido araquidónico también puede seguir la línea metabólica de la lipooxigenasa, con la posterior formación de lipoxenos y leucotrienos, que son compuestos vasoactivos y vasoconstrictores potentes, de gran importancia por ser mediadores en procesos inflamatorios y alérgicos. A nivel endometrial parece ser la línea de los endoperóxidos cíclicos la de mayor relevancia, y la que guarda relación directa con la aparición clínica de la dismenorrea. La presencia de algunas prostaglandinas jugaría un papel importante como factores desencadenantes.

En la vía de la ciclooxigenasa, la prostaglandina sintetasa convierte al endoperóxido cíclico a prostaglandina I-2 (PGI-2), la isomerasa sintetiza lo pasa a prostaglandina E-2, la isomerasa reductasa lo convierte en prostaglandina F-2 alfa y la tromboxano sintetasa convierte al endoperóxido cíclico a tromboxano.

NEUROANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA

La inervación de la pelvis depende del sistema nervioso central y del sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático).

Las fibras simpáticas proceden de los últimos segmentos dorsales de la médula y de los segmentos lumbares (T11-L2).

A nivel de la bifurcación de la aorta los nervios intermesentéricos que descienden por la cara anterolateral de la misma, forman el plexo hipogástrico superior o nervio presacro.

Existe ocasionalmente un plexo hipogástrico medio por debajo del promontorio y del mismo proceden los nervios hipogástricos o plexo hipogástrico inferior, que situándose a nivel de uterosacros llegan a la cara lateral de la ampolla rectal y a la porción superior de la vagina donde toman el nombre de plexos pélvicos.

El otro importante plexo del aparato genital lo forman los plexos ováricos procedentes de los plexos aórticos y renales que acompaña a los vasos ováricos para inervar los ovarios, la parte externa de las trompas y los ligamentos anchos.

Riñón y uréter se inervan por el simpático preganglionar y post-ganglionar, y por el parasimpático, dando lugar al plexo autónomo renal.

Vejiga y uretra reciben inervación de nervios pelvianos pudendos y simpáticos D12-L2.

Las fibras parasimpáticas se originan en el plexo sacro (S2-S3-S4) y dan origen a los nervios pélvicos o erectores que terminan en el plexo hipogástrico inferior para desde allí enviar fibras al útero y al tercio superior de la vagina.

Los músculos y tegumentos del periné se hallan principalmente inervados por el nervio pudendo procedente de las ramas anteriores de los nervios sacros 2, 3 y 4.

La piel del periné se halla inervada por ramas de los nervios ilioinguinal, femorocutáneo y cutáneo perforantes de los nervios sacros y anococcígeos.

Existen varios tipos de dolor: nociceptivo (visceral y somático) y neuropático o por deafferentización originado a consecuencia de una información perturbada central o periférica.

La sensación visceral denota el dolor u otros estímulos que nacen de órganos internos, y la sensación somática es la que proviene de las capas cutáneas, aponeurosis y músculos. Así el dolor visceral verdadero es profundo y difuso acompañado de respuestas reflejas autónomas y sin hiperalgesia cutánea. El dolor somático suele ser localizado y superficial identificándose dentro del dermatoma y con hiperalgesia cutánea.

Los genitales internos (ovarios y la membrana peritoneal), las trompas, útero, fondos de saco vaginales y las cuatro quintas partes de la vagina son ricas en fibras musculares lisas e inervadas por el sistema nervioso autónomo sensibles a anti-inflamatorios no esteroideos.

La quinta parte final de la vagina y los genitales externos, vulva, diafragma músculo-aponeurótico del suelo pélvico, tienen una composición de fibra muscular estriada inervada por el sistema nervioso cerebro-espinal voluntario y sensible a opiáceos.

1.4 DIAGNOSTICO CLINICO:

Dismenorrea primaria: es un dolor pélvico crónico, de origen ginecológico, de curso cíclico, o sea, asociado siempre a la fase menstrual. En la mayoría de los casos comienza pocas horas o medio día antes del flujo menstrual, siendo su duración entre 48 y 72 horas. Inicia desde la menarquia o poco después. El dolor es tipo cólico, localizado en hipogastrio, puede irradiarse hacia la zona sacra, glútea y/o parte superior de los muslos. Una localización unilateral es inusual. Durante las primeras horas el dolor es severo mientras el sangrado es escaso y a medida que aumenta el flujo menstrual disminuye el dolor. Cuando el dolor es muy severo puede acompañarse de náuseas, vómito y a veces diarrea. 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. El examen físico no demuestra patología orgánica, pero hasta el 10-15% habría patología no reconocida al examen físico.

El diagnóstico de la dismenorrea primaria se hace por exclusión, al descartarse todas las patologías orgánicas de orden ginecológico. Con la ayuda de la anamnesis, para precisar características semiológicas, y con un adecuado examen clínico se alcanzan precisiones diagnósticas. La ecografía y la laparoscopia son métodos diagnósticos auxiliares que en algunas circunstancias se deben utilizar.

En la dismenorrea secundaria la localización e irradiación es variable según su etiología, se puede presentar dolor unilateral y su inicio es tardío después de la menarquia. La presencia de endometriosis se caracteriza por dolor en forma de dismenorrea o síndrome de tensión premenstrual (es el nombre de un síndrome vago que aparece en forma cíclica 8-14 días antes de la menstruación y desaparece al inicio de la menstruación, los síntomas principales son una sensación de tensión de los senos y del abdomen, muchas presentan tensión nerviosa inestabilidad emocional, ansiedad, depresión e insomnio. Es más frecuente alrededor de los 30 años), con exacerbación durante la fase menstrual y dolor continuo con o sin exacerbación mensual. Cuando se presenta como adenomiosis se acompaña de menometrorragias.

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI): Tradicionalmente el diagnóstico se ha basado en una tríada de signos y síntomas de dolor pélvico espontáneo y a la movilización del cérvix e hipersensibilidad de los anexos. En la actualidad se reconoce que hay variaciones de muchos síntomas lo que vuelve difícil el diagnóstico de EPI, muchas veces manifiestan síntomas leves que no se reconocen con facilidad como propios de esta enfermedad, por lo que este diagnóstico debería considerarse en las mujeres con cualquier síntoma genitourinario que incluya dolor en la parte baja del abdomen, leucorrea, menorragia, metrorragia fiebre, escalofríos y/o síntomas urinarios. La valoración

de las características del flujo es una parte importante en la valoración de la paciente en quien se sospecha EPI

Varices pélvicas: esta patología es mas frecuente en las pacientes multíparas, ocasionando dolor pélvico que aumenta con la bipedestación y que mejora con el reposo; al examen físico el dolor se puede reproducir al comprimir los puntos ováricos localizados en la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores de una línea imaginaria que una al ombligo con las dos espinas iliacas antero superiores.

1.5 APOYOS DIAGNOSTICOS

Ultrasonografía: La ultrasonografía es esencial en el diagnostico del dolor pélvico femenino. En casos de dolor agudo el hallazgo de un quiste ovárico o anormalidad tubárica puede ser usado como la base para el manejo de la paciente. La sospecha ecográfica de adherencias pélvicas podría establecerse ante la presencia de liquido libre pélvico, también pueden presentarse como quistes de inclusión peritoneal y dificultad en la observación de los anexos, por limites borrosos de los ovarios o anexos fijos, sin embargo el valor predictivo de la ecografía para determinar la presencia de adherencias es pobre

En casos de enfermedad inflamatoria pélvica, se han descrito algunos marcadores ecográficos para el diagnostico, la inflamación aguda produce congestión y edema de las trompas que pueden ser visibles mediante ecografía como paredes delgadas con lagos endotubaricos, descritos como en “rueda dentada”, la luz de las trompas se muestra con contenido anecoico y se puede encontrar liquido libre en fondo de saco, e hidrosalpinx.

En dolor pélvico crónico el gold Standard para el diagnostico es la laparoscopia, hasta el 60% de las pacientes presentan endometriosis o adherencias pélvicas. El valor de la ecografía en estas pacientes no ha sido ampliamente evaluado. Se ha descrito que el valor predictivo positivo en una ecografía es del 94% y el valor predictivo negativo es de 60%.

Dismenorrea. Cuando el examen físico y la historia clínica sugieren el diagnostico no es necesario acudir a las imágenes para confirmarlo, solo en caso de sospechar dismenorrea secundaria para detectar quistes ováricos o endometriomas. Sin embargo el método diagnostico de primera línea cuando hay sospecha de patología primaria es la laparoscopia diagnostica y operatoria según los hallazgos.

Varices pélvicas: venografía transuterina es el método estándar para el diagnostico, (determina diámetro de la vena ovárica, tiempo de desaparición de

medio de contraste, y grado de congestión del plexo ovárico), la ultrasonografía pélvica con estudio de doppler y la laparoscopia pélvica pueden poner en manifiesto dilataciones varicosas

1.6 TRATAMIENTO HOMEOPATICO

El tratamiento del dolor pélvico será orientado de acuerdo a la causa del mismo.

Basando la acción de la homeopatía sobre la interacción del medicamento sobre la energía vital y aduciendo que los síntomas presentados por cualquier enfermo no son más que la expresión del desequilibrio de la energía vital, podemos afirmar que los síntomas expresados por las pacientes pueden ser manejados con homeopatía. Mantener o restablecer aquellos pilares de la salud son desafíos que la Homeopatía acepta, demostrando que en la naturaleza todo está presente y esperando ser aprovechado, con conciencia, con lógica y basándose en investigaciones científicas confiables.

La homeopatía es un sistema médico completo, creado por el médico alemán Samuel Hahnemann, hace más de 200 años, que tomando conceptos de doctrinas médicas anteriores, logra sintetizar un nuevo modelo, con una doctrina, una semiología y una terapéutica propias, dentro del contexto humanístico, científico y holístico. Se basa en principios y leyes, que le permiten valorar al hombre como un ser integral, constituido por cuerpo, energía y espíritu, que considera la salud como el estado en que la energía vital que anima al cuerpo material en forma dinámica, conserva todas sus partes en armonioso equilibrio, de manera que el espíritu que habita en cada individuo, pueda disponer libremente de ese cuerpo para lograr los más altos fines de la existencia.

Considera que las enfermedades naturales, son causa dinámica interna, es decir generadas por el desequilibrio o disarmonía en la energía vital, que si no es oportunamente corregido, terminará produciendo síntomas funcionales, posteriormente lesión orgánica y finalmente la muerte. La enfermedad es expresada a través de un conjunto de síntomas (objetivos y subjetivos) en un intento de la naturaleza de restablecer su equilibrio alterado, por esta razón el papel del médico no es silenciar los síntomas sino interpretar la alteración y corregir el desequilibrio, si se busca una curación verdadera. La curación ideal considera el restablecimiento suave, estable y pronto de dicha armonía, expresado mediante la desaparición de los síntomas. Desde el punto de vista semiológico, la Homeopatía tiene en cuenta todos los síntomas (TOTALIDAD SINTOMATICA) que presente el enfermo y trata de establecer relaciones entre estos, para llegar a un diagnóstico integral, dando una vital importancia a los síntomas mentales, los síntomas que expresan la homeostasis como la temperatura, la transpiración, la sed, así como los síntomas físicos, orgánicos o localizados. La totalidad de los síntomas es la única indicación, para la selección del remedio. Cobra gran interés

la modalización de los síntomas, que permite caracterizar como cada individuo vive, sufre y expresa su enfermedad.

El propósito del trabajo semiológico en Homeopatía no es llegar al diagnóstico nosológico sino al diagnóstico integral del individuo

Entre los principios homeopáticos se encuentra la LEY DE SEMEJANTES: que expresa que lo similar se cura con lo similar. Toda sustancia (cruda o adecuadamente preparada) posee la doble virtud de enfermar o curar, no puede tener la una sin poseer la otra. Los medicamentos, sólo se convierten en remedios, capaces de aniquilar enfermedades, porque la sustancia medicinal, al provocar ciertos efectos y síntomas, desencadena la producción de un estado mórbido artificial capaz de destruir y eliminar los síntomas existentes, es decir el estado mórbido natural que deseamos curar. El poder curativo de los medicamentos depende de la semejanza de sus síntomas con los de la enfermedad

“En el organismo vivo, una afección dinámica más débil, es extinguida permanentemente por una más fuerte, si esta última es muy semejante a la primera en sus manifestaciones” (p26). Por lo tanto, el poder curativo de los medicamentos depende de la semejanza de sus síntomas con los de la enfermedad (p27).

preparación del remedio homeopático: por procedimientos que le son propios, la Medicina Homeopática desprende y libera, para su uso especial, las virtudes medicinales inmateriales inherentes a las sustancias en bruto, adquiriendo así las sustancias, el más alto grado, propiedades farmacodinámicas y fármaco terapéuticas potentemente activas y penetrantes (p269) transformación de propiedades, gracias a la acción mecánica de trituración y sucusión, desarrolla las fuerzas dinámicas latentes. Estas fuerzas ejercen su influencia esencialmente sobre el principio vital y sobre el estado mental y general de la vida, por esto se denomina dinamizar o potencializar y los productos resultantes se denominan dinamizaciones o potencias.

El poder de los medicamentos para alterar el estado de salud, sólo puede detectarse por el efecto que producen en personas sanas (EXPERIMENTACION PURA), así mismo la curación sólo puede obtenerse utilizando la virtud curativa de los medicamentos, que consiste en su capacidad de enfermar y cuya acción específica se reconoce por medio de la EXPERIMENTACION EN EL HOMBRE SANO (PATOGENESIAS); es imposible curar si el medicamento produce en las patologías, efectos diferentes o desemejantes a los de la enfermedad natural.

La administración del remedio puede hacerse en DOSIS UNICA, la cual se rige por el precepto de utilizar el medicamento homeopático en una sola dosis mientras

dures y progresa la mejoría, algo no infrecuente en las enfermedades agudas, sin embargo en las enfermedades crónicas, a veces este es un proceso lento y por esto describe Hahnemann el METODO PLUS (p.246,247,248), para obtener una curación más rápida, la cual se puede lograr si se consideran las siguientes condiciones: Elección del remedio perfectamente homeopática, establecida según la ley de la similitud, administrado en dinamización infinitesimal, después de estar muy diluído y altamente dinamizado, disolución en agua, administrado en cantidad apropiada generalmente muy pequeña, repetido a intervalos convenientes, para acelerar la curación tanto como sea posible, tomando la precaución de variar el grado de dinamización para que cada dosis difiera ligeramente de la anterior y la siguiente, para evitar reacciones desagradables e indeseables, producidas por las dosis repetidas a intervalos muy cortos y sin modificar la dinamización.

La preparación de la solución madre puede hacerse de dos maneras, en poción diluida para casos comunes bien sean agudos o crónicos o en poción concentrada para los pacientes hiperexcitables e hipersensibles. Para la preparación de la poción diluida, se toman 40 o 30 o 20 o 15 u 8 cucharadas de agua (es decir 600 o 450 o 300 o 225 o 120c.c) a la que se agrega alcohol 90° o carbón de leña, para preservar la solución. En este líquido se disuelve un solo glóbulo impregnado del remedio, esta será la solución Madre N° 1, se sacudirá vigorosamente, ocho a diez o doce veces, antes de cada toma.

Para preparación de la poción concentrada, después de verter 110cc de agua (siete u ocho cucharadas soperas de agua) en un frasco de aproximadamente 120cc, se adicionará un glóbulo impregnado del remedio. Se considera esta la solución madre N° 1 concentrada. Se dinamizará vigorosamente mediante ocho, diez o doce sucusiones antes de tomar partes para la preparación posterior. De esta solución madre se saca una cucharada sobera que se vierte en un vaso que contiene de ocho a diez cucharadas soperas de agua común. Se revuelve enérgicamente esta solución varias veces con la cuchara y se administra al enfermo según la indicación, una o varias cucharaditas, tirando el resto del contenido del vaso. Cada toma subsiguiente deberá ser preparada de nuevo, partiendo siempre de la solución madre N° 1 concentrada. Si el paciente es muy sensible, se preparará un segundo vaso de agua, en el que se agregará solamente una cucharadita de la solución N° 1 concentrada. Es la solución N° 2. Después de haber revuelto fuertemente esta solución N° 2 del vaso, se administra una cucharadita, eliminando siempre el resto de lo que queda en el vaso. (p.248).

La valoración de la respuesta al tratamiento, se puede establecer mediante las observaciones pronosticas, las más empleadas fueron descritas por Kent: “no hay absolutamente más que un camino para prescribir bien y nada puede reemplazar la inteligencia...Si el médico homeópata no es un fiel observador sus observaciones serán vagas e indefinidas y con estas observaciones sus prescripciones serán también vagas e indefinidas”. Si la prescripción es adecuada,

producirá cambios evidenciados por signos y síntomas, los cuales pueden variar, desde la desaparición, el aumento o la mejoría de los síntomas.

La agravación puede ser de dos clases: agravación de la enfermedad y el paciente se siente peor o agravación de los síntomas y el enfermo se siente mejor, considerada esta última: Agravación homeopática.

Al administrar el remedio homeopático, se tienen en consideración: la similitud del remedio respecto al paciente, su potencia, el estado de la energía vital, la gravedad y pronóstico de la enfermedad.

Las observaciones pronosticas de Kent, describen las siguientes posibilidades de respuesta después de la administración del remedio:

- I. Prolongada agravación con aniquilamiento final del enfermo
- II. Después de persistente agravación lenta mejoría
- III. Agravación rápida corta y fuerte seguida de mejoría rápida del enfermo
- IV. Mejoría sin agravación
- V. Mejoría y posterior agravación
- VI. Alivio demasiado corto de los síntomas
- VII. Total mejoría de los síntomas sin particular alivio del enfermo
- VIII. Algunos pacientes comprueban o reexperimentan los remedios que les prescriben
- IX. Acción de los medicamentos sobre los experimentadores
- X. Nuevos síntomas que aparecen después de tomar el remedio
- XI. Reaparecen síntomas viejos
- XII. Los síntomas toman una dirección equivocada

La terapéutica homeopática tiene también en cuenta las condiciones de vida del enfermo, su entorno familiar, afectivo, laboral y social, las condiciones económicas, culturales y nutricionales entre otras, capaces de actuar como factores perturbadores de la salud.

2 MATERIALES Y METODOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la respuesta de las pacientes con dolor pélvico crónico al tratamiento homeopático individual instaurado.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.2.1 Elaborar la historia clínica homeopática de las pacientes consultantes por cuadro de dolor pélvico crónico.

2.2.2 Conocer la respuesta de los pacientes a los diferentes esquemas de tratamientos convencionales.

2.2.3 Determinar la evolución clínica de las pacientes posterior al inicio del tratamiento homeopático

2.2.4 Establecer la respuesta global de las pacientes evaluadas ante el tratamiento homeopático

2.3 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo en serie de casos, de 6 pacientes, consultantes al servicio de Ginecología, por cuadro de dolor pélvico, a quienes se realizó el estudio clínico y paraclínico convencional, quienes aceptaban el uso de medicamentos homeopáticos, mediante consentimiento informado y quienes asistían a seguimiento por lo menos una vez después de iniciar dicho tratamiento.

2.4 METODOLOGIA

Diligenciamiento de consentimiento informado

Realización de la Historia Clínica Homeopática y toma del caso

Plan de manejo e instrucción a la paciente para el adecuado seguimiento de recomendaciones

Prescripción del remedio homeopático.

Valoración periódica: al menos un control posterior al inicio del tratamiento homeopático.

Durante la descripción de los casos, se colocará en mayúscula y entre paréntesis el síntoma repertorizado, según el lenguaje repertorial.

2.4 CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes mujeres, con historia de dolor pélvico crónico, a quienes se realiza historia clínica con anamnesis y examen físico, se practican hemograma y ecografía pélvica transvaginal; quienes no habían presentado mejoría clínica con la terapéutica convencional y aceptaban manejo con medicina homeopática

2.5 CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes quienes no aceptaban el tratamiento homeopático como opción terapéutica.

2.6 RECOLECCION DE INFORMACION

- Historia Clínica Homeopática
- Formato de consentimiento informado

3. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

3.1 CASO NUMERO UNO

Paciente 29 años, de edad, procedente de Bogotá, trabaja como empleada, en ventas, con escolaridad secundaria y con estado civil unión libre.

- Motivo de consulta y enfermedad actual: desde hace 8 meses, dispareunia, (DOLOR VAGINAL DURANTE COITO) desde inicio de relación sexual, empeora con penetración, con marcada sensación de inflamación y dolor bajito, con manchado persistente y sangrado post-coital persistente (METRORRAGIA DURANTE COITO) de igual tiempo de evolución.

Dolor únicamente relacionado con coito, persistente, predominio en hipogastrio, no referido, cede parcialmente con anti-inflamatorios, en ocasiones limita la marcha. Dolor profundo, intensidad 5/5. Evita la vida sexual. (AVERSION AL COITO) Ciclos menstruales de características normales, niega dismenorrea. No flujo genital.

Refiere deseo sexual normal, con adecuada lubricación. El dolor no tiene variación con cambios posturales. El dolor limita los orgasmos (ORGASMO AUSENTE)

- Antecedentes personales: Gineco-Obstétricos: Menarquia 10 años Ciclos: 30x8 G2P2A0C0 Ultimo parto: 5años. Planificación: DIU hace 2 años. Citología: negativa (I-06) Compañeros sexuales: 3 Digestivos: Estreñimiento crónico, controlado con dieta. Actualmente deposición diaria de características normales. Niega otros antecedentes.

- Antecedentes familiares: Padre diabetes, hipertensión arterial hipercolesterolemia.

- Síntomas generales:

- Sed y apetito: sed normal. Apetito disminuido en los últimos meses.
- Deseos: pollo, carne y verduras
- Aversiones: pescado, garbanzos
- Sueño. Normal, reparador.
- Calor vital: friolenta

- Transpiración: sudoración relacionada con ejercicio
- Hábitos de ejercicio: no refiere
- Horarios de agravación: no refiere

- Historia familiar: Unión libre desde hace 4 años. Vive con compañero permanente y 2 hijos, producto de sus relaciones conyugales anteriores, un hijo de 11 años y una hija de 5 años, no tiene hijos con su compañero actual, aunque el desea un hijo. Conviven con la hija del compañero de 9 años. No ha planeado nuevos embarazos. El hijo mayor no tiene una buena relación con el padrastro. La hija menor quiere mucho al padrastro y le dice papá. No ha mantenido vínculos con compañeros anteriores, ocasional comunicación por razones económicas.

- Revisión por sistemas: Dolor y distensión abdominal ocasionales. Lumbalgia ocasional relacionada con esfuerzo físico, no limitante. No refiere otros síntomas

- Síntomas mentales: Sus padres se separaron cuando tenía 2 años de edad, y fue criada por su padre y la familia paterna, sólo conoció a la madre y la familia materna hace 2 años, cuando viajó a conocerlos, le dolió mucho que la madre la abandonara (SENTIMIENTO DE ABANDONO) y no se preocupara por ella, dice que le hace mucha falta la mamá y llora durante el relato, sin embargo ahora mantiene contacto telefónico con la madre y las hermanas.

El primer compañero la engañó, lo abandonó y asumió sola el embarazo, no le contó de la existencia del hijo hasta después de muchos años. (TRASTORNO POR DECEPCION AMOROSA)

El segundo compañero, era muy mujeriego, convivieron 1 año, la engañaba y no le colaboraba, le afectó más terminar esta relación porque lo amaba mucho. (TRASTORNO POR DECEPCION AMOROSA)

En su relación actual de 4 años, le molesta que el esposo toma licor, hasta la embriaguez, actualmente cada semana, presentó períodos de embriaguez más frecuentemente; después de dialogar ha disminuido el consumo de licor. Le entristece que no deje el licor. En ocasiones acoso sexual durante embriaguez, empeorando el dolor. El esposo no es agresivo, ella procura no buscarle problemas cuando se encuentra embriagado.

El esposo tuvo relación extramatrimonial hace 2 años, él lo confesó, ella reaccionó pidiéndole que dejara la casa, después de un tiempo lo perdonó. Guarda rencor, (RENCOROSA) siente que no lo quiere como antes (AVERSION A ESPOSO). Estuvieron separados por 6 meses, porque la golpeó en una ocasión, durante la embriaguez. Dialogaron y acordaron hacer cambios, principalmente económicos, porque antes “no habían comprado nada “. Evita la vida sexual (AVERSION AL COITO), ahora siente que es más por obligación (AVERSION AL ESPOSO) Ha hablado con el esposo y considera que es colaborador. No lo ha dejado por temor a la soledad. (TEMOR A LA SOLEDAD)

Se considera malgeniada, cuando no le hacen caso, no tolera la contradicción

(CONTRADICCION NO TOLERA) expresa las razones, grita, alega y a veces maldice. Ordenada, controladora. El esposo es muy celoso, ella le recuerda la infidelidad para manejarlo (VENGATIVA). Nunca presentó cuadro de dolor similar con sus compañeros anteriores.

Desde que inició esta relación no ha tenido nuevas relaciones.

- Examen físico: Buen estado general TA 110/70 FC 76 FR 20
Amígdalas normales. No adenopatías

Cardiopulmonar: normal

Abdomen. Blando, dolor a palpación profunda en hipogastrio. No irritación peritoneal.

Genitales externos normales. Vagina de aspecto normal, cérvix hipertrófico, hilos de DIU visibles, no flujo genital, no dolor a la movilización lateral del cérvix ni a la palpación anexial. Utero de tamaño, forma y consistencia normales, anexos no palpables.

Extremidades: sin evidencia de alteraciones.

- Paraclínicos realizados, se cuenta con citología cervico-vaginal de 29-IV-06: negativa, flora bacilar. Frotis vaginal (XII-05) negativo.

De 22-II-06, Hormona estimulante del tiroides (TSH) 4,04 (0,4-4 patrón de referencia), Hormona T3 102 (82-179 de referencia), Hormona T4 libre: 1,16 (0,8-1,9 de referencia), realizadas por técnica de quimioluminiscencia

Ecografía transvaginal(19-I-06) con transductor endovaginal de 7MHz, rastreo ecográfico: Utero de AVF de 80x42x45mm, ecoestructura usual, sin lesiones intrínsecas, endometrio lineal 19mm, ovarios de morfología usual. No masas pélvicas, DIU en adecuada posición, líquido libre escaso en fondo de saco posterior.

Radiografía de columna lumbosacra (12-IV-06) altura, configuración de cuerpos vertebrales y espacios discales conservados. Tejidos paravertebrales dentro de límites normales.

Radiografía de columna dorsal (12-IV-06): inclinación de columna dorsal a la derecha. Altura y configuración de cuerpos vertebrales dorsales y espacios entre ellos conservados. Tejidos paravertebrales normales.

DIAGNOSTICO NOSOLOGICO: DISPAREUNIA- DOLOR PELVICO

REPERTORIZACION: SEPIA 14/14= 28 NAT MUR 9/14= 22

DIAGNOSTICO MEDICAMENTOSO: NATRUM MUR 30CH

PRESCRIPCION Y METODO: METODO PLUS- DOSIS DIARIA

- Diagnostico integral: Paciente con cólera por contradicción, rencorosa, vengativa, con sentimiento de abandono, temor a la soledad, rechazo al esposo, trastorno por decepción amorosa, dolor en genitales femeninos, aversión al coito, dolor con el coito, orgasmo ausente, metrorragia durante el coito, deseo sexual disminuido, dolor vaginal durante el coito. Se decide Nat m 30CH, método plus, dosis diaria.

Control en 1 mes.

Para la elección del remedio se consideró en la paciente, una tendencia a idealizar sus amores (madre, padre, compañeros), no permitiendo pensamientos negativos respecto a ellos, a pesar de las conductas de ellos, manteniéndose en equilibrio hasta cuando considera que ha sido defraudada, desencadenando DECEPCION DE AMOR, con posterior PENA. Con tendencia a AMORES NO CORRESPONDIDOS, amores imposibles, que idealiza. Muy susceptible, se ofende fácilmente, no tolera desprecios ni mal trato. No puede perdonar y elabora resentimiento, al sentirse decepcionada se llena de rencor (RENCOROSA), odio, con deseos de venganza (VENGATIVA), puede llegar a ser dura, despreciativa, con Aversión al esposo.

Respecto a la sexualidad, es frecuente un apagamiento sexual en relación con sus frustraciones afectivas y su pena, con DESEO SEXUAL DISMINUIDO, GOZO AUSENTE o AVERSION AL COITO. Al tomar los síntomas orgánicos, se puede encontrar DISPAREUNIA, por sequedad en la mucosa vaginal y dolor durante el coito

- Evolución: Se realiza retiro de Dispositivo intrauterino, durante ciclo menstrual, el día 15 de Marzo.

En el siguiente control, el 20 de Abril de 2006, la paciente refiere sensación de mejoría general, menor dispareunia, (DOLOR VAGINAL DURANTE COITO), con mayor tolerancia a la relación sexual, no sintomatología con penetración, mejoría de la sensación de inflamación y dolor bajito. Dolor profundo, cedió intensidad a 2/5.

Por cuadro de manchado persistente y sangrado post-coital persistente, (METRORRAGIA DURANTE COITO) se realizó colposcopia, la cual fue reportada completa, satisfactoria, no requirió realización de biopsia cervical.

Menor dolor lumbar, ciclos menstruales de características normales, niega dismenorrea. No flujo genital. No síntomas mentales durante el ciclo menstrual

Refiere deseo sexual normal, con adecuada lubricación.

Respecto a síntomas mentales, logró mejorar comunicación con el compañero, con mejoría de su autoestima, se considera capaz y competente, habló claramente con el compañero, tomarán un tiempo para intentar mejorar la relación, siente menor rencor y deseos de venganza, refiere menor aversión al coito. Siente que sería capaz de enfrentar la vida sola, con sus hijos, mayor tolerancia a la relación sentimental. Mas tranquila, niega cólera por contradicción.

Por mejoría integral, se decide continuar la misma medicación, Nat m 30CH,

método plus, dosis diaria. Continuar control. Se considera que se presenta la IV observación de Kent: mejoría sin agravación, la falta de agravación podría explicarse porque la potencia fue simillimum. La mejoría es curación porque los síntomas van desapareciendo y el enfermo recobra la salud en forma regular y tranquila. Se debe continuar seguimiento.

3.2 CASO NUMERO DOS

Paciente de 24 años de edad, natural y procedente de Bogotá, con ocupación hogar, con escolaridad secundaria, estado civil casada, quien fue valorada por primera vez el 2 de marzo del 2006.

- Motivo de consulta y enfermedad actual: Dolor pélvico, continuo, de 2 años de evolución, con 2 semanas de mejoría parcial al mes, incremento progresivo de intensidad del dolor en los últimos 2 meses, predominio en hipogastrio, tipo picada, incapacitante, limita la marcha, inmovilidad por dolor, incremento de la sintomatología durante el ciclo menstrual.(DOLOR GENITAL FEMENINO. Período durante el cual se asocia a náuseas, vómito y distensión abdominal, persiste durante 8 días, los 2 primeros incapacitante, 5/5 de intensidad y los siguientes días de fuerte intensidad. (DOLOR GENITAL FEMENINO AGRAVA CON LA MENSTRUACION) Incapacidad grado 3 según escala de Andersch B, Milsom. Durante la menstruación siente “desprendimiento”. Nivel de intensidad del dolor 5/5. Mejoría parcial con anti-inflamatorios. El dolor empeora con el ejercicio físico. Mejoría al abrigarse y acostada. Siente el estómago frío todo el tiempo. El frío le empeora, mejoría con el calor. Hipermenorrea, (HEMORRAGIA COPIOSA) en ocasiones sangrado con coágulos, el sangrado es abundante desde el primer día, sangre roja, viva. Relaciona la cantidad de sangrado con la intensidad del dolor, sin olor característico. Durante la menstruación, no quiere que la vean ni le pregunten, no le mejora el consuelo, desea soledad, pero sentir cerca de las personas allegadas (padre, madre, esposo) (SINTOMAS MENTALES DURANTE LA MENSTRUACION). Dispareunia (DOLOR AL COITO) hace 8 meses, con intenso dolor principalmente durante la penetración y dolor en fosa ilíaca derecha, el cual persiste por 2 días aproximadamente, requiere uso de analgésicos. No sinusorragia. Escaso flujo genital amarillo, no fetido ni pruriginoso, en los últimos días.

- Antecedentes personales Hepatitis en la infancia, Gineco-Obstétricos: Menarquia 12 años Ciclos: 30x8 GOP0A0C0. Planificación: métodos de barrera. Ultima menstruación: 1-III-06
Niega otros antecedentes.

- Antecedentes familiares: Tía hipertiroidismo

- Síntomas generales:
 - Sed y apetito: normal. Apetito variable, en ocasiones incremento apetito
 - Deseos: no refiere
 - Aversiones: habas
 - Sueño: profundo, desde hace 2 años, incremento del sueño durante los períodos de dolor
 - Calor vital: friolenta, principalmente en abdomen
 - Transpiración: no refiere
 - Hábitos de ejercicio: realiza aeróbicos semanal
 - Horarios de agravación: en la mañana al levantarse y exponerse al frío

- Historia familiar: Vive con los padres y el esposo, matrimonio católico hace 2 años, después de noviazgo por 2 años. Sostenían económicamente a los padres, ahora el esposo es el único aportante, porque tuvo que dejar el trabajo por la enfermedad actual, lo cual ha generado dificultades por problemas económicos.

- Revisión por sistemas: Estreñimiento desde hace 4 meses, ocasional rectorragia, deposiciones de consistencia dura, difíciles de evacuar. En manejo con dieta, con mejoría parcial.
No refiere otros síntomas

- Síntomas mentales: Se siente agobiada por el dolor, ha tenido que dejar el trabajo y tiene muchas dificultades económicas. Se considera sencilla, ha tenido malas amistades, que la han traicionado, se siente traicionada (DECEPCION). Dificultades con el esposo hace 6 meses, cree que el esposo la está traicionando, que es muy confianzudo y se ha vuelto de mal genio, le habla y le reprocha, nunca de manera violenta. Le molesta que le esconda el celular, porque cree que le llegan mensajes de novias (CELOS; DESCONFIANZA). La actitud del esposo no se ha modificado, es cariñoso y afectuoso, la acompaña a la consulta. Permanece ahora de mal genio con el esposo (AVERSION AL ESPOSO). Desconfiada (DESCONFIANZA) y celosa. No le reclama al esposo, sólo se irrita. (COLERA REPRIMIDA). Con el esposo montó una papelería, con el deseo de independizarse, pero por el dolor no podía atender el negocio y tuvo que venderla. No le gusta que la vean llorar, llanto en soledad. El llanto le mejora. No tiene una buena relación con las hermanas porque considera que irrespetan a la madre, no le ayudan con el manejo económico de los padres. Piensa que antes tenía una relación perfecta, (IDEALIZA AMORES) el esposo tiene muchísimas cualidades y por eso no desea terminar el matrimonio. Durante los períodos de mayor dolor, no desea salir ni arreglarse, no quiere que la

vean ni le pregunten como se siente, quisiera permanecer acostada en su casa. Desea la soledad (NO TOLERA LA COMPAÑÍA) pero sentir cerca de sus padres y esposo.

Desearía abrirse el estómago y revisarse. Desea volver a trabajar.

- Examen físico: Buen estado general TA 110/70 FC 76 FR 18
Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos normales, murmullo vesicular normal.
Abdomen. Blando, dolor a la palpación, profunda de hipogastrio. No irritación peritoneal.
Genitales externos. Normales, sangrado moderado, vagina normal, útero de tamaño, forma y consistencia normales, anexos no palpables, leve dolor a la movilización lateral del cérvix.
Extremidades: sin evidencia de alteraciones.

Reporte de Hemograma tipo V, método RF/DC (sysmex) (16-III-06) leucocitos 5730. Neutrófilos 52,4% Linfocitos 36,1%. Hemoglobina 13,9 Hematocrito 43,5 Plaquetas 298000. Morfología globular. Normocíticos, normocrómicos.
Ecografía transvaginal (8-III), con transductor endocavitario 7MHz, se realiza rastreo ecográfico, encontrando Utero en AVF, de 82x32x30mm, ecoestructura usual, sin lesiones focales. Endometrio central de 8mm. Ovarios de tamaño y ecoestructura usual, no masas pélvicas. Fondos de saco libres

DIAGNOSTICO NOSOLOGICO: DOLOR PELVICO - DISMENORREA

REPERTORIZACION: LYCOPODIUM 5/5= 11, NAT MUR 5/5= 9, NUX VOMICA 4/5= 9, IGNATIA 5/5= 7

DIAGNOSTICO MEDICAMENTOSO: NAT MUR 0/6

PRESCRIPCION Y METODO: METODO PLUS- DOSIS DIARIA

- Diagnostico integral: Se considera que la paciente presenta cólera reprimida, con trastornos por celos, revive eventos desagradables del pasado, con desconfianza y celos, sin embargo es una paciente dócil, con idealización de sus seres queridos, con dismenorrea y hemorragia copiosa, se decide iniciar Nat mur 0/6. Control en 1 mes.

Se considero para la elección del remedio, el núcleo de NATRUM de idealización de su amor, con vulnerabilidad a las pérdidas afectivas y mortificación, vive pensando en cosas desagradables del pasado, con pensamientos atormentadores, con ansiedad por el futuro, desesperación por el porvenir, con cólera reprimida, con síntomas durante la menstruación y después del coito. Con tendencia a idealizar sus afectos y por esto la pérdida desencadenada por abandono o decepción, le generan pena y / resentimiento. Su enojo generalmente desencadena cólera reprimida, silenciosa. Busca la soledad, e siente separado de

su familia y puede llegar a aversión por su esposo o miembros de su familia, por considerarlos culpables, cómplices o encubridores. Respecto a los síntomas generales pueden presentar constipación, por sequedad de mucosas, con heces duras y difíciles de evacuar. También la relación de los síntomas con la menstruación

- Evolución: Durante el primer control, el 16 de Marzo, refiere mejoría de dismenorrea, no metrorragia. Refiere que el ambiente con el esposo esta “pesado”, refiere que los problemas han aumentado, pero siente que ya los está llevando más suave. Aumento del sueño. Deposición dolorosa, refiere mucho pujo, no sangrado ni melenas. Diuresis normal. Epigastralgia, grandes deseos de comer, aumento leve de sed. Al Exámen Físico como hallazgos positivos, descamación pulpejos dedos de manos, abdomen distendido con ruidos intestinales aumentados, sin dolor a la palpación. Con diagnóstico integral de exacerbación de baja intensidad, con mejoría de los síntomas mentales, se decide continuar Nat Mur 0/6 método plus 2 veces en la semana y nuevo control. Se considera Observación III de Kent, con agravación corta seguida de rápida mejoría, se considera que la mejoría será duradera, se continúa control

En el segundo control (20 de Abril de 2006), refiere dismenorrea, con dolor “puñal” en fosa ilíaca derecha, aumenta con el movimiento, la hace inclinar hacia delante, sangre roja brillante, sin coágulos, a diferencia de las anteriores, duración 4 días (antes 8-10 días). Respecto a los síntomas mentales, refiere que ha tomado los problemas familiares de una manera más ligera, no hace reclamos, pero desearía que su esposo fuera más cariñoso. Deposición normal. Al exámen físico, como hallazgos positivos, distensión abdominal, dolor en flanco derecho, irradiado a fosa ilíaca derecha. Varices grado I en miembros inferiores, hemorroides externas no trombosadas.

Diagnóstico integral: paciente con gran sentimiento de abandono, refiere que siente la gran indiferencia de su esposo y desea su acercamiento, extraña el cariño que le brindaba, considerando además los síntomas físicos de distensión abdominal y várices, se decide iniciar Pulsatilla 30CH 2 veces al día.

Requirió valoración de urgencias, donde descartan patología quirúrgica abdominal. La paciente no tomó la medicación prescrita.

Recibió Pulsatilla con mejoría del dolor. Cedió dolor acíclico, actualmente, leve dolor premenstrual, de leve intensidad, con dismenorrea moderada a severa, predominio hipogástrico, de corta duración 3/5. Disminución de la duración de la menstruación, actualmente 3 días de sangrado, rojo intenso, sin coágulos. En bienestar general, ha mejorado un 70%. Persiste dispareunia, en menor intensidad de 5/5 a 4/5, predominio durante la penetración.

Deposiciones 2-3 al día con proctalgia, menor intensidad, dolor tipo ardor con sensación de ano estrecho, sin sangrado, no esfuerzo. Prurito rectal ocasional, sin horario, ni relación con la defecación. Distensión abdominal, con flatulencia, olor fétido que mejoran con la expulsión de gases y con la defecación. Respecto a

los síntomas mentales: mejoría en la relación de pareja, hablaron y han solucionado diferencias, el esposo no ha vuelto a salir inesperadamente. No ha notado actitudes sospechosas y se siente más tranquila. Sólo preocupaciones económicas, no suspicaz. Ha logrado mejorar la comunicación familiar. Preocupación por la situación familiar de los padres y la poca colaboración por parte de los hermanos.

Diagnóstico integral: se encuentra mejoría integral con el inicio de Pulsatilla, se decide continuar igual medicación, Pulsatilla 30CH 2 veces al día.

Se consideró como núcleo predominante para elegir Pulsatilla, el sentimiento de abandono, con dependencia de amor y necesidad de afecto, con dependencia, con alivio al sentirse querida. Vulnerable a las pérdidas afectivas, son desencadenantes y agravantes las penas, los celos, por decepción, mortificación, por cólera con pena silenciosa. Se considera IV observación de Kent, mejoría sin agravación

3.3 CASO NUMERO TRES

Paciente de 49 años de edad, procedente de Bogotá, ocupación hogar, escolaridad: secundaria, de estado civil casada, valorada por primera vez el 14 de Marzo de 2006.

- Motivo de consulta y enfermedad actual: dolor pélvico de predominio en fosa ilíaca derecha, de severa intensidad, limitante, altera el sueño, continuo, profundo, tipo cólico, tipo tironeante, de fuerte intensidad. Inicio el dolor hace 2 años, recibió manejo homeopático sin mejoría clínica. Ha requerido hospitalización y manejo antibiótico en 3 oportunidades, con sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria, reinicia sintomatología hace 6 meses, persiste dolor de iguales características, severa intensidad, llega a 6/5, en ocasiones sin respuesta a analgésicos, que evita tomar. Sin ninguna mejoría después de tratamientos médicos o quirúrgicos. Incapacidad grado 3 según escala de Andersch B, Milsom

- Antecedentes personales: quirúrgicos: apendicectomía hace 9 años, confirman peritonitis. Absceso de bartholino, manejado quirúrgicamente (GONORREA SUPRIMIDA). Lipectomía. Fractura de antebrazo izquierdo Alergia al cerdo (CERDO AGRAVA), aparecen posterior a ingesta lesiones dérmicas, tipo urticariformes, pruriginosas, generalizadas. Gineco-Obstétricos: Menarquia 13 años G2P2A0C2. Ciclos 30x4 Ultima menstruación: 2-III-06 Planificación: NO. Ultimo parto: 15 años. Niega otros antecedentes.

- Antecedentes familiares: Hermana diabetes. Padre cardiópata
- Síntomas generales:
 - Sed y apetito: sed aumentada, toma bastante agua, grandes sorbos (SED GRANDES CANTIDADES). Deja agua para tomar en la mañana, al despertar. Apetito normal, desea solo almuerzo
 - Deseos: fríjoles
 - Aversiones: ahuyama
 - Sueño: no reparador, se levanta cansada. Durante el sueño sigue “maquinando”. No recuerda los sueños.
 - Calor vital: friolenta, aún en clima cálido. No usa aire acondicionado (CALOR VITAL FALTA DE)
 - Transpiración: No sudoración, aunque realice actividad física
 - Hábitos de ejercicio: no refiere
 - Horarios de agravación: en la noche, durante el sueño, se despierta, por no poderse mantener ocupada.
- Historia familiar: Vive con la madre, la hija menor de 15 años y el esposo. La hija mayor, está radicada en Estados Unidos hace 3 años. La hija menor presentó síndrome febril y convulsión a los 11 meses, nueva convulsión a los 7 años, presento desarrollo psicomotriz normal. Recibió múltiples tratamientos y terapias, con diagnóstico de Autismo. Inicialmente el manejo de la enfermedad de la hija fue muy difícil, cree que Dios lo quiso así (DOCIL). No se reprochó (PENA SILENCIOSA). Ha tenido mucho dolor desde que supo que no va a mejorar, sin embargo se siente tranquila porque se ha hecho todo lo necesario (TRASTORNO POR PENA). Le mortifica saber que si ella no está, va a ser terrible para su hija porque no se puede manejar sola, le preocupa el no poderla ayudar más (PENA SILENCIOSA)
- Revisión por sistemas: Rinorrea hialina por frío, dolor en rodillas ocasional, limita la motilidad
No refiere otros síntomas
- Síntomas mentales: Es muy activa y trabajadora. (LABORIOSA)
El dolor le limita la actividad y la hace “sentir que no es ella”. Lloro porque no le puede contar a la hija ausente, respecto a la enfermedad. Lloro durante la consulta (LLANTO FACIL)
Siente que no va a servir como siempre. Preocupación por la enfermedad de la hija y la madre. Siente que le están faltando fuerzas. Pide a Dios para lograr salir de tantas adversidades. Frustración por la enfermedad de la niña.
Trata de no decirle a nadie mientras se pasa el dolor (PENA SILENCIOSA).

(RESERVADA) Es reservada, laboriosa. Afectuosa, cariñosa, muy sensible, sabe llevar a la mamá, pero a veces la ofende demasiado y ella tolera. (DOCIL). Hace las actividades que sean necesarias.(LABORIOSA)

Llanto fácil, llorona desde siempre, el llanto le mejora. Lloro en soledad, mientras reza. (LLANTO FACIL).Pide ayuda a Dios, que le ayude a quitar el ahogo. La hija mayor, fue enviada a Estados Unidos a estudiar Derecho, hace 3 años, sin embargo ingresó a las fuerzas Armadas, al parecer engañada firmó un contrato por 5 años, no puede regresar hasta cumplirlo, y desconoce si la enviarán a zona de guerra en los próximos días Sabe que pasa dificultades, pero no le cuenta para no hacerla sufrir (PENA SILENCIOSA). Le informó que entrará en misión secreta y no sabrá de ella por un año (SENTIMIENTO DE ABANDONO).

Siente que puede pasarle algo malo y no pueda volver a verla (TRASTORNOS POR PENA. PENA SILENCIOSA)

Trata de ser fuerte y se reprocha de haberla enviado a estudiar, pudiendo tenerla aquí ahora. El ánimo le cambió, antes era alegre, ahora se le nota la tristeza. (TRASTORNO POR PENA)

Trata de refugiarse en al niña pequeña, permanecer ocupada, cansada, para evitar pensar en la hija mayor (TRASTORNO POR PENA). Ora todas las noches.

Siente que da mucho y recibe poco, no es correspondida por el esposo, la mamá y la hija (SENTIMIENTO DE ABANDONO) No tolera las injusticias, no tolera los malos tratos (madre con la empleada doméstica) (COMPASIVA)

Se considera dócil, llevadera, muy tolerante, a veces demasiado condescendiente, evita el conflicto y la discusión (DOCIL) (COMPASIVA).

Generosa con cualquier persona que necesite, no le interesa quitarse las cosas y dárselas a otros. Intenta siempre ayudar. A veces cree que abusan de ella (COMPASIVA).

El esposo es muy bueno, tiene un hijo que no la quiere y lo maneja, ella evita discusiones (DOCIL). Cree que el esposo ha cambiado, al iniciar la relación fue muy difícil, cree que ha sido muy tolerante, toleró infidelidades, desprecio, hacerle sentir que el hijo valía más que ella, a veces recuerda estos eventos desagradables (DOCIL). Nunca le ha reprochado ni le ha contado a otras personas, para evitar el conflicto.(DOCIL- SUMISION- PENA SILENCIOSA)

Considera que tiene relaciones distantes con algunos hermanos, por ser ingratos con la madre.

Temor a perder sus hijas

- Examen físico: Como hallazgos positivos cardiopulmonar: Ruidos cardíacos normales, murmullo vesicular normal. Abdomen. Blando, dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha. No irritación peritoneal. Genitales externos normales, vagina normotérmica, cuello posterior, largo. No dolor a movilización lateral del cérvix, ni a palpación anexial .Extremidades: sin evidencia de alteraciones.

- Paraclínicos : Reporte de Hemograma tipo V, método RF/DC (systemex) (16-V-06) leucocitos 8130. Neutrófilos 62% Linfocitos 26,8%. Hemoglobina 14,9 Hematocrito 45,5 Plaquetas 316000. Morfología globular. Normocíticos, normocrómicos.

Glucosa: 88 (metodo Quimica seca- colorimétrico)

Ecografía transvaginal (17-III), con transductor endocavitario 7MHz, se realiza rastreo ecográfico, encontrando Utero en AVF, de 76x47x38mm, mioma intramural fúndico 18mm. Endometrio central de 11mm. Ovarios de tamaño y ecoestructura usual, Entre ovario derecho y cuerpo uterino, imagen hipoecoica 30mm diámetro, parece depender de pared uterina

Laparoscopia operatoria: Síndrome adherencial severo que compromete colon, anexos, fondo de saco posterior, mioma en cara posterior. Se realiza liberación de adherencias y miomectomia

DIAGNOSTICO NOSOLOGICO: DOLOR PELVICO

REPERTORIZACION: PULSATILLA 7/11= 15, IGNATIA 7/11 =12 CALCAREA 7/11= 12 LYCOPODIUM 7/11=9 NATRIUM MUR 6/11=9
TENDENCIA MIASMATICA 2-1-3

DIAGNOSTICO MEDICAMENTOSO: PULSATILLA 0/6

PRESCRIPCION Y METODO: METODO PLUS- DOSIS DIARIA

- Diagnostico integral: se considera paciente en quien predomina el sentimiento de abandono, con marcada sumisión, docilidad marcada, llanto fácil, trastornos por pena, pena silenciosa, condescendiente, compasiva, laboriosa, reservada, con aversión al cerdo. Se inicia Pulsatilla 0/6, control en 1mes.

Para la elección del remedio, se consideró el núcleo de sentimiento de abandono y necesidad de afecto, con falta de confianza en sí misma y labilidad emotiva, se encuentra paciente con llanto fácil, quien presenta mejoría con el llanto, con marcada docilidad y suavidad, llegando incluso a la sumisión, lo tolera todo, dócilmente, con resignación. Es bastante amorosa, cuidadosa. Con marcada necesidad de afecto y condición abandonica, muy emotiva. Si está desalentada, eleva sus plegarias al cielo, reza con devoción. Son desencadenantes y agravantes a su condición mórbida, las penas, los celos, por decepción, mortificación, malas noticias y cólera silenciosa.

- Evolución: asiste a control el 11 de Mayo, refiere notoria mejoría de dolor pélvico, con sensación de bienestar general. El dolor mejoró en frecuencia e intensidad, aproximadamente un 70%. Incapacidad grado 1 según escala de Andersch B, Milsom. Presentó lesiones dérmicas, puntiformes, pruriginosas,

generalizadas, que causaban leve prurito, desaparecieron espontáneamente. Se siente más tranquila. Ha logrado hablar con la hija y considera con mayor optimismo, el futuro familiar. Con el esposo, ha logrado mejorar la comunicación. Menor tristeza por la situación de la hija. Lloro frecuentemente y ora. Se siente menos triste. Duda en la realización de laparoscopia programada, ante mejoría clínica.

Exámen físico: sin cambios

Se considera mejoría integral de síntomas físicos y mentales. Síntomas dérmicos, antiguos, con menor intensidad, con sensación de bienestar, se considera XI Observación, en la cual se ven reaparecer síntomas antiguos, se establece que la enfermedad es curable en la proporción en que aparecen o retornan síntomas antiguos que habían desaparecido por largo tiempo. Por lo general, después de una agravación homeopática, retornan los síntomas antiguos y desaparecen en el orden inverso al que se presentaron, los que estaban presentes desaparecen y los antiguos continúan surgiendo, según la Ley de Hering. Se decide continuar igual medicación, pulsatilla 0/6 dosis diaria

3.4 CASO NUMERO CUATRO

Paciente de 48 años de edad, procedente de Bogotá, de ocupación Contadora, escolaridad universitaria, estado civil soltera. Valorada por primera vez el 25 de Abril de 2006.

- Motivo de consulta y enfermedad actual: refiere dolor en pierna derecha, de 1 año de evolución, inicia en fosa iliaca derecha e hipogastrio, con múltiples valoraciones paraclínicas normales (ANSIEDAD PORSALUD) sin respuesta a terapia física indicada. El dolor inicia en fosa ilíaca derecha, permanente con sensación de hormigueo y dolor tipo tirón referido hasta la rodilla derecha (EXTREMIDADES: DOLOR ARDIENTE) Mayor intensidad entre las 11 a.m. y las 3pm, incrementa durante períodos de ansiedad, cede espontáneamente. Sensación de hormigueo y prurito relacionado con el dolor, no alteraciones dérmicas, no cambios en sensibilidad, sensación de herida quemante localizada.

- Antecedentes personales: Histerectomía abdominal hace 7 años, por miomatosis uterina, marcada preocupación por antecedente de cáncer de cérvix en la madre, prefirió manejo definitivo (ANSIEDAD POR SU SALUD). Cistopexia abdominal hace 3 años, por incontinencia de esfuerzo, desencadenada principalmente por risa, ejercicio, caminatas. Gineco-obstétricos: Menarquia 12 años Ciclos: regulares G2P2A0V1M1, último parto hace 15 años Niega otros antecedentes.

- Antecedentes familiares: Madre cáncer de cérvix
- Síntomas generales:
 - Sed y apetito: sed aumentada, toma bastante agua, aprox. 4 a 5 vasos de agua al día, de grandes sorbos. Apetito normal.
 - Deseos: pescado
 - Aversiones: niega
 - Sueño: profundo, se altera por las preocupaciones, ocasionalmente no reparador. No recuerda los sueños
 - Calor vital: friolenta, principalmente en manos
 - Transpiración: No sudoración, aunque realice actividad física
 - Hábitos de ejercicio: no refiere
 - Horarios de agravación: de 11 a.m. a 4p.m.
- Historia familiar: Vive en la casa materna, no tienen casa propia, decidieron la separación con el esposo hace 5 años aproximadamente, por razones económicas. El esposo vive con la madre. Las visita a diario, está pendiente de la hija, le ayuda con la realización de tareas, no le ayuda económicamente. A veces salen juntos. No tienen vida sexual.
- Revisión por sistemas: dolor frecuente en hombro derecho. Niega otra sintomatología
- Síntomas mentales: se considera malgeniada, le molesta que no le entiendan rápido o la presionen demasiado. Le indispone que le den muchas órdenes simultáneamente, responde elevando la voz, llora durante períodos de mal genio. No se considera ordenada
 Le molesta que la mamá le de órdenes, conflicto frecuente, cree que la mamá vive descansada y le acarrea a ella el problema.
 Buena relación con la hija, la hija le critica el mal genio y el hacer mala cara. La hija es exigente y a veces no le alcanza el dinero (ANSIEDAD POR EL FUTURO)
 Se considera muy consentidora, sin embargo la hija cree que a quien más consiente es a la mascota (gata) INDIFERENCIA A LAS PERSONAS AMADAS
 Buena relación con el esposo, él ayuda en el manejo de la casa, vive con la madre, decidieron separarse hace 5 años por dificultades económicas y cada uno vive en su casa materna, refiere que es una relación “normal”, disminución del deseo sexual, aversión al esposo desde hace 5 años, (AVERSION A ESPOSO)
 considera que tienen una relación de amistad, el esposo le critica que no tiene amor por nadie, (INDIFERENCIA A PERSONAS AMADAS) que no es afectuosa, solo con la hija. Buena relación con la suegra.
 Dificultades en el trabajo, considera injusta la remuneración para la actividad laboral que desarrolla, con horarios prolongados y mucha responsabilidad. Locuaz en detalles laborales.

Relaciona el inicio de la sintomatología, con la entrega de un informe a la Superintendencia.

Desearía relajarse y no tener que levantarse, quisiera vivir tranquila, no preocuparse por nada, actualmente le preocupa mucho el trabajo y la responsabilidad por la hija, principalmente por razones económicas. (ANSIEDAD POR EL FUTURO)

No gusta de compartir el tiempo libre, desea dormir y descansar.

Miedo en la noche, a la soledad, (TEMOR A SOLEDAD) no le gusta tocar ni que la toquen

- Examen físico: Como hallazgos positivos abdomen blando, dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, no irritación peritoneal. Genitales externos normales, cúpula suspendida, anexos no palpables.

- Paraclínicos: Citología (III-06) Negativa. Gardnerella. Mamografía (IV-06): se practicaron proyecciones craneocaudales y mediolaterales, oblicuas, comparativas, con los siguientes hallazgos: Negativa. Hallazgos benignos, clasificación Biradsl.

Ecografía transvaginal (II-06), con transductor endocavitario 7MHz, se realiza rastreo ecográfico, encontrando Estado post- hysterectomía. En anexo derecho, 3 quistes de 10, 20 y 30mm funcionales. QUISTE ANEXIAL DERECHO DOMINANTE

Ecografía transvaginal de control (VII-06) con transductor endocavitario 7MHz, se realiza rastreo ecográfico, encontrando estado post-hysterectomía, no quistes anexiales. Ovarios de ecoestructura usual

DIAGNOSTICO NOSOLOGICO: DOLOR PELVICO

REPERTORIZACION: PHOSP 5/6 SEPIA 4/6 ARS 6/6=7

DIAGNOSTICO MEDICAMENTOSO: PHOSPHORUS 0/6

PRESCRIPCION Y METODO: METODO PLUS- DOSIS DIARIA

- Diagnostico integral: paciente con ansiedad por el futuro, ansiedad por su salud, temor a la soledad, temor a la oscuridad. Indiferencia a las personas amadas, dolor ardiente en abdomen y muslo. Se decide iniciar Phosphorus 0/6, en método plus, dosis diaria. Se consideró que se trataba de un Phosphorus pasivo o apagado, con hipoestesia generalizada, con síntoma motor de indefensión, temor a la soledad, a la muerte, temor a morir, temor a que algo ocurra, con miedo implacable. Tiene sus sentidos embotados, torpeza mental y pérdida del deseo sexual, gozo ausente o aversión al coito. Presenta lentitud de todas sus reacciones, lentitud en movimientos, al hablar, contestar, reflexiona y piensa

mucho antes de contestar. Apatía y aislamiento de su medio social, predomina la indiferencia afectiva y aversión a la compañía y a miembros de su familia. A diferencia de Sepia, que muestra indiferencia afectiva por incapacidad de amar, en Phos, se mantiene intacta su potencia amorosa, solo apagada coyunturalmente por su hiporreactividad biológica. Esta conducta misantrópica es el negativo de la comunicación afectiva, propia de su fase activa. Estos síntomas pueden llegar a evolucionar hasta fases de agotamiento físico y mental, depresión melancólica, con desaliento, disgusto, cansancio de vivir, con deseos de morir y disposición suicida, la cual no puede usualmente materializarse por falta de coraje. Dentro de las características del dolor se describe agudo, ardiente, con sensaciones de ardor o calor ardiente

- Evolución: la paciente asiste a control el 8 de Junio, refiere leve mejoría del dolor abdominal, persistencia de agravación en las horas de la tarde (12-3pm), relacionadas con mayor actividad laboral, así como durante períodos de exigencia, persisten características ardorosas del dolor. Continúa en valoración por Fisiatría y Proctología, tiene pendiente realización de hemorroidectomía.

Siente mejoría de su estado de ánimo, menor cansancio, siente mayor energía. Menor preocupación por los gastos. Ha aceptado salir con la hija, ocasionalmente los fines de semana, persiste relación "tirante" con la madre, considera que la madre es muy molestosa y no le ayuda, quiere que todo se haga temprano, aún el fin de semana. Relación con el esposo sin cambios.

Examen físico: sin variación

Se decide continuar Phosp 0/6 método plus, dosis diaria.

Por mejoría de síntomas mentales, con poca variación de síntomas orgánicos, se decide continuar medicación y esperar respuesta con mayor tiempo de tratamiento.

3.5 CASO NUMERO CINCO

Paciente de 22 años de edad, procedente de Bogotá, de ocupación Auxiliar de farmacia, escolaridad secundaria, estado civil unión libre, valorada inicialmente el 5 de Mayo de 2006

- Motivo de consulta y enfermedad actual: refiere ciclos irregulares desde la menarquia con poli e hipermenorrea (METRORRAGIA), con dismenorrea (DISMENORREA; DOLOR EN UTERO DURANTE LA MENSTRUACION) severa, incapacitante. Incapacidad grado 3 según escala de Andersch B, Milsom
Dolor tipo cólico, severa intensidad, dolor pélvico, con sensación de frío, constante, tipo presivo, predominio en "ovario izquierdo", inicia semana antes de menstruación y aumenta con el inicio del ciclo menstrual, cede al cesar el sangrado. Sangrado inicial abundante, copioso, debe usar tampón y toalla, sangre

roja con coágulos. Durante el último mes, sangrado durante 1 mes. Irritable durante la menstruación, contesta de mala gana, no quiere que le digan nada, no quiere ni que la miren, ni se metan con ella. (SINTOMAS MENTALES AGRAVAN DURANTE LA MENSTRUACION) Cuando tiene problemas, aumenta el dolor y la menstruación, irritable sólo por el dolor. Empeora el dolor en la tarde, relacionado con la actividad laboral forzada. Mejora cuando se acuesta en decúbito lateral derecho, con paños de manzanilla y caléndula tibios y fríos. Dispareunia y sinusorragia desde hace varios años, manchado oscuro y a veces rojo claro

- Antecedentes personales: hipoglucemia. Gastritis eritematosa antral alcalina diagnosticada por endoscopia. Quirúrgicos: Apendicectomía. Laparoscopia diagnóstica y ovariolisis en Marzo de 2006 Alérgicos: alergia a los anti-inflamatorios. Gineco-obstétricos: Menarquia 11 años Ciclos: 15-30x8-30 GPO Última menstruación: 25 de Abril de 2006. Planificación: Microgynon suave. Citología (II-06): negativa, flora bacilar. Traumáticos: Esguince cuello de pie derecho Niega otros antecedentes.

- Antecedentes familiares: Diabetes en familia paterna

- Síntomas generales:

- Sed y apetito: No toma agua, prefiere tomar leche para calmar la sed, (DESEO DE LECHE). Apetito normal, incrementado por el stress y el trabajo.
- Deseos: postres de leche
- Aversiones: coliflor
- Sueño: normal, se altera por las preocupaciones. No refiere sueños repetitivos
- Calor vital: friolenta, con el frío empeora el dolor
- Transpiración: Poca transpiración
- Hábitos de ejercicio: camina
- Horarios de agravación: en la tarde

- Historia familiar: Crió a los hermanitos, porque la mamá trabajaba todo el tiempo, tenía una buena relación con la madre hasta hace 5 años, cuando decidió irse de la casa, cuando su mamá no creyó que el padrastro la acosaba sexualmente (TRASTORNO POR DECEPCION). Fue a vivir con el padre y la abuela paterna, con quienes tiene una muy buena relación. Considera que el padre no le hizo falta nunca (SENTIMIENTO DE ABANDONO). Vive con compañero en unión libre hace 4 años

- Revisión por sistemas: distensión abdominal y estreñimiento,

desencadenados por el dolor pélvico, el estreñimiento cede al suspenderse el sangrado menstrual. (CONSTIPACION DURANTE LA MENSTRUACION)

Niega otra sintomatología

- Síntomas mentales: hace 5 años estudió modelaje, debía dejar la comida, sólo comía lechuga, luego de 2 años logró mejorar su trastorno de apetito, sentía plenitud todo el tiempo, requirió soporte con psicología, hasta lograr normalizar su apetito.

Ha presentado dificultades con la pareja por el dolor, presentó discusión porque no lo acompañó a viajar y no tenían relaciones sexuales en el post-operatorio. Estuvieron separados por 15 días, el compañero se llevó todas las cosas (TRASTORNO POR DECEPCION), lloró todo el tiempo, la abuela le ayudó a recuperar todas las cosas, ahora sabe que cuenta con la familia y tiene su apoyo. Ahora se considera desconfiada. Quiere mucho al compañero, pero le molestan sus normas y el querer pasar mucho tiempo con los amigos (SENTIMIENTO DE ABANDONO). Después de la reconciliación han hecho acuerdos, entre otros sólo tienen relaciones sexuales si ella quiere.

No tolera la contradicción (CONTRADICCION NO TOLERA). Prefiere el trabajo con los hombres, no se lleva bien con las mujeres, como compañeras de trabajo.

Llora por noticias malas, le dan mal genio, ira, cuando ocurre algo que le molesta, sigue en el trabajo como si no ocurriera nada, no habla con nadie y llega a la casa y llora mucho, el llanto la mejora.

Confianza sólo en la familia (DESCONFIADA)

Tristeza por la pérdida de la mascota.

Se considera perfeccionista, no le gusta dejar las cosas sin terminar (LABORIOSA, PERFECCIONISTA).

Desea poder estudiar veterinaria, en horario nocturno, para colaborar con la familia, que pasa por dificultades económicas.

Se considera juiciosa, responsable, honesta, hogareña.

Desearía cambiar el mal genio, el ser tan llorona, quisiera sonreír más a la vida.

Siente tristeza y decepción por la actitud de su madre hace varios años y el compañero. (TRASTORNO POR DECEPCION) No tolera que hablen mal de la madre.

Por evitar las injusticias, decidió no continuar trabajando en enfermería.

Le gusta caminar al aire libre, le brinda tranquilidad

- Examen físico: como hallazgos positivos abdomen blando, leve dolor a la palpación profunda de hipogastrio, no irritación peritoneal, no masas. Genitales externos normales, sangrado moderado, vagina normal y cuello de aspecto sano, posterior y cerrado, útero de tamaño, forma y consistencia normales, anexos no palpables.

- Paraclínicos realizados, se encuentran:

Esófago gastroduodenoscopia, realizada con equipo Olympus el 21-II-06: reflujo

biliar duodeno-gástrico. Gastritis eritematosa astral alcalina.
Laparoscopia diagnóstica (15-III) adherencias rígidas de ovario derecho, a nivel de fosa ovarica derecha, se realiza ovariolisis sin complicaciones.
TAC de silla turca: normal (II-06)
Citología Cervico-vaginal (VII-06): negativa, flora bacilar
Hormona estimulante tiroides (TSH) 1,6 Creatinina 0,8
Biopsia endoscópica (18-x) Gastritis crónica corpoantral no activa. H. pylori negativo negativa para atrofia o metaplasma intestinal en material examinado
Hemograma V : metodología RF/DC Sysmex Leucocitos 5680 Hb: 15,8 Hto 46,2
Neutrófilos 40,2% Lyn 48,9% Plaquetas 187.000
Prolactina basal 39,9 (1.9-25) metodo quimioluminiscencia
Glucosa 86 (65-105) quimica seca- colorimétrico
Ecografia transvaginal (x-06) con transductor 6,5 MHz, se realiza valoración ultrasonográfica en contrando: Utero AVF, sin alteraciones a nivel miometrial. Endometrio 3,5mm espesor máximo. Ovarios ecoestructura normal. No líquido en fondo de saco
Laparoscopia diagnóstica: adherencias rígidas de ovario derecho a nivel de fosa ovárica derecha, se realiza ovariolisis sin complicaciones.

DIAGNOSTICO NOSOLOGICO: DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN (R103)

REPERTORIZACION: NUX VOMICA 7/9=16, PLATINA 8/9= 15, SEPIA 8/9=12, CALC 7/9=13 NAT MUR 7/9= 13

DIAGNOSTICO MEDICAMENTOSO: NUX VOMICA 0/6

PRESCRIPCION Y METODO: METODO PLUS- DOSIS DIARIA EN LA NOCHE

- Diagnostico integral: paciente con cuadro de dismenorrea severa, metrorragia, síntomas mentales que agravan con la menstruación, dolor en útero durante la menstruación, sentimiento de abandono, trastorno por decepción, deseo de leche, constipación durante la menstruación, se decide iniciar Nux. vómica 0/6 dosis diaria, durante la noche.

Para la elección del remedio, se consideró la Hiperexcitabilidad nerviosa, que afecta tanto al sistema nervioso central, periférico y autónomo, con reacciones impulsivas y marcada susceptibilidad a impresiones tanto físicas como mentales, se afecta por estímulos sensoriales, en nuestro caso el dolor, el cual le desespera e irrita. Es sensible a todo acto que considera agravio o agresión, que puedan contrariarla, ofenderla, humillarla o herirla en su honor. Es irritable e irascible, no quiere que le hablen ni la miren, se rehúsa a contestar. Emotiva y sentimental, llora ante la menor oposición o contradicción. Es tenaz, perseverante y laboriosa. Reacciona a la contradicción, ofensas, agravios, humillaciones, desprecios, con indignación, con cólera violenta, odio y resentimiento. Se rige con un código de honor y justicia. Agravación de síntomas durante la menstruación.

- Evolución: asiste a control el 13 de Junio, refiere posterior a inicio de medicación, incremento de ardor epigástrico, leve mejoría de dismenorrea Sin embargo persiste metrorragia y síntomas mentales que agravan con la menstruación

Dolor pélvico, tipo cólico, de menor intensidad, con sensación de frío, constante, tipo presivo, predominio en “ovario izquierdo”, continúa presentándose antes de menstruación y aumenta con el inicio del ciclo menstrual, cede al cesar el sangrado. Incapacidad grado 2 según escala de Andersch B, Milsom Sangrado inicial abundante, copioso, incremento posterior a laparoscopia. Logró hablar con la madre, en relación a sus sentimientos generados por poca credibilidad que dio al acoso del que fue víctima, con el compañero decidieron reiniciar la relación, ahora está mas clara la situación.

Examen físico sin variación

Se decide continuar igual medicación, control. Se considera mejoría de síntomas mentales, con leve agravación inicial, correspondiente a la III observación de Kent, indica una mejoría duradera, se considera que no hay cambios estructurales, con fuerza vital óptima y enfermedad lesional leve o funcional.

3.6 CASO NUMERO SEIS

Paciente de 20 años de edad, natural y procedente de Bogotá, con ocupación estudiante de Odontología, estado civil soltera, quien fue valorada el 5 DE MAYO DE 2006

- Motivo de consulta y enfermedad actual: dolor pélvico, predominio en fosa ilíaca izquierda, lo describe como presivo, a diario, duración aproximada de 10 segundos, una o dos veces al día, no se irradia, nota que empeora con el frío, mejora al colocarse bolsas de agua caliente. No hay síntomas concomitantes con el dolor pélvico. No se presenta exacerbación durante la menstruación. El dolor se inició hace 3 años, sin antecedente previo.

Dolor en la espalda, posterior a trauma contuso al caer de un altura aproximada de 60cm, recibiendo golpe en el “sacro”, sintió el dolor “que se le subió hasta el cuello”, le tomaron radiografía y le detectaron “rotoescoliosis”, por lo cual le ordenaron corsé pero no lo ha usado. El dolor se localiza principalmente en regiones lumbar y cervical, lo localiza en la “mitad de la columna”, presenta crujidos en la región cervical con movimientos de flexión lateral de la cabeza y cuando suspira, los crujidos mejoran el dolor. Ha notado que tiene “menos fuerza en miembro superior izquierdo”, el dolor empeora con los esfuerzos, con el frío, mejora con el reposo y durmiendo hacia el lado izquierdo. El dolor no se irradia. Además manifiesta que “siente más en el lado derecho que en el izquierdo”.

Rinitis alérgica de “toda la vida”, siempre he vivido con la “nariz tapada”, (NARIZ

OBSTRUCCION IZQUIERDA) respiración bucal; la obstrucción nasal la presenta en el día, especialmente en la tarde; mejora acostándose hacia el lado izquierdo; no rinorrea. Cuando le da gripa o cuando está en contacto con el polvo, presenta anosmia, la cual puede durar hasta 1 semana. Estornuda especialmente al exponerse a los irritantes, asociado a “ojos llorosos”.

Dice que el aire que respira los siente “frío”, por respirar bucalmente empeora este síntoma además con dolor faríngeo (GARGANTA INTERNA: HINCHAZON). Siente dolor en los pómulos cuando hay obstrucción nasal, empeora al agacharse y mejora al presionar localmente. El dolor faringoamigdalino sólo se presenta al deglutir la saliva, no al pasar sólidos, considera que molesta más el lado izquierdo

- Antecedentes personales: alergia al polvo, peluches, gatos, perro, lana. Fumadora ocasional, “cuando está nerviosa”: Alcohol ocasional. Taquicardia que no ha sido valorada. Infección urinaria hace 2 y medio años, después del aborto, recibió tratamiento, requirió manejo hospitalario. Amigdalitis a repetición. Gineco-Obstétricos: Menarquia 11 años Ciclos: 30x5 G1P0A1C0. (aborto provocado hace 2 años, manifiesta que es posible que a partir de este evento se haya generado el dolor pélvico) Planificación: métodos de barrera. Ultima menstruación: 10-IV-06
A los 9 años, trauma contuso a nivel sacro.
Niega otros antecedentes.

- Antecedentes familiares: Madre hipertensa. Primos maternos nefrolitiasis
- Síntomas generales:
 - Sed y apetito: Sed más marcada en la mañana, por tener la boca seca. Hiporexia en los 2 últimos meses
 - Deseos: chocolates, fruta, pollo
 - Aversiones: carne, leche
 - Sueño: no reparador, despertar fácil. Duerme mejor acostada hacia la izquierda. Sueña con las cosas que suceden en el día
 - Calor vital: friolenta, no le gustan los sacos de cuello alto
 - Transpiración: poca sudoración, sólo cuando está nerviosa, principalmente en las manos y la punta de la nariz
 - Hábitos de ejercicio: ocasionalmente
 - Horarios de agravación: empeora en la noche, después de las 11pm
- Historia familiar: vive con la abuela materna, tía y primo paterno, 4 inquilinos.
Embarazo y parto normales. Lactancia durante 3 meses, no le gustaba la leche materna. Alimentación normal. Desarrollo psicomotor normal. Vacunas: completas
- Revisión por sistemas: Astigmatismo, pterigio especialmente izquierdo.

Dispepsia leve, sin estreñimiento.
Piel muy seca, lo que genera prurito.
No refiere otros síntomas

- Síntomas mentales: es desconfiada con su novio y en general “con todo el mundo”, desconfía de su papá porque no comparte el tiempo suficiente con su familia (ABANDONO, SENTIMIENTO DE).

A los 5 años inició abuso sexual por parte de su hermano, durante 4 años, la obligaba a tener sexo oral amenazándola con “el diablo” y violencia física. Manifiesta que sentía rabia y miedo, por estas experiencias ha tenido 4 intentos de suicidio (DISPOSICION SUICIDA): a los 6 años intentó lanzarse de un 4º. Piso, luego a los 11 años intentó ingerir pastillas, pero se lo impidió el padre, a los 14 años de nuevo intentó suicidarse con “pastillas” y sólo presentó somnolencia, nadie se enteró, hace 3 años “intenté cortarme las venas” pero no lo logró. Hace 3 años quedó embarazada, sin planearlo, inicialmente sintió tristeza, vivió en soledad la situación, decidió abortar, luego “caí en una depresión terrible”, sentimiento de culpa, sentimiento de soledad, durante aproximadamente un año. Ahora al recordar siente: culpa, tristeza y “nostalgia”. Considera que es celosa (CELOS), especialmente con su padre.

“Siento mucho pánico escénico”: miedo anticipatorio, sudoración en manos, le tiembla la voz, temblor en las piernas, va mejorando pero luego empieza a exponer las cosas en desorden. Otros miedos” a quedar sola” a no poderme defender”, a no tener a mi mamá (ABANDONO, SENTIMIENTO DE). Temor a enfrentar al hermano, quien abusó de ella, a que le haga daño. En este momento siente “odio” por su hermano, guarda rencor (dice que por su hermano no puede vivir una vida normal) (RESENTIMIENTO)

Llora, especialmente en la noche, por los recuerdos; no le gusta que la vean llorar; sólo le gusta que la consuele su mamá.

Al papá le siente “rabia”, la guarda en silencio. La hace feliz su perro “porque es muy expresivo conmigo”. Le gusta que la consientan, le cuesta trabajo expresar sus emociones.

“Yo soy muy solidaria”, ayuda a quien lo necesita, se conmueve con el dolor ajeno. “borraría toda mi niñez”

En ocasiones tengo ideas de suicidio, especialmente al estar enfrentada a problemas.

Desconfía especialmente de los hombres

Con la cólera, primero “soy como fosforito”, puede llegar a tirar las cosas “no es agresiva con las personas

- Examen físico: buen estado general TA 120/80 FC 88 FR 18 pterigio izquierdo. Amígdalas hipertróficas, principalmente izquierda.

Hipertonía muscular paravertebral, hiperlordosis lumbar.

Cardiopulmonar: Ruidos cardíacos normales, murmullo vesicular normal.

Abdomen. Blando, dolor a la palpación profunda, predominio fosa ilíaca izquierda

de hipogastrio. No irritación peritoneal.

Genitales externos. Normales, vagina normal, útero de tamaño, forma y consistencia normales, anexos no palpables, no dolor a la movilización lateral del cérvix.

Extremidades: sin evidencia de alteraciones.

- Paraclínicos: reporte de Hemograma tipo V, método RF/DC (sysmex) (16-V-06) leucocitos 5730. Neutrófilos 56% Linfocitos 38%. Hemoglobina 13,1 Hematocrito 40,3 Plaquetas 216000. Morfología globular. Normocíticos, normocromicos.

Hormona estimulante tiroides 1,68 (0,27-4,2) T4: 5,76 (4,2-12,5)

Ecografía transvaginal (8-IV), con transductor endocavitario 7MHz, se realiza rastreo ecográfico, encontrando Utero en AVF, de 76x32x30mm, ecoestructura usual, sin lesiones focales. Endometrio central de 9mm. Ovarios de tamaño y ecoestructura usual, no masas pélvicas. Fondos de saco libres

DIAGNOSTICO NOSOLOGICO: DOLOR PELVICO - DORSOLUMBALGIA

REPERTORIZACION: LACHESIS 6/7= 13, STRAM 5/7 =7, PULSATILLA 4/7=9

DIAGNOSTICO MEDICAMENTOSO: LACHESIS 0/6

PRESCRIPCION Y METODO: METODO PLUS- DOSIS DIARIA

- Diagnostico integral: paciente de 20 años de edad, con antecedente de abuso sexual desde los 4 hasta los 9 años de edad, por parte del hermano, lo que genero odio e intentos de suicidio. Abandonica, llama la atención su marcada lateralidad izquierda en todos los síntomas. Se repertoriza disposición suicida, remordimiento, celos, sentimiento de abandono, nariz obstrucción izquierda, garganta interna hinchazón.

En la elección del remedio se consideró el núcleo de sentimiento de desconfianza y suspicacia, con estado de mortificación y celos. Irritabilidad que agrava por contradicción, con accesos de rabia y violencia. Notable capacidad de odio con deseos de venganza, hasta deseos de matar. Concienzuda, laboriosa, con prisa e impaciencia, depresión melancólica que puede llevar a inclinación suicida. Se puede mostrar altiva, orgullosa y dictatorial. Su conciencia moral se enfrenta con sus tendencias instintivas que no puede refrenar y le crean un sentimiento de culpabilidad latente, manifestado por el antecedente del aborto provocado, a partir del cual se generó el cuadro de dolor pélvico. Entre los síntomas generales destacables aparecen la lateralidad izquierda o síntomas que van de izquierda a derecha y la amigdalitis izquierda, color púrpura oscuro.

- Evolución: en el primer control del 13 de Junio refiere que desde el segundo día de iniciar el medicamento, aparecieron lesiones dérmicas en pómulo izquierdo, las cuales desaparecieron, pero dejaron la mancha. Notó que se

“alborotó “el mal genio, está muy irritable, incluso dice levantarse de mal genio “hago mala cara todo el día”, “todo lo que está en mi entorno me fastidia”. En las tardes y las noches está llorando más, “pienso que las gotas no me están haciendo efecto porque soy muy impaciente” Ayer inició menstruación, presentó mastalgia izquierda (síntoma nuevo) y sensación de “mareos”, con el inicio del sangrado, desaparecieron estos síntomas (MENSTRUACION MEJORA). El sangrado lo considera más abundante, “como era antes”, sangre roja con coágulos oscuros, ha presentado dolor pélvico, tipo “puntadas” en el ovario izquierdo. Considera que no tuvo cambios en su estado de ánimo con la llegada de la menstruación. Como síntoma nuevo aumento del apetito, con más deseos de tomar “café con leche”. “duermo pero no descanso”. Mejoría de dolor espalda, desde ayer reinició posterior a postura por largo período de tiempo. No cambios en obstrucción nasal (NARIZ. OBSTRUCCION IZQUIERDA). Cambia fácilmente de estado de ánimo,”me tomo muy a pecho las cosas”. En ocasiones se siente fastidiada con su novio, no confía en él, celos.

Al examen físico no se encuentran variaciones.

Consideramos que está muy irritable y no cambió su núcleo de resentimiento. Existe un gran obstáculo para la curación, por tener que convivir en el mismo lugar con el hermano, quien es el culpable, según ella de todo su sufrimiento actual (RESENTIMIENTO). Se decide por el gran resentimiento, cambiar a Natrum Mur 0/6, se formula 1 gota en doble dilución una vez, al acostarse.

Se decide el cambio de remedio para tomar el gran RESENTIMIENTO que se percibe en la paciente, el cual es uno de los ejes de este remedio junto con la pena. Su decepción concluye en elaboraciones inmodificables de “NUNCA OLVIDAR, NUNCA PERDONAR”. Siente rencor hacia el responsable puede transformar su gran amor en un gran odio, perdurable, que no logrará olvido. Presenta una gran capacidad de odio, hacia las personas que lo han ofendido o decepcionado, en forma silenciosa, pero profunda, con deseos de venganza hacia el culpable.

Durante el siguiente control, del 4 de Julio se nota de mejor genio, más tolerante con todo el mundo, “hay tristeza pero no con rabia”, nota que también mejoró orgánicamente, mejoría notable de respiración, cedió obstrucción nasal.

Examen físico sin variación.

Se continúa por adecuada evolución Nat M 0/6 plus doble dilución

En control posterior del 8 de Agosto, refiere mejoría de rinitis, con sensación de limpieza nasal, sin sensación de obstrucción. Dolor en fosa ilíaca al estirarse, o al toser, con sensación de peso, mejora con calor local. Menor frecuencia e intensidad. Considera que presenta mejoría, con relación a su mal genio, antes no se toleraba ella misma. Dice que ya no tiene deseo de suicidarse (TENDENCIA SUICIDIO), al tener mucho tiempo libre, pensamientos negativos (respecto a su relación, por marcados celos). Decidió terminar ella la relación. Le costaba trabajo expresar los sentimientos. Refiere sentirse protegida por el grupo de estudio, es para ella una necesidad no estar sola (ABANDONO, SENTIMIENTO DE). Resentimiento hacia el hermano, no lo determina, como si no existiera. Refiere

haber tenido una mejor definición de la carrera, afrontó bien la separación del novio.

Sueño no reparador, apetito voraz, aversión a la carne. Sed escasa.

Transpiración profusa con gotas en la cara (síntoma nuevo)

Examen sin variación.

Mejoría del cuadro respiratorio, con sensación de limpieza nasal, emocionalmente estable, mejora con la actividad y el baile, inicio estudio, no tiene tanta tristeza, asume bien la pérdida afectiva con expectativas de nuevo novio, se decide continuar Natrum Mur 0/6 metodo plus, doble dilución

En control, del 26 de Septiembre, sin medicación hace 2 semanas, presentó episodio de dolor faríngeo (GARGANTA INTERNA: HINCHAZON), fiebre, malestar general, recibió tratamiento antibiótico con penicilina benzatínica, ha tenido mejoría progresiva.

Persiste de igual intensidad dolor tipo cólico en ovarios, principalmente izquierdo 1 día antes de la menstruación, mejora con calor, agrava con el frío. Hace 1 semana inyección conjuntival ojo izquierdo con secreción amarilla, descamación en párpado superior, agrava con el frío.

Con la ingesta de alcohol llanto frecuente, hace 10 días se despertó llorando. Dice que las cosas con el hermano "van a seguir igual, de pronto cuando esté tirado en una camilla yo le voy a restregar todas las cosas" (RESENTIMIENTO). Volvió con su novio y se siente más tranquila. Siente que ocupada mejora. Los celos han mejorado, ya no le molesta que el novio trabaje en un bar. No ha tenido ideas suicidas.

Se observa una importante mejoría tanto de síntomas mentales como físicos. Reparición de síntomas antiguos, manejados con antibiótico. Se insiste en consulta ante síntomas agudos. Se adiciona Allen 1 gota cada 8 horas para cuadro agudo. Se continúa igual medicación. Se repertizaron síntomas y nuevamente aparece Lach como primer medicamento. Se continúa igual manejo, ante la adecuada respuesta al medicamento. Se recomienda control con psicología, como ayuda terapéutica, por encontrar obstáculos a la curación, al tener que convivir con el hermano.. Se considera III Observación de Kent, considerando que ante una agravación corta y fuerte, posteriormente se presenta mejoría duradera, cuando la mejoría es marcada se puede pensar que no había cambios estructurales y pueden presentarse exoneraciones como abscesos o supuraciones en glándulas. La fuerza vital es óptima.

4. RESULTADOS

En las seis pacientes presentadas, se logró evaluar la respuesta al tratamiento homeopático instaurado, logrando mejoría general en 5 de las seis, y mejoría completa en 3 pacientes, con importantes cambios en la esfera mental, que sin duda redundan en una mejor calidad de vida, una actitud más favorable hacia el control de la enfermedad y una identificación de factores desencadenantes o perpetuadores del estado de enfermedad. Así mismo, continuaron el seguimiento paraclínico convencional y se realizó laparoscopia diagnóstica en 2 de las pacientes, en una de ellas llama la atención, que sentía una mejoría tan notable antes de la realización del procedimiento, que dudaba en la necesidad de realización del mismo, sin embargo se realizó manejo quirúrgico asociado, con adecuada evolución clínica. Se insistirá en el seguimiento para completar la valoración y lograr la descripción del cuadro clínico completo. Sea la oportunidad de plantear la necesidad de continuar ampliando la experiencia con otros tipos de estudios, que permitan plantear asociaciones con mayor fortaleza estadística.

Se establece la gran importancia de síntomas mentales y la trascendencia de la historia biopatográfica, para establecer posibles eventos desencadenantes, evidenciados en la mayoría de las pacientes valoradas, características que aunque en ocasiones pueden percibirse en la consulta alopática, son de nula valoración, por las diferentes características de nuestros sistemas de salud, sin embargo pilares en la consulta Homeopática, los cuales seguramente al ser valorados y medicados, podrían explicar entre múltiples factores los resultados favorables de mejoría clínica en las pacientes valoradas.

5. DISCUSIÓN

Es imprescindible el adecuado estudio de la paciente que presenta dolor pélvico. Es fundamental e indispensable alcanzar un diagnóstico diferencial entre la dismenorrea primaria y la dismenorrea secundaria, aunque en ocasiones sea difícil de realizar. La correcta y completa realización de la historia clínica es la piedra angular. Debe la semiología aplicarse en toda su magnitud, lo cual incluye un detallado interrogatorio, que permita ubicar en su verdadera dimensión a los diferentes síntomas y signos, haciéndose las precisiones respectivas, las cuales aparecen descritas en el repertorio, para sorpresa de los aprendices en este arte y permiten tomando la totalidad sintomática, llegar al diagnóstico medicamentoso. Es el examen físico fundamental en la valoración del dolor pélvico crónico para diferenciar las causas ginecológicas de las no ginecológicas. La valoración pélvica con el uso de la especuloscopia y el tacto bimanual, así como el tacto rectal, aportan datos orientadores de importancia, y posteriormente los diversos métodos diagnósticos, como la ecografía y la laparoscopia. La semiología aporta los puntos de partida para la solicitud, ahora sí, de diversos estudios paraclínicos que nos van a llevar a establecer las diferencias entre dismenorrea primaria y secundaria, teniendo presente que algunas de ellas potencialmente pueden producir un impacto negativo en la salud sexual y reproductiva.

Es importante considerar la posibilidad de manejos terapéuticos diferentes, como la homeopatía, que realizados en forma adecuada y comprometida, permite respuestas terapéuticas satisfactorias, tratando la totalidad del ser y logrando la toma de síntomas mentales tan frecuentemente observados en nuestra consulta diaria y tan pobremente valorados y tratados, por razones de diversa índole. Logrando un manejo holístico y una respuesta favorable y suave. Así que queridos colegas, permitámonos abrir nuestro pensamiento hacia nuevos horizontes, que consigan encontrar alivio al dolor de nuestras pacientes, motivo y culto de nuestra profesión.

BIBLIOGRAFÍA

ALAN DeCherney & Martin L. Pernoll. Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment. 8 edition 1994.

ANDERSCH B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. Am J Obstet Gynecol 1982; 144: 655 -661.

AKIN MD, Weingand DA, Hengehold DA, et al. Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. Obstet Gynecol 2001; 97(3): 343-349.

BROOKS P. Use and benefits of Nonsteroidal anti inflammatory drugs. Am J Med. 1998; 104(3S): 9-13.

BROUARD R, Bossmar T, Fournie-Loret D, et al. Effects of SR49059, an orally active V1a vasopresin receptor antagonist, in the prevention of dysmenorrhea. BJOG 2000; 107(5): 614-619

CHEN C, Cho S, Damoskosh AI. Prospective study of exposure to environmental tobacco smoke and dysmenorrhea. Environ Health Perspect 2000; 108(11): 1019-1022.

CROSSMAN S. The Challenge of Pelvic Inflammatory Disease .Am Fam Physician 2006;73:859-64

DAWOOD MY. Dismenorrea. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1990; 1: 167-176.

DAWOOD MY. Dysmenorrhea. J Reprod Med. 1985; 30: 154-162.

DRAIMAN M. Las personalidades homeopáticas. Ed. Albatros. Buenos Aires, 1995

FRENCH L. Dysmenorrhea . Am Fam Physician 2005;71:285-91, 292.

GOMEZ. P, RUIZ. A. Temas de interés en Ginecología y obstetricia. Universidad Nacional de Colombia Mayo de 1998

HAHNEMANN S. Doctrina y tratamiento homeopático de las Enfermedades crónicas. Ed. Porrúa S.A. México 1993

- HAHNEMANN S. El Organon del Arte de curar. Ed. Albatros. Buenos Aires. 1975
- HELMS JM. Acupuncture for the management of primary dysmenorrhea. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 61 - 69.
- HARLOW S, PARK M. A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. *Br J Obstetric and Gynaecol* 1996; 103: 1134 - 1142.
- HEREL Z, BIRO F, KOTTENHAHN R, et al. Supplementation with omega-3 polyunsaturated fatty acids in the management of dysmenorrhea in adolescents. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1335 -1338.
- JAMIESON DJ, STEEGE JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol* 1996; 1: 55-59.
- MAHMOOD TA, Templeton AA, Thomsom L, et al. Menstrual symptoms in women with pelvic endometriosis. *Br J Obstet Gynecol* 1991; 98: 558-563.
- MATHIAS SD, KUPPERMANN M, LIBERMAN RF, et al. Chronic pelvic pain: Prevalence, health related quality of life and economics correlates. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 321-327.
- MONTERROSA A. Dolor pélvico crónico: Diagnóstico diferencial. *Selecta Médica*. 1997; 8(1): 26-29.
- MONTERROSA A. Nuevos conceptos en Anticonceptivos orales combinados. 3ª Eds. Bogotá. 2001.
- MORRISON B, DANIEL S, KOTEY P, et al. Rofecoxib, a specific cyclooxygenase-2 inhibitor, in primary dysmenorrhea: A Randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 1999; 94(4): 504-508.
- NOLAN TE, ELKINS TE. Chronic pelvic pain. Differentiating anatomic from functional causes. *Postgrad Med*. 1993; 94: 125-128.
- OKAROA E, CONDOUSB G. Diagnostic and therapeutic capabilities of ultrasound in the management of pelvic pain. *Curr Opin Obstet Gynecol* 17:611–617.
- PITROFF R, LEES C, THOMPSON C, et al. Crossover study of glyceryl trinitrate patches for controlling pain in women with severe dysmenorrhea. *BMJ* 1996; 312: 884.

SÁNCHEZ F. Dismenorrea IN: Botero J, Jubiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología. Texto integrado 6ª Edición. Medellín. 1999

SCHROEDER B, SANFILIPPO J. Dysmenorrhea and pelvic pain in adolescents. Pediatrics Clinics of North America. 1999; 46 (3): 555-571.

SMITH RP. Dolor pélvico cíclico y dismenorrea. Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas actuales. 1993; 4: 739-750.

SULAK P, CERESSMAN B, WALDROP E, et al. Extending the duration of active oral contraceptive pills to manage hormone withdrawal symptoms. Obstet Gynecol 1997; 89: 179-183.

SUNDELL G, MILSOM I, ANDERSCH B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhea in young women. Br J Obstet Gynecol 1990; 97: 588-594.

VALENTIN L, SLADKEVICIUS P, KINDAHL H, et al. Effect of a vasopresin antagonist in women with dysmenorrhea. Gynecol Obstet Invest 2000; 50(3): 170-177.

VANNIER L. La práctica de la homeopatía, Ed. Porrua S.A. Primera edición. México 1956

VIJNOVSKY B. Traducción y comentarios del Organon de Hahnemann. Ed. Albatros. Buenos Aires 1985

WALLER KG, SHAW RW. Endometriosis, pelvic pain and psychological functioning. Fertil Steril 1995; 63: 796-800.

WILSON ML, FARQUHAR CM, Sinclair OJ. Surgical interruption of pelvic nerve Pathways for primary and secondary dysmenorrhea. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD001896.

WU D, WANG X, CHEN D, et al. Metabolic gene polymorphism's and risk of dysmenorrhea, Epidemiology 2000; 11(6): 648-653.

ZHANG WY, WAN P. Efficacy of minor analgesics in primary dysmenorrhea: a systematic review. Br J Obstet Gynecol 1998; 105: 780-789.

ZONDERVAN K, YUDKIN P, VESSEY MP. The prevalence of chronic pelvic pain in women in the United Kingdom: A systematic review. Br J Obstet Gynecol 1998; 105: 93-99.

