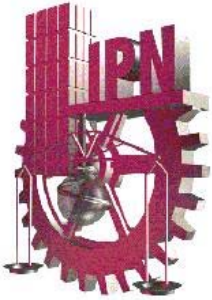


INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL



ESCUELA NACIONAL DE
MEDICINA Y HOMEOPATIA



SECCIÓN DE ESTUDIOS EN POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

ESPECIALIZACIÓN EN ACUPUNTURA HUMANA

“ESTUDIO DEL EFECTO DE LA ACUPUNTURA VERSUS
MOXIBUSTION EN PACIENTES CON DISMENORREA PRIMARIA”

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN
EN ACUPUNTURA HUMANA PRESENTA

JOSE OSCAR MENDOZA PERALES

ASESOR: DR. CRISOFORO ORDOÑEZ LOPEZ

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE DEL 2005.

ÍNDICE

	PÁGINA
1. GLOSARIO.....	4
2. RELACION DE CUADROS, GRÁFICAS E ILUSTRACIONES.....	7
3. TITULO Y RESUMEN.....	8
3.1 SUMMARY.....	9
4. INTRODUCCIÓN.....	10
5. ANTECEDENTES.....	11
5.1 Antecedentes Históricos.....	11
5.2. Marco Teórico Occidental.....	12
5.2.1 Etiología.....	12
5.2.2 Epidemiología.....	12
5.2.3 Fisiopatología.....	14
5.2.4 Cuadro Clínico.....	17
5.2.5 Diagnóstico.....	19
5.2.6 Exámenes de laboratorio y Gabinete.....	20
5.2.7 Diagnóstico Diferencial.....	21
5.2.8 Tratamiento Convencional.....	21
5.3 Marco Teórico Oriental.....	28
5.3.1 Fisiopatología de la Dismenorrea Primaria.....	28
5.3.2 Diagnóstico.....	31
5.3.3 Metas Terapéuticas.....	32
5.3.4 Diferenciación y Tratamiento Acupuntural.....	33
6. JUSTIFICACIÓN.....	41
7. OBJETIVO.....	42
7.1 Objetivo General.....	42
7.2 Objetivos Específicos.....	42
7.3 Hipótesis.....	42
7.4 Planteamiento del problema.....	42
7.5 Variables.....	42
7.6 Diseño de la Investigación.....	43

8. MATERIALES Y MÉTODO.....	45
9. RESULTADOS.....	46
10. ANÁLISIS.....	56
11. CONCLUSIONES.....	59
12. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS.....	60
13. BIBLIOGRAFÍA.....	61
14. ANEXOS.....	65

1. GLOSARIO

Dismenorrea primaria

Se define como dismenorrea primaria al dolor agudo que se presenta antes o después de la menstruación con ausencia de patología demostrable. (4,56)

Dismenorrea secundaria

Se define como el dolor menstrual resultado de patología pélvica anatómica ya sea microscópica o macroscópica. (56)

Dolor menstrual

Dolor que se presenta en la mujer durante la menstruación, y que puede ser leve, moderado o severo en su intensidad. (4)

Laparoscopia

Cirugía que consiste en introducir un endoscopio a través de la cicatriz umbilical, puede ser diagnóstica u operatoria, según sea el requerimiento. (56)

Dismenorrea en la Medicina Tradicional China

Se refiere al dolor agudo en el abdomen que se produce antes, después o durante la menstruación, se debe al estancamiento de energía y sangre, al estancamiento de frío-humedad, a la deficiencia de energía y sangre. (23,32,40)

Menalgia

Dolor en abdomen antes, durante y después del período menstrual. (12)

Leucotrienos

Mediadores químicos de la respuesta inflamatoria, liberados por leucocitos. (56)

Acupuntura

Derivado del latín acus: aguja, puntiagudo. Puntus: punción.

De acuerdo a la medicina tradicional china es una modalidad terapéutica que utiliza agujas y en base a un estímulo mecánico promueve o activa la capacidad biológica reactiva en un sentido terapéutico en puntos ó zonas corporales con el objeto de mantener la salud o como tratamiento de diversas enfermedades. (29,39)

La Norma Oficial Mexicana de Acupuntura da como definición de Acupuntura Humana, al método clínico terapéutico no medicamentoso, que consiste en la introducción en el cuerpo humano de agujas metálicas esterilizadas, que funge como auxiliar en el tratamiento médico integral. (41)

Moxibustión

Es un método que trata o previene enfermedades aplicando calor por medio de conos o cigarrillos de moxa ardiente sobre ciertos puntos del cuerpo humano. (6,19,46)

La Norma Oficial Mexicana de Acupuntura da como definición de moxibustión, al procedimiento terapéutico que consiste en la estimulación térmica de puntos específicos en el cuerpo, mediante la ignición en forma directa o indirecta de hierbas u otros materiales de combustión lenta en puntos o regiones cercanos a la superficie de la piel con conos o cilindros de "moxa". (41)

Moxa

Hojas secas molidas hasta obtener un polvo fino y suave de Artemisa Vulgaris, que tiene la propiedad de calentar, desbloquear y promover la función de los órganos. (6,46)

La Norma Oficial Mexicana de Acupuntura da como definición de moxa, al material cotonoso obtenido de moler hojas de la Artemisa vulgaris que se utiliza para la elaboración de cilindros o conos que al quemarse producen un calor uniforme, sin chispas y de combustión relativamente lenta, empleada con fines terapéuticos. (40)

Punto de Acupuntura

Zona energética específica localizada sobre la superficie del cuerpo con baja resistencia y alta conductancia y sobre el cual tenemos acceso al organismo. (19)

La Norma Oficial Mexicana de Acupuntura da como definición de punto de acupuntura, al área pequeña, específica, distribuida en la superficie corporal, que desde el punto de vista eléctrico, presenta mayor conductividad que la piel circundante y es utilizado con fines diagnósticos y terapéuticos en acupuntura. (41)

Cun

Medida universal para el acupunturista

Unidad de medida corporal que varía de un individuo a otro de acuerdo a las diferentes regiones del cuerpo, esta unidad puede aproximarse en occidente a 1 pulgada, cabe mencionar que la longitud de 1 cun depende totalmente de la constitución física del paciente y por lo tanto es individual. (3,19,29)

Un cun

Es el grosor del dedo pulgar a nivel de la articulación interfalángica, o la distancia que se forma entre los pliegues de la falange media del dedo medio al flexionarlo. (3,29)

Uno y medio cun

Es el grosor que se presenta al juntar el dedo índice y el medio a nivel de la articulación interfalángica. (3,29)

Dos cun

Es el grosor que se obtiene al juntar el dedo índice, medio y anular a nivel de la articulación interfalángica. (3,29)

2. RELACION DE CUADROS, GRÁFICAS E ILUSTRACIONES

PÁGINA

Cuadro y Gráfica 1. Rango de edad de las pacientes con dismenorrea primaria en mi consulta particular de ginecología.....	46
Cuadro y Gráfica 2. Edad de inicio de la dismenorrea primaria.....	47
Cuadro y Gráfica 3. Número de menstruaciones dolorosas en el año en relación con la edad.....	48
Cuadro y Gráfica 4. Localización del dolor en relación al grupo de edad.....	49
Cuadro y Gráfica 5. Intensidad del dolor en relación a los grupos de edades evaluado mediante la Escala Visual Análoga.....	50
Cuadro y Gráfica 6. Intensidad del dolor menstrual al término de las doce sesiones en pacientes con dismenorrea primaria.....	51
Cuadro y Gráfica 7. Relación por edades del uso de aguja y moxibustión en las pacientes con dismenorrea primaria.....	52
Cuadro y Gráfica 8. Características de la observación de la lengua en pacientes con dismenorrea primaria.....	53
Cuadro y Gráfica 9. Intensidad de los dolores menstruales en el transcurso de los tres ciclos de tratamiento con aguja y moxibustión (ambos métodos) valoradas con la Escala Visual Análoga.....	54
Cuadro y Gráfica 10. Disminución de la intensidad del dolor medida con la Escala Visual Análoga entre el uso de aguja versus moxibustión en la dismenorrea primaria, después del tercer ciclo de tratamiento. (Doce sesiones).....	55

3. TÍTULO Y RESUMEN

Estudio del Efecto de la Acupuntura Versus Moxibustión en Pacientes con Dismenorrea Primaria.

La Dismenorrea Primaria se define como una menstruación difícil, dolorosa, en la que se presenta el dolor especialmente en la región abdominal antes, durante y después del período.

Para realizar el presente estudio, se seleccionó una muestra de 40 pacientes de género femenino que acudieron a mi consulta particular de acupuntura en el período comprendido de Marzo a Agosto del año 2005, las cuales fueron estudiadas de acuerdo a criterios diagnóstico y terapéuticos fundamentados en la Medicina Tradicional China, se aplicaron 12 sesiones de tratamiento, dos por semana durante 15 minutos cada una en total, dos semanas antes de sus menstruaciones, durante tres ciclos. En los cuales se estimularon los puntos acupunturales: Zhong Ji (RM 3) y Taichong (H 3), con aguja, técnica en tonificación y/o moxibustión, 20 pacientes con aguja y 20 pacientes con moxibustión en forma aleatoria, a pacientes con diagnóstico de dismenorrea primaria.

Resultados.

El 83.0 % de las pacientes presentó resultados satisfactorios en el alivio del dolor, valoradas con la escala visual análoga. (EVA) De un inicio de 7.30 en la

intensidad del dolor menstrual, después de tres ciclos de tratamiento, éste disminuyó a 1.22 según la EVA, con una reducción de 6.08, en el grupo general de pacientes. $P < 0.001$.

En cuanto a la respuesta obtenida al estímulo acupuntural, de un total de 20 pacientes en las que se aplicó aguja con el método tonificante, inicialmente tenían una escala visual análoga de 7.25, después de tres ciclos (12 sesiones), disminuyó el dolor menstrual a 2.07, con una mejoría del dolor del 71.4%. Comparando con el otro grupo de 20 pacientes, al tonificar ambos puntos con el método de moxibustión, en igual número de ciclos y de sesiones, se encontró que disminuyó el dolor de 7.36 al inicio del estudio a 0.38 en la EVA al final del estudio, con 6.98 puntos de alivio del dolor, con un índice de mejoría del 94.8%. Por lo tanto se puede concluir en el presente estudio que la moxibustión es más efectiva que el empleo de aguja en los puntos Zhong Ji (RM 3) y Taichong (H 3), en el tratamiento de la dismenorrea primaria y que aparentemente con solamente la estimulación de éstos dos puntos, podemos obtener respuestas en el alivio del dolor menstrual semejantes a las obtenidas en otros trabajos, estimulando más puntos acupunturales. El estudio tiene significancia estadística ya que la sintomatología de la dismenorrea fue reducida con moxibustión con una $P < 0.001$.

3.1 SUMMARY

Study of Effect of Acupuncture versus Moxibustion in Patients with Primary Dysmenorrhea.

Primary dysmenorrhea is a difficult menstruation, with pain in abdominal area, before, during and after the menstrual period.

In 40 female patients of my private office of Acupuncture, in the period between March to August of 2005, were studied according to the therapeutic fundamentals based on diagnosis and treatment of Traditional Chinese Medicine, they had 12 sessions with a duration in total of 15 minutes each one, twice a week, two weeks before their period, during three cycles. In which the acupunctural points were stimulated, Zhong Ji (RM 3) and Taichong (Liv 3), with acupuncture needle in tonification technique and moxibustion, 20 patients with acupuncture needle and 20 patients with moxibustion, a randomized study, in patients with primary dysmenorrhea diagnosis.

Results.

The 83.0% of the patients had a satisfactory relief of period pain, measurement of pain with visual analog scale (VAS).

Initial from 7.30 intensity pain, after three cycles of treatment, the period pain decreased to 1.22 of the VAS, with 6.08 reduction in general.

Of twenty patients with acupuncture needle stimulation in tonification before initial study with 7.25 VAS after three cycles and three sessions, the pain decreased to 2.07 with average pain relief of 71.4%. Comparing with the other 20 patients group with moxibustion, stimulation in tonification in the same two acupoints, in three cycles, and sessions, we found that the pain decreased from 7.36 initial to 0.38 in VAS scale, at the end of this study, with 6.98 points, the range of relief of menstrual pain was 94.8%.

The conclusion is, in this study, the moxibustion is more effective than the use of acupuncture needle in the acupoints Zhong Ji (RM 3) and Taichong (Liv 3) in the primary dysmenorrhea treatment and apparently only with the use of these two acupoints, we can get relief in the menstrual pain, like in other studies, with stimulations in more acupoints.

The study has statistical significance in accordance the prevalence and severity of dysmenorrhea symptoms, were relief with moxibustion, with a $P < 0.001$.

4. INTRODUCCIÓN.

De acuerdo a diferentes estudios en el mundo la prevalencia de la dismenorrea primaria es del 29% al 44% en mujeres en edad reproductiva, con la posibilidad terapéutica del uso de los anticonceptivos orales y los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), los cuales son efectivos en el manejo de la dismenorrea primaria, la prevalencia actual puede estar enmascarada y ser aun más alta, en parte por la automedicación.

El dolor menstrual, como el principal síntoma representante de la dismenorrea primaria es una de las quejas más frecuentes de la mujer adolescente originando una alteración importante en su calidad de vida.

Considerando los efectos colaterales, las contraindicaciones y las limitaciones de la terapia con analgésicos, antiinflamatorios y hormonales, sin olvidar sus beneficios, surge la necesidad de investigar otras alternativas, en este caso la acupuntura y la moxibustión.

El objetivo del presente trabajo, es determinar a través de la investigación clínica, controlada la respuesta del dolor menstrual a la manipulación de los puntos acupunturales utilizados en los síndromes sinomédicos relacionados con la dismenorrea primaria.

Nos planteamos la siguiente hipótesis: El dolor en la dismenorrea primaria puede modificarse mediante un tratamiento acupuntural o de moxibustión.

Se evaluó el efecto de la acupuntura o de la moxibustión en la frecuencia, duración e intensidad de los dolores menstruales en mujeres mayores de 16 años, hasta 25 años. Descartando otras patologías y que tuvieran el diagnóstico de dismenorrea primaria, confirmada por ginecólogo a través de un estudio de carácter clínico, por interrogatorio dirigido, palpación y ultrasonido pélvico. El estudio es descriptivo, longitudinal y prospectivo.

5. ANTECEDENTES

5.1 Antecedentes Históricos

Si revisamos un poco la historia, las primeras referencias de la dismenorrea quedan escritas en la Grecia antigua, donde se afirmaba que la sangre bajaba desde la cabeza hasta el útero y por ello la mujer sufría agitaciones y cefaleas durante esos días. Es decir que ya desde aquellas épocas quedan registros de los malestares que presentan las mujeres en los días menstruales. Se han considerado desde hace muchos años, factores conductuales y psicológicos, pero se sabe ahora que ellos sólo contribuyen al componente reactivo del dolor en la forma primaria y que no son factores causales o están desde el inicio.

A través de la historia de la Medicina, han surgido diversas hipótesis para explicar la dismenorrea primaria, entre las que se encuentran: En 1963, Coppen y Kessel encuentran relación con caracteres neuróticos, en 1965, Coppen afirma que en éstas mujeres existe un trastorno afectivo de base, en 1967, Mandell observa un aumento de suicidio en los días premenstruales, no es sino hasta 1980 en que Craig, sugiere un exceso de prostaglandinas, en 1983, Abraham hallaba un déficit de prostaglandinas E1, y en 1985 Bancroft y Bäckström relaciona el nivel de prostaglandinas E2 y F2 con los síntomas dolorosos. En resumen son muchas las teorías que han tratado de explicar la dismenorrea primaria en la Medicina Occidental. Es un padecimiento ginecológico frecuente, el cual con el paso del tiempo, el diagnóstico y tratamiento se ha vuelto aparentemente más complejo e integral. (56)

En cuanto a la Medicina Tradicional China en el Libro Su Wen, escrito hace más de 2,000 años ya se menciona que la interrupción de la circulación de la energía tendrá como consecuencia la aparición de dolor, y si el frío invade el canal del hígado que está vinculado con los órganos sexuales, ocasionará coagulación de sangre y dolor en el bajo vientre (28); ésta es una de las causas de la dismenorrea primaria.

Por otra parte se ha profundizado en el estudio de las bases neurofisiológicas y neuroquímicas de la Acupuntura, encontrándose que uno de los mecanismos de acción analgésicos de la Acupuntura pudiera ser dependiente del estímulo de la Vía L-Arginina/NO/GMPc, y causar equilibrio funcional de los nociceptores, de forma similar a los AINES, y de esta forma antagonizar a las prostaglandinas. (15)

Además se han realizado estudios midiendo niveles séricos de prostaglandinas PGF2 alfa no encontrándose diferencias significativas por el estímulo acupuntural, acupresión o farmacoacupuntura, sin embargo, se reduce significativamente el dolor en diversos padecimientos. (49,50,51,52,54)

5.2 MARCO TEORICO OCCIDENTAL

5.2.1 Etiología

En muchas pacientes, la mayor producción y liberación de prostaglandinas por parte del endometrio durante la menstruación origina una hiperactividad de la musculatura uterina anormal que constituye el fundamento bioquímico de la dismenorrea primaria.

Entre otros factores etiológicos investigados, están los mayores valores de vasopresina circulante durante la menstruación e hiperactividad de la vía de 5-lipooxigenasa de la que resulta una mayor producción de leucotrienos. Por último la dismenorrea primaria aparece sólo en ciclos ovulatorios, lo cual denota que se necesita el contacto uterino adecuado con estrógeno y después con progesterona para que todas las perturbaciones bioquímicas mencionadas ejerzan sus efectos patológicos. Algunos datos sugieren decididamente que la mayor producción de prostaglandinas y su liberación por el útero constituyen una causa de la dismenorrea primaria. (56)

5.2.2 Epidemiología

La prevalencia de la dismenorrea primaria puede ser muy variable; un estudio de 113 pacientes en edad reproductiva en los Estados Unidos mostró una incidencia del 29% al 44%. Con la viabilidad de la automedicación, del uso de los anticonceptivos orales y los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), que son efectivos en el tratamiento de la dismenorrea primaria, el

número actual puede estar enmascarado y ser aun más alto, 50.0 % o más. (28)

La máxima incidencia de la dismenorrea ocurre en etapas avanzadas de la adolescencia y en los primeros veinte años de vida. A la edad de 24 años, hasta el 67.0% de las mujeres ha experimentado la dismenorrea. (48) La incidencia de dismenorrea en adolescentes se reporta hasta en un 92.0%; La incidencia disminuye a mayor edad y a mayor paridad. La cantidad de mujeres múltiparas con dismenorrea severa es significativamente más baja.

En Suecia la frecuencia de dismenorrea en mujeres de 19 años es hasta del 72.4% y en el 15.4%, el dolor limita la actividad cotidiana y no mejora con el uso de analgésicos.

En nuestro país se aplicó una encuesta a 1,066 estudiantes en la ciudad de México. Éste cuestionario incluyó información sobre datos generales de las adolescentes y sobre la presencia de 12 síntomas relacionados a la dismenorrea. La edad promedio fue de 18 años. La edad promedio de menarca fue de 12.3 años. La prevalencia de dismenorrea fue de 52.1% para las estudiantes de 20 a 24 años. La frecuencia de ausentismo como resultado de la dismenorrea fue de 4.3% en el grupo de estudiantes menores de 15 años; 9.3% en el grupo de 15 a 19 años y de 19.8% en el grupo de 20 a 24 años.

Los síntomas más frecuentemente asociados al padecimiento fueron tensión nerviosa, depresión, irritabilidad e insomnio. La automedicación fue muy frecuente y fármacos más utilizados fueron los antiespasmódicos. (Pedrón y cols. Ginec Obst Mex 1998;66:4;66:492).

En un estudio en Estados Unidos aplicado a 706 adolescentes hispánicas entre el noveno y doceavo grado escolar durante 3 meses se encontró un ausentismo general del 38.0% con un 33.0% de ausentismo a clases individuales. Entre las actividades afectadas se encontró disminución en la atención a la clase(59.0%), deportes (51.0%), participación en clase(50.0%), socialización (46.0%), tareas escolares (35.0%), exámenes (36.0%), calificaciones (29.0%). De este grupo de adolescentes el 14.0% consultó con algún médico y el 49.0% consultó con la enfermera escolar en busca de alivio de la sintomatología. (1)

En un estudio epidemiológico de una población adolescente con edades entre 12 y 17 años.Klein y Litt reportaron una prevalencia de la dismenorrea de 59.7%. De las pacientes que reportaron dolor el 12.0% se reportaron como severo, 37% moderado y 49.0% leve. La dismenorrea fue causa de que el 14.0% de éstos pacientes faltaran de manera frecuente a la escuela. Aunque adolescentes de raza negra no han reportado una incidencia mayor de dismenorrea, estas se ausentaron a la escuela con mayor frecuencia (23.6%) que las mujeres de raza caucásica (12.3%), incluso posterior a ajustar el estudio socioeconómico.

Muchas adolescentes no solicitan atención médica por los cólicos menstruales aunque sean intensos. Wildhom informó, según los resultados de su encuesta en 1978 que solo el 3.0% de las pacientes entre 13 a 14 años de edad y 27.0% de las de 17 y 18 años habían consultado con algún médico debido a esta causa.

Los elevados índices de dismenorrea durante la adolescencia son atribuibles mayormente a dismenorrea primaria asociado con la ovulación y la maduración ginecológica. La dismenorrea primaria afecta con mayor frecuencia a solteras que a casadas (61.0% en comparación al 51.0% respectivamente). Si bien la forma primaria tiende a mejorar y a disminuir con la edad con mayor rapidez, en las casadas que en las solteras, el embarazo y el parto vaginal no necesariamente curan el problema. Incidencias de hasta 91.0%, de dismenorrea, se llegan a reportar. (55)

Como se ha mencionado, en ocasiones la dismenorrea primaria aparece en la mayoría de las pacientes entre los seis meses o dos a tres años después de la menarca. En un estudio, el 18.0% de las mujeres se quejaron de dismenorrea durante el primer año posterior a la menarca, 21.0% en el segundo y 20.0% durante el tercer año. Una explicación a la carencia de esta sintomatología durante el primer año es que más del 60.0% de los ciclos menstruales

iniciales son anovulatorios, e indoloros, o bien se acompañan de una fase luteínica inadecuada y reducción en la secreción de progesterona; pero cuando se establece la ovulación y el funcionamiento del cuerpo lúteo se normaliza puede aparecer éste trastorno.(56)

5.2.3 Fisiopatología

Se han propuesto muchas teorías para explicar la etiología de la dismenorrea primaria. Pueden intervenir diversos factores, pero sólo a últimas fechas se ha comenzado a comprender la fisiopatología. Se acepta que los calambres característicos de la dismenorrea primaria se deben a una exagerada contractilidad uterina. Esta suposición tiene bases clínicas y científicas. Se sabe que la contractilidad de la musculatura lisa del útero es mediada por receptores alfa adrenérgicos. La estimulación de éstos receptores depende, a su vez, de factores hormonales y psicógenos. La dismenorrea disminuida después del embarazo a término se atribuye a la destrucción de terminaciones nerviosas por el estiramiento de la musculatura uterina. En 1959, Pickles sugirió que el agente etiológico que causaba la contracción muscular podría ser una sustancia específica liberada por el endometrio durante la menstruación.

En la dismenorrea primaria, evidencia creciente sugiere que la patogénesis es causada por la prostaglandina F2 alfa (PGF2 alfa), un potente estimulante miometrial y vasoconstrictor en el endometrio secretor. La respuesta a los inhibidores de las prostaglandinas (PG) en pacientes con dismenorrea respalda la asociación entre éste trastorno y las prostaglandinas. Evidencia substancial se atribuye a las contracciones uterinas prolongadas y un decremento en el volumen circulante del miometrio. (56)

Las prostaglandinas son un grupo de ácidos grasos endógenos hidroxiinsaturados, ciclopentano y dos cadenas laterales. Se ha demostrado que las prostaglandinas naturales la E2 (PGE2a) y la F2a (PGF2a) inducen el trabajo de parto y causan abortos al estimular la contracción del músculo liso. La causa de la dismenorrea primaria es el aumento de la producción endometrial de prostaglandinas. Estos compuestos se incrementan en el endometrio secretorio, en comparación con lo que ocurre en el endometrio proliferativo. La disminución de las concentraciones de progesterona durante la fase lútea tardía desencadena la acción de enzimas líticas, lo que ocasiona descarga de fosfolípidos con generación de ácido araquidónico y activación de la vía de la ciclooxigenasa. La etapa que limita la velocidad de síntesis de prostaglandinas es la disponibilidad de ácidos precursores, por ejemplo el araquidónico y el ecosatriónico, que se han identificado en el endometrio uterino. Es notable la similitud de las manifestaciones clínicas de la dismenorrea con los síntomas producidos por la administración endovenosa de PGF2a; las mujeres que reciben infusiones de PG presentan hemorragias,

calambres, diarrea, náusea, bochornos, síncope, cefalea e incapacidad para concentrarse. Los valores altos de prostaglandinas en el endometrio secretorio, comparados con los que se observan en el endometrio proliferativo, también son compatibles con la presencia de dismenorrea sólo en los ciclos ovulatorios.(28)

Los leucotrienos en contraposición, se han postulado como causantes del alto grado de sensibilidad de fibras uterinas receptoras de dolor. El aumento significativo de leucotrienos ha demostrado que el endometrio de mujeres con dismenorrea primaria no responde al uso de inhibidores de prostaglandinas. Así mismo en un estudio elaborado por Granot y colaboradores se identificó que las mujeres con dismenorrea muestran mayor percepción del dolor comparado con mujeres sin dismenorrea. (56)

Posterior a la ovulación, el endometrio produce prostaglandinas las cuales estimulan la vasoconstricción local y las contracciones miometriales. La vasoconstricción causa isquemia en la capa endometrial. Las contracciones miometriales ayudan a expulsar el fluido menstrual desde la cavidad uterina. Ambos, la isquemia y las contracciones explican los dolores de los ciclos ovulatorios menstruales. Como veremos, la mitad de las mujeres con dismenorrea así mismo, reportan náusea, vómito, fatiga, irritabilidad, diarrea, dolor de espalda, y cefalea con la menstruación. Niveles elevados de prostaglandinas se han hallado en el fluido endometrial de mujeres dismenorreicas y se ha correlacionado bien con el grado de dolor. Una elevación de las prostaglandinas endometriales ocurre de la fase folicular a la fase lútea con un aumento posterior durante la menstruación. El aumento en las prostaglandinas endometriales siguiendo un decremento de la progesterona en la fase lútea tardía resulta en un aumento del tono miometrial y de contracciones uterinas excesivas. (56)

Si aceptamos que la contractilidad uterina exagerada se acompaña de dolor dismenorreico, resulta entonces necesario explicar el mecanismo de generación de éstas contracciones. Se han estudiado los patrones de la contractilidad miometrial con potenciales eléctricos y mediciones directas. Las mujeres con dismenorrea primaria tienen tono uterino más elevado, y las contracciones del útero de gran amplitud generan disminución del flujo sanguíneo uterino. Las concentraciones de vasopresina son también más elevadas en las mujeres que experimentan dismenorrea. La actividad eléctrica del útero no grávido es mayor durante la menstruación y se caracteriza por ondas rítmicas simples de alta frecuencia y grupos de ondas. La actividad eléctrica declina al mínimo durante la fase folicular, cuando se observa la actividad intermitente de baja frecuencia. Durante la menstruación, la contractilidad uterina es enérgica, semejante a la del trabajo de parto, y se registran presiones intrauterinas de más de 100 mm de Hg. Durante las contracciones, cuya diferencia de dos a cuatro minutos, con una duración de 30 a 60 segundos. En la parte preovulatoria del ciclo la frecuencia de las contracciones es de una a tres por minuto, son de menor duración y amplitud,

rara vez alcanzan 30 mm de Hg. Y son imperceptibles para la paciente. (28)
Se puede demostrar que el tono basal del miometrio desempeña un papel importante en el inicio de los calambres menstruales; durante los episodios dolorosos se suelen registrar tonos superiores a los 50 mm de Hg. En la parte luteínica del ciclo aumentan las presiones basales y se registran contracciones de mayor amplitud. En los trastornos en que domina el estrógeno, como en los ciclos anovulatorios o durante la terapéutica con estrógeno, el patrón de motilidad es muy similar al que se observa en la fase proliferativa del ciclo ovulatorio normal y no se observan calambres.

El dolor dismenorreico del “tipo producido durante el trabajo de parto”, se correlaciona estrechamente con una excesiva contractilidad miometrial. Las técnicas de medición de la presión manométrica muestran que la dismenorrea suele acompañarse de contracciones uterinas disríticas. El dolor notable se correlaciona con el tono uterino basal, más que con la amplitud de las contracciones, y la tetania uterina se relaciona estrechamente con una molestia importante. Sin embargo, una gran amplitud de intensidad, 200-300 mm de Hg., también se correlaciona con el dolor dismenorreico. La contractilidad del músculo liso del útero es mediada a través de receptores alfa adrenérgicos y se ha pensado que se relaciona con transmisores del sistema nervioso simpático. (56)

La hormona de la hipófisis posterior vasopresina, podría estar involucrada en la hipersensibilidad miometrial, y la reducción del flujo uterino normal, al dolor en la dismenorrea primaria. El rol de la vasopresina en el endometrio se ha relacionado con la síntesis y liberación de prostaglandinas. (56)

Otros péptidos, tales como la oxitocina, la endotelina y la noradrenalina son potentes vasoconstrictores uterinos y podrían jugar un papel en la dismenorrea primaria. Es sabido que el óxido nítrico relaja tanto el músculo liso arterial como el uterino; por lo que se ha postulado que la reducción de óxido nítrico también podría contribuir a la aparición de contracciones asociadas con la dismenorrea. No existen todavía ensayos clínicos con sustancias donantes de óxido nítrico que validen estas ideas, pero podrían resultar aproximaciones terapéuticas válidas en un futuro próximo.(11)

Existe una hipótesis neuronal para la causa de éste trastorno. Las neuronas tipo C de dolor son estimuladas por metabolismos anaeróbicos generados por un endometrio isquémico. La dismenorrea primaria así mismo se ha atribuido a factores de comportamiento y psicológicos. Sin embargo estos factores no han convencido ni han demostrado ser los causantes como tal, pero deben ser considerados si el tratamiento médico fracasa.

En un estudio de cohortes realizado sobre mujeres jóvenes con dismenorrea primaria y sin la misma. El dolor dismenorreico disminuyó de manera significativa la calidad del sueño, eficiencia al dormir, movimientos rápidos de los ojos (REM) sin afectar las ondas lentas del sueño (SWS) comparado con

las fases sin dolor de los controles. Incluso antes de la menstruación con ausencia de dolor, las mujeres con dismenorrea presentan alteraciones en los patrones del sueño, cambios en la temperatura corporal, y diferentes niveles hormonales comparados con los controles. En la mitad del ciclo folicular, lúteo y en la etapa menstrual, las mujeres con dismenorrea primaria presentan niveles matutinos elevados de estrógenos, una medida más alta de la temperatura basal y menos sueño REM comparado con los controles, así como niveles de prolactina más elevados en la fase lútea. (56)

5.2.4 Cuadro Clínico

La dismenorrea primaria se debe distinguir de la dismenorrea secundaria sobre las siguientes bases clínicas:

- La dismenorrea primaria ocurre invariablemente en ciclos ovulatorios y usualmente aparece alrededor de uno o dos años posterior a la menarca.
- En una dismenorrea primaria clásica el dolor inicia con el establecimiento regular de la menstruación (o un poco antes) y persiste durante los dos primeros días. El dolor es descrito como espasmos, dolor constante pélvico con irradiación hacia la parte trasera, medial o posterior de la cadera.
- La duración usualmente entre 48-72 horas. (generalmente iniciando algunas horas antes o durante el inicio del flujo menstrual)
- Síntomas asociados como la cefalea, fatiga, náusea, vómito, diarrea, dolor lumbar, están frecuentemente presentes.
- Cólico, mareo, nerviosismo, incluso síncope pueden estar asociados igualmente. Las siguientes características clínicas son necesariamente descritas aquí, ya que pueden determinar el cuadro clínico de la dismenorrea secundaria, la que hay que saber diferenciar.(56)
- Amenorrea primaria que puede orientar a obstrucción congénita genital.
- Dismenorrea que inicia después de los 25 años.
- Anormalidades pélvicas a la exploración física: Se debe considerar endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, adherencias pélvicas, adenomiosis, etc.
- Escasa o ausencia de respuesta a los AINES, anticonceptivos orales o ambos tratamientos en conjunto.

Recordemos que entre las causas de dismenorrea secundaria se incluyen las siguientes:

- Dispositivo intrauterino
- Endometriosis

- Adenomiosis
- Miomas uterinos
- Pólipos uterinos
- Adherencias
- Malformaciones uterinas
- Estenosis cervical
- Quistes o tumores ováricos
- Síndrome de congestión pélvica
- Síndrome de Allen-Masters

El dolor en los anexos o la presencia de una tumoración, puede sugerir enfermedad inflamatoria pélvica o un endometrioma; la hipersensibilidad, así como la nodularidad uterosacra o en fondo de saco, indica endometriosis. También debe tenerse en mente la posibilidad de un cuerno uterino ciego. El síntoma de dolor del cérvix con el movimiento al practicar la exploración ginecológica bimanual, puede sugerir enfermedad inflamatoria pélvica crónica, la irregularidad uterina, miomas y la fijación del útero e inmovilidad pueden ser signos de adherencias pélvicas. (11)

A pesar de que muchas mujeres no experimentan molestia alguna durante la menstruación, puede considerarse como normal una sensación pelviana gravativa, de intensidad moderada, incluso calambres aislados. En la mayoría de los casos es la propia enferma quien establece subjetivamente la línea de demarcación entre ésta molestia normal y la verdadera dismenorrea, basándose en la incapacidad que trae aparejada. Es precisamente éste carácter subjetivo el que ha hecho tan difícil el estudio de ésta patología. Los estudios doble ciegos, en los cuales se pide a la paciente que compare la eficacia de dos analgésicos para el tratamiento de la dismenorrea, han demostrado uniformemente una notable mejoría con un placebo en el 20.0% al 50.0% de las pacientes. La propensión a ser sugestionables caracteriza a las mujeres con dismenorrea primaria. El conocimiento de la naturaleza humana permite predecir que la percepción del mismo grado de estímulo periférico no siempre se interpreta igual en distintas circunstancias: La mujer flemática puede describir una molestia moderada que la supersensible y muy tensa podría interpretar como un dolor severo e incluso, quizá que la incapacite.(2)

Tan importantes puedan ser éstos factores, que no se justifica suponer que la causa de la dismenorrea es psicógena. Aunque Levit y Lubin han demostrado que ciertos rasgos de la personalidad, actitudes y tendencias, pueden tener una correlación con las molestias menstruales, esto no significa que éstas características constituyen la etiología del síndrome. Las tendencias neuróticas, paranoides y suicidas, la inestabilidad emocional e inmadurez y una actitud hacia la menstruación que resulta desfavorable desde el punto de vista de la higiene mental, se asocian sin excepción con el incremento en la sintomatología menstrual. Sin embargo éstos substratos de la personalidad de la paciente se relacionan con la interpretación de la molestia en circunstancias

específicas y no con su causa. El clínico debe tomarse la molestia de revisar la historia del cuadro, en particular los factores alrededor de su inicio, y aclararle a la paciente que la menstruación no entorpece el trabajo ni las actividades habituales de la mayoría de las mujeres. En esta plática es posible comprender rápidamente la importancia del factor psicógeno en cada caso y determinar si sería necesario o inútil intensificar el enfoque psicoterapéutico. (38)

El factor de debilidad constitucional está estrechamente vinculado con el grupo de causas puramente subjetivas. La anemia, la pérdida deliberada de peso, la diabetes, las enfermedades crónicas, el exceso de trabajo o el estrés psicógeno pueden estar asociadas con una disminución del umbral al dolor. Incluso cuando éste se debe principalmente a factores físicos, en las citadas circunstancias hay una fuerte combinación de elementos nerviosos y psíquicos. El tratamiento en todos los casos debe considerarse en esbozar un régimen tendiente a mejorar el estado general de la paciente. En algunas ocasiones, éstas medidas bastarán para que desaparezca o mejore notablemente la dismenorrea. (56)

5.2.5 Diagnóstico

El cuadro clínico de la dismenorrea primaria es el dolor menstrual, sin embargo la historia clínica es muy importante para establecer el diagnóstico y debe incluir la asesoría del inicio, duración, clase y la severidad del dolor. Una historia menstrual, la cual es esencial y que debe incluir edad de la menarca, regularidad menstrual, duración del ciclo menstrual, el último período menstrual, duración y grado del flujo menstrual.

Determinar los factores que exacerban o aminoran los síntomas y el grado de afectación escolar, laboral y de actividades sociales, considerar el estado grávido y de paridad, infecciones pélvicas previas, dispareunia, infertilidad y cirugías pélvicas anteriores, lesiones y procedimientos.

Se debe considerar la historia sexual, incluir la elección de sus métodos anticonceptivos. En caso de usarse, establecer el efecto de los anticonceptivos en aliviar o exacerbar ésta condición. Más aún, discutir el uso de éstos agentes que puedan afectarla. La historia familiar puede ser benéfica para diferenciar la endometriosis de la dismenorrea primaria. La historia debería incluir cuestiones pertinentes de abuso sexual, porque se ha reportado asociación entre dismenorrea y dolor pélvico crónico, por alguna enfermedad de transmisión sexual. (38)

En resumen, una historia clínica completa debe incluir lo siguiente:

- Edad de la menarca
- Frecuencia menstrual, duración del ciclo, estimación del flujo menstrual y la presencia o ausencia de sangrado intermenstrual
- Sintomatología asociada
- Grado de severidad del dolor y su relación con el ciclo menstrual

- Impacto en la vida social y física
- Progresión de la severidad de los síntomas
- Historia sexual

El examen físico debe incluir:

- Examen pélvico completo en la evaluación inicial; llevada de una manera cuidadosa para poder excluir irregularidades uterinas, alteraciones en el fondo de saco vaginal, nódulos que sugieran endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, o masas pélvicas.
- Usualmente no hay hallazgos al examen en la dismenorrea primaria
- La patología pélvica puede encontrarse durante el examen en mujeres con dismenorrea secundaria, sin embargo resultados normales no deben excluir ésta condición.
- En aproximadamente 40.0% de los casos de mujeres con dismenorrea secundaria se encuentra endometriosis.
- Estas pacientes pueden tener hallazgos únicos o específicos en el examen físico que corresponden a patologías específicas.

El examen físico en la mujer con dismenorrea primaria nos debe presentar signos positivos que contribuyan al diagnóstico. Al igual que la primaria, en la secundaria se debe de incluir el tacto rectovaginal para descartar más datos que identifiquen la etiología, como serían malformaciones, miomas, dispositivo intrauterino, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, endometriosis, anormalidades cervicales, como estenosis. Es conveniente que el explorador piense en particular en adenomiosis como la causa de la dismenorrea en mujeres entre los 40 y 59 años en quienes quizá todo lo que se palpe sea el útero levemente agrandado. (38,56)

5.2.6 Exámenes de Laboratorio y Gabinete

En la práctica clínica no es necesario practicar estudio alguno específico para confirmar el diagnóstico de dismenorrea primaria. Tampoco se utilizan fácilmente como investigaciones clínicas técnicas como la medición de prostaglandinas en líquido menstrual o tejido endometrial y se reserva más bien para investigaciones puras.

Los estudios de laboratorio y gabinete son utilizados principalmente para descartar el diagnóstico de dismenorrea secundaria e incluyen: cultivos en busca de bacterias y microorganismos de enfermedades de transmisión sexual en mujeres sospechosas de padecer enfermedad inflamatoria pélvica, ultrasonido de preferencia vaginal, si se sospecha la presencia de miomas uterinos, tumores ováricos o algunas formas de malformación congénita del útero, datos de obstrucción al flujo de salida e incluso endometriosis; histerosalpingografía, si el clínico sospecha la posibilidad de lesiones intra-

uterinas como pólipos, fibromas submucosos pediculados, síndrome de Asherman; y pielograma intravenoso, si se confirma que una malformación uterina es la causa de la dismenorrea secundaria. La creación de imágenes por resonancia magnética nuclear es igualmente de gran utilidad. (10,38,56)

La técnica diagnóstica más útil es la laparoscopia, con revisión diagnóstica compleja de la pelvis y los órganos de la reproducción, para identificar la presencia de cualquier alteración en ésta zona que pudiera causar los síntomas de la dismenorrea. (11,56)

5.2.7 Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial fundamentalmente se debe de realizar con la dismenorrea secundaria. Por lo tanto, las patologías que causan una dismenorrea secundaria se deberán siempre e invariablemente tener en mente, en el apartado anterior se mencionan dichas patologías. (38)

5.2.8 Tratamiento Convencional

La dismenorrea se ha tratado sintomática, endocrinológica y quirúrgicamente. La terapéutica inicia con la historia clínica y la exploración pélvica, debiendo ambas constituir una experiencia educativa para la paciente. Por la estrecha relación de los factores psicosomáticos y la percepción del dolor y así mismo los hábitos que puede producir el dolor crónico y recurrente, a menudo se necesita inspirarle confianza a la paciente y reeducarla.

Una vez establecido el diagnóstico preciso, en términos generales, el tratamiento de la forma primaria incluye medicamentos y la piedra angular son los bloqueadores de la síntesis de la prostaglandina. Por lo general la dismenorrea aguda responde a la aplicación de calor local y analgésicos leves, sedantes o antiespasmódicos. En ocasiones se recomiendan diuréticos, que provocan gran alivio al movilizar el líquido y reducir la congestión pélvica. El simple ejercicio puede aliviar un poco la molestia y sirve como distractor. (46)

Anticonceptivos orales.

Hay varios enfoques endocrinos del tratamiento de la dismenorrea y pueden explicarse de ésta manera. Con el empleo de estrógeno es posible convertir un ciclo ovulatorio en un ciclo anovulatorio y ésta inhibición alivia el dolor durante el siguiente ciclo. Anteriormente se utilizaban dosis relativamente altas de estrógeno para lograr éste efecto en los ciclos ulteriores, las cuales solían causar náusea y su uso prolongado se complicaba por la hemorragia excesiva. Debido a éstas desventajas, los progestágenos han substituido o se han agregado a los estrógenos como inhibidores de la ovulación. Éstos constituyen el tratamiento de elección en la mujer que requiere anticoncepción y no tiene contraindicaciones para su uso. Una combinación de dosis bajas a base de

estrógeno-progestágeno aliviará la dismenorrea primaria en el 90.0% o más de los casos. Los anticonceptivos disminuyen el sangrado menstrual a niveles menores de lo normal:

1. Por disminución del volumen del sangrado menstrual o como consecuencia de supresión del crecimiento (hipoplasia) de la capa endometrial.
2. Por supresión de la ovulación y aparición de un medio endócrino en que los valores de prostaglandinas son bajos y así se reduce el efecto contráctil sobre la musculatura uterina.

Conviene emprender la prueba a base de anticonceptivos mencionados durante 3 o 4 meses y conservarlos si se obtiene alivio de la sintomatología. Es muy importante, principalmente con las pacientes adolescentes, informarles acerca del beneficio, de las indicaciones y contraindicaciones, con respecto al uso de los anticonceptivos y el beneficio potencial en el alivio de la dismenorrea primaria con un adecuado seguimiento médico de éstas pacientes. (47,48)

Inhibidores de la sintetasa de prostaglandina.

Los inhibidores de la sintetasa de la prostaglandina suelen dividirse en dos tipos: los del grupo I, cuya acción inhibe la síntesis clínica de endoperóxido, y los del tipo II que actúan sobre las enzimas de segmentación cíclica del endoperóxido. Los primeros incluyen la indometacina y al ácido meclofenámico. En el grupo II figuran el P-clomercuribenzoato y la fenilbutazona. Los fenamatos desarrollan una acción antagonista de los receptores de prostaglandina y actúan asimismo como inhibidores de la sintetasa. En general estos fármacos son similares y ningún estudio ha comparado eficazmente la lista completa. Los estudios de laboratorio demuestran que disminuyen la actividad y la contractilidad uterinas, las presiones del útero en reposo y activo, el contenido tanto de las prostaglandinas y sus metabolitos en la menstruación y el dolor menstrual.

El primer fármaco de éste grupo de medicamentos que se sometió a pruebas fue el ácido acetilsalicílico. (ASA) Inhibidor relativamente débil de la sintetasa de prostaglandina, aunque con cierta eficacia para el tratamiento de la dismenorrea. (40)

El naproxen sódico tiene la doble ventaja de absorberse con mucha rapidez y tener una semidesintegración biológica relativamente prolongada. Su acción se inicia con rapidez y es muy eficaz cuando la dosis oral de impregnación de 550 mg. Va seguida de 275 mg cada 12 horas. Éste programa posológico de dos veces al día suele ser más fácil para las pacientes que el programa de ingestión de cuatro veces al día. En un estudio realizado por Chan y colaboradores midiendo niveles de prostaglandinas E2 y F2 alfa en el fluido menstrual de mujeres con dismenorrea primaria mediante radioinmunoanálisis, en el cual se

dio un régimen terapéutico de dos tabletas (275 mg.) al primer síntoma de menstruación seguidos por 4 tabletas al día durante los siguientes tres días encontrando una correlación positiva entre los niveles de prostaglandinas y la severidad de la dismenorrea en donde el naproxen sódico demostró mayor efectividad para aminorar los cuadros severos que los moderados. (56)

Otro tratamiento ampliamente utilizado es el ácido mefenámico que tiene la ventaja teórica de bloquear la acción de las prostaglandinas y de inhibir la enzima sintetasa.

No parece haber necesidad de administrar éstos fármacos antes que se inicie el dolor, deben administrarse tan pronto comienza el dolor después de iniciarse la menstruación y advirtiéndose a la paciente que no espere hasta que el dolor sea intenso para tomarlo.

Deben ingerirlo al primer signo de dolor, y continuarse en las primeras 48 y 72 horas de la menstruación y no por razones necesarias, según se requiera. Aunque la crisis del dolor menstrual promedio suele requerir tratamiento únicamente durante un período de 6 a 12 horas, la finalidad del tratamiento ininterrumpido durante las 48 horas es corregir la perturbación bioquímica en la producción y liberación excesivas de prostaglandinas en el flujo menstrual; la administración sin ésta continuidad puede suprimir simplemente el dolor por algún mecanismo central.

Las contraindicaciones para el empleo de inhibidores de prostaglandinas incluyen úlceras gastrointestinales e hipersensibilidad a la aspirina o agentes similares (reacción de tipo broncoespástica). Los efectos colaterales más

comunes informados son los síntomas gastrointestinales, pero son menos frecuentes que con aspirina u otros AINES como indometacina o fenilbutazona, que no se recomiendan para el tratamiento de la dismenorrea. Además se ha informado que la aspirina aumenta el flujo menstrual. (11)

Los efectos adversos de ésta categoría de fármacos son relativamente leves y tolerados; incluyen indigestión, pirosis, náusea, dolor abdominal, constipación, vómito, anorexia, diarrea, cefalea, vértigo ya veces perturbaciones visuales. Otros efectos menos comunes son irritabilidad, depresión, somnolencia, erupciones cutáneas, perturbaciones auditivas, melena, edema, broncoespasmo, anormalidades hematológicas y en ocasiones retraso de la menstruación o su inicio con manchas café oscuras. Otro efecto es la neuropatía aguda, la cual es cada vez más frecuente e incluye el síndrome nefrótico, nefritis intersticial aguda, necrosis tubular y papilar aguda e insuficiencia renal inespecífica. (28)

La mayor parte de los casos ocurridos han sido en mujeres maduras que tomaron dosis elevadas durante períodos prolongados, pero de cualquier manera hay que tener en mente ésta posible complicación. Una forma de atenuar los efectos colaterales mencionados, principalmente los gastrointesti-

nales es administrarlos junto con las comidas.

Una de las ventajas de tales medicamentos es que disminuyen el volumen de la hemorragia, pudiendo utilizarse para reducir las molestias y la menorragia secundaria al uso de un dispositivo intrauterino.

Mientras que algunos de los AINES han demostrado ser particularmente efectivos para la dismenorrea (especialmente los fenamatos), la evidencia científica para confirmar éstas aseveraciones es generalmente débil. Más sin embargo, estudios comparativos bien diseñados no se han realizado y el tamaño de sus muestras han sido relativamente pequeños. El diclofenaco, ketoprofeno, meclofenamato, ácido mefenámico, naproxen, rofecoxib son AINES específicamente aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la dismenorrea.(11,27)

En un estudio realizado en México por Pedrón y colaboradores, se estudió el efecto de la administración profiláctica de ibuprofeno para el tratamiento de la dismenorrea primaria severa e incapacitante. Se realizó un estudio abierto prospectivo que incluyó a 15 mujeres jóvenes durante seis meses lo que representó un total de 90 ciclos estudiados. El esquema de tratamiento utilizado fue de 400 mg. De ibuprofeno cada ocho horas, iniciando 24 horas previas a su período menstrual y durante 4 días de su menstruación, durante seis ciclos consecutivos. Los resultados mostraron que el promedio de la intensidad inicial del cólico menstrual del ciclo previo al tratamiento (control) fue de $9.47 + 0.5$, durante el tratamiento profiláctico los promedios de intensidad inicial del dolor fueron significativamente menores entre $7.84 + 0.37$ y $7.21 + 0.52$, la intensidad del dolor se registró cada ocho horas a partir del inicio del cólico en la escala lineal análoga y se demostró una disminución progresiva del dolor durante el tratamiento, la cual fue estadísticamente significativa, lo cual concluyó que el tratamiento con ibuprofeno es eficaz en mujeres bien seleccionadas que padecen ésta patología.(44)

El tratamiento de elección en la dismenorrea primaria grave es con los inhibidores de la sintetasa de prostaglandinas administrados tan pronto se inicia la menstruación ya antes de que se presenten los calambres. Las crisis dismenorreicas promedio sólo necesitan tratarse según algunos autores unas seis a doce horas; sin embargo, en ocasiones quizá sea necesario tratarlas durante cuatro días. Aunque en su mayoría los inhibidores de la sintetasa se han calculado de modo que una píldora cada tres o cuatro horas sea suficiente para aliviar las molestias, algunas pacientes necesitaran el doble de la dosis. Morrison y Jennings administraron con las comidas la mitad de la dosis usual de un inhibidor de la sintetasa en pacientes con dismenorrea leve y encontraron muy pocos efectos secundarios y resultados terapéuticos satisfactorios. Otra forma de disminuir el contenido endometrial de PG es con la administración de esteroides para inhibir la ovulación. En la mayoría de los casos graves hay que ensayar un tratamiento endocrino para inhibir la ovulación antes de adoptar medidas quirúrgicas más radicales, como la neurec-

tomía presacra. Sin embargo el tratamiento de un trastorno doloroso subjetivo como la dismenorrea primaria, no puede basarse en una sola modalidad terapéutica. El médico que confía únicamente en la inhibición de la sintetasa de prostaglandinas y no considera a la paciente en su totalidad fracasará en algunos casos. (10)

Además de las terapias antes mencionadas, existe la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea, (TENS), que es un tratamiento que ha demostrado efectividad en el alivio del dolor en una variedad de condiciones, entre ellas la dismenorrea primaria. (41); señalando algunos estudios un alivio del dolor en la dismenorrea secundaria con el uso del (TENS), de hasta el 50.0%. (11,34,43,45)

Tocolíticos.

El empleo de agentes que inhiben la contracción muscular y aumentan el flujo uterino es teóricamente razonable. Por desgracia, en un estudio realizado por Osler no se ha comprobado que es eficaz el uso de estimulantes de receptores beta como la hidroxifenilorciprenalina y la ixosuprina, la terbutalina, estimulador beta2 específico, es eficaz para inhibir la contractilidad del miometrio y aumentar el flujo sanguíneo pero sus efectos secundarios (palpitaciones, estremecimientos y bochornos) y la necesidad de administrarlo por vía intravenosa, no es práctico para el tratamiento. El antagonista de calcio, nifedipina, disminuye con eficacia la actividad miométrial y la presión intrauterina, pero los bochornos, la cefalea y la taquicardia que causa son algunos efectos secundarios que limitan su utilidad clínica. (11)

Espasmolíticos.

La automedicación es la principal forma de tratamiento en algunas poblaciones llegando al 70.0% en Canadá. Las drogas más utilizadas, al menos en poblaciones bien evaluadas dentro de las cuales nuestro país está incluido, son los antiespasmódicos, que pueden ser completamente ineficaces, generando descrédito a la terapéutica. Dentro de los más utilizados hoy en día se encuentran el N-butilbromuro de hioscina, trimebutina, el bromuro de otilonio, el floriglucinol. (56)

Actúan disminuyendo selectivamente la contracción del músculo liso. Su acción fundamental es músculo-trópica. Inhiben la motilidad del intestino, pero relajan el tracto gastrointestinal cuando existe espasmo. Igualmente actúan de una manera más selectiva unos que otros sobre el uréter, tracto biliar y útero; en menor escala sobre la motilidad intestinal y el sistema vascular.

Otras formas de tratamiento.

Con base a la idea equivocada de que existe estenosis relativa y angostamiento del conducto cervical en la dismenorrea primaria, se propuso la práctica de dilatación y legrado como tratamiento. La estenosis cervical (adquirida, por lo común y secundaria a traumatismo o infección cervical

previa), ocasiona dismenorrea secundaria y no primaria. Así pues la dilatación y legrado uterino rara vez se necesitan.

La neurectomía presacra o simpatectomía constituye un procedimiento racional y eficaz en las pacientes que padecen dismenorrea muy intensa y que no responden a tratamiento médico. Aunque alivia totalmente o casi por completo, es una intervención quirúrgica mayor, con los riesgos y complicaciones inherentes y sin garantía de una respuesta benéfica. (10)

En 1955, Doyle seccionó los nervios uterosacros a través de la vagina en mujeres con dismenorrea. La mayor parte de ellas en el estudio señalaron más tarde mejoría sintomática. Feste, practicó la neurectomía con láser en 42 mujeres con dismenorrea y su índice de buenos resultados que fue de 71.0% después de un año, fue semejante al de Doyle y otros investigadores. En fechas recientes se ha comprobado que la eficacia de la neurectomía presacra en el tratamiento de la dismenorrea secundaria, principalmente asociada a endometriosis avanzada (grado III-IV), con escasa recurrencia del dolor posterior al tratamiento. En 1990 Tjaden y colaboradores mostraron en un grupo de 17 pacientes de las cuales fueron intervenidas quirúrgicamente sólo 2 tuvieron recurrencia de la sintomatología, especulando que las principales razones para la falla de éste método es la inapropiada selección de pacientes y la resección incompleta del plexo nervioso presacro. (56)

Linchen y Bombard estudiaron mujeres con dismenorrea que no habían mejorado con medidas médicas. Excluyeron a las pacientes que habían tenido antecedentes de alguna cirugía de abdomen, toxicomanía o psicoterapia. También excluyeron del estudio a la paciente que en la laparoscopia tenía alguna anomalía pélvica. El grupo de 21 mujeres fue asignado de manera aleatoria para constituir a las testigos (solamente laparoscopia diagnóstica), o el grupo terapéutico (ablación del nervio uterino por laparoscopia) y a ninguna se le señaló que se les practicaría el estudio diagnóstico o terapéutico. A los 3 y a los 12 meses después de la operación, ninguna de las mujeres testigo señaló alivio de la dismenorrea, en tanto que el 45.0% y 92.0% de las pacientes del grupo de ablación del nervio uterino indicaron alivio esencialmente completo del dolor. Otro estudio aplicado por Gurgan y Chen demostró que la neurectomía presacra por laparoscopia ha sido eficaz en algunas pacientes por un tiempo de hasta 12 meses posterior al tratamiento. (10)

Al parecer, la electrocoagulación, el corte o la ablación con láser, del ligamento uterosacro en su punto de fijación en la porción posterior del cérvix destruyó los nervios simpáticos y parasimpáticos a ésta estructura y al segmento uterino inferior. La ablación del nervio uterino por laparoscopia es una técnica que todavía genera controversias y se necesitan grandes estudios clínicos prospectivos y con asignación aleatoria para conocer su eficacia.

Saavedra y colaboradores realizaron un estudio en el cual incluyó a 15 pacientes que habían recibido tratamiento médico por un mínimo de tres

meses, sin respuesta favorable al mismo, habiéndose descartado patología pélvica. Se realizó ablación de ligamentos uterosacros por videolaparoscopia con un seguimiento de 6 a 16 meses, calificándose la respuesta al dolor en ausente, leve, moderado y severo; considerándose éxito cuando el dolor permitió la actividad diaria al pasar de severo a leve. En relación al dolor se observó que un (7.0%) permaneció asintomática, nueve (50.0%) se transformó en leve, tres (20.0%) en moderada y dos (13.0%) permaneció sin cambio, encontrando resultados con significancia estadística con mejoría de la sintomatología con resultados alentadores, sin embargo se trató de una muestra pequeña. (56)

En pacientes con síntomas refractarios, una aproximación multidisciplinaria puede ser indicada, por lo que la Organización Mundial de la Salud, ha formulado numerosos proyectos con medicinas tradicionales. (5)

Ambos, una dieta vegetariana baja en grasa y suplementos de aceite de pescado han reportado que reducen el dolor menstrual en algunas mujeres. En el tratamiento de la dismenorrea nunca puede pasarse por alto el elemento psicológico. Es necesario considerar todos los factores que puedan acentuar o disminuir el elemento subjetivo en un caso en particular. Las mujeres jóvenes con historia de personalidad inestable o un trauma psíquico relacionado con las primeras menstruaciones, tal vez por la falta de conocimiento de la importancia y la normalidad de la función menstrual, son candidatas idóneas. Las pacientes jóvenes que al comienzo de su vida menstrual, son alentadas por madres demasiado aprensivas a creer que la menstruación es un período en el que deben de considerarse "indispuestas" a menudo se sentirán mal. Widholm y Kantero estudiaron la correlación de los rasgos menstruales de las madres e hijas adolescentes y encontraron que las jóvenes tendían a reaccionar a la menstruación como lo hicieron o lo hacen sus madres. Si éstas nunca tuvieron períodos dolorosos, sólo el 6.8% de las hijas se quejó de dismenorrea; a la inversa, el 21.6% de las hijas de madres con dismenorrea padecían períodos dolorosos. En una familia en la que una o más mujeres sufren dismenorrea, resulta muy fácil la transición de la joven a la invalidez menstrual.

En algunas ocasiones es posible literalmente curar con palabras la dismenorrea de algunas jóvenes mediante una política de comprensión, apoyo y educación. Sin embargo, el empleo de las técnicas de la terapéutica de la conducta descritas por Mullen como único tratamiento debe limitarse a las pocas mujeres cuya dismenorrea es fóbica y obsesiva. Por desgracia, sí en éste pequeño grupo se cura la dismenorrea, incluso mediante histerectomía que ciertamente no es aconsejable, la paciente transmitirá su incapacidad a otro órgano. (11)

5.3 Marco Teórico Oriental

5.3.1 Fisiopatología de la Dismenorrea Primaria

El dolor menstrual es un padecimiento que con relativa frecuencia se presenta en la mujer en la edad reproductiva, se presenta más a menudo en la mujer joven.

Etiología General.

1. Perturbación emocional o estrés emocional, desgaste emocional.

La perturbación emocional es un factor etiológico muy importante en la dismenorrea. La ira, la frustración, el odio, etc., pueden todos conducir a estancamiento sanguíneo. En la mujer, el estancamiento sanguíneo de energía del hígado causa que la sangre se estanque en el útero, de tal manera que provoque la aparición de menstruaciones dolorosas. (12,35,36,38)

2. Exposición excesiva al frío y a la humedad.

La exposición excesiva al frío y a la humedad, especialmente cuando esto ocurre durante la pubertad puede causar frío que invada al útero.

El frío contrae y provoca estancamiento de sangre en el útero, por consiguiente, hay menstruaciones dolorosas. Las mujeres están particularmente predispuestas a la invasión de frío en el útero inmediatamente después de la menstruación, cuando el útero y la sangre están en un estado de debilidad relativo. De esta manera, en este tiempo se deben tomar precauciones especiales a no exponerse a humedad y frío.

Las mujeres con condiciones preexistentes de deficiencia de Yang* están evidentemente más predispuestas a la invasión de frío externo.

3. Sobreesfuerzo y enfermedades crónicas.

El sobreesfuerzo físico o las enfermedades crónicas conducen a una deficiencia de energía y sangre especialmente del bazo y estómago. La deficiencia de sangre conduce a mala nutrición de los canales** Chong*** y Ren;**** de tal manera que la sangre no tiene fuerza para moverse adecuadamente, por eso se provoca un relativo estancamiento y dolor.

4. Actividad sexual excesiva y multiparidad.

El hígado y el riñón son debilitados por la actividad sexual excesiva (la cual afecta a la mujer un poco menos que al hombre), multiparidad, o partos muy seguidos con inicio de actividad sexual muy temprana. (16,35)

* Yang. Aspecto que junto con el yin forma parte de todo fenómeno o cosa en el universo

** Canales y Colaterales. Son los pasajes por donde el Qi y la sangre circulan

*** Chong. Canal extraordinario de acupuntura. Mar de la sangre. Inicia en el útero

**** Ren. Canal extraordinario de acupuntura. Mar de los canales yin. Inicia en el útero

Una deficiencia de hígado y riñón induce a que los vasos de los canales Chong y Ren se tornen vacíos y no puedan mover la sangre y energía adecuadamente, con la consiguiente aparición de dismenorrea.

Así el estancamiento de energía y/o sangre, lo cual puede surgir aisladamente o ser causado por el frío en el útero, es el factor más importante de la dismenorrea. Aún en los tipos de deficiencia de hígado y riñón, existe un elemento de estancamiento, ya que la sangre deficiente no se puede mover adecuadamente.

Se debe recordar que el canal Chong Mai, es un canal extraordinario, que por ser el mar de la sangre, está ligado a trastornos menstruales en la mujer, y si su circulación está perturbada, tendrá repercusión sobre las menstruaciones, dando lugar, entre otros a síntomas de dolor en el bajo vientre (41), por lo que debemos tener muy en cuenta a éste canal en pacientes con dismenorrea. (35)

La Medicina Tradicional China considera que la fisiopatología principal de la dismenorrea consiste en que la sangre y energía no circulan adecuadamente, a la obstrucción de los canales del útero, el canal extraordinario Chong y el canal extraordinario Ren por lo que dificulta el flujo menstrual, y como se dice “si no circula, hay dolor”.

Los factores que pueden ocasionar obstrucción o falta de circulación son: Estancamiento energético con estancamiento sanguíneo, estancamiento y congelación por frío y humedad, deficiencia de sangre y energía, lesión e insuficiencia de hígado y riñón. Se resalta la importancia del papel que tiene el hígado en la circulación de sangre y energía, especialmente hacia el útero y los genitales y consecuentemente en la fisiopatología de la menstruación. El efecto final de todos estos factores es que los canales uterinos, Ren y Chong, no sean nutridos adecuadamente y se presenta la menalgia o dismenorrea.

1. Estancamiento energético y estancamiento sanguíneo.

Normalmente debido a lesión interna por sobreexcitación de las emociones se provoca una depresión de la energía del hígado, de tal manera que no puede hacer que la sangre circule adecuadamente en forma ininterrumpida, por lo que la circulación de la sangre se estanca, se obstruyen los canales Chong y Ren, no son nutridos adecuadamente y la sangre de la menstruación se estanca dentro del útero, causando dolor.

2. Frío y humedad en el útero.

Generalmente debido a la exposición al frío, a la lluvia, a nadar, a consumir alimentos crudos y fríos durante los días previos a la menstruación o durante el período del flujo menstrual, esto conduce a que el patógeno frío se aloje dentro del útero haciendo que la sangre se condense con el frío y se provoque estancamiento sanguíneo y dolor.

3. Descenso de humedad y calor.

Por deficiencia de bazo se aumenta la humedad, el canal del hígado con

depresión y calor que conduce a que la humedad y el calor se unan y se viertan hacia los canales Chong y Ren causando obstrucción de su sangre y energía, provocando que el flujo menstrual se obstaculice y aparezca menalgia*

4. Deficiencia de sangre y energía.

Generalmente es debido a debilidad corporal con insuficiencia de sangre y energía. Después de la menstruación el mar de la sangre** queda vacío, deficiente y los canales del útero dejan de ser nutridos adecuadamente conduciendo a estancamiento por deficiencia y dolor.

5. Lesión e insuficiencia de hígado y riñón.

Por factores hereditarios débiles, el hígado y el riñón están deficientes; o bien, por abuso sexual excesivo o por multiparidad se lesiona la esencia y consume la sangre, los canales Chong y Ren se vuelven insuficientes. Después del flujo menstrual, el mar de la sangre está aún más deficiente o vacío, no puede nutrir y regenerar los canales del útero, de ahí que se conduzca a dolor abdominal bajo.

Las emociones como la ira, frustración, odio, insatisfacción, rencor, resentimiento y depresión, pueden conducir a estancamiento energético en el hígado, lo que causa que la sangre se estanque en el útero.

La exposición excesiva al frío y a la humedad provoca el estancamiento de sangre en el útero. (12,35,x,37)

El sobreesfuerzo y las enfermedades crónicas conducen a la deficiencia de Qi*** y sangre, lo cual ocasiona una mala nutrición de los canales Chong y Ren, provocando estancamiento de sangre en el útero.

El hígado y el riñón son debilitados por la actividad sexual excesiva y multiparidad lo que induce a que los vasos de los canales Chong y Ren se debiliten y no puedan mover la sangre y energía adecuadamente hacia el útero. (16,x)

Zhu bing yuan hou lun**** dice: “Cuando hay dolor con la menstruación, se debe a la lesión interna de la sangre y energía, así como en mujeres de constitución física débil que al ser invadidas por viento frío se altera la función de los vasos del útero, así como los vasos Chong y Ren Mai”.

De acuerdo a la etiología y fisiopatología la menalgia se puede dividir en los cuadros siguientes:

Tipo frío deficiencia (Xu han xing)

Tipo calor exceso (Shi re xing)

Tipo estancamiento sanguíneo y energético (Xue yu qi zhi xing). (35)

* Menalgia. Dolor antes, durante o después del período menstrual

** Mar de la sangre. Así es llamado el canal Chong

*** Qi. Energía

**** Zhu bin yuan hou lun. Tratado del Origen de todas las enfermedades (581-618)

5.3.2 Diagnóstico

La diferenciación más importante es la que existe entre los síndromes de deficiencia y exceso de dismenorrea.

Los síndromes de exceso son los más comunes y clínicamente más importantes, ya que están caracterizados por dolor más intenso que en los síndromes de deficiencia.

En la dismenorrea por síndromes de deficiencia existe un elemento de estancamiento sanguíneo, ya que la sangre deficiente no puede moverse adecuadamente. Por esta razón aún en los tipos de deficiencia de dismenorrea, algunas técnicas acupunturales para movilizar la sangre o plantas medicinales deben ser agregadas. (35)

Tiempo del Inicio. El dolor antes y durante la menstruación es usualmente de tipo exceso, mientras que el dolor después de la menstruación es de tipo deficiencia.

Presión. Si el dolor empeora por la presión, esto indica exceso, mientras que si la paciente siente alivio por la presión en el abdomen bajo, esto nos indica deficiencia. Debemos preguntar si el dolor mejora con la presión o empeora.

Las pacientes encuentran que el dolor disminuye en ocasiones con la aplicación de calor local, sin embargo en ocasiones sienten que la presión mejora algo más que al aplicarse calor local.

Si el dolor se alivia con la aplicación de calor, esto indica una condición de frío o estancamiento de sangre por frío, sin embargo debemos de tener presente que este signo, no siempre es indicativo de frío, en otras condiciones como estancamiento de Qi o sangre, también pueden aliviar el dolor por la aplicación de calor. Si el dolor se agrava por el calor, esto nos indica generalmente calor en la sangre. (37)

Características del dolor.

Dolor que mejora al pasar los coágulos: Estancamiento de sangre

Dolor con una pronunciada sensación de distensión: Estancamiento de Qi

Dolor quemante: Calor en la sangre

Dolor punzante, fijo: Estancamiento de sangre

Dolor tirante: Estancamiento de sangre

Dolor que disminuye antes de la menstruación: Estancamiento de sangre

Dolor que disminuye después de la menstruación: Deficiencia de energía de riñón.

Ciclos. Si los ciclos son largos y la sangre menstrual es oscura y existen coágulos, esto indica estancamiento de sangre. Si la sangre menstrual es roja

con pequeños coágulos oscuros, esto indica frío en el útero. Si los ciclos son cortos, el sangrado abundante y la sangre roja brillante, esto indica calor en la sangre. (37)

5.3.3 Metas Terapéuticas

La meta terapéutica general de tratamiento es regular la energía y la sangre en los canales extraordinarios Chong y Ren. (4,35)

En base al patrón principal, la meta terapéutica incluye también movimiento de energía, movimiento de sangre, dispersar el frío, aclarar el calor o tonificar.

El principio de tratamiento debe ser ajustado frecuentemente de acuerdo al tiempo del ciclo menstrual. Durante la menstruación se hace énfasis en tratar la manifestación, por ejemplo, en mover la sangre y aliviar el dolor. Y en otros tiempos del ciclo se trata la raíz,* es decir de acuerdo al síndrome principal. En especial si se trata la deficiencia, es mejor tratarla mas menos durante las dos semanas después de la menstruación.

Como meta o principio terapéutico general para el tratamiento de la dismenorrea primaria se encuentra:

Regular la sangre y energía de los canales de riñón, hígado y bazo, así como los canales Chong y Ren.

Aromonizar y equilibrar la energía y sangre de los canales para mantener la función de los órganos y las vísceras.

Regular el Qi del hígado.

Fortalecer el Qi y Xue** del bazo.

Incrementar la energía del riñón.

Ajustar los canales Chong y Ren.

Avivar la sangre y romper el estancamiento sanguíneo.

Aliviar el dolor. (x)

Desde el punto de vista de los síntomas, la patología central de dolor en las menstruaciones, es una desarmonía de la invasión de los canales y del mar de la sangre. Por lo tanto, el principio o meta de tratamiento más importante en esta patología, es regular el Qi y la sangre de los canales y colaterales.

Estos canales son propensos al estancamiento de Qi y de sangre en el abdomen empleando especialmente Siman (R14) se consigue eliminar el estancamiento.

El Qi, puede ascender desde el abdomen hasta el pecho dando una sensación de opresión del pecho. Por otra parte al presentarse un estancamiento de los canales involucrados en el dolor menstrual, se causa un Qi rebelde en el Yang, explicando la náusea y el vómito que se presenta en algunas mujeres que padecen de dismenorrea. (37)

* Raíz. Origen de la enfermedad

** Xue. Sangre

Para tratar el estancamiento de la sangre en el canal afectado, con frecuencia se utiliza el punto acupuntural Gongsun (B4) en el pie derecho y Neiguan Pc 6 en la muñeca izquierda, en combinación con otros puntos en canales como Siman (R14), Dahe (R12) o Huangshu (R16). Otros puntos relacionados son, Taichong (H3), Chongyang (E42) y Qichong (E30) Taichong (H3) es uno de los puntos más importantes para el tratamiento porque mueve el Qi del hígado.

La diferencia más importante es que entre los síndromes* de exceso y deficiencia en los períodos dolorosos, los de tipo exceso son mucho más comunes que los de deficiencia y son clínicamente más importantes porque están caracterizados por dolor más intenso, por otra parte, aun en tipos deficiencia hay un elemento de estancamiento de la sangre como por ejemplo la deficiencia de sangre que falla al mover el Qi. El principio de tratamiento cambiará de acuerdo a los días del ciclo menstrual, durante la menstruación se tratan los síntomas, se mueve la sangre y se elimina el dolor, en los otros días del ciclo, se trata la raíz, de acuerdo al patrón principal que presente cada paciente. Una deficiencia en particular, es mejor tratarla durante las dos semanas que siguen a la menstruación. Los síndromes de deficiencia son más fáciles de tratar que los tipos de exceso. De los síndromes de exceso, el de humedad-calor es el más difícil de tratar, mientras que el de estancamiento de Qi y sangre es el más fácil de corregir. Por supuesto que en algunos paciente se presentan condiciones mixtas de deficiencia y exceso, en esos casos, se trata el estancamiento en las 2 semanas antes de los períodos y en la deficiencia el tratamiento se hará en las 2 semanas después de la menstruación. (12,13,14,35,38)

En cualquier problema menstrual, se toma un mínimo de tres ciclos para regular el estancamiento de la sangre y mover el Qi, tres meses es el tiempo mínimo posible para un tratamiento exitoso. (38)

5.3.4 Diferenciación y Tratamiento Acupuntural

En el aspecto terapéutico la Medicina Tradicional China, se basa en la línea conocida como “tratamiento acorde con la diferenciación sindromática”**, todo caracterizado por el pensamiento dialéctico.(18) Empleando en el tratamiento las técnicas de tonificación*** o sedación**** y obteniéndose la sensación acupuntural. (17,18,26,)

La base del tratamiento de esta enfermedad consiste en la frase “si circula no duele”, así como “en frío, caliéntese (Han zhe wen zhi), “En calor enfríese”(Re zhe han zhi), “En deficiencia tonifíquese” (Xu ze bu zhi), “En exceso sédese” (Shi ze xie zhi). (36)

* Síndromes. Conjunto de Síntomas y Signos

** Diferenciación Sindromática. Análisis y síntesis de los datos clínicos obtenidos

*** Tonificación. Método de manipulación para corregir la deficiencia

**** Sedación. Método de manipulación para corregir el exceso

Los síndromes que más comúnmente se presentan en la dismenorrea se dividen en dos grupos:

Síndromes de exceso:

1. Síndrome de estancamiento de sangre y energía
2. Síndrome de estancamiento de frío
3. Síndrome de calor y humedad

Síndromes de deficiencia:

1. Síndrome de doble deficiencia de sangre y energía
2. Síndrome de deficiencia de riñón e hígado

1. Estancamiento sanguíneo y estancamiento energético.

Manifestaciones clínicas.

Dolor abdominal o en el hipogastrio antes de la menstruación o durante el 1º. Y 2º. Día del flujo menstrual, o distensión abdominal y dolor agudo que no tolera la presión; flujo menstrual con escasa cantidad, interrumpido; el color de la sangre es oscuro y tiene coágulos o tiene pedazos que parecen carne (desecho abundante), y cuando se expulsan los coágulos el dolor disminuye. Al mismo tiempo pueden presentarse dolor y distensión torácica, costal y de mamas.

Lengua: Tonalidad ligeramente violácea u oscura, o presencia de petequias en la punta, equimosis.

Pulso: Cordalis* o hundido**. (7,23,33,35,36,57)

Análisis.

Con el estancamiento de la sangre y energía el flujo menstrual se obstruye, entonces se presenta dolor agudo en el abdomen inferior, el sangrado es escaso con coágulos.

Después de la expulsión de los coágulos, la sangre y la energía restablecen su flujo y el dolor puede disminuir.

Por estancamiento de la energía del hígado, la función de drenaje y depuración no se lleva a cabo en forma adecuada, de tal manera que se presenta dolor torácico y costal con distensión; los vasos de la lengua se expresan con manifestaciones de sangre y energía. (35)

Puntos de acupuntura para estancamiento sanguíneo.

Taichong (H 3), Xingjian (H 2), Qimen (H 14), Qihai (RM 6), Guanyuan (RM 4), Siman (R 14), Xuehai (B 10), Quchi (IG 11), Zhigou (SJ 6), Yanglingquan (VB 34) Gongsun (B 4). Neiguan (Pc 6). Todos con método de sedación o con método de sedación-tonificación. No utilizar moxa.

* Pulso cordalis. Pulso tenso y largo, de cuerda. Se observa en trastornos hepáticos, biliares, dolores, y flema excesiva

** Pulso hundido. Pulso que se puede percibir presionando fuertemente, se ve en síndromes internos de deficiencia

Explicación.

Taichong (H 3) pacifica al hígado y elimina el estancamiento. También armoniza al Qi del canal chong y detiene el dolor. (24,36,41)

Xingjian (H 2) elimina el fuego del hígado.

Qimen (H 14), Zhigou (SJ 6) y Yanglingquan (VB 34) pacifican al hígado, mueven el Qi, eliminan el estancamiento.

Qihai (RM 6) mueve al Qi en el Jiao inferior.*

Guanyuan (RM 4) refuerza a la sangre y refuerza el útero.

Siman (R 14) mueve al Qi y a la sangre y equilibra el Qi del canal chong.

Xuehai (B 10) refuerza a la sangre y detiene el dolor.

Quchi (IG 11) elimina el calor.

Gongsun (B 4) (a la derecha) y Neiguan (Pc 6) (a la izquierda) regula al canal chong y regula la sangre del útero

La ira crónica afecta al sistema orgánico del hígado. Se calienta la sangre almacenada en el hígado. Se dilatará más rápido de lo que pueda circular y así se va a estancar en el hígado. (22)

Puntos de acupuntura para estancamiento de energía.

Taichong (H 3), Qihai (RM 6), Yanglingquan (VB 34), Diji (B 8), Guilai (E 29), Xue hai (B10), Sanyinjiao (B 6), Gongsun (B 4), y Neiguan (Pc 6), Geshu (V 17), Siman (R 14), Tianshu (E 25); todos con método de sedación o sedación-tonificación. (3,53)

Explicación.

Taichong (H3) mueve al Qi y a la sangre, detiene el dolor, regula al mar de la sangre del canal chong. (24,37,42)

Qihai (RM 6) mueve al Qi, mar de la energía en el Jiao inferior.

Yanglingquan (VB 34) en combinación con Qihai (RM6), mueve al Qi en el abdomen inferior.

Diji (B8) regula la sangre del útero y detiene el dolor.

Guilai (E29) regula a la sangre en el útero.

Xuehai (B10) y Geshu (V17) refuerzan a la sangre.

Sanyinjiao (B6) ayuda a reforzar la sangre y detiene el dolor. (8)

Gongsun (B4) (en el pie derecho) y Neiguan (Pc 6) (en la muñeca izquierda) regula al canal chong y regula la sangre del útero.

Siman (R 14), punto de coalescencia del canal chong, mueve al Qi en el abdomen y elimina el estancamiento de éste canal.

Tianshu (E 25), punto mu de alarma del intestino grueso, refuerza a la sangre en el canal chong.

En el canal Yangming** predomina el Qi y la sangre y debido a su relación con

* Jiao inferior. Abdomen inferior. Generalización de las funciones de regulación del metabolismo del agua y del almacenamiento y excreción de la orina del riñón y de la vejiga

** Canal Yangming (del Pie). Canal del estómago. Canal Yangming de la mano, canal del intestino grueso

el canal Chong puede reforzar a la sangre. El ABC de la Acupuntura (259 D.C.) escrito por Huang Fu Mi dice: "Para la mujer con dolor en el útero y períodos que no se detienen, usar Tianshu (E 25). (12,36,38)

2. Estancamiento de frío en el centro del útero.

a) Tipo frío de deficiencia.

Manifestaciones clínicas.

Dolor de tipo frío en el abdomen bajo durante la menstruación o inmediatamente después. El dolor se incrementa con la presión y disminuye con el calor. Sangrado escaso, de color pálido oscuro. Adolorimiento y flacidez de piernas y cintura.

Lengua: Puntilleo oscuro, saburra delgada.

Pulso: Hundido y tenso.* (35,36)

Análisis.

La deficiencia de yang en el interior genera frío, la sangre no puede ser calentada y promovida, su circulación no se lleva a cabo con fuerza y se estanca dentro del útero, de ésta manera se presenta dolor en el hipogastrio de tipo frío durante el ciclo menstrual.

El dolor que disminuye con el calor, la cantidad de sangre escasa y color oscuro, que por la influencia de yang de riñón no se nutre adecuadamente la cintura y se presente adolorimiento y flacidez de piernas y cintura, lengua oscura y pulso hundido y tenso, son manifestaciones de tipo condensación por frío.

Puntos de acupuntura para tipo frío deficiencia.

Lieque (P7) (a la derecha) y Zhaohai (R6) (a la izquierda), Guanyuan (RM 4), Qihai (RM 6), Guilai (E 29), Diji (B 8), Sanyinjiao (B 6), Zusanli (E 36), Shuidao (E 28). Método de sedación excepto en Zusanli (E 36), el cual debe ser tonificado. La moxa debe ser utilizada. (6)

Explicación.

Lieque (P7) y Zhaohai (R 6) regulan al canal Ren y refuerzan al útero.

Guanyuan (RM 4) con moxa caliente al útero. (19)

Qihai (RM 6) con moxa mueve al Qi y elimina el frío del abdomen inferior.

Guilai (E 29) refuerza a la sangre.

Diji (B 8) y Sanyinjiao (B 6) refuerzan a la sangre y detienen el dolor.

Zusanli (E 36) tonifica al Qi y ayuda a diseminar el frío.

Shuidao (E 28) con conos de moxa elimina el frío del útero. (38)

* Pulso tenso. Pulso fuerte como cuerda tensa. Se manifiesta habitualmente en casos de acumulación de frío

El ABC de la Acupuntura dice: “Para la distensión por exceso y dolor en el hipogastrio que se irradia a los genitales, dolor en la región lumbar baja durante la menstruación, acúmulo y frío en el útero... utilizar Shuidao (E 28)”.(12)

b) Tipo frío y humedad.

Manifestaciones clínicas.

Dolor abdominal antes de la menstruación o durante la menstruación, se alivia con el calor, se incrementa con la presión; el sangrado es escaso, de color negro con coágulos. Se acompaña de náusea y vómito, aversión al frío y puede haber evacuaciones diarreicas.

Lengua: Ligeramente violácea con saburra blanca y pegajosa.

Pulso: Hundido y tenso. (35,36)

Análisis.

Los patógenos frío y humedad se alojan en el centro del útero, la humedad obstruye la circulación de la sangre y energía, haciendo que con el frío se condense y no pueda entonces circular libremente, de ahí que se presente dolor de tipo frío en el abdomen, la sangre es escasa y con coágulos.

La obstrucción por el frío y la humedad hace que la energía yang se perturbe, que el agua no se pueda movilizar y distribuir, de tal manera que se genera aversión al frío y evacuaciones diarreicas, náusea y vómito.

Puntos de acupuntura para tipo frío humedad.

Zhongji (RM 3), Ligou (H 5), Dadu (H 1). La moxa debe ser utilizada.

Explicación.

Zhongji (RM 3) refuerza la energía yuan, mejora la función del Jiao inferior.

Li Gou (H 5) elimina el estancamiento del hígado, regula la menstruación.

Dadun (H 1) regulariza la sangre, favorece el Jiao inferior. (38)

3. Descenso de humedad calor.

Manifestaciones clínicas.

Dolor premenstrual y durante la menstruación, con distensión abdominal, sangrado abundante de color rojo y denso, generalmente se acompaña de un color amarillento.

Lengua: Roja de saburra amarillenta y pegajosa.

Pulso: Cordalis y acelerado*. (35,36)

Análisis.

La conjunción de humedad y calor se vierte hacia los canales Chong y Ren obstruyendo la circulación de sangre y energía, de tal manera que el flujo menstrual no circula adecuadamente, de ahí que se presenta dolor abdominal.

* Pulso acelerado. Pulso cuya frecuencia es mayor de cinco veces en cada respiración. Se presenta por lo general en síndromes causados por el calor.

El calor perturba los canales Chong y Ren, de ahí que la cantidad de sangre sea abundante y de color rojo; el calor consume los líquidos de tal manera que el flujo menstrual se vuelve de consistencia más densa.

La humedad y el calor descienden y lesionan los canales Ren y Dai*, y así la cantidad es abundante con color amarillento. Los vasos de la lengua también son perturbados por la proliferación de calor y humedad y se expresa con lengua roja y saburra amarillenta y pegajosa.

Puntos de acupuntura para descenso de humedad calor.

Yinlingquan (B 9), Sanyinjiao (B 6), Lieque (P 7) (a la derecha) y Zhaohai (R 6) (a la izquierda), Zhongji (RM 3), Shuidao (E 28), Ciliao (V 32), Sanjiaoshu (V 22). Shuifen (RM 9), Quchi (IG 11), Xuehai (B 10), Rangu (R 2), Taichong (H 3), método de sedación o sedación-tonificación. (29)

Explicación.

Yinglinquan (B 9) y Sanyinjiao (B 6) resuelven la humedad en el Jiao inferior.

Sanyinjiao (B 6) también mueve la sangre.

Lieque (P 7) y Zhaohai (R 6) abren el canal Ren y regulan el útero.

Zhongji (RM 3) y Shuidao (E 28) resuelven la humedad del Jiao Inferior y el útero.

Ciliao (V32) resuelve la humedad en el útero. (24,36,40)

Sanjiaoshu (V 22) favorece la transformación de los líquidos y resuelve la humedad del Jiao Inferior.

Shifen (RM 9) favorece la transformación de los líquidos.

Quchi (IG 11) y Xuehai (B 10) refrescan a la sangre.

Rangu (R 2) y Taichong (H 3) en combinación refrescan a la sangre. Taichong (H 3) también refuerza a la sangre. (29,37,40)

4. Deficiencia de sangre y energía.

Manifestaciones clínicas.

Dolor abdominal sordo o difuso que puede presentarse durante la menstruación o poco después, gusta de la presión, hay una sensación de vacío o de que se hunde o deprime el abdomen; el color de la sangre es pálido y el sangrado es escaso y de consistencia delgada; se acompaña de tez pálida y fatiga o letargo. Lengua: Pálida, saburra delgada.

Pulso: Agotado** y delgado.*** (35,36)

Análisis.

Por deficiencia de energía no se pueden calentar los vasos del útero, la sangre débil no puede lubricar y nutrir los vasos del útero, de tal manera que su nutrición es inadecuada y se presenta dolor difuso en el abdomen que siente

* Canal Dai. Canal que ata a todos los canales. Cuando éste canal se altera la mujer sufre leucorrea, la disfunción del bazo

** Pulso Agotado. Pulso casi no perceptible, muy blando, profundo y fino, en deficiencias de Qi y Xue

*** Pulso delgado. Pulso que corresponde a deficiencia de sangre y energía

alivio con la presión.

Por insuficiencia de sangre y energía se debilita o vacía el mar de la sangre, entonces el color del sangrado es pálido y de consistencia delgada.

Por la insuficiencia la sangre no puede subir a nutrir y se presenta tez pálida, opaca. La deficiencia de sangre provoca que no haya suficiente energía yang y eso conduce a fatiga y letargo.

Las manifestaciones tanto de la lengua como en el pulso también corresponden a manifestaciones de deficiencia de sangre y energía.

Puntos de acupuntura para deficiencia de sangre y energía.

Guanyuan (RM 4), Qihai (RM 6), Zusanli (E 36), Sanyinjiao (B 6), Diji (B 8), Pishu

(V 20), Xuehai (B 10), Zhibian (V 54) y Ciliao (V 32) que deben ser puncionados con método de sedación-tonificación. La moxa es aplicable. (37)

Explicación.

Guanyuan (RM 4) nutre a la sangre y al útero.

Qihai (RM 6) tonifica y mueve al Qi en el abdomen inferior.

Zusanli (E 36) y Sanyinjiao (B 6) tonifican al Qi, refuerzan al bazo y nutren a la sangre.

Diji (B 8) detiene el dolor.

Pishu (V 20) refuerza al bazo y nutre a la sangre.

Xuehai (B 10) refuerza a la sangre y detiene el dolor.

Zhibian (V 54) y Ciliao (V 32) refuerzan a la sangre y influyen sobre el sistema genital inferior. Todos están indicados cuando el dolor en el período ocurre en el área sacra.(7,12,23,33,55)

5. Deficiencia de hígado y riñón.

Manifestaciones clínicas.

Dolor abdominal sordo ligeramente después de la menstruación; dolor sordo que gusta de la presión. Sangrado escaso y sangre pálida. Se presenta vértigo, tinitus y dolor lumbosacro.

Lengua: Pálida con saburra delgada y blanca.

Pulso: Hundido y delgado. (35,36)

Análisis.

La deficiencia de hígado y riñón conduce a la insuficiencia de la esencia y de la sangre; también esto conduce a una insuficiencia de los canales Chong y Ren, de ahí que el sangrado es escaso y pálido. Después de la menstruación el mar de la sangre se torna más débil y los canales del útero no son nutridos adecuadamente, de ahí que se presente dolor abdominal que gusta de la presión después de la menstruación. La deficiencia de riñón con escasez de esencia hace que los orificios claros, es decir, el oído ventana de expresión del riñón y el cerebro, mar de la médula, no reciban nutrición adecuada y se

presente vértigo y tinnitus. La región lumbar es la residencia del riñón, cuando hay deficiencia de riñón se presenta dolor en la región lumbosacra. Las manifestaciones de lengua y pulso también son expresión de la deficiencia de hígado y riñón.

Puntos de acupuntura para deficiencia de hígado y riñón.

Shenshu (V 23), Ganshu (V 18), Guanyuan (RM 4), Sanyinjiao (B 6), Taixi (R 3), Zusanli (E 36), Lieque (P 7) (a la derecha) y Zhaohai (R 6) (a la izquierda), Zhibian (V 54), Ciliao (V 32), Con método de tonificación, excepto para Zhibian (V 54) y Ciliao (V 32) que deben ser puncionados con método de sedación-tonificación. Se puede usar la moxibustión. (23)

Explicación.

Shenshu (V 23) y Ganshu (V 18) tonifican a los riñones y al hígado.

Guanyuan (RM 4) nutre al Yin y tonifica a los riñones y al útero.

Sanyinjiao (B 6) y Taixi (R 3) nutren a los riñones y al hígado y regulan a la sangre.

Zusanli (E 36) tonifica al Qi y a la Sangre, regula al canal luo del útero.

Lieque (P 7) y Zhaohai (R 6) refuerzan el canal ren, refuerzan al útero y nutren al Yin.

Zhibian (V 54) y Ciliao (V 32) refuerzan a la sangre y actúan sobre el sistema genital inferior.

Diversos autores señalan un grupo de puntos para el tratamiento de la dismenorrea primaria, (3,53) sin embargo pensamos que cada paciente se debe individualizar; según el síndrome correspondiente, se establecerá un principio de tratamiento y una selección adecuada de puntos acupunturales.

6. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la dismenorrea primaria, es uno de los síntomas ginecológicos más frecuentes, afecta incluso al 50% de las mujeres después de la pubertad. El índice de prevalencia quizá sea un poco mayor ante la disponibilidad de anticonceptivos orales y antiinflamatorios no esteroideos, productos que alivian la dismenorrea primaria. (2,10,28,56) Otros estudios reportan que hasta un 61.9% de las mujeres, sufren de dolor menstrual, disminuyendo el porcentaje a medida que aumenta la edad en las mujeres. (32) Otros autores mencionan de un 86.0% a un 93.3% en la incidencia de dismenorrea primaria en mujeres adolescentes en Estados Unidos. (21,25,55)

Existen algunas mujeres que presentan menstruaciones dolorosas desde la pubertad hasta la menopausia. Con las perturbaciones psicológicas o afectivas que también representan factores agravantes a éste padecimiento. (46)

Diez por ciento de las mujeres con ésta forma de dolor lo tienen en grado suficiente para llegar a la incapacidad durante uno o dos días al mes, situación que ocasiona ausentismo notable y pérdidas económicas. Según se sabe en Estados Unidos cada año dicha pérdida es de unos 600 millones de horas laborables y dos mil millones de dólares. (1) Desafortunadamente no hay estadísticas que abarquen un gran número de pacientes con ésta patología, confiables al respecto en nuestro país. Como dato adicional, en las mujeres que insisten en trabajar mientras sufren dolor menstrual importante, hay menor productividad, posible incremento en los accidentes y calidad deficiente del trabajo.

Es así que ante la incidencia tan alta que tiene la dismenorrea primaria en nuestra población, sus consecuencias en la calidad de vida, el reconocer que existen muchas mujeres que tienen éste padecimiento; las desventajas, y limitaciones con sus efectos colaterales indeseables, de la terapia a base de anticonceptivos y antiinflamatorios no esteroideos, que solamente resuelven el problema en una forma sintomática; es conveniente abordar éste padecimiento con un enfoque diferente del contexto (lo que a la vez lo hace desconocido y por tanto no aceptable fácilmente) como lo es la acupuntura y moxibustión que nos brinda una terapia de bajo costo con nulos efectos secundarios y sin ninguna contraindicación. Usando la escala visual análoga (E.V.A.) para medir la intensidad del dolor. (30)

7. OBJETIVO

7.1 Objetivo General

Determinar a través de la investigación clínica, la respuesta del dolor menstrual a la manipulación en puntos acupunturales con agujas de acupuntura y con moxibustión, utilizados en los síndromes sinomédicos relacionados con la dismenorrea primaria.

7.2 Objetivos Específicos

*Determinar el síndrome de acuerdo a la MTCH que con mayor frecuencia se presenta en pacientes con dismenorrea primaria en mi consulta privada de Acupuntura Humana, mediante la evaluación de la historia clínica.

*Determinar como modifica el tratamiento, estimulando con aguja acupuntural o con moxibustión, los puntos Zhong Ji (RM 3) y Taichong (H 3), la intensidad y la frecuencia del dolor menstrual en las pacientes con dismenorrea primaria, al término de las 12 sesiones.

*Determinar el tiempo que tarda en desaparecer el dolor en las pacientes con dismenorrea primaria que son tratadas con Acupuntura o con Moxibustión.

*Determinar como se modifica el dolor menstrual en cuanto a su intensidad en las pacientes con dismenorrea primaria durante el transcurso de las 12 sesiones de tratamiento con acupuntura o moxibustión.

7.3 Hipótesis

La intensidad y duración del dolor menstrual en la dismenorrea primaria puede modificarse mediante tratamiento acupuntural o de moxibustión estimulando puntos acupunturales específicos.

7.4 Planteamiento del Problema

La dismenorrea primaria produce dolores menstruales que por su periodicidad, intensidad y duración resultan molestos y afectan la calidad de vida de las pacientes, al ser en ocasiones incapacitantes.

Se propone que el tratamiento con acupuntura y moxibustión podría mejorar la sintomatología dolorosa de las pacientes que padecen éste síndrome.

7.5 Variables

Variables dependientes: Dolores menstruales.

Variables independientes: Puntos acupunturales.

Variables cuantitativas discontinuas:
Intensidad de los dolores menstruales.
Duración de los dolores menstruales.
Periodicidad de los dolores menstruales.
Variables cuantitativas continuas: Intensidad de los dolores menstruales.

7.6 Diseño de la Investigación

Se trata de un estudio de carácter exploratorio, descriptivo, longitudinal, prospectivo y en tres etapas:

Etapa I Investigación bibliográfica.

En donde se consultan las fuentes de información, posterior a ello seleccionar, traducir, organizar y elaborar las fichas de trabajo para obtener así el marco teórico.

Etapa II. Diagnóstico y Tratamiento.

La selección de nuestro universo de estudio estará formado por mujeres con dismenorrea primaria que acudan a mi consulta particular de acupuntura, el tamaño de la muestra es de 40 unidades de estudio. Con los siguientes:

Criterios de Inclusión.

- Pacientes con dismenorrea primaria.
- Edad de 16 años a 25 años.
- Presencia de dolor pre y transmenstrual.
- Consentimiento voluntario de participación en la investigación.
- Ausencia de tratamiento para la dismenorrea primaria.

Criterios de Exclusión.

- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de Eliminación.

- Pacientes que no deseen continuar en el estudio.
- Pacientes que durante el estudio se sometan a terapéuticas con analgésicos o diferentes a la acupuntura o moxibustión.
- Pacientes que no acudan a 2 sesiones continuas de tratamiento.
- Pacientes que durante el estudio manifiesten algún dato patológico para cuya terapéutica, sea precisa y necesaria la indicación de algún tratamiento diferente al de acupuntura o de moxibustión.
- Pacientes con diagnóstico de dismenorrea secundaria.

Posterior a ello se realizará una evaluación y clasificación de las pacientes de acuerdo a los Síndromes relacionados con la dismenorrea primaria, desde el punto de vista de la Medicina Tradicional China. Con el diseño y aplicación del esquema terapéutico acupuntural y de moxibustión, posterior al presente estu-

dio de acuerdo a las particularidades de cada caso.

Se llevará un registro de la evolución de acuerdo a la frecuencia, intensidad y periodicidad del dolor menstrual mediante un instrumento de medición diseñado con éste propósito y con la escala visual análoga.

Etapa III. Resultados, Análisis y Conclusiones.

Recopilar los resultados para realizar el análisis estadístico pertinente.

Los resultados se representaran en matriz de doble entrada, gráficas de barras, histogramas, etc.

Para finalizar se emitirán las conclusiones.

8. MATERIALES Y MÉTODO

Se seleccionaron 40 pacientes con dolores menstruales, diagnosticadas con dismenorrea primaria en forma aleatoria y se formaron dos grupos al azar, que reunieron los criterios de inclusión, las cuales acudieron a mi consulta particular de Ginecología y de Acupuntura Humana, en un período de 6 meses, de Marzo del 2005 al mes de Agosto del 2005, y fueron tratadas de acuerdo a criterios terapéuticos fundamentados en la Medicina Tradicional China.

Se corroboró que no hubiesen tomado medicación de cualquier tipo los últimos seis meses previos al presente estudio y que presentaran cualquiera de los tres síndromes: Frío y humedad, estancamiento de Qi de hígado y deficiencia de Qi y sangre de hígado y riñón, de acuerdo a la Medicina Tradicional China.

Se realizó la valoración de cada una de las pacientes mediante la historia clínica en su inicio así como la valoración de la intensidad del dolor menstrual usando la escala visual análoga. En el inicio y después de cada ciclo de tratamiento y posteriormente con el interrogatorio para su evolución.

Se aplicaron dos sesiones por semana, dos semanas antes de la menstruación, hasta completar 12 sesiones, por tres ciclos, con una duración de 15 minutos cada sesión, en donde se localizaron primero los puntos acupunturales. Se seleccionaron las pacientes para cada grupo en forma aleatoria. En 20 pacientes se aplicaron agujas filiformes de acero inoxidable, estériles, desechables, de 0.30 de diámetro, de 1.5 cun de largo previa asepsia, con torunda de algodón con alcohol de 70° G.L. Se colocó la aguja en el punto Zhong Ji (RM 3), en tonificación (a favor del canal) y Taichong (H3), también a favor del canal en tonificación, siempre buscando la sensación acupuntural. Ambos puntos se estimularon manualmente con la técnica de rotación en tonificación. Al otro grupo de 20 pacientes se les aplicó moxibustión directa con puro de artemisa vulgaris a 2,5 cm de distancia de la piel por 15 minutos, en cada punto acupuntural con técnica de "picoteo de gorrión".

Tanto en la estimulación con aguja como con la moxibustión, en todas las pacientes no se usó ningún otro punto, ya que la finalidad de éste estudio era valorar la utilidad del empleo de la aguja versus la moxibustión en éstos puntos de importancia comprobada en la terapéutica del dolor menstrual. Finalmente se compararon los resultados de la E.V.A. inicial versus los de la E.V.A. al término del estudio.

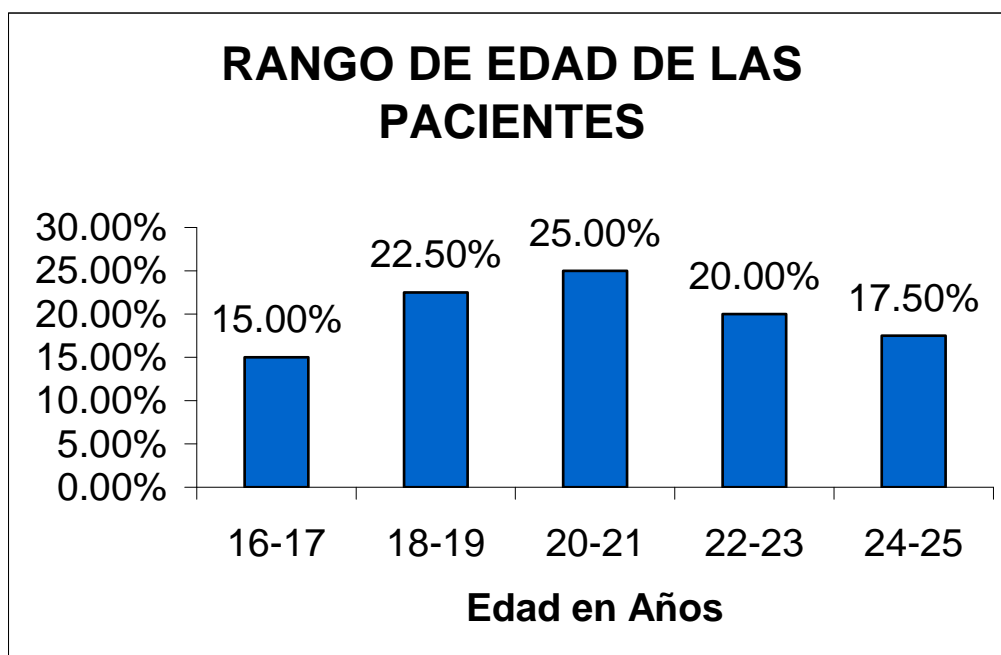
9. RESULTADOS

CUADRO 1 RANGO DE EDAD DE LAS PACIENTES CON DISMENORREA PRIMARIA EN MI CONSULTA PARTICULAR

Edades	No. Pacientes	Porcentaje
16-17	6	15.0%
18-19	9	22.5%
20-21	10	25.0%
22-23	8	20.0%
24-25	7	17.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Expedientes clínicos

GRAFICA 1



Como podemos observar el grupo etario que predominó fue el de 20-21 años con el 25.0%, le siguen con el 22.5% los grupos de 18-19 años, y con el 20.0% los grupos de 22 - 23 años.

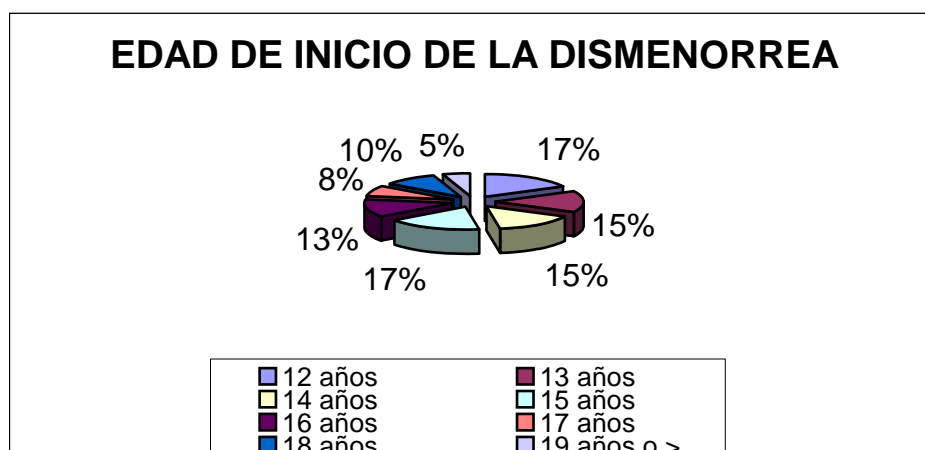
CUADRO 2

EDAD DE INICIO DE LA DISMENORREA

Edades	No. De pacientes	Tasa en %
10 años	0	0.0%
11 años	2	5.0%
12 años	7	17.5%
13 años	6	15.0%
14 años	6	15.0%
15 años	7	17.5%
16 años	5	12.5%
17 años	3	7.5%
18 años	4	10.0%
19 años o >	2	5.0%
TOTALES	40	100%

Fuente: Expedientes clínicos

GRAFICA 2



La edad de inicio de la dismenorrea fue de entre los 11 y 15 años en un número de pacientes de 28, representando el 70.0% de los casos.

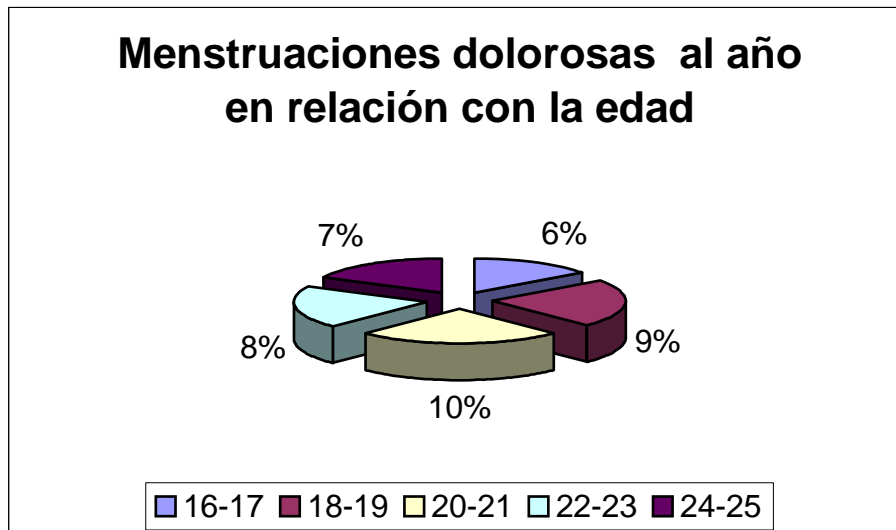
CUADRO 3

NUMERO DE MENSTRUACIONES DOLOROSAS AL AÑO EN RELACION CON LA EDAD

Edad	Menstruaciones 0-3	Menstruaciones 4-6	Menstruaciones 7-9	Menstruaciones 10-12	Total
16-17	1	3	2	0	6
18-19	0	2	3	4	9
20-21	1	2	2	5	10
22-23	0	0	2	6	8
24-25	0	1	3	3	7
Total	2	8	12	18	40

Fuente: Expedientes clínicos

GRAFICA 3



El 45.0% de las pacientes tenía menstruaciones dolorosas casi todos los meses del año, motivo de la consulta. Solamente 2 pacientes tenían menos de tres menstruaciones dolorosas al año, sin embargo cabe aclarar que éstas menstruaciones eran muy dolorosas valoradas con la EVA.

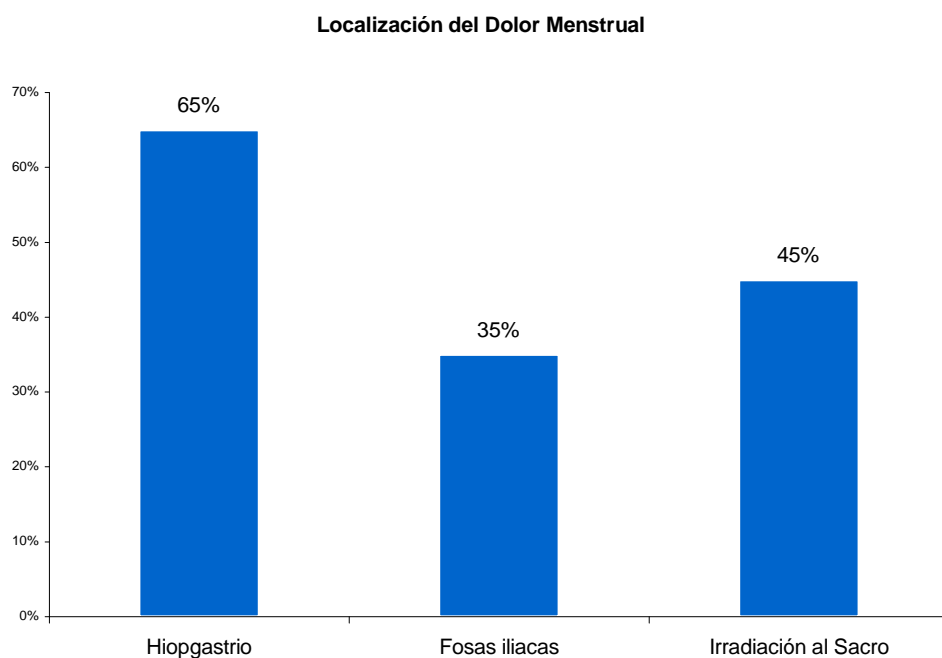
CUADRO 4

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR EN FUNCIÓN AL GRUPO DE EDAD

Edad	Hipogastrio	Fosas iliacas	Irradiación a Sacro
16-17	3	3	1
18-19	6	3	5
20-21	6	4	4
22-23	6	2	5
24-25	5	2	3
Totales	26	14	18

Fuente: Expedientes Clínicos

GRAFICA 4



Del total de 40 pacientes, en 26 pacientes, que corresponde al 65.0%, tuvo menstruaciones dolorosas en la región del hipogastrio, que es acorde a la literatura, el área donde más frecuentemente se presenta el dolor de la dismenorrea primaria. Sin embargo 18 pacientes, el 45.0% de las pacientes, tuvieron irradiación del dolor hacia el área del sacro.

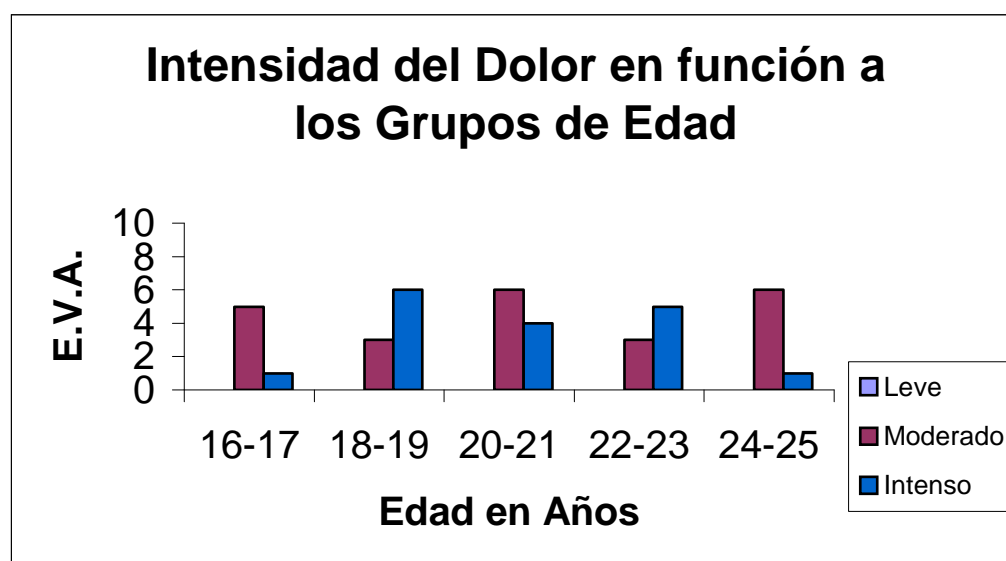
CUADRO 5

INTENSIDAD DEL DOLOR EN FUNCIÓN A LOS GRUPOS DE EDADES EVALUADO MEDIANTE LA ESCALA VISUAL ANÁLOGA

Edad	Leve 0-3	Moderado 4-7	Intenso 8-10	Total
16-17	0	5	1	6
18-19	0	3	6	9
20-21	0	6	4	10
22-23	0	3	5	8
24-25	0	6	1	7
Total	0	23	17	40

Fuente: Expedientes Clínicos

GRAFICA 5



El 57.5% de las pacientes presentaron dolor moderado al inicio del estudio, evaluado mediante la escala visual análoga, y el resto el 42.5% tuvieron dolor menstrual intenso, también al inicio, llama la atención que ninguna paciente refirió dolor menstrual leve, suponemos que probablemente se deba a que éstas pacientes quizá no acudan a la consulta médica, y tomen algún analgésico que se obtenga sin receta médica.

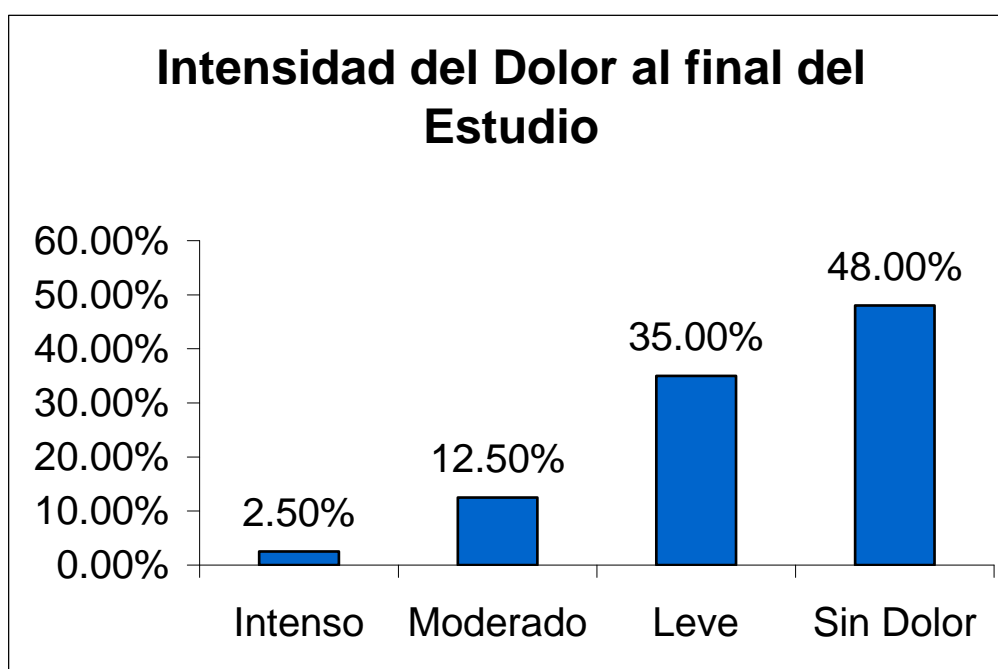
CUADRO 6

INTENSIDAD DEL DOLOR MENSTRUAL AL TÉRMINO DE LAS 12 SESIONES EN PACIENTES CON DISMENORREA PRIMARIA USANDO ACUPUNTURA Y MOXIBUSTIÓN

Dolor Menstrual	Número de Pacientes	Tasa %
Leve	14	35.0%
Moderado	5	12.5%
Intenso	1	2.5%
Sin Dolor	20	48.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Expedientes Clínicos

GRAFICA 6



El dolor menstrual mejoró en el 83.0% de las pacientes usando los dos métodos de estimulación, aguja y moxibustión, con 48.0% de pacientes que se inactivó el dolor y un 35.0% de las pacientes que refirió dolor leve, el que no se encontró al inicio del estudio en ninguna paciente.

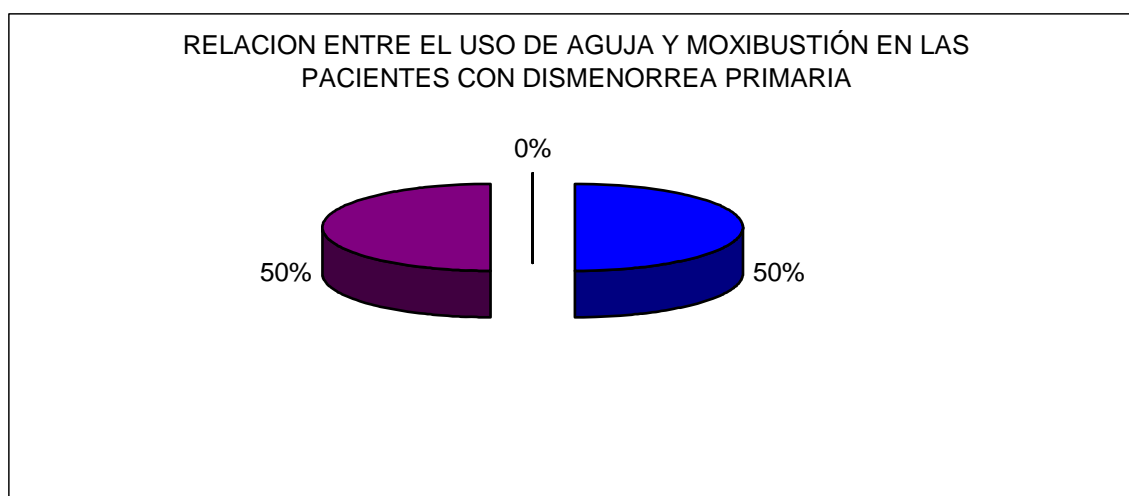
CUADRO 7

RELACIÓN POR EDADES DEL USO DE AGUJA Y MOXIBUSTIÓN EN LAS PACIENTES CON DISMENORREA PRIMARIA

Edades	16-17	18-19	20-21	22-23	24-25	Totales
Aguja	3	4	6	5	2	20
Moxibustión	3	5	4	3	5	20
Total	6	9	10	8	7	40

Fuente: Expedientes clínicos

GRAFICA 7



En la mitad de las pacientes, el 50.0% se utilizó aguja como método de estimulación, y en la otra mitad, es decir en 20 pacientes, se empleó moxibustión. Cabe destacar que casi la mitad de las pacientes, el 45.0% se encontraba entre los 20 y 23 años de edad.

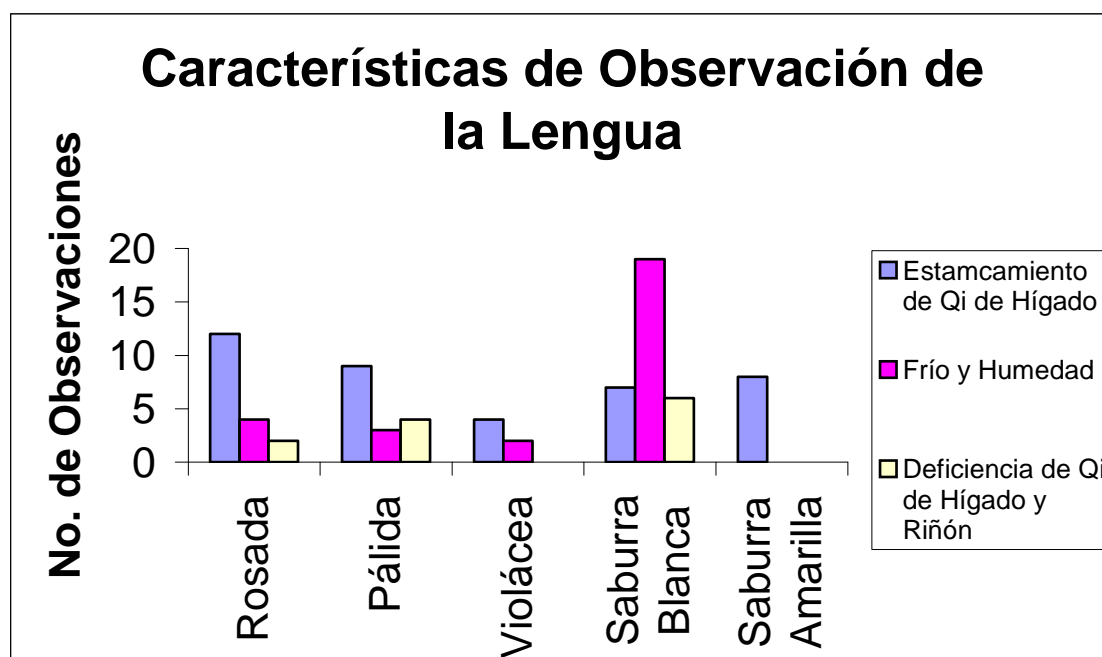
CUADRO 8

CARACTERÍSTICAS DE LA OBSERVACIÓN DE LA LENGUA EN PACIENTES CON DISMENORREA PRIMARIA

Pacientes	Rosada	Pálida	Violácea	Saburra Blanca	Saburra Amarilla
Estancamiento de Qi de Hígado	12	9	4	7	8
Frío y Humedad	4	3	2	19	0
Deficiencia de Qi de Hígado y Riñón	2	4	0	6	0

Fuente: Expedientes clínicos

GRAFICA 8



El 45.0% de las pacientes presentaron lengua de color rosada, o normal.

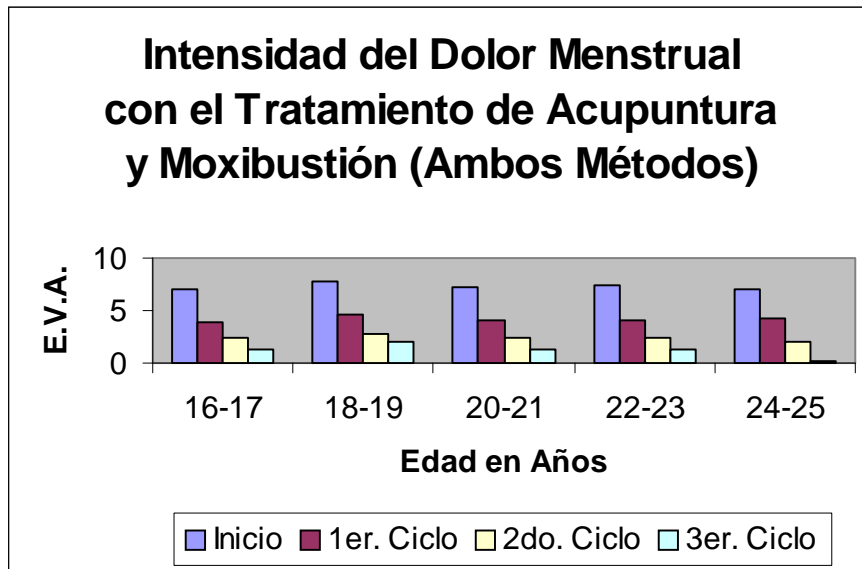
CUADRO 9

INTENSIDAD DE LOS DOLORES MENSTRUALES EN EL TRANSCURSO DE LOS TRES CICLOS DE TRATAMIENTO CON AGUJA Y MOXIBUSTIÓN (AMBOS MÉTODOS) VALORADAS CON LA ESCALA VISUAL ANÁLOGA

Edades	Inicio	1er. Ciclo 4 sesiones	2do. Ciclo 4 sesiones	3er. Ciclo 4 sesiones
16-17	6.99	3.80	2.50	1.33
18-19	7.77	4.66	2.77	2.02
20-21	7.29	4.00	2.50	1.33
22-23	7.40	4.12	2.37	1.30
24-25	7.08	4.28	2.00	0.16
Total	7.30	4.18	2.42	1.22

Fuente: Expedientes Clínicos

GRAFICA 9



Mejoría significativa desde el primer ciclo de tratamiento, con una disminución del dolor de 3.12 de la EVA, después del 2do. ciclo, disminuyó el dolor en la EVA a 4.88 con respecto al inicio, y al final del 3er. ciclo bajo 6.08, a 1.22 de la EVA.

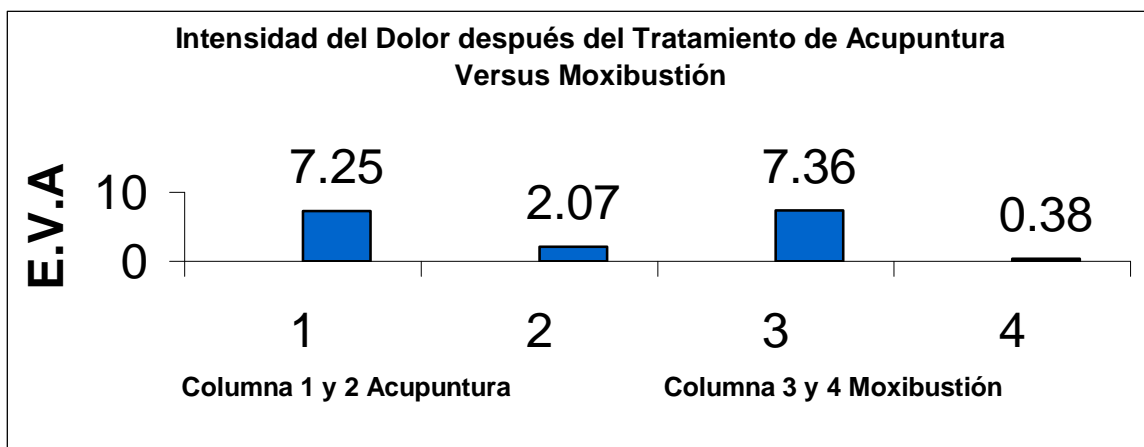
CUADRO 10

DISMINUCIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR MEDIDA CON LA ESCALA VISUAL ANÁLOGA ENTRE EL USO DE AGUJA VERSUS MOXIBUSTIÓN EN LA DISMENORREA PRIMARIA, DESPUÉS DEL TERCER CICLO DE TRATAMIENTO (DOCE SESIONES)

Edades	Acupuntura	Moxibustión
16-17	6.33 a 2.33	7.66 a 0.33
18-19	7.80 a 2.80	7.75 a 1.25
20-21	7.33 a 2.66	7.25 a 0.00
22-23	7.80 a 2.60	7.00 a 0.00
24-25	7.00 a 0.00	7.16 a 0.33
Total	7.25 a 2.07	7.36 a 0.38

Fuente: Expedientes Clínicos

GRAFICA 10



En esta tabla, podemos observar que con la estimulación por medio de la aguja la mejoría de la intensidad del dolor fue de 7.25 a 2.7 con una disminución de la intensidad del dolor menstrual en promedio de 5.18, y con el uso de moxibustión de 7.36 al inicio del estudio en la EVA a 0.38, con una disminución de 6.98.

9. ANÁLISIS

Se atendieron 40 pacientes con dismenorrea primaria, de las cuales de forma aleatoria se integraron en dos grupos, uno con 20 pacientes a las que se les aplicó acupuntura y otro con 20 pacientes a las que se les estimuló con moxibustión. La duración del tratamiento fue de tres ciclos de sus períodos menstruales, como señalan algunos autores, para ver la respuesta a la terapia acupuntural. (20)

El grupo etario que predominó en el total de las pacientes con dismenorrea primaria fue de 20 a 21 años en el 25.0 %, le sigue el grupo de 18 a 19 años con el 22.5%, luego el grupo de 24 a 25 años con porcentajes de 17.5%, el grupo con porcentajes mínimo fue el de 16 a 17 años con el 15.0%. (Cuadro y Gráfica 1)

Como podemos observar en el cuadro y gráfica 1; el 62.5% de las pacientes cursa con dismenorrea entre los 18 y 23 años de edad, lo cual concuerda con la edad promedio de aparición de la dismenorrea primaria de al rededor de los primeros años posteriores a la menarca.

En cuanto al inicio de la dismenorrea la mayoría de las pacientes, es decir el 70.0% inició sus períodos dolorosos desde los 15 años de edad. (Cuadro y Gráfica 2)

Con respecto al número de embarazos, ninguna paciente refirió haber tenido embarazos, lo cual es un dato importante, ya que con el embarazo la incidencia de dismenorrea disminuye.

Con respecto a la frecuencia de menstruaciones dolorosas en relación con la edad, fue mayor en las pacientes de 20 a 21 años de edad con un 45.0%, es decir casi la mitad de las pacientes tuvieron dismenorrea en 10 a 12 ocasiones al año y solamente un 5.0% de las pacientes presentaba menstruaciones dolorosas 3 veces al año, cabe mencionar que estas pacientes recién habían comenzado menstruaciones dolorosas en los últimos tres meses antes de acudir a la consulta. (Cuadro y Gráfica 3)

La localización del dolor tipo cólico, en función al grupo de edad en el 65.0% presentaba el dolor en el área del hipogastrio, el 35.0% en ambas fosas iliacas, de todas las pacientes casi la mitad, el 45.0% presentaba irradiación hacia el área lumbar baja, es decir la región sacra. (Cuadro y Gráfica 4)

La intensidad del dolor, al inicio del presente estudio valorada mediante la escala visual análoga, nos mostró una intensidad entre 0 y 3 (dolor leve) en cero pacientes, entre 4 y 7 (dolor moderado), en 23 pacientes, que corresponde al

57.5%, entre 8 y 10 (dolor intenso) en 17 pacientes, que corresponde al 42.5%. (Cuadro y Gráfica 5)

El dolor menstrual en todas las pacientes se refirió como el primer día de la menstruación en el 30.0%. En solamente el 10.0% se presentó los días que duraba el sangrado catamenial, con un promedio de 4 días.

La intensidad del dolor después del tratamiento con acupuntura o moxibustión fue leve en 14 pacientes que corresponde al 35.0%, moderado en 5 pacientes que equivale al 12.5%; intenso en una paciente que es el 5.0%; y con ausencia de dolor en 20 pacientes, es decir en el 48.0% de las pacientes, por lo que en un 83.0% de ellas, con el método de acupuntura o moxibustión, mostraron mejoría del dolor (sin dolor o dolor leve) al final del estudio, por lo que éste método terapéutico resulta muy efectivo en la dismenorrea primaria. (Cuadro y Gráfica 6)

En la mitad de las pacientes se usó aguja y en la otra mitad moxibustión. (Cuadro y Gráfica 7)

De acuerdo a la MTCH los síndromes que encontramos en la dismenorrea primaria, son estancamiento de Qi, estancamiento de sangre, deficiencia de Qi y sangre de hígado y riñón y síndrome de frío. (39)

A la observación de la lengua se encontró, de color rosada en 18 (45.0%) en 16 (40.0%) color pálido, en 6 (15.0%) violácea respectivamente. Con saburra blanca 32 pacientes (80.0%), con saburra amarilla 8 pacientes (20.0%), lo cual coincidió con pacientes de pulsos rápido, superficial y medio. (Cuadro y Gráfica 8)

Aunque no se consideró a los síndromes para individualizar el tratamiento, se diagnosticaron: Estancamiento de Qi de hígado, en 25 (62.5%), frío y humedad en 9 (22.5%), y deficiencia de Qi de hígado y riñón en 6 (15.0%) pacientes respectivamente.

El número de sesiones que recibieron las pacientes fue de 12 sesiones en el 100.0% de los casos. Por tanto podemos decir que todas las pacientes concluyeron satisfactoriamente las sesiones planeadas.

En general al término de las sesiones de tratamiento, independientemente del síndrome y del método terapéutico usado, ya fuera aguja o moxibustión, la intensidad del dolor menstrual valorado con la escala visual análoga (EVA), por grupo de edades fue de una tendencia hacia la mejoría y / o desaparición del dolor, con un 7.30 en la escala visual análoga, al inicio del estudio y un 1.22 al final.

En un estudio realizado en España en el 2001, el reporte de la intensidad del dolor fue de 4.56, ostensiblemente menor que en las pacientes estudiadas en éste trabajo (31); dentro del rango establecido de 4 a 7 (dolor moderado), después del 1er ciclo de tratamiento, el dolor en la EVA nos reportó un 4.18, así como en el

rango de dolor moderado; sin embargo, había una disminución del dolor de 3.12 puntos, después del 2do. ciclo de tratamiento en el cual el dolor en la EVA se encontraba en un 2.42, en el rango del dolor leve, habiendo disminuido 4.88 puntos y por último, después del 3er. ciclo de tratamiento disminuyó el dolor a 1.22 en general, con una disminución de 6.08 puntos de la EVA, es decir una mejoría en general de más de un 50% del dolor al término de los tres ciclos de tratamiento, lo cual contrasta con otros estudios de investigación. (50) (Cuadro y Gráfica 9)

Por último, la disminución de la intensidad del dolor medida con la EVA, entre el uso de la aguja versus moxibustión en la dismenorrea primaria mostró los siguientes resultados, con un inicio antes del tratamiento en 20 pacientes con aguja de 7.25 a 2.07, mejoría del 71.4% y con moxibustión en 20 pacientes, también una disminución de 7.36 al inicio en la EVA a una disminución de 0.38, que corresponde al 94.8%; por lo tanto, comparando los dos grupos de pacientes con características semejantes, tanto en edades como en diagnósticos sindrómicos, usando dos puntos de acupuntura podemos concluir que el método de moxibustión es más efectivo en el alivio del dolor que el método de aguja, en pacientes con dismenorrea primaria. (Cuadro y Gráfica 10)

El presente estudio reportó una mejoría significativa del dolor menstrual en el 83.0% de las pacientes, acorde con lo reportado en algunos estudios que reportan mejorías hasta del 85.0%, 85.71%, 90.9 ó 93.0%, incluso del 100.0%. (4,21,25,37), sin embargo se debe recordar que en éste estudio solamente se usaron dos puntos acupunturales Zhong Ji (RM3) y Taichong (H 3), ya fuera estimulado con aguja o con moxibustión independiente del síndrome hallado en las pacientes. Por lo que éste estudio tuvo una significancia estadística, ya que la dismenorrea en los dos grupos fue disminuida con ambas técnica, acupuntura y moxibustión, con una $P < 0.001$, en moxibustión.

10.CONCLUSIONES

La dismenorrea primaria es un padecimiento ginecológico que afecta con más frecuencia a la mujer en etapa reproductiva.

Se debe diferenciar la dismenorrea primaria de la secundaria con la importancia de proporcionar diagnóstico etiológico y tratamiento adecuado.

El dolor de la dismenorrea primaria en el marco teórico de la Medicina Occidental es producido por isquemia miometrial a causa del aumento del tono muscular en reposo y de contracciones uterinas excesivas, fenómenos relacionados con el aumento de las prostaglandinas en el endometrio y en el líquido menstrual.

El dolor de la dismenorrea primaria en el marco teórico de la Medicina Tradicional China está causado por los síndromes de estancamiento de Qi de hígado, de frío - humedad y de deficiencia de Qi de hígado y riñón.

La edad de las pacientes fluctuó entre los 16 y 25 años, en promedio fue de 20.5 años, lo cual concuerda con que la dismenorrea es un padecimiento de mujeres jóvenes. El estancamiento de Qi de hígado fue el síndrome que más se presentó, en el 62.5%, además que en su totalidad las pacientes fueron nuligestas.

Las pacientes iniciaron su padecimiento en promedio 4.2 años antes del estudio.

La efectividad general del presente estudio en la reducción del dolor en la dismenorrea primaria fue de 83.0%, usando los dos métodos de estimulación, con aguja y moxibustión, en los puntos Zhong Ji (RM 3) y Taichong (H 3) con una disminución en la Escala Visual Análoga de 7.30 a 1.22, con una reducción de 6.8.

En cuanto a cada grupo de 20 pacientes, la respuesta al tratamiento con aguja fue de una disminución del dolor valorada en la Escala Visual Análoga de 7.25 a 2.07, el 71.4% de mejoría, comparada con el método de moxibustión que fue de 7.36 a 0.38 con una disminución de 7.36, correspondiendo al 94.8% en la reducción de la dismenorrea.

El estudio tiene significancia estadística ya que la dismenorrea fue reducida notablemente, con la técnica de la aguja, así como con la moxibustión, mostrando en ésta última, una mejor respuesta las pacientes en el alivio del dolor menstrual, con una $P < 0.001$.

11. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS PARA TRABAJOS

FUTUROS

1. - Es necesario hacer un seguimiento de las pacientes con dismenorrea primaria tratadas con Acupuntura o Moxibustión, en investigaciones posteriores para valorar si desaparecen los dolores menstruales en forma definitiva.
2. - Proyectar una nueva investigación a futuro en donde se compare con un grupo control, para valorar el efecto placebo.
3. - Realizar una laparoscopia diagnóstica a cada una de las pacientes antes de iniciar el tratamiento acupuntural o de moxibustión para una mejor sustentación científica de los resultados, y descartar definitivamente el diagnóstico de dismenorrea secundaria.
4. - En futuros proyectos de investigación determinar el perfil psicológico, hábitos alimenticios y sociales, así como valorar el grado de umbral al dolor, con objeto de hacer un estudio más integrativo.
5. - Difundir en forma más amplia el efecto de la acupuntura y de la moxibustión en las pacientes con dismenorrea primaria, en el Sector Salud y población en general, enfatizando su efectividad, los escasos efectos secundarios o complicaciones y el bajo costo de ésta terapia.

12.BIBLIOGRAFÍA

01. Banikarim C, Chaco MR, Kelder SH. Prevalence and impact of dysmenorrhea on Hispanic female adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000. Dec; 154(12): 1226-9.
02. Barnard K, Frayne SM, Skinner KM, Sullivan LM. Health Status Among Women with Menstrual Symptoms. *J Women Health.* 2003. 12(9): 911-919.
03. Cisneros CR. Teoría y Práctica de la Acupuntura. Editorial Conexión Gráfica, S.A. de C.V. Guadalajara, Jal. México. 1996. pp 45,169.
04. Conghuo T. 101 Enfermedades Tratadas con Acupuntura y Moxibustión. Ediciones en Lenguas Extranjeras. Beijing, China. 1ª. Ed. 2ª. Imp. 1997. pp. 251-287.
05. Chang H-M. Initiative for Developing Evidence-based Standardization of Traditional Chinese Medical Therapy in the Western Pacific Region of the World Health Organization. *ECam.* 2004; 1(3): 337-341.
06. Chang Ch Ch. Manual de uso de la Moxibustión. Editorial Cabal. Madrid, España. 1980. pp. 3,54,57.
07. Chao Chang Cheng. La Aguja Larga en Acupuntura Ed. Cabal. 1ª. Ed.1980. pp. 182-83.
08. Chen HM, Chen CH. Effects of acupressure at Sanyinjiao point on primary dysmenorrhoea. *J Adv Nurs.* 2004. Nov; 48(4): 380-7.
09. Chenggu Y. Tratamiento de las Enfermedades mentales por Acupuntura y Moxibustion. Ediciones en Lenguas Extranjeras. Beijing, China. 1ª. Ed., 2a. Imp., 1995. pp.21,38.
10. Dawood MY. Dysmenorrhea. *J Reprod Med.* 1985. Mar; 30(3): 154-67.
11. French L. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician.* 2005. Jan. 15; 71(2): 285-91.
12. García GG. Temas Selectos de Medicina Tradicional China. Irregularidades Menstruales. Períodos Escasos, Períodos Alargados y Períodos Dolorosos. Vol. VIII. Instituto Nacional de Medicina Tradicional China, A.C.. México, D.F. 2002. pp. 74-115.
13. García GG. Seminario Nacional de Acupuntura. Temas Selectos de Acupuntura. Obstetricia y Ginecología en la Medicina Tradicional China. La Patología de la Mujer. Vol. VI. Instituto de Medicina Tradicional China, A.C. México, D.F. 2000. pp. 261-292.
14. García GG. Temas Selectos de Medicina Tradicional China. Tratamiento en Ginecología Equilibrando y Tonificando los Canales Extraordinarios. Parte II. Vol. VII Instituto de Medicina Tradicional China, A.C. México, D.F. 2001. pp. 223-250.
15. Garrido SB, Bosch VF, Rabí M del C, Hernández AM. Bases Neurobiológicas de la Acupuntura y la Electroacupuntura. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2004. 3(10): 48-59.

16. Gensheng CH, Wei SH. Arte de la Guerra de Sun Zi aplicado a la conservación de la Salud y Tratamiento de las Enfermedades. Editorial Nuevo Mundo. Beijing, China. 1ª. Ed. 1997. pp 173.
17. González GR. El Canon de las 81 Dificultades del Emperador Amarillo. Ed. Grijalbo, S.A. de C.V. México, D.F. 1ª. Ed. 2000. pp. 142.
18. González GR. La Medicina del Frío y el Calor. Editorial Grijalbo, S.A. de C.V. México D.F. 1ª. Ed. 1998. pp 32.
19. González GR, Jianhua Y. Medicina Tradicional China. El Primer Canon del Emperador Amarillo. El Tratado Clásico de la Acupuntura. Editorial Grijalbo, S.A. de C.V. 1ª. Ed. 1996. pp 43,346,454,464.
20. Griffiths V. Traditional Chinese medicine: a case of dysmenorrhoea. Aust J Holist Nurs. 2000. Apr; 7(1): 42-3.
21. Habek D, Cerkez HJ, Bobic-Vukovic M, Vujic B. Efficacy of Acupuncture for the Treatment of Primary Dysmenorrhea. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch. 2003. Oct; 43 (4): 250-3.
22. Hammer L. Psicología y Medicina China. La Ascensión del Dragón, el vuelo del Pájaro Rojo. Ed. La liebre de Marzo, S.L. Barcelona, España. 1ª. Ed. 2002. pp 88.
23. He S. Tratamiento y Diagnóstico Diferencial en medicina tradicional china. III Patologías Ginecológicas. Dismenorrea. Ed. Dilema. Madrid, España. Vol. 3. 2002. pp 27-34.
24. Hecker HU, Steveling A, Peuker E, Kastner J, Liebchen K. Color Atlas of Acupuncture. Ed. Thieme. Stuttgart, Germany. 1ª. Ed. 2001. pp. 87,91.
25. Helms JM. Acupuncture for the management of primary dysmenorrhea. Obstetrics & Gynecology. 1987; 69: 51-56.
26. Hoang Ti. Nei King. Ling Shu. Ed. Las Mil y una Ediciones. Madrid, España. 1ª.ed. 1982. pp. 184,185.
27. Huang Di. Nei Jing. Su Wen. Primera Parte. Libro XI Cap. 39 Ed. Mandala. Madrid, España. 1ª. ed. 1990. pp. 267-269.
28. Hsu CS, Yang JK, Yang LL. Effect of a dysmenorrhea Chinese medicinal prescription on uterus contractility in vitro. Phytother Res. 2003. Aug; 17 (7): 778-83.
29. Instituto de Medicina Tradicional China. Fundamentos de Acupuntura y Moxibustion de China. Ediciones en Lenguas Extranjeras. Beijing, China. 1ª. Ed., 2a., Imp. 1997. pp 379-386.
30. Johnson JM. Visual Analog Scales: Part II. Research Review. Brooke Army Medical Center. Fort Sam Houston, Tx. U.S.A. 1997.Vol 4, No.2 April.
31. Kaptchuk TJ. Medicina China. Una Trama sin Tejedor. Ed. Los libros de la liebre de Marzo. Barcelona, España.1ª. Ed. 1ª. Reimp. 1998. pp. 310-311.
32. Larroy C, Crespo M, Meseguer C. Dismenorrea funcional en la Comunidad Autónoma de Madrid: estudio de la prevalencia en función de la edad. Rev. Soc. Esp. Dolor.2001. 8: 11-22.
33. Lee TL. Acupuncture and chronic pain management. Ann Acad Med Singapore. 2000. Jan; 29(1): 17-21.

34. Lewers D, Clelland JA, Jackson JR, Varner RE, Bergman J. Transcutaneous electrical nerve stimulation in the relief of primary dysmenorrhea. *Phys Ther.* 1989. Jan; 69 (1): 3-9.
35. Lozano RF. (2006) Dismenorrea. Comunicación personal, 14 de Junio de 2006.
36. Lozano RF. Patología Occidental y su Manejo de acuerdo a la Medicina Tradicional China. 14. Dismenorrea. Primer Programa de Acreditación para Médicos Acupunturistas. Instituto Politécnico Nacional. México, D.F. 2005. pp. 65-67.
37. Lupián C JG. Acupuntura y los puntos Antiguos. Editorial Júpiter. Guadalajara, Jal. México. 1ª ed. 1995. pp. 73.
38. Maciocia G. *Obstetrics & Gynecology in Chinese Medicine. Painful Periods.* Ed. Churchill Livingstone. London, England. 1a. Ed. 1ª. Reimp. 1999. pp. 235-259.
39. Mann F. *El Arte de Curar Enfermedades.* Editorial Pomaire, S.A. Barcelona, España. 1ª. Ed. 1973. pp. 11,138.
40. Marié E. *Compendio de Medicina China. Fundamentos, Teoría y Práctica.* Editorial EDAF, S.A. Madrid, España. 1ª. Ed. 1998. pp. 250.
41. Norma Oficial Mexicana. NOM-172-SSA1-1998. Secretaría de Salud. Criterios de Operación para la Práctica de la Acupuntura Humana y Métodos relacionados. *Diario Oficial de la Federación.* Primera Sección. 7 de Mayo de 2002. pp. 21-27.
42. Ordóñez LC. Localización, Función e Indicaciones de los Puntos de Acupuntura. 1ª. Ed. México, D.F. 1995. pp. 130,136.
43. Ping L. *El gran libro de la Medicina China.* Ediciones Martínez Roca S.A. Barcelona, España. 2ª. Ed. 2002. pp. 375-377.
44. Pouresmail Z, Ibrahimzadeh R. Effects of acupressure and ibuprofen on the severity of primary dysmenorrhea. *J Tradit Chin Med.* 2002. Sep; 22(3): 250-10.
45. Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW. Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(1): CD002123.
46. Requena Y. *Guía práctica de las Moxas Chinas.* Ed. Las Mil y una Ediciones. Madrid, España. 1ª. Ed. 1987. pp. 14-19,94.
47. Robinson JC, Plichta S, Weisman CS, Nathanson CA, Ensminger M. Dysmenorrhea and use of oral contraceptives in adolescent women attending family planning clinic. *Am J Obstet Gynecol.* 1992. Feb; 166(2): 578-83.
48. Sundell G, Milsom I, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1990. Jul; 97(7): 588-94.
49. Taylor D, Miaskowski C, Kohn J. A randomized clinical trial of the effectiveness an acupressure device (relif brief) for managing symptoms of dysmenorrhea. *J Altern Complement Med.* 2002 Jun; 8(3): 357-70.
50. Tempfer C, Zeisler H, Heinzl H, Hefler L, Husslein P, Kainz C. Influence of acupuncture on maternal serum levels of interleukin-8, prostaglandin F2 alpha, and

- beta-endorphin: a matched pair study. *Obstet Gynecol.* 1988. Aug; 92(2): 245-8.
51. Tsenov D. The effect of acupuncture in dysmenorrhea. *Akush Ginekol (Sofia)*. 1996; 35 (3): 24-5.
52. Wang L, Cardini F, Zhao W, Regalia AL, Wade C, Forcella E, Yu J. Vitamin K acupuncture pint injection for severe primary dysmenorrhea: an international pilot study. *Med Gen Med.* 2004. Dec. 27; 6(4): 45.
53. Wei-Ping W. *Acupuntura China*. Editora y Distribuidora Yug, S.A. de C.V. 9ª. Ed. México, D.F. 1999. pp.153.
54. White AR. A review of controlled trials of acupuncture for women's reproductive health care. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2003. Oct; 29(4): 233-6.
55. Wilson CA, Keye WR Jr. A survey of adolescent dysmenorrhea and premenstrual symptom frequency. A model program for prevention, detection, and treatment. *J Adolesc Health Care.* 1989. Jul; 10(4): 317-22.
56. Yusoff DM. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Dismenorrea. Ed. Nueva Editorial Interamericana. México, D.F. 1990. Vol. 1. pp. 167-175.
57. Zeng X, Yang M. *Tratado de Moxibustión*. Miraguano Ediciones. 1ª. Ed. Madrid, España. 1995. pp.116-118.

ANEXO. 2

MONTERREY, N. L. A D E

2005

DR. JOSE OSCAR MENDOZA PERALES

**CLÍNICA DE ACUPUNTURA
EVALUACIÓN DE DOLOR MENSTRUAL**

Nombre de la paciente:

Fecha: _____

Frecuencia en número: Total por año _____

Intensidad: 1) No hay dolor: _____

2) Leve _____

3) Moderado _____

4) Intenso _____

Dolor

Calificar de acuerdo a la hoja diaria de evaluación e interrogatorio de la Escala Visual Análoga.

Frecuencia al año	Ausente	Leve	Moderado	Intenso
0 a 3		0 a 3	4 a 7	8 a 10
4 a 6				
7 a 9				
10 a 12				

* Ausente = No se presenta dolor

ANEXO. 3

ESCALA VISUAL ANÁLOGA

NO DOLOR

MUCHO DOLOR

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10

