

MANEJO DE LA VULVODINIA CON TERAPIA NEURAL

MAURICIO ENRIQUE DURAN ZAMUDIO

CODIGO: 597979

**Trabajo de grado para optar al título de
Magister en Medicina Alternativa**

Director

EDUARDO BELTRAN DUSSAN, M.D.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINAS ALTERNATIVAS

BOGOTA, D.C.

2010

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRIA DE MEDICINA ALTERNATIVA

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

MANEJO DE LA VULVODINIA CON TERAPIA NEURAL

Autores

- A. INVESTIGADOR PRINCIPAL: MAURICIO E. DURAN Z., Maestrante Terapia Alternativa, área Terapia Neural, Universidad Nacional de Colombia.
- B. DIRECTOR DE TESIS: Eduardo Beltrán MD, Oncohematólogo Pediatra, Jefe Dpto. de Oncohematología Pediátrica, Hospital de la Misericordia, Universidad Nacional de Colombia. Coordinador Grupo Académico de Medicina Alternativa Facultad de Medicina Universidad Nacional.

Contenido

MANEJO DE LA VULVODINIA CON TERAPIA NEURAL.....	1
Autores.....	2
Problema.....	3
Justificación.....	4
Marco teórico	¡Error! Marcador no definido.
Introducción	¡Error! Marcador no definido.
Objetivos.....	30
Objetivo General	30
Objetivos específicos.....	30
Método	30
Tipo de estudio.....	30
Población de referencia	30
Población a estudio	30
Criterios de inclusión:.....	31
Criterios de exclusión:	31
Plan de recolección	32

Plan de análisis	33
Cronograma	36
Costos.....	36
Fuentes de financiación:	37
Aspectos éticos.	37
Bibliografía	¡Error! Marcador no definido.

Problema

El dolor agudo y crónico es una experiencia común y es también un importante problema de salud pública que impone considerables retos a los profesionales de la salud involucrados en su tratamiento. Sin embargo, los datos confiables acerca de su prevalencia e incidencia son limitados. Los estudios disponibles están basados en encuestas regionales que involucran un amplio espectro de trastornos dolorosos o de estados de dolor específicos. La vulvodinia se encuentra dentro de los cuadros del dolor neuropático denominados síndromes dolorosos regionales complejos.

En un estudio sobre el dolor patrocinado por la OMS, en el que participaron servicios de atención primaria de diferentes países tanto desarrollados como en vías de desarrollo, se reveló que el dolor persistente afectaba entre 5,3% y 33% de los participantes en la investigación. El estudio reveló que el dolor persistente estaba asociado a depresión, condición que afectaba la calidad de vida y reducía el nivel de actividad diaria de los enfermos. ¹

La comunidad científica internacional ve como una prioridad la investigación en el manejo del dolor. La AIED es una sociedad científica interdisciplinaria que fomenta las interacciones entre diversas líneas de investigación por medio de Congresos Mundiales de Dolor que se realizan, con el apoyo de su revista Pain y a través de la publicación de libros. Su grupo de Interés Especial en el dolor Neuropático proporciona un foro para el intercambio científico con respecto al dolor neuropático. El estigma asociado con frecuencia con los trastornos neurológicos, aumenta la carga social y económica. Una de las consecuencias más perjudiciales de la estigmatización es que los individuos afectados o aquellos responsable de su cuidado, no buscan tratamiento, con la esperanza de evitar consecuencias sociales negativas del diagnóstico. Este fenómeno se ve exacerbado en la vulvodinia al involucrar la genitalidad de la mujer, si a esto sumamos que los tratamientos reportados en la bibliografía actual no han demostrado

mejoría significativa en el dolor, lo que aumenta la frustración tanto del paciente como del terapeuta.

En el octavo punto de las recomendaciones para la acción en el plan de atención de los trastornos neurológicos de la OMS, se recomienda la elaboración de nuevos medicamentos o procedimientos o terapéuticos, de bajo costo, con menos efectos secundarios, mayor eficacia y horarios de dosis menos frecuentes. Si en la terapia neural puede encontrarse un posible alivio al dolor de pacientes con vulvodinia, es necesario iniciar una exploración en los resultados de un primer grupo de pacientes que padecen de vulvodinia y que no han encontrado alivio del dolor en ningún tratamiento.

Sobre la vulvodinia son demasiados los aspectos que no se conocen, se parte de una definición que agrupa unas pacientes que padecen este tipo de dolor neuropático que aunque no es causal de mortalidad, involucra la discapacidad generada por el dolor.

La investigación exploratoria en opciones de tratamiento de bajo costo y mejor respuesta terapéutica es una necesidad prioritaria, por lo que la terapia neural y los resultados con esta en pacientes manejadas con este tratamiento deben ser ampliamente descritos.

¿Cuál son los resultados en el manejo del dolor de una grupo de pacientes manejadas con terapia neural con diagnóstico de vulvodinia?

Justificación

La vulvodinia es un patología frecuente de etiología desconocida y por tanto de difícil manejo con muy bajas tasas de curación o mejoría, la imposibilidad de aliviar esta sintomatología genital y la presencia de dispareunia altera profundamente el estado de ánimo de la mujer, con una alta incidencia de ansiedad y depresión; cualquier tipo de terapéutica que logre una mejoría significativa o curación, impactaría esta situación clínica ginecológica severa que no ha encontrado posibilidades en la medicina convencional, una opción terapéutica no puede ser negada a una paciente con buena adherencia que no ha encontrado alivio a un dolor, es ético seguir en la búsqueda de tratamientos que puedan mejorar un dolor de características como la vulvodinia. Esta búsqueda debe comenzar con los estudios exploratorios, donde se describan con transparencia los resultados obtenidos, en pacientes que se han manejado con terapia neural.

El estudio de los dolores neuropáticos es una prioridad mundial, y Colombia no debe ser ajeno a la investigación exploratoria, las terapéuticas que no son entendidas en su bases, no deben ser marginadas de la investigación clínica y evaluadas bajo el método

científico. El Síndrome doloroso regional complejo es un fenómeno estudiado por diversas disciplinas y las terapéuticas alternativas tienen un aporte que hacer en el entendimiento del dolor.

En la revisión de la literatura médica sobre terapia neural y su utilidad en patologías ginecológicas, específicamente vulvodinia existe un total vacío de conocimiento al no encontrar referencia alguna sobre este tópico, lo que configuraría como una fortaleza a la presente investigación como un aporte inicial en la construcción de soporte bibliográfico.

Si la terapia neural resulta ser una opción terapéutica segura y eficaz, cualquier demora en su entendimiento aplicación y divulgación, afectará el tiempo que deban padecer las pacientes con vulvodinia.

Marco teórico

VULVODINIA

La vulvodinia se define como un síndrome de disconfort de la piel de la vulva caracterizado por síntomas como dolor intenso, prurito, quemazón, sensación punzante o de inflamación, irritación, picazón y dispareunia, que puede ser local o generalizada, persistente o intermitente en los genitales externos de forma crónica, sin ninguna otra alteración clínica infecciosa o dermatológica ni de laboratorio que pueda explicar la molestia.

Epidemiología y manifestaciones clínicas

La vulvodinia es una enfermedad muy frecuente y un serio problema de difícil solución para las pacientes que la padecen como para los médicos que las tratan.²

Varios estudios indican que aproximadamente el 10% -16% de las mujeres ha tenido dolor vulvar crónico no explicado en algún momento de su vida, aunque se desconoce su real prevalencia se ha estimado que puede llegar a un 15% cuando el médico hace una pesquisa activa de la entidad.² La vulvodinia aparece en mujeres caucásicas y africanas con una frecuencia similar, que puede ser mayor en mujeres de origen hispano. Se desconoce la incidencia en asiáticas. Generalmente aparece después de la adolescencia y hasta la novena década de la vida, con una media de 36 años. Se calcula que aproximadamente 14 millones de mujeres en los Estados Unidos podían haber

sufrido de dolor vulvar crónico³ y de este número de pacientes un 30% no han buscado atención médica.^{4,5,6}

No existen en Colombia datos estadísticos sobre su frecuencia a pesar de ser un motivo muy frecuente de consulta ginecológica. Es paradójico que a pesar de la alta frecuencia de ésta patología aun no se haya establecido de manera clara su etiología, diagnóstico y tratamiento; se desconocen los factores de riesgo y hasta el momento no existe prueba significativa de causalidad o de mejoría.

Las mujeres típicamente tienen dolor con el coito (dispareunia). La mayoría de las mujeres refiere que cualquier toque o presión en la vulva, incluyendo ropas apretadas, lavado, inserción de tampones y actividad sexual, produce dolor. Algunas mujeres tienen dolor solo con el tacto, mientras que otras tienen dolor que solo empeora con el tacto, y algunas pacientes tienen dolor que es completamente independiente del tacto o la presión. El dolor varía desde un dolor leve y molesto hasta un dolor intenso que impide las actividades de la vida diaria, como el ejercicio, la actividad sexual y a veces incluso sentarse. Todo este cuadro clínico altera de manera importante la calidad de vida de las pacientes con una alta tendencia a la depresión y ansiedad.⁷

La mayoría de las pacientes piensa que las infecciones candidiásicas crónicas o las vaginosis bacterianas son la causa de su quemazón. Aunque estas enfermedades pueden haber aparecido, casi siempre son coincidentes, y las pacientes raras veces refieren que los síntomas desaparecen por completo, aun de forma breve, con el tratamiento. En consecuencia, algunas mujeres están convencidas de que tienen infecciones resistentes y piensan que pueden tener deterioro del sistema inmunitario.

Por definición en la exploración física las mujeres con vulvodinia no muestran ninguna causa específica del dolor. A veces hay eritema leve, y las pacientes habitualmente indican que el vestíbulo vulvar es la zona de mayor molestia. Sin embargo, muchas mujeres tienen dolor que se extiende más allá del vestíbulo al menos en ocasiones, y algunas pacientes refiere molestia que afecta a los labios mayores e incluso al perineo y a la piel perianal.

La presión sobre la vulva con un aplicador con punta de algodón habitualmente produce dolor en el vestíbulo, a veces con molestia que se extiende más allá de esa zona. Algunas pacientes no refieren dolor por la presión con un aplicador con punta de algodón a pesar de una sensación quemante o un dolor vulvar constante de fondo.

Con frecuencia las mujeres con vulvodinia tienen alteraciones coincidentes como infección por *Candida albicans*, dermatitis de contacto irritativa, vaginosis bacteriana u

otras alteraciones, aunque las mismas tienen una intensidad insuficiente como para producir el grado de molestia. Cuando se corrigen esos factores y persiste la molestia, se confirma el diagnóstico de vulvodinia.

La vulvodinia se ha clasificado en varios subconjuntos dependiendo de la localización del dolor y la presencia de dolor espontáneo (no provocado) frente a dolor sólo al tacto o a los irritantes (provocado). La importancia de estos subconjuntos radica en la posibilidad de diferentes etiologías para diferentes patrones; la importancia de estandarizar la terminología para que la investigación evalúe poblaciones similares, y el hecho de que el tratamiento quirúrgico sólo es adecuado en formas muy localizadas de vulvodinia. La *International Society for the Study Vulvovaginal Disease* ha clarificado y redefinido la clasificación y la terminología del síndrome de dolor vulvar de la vulvodinia y sus subconjuntos.⁸

Esta nueva clasificación divide las causas del dolor en las que están producidas por trastornos específicos y la vulvodinia, y subdivide la vulvodinia según la localización y la presencia o ausencia de dolor con el tacto, la fricción, la presión, la orina u otros estímulos habitualmente no dolorosos. (v. cuadro 1).

Cuadro 1 Terminología y clasificación del dolor vulvar

A. Trastornos específicos (enfermedad cutánea, infección, tumor, enfermedad neurológica)

B. Vulvodinia

* Generalizada o migratoria

--Provocada por el tacto o por otra estimulación

--Espontánea

--Mixta (provocada y espontánea)

*Estrictamente localizada en todo momento en la misma zona

--Provocada por el tacto o por otra estimulación

(vestibulodinia, clitorodinia)

--Espontáneo

--Mixto (provocado y espontáneo)

Adaptado de Moyal-Barracco.M and Lynch, O.J 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodinia a historical perspective e. J Reprod Med 2004, 49 772-77

Desde el punto de vista práctico, las pacientes con vulvodinia la mayoría de las veces se encuadran en uno de dos patrones principales. El primero, y más frecuente, es la vestibulodinia (antiguamente denominada vestibulitis vulvar, síndrome de vestibulitis vulvar, adenitis vestibular e infección de las glándulas vestibulares menores). Estas pacientes tienden a ser premenopáusicas y refieren dolor con el tacto en el vestíbulo, incluyendo la actividad sexual, la ropa compresiva, el uso de tampones y montar en bicicleta. A veces hay eritema inespecífico en el vestíbulo.

El otro patrón principal es la vulvodinia generalizada, en la que la molestia es global en todos los genitales externos o migratoria, y generalmente es independiente del tacto. Lamentablemente, pocos estudios caracterizan cuidadosamente a las pacientes con vulvodinia lo suficiente para validar la separación de dos o más subconjuntos. La mayoría de las pacientes refiere síntomas que están en un espectro, con una superposición considerable, lo que indica que la vestibulodinia y la vulvodinia generalizada son variantes del mismo proceso.^{9,10,11}

Con frecuencia las pacientes refieren enfermedades asociadas, como cistitis intersticial, estreñimiento crónico o síndrome del intestino irritable, fibromialgia, cefalea, síndrome de la articulación temporomandibular, dolor lumbar, depresión, ansiedad, síndrome premenstrual, trastornos del sueño, “alergias” medicamentosas múltiples y niveles bajos de energía.¹²

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la vulvodinia es muy difícil por la gran cantidad de factores etiológicos participantes, por las diferencias sociales y culturales en la percepción del dolor y los factores psicoafectivos involucrados, que hacen necesario el manejo multidisciplinario de estas pacientes donde se incluyen médicos ginecólogos, dermatólogos, urólogos, psiquiatras, neurólogos y patólogos.^{13,14}

Puede producirse dolor vulvar con infecciones, enfermedades cutáneas y varias enfermedades neurológicas específicas, como la neuralgia postherpética. Estas enfermedades causales habitualmente se identifican fácilmente con la historia y la exploración física cuidadosa. La mayoría de las infecciones frecuentes son causas improbables de dolor crónico; la vaginosis bacteriana produce la mayoría de las veces secreción y dolor, mientras que *C. albicans* habitualmente produce prurito. Sin embargo, se deben descartar manifestaciones más sutiles o infrecuentes de infección en las enfermedades cutáneas. La vaginitis bacteriana (estreptocócica o estafilocócica) y la infección por *Candida* de tipo no *albicans* (como *C. glabrata* o *C. krusei*) son causas ocasionales de dolor vulvovaginal. Las enfermedades cutáneas específicas que producen erosiones o ulceraciones ocasionan dolor; las más frecuentes son el liquen

crónico con rascado o erosión secundarios. Son más sutiles las dermatosis del epitelio vaginal, que ocasionan secreciones vaginales irritantes que producen dermatitis de contacto irritativa del vestíbulo. Estas dermatosis incluyen vaginitis inflamatoria descamativa además de dermatosis erosivas, como liquen plano y las alteraciones mucho menos frecuentes penfigoide cicatricial y pénfigo vulvar.

Síndromes específicos de dolor neuropático simulan a la vulvodinia: neuropatía diabética, neuralgia postherpética (que se produce después de la infección por el virus del herpes zóster y no después de la infección por el virus del herpes simple).¹⁵ En ocasiones la compresión de una raíz nerviosa por una hernia discal, o enfermedades del sistema nervioso central como esclerosis múltiples, producen dolor, aunque generalmente no está localizado en la vulva.

El diagnóstico de vulvodinia se puede realizar principalmente por la historia, y la mayoría de las mujeres que refiere quemazón o irritación crónica en último término recibe un diagnóstico de vulvodinia.¹⁶ Sin embargo, para evitar pasar por alto a la paciente ocasional con una causa fácilmente corregible de dolor, se deben descartar estas enfermedades con una exploración física cuidadosa, cultivos vaginales habituales y una evaluación cuidadosa de la preparación en fresco de las secreciones vaginales para detectar tanto microorganismos infecciones como inflamación. Puede ser más difícil descartar los síndromes de dolor neuropático, aunque la historia y exploración física que incluyen una exploración local habitualmente ayudan a identificar causas neurológicas específicas y definibles de dolor.

Aun cuando se identifiquen y corrijan las alteraciones, con frecuencia se encuentra que factores como infección por *C. albicans*, dermatitis de contacto irritativa e inflamación vaginal leve son simplemente coincidentes y no causales.

Se han postulado los criterios de Friederich en el diagnóstico de dolor vulvar que son: dolor con la presión del vestíbulo, dolor severo al tocar el vestíbulo, dolor en el introito vaginal y los cambios semiológicos del tipo eritema en grado variable, pero desafortunadamente hay poca capacidad discriminatoria y reproducibilidad interobservadores.¹⁷ Hay en la literatura un pobre número de publicaciones que evalúen la validez diagnóstica en términos de sensibilidad y especificidad de las pruebas usadas para el diagnóstico de vulvodinia¹⁸, esto hace que en el diagnóstico de esta entidad y ante la poca evidencia que soporte el diagnóstico y dada la etiología multicausal de este síndrome doloroso, es importante individualizar cada paciente, realizando una adecuada historia clínica que incluya los aspectos personales bio-psicosociales; un examen físico riguroso de los genitales externos en búsqueda de lesiones visibles, que determinen la necesidad de biopsia para establecer el diagnóstico diferencial¹⁹, como la ausencia de lesiones es frecuente en estos casos

deberá realizarse un mapeo del dolor, explorando los genitales de anterior a posterior con un escobillón y en sentido horario, haciendo un registro gráfico, donde la vulvoscofia puede ser de mucha utilidad (v. figura 1).²⁰

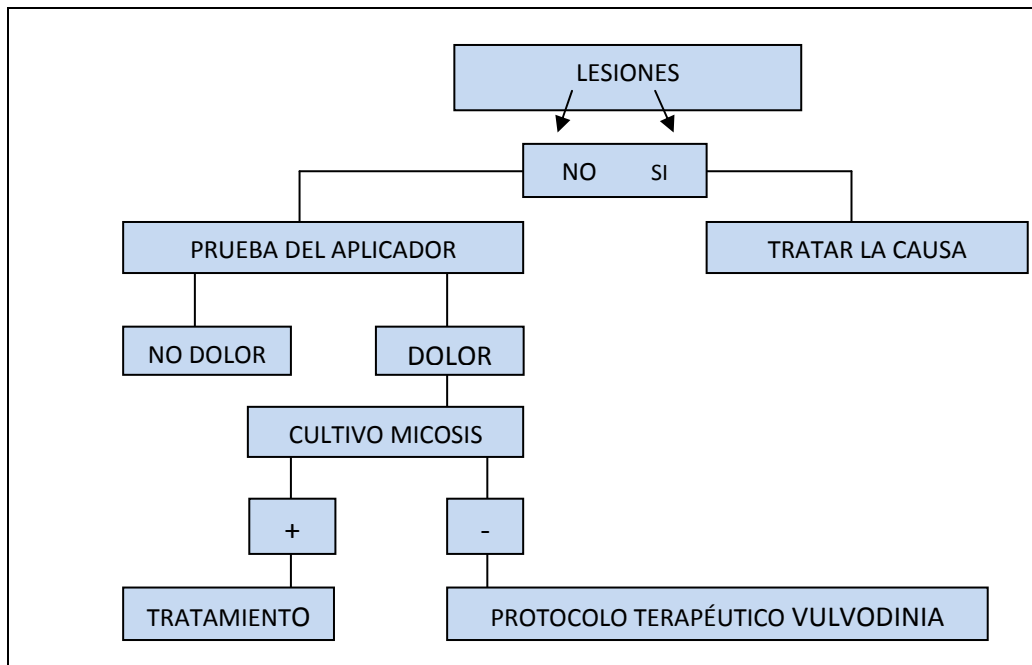


Figura 1.

Hallazgos de laboratorio e histología

No hay alteraciones de laboratorio acompañantes importantes en las pacientes con vulvodinia, aunque los cultivos vaginales con frecuencia muestran infección o colonización trivial coincidente. La biopsia de la piel vulvar afectada típicamente muestra un infiltrado inflamatorio perivascular crónico leve o inespecífico, con frecuencia con acantosis e hiperqueratosis leves acompañantes. Esto representa la histología normal de la vulva.

Patogenia

La vulvodinia es un síndrome complejo y multifactorial y no una enfermedad, por lo que en pacientes diferentes pueden actuar factores diferentes. Existen varias teorías que aun no han podido ser demostradas que van desde anomalías embriológicas, alteraciones genéticas , factores inmunes, probable causa infecciosa por el virus del papiloma humano o contagio micótico (candidiasis), excreción urinaria aumentada de

oxalatos, alteraciones hormonales en los receptores estrogénicos , inflamación y neuropatías.^{21,26}

No hay consenso frente al papel etiológico del virus del papiloma humano, algunos estudios de casos y controles encuentran evidencia anatomopatológica y por tipificación para ADN viral, en tanto que otros estudios similares no lo comprueban.^{22,23,24}

De otro lado hay investigaciones que sugieren que la vulvodinia es el producto de disfunciones psicosexuales, pero hasta el momento no hay evidencia científica que lo corrobore.²⁵

Se ha relacionado la vulvodinia con patologías autoinmunes tales como el liquen plano y escleroso, enfermedad de Behcet, Síndrome de Sjogren, , eczema de contacto alérgico, teoría basada por haber encontrado en las pacientes con vulvodinia disestésica y vestibulodinia una respuesta inflamatoria crónica con baja producción de interleuquina 1, interferon alfa y franca disminución de células natural killer. (v. cuadro 2)^{27,28}

La mayoría de los vulvólogos piensa que el factor subyacente más importante en la vulvodinia es un síndrome de dolor genital neuropático que no se puede diagnosticar como una neuropatía específica.²⁹ Es muy probable que algunas pacientes tengan vulvodinia como consecuencia de una neuropatía periférica,^{30,31} mientras que otras tienen dolor vulvar como consecuencia de un síndrome de dolor regional complejo (distrofia simpática refleja) o por una lesión u otra agresión que desencadena el dolor.^{32,33,34}

Es así como actualmente los consensos de expertos consideran la vulvodinia como un SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO (SDRC), similar a la fibromialgia o la cistitis intersticial,^{35,36} procesos donde hay una sensibilización del sistema nervioso central que se traduce en un incremento de la percepción sistémica del dolor , manifestado por alodinia e hiperalgesia , síntomas causados por el fenómeno wind up , que es la activación repetitiva de las fibras aferentes de dolor tipo C, que conlleva una hiperactividad de las células medulares del asta dorsal.³⁷

El suelo de la pelvis podría tener participación etiológica en la vulvodinia. La electromiografía de superficie de la mayoría de las mujeres con vulvodinia muestra aumento de la tensión en reposo e irritabilidad de los músculos del suelo de la pelvis, aunque con debilidad global.³⁸ Los ejercicios y la fisioterapia que normalizan estos músculos del suelo de la pelvis mejoran de forma gradual, aunque notable, los síntomas en la mayor parte de las mujeres.³⁹

Cuadro 2 Vulvodinia
Diagnostico
<p>*Historia Quemazón, sensación punzante, sensación de «estar en carne viva» irritación, dolor, dolor en puñalada, sensación de desgarro. Historia negativa para enfermedad neurológica específica, incluyendo neuropatía diabética y neuralgia postherpética.</p> <p>*La exploración clínica muestra piel normal o eritema macular</p> <p>*Preparación en fresco y cultivo vaginal negativos</p>
Diagnósticos diferencial
<p>*Infección (especialmente por Candida no albicans, vaginitis bacteriana, infección por el virus del herpes simple)</p> <p>*Dermatosis erosivas (liquen plano, liquen simple crónico escariado, liquen escleroso)</p> <p>*Vaginitis atrófica</p> <p>*Vaginitis inflamatoria descamativa y vaginitis inflamatoria no infecciosa asociada</p> <p>*Enfermedades neurológicas: neuralgia postherpética, neuropatía diabética, esclerosis múltiple.</p>

Con frecuencia un factor importante que produce irritación vulvar son los múltiples, tratamientos que se usan de forma empírica, como tratamientos tópicos para la infección y las enfermedades cutáneas, además de técnicas rigurosas de lavado y secado. Los tratamientos destructores de las verrugas y las neoplasias malignas a veces precipitan el dolor.

Varios estudios han mostrado disminución de los receptores estrogénicos en la vulva de mujeres con vulvodinia, y la diferencia iatrogénica puede producir aumento de la densidad nerviosa local.⁴⁰ Además, algunos médicos describen de forma informal buenos resultados con el uso de estrógenos tópicos, incluso en mujeres premenopáusicas con estudios en fresco normales. Esto indica la participación del efecto insuficiente de los estrógenos en algunas pacientes.

Casi todas las mujeres con vulvodinia refieren depresión y disfunción psicosexual.^{25,41} Algunos médicos piensan que la vulvodinia es un síntoma psicosexual,⁴² mientras que la mayoría de los vulvólogos piensa que la vulvodinia tiene bases fisiológicas específicas, aunque variables y con frecuencia desconocidas, de modo que la

depresión y la disfunción sexual son un factor subyacente, y casi siempre desencadenante. La mayoría de los médicos piensa que los factores psicológicos tienen una participación llamativa en algunas pacientes y una participación pequeña en otras.

Tratamiento

Debe ser a manera de escalera terapéutica, precisa tiempo y una adecuada empatía y comunicación con la enferma, avanzando paso a paso en la medida en que no se encuentra mejoría con el escalón anterior, donde se incluyen, consejería, medidas generales higiénicas y de cuidado, dieta, anestésicos locales, antidepresivos, anticonvulsivantes, terapia física y biofeedback, infiltraciones locales y como por último recurso la cirugía.^{35,43}(ver cuadro 3).

Un pilar del tratamiento de la vulvodinia es la educación y el asesoramiento y consejería de las pacientes. Aunque es frecuente, no se conoce ampliamente la existencia de la vulvodinia, y es muy útil la derivación a la *National vulvodynia Association* (www.NVA.org) para obtener apoyo e información adicional. Las referenciacines de las pacientes a asociaciones informativas son cruciales, porque la vulvodinia es una enfermedad con la que la mayoría de las mujeres no están familiarizadas; la información por escrito ayuda a las mujeres a tener la sensación de que es una enfermedad real y que no están solas.^{28,44}

Una parte importante del éxito terapéutico está basado en la adecuada comunicación con la paciente, haciéndole saber que el dolor que la aqueja no es producto de su imaginación, que los médicos conocemos el síndrome que afecta a un gran número de mujeres en el mundo, que no es una infección de transmisión sexual ni una entidad maligna, que no existe una cura 100% efectiva y que el proceso de curación es lento.⁴⁵ Es fundamental el soporte psicológico a la paciente y su pareja para el mejoramiento de la vida sexual gravemente afectada por la dispareunia severa en estas mujeres.^{46,47}

Los cuidados locales inespecíficos diarios son muy útiles en algunas pacientes, e incluyen minimizar los irritantes y el uso de anestésicos tópicos no alergénicos como gel de lidocaína al 2% a demanda para el dolor, y aplicado liberalmente aproximadamente 20 minutos antes de la actividad sexual.

Cuadro 3 Tratamiento de la vulvodinia

- *Tratamiento inespecífico, pero importante
 - Educación de la paciente sobre vulvodinia, con materiales escritos; a filiación a la *National Vulvodynia Association*
 - Consejo
 - Evitar los irritantes y los fármacos tópicos innecesarios
 - Lidocaína en gel al 2% pomada al 5%
- *Amitriptilina/gabapentina/venlafaxina/duloxetina/pregabalina
- *Terapia del suelo de la pelvis
- *Cirugía (solo en la vestibulodinia, si no se controla con tratamiento médico)

Tratamiento tópico específico

Es un trabajo se ha descrito la utilidad de la pomada de lidocaína al 5% aplicada de forma liberal en el vestíbulo y con oclusión nocturna con una torunda de algodón, y el grupo que realizó la publicación piensa que la adición de crema de estradiol a la pomada de lidocaína produce mejores resultados.⁴⁸ Algunos autores utilizan una crema combinada de amitriptilina y baclofeno, y también de nitroglicerina tópica.⁴⁵

Tratamiento oral específico

Un pilar del tratamiento específico de la vulvodinia es el tratamiento oral del dolor neuropático. Con frecuencia es difícil tomar estos fármacos orales, que producen efectos adversos como mareo, somnolencia, sequedad de ojos y boca y aumento de peso, y el efecto beneficioso es tardío. Sin embargo las mujeres que los toleran con frecuencia tienen una mejoría llamativa. No hay estudios adecuados con doble enmascaramiento y controlados con un placebo que evalúen los siguientes fármacos en el tratamiento de la vulvodinia. En general tampoco hay estudios abiertos ni series con un número significativo de pacientes que permitan extraer conclusiones; estos datos son anecdóticos.

Los antidepresivos tricíclicos como amitriptilina y desipramina son el tratamiento de primera línea y con frecuencia son útiles en las pacientes que los toleran.^{49,50,53} Estos fármacos se inician a una dosis baja, como 5-10 mg 1 o 2 horas antes de acostarse, y se aumentan gradualmente hasta 150 mg, hasta que la paciente se sienta cómoda o hasta que haya efectos adversos limitantes, lo que ocurra antes.

El tratamiento de segunda línea es gabapentina, comenzando a 100 mg al día y aumentando hasta 3.200 mg en tres dosis iguales, hasta que la paciente se sienta cómoda o hasta que haya efectos adversos limitantes.^{51,52} La venlafaxina y la duloxetina son antidepresivos de nueva generación que tienen efecto inhibitor de la receptación de norepinefrina y se sabe que son beneficiosos en el dolor neuropático. La venlafaxina se comienza a una dosis de 37,5 mg en presentación de liberación extendida y se aumenta hasta 150 mg en la misma presentación. Los principales efectos adversos son náuseas, somnolencia, insomnio, mareo y sequedad de boca. La interrupción súbita a veces produce malestar y náuseas. La duloxetina se inicia a una dosis de 20 mg una vez al día y se aumenta hasta 60 mg. Los efectos adversos incluyen náuseas, sequedad de boca, estreñimiento, disminución del apetito, insomnio y astenia.

Finalmente, más recientemente se dispone de pregabalina, que está autorizada por la Food and Drug Administration (FDA) para la neuropatía diabética y la neuralgia postherpética. Una vez más, tampoco hay estudios clínicos que evalúen el efecto de la pregabalina en la vulvodinia, aunque de forma anecdótica varias pacientes de este autor han mejorado notablemente con este fármaco. Las pacientes comienzan con 50 o 75 mg, y aumentan hasta dosis de 300 mg dos veces al día si es necesario. Los efectos adversos incluyen somnolencia, astenia y edema en las piernas.

Históricamente, la analgesia con opioides ha sido poco útil en pacientes con vulvodinia.

Terapia intralesional

Actualmente, la utilidad de la terapia intralesional en la vulvodinia es escasa. Algunas pacientes tienen un dolor tan localizado que representa un punto gatillo. El acetónido de triamcinolona 10 mg/mL inyectado en esta zona dolorosa en un volumen de aproximadamente 0,1-0,3 mL a veces produce un alivio significativo de la molestia. Si se produce mejoría, muchas pacientes se benefician de una segunda inyección 3-6 semanas después, porque el efecto del corticoide se disipa después de aproximadamente 1 mes.

En el pasado se describió que el interferón alfa inyectado localmente en el vestíbulo de las pacientes con vestibulodinia era útil, aunque con el paso del tiempo no ha resultado ser útil. Se ha utilizado la toxina botulínica A en muchos síndromes dolorosos, y hay varios estudios preliminares de su uso en la vulvodinia.⁵⁴

Terapia del piso de la pelvis

Se debe realizar una evolución del suelo de la pelvis en las pacientes que no se controlen adecuadamente con fármacos para el dolor neuropático. Hay dos métodos

habituales para tratar el suelo de la pelvis.⁵⁵ El más utilizado es la fisioterapia, en la que el masaje interno y la liberación del espasmo, además de los ejercicios, relajan y fortalecen el suelo de la pelvis. No hay estudios que analicen la fisioterapia formal, aunque anecdóticamente muchos vulvólogos refieren que la fisioterapia ha sido muy útil en muchas de sus pacientes.

Un abordaje alternativo es la electromiografía de superficie para evaluar el grado de disfunción de los músculos pélvicos, seguido, cuando está indicado, por ejercicios domiciliarios. Estos ejercicios, que se realizan con un sensor localizado para permitir la biorretroalimentación, también eliminan la irritabilidad a la vez que fortalecen los músculos del suelo de la pelvis. Los estudios clínicos indican que el 80% -95% de las mujeres con vulvodinia que tienen un perfil del suelo de la pelvis de tensión en reposo elevada, irritabilidad y debilidad global mejoran significativamente cuando se normaliza el suelo de la pelvis.^{56,57,58}

Tratamiento quirúrgico

En términos generales se recomienda la cirugía como último recurso una vez han fracasado todas las medicaciones y terapéuticas previas y en pacientes adecuadamente seleccionadas es decir con vulvodinia pura.

Las mujeres con vestibulodinia, es decir, dolor vulvar que está limitado estrictamente al vestíbulo y que aparece principalmente con el tacto, habitualmente se benefician de la cirugía. En muchos estudios independientemente se ha demostrado que la vestibulectomía produce una tasa de mejoría marcada o de curación de aproximadamente el 85% - 93% en las pacientes que son buenas candidatas a este tratamiento.^{59,60} Este tratamiento debe realizarlo un cirujano con experiencia, y hay un riesgo ligero de empeorar el dolor. Antes de anestesiar a la paciente se debe cartografiar la zona de dolor, utilizando presión con un aplicador con punta de algodón. Después se reseca esta zona incluyendo las carúnculas himeneales; se socava la mucosa vaginal y se la hace avanzar para recubrir el defecto. Después la zona quirúrgica se retrae naturalmente hacia la vagina, dejando una vulva de aspecto normal. Sólo la pérdida de las carúnculas himeneales, que generalmente no se observa incluso en la exploración ginecológica, muestra los efectos de la cirugía.⁶¹ Las mujeres que tienen dolor después de la cirugía probablemente téngan síntomas en zonas de vestíbulo que no se han resecado en la operación. Para evitar esta posibilidad muchos cirujanos deciden resecar incluso porciones no dolorosas del vestíbulo. Por lo demás, la causa más frecuente del fracaso de la vestibulectomía es la extensión del dolor más allá del vestíbulo, o la presencia de quemazón de fondo significativa antes de la operación.⁶²

De forma específica, la cirugía con láser de dióxido de carbono no es útil y se debe evitar. Ha actuado como desencadenante de la aparición y el empeoramiento del dolor.

Por último existen en la literatura médica algunos estudios con el uso de la acupuntura y la hipnosis sin clara evidencia científica de su beneficio en estas pacientes.^{63,64}

Consejería

El consejo, tanto individual como de pareja, y la terapia sexual habitualmente son muy importantes para el éxito del tratamiento de la vulvodinia. Los estudios muestran que, como cualquier otra enfermedad dolorosa crónica, la vulvodinia se asocia a depresión, y la naturaleza de este dolor introduce el estrés añadido asociado a la alteración de la actividad sexual y la intimidad en general. Aunque una pequeña proporción de médicos piensa que la vulvodinia está producida por completo por disfunción psicosexual, la mayoría piensa que los factores psicológicos son importantes en este complejo multifactorial. Es necesario prestar atención a este aspecto para maximizar la calidad de vida de la paciente y acelerar la mejoría, independientemente de que la disfunción psicosexual subyacente produzca o no vulvodinia o la vulvodinia produzca disfunción psicosexual. El consejo es importante para restablecer la intimidad física y la libido.^{65,66}

Es un estudio, de las pacientes cuyos síntomas se controlan con medicación casi la mitad pudo interrumpir el tratamiento después de 1 año. Sin embargo, se debe indicar a las pacientes que no hay curación definitiva de la vulvodinia. Los objetivos son el control de la quemazón vulvar y la molestia con un tratamiento razonable, para que el dolor sea infrecuente, la actividad sexual sea cómoda y se alivien los síntomas psicológicos de miedo, aislamiento y pérdida de intimidad.

TERAPIA NEURAL

Generalidades

El proceso de curación no se limita exclusivamente a la abolición o modificación de los síntomas clínicos y alteraciones de las cifras de laboratorio de la enfermedad, sino que debe ir asociado a una regularización energética, lo que genera cambios en los niveles mentales y físicos del enfermo. Estos tratamientos obran sobre manifestaciones energéticas, por tanto es una terapia individual donde se tratan enfermos y no enfermedades no hay cabida a diagnósticos concretos; estadísticas lineales ni protocolos terapéuticos.⁶⁷

Desde finales del siglo XIX y en todo el siglo XX los descubrimientos y avances en física, matemáticas, cibernética, sistemas y pensamiento complejo han evidenciado y confirmado la existencia de esas energías; situaciones que han hecho reconsiderar los paradigmas científicos existentes y han validado concepciones médicas no tradicionales como la Terapia Neural, terapéutica del grupo de las llamadas medicinas alternativas que aparece a principios del siglo XX por la experimentación de médicos rusos como Pavlov y Speransky y se consolidan con los estudios de los médicos alemanes Ferdinand y Walter Huneke.

Ellos hicieron un descubrimiento cibernético en una época precibernética, entendiendo la cibernética como la ciencia que estudia los mecanismos de comunicación y control de los seres vivos.

Una de las múltiples maneras como la energía se expresa en el ser humano es a través del Sistema Nervioso, el cual actúa como un centro regulador e integrador de él mismo, relacionando sus diferentes partes entre sí (conocimiento del todo y las partes) y relacionándolo con el medio exterior gracias a procesos cibernéticos que tienen efectos eléctricos y químicos.^{67,68}

Una característica de los sistemas complejos como lo es el ser humano es que pequeñas alteraciones (ruidos en cibernética o irritaciones-campos de interferencia en terapia neural) pueden amplificarse y alterar todo el sistema y sus relaciones con el medio exterior termodinámicamente abierto.

No se trata de luchar contra la enfermedad, sino de dar los impulsos adecuados al sistema del ser humano para que el mismo dentro de un proceso de auto-eco organización busque y logre un orden interno propio y singular, que le permita continuar estable sin la necesidad de tener una enfermedad.^{67,69}

En congruencia con lo dicho, lo que busca la Terapia Neural es dar la información necesaria para que el cuerpo humano se quite o modere los ruidos, irritaciones o memorias que lo sobrecargan. Recordar siempre que el lenguaje de la vida no es lineal ni mecánico ni reduccionista sino complejo y holístico.

Estos procesos biocibernéticos se efectúan gracias a movimientos de átomos, expresando así fenómenos cuánticos; de aquí la relación energía, física cuántica, biocibernética y Terapia Neural.⁶⁸

Un todo es un sistema complejo de relaciones reciprocas de elementos y procesos con una cualidad especial que lo distingue de otros sistemas. En cambio, la parte es un

elemento del sistema sometido al todo. Estas partes tienen una independencia relativa que les permite subsistir individualmente y a la vez les permite modificar al todo.

El organismo constituye un todo integrado a su medio ambiente; esta integridad está asegurada por la asociación de todas sus partes y por la unión entre ellas, teniendo el sistema nervioso (S.N) como regulador de todo los procesos del organismo. En consecuencia la unidad orgánica se logra gracias al S.N central y vegetativo, que se infiltra en todos los órganos y tejidos del cuerpo permitiendo dicha integralidad.⁷⁰

No se puede hablar del organismo como unidad, sin tener en cuenta el medio ambiente, sin el cual su existencia no sería posible, la influencia del medio ambiente sobre el hombre se cumple no solo por el ambiente físico sino por el social (trabajo, condiciones de vida, educación, afectividad, etc.); por tanto, tampoco puede concebirse una auténtica medicina holística sin contar con el medio social en donde se desenvuelve el hombre.

En éste sentido el sistema nervioso desempeña el papel de “un instrumento de precisión que equilibra el organismo con el medio ambiente” (Pavlov).^{71,86}

Sistema Nervioso como unidad integradora

Estudios tanto de tipo fisiológico como anatómico han demostrado una total integridad entre los dos sistemas, el sistema nervioso central y el sistema nervioso autónomo o vegetativo como ya se sabía desde los experimentos de Speransky y Pavlov, que actúan unidos y coordinados e integrados a nivel de la corteza cerebral.⁷²

El S.N no solo comanda la respuesta del ser vivo a los estímulos externos, también dirige procesos originados en órganos internos gracias a interorreceptores que informan al S.N sobre los diferentes cambios ocurridos al interior del organismo.

Existen múltiples irritantes de orden físico, químico o biológico que desencadenan procesos inflamatorios con la regulación del S. N: en éste sentido es importante destacar que incluso los tejidos y líquidos orgánicos, mediante cambios en sus propiedades biológicas pueden tornarse en agentes irritantes para el organismo, desencadenando en él respuestas inflamatorias.⁷²

Papel del Sistema Nervioso en la Terapia Neural

Todo organismo es termodinámicamente abierto es decir está en constante intercambio de energía, información y materia con el exterior , constantemente esta regulando sus relaciones con el medio externo así como su propia homeostasis (AUTO-ECO-ORGANIZACIÓN).

El sistema orgánico a través del cual se relaciona y se modifica, según sus necesidades de adaptación es el S.N., de ahí la gran importancia de este sistema en el diagnóstico y tratamiento desde la terapia neural.

La Terapia Neural coloca un impulso en puntos específicos del organismo según su singularidad para generar cambios cuánticos en el SN que permitan un reordenamiento de todo el SER, para que él mismo busque su propio y único estado de salud .⁶⁷

Mucho se ha hablado y escrito sobre el sistema básico de Pischinger (S.B.P); considerado como un excelente sistema conductor de impulsos, pero su acción integradora no es clara. Además en él se aprecia más una acción mecánica, que es una función biofísica. La cuestión entonces es preguntarse mediante qué mecanismo, realmente integrador, al colocar un impulso en un plejo o cualquier sitio del organismo, se desencadenan cambios biofísicos, bioquímicos y anatómicos en el todo y no sólo en segmento

Ese sitio debe tener la capacidad de mantener una homeóstasis energética que se refleje en un orden bioquímico, por lo cual se hace necesario que reciba información continua, que tenga una memoria, capacidad de codificar y decodificar, y capacidad para, según la información que reciba del exterior y del organismo mismo, producir los cambios necesarios para llevar todo el sistema por un rumbo adecuado. .

La terapia neural actúa sobre hombres vivos, con billones de células, cada una con más de trescientas mil reacciones por segundo, con quinientos millones de moléculas enzimáticas en el interior de cada una de ellas y con inconmensurables niveles de energía, como lo plantea la biocibernética verdaderas cajas negras en el sentido informático.^{68,69,73}

Cuando colocamos un impulso neural terapéutico en un ser vivo, éste procesará esa información teniendo como base todo su potencial energético- fisiológico, por una parte y la relación que en este momento tenga con todo el medio externo. Ambas

medidas, cambiantes en todo momento. Ese proceso de la información lo hará buscando su propio orden.^{73,74}

Aislar al hombre no sólo de su medio exterior sino de la totalidad de él mismo, termina en teorías erróneas y la historia de la Medicina está llena de hechos como éste. El presente trabajo de investigación busca en consecuencia con lo expuesto considerar al organismo no sólo como una totalidad sino como una unidad fisiológica-patológica-terapéutica, vital en relación continua con el medio ambiente y efectuando sus mecanismos de ordenación individual.

Enfermedad para la Terapia Neural

La Terapia Neural al igual que todas las demás disciplinas de la medicina alternativa comparte el concepto de la unión íntima dialógica e indivisible de mente y cuerpo, energía y materia, pensamiento y acción a diferencia de la medicina tradicional que divide el ser humano entre mente y cuerpo, sigue y toma divisiones que la especializa.^{67,74,75}

La física cuántica y la teoría de sistemas ha demostrado la indivisibilidad de la viviente y la existencia de una red de conocimiento que une todo lo vital () por tanto una definición aproximada de lo que es un sistema biológico podría ser: organismo que se comporta como un TODO INTEGRADO y cuyas propiedades surgen de la interacción de sus partes , que se comportan como sucesos con un conocimiento del todo y de ellos mismos. La Terapia Neural actúa en consonancia con la visión sistémica y siguiendo la lógica de la viviente.⁷⁶

Derivado de los trabajos de Pavlov, Speransky y Huneke se sabe que el organismo en cualquier sitio de su sistema nervioso guarda irritaciones que sumadas dan como resultado procesos patológicos llamados enfermedad.⁸⁶

Ruidos en el sistema según la cibernética o mejor llamados procesos irritativos como: enfermedades antiguas, traumas, cicatrices, agresiones eléctricas, químicas o mecánicas no deben dejar memoria en el SN, es decir el organismo es capaz de eliminar ese ruido o irritaciones y no dejar memoria de ellos(información), a través de un proceso de auto-curación; cuando este proceso de auto-curación es suprimido como es cotidiano en la medicina ortodoxa por el uso de diferentes terapéuticas como medicamentos farmacológicos, cirugías, psicoterapias etc., quedarían MEMORIAS en su S.N. o ENFERMEDADES en Terapia Neural como irritaciones, ruidos o campos de interferencia.^{70,77,78}

Para la Terapia Neural las enfermedades tienen como causa memorias irritativas o campos de interferencia que se van sumando en el organismo para aparecer en el futuro dentro de su devenir vital como enfermedades.

El tratamiento buscado con la Terapia Neural es el impulsar procesos neurales y de memoria del organismo para que el mismo suprima o modere esas memorias que le están produciendo irritaciones y por ende enfermedad .^{73,74}

Este impulso se logra con la aplicación de anestésicos locales en dosis y concentraciones mínimas (generalmente procaina), que por su acción dieléctrica y permitividad eléctrica al ser aplicados en puntos específicos, según la historia neural terapéutica del enfermo, dan un impulso o información inespecífica al sistema (organismo) para inducir en el proceso de auto-eco-organización.^{67,68,73,74}

En la historia clínica de la Terapia Neural es muy útil la evaluación física de tipo energético es decir buscar zonas frías; puntos dolorosos, puntos de pérdida de fuerza, correlaciones con los meridianos de acupuntura, el estado emocional, patrones de forma y organización del organismo endurecimientos; gelosas y la simbología propia que tenga el enfermo de su propia condición.^{73,74}

Teoría central de acción de la Terapia Neural

“En nuestro planeta, el sistema nervioso es el instrumento más completo para reaccionar y conectar las partes del organismo como sistema complejo con las incontables influencias externas”. Así lo anunciaba Pavlov en una de sus conferencias.^{68,71}

De esta manera, ya en 1910 se configura el sistema viviente como termodinámicamente abierto, esto es, en un constante intercambio de materia y energía con el medio, lo que le permite eliminar entropía para llenarse de negantropía, dos caras de la información.

En este sentido tomamos al sistema nervioso como una unidad: Sistema Nervioso Central y Autónomo o Neurovegetativo, como un solo sistema tal como lo plantean fisiólogos y anatomistas.

Por los recientes estudios de Franz Popp, también tenemos que cambiar el concepto de la conducción nerviosa a saltos por uno más a nivel atómico cuántico.⁷⁹

En los trabajos de Speransky queda demostrado que es a nivel del cerebro donde se hacen las conexiones o donde están los receptores centrales de la formación de una arco reflejo o de una irritación periférica, tal como también lo planteó Pavlov..

Cuando se presenta una irritación en el sistema nervioso que puede ser causada, bien por elementos o influencias externas o por tejidos y líquidos del organismo, tal como lo plantean Speransky y Reckeweg , ésta irritación, que corresponde a un ruido biocibernético, es trasladada como información al cerebro. Para esto puede seguir las vías anatómicas del sistema nervioso. Es importante recordar que recordar, según N. Wiener,⁷⁷ que la información durante su transmisión sufre alteraciones, así que al llegar al punto central cerebral, todo proceso de excitación se concentra en un punto minúsculo en los hemisferios cerebrales. La información inicial llega con cambios producidos por su propia transmisión.

Es sabido que toda información conlleva su propio ruido, dado por sus mismos electrones en movimiento, a más que se le pueden sumar otros ruidos ⁷⁰; la información que recibe el cerebro, no es exactamente la misma que la inicial aferente o periférica. Esto hace que irritaciones consideradas por nosotros, como leves, puedan causar grandes problemas. Todo esto está mediado por el mismo terreno del paciente como del entorno, ambos factores con innumerables variantes que cambian constantemente.

Se entiende que la información periferia–cerebro-periferia-cerebro, varía constantemente y hace parte de toda la dinámica atómica del hombre. Pero esto no se hace al azar, cumple siempre algunos principios, tal como ha sido enunciado por la acupuntura y la homeopatía

El cerebro recibe, codifica y decodifica todas las señales periféricas, entre ellas las de irritación y mediante un mecanismo aferente-eferente (feed-back), regula el tono nervioso de todo el organismo, actuando, a su vez en todos los órganos.

Hasta aquí tendremos un arco completo: periferia con irritación, información aferente al cerebro, decodificación de señales con todo el mecanismo de información, y del cerebro a su vez parten nuevas señales a la periferia que regresarán al cerebro manteniendo el tono de todo el organismo.

Speransky registra el caso de un perro que gracias a una sarna, mantenía un tono determinado en el sistema nervioso, tono que lo defendía de otras agresiones producidas en él. Cuando con medidas externas se le quitó la sarna, el perro sucumbió a las irritaciones aplicadas.⁷²

La labor integradora de este arco es lo que permite la visión y unión del todo con la parte y de ésta con el todo, mediante ese mecanismo de información. Mientras el organismo mantenga su elasticidad, su homeostásis energética, el hombre mantendrá un orden dentro de su concepto de Salud tanto a nivel biofísico, bioquímico y

anatómico. Cuando los tonos nerviosos dados, alteran o rompen esa elasticidad, o cuando ella se pierde, ocurre la enfermedad.⁸¹

Los cambios o enfermedad se pueden presentar en el mismo sitio de la irritación principal o lo pueden hacer en un sitio diferente. Una cosa es el sitio de la irritación y otra el problema patológico, pero el suceso siempre está enmarcado dentro del concepto de las necesidades de reacción de todo el organismo.

La enfermedad se presenta como un cambio de tono en un sistema dado, según las necesidades del tono para mantener su orden, es decir la enfermedad es un estado necesario para preservar el orden del todo.^{72,73,81}

Para que todo esto se efectúe se necesita que el cerebro y todo el sistema nervioso tenga sus mecanismos de memoria funcionando de una manera adecuada, donde juegan papel importante factores de tipo molecular enzimático como la Proteín Kinasa C (P.K.C.), flujo de iones de Ca y de K, mecanismos de flujo y metabolismo de membrana y, en fin, todo el proceso de información y memoria celular.⁷⁹

Gracias a los procesos de memoria del organismo, es frecuente que cuando se trata adecuadamente y se suprime una irritación principal o campo de interferencia, aparecen otras; es lo que se llama el salto del campo.^{73,74}

Terapia Neural según Huneke

La Terapia Neural forma parte de las terapias reguladoras que buscan activar los mecanismos autorreguladores del organismo. La Terapia Neural forma parte del *Principio de estímulo y reacción*. El estímulo mediante inyecciones de un anestésico local es específico y dirigido. Tanto la cantidad como la duración del efecto del anestésico local son de importancia secundaria, al emplearse en forma correcta el efecto terapéutico permanecerá mucho más tiempo que el efecto del anestésico. Como modelo de explicación se emplea la cibernética, la integración de la física moderna en los sistemas biológicos así como mecanismos neurofisiológicos.^{75,79}

El fondo morfológico sobre el que actúan los acontecimientos informativos y reguladores después de la aplicación del estímulo es el sistema básico existente en todo el cuerpo, según Pischinger y el sistema nervioso autónomo que une a los diferentes órganos de acuerdo a ciertos principios de conexión.

La reacción (la respuesta del organismo al estímulo del anestésico local) demuestra efectos terapéuticos asombrosos.

La Terapia Neural se divide en:

- Terapia local
- Terapia segmental
- Terapia del campo interferente

Terapia Local

En este tipo, el más simple de la Terapia Neural se inyecta directamente en la estructura que presenta dolor: la piel, puntos gatillo miofasciales, inserciones de ligamentos con dolor, el periostio, tendones, cápsulas articulares, articulaciones, nervios periféricos, etc.

Terapia Segmental

La piel, el aparato locomotor y el órgano interno (víscera) respectivo están conectados entre sí de forma polisegmental por reflejos.⁸¹ Por esto se cuenta con puntos de ataque terapéuticos por ejemplo en las zonas de Head (vías de reflejos cuti-visceral). El simpático es el principal responsable de la existencia de estas vías de reflejos. Las cadenas cinéticas de músculos que traspasan los segmentos deben interpretarse como unidades funcionales, la terapia dentro del segmento significa inyección en el área de proyección de los síntomas, dependiendo de la situación se emplean técnicas como pápulas, infiltración en puntos gatillo miofasciales, cápsulas de articulaciones, periostio, en el área de la columna vertebral, en las raíces de los nervios, en arterias periféricas así como en su entramado simpático perivascular, en los ganglios vegetativos, etc.

Cicatrices dentro del segmento se desinterfieren desde la primera consulta. La terapia segmental por una parte regula los órganos internos, mejorando la circulación, regeneración, espasmólisis, mejorando la capacidad exocrina y endócrina; por otra parte la Terapia Neural segmental puede aliviar o eliminar dolores y estados de tensión en el aparato locomotor, puede mejorar trastornos circulatorios, enfermedades oclusivas circulatorias en la periferia arterial.

Terapia del Campo Interferente

Los acontecimientos del campo interferente, el simpático y el sistema básico según Pischinger como “sinapsis ubicuitaria” son la base morfológica en la cual trabajan la transmisión y el archivo de informaciones (ruidos o interferencias)

El campo interferente es un estímulo crónico en cualquier punto del cuerpo. El estímulo es subliminal, es decir, en la mayoría de los casos no existen síntomas directos en el campo interferente. Histológicamente, de vez en cuando se pueden

detectar signos de infección; los impulsos patológicos (electromagnéticos) procedentes del campo interferente por una parte irritan al sistema básico, por otra son estímulos subliminales (nociceptivos) del simpático. Con esto los circuitos reguladores cibernéticos entrelazados se debilitan y los sistemas ya no trabajan según el principio homeostático y económico, cuando a esto se agregan cargas adicionales (de tipo general o campos interferentes adicionales) los mecanismos de compensación del propio cuerpo pueden fallar. Con un último estímulo (“segundo golpe” según Speranski) se desarrolla una enfermedad de campo interferente. El “segundo golpe” puede ser por ejemplo una operación con una cicatriz como campo interferente, estrés psíquico, una gripe, etc.^{68,73}

Casi cualquier enfermedad crónica puede ser el resultado de un campo interferente. Cualquier tipo de enfermedad antigua o crónicamente persistente, también cualquier cicatriz puede convertirse en un campo interferente (pero no tiene que suceder necesariamente). Algunos ejemplos de campos interferentes posibles serían: amigdalitis crónica, cicatrices de una amigdalectomía, dientes incluidos, quistes, restos de raíces de dientes, osteítis en el área de raíces de dientes, todo tipo de cicatrices, estado posterior a neumonía o hepatitis, fracturas, patologías obstétricas, etc.^{69,83}

Se debe pensar en un campo interferente cuando la terapia del segmento fracasa. La comprobación clínica de un campo interferente se logra mediante el llamado “Fenómeno de segundos según Huneke”.⁸⁴ Se inyecta directamente en el presunto campo interferente y cuando no fuera posible, de forma indirecta en fibras o ganglios simpáticos del área del campo interferente (por ejemplo, al tratarse de órganos internos).

En estos casos, en segundos pueden desaparecer dolores e interferencias lejanas. Solamente se puede hablar de un ***fenómeno de segundos cuando la molestia desaparece por completo durante por lo menos 20 horas (en el área de dientes durante 8 horas)***. Esta desaparición instantánea de los síntomas debe *poder repetirse y con cada inyección posterior al intervalo sin molestias debe prolongarse*.⁷³

Pischinger mediante experimentos consiguió datos objetivos sobre el comportamiento del campo interferente y del “fenómeno en segundos”. Después de inyecciones en el campo interferente afectado, Pischinger observó una normalización de la curva de los valores de consumo de yodo.⁷⁹ En cicatrices que actuaron como campo interferente Stacher detectó resistencias eléctricas elevadas en la piel; después de una inyección con anestésico local en algunos de los casos la resistencia eléctrica elevada descendió a valores normales. Cuando al mismo tiempo se presenta la desaparición de síntomas,

prácticamente se puede interpretar como una prueba de la actividad del campo interferente o del fenómeno de segundos respectivamente.

En la práctica, la búsqueda y la aplicación de terapia sistemática en el campo interferente demuestran que tan especialmente relativa es la interpretación del término “diagnóstico”. Una observación escrupulosa mostrará que, normalmente, sólo se pone nombre a los síntomas, no se habla de la etiología. Una migraña, por ejemplo, puede ser causada por una cordal incluida, por una cicatriz de apendicectomía (“segundo golpe”) por vibraciones patógenas exógenas electromagnéticas (“genopatía”) etc., cuando logramos eliminar uno o varios factores etiológicos puede lograrse la recuperación de un paciente con enfermedad crónica. Este punto de vista individual tanto para el paciente como para el médico es una solución mucho más satisfactoria que el tratamiento de los síntomas con analgésicos.^{73,74}

Consideraciones terapéuticas en la terapia neural

Está claro que una irritación periférica tiene su representación cerebral que, a su vez, gracias a mecanismos de retroalimentación, de generalización, de homeóstasis electromagnética y química, mantiene un tono general cambiante que permite la adaptabilidad de todo el organismo. Esto da como resultado lo que se ha llamado TERRENO, del cual la enfermedad no es más que una indicadora resultante.

Llegados a un límite, no el por qué se presentan cambios anatómicos, pero podemos pensar con Penrose⁸⁰ que: “cada átomo parece percibir lo que está haciendo cierto número de otros átomos y que cuando las diferencias en la distribución de masa y energía entre los diferentes estados, alcanza un nivel de significado gravitatorio, los estados se desploman y confunden en un único estado provocando cambios mensurables probablemente no locales en la estructura neural del cerebro”.

Esto se basa en el experimento conceptual de Einstein-Podolsky-Rosen,⁶⁸ que consiste en demostrar que al desintegrar una partícula se emiten, simultáneamente, fotones en direcciones opuestas. Al medir el spin de uno se fija instantáneamente el spin del otro, aunque se encuentren a una distancia de años luz ,podría esto ser, la explicación cuántica de un fenómeno en segundos?.

Es decir, se van sumando cambios a nivel biofísico hasta que estos alcanzan niveles de masa gravitatoria que producen alteraciones bioquímicas y luego anatómicas. Estos últimos cambios son los que alteran el PH, los niveles de oxido-reducción, las concentraciones de O₂ y de H, el metabolismo del agua, etc. Al final, son los

responsables de dolores, inflamaciones, cambios en la mecánica inmunológica, cambios del comportamiento, mala eliminación de homotoxinas, etc.

Cualquier terapia que no tenga en cuenta la irritación periférica o campo de interferencia falla por falta de causalidad.^{67,68} Hay grandes irritaciones que no actúan como campos, y pequeñas que pueden producir grandes afecciones, la cuestión no es mecánica.

Lógicamente el cerebro y todo el sistema nervioso, al gozar del mecanismo de memoria, permite que con una terapéutica adecuada, él sea capaz de recordar otras irritaciones que lo sobrecarguen y de ahí el por qué observamos con mucha frecuencia que durante un tratamiento con terapia neural se “recuerden” lesiones anteriores.⁷⁴

Posibles mecanismos que explican el efecto de las aplicaciones de procaina en la Terapia Neural

Con referencia a la Terapia Neural que se orienta a la física moderna y la cibernética, se considera la individualidad y la complejidad de los sistemas vivos. Los siguientes enunciados en las magistrales conferencias del Dr Leiva⁸⁵ servirán para despertar el interés y para hacer aparecer conceptos en trabajos de investigación posteriores. Una explicación completa de los resultados, a veces fantásticos, de la Terapia Neural sigue pendiente.

- La Terapia Neural puede resultar en una modificación de la sensibilidad individual al estímulo del simpático. Esto influye en los sistemas subsecuentes, la sustancia básica y los órganos dependientes.
- Terapia Neural (especialmente la terapia del campo interferente) significa una reducción de la carga del sistema básico.
- La aplicación del neural-terapéutico en el sistema básico causa la reacción clásica según Selye (61) en los pacientes que no padecen de una regulación bloqueada.
- Piezoelectricidad: La sustancia básica contiene colágeno como dipolos eléctricos. Esta clase de modificación de la presión con las señales eléctricas resultantes también se presenta después de un pinchazo con la aguja.
- Una aplicación de procaina en el punto adecuado en nuestro organismo como sistema disipativo bajo ciertas circunstancias puede causar, bruscamente, un nuevo “estado de orden”. Según la teoría matemática del caos en las transiciones de fases se requieren solamente cantidades mínimas adecuadas.
- El anestésico local logra una interrupción temporal del conducto nervioso. Durante este intervalo los circuitos reguladores pueden intentar alcanzar su centro fisiológico.

- La herida microscópica causada por el piquete y por las células desintegradas (derrame del DNA) emite biofotones como consecuencias (vibraciones electromagnéticas coherentes según el principio de la luz láser) . Los biofotones cuentan con la capacidad de información. Bajo ciertas circunstancias y con el pinchazo en el lugar correcto se puede influir en el campo de los biofotones de todo el organismo .

Efectos adversos de la Terapia Neural

Siempre y cuando se utilicen anestésicos locales específicamente Procaina y ocasionalmente la lidocaina libres de conservantes , las reacciones adversas de tipo alergia severa o anafilaxia son extremadamente raras.⁸⁹ Suelen ser comunes las inflamación, rubor leve , ardor y dolor local en la piel de la zona de aplicación. De manera sistémica son frecuentes la sensación de mareo, hipertermia y mialgias pasajeras, que se consideran más como reacciones autocurativas que síntomas adversos, generalmente son autolimitados en un período no mayor a las 48 horas y que ameritan solo medidas paliativas suaves como bebidas calientes, calor húmedo local y reposo.

Dada la experiencia colectada por más de 70 años en su uso diario, es una terapia muy segura en manos expertas que puede usarse en lactantes, niños y maternas. Tal vez la única contraindicación absoluta se da en pacientes con anticoagulación plena , donde el riesgo de hemorragia se sobrepone al beneficio terapéutico.⁷³

Para terminar quisiera recordar las palabras del **Dr GERMAN DUQUE MEJIA**, padre de la Terapia Neural en Iberoamérica , quien dijo al respecto: “ La terapia neural según Huneke todavía no ha podido encontrar en el ámbito de la medicina moderna, algún rival serio que desplace a un sitio de menor importancia para el tratamiento o manejo de la enfermedades crónicas, de las refractarias, para el posoperatorio, en la traumatología, para las afecciones y/o debilidades funcionales, así como cuanto síndrome existe sin hallazgo clínico positivo”.⁷¹

Objetivos

Objetivo General

Describir los cambios en la intensidad y características del dolor en pacientes con vulvodinia antes y después de manejo con terapia neural en el transcurso de seis semanas.

Objetivos específicos

- Describir la población estudiada en sus características iniciales, variables clínicas y paraclínicas del estudio de pacientes con vulvodinia.
- Evaluar la intensidad del dolor a las dos, cuatro y seis semanas de inicio de la terapia neural en consulta externa, utilizando la EVA (escala visual análoga) para dolor en pacientes con vulvodinia
- Establecer la evolución de las características clínicas de la vulvodinia a las dos, cuatro y seis semanas de inicio de la terapia neural en consulta externa utilizando la escala de LANSS.
- Comparar un antes y después utilizando el valor de EVA y de la escala de LANSS al inicio y seis semanas después.

Método

Tipo de estudio

Descriptivo de antes y después

Población de referencia

Pacientes con sensaciones desagradables en vulva como dolor, prurito, dispareunia, sensación de ardor, hormigueo o quemazón igual o mayor a 6 meses, en quienes no se encuentra patología clínica evidente que la explique (pacientes con vulvodinia), que consulten o sean referidas a consulta de ginecología del investigador principal.

Población a estudio

Pacientes con sensaciones desagradables en vulva como dolor , prurito, dispareunia, ardor, hormigueo o quemazón igual o mayor a 6 meses, en quienes no se encuentra patología clínica evidente que la explique (pacientes con vulvodinia) que consulten o sean referidas a consulta de ginecología del investigador principal .

Tamaño de muestra

El cálculo de tamaño de muestra se realiza con la fórmula para diferencias de medias con N_1 y N_2 desconocidos, las varianzas poblacionales son desconocidas y el tamaño de la muestra es grande. Con una hipótesis de una cola.

$$n = \frac{K (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{\{(\mu_1 - \mu_2)\}^2}$$

Como estamos considerando que los resultados en ambos grupos, antes y después de la seis semanas es mayor de 20 mm, este valor es la magnitud mínima importante de la diferencia ($\mu_1 - \mu_2$) diferencia mínima considerada clínicamente importante.

Con un nivel de significación de 0,05 y un poder de 90%, con una hipótesis unilateral, tenemos un $K (Z\alpha + Z\beta)^2 = 8.6$ y una desviación estándar en cada grupo de $(\sigma) = 40$ mm

$$n = \frac{8.6 (40^2 + 40^2)}{20^2} = \frac{13700}{400} = 34.25$$

Por lo que se tomaran 38 pacientes considerando un 10% por si hay pérdida de información en el seguimiento.

Criterios de inclusión:

1. Toda paciente con sensaciones desagradables en vulva como dolor, prurito, dispareunia, ardor, hormigueo o quemazón igual o mayor a 6 meses, en quienes no se encuentra patología clínica evidente que la explique (pacientes con vulvodinia).
2. Pacientes que acepten participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.
3. Edad mayor de 18 años.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes anticoaguladas.
2. Pacientes con inmunodeficiencia severa.
3. Pacientes embarazadas.
4. Pacientes de difícil seguimiento.

Plan de recolección

1. Anamnesis minuciosa (historia de vida) con datos de identificación del paciente, edad ; presencia y tiempo de evolución de los síntomas, entendiendo como dolor vulvar cualquier sensación desagradable como quemazón, escozor, ardor, irritación o inflamación, dispareunia ; se aplicará la escala de dolor de LANSS validada al español,^{87,88} la que permite de manera cuantitativa una evaluación de signos y síntomas neuropáticos, basándose en un análisis de la descripción sensorial y la exploración de la disfunción sensorial en la cabecera del paciente, donde un valor mayor o igual a 12 hace probable que los mecanismos neuropáticos contribuyan al dolor del paciente (Anexo 1) y EVA (escala visual analógica) para síntomas como prurito, dolor y dispareunia . (Anexo 2)

2. Examen físico y odontológico completo, exploración con énfasis en el terreno ginecológico específicamente del área vulvar, que incluye examen con escobillón y mapeo vulvar del dolor (se registra en la historia). (Anexo 3)

3. Posteriormente se procederá con la terapia neural aplicando el neural-terapéutico (procaína al 0.5%) en volúmenes entre 1.5 c.c. a un máximo de 20c.c., con aguja y jeringa estéril previa medidas de asepsia y antisepsia del área de piel de los campos de interferencia identificados por la historia de vida el examen físico (ganglionar, segmental o local)

4. Control a las dos, cuatro y seis semanas después de la intervención, evaluando la evolución clínica de los síntomas mediante el interrogatorio, aplicando la escala visual analógica (EVA) para dolor, prurito y dispareunia , escala de dolor neuropático de LANSS y mapeo de dolor vulvar .

Hoja de captura de datos: formulario que incluye historia de vida, datos de identificación del paciente, escala de dolor neuropático de LANSS y escala visual análoga (EVA) para dolor, prurito y dispareunia; examen físico completo, odontológico y ginecológico, test del escobillón para mapeo de dolor vulvar y descripción de la técnica de terapia neural; controles a los dos ,cuatro y seis semanas, aplicando EVA para dolor , prurito y dispareunia, mapeo de dolor y registro de efectos secundarios y/o complicaciones que se presenten.

La información recolectada en los formatos será digitada en Epiinfo versión 3.3.5.

Plan de análisis

En el análisis univariado las variables de tipo nominal se usaran las distribución de frecuencias relativas y absolutas, las variables de razón se les calculara la medidas de tendencia central para el análisis bivariado utilizando el tiempo transcurrido se realizara a las dos semanas, cuatro y seis semanas siempre utilizando como punto de comparación la valoración inicial previa a la terapia neural.

Análisis de intensidad del dolor: utilizando la EVA se analizara con la diferencias de medias con universos desconocidos, varianza poblacionales desconocidas en una distribución normal (n es mayor de 30).

Análisis de vulvodinia Para las variables que componen la escala de Lanss con características ordinales se utilizara la prueba de chi cuadrado con su valor de p-value

Para la comparación del antes y después de la población a estudio se utiliza las medias de la EVA y la prueba no parametrica de Chi cuadrado con su valor P-value. Las proporciones value y las proporciones definidas como:

Número de casos con probabilidad de dolor neuropático al inicio

P1

Número de casos estudiado con la escala de Lanss al inicio

Número de casos con probabilidad de dolor neuropático a las 6 semanas

P2

Número de casos estudiado con la escala de Lanss a las 6 semanas

P1 y P2 se comparan con diferencia entre dos proporciones asumiendo una distribución normal por el teorema del límite central con una n mayor de 30.

Matriz de las variables

Nombre	Def. operativa	Fuente de información	Escala de medición
Edad			
Sensación extraña	¿Siente el dolor como sensaciones extrañas y desagradables en su piel? Estas sensaciones podrían describirse con expresiones como escozor, pinchazos u hormigueo.	HC	ordinales
Zona dolorosa	¿A causa del dolor, ¿presenta la piel de la zona dolorosa un aspecto diferente al normal? Este aspecto podría describirse con expresiones como piel moteada o más enrojecida o rosada de lo normal.	HC	Ordinal
Sensibilidad anormal	A causa del dolor, ¿Tiene la piel afectada una sensibilidad anormal al tacto?. Esta sensibilidad se podría describir con términos como sensación desagradable cuando se roza ligeramente la piel o dolor cuando se usa ropa ajustada	HC	Ordinal
Dolor súbito	¿Aparece el dolor repentinamente y a modo de sacudidas sin razón aparente cuando está quieto? Estas sensaciones podrían describirse con expresiones como descargas eléctricas, sobresaltos y pinchazos	HC	Ordinal
Sensación calor	¿Siente el dolor como si la	HC	Ordinal

	temperatura de la piel en la zona dolorosa se hubiera modificado de forma anormal? Estas sensaciones se podrían describir con expresiones como calor y quemazón		
Alodinia	Exploración del médico determinando si hay alodinia	HC	Ordinal
Pinchazo	Determine el umbral de percepción al pinchazo comparando la respuesta al estímulo con una aguja de calibre 23 (azul) introducida dentro de una jeringuilla de 2 ml al aplicarla perpendicular y suavemente sobre la piel en una zona indolora y después en una zona dolorosa. Se considera que el UPP está alterado si se siente un pinchazo agudo en la zona indolora y una sensación diferente en la zona dolorosa, p. ej., nada o sensación no punzante (UPP elevado) o una sensación muy dolorosa (UPP reducido). Si no se siente el pinchazo en ninguna de las dos zonas, inserte la aguja en la jeringuilla para aumentar el peso y repita la operación.	HC	Ordinal
Puntuación	Suma de los valores de la escala de Lanss	Escala de Lanss	Ordinal
Probabilidad de dolor	Mayor o igual a doce en puntuación	Escala de Lanss	Ordinal
EVA	Valor dibujado en la EVA	HC	Razón

Cronograma

CRONOGRAMA												
No.	ACTIVIDAD	MESES										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	<i>Presentación del protocolo y ajustes, búsqueda de financiación</i>	■	■									
2	<i>Comité de ética ajustes al protocolo, búsqueda de financiación</i>			■								
3	<i>Convocatoria e inicio de la consulta de terapia neural</i>				■	■						
4	<i>Controles de la consulta de terapia neural</i>					■	■	■				
5	<i>Recolección de la información</i>								■			
	<i>Presentación de información.</i>								■			
6	<i>Análisis de información</i>									■		
7	<i>Entrega de resultados y Búsqueda de publicación</i>											■

Costos

1. HUMANOS: investigador principal.
2. MATERIALES: papelería, implementos para terapia neural : agujas de 60, 80 mm, procaina, jeringas de 5 y 10 c.c., jeringa porta-cárpulas y agujas cárpua de odontología.
3. FINANCIEROS: los recursos se solicitarán a través de los recursos de financiación de proyectos de investigación de la Universidad Nacional.

Recurso Humano

	<i>Estadístico</i>	1.000.000
	<i>Investigador principal</i>	3.000.000
	TOTAL RECURSO HUMANO	4.000.000
<i>Implementos de terapia neural</i>	<i>Procaína</i>	100.000
	<i>Solución salina</i>	20.000
	<i>Ampollas de bicarbonato</i>	20.000
	<i>Agujas de jeringa: para carpula 30G de 0.3x21 mm, o.3x 40mm, agujas 0,6 x0,60 23G</i>	120.000
	<i>Jeringas</i>	100.000
	<i>Jeringa Cárpula</i>	20.000
	<i>Guantes</i>	20.000
	<i>Acido acético</i>	45000
	<i>Torundas de algodón</i>	10000
	<i>Solución de Lugol</i>	35000
<i>Papelería Convocatoria</i>	<i>Aplicadores de algodón</i>	5000
	<i>Fotocopias</i>	100.000
	<i>Anuncios de periódico</i>	800.000
<i>Otros</i>	<i>No previstos</i>	200.000
		2245000
	TOTAL	5.645.000

Fuentes de financiación:

Los recursos se solicitarán a través de los recursos de financiación de proyectos de investigación de la Universidad Nacional.

Aspectos éticos.

La realización del presente trabajo se adecua a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y se acoge a la reglamentación planteada en la Resolución No. 008430 DE 1993 (4 de Octubre de 1993) del Ministerio de Salud de Colombia, que establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, clasificada según esta resolución, como de “bajo riesgo” con base en la trayectoria por más de 70 años de la

terapia neural, usada como una modalidad terapéutica bioenergética en decenas de países y por miles de médicos demostrando ser una terapia segura y eficaz. Todos los procedimientos de la investigación serán efectuados por personas calificadas y competentes desde el punto de vista clínico. La responsabilidad del estudio recae en el investigador principal, quien cuenta con los recursos técnicos y científicos para hacerlo competente. No se plantean conflicto de intereses para los investigadores.

Toda paciente que cumpla los criterios de inclusión y desee participar en la investigación será informada sobre la terapia neural por el investigador principal de manera verbal y con la ayuda escrita de un instructivo (Anexo 4), una vez la paciente adecuadamente informada acepta hacer parte del estudio procederá a firmar el consentimiento informado diseñado específicamente para esta investigación (Anexo 5).

Bibliografía.

1. Organización Mundial de la Salud: Trastornos neurológicos, desafíos para la salud pública. Cap. Dolor Neuropático , 2006. Pags 112-117.
2. Goetsch MF. Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. Am J Obstet Gynecol 1991; 164:1609-14.
3. Gureje O et al. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. JAMA 1998, 280: 147-151.
4. Harlow, B.L and Stewart E.G.A population – based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia J.Am. Med. Womens Assoc. 2003; 58: 82-88.
5. Arnold, L., Bachmann, G. A., Rosen, R, et al. Assessment of vulvodynia symptoms in a sample of US women: a prevalence survey with a nested case control study. Am. J. Obstet. Gynecol. 2007; 196: 128e1 -128.e6.
6. Lavy, R.J.,Hynan, L.S., and Haley, R.W. Prevalence of vulvar pain in an urban, minority population. J. Reprod Med. 2007; 52: 59-62.
7. Resident Population Estimates of the United States by Age and Sex. April 1, 1990-July 1, 1999.Washington, DC: Population Estimates Program, Population Division, US Census Bureau; 2000. pags, 14-22.
8. Mayol-Barracco, M.and Lynch, P.J.2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. J. Reprod Med.2004; 49: 772-777

9. McKay M, Farrington J. Vulvodynia: chronic vulvar pain syndromes. En: Stoudemire A, Fogel B (editors). *Medical Psychiatric Practice*. Washington D.C: American Psychiatric Press; 1995. pags, 23-27.
10. Edwards, L. Subsets of vulvodynia: overlapping characteristics, *J. Reprod Med*. 2004; 49: 883-887.
11. Masheb, R. M. and Lozano, C On the reliability and validity of physician ratings for vulvodynia and the discriminant validity of its subtypes. *Pain Med*. 2004; 5:349-358.
12. Arnold, L. D. Bachmann, G.A. Rosen, T, et al. Vulvodynia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstet. Gynecol*. 2006; 107:617-624
13. Bogart LM, Berry SH, Clemens JQ. Symptoms of interstitial cystitis, painful bladder syndrome and similar diseases in women: a systematic review. *J Urol* 2007; 177: 450-6.
14. Munday P, Buchan A, Ravenhill G, Wiggs A, Brooks F. A qualitative study of women with vulvodynia: II. Response to a multidisciplinary approach to management. *J Reprod Med* 2007; 52: 19-22.
15. Beco, J.,Climov, D, and Bex, M. Pudendal nerve decompression in perineology; a case series, *BMC Surg*, 2004; 4:15.
16. Reed, B. D. Haefner, H.K.,Harlow, S.D., et al. Reliability and validity of self-reported symptoms for predicting vulvodynia. *Obstet Gynecol*, 2006; 108:906-913.
17. Masheb RM, Lozano C, Richman S, Minkin MJ, Kerns RD. On the reliability and validity of physician ratings for vulvodynia and the discriminant validity of its subtypes. *Pain Med* 2004; 5:349-58.
18. Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K, Glazer HI. Vulvar vestibulitis syndrome: reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstet Gynecol* 2001;98:45-51.
19. 2007 UK National Guideline on the Management of Vulval Conditions. Clinical Effectiveness Group. British Association Sexual Health and HIV. Visitado en 2007 Sept 10. Disponible en: <http://www.bashh.org/documents/vulvalguidedraft07.pdf>
20. Pagano R. Value of colposcopy in the diagnosis of candidiasis in patients with vulvodynia. *J Reprod Med* 2007;52: 31-4.
21. Mascherpa F, Bogliatto F, Lynch PJ, Micheletti L, Benedetto C. Vulvodynia as a possible somatization disorder. More than just an opinion. *J Reprod Med* 2007; 52:107-10.

22. Orlandi A, Francesconi A, Angeloni C, Palmieri G, Fulvia G, Ciotti M, et al. Prevalence and genotyping of human papillomavirus infection in women with vulvodynia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86: 1003-10..
23. Prayson RA, Stoler MH, Hart WR. Vulvar vestibulitis. A histopathologic study of 36 cases, including human papillomavirus in situ hybridization analysis. *Am J Surg Pathol* 1995; 19:154-60.
24. Morin C, Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Blanchette C, Meisels A. Human papillomaviruses and vulvar vestibulitis. *Obstet Gynecol* 2000;95:683-7
25. Jantos M, Burns NR. Vulvodynia. Development of a psychosexual profile. *J Reprod Med* 2007;52: 63-71.
26. Eva LJ, MacLean AB, Reid WM, Rolfe KJ, Perrett CW. Estrogen receptor expression in vulvar vestibulitis syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:458-61.
27. Edwards L. New concepts in vulvodynia. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(3 Suppl): S24-30.
28. Lotery HE, McClure N, Galask RP. Vulvodinia. *Lancet* 2004; 363:1058-60.
29. Wesselmann, U.,Burnett, A.L., and Heinberg, I.J. The urogenital and rectal pain syndromes. *Pain* 1997; 73: 269-294.
30. Tympanidis, P., Casula, M.A., Yiangou, Y., et al, Increased vanilloid receptor VR1 innervation in vulvodynia. *Eur J. Pain.* 2004; 8:129-133.
31. Tympanidis, P., Terenghi, G., and Dows, P. Increased innervations of the vulval vestibule in patients with vulvodynia. *Br. J Dermatol*, 2003; 148:1021-1027.
32. Tschanz, C., Salomon, D., Skaria, A., et al. Vulvodynia after CO2 laser treatment of the female genital mucosa. *Dermatology* 2001; 202: 31-372.
33. Foster, D.C., Dworkin, R.H., and Wood, R.W. Effects of intradermal foot and forearm capsaicin injections in normal and vulvodynia afflicted women. *Pain* 2005; 117:128-136.
34. Giesecke, J., Redd, B. D., Haefner, H.K., et al. Quantitative sensory testing in vulvodynia patients and increased peripheral pressure pain sensitivity. *Obstet Gynecol* 2004; 104:126-133.
35. Marin MG, King R, Sfameni S, Dennerstein G. Adverse behavioral and sexual factors in chronic vulvar disease. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:34-8.

36. National Institutes of Child Health and Human Development (NICHD). Vulvodynia: Towards Understanding a Pain Syndrome; 2003 April 14-15.
37. Gordon AS, Panahian-Jand M, McComb F, Melegari C, Sharp S. Characteristics of women with vulvar pain disorders: responses to a Web-based survey. *J Sex Marital Ther* 2003;29(Suppl 1):45-58.
38. Reissing E.D., Brown, C., Lord, M.J., et al Pelvis floor muscle functioning women with vulvar vestibulitis syndrome. *J. Psychosom Obstet. Gynaecol* 2005; 26:107-113.
39. McKay, E., Kaufman, R. H., Doctor, U., et al. Treating vulvar vestibulitis with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature *J.Reprod Med* 2001; 46: 337-342.
40. Ting A. Y., Blackcock, A.D., and Smith, P.G. Estrogen regulates vaginal sensory and autonomic nerve density in the rat. *Biol. Reprod* 2004; 71: 397-404.
41. Wylie, K., Hallam-Jones, R., and Harrington, C. Psychological difficulties within a group of patients with vulvodynia. *Psychosom. Obstet Gynaecol* 2004; 25:257-265.
42. Mascherpa, F., Bogliatto, F., Lynch, P. J., et al Vulvodynia as a possible somatization disorder. More than just an opinion. *J. Reprod Med* 2007; 52:107-110.
43. Tuma R, Bornstein J. Vulvar pain syndrome (vulvodynia)-dilemmas in terminology. *Harefuah* 2006;145: 215-8.
44. Goldstein AT, Marinoff S, Haefner HK. Vulvodynia: strategies for treatment. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48: 769-85.
45. Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann ED, et al. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis* 2005;9: 40-51.
46. ACOG Committee on Gynecologic Practice. ACOG Committee Opinion: Number 345, October 2006: vulvodynia. *Obstet Gynecol* 2006; 108:1049-52.
47. Ridley CM. Vulvodynia: evolution of classification and management. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 1996; 7: 129-34.
48. Zolnoun, D. A., Hartmann, K. E., and Steege, J. F. Overnight 5% lidocaine ointment for treatment of vulvar vestibulitis. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 84-87.
49. McKay, M Dysesthetic ("essential") vulvodynia. Treatment with amitriptyline *J. Reprod Med* 1993; 38: 9-13.

50. Reed B.D., Caron. A. M., Gorenflo, D.W., et al Treatment of vulvodynia with tricyclic antidepressants: efficacy and associated factors. *J. Low Genit. Tract Dis.* 2006; 10:245-251.
51. Sheinfeld, N. The role of gabapentin in treating diseases with cutaneous manifestations and pain. *Int. J. Dermatol* 2003; 42: 491-495.
52. Harris G, Horowitz B, Borgida A. Evaluation of gabapentin in the treatment of generalized vulvodynia, unprovoked. *J Reprod Med* 2007;52: 103-6.
53. Reed BD, Caron AM, Gorenflo DW, Haefner HK. Treatment of vulvodynia with tricyclic antidepressants: efficacy and associated factors. *J Low Genit Tract Dis* 2006;10: 245-51.
54. Yoon, H., Chung, W.S., and Shim, B.S. Botulinum toxin A for the management of vulvodynia. *Int. J. Impot. Res .* 2007; 19: 84-87.
55. Hartmann, F., Strauhal, M.J., and Belson, C. A. Treatment of women in the United States with localized, provoked vulvodynia: practice survey of women's health physical therapists. *J.Reprod Med* 2007; 52:48-52.
56. Bergeron S, Brown C, Lord MJ, Oala M, Binik YM, Khalifé S. Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. *J Sex Marital Ther* 2002;28: 183-92.
57. Biofeedback therapy for vulvodynia and vulvar vestibulitis. Visitado en 2007 Sept 13. Disponible en: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?View=Short&ID=32004000363>.
58. Danielsson, I., Torstensson, T., Brodda-Jansen, G, et al EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol. Stand* 2006; 85: 1360-1367
59. Bornstein J, Zarfati D, Goldik Z, Abramovici H. Perineoplasty compared with vestibuloplasty for severe vulvar vestibulitis. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102:652-5.
60. Goldstein. A. T., Klingman, D., Christoher, K., et al Surgical treatment of vulvar vestibulitis syndrome: outcome assessment derived from a postoperative questionnaire *J. Sex Med* 2006; 3; 923-931.
61. Lavy, Y., Lev-Sagie, A Hamani, Y., et al Modified vulvar vestibulectomy: simple and effective surgery for the treatment of vulvar vestibulitis. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol* 2005; 120: 91-95.

62. Gaunt, G Good, A., and Stanhope, C.R. Vestibulectomy for vulvar vestibulitis J. *Reprod Med* 2003; 48: 591-595
63. Danielsson I, Sjöberg I, Ostman C. Acupuncture for the treatment of vulvar vestibulitis: a pilot study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2001;80: 437-41.
64. Pukall C, Kandyba K, Amsel R, Khalife S, Binik Y. Effectiveness of Hypnosis for the Treatment of vulvar Vestibulitis Syndrome: a preliminary investigation. *J Sex Med* 2007; 4: 417-25.
65. Munday, P., Buchan, A., Ravenhill, G et al A qualitative study of women with vulvodynia II. Response to a multidisciplinary approach to management *J. Reprod Med* 2007; 52: 19-22
66. Slowinski, J., Multimodal sex therapy for the treatment of vulvodynia: a clinician's view. *Sex Marital Ther* 2001; 27: 607-613.
67. Payan JC., *La Medicina Biológica un compromiso con la vida*, Fondo editorial-Fundación Homeopática Alemana, 2004, pags.65,68, 91.
68. Fischer L. , *Terapia Neural según Huneke. Fundamentos, técnica, aplicación práctica*. Ed. Hippokrates Verlag Stuttgart, Ciudad de México, 2000 , pags.38-59, 88-96.
69. Payan J.C., *Lánzate al vacío. Se extenderán tus alas*. Ed.Mc Graw Hill. Colombia, 2000 , pags 44-53, 76,77.
70. Payan, J.C. *Bases Generales de la Biocibernética Aplicada a la Terapia Neural y a la Homotoxicología*, Popayán, Centro de Investigaciones e información de Medicinas Alternativas. (CIMA), 1985.
71. Alkon D., *Almacenamiento de memoria y sistemas neurales*, *Rev. Investigación y Ciencia*, No. 156, pags. 14-23.
72. Speransky A.D., *Bases para una nueva teoría de la medicina*. Ed. Psique. Buenos Aires, pags.23-31, 35-39.
73. Dosch P., *Libro de la enseñanza de la Terapia Neural según Huneke (primer tomo)*, Traducción al castellano por Germán Duque MD, Ed. Los Robles, Popayán, Colombia, 1975.pags. 23-39,46-66,151-179.
74. Duque Mejía G., Goebel J. *La terapia neural según Huneke*, FEDICOR, 1991 . pags. 9-16.
75. AdlerE. "Enfermedades generales causadas por irritación del sistemneurovegetativo producidas por problemas dentales y amigdalares. Diagnostico y terapia". 3ª edición, 1983, pags, 18-22.

76. Física del Siglo XX, Rev. Investigación y Ciencia No. 279 , Diciembre 1999. Acuñado por Norbert Wiener, Cibernética y Sociedad. Buenos Aires; Ed. Sudamericana 1968. En Cibernética Barcelona; Tusquets Editores 1985. Pags. 17-31.
77. Wiener, N., Cibernética y Sociedad, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1969. Pags. 19-30.
78. Moran E. Introducción al Pensamiento Complejo Barcelona; Ed. Gedisa 1990. Pags. 12-22.
79. Rivera F. Medicina de las regulaciones biocibernéticas. Medicinas complementarias. Madrid, 1992. pags 23-31.
80. Penrose R., Las Sombras de la Mente, hacia una comprensión científica de la conciencia. Oxford University Press traducido para España Critica (Grijalbo Mondadori S.A) ,Barcelona 1996. Pags.36-44.
81. Vischñevsky A., El bloqueo novocaínico y los antisépticos oleobalsámicos como una forma de terapéutica patogénica. Ed. Cartago. Buenos Aires, 1958. pags 25-29.
82. Tilscher H, M. Eder. Infiltraciones terapéuticas. Ediciones Científicas y Técnicas. Barcelona, 1994, pag 33-40
83. Dosh P, Dosh M ;, Manual of Neural Therapy According to Huneke, Ed. Thieme, 2007, pag 14-22, 65-74.
84. Huneke F. Das Sekunden Phenomen in der Neural therapie, Heidelberg; Ed. Haug 1961. Pags.9-29
85. Leiva G., Conferencia magistral, Maestría en Medicina Alternativa, Universidad Nacional de Colombia , Bogotá, Abril, 2009.
86. Vatsuro, E.G. La Doctrina de Pavlov Sobre la Actividad Nerviosa Superior, Barcelona, Vergara Editorial, 1959. Pags, 23-27.
87. Bennett M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. Pain. 2001 ; 92: 147-57.
88. Perez C, Galvez R, Insausti J, Bennett M, Ruiz M, Rejas J, Adaptación lingüística y validación al castellano de la escala LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) para el diagnóstico diferencial del dolor neuropático. Medicina Clínica, Vol. 127, Nº. 13, 2006 , pags. 485-491.
89. Goodman y Gilman, Las bases farmacológicas de la terapéutica, Séptima edición, 1992. Ed. Panamericana, pags.314-320.

ANEXO 1

ESCALA DE DOLOR LANSS
Evaluación de signos y síntomas neuropáticos

NOMBRE _____

Fecha _____

Esta escala de dolor puede ayudar a determinar si los nervios que transmiten las señales dolorosas funcionan con normalidad o no. Es importante averiguar esta circunstancia por si se necesitan tratamientos diferentes para controlar su dolor.

A. CUESTIONARIO DE DOLOR

- Piense en cómo ha sentido su dolor en la última semana.
 - Por favor, indique si alguna de las descripciones que se hacen a continuación coincide exactamente con su dolor.
- 1) ¿Siente el dolor como sensaciones extrañas y desagradables en su piel? Estas sensaciones podrían describirse con expresiones como escozor, pinchazos u hormigueo.**
- a) NO, mi dolor no es así (0)
- b) Sí, tengo estas sensaciones muchas veces (5)
- 2) ¿A causa del dolor, ¿presenta la piel de la zona dolorosa un aspecto diferente al normal? Este aspecto podría describirse con expresiones como piel moteada o más enrojecida o rosada de lo normal.**
- a) NO, el dolor no afecta al aspecto ni al color de la piel (0)
- b) Sí, me he dado cuenta de que el dolor provoca cambios en la piel (5)
- 3) A causa del dolor, ¿Tiene la piel afectada una sensibilidad anormal al tacto?. Esta sensibilidad se podría describir con términos como sensación desagradable cuando se roza ligeramente la piel o dolor cuando se usa ropa ajustada.**
- a) NO, el dolor no altera la sensibilidad de la piel afectada en esa zona (0)
- b) Sí, la piel está anormalmente sensible al tacto en esa zona (3)
- 4) ¿Aparece el dolor repentinamente y a modo de sacudidas sin razón aparente cuando está quieto? Estas sensaciones podrían describirse con expresiones como descargas eléctricas, sobresaltos y pinchazos.**

- a) NO, mi dolor no es así (0)
- b) Sí, tengo estas sensaciones muchas veces (2)

5) ¿Siente el dolor como si la temperatura de la piel en la zona dolorosa se hubiera modificado de forma anormal? Estas sensaciones se podrían describir con expresiones como calor y quemazón.

- a) NO, no tengo estas sensaciones (0)
- b) Sí, tengo estas sensaciones muchas veces (1)

B. PRUEBAS DE SENSIBILIDAD

La sensibilidad de la piel puede explorarse comparando la zona dolorosa con otra contralateral o adyacente e indolora para detectar la presencia de alodinia y la alteración del umbral de percepción al pinchazo (UPP).

1) ALODINIA

Explore la respuesta al roce suave con un algodón en una zona indolora y después en la zona dolorosa. Se considera que existe alodinia cuando se experimentan sensaciones normales en la zona indolora y dolor o sensaciones desagradables (hormigueo, náuseas) en la zona dolorosa cuando se aplica dicho roce.

- a) NO, la sensación es normal en las dos zonas (0)
- b) Sí, hay alodinia sólo en la zona dolorosa (5)

2) ALTERACIÓN DEL UMBRAL DE PERCEPCIÓN AL PINCHAZO

Determine el umbral de percepción al pinchazo comparando la respuesta al estímulo con una aguja de calibre 23 (azul) introducida dentro de una jeringuilla de 2 ml al aplicarla perpendicular y suavemente sobre la piel en una zona indolora y después en una zona dolorosa.

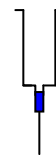


Se considera que el UPP está alterado si se siente un pinchazo agudo en la zona indolora y una sensación diferente en la zona dolorosa,

Superficie de la piel

p. ej., nada o sensación no punzante (UPP elevado) o una sensación muy dolorosa (UPP reducido).

Si no se siente el pinchazo en ninguna de las dos zonas, inserte la aguja en la jeringuilla para aumentar el peso y repita la operación.



- a) No, la misma sensación en las dos zonas (0)
 b) Sí, el UPP está alterado en la zona dolorosa (3)

Superficie de la piel

PUNTUACIÓN:

Para obtener la puntuación total, sume los valores entre paréntesis de la descripción de la sensibilidad y de los resultados de la exploración.

PUNTUACIÓN TOTAL (máximo 24)

Si la puntuación es < 12 , es **improbable** que los mecanismos neuropáticos contribuyan al dolor del paciente.

Si la puntuación es ≥ 12 , es **probable** que los mecanismos neuropáticos contribuyan al dolor del paciente.

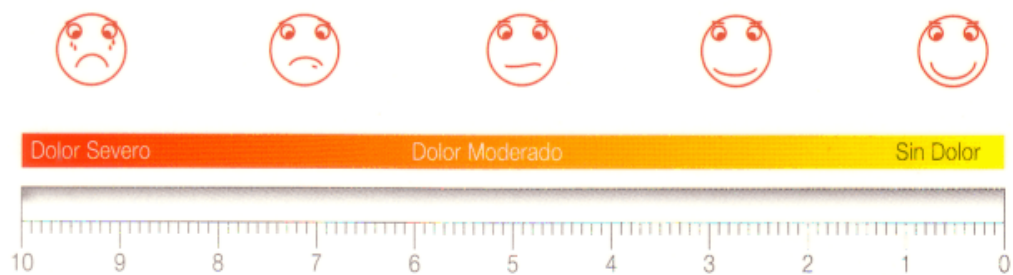
ANEXO 2

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina

Maestría en Terapia Neural

Investigación Clínica: Manejo de la Vulvodinia con Terapia Neural.

Investigador Principal: Mauricio E. Durán, Médico Ginecólogo; Maestrante.

ESCALA VISUAL ANALOGA

ANEXO 3

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Maestría en Terapia Neural

Investigación Clínica: Manejo de la Vulvodinia con Terapia Neural.

Investigador Principal: Mauricio E. Durán, Médico Ginecólogo; Maestrante.

MAPEO DE DOLOR VULVAR



HALLAZGOS

ANEXO 4

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Maestría en Terapia Neural

Investigación Clínica: Manejo de la Vulvodinia con Terapia Neural.

Investigador Principal: Mauricio E. Durán, Médico Ginecólogo; Maestrante.

INFORMACION A LA PACIENTE SOBRE LA VULVODINIA Y LA TERAPIA NEURAL

La vulvodinia es una afección que implica dolor crónico y malestar en la vulva. El dolor se manifiesta repetidamente y dura mucho. Los dos tipos más comunes de vulvodinia son:

- Generalizada—El dolor o el malestar pueden sentirse en el área completa de la vulva.
- Localizada—El dolor se siente únicamente en el vestíbulo vaginal (la abertura hacia la vagina).

En ambos casos, a menudo la vulva tiene una apariencia normal, aunque la mujer sienta dolor. Este dolor puede afectar la salud de la mujer y su vida sexual.

Como el dolor crónico puede dificultar el trabajo o la actividad, la vulvodinia puede trastornar la vida diaria de una mujer. Lidar con dolor a largo plazo puede ocasionar problemas de salud mental, como baja autoestima, **ansiedad** o **depresión**.

No se sabe con certeza lo que causa la vulvodinia. No obstante, se sabe que no es una enfermedad de transmisión sexual. La vulvodinia puede ser el resultado de más de un factor, por ejemplo: infecciones, factores genéticos, espasmos de los músculos que sostienen los órganos pélvicos, alergias a ciertos productos químicos y otras sustancias, cambios hormonales, entre ellos los que suceden durante el ciclo menstrual o con el uso de anticonceptivos, daños o irritación de los nervios de la vulva, antecedente de abuso sexual y el uso excesivo de medicamentos de aplicación local

Las mujeres que sufren de vulvodinia pueden experimentar algunas de estas sensaciones en el área de la vulva: quemazón, ardor, prurito, irritación, picazón, dolor, palpitaciones e hinchazón.

Estos síntomas pueden ser constantes o intermitentes. Pueden comenzar y aliviarse sin advertencia. Los síntomas también pueden ocurrir después de tener contacto físico con el área de la vulva, como al insertarse un tampón, tener relaciones sexuales o usar ropa interior muy ajustada. Los síntomas pueden sentirse también durante el ejercicio, después de orinar o hasta al estar sentada o descansando.

Para diagnosticar la vulvodinia, el médico le hará un interrogatorio, un examen físico y algunas pruebas. Es posible que le haga preguntas sobre:

- Los síntomas—cómo se sienten, cuánto tiempo duran, qué los provoca, qué los alivia, qué los empeora
- El estilo de vida—dieta, ejercicios, ropa y el uso de cualquier producto de higiene, para la piel, desodorante, cosmético o para el lavado de ropa
- Antecedentes médicos—cualquier infección o problema de la piel recurrente
- Medicamentos—los que toma actualmente o los que ha tomado en el pasado

El médico también le examinará detenidamente la vulva y la vagina. Es posible que le practiquen un examen microscópico (colposcopia) y tomen una muestra de piel para estudio de patología en busca de infección viral inadvertida, muestra del flujo vaginal para detectar infecciones por hongos y de otra índole que puedan estar ocasionando los síntomas.

También es posible que se le realice una prueba de tacto. Para realizar esta prueba, el médico usará un aplicador de algodón o una aguja muy fina para tocarle distintas áreas de la vulva para detectar el lugar y la intensidad del dolor.

Hay muchos tipos de tratamiento que pueden ayudar a aliviar los síntomas de la vulvodinia. No hay un método único que funcione todo el tiempo para todas las personas. Algunos tratamientos toman varios meses hasta que se sienta el alivio. A veces, puede necesitarse más de un tratamiento. La clave es ser paciente y trabajar en estrecha colaboración con su médico. Con el tiempo, su médico puede ayudarla a encontrar el tratamiento más adecuado.

El buen cuidado de la vulva puede ayudar a brindarle alivio del dolor de la vulvodinia.

- Use ropa interior de 100% algodón (no use ropa interior durante la noche)
- Evite la ropa interior ajustada y las pantimedias
- Evite las duchas vaginales
- Use jabón suave para bañarse y lávese la vulva sólo con agua
- No use toallitas vaginales, ni desodorantes ni jabón para baño de burbujas
- No use toallas sanitarias ni tampones con desodorante
- Use lubricante para tener relaciones sexuales
- Aplíquese compresas de gel fría al área de la vulva para reducir el dolor y la picazón
- Evite los ejercicios que le hagan presión directamente sobre la vulva, como el ciclismo.

Sus síntomas pueden tratarse con medicamentos, entre ellos:

- Anestesia local que puede brindar alivio temporal del dolor y otros síntomas
- Esteroides
- Ciertos tipos de antidepresivos y anticonvulsivantes

El tratamiento puede aliviar los síntomas por un tiempo, pero es posible que regresen más adelante. Asegúrese de informarle a su médico sobre los medicamentos que ya toma. Algunos medicamentos tienen efectos secundarios y pueden empeorar la vulvodinia.

Hay otras cosas que pueden ayudarla a hacerle frente al dolor. Una de ellas es modificar su dieta. Ciertos alimentos, como verduras de hoja, chocolate, frijoles y nueces pueden producir irritación al orinar. Contienen sustancias químicas llamadas oxalatos. Consumir menos de estos alimentos y otros que contengan muchos oxalatos puede ser beneficioso.

Algunas mujeres acuden a la terapia física o la biorretroalimentación. La terapia física trata los espasmos musculares y enseña ejercicios que fortalecen los músculos pélvicos. La biorretroalimentación le enseña cómo controlar los músculos de la vagina. El control de esos músculos puede ayudar a reducir el dolor.

Como la vulvodinia puede afectar su vida diaria y sus relaciones, es posible que su médico también le sugiera terapia o asesoramiento sexual. Con la terapia, un asesor la ayudará a aprender a hacerle frente a situaciones difíciles. Eso puede ayudarla a reducir el estrés y, por lo tanto, el número de síntomas de dolor. El asesoramiento sexual puede brindarles apoyo a usted y a su compañero.

Para las mujeres con dolor localizado severo que no han encontrado alivio con otros tratamientos, la cirugía puede ser una opción. Una vestibulectomía, que implica la remoción del tejido doloroso del vestíbulo vaginal, ha sido útil para algunas mujeres con vulvodinia localizada. Para esas mujeres, la vestibulectomía puede ayudar a aliviar el dolor y mejorar su comodidad sexual. No se recomienda para mujeres con vulvodinia generalizada.

Por último existe la posibilidad de explorar en la medicina alternativa, específicamente en este caso a la TERAPIA NEURAL como una segura, fácil y eficaz opción terapéutica para el manejo de la vulvodinia como se le explicará a continuación:

El tratamiento que va a recibir se basa en la aplicación de principios naturales de curación. El método que utilizamos se llama Terapia Neural –T.N. El cuerpo humano es todo UNO, no se puede dividir. Una afección en una de sus llamadas partes (amígdalas, articulaciones, estómago, cabeza, ojos, pulmones, Etc.), generalmente no es más que el reflejo de una falta de armonía de todo el organismo. Hahnemann, el padre de la Homeopatía, decía: “El paciente no está enfermo porque tiene una amigdalitis, él tiene una amigdalitis porque es en su todo que está enfermo”

Por eso mismo muchas veces el origen del mal no se encuentra en el mismo órgano lesionado, en ese caso tenemos que hacer una historia de vida detallada de Ud., así que necesitamos que nos informe muy bien de enfermedades anteriores, heridas, cicatrices, golpes, problemas mentales o de ánimo, etc.. Para que la consulta sea más provechosa trate de ser lo más precisa posible.

Con el tratamiento que le vamos a hacer su organismo:

Por una parte producirá las sustancias que le hacen falta, o disminuirá las que le sobran o afectan, es decir, el mismo buscará su propia armonía para sanarse, Y por otra parte su organismo expulsará toxinas que haya acumulado y que lo estén afectando. Para esto último, muchas veces tiene que hacer fiebres o inflamaciones para quemar esas toxinas, o diarreas u otras medidas de evacuación para expulsarlas, así que si después de la consulta Ud. hace fiebres o inflamaciones, no se preocupe, lo más seguro es que sean reacciones de detoxicación, benéficas para su curación, y que se presentan al aumentar sus potenciales energéticos; en caso de enrojecimiento, secreción, inflamación severa o sangrado abundante en las zonas de punción por favor consultenos. No utilice drogas contra esas fiebres o inflamaciones leves. Para tratarlas le recomendamos paños de agua tibia en los lugares de dolor o de inflamación, gárgarismos con agua miel tibia si hay dolor de garganta. Recomendamos el consumo de abundante agua, unos 12 vasos al día, el reposo, y una dieta basada principalmente en frutas, jugos naturales y verduras

Pero si Ud. se preocupa, o los síntomas persisten, no dude en llamarnos, estamos para servirle y aclarar sus dudas.

Aquí hay que recordar que los instrumentos que utilizamos son desechables, tal el caso de las agujas y jeringas.

En todo momento evite contaminantes de la alimentación.

Finalmente, al menos durante el tratamiento no fume, no tome bebidas alcohólicas, no ingiera enlatados, contaminantes, ni carne de cerdo, ni nada elaborado con base en ésta carne, como salchichas o afines. Enséñese a leer las etiquetas de los alimentos enlatados.

Puede consultarnos cualquier duda que tenga con el Dr Mauricio Durán al teléfono celular 3102686677.

GRACIAS

ANEXO 5

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Departamento de Medicinas Alternativas
Maestría en Medicina Alternativa, Area de Terapia Neural

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“MANEJO DE LA VULVODINIA CON TERAPIA NEURAL”

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en el Departamento de Medicina Alternativa adelanta una investigación clínica en mujeres que padecen vulvodinia, con el objetivo de evaluar el efecto de una modalidad terapéutica alternativa llamada **Terapia Neural** en estas pacientes.

Le invitamos a participar libremente en esta investigación, para lo cual puede usted a continuación encontrar información concreta sobre el estudio.

Es fundamental que lea y comprenda cuidadosamente la información que se le presenta. Usted no tiene obligación alguna de participar, pudiendo rechazar el ofrecimiento o retirarse en cualquier momento sin necesidad de justificación ni consecuencia alguna.

La vulvodinia es una enfermedad frecuente en la mujer, caracterizada por síntomas crónicos y desagradables tipo dolor, ardor, quemazón, irritación, inflamación, enrojecimiento y rasquiña en los genitales externos sin causa aparente, situación que genera dolor con las relaciones sexuales, ansiedad y depresión, deterioro en la relación de pareja y por tanto un grave compromiso en la calidad de vida de la mujer que la padece; los múltiples tratamientos convencionales ofrecidos hasta ahora, no han logrado mejorías significativas, razón por la cual se realiza el presente estudio que pretende evaluar el efecto de la terapia neural sobre los síntomas de esta enfermedad, tratamiento que hasta la fecha no se ha investigado con éste propósito.

El tratamiento que va a recibir se basa en la aplicación de principios naturales de autocuración. El método que utilizamos se llama Terapia Neural, que consiste en la aplicación de microdosis de un anestésico local llamado **procaina** a nivel de zonas del cuerpo consideradas como “irritaciones”, las cuales fueron ocasionadas por enfermedades o traumas anteriores como por ejemplo: amigdalitis, cicatrices, fracturas, cirugías, golpes etc, y que en el futuro desencadenarán nuevas enfermedades como en éste caso específico la vulvodinia. La Terapia Neural lo que busca es neutralizar esas “irritaciones” mediante inyecciones en puntos específicos en la piel, según la historia de vida de cada persona, para lograr que su sistema nervioso encuentre un nuevo equilibrio que conduce al mejoramiento.

Los sujetos de esta investigación serán mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de vulvodinia a quienes se aplicará la Terapia Neural (podrá consultar mayor información en el instructivo sobre vulvodinia y terapia neural adjunto)

La terapia neural se administrará luego de adecuadas medidas de desinfección , con agujas y jeringas estériles y desechables, en mínimas cantidades y dosis del anestésico local, en los puntos específicos de piel que el médico considere pertinentes después de la realización juiciosa de la historia de vida de la paciente ; en un máximo de cuatro sesiones y en los nuevos puntos de aplicación necesarios, según la evolución de la enfermedad.

El estudio pretende averiguar el beneficio de la terapia neural en cuanto a lograr mejoría de los síntomas de la vulvodinia en estas pacientes, con el fin de ser usado y recomendado en el futuro para el manejo de esta enfermedad.

La decisión voluntaria de participar en la investigación no afectará su derecho a tomar medicación convencional, a retirarse del estudio o negarse al procedimiento en cualquier momento, como tampoco tendrá costo alguno para usted.

La Universidad Nacional de Colombia a través de la Facultad de Medicina, Departamento de Terapias Alternativas será responsable de mantener la confidencialidad de toda la información recogida, según la legislación vigente y conservando el anonimato de las participantes.

Cualquier duda o aclaración con respecto a la presente investigación será resuelta por el Dr **Mauricio E. Durán** en el teléfono celular 3102686677 o el número fijo 6156989.

FIRMAS

Declaro haber recibido toda la información necesaria y suficiente sobre el estudio “Manejo de la vulvodinia con Terapia Neural”. He leído cuidadosamente y comprendido la información; confirmo que todas las dudas han sido resueltas por el médico tratante. También me ha informado de las complicaciones, molestias y posibles riesgos inherentes a la intervención propuesta y en particular los siguientes: dolor, hematomas e infección en las zonas de aplicación.

Comprendo que puedo aceptar, rechazar o desistir mi participación en cualquier momento, sin justificación o consecuencia alguna y declaro que estoy de acuerdo en participar en la investigación mencionada.

Nombre del paciente _____ CC. _____

Firma de paciente _____

Nombre del médico tratante _____ RM _____

Firma del médico tratante _____

Nombre del testigo _____ CC. _____

Firma del testigo _____

Fecha _____