

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN LA ETIOLOGÍA DEL DOLOR PÉLVICO
CRÓNICO EN PACIENTES DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA DESDE
EL 1 DE JULIO DE 2010 HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2013

GLORIA LUCÍA SUÁREZ CARREÑO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
NEIVA - HUILA
2013

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN LA ETIOLOGÍA DEL DOLOR PÉLVICO
CRÓNICO EN PACIENTES DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA DESDE
EL 1 DE JULIO DE 2010 HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2013

GLORIA LUCÍA SUÁREZ CARREÑO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en
Ginecología y Obstetricia.

Asesor
Dr. FABIO ROJAS LOZADA
Coordinador de postgrado de Ginecología y Obstetricia

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
NEIVA - HUILA
2013

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Septiembre del 2013.

DEDICATORIA

A mi padre Dios, quien por su infinita misericordia, me dio la sabiduría, la paciencia, la perseverancia para alcanzar este gran logro en mi vida, convirtiendo esta oruga en una hermosa mariposa.

Toda la gloria sea para él...

Gloria Lucia

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

A Dios por haberme bendecido y permitido llegar hasta este punto, por haberme dado salud para lograr mis objetivos; además de su infinita bondad, sabiduría y amor.

A mi madre Aurora, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, que me permitió ser una persona de bien, pero más que nada por su amor.

A mi padre Bernardo, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundido siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis hermanos Jennifer y Bernardo por su paciencia y ejemplo, la cual aprendí aciertos y en momentos difíciles.

A Lucho por su infinita paciencia, apoyo incondicional y amor, abriendo su corazón a participar en este proyecto de vida.

A mis maestros por haberme compartido sus experiencias y brindado el conocimiento, por su motivación y apoyo para la culminación de mis estudios profesionales en tan maravillosa especialización.

A mis compañeros por el apoyo mutuo en el día a día de nuestra formación profesional.

A todos y cada uno de las personas que me acogieron en estas tierras lejanas y que de manera directa o indirecta participaron en la culminación de este proyecto de mi formación.

A todos MIL GRACIAS!!!

CONTENIDO

	Pág.
1. ANTECEDENTES	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
3. JUSTIFICACIÓN	21
4. OBJETIVOS	23
4.1 OBJETIVO GENERAL	23
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
5. MARCO TEÓRICO	24
5.1 ETIOLOGÍA	24
5.1.1 Causas ginecológicas cíclicas	24
5.1.1.1 Dismenorrea	24
5.1.1.2 Endometriosis	25
5.1.1.3 Síndrome premenstrual	27
5.1.2 Causas ginecológicas no cíclicas	27
5.1.2.1 Adherencias	27
5.1.2.2 Endometriosis	27
5.1.2.3 Salpingooforitis	27
5.1.2.4 Síndrome de ovario remanente	27
5.1.2.5 Síndrome de congestión pélvica	28
5.1.2.6 Neoplasias ováricas y uterinas	28
5.1.2.7 Enfermedad pélvica inflamatoria	28
5.1.3 Causas gastrointestinales	29
5.1.4 Causas genitourinarias	30
5.1.5 Causas neurológicas	31
5.1.6 Causas musculoesqueléticas	31
5.1.7 Factores psicosociales	32
5.2 ENFOQUE DIAGNÓSTICO	33

	Pág.	
5.2.1	Historia clínica	33
5.2.2	Examen físico	34
5.3	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	37
5.4	USO DE LA LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	39
5.4.1	Uso de la laparoscopia en la ubicación del dolor	39
5.4.2	Uso de la laparoscopia en el diagnóstico de endometriosis	40
5.4.3	Uso de la laparoscopia en el diagnóstico de adherencias pélvicas	40
5.4.4	Uso de la laparoscopia diagnóstica en la búsqueda del diagnóstico diferencial	41
5.4.5	Uso de la laparoscopia como un método diagnóstico seguro	41
5.4.6	Uso de la laparoscopia diagnóstica en el tratamiento del dolor pélvico crónico	42
6.	DISEÑO METODOLÓGICO	43
6.1	TIPO DE ESTUDIO	43
6.2	LUGAR Y TIEMPO	43
6.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	43
6.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	43
6.5	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	44
6.6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	44
6.7	FUENTES DE INFORMACIÓN	48
6.8	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	48
6.9	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	48
6.10	PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS	48
6.11	ANÁLISIS DE DATOS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO	49
6.12	CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
6.12.1	Consentimiento informado	49
6.12.2	Procurar el máximo beneficio	49
6.12.3	Reducir el daño al mínimo	50
6.12.4	Confidencialidad	50
7.	RESULTADOS	51
7.1	EDAD	51

		Pág.
7.2	SÍNTOMAS	52
7.2.1	Localización del dolor	52
7.2.2	Síntomas urinarios	53
7.2.3	Síntomas gastrointestinales	53
7.2.4	Síntomas tracto genital	53
7.3	ANTECEDENTES	54
7.3.1	Antecedentes médicos	54
7.3.2	Antecedentes quirúrgicos	54
7.3.3	Paridad	56
7.3.4	Infertilidad	56
7.4	MANEJO MÉDICO PREVIO	57
7.4.1	Medicamentos	57
7.4.2	Laboratorios	58
7.4.3	Respuesta al manejo medico	58
7.5	HALLAZGOS	59
7.5.1	Complicaciones quirúrgicas	59
7.6	MANEJO MÉDICO POSTERIOR	60
7.6.1	Medicamento posterior a laparoscopia	60
7.6.2	Procedimientos quirúrgicos posteriores a laparoscopia	60
7.6.3	Interconsultas posterior a laparoscopia	61
7.6.4	Respuesta al tratamiento médico posterior a laparoscopia	61
7.7	ETIOLOGÍA	62
7.7.1	Determinación de la etiología por laparoscopia	62
7.7.2	Causa del dolor pélvico crónico	62
7.8	EDAD Y TIPO DE HALLAZGOS	63
7.9	TIPO DE HALLAZGOS EN LAPAROSCOPIA Y MEJORÍA POSTERIOR AL TRATAMIENTO	65
7.10	MANEJO MÉDICO Y MEJORÍA POSTERIOR A LA LAPAROSCOPIA	66
7.11	INFECCIÓN PREVIA Y HALLAZGOS DE LAPAROSCOPIA	67
7.12	CIRUGÍA PREVIA Y HALLAZGOS DE LAPAROSCOPIA	67
8.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	69
9.	CONCLUSIONES	72

	Pág.
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS	81

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Clasificación de la endometriosis según rASRM	26
Tabla 2	Pruebas diagnósticas útiles en la evaluación del dolor pélvico crónico	38
Tabla 3	Operacionalización de variables	44
Tabla 4	Ubicación del dolor pélvico crónico, Neiva 2010-2013	52
Tabla 5	Síntomas urinarios y dolor pélvico crónico, Neiva 2010-2013	53
Tabla 6	Síntomas gastrointestinales y dolor pélvico crónico, Neiva 2010-2013	53
Tabla 7	Otros síntomas y dolor pélvico crónico, Neiva 2010-2013	54
Tabla 8	Antecedente de infecciones previas a laparoscopia, Neiva 2010-2013	54
Tabla 9	Cirugías previas a laparoscopia, Neiva 2010-2013	55
Tabla 10	Número de partos previos a laparoscopia, Neiva 2010-2013	56
Tabla 11	Medicamentos previos a laparoscopia, Neiva 2010-2013	57
Tabla 12	Realización de laboratorios previos a laparoscopia, Neiva 2010-2013	58
Tabla 13	Hallazgos de la Laparoscopia, Neiva 2010-2013	59
Tabla 14	Complicaciones durante Laparoscopia, Neiva 2010-2013	59
Tabla 15	Manejo médico con medicamentos posterior a	60

laparoscopia, Neiva 2010-2013

		Pág.
Tabla 16	Realización de cirugías posterior a la laparoscopia, Neiva 2010-2013	61
Tabla 17	Realización de interconsulta posterior a laparoscopia, Neiva 2010-2013	61
Tabla 18	Causa del dolor pélvico crónico, Neiva 2010-2013	63
Tabla 19	Tipo de hallazgos por laparoscopia de acuerdo a la edad, Neiva 2010-2013	64
Tabla 20	Continuación tipo de hallazgos por laparoscopia de acuerdo a la edad, Neiva 2010-2013	65
Tabla 21	Tipo de hallazgos por laparoscopia y mejoría posterior, Neiva 2010-2013	66
Tabla 22	Tipo de manejo médico posterior a laparoscopia y mejoría posterior, Neiva 2010-2013	66
Tabla 23	Infección previa y hallazgos de laparoscopia, Neiva 2010-2013	67
Tabla 24	Continuación Infección previa y hallazgos de laparoscopia, Neiva 2010-2013	67
Tabla 25	Cirugía previa y hallazgos de laparoscopia, Neiva 2010-2013	68
Tabla 26	Continuación cirugía previa y hallazgos de laparoscopia, Neiva 2010-2013	68

LISTA DE GRAFICAS

		Pág.
Grafica 1	Distribución por edad, Neiva 2010-2013	51
Grafica 2	Distribución por tiempo de duración del dolor pélvico, Neiva 2010-2013	52
Grafica 3	Distribución otras cirugías previas a laparoscopia, Neiva 2010-2013	56
Grafica 4	Distribución antecedente de infertilidad, Neiva 2010-2013	57
Grafica 5	Respuesta al manejo médico previo a laparoscopia, Neiva 2010-2013	58
Grafica 6	Distribución mejoría con manejo médico posterior a laparoscopia, Neiva 2010-2013	62
Grafica 7	Detección de la etiología del dolor pélvico crónico por laparoscópica, Neiva 2010-2013	62

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Instrumento de recolección de información	82
Anexo B	Consentimiento informado	83

RESUMEN

El dolor pélvico crónico constituye una de las patologías más frecuentes en la población ginecológica, de origen multifactorial. Con frecuencia estas pacientes son sometidas a múltiples tratamientos y cirugías, sin encontrar respuesta a su problema. Desconociéndose la utilidad de un procedimiento quirúrgico tan frecuentemente realizado como es la laparoscopia diagnóstica en nuestras pacientes, se consideró realizar esta investigación cuyo objetivo es evaluar el papel de la cirugía laparoscópica en la etiología del dolor pélvico crónico en las pacientes de consulta externa del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva (HUHMP) desde el 1 de julio de 2010 hasta el 30 de junio de 2013.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de cohorte retrospectiva. Se tomaron 175 registros, se encontró que la edad promedio de las pacientes fue de 35 años, el 37% tenían dolor pélvico de 1 año a 2,5 años, el 19,43% de las pacientes presentó síntomas urinarios, la distensión abdominal fue el más frecuente entre los síntomas gastrointestinales en 21,7%, el 11% de las pacientes presentaron infertilidad.

En el 54,29% de las usuarias con dolor pélvico crónico sometidas a cirugía laparoscópica diagnóstica se encontró algún tipo de hallazgo, el 17,71% se encontró enfermedad pélvica inflamatoria, seguida de la endometriosis leve en un 17,43%. El 63% de los casos no se determinó la etiología del dolor pélvico por laparoscopia. En las pacientes que les realizaron manejo médico y quirúrgico posterior a laparoscopia diagnóstica presentaron mejoría posterior a la realización del tratamiento.

En este estudio se confirma que la laparoscopia es un método diagnóstico seguro y es efectivo en las pacientes cuando se combina una historia clínica detallada y un examen físico completo, aumentando la posibilidad de determinar la etiología del dolor pélvico crónico hasta un 70 % en nuestras pacientes.

Palabras Claves. Dolor pélvico crónico, laparoscopia diagnóstica, mujeres.

ABSTRACT

Chronic pelvic pain is one of the most common diseases in the population gynecological multifactorial origin. These patients often undergo multiple treatments and surgeries, without finding an answer to your problem. Unknown utility as a surgical procedure is often performed as diagnostic laparoscopy in our patients, we considered this research aimed to evaluate the role of laparoscopic surgery in the etiology of chronic pelvic pain in outpatients at the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo of Neiva (HUHMP) from July 1, 2010 until June 30, 2013.

This is a descriptive study of retrospective cohort. 175 records were taken, it was found that the average age of the patients was 35 years, 37% had pelvic pain 1 year to 2.5 years, 19.43% of the patients had urinary symptoms, abdominal distension was the most frequent among gastrointestinal symptoms in 21.7%, 11% of the patients had infertility.

In 54.29% of users with chronic pelvic pain undergoing diagnostic laparoscopic surgery found some kind of finding, found 17.71% pelvic inflammatory disease, mild endometriosis followed by 17.43%. The 63% of cases the etiology was not determined laparoscopic pelvic pain. In patients underwent medical and surgical management after diagnostic laparoscopy showed improvement after treatment completion.

This study confirms that laparoscopy is a safe diagnostic method is effective in patients when combined a detailed history and physical examination, raising the possibility of determining the etiology of chronic pelvic pain up to 70% in our patients.

Key words. Chronic pelvic pain, laparoscopy diagnostic, women.

1. ANTECEDENTES

El dolor pélvico crónico es una patología en la población femenina frecuente, con una prevalencia en la población general del 5,7 al 26,5% en mujeres entre 15 a 73 años, de acuerdo a la población estudiada¹. Tiene una prevalencia mayor que la migraña (2,1%), el asma (3,7%) o la lumbalgia (4,1%). Representa un 20% de todas las causas de consulta ginecológica y un 5% en relación a los nuevos casos.²

Un informe en el Reino Unido, reportó que el 3,8% de las mujeres atendidas en primer nivel, presentaban dolor pélvico crónico; otro estudio realizado en 1996 en los Estados Unidos, informó que el 15% de las mujeres habían experimentado dolor pélvico constante o intermitente durante los seis meses anteriores, y los costos por atención domiciliaria por dolor pélvico crónico se estimaron en 881.5 millones de dólares y 158 millones de libras, en el manejo anual según el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido³.

Es motivo de consulta en la población de atención primaria en un 39% y representa el causal del 10% de las remisiones a ginecología. Se relaciona en un 12% a las histerectomías y en un 40% a las laparoscópicas diagnósticas⁴.

Datos en la literatura han reportado que el examen pélvico tiene una sensibilidad de 8,1%, especificidad 42,8%, valor predictivo positivo 50 %, valor predictivo negativo 4,5% en la detección de la etiología del dolor pélvico crónico. En un 74% la laparoscopia ha encontrado la causa de dolor pélvico crónico, y en un 40 a 60% de los casos no se encuentra patología asociada¹.

El dolor pélvico crónico es una patología con un gran impacto social ya que causa una alta tasa de pérdida de empleo en un 15%, disminución en la productividad en el trabajo en un 45%, divorcios e insatisfacción con la atención médica⁵.

¹ SHARMA, Damyanti; DAHIYA, Krishna y DUHAN, Nirmala. Diagnostic laparoscopy in chronic pelvic pain. *Arch GynecolObstet* 2011. Volumen 283. Pág 295–297

² ZONDERVAN, KT; YUDKIN, PI y VESSEY, MP. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J ObstetGynaecol* 1999. Volumen 106. Pág 1149–1155

³ MATHIAS, SD; KUPPERMANN, M; LIBERMAN, RF y otros. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *ObstetGyneco*. 1996, Volumen 87 No.3. Pág 321-327.

⁴ RICHARDSON, WS; STEFANIDIS, S; CHANG, L y otros. The role of diagnostic laparoscopy for chronic abdominal condition: an evidence-based review. *SurgEndosc* 2009. Volumen 23 No.9. Pág 2073–2077.

El uso de la cirugía laparoscópica en la patología ginecológica es bastante reciente. En 1920 Kelling, introduce el concepto de cirugía laparoscópica realizando dicho procedimiento en animales. En 1923 Jacobeus, publica su exitosa experiencia en humanos, y hacia 1980 se establece la cirugía laparoscópica realizada por ginecólogos como parte del diagnóstico y manejo en las diferentes patologías a nivel pélvico y abdominal⁶.

Uno de los estudios con mayor número de pacientes, fue el que evaluó el impacto de la cirugía laparoscópica en el manejo del dolor pélvico crónico realizado en el departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Seoul desde el año 1994 hasta el 2005. En este estudio se incluyeron 3.068 casos con diagnóstico de dolor pélvico crónico encontrando que los hallazgos más frecuentes en la laparoscopia fue la endometriosis en un 60,2%, congestión pélvica en 13,0 % y pelvis normal en 21,2%.⁷ Concluyendo que la laparoscopia diagnóstica es una herramienta útil para las mujeres con dolor pélvico crónico y que se puede utilizar como una guía para el tratamiento individualizado, permitiendo modificar el manejo inicial de esta patología en un 47% de los casos.

Un estudio realizado en un hospital en Hyderabad Sindh⁸, encontró que en las pacientes que tenían diagnóstico de dolor pélvico crónico con alteración en el examen físico o en la ultrasonografía, tenían patología evidente en la laparoscopia diagnóstica en un 70% de los casos. El 20% presentaron tuberculosis pélvica, endometriosis en 12%, enfermedad pélvica inflamatoria y adherencias pélvicas en 9,4% de los casos, además se encontró que el 54% de las pacientes, tenían infertilidad y eran nulíparas en un 41%; considerándose la laparoscopia diagnóstica una técnica útil y segura en el diagnóstico o la exclusión de patología en aquellas pacientes con dolor pélvico crónico.

⁵ SHRIPAD, H; CHANDER, C. Role of laparoscopy in evaluation of chronic pelvic pain. *J Min Access Surg* 2008. Volumen 1. Pág 116-120

⁶ FRANCESCO, Sesti ; ADALGISA, Pietropolli; FRANZ, Federico y otros. Review Gasless laparoscopic surgery: evaluation of its role and usefulness. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2013. Volumen 170 No.1. Pág 8-12.

⁷ KANG, SB; CHUNG, HH; LEE, HP y otros. Impact of diagnostic laparoscopy on the management of chronic pelvic pain. *Surgical Endoscopy* 2007. Volume 21 No.6. Pág 916-919

⁸ YOUSUF, Farhana; GULFAREEN, Haider Y AMBREEN Haider. Laparoscopic evaluation of chronic pelvic pain: experience at a public sector university Hospital. *Isra Medical Journal* 2009. Volumen 1 No.1. Pág 2-7

En Colombia, uno de los primeros estudios publicados fue en 1989, realizado en la ciudad de Medellín por Garcés⁹, encontrando que la edad promedio de presentación de dolor pélvico crónico fue de 31 años, con antecedente de tubectomía en un 20%. Los hallazgos más frecuentes en la laparoscopia fue endometriosis en 19%, adherencias pélvicas en 14% y sin hallazgos patológicos en el 39% de los casos. Concluyendo que la laparoscopia diagnóstica es un buen método diagnóstico del dolor pélvico crónico en comparación a otros métodos diagnósticos como la ultrasonografía con un rendimiento de un 50%.

Criollo y colaboradores¹⁰, realizaron recientemente un estudio en la ciudad de Cali, encontrando que las pacientes con dolor pélvico crónico tenían una edad promedio de 34,2 años con duración del dolor entre uno y diez años, el 76% de las mujeres vivían en pareja (casadas 53%, unión libre 23%). Todas las pacientes presentaron patología pélvica en la laparoscopia; las más frecuentes fueron las adherencias 26%, adenomiosis 20%, endometriosis 10% y ovario poliquístico 10%, con un 43,4% de combinaciones de múltiples patologías y la presencia adherencias densas en intestino y pared lateral en el 30% de las pacientes. Se encontró una mayor proporción de ansiedad en un 30% y la depresión en un 3,3% de los casos. Confirmando una vez más la utilidad de la laparoscopia en el diagnóstico del dolor pélvico crónico.

En la actualidad no contamos con estudios epidemiológicos que determinen la eficacia de la laparoscopia diagnóstica para determinar la etiología del dolor pélvico crónico en las pacientes de nuestra población.

⁹ GARCÉS, Hernán. Dolor pélvico crónico y laparoscopia. Revista CES Medicina 1990. Volumen 4 No.2. Pág 91-95

¹⁰ CRIOLLO T, VERCELLINI, P; SOMIGLIANA, E; VIGANÒ, P. y otros. Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach. GynecolEndocrinol 2009. Volumen 25. Pág 149-158.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor pélvico crónico es una patología común en las mujeres de edad reproductiva con una alta prevalencia. Considerado un problema de salud pública.

Un examen clínico completo proporciona información considerable, pero es insuficiente para llegar a un diagnóstico en la mayoría de los casos, requiriendo exámenes auxiliares, como imágenes diagnósticas (ecografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética) y la visualización directa por laparoscopia obteniendo en un 40 a 60 % la causa de este problema¹¹.

La fisiopatología del dolor pélvico crónico no se conoce totalmente, se considera una patología multifactorial, que podría estar relacionado con trastorno en el tracto reproductivo, gastrointestinal, urológico, músculo esquelético y psicológico o neurológico; desconociéndose su causa hasta en un 60% de los casos.

Es una patología que produce un impacto psicosocial que se refleja en cambios en el estado de ánimo, dolor y dificultades en las actividades normales y en las relaciones personales. Esta enfermedad constituye una causa importante de visita a los consultorios ginecológicos y representa costos significativos para el sistema de salud.

Muchas investigaciones a nivel mundial y en Colombia se han enfocado en estudiar los hallazgos de la cirugía laparoscópica en las pacientes con dolor pélvico crónico, los factores sociodemográficos relacionados, como la edad, el estado civil, antecedente de infertilidad y la modificación del tratamiento basado en el resultado éste procedimiento quirúrgico¹².

A nivel regional, después de hacer una revisión, se evidencia que no hay estudios con resultados sobre la laparoscopia en el dolor pélvico crónico que puedan servir de base para esta investigación. Igualmente a nivel local en la Universidad Surcolombiana en los programas de Medicina y en la especialización de Ginecología y Obstetricia el panorama es igualmente desalentador. Es por eso que

¹¹ BHAGAT, M; BHATIA, P y AJMANI, SN. The role of diagnostic laparoscopy in detection of endometriosis. *JK Sc*2012. Volumen 14. Pág 34.37

¹² CAMPO, A. Dolor pélvico crónico en mujeres: una revisión sistemática de estudios de la prevalencia poblacional 2004-2009. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2010. Volumen. 61. No 4. Pág 329-334

se consideró necesario realizar este estudio con el fin de dar a conocer la eficacia de la cirugía laparoscópica en el diagnóstico etiológico del dolor pélvico crónico, de estas pacientes en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, institución de salud de referencia de la región Surcolombiana.

3. JUSTIFICACIÓN

El dolor pélvico crónico constituye una de las patologías más frecuentes en la población ginecológica, considerada una patología de manejo complejo, multifactorial (componente biopsicosocial), que puede llegar a producir un impacto negativo en la vida de estas pacientes. Es una causa importante de disminución de la productividad, incapacidad médica, problemas en las relaciones interpersonales que afectan el desempeño de la misma.

Estas pacientes son sometidas con frecuencia a múltiples tratamientos y diagnósticos diferenciales que podían terminar en cirugías innecesarias sin encontrar respuesta a su problema.

La laparoscopia es un procedimiento diagnóstico y terapéutico para el dolor pélvico, es un procedimiento que en un 40 a 60% determina la etiología del dolor pélvico crónico, cuando es dirigido por una historia clínica y examen físico apropiado¹³.

Existen diferentes investigaciones a nivel mundial y nacional, sobre la relación de la laparoscopia en el diagnóstico del dolor pélvico crónico, sin embargo después de hacer una búsqueda en revistas médicas, se encuentra un vacío de conocimiento respecto a este tema en la región Surcolombiana y en el departamento del Huila.

En el Hospital Universitario de Neiva, se realiza anualmente en promedio 50 laparoscopias, con el diagnóstico principal de dolor pélvico crónico, desconociéndose la utilidad de este procedimiento quirúrgico en el diagnóstico etiológico de ésta patología. Siendo necesario realizar estudios respecto al tema, con el ánimo de evaluar el riesgo y beneficio de este procedimiento quirúrgico en estas pacientes y así poderle dar un uso racional a este procedimiento.

Basados en esta premisa, con este trabajo se pretende responder a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el papel de la cirugía laparoscópica en la etiología del dolor pélvico crónico en las pacientes de consulta externa del Hospital Universitario Hernando

¹³ NEIS, KJ y NEIS F. Chronic pelvic pain: cause, diagnosis and therapy from a gynaecologist's and an endoscopist's point of view. *GynecolEndocrinol* 2009. Volumen 25. Pág 757-761.

Moncaleano Perdomo de Neiva (HUHMP) desde el 1 de julio de 2010 hasta el 30 junio de 2013?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el papel de la cirugía laparoscópica en la etiología del dolor pélvico crónico en pacientes de consulta externa del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva (HUHMP) desde el 1 de julio de 2010 hasta el 30 de junio de 2013.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las características demográficas de las pacientes que consultaron por dolor pélvico crónico y que fueron intervenidas por laparoscopia.

Establecer el tipo de manejo médico o quirúrgico adicional en las pacientes con dolor pélvico crónico antes de ser sometidas a laparoscopia.

Determinar los hallazgos laparoscópicos más frecuentes que se relacionaron con el dolor pélvico crónico.

Identificar si hubo respuesta clínica o mejoría en las pacientes posterior a los manejos médicos o quirúrgicos realizados.

Determinar cuáles fueron las principales complicaciones de las pacientes durante la cirugía laparoscópica.

Verificar si la cirugía laparoscópica permitió establecer la etiología del dolor pélvico crónico.

5. MARCO TEÓRICO

El dolor pélvico crónico se define como un síndrome caracterizado por dolor presente en la pelvis, no relacionado al ciclo menstrual, de 6 o más meses de duración que es suficientemente intenso para causar disfunción o que requiere manejo médico o quirúrgico¹⁴.

5.1 ETIOLOGÍA

La fisiopatología del dolor pélvico crónico no es bien clara. El diagnóstico definitivo de dolor pélvico no se hace en el 61 % de los casos. Considerándose de manera errónea en muchos pacientes y médicos que la etiología del dolor pélvico crónica es originado por causa ginecológica. Un estudio realizado en el Reino Unido encontró que los diagnósticos relacionados con los sistemas urinarios y gastrointestinales fueron más frecuentes que las causas ginecológicas y los agentes etiológicos más frecuentemente diagnosticados son la endometriosis, adherencias, síndrome del intestino irritable, y la cistitis intersticial¹⁵.

5.1.1 Causas ginecológicas cíclicas.

5.1.1.1 Dismenorrea. Es la presencia de dolor con la menstruación. Tiene una incidencia de 26% a 50%. Se clasifica en dismenorrea primaria cuando no encuentra causa aparente, y en dismenorrea secundaria cuando hay presencia de patología pélvica¹⁶.

La dismenorrea primaria suele aparecer dos años después de la menarquia, y persistir hasta los cuarenta años. El dolor lo describen como suprapúbico, irradiado a ambos muslos o la región lumbosacra, acompañado en ocasiones de náuseas, emesis y diarrea. El dolor aparece justo con o antes de la menstruación y dura 48

¹⁴ ACOG Committee on Practice Bulletins Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2004. Volumen 103 No.3. Pág 589-605

¹⁵ BALOCH ,Shahla; KHASKHELI, Meharun y MAHMOOD, Arshad. Diagnostic Laparoscopic Findings in Chronic Pelvic Pain. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2013. Volumen 23.No.3. Pág190-193.

¹⁶ WILSON, ML; FARQUHAR, CM; SINCLAIR OJ, y JOHNSON NP. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhea. Oxford: Update. *The Cochrane Library*1, 2000.

a 72 horas. El dolor deriva de la activación de la inervación pélvica o toracolumbar aferente. La causa se cree debida a: contracciones miométricas que conducen a intensa presión uterina e hipoxia; hiperproducción de leucotrienos que hiperexcitan las terminaciones aferentes; alteración en el procesamiento del sistema nervioso central, mediada por GABA; factores ambientales y del comportamiento¹⁷.

La dismenorrea secundaria ocurre años después de la menarquia y suele ocurrir con ciclos anovulatorios. Las causas más frecuentes son endometriosis y adenomiosis. Las principales causas de dismenorrea secundaria son: himen imperforado, septo vaginal, estenosis cervical, anomalías uterinas, sinequias intrauterinas o síndrome de Asherman^{16,17}.

5.1.1.2 Endometriosis. Es la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina, más frecuentemente en el fondo de saco de Douglas, ovarios, vísceras pélvicas y peritoneo. Puede ser adenomiosis o endometriosis externa. Su incidencia es de 1 a 2%, aunque en la población con trastorno de la fertilidad es del 15 al 25%. Se encuentra presente entre un 28 y 74% de las laparoscopias por dolor pélvico crónico¹⁸. Los síntomas más frecuentes son dismenorrea, dispareunia, infertilidad y hemorragia uterina anormal, generalmente de endometrio secretor. Algunas pacientes son asintomáticas, y no se ha encontrado correlación entre la sintomatología y la severidad de la enfermedad.

El dolor pélvico en la endometriosis puede ocurrir en cualquier momento del ciclo, aunque la dismenorrea es el síntoma principal. Se describe como presión o dolor punzante en el hipogastrio, región lumbar o recto. Si hay afectación de las vías urinarias, puede haber dolor vesical así como disuria y polaquiuria¹⁹.

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva crea un el sistema de clasificación revisada de la endometriosis (RASRM), de acuerdo a los hallazgos en la laparoscopia y la laparotomía; teniendo en cuenta la endometriosis genital externa, y la endometriosis infiltrativa profunda localizada, por ejemplo en el tabique rectovaginal o el intestino. Se basa en la localización (en ovario o peritoneo) y

¹⁷ SOGC. Clinical practice guideline; primary dysmenorrhea Consensus Guideline JOGC 2005. Pág 1117-1130.

¹⁸ JANSSEN, EB; RIJKERS, AC; HOOPENBROUERS K y otros. Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. Human Reproduction Update 2013.

¹⁹ BALLARD, Karen; LANE, Hazel; HUDELIST, Gernot; y otros. Can specific pain symptoms chronic pelvic pain. FertilSteril 2010. Volumen 94. Pág 20-27.

extensión de los implantes de endometriosis, así como la existencia, la calidad (finas o densas) y localización de adherencias. Para cada uno de estos parámetros se van sumando puntos según la tabla 1, quedando una clasificación de la siguiente manera²⁰.

Estadio I, endometriosis mínima: 1-5 puntos

Estadio II, endometriosis leve:6-15 puntos.

Estadio III, endometriosis moderada: 16-40 puntos

Estadio IV, endometriosis severa:> 40 puntos

Tabla 1. Clasificación de la endometriosis según rASRM.

Endometriosis peritoneal	<1cm	1-3cm	>3cm
Superficial	1	2	4
Profunda	2	4	6
Endometriosis ovárica	<1cm	1-3cm	>3cm
superficial, ovario derecho	1	2	4
profunda, ovario derecho	4	16	20
superficial, ovario izquierdo	1	2	4
profunda, ovario izquierdo	4	16	20
Presencia de adherencias	<1/3 afectado	1/2-2/3	>2/3
finas, ovario derecho	1	2	4
densas, ovario derecho	4	8	16
finas, ovario izquierdo	1	2	4
densas, ovario izquierdo	4	8	16
finas, oviducto derecho	1	2	4
densas, oviducto derecho	4	8	16
finas, oviducto izquierdo	1	2	4
densas, oviducto izquierdo	4	8	16
Obliteración del saco de Douglas	Parcial	Completa	
	4	40	

²⁰ American Fertility Society. Revised American Fertility Society classification of endometriosis. FertilSteril 1985. Volumen 43. Pág 351-52.

5.1.1.3 Síndrome premenstrual. Consiste en la aparición de dolor pélvico, así como una serie de síntomas físicos y psíquicos en la segunda fase del ciclo ovulatorio. Tiene una incidencia del 20% en las mujeres en edad fértil. La etiología es desconocida, aunque se han propuesto una serie de mecanismos hormonales: aumento estrogénico, alteraciones del sistema renina-angiotensina o el exceso de vasopresina. La clínica consiste en distensión abdominal, edema de las extremidades, mastodinia, cefalea y alteraciones en el estado de ánimo²¹.

5.1.2 Causas ginecológicas no cíclicas.

5.1.2.1 Adherencias. Es una patología frecuente, presente en un 56 al 82% de las laparoscopias realizadas por dolor pélvico crónico. Su papel en la aparición del dolor pélvico es controvertido, es más frecuente en pacientes asintomáticas, aunque hay estudios que revelan una misma prevalencia y distribución de adherencias pélvicas en sintomáticas y asintomáticas con infertilidad. La adhesiolisis por vía laparoscópica o laparotomía mejora el dolor, en especial las que presentan adherencias densas, muy vascularizadas²².

5.1.2.2 Endometriosis. Puede debutar con dolor sin relación con el ciclo menstrual (Ver causas cíclicas).

5.1.2.3 Salpingooforitis. Es la inflamación aguda o crónica de la trompa de Falopio y el ovario, de forma simultánea. Se presenta en pacientes con historia previa de infección aguda o subaguda. Con la utilización de los antibióticos de amplio espectro su incidencia ha disminuido notablemente. La endosalpingiosis (presencia de epitelio ciliar ectópico a nivel peritoneal o paraaórtico) no se ha relacionado como causa del dolor²³.

5.1.2.4 Síndrome de ovario remanente. Consiste en la aparición de dolor pélvico en pacientes que previamente se han sometido a histerectomía. La incidencia varía entre 0,90% y 3,38%. El dolor suele aparecer de los 2 a 5 años posteriores a

²¹ HOWARD F. Evaluation of chronic pelvic pain in women. In: UpToDate, 2007.

²² PETERS, A; TRIMBOS-KEMPER, G; ADMIRAAL, C. y TRIMBOS, JB. A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. Br J ObstetGynaecol 1992. Volumen 99. Pág 59-62

²³ ASHA, S; LIAQUAT, HB, NAGINA F; SIDRA, L. y ANWAR MA. Chronic pelvic pain: a dilemma. J Pak Med Assoc 2010. Volumen 60. Pág 257-60

la intervención, puede ser cíclico, y se localiza a nivel de la fosa iliaca o flanco. El examen físico puede revelar una zona empastada a nivel latero pélvico. Estudios ecográficos tras estimulación con clomifeno confirman el diagnóstico²⁴.

5.1.2.5 Síndrome de congestión pélvica. Es un cuadro de dolor producido por la presencia de venas varicosas a nivel ovárico o uterino. El dolor es producido por una disfunción del sistema nervioso autónomo o la presencia de Sustancia P en el endotelio vascular. Clínicamente se caracteriza por dolor abdominal y lumbar bajo, dismenorrea, dispareunia y menorragia. El dolor (también puede ser cíclico) es bilateral y se acompaña de fatiga, mastodinia, irritación vesical y síndrome premenstrual. El diagnóstico se basa en la realización de un venograma o ecografía doppler en búsqueda de las dilataciones varicosas²⁵.

5.1.2.6 Neoplasias ováricas y uterinas. La mayoría de los tumores benignos o malignos de los órganos reproductivos pueden causar dolor agudo o crónico. Independientemente de las agudizaciones, pueden producir dolor y disconfort abdominal. Conforme la neoplasia crece puede dar sintomatología relacionada con el órgano que invada: recto o vejiga. El diagnóstico se basa en técnicas de imagen, serología y laparoscopia.

5.1.2.7 Enfermedad pélvica inflamatoria. El dolor crónico que surge de la enfermedad pélvica inflamatoria se debe a episodios recurrentes de infecciones del tracto genito-urinario, o daño residual provocado por episodios pasados de infección pélvica. El dolor se debe a adherencias o fistulizaciones, a lesión neurológica por mediadores de inflamación, o a agentes patógenos productores de la infección.

La clínica es de dolor pélvico en pacientes con antecedentes de uno o varios episodios de enfermedad de transmisión sexual. El diagnóstico es orientado por examen físico (presencia de dolor a la palpación de útero, anexos y cérvix). La realización de la laparoscopia, permite visualizar los cambios a nivel de los órganos pélvicos y drenar los posibles abscesos o realizar adhesiolisis. Se ha relacionado esta patología en un 11% con infertilidad y tiene seis veces mayor riesgo de desarrollar un embarazo ectópico.

²⁴ HOWARD, FM; EL-MINAWI, A. y SANCHEZ R. Conscious laparoscopic pain mapping in women with chronic pelvic pain. *ObstetGynecol* 2000. Volumen 96. Pág 934–939

²⁵ PITTLER, MH y ERNST, E. Peppermint oil for irritable bowel syndrome: A critical review and metaanalysis. *Am J Gastroenterol* 1998;93:1131–5.

5.1.3 Causas gastrointestinales. La principal causa de dolor pélvico gastrointestinal es el síndrome de colon irritable, presente en un 10 a un 20% de la población. Es una enfermedad funcional, donde el dolor surge de un cambio de hábito intestinal más que de un componente orgánico. Es un diagnóstico de exclusión, al que se llega según los criterios de Roma²⁵:

- Al menos tres meses de dolor intermitente o continuo que se alivia con la deposición, y asociado a un cambio de hábito y consistencia de la deposición.

- Al menos dos de los siguientes cambios en la deposición: frecuencia, características, presencia de moco o si ésta es urgente o dolorosa.

La presencia de síndrome de colon irritable en mujeres, es mayor, en un 37% cuando consultan al ginecólogo, comparado con el 28% que consultan con el gastroenterólogo y hasta un 50% tienen características cíclicas²⁶.

Otra causa de dolor pélvico crónico es la enfermedad inflamatoria intestinal, que puede ser la enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. Siendo más frecuente la aparición de dolor en la enfermedad de Crohn, caracterizada por un proceso inflamatorio que puede afectar a todo el intestino y a todo su espesor. Clínicamente hay dolor abdominal, fiebre y diarrea, pudiendo aparecer cuadros pseudooclusivos. El diagnóstico se establece por colonoscopia. La Colitis ulcerosa afecta colon izquierdo y recto, clínicamente hay dolor cólico, diarrea y rectorragias. El diagnóstico es por rectosigmoidoscopia.

La presencia de divertículos a nivel colónico (Diverticulosis) puede ser otra causa de dolor pélvico crónico. Entre el 5 y el 40% de los mayores de 40 años presentan diverticulosis, aunque en la mayoría es asintomático. La sintomatología es similar a la del síndrome de colon irritable, y a veces el tratamiento es quirúrgico.

La presencia de tumores del tracto digestivo suele ser otra causa importante de dolor pélvico. La sintomatología suele ser cambio de hábito intestinal (74%) y dolor abdominal (65%), aunque también suele darse rectorragias y síndrome constitucional. Las hernias también han sido asociadas a dolor pélvico crónico, son defectos en la pared abdominal que provocan la salida de un asa intestinal. El

²⁶ TACHAWIWAT, K. y CHEEWADHANARAKS, S. Prevalence of irritable bowel syndrome among patients with mild-moderate and severe chronic pelvic pain. J Med Assoc Thai. 2012. Volumen 10. Pág 1257-60.

dolor característicamente aumenta con las maniobras de Valsalva. Su diagnóstico se realiza básicamente por exploración física y en ocasiones con la ayuda del ultrasonido.

5.1.4 Causas genitourinarias. El dolor pélvico crónico de origen urológico se debe a la estrecha relación anatómica y embriológica que existe a nivel urológico y pélvico. La uretra, la vejiga y la vagina se derivan del seno urogenital. El 5% del dolor pélvico crónico tiene un origen urológico: cistouretritis, síndrome uretral, divertículos uretrales, cistitis intersticial, tumores infiltrantes vesicales, riñón pélvico ectópico y otras causas como urolitiasis u obstrucciones ureterales²⁷.

La cistitis infecciosa se caracteriza por dolor suprapúbico acompañado de disuria, polaquiuria y urgencia urinaria. Presentan piuria en el urocultivo y responden muy bien al tratamiento antibiótico. El agente patógeno más frecuente suele ser *Clamidia*. La cistitis intersticial es una entidad inflamatoria de etiología desconocida, que se caracteriza por dolor pélvico acompañado de urgencia miccional, polaquiuria y nicturia. El dolor aumenta conforme la vejiga se llena, y la capacidad de llenado suele ser cada vez menor. La prevalencia del cuadro varía de 10/100.000 a 500/100.000, asociándose a dolor pélvico en el 60% de las pacientes. El diagnóstico se establece por cistoscopia y los criterios clínicos son al menos dos de: dolor al llenado de la vejiga, que cesa con el vaciado, edemas y petequias (úlceras de Hunner) en la cistoscopia y disminución de la compliance en las pruebas urodinámicas. La cistitis intersticial se asocia con otros muchos síntomas, hasta un 38% tiene síntomas de enfermedad inflamatoria intestinal y un 45% presentan alergias²⁸.

Muchos casos de dolor pélvico crónico se pueden deber a carcinomas infiltrantes de vejiga, cérvix, útero o recto. Para su diagnóstico es precisa una historia detallada, examen pélvico detallado, cistoscopia, pielograma y la resonancia magnética.

El síndrome uretral crónico es otra causa frecuente de dolor pélvico crónico caracterizado por síntomas irritativos, incontinencia y sensación de llenado tras la micción. Se suele asociar con irritación vulvar así como vulvodinia y dispareunia.

²⁷ FLETCHER, SG y ZIMMERN, PE. Differential diagnosis of chronic pelvic pain in women: the urologist's approach. *Nat Rev Urol* 2009. Volumen 6. Pág 557-62.

²⁸ DEMIR, F; OZCIMEN, E; y ORAL, HB. The role of gynecological, urological, and psychiatric factors in chronic pelvic pain. *Arch Gynecol Obstet*. 2012. Volumen 286. No 5. Pág 1215-12120.

La etiología es desconocida pero se cree relacionada con estado hipoestrogénico, traumatismo o infección frecuente por Clamidia.

5.1.5 Causas neurológicas. El atrapamiento de un nervio en una cicatriz o fascia puede dar origen a dolor en la cicatriz o en la distribución del nervio. El dolor suele ser descrito como agudo, punzante o sordo. Suele estar bien localizado y aumentar con ciertos movimientos. El diagnóstico se confirma con el bloqueo anestésico del nervio con o sin ayuda de la neuroestimulación, y el cese parcial o completo del dolor.

Los nervios comprometidos más frecuentes son ilioinguinal (T12,L1), iliohipogástrico (T12,L1) y genitocrural (L1, L2). Los nervios se pueden atrapar al paso por estructuras estrechas como los forámenes, así se ha sugerido que la compresión de las raíces sacras al abandonar el esqueleto axial puede dar lugar a disfunción vesical, digestiva o sexual²⁹. El dolor referido a nivel pélvico se debe a dolor visceral que se percibe en lugares cutáneos alejados del origen. Cualquier estructura inervada por la vía de T12 a L4 puede dar lugar a dolor referido pélvico.

Poco se conoce de este fenómeno, aunque se cree que las fibras largas mielínicas no juegan un papel importante en su fisiopatología, las fibras C si tienen alguna participación. Se han realizado estudios de mapeo de dolor en laparoscopias con el paciente despierto encontrándose que la estimulación del peritoneo pélvico puede provocar dolor a nivel de la fosa iliaca o el periné. Recientemente hay autores que han postulado el dolor pélvico crónico como parte del síndrome de dolor regional complejo, ya que el daño neurológico podría ser el causante del dolor, y este mantenerse por alteración del sistema nervioso simpático³⁰.

5.1.6 Causas musculoesqueléticas. Se asocia a dolor pélvico crónico en un 22 % de los casos³¹. El dolor pélvico mecánico se produce por un alineamiento alterado del esqueleto axial, como una separación de la sínfisis pubiana o una disfunción sacroilíaca producido por el embarazo o un traumatismo. El dolor surge de las articulaciones o del espasmo muscular asociado. Otros factores se suelen asociar son las posturas erróneas, disminución del ejercicio o alteración en la longitud de

²⁹ Pratt, B; Howard, FM. Management of chronic pelvic pain. Minerva Ginecol 2010. Volumen 62. No.5 . Pág 447-65.

³⁰ CECCARONI, M; CLARIZIA, R; COSMA, S y otros. Cyclic sciatica in a patient with deep monolateral endometriosis infiltrating the right sciatic nerve. J Spinal Disord Tech 2011. Volumen 24. No.7. Pág 474-478.

³¹ GYANG, A ; HARTMAN, M. y LAMV,U. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know. ObstetGynecol 2013. Volumen 121.No. 3.Pág 645-50.

las piernas. El dolor que surge del esqueleto varía con el movimiento y empeora al final del día, este dolor puede variar con el ciclo menstrual por la acción hormonal en la laxitud ligamentaria. El diagnóstico se basa en la anamnesis y en la exploración física provocando dolor al explorar ciertas articulaciones⁷.

El dolor muscular puede deberse a disfunción primaria muscular, es decir una alteración en la relajación y contracción de grupos musculares opuestos. La existencia de puntos gatillo miofasciales es controvertido aunque cada vez hay más evidencia de su participación en el dolor pélvico crónico, además de la relación con las alteraciones en la postura corporal. Independientemente del origen, provocan tensión muscular y sobrecarga en articulaciones y ligamentos. En una revisión de 132 pacientes con dolor pélvico crónico, hasta un 75% presentaban posturas anómalas³².

5.1.7 Factores psicosociales. El dolor pélvico crónico es una experiencia desagradable en la cual intervienen numerosos factores: físicos, psicológicos y sociales. La influencia de cada uno de ellos varía dependiendo del paciente y puede variar en un mismo paciente a lo largo de su enfermedad. Por ejemplo, el dolor pélvico mecánico puede producirse después de un traumatismo, pero temores acerca del significado del dolor pueden conducir a gran sufrimiento y dolor, en especial cuando es inexplicado por un largo periodo de tiempo. Esto se podría manifestar como aumento de la tensión muscular alrededor de la zona originaria, provocando mayor dolor.

El estudio de otros síndromes dolorosos como el dolor crónico dorso- lumbar, sugieren que hay cierta personalidad y ciertas creencias acerca de la salud que predisponen al desarrollo de dolor pélvico crónico. Los factores que más se relacionan son: la tendencia catastrofista, el sentimiento de descontrol sobre las cosas, el pensar que el dolor representa un daño tisular constante, la inseguridad en el trabajo, la demanda constante de tiempo por parte de los demás, infertilidad y el rol en la sociedad³³.

En el Dolor pélvico crónico es muy frecuente la presencia de depresión y los trastornos en el sueño. Se considera que la morbilidad psicológica es más una

³² REED, BD; PUNCH, MR; ROTH, RS y otros. Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodynia and chronic pelvic pain, a comparative evaluation. J Reprod Med 2000;45:624-32.

³³ CULLEY, L; LAW, C; HUDSON, N. y otros. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. Hum Reprod Update. 2013. Volumen 1. Pág 121-135.

consecuencia que una causa del dolor¹². El tratar la depresión y los trastornos del sueño mejoran en gran medida el cuadro de dolor y entorno del paciente. Hay estudios que se han centrado en el papel del abuso sexual (contacto directo sexual no deseado a cualquier edad) como causa del dolor pélvico crónico, indicando que hay una prevalencia de hasta un 90%. En un estudio se compararon mujeres con y sin dolor pélvico crónico y se vio una mayor prevalencia de consumo de drogas, abuso sexual, inhibición del deseo sexual y depresión en aquellas que presentaban dicho dolor³⁴, además se ha demostrado que el abuso sexual predispone la cronicidad del dolor al incrementar la vulnerabilidad a la depresión.

5.2 ENFOQUE DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del dolor pélvico crónico requiere una orientación basada en la historia clínica y el examen físico, para así ordenar el tipo de herramienta diagnóstica complementaria³⁵.

5.2.1 Historia clínica. Se debe indagar sobre el inicio de los síntomas, la duración, las características del dolor, la ubicación del dolor (recomienda usar un mapa del dolor), la irradiación, los factores desencadenantes y los síntomas asociados. La presencia de comorbilidades, como la migraña relacionada hasta en un 60% de los casos y la lumbalgia hasta en un 90%³⁶.

Indagar sobre los antecedentes quirúrgicos, ya que nos permite orientar el origen del dolor y la causa por la que se llevó a cabo la cirugía que pudiera tener relación con la presencia del dolor pélvico crónico, un por ejemplo es el procedimiento de Marshall-Marchietti-Kranz para la incontinencia urinaria se ha informado como una causa de dolor pélvico crónico debido a la localización en la sínfisis del pubis secundario a osteomielitis, la cirugía cervical previa para la displasia puede causar estenosis cervical con hematómetra resultante, desarrollar endometriosis y presentarse dolor pélvico crónico³⁷.

³⁴ PAVELKA, T; SALÁŠEK, M. y WEISOVÁ, D. Complications associated with surgical treatment of pelvic ring fractures. *ActaChirOrthopTraumatolCech* 2013.Volumen 80. No 3. Pág 208-15.

³⁵ JANSSEN, EB; RIJKERS, AC, y HOOPENBROUERS K , *et al*.

³⁶ PAVELKA, T; SALÁŠEK, M. y WEISOVÁ, D. Complications associated with surgical treatment of pelvic ring fractures. *ActaChirOrthopTraumatolCech* 2013.Volumen 80. No 3. Pág 208-15.

³⁷ KNIGHT S, LUFT J, NAKAGAWA S, y KATZMAN WB. Comparisons of pelvic floor muscle performance, anxiety, quality of life and life stress in women with dry overactive bladder compared with asymptomatic women. *BJU Int.* 2012 Jun;109(11):1685-9

En relación a los antecedentes obstétricos, es importante preguntar si los embarazos o partos fueron traumáticos, historia de dolor que incluyen la lordosis, parto de feto macrosómico, debilidad muscular y la mala condición física, que permite descartar compromiso del sistema músculo-esquelético, especialmente en la pelvis y la espalda.

La nuliparidad puede estar asociada a infertilidad y dolor pélvico crónico, secundario a endometriosis o enfermedad inflamatoria pélvica crónica.

La historia psicosocial, en especial a síntomas relacionados con la depresión. Se ha considerado esta patología como uno de los varios factores predictivos de la severidad del dolor en mujeres con dolor pélvico crónico, además como un indicador de la capacidad de respuesta al tratamiento. Muchos de los cuestionarios de dolor incluyen una sección para depresión, aunque también, es útil usar una herramienta de detección como el Zung o escala de Depresión de Beck.

Debido a la significativa asociación del abuso físico y sexual y el desarrollo del dolor pélvico crónico, se considera importante preguntar a las mujeres con enfermedades crónicas si ellas se encuentran en un ambiente seguro o descartar la presencia de violencia interna, esta pregunta que debe hacerse en un lugar privado sin el cónyuge o pareja actual. Explorando además la satisfacción o insatisfacción con las relaciones y el apoyo civil y familiar³⁸.

5.2.2 Examen físico. Un objetivo importante del examen es detectar las localizaciones anatómicas exactas del punto de dolor y correlacionar estos con las zonas de dolor. Esto requiere un enfoque sistemático y el intento para duplicar el dolor a la palpación o el posicionamiento. En cada palpación de debe preguntar si el dolor producido es el dolor por el que está siendo evaluado. El examen debe evaluar el sistema músculo-esquelético, gastrointestinal, urinario y psiconeurológico, no sólo el tracto reproductivo. El examen físico tiene una sensibilidad 8,1%, especificidad 42,8%, valor predictivo positivo 50%, valor predictivo negativo 4,5 % en la detección de la etiología del dolor pélvico crónico. Se recomienda realizar de pie, sentado, en posición supina, y en litotomía³⁹.

³⁸ KNIGHT S, LUFT J, NAKAGAWA S, KATZMAN WB. *et al*

³⁹ SHARMA, Damyanti; DAHIYA, Krishna; DUHAN. *et al*

En la palpación abdominal se debe realizar inicialmente de manera superficial, señalando hiperestésias o hipersensibilidad de la piel y la comprobación superficial de los reflejos abdominales. Luego palpar con un solo dígito los puntos gatillo miofascial incluyendo las áreas inguinales. La prueba de sensibilidad de la pared abdominal o de Carnett se usa para distinguir la sensibilidad de la pared abdominal o el punto gatillo y diferenciar la sensibilidad visceral. Si el dolor aumenta, sugiere que el dolor es de origen miofascial.

Se deben palpar las cicatrices quirúrgicas para descartar los defectos herniarios. La sínfisis púbica e igualmente también se debe palpar si se presenta dolor, sugiere la presencia de relajación de la cintura pélvica sintomática, inflamación del recto o lesiones en su inserción fascial, osteítis del pubis, u osteomielitis. Los componentes habituales de la exploración abdominal, en busca de distensión, masas abdominales, ascitis, ruidos intestinales, soplos vasculares, y la palpación de profunda, o la rigidez, también se deben evaluar.

En la inspección de los genitales externos, se debe buscar enrojecimiento, supuración, formación de absceso, excoriación, fístulas, fisuras, ulceraciones, cambios en la pigmentación, condilomas, cambios atróficos o signos de trauma. Se pueden hacer pruebas sensoriales básicas para buscar dolor con un toque ligero, así como la estimulación del reflejo bulbo cavernoso y anal. Los pacientes con vestibulitis vulvar presentan una exquisita sensibilidad en áreas localizadas en las glándulas vestibulares menores externas al himen, con sensación normal en áreas de la vulva adyacente, se utiliza un hisopo para evaluar la sensibilidad del vestíbulo. La técnica o la palpación de un solo dígito también se deben utilizar para evaluar la vulva y el arco púbico de puntos gatillo, o para la piel o lesiones de la mucosa que reproducen síntomas. Se debe evaluar la vulva anterior, signos de trauma vaginal o cicatrices de cirugías o de los partos. En la especuloscopia se usa para realizar una inspección visual y para obtener muestras citológicas y bacteriológicas, es importante evaluar el orificio cervical, y el tejido paracervical. En posthisterectomía se debe palpar el manguito vaginal con un aplicador con punta de algodón.

La parte manual de la exploración pélvica debe siempre ser iniciado con un solo dedo, primero observando toda la sensibilidad del introito o la presencia de espasmo sugiriendo vaginismo. Los músculos elevadores del ano se palpan directamente para evaluar el tono y el dolor. Normalmente, esto hace que la palpación sólo produzca una sensación de presión, pero en pacientes con dolor en el suelo pélvico pueden causar dolor consistente.

Términos como "mialgia del suelo pélvico", "síndrome piriforme", "espasmo del elevador", "espasticidad del diafragma de la pelvis, y "coccigodinia" son utilizados para los síndromes que parecen ser similar al dolor del suelo pélvico, puede ser un problema primario o puede ser secundaria a otras enfermedades como la cistitis intersticial o la endometriosis. El dolor pélvico puede también resultar de los puntos de activación de uno o más músculos de la pelvis.

Los músculos piriforme, coccígeo y obturador interno deben palparse suavemente. Los músculos piriformes son algo más difíciles de palpar que los levadores. El tacto rectal puede permitir una evaluación más fácil que el examen vaginal. La presión digital transvaginal o transrectal se puede realizar postero lateralmente justo superior a la espina isquiática. En posición de litotomía, la paciente se le pide contraer el muslo contra resistencia (mantener la rodilla del paciente lateralmente en el mismo lado que se examina) esto permite palpar el piriforme, y descartar la presencia de dolor muscular, espasmo, tensión o mialgia que implique dicho músculo⁴⁰.

Las áreas de la vagina, la uretra, y trigonal anterior se deben palpar suavemente para obtener cualquier área de sensibilidad, induración, descarga o de engrosamiento como se presenta en la uretritis crónica, el síndrome uretral crónico, divertículo uretral, quiste de la pared vaginal, trigonitis o cistitis intersticial. La presencia de dolor a la palpación de zonas gatillo, del cervix, la zona paracervical y el fondo del saco sugieren problemas como traumatismo cervical repetido (por lo general durante las relaciones sexuales), infección pélvica, endometriosis o dolor ureteral.

El útero debe ser comprimido contra el sacro para evaluar la sensibilidad uterina, lo que puede estar presente en enfermedades tales como la adenomiosis, síndrome congestión pélvica, infección pélvica, o el síndrome premenstrual. Un útero que es inmóvil y fijo en su posición, especialmente en retroflexión, puede sugerir endometriosis o adherencias. El coxis también debe palparse con los pulpejos, y se debe hacer un intento para moverlo 30 ° o menos. Esto puede ser más fácil de evaluar durante el examen rectovaginal. Normalmente, el coxis mueve 30 ° sin provocar dolor, pero en pacientes con coccigodinia este movimiento provoca dolor⁴¹.

⁴⁰ RIVALTA M, SIGHINOLFI MC, MICALI S, DE STEFANI S, y BIANCHI G. Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (biofeedback, funcional electrical stimulation, pelvic floor muscles exercises, and vaginal cones).J Sex Med. 2010 Mar;7(3):1200-8

⁴¹ DEMIR,F; OZCIMEN,E; ORAL,HB. *et al.*

Es mejor realizar el examen bimanual tradicional después de completar el examen monomanual-monodigital. El examen bimanual puede ser menos sensible parte de la evaluación, ya que consiste en la estimulación de todas las capas de la pared abdominal, el peritoneo parietal, y el órgano o los órganos palpados. El examen rectal o rectovaginal examen debe realizarse a menudo se acompaña de marcado malestar con el tacto rectal y puede ser producido por el síndrome de intestino irritable o estreñimiento crónico percibiéndose en el examen físico heces duras en el recto⁴².

5.3 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Realizar de manera rutinaria a todas las mujeres con dolor pélvico crónico un enema de bario y estudios de la vía digestiva superior para "Descartar" enfermedad gastrointestinal, pielografía intravenosa para descartar enfermedad del tracto urinario, ecografía pélvica a descartar enfermedad ginecológica, un recuento sanguíneo completo y velocidad de sedimentación para descartar infección, y no es eficiente ni eficaz⁴³. Es más apropiado llevar a cabo pruebas de diagnóstico que se indican basados en la historia clínica y examen físico, y cuando los resultados van a cambiar el diagnóstico, la evaluación adicional o el tratamiento. En la Tabla 2 enumera algunos de los exámenes de diagnóstico que pueden ser útiles para evaluación de las mujeres con dolor pélvico crónico basado en la historia clínica y la sospecha diagnóstica⁴⁴.

⁴² PETERS, A; TRIMBOS-KEMPER, G; ADMIRAAL, C; TRIMBOS, JB. *et al.*

⁴³ Howard FM. Physical examination. In: Howard FM, Carter JE, Perry CP, El-Minawi AM, eds. Pelvic pain: Diagnosis and management. Philadelphia: Lippincott, Williams, and Wilkins, 2000:26–42.

⁴⁴ KRUSZKA, PA. y KRUSZKA, SJ. Evaluation of Acute Pelvic Pain in Women. *AmFam Physician* 2010. Volumen 82. No 2. Pág 141-147.

Tabla 2. Pruebas diagnósticas útiles en la evaluación del dolor pélvico crónico.

SIGNOS, SÍNTOMAS, O SOSPECHA DIAGNÓSTICA	TEST POTENCIALMENTE UTILIZADO
Adenomiosis	Ultrasonografía, histerosalpingografía, imagen resonancia magnética
Síndrome uretral crónico	Urodinamia
Compresión o atrapamiento neuripático	Velocidad de conducción nerviosa, electromiografía
Constipación	Manometría con balón anorectal, tránsito colónico
Depresión	Pruebas de función tiroidea, renal y hepáticas anticuerpos antitiroideos, hemograma, electrolitos, gases arteriales
Diarrea	Coprológico en busca de huevos o parásitos, estudio de leucocitos polimorfonuclear y células rojas en las heces, cultivos de heces, toxina de Clostridiumdifficile en heces, enema de bario, colonoscopia, estudio de tránsito intestinal superior.
Enfermedad diverticular	Enema de bario
Dispareunia	Cultivo uretral y cervical para gonorrea y chlamydia, PCR para chlamydia, cultivo vaginal, urocultivo, frotis vaginal Ph
Endometriosis	CA125, ultrasonografía, enema de bario, histerosalpingografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética.
Hernias	Ecografía abdominal total, tomografía axial computarizada
Cistitis intersticial	Cistouretroscopia, urocultivo, citología urinaria, urodinamia, biopsia de vejiga, test de KCL en vejiga
Síndrome de ovario remanente	FSH, estradiol, B gonadotrofina, ultrasonografía ± test de estimulación con Clomifeno, enema bario, tomografía axial computarizada
Síndrome de congestión pélvica	Venografía pélvica, ultrasonografía ±Doppler,
Tuberculosis pélvica	Radiografía de tórax, test cutáneo de PPD
Porfiria	Porfobilinógeno en orina
Divertículo uretral	Sonografía vaginal, cistoutetrográfiamiccional, cistoutetrografía con doble balón, resonancia magnética

5.4 USO DE LA LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA

La laparoscopia es un método de diagnóstico importante en la evaluación del dolor pélvico crónico, más del 40% del diagnóstico ginecológico por laparoscopias se realiza a causa del dolor pélvico crónico. La endometriosis y las adherencias representan al menos el 85% de todos los diagnósticos laparoscópicos. Se considera el Gold Stándar para el diagnóstico del dolor pélvico encontrándose la patología en un 74% de los casos⁴⁵.

No todas las patologías relacionadas con el dolor pélvico crónico, son susceptibles de diagnosticarse por laparoscopia y tampoco una laparoscopia negativa es sinónimo de ningún diagnóstico o la ausencia de enfermedad y no significa que la paciente tenga una ausencia física en la causa de su dolor. El uso de la laparoscopia, basado en la historia de la paciente, el examen físico, de laboratorio o los hallazgos imagenológicos, permite disminuir racionalmente la tasa de laparoscopias negativas del 39% al 4%.

5.4.1 Uso de la laparoscopia en la ubicación del dolor. Una utilidad de laparoscopia diagnóstica, consiste en el "mapeo consciente del dolor", sugerido como una forma de mejorar la capacidad de diagnóstico de la laparoscopia⁴⁶. La cartografía del dolor por laparoscópica es un método diagnóstico bajo anestesia local, con o sin sedación consciente, dirigido a la identificación de las fuentes del dolor. La técnica utiliza un ligero sondaje o tracción de los tejidos, o en lesiones de los órganos pasados a través del trocar con el fin de producir dolor y poder localizarlo. El diagnóstico etiológico de la lesión u órgano se basan en la gravedad del dolor suscitado y sobre la replicación del dolor que el paciente siente, teniendo en cuenta que el diagnóstico del dolor pélvico crónico, es multifactorial.

Se considera que la cartografía del dolor por laparoscópica consciente mejora los resultados en las mujeres con dolor pélvico crónico, ya sea por la disminución de las intervenciones quirúrgicas innecesarias o por el alivio del dolor a través de tratamientos médicos más específicos y tratamientos quirúrgicos, pero se necesita más estudios con mejor evidencia epidemiológica. Es un método que no se realiza de manera rutinaria y en Colombia no se utiliza en la actualidad.

⁴⁵ FOX, SD. Chronic pelvic pain in women. Med Health R I 200. Volumen 86. Pág 9-11.

⁴⁶ VINCENT, K. Chronic pelvic pain in women. Postgrad Med J 2009. Volumen 85. Pág 24-9

5.4.2 Uso de la laparoscopia en el diagnóstico de endometriosis. La endometriosis es una patología presente en más del 60% de los casos de dolor pélvico crónico, su diagnóstico por laparoscopia se hace bajo visualización directa de las lesiones o los contornos de los órganos, basados en el sistema de clasificación revisada de la endometriosis de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (rASRM) o la confirmación histopatológica de la lesión.

Estudios en pacientes con dolor pélvico crónico e infertilidad han reportado una prevalencia de endometriosis en un 23,3%, prevalencia que es mayor en las pacientes con patología anexial en un 13,3% y en las pacientes asintomáticas con una presentación menor del 5%⁴⁷. Encontrándose que el tipo de endometriosis leve es la clasificación que se presenta con mayor frecuencia en un 71% de los casos⁴⁸.

Al comparar el ultrasonido con la laparoscopia en el diagnóstico de endometriosis, la sensibilidad de la ecografía es tan solo el 9%, considerándose la laparoscopia como el gold estándar en el diagnóstico de la endometriosis⁴⁹.

5.4.3 Uso de la laparoscopia en el diagnóstico de adherencias pélvicas. El papel de las adherencias en el dolor pélvico crónico es discutible. Las adherencias pélvicas se detectan comúnmente en el momento de la exploración quirúrgica de las pacientes con dolor pélvico o abdominal crónico. Las adherencias pélvicas pueden producirse secundaria a una cirugía previa. Otras posibles causas son las infecciones pélvicas agudas o crónicas, peritonitis, ruptura de apéndice o endometriosis.

A pesar que las adherencias pueden desempeñar un papel etiológico en el dolor pélvico o abdominal crónico, no siempre producen dolor. En un 35 a 50% de las pacientes con este tipo de dolor, las adherencias pueden ser la única explicación⁵⁰.

⁴⁷ ELGAFOR, EL. y SHARKWY, IA. Combination of non-invasive and semi-invasive tests for diagnosis of minimal to mild endometriosis. Arch Gynecol Obstet. 2013. Pág 130-145.

⁴⁸ TRIOLO, O; LAGANÀ, AS y STURLESE E. Chronic pelvic pain in endometriosis: an overview. J Clin Med Res 2013. Volumen 5 No. 3. Pág 153-163.

⁴⁹ WHITEHILL K, YONG PJ, Williams. Cyclical predictors of endometriosis in the infertility population: is there a better way to determine who needs laparoscopy? ObstetGynaecol Can 2012. Volumen 34 No.6. Pág 552-57.

⁵⁰ SALKY BA. y EDYE MB .The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of abdominal pain syndromes. SurgEndosc 1998. Volumen 12. Pág 911-914.

Las adherencias intraabdominales pueden ser asintomáticas, pero en algunos casos también son una causa importante de morbilidad, tales como infertilidad, obstrucción intestinal, y dolor. Pueden ser más propensas a tener un papel etiológico cuando limitan la movilidad de los órganos intraperitoneales o cuando su ubicación se correlaciona con la del dolor.

5.4.4 Uso de la laparoscopia diagnóstica en la búsqueda del diagnóstico diferencial. La visualización directa de la cavidad pélvica normal en presencia de dolor pélvico ha permitido orientar la búsqueda de la causa del dolor realizando procedimientos diagnósticos adicionales, para identificar otra posible causa de dolor. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el diagnóstico definitivo no se ha obtenido con este tipo de conducta.

Algunos investigadores han informado que un 15 a un 30% de las pacientes con dolor pélvico crónico, tienen laparoscópicos con hallazgos pélvicos normales⁵¹.

Reiter y colaboradores⁵², informaron en un estudio con 183 mujeres con dolor pélvico crónico y que el 34% de los casos tenía una laparoscopia diagnóstica negativa, se encontraron una asociación con patología somática oculta en un 47% de los casos; con dolor miofascial y el dolor cíclico en un 53% y patología no ginecológica en el 29%.

Longstreth y colaboradores⁵³, informaron que el síndrome intestino irritable se asocia con síntomas ginecológicos, y resaltaron la importancia de la laparoscopia diagnóstica en la realización del diagnóstico diferencial.

5.4.5 Uso de la laparoscopia como un método diagnóstico seguro. Se considera la laparoscopia como un método diagnóstico seguro, se presentan complicaciones graves en 3,5% de los casos, entre las que se destacan perforación intestinal, hernia intestinal a través del sitio del trocar umbilical requiriendo corrección quirúrgica urgente. Las complicaciones menores como

⁵¹ WHITEHILL K, YONG PJ, Williams. *et al*

⁵² REITER, RC y GAMBONE JC. Nongynecologic somatic pathology in women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy. *J Reprod Med* 1991. Volumen 36 No.4. Pág 253-9.

⁵³ LONGSTRETH, GF; PRESKILL; DB, y YOUKELES, L.. Irritable bowel syndrome in women having diagnostic laparoscopy or hysterectomy. Relation to gynecologic features and outcome. *Dig Dis Sci*. 1990. Volumen 35 No.10. Pág 1285-1290.

infección de la herida quirúrgica y el dolor abdominal su porcentaje de presentación es menor al 0,5%⁵⁴.

5.4.6 Uso de la laparoscopia diagnóstica en el tratamiento del dolor pélvico crónico. La laparoscopia diagnóstica ha influenciado en la decisión del tratamiento en el 42,7% de las pacientes con dolor pélvico crónico. Se ha documentado que el 21% de las pacientes con dolor pélvico sin hallazgos patológicos en las imágenes diagnósticas (ecografía y tomografía axial computarizada) y con laparoscopia diagnóstica normal, lograron orientar la realización de los estudios adicionales, encontrando una relación etiológica del dolor pélvico con la patología neuronal y muscular, dándole un manejo adecuado y logrando una respuesta al dolor⁵⁵.

Los estudios clínicos informan que hasta un 7,6% de las pacientes con dolor pélvico crónico y que fueron programadas para laparoscopia con el fin de realizar seguimiento a una patología con tratamiento previo diagnosticado a través ultrasonografía. Pudieron encontrar que la causa del dolor era secundaria a endometriosis realizándose una modificación del tratamiento logrando un control del clínico del dolor⁵⁶.

Otros estudios han informado que un 13% de los pacientes programadas para laparoscopia diagnóstica como un estudio adicional para el dolor pélvico crónico con exámenes preliminares normales, pudieron localizar en la laparoscopia lesiones gatillo y encontrando la etiología del dolor, orientando el tratamiento y mejorando clínicamente el dolor⁵⁷.

⁵⁴ SALKY BA, EDYE MB. The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of abdominal pain syndromes. *SurgEndosc* 1998.. Volumen 12. Pág 911–914

⁵⁵ YASMIN H, BOMBIERI L, y HOLLINGWORTH J. What happens to women with chronic pelvic pain after a negative [normal] laparoscopy? *J ObstetGynaecol* 2005. Volumen 25, Pág 283–285.

⁵⁶ WIENER J. Chronic pelvic pain. *Practitioner* 1994.. Volumen 238, Pág 355–357.

⁵⁷ SALKY BA y EDYE MB. *et al*

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Para la elaboración y desarrollo de los objetivos de la investigación se realizó un estudio descriptivo de cohorte retrospectivo de las pacientes que consultaron por diagnóstico de dolor pélvico crónico y fueron sometidas a cirugía laparoscópica diagnóstica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva (HUHMP).

6.2 LUGAR Y TIEMPO

El presente estudio se realizó en el servicio de Cirugía Ambulatoria del área de Ginecología y Obstetricia del HUHMP de Neiva desde el 1 de julio de 2010 hasta el 30 de junio de 2013.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población a estudio corresponde a un total de 183pacientes de Cirugía Ambulatoria del HUHMP de Neiva con diagnóstico de dolor pélvico crónico que fueron sometidas a laparoscopia diagnóstica durante los tres años de estudio.

La muestra corresponde al 100% de las pacientes que cumplen con los criterios de inclusión definidas y no sean excluidas por los criterios instaurados. Estas fueron un total de 175 historias clínicas.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes de consulta externa con diagnóstico de dolor pélvico crónico que fueron sometidas a laparoscopia diagnóstica en el HUHMP de Neiva desde el 1 de julio de 2010 hasta el 30 de junio de 2013.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con dolor pélvico crónico sometidas a laparoscopia de las cuales no se tiene información en historia clínica sobre el tratamiento previo (dos meses antes) a la realización de cirugía laparoscópica.
- Pacientes cuyo tratamiento médico o quirúrgico o control posterior (seis meses después) del mismo se haya realizado en otra institución diferente al Hospital Universitario HMP de Neiva.
- Pacientes con historia clínica incompleta, debido a cualquier causa.

De acuerdo a estos criterios, fueron excluidas 8 historias clínicas.

6.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 3. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUBVARIABLE	CATEGORÍA	NIVEL DE MEDICIÓN	ÍNDICE
Características Demográficas	Años cumplidos en el momento del estudio	Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa Ordinal	Porcentaje
Síntomas	Manifestaciones clínicas referidas por la paciente relacionadas con el dolor pélvico	Tiempo duración dolor	-De 6 meses a 1 año -De 1 año a 2,5 años -De 2,5 a 5 años -De 5 a 10 años -> 10 años	Cuantitativa Ordinal	Porcentaje
		Ubicación del dolor	-Hipogastrio -Fosa iliaca bilateral -Fosa iliaca unilateral -Otra	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje
		Síntomas urinarios	-Disuria -Polaquiuria -Tenesmo	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje

			vesical - Incontinencia urinaria de esfuerzo - Incontinencia urinaria de urgencia -Ninguno		
Síntomas	Manifestaciones clínicas referidas por la paciente relacionadas con el dolor pélvico	Síntomas gastrointestinales	-Distensión abdominal -Estreñimiento -Dispepsia -Ninguno	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje
		Dispareunia	-Si -No	Cualitativa Nominal Dicotómica	Porcentaje
		Dismenorrea	-Si -No	Cualitativa Nominal Dicotómica	Porcentaje
		Hemorragia uterina anormal	-Si -No	Cualitativa Nominal Dicotómica	Porcentaje
		Leucorrea	-Si -No	Cualitativa Nominal Dicotómica	Porcentaje
Antecedentes médicos y quirúrgicos	Antecedente médico y quirúrgico comprendido dos meses antes de la realización de Laparoscopia	Infección Previa (Que comprometen el tracto genitourinario)	-Enfermedad Pélvica Inflamatoria -Absceso Intrapélvico -Peritonitis -Ninguna	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje
		Manejo quirúrgico (cirugías abdomino-pelvicas previas)	- Laparoscopia - Laparotomía -Cesárea -Pomeroy -Conización -Otras -Ninguna	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje
		Antecedente de Partos	Número de partos antes de laparoscopia	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje
		Infertilidad	-Si -No		

Antecedentes de Manejo médico y respuesta clínica	Tratamientos previos a la realización de Laparoscopia (Medicamentos, Laboratorios clínicos, Imágenes diagnósticas) y respuesta clínica de las mismas	Medicamentos previos	-Analgésico -Antibióticos - Anticonceptivos - Antiparasitarios -Laxantes - Antiespasmódicos -Otros -Ninguno	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje
---	--	----------------------	--	--------------------------------	------------

Antecedentes de Manejo médico y respuesta clínica	Tratamientos previos a la realización de Laparoscopia (Medicamentos, Laboratorios clínicos, Imágenes diagnósticas) y respuesta clínica de las mismas	Laboratorios e imágenes diagnósticas previas	-Parcial de orina -Cuadro hemático -Frotis de Flujo Vaginal -Ecografía transvaginal -Ninguno	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje
		Mejoría tratamientos previos	-Si -No	Cualitativa Nominal Dicotómica	Porcentaje
Tipo de hallazgos de la cirugía laparoscópica	Hallazgos evidenciados durante la cirugía laparoscópica	Hallazgos Laparoscopia	-Adherencias laxas -Adherencias densas - Endometriosis leve - Endometriosis severa -Quiste de ovario -Enfermedad Pélvica Inflamatoria -Miomas uterinos -Miomas extrauterinos -Embarazo Ectópico -Ninguno (Normal)	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje

Complicaciones de la cirugía	Presencia de complicaciones presentes durante la cirugía laparoscópica	Complicaciones del procedimiento	-Sangrado -Lesión de órganos - -Complicaciones pulmonares - -Complicaciones cardíacas -Infección -Otras -Ninguna	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje
------------------------------	--	----------------------------------	--	--------------------------------	------------

Tratamientos médicos e Intervenciones quirúrgicas posteriores a laparoscopia	Tratamientos médicos y Cirugías realizadas máximo 6 meses después de la realización de la cirugía laparoscópica	Tratamientos médicos posteriores	-Analgésico -Antibióticos - -Anticonceptivos - -Antiparasitarios -Laxantes - -Antiespasmódicos -Otros -Ninguno	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje
		Cirugías posteriores	-Laparotomía -Histerectomía -Oforectomía -Liberación de Adherencias -Fulguración de endometriosis -Otras -Ninguna	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje
		Interconsultas médicas especializadas posteriores	- -Gastroenterología -Psiquiatría -Neurología -Cirugía General -Urología -Otras -Ninguna	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje
Respuesta con el tratamiento posterior instaurado	Desaparición o control del dolor pélvico máximo después de 6 meses de realizada la laparoscopia con el tratamiento	Respuesta a tratamiento posterior	-Si -No	Cualitativa Nominal Dicotómica	Porcentaje

	instaurado				
Etiología dolor crónico	Determinación de etiología de dolor pélvico	Etiología	<ul style="list-style-type: none"> - Gastrointestinal -Ginecológico -Musculo-esquelético -Psíquico /Neurológico -Urológico -Otra -No se determinó 	Cualitativa Nominal Politómica	Porcentaje

6.7 FUENTES DE INFORMACIÓN

La fuente de información para esta investigación fueron: los registros de historia clínica completa de las pacientes con diagnóstico de dolor pélvico sometidos a cirugía laparoscópica del HUHMP de Neiva.

6.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Se utilizó un formulario con las variables a investigar que fue diligenciado a partir de la información de las historias clínicas de las pacientes que reunieron los criterios de inclusión (Ver anexo A).

6.9 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El formulario se diligenció una vez se tenían las historias clínicas de las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y que no fueron excluidas por alguna de las causas determinadas.

6.10 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Después de recogida la información en el instrumento físico, se diligenció en una base de Excel los datos obtenidos.

6.11 ANÁLISIS DE DATOS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Después de tabular los datos en Excel, se exportaron a EpiInfo 7.1.1.14 para realizar el análisis estadístico.

Se calcularon las frecuencias relativas de cada variable, estas estimaciones puntuales se acompañaran del correspondiente intervalo de confianza del 95%. En el análisis de estadística descriptiva se realizó análisis con frecuencias simples para variables cualitativas y medidas de tendencia central (media, moda) y de dispersión (desviación estándar) para las variables numéricas. Para el análisis epidemiológico en tablas de 2x2 se utilizaron medidas de significancia estadística como RR, Chi cuadrado y P valor.

6.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS

6.12.1 Consentimiento informado. Para el desarrollo del presente trabajo se tendrán en cuenta todas las reglamentaciones establecidas en la resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social de Colombia, el presente estudio no implica riesgo alguno para personas o grupos humanos.

En esta investigación se trabajó con los datos que se registran en las historias clínicas y no con información directa de los participantes en el estudio, por lo que el consentimiento informado se solicitó a él (la) coordinador (a) del Centro de investigación, Docencia y Extensión del HUHMP (Ver anexo B).

6.12.2 Procurar el máximo beneficio. Esta investigación contribuye al beneficio de informar a las entidades participantes sobre las conclusiones y resultados de dicha investigación: Universidad Surcolombiana, el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

Esta investigación contribuye en el conocimiento que genera debido a que existe un vacío de información acerca de la efectividad de la cirugía laparoscópica en la etiología del dolor pélvico crónico. Se dejara a consideración del HUHMP el uso de los resultados de la investigación, respetando los derechos de autor de la misma.

6.12.3 Reducir el daño al mínimo. En este estudio no se expuso a la comunidad o participantes a ningún tipo de daño, como una pérdida económica, estigmatización, censura o eliminación del acceso a los servicios. Para minimizar cualquier daño se tomaron medidas que comprenden disposiciones relativas a la confidencialidad y al uso de un lenguaje que no implique una crítica moral.

6.12.4 Confidencialidad. Esta investigación implicó la recolección de datos relativos a personas, por consiguiente se protegió la confidencialidad de dichos datos, ejemplo de esto fue la omisión de información que pudiera traducirse en la identificación de las participantes tales como el nombre, número de documento de identificación y número de historia clínica. Esto debido a que para nuestra investigación no es necesario identificar a las personas, por el contrario, se habla de unas generalidades en la población estudiada.

7. RESULTADOS

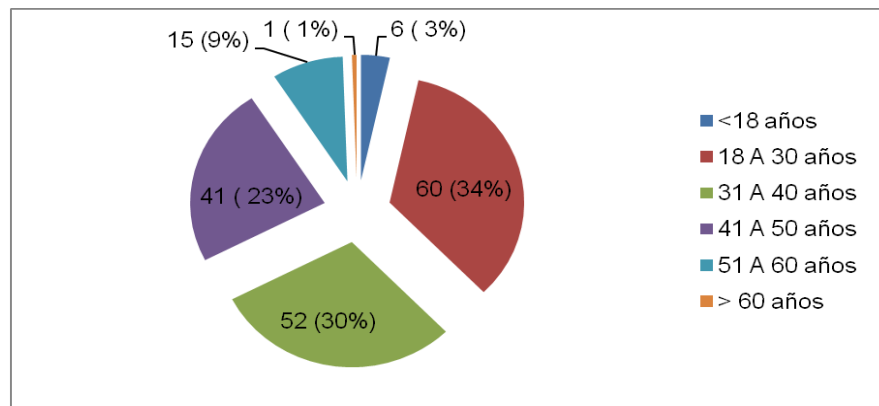
Se revisaron 183 historias del archivo del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva (HUHMP), con diagnóstico CIE-10: R102 (corresponde a dolor pélvico crónico) y que fueron sometidas a laparoscopia diagnóstica con código de procedimiento CUP: 18600. Datos suministrados por el departamento de estadística del HUHMP.

De las cuales 8 historias no se incluyeron en el estudio, dado que 5 no tenían evolución previa y posterior a laparoscopia y 3 no tenían la evolución posterior al procedimiento. Ingresando al estudio 175 historias.

7.1 EDAD

La distribución por edad de las mujeres que consultaron por Dolor pélvico crónico y fueron intervenidas por laparoscopia diagnóstica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva es:

Gráfica 1. Distribución por edad, Neiva 2010-2013.

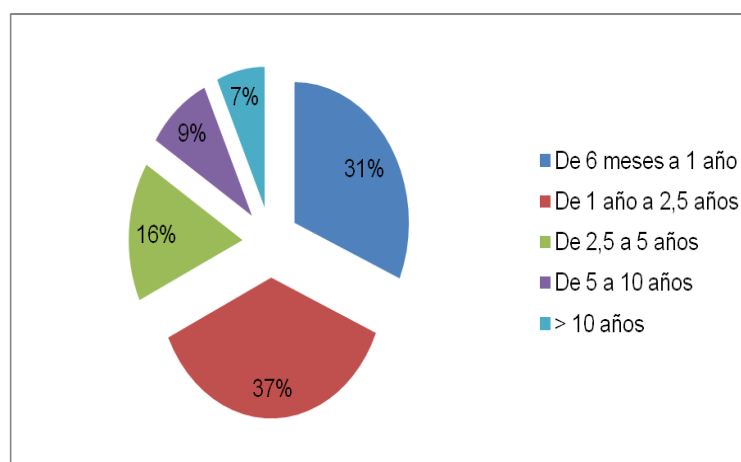


El 34% de las pacientes tenían entre 18 y 30 años de edad, seguido del 30% con edad de 31 a 40 años. La media de edad fue de 35 años, la moda de 28. Una desviación estándar de 10,6. La edad mínima fue de 13 años y la máxima de 65 años.

7.2 SÍNTOMAS

7.2.1 Localización del dolor. El 37% de las pacientes tenía dolor pélvico crónico de 1 año a 2,5 años de evolución, seguido del 31% que tuvo dolor pélvico de 6 meses a 1 año.

Gráfica 2. Distribución por tiempo de duración del dolor pélvico, Neiva 2010-2013.



El dolor pélvico crónico se ubicó en la mayoría de los casos en el Hipogastrio (85%), seguido de la Fosa iliaca bilateral (25,7%).

Tabla 4. Ubicación del dolor pélvico crónico, Neiva 2010-2013.

UBICACIÓN DOLOR	PORCENTAJE	IC 95%	
Hipogastrio	85,14%	78,99%	90,06%
Fosa Iliaca unilateral	13,71%	8,99%	19,72%
Fosa Iliaca bilateral	25,71%	19,42%	32,85%
Otro:	22,29%	16,35%	29,18%
Flancos	61,54%	44,62%	76,64%
Herida Quirúrgica	2,56%	0,06%	13,48%
Región Inguinal	5,13%	0,63%	17,32%
Mesogastrio	2,56%	0,06%	13,48%
Región Lumbar	28,21%	15,00%	44,87%

El 22% del dolor se ubicó en otras áreas, entre estas se encuentra en orden descendente en flancos, región lumbar, región inguinal, herida quirúrgica y mesogastrio.

7.2.2 Síntomas urinarios. El 19,43% de las pacientes presentó síntomas urinarios, los más comunes fueron la disuria (16%) y la poliaquiuria (6,86%).

Tabla 5. Síntomas urinarios y dolor pélvico crónico, Neiva 2010-2013.

SÍNTOMAS URINARIOS	PORCENTAJE	IC 95%	
Presencia Síntomas Urinarios	19,43%	13,85%	26,08%
Disuria	16,00%	10,90%	22,29%
Poliaquiuria	6,86%	3,59%	11,67%
Tenesmo Vesical	1,14%	0,14%	4,07%
Incontinencia Urinaria de Esfuerzo	1,14%	0,14%	4,07%
Incontinencia Urinaria de Urgencia	1,14%	0,14%	4,07%

7.2.3 Síntomas gastrointestinales. El 26,86% de las pacientes presentó síntomas gastrointestinales tales como: Distensión abdominal (21,7%), Estreñimiento (10,86%) y Dispepsia (5,14%).

Tabla 6. Síntomas gastrointestinales y dolor pélvico crónico, Neiva 2010-2013.

GASTROINTESTINALES	PORCENTAJE	IC 95%	
Presencia Síntomas Gastrointestinales	26,86%	20,45%	34,07%
Distensión Abdominal	21,71%	15,85%	28,56%
Estreñimiento	10,86%	6,66%	16,43%
Dispepsia	5,14%	2,38%	9,54%

7.2.4 Síntomas tracto genital. El 46,29% de las pacientes tuvo dispareunia, el 57,14% dismenorrea, el 15,43% hemorragia uterina anormal y 16,57% Leucorrea.

Tabla 7. Otros síntomas y dolor pélvico crónico, Neiva 2010-2013.

OTROS SÍNTOMAS	PORCENTAJE	IC 95%	
Dispareunia	46,29%	38,73%	53,97%
Dismenorrea	57,14%	49,46%	64,58%
Hemorragia uterina anormal	15,43%	10,42%	21,65%
Leucorrea	16,57%	11,39%	22,92%

7.3 ANTECEDENTES

7.3.1 Antecedentes médicos. El 24,57% de las usuarias tuvo alguna infección en un período de dos meses antes de la realización de laparoscopia diagnóstica. La enfermedad pélvica inflamatoria fue la más frecuente (23,43%).

Tabla 8. Antecedente de infecciones previas a laparoscopia, Neiva 2010-2013.

INFECCIÓN PREVIA	PORCENTAJE	IC 95%	
Antecedente de Infección	24,57%	18,39%	31,64%
Enfermedad Pélvica inflamatoria	23,43%	17,37%	30,41%
Absceso Intrapélvico	1,71%	0,35%	4,93%
Peritonitis	1,14%	0,14%	4,07%

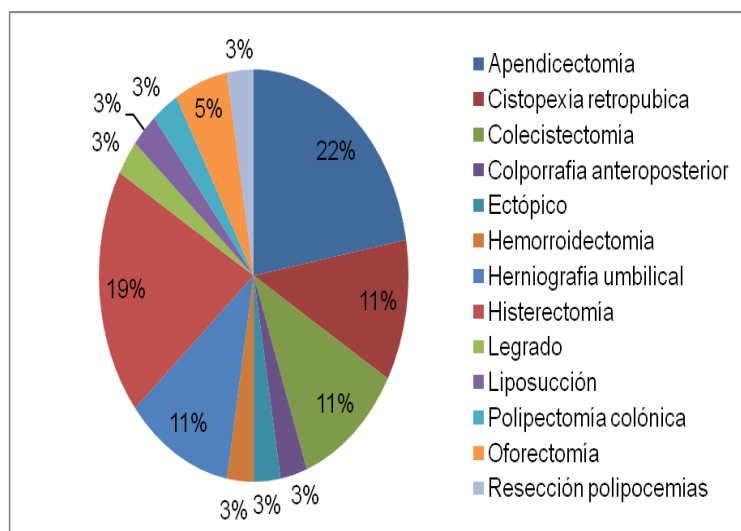
7.3.2 Antecedentes quirúrgicos. El 56,57% tuvo antecedente de cirugíaabdominopélvica, previa a la realización de laparoscópica diagnóstica. El 21,71% correspondió a cesárea, otro 21,71% pomey, un 20,57% a otras.

Tabla 9. Cirugías previas a laparoscopia, Neiva 2010-2013.

CIRUGÍA PREVIA	PORCENTAJE	IC 95%	
Antecedente de Cirugía	56,57%	48,88%	64,03%
Laparoscopia	3,43%	1,27%	7,31%
Laparotomía	5,71%	2,77%	10,26%
Cesárea	21,71%	15,85%	28,56%
Pomeroy	21,71%	15,85%	28,56%
Conización	0,57%	0,01%	3,14%
Otra	20,57%	14,84%	27,32%
- Apendicectomía	22,22%	8,26%	51,55%
- Cistopexiaretropúbica	11,11%	3,11%	26,06%
- Colectomía	11,11%	3,11%	26,06%
- Colporrafia anteroposterior	2,78%	0,07%	14,53%
- Ectópico	2,78%	0,07%	14,53%
- Hemorroidectomía	2,78%	0,07%	14,53%
- Herniografía umbilical	11,12%	0,82%	47,72%
- Histerectomía abdominal	19,44%	8,19%	36,02%
- Legrado	2,78%	0,07%	14,53%
- Liposucción	2,78%	0,07%	14,53%
- Polipectomíacolónica	2,78%	0,07%	14,53%
- Oforectomía	5,56%	0,14%	29,06%
- Resección pólipo intestinal	2,78%	0,07%	14,53%

Las cirugías previas a la realización de laparoscopia diagnóstica, se encuentran distribuidas así:

Gráfica 3. Distribución otras cirugías previas a laparoscopia, Neiva 2010-2013.



7.3.3 Paridad. Las pacientes que presentaron dolor pélvico crónico tienen los siguientes antecedentes de paridad:

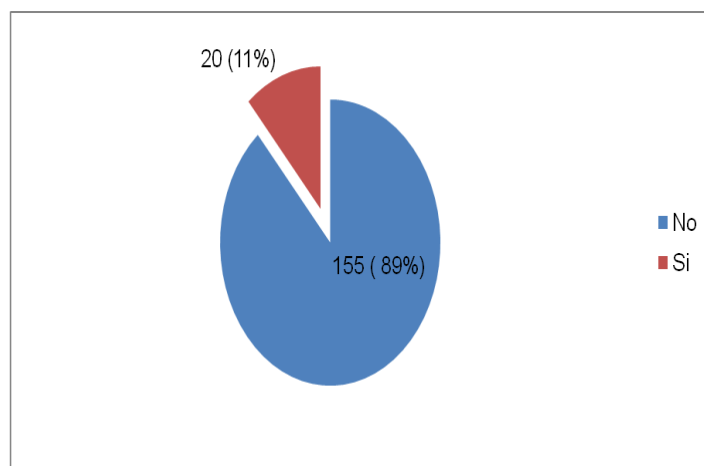
Tabla 10. Número de partos previos a laparoscopia, Neiva 2010-2013.

Partos	Porcentaje	IC 95%	
0	20,00%	14,34%	26,70%
1	21,71%	15,85%	28,56%
2	26,86%	20,45%	34,07%
3	18,86%	13,35%	25,45%
4	5,71%	2,77%	10,26%
Más de 4	6,86%	3,59%	11,67%

El 26,86% habían tenido 2 partos, el 21,71% ha tenido 1 parto. En promedio han tenido 2 partos, la moda es 2 y una desviación estándar de 1,43.

7.3.4 Infertilidad. De las mujeres que consultaron por dolor pélvico crónico y fueron sometidas a laparoscopia, el 11% presentó infertilidad.

Gráfica 4. Distribución antecedente de infertilidad, Neiva 2010-2013.



7.4 MANEJO MÉDICO PREVIO

7.4.1 Medicamentos. Al 57,14% de las pacientes se les trató el dolor pélvico con medicamentos, antes de recurrir a la cirugía laparoscópica diagnóstica. El 38% se manejó con analgésicos, el 17,71% con antibióticos.

Tabla 11. Medicamentos previos a laparoscopia, Neiva 2010-2013.

MEDICAMENTOS PREVIOS	PORCENTAJE	IC 95%	
Manejo Médico con medicamentos	57,14%	49,46%	64,58%
Analgésicos	38,86%	31,06%	49,60%
Antibióticos	17,71%	12,36%	24,19%
Anticonceptivos	6,29%	3,18%	10,97%
Antiparasitarios	6,29%	3,18%	10,97%
Laxantes	3,43%	1,27%	7,31%
Antiespasmódicos	6,86%	3,59%	11,67%
Otro	2,16%	0,45%	6,18%
Antiácido	33,33%	0,84%	90,57%
Danazol	33,33%	0,84%	90,57%
Leuprolide	33,33%	0,84%	90,57%

Entre los otros medicamentos utilizados se encuentran antiácidos, danazol y leuprolide.

7.4.2 Laboratorios. Al 60% de las pacientes se solicitó algún laboratorio clínico. Al 56,57% se le solicitó parcial de orina, a otro 56,57% se le realizó cuadro hemático.

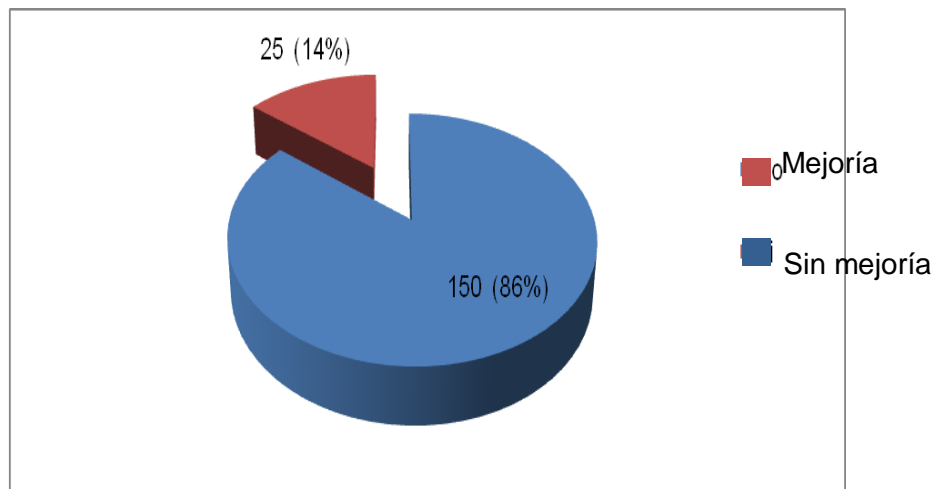
Tabla 12. Realización de laboratorios previos a laparoscopia, Neiva 2010-2013.

LABORATORIOS PREVIOS	PORCENTAJE	IC 95%	
Manejo Médico sin laboratorios	40,00%	32,68%	47,66%
Manejo Médico con laboratorios	60,00%	52,34%	67,32%
Parcial de orina	56,57%	48,88%	64,03%
Cuadro Hemático	56,57%	48,88%	64,03%
Frotis de flujo Vaginal	39,43%	32,14%	47,08%
Ecografía Transvaginal	52,00%	44,33%	59,60%

7.4.3 Respuesta al manejo medico.

Después del manejo médico del dolor pélvico crónico, sólo el 14% presentó mejoría del cuadro clínico.

Gráfica 5. Respuesta al manejo médico previo a laparoscopia, Neiva 2010-2013.



7.5 HALLAZGOS

En el 54,29% de las pacientes con dolor pélvico crónico sometidas a cirugía laparoscópica diagnóstica se encontró algún tipo de hallazgo.

En el 17,71% se encontró Enfermedad Pélvica Inflamatoria, en el 15,43% se encontró endometriosis leve, en el 13,71% adherencias laxas, entre otros.

Tabla 13. Hallazgos de la Laparoscopia, Neiva 2010-2013.

HALLAZGO LAPAROSCOPIA	PORCENTAJE	IC 95%	
Se encontró hallazgo	54,29%	46,60%	61,82%
Adherencias Laxas	13,71%	8,99%	19,72%
Adherencias Densas	11,43%	7,12%	17,10%
Endometriosis Leve	15,43%	10,42%	21,65%
Endometriosis Severa	8,57%	4,88%	13,74%
Quistes de Ovarios	9,71%	5,76%	15,10%
Enfermedad Pélvica inflamatoria	17,71%	12,36%	24,19%
Miomas Uterinos	5,71%	2,77%	10,26%
Miomas Extrauterinos	0,57%	0,01%	3,14%
Miomas uterinos y extrauterinos	0,57%	0,01%	3,14%
Embarazo Ectópico	0%	0%	0%

7.5.1 Complicaciones quirúrgicas. En el 1,71% de las pacientes sometidas a Laparoscopia diagnóstica se presentó algún tipo de complicación. En el 1,14% se presentó infección y en el 0,57% se presentó lesión de órgano (perforación intestinal).

Tabla 14. Complicaciones durante Laparoscopia, Neiva 2010-2013.

COMPLICACIONES	PORCENTAJE	IC 95%	
Presencia de complicaciones	1,71%	0,15%	7,21%
Infección	1,14%	0,14%	4,07%
Lesión de Órganos	0,57%	0,01%	3,14%

7.6 MANEJO MÉDICO POSTERIOR

7.6.1 Medicamento posterior a laparoscopia. En el 65,14% de las pacientes se inició tratamiento con medicamentos, posterior a la realización de laparoscopia. El 43,43% se manejó con analgésicos y al 21,14% de las pacientes se dieron anticonceptivos.

Tabla 15. Manejo médico con medicamentos posterior a laparoscopia, Neiva 2010-2013.

MANEJO CON MEDICAMENTOS	PORCENTAJE	IC 95%	
Medicamentos Posteriores	65,14%	57,59%	72,18%
Analgésicos	43,43%	35,97%	51,12%
Antibióticos	15,43%	10,42%	21,65%
Anticonceptivos	21,14%	15,34%	27,95%
Antiparasitarios	1,14%	0,14%	4,07%
Laxantes	4,57%	1,99%	8,81%
Antiespasmódicos	6,86%	3,59%	11,67%
Otro	8,89%	4,68%	15,01%
Antiácido	5,00%	0,13%	24,87%
Danazol	65,00%	40,78%	84,61%
Infiltración Herida Quirúrgica	25,00%	8,66%	49,10%
Leuprolide	5,00%	0,13%	24,87%

7.6.2 Procedimientos quirúrgicos posteriores a laparoscopia. Solo en el 11,43% se hizo necesario realizar una intervención quirúrgica posterior a la realización de la laparoscopia. En el 6,86% se realizó laparotomía, en el 5,14% ooforectomía y a otro 5,14% liberación de adherencias.

Tabla 16. Realización de cirugías posterior a la laparoscopia, Neiva 2010-2013.

REALIZACIÓN CIRUGÍA	PORCENTAJE	IC 95%	
Cirugía Posterior	11,43%	7,12%	17,10%
Laparotomía	6,86%	3,59%	11,67%
Histerectomía	0,57%	0,01%	3,14%
Oforectomía	5,14%	2,38%	9,54%
Liberación de Adherencias	5,14%	2,38%	9,54%
Fulguración de Endometriosis	2,86%	0,93%	6,54%
Otra	5,19%	2,11%	10,39%
Miomectomía	57,14%	18,41%	90,10%
Resección quiste ovárico	42,86%	9,90%	81,59%

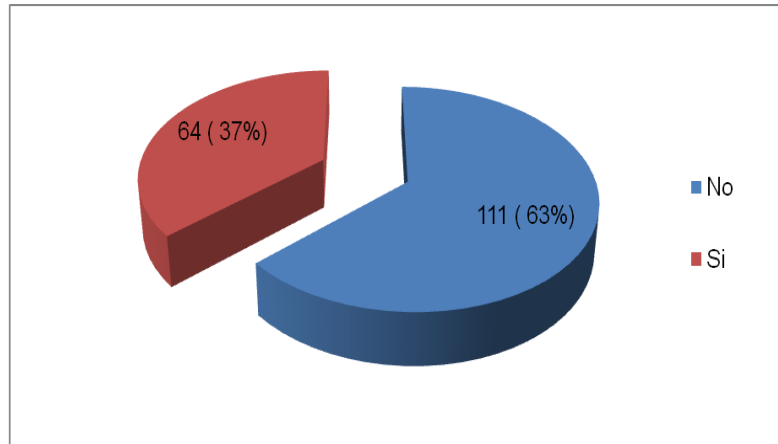
7.6.3 Interconsultas posterior a laparoscopia. El 28% de las pacientes se les ordenó interconsulta posterior al procedimiento de laparoscopia. Al 25,71% se solicitó valoración por gastroenterología, y al 3,43% por urología.

Tabla 17. Realización de interconsulta posterior a laparoscopia, Neiva 2010-2013.

INTERCONSULTA POSTERIOR	PORCENTAJE	IC 95%	
Interconsulta Posterior	28,00%	21,49%	35,27%
Gastroenterología	25,71%	19,42%	32,85%
Urología	3,43%	1,27%	7,31%
Cirugía General	1,14%	0,14%	4,07%
Neurología	0,57%	0,01%	3,14%
Otra	0,57%	0,01%	3,14%
Ortopedia	0%	0%	0%

7.6.4 Respuesta al tratamiento médico posterior a laparoscopia. Después de la realización de laparoscopia diagnóstica, el 37% de las pacientes presentó algún tipo de mejoría del dolor pélvico con el tratamiento médico.

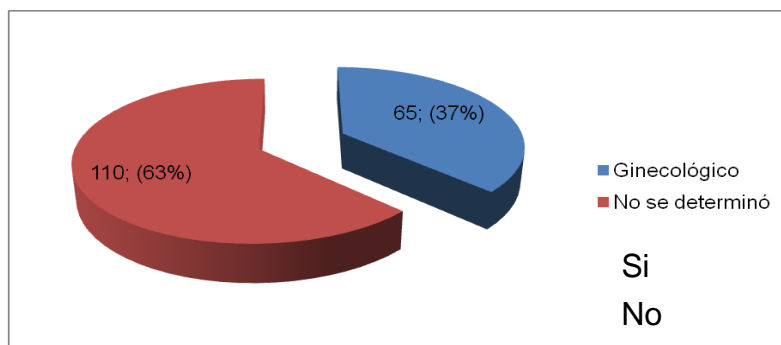
Gráfica 6. Distribución mejoría con manejo médico posterior a laparoscopia, Neiva 2010-2013.



7.7 ETIOLOGÍA

7.7.1 Determinación de la etiología por laparoscopia. En el 63% de las pacientes no se pudo determinar la etiología del dolor pélvico crónico por la cirugía laparoscópica.

Gráfica 7. Detección de la etiología del dolor pélvico crónico por laparoscópica, Neiva 2010-2013.



7.7.2 Causa del dolor pélvico crónico. Posterior al examen físico, manejo médico y quirúrgico con la laparoscopia, se determinó la causa del dolor pélvico

crónico en un 70 %y el origen de esta patología se distribuyó de la siguiente manera:

Tabla 18. Causa del dolor pélvico crónico, Neiva 2010-2013.

Causa del dolor pélvico crónico	PORCENTAJE	IC 95%	
Determino la causa	70%		
Ginecológica	47,00%	31,49%	61,27%
Gastroenterología	18,50%	18,52%	33,85%
Urológica	1,42%	1,27%	7,31%
Neurológica	0,57%	0,01%	3,14%
Osteomuscular	2,51%	1,01%	6,14%

Se encontró que la principal causa de dolor pélvicocrónico era de origen ginecológico en un 47 %, seguido de origen gastroenterológico en 18,5% y en menor proporción el origen neurológico 0,57%.

7.8 EDAD Y TIPO DE HALLAZGOS

En las pacientes de 18 a 30 años con dolor pélvico crónico se presentó 2,45 veces más adherencias laxas que en las menores de 18 años y mayores de 30 años.

Las adherencias densas se presentaron 3,56 veces más en las pacientes de 51- 60 años y la endometriosis leve se presentó 6,4 veces más en las pacientes menores de 18 años.

Tabla 19. Tipo de hallazgos por laparoscopia de acuerdo a la edad, Neiva 2010-2013.

		Adher. Laxas	Adher. Densas	Endom. Leve	Endom. Severa
<18	RR			6,4	
	IC 95%			(3,77 - 10,87)	
	CHI2			21,96	
	P			0,0000028	
18 A 30	RR	2,45	1,33	1,26	2,37
	IC 95%	(1,17 - 5,12)	(0,58 - 3,08)	(0,60 - 2,49)	(0,90 - 6,2)
	CHI2	5,91	0,45	0,29	3,22
	P	0,015	0,5	0,59	0,727
31 A 40	RR	0,62	0,59	0,83	0,86
	IC 95%	(0,25 - 1,58)	(0,21 - 1,68)	(0,37 - 1,84)	(0,29 - 2,58)
	CHI2	1,05	1,02	0,22	0,07
	P	0,305	0,312	0,639	0,639
41 A 50	RR	0,48	0,6	0,42	0,52
	IC 95%	(0,15 - 1,53)	(0,18 - 1,93)	(0,13 - 1,33)	(0,12 - 2,21)
	CHI2	1,69	0,79	2,5	0,84
	P	0,19	0,374	0,11	0,35
51 A 60	RR	1,52	3,56		
	IC 95%	(0,51 - 4,25)	(1,50- 8,43)		
	CHI2	0,55	7,778		
	P	0,459	0,005		
> 60	RR				
	IC 95%				
	CHI2				
	P				

Los hallazgos de endometriosis severa, quiste de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria, miomas uterinos y extrauterinos no tienen relación estadísticamente significativa con la edad.

Tabla 20. Continuación tipo de hallazgos por laparoscopia de acuerdo a la edad, Neiva 2010-2013.

		Quiste Ovario	EPI	Miomas Uterinos	Miomas Extrauterinos
<18	RR	1,76	1,94		
	IC 95%	(0,28 - 11,18)	(0,6 - 6,32)		
	CHI2	0,34	1,04		
	P	0,55	0,31		
18 A 30	RR	0,64	0,99		
	IC 95%	(0,22 - 1,87)	(0,50 - 1,95)		
	CHI2	0,7	0		
	P	0,4	0,967		
31 A 40	RR	1,66	1,13	1,97	2,37
	IC 95%	(0,67 - 4,11)	(0,57 - 2,22)	(0,63 - 6,17)	(0,15 - 37,11)
	CHI2	1,18	0,12	1,39	0,4
	P	0,276	0,73	0,237	0,527
41 A 50	RR	1,41	1,38	1,94	2,7
	IC 95%	(0,53 - 3,75)	(0,69 - 2,75)	(0,6- 6,3)	(0,17 - 42,35)
	CHI2	0,46	0,81	1,24	0,54
	P	0,498	0,367	0,265	0,46
51 A 60	RR			2,67	
	IC 95%			(0,62 - 11,44)	
	CHI2			1,77	
	P			0,18	
> 60	RR				
	IC 95%				
	CHI2				
	P				

7.9 TIPO DE HALLAZGOS EN LAPAROSCPIA Y MEJORÍA POSTERIOR AL TRATAMIENTO

Las mujeres que presentaron enfermedad pélvica inflamatoria, quistes de ovarios y endometriosis leve evidenciados por laparoscopia, tuvieron 2,14; 2,19 y 2,11 veces más mejoría respectivamente; con el tratamiento posterior a la cirugía, que las mujeres en las que se encontraron otro tipo de hallazgo quirúrgico diferente.

Tabla 21. Tipo de hallazgos por laparoscopia y mejoría posterior, Neiva 2010-2013.

Hallazgo Laparoscopia	Mejoría posterior			
	RR	IC95%	Chi2	p
Adherencias Laxas	1,45	(0,92 - 2,29)	2,16	0,14
Adherencias Densas	1,44	(0,88 - 2,34)	1,76	0,185
Endometriosis Leve	2,14	(1,50 - 3,07)	12,47	0,0041
Endometriosis Severa	1,19	(0,93 - 1,52)	1,27	0,26
Quistes de Ovarios	2,19	(1,47 - 3,13)	9,39	0,05
Enfermedad Pélvica inflamatoria	2,11	(1,47 - 3,02)	12,68	0,0003
Miomas Uterinos	2,03	(1,28 - 3,20)	5,11	0,23
Miomas Extrauterinos	1,36	(0,34 - 5,51)	0,15	0,7
Embarazo Ectópico				

7.10 MANEJO MÉDICO Y MEJORÍA POSTERIOR A LA LAPAROSCOPIA

Las pacientes que les realizaron manejo médico y quirúrgico posterior a laparoscopia diagnóstica presentaron mejoría posterior a la realización del tratamiento. 2,8 veces más cuando el manejo era con medicamentos y 10,8 veces más cuando era quirúrgico.

Tabla 22. Tipo de manejo médico posterior a laparoscopia y mejoría posterior, Neiva 2010-2013.

Manejo Médico	Mejoría posterior			
	RR	IC95%	Chi2	P
Medicamentos	2,8	(2,07 - 3,79)	22,83	0,000002
Cirugías	10,88	(3,56 - 33,23)	40,45	0,0000001

7.11 INFECCIÓN PREVIA Y HALLAZGOS DE LAPAROSCOPIA

El antecedente de infección no está relacionado con el hallazgo de adherencias laxas y densas, endometriosis leve y severa, quistes de ovario, miomas uterinos y extrauterinos.

Tabla 23. Infección previa y hallazgos de laparoscopia, Neiva 2010-2013.

		Adherencias Laxas	Adherencias Densas	Endomet. Leve	Endomet. Severa
Infección Previa	RR	1,53	0,53	0,53	0,47
	IC 95%	(0,71-3,33)	(0,20 - 1,46)	(0,20 - 1,46)	(0,11 - 2,01)
	CHI2	1,15	1,64	1,64	1,12
	P	0,28	0,2	0,2	0,29

En las pacientes que tenían antecedente de haber presentado algún tipo de infección previa a la realización de laparoscopia se encontró 2,22 veces más

Enfermedad Pélvica Inflamatoria que en las que no tuvieron infección previa.

Tabla 24. Continuación Infección previa y hallazgos de laparoscopia, Neiva 2010-2013.

		Quiste Ovarios	EPI	Mioma Uterino	Mioma Extrauterino
Infección Previa	RR	0,94	2,22	0,77	
	IC 95%	(0,33 - 2,74)	(1,19 - 4,14)	(0,17 - 3,48)	
	CHI2	0,01	6,13	0,12	
	P	0,91	0,013	0,729	

7.12 CIRUGÍA PREVIA Y HALLAZGOS DE LAPAROSCOPIA

No se encontró relación alguna entre haber tenido cirugía previa a la realización de laparoscopia con los hallazgos de la misma.

Tabla 25. Cirugía previa y hallazgos de laparoscopia, Neiva 2010-2013.

		Adherencias Laxas	Adherencias Densas	Endomet. Leve	Endomet. Severa
Cirugía Previa	RR	1,16	1,15	1,31	0,67
	IC 95%	(0,59 - 2,289)	(0,5 - 2,68)	(0,63 - 2,69)	(0,25 -1,77)
	CHI2	0,18	0,11	0,53	0,66
	p	0,668	0,74	0,466	0,418

Tabla 26. Continuación cirugía previa y hallazgos de laparoscopia, Neiva 2010-2013.

		Quiste Ovarios	EPI	Mioma Uterino	Mioma Extrauterino
Cirugía Previa	RR	1,84	1,22	3,07	0,77
	IC 95%	(0,68 - 5,01)	(0,63 - 2,35)	(0,67 - 14, 05)	(0,05 -12,08)
	CHI2	1,51	0,34	2,37	0,04
	p	0,219	0,55	0,124	0,85

8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El dolor pélvico crónico es una patología en la población femenina frecuente, con una prevalencia en la población general del 5,7 al 26,5% en mujeres entre 15 a 73 años, de acuerdo a la población estudiada⁵⁸. Esta distribución por edad para esta investigación se encuentra así: el 34% de las pacientes tenían entre 18 y 30 años de edad, seguido del 30% con edad de 31 a 40 años, el 36% restante eran menores de 18 años y mayores de 40, datos que se relacionan con los documentados en la literatura mundial.

En la investigación realizada en Medellín por Garcés⁵⁹ encontraron que la edad promedio de presentación de dolor pélvico crónico era de 31 años; en esta investigación la edad promedio fue de 35 años. La edad mínima fue de 13 años y la máxima de 65 años. Datos que son similares a los publicados en este estudio.

Contrario a lo presentado por Sharma⁶⁰, que refiere que en un 74% la laparoscopia ha encontrado la causa de dolor pélvico crónico, en esta investigación solo en el 37% de las pacientes se pudo determinar y este fue Ginecológico. Según Sharma en un 40 a 60% de los casos no se encuentra patología asociada rango en el que se incluye el 45,71% en el cual no se encontró algún tipo de hallazgo con la cirugía laparoscópica diagnóstica en las pacientes del HUHMP de Neiva.

En el estudio realizado por Criollo⁶¹, encontró que las pacientes tenían dolor pélvico crónico con mayor frecuencia entre 1 a 10 años, datos que se no relacionan con los de este estudio donde 37% de las usuarias tenía dolor pélvico de 1 año a 2,5 años, seguido del 31% que tuvo dolor pélvico de 6 meses a 1 año de duración.

En uno de los estudios con mayor número de pacientes y evaluó el impacto de la cirugía laparoscópica en el manejo del dolor pélvico crónico en el 2005 se encontró que los hallazgos más frecuentes en la laparoscopia fue la endometriosis en un

⁵⁸ SHARMA, Damyanti; DAHIYA, Krishna y DUHAN, Nirmala. Diagnostic laparoscopy in chronic pelvic pain. Arch Gynecol Obstet 2011. Volumen 283. Pág 295–297

⁵⁹ GARCÉS, Hernán. Dolor pélvico crónico y laparoscopia. Revista CES Medicina 1990. Volumen 4 No.2. Pág 91-95

⁶⁰ Op., cit. p.295–297

⁶¹ CRIOLLO T, VERCELLINI, P; SOMIGLIANA, E; VIGANÒ, P. y otros. Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach. GynecolEndocrinol 2009. Volumen 25. Pág 149-158.

60,2%, pelvis normal en 21,2% y congestión pélvica en 13,0%⁶². Para esta investigación de Neiva fue de 17,71% para Enfermedad Pélvica Inflamatoria, 15,43% de endometriosis leve, 13,71% adherencias laxas, entre otros.

En la investigación de Garcés⁶³, se encontró un 39% de laparoscopia diagnóstica sin hallazgos patológicos. En esta investigación el porcentaje fue mayor en un 45,71%.

Un estudio realizado en un hospital en HyderabadSindh⁶⁴, se documentó que las pacientes que tenían dolor pelvico crónico el 54 % tenían infertilidad, en este estudio se presentó en 11%.

En el 63% de las pacientes no se pudo determinar la etiología del dolor pélvico crónico por laparoscopia diagnostica, datos que se relacionan con los múltiples estudios publicados en la literatura mundial. Encontrando en nuestro estudio que las causas por las que se presentó el dolor pélvico crónico es mayor la ginecológica en 47%, seguida de la de origen gastroenterológico en 18, 5% datos que son similares a los reportados en los diferentes estudios de dolor pélvico crónico⁶⁵.

Los hallazgos de endometriosis severa, quiste de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria, miomas uterinos y extrauterinos no tuvieron relación con la edad, esto se podría presentar debido a que estas patologías se pueden presentar en las pacientes en edad fértil principalmente y la mayoría de este estudio correspondía a esta edad.

Las mujeres que presentaron enfermedad pélvica inflamatoria, quistes de ovarios y endometriosis leve evidenciados por laparoscopia, tuvieron mejoría con el tratamiento posterior a la cirugía, que las mujeres en las que se encontraron otro

⁶² KANG, SB; CHUNG, HH; LEE, HP. y otros. Impact of diagnostic laparoscopy on the management of chronic pelvic pain. *Surgical Endoscopy* 2007. Volume 21 No.6. Pág 916-919

⁶³ GARCÉS, Hernán. Dolor pélvico crónico y laparoscopia. *Revista CES Medicina* 1990. Volumen 4 No.2. Pág 91-95

⁶⁴ YOUSUF, Farhana; GULFAREEN, Haider y AMBREEN Haider. Laparoscopic evaluation of chronic pelvic pain: experience at a public sector university Hospital. *Isra Medical Journal* 2009. Volumen 1 No.1. Pág 2-7

⁶⁵ BALOCH, Shahla; KHASKHELI, Meharun y MAHMOOD, Arshad. Diagnostic Laparoscopic Findings in Chronic Pelvic Pain. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2013. Volumen 23.No.3. Pág 190-193.

tipo de hallazgo quirúrgico diferente, ya que son patologías de manejo médico o quirúrgico que tienen buena respuesta al tratamiento.

Las pacientes que les realizaron manejo médico y quirúrgico posterior a laparoscopia diagnóstica presentaron mejoría posterior a la realización del tratamiento, como el estudio publicado con respecto a la utilidad de la laparoscopia en la orientación del manejo en las pacientes con dolor pélvico crónico.

En las pacientes que tenían antecedente de haber presentado algún tipo de infección previa a la realización de laparoscopia, se encontró que la enfermedad pélvica inflamatoria se presentó más que en las que no tuvieron infección previa; esto es debido a la persistencia de la infección en aquellas pacientes que presentaron previamente compromiso infeccioso del tracto genital.

No se encontró relación alguna entre haber tenido cirugía previa a la realización de laparoscopia con los hallazgos de la misma, esto descartaría en este estudio que el antecedente de cirugía se relacionara con los hallazgos patológicos en laparoscopia.

9. CONCLUSIONES

La distribución por edad de las mujeres que consultaron por dolor pélvico crónico y fueron intervenidas por laparoscopia diagnóstica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva es: El 34% de las pacientes tenían entre 18 y 30 años de edad, seguido del 30% con edad de 31 a 40 años. La media de edad fue de 35 años, la moda de 28. Una desviación estándar de 10,6. La edad mínima fue de 13 años y la máxima de 65 años.

El 37% de las usuarias tenía dolor pélvico de 1 año a 2,5 años, seguido del 31% que tuvo dolor pélvico de 6 meses a 1 año de duración.

El dolor pélvico crónico se ubicó en un 85% en el hipogastrio, seguido de la fosa iliaca bilateral en 25,7%.

El 22% del dolor se ubicó en otras áreas, entre estas se encuentra en orden descendente en Flancos, Región lumbar, Región inguinal, Herida quirúrgica y Mesogastrio.

El 19,43% de las pacientes presentó síntomas urinarios, los más comunes fueron la disuria (16%) y la poliaquiuria (6,86%).

El 26,86% de las pacientes presentó síntomas gastrointestinales tales como: Distensión abdominal (21,7%), Estreñimiento (10,86%) y Dispepsia (5,14%).

El 46,29% de las usuarias tuvo dispareunia, el 57,14% dismenorrea, el 15,43% hemorragia uterina anormal y 16,57% Leucorrea.

El 24,57% de las usuarias tuvo alguna infección en un período de dos meses antes de la realización de laparoscopia diagnóstica. La enfermedad pélvica inflamatoria fue la más frecuente (23,43%).

El 56,57% tuvo antecedente de cirugía previa a la realización de la cirugía laparoscópica diagnóstica. El 21,71% correspondió a cesárea, pomey el 21,71% y un 20,57% a otras.

Las pacientes que presentaron dolor pélvico crónico tuvieron los siguientes antecedentes de paridad: 2 partos el 26,86% y 1 parto el 21,71%. En promedio han tenido 2 partos, la moda es 2 y una desviación estándar de 1,43.

De las mujeres que consultaron por dolor pélvico crónico y fueron sometidas a laparoscopia, el 11% presentó infertilidad.

Al 57,14% de las pacientes se les trató el dolor pélvico con medicamentos, antes de recurrir a la cirugía laparoscópica diagnóstica. El 38% se manejó con analgésicos, el 17,71% con antibióticos.

Entre los otros medicamentos utilizados se encuentran antiácidos, danazol y leuprolide.

Al 60% de las pacientes se le realizó algún laboratorio clínico antes de la cirugía laparoscópica, al 56,57 % se le solicitó parcial de orina, y al 56,57% se le realizó cuadro hemático.

Después de realizada la conducta médica con medicamentos y laboratorios clínicos, solo el 14% presentó alguna mejoría en cuanto al manejo del dolor pélvico crónico.

En el 54,29% de las usuarias con dolor pélvico crónico sometidas a cirugía laparoscópica diagnóstica se encontró algún tipo de hallazgo. En el 17,71% se encontró enfermedad pélvica inflamatoria, en 15,43% se encontró endometriosis leve, en 13,71% adherencias laxas. En el 1,71% de las pacientes sometidas a laparoscopia diagnóstica se presentó algún tipo de complicación. En el 1,14% se presentó infección y en 0,57% se presentó lesión de órgano.

En el 65,14% de las pacientes se inició tratamiento con medicamentos, posterior a la realización de laparoscopia. El 43,43% se manejó con analgésicos, y el 21,14% de las pacientes se dieron anticonceptivos.

Solo en el 11,43% se hizo necesario realizar una intervención quirúrgica posterior a la realización de la laparoscopia. En el 6,86% se realizó laparotomía, en el 5,14% ooforectomía y 5,14% liberación de adherencias.

El 28% de las pacientes se les ordenó interconsulta posterior al procedimiento de laparoscopia. Al 25,71% se solicitó interconsulta con gastroenterología, el 3,43% para urología.

Después de la realización del manejo posterior a la realización de laparoscopia, en el 37% se encontró algún tipo de mejoría del dolor pélvico.

En el 63% de las pacientes no se pudo determinar la etiología del dolor pélvico crónico por laparoscopia diagnóstica

Posterior al examen físico, manejo médico y quirúrgico con la laparoscopia, se determinó la causa del dolor pélvico crónico en un 70% y el origen de esta patología se distribuyó así: origen ginecológico en un 47%, origen gastroenterológico en 18,5% y la menor proporción el origen neurológico 0,57%.

En las pacientes con dolor pélvico crónico las adherencias laxas, adherencias densas, y la endometriosis tuvieron relación directa con la edad.

Los hallazgos de endometriosis severa, quiste de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria, miomas uterinos y extrauterinos no tienen relación estadísticamente significativa con la edad.

Las mujeres que presentaron enfermedad pélvica inflamatoria, quistes de ovarios y endometriosis leve evidenciados por laparoscopia, tuvieron mejoría con el tratamiento posterior a la cirugía, que las mujeres en las que se encontraron otro tipo de hallazgo quirúrgico diferente.

Las pacientes que les realizaron manejo médico y quirúrgico posterior a laparoscopia diagnóstica presentaron mejoría posterior a la realización del tratamiento.

El antecedente de infección no se encuentra relacionado con el hallazgo de adherencias laxas y densas, endometriosis leve y severa, quistes de ovario, miomas uterinos y extrauterinos.

En las pacientes que tenían antecedente de haber presentado algún tipo de infección previa a la realización de laparoscopia, la enfermedad pélvica inflamatoria se presentó más que en las que no tuvieron infección previa.

No se encontró relación alguna entre haber tenido cirugía previa a la realización de laparoscopia con los hallazgos de la misma.

En este estudio se confirma que la laparoscopia es un método diagnóstico seguro y es efectivo en las pacientes cuando se combina una historia clínica detallada y el examen físico, aumentando la posibilidad de determinar la etiología del dolor pélvico crónico hasta un 70 % en nuestras pacientes.

BIBLIOGRÁFIA

ACOG Committee on Practice Bulletins Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2004. Volumen 103 No.3. Pág 589-605.

American Fertility Society. Revised American Fertility Society classification of endometriosis. *FertilSteril* 1985. Volumen 43. Pág 351-52.

ASHA, S; LIAQUAT, HB, NAGINA F; SIDRA, L. y ANWAR MA. Chronic pelvic pain: a dilemma. *J Pak Med Assoc* 2010. Volumen 60. Pág 257-60

BALLARD, Karen; LANE, Hazel; HUDELIST, Gernot; y otros. Can specific pain symptoms chronic pelvic pain. *FertilSteril* 2010. Volumen 94. Pág 20-27.

BALLOCH ,Shahla; KHASKHELI, Meharun y MAHMOOD, Arshad. Diagnostic Laparoscopic Findings in Chronic Pelvic Pain. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2013. Volumen 23.No.3. Pág 190-193.

BHAGAT, M; BHATIA, P. y AJMANI, SN. The role of diagnostic laparoscopy in detection of endometriosis. *J K Sc* 2012. Volumen 14. Pág 34.37.

CAMPO, A. Dolor pélvico crónico en mujeres: una revisión sistemática de estudios de la prevalencia poblacional 2004-2009. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2010. Volumen. 61. No 4. Pág 329-334.

CLARIZIA, R; COSMA, S; y otros. Cyclic sciatica in a patient with deep monolateral endometriosis infiltrating the right sciatic nerve. *J Spinal Disord Tech* 2011. Volumen 24. No.7. Pág 474-478.

CULLEY, L; LAW, C; HUDSON, N. y otros. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. *Hum Reprod Update.* 2013. Volumen 1. Pág 121-135.

DEMIR,F; OZCIMEN,E y ORAL,HB. The role of gynecological, urological, and psychiatric factors in chronic pelvic pain. Arch Gynecol Obstet. 2012. Volumen 286. No 5. Pág 1215-12120.

ELGAFOR, EL; SHARKWY, IA. Combination of non-invasive and semi-invasive tests for diagnosis of minimal to mild endometriosis. Arch Gynecol Obstet. 2013. Pág 130-145.

FLETCHER, SG y ZIMMERN, PE. Differential diagnosis of chronic pelvic pain in women: the urologist's approach. Nat Rev Urol 2009. Volumen 6. Pág 557-62.
FOX, SD. Chronic pelvic pain in women. Med Health R I 200. Volumen 86. Pág 9-11.

FRANCESCO, Sesti; ADALGISA, Pietropolli; FRANZ, Federico y otros. Review Gasless laparoscopic surgery: evaluation of its role and usefulness. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2013. Volumen 170 No.1. Pág 8-12.

GARCES, Hernán. Dolor pélvico crónico y laparoscopia. Revista CES Medicina 1990. Volumen 4 No.2. Pág 91-95.

GYANG, A; HARTMAN, M. y LAMV,U. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know. ObstetGynecol 2013. Volumen 121.No. 3. Pág 645-50.

HOWARD, F. Evaluation of chronic pelvic pain in women. In: UpToDate, 2007.

_____ Physical examination. In: Howard FM, Carter JE, Perry CP, El-Minawi AM, eds. Pelvic pain: Diagnosis and management. Philadelphia: Lippincott, Williams, and Wilkins, 2000:26–42.

_____, EL-MINAWI, A. y SANCHEZ R. Conscious laparoscopic pain mapping in women with chronic pelvic pain. ObstetGynecol 2000. Volumen 96. Pág 934–939.

JANSSEN, EB; RIJKERS, AC; HOOPENBROUERS K y otros. Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. Human Reproduction Update 2013.

KANG, SB; CHUNG, HH; LEE, HP. y otros. Impact of diagnostic laparoscopy on the management of chronic pelvic pain. *Surgical Endoscopy* 2007. Volumen 21 No.6. Pág 916-919.

KNIGHT S, LUFT J, NAKAGAWA S. y KATZMAN WB. Comparisons of pelvic floor muscle performance, anxiety, quality of life and life stress in women with dry overactive bladder compared with asymptomatic women. *BJU Int.* 2012 Jun;109(11):1685-9.

KRUSZKA, PA; KRUSZKA, y SJ. Evaluation of Acute Pelvic Pain in Women. *AmFam Physician* 2010. Volumen 82. No 2. Pág 141-147.

LONGSTRETH, GF; PRESKILL; DB, YOUKELES, L. Irritable bowel syndrome in women having diagnostic laparoscopy or hysterectomy. Relation to gynecologic features and outcome. *Dig Dis Sci.* 1990. Volumen 35 No.10. Pág 1285-1290.

MATHIAS, SD; KUPPERMANN, M; LIBERMAN, RF y otros. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *ObstetGyneco.* 1996, Volumen 87 No.3. Pág 321-327.

NEIS, KJ y NEIS F. Chronic pelvic pain: cause, diagnosis and therapy from a gynaecologist's and an endoscopist's point of view. *GynecolEndocrinol* 2009. Volumen 25. Pág 757-761.

PAVELKA, T; SALÁŠEK, M. y WEISOVÁ, D. Complications associated with surgical treatment of pelvic ring fractures. *ActaChirOrthopTraumatolCech* 2013. Volumen 80. No 3. Pág 208-15.

PETERS, A; TRIMBOS-KEMPER, G; ADMIRAAL, C. y TRIMBOS, JB. A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. *Br J ObstetGynaecol* 1992. Volumen 99. Pág 59-62.

PITTLER, MH y ERNST, E. Peppermint oil for irritable bowel syndrome: A critical review and metaanalysis. *Am J Gastroenterol* 1998;93:1131-5.

PRATT, B; HOWARD, FM. Management of chronic pelvic pain. *Minerva Ginecol* 2010. Volumen 62.No.5 .Pág 447-65.

REED, BD; PUNCH, MR; ROTH, RS, y otros. Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodynia and chronic pelvic pain, a comparative evaluation. *J Reprod Med* 2000;45:624-32.

REITER, RC; GAMBONE JC. Nongynecologic somatic pathology in women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy. *J Reprod Med* 1991. Volumen 36 No.4.Pág 253-9.

RICHARDSON, WS; STEFANIDIS, S; CHANG, L y otros. The role of diagnostic laparoscopy for chronic abdominal condition: an evidence-based review. *SurgEndosc* 2009. Volumen 23 No.9. Pág 2073–2077.

RIVALTA M, SIGHINOLFI MC, MICALI S, DE STEFANI S, y BIANCHI G. Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (biofeedback, functional electrical stimulation, pelvic floor muscles exercises, and vaginal cones). *J Sex Med.* 2010 Mar;7(3):1200-8.

SALKY BA, EDYE MB. The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of abdominal pain syndromes. *SurgEndosc* 1998..Volumen 12. Pág 911–914

SALKY BA; EDYE MB .The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of abdominal pain syndromes. *SurgEndosc* 1998. Volumen 12. Pág 911–914.

SHARMA, Damyanti; DAHIYA, Krishna; DUHAN, Nirmala. Diagnostic laparoscopy in chronic pelvic pain. *Arch GynecolObstet* 2011. Volumen 283. Pág 295–297.

SHRIPAD, H; CHANDER, C. Role of laparoscopy in evaluation of chronic pelvic pain. *J Min AccessSurg*2008.Volumen 1.Pág116-120.

SOGC. Clinical practice guideline; primary dysmenorrhea Consensus Guideline JOGC 2005. Pág 1117-1130.

TACHAWIWAT, K; CHEEWADHANARAKS, S. Prevalence of irritable bowel syndrome among patients with mild-moderate and severe chronic pelvic pain. *J Med Assoc Thai*. 2012. Volumen 10. Pág 1257-60.

TRIOLO, O; LAGANÀ, AS; STURLESE E. Chronic pelvic pain in endometriosis: an overview. *J Clin Med Res* 2013. Volumen 5 No. 3. Pág 153-163.

VERCELLINI, P; SOMIGLIANA, E; VIGANÒ, P; y otros. Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach. *GynecolEndocrinol* 2009. Volumen 25. Pág 149-158.

VINCENT ,K. Chronic pelvic pain in women. *Postgrad Med J* 2009. Volumen 85. Pág 24-9

WHITEHILL K, YONG PJ, Williams. Cyclical predictors of endometriosis in the infertility population: is there a better way to determine who needs laparoscopy? *ObstetGynaecol Can* 2012. Volumen 34 No.6. Pág 552-57.

WIENER J .Chronic pelvic pain. *Practitioner* 1994.. Volumen 238, Pág 355–357.

WILSON, ML; FARQUHAR, CM; SINCLAIR OJ, y JOHNSON NP. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhea. Oxford: Update. *The Cochrane Library*1, 2000.

YASMIN H, BOMBIERI L, HOLLINGWORTH J. What happens to women with chronic pelvic pain after a negative [normal] laparoscopy? *J ObstetGynaecol* 2005. Volumen 25, Pág 283–285.

YOUSUF, Farhana; GULFAREEN, Haider; AMBREEN Haider. Laparoscopic evaluation of chronic pelvic pain: experience at a public sector university Hospital. *Isra Medical Journal* 2009. Volumen 1 No.1. Pág 2-7

ZONDERVAN, KT; YUDKIN, PL; VESSEY, MP. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J ObstetGynaecol* 1999. Volumen 106. Pág 1149–1155.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de recolección de información.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD				
INVESTIGACIÓN:	PAPEL DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN LA ETIOLOGÍA DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO EN PACIENTES DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA DEL 1 JUL 2010 A 30 JUN 2013			
FORMULARIO No.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FECHA DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Edad:	<input type="text"/> <input type="text"/>			
SÍNTOMAS				
Ubicación del dolor	Hipogastrio <input type="checkbox"/>	Fosa iliaca bilateral <input type="checkbox"/>	Fosa iliaca unilateral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>
Duración del dolor	6 meses a 1 año <input type="checkbox"/> Más de 10 años <input type="checkbox"/>	De 1 a 2,5 años <input type="checkbox"/>	De 2,5 a 5 años <input type="checkbox"/>	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>
Urinaríos	Disuria <input type="checkbox"/> Incontin. urin. urgencia <input type="checkbox"/>	Polaquiuria <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>	Tenesmo vesical <input type="checkbox"/>	Incontin. Urin. esfuerzo <input type="checkbox"/>
Gastrointestinales	Distensión abdominal <input type="checkbox"/>	Estreñimiento <input type="checkbox"/>	Dispepsia <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>
Dispareunia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Dismenorrea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Hemorragia uterina anormal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Leucorrea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
ANTECEDENTES				
Infección	:infermedad pélvica inflamatoria <input type="checkbox"/>	Absceso Intrapélvico <input type="checkbox"/>	Peritonitis <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>
Cirugías	Laparoscopia <input type="checkbox"/> Conización <input type="checkbox"/>	Laparotomía <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>	Pomeroy <input type="checkbox"/>
Partos	<input type="text"/> <input type="text"/>			
Infertilidad	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
MANEJO MÉDICO PREVIO				
Medicamentos	Analgésicos <input type="checkbox"/> Laxantes <input type="checkbox"/>	Antibióticos <input type="checkbox"/> Antiespasmódicos <input type="checkbox"/>	Anticonceptivos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Antiparasitarios <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
Laboratorios	Parcial de orina <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>	Cuadro Hemático <input type="checkbox"/>	Frotis de Flujo Vaginal <input type="checkbox"/>	Ecografía Transvaginal <input type="checkbox"/>
Mejoría	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
HALLAZGOS				
Hallazgo laparoscopia	Adherencias laxas <input type="checkbox"/> Quiste de ovario <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico <input type="checkbox"/>	Adherencias densas <input type="checkbox"/> Enf. Pélvica Inflamatoria <input type="checkbox"/> Ninguno (normal) <input type="checkbox"/>	Endometriosis leve <input type="checkbox"/> Miomas uterinos <input type="checkbox"/>	Endometriosis severa <input type="checkbox"/> Miomas extrauterinos <input type="checkbox"/>
Complicaciones	Sangrado <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/>	Lesión de Organos <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>	Complic. pulmonares <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>	Complic. cardiacas <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTOS POSTERIORES				
Medicamentos	Analgésicos <input type="checkbox"/> Laxantes <input type="checkbox"/>	Antibióticos <input type="checkbox"/> Antiespasmódicos <input type="checkbox"/>	Anticonceptivos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Antiparasitarios <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
Cirugías	Laparotomía <input type="checkbox"/> Fulguración endometriosis <input type="checkbox"/>	Histerectomía <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>	Oforectomía <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>	Liberación adherencias <input type="checkbox"/>
Interconsulta	Gastroenterología <input type="checkbox"/> Urología <input type="checkbox"/>	Psiquiatría <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>	Neurología <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>	Cirugía general <input type="checkbox"/>
Mejoría	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
ETIOLOGÍA				
Etiología del DPC	Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Urológico <input type="checkbox"/>	Ginecológico <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	Musculo-esquelético <input type="checkbox"/> No se determinó <input type="checkbox"/>	Psíquico /Neurológico <input type="checkbox"/>

Anexo B. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado con la cédula número _____ de la ciudad de _____, en mi condición de Coordinador (a) del Centro de Investigación, Docencia y Extensión del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, siendo el Día ___ Mes___ Año_____, mediante este documento legal certifico que la doctora Gloria Lucía Suárez Carreño, me ha dado la información acerca de su propósito de realizar una investigación sobre “Cirugía laparoscópica en la etiología del dolor pélvico crónico en pacientes de cirugía ambulatoria del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva”, con el fin de que se gradúe como Especialistas en Ginecología y Obstetricia de la Universidad Surcolombiana, me ha dado a conocer los objetivos de la investigación y los criterios éticos que se tendrá en cuenta para el manejo de la información que requiere de esta coordinación, consistente en :

Historias clínicas de las pacientes sometidas a cirugía laparoscópica con diagnóstico de dolor pélvico crónico, de las cuales se revisaran 183 historias clínicas que corresponden al total de las pacientes intervenidas.

Adicionalmente, se me permitió preguntar y aclarar las dudas generadas sobre investigación a realizar y los resultados que de esta se deriven, así como de la metodología utilizada, el propósito, el tratamiento de la información, el plan de procesamiento de los datos y la presentación de los mismos.

He sido notificado sobre el derecho de rechazar igualmente mediante este mismo documento el uso de dicha información para fines investigativos así: ACEPTO: Si: ____ No: ____ . Comprendo las razones por las cuales estoy dando consentimiento, por lo que firmo a continuación:

Firma:

C.C: