

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE**

**LICENCIATURA MEDICINA Y CIRUGÍA**



**Título de la investigación:**

“Análisis de las principales causas y criterios de referencia de las mujeres adultas no embarazadas con DPC derivadas al Hospital San Vicente de Paul para un abordaje clínico integral”

**Nombre de los estudiantes:**

Andrea Olivares Mora

Yessy Rivera Salguera

**Tutor:**

Dr. Franklin Escobar

Sede Aranjuez

Diciembre, 2023

## **Resumen**

El dolor pélvico crónico (DPC) es un dolor no cíclico con una duración de al menos 6 meses y que ocasiona la disminución en calidad de vida, rendimiento físico y laboral de las personas que lo padecen. Este tipo de dolor se atribuye a problemas en los órganos pélvicos o sistemas adyacentes, así como a condiciones psicosociales que contribuyen a su manifestación.

El objetivo de estudio es analizar las principales causas del dolor pélvico crónico en mujeres adultas no embarazadas que consultan al Hospital San Vicente de Paul para identificar las condiciones que requieran la referencia a tercer nivel de atención para recibir la atención médica integral de esta población.

Este es un estudio de carácter cualitativo con diseño fenomenológico. El mismo se realizó en dos momentos: 1, una entrevista bajo la técnica muestreo a expertos orientada al diagnóstico y manejo de DPC y 2, una investigación bibliográfica sobre generalidades del DPC.

Al finalizar esta investigación se concluye que existe la necesidad de brindar seguimiento por parte del primer nivel de atención del Sistema de Salud Público a todas las pacientes con DPC con el propósito de evaluar si su condición requiere referencia al tercer nivel de atención, ya que esta afección puede ocasionar el estigma social y relacionarse con otros padecimientos.

## **Agradecimiento**

En primer lugar, me gustaría agradecer a Dios y la Virgen por darme la oportunidad de poder servir a las personas por medio de esta profesión.

A mis padres, agradezco infinitamente su amor, su confianza en mí, darme el regalo de la vida y ayudarme a alcanzar todas mis metas y siempre permitirme soñar.

A mis hermanos, gracias por su apoyo y por estar siempre a mi lado en cada momento importante de mi vida.

A mi pareja y mi hija, que son mi razón de ser, por estar a mi lado desde el inicio de esta travesía y darme fuerza y valor para seguir adelante, comprenderme y apoyarme en todo momento.

A mi compañera y amiga, por su apoyo durante todo el proyecto, que hizo de esta experiencia algo fantástico.

Finalmente, gracias al Dr. Franklin Escobar por su magnífica tutoría.

*Andrea Olivares Mora*

## **Agradecimiento**

El principal agradecimiento a Dios, quién me ha guiado y dado fortaleza para seguir adelante.

A mis padres, por toda su comprensión, apoyo y todo su esfuerzo a lo largo de toda la carrera, ya que sin ellos no hubiera sido posible llegar hasta este punto.

Agradecerle a amiga por todo su esfuerzo y compromiso en la elaboración de nuestra tesis.

Además, un sincero agradecimiento a nuestro tutor el doctor Franklin Escobar quién nos guio en la elaboración de la tesis y su conocimiento fue muy importante para cerrar esta etapa con éxito.

A todas las personas que nos apoyaron en la realización de este trabajo.

*Yessy Rivera Salguera*

### **Dedicatoria**

A Dios, médico por excelencia, por acompañarnos desde el inicio del proceso y por ser luz en nuestro camino.

A todas las que sufren de dolor pélvico crónico, que desean ser escuchadas y atendidas con atención médica de calidad.

*Andrea Olivares Mora & Yessy Rivera Salguera*

## TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	2
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>12</b>
1.1    Introducción .....	13
1.2    Planteamiento del problema .....	15
1.3    Objetivos .....	17
1.3.1. Objetivo general.....	17
1.3.2.    Objetivos específicos .....	17
1.4    Justificación.....	18
1.5 Antecedentes .....	22
1.5.1. Antecedentes históricos .....	22
1.5.2. Antecedentes internacionales.....	23
1.5.3. Antecedentes nacionales .....	24
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>26</b>
2.1 Definiciones y conceptos .....	27
2.2 Causas de dolor pélvico.....	34
2.2.1 Endometriosis .....	34
2.2.2 Enfermedad pélvica inflamatoria.....	38
2.2.3 Congestión pélvica.....	44
2.2.4 Adherencias .....	48
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>69</b>
3.1. Tipo de investigación .....	70

3.2. Fuentes de información .....	70
3.3 Criterios de búsqueda.....	71
3.4 Criterios de inclusión y exclusión .....	73
3.5 Análisis de la información.....	73
3.6 Clasificación según el nivel de evidencia .....	75
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	94
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	125
Conclusiones .....	126
Recomendaciones.....	128
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS.....	130
CAPÍTULO VII: ANEXOS.....	139
Entrevista aplicada a profesionales del Hospital San Vicente De Paul.....	140

## Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> Diagnóstico de EPI .....	41
<b>Tabla 2</b> Tratamiento ambulatorio de la enfermedad inflamatoria pélvica .....	42
<b>Tabla 3</b> Tratamiento hospitalario de EPI .....	43
<b>Tabla 4</b> Criterios diagnósticos en ecografía Doppler del SCP .....	46
<b>Tabla 5</b> Criterios de búsqueda.....	70
<b>Tabla 6</b> Criterios de inclusión y exclusión .....	72
<b>Tabla 7</b> Cantidad de artículos según el nivel de evidencia .....	74
<b>Tabla 8</b> Evidencia Sackett.....	75
<b>Tabla 9.</b> Tratamiento farmacológico del DPC.....	107
<b>Tabla 10</b> Información profesionales entrevistados.....	111
<b>Tabla 11</b> DPC y su relación con la salud mental123.....	122

## Índice de figuras

<b>Figura 1</b> Escala analgésica de la OMS.....	32
<b>Figura 2</b> Localización de los miomas uterinos.....	52
<b>Figura 3</b> Opciones de tratamiento de miomatosis uterinos.....	58
<b>Figura 4</b> Algoritmo para el tratamiento de miomatosis uterina.....	59
<b>Figura 5</b> Escala para calificar el dolor.....	60
<b>Figura 6</b> Preguntas relevantes para el dolor pélvico crónico.....	61
<b>Figura 7</b> Árbol de decisiones en la evaluación y el tratamiento del dolor pélvico crónico.....	63
<b>Figura 8</b> Algoritmo para el diagnóstico y tratamiento de endometriosis.....	95
<b>Figura 9</b> Algoritmo para diagnosticar y tratar el dolor pélvico crónico.....	101
<b>Figura 10</b> Algoritmo para diagnosticar y manejo del dolor pélvico crónico.....	102
<b>Figura 11</b> Tratamiento sugerido para el dolor pélvico crónico.....	108

### Índice de gráficos

<b>Gráfico 1</b> Pruebas o exámenes que se realizan en el primer nivel de atención para referir a Ginecología .....	113111
<b>Gráfico 2</b> Pacientes en edad fértil no embarazadas que consultan ginecología por DPC .....	113
<b>Gráfico 3</b> Causas de DPC en pacientes que consultan el servicio de ginecología .....	114
<b>Gráfico 4</b> Estudio de gabinete empelado para el diagnóstico de DPC.....	115
<b>Gráfico 5</b> Factores de riesgo en mujeres con DPC .....	117
<b>Gráfico 6</b> Edad de las pacientes que consultan ginecología por DPC .....	118
<b>Gráfico 7</b> Tratamiento empleado en pacientes con DPC .....	119
<b>Gráfico 8</b> Recursos para el diagnóstico y manejo de DPC .....	121

## Lista de abreviaturas

AINE: Antiinflamatorio no esteroideo.

DIU: Dispositivo intrauterino.

DPC: Dolor Pélvico Crónico.

EPI: Enfermedad pélvica inflamatoria.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAP: Prueba de Papanicolaou.

RAE: Real Academia Española.

SA: Síndrome Adherencial.

SCP: Síndrome de congestión pélvica.

SUA: Sangrado uterino anómalo.

AAP: Adherencias abdominales postoperatorias

IM: Intramuscular

GnRH $\alpha$ : Análogos de la hormona liberadora de gonadotropina

SPRMs: Moduladores selectivos del receptor de progesterona

EAU: Embolización de arterias uterinas

RF: Ablación por radiofrecuencia;

MRgFUS: Cirugía con ultrasonido focalizada guiada por resonancia magnética.

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

## 1.1 Introducción

Las mujeres en edad fértil que no están en periodo de gestación es un grupo heterogéneo de pacientes que, a menudo, acuden a consulta en el primer nivel de atención en Costa Rica a razón de diferentes consecuencias que les produce dolor pélvico. Este es catalogado algunas veces como crónico; por presentarse durante un periodo mayor a seis meses. En este caso, se debe descartar el origen del dolor, debido a que no siempre responde a un factor ginecológico y, al contrario, puede corresponder a una afectación de alguna de las estructuras abdominales o pélvicas que no pertenezcan a los órganos reproductivos.

Dicho lo anterior, se realizará una investigación sobre las causas de dolor pélvico crónico (DPC)<sup>1</sup> en mujeres adultas que no están en periodo de gestación que asisten con mayor frecuencia a consultar en el primer nivel de atención en el Hospital San Vicente de Paul en la ciudad de Heredia, Costa Rica. A partir de ello, se reconocerán cuáles son las pautas por seguir para que el profesional en medicina general pueda realizar una referencia al tercer nivel de atención, donde a las pacientes se les brinde una consulta en la que se les proporcione un manejo integral mediante la atención médica especializada.

Anudado al anterior, con esta investigación, se logrará, en primer lugar, identificar cuáles son las principales causas ginecológicas por las que las pacientes que presentan DPC consultan a un primer nivel de atención. Se debe tener en consideración que las pacientes no deben estar embarazadas al momento de la consulta y tienen que presentar dolor pélvico por al menos seis meses de evolución.

---

<sup>1</sup> A partir de aquí se entenderá que Dolor Pélvico Crónico corresponde a la abreviatura “DPC”.

También, se reconocerán los recursos que tienen los profesionales en medicina en el primer nivel de atención para realizar un diagnóstico oportuno y en el menor tiempo posible y, se investigará el manejo que se utiliza en la actualidad para las pacientes que presentan síntomas que concuerden con DPC. Este manejo deberá contener las cuatro esferas de un manejo integral: biológica, psicológico, funcional y social.

Por último, se analizarán cuáles son las condiciones que deben portar las pacientes con DPC que no están embarazadas y que asisten a consulta en primer nivel de atención para optar por una referencia con una persona profesional especialista en medicina en el tercer nivel de atención, con el propósito que se les brinde un manejo médico integral para su patología.

## 1.2 Planteamiento del problema

El DPC corresponde al problema ginecológico más frecuente en la mujer fértil.<sup>1</sup> En este entramado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la etapa reproductiva en la mujer entre los 15 y 49 años.

Por otra parte, la incidencia de depresión en las pacientes con DPC es del 30-54%, la que es una tasa más elevada a las cifras normales de mujeres sin dolor pélvico que corresponde a 5-17%.<sup>2</sup> A razón de lo anterior, es importante contar con un manejo multidisciplinario para el abordaje de estas pacientes y que, de esta manera, ellas puedan realizar sus actividades básicas e instrumentales sin afectación. Esto debido a que el dolor las afecta en diferentes ámbitos como: psicológicos, emocionales, laborales, familiares, económicos y sexuales.

Al participar el sistema límbico y el córtex somato sensorial en el dolor que presentan las pacientes, acompañado de una respuesta emocional, el dolor puede continuar incluso después de haber tratado con éxito la causa y desaparecido el problema inicial, esto por medio del sistema nervioso. Consecuentemente, resulta relevante conocer las principales causas de DPC y el manejo que se debe dar en el primer nivel de atención, para brindar una atención oportuna, de calidad y a tiempo a las pacientes.

Después de un manejo integral en el primer nivel de atención, es importante reconocer los requisitos para referir a las pacientes a tercer nivel de atención, donde recibirán un manejo multidisciplinario.

Una vez considerados los postulados anteriores, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las principales causas y criterios de referencia de las mujeres adultas no embarazadas con DPC derivadas al Hospital San Vicente de Paul para un abordaje clínico integral?

## **1.3 Objetivos**

### *1.3.1. Objetivo general*

Analizar las principales causas y criterios de referencia de las mujeres adultas no embarazadas con DPC derivadas al Hospital San Vicente de Paul para un abordaje clínico integral.

### *1.3.2. Objetivos específicos*

1.3.2.1. Señalar las principales causas de consulta por dolor pélvico crónico en mujeres adultas no embarazadas adscritas al Hospital San Vicente de Paul.

1.3.2.2. Identificar el primer nivel de atención en salud los recursos para el diagnóstico y manejo para el dolor pélvico crónico en la mujer.

1.3.2.3. Determinar los criterios de referencia que las pacientes adultas con dolor pélvico crónico no embarazadas sean referidas a la atención de especialistas del tercer nivel de atención.

## 1.4 Justificación

Esta investigación surge de la necesidad de contar con estudios científicos recientes que valoren las causas del DPC y determinen también la prevalencia de esta sintomatología, así como el abordaje ideal para ayudar a mejorar la calidad de vida de las mujeres que presentan distintas condiciones que les produce dolor pélvico.

La prevalencia del DPC varía con la edad, dos de los grupos en los extremos de la vida presentan los siguientes números: 18/1000 entre los 15 y los 20 años y hasta de 28/1000 en las pacientes mayores de 60 años. Por lo general estas pacientes tienen un umbral menor al dolor tanto en áreas afectadas como no afectadas y, por ende, manifiestan respuestas peores al tratamiento.<sup>3</sup>

A nivel mundial, se está generando conciencia sobre la importancia y necesidad de que el DPC sea tratado con un manejo multidisciplinario para el tratamiento de todo el síndrome. Esto se debe a que la etiología no es clara y puede deberse a distintas causas gastrointestinales, musculoesqueléticas, urológicas y ginecológicas. Además, los diagnósticos pueden ser muy diversos y múltiples.<sup>4</sup>

Ahora bien, la prevalencia del DPC mundialmente es difícil de calcular debido a la escasez de estudios; sin embargo, se ha observado que el DPC constituye un 25% de la consulta externa en ginecología y el 15 al 20% de consulta ginecología en los servicios de emergencias. Naturalmente, se ha valorado como una condición de alto costo y una condición que genera preocupación principalmente para los profesionales en medicina, debido a que el dolor sigue sin explicación en un tercio de las mujeres que tienen laparoscopia normal.

En el Reino Unido la prevalencia de DPC es de 3,8%<sup>5</sup>; no obstante, el 20% de la consulta ginecológica responde a este motivo. A pesar de ello, después de ejecutar un estudio ginecológico completo no se llega a encontrar el origen exacto hasta en un 40% de los casos.<sup>1</sup> En consecuencia, surge la necesidad de un manejo multidisciplinario para atender este tipo de afección.

En Estados Unidos la prevalencia del DPC se presenta en mujeres en edad reproductiva entre un 15% a 24%.<sup>2</sup> En este país, la mitad de las laparoscopias ginecológicas se realizan por diagnósticos relacionados con el DPC, constituye el 30% de las consultas de Ginecología. Además, el 60% de las pacientes viven sin un diagnóstico preciso o un tratamiento adecuado; el 41 % tienen imposibilidad para trabajar y faltas laborales de dos a siete días por mes; el 58% tienen restringida su actividad normal y hasta un 1% solicitan consulta en la especialidad de Psicología. Esta afección se estima que genera en Estados Unidos un costo médico de alrededor de US \$1 200 millones al año y pérdidas por productividad laboral de más de US \$15 000 millones al año.

Por otro lado, en Latinoamérica, específicamente en Colombia, la prevalencia de DPC es de 30%.<sup>5</sup> Mientras que, en Costa Rica, en un estudio realizado en el hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas, se documenta que la prevalencia es de un 25%<sup>5</sup>. De esta manera, es posible percibir la similitud que poseen las pacientes costarricenses con las pacientes norteamericanas y colombianas.

Además, en San José, Costa Rica, en el Hospital de la Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, se realizan aproximadamente 500 histerectomías al año de las cuales alrededor del 5-10% son por el diagnóstico de síndrome de DPC.<sup>4</sup>

La prevalencia de DPC en mujeres con depresión es de un 40% a un 50%, en comparación con la población general que lo presenta en un 7%.<sup>5</sup> esto debido a que el dolor es una sensación con participación del sistema límbico y el córtex somato sensorial que siempre se acompaña de una respuesta emocional, por lo que, en muchas ocasiones, el sistema nervioso mantiene esa sensación de dolor incluso tiempo después de haber desaparecido el problema que inicialmente lo desencadenante.

De esta manera, el DPC pasa de ser un síntoma a un síndrome cuyo manejo deber ser multidisciplinario, dadas sus fuertes repercusiones psicológicas, emocionales, laborales, familiares, sexuales, entre otras, como se mencionó anteriormente. Por lo que hay que incluir, de manera sistemática y desde el inicio, un abordaje psico biosocial y, a su vez, médico.

Algunos de los autores como Carranza, Romero, Bonachea, coinciden en que la principal causa ginecológica es la endometriosis con una prevalencia del 39%.<sup>3</sup>

Las mujeres en edad fértil, sin lugar a duda, es el grupo etario fundamental para la salud global y de las futuras generaciones. De ahí la importancia de trabajar con este grupo vulnerable, donde la acción debe estar encaminada a lograr salud y bienestar. Muchas mujeres acuden a consulta de Ginecología por presentar DPC y, al realizarse la historia clínica, se detecta problema con la fertilidad. Consecuentemente, determinar las causas del DPC presentes en las mujeres en edad fértil, permitirá crear una estrategia de enfrentamiento a esta afección, para beneficiar la salud reproductiva de la mujer.<sup>1</sup>

A razón de lo anterior, en esta investigación se estudiará las principales causas ginecológicas de DPC, su afectación general tanto física, psicológica, funcional y social.

Además de cómo el manejo interdisciplinario incluso en un tercer nivel de atención beneficiaría a las pacientes con esta patología.

Con este trabajo se aportará un nuevo conocimiento a las publicaciones ya existentes sobre el tema y aumentar el interés por el estudio y tratamiento del DPC, además de apoyar a las pacientes que lo padecen.

## 1.5 Antecedentes

### 1.5.1. Antecedentes históricos

Bonachea *et al.*,<sup>1</sup> en su estudio cohorte indican que el DPC es más frecuente en mujeres de edad fértil. Los autores trabajaron con una población de 113 féminas, 38% de ellas eran mujeres en edad fértil y la causa más frecuente asociada al dolor pélvico fue la endometriosis, seguido de las adherencias. Todas ellas tenían como factor en común que eran multíparas y presentaban infertilidad.

Hernán<sup>6</sup> en su investigación de DPC indica que la prevalencia de esta condición clínica es alrededor de un 10 a 15% en países como Estados Unidos y Alemania, lo mismo que posee como prevalencia la migraña, asma y dolor lumbar. Es una condición más usual en mujeres en edad reproductiva, cerca del 10% de las consultas en países como Estados Unidos son por esta causa y muchas de estas pacientes son llevadas a sala para una histerectomía debido a dicha condición clínica, pero el 25% de estas pacientes permanecen con la misma causa. Por lo tanto, su actividad diaria y laboral se ven afectadas.

Vasallo *et al.*,<sup>7</sup> en su estudio cohorte señalan que el DPC en las mujeres es una condición que aparece con frecuencia, principalmente en edades tempranas (hasta 30 años). La enfermedad inflamatoria pélvica es la más importante, y el tratamiento insuficiente se registra como un determinante relevante de su aparición y persistencia. También, hay evidencia de que la utilización de la terapia combinada (multimodal) puede ofrecer un alivio de los síntomas a corto plazo con pocos efectos secundarios.

Cid<sup>8</sup> en su estudio cohorte señala que el dolor pélvico crónico es uno de los grandes retos para el especialista del dolor, debido a que las usuarias que presentan DPC suelen consultar a múltiples especialidades antes de acudir a una Unidad del Dolor. Por lo tanto, las pacientes con DPC son subsidiarios de un abordaje multidisciplinario dada la complejidad de estructuras implicadas en su proceso.

### *1.5.2. Antecedentes internacionales*

Wendel<sup>9</sup> menciona en su artículo que el DPC es una condición clínica de mucha importancia en la consulta de ginecología, ya que la frecuencia de estas corresponde al 15%, lo que vislumbra uno de los vitales problemas por lo que acuden las mujeres, especialmente, las pacientes en edad fértil. Debido a su alta prevalencia se requiere de un abordaje multidisciplinario para tratar la causa del DPC y así brindar un mejor manejo a estas pacientes.

Carranza *et al.*<sup>3</sup> en su estudio cohorte evaluaron la prevalencia del DPC, la cual varía de los 15 y 20 años, en donde la causa más frecuente es la endometriosis con un 39%. Otras etiologías implicadas son la disfunción hipertónica del piso pélvico y las alteraciones en el tránsito intestinal. El abordaje de este padecimiento ha incluido la terapia psicológica, abordajes laparoscópicos, utilización de acetato de medroxiprogesterona, adherenciólisis, histerectomía con o sin salpingooforectomía. También, se ha observado que la depresión en estas pacientes es mucho más frecuente, ya que el DPC interfiere en su calidad de vida, por lo cual se debe dar un manejo integral para mejorar la calidad de vida de estas mujeres.

Fuentes *et al.*<sup>10</sup> en su investigación sobre el abordaje de DPC indica que la etiología del DPC se debe a causas tanto ginecológicas como no ginecológicas y, también, depende de factores psico socioculturales. Actualmente puede afectar a más del 15% de las mujeres y que al menos una de cada tres puede llegar a sufrir esta condición alguna vez en su vida, debido a que el DPC es un problema tanto por su frecuencia como por su morbilidad, no existe tampoco una clara aproximación de su abordaje primario en forma integral.

### *1.5.3. Antecedentes nacionales*

García *et al.*,<sup>5</sup> en su estudio cohorte valoraron que el promedio de consultas a los servicios de ginecología el 10% eran por DPC, de los cuales el 40% de los procedimientos laparoscópicos se deben a dicha causa, mientras que el 10-15% es de histerectomías. A pesar de ello, muchos de los padecimientos de DPC su etiología no es clara. Lo que ocasiona que el personal médico deba ofrecer un mejor tratamiento para que las pacientes se puedan reintegrar de manera funcional a la sociedad.

Sanabria *et al.*,<sup>(11)</sup> en su estudio cohorte evaluaron que una de las causas de DPC es el Síndrome de Congestión Pélvica (SCP), que consiste en varices a nivel vulvar y, también, se asocia a dispareunia. Debido su fisiopatología que radica en el flujo venoso retrógrado a través de venas pélvicas dilatadas y tortuosas secundarias a una incompetencia valvular u obstrucción en las venas ováricas. El 60% de estas pacientes que poseen varices pélvicas son sintomáticas. Esta patología ocasiona un flujo de baja velocidad y el aumento del diámetro con la maniobra de Valsalva, lo cual genera que estas mujeres muestren exacerbaciones de los síntomas. El tratamiento para esta patología

consiste en la embolización endovenosa bilateral con escleroterapia ha reportado disminuir exitosamente los síntomas en la mayoría de los casos.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## 2.1 Definiciones y conceptos

Según la OMS<sup>12</sup> la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También, se puede mencionar que, según la Real Academia Española (RAE),<sup>13</sup> existen 3 definiciones de bienestar: 1) el conjunto de las cosas necesarias para vivir bien; 2) vida holgada o abastecida que conduce a pasarlo bien y con tranquilidad; y 3) estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica. De estas tres, la más aplicable al estudio sería la tercera.

Por el contrario, la definición de enfermedad según Herrero,<sup>14</sup> es la alteración o desviación del estado fisiológico en una o muchas partes del cuerpo, que se da por etiologías ya conocidas, se manifiesta con síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Además, la RAE,<sup>13</sup> describe el dolor como una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo de causa exterior o interior, pero también lo define como un sentimiento de pena y congoja. Por su lado, la dolencia se refiere a un estado de indisposición, achaque o enfermedad. El dolor se puede dividir por durabilidad en el tiempo o, bien, por sus características.

El dolor es un mecanismo protector cuya finalidad es advertir amenazas inmediatas y evitar cuanto antes estímulos nocivos. Por lo general, el dolor va seguido de una respuesta emocional y consecuencias conductuales. La sola amenaza de incomodidad puede inducir respuestas emocionales, incluso en ausencia de lesión real.

A continuación, se desglosa la división del dolor según la durabilidad:

- Dolor agudo: se refiere a la respuesta fisiológica que actúa como mecanismo de alerta ante una agresión química, física o traumática. En cuanto al tiempo de evolución, es aquel dolor que se da hasta que el proceso de curación y cicatrización de tejidos haya concluido, por lo que se extiende no más de 3 a 6 meses. Por su ubicación, puede clasificarse como superficial, profunda y visceral.<sup>15</sup>
- Dolor crónico: se trata del dolor que dura más de 3 a 6 meses y que no está directamente conexo con la causa directa del dolor, pasa de ser un síntoma a una enfermedad y tiene un significativo componente en los cambios del comportamiento psíquico de los pacientes. Por su presentación puede clasificarse como benigno o maligno si está asociado a malignidad.<sup>15</sup>

A continuación, se describe la división del dolor según la característica:

- Dolor somático: es el dolor que está dado por la excitación anormal de los nociceptores somáticos, sean estos superficiales o profundos. Presenta la peculiaridad de estar localizado, es punzante y sigue trayectos nerviosos.<sup>16</sup>

El dolor somático proviene de las fibras aferentes del sistema nervioso somático, que inerva el peritoneo parietal, la piel, músculos y tejidos subcutáneos. Por lo general, el dolor somático es agudo y localizado. Se localiza a la derecha o la izquierda en dermatomas que corresponden a la inervación de los tejidos afectados.

- Dolor visceral: también está dado por la excitación anormal de nociceptores a nivel visceral. Este dolor no está bien localizado, es continuo y profundo, además, puede irradiar a zonas distintas o bien alejadas a las de origen.<sup>16</sup>

El dolor visceral repetidas veces se localiza en la línea media porque la innervación visceral de los órganos abdominales casi siempre es bilateral. Además, el dolor visceral se localiza en la corteza sensitiva del cerebro en un nivel aproximado de la médula espinal determinado por el origen embrionario del órgano afectado; por ejemplo, alteraciones en los órganos del intestino medio, como el intestino delgado, apéndice y ciego, causan dolor periumbilical. En contraste, la enfermedad de los órganos del intestino posterior, como el colon y las partes intraperitoneales del aparato genitourinario, causa dolor en la línea media suprapúbica o hipogástrica.

- Dolor inflamatorio: con el dolor agudo, los estímulos nocivos como el corte con un cuchillo, una quemadura o una lesión por aplastamiento activan los receptores sensitivos de dolor, más propiamente llamados nociceptores. Si los tejidos se dañan, casi siempre se produce inflamación. Los mediadores químicos de este proceso son las prostaglandinas, que se liberan del tejido dañado, y las citocinas, que se producen en los leucocitos y células endoteliales. Estos mediadores sensibilizadores reducen el umbral de conducción de los nociceptores. A esto se le llama sensibilización periférica. De igual manera, las neuronas dentro de la médula espinal y el cerebro realzan la excitabilidad, lo que se conoce como sensibilización central. Como resultado, la percepción del dolor aumenta con respecto al estímulo externo en los tejidos inflamados. En condiciones normales,

conforme la inflamación disminuye y avanza la curación, también ceden la sensibilidad intensificada a los estímulos y, por tanto, la percepción del dolor.

- Dolor neuropático: En algunas personas, los estímulos nocivos sostenidos pueden causar sensibilización central persistente y una pérdida permanente de la inhibición neuronal. Como resultado se conserva un umbral disminuido a los estímulos dolorosos, a pesar de la resolución de los estímulos desencadenantes. Esta persistencia caracteriza al dolor neuropático, que se considera subyacente a muchos síndromes dolorosos crónicos. Durante la sensibilización central, al final pueden afectarse las neuronas de niveles medulares superiores o inferiores a los inicialmente afectados. Este fenómeno causa dolor crónico referido a través de varios niveles medulares. Además, hay señales sugestivas de que los estados dolorosos crónicos también se relacionan con cambios de la morfología cerebral regional en zonas que regulan el dolor. Esto se describe como plasticidad de mala adaptación del sistema nervioso central. El concepto de dolor neuropático ayuda a explicar en parte por qué muchas pacientes con dolor crónico tienen una molestia desproporcionadamente mayor a la magnitud de la enfermedad identificada.

Por tanto, al valorar pacientes con dolor crónico, un médico puede encontrar un trastorno inflamatorio activo. En estos casos predomina el dolor inflamatorio y el tratamiento se enfoca en resolver el problema inflamatorio subyacente. Sin embargo, para muchos la valoración revela un trastorno activo mínimo o nulo. En estas situaciones, el dolor es neuropático y el tratamiento se enfoca en corregir los síntomas dolorosos.

El dolor también presenta un curso que, según la Sociedad Gallega de dolor y cuidados paliativos,<sup>15</sup> corresponde a la presencia de dolor durante el día, se habla de dolor continuo cuando está la mayor parte del día y no desaparece, mientras que dolor irruptivo es aquel presenta exacerbaciones transitorias.

La intensidad del dolor se relaciona directamente a la funcionalidad y actividades de la vida diaria. El dolor leve permite realizar actividades habituales, mientras que el dolor moderado interfiere con estas. Por último, el dolor severo es el que interfiere con el descanso.<sup>15</sup>

Para evaluar la intensidad del dolor existen escalas como las descritas a continuación:

Escala analgésica del dolor: con el uso de la imagen No 1. se puede conseguir controlar de manera adecuada el 80% de los casos de dolor.<sup>16</sup>

**Imagen 1. Escala analgésica de la OMS**

Escala analgésica de la O.M.S.			
Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos	Opioides potentes ± Coanalgésicos ± Escalón I	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
----- Paracetamol AINE Metamizol	----- - Codeína Tramadol	----- -- Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

Fuente: La imagen representa la escala analgésica de la OMS. Tomada de la revista de oncología de Barcelona.<sup>16</sup>

— Escala Visual Análoga: según el Instituto Nacional del cáncer<sup>17</sup>, se trata de una herramienta que permite cuantificar de manera objetiva la intensidad del dolor. Corresponde a una línea directa dónde un extremo implica la ausencia de dolor y el otro, es el peor dolor experimentado en la vida.

El dolor persistente puede ser de origen visceral, somático o mixto. Como resultado, en las mujeres puede tomar varias formas que incluyen dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia, disuria, dolor musculoesquelético, cólicos intestinales o vulvodinia. La lista de posibles patologías subyacentes es extensa. Además, es común que

la patología en un órgano pueda conducir a la disfunción de otros sistemas y crear síntomas superpuestos. Es esencial la evaluación exhaustiva de los órganos de múltiples sistemas y conocer el estado psicológico para complementar el tratamiento.

El DPC es una condición clínica de gran relevancia en la consulta ginecológica y se define como el dolor no cíclico que permanece durante seis meses o más, delimitado en la pelvis, en la porción infra umbilical de la pared abdominal anterior, en la región lumbosacra o en la región glútea que provoca discapacidad funcional. Puede originarse por múltiples causas como: ginecológicas, tracto urinario, tracto gastro intestinal, músculo esquelético, neurológico y mental.<sup>1</sup>

Según Sanabria *et al.*,<sup>11</sup> el DPC es considerado uno de los primordiales desafíos para los profesionales en ginecología, debido a la gran cantidad de sintomatología de que puede presentar además de múltiples etiologías, por lo que muchas veces demanda de un amplio trabajo interdisciplinario entre varias especialidades para poder llegar a diagnóstico exacto.

Este artículo define DPC como aquel dolor que se localiza a nivel de abdomen inferior, la pelvis o estructuras intra pélvicas, que persiste durante al menos seis meses, que se presenta de forma continua o intermitente, no asociada exclusivamente con el ciclo menstrual. Alrededor del mundo millones de mujeres no embarazadas sufren de esta condición clínica en algún momento de sus vidas.

## 2.2 Causas de dolor pélvico

### 2.2.1 Endometriosis

Según Durón y Bolaños<sup>23</sup> la endometriosis es una enfermedad inflamatoria benigna, dependiente de estrógeno, caracterizada por la presencia de glándulas y estroma endometrial en lugares diferentes a la habitual como lo es la cavidad uterina, acompañadas la mayor parte del tiempo por fibrosis.

En la actualidad es una enfermedad relativamente común y potencialmente debilitante, por todas las afectaciones que induce, suele ser hallada en mujeres en edad reproductiva. Es uno de los trastornos ginecológicos más difícil de tratar debido a que generalmente se vincula con dolor pélvico e infertilidad, su comienzo es insidioso, el diagnóstico es quirúrgico, y normalmente la endometriosis es progresiva.

Se puede identificar la endometriosis por su triada clásica: dismenorrea, dispareunia y disquecia; cuando una paciente se presenta con estos síntomas se debe sospechar esta enfermedad. Las pacientes que muestran una superposición sustancial de los síntomas de la endometriosis con otras enfermedades que producen dolor pélvico, hacen que el diagnóstico sea muy difícil de realizar.

Es difícil establecer la prevalencia de la endometriosis debido a su diagnóstico complicado. De acuerdo con Durón y Bolaños<sup>23</sup> hasta un 50% de a mujeres que presentan infertilidad poseen un diagnóstico por endometriosis, en edad fértil afecta un aproximado entre 6-10% de las pacientes. A los 40 años es la edad más común de diagnóstico. Algunos de los factores protectores son la multiparidad y lactancia materna prolongada. Mientras que los factores de riesgo corresponden a: la obstrucción del flujo menstrual, la

exposición a dietilbestrol durante la vida intrauterina, la exposición prolongada a estrógenos endógenos, los ciclos menstruales cortos, el bajo peso al nacer y la exposición a sustancias disruptivas endocrinas.

La patogénesis de la endometriosis es desconocida, pero existen alguna hipótesis como menstruación retrógrada, inmunidad alterada, metaplasia del epitelio germinal y diseminación metastásica, pero todas ellas son teorías que no se han comprobado por la dificultad de erigir modelos clínicamente relevantes.

A continuación, se explican algunas de la teoría que se conocen como causas probables de la endometriosis:

- **Menstruación retrograda**

Menstruación retrograda a través de las trompas de Falopio con la diseminación ulterior del tejido endometrial hacia la cavidad peritoneal. Los fragmentos endometriales se adhieren al mesotelio peritoneal y lo invaden, formando su propia irrigación y así sobreviven y crecen.

- **Diseminación linfática o vascular**

También se ha demostrado que la endometriosis es producto de la diseminación linfática o vascular aberrante del tejido endometrial. Esta teoría se basa en la presencia de endometriosis en sitios raros como el periné o la región inguinal la tendencia del adenocarcinoma endometrial a diseminarse por vía linfática demuestra la facilidad con la que el endometrio puede ser transportado por esta ruta

- **Metaplasia celómica**

La teoría de la metaplasia celómica sugiere que el peritoneo parietal es un tejido pluripotencial que puede sufrir transformación metaplasica hasta convertirse en un tejido que es idéntico al endometrio normal desde el punto de vista histológico.

Esta teoría resulta atractiva en los casos de endometriosis en ausencia de menstruación Sin embargo, la ausencia de endometriosis en otros tejidos derivados del epitelio celómico habla en contra de esta teoría.

- **Teoría de la inducción**

Propone que ciertos factores hormonales o biológicos inducen la diferenciación de determinadas células para generar más tejido endometrial. Los estudios *in vitro* han demostrado el potencial que posee el epitelio ovárico, en respuesta a los estrógenos, para transformarse en lesiones endometriósicas

En la presentación clínica de la endometriosis, el síntoma más habitual es el dolor y la endometriosis es considerada la causa más común de DPC. Los dos síntomas del dolor continuamente asociados son la dismenorrea y la dispareunia profunda. El dolor puede ser continuo o suceder de manera impredecible e intermitente por medio del ciclo menstrual, la característica del dolor puede ser sordo, pulsátil o agudo, y se puede exacerbar con la actividad física.

Otra de las características clínicas es la infertilidad en donde un aproximado de 30-50% de las mujeres que padecen endometriosis desarrollan infertilidad. <sup>23</sup>

Para la evaluación diagnóstica, se debe realizar examen físico, aunque existe la posibilidad de no hallar nada fuera de lugar, también, se debe ejecutar estudios imagenológicos como ultrasonido, ecografía, resonancia magnética, aunque esta última puede ser menos específica que la ecografía.

El diagnóstico concluyente se debe efectuar de forma quirúrgica, el estándar de oro es la laparoscopia combinada con la verificación histológica de glándulas o estromas endometriales. Los hallazgos laparoscópicos son variables y comprenden lesiones endometriósicas definidas, endometriomas y formación de adherencias<sup>23</sup>.

Las ubicaciones típicas de la endometriosis son los órganos pélvicos y el peritoneo pélvico. El aspecto de estas lesiones en la laparoscopia es variado y pueden ser de color rojo (rojizo, rojo- rosado, transparente) o blanco (blanquecino o café amarillento) y negro (negro o negro azulado).

El manejo médico de la enfermedad, pese a no ser categórico, es muy variado, y brinda alivio sintomático a la mayoría de los pacientes con pocos o mínimos efectos secundarios, con medicamentos como antiinflamatorios no esteroideos (AINES), anticonceptivos orales combinados, progestágenos, agonistas de la GnRH, entre otros. La laparoscopia adicional a su utilidad diagnóstica, es beneficiosa en muchos casos y contribuye en el manejo de la infertilidad.

La inducción ovárica y la inseminación intrauterina son una opción segura en el tratamiento de la infertilidad conexas a endometriosis, así como la fertilización in vitro, que es el abordaje que contribuye las mejores tasas de fecundación.

La histerectomía con salpingooforectomía bilateral representa un tratamiento quirúrgico definitivo para la endometriosis y posee el menor riesgo de recurrencia de la enfermedad en tanto se logre la cito-reducción óptima; sin embargo, existe un 10% a 15% de riesgo de persistencia del dolor.<sup>23</sup>

### 2.2.2 Enfermedad pélvica inflamatoria

Según Santana *et al.*,<sup>24</sup> la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es un padecimiento ginecológico frecuente de etiología polimicrobiana, que reside en un cuadro inflamatorio e infeccioso que afecta al tracto genital superior de la mujer (útero, trompas y ovario). En ocasiones, su alcance puede desarrollarse más allá de estos límites y desembocar en procesos más graves.

Se estima que en EE. UU. hay 750.000 casos de EPI cada año. Según Santana *et al.*<sup>23</sup>, en el año 2000 hubo 1,2 millones de visitas médicas en EE. UU. por EPI, lo que podría significar que, si cada una de esas visitas correspondiera a una sola mujer, aproximadamente el 1% de la población femenina de EE. UU. habría solicitado servicios médicos por esta enfermedad en ese año.

Los agentes etiológicos implicados con mayor frecuencia son *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*; sin embargo, dado que la incidencia de gonorrea ha descendido, su participación como causa de esta enfermedad también redujo su categoría. Actualmente, la clamidia constituye la bacteria que más se vincula con la EPI de origen sexual: se aísla hasta en un 60% de los casos. De hecho, se ha calculado que el 8-20% de las mujeres infectadas por esta bacteria y que no se benefician del tratamiento oportuno acaban desarrollando una EPI.

La llegada de los microorganismos a la pelvis se puede originar vía linfática, hemática o ascendente. La vía más significativa es la última: por medio de las relaciones sexuales, el agente etiológico llega a la vagina de la mujer, sobrepasa el cérvix hasta alcanzar el útero y, pasando por las trompas uterinas, acaba en la cavidad pélvica, de forma que puede producir procesos inflamatorios a su paso (cervicitis, endometritis, salpingitis, absceso tubo-ovárico y peritonitis). El diagnóstico de EPI es esencialmente clínico, con determinación de si es necesario o no un tratamiento quirúrgico complementario a la antibioterapia.<sup>24</sup>

En cuanto a los factores de riesgo de la EPI se descritos a continuación:

- Edad: la máxima incidencia se percibe en las primeras décadas reproductivas, gran parte por la mala práctica anticonceptiva. Las adolescentes muestran un riesgo 3 veces mayor de EPI.
- Relaciones sexuales de riesgo: diferentes parejas, sin medidas de protección (aumento del riesgo por 4 veces).
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) de la mujer y/o la pareja: el 15% de las pacientes con gonorrea o infección cervical por *Chlamydia* que no han sido tratadas desarrollarán un cuadro de EPI, que se exterioriza a menudo durante o inmediatamente después de la menstruación.<sup>24</sup>

Otros factores de riesgo para desarrollar EPI independientes de ITS son:

- Maniobras Endo-uterinas diagnóstico/terapéuticas: como inserción de un dispositivo intrauterino (DIU), especialmente en las primeras 3 semanas post-inserción.

- Historia previa de EIP: sobre todo por la persistencia de las mismas conductas sexuales.
- Vaginosis bacteriana: al producir la disrupción de la protección del canal endocervical.<sup>24</sup>

El riesgo disminuye en usuarias de métodos anticonceptivos de barrera y anticonceptivos orales por medio del efecto de la progestina sobre el moco cervical, la reducción del sangrado y su duración, y la reducción de la receptividad endometrial debido al efecto atrófico de la progestina.

La clínica de la EPI es muy variable, pues va desde cuadros que cursan de manera asintomática hasta situaciones de compromiso vital. La mayoría de las mujeres presentan síntomas leves; mientras que las formas graves son poco frecuentes. Los síntomas más habituales de EPI son:

- Dolor pélvico: es el síntoma guía. Suele referirse al abdomen inferior, generalmente bilateral, es poco intenso y persistente.
- Sangrado uterino anómalo (SUA): puede ser poscoital, intermenstrual o sangrado menstrual abundante. Surge mayoritariamente en los casos de infección por Chlamydia. La aparición de SUA en una mujer joven sin otras causas aparentes obliga a descartar la existencia de EPI.
- Leucorrea: aparece en el 50% de los casos; se caracteriza por ser una manifestación inicial de cervicitis. Generalmente es purulenta.
- Dispareunia: dolor vinculado con cualquier actividad sexual, especialmente con el coito.

- Fiebre: presente en la mitad de los casos, típicamente en forma de febrícula. Puede ensancharse tras la movilización uterina (exploraciones ginecológicas, relaciones sexuales, entre otras).
- Clínica digestiva: las náuseas y vómitos son poco comunes y suelen circunscribirse a los cuadros graves con pelviperitonitis<sup>24</sup>.

En la tabla 1 se muestra una selección de pruebas complementarias establecidas para el diagnóstico de EPI de acuerdo con el protocolo del Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Insular (CHUIMI)

**Tabla 1.** Diagnóstico de EPI

<b>Tabla 1</b> Selección de pruebas complementarias establecidas para el diagnóstico de EPI según el protocolo del Servicio de Ginecología del CHUIMI
1 <i>Ecografía ginecológica transvaginal (descartar absceso en áreas anexiales)</i>
2 <i>Investigación microbiológica</i>
Toma endocervical con hisopo para siembra en cultivo
Toma endocervical con hisopo para estudio ADN
Toma vaginal con hisopo para siembra en cultivo
En caso de cirugía, toma con jeringa para siembra en cultivo
Si positivo para clamidia o gonococo, testar en 3-6 meses tras tratamiento
3 <i>Investigación serológica</i>
Investigación serológica en EPI confirmadas
Investigación serológica VIH, lúes y hepatitis (B y C)
4 <i>Biopsia de endometrio mediante cánula de Cornier</i>
5 <i>Estudio analítico</i>
Hemograma completo y pruebas de coagulación
VSG y proteína C reactiva

Fuente: imagen tomada de la revista clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia de España.

Según Baquedano *et al.* <sup>25</sup> el tratamiento de esta enfermedad se debe iniciar de manera empírica en cuanto haya sospecha de su aparición. El tratamiento se basará en los siguientes aspectos:

- Siempre se deberá cubrir *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.
- La duración total del tratamiento será de 2 semanas.
- Independientemente de la vía de administración del tratamiento antibiótico, se recomienda asociar medidas generales como analgesia, antitérmicos, hidratación y reposo en todas las pacientes.

Por otro lado, se halla que se asociará cobertura frente a gérmenes anaerobios (con metronidazol) por su alta prevalencia en los siguientes casos:

- Absceso pélvico.
- Detección de *Trichomonas vaginalis* o vaginosis bacteriana (si se dispone de muestra microbiológica).
- Antecedente de instrumentación ginecológica en las 2 o 3 semanas previas. En todas aquellas pacientes que demanden ingreso hospitalario.

En la Tabla No2 se describe el Tratamiento ambulatorio de la enfermedad inflamatoria pélvica.

**Tabla 2.** *Tratamiento ambulatorio de la enfermedad inflamatoria pélvica.*

<b>1.ª elección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ceftriaxona 1 g IM/IV (dosis única) +</li> <li>▪ Doxiciclina 100 mg/12 h VO (14 días) +/-</li> <li>▪ Metronidazol 500 mg/12 h VO (14 días) (sospecha anaerobios)</li> </ul>
<b>Alergia a la penicilina y derivados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Azitromicina 2 g VO (dosis única) +</li> <li>▪ Doxiciclina 100 mg/12 h VO (14 días) +/-</li> <li>▪ Metronidazol 500 mg/12 h VO (14 días) (sospecha anaerobios)</li> </ul>
<b>Alergia a las tetraciclinas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ceftriaxona 1 g IM/IV (dosis única) +</li> <li>▪ Azitromicina 1 g VO (repetir a la semana) +/-</li> <li>▪ Metronidazol 500 mg/12 h VO (14 días) (sospecha de anaerobios)</li> </ul>

Fuente: Imagen tomada de la *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*

En la siguiente tabla No 3 se describe el tratamiento hospitalario de la enfermedad pélvica inflamatoria.

**Tabla 3. Tratamiento hospitalario de EPI**

<b>1.ª elección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ceftriaxona 2 g /24 h IV +/-</li> <li>▪ Doxiciclina 100 mg /12 h IV o VO +/- metronidazol 1,5 g /24 h IV</li> <li>▪ Cuando exista mejoría y pueda usarse la vía oral pasar a doxiciclina 100 mg /12 h + metronidazol 500 mg /12 h VO hasta completar 14 días</li> </ul>
<b>Alérgicas</b>	<p>Elegir una de las opciones de cada uno de los siguientes 2 grupos de fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grupo 1: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gentamicina 5 mg/kg/24 h IV</li> <li>- Aztreonam 1 g/8 h IV</li> </ul> </li> <li>▪ Grupo 2: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clindamicina 900 mg/8 h IV + doxiciclina 100 mg/12 h IV o VO</li> <li>- Tigeciclina 50 mg/12 h IV (precedido de dosis de carga de 100 mg IV)</li> </ul> </li> <li>▪ En caso de uso de gentamicina monitorizar la función renal (al menos 2 veces/semana) y, siempre que sea posible, los niveles del fármaco.</li> </ul>
<b>Mala respuesta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Piperacilina-tazobactam 4/0,5 g/8 h IV + doxiciclina 100 mg/12 h IV o VO</li> </ul>
<b>Shock séptico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meropenem 1 g/8 h IV + doxiciclina 100 mg/12 h IV</li> </ul>

Fuente: Imagen extraída de la Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

### 2.2.3 Congestión pélvica

Según Gómez *et al.*<sup>26</sup> el SCP se define como los síntomas crónicos que pueden contener dolor pélvico, pesadez perineal, urgencia miccional y dolor poscoital causados por reflujo y/o obstrucción de las venas ováricas y/o pélvicas, y que pueden estar coligados con varices vulvares, perineales y/o de las extremidades inferiores.

Los autores mencionan que la prevalencia e incidencia de la congestión pélvica es difícil de determinar debido a la falta de criterios diagnósticos claramente definidos; sin embargo, parece claro que el SCP afecta primariamente a mujeres multíparas en edad

fértil, y extraordinariamente se muestra en mujeres menopaúsicas. Se informa que la prevalencia del DPC en mujeres entre los 18 y 50 años es del 15% en los EE. UU y aproximadamente el 40% en todo el mundo. Se estima que entre el 30% y 40% de las mujeres con DPC tienen SCP sin que haya documentado otros diagnósticos alternativos.

La etiología del SCP es diversa e implica factores tanto mecánicos como hormonales que favorecen a la dilatación, insuficiencia y reflujo de las venas peri ováricas y peri uterinas. La ausencia o la disfunción valvular, la presencia de variantes anatómicas, los acodamientos venosos por malposición uterina y los cambios estructurales y hormonales secundarios al embarazo son elementos coligados al desarrollo del SCP primario, mientras que las compresiones extrínsecas de la red venosa pélvica, concretamente de la vena renal izquierda en la pinza aortomesentérica o, menos común, de la vena ilíaca común izquierda en el cruce aortoilíaco, están implicadas en el desarrollo del SCP secundario.<sup>26</sup>

La mayor prevalencia de SCP en mujeres multíparas podría estar conexas con el aumento de la capacitancia venosa en el sector pélvico durante el embarazo, lo que a su vez podría conducir a la incompetencia y al reflujo venoso fuera del periodo gestacional.

Por su parte, la mayor frecuencia de síntomas de SCP en el lado izquierdo podría ser secundaria a la asociación habitual de compresión extrínseca de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior con reflujo venoso gonadal izquierdo. Este fenómeno de cascanueces de pinza aortomesentérica sobre la vena renal izquierda, y que cuando produce sintomatología se designa síndrome de cascanueces, es la principal causa

de SCP secundario. Además, la incompetencia valvular de la vena ovárica debida a la ausencia primaria de válvulas es más usual en el lado izquierdo.<sup>26</sup>

Entre las manifestaciones del SCP se encuentra el dolor pélvico de al menos 6 meses de duración que se caracteriza por ser continuo y sordo con pesadez pélvica que aumenta durante el periodo premenstrual, cambios posturales, actividades que desarrollen la presión intraabdominal y dispareunia. También puede relacionar otra sintomatología como sangrados menstruales intensos y dolorosos (menorragia y dismenorrea) y urgencia urinaria.

Con respecto al diagnóstico se basa en la clínica, el examen físico en el que se muestre una marcada sensibilidad ovárica al movimiento cervical y uterina con la palpación directa, otra característica es la presencia de varices de distribución atípica en los miembros inferiores, las más usuales son: las vulvoperineales, también pueden aparecer varices inguinales, glúteas y ciáticas.

Otras pruebas complementarias sería el ultrasonido Doppler transvaginal combinado en el Doppler abdominal, tomografía computarizada y resonancia magnética (su mayor utilidad es cuando ecográficamente se sospecha un síndrome compresivo o postrombótico) y se recomienda la flebografía retrograda de las venas íliaca interna y ovárica como la prueba de elección para el diagnóstico de la patología venosa pélvica.

Ver tabla No 4

**Tabla 4** Criterios diagnósticos en ecografía Doppler del SCP

SCP primario
<b>Ecografía Doppler transvaginal</b>
• Dilatación de venas del plexo utero-ovárico (> 5-7 mm), habitualmente bilateral
• Flujo venoso lento o ectásico en reposo
• Reflujo venoso positivo con la maniobra de Valsalva
<b>Ecografía Doppler transabdominal</b>
• Dilatación de vena ovárica (> 5-7 mm), habitualmente bilateral
• Reflujo venoso con la maniobra de Valsalva
• Morfología y flujo normal en venas ilíacas, cava inferior y renal izquierda
SCP secundario*
<b>Ecografía Doppler transvaginal</b>
• Dilatación de venas del plexo utero-ovárico (> 5-7 mm) de predominio izquierdo
• Flujo venoso elevado en reposo (> 5 cm/s) de predominio en las venas del plexo útero-ovárico izquierdo
• Disminución de velocidad de flujo (Valsalva negativo) o reflujo con la maniobra de Valsalva
<b>Ecografía Doppler transabdominal</b>
• Reflujo venoso gonadal espontáneo en reposo
• Signos morfológicos y hemodinámicos de compresión de la vena renal izquierda.
SCP primario o secundario: signos indirectos
<b>Ecografía Doppler de miembros inferiores</b>
• Fugas hacia venas pudendas, inguinales, ciáticas o glúteas

Fuente: Imagen tomada del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Madrid.

En cuanto al tratamiento, este debe ser individualizado de acuerdo con los síntomas de cada paciente. Según estudios realizados mencionan que pacientes tratadas con goserelina (3,6 mg por mes), acetato de medroxiprogesterona (30 a 50 mg al día) o implante de etonogestrel. tuvieron una recidiva rápida del dolor después del cese del tratamiento, lo que también insinúa que la terapia hormonal suprimió el dolor. En relación con el tratamiento quirúrgico, la ligadura quirúrgica de la vena ovárica se ha relacionado con mejoría del dolor en aproximadamente el 75% de las pacientes y con respecto a la histerectomía puede ser una opción para aquellas mujeres en las que fracasaron otras modalidades terapéuticas, pero con la advertencia de que la cirugía podría no solucionar las molestias. En cuanto al tratamiento de elección de estas pacientes la terapia

endovascular como la escleroterapia y la embolización son técnicas seguras, bien toleradas, con un abordaje mínimamente invasivo y con resultados satisfactorios.

#### 2.2.4 Adherencias

Según Grijalva *et al.*,<sup>27</sup> el Síndrome Adherencial (SA) ocurre cuando las adherencias originan dolor y otras series de sintomatologías (dependiendo del lugar donde se han formado), causadas por complicaciones secundarias, caracterizadas colectivamente por la obstrucción o disminución de la funcionalidad del órgano afectado por la misma. Estas son causantes especialmente de muchos casos de infertilidad femenina, obstrucción intestinal y de reintervención quirúrgica, debido a que la fibrina gelatinosa que opera como pegamento tratando de reparar un tejido dañado, crean bandas o puentes que comunican tejidos que no deberían estar comunicados.

La mortalidad es más común de lo que se piensa, debido a los procedimientos quirúrgicos, principalmente la cirugía pélvica abierta, en aproximadamente el 90% de los casos. Estudios revelan que el grupo que más se ve afectado son los pacientes con edades entre los 45 años (63%) y de sexo femenino (63%), debido a las adherencias pélvicas, donde las bridas obstruyen asas intestinales.

La patología de esta afección es el resultado final de un desequilibrio entre el proceso de fibrinólisis y fibrogénesis, dicho descontrol juntamente con hipoxia tisular secundaria a daño mesotelial, que genera mayor respuesta inflamatoria del tejido lesionado y un aumento de la población de los fibroblastos de adherencia y de la inhibición de la degradación de la matriz extracelular<sup>27</sup>

Según Grijalva *et al.*,<sup>26</sup> las adherencias se pueden clasificar de la siguiente manera: 1) clasificación de las adherencias según su origen; 2) clasificación de las adherencias por su localización anatómica; y 3) clasificación de las adherencias según su presentación. A continuación, se describe cada una de las clasificaciones.

Clasificación de las adherencias según su origen:

1. Adherencias congénitas: se originan por anomalías en el desarrollo de la cavidad peritoneal del embrión.
2. Adherencias adquiridas: pueden ser producto de procesos inflamatorios o aparecer a raíz de un posterior a intervenciones quirúrgicas abdomino-pélvicas. También por el desarrollo de patologías agudas intraabdominales tales como apendicitis, colecistitis, diverticulitis y enfermedad pélvica, así como el uso de dispositivos intrauterinos, que representan la causa principal de la creación de adherencias adquiridas por procesos inflamatorios.

Clasificación por localización anatómica: 1) Vis-cero parietales; 2) Vis-cero viscerales; 3) Vis-cero epiploicas; y 4) Epiploico parietales.

De acuerdo con la presentación clínica las pacientes pueden manifestar incapacidad para expulsar gases intestinales o para defecar, una distensión progresiva del abdomen, acompañado por los sonidos ruidosos del intestino, un dolor abdominal severo ligado a obstrucción, dolencias es la manifestación más representativa que se expresan principalmente en las adherencias ginecológicas, mediante el DPC, que puede ir acompañado de dispareunia e infertilidad.

Las AAP son una causa de dolor abdominal crónico, obstrucción intestinal e infertilidad en las mujeres. Hasta ahora, el tratamiento consiste en la liberación quirúrgica de las adherencias, sin embargo, esto a su vez va acompañado de aumento del riesgo de recurrencia. La prevención de la formación de las AAP está encaminada a disminuir el daño mesotelial con el manejo gentil de los tejidos y evitar el uso exagerado del electrocauterio y de material de sutura.<sup>27</sup>

#### 2.2.5 *Miomatosis uterina*

Según Churio et al.,<sup>28</sup> Los miomas uterinos, también denominados leiomiomas o fibromas, son los tumores más comunes del útero y la pelvis femenina, se presentan en el 50% - 60% de las mujeres y hasta en el 70% a la edad de 50 años. Aunque son benignos, en el 30% de los casos causan morbilidad. Están compuestos por músculo liso y por grandes cantidades de matriz extracelular alterada que contiene colágeno, fibronectina y proteoglicanos, que generan su rigidez. El estrógeno y la progesterona, promueven su crecimiento.

La raza negra, la obesidad y la menarquia temprana son factores de riesgo importantes. El uso de anticonceptivos orales antes de los 16 años también se asocia con un mayor riesgo, mientras que el uso de anticonceptivos que solo contienen progestina se asocia con un riesgo reducido, al igual que los embarazos múltiples. Ciertos cambios genéticos, el alcohol, la cafeína y una dieta rica en carnes rojas se han relacionado con el desarrollo de miomas.

### 2.2.5.1 *Manifestaciones clínicas*

Las pacientes con miomas uterinos al menos 50% de ellas van a presentar síntomas, que va a depender de la ubicación, el tamaño y la cantidad de miomas. Entre ellos están:

- Sangrado menstrual abundante o prolongado que induce anemia.
- Síntomas compresivos por miomas de gran tamaño provocando disfunción intestinal o vesical.
- Disfunción reproductiva (infertilidad, pérdida recurrente del embarazo), especialmente con los miomas que distorsionan la cavidad uterina.
- Dolor pélvico que afecta la calidad de vida.

### 2.2.5.2 *Diagnóstico*

- Examen físico

Puede revelar un útero agrandado o una masa abdomino/ pélvica.

- Pruebas bioquímicas

El hemograma para la detección de anemia por deficiencia de hierro.

- Ecografía pélvica

Es el estándar de oro para el diagnóstico. Su amplia disponibilidad permite una confirmación fácil y económica en casi todos los casos.

- Histerosonografía

Es una ecografía con infusión de solución salina como examen complementario para miomas intracavitarios y en la planeación de miomectomía histeroscópica.

- Histeroscopia

Ayuda a diferenciar los miomas intracavitarios de los pólipos endometriales grandes, cuando se planea miomectomía histeroscópica o cuando se requiere biopsia

endometrial si la paciente tiene adicionalmente factores de riesgo para hiperplasia endometrial.

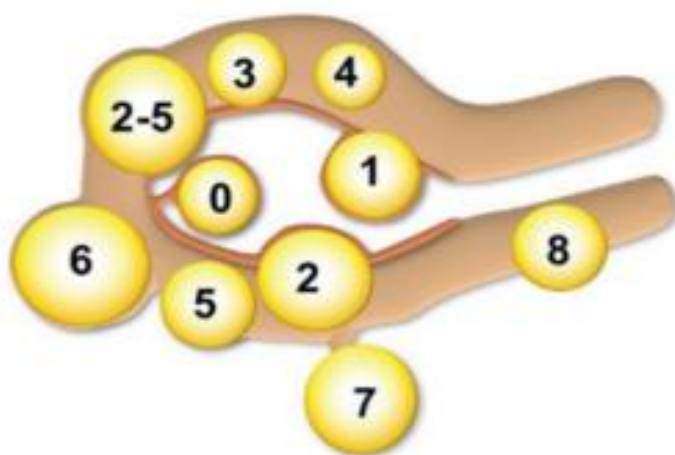
— Resonancia magnética

Proporciona información sobre el número de miomas, tamaño, vascularización, relación con la cavidad endometrial y la superficie serosa, y los límites con el miometrio normal. Al igual que la ecografía, no permite diagnosticar malignidad con certeza<sup>27</sup>.

### 2.2.5.3 Tipos de miomas

Los miomas pueden estar presentes en localizaciones subserosas, submucosas e intramurales. La clasificación que propone la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) describe ocho tipos de miomas, así como una clase híbrida (asociación de dos tipos de miomas)<sup>28</sup>. Ver imágenes No 2

**Imagen No 2.** Localización de los miomas uterinos



SM-Submucoso	0	Pedunculado intracavitario
	1	<50% Intramural
	2	≥50% Intramural
O-Otro	3	Contacta con el endometrico 100% intramural
	4	Intramural
	5	Subseroso ≥50% intramural
	6	Subseroso <50% intramural
	7	Subseroso pedunculado
	8	Otro (especifique, p. ej., cervical, parasitario)
Lesiomiomas híbridos (afectan el endometrio y la serosa)	Se enlistan dos números separados por un guión. Por acuerdo, el primero se refiere a la relación con el endometrio, mientras que el segundo se refiere a las relaciones con la serosa. Se muestra en ejemplo abajo.	
	2-5	Submucoso y subseroso, cada uno con menos de la mitad de diámetro en las cavidades endometrial y peritoneal.

Fuente: Imagen tomada del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia.

#### 2.2.5.4 Tratamiento

Se debe elegir el tratamiento más eficiente, de acuerdo con las necesidades y deseos de cada paciente, para esto, se deben tener en cuenta varios factores como la edad reproductiva y la proximidad a la menopausia, comorbilidades, gravedad de los síntomas, características del útero, tamaño, cantidad y localización de los miomas, así mismo, el interés obstétrico o deseos de preservar el útero por cualquier otro motivo<sup>28</sup>.

#### 2.2.5.4.1 Manejo expectante

Este tipo de conducta implica la evaluación periódica de la paciente cada 6 a 12 meses. Dicha evaluación puede limitarse a la historia clínica y al examen físico, o, puede requerir estudios de imagen o de laboratorio, por lo general con ultrasonido pélvico y hemo leucograma para evaluación de anemia<sup>28</sup>.

Indicaciones:

- Pacientes asintomáticas.
- Deseo de gestación.
- Miomas que permanecen estables (tamaño) durante el seguimiento imagenológico en un año. Peri o posmenopáusicas.
- Úteros no palpables en el abdomen.

#### 2.2.5.4.2 Tratamiento médico

Se recomienda en las siguientes situaciones:

1. Como tratamiento sintomático por períodos cortos, ideal en la perimenopausia.
2. Pacientes no aptas para cirugía.
3. Como complemento preoperatorio.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINES): Son eficaces para reducir la dismenorrea y el sangrado, y su eficacia aumenta si se inician uno o dos días antes de la menstruación, sin embargo, cuando se comparan con otros tratamientos médicos son menos eficaces en la reducción del sangrado. Opciones: ácido mefenámico 500 mg vía oral cada 8 horas o ibuprofeno 800 mg vía oral cada 8 horas los tres primeros días de la menstruación.

Ácido tranexámico: Agente antifibrinolítico oral, usado para reducir el sangrado. La dosis recomendada es 1300 mg cada 8 horas vía oral los primeros cinco días del ciclo o durante los días que presente sangrado más abundante.

Anticonceptivos orales combinados (estrógeno y progestágeno): Suelen ser la terapia de primera línea para el control del sangrado anormal y la dismenorrea, especialmente en aquellas que desean anticoncepción. Se deben formular de acuerdo con los criterios de elegibilidad de la OMS (Organización Mundial de la Salud)

Progestágenos de depósito. Limitan el crecimiento de los miomas y la aparición de nuevos miomas. Además, disminuyen el sangrado al causar atrofia endometrial y anovulación. Son una opción para las pacientes con contraindicación para el uso de estrógenos. Se deben formular como acetato de medroxiprogesterona 150 mg IM trimestral.

Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG): La evidencia sugiere que disminuye significativamente el sangrado menstrual abundante asociado a miomatosis, aunque la calidad de la evidencia es muy baja. La tasa de expulsión puede llegar hasta el 12% según un estudio observacional y es mayor en pacientes con miomas submucosos. Se utiliza el DIU con 52 mg de levonorgestrel (mirena), con una duración de 5 años.

Análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH $\alpha$ ): El acetato de leuprolide (3,75 mg IM cada cuatro semanas) provoca una reducción significativa del volumen de los miomas (35% al 65% en los 3 meses posteriores al tratamiento), y disminuye el sangrado menstrual corrigiendo la anemia. Los análogos están indicados principalmente para uso a corto plazo como terapia preoperatoria o edad cercana a la menopausia, debido a que provocan efectos secundarios hipo estrogénicos, que limitan su tolerabilidad y uso a largo plazo (máximo por seis meses).

Moduladores selectivos del receptor de progesterona (SPRM): Tienen acción directa sobre los miomas, endometrio e hipófisis. La mifepristona es desfavorable para el tratamiento porque se une al receptor de glucocorticoides, y las dosis altas producen un efecto anti glucocorticoide. El acetato de ulipristal (UPA), ha demostrado ser más eficaz para la reducción del volumen de los miomas cuando se compara con el asoprisnilo.

En comparación con el placebo, la terapia con UPA se asoció con mejor calidad de vida, mayor disminución del sangrado menstrual y mayores tasas de amenorrea. La eficacia en calidad de vida y control del sangrado es similar a la de los análogos de la GnRH, pero con la ventaja de la dosificación oral y la ausencia de efectos secundarios hipo estrogénicos

#### 2.2.5.4.3 Tratamiento quirúrgico

Histerectomía. Tratamiento definitivo para las mujeres que tienen paridad satisfecha y no han respondido al tratamiento conservador, o para aquellas que tienen enfermedades concomitantes como adenomiosis, displasia cervical o prolapso uterino. El abordaje puede ser por vía abdominal, vaginal o laparoscópica (incluida la robótica)<sup>28</sup>.

Miomectomía. Puede no ser técnicamente factible si se encuentra miomatosis difusa o un mioma cervical grande. Durante el procedimiento se pueden presentar complicaciones y un riesgo del 3% al 4% de conversión intraoperatoria a histerectomía, además del desarrollo frecuente de adherencias posoperatorias. Tiene riesgo de recurrencia, al menos el 25% de las mujeres requieren tratamiento adicional posteriormente. Miomectomía abdominal. La laparotomía está indicada en pacientes con miomas sintomáticos, útero > 16 cm, lesiones de gran tamaño (> 10 a 12 cm) o múltiples

miomas ( $\geq 4$ ) en diferentes sitios del útero, que requieren numerosas incisiones. (6,8) Miomectomía laparoscópica. Tiene múltiples ventajas como morbilidad posoperatoria menos grave y recuperación más rápida, sin diferencia significativa entre los resultados reproductivos cuando se compara con la vía abdominal. Es ideal para pacientes con un útero  $< 16$  cm o menos de 4-5 miomas subserosos o intramurales. Se debe evitar en miomas mayores de 5-8 cm o la presencia de miomas intramurales profundos.

Miomectomía histeroscópica: Procedimiento ambulatorio con recuperación rápida y bajo riesgo de complicaciones. Técnica de elección para pacientes con miomas submucosos con gran componente intracavitario (FIGO tipos 0 y 1). (7) Cuando son miomas  $> 5$  cm de diámetro y  $> 50\%$  de extensión hacia el miometrio (FIGO tipo 2) existe mayor riesgo de resección incompleta, por ende, se debe realizar solo en casos seleccionados y es posible que sea necesario repetir el procedimiento.

Criomiólisis y termo coagulación laparoscópicas: Ambos procedimientos tienen como objetivo reducir o suprimir el riesgo sanguíneo primario e inducir la contracción del mioma al causar degeneración esclerohialina, por temperaturas muy bajas o altas, utilizando nitrógeno líquido, electricidad, láser o radiofrecuencia. En la miólisis o ablación por radiofrecuencia bajo guía ecográfica y laparoscópica se introduce una sonda de radiofrecuencia dirigida al mioma. Es bien tolerada, con rápida recuperación, alta satisfacción de las pacientes, y es efectiva en el control de los síntomas. La limitación de estas técnicas es la falta de evaluación histológica de los miomas.

Oclusión laparoscópica de las arterias uterinas: Parece no tener una ventaja específica sobre la oclusión de estas por vía vaginal, ya que requiere un abordaje

laparoscópico. Es inferior cuando se compara con la embolización de arterias uterinas, en términos de reducción del tamaño del mioma y desvascularización<sup>28</sup>.

#### 2.2.5.4.3.1 Alternativas al tratamiento quirúrgico

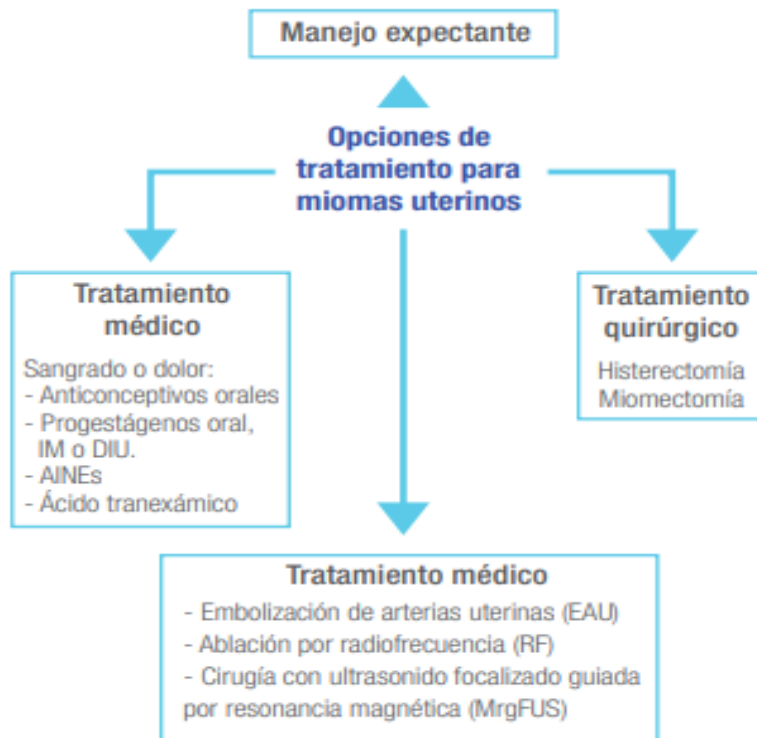
Ablación endometrial: Técnica que utiliza calor, frío o medios mecánicos para destruir el endometrio. Se requiere anticoncepción después de este procedimiento, ya que pueden presentar un mayor riesgo de complicaciones en los embarazos posteriores (embarazo ectópico, placentación anormal y prematuridad)<sup>28</sup>.

Embolización de las arterias uterinas (EAU): Técnica radiológica intervencionista mínimamente invasiva, en la que se embolizan las arterias uterinas mediante un abordaje transcutáneo de la arteria femoral, utilizando partículas de alcohol polivinílico de microesferas de gelatina de trisacrilato y espirales de alambre (coils), lo que da como resultado la desvascularización e involución del mioma.

Cirugía de ultrasonido focalizado guiada por resonancia magnética (MRgFUS). Procedimiento termo ablativo, no invasivo, que utiliza ondas de ultrasonido de alta intensidad que penetran en el mioma y producen desnaturalización de proteínas, daño celular irreversible y necrosis coagulativa. Se realiza vía transabdominal, es ideal para pacientes con menos de 5 miomas y miomas con diámetro < 10 cm. Está contraindicada en miomas subserosos pediculados y submucosos tipo 0 y 1

En la siguiente imagen No 3 se indica la línea de tratamiento para la miomatosis uterina.

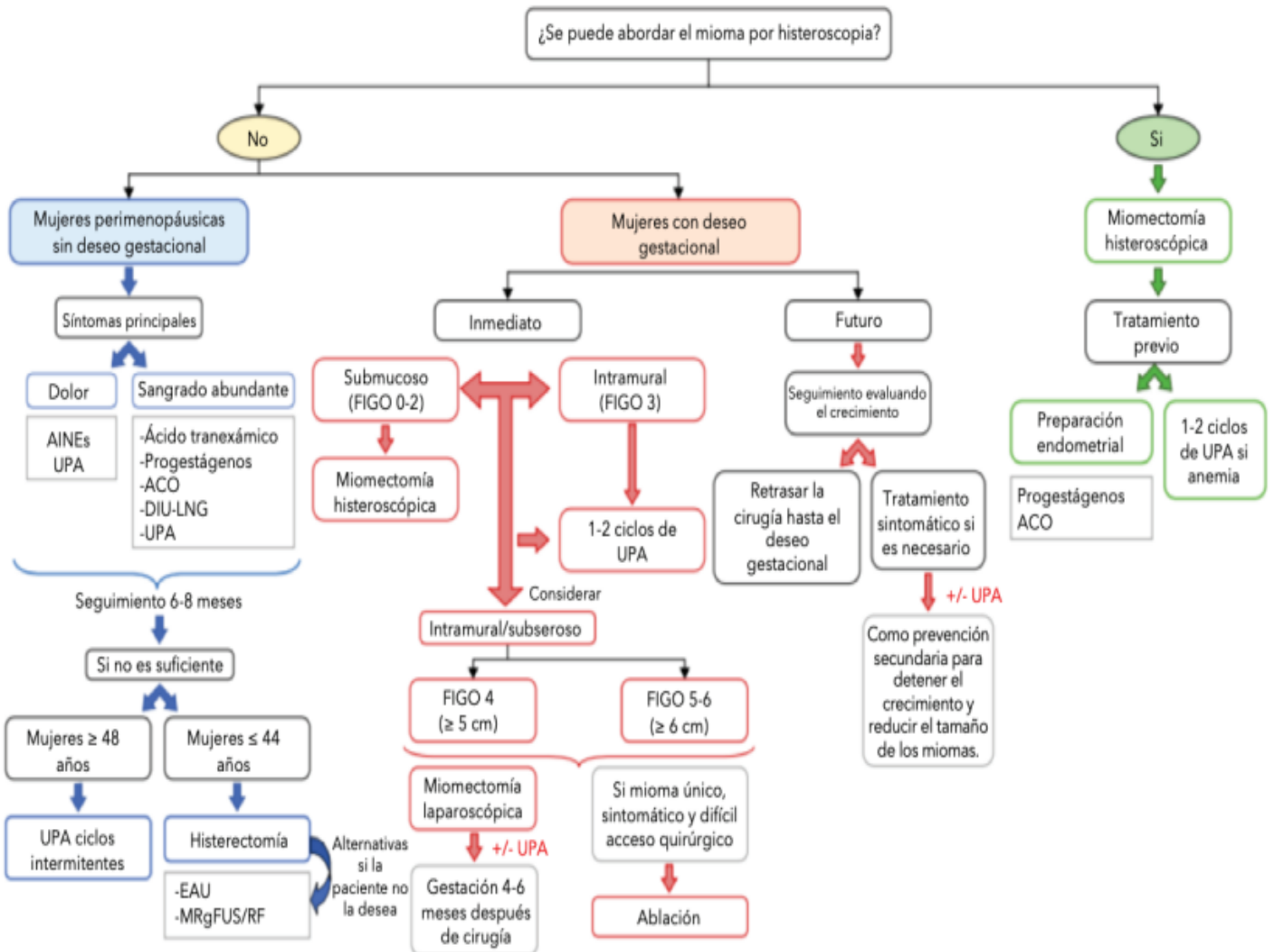
**Imagen No. 3. Opciones de tratamiento de miomas uterinos**



Fuente: Imagen tomada del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia.

En la imagen No 4 se menciona el Algoritmo médico para el tratamiento de miomatosis uterina según el perfil de la paciente.

**Imagen No 4.** Algoritmo médico para el tratamiento de miomatosis uterina



Fuente: Imagen tomada del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la universidad Antioquia.

Los miomas son los tumores pélvicos femeninos más comunes, representan una de las indicaciones más frecuentes de histerectomía en mujeres premenopáusicas, debido al uso poco frecuente de las terapias intervencionistas no quirúrgicas y a la falta de un tratamiento médico eficaz. En la actualidad, los tratamientos médicos sólo se utilizan a corto plazo, debido a los riesgos significativos con su uso a largo plazo o la falta de pruebas con respecto a los beneficios de las nuevas terapias farmacológicas<sup>28</sup>.

## 2.3 Diagnostico de dolor pélvico

### 2.3.1 Anamnesis

La historia clínica detallada es fundamental para integrar el diagnóstico de dolor pélvico crónico, y se puede usar inicialmente un cuestionario de dolor pélvico. Además, es factible proporcionar un diagrama de la silueta corporal a las pacientes para que marquen sitios específicos con dolor. Las escalas de dolor también cuantifican la molestia e incluyen escalas análogas visuales y escalas verbales descriptivas. Como mínimo, la serie de preguntas presentadas en la tabla 5 pueden aportar información valiosa.

Escalas para calificar el dolor. Se muestran las escalas análogas visual, numérica y de calificación verbal. Ver imagen No 5

<b>Escala análoga visual</b>										
Sin dolor					El peor dolor imaginable					
-----										
<b>Escala de calificación numérica</b>										
Sin dolor					El peor dolor imaginable					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Escala de calificación verbal</b>										
0	Sin dolor									
1	Dolor leve									
2	Dolor moderado									
3	Dolor intenso									

Fuente: Williams, Ginecología, 4a ed. Mc Graw Hill. Capítulo 10. Diagnóstico y Tratamiento del Dolor Pélvico. Copyright © 2003 McGraw-Hill Education. Todos los derechos reservados.

Fuente: imagen tomada Williams, Ginecología. 4a ed. Mc Graw Hill.

En la imagen No6 se indican las preguntas más relevantes para el dolor pélvico crónico.

**Imagen No 6.** *Preguntas relevantes para el dolor pélvico crónico*

1. Describa la localización, calidad, intensidad y horario del dolor.
2. ¿Cuándo y cómo comenzó el dolor, y cómo ha cambiado?
3. ¿Qué mejora o intensifica el dolor?
4. ¿Qué otros síntomas o problemas de salud tiene?
5. ¿Tiene polaquiuria, urgencia urinaria o sangre en la orina?
6. ¿Tiene náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento o hemorragia rectal?
7. ¿Tiene dolor durante la menstruación?
8. ¿El dolor inició como cólicos menstruales?
9. ¿Le han realizado alguna operación? ¿Cuál fue la razón?
10. ¿Cuántos embarazos ha tenido?
11. ¿Cómo fueron los partos? ¿Le practicaron episiotomía?
12. ¿Qué forma de anticonceptivo utiliza y ha usado antes?
13. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por alguna enfermedad de transmisión sexual o infección pélvica?
14. ¿Tiene dolor con la penetración profunda durante el coito?
15. ¿Está deprimida o ansiosa?
16. ¿Ha recibido tratamiento para algún trastorno mental?
17. ¿Alguna vez ha sido o es víctima de maltrato físico o abuso sexual?
18. ¿Qué valoraciones o tratamientos ha recibido para el dolor?
19. ¿Alguno de los tratamientos anteriores fue útil?
20. ¿Qué medicamentos toma ahora?
21. ¿Cómo ha afectado el dolor su calidad de vida?
22. ¿Qué considera que cause su dolor?

Fuente: imagen tomada Williams, Ginecología. 4a ed. Mc Graw Hill.

### 2.3.2 Exploración física

En una mujer con dolor crónico, incluso la exploración de rutina puede ser dolorosa en extremo, por tanto, la exploración se realiza despacio para permitir la relajación entre cada paso. Además, se tranquiliza a la paciente al informarle que puede pedir que se detenga la exploración en cualquier momento. Los términos usados para describir los hallazgos en la exploración incluyen alodinia e hiperestesia, entre otros. La alodinia es una respuesta dolorosa a un estímulo que en condiciones normales es inocuo, como un aplicador de algodón. La hiperalgesia es una respuesta extrema a un estímulo doloroso<sup>29</sup>.

### 2.3.3 Pruebas

Para las mujeres con dolor pélvico crónico, los resultados del análisis de orina y el urocultivo pueden indicar cálculos, enfermedades malignas o infecciones recurrentes de las vías urinarias. La enfermedad tiroidea puede afectar el funcionamiento fisiológico y encontrarse en personas con síntomas intestinales o vesicales. Por tanto, es necesario conocer los niveles séricos de hormona estimulante de la tiroides. La diabetes puede conducir a neuropatía, y los niveles de glucosa se pueden evaluar con el examen general de orina o con el análisis de suero.

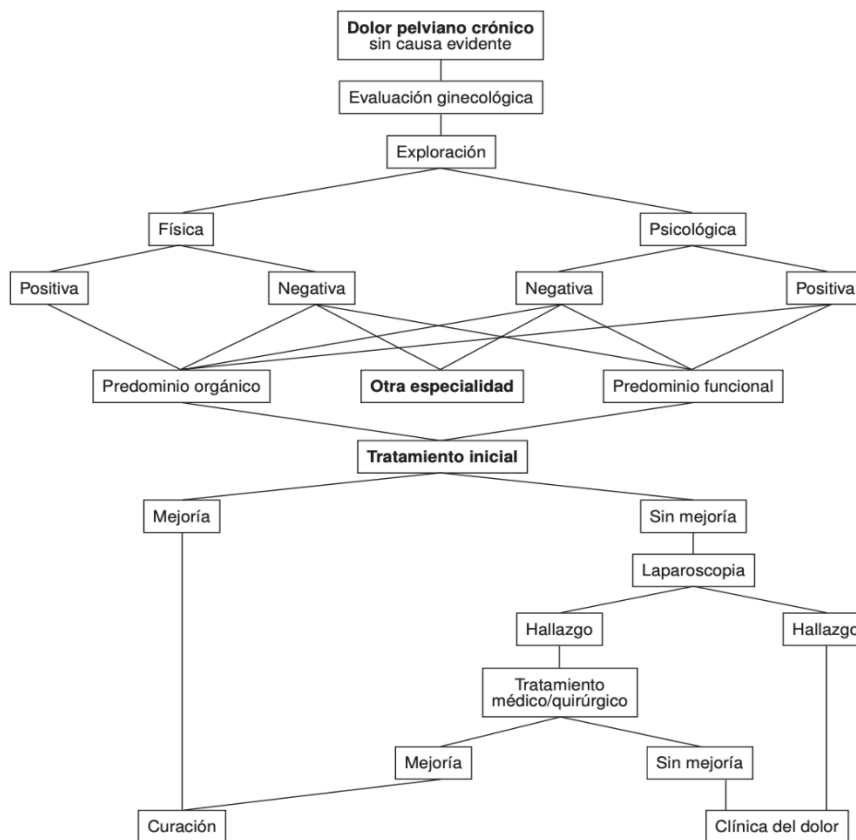
De las opciones de imágenes radiológicas y endoscopia, los ginecólogos utilizan ampliamente la ecografía transvaginal para evaluar el dolor pélvico crónico por los motivos ya descritos. Es más efectiva para la identificación de lesiones estructurales. En pacientes con sospecha de síndrome de congestión pélvica, la ecografía Doppler transvaginal en color es un complemento a la ecografía transvaginal. Tanto esta última como la resonancia magnética son modalidades de imagen reconocidas para diagnosticar la endometriosis pélvica infiltrante profunda. En pacientes con síntomas intestinales, el enema con bario puede mostrar lesiones obstructivas intraluminales o externas, neoplasias malignas y enfermedad intestinal diverticular o inflamatoria; sin embargo, la sigmoidoscopia flexible y la colonoscopia ofrecen más información porque permiten inspeccionar de manera directa la mucosa colónica para obtener biopsias<sup>29</sup>.

Una opción es emplear cistoscopia y laparoscopia, en cuyo caso los síntomas de la paciente dictan su empleo. En mujeres con dolor crónico y síntomas urinarios, a menudo se recomienda la cistoscopia. En muchas mujeres sin una causa evidente del dolor pélvico crónico una laparoscopia puede ayudar al diagnóstico. Es importante señalar que a

menudo se encuentran explicaciones transoperatorias al dolor pélvico crónico a pesar de los exámenes preoperatorios normales. La laparoscopia permite la identificación directa y, en muchos casos, el tratamiento de alteraciones intraabdominales, por tanto, se considera la laparoscopia para la valoración del dolor pélvico crónico si las evaluaciones iniciales no permiten establecer el diagnóstico<sup>29</sup>.

El protocolo SEGO, cuenta con flujograma poco actualizado, pero que puede ser de utilidad al estudiar pacientes con dolor pélvico crónico que consulten en un primer nivel de atención.

**Figura No 7.** *Árbol de decisiones en la evaluación y el tratamiento del dolor pélvico crónico.*



**Figura 1.** *Árbol de decisiones en la evaluación y el tratamiento del dolor pélvico crónico.*

Fuente: Protocolo SEGO, 2001

## *2.4 Tratamiento*

### *2.4.1 Terapia no farmacológica*

Son escasos los datos que abordan el uso de opciones no farmacológicas para dolor pélvico crónico, pero se pueden extrapolar los beneficios de los estudios en síndromes dolorosos crónicos. Estos tratamientos son de bajo riesgo y suelen ser ventajosos en pacientes con múltiples comorbilidades, en aquellas con intolerancia a medicamentos o posibles interacciones con ciertos fármacos, y para el dolor resistente al tratamiento tradicional<sup>29</sup>.

De las opciones, la evidencia que respalda el papel de la modificación de la dieta en el manejo del dolor pélvico crónico se limita principalmente a informes anecdóticos o encuestas basadas en cuestionarios. Diferentes dietas como la antiinflamatoria, sin gluten, paleo, y las de oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles de baja fermentación son las que se citan con mayor frecuencia como potencialmente beneficiosas para el dolor crónico.

### *2.4.2 Terapia física para el piso pélvico*

Según Williams, esta fisioterapia especializada se enfoca en los músculos del piso pélvico, caderas, espalda y pared abdominal. Las intervenciones son personalizadas e incluyen a menudo una combinación de ejercicios terapéuticos, manipulación manual, puntos “detonadores” o liberación miofascial, acupresión, educación del paciente, biorretroalimentación y entrenamiento de coordinación muscular. Las pacientes que probablemente se beneficien de la terapia física del piso pélvico son aquellas con dolor reproducible durante la palpación o contracción de los músculos del piso pélvico, la pared abdominal o la espalda<sup>29</sup>.

### 2.4.3 *Psicoterapia*

Este tratamiento, en forma de terapia cognitiva conductual, asesoramiento, terapia grupal, biorretroalimentación y estrategias basadas en la atención plena, se puede utilizar para el dolor pélvico crónico. Las pacientes con dolor pélvico crónico y depresión o ansiedad concurrentes pueden beneficiarse de las intervenciones basadas en la atención plena.

### 2.4.4 *Tratamiento Farmacológico*

Las opciones farmacológicas para el tratamiento de dolor pélvico crónico incluyen analgésicos, opioides, hormonas, antidepresivos y antiepilépticos. A menudo el dolor pélvico crónico tiene un componente de dolor visceral y neuropático. En consecuencia, las combinaciones efectivas de medicamentos funcionan a menudo de manera periférica y en el sistema nervioso central. Los analgésicos no opioides incluyen fármacos antiinflamatorios no esteroideos y acetaminofén.

La modulación hormonal puede ser más útil en pacientes con dolor pélvico crónico relacionado con la endometriosis, sin embargo, el dolor por síndrome de cistitis intersticial/dolor vesical, síndrome de intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, trastorno temporomandibular y migrañas puede fluctuar con el ciclo menstrual. De ello se deduce que la supresión del ciclo podría mejorar los síntomas, para esto, el uso de anticonceptivos orales combinados o píldoras de progestágeno de venta libre es sólo un pilar de la modulación hormonal<sup>29</sup>.

Recetadas por tradición para el dolor neuropático, la gabapentina y la pregabalina son anticonvulsivos que actúan como bloqueadores del canal del calcio. Tienen eficacia

para casos de dolores inespecíficos y para fibromialgia. En ginecología, la gabapentina tiene la mayor evidencia de eficacia para las mujeres con dolor pélvico crónico debido a patología ginecológica conocida. Otros anticonvulsivos como la fenitoína, carbamazepina y lamotrigina actúan por medio de sus efectos bloqueadores de los canales del sodio y son efectivos en muchas afecciones de dolor neuropático, sin embargo, faltan estudios que evalúen su eficacia específicamente para dolor pélvico crónico.

#### *2.4.5 Cirugía*

La histerectomía y la salpingooforectomía bilateral a veces sirven como tratamiento definitivo si se hizo una valoración completa y los tratamientos conservadores fallaron. Para muchas mujeres con dolor pélvico crónico, la histerectomía es efectiva para resolver el dolor y mejorar la calidad de vida, sin embargo, es posible que el dolor no se resuelva en un número significativo<sup>29</sup>.

La falla de la histerectomía para aliviar el dolor puede ser multifactorial. Primero, los reflejos viscerales pueden producir múltiples síndromes dolorosos en la misma paciente. Segundo, la histerectomía no corrige las causas no ginecológicas del dolor pélvico. Por último, el dolor de la cistitis intersticial, síndrome miofascial del piso pélvico o de trastornos musculoesqueléticos puede agravarse después del procedimiento debido a sus efectos negativos potenciales en la inervación, musculatura o vasculatura.

Así que antes de considerar la histerectomía, se agotan los esfuerzos para hacer un diagnóstico exacto de las causas del dolor pélvico crónico y tratar el dolor de manera conservadora. Se da a las mujeres una esperanza razonable del alivio sintomático con la histerectomía y se les informa sobre la posibilidad de dolor persistente o agravado. Como

con cualquier otra cirugía, los beneficios anticipados deben rebasar los riesgos potenciales<sup>29</sup>.

### **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo de investigación**

Este estudio es una investigación de tipo cualitativa con diseño fenomenológico,<sup>18</sup>. Este se orientó a la exploración de las causas del DPC en mujeres no embarazadas, a través de la búsqueda de un diagnóstico y manejo que se utilice en el primer nivel de atención en un área de salud adscrita al Hospital San Vicente de Paul. Lo anterior, con el fin de brindar recomendaciones para realizar referencias desde un primer nivel a un tercer nivel de atención, donde las pacientes reciban un abordaje integral de acuerdo con la etiología que presentan.

### **3.2. Fuentes de información**

La información se recolectó a través de entrevistas estructurales y autoadministradas, que contenían preguntas relacionadas con DPC en mujeres no embarazadas. La técnica de muestreo utilizada fue muestreo de expertos <sup>18</sup>, se entrevistaron 10 profesionales en medicina del Hospital San Vicente de Paul. Los datos recopilados se sistematizaron por medio de la utilización de *Microsoft Excel* y la información recolectada fue contrastada con artículos científicos que fueron clasificados según el nivel de evidencia de Sackett<sup>19</sup> (ver apartado 3.6).

### 3.3 Criterios de búsqueda

En la tabla 5 se presentan los criterios de búsqueda utilizados.

**Tabla 5** *Criterios de búsqueda*

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Temporalidad	Idiomas
Señalar las principales causas de consulta por dolor pélvico crónico en mujeres adultas no embarazadas adscritas al HSVP.	Dolor Pélvico Crónico	Google Académico <i>Scielo</i> <i>Elsevier</i> <i>PubMed</i>	2015-2023	Español/Inglés
	Causas de dolor pélvico	Google Académico <i>Scielo</i> <i>Elsevier</i> <i>PubMed</i>		
Identificar los recursos de diagnóstico y manejo para el dolor pélvico crónico en la mujer con los que cuenta el primer nivel de atención en salud.	Diagnóstico de dolor pélvico	Google Académico <i>Scielo</i> <i>Elsevier</i> <i>PubMed</i>	2015-2023	Español/Inglés
	Manejo de dolor pélvico	Google Académico <i>Scielo</i> <i>Elsevier</i> <i>PubMed</i>		
Determinar las condiciones que requieren que las pacientes adultas con	Criterios de referencia	Google Académico <i>Scielo</i> <i>Elsevier</i> <i>PubMed</i>	2015-2023	Español/Inglés

dolor pélvico crónico no embarazadas sean referidas a la atención de especialistas del tercer nivel de atención.	Afectación en la vida diaria de las mujeres con dolor pélvico	Google Académico <i>Scielo</i> <i>Elsevier</i> <i>PubMed</i>	2015-2023	Español/Inglés
---	---	---	-----------	----------------

Fuente: elaboración propia, 2023.

### 3.4 Criterios de inclusión y exclusión

En la tabla 6 se enlistan los criterios de inclusión y exclusión utilizados

**Tabla 6** *Criterios de inclusión y exclusión*

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Sexo femenino.	Sexo masculino.
Edad entre los 15 y 50 años.	Edades menores de 15 años y mayores de 65 años.
Mujeres que no estén en periodo de gestación.	Mujeres embarazadas.
Mujeres con dolor pélvico por más de 6 meses.	Mujeres que presentan dolor con un diagnóstico diferencial.
Artículos en un año de publicación mayor o igual a 2017.	Artículos con un año de publicación menor al 2017.
Artículos en inglés y español.	Artículos en otros idiomas que no sean inglés o español

Fuente: elaboración propia, 2023.

### 3.5 Análisis de la información

En la búsqueda de la información, se obtuvieron 35 artículos, entre el año 2017 al 2023, en los idiomas inglés y español; sin embargo, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión, mediante revisión del título y abstracto, se redujo el número de artículos a 18. Se excluyeron aquellos artículos que no cumplían con el objetivo del tema por abordar otro tipo de población, patologías que no se relacionan con las causas del DPC en mujeres no embarazadas, artículos que mencionan mujeres embarazadas, edades entre los 15 y mayores de 65 años, sexo masculino. De esta manera, se logró reducir el número de número de artículos. Estos se utilizaron por ser artículos de mayor nivel de evidencia y

recientes; además, fueron seleccionados de acuerdo con su contenido y el objetivo de la investigación, ya que abordan patologías asociadas con el DPC en mujeres no embarazadas, también el diagnóstico y abordaje.

### 3.6 Clasificación según el nivel de evidencia

En la tabla 7, se muestra la cantidad de artículos según el nivel de evidencia.

**Tabla 7** *Cantidad de artículos según el nivel de evidencia*

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	%
1	Revisión sistemática	5	5	20%
2	Poblaciones y correlacionales	2	2	12%
	Cohorte prospectiva	1	1	
3	Casos y controles	1	1	4%
4	transversal	2	17	64%
	Revisión bibliográfica	15		
	Total	26	26	100%

Fuente: elaboración propia, 2023.

En la tabla 8 se muestran los artículos científicos que fueron clasificados según el nivel de evidencia de Sackett.

**Tabla 8 Evidencia Sackett**

Autor/año	Revista	Título del artículo	Tipo de estudio	Niveles de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Aredo <i>et al.</i> , (2017)	<i>Semin Reprod Med.</i>	Relating Chronic Pelvic Pain and Endometriosis to Signs of Sensitization and Myofascial Pain and Dysfunction	Revisión bibliográfica		-	Descriptivo, organizado por secciones como: mecanismos neuronales en el DPC ligado a la endometriosis, la contribución de los puntos gatillo miofasciales activos al DPC, evaluación clínica del DPC y la sensibilización relacionada con la endometriosis.	<p>El DPC es un síntoma que frustra a las pacientes con endometriosis y, generalmente, resiste al tratamiento hormonal y quirúrgico. Estas terapias se enfocan en las lesiones endometriales ectópicas, pero no abordan el dolor debido a la sensibilización central del sistema nervioso y la disfunción miofascial, que siguen generando dolor a pesar de la optimización de tratamientos tradicionales.</p> <p>De modo que los autores presentan un marco de referencia para evaluar cómo la endometriosis facilita la remodelación de las redes neuronales, de forma que contribuye a la sensibilización y generación de los puntos de gatillo miofasciales en un entorno clínico. Además, se revisaron los tratamientos para abordar el dolor miofascial secundario como la fisioterapia, la punción seca, las inyecciones de anestésicos y las inyecciones de toxina botulínica.</p>

							Los autores concluyen que los puntos de gatillo miofascial dolorosos, a su vez, pueden servir como una fuente adicional de información nociceptiva y convertirse en un componente clave del DPC. Su desactivación por medio de una intervención dirigida puede ser un aspecto crítico para revertir la sensibilización central y mejorar el dolor asociado con la endometriosis.
Rana <i>et al.</i> , (2018)	Wiley <i>Periodicals</i>	The fundamentals of chronic pelvic pain assessment, based on international continence society recommendations	Síntesis de aspectos clave de la Conferencia Internacional Estandarización de la Sociedad de Continencia para la terminología en los síndromes de DPC.		Pacientes con al menos 6 meses de DPC.	Síntesis descriptiva de terminología relacionada con DPC.	Los autores exponen que se pueden emplear nueve dominios para una descripción minuciosa del DPC; cuatro dominios específicos de los órganos pélvicos (tracto urinario inferior, genital femenino, masculino) genital, gastrointestinal), y dos concernientes a otras fuentes de dolor que pueden observarse en la pelvis (musculoesquelético, neurológico) y tres que pueden tener un influjo en la respuesta al dolor o su impacto en el individuo (psicológico, sexual y comorbilidades).  De forma que para un paciente con DPC se debe evaluar cada uno de estos dominios con el fin de guiar la evaluación y tratamiento a seguir.

Huchon et al., (2018)	<i>EMC</i> <i>Ginecología-</i> <i>Obstetricia</i>	Dolor pélvico crónico de la mujer. Orientación diagnóstica y conducta práctica	Revisión bibliográfica		Mujeres con dolor pélvico crónico	Se realizó una revisión de la literatura sobre EL diagnóstico del DPC e intervenciones terapéuticas.	<p>Las presuntas causas de DPC son muy numerosas y, a veces, están intrincadas. El diagnóstico del DPC debe realizarse de manera personalizada después de una anamnesis minuciosa. La exploración física y las pruebas de diagnóstico por la imagen (principalmente ecografía y RM) se recomiendan, pero pueden inducir a error.</p> <p>Cuando el diagnóstico es evidente, puede proponerse a la paciente un tratamiento médico o laparoscópico, en función del sustrato doloroso anatómico. La laparoscopia no es obligatoria en el tratamiento de las pacientes que presentan dolor pélvico crónico. No siempre es necesaria para el diagnóstico, y su «normalidad» no descarta forzosamente una causa orgánica. Su fracaso en el tratamiento no implica la ausencia de solución analgésica. El tratamiento multidisciplinario, en particular junto con los centros de lucha contra el dolor, permite un enfoque global del síndrome doloroso y es particularmente útil si no se detecta una enfermedad como causa del dolor y en caso de ineficacia de los tratamientos realizados.</p>
--------------------------	---	--	------------------------	--	-----------------------------------	--	--

Drazic <i>et al.</i> (2019)	<i>Rev. Med Chile</i>	Dolor pélvico crónico secundario a síndrome de congestión pélvica.  Resultados del tratamiento endovascular de la insuficiencia venosa pelviana y várices genitales	Cualitativo-cuantitativo.		17 pacientes con Síndrome de Congestión Pélvica, con un promedio de edad de 41 años (32 a 53 años).	Se evaluó los registros clínicos de las pacientes sometidas al tratamiento de insuficiencia venosa pelviana entre junio de 2007 y abril de 2017.  Se realizó, posteriormente, una encuesta telefónica donde se consultó sobre dispareunia, dolor pélvico y reaparición de várices visibles.	Los autores exponen que, en el período preoperatorio, todas las pacientes accedieron un examen de ultrasonido pélvico dúplex venoso de las extremidades inferiores y a algunas se les realizó una angiografía por TC abdominal y pélvica.  Respecto a los resultados, exponen que el procedimiento fue del 100% y no se registraron complicaciones. En 32 meses seguimiento, ninguna paciente tuvo síntomas de insuficiencia venosa pélvica o recaída de várices vulvares o del muslo. Por lo que se concluyó que la embolización de insuficiencia pélvica y las venas ováricas es un procedimiento seguro y exitoso para el tratamiento de las venas pélvicas, insuficiencia o varices vulvares.
Cantero <i>et al.</i> , (2019)	<i>Atención primaria</i>	Intervención grupal desde un enfoque sensoriomotriz para reducir la intensidad del dolor crónico.	Ensayo clínico aleatorizado.		Muestra: 40 mujeres mayores de 18 años con un diagnóstico clínico mayor a 6 meses por fibromialgia.	Se les suministró una encuesta web y mediante papel a las participantes. El periodo de cumplimentación de la encuesta fue de aproximadamente un mes, para medir la preintervención y la postintervención. Luego, se ejecutó un análisis de las	Se observó diferencias importantes entre grupo control y grupo intervención de gran parte de las escalas utilizadas en las mediciones postintervención y seguimiento. De este modo, se lograron puntuaciones medias elocuentemente inferiores en la intensidad, interferencia y zonas de dolor, calidad de vida, síntomas psicológicos y cambio de comportamiento. Por lo que se concluyó que la intervención Time In reduce el

						frecuencias y descriptivos para analizar la asociación del dolor con el resto de las escalas de características sociodemográficas mediante un grupo de control con 3 mediciones ejecutadas en 3 meses.	dolor y coopera con la mejora de los síntomas psicológicos de los pacientes que padecen fibromialgia.
Chapron <i>et al.</i> , (2019)	<i>Nature reviews</i>	Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis	Revisión bibliográfica		-	Descriptivo, organizado por secciones como: mecanismos, historia, diagnóstico, tratamiento, entre otras.	Los autores exponen que la endometriosis debería ser considerada un problema de salud pública, ya que afecta fuertemente la calidad de la vida de las mujeres. Explican que se deben cambiar los métodos para su diagnóstico, ya no se debe utilizar la laparoscopia exploratoria; al contrario, debería ser un proceso estructurado que incluya la entrevista con pacientes, el diagnóstico por medio de imágenes (ecografía transvaginal y resonancia magnética).  Los autores concluyen que el tratamiento de la endometriosis debe ser individualizado, con un enfoque integrado multimodal y enfocado en la paciente.
Andrews y pickett (2019)	<i>Revista de ginecología y obstetricia</i>	Lograr que el dolor pélvico crónico sea un poco menos doloroso	Revisión bibliográfica		Mujeres con dolor pélvico crónico	Descriptivo, organizado según los escenarios clínicos y	Los autores mencionan que el dolor pélvico crónico es una afección compleja, a menudo multifactorial, que afecta a muchas mujeres y

						estrategias para pacientes con dolor pélvico crónico.	representa un desafío importante para nuestro sistema de salud. La evaluación debe incluir una historia completa y física con consideración de las fuentes de dolor ginecológicas y no ginecológicas. Existen tratamientos prácticos no basados en opioides para las causas más comunes de dolor pélvico crónico, que deben administrarse junto con la terapia para cualquier factor de estrés psicosocial coexistente. Los opioides se deben recetar solo después de una cuidadosa consideración y teniendo en cuenta la seguridad del paciente.
Sachedina y Todd. (2020)	<i>Clin Res</i> <i>Pediatr</i> <i>Endocrinol</i>	Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents	Revisión bibliográfica		Categoría: dolor por la menstruación en adolescentes.	Descriptivo, organizado por las diferentes causas del dolor durante la menstruación y su tratamiento.	<p>Las autoras exponen que se ha dado una normalización de la dismenorrea lo que ocasiona un retraso en el diagnóstico y el tratamiento.</p> <p>Explican que la primera línea de tratamiento son los antiinflamatorios y la supresión menstrual por medio de píldoras anticonceptivas. Cuando estos resulten ineficaces se debe considerar los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina con tratamiento complementario.</p> <p>Las autoras concluyen que se deben reducir las barreras al tratamiento y aumentar las investigaciones con un enfoque multidisciplinario</p>

							para abordar los contribuyentes biopsicosociales al dolor.
Urits <i>et al.</i> , (2020)	<i>Clinical Anaesthesiology</i>	Cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pelvic pain	Revisión bibliográfica		No determina una población en específico, pero el artículo trabaja el DPC en mujeres y hombres.	Descriptivo, organizado según la epidemiología, diagnósticos, patología, factores de riesgo, tratamiento y otras categorías.	<p>Los autores exponen que DPC es cíclico y posee muchas etiologías incluyendo ginecológicos, urológicos, gastrointestinales, musculoesqueléticos, neurológicos y psicosociales. Existe una fuerte asociación entre factores psicológicos y DPC. De modo que las mujeres con DPC poseen tasas más altas de trastornos psicológicos en comparación con sus pares.</p> <p>Mencionan que existen muchas opciones tratamiento diferentes para el DPC: quirúrgico, farmacológico y no farmacológico (terapias alternativas). La terapia cognitivo-conductual puede ser otra opción al tratar el síndrome de DPC.</p>
Asensio <i>et al.</i> , (2020).	<i>Revista Española de Anestesiología y Reanimación</i>	Recomendaciones prácticas para el manejo del paciente con dolor crónico durante la pandemia de COVID-19	Revisión bibliográfica		Pacientes con dolor crónico durante la pandemia de COVID-19	Descriptivo, organizado según los escenarios clínicos y recomendaciones para pacientes con dolor crónico.	<p>A pesar de que el artículo no se enfoca en el DPC, destaca la importancia de tratar el dolor crónico en respuesta al derecho de los pacientes al bienestar y los estándares de salud pública inherentes al tratamiento del dolor.</p> <p>Los autores exponen que el sistema de salud debe atender a los pacientes con dolor crónico, ya que este ocasiona repercusiones graves a nivel físico, psíquico y social a la persona que lo padece.</p>

Srinivasan <i>et al.</i> , (2020).	<i>Curr Phys Med Rehabil Rep</i>	Complementary and Alternative (CAM) Treatment Options for Women with Pelvic pain	Revisión bibliográfica		-	Descriptivo, organizado de acuerdo con los tipos de terapia alternativa recomendados para el dolor pélvico, por ejemplo: terapia física, acupuntura, masajes, tratamiento osteopático, yoga, tai-chi, reiki, terapia cognitivo-conductual, tratamientos naturales y cannabinoides.	<p>Los autores mencionan que estudios recientes sobre el dolor crónico a nivel celular, molecular y de red y su interacción con el sistema inmunológico demostraron varios mecanismos contra el dolor, por lo que es necesario explorar el paradigma alternativo como fisioterapia del suelo pélvico, acupuntura y terapia cognitivo-conductual para la mejora el DPC donde su etiología multifactorial y la complejidad del establecimiento de su diagnóstico limitan que se den resultados exitosos; no obstante, es necesario realizar estudios aleatorios potenciados para determinar su eficacia.</p> <p>Mientras que la evidencia sobre otras alternativas no opioides como los cannabinoides orales es preliminar y en ocasiones puede ser segura y eficaz.</p>
Grinberg <i>et al.</i> , (2020)	<i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>	New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS)	Revisión bibliográfica		-	Se realizó una revisión de la literatura sobre los factores ligados al DPC e intervenciones terapéuticas.	<p>Los autores realizan una revisión bibliográfica sobre el DPC con el fin de sensibilizar al personal médico y de enfermería a ejecutar un diagnóstico y tratamiento adecuado para las mujeres con DPC.</p> <p>Los autores exponen que el DPC combina el mal funcionamiento de los músculos del suelo pélvico con el mal manejo del dolor relacionado</p>

							con problemas psicológicos. Por lo que es necesario realizar intervenciones terapéuticas en los casos de DPC con un enfoque multidisciplinario.
Sepúlveda y Fuentes (2020)	<i>Revista de la Universidad Industrial de Santander</i>	Pacientes con dolor pélvico crónico intervenidas por laparoscopia en el Hospital Universitario de Santander, 2010-2013	Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de corte transversal.		La población fue conformada por 41 mujeres.	Se usó la clasificación internacional de enfermedades CIE 10, los datos recolectados se incluyeron en una base de datos, en el programa Microsoft office Excel 2010, y fueron posteriormente analizados en el programa estadístico Stata 12.0.  El análisis estadístico se dividió en dos componentes: un análisis descriptivo, se compuso de medidas de frecuencia, tendencia central, dispersión para las variables cuantitativas, distribución de frecuencias y proporciones.	Los resultados obtenidos en el estudio mencionan que la población fue conformada por 41 mujeres, el enfoque terapéutico inicial realizado fue analgésico (55,3%), en menor proporción hormonal (29%), sin embargo, en el 70% de los casos se inició un tratamiento combinado, al no presentar respuesta en ninguna de las pacientes se realizó procedimiento quirúrgico, encontrando como principales causas de dolor pélvico crónico, masas anexiales 51,2% y adherencias densas 41,5%.  Los autores mencionan que se debe hacer una mejor aproximación diagnóstica para utilizar de manera óptima los recursos disponibles, finalmente se evidencia como la laparoscopia es de gran utilidad para el manejo de endometriosis y síndrome adherencial.
Zapico <i>et al.</i> , (2020).	<i>Revista Clínica e investigación Ginecología Obstetricia</i>	Tratamiento del dolor pélvico crónico mediante terapia neuro adaptativa	Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo		18 pacientes que presentaban dolor pélvico crónico, mayores de 18 años	La investigación se realizó en la Unidad de Suelo Pélvico del Servicio de Ginecología del Hospital	Los autores mencionan que, con las limitaciones propias de unos resultados preliminares, la terapia neuro adaptativa parece ser un procedimiento eficaz para el tratamiento del

					y menores de 70 años.	Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares y en el consultorio médico Obsgyn, S. L. en Madrid, España, ~ para valoración de la terapia neuro adaptativa en el tratamiento del dolor pélvico crónico.	dolor pélvico crónico de origen musculoesquelético.
Gutke <i>et al.</i> , (2021).	<i>Journal of Clinical Medicine</i>	Lifestyle and Chronic Pain in the Pelvis: State of the Art and Future Directions	Revisión biográfica o Estado del arte		Mujeres con dolores de pelvis	Descriptivo, organizado según los factores de estilo de vida y su relación con el dolor de la pelvis	<p>En este artículo los autores estudian el papel de los factores del estilo de vida en dolor en la pelvis y el valor agregado de una intervención en el estilo de vida en mujeres con DPC.</p> <p>De acuerdo con evidencia actual, los beneficios de la actividad física y el ejercicio para las mujeres con dolor en la pelvis se soporta hasta cierto punto. La evidencia disponible sobre factores del estilo de vida como el sueño, el estrés, la dieta y el consumo de tabaco o alcohol no son concluyentes, por lo que sugieren a los médicos crear estrategias de manejo para el DPC que se adapten a los estilos de vida de la mujeres, estado hormonal y contexto.</p>
Leonardi <i>et al.</i> , (2021)	<i>Cochrane Library</i>	Surgical interventions for the management of	Revisión bibliográfica y trabajo de campo		Mujeres con DPC por más de seis meses incluido	Se realizó búsquedas en el Registro especializado de ensayos controlados del Grupo	Como resultado de esta investigación se halló que no hay seguridad sobre la eficiencia de

		<p>chronic pelvic pain in women</p>			<p>aquellos con diagnóstico de congestión pélvica pero excluido aquellos causados por endometriosis, adenomiosis, dismenorrea primaria, síndrome de intestino irritable y síndrome uretral.</p>	<p>Cochrane de Ginecología y Fertilidad (CGF), CENTRAL, MEDLINE, Embase. y PsycINFO, el 23 de abril de 2021 para cualquier ensayo controlado aleatorio (ECA) sobre intervenciones quirúrgicas en mujeres con SDPC.</p> <p>También se buscó las listas de citas de publicaciones relevantes, dos registros de ensayos, revistas relevantes, resúmenes, actas de congresos y varios grises clave fuentes literarias.</p> <p>Posteriormente, dos autores de la revisión realizaron una evaluación inicial de títulos y resúmenes recuperados potencialmente elegibles.</p> <p>Dos autores de la revisión examinaron de forma independiente estos artículos</p>	<p>la adhesiolisis debido a la evidencia de certeza baja y la falta de efectos adversos estructurados.</p> <p>Ningún estudio informó sobre resultados psicológicos o requisitos de analgesia.</p> <p>No hay seguridad sobre el efecto de la ablación laparoscópica del ligamento uterosacro/nervio (LUNA) o la resección en comparación con otros tratamientos. De igual forma, ningún estudio informó sobre los resultados psicológicos de LUNA.</p>
--	--	-------------------------------------	--	--	---	---	---

						de texto completo para cumplimiento de los criterios de inclusión y estudios elegibles seleccionados.  Se documentó el proceso de selección con un diagrama de flujo PRISMA.	
Nohales F, García M y Payá V	Revista española sobre medicina del suelo pélvico de la mujer y cirugía reconstructiva	Dolor pélvico crónico	Revisión biográfica		Mujeres con dolor pélvico crónico	Se realizó una revisión de la literatura sobre la relación del dolor pélvico crónico y endometriosis.	Los autores mencionan que la actitud terapéutica debe ser individualizada y ha de adaptarse a la severidad de los síntomas, la localización y extensión de las lesiones, los deseos reproductivos de la paciente y su edad, así como a los antecedentes terapéuticos (cirugía previa, efectos secundarios de los fármacos, etc.).
Magariños <i>et al.</i> , (2022)	<i>Journal of Clinical Medicine</i>	Psychological Profile in Women with Chronic Pelvic Pain	Estudio descriptivo transversal sin grupo de comparación		63 mujeres de 18 años o más con DPC.	Se aplicó una entrevista clínica ad hoc realizada por un psicólogo y un psiquiatra. Para ello se utilizaron los siguientes instrumentos: entrevista clínica, Inventario de cinco factores NEO (NEO-FFI), Detección rápida del inventario de depresión de Beck (BDI-FS), Inventario de ansiedad rasgo estatal (STAI),	El perfil de personalidad de los pacientes muestra alto neuroticismo, baja extraversión y poca escrupulosidad.  El 25,4% de las pacientes mostró depresión moderada o grave según los resultados del BDI-FS, los resultados de STAI arrojaron que casi la mitad de los pacientes tenían niveles altos niveles de ansiedad (>P75, 49,2%) y más de la mitad de los pacientes tenían niveles elevados de estado de ansiedad (>P75, 59,5%).

						<p>Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico (CPAQ), Escala catastrófica del dolor (PCS) y análisis de datos.</p>	<p>Mientras que la puntuación de PCS y CPAQ son similares a los pacientes con fibromialgia.</p> <p>De este modo los autores concluyen que DPC se vincula con altos niveles de depresión, ansiedad, neuroticismo, catastrofismo y baja aceptación del dolor. Por lo que resulta imperante desarrollar intervenciones que pueden modificar estos factores psicológicos para mejorar el curso clínico del DPC.</p>
Wang <i>et al.</i> , (2022)	<i>Medicine</i>	Non-pharmacological therapies for treating chronic pelvic pain in women	Revisión bibliográfica		-	<p>La investigación se realizó alrededor de métodos no farmacológicos y se organizó la información en las siguientes secciones: terapia física de suelo pélvico, psicoterapia, acupuntura, neuro modulación y terapia dietética.</p>	<p>Un solo tipo de tratamiento difícilmente mejora el DPC, se necesita un enfoque multidisciplinario. Se debería utilizar terapia no farmacológica, preferiblemente lo antes posible; si bien se está investigando más al respecto, hacen falta más estudios sobre esta aflicción.</p>
González <i>et al.</i> , (2022)	<i>Medicina</i>	Effects of Non-Invasive Radiofrequency Diathermy in Pelvic Floor Disorders: A Systematic Review	Revisión sistemática		-	<p>La revisión sistemática se realizó de acuerdo con PRISMA. Dos investigadores indagaron de forma independiente en PubMed Medicine, Scopus y Web of</p>	<p>Se obtuvo 15 artículos concordantes con los criterios necesarios. Se observó que, aunque la evidencia no es de alta calidad, se ha descubierto que la diatermia por radiofrecuencia puede ayudar en casos de incontinencia urinaria, dolores pélvicos y para fortalecer el suelo pélvico. No</p>

						<p>Science hasta diciembre del 2021.</p> <p>Se utilizó el sistema PICO para organizar la búsqueda. Se determinaron 5 criterios primordiales para incluir el artículo en la revisión. Se determinó su calidad metodológica con base en la escala PEDro o NOS. Un tercer investigador resolvió las discrepancias.</p>	<p>obstante, se deben llevar a cabo más estudios para evaluar a mayor profundidad su uso.</p>
Siquiera <i>et al.</i> , (2022)	<i>International Journal of Women's Health</i>	Current Challenges in the Management of Chronic Pelvic Pain in Women: From Bench to Bedside	Revisión bibliográfica		-	<p>Se llevó a cabo una investigación en Medline, Embase y SciELO hasta el 15 de octubre de 2021 en busca de artículos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y reportes. Se seleccionaron y analizaron aquellos que guardaban más relevancia con el tema de investigación.</p>	<p>La causa del dolor pélvico crónico no siempre es identificable y solo en ocasiones se puede curar o reducir temporalmente. Una prioridad temprana es identificar si hay sensibilización central. La educación en neurociencia del dolor, la fisioterapia del suelo pélvico y la terapia psicosocial han mostrado resultados positivos; sin embargo, este tema se debe investigar más a fondo.</p>
de Pedro <i>et al.</i> (2022)	<i>International Journal of Environmental</i>	Efficacy of Magnetic Therapy in Pain Reduction in Patients with Chronic	Revisión sistemática			<p>Se realizó una revisión sistemática, basada en el</p>	<p>Los autores exponen que el tratamiento del DPC es un desafío; sin embargo, se ha hallado efectos beneficiosos de la terapia</p>

	<i>Research and Public Health</i>	Pelvic Pain: A Systematic Review				<p>protocolo PRISMA y registrada en PROSPERO.</p> <p>Se realizó una búsqueda en PubMed, Medline, Scopus, Cochrane, PEDro, bases de datos BVS y WOS, incluidos aquellos artículos en los que los pacientes padecían DPC; el</p> <p>La variable de estudio fue el dolor y la intervención se basó en la aplicación de campos magnéticos.</p>	<p>electromagnética como una alternativa terapéutica nueva y potencialmente válida, ya que ayudan en la reducción del dolor en pacientes con DPC.</p>
Fernández <i>et al.</i> , (2023)	<i>BMC Women's Health</i>	Effectiveness of physical therapy interventions in women with dyspareunia: a systematic review and meta-analysis	Revisión sistemática y metanálisis			<p>La búsqueda de publicaciones se realizó en Scopus, Medline, Pubmed, Cinahl y Web of Science.</p>	<p>De los 19 artículos elegidos, seis emplearon tratamientos de fisioterapia multimodal; cinco, electroterapia; tres, el masaje de Thiele; dos, intervenciones interdisciplinarias o entrenamiento de los músculos del suelo pélvico; y una, onda de choque extracorpórea terapia.</p> <p>El metanálisis mostró resultados significativos para las variables dolor y calidad de vida con las intervenciones.</p> <p>Basado en electroterapia y electroterapia combinada con entrenamiento de los músculos del suelo pélvico. Estas intervenciones hicieron no</p>

							muestran resultados significativos para la mejora de la función sexual.  Se concluyó que las técnicas de fisioterapia son efectivas y confiables para mejorar el dolor y la calidad de vida en pacientes con dispareunia.
Artacho <i>et al.</i> , (2023)	<i>Revista Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia</i>	Conceptos actuales en dolor y endometriosis: diagnóstico y manejo del dolor pélvico crónico.	Revisión bibliográfica		Mujeres con dolor pélvico crónico.	La investigación se realizó sobre la clasificación del dolor, diagnóstico y tratamiento.	Los autores concluyen que el dolor pélvico crónico, y más concretamente el dolor asociado a la endometriosis, tiene un origen multifactorial. Una anamnesis detallada y una completa exploración física serán básicas para establecer un correcto diagnóstico e idear un plan terapéutico.
Castro Carranza C. (2023)	<i>Revista Electrónica de Portales Médico</i>	Dolor Pélvico Crónico en Ginecología: actualización en fisiopatología, causas, diagnóstico y tratamiento.	Revisión bibliográfica		Mujeres con dolor pélvico crónico	La búsqueda de información se realizó en las bases de datos Medline, Cochrane, SciELO (Scientific Electronic Library Online), ClinicalKey, The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Association of Anaesthetists, National Library of Medicine (NIH), International	La autora concluye en su investigación El dolor pélvico crónico es un síndrome complejo que afecta a muchas mujeres. Los factores biopsicosociales interactúan para contribuir e influir en el dolor. El diagnóstico preciso y el manejo del dolor es un desafío para los médicos, pero un abordaje multidisciplinario puede resultar efectivo. Es importante evaluar cuidadosamente la causa subyacente, desde factores mediados centralmente, hasta estructuras viscerales y somáticas pélvicas que pueden generar el dolor. Una combinación de enfoques farmacológicos y no farmacológicos, y un abordaje multidisciplinario se deben utilizar para aliviar el

						<p>Association for the Study of Pain (IASP)</p> <p>Se evaluaron artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías de manejo clínico e informes de consenso de sociedades médicas, publicados en inglés. También se analizaron las referencias de los artículos.</p>	dolor y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.
Dydyk et al. (2023)	National Library of Medicine	Chronic Pelvic Pain	Revisión bibliográfica		Mujeres con dolor pélvico crónico	<p>Descriptivo, organizado por secciones como: epidemiología, fisiopatología, evaluación, tratamiento y manejo.</p>	<p>Los autores concluyen que el tratamiento de la pelvis crónica requiere un equipo interprofesional de profesionales sanitarios que incluye un fisioterapeuta, un psicólogo, un farmacéutico y varios médicos de diferentes especialidades. Sin un tratamiento adecuado, la morbilidad por dolor pélvico crónico es alta. Debe haber una alta sospecha clínica de dolor pélvico crónico en pacientes con antecedentes de dolor crónico o diversas enfermedades crónicas.</p> <p>El tratamiento del dolor pélvico crónico puede ser una afección de por vida que requiere un tratamiento continuo. Sólo trabajando en equipo</p>

								interprofesional se podrá reducir la morbilidad del dolor pélvico crónico. Múltiples modalidades de tratamiento diagnóstico y terapéutico son útiles en el tratamiento del dolor pélvico crónico.
--	--	--	--	--	--	--	--	---

Fuente: elaboración propia, 2023.

## **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1 Señalar las principales causas de consulta por dolor pélvico crónico en mujeres adultas no embarazadas.**

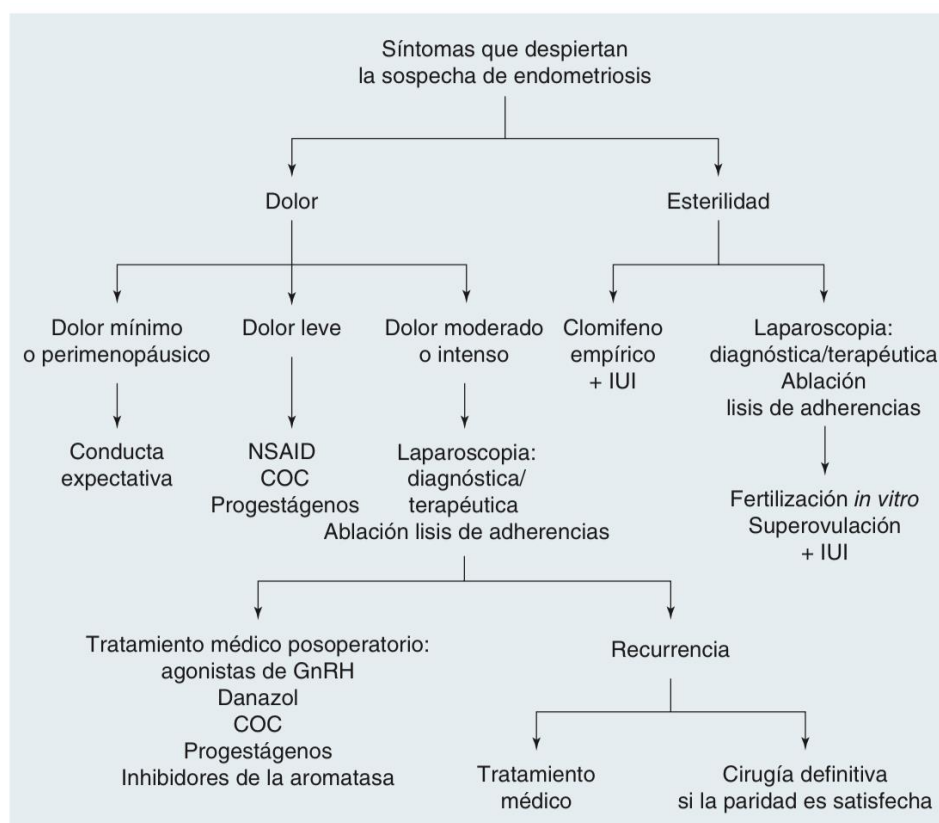
De acuerdo con las entrevistas suministradas a los profesionales de salud del HSVP y a los 25 artículos consultados mencionan que la principal causa relacionada con el dolor pélvico crónico en la consulta de Ginecología es la endometriosis. (Ver gráfico 3)

##### *4.1.1 Endometriosis*

La endometriosis es la presencia de tejido similar al endometrio (tejido que recubre la cavidad uterina) en la parte exterior del útero. Las enfermedades dependientes de estrógenos ocurren en mujeres en edad fértil y son difíciles de diagnosticar y tratar. Por tanto, determinar la incidencia de la endometriosis no es fácil. Sin embargo, la prevalencia está entre el 6% y el 10%. Los síntomas de la endometriosis incluyen dolor pélvico e infertilidad, pero hay casos que cursan asintomáticos.

Los síntomas cardinales característicos de la endometriosis son la dismenorrea, la dispareunia y el dolor pélvico crónico, siendo la asociación con disuria y disquecia sugestiva de una afectación más profunda. Además, si este dolor variara notablemente durante el ciclo de la mujer, eso orientaría hacia una condición hormono-dependiente; también se debe tener la sospecha cuando las pacientes además del dolor pélvico ya descrito, refieren infertilidad.

Se adjunta un algoritmo para el diagnóstico y tratamiento que se puede utilizar en pacientes con sospecha de endometriosis. (ver figura 8)

**Figura No8.** Algoritmo para el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis.

**FIGURA 10-10.** Algoritmo para el diagnóstico y tratamiento de las mujeres con sospecha de endometriosis o con enfermedad comprobada. COC = anticonceptivos combinados orales; GnRH = hormona liberadora de gonadotropina; IUI = inseminación intrauterina; NSAID = antiinflamatorios no esteroideos.

Fuente: Williams, 2021.

#### 4.1.1 .1 Tratamiento médico

##### 4.1.1 .1.1 Tratamiento analgésico

Los tratamientos con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos han demostrado eficacia, habiendo sido utilizados ampliamente para la dismenorrea, estos se deben utilizar días antes del inicio de la menstruación, ya que el dolor se incrementa alrededor de 24 a 48 horas antes del inicio de ella. Su evidencia es débil y poco concluyente para la conducción del dolor en la endometriosis; sólo disponemos de un ensayo, realizado con naproxeno<sup>45</sup>.

#### 4.1.1 .1.2 Tratamiento hormonal

Los tratamientos hormonales tienen la finalidad de disminuir el crecimiento y la actividad de las lesiones endometriósicas, reduciendo el sangrado cíclico y frenando, de manera transitoria, la evolución de la enfermedad, a través de la disminución de la producción de los estrógenos ováricos. Las posibilidades son: creando un pseudoembarazo (con anticonceptivos orales [ACO]), generando una pseudomenopausia (con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas [aGnRH]) o causando anovulación crónica (con danazol o progestágenos). Desde hace más de una década conocemos el papel de estos fármacos en el tratamiento del DPC y la endometriosis<sup>45</sup>.

Cuando no se constata una mejoría con los ACO administrados de manera cíclica, se recomienda su uso de manera continua. Se dispone de evidencias sobre la utilidad del tratamiento posquirúrgico con ACO para minimizar el riesgo de recurrencias y aumentar el intervalo libre de síntomas. Así, en aquellos casos tras una primera cirugía de endometrioma, el uso de ACO de manera prolongada reduce la tasa de recurrencia de endometrioma<sup>50</sup>.

Respecto al empleo de los progestágenos, existen datos que demuestran (con el máximo nivel de evidencia) que estos fármacos disminuyen el dolor cuando está asociado a la endometriosis. En este sentido, recientemente se ha constatado que el dienogest es eficaz y seguro y reduce el sangrado y el dolor, mejorando este último síntoma hasta 24 semanas después de cesar su administración. Los progestágenos son el tratamiento de elección para las pacientes con endometriosis.

Otras posibles líneas de tratamiento son los inhibidores de la aromatasas, los antagonistas de la GnRH, los antagonistas de la progesterona, los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERM) y los moduladores selectivos de los receptores de progesterona (SPRM), todos ellos con resultados prometedores. A pesar de ello, algunos producen complicaciones, como por ejemplo el adelanto de la menopausia en pacientes jóvenes, por lo que no se convierten en el tratamiento de primera elección para las pacientes en edad fértil que presentan endometriosis.

#### 4.1.1.1.3 Tratamiento quirúrgico

Según Nohales et al.,<sup>45</sup> La cirugía laparoscópica ha permitido el diagnóstico de la enfermedad al confirmar la presencia de las lesiones y su extensión, así como realizar un tratamiento inicialmente. Pueden reconocerse tres tipos de lesiones mediante la inspección visual: endometriosis ovárica, endometriosis peritoneal superficial y endometriosis infiltrativa profunda. Sólo las que se asocian a estas últimas, especialmente con compromiso intestinal, se relacionan mejor con el DPC.

Las técnicas quirúrgicas recomendadas como cirugía básica de la endometriosis son las técnicas conservadoras que pretenden la resección de todas las lesiones endometriósicas visibles (destrucción de implantes y de endometriomas), con preservación de la función ovárica y la restauración de la anatomía pélvica (liberando adherencias), e incluso con realización de técnicas neuro-ablativas para el dolor pélvico en la línea media, aunque no han demostrado su efectividad a largo plazo.

En las pacientes con cuadros dolorosos y sin deseo reproductivo (en la tercera o cuarta década de la vida) en las que la combinación de medidas médicas o quirúrgicas

conservadoras no ha logrado su objetivo, el tratamiento quirúrgico definitivo consiste en la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral y resección de todas las lesiones endometriósicas en la cavidad abdominal. Por último, la cirugía de la endometriosis infiltrativa profunda requiere equipos multidisciplinares, dado que la tasa de complicaciones (por ejemplo, fístulas intestinales o ureterales) puede ser alta debido a la radicalidad de la cirugía propuesta para evitar las recurrencias<sup>45</sup>.

## **4.2 Identificar recursos para el diagnóstico y manejo para el dolor pélvico crónico en la mujer.**

### *4.2.1 Diagnóstico del dolor pélvico crónico*

Según Nohales et al.,<sup>45</sup> En su estudio mencionan que, a la hora de realizar el diagnóstico de este síndrome doloroso, deben tenerse en cuenta todas las estructuras que se encuentran en la pelvis: aparato genital, urológico y digestivo, y las estructuras musculoesqueléticas que la componen.

De acuerdo con los artículos consultados la mayoría de ellos menciona que se debe realizar un diagnóstico lo más exacto posible, con las herramientas diagnósticas disponibles e instaurar el manejo correcto, ya sea de tipo farmacológico, psicológico o con técnicas intervencionistas para tratar el dolor pélvico crónico en las mujeres.

Dentro del manejo del dolor pélvico crónico se debe realizar por parte del profesional médico una historia clínica y un examen físico completo, para determinar los antecedentes de la paciente con sospecha de dolor pélvico crónico, a menudo las usuarias que consultan presentan signos y síntomas de alodinia o hiperalgesia, que sugieren

sensibilización central. La causa del dolor pélvico crónico generalmente puede determinarse mediante un historial médico y quirúrgico completo, así como los antecedentes ginecológicos.

La historia del paciente debe incluir preguntas sobre factores precipitantes y aliviantes, incluida la asociación entre la menstruación y el dolor, la micción, la actividad sexual y las deposiciones, y la respuesta a tratamientos anteriores. El dolor puede identificar otras áreas donde el paciente experimenta dolor o puede revelar una distribución dermatomal, lo que sugiere una fuente no visceral. Además, también debe completarse la evaluación de los trastornos de salud mental<sup>54</sup>.

Los síntomas asociados para pacientes con dolor pélvico crónico incluyen, entre otros, síntomas gastrointestinales, urinarios, sexuales, psicológicos y menstruales. Además, se debe evaluar la calidad de vida deteriorada. Los pacientes con dolor pélvico crónico a menudo pueden experimentar disfunción motora o autonómica. Según los antecedentes, el dolor tipo calambre, calor, ardor o dolor eléctrico debe diferenciarse del dolor agudo o sordo. Debe distinguirse la fluctuación del dolor durante el ciclo menstrual en comparación con el dolor constante. El dolor al orinar o defecar, el sangrado poscoital, el sangrado posmenopáusico, el inicio del dolor posmenopáusico, los antecedentes de cirugía abdominal previa o infección abdominal previa, o la pérdida de peso inexplicable también deben resumirse como parte de la historia<sup>54</sup>.

Los autores mencionan que hay que tomar en cuenta los signos de alerta que estos pueden llegar hacer de mucha importancia para identificar una enfermedad sistémica,

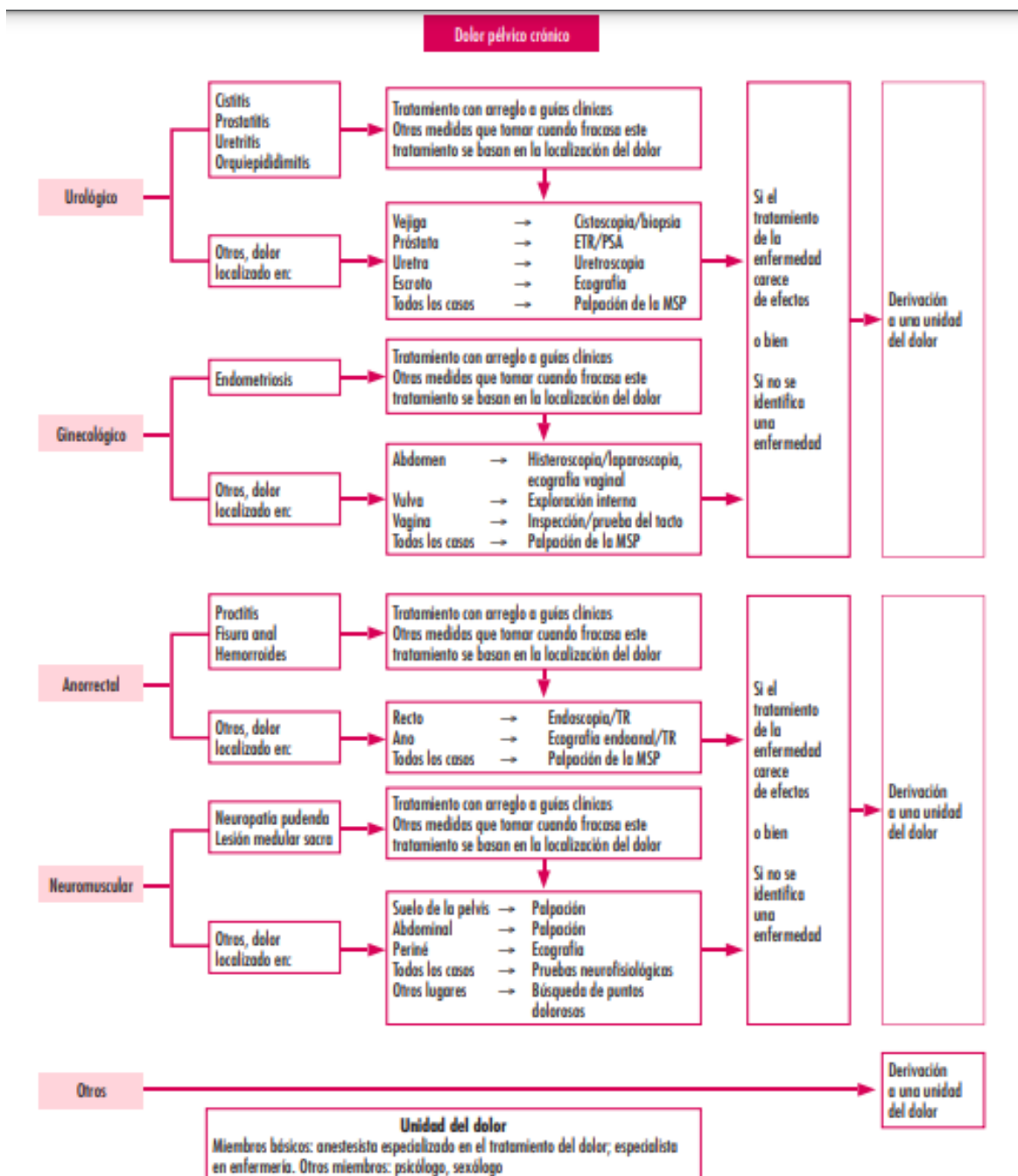
estos signos sería: la presencia de sangrado poscoital, sangrado posmenopáusicos o aparición de dolor, pérdida de peso de manera inexplicable, masa pélvica y hematuria.

Se debe realizar un examen físico ginecológico completo y un examen bimanual, así como un examen abdominal completo. Este examen debe incluir la examinación de los genitales externos y también se debe realizar un examen de la musculatura del suelo pélvico para detectar sensibilidad o hipertonicidad. En el examen físico, se debe completar la evaluación de una masa anexial, útero agrandado o doloroso, o falta de movilidad uterina en el examen bimanual.

En el caso de que las pacientes con dolor pélvico crónico no presenten síntomas de alarma que se mencionan anteriormente, en ese caso se debe realizar exámenes de laboratorio y gabinete. Entre los laboratorios iniciales que toda paciente con DPC debe tener es: hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, análisis general de orina, una prueba de embarazo en orina, pruebas de gonorrea y clamidia y una ecografía pélvica. Si se determina una causa específica después de los laboratorios, se debe evaluar y tratar. La ecografía pélvica está indicada para descartar casos donde haya anomalías anatómicas. En el caso de la ecografía transvaginal es parte importante del estudio inicial cuando se tiene la sospecha de dolor pélvico crónico. Puede ayudar al profesional médico a identificar quistes, masas y adenomiosis. Además, puede ayudar a detectar el hidrosálpinx, el cual es un indicador de enfermedad inflamatoria pélvica, una de las principales causas de dolor pélvico crónico. En otros casos es posible que se necesite una resonancia magnética después de una ecografía si se observan anomalías.

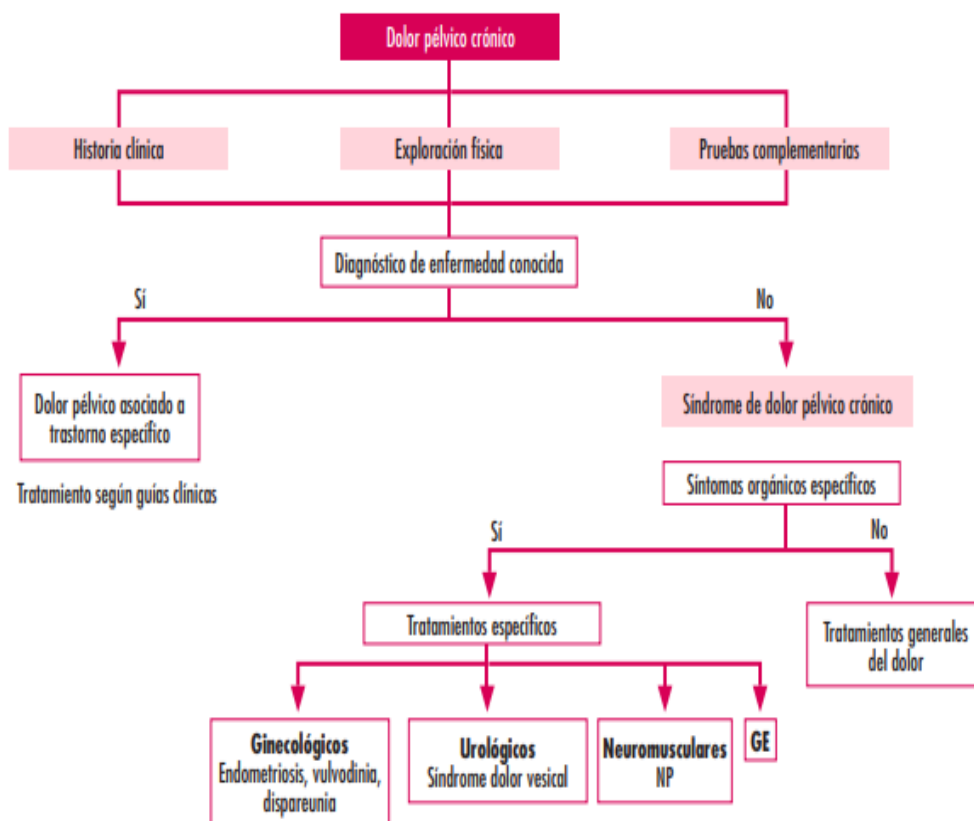
La siguiente figura No.9 y No.10. Indica el manejo para diagnosticar y tratar el dolor pélvico crónico

**Figura 9.** Algoritmo para diagnosticar y tratar el dolor pélvico crónico.



Fuente: imagen tomada de Revista Española sobre medicina del suelo pélvico de la mujer y Cirugía Reconstructiva

**Figura No.10.** Algoritmo para el diagnóstico y manejo del dolor pélvico crónico.



Fuente: imagen tomada de la revista española sobre medicina del suelo pélvico de la mujer y cirugía reconstructiva.

#### 4.2.1 .1 Pruebas complementarias

- Analítica de sangre: hemograma para valorar leucocitosis y velocidad de sedimentación; proteína C reactiva como prueba complementaria en procesos inflamatorios; CA-125 ante sospecha de procesos neoplásicos o endometriosis.
- Análisis sistemático de orina: para descartar leucocituria y micro hematuria; urocultivo; test de embarazo.
- Cultivo de exudado vaginal y endocervical: como parte del estudio de enfermedades de transmisión sexual (Chlamydia y gonococia), o reforzar la sospecha diagnóstica de endometriosis infiltrativa profunda.

- Análisis de sangre oculta en heces: en caso de sospechar enfermedad inflamatoria intestinal. Ecografía transvaginal, como prueba que informa sobre la anatomía y los trastornos pélvicos. Las guías clínicas concluyen que es una investigación adecuada para determinar y evaluar las masas anexas.
- La resonancia magnética: estudio es útil para el diagnóstico de adenomiosis y endometriosis profunda, así como de daño medular o raíces y plexos nerviosos.
- Laparoscopia. Se utiliza en el caso de que hayan fallado otras intervenciones terapéuticas.
- Ecografía Endo anal: utilizada para el diagnóstico de la endometriosis profunda y de patología gastrointestinal.
- Otras pruebas complementarias más específicas: uretrocistoscopia, pielografía descendente, tomografía axial computarizada abdominopélvica, estudio electrofisiológico y eco-Doppler de vasos pudendos.

#### *4.2.2 Terapias no farmacológicas para el tratamiento del dolor pélvico crónico en mujeres*

##### *4.2.2.1 Fisioterapia del suelo pélvico (PFPT)*

Wang et al.,<sup>47</sup> La fisioterapia del suelo pélvico (PFPT) se centra en mitigar la sensibilidad de los músculos del suelo pélvico, la cintura trasera, la pared abdominal y las caderas. Se cree que la disfunción del sistema musculoesquelético del suelo pélvico es la causa principal de la CPP, en comparación con la CPP, que es secundaria a patologías en otras partes del cuerpo humano.

Según los síntomas de los pacientes, los fisioterapeutas adoptan diversas intervenciones, como estiramiento de los músculos del suelo pélvico, liberación miofascial, terapia manual, biorretroalimentación y electroterapia.

El objetivo del PFPT es revitalizar el flujo sanguíneo en el área del suelo pélvico, aliviar y estirar los músculos contraídos, liberar las articulaciones rígidas y aumentar la elasticidad de los tejidos blandos. Como resultado, se espera que se restablezca la función de los músculos del suelo pélvico y se reduzca el dolor tanto como sea posible<sup>47</sup>.

#### *4.2.2.2 Psicoterapia*

Los factores psicológicos juegan un papel importante en el desencadenamiento de la CPP, especialmente en mujeres que experimentan emociones negativas como depresión, ansiedad, catastrofismo y trastorno de estrés postraumático. La psicoterapia es un tratamiento eficaz, seguro y no invasivo para mujeres con PPC que puede cambiar la cognición, el estado de ánimo y el comportamiento de los pacientes. La terapia cognitivo-conductual (TCC), una psicoterapia para la PPC en mujeres, es eficaz y se utiliza ampliamente en el tratamiento de afecciones de dolor crónico.

La TCC guía a los pacientes a reconocer el dolor y alterar pensamientos y comportamientos para afrontar el dolor. Para reestructurar las cogniciones y modificar el comportamiento o el estilo de vida de los pacientes, la TCC aprovecha técnicas como el ritmo basado en el tiempo, la higiene del sueño, la relajación muscular y el entrenamiento en meditación, manejo del estrés y comunicación adecuada con médicos, amigos y familiares. La TCC disminuye la gravedad y la frecuencia de los síntomas del dolor al reducir el estrés y alterar la cognición catastrófica<sup>47</sup>.

#### *4.2.2.3 Acupuntura*

La acupuntura, identificada como una modalidad de tratamiento independiente, ha sido ampliamente aceptada para controlar el dolor, incluido el dolor muscular y miofascial, el dolor lumbar y pélvico.

La acupuntura puede equilibrar la homeostasis estimulando las neuronas simpáticas y las fibras aferentes somáticas de las neuronas. La acupuntura también puede formar una microcorriente cutánea para promover el crecimiento del tejido. A diferencia de la morfina, que desarrolla tolerancia a los medicamentos en pacientes con dolor crónico, las sesiones múltiples de acupuntura no inhiben la reacción a la punción. La acupuntura puede promover la liberación de opioides endógenos y fortalecer el control de las vías del dolor, por lo que podría aliviar el dolor y mejorar las funciones físicas y emocionales en mujeres con DPC<sup>47</sup>.

#### *4.2.2.4 Neuro modulación*

La neuro modulación puede alterar la conducción nerviosa y atenuar la sensación de dolor mediante la estimulación de la microcorriente. La neuro modulación central, como la estimulación transcraneal de corriente continua (tDCS), alivia el dolor al producir microcorrientes que promueven la excitabilidad neuronal y activan los sistemas de inhibición descendente. Un estudio demostró que la PTNS podría disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida en mujeres con DPC.

#### *4.2.2.5 Terapia dietética*

Como régimen de autocuidado, la terapia dietética puede beneficiar potencialmente a los pacientes con DPC. Se anima a los pacientes a consumir alimentos antiinflamatorios y sin gluten, bajos en azúcar y sal, evitando al mismo tiempo los alimentos ácidos o picantes.

Un estudio de cohorte demostró que una dieta sin gluten alivia la PPC en el 75% de los sujetos durante un período de seguimiento de 12 meses. Una revisión sistemática encontró que el control persistente de la dieta y la intervención clara de la dieta por parte de dietistas experimentados son fundamentales en el tratamiento de la PPC. A diferencia de otros tratamientos no farmacológicos, se espera que la terapia dietética la realicen los propios pacientes<sup>47</sup>.

#### *4.2.3 Tratamiento farmacológico*

El inicio del tratamiento de cualquier dolor crónico implica la utilización de la vía oral, que es la más eficaz, tiene un bajo coste, es cómoda y cuenta con una buena aceptación por el paciente y su familia. Y en esta vía se basa la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud.

Por este motivo, después de haber descartado cualquier tratamiento etiológico, debemos comenzar aplicando esta escalera analgésica. Su uso adecuado, junto con las medidas de apoyo general (información, apoyo emocional, atención continuada, etc.), permite controlar hasta el 70-80% de los casos. Debemos recordar la importancia del correcto manejo de los fármacos coadyuvantes en la analgesia (antidepresivos, antiepilépticos, anestésicos locales, bloqueadores adrenérgicos...), de especial utilidad en el tratamiento del dolor de tipo predominantemente neuropático<sup>45</sup>.

La siguiente tabla No. 9 y figura No. 11 ambas mencionan el tratamiento para tratar el DPC.

**Tabla 9. Tratamiento farmacológico del DPC.**

<b>Tabla 2. Tratamiento farmacológico del dolor pélvico crónico según la evidencia</b>			
<b>Tipo de dolor</b>	<b>NE</b>	<b>GR</b>	<b>Comentarios</b>
Paracetamol (dolor somático)	1b	A	Beneficios limitados y basados en el dolor artrítico
Antagonistas de la COX-2	1b	A	Evitar el riesgo cardiovascular
AINE para la dismenorrea	1a	B	Mejor que placebo, pero incapaz distinguir entre diferentes AINE
Antidepresivos tricíclicos	1a	A	Dolor neuropático
Antidepresivos tricíclicos	3	C	Los datos indican que el dolor pélvico es semejante al dolor neuropático
Anticonvulsivos	1a	A	Dolor neuropático
Gabapentina	1a	A	Pocos datos a largo plazo. Sólo médicos con experiencia de uso
Opiáceos para el dolor neuropático			
Opiáceos para el dolor no oncológico crónico	1a	A	Es probable que los beneficios sean clínicamente significativos. Precaución con su uso

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; COX: ciclooxigenasa; GR: grado de recomendación; NE: nivel de evidencia.  
 Modificada de: Fall et al. Guía clínica sobre el dolor pélvico crónico. European Association of Urology 2010<sup>8</sup>

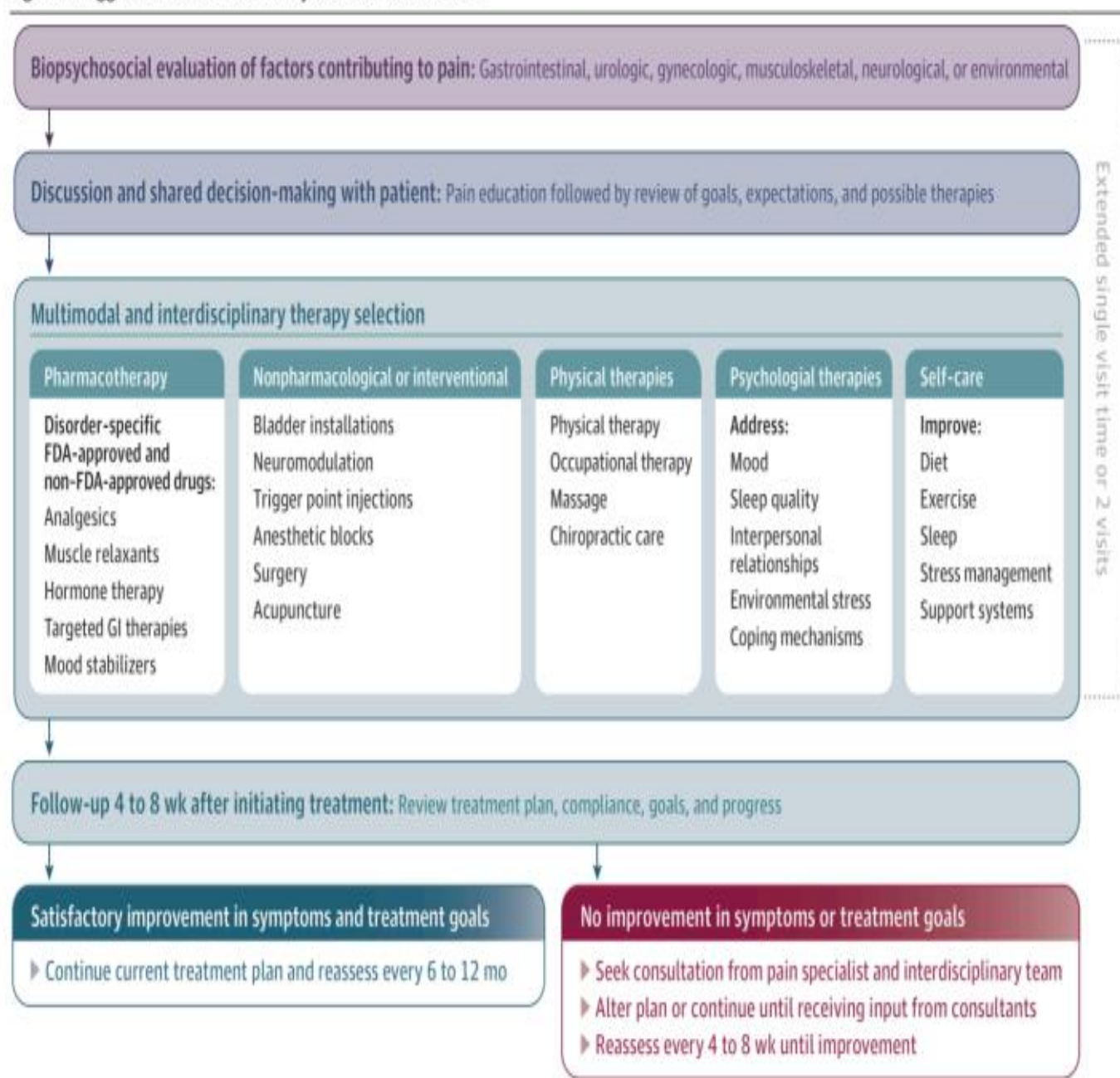
Fuente: imagen tomada de la revista española sobre medicina del suelo pélvico de la mujer y cirugía reconstructiva.

#### 4.2.4 Tratamiento multimodal

Consiste en la realización de técnicas fisioterapéuticas, bloqueos analgésicos nerviosos (bloqueo del plexo hipogástrico superior, del ganglio de Walther o ganglio impar) y determinadas intervenciones quirúrgicas, como las técnicas neuro ablativas (neurectomía presacra y ablación de los ligamentos uterosacros por vía laparoscópica), y no quirúrgicas (tratamientos neurolíticos con fenol, crioablación o termo ablación). Y finalmente, la neuro modulación sacra y la psicoterapia (terapia conductual, terapias de grupo y biofeedback)<sup>45</sup>.

**Figura 11.** Tratamiento sugerido para el dolor pélvico crónico.

Figure 3. Suggested Treatment Pathway for Chronic Pelvic Pain



FDA indicates Food and Drug Administration; GI, gastrointestinal.

Fuente: imagen tomada de la revista JAMA sobre el dolor pélvico crónico.

#### *4.2.5 Necesidad de equipos multidisciplinares*

El DPC requiere diagnósticos y tratamientos específicos efectuados por médicos de diferentes especialidades, esto va a depender de la causa del DPC, por lo tanto, como se mencionan en los diferentes artículos esto va a requerir de un equipo multidisciplinario, que permita un diagnóstico más exacto y así poder brindar el tratamiento correcto dependiendo de la causa<sup>45</sup>.

Múltiples estudios han demostrado la eficacia de un enfoque multidisciplinario para el tratamiento del dolor pélvico crónico. La decisión de derivar para recibir atención de otro profesional debe basarse en los recursos locales y la experiencia del médico<sup>36</sup>.

En este apartado se sistematizará la información recolectada a través de entrevistas estructurales y autoadministradas aplicadas a diez profesionales en medicina del Hospital San Vicente de Paul. Estas contienen preguntas ligadas con DPC en mujeres no embarazadas. Los datos compilados se estructuraron por medio de la utilización de *Microsoft Excel* y se podrán en discusión, a partir de la pregunta cuatro, con los 18 artículos seleccionados por medio de la revisión bibliográfica.

En la primera pregunta, se les cuestionó sobre la cantidad años laborados en la Caja Costarricense de Seguro Social. De aquí se obtuvo que los profesionales entrevistados llevan entre 3 a 15 años trabajando para esta Institución, por lo que poseen la suficiente experiencia al trabajar de primera mano con pacientes con DPC. Como evidencia de esto se agrega la tabla 9.

**Tabla 10** *Información profesionales entrevistados*

1. ¿Cuántos años tiene trabajando para la Caja Costarricense de Seguro Social y en qué hospital trabaja?

### 10 Respuestas

ID ↑	Nombre	Respuestas
1	anonymous	4 HSVP
2	anonymous	14 HSVP
3	anonymous	15 años , hospital san Vicente de paul
4	anonymous	14 años Hospital San Vicente de Paul
5	anonymous	3. Hospital San Vicente de Paúl
6	anonymous	6 años y medio Desde hace 3 años y medio en HSVP
7	anonymous	15 HSVP
8	anonymous	5 HSVP
9	anonymous	3 años y HSVP
10	anonymous	5 HSVP

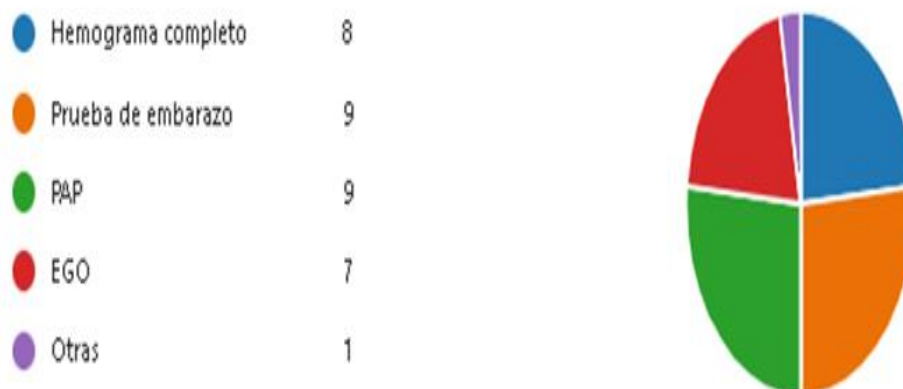
Fuente: Elaboración propia, 2023.

En la segunda sección, se preguntó sobre cuáles exámenes o pruebas considera que se deben ejecutar en el primer nivel de atención para realizar una referencia clínica al servicio de ginecología de pacientes que consultan por DPC. Es importante aclarar que esta pregunta era de selección múltiple como se observa en el gráfico 1.

**Gráfico 1.** *Pruebas o exámenes que se realizan en el primer nivel de atención para referir a Ginecología*

2. ¿Qué exámenes o pruebas se deben hacer en el primer nivel de atención para realizar una referencia al servicio de ginecología de pacientes que consultan por dolor pélvico crónico? Opción múltiple

[Más detalles](#)



Fuente: Elaboración propia, 2023.

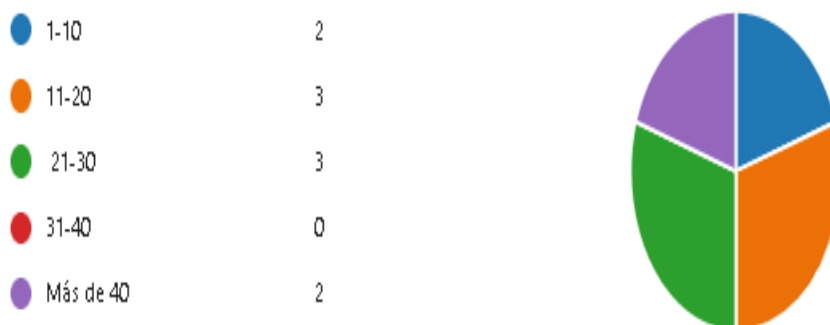
Como se observa en el gráfico 1, los exámenes principales son prueba de embarazo, prueba de Papanicolaou (PAP), hemograma completo y EGO.

Seguidamente, se consultó acerca de la cantidad de pacientes en edad fértil no embarazadas que consultan al mes por DPC en el servicio de ginecología, como se observa en el gráfico 2.

**Gráfico 2.** *Pacientes en edad fértil no embarazadas que consultan ginecología por DPC*

3. ¿Cuántas pacientes en edad fértil no embarazadas consultan al mes por dolor pélvico crónico en el servicio de ginecología de su lugar de trabajo?

[Más detalles](#)



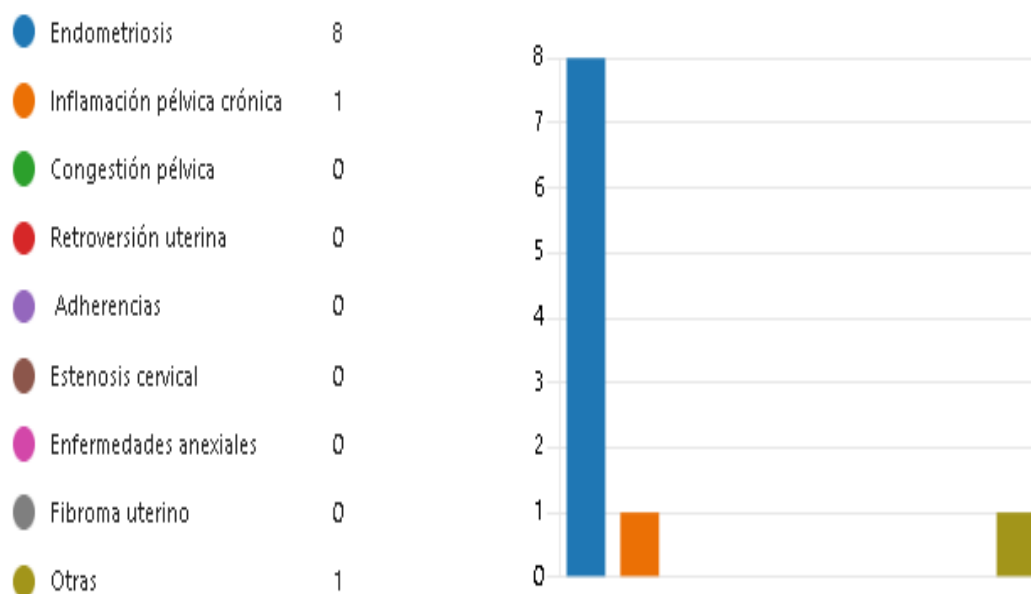
Fuente: Elaboración propia, 2023.

En la sección cuatro, se indagó sobre cuál es la principal causa de DPC en las pacientes que consultan en el servicio de ginecología. Según las respuestas obtenidas ocho de los diez encuestados respondieron que la principal causa es endometriosis, uno respondió inflamación pélvica crónica; mientras que el último manifestó que se debe a otras causas, así se observa en el gráfico 3.

**Gráfico 3.** *Causas de DPC en pacientes que consultan el servicio de ginecología*

4. ¿Cuál es la principal causa de dolor pélvico crónico en las pacientes que consultan en el servicio de ginecología en su lugar de trabajo?

[Más detalles](#)



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Esta información es congruente con la expuesta por Aredo *et al.*, (2017)<sup>30</sup>, Chapron *et al.* (2019)<sup>35</sup>, Sachedina y Todd (2020)<sup>37</sup>, quienes exponen que la endometriosis es la principal causa de DPC y que corresponde a un síntoma que frustra a las pacientes por lo que es necesario contar con un marco de referencia para evaluar cómo abordar la endometriosis desde su diagnóstico hasta su tratamiento. Además, explican que, debido a los efectos de esta sobre la calidad de vida de las mujeres, la endometriosis debería ser considerada un problema de salud pública.

Aunado a esto, autores como Drazic *et al.*, (2019)<sup>33</sup> y Leonardi *et al.*, (2021)<sup>44</sup> asocian el DPC a la congestión pélvica. Mientras que Urits *et al.*, (2020)<sup>38</sup> manifiestan que se deben a muchas etiologías que incluyen problemas ginecológicos, urológicos, gastrointestinales, musculoesqueléticos, neurológicos y psicosociales. Por otra parte, Siquiera *et al.* (2022)<sup>44</sup> destacaron que la causa de DPC no siempre es identificable.

Respecto a la pregunta cinco, se les consultó sobre cuál es el estudio de gabinete más empleado por cada uno de ellos para diagnosticar o rastrear la causa de DPC, a lo que ocho contestaron que ultrasonido, uno tomografía y uno laparoscopia. Esto se observa en el gráfico 4.

**Gráfico 4.** Estudio de gabinete empleado para el diagnóstico de DPC

5. ¿Cuál es el estudio de gabinete más utilizado por usted para diagnosticar la causa del dolor pélvico crónico?

[Más detalles](#)

<span style="color: blue;">●</span> Ultrasonido	8
<span style="color: orange;">●</span> Tomografía computarizada	1
<span style="color: green;">●</span> Resonancia Magnética	0
<span style="color: red;">●</span> Laparoscopia	1
<span style="color: purple;">●</span> Otras	0



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Esta información es congruente con los estudios realizados por Chapron *et al.*, (2019)<sup>35</sup> y Urits *et al.*, (2020).<sup>38</sup> Por su parte, Chapron *et al.*,<sup>35</sup> exponen se deben cambiar los métodos para el diagnóstico de DPC. En primer lugar, enfatizan que ya no se debe utilizar la laparoscopia exploratoria por ser un método invasivo y poco seguro; contrario a esto, para los autores, se debería emplear un proceso estructurado que incluya la entrevista con pacientes, el diagnóstico por medio de imágenes (ecografía transvaginal y resonancia magnética).

Mientras que Urits *et al.*,<sup>38</sup> explican que existen muchas pruebas diferentes para ayudar a diagnosticar la causa de DPC, entre ellas la ecografía transabdominal y transvaginal, eficaces para el diagnóstico de fibrinoides, adenomiosis y quistes ováricos que pueden ocasionar DPC; no obstante, existen limitaciones en el ultrasonido sujetas a la habilidad del operador, el hábito corporal de la paciente y grado de tolerancia a la exploración transvaginal. Además, se pueden realizar otras pruebas como cultivos y pH vaginales si se sospecha de una infección. Asimismo, destacan un método relativamente nuevo denominado electromiografía con aguja para el dolor pélvico neurogénico que se utiliza para ayudar confirmar diagnósticos, evaluar la gravedad y potencialmente predecir los resultados con el tratamiento.

Ahora bien, respecto a la pregunta seis se les consultó cuáles son los factores de riesgo que presentan las mujeres para padecer DPC, entre las respuestas destacó: 1) antecedentes de cirugía abdominal o pélvica (9 de 10); 2) antecedentes de enfermedad pélvica crónica (7 de 10); 3) cesáreas (7 de 10); 4) antecedentes de depresión (6 de 10); 5) edad (6 de 10); 6) antecedentes familiares de DPC (4 de 10); 6) multiparidad (2 de 10);

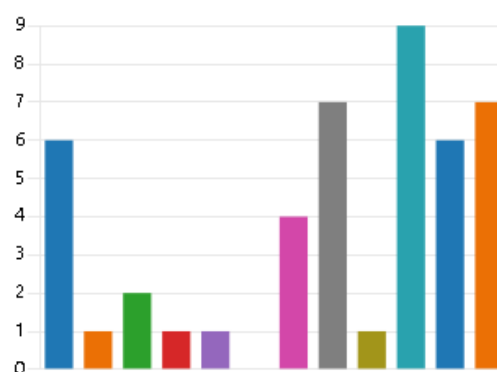
7) Nuliparidad (1 de 10); 8) pubertad precoz (1 de 10); 9) menarca tardía (1 de 10); y 10) partos vaginales (1 de 10). Así se vislumbra en el gráfico 5.

**Gráfico 5. Factores de riesgo en mujeres con DPC**

6. ¿Cuáles son los factores de riesgo que presentan las mujeres para padecer dolor pélvico crónico? Opción múltiple

[Más detalles](#)

● Edad	6
● Nuliparidad	1
● Multiparidad	2
● Pubertad precoz	1
● Menarca tardía	1
● Relaciones sexuales	0
● Antecedentes familiares de d...	4
● Cesáreas	7
● Partos vaginales	1
● Antecedentes de cirugía abd...	9
● Antecedentes de depresión	6
● Antecedentes de enfermeda...	7



Fuente: Elaboración propia, 2023.

En relación con esta categoría sobre los factores de riesgo solo uno de los 18 artículos sistematizados desarrolló este punto; corresponde al artículo de Urits *et al.*,<sup>38</sup> (2020) donde los autores mencionan que muchas afecciones se han vinculado con el DPC, incluidas las ginecológicas, urológicas, gastrointestinales, musculoesquelético, neurológico y psicosociales. Además, especifican que los antecedentes de cesáreas, así como otras cirugías abdominopélvicas o traumatismos pélvicos se han ligado al desarrollo de DPC, postulados que coinciden con los resultados de la encuesta aplicada.

Asimismo, destacan que se han ejecutado estudios que han demostrado que las mujeres con DPC tenían aproximadamente cuatro veces más de probabilidades de

padecer dispareunia y dos veces más de informar dismenorrea. En adición, se encontró que la disfunción miofascial es un contribuyente importante al dolor pélvico.<sup>30</sup>

Los autores subrayan que hay una fuerte asociación entre los factores psicológicos y el DPC y que se ha observado que casi la mitad de las mujeres que reciben tratamiento por DPC informan haber padecido un trauma sexual, físico o emocional. Se han realizado múltiples estudios para dilucidar el vínculo entre los factores psicológicos y el dolor crónico, la evidencia sugiere que son sinérgicos y cualquiera de ellos puede ser un factor de riesgo para el otro.<sup>30</sup>

Respecto a la edad de las pacientes que consultan ginecología por DPC, siete encuestados manifestaron que las pacientes se hallan entre 30 a 40 años, dos de 40 a 55 años y uno de 20 a 30 años, como se muestra en el gráfico 6.

**Gráfico 6.** Edad de las pacientes que consultan ginecología por DPC

7. La edad de las pacientes que consulta a su servicio por dolor pélvico crónico es principalmente:

[Más detalles](#)

● 15-20	0
● 20-30	1
● 30-40	7
● 40-55	2
● 55 o mas	0



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Por su parte, en la literatura se encuentra que Drazic *et al.*, (2019)<sup>33</sup> manifiestan que el DPC se pueden dar en pacientes con una edad promedio de 41 años (32 a 53 años).

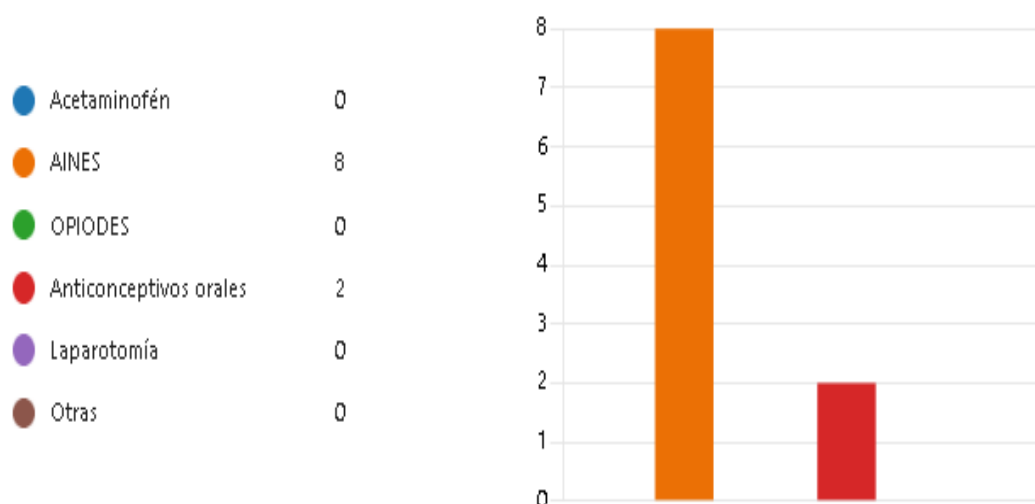
Mientras que Cantero *et al.* (2019)<sup>34</sup> mencionan que sucede en mujeres mayor a 18 años. Únicamente estos dos artículos mencionan el aspecto edad como categoría de estudio.

En relación con el tratamiento, se encuentra que ocho de los diez encuestados tratan a sus pacientes con DPC con AINES y dos con anticonceptivos orales (gráfico 7).

**Gráfico7.** *Tratamiento empleado en pacientes con DPC*

8. ¿Cuál es el tratamiento que utiliza usted para tratar a las pacientes con dolor pélvico crónico?

[Más detalles](#)



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Este elemento es el más desarrollado en los artículos seleccionados debido a su complejidad. Tanto Chapron *et al.*, (2019)<sup>35</sup> como Sachedina y Todd (2020)<sup>37</sup>, Grinberg *et al.*, (2020)<sup>41</sup> y Wang *et al.*, (2022)<sup>47</sup> exponen que es necesario aplicar un enfoque interdisciplinario que sea individualizado, multimodal y se enfoque en el paciente, ya que una sola línea de tratamiento difícilmente mejora el DPC.

Sachedina y Todd<sup>37</sup> enfatizan en la necesidad comprimir las barreras al tratamiento y acrecentar las investigaciones que abordan aspectos relacionados los contribuyentes biopsicosociales al dolor. Mientras que, para Grinberg *et al.*,<sup>41</sup> es apropiado emplear un enfoque interdisciplinario debido a la conexión entre el mal funcionamiento de los músculos del suelo pélvico con el mal manejo del dolor relacionado con problemas psicológicos. Este último aspecto, a su vez, lo comparten Urits *et al.*,<sup>38</sup> quienes mencionan que la terapia cognitivo conductual puede ser otra opción al tratar el síndrome de DPC asociado a factores psicológicos.

Por otra parte, Aredo *et al.*, (2017)<sup>30</sup> señalan que el DPC generalmente se resiste al tratamiento hormonal y quirúrgico, por lo que proponen un marco de referencia sobre cómo tratar el DPC asociado a endometriosis con fisioterapia, punción seca, la punción seca, las inyecciones de anestésicos y las inyecciones de toxina botulínica.

Drazic *et al.*, (2019)<sup>33</sup> destacan que la embolización de insuficiencia pélvica y las venas ováricas es un procedimiento seguro y exitoso para el tratamiento de las venas pélvicas, insuficiencia o varices vulvares asociadas a DPC.

Seguidamente, Sachedina y Todd<sup>37</sup> explican que la primera línea de tratamiento para el DPC son los antiinflamatorios y la supresión menstrual por medio de píldoras anticonceptivas. Cuando estos resulten ineficaces se debe considerar los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina con tratamiento complementario.

Una propuesta interesante y relativamente nueva es la postulada por de Pedro *et al.*, (2022)<sup>50</sup> quienes exponen que el tratamiento del DPC es un desafío; no obstante, se ha

encontrado efectos útiles de la terapia electromagnética como una alternativa terapéutica nueva y potencialmente válida, ya que ayudan en la reducción del dolor en pacientes con DPC.

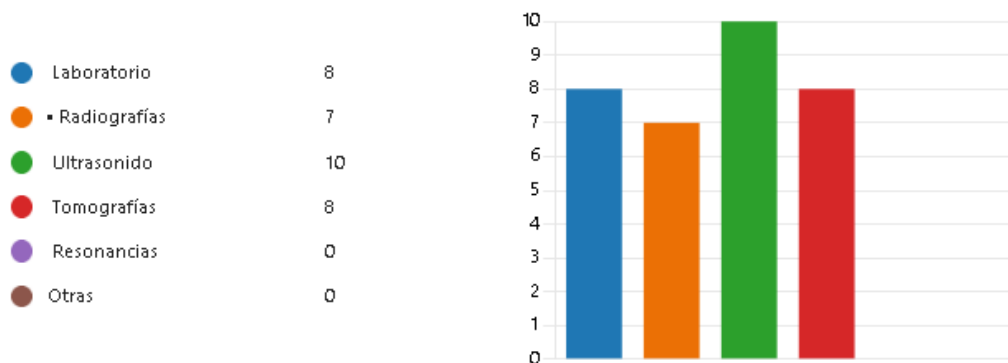
Finalmente, cabe destacar la propuesta alternativa de Srinivasan *et al.*, (2020)<sup>40</sup> quienes manifiestan que optar por una línea de tratamiento osteopático como yoga, tai-chi, reiki, además terapia cognitivo-conductual, tratamientos naturales y cannabinoides puede ser una opción efectiva en muchas ocasiones para reducir el DPC.

Por otra parte, se le consultó a los entrevistados sobre cuáles son los recursos que cuentan para el diagnóstico y manejo de DPC en su lugar de trabajo, de los que ocho respondieron que laboratorio, siete radiografías, diez ultrasonidos y ocho tomografías. Esto se vislumbra en el gráfico 8.

**Gráfico 8.** *Recursos para el diagnóstico y manejo de DPC*

9. ¿Con que recursos cuenta para el diagnóstico y manejo del dolor pélvico crónico en su lugar de trabajo? Opción múltiple

[Más detalles](#)



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Finalmente, en el enunciado diez se les preguntó si el DPC está relacionado con la salud mental y de ser afirmativa la respuesta, cuál es la razón. Todos los encuestados respondieron que sí (como se ve en la tabla 11) debido a que se presenta una somatización del dolor y porque afecta la vida diaria del paciente.

**Tabla 11** DPC y su relación con la salud mental

10. Según su experiencia está relacionado el dolor pélvico crónico y la salud mental: si o no, ¿por qué?

### 10 Respuestas

ID ↑	Nombre	Respuestas
1	anonymous	Si
2	anonymous	Si , asociado es una enfermedad incapacitante
3	anonymous	Si. Da depresion
4	anonymous	Si
5	anonymous	Si
6	anonymous	Si. La presención del dolor y la somatización
7	anonymous	Si directamente
8	anonymous	Si, somatización del dolor
9	anonymous	Si, porque afecta el actuar de la paciente en sus actividades diarias
10	anonymous	Sí, porque afecta la vida diaria de la paciente

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Este aspecto es compartido por Cantero *et al.*,<sup>34</sup> Urits *et al.*,<sup>38</sup> Grinberg *et al.*,<sup>41</sup> y Magariños *et al.*, (2022)<sup>46</sup> quienes exponen que se da una fuerte asociación el DPC y factores psicológicos como la depresión y la ansiedad que generan un deterioro en la calidad de vida de la persona que padece DPC.

Por lo que un manejo integral, con profesionales en salud mental, terapia física, y médicos especialistas, es la forma ideal de atender a las pacientes que presentan dolor pélvico crónico y que ven afectada su vida diaria.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **Conclusiones**

Como resultado de investigación constató que las manifestaciones de DPC pueden disminuir la calidad de vida de las pacientes y asociarse con otras patologías de carácter psicológico. Por lo que es menester, tener el conocimiento actualizado de la fisiopatología de la enfermedad, las características clínicas necesarias para el diagnóstico adecuado y tratamiento.

Entre las principales causas de DPC se halla la endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, síndrome de congestión pélvica, fibromas, factores psicológicos, entre otras. Para su diagnóstico se emplean la ecografía transvaginal, resonancia magnética, ecografía transabdominal, cultivos y pH vaginales, y en la especialidad de ginecología en ampliamente utilizada la laparoscopia.

Respecto al tratamiento es necesario que se aplique un enfoque interdisciplinario, ya que una sola línea de tratamiento difícilmente mejora el DPC porque este en muchas ocasiones se encuentra relacionado a múltiples factores, especialmente psicológicos; se debe tener en cuenta que las pacientes pueden utilizar especialistas como en medicina, terapia física, psicología, entre otros, para sobre llevar de la mejor manera el dolor pélvico.

Es importante que brinde un seguimiento por parte del primer nivel de atención en salud a todos las pacientes que padecen de DPC con el fin de considerar referirlas a un tercer nivel de atención, ya que puede generar un estigma social que afecte su cotidianidad en términos de salud, economía y desarrollo social.

Finalmente, es menester destacar la necesidad de que los médicos y personal del primer nivel de atención posean el conocimiento necesario sobre esta temática y prevean incorporar el seguimiento de estos pacientes a través de la presentación integral de sus servicios.

## Recomendaciones

Tomando en cuenta los artículos y los datos suministrados en las entrevistas realizadas a los profesionales del área de salud del HSVP el número de usuarias que consultan por DPC es frecuente y se debe a diversas causas ya mencionadas anteriormente, por lo que:

1. Es de suma importancia fomentar la educación al personal de salud, particularmente al profesional en medicina general quién es el primer contacto con las usuarias, investiga sobre las principales causas del DPC, realiza una buena historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio que deben de tener estas paciente previo a su referencia al profesional especialista para el correcto manejo según la causa de su condición.
2. Promover en el primer nivel de atención la realización de exámenes de laboratorio como hemograma completo, pruebas de embarazo, examen general de orina, prueba de Papanicolaou, incluso se puede coordinar la realización de ultrasonido, para lograr llegar a un diagnóstico o bien referir a la paciente con la mayor cantidad de estudios posibles, que van a agilizar la atención.
3. Considerar que la principal causa de dolor pélvico crónico es la endometriosis, y que el mayor factor de riesgo son los antecedentes quirúrgicos de abdomen, por lo que se debe evitar la laparoscopia exploratoria como un método diagnóstico, y en su lugar, promover un proceso estructurado que contemple una historia clínica e imágenes como ultrasonidos de abdomen o transvaginal para lleva a cabo el diagnóstico.

4. Favorecer el manejo integral de la paciente, el cual puede incluir AINES y/o anticonceptivos orales dependiendo de la necesidad de la paciente, también, se comprende interdisciplinario con psicología, por los efectos en la vida cotidiana de las pacientes que tienen dolor pélvico crónico.
5. Recomendar a la institución pública, Caja Costarricense de Seguro Social, el fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia para el adecuado manejo en red de las pacientes con DPC.
6. Conocer los diferentes servicios con los que cuenta la Caja Costarricense de Seguro Social como lo son terapeutas de suelo pélvico, psicología, clínicas del dolor, es indispensable para lograr dar un manejo integral a las pacientes que presentan dolor pélvico crónico.

## **CAPÍTULO VI: REFERENCIAS**

### Referencias bibliográficas

1. Bonachea R., Rodríguez C., González D., Rodríguez C., Bonachea., M. (2021). Dolor pélvico crónico en mujeres. *Arch med Camaguey* 25(4), 548-560.
2. López, P., Tornero, J., Doñate, G., Ruiz, J., Pérez, M. (2009). Alternativa terapéutica para el dolor pélvico crónico de origen vesical. *Actas Urol. Esp.* 33(6), 681-685.
3. Carranza, S., Carranza, R. (2018). Frecuencia de presentación y características del dolor pélvico crónico en la consulta ginecológica. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc.* 56(3), 226-30.
4. Hanson, W. (2015). *Evaluación de la persistencia del dolor pélvico crónico en mujeres post histerectomías en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva de enero del 2010 a diciembre de 2011* [Tesis de posgrado en la especialidad de ginecología y obstetricia]. Ciudad universitaria Rodrigo Facio.
5. García, L., Trejos, J., Poveda, C., Villegas, L., Marchena, E. y González, D. (2016). Causas ginecológicas de dolor pélvico crónico. *Rev. Med. Costa Rica Centroam.* LXXIII(620), 561-564.
6. Hernán, R. (2013). Dolor pélvico crónico desde la perspectiva del dolor. *Rev. Med. Clin. Condes Chile* 24(2), 191-195.
7. Vasallo, V., Arjona, S., Fernández, Y., Rondón, J. y Quevedo, L. (2014). Dolor pélvico crónico en la mujer. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación* 13(1), 6-14.
8. Cid J. Dolor Pélvico crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2006 [citado 2023 Dic 12]; 13(1): 29-39. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462006000100006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000100006&lng=es).

9. Wedel, K. (2018). Dolor pélvico crónico. *Rev. Med Sinergia* 3(5), 3-8.
10. Fuentes, J. y Sepúlveda., J. (2014). Abordaje integral del dolor pélvico crónico: revisión de la literatura. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 79(4), 330-339.
11. Sanabria, P. y Morales, F. (2015). Síndrome de congestión pélvica como causa de dolor pélvico crónico. *Medicina Legal de Costa Rica* 32 (2).  
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n2/art14v32n2.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC: OMS, 2021 [Consultado el 15 junio del 2023]. Constitución. [1 pantallas aprox.] Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
13. Real Academia Española [Internet]. Madrid, España: RAE; 2019 [citado el 15 de junio del 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/bienestar>
14. Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene* 10(2).  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006)
15. Sociedade Galega da Dor e Coidados Paliativos. (2019). *Manual básico de dolor*. SGADOR.
16. Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS dolor iatrogénico. *Oncología* Barcelona 28(3), 33-37.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006#:~:text=C%2D1\)%20Som%C3%A1tico%3A%20Se,%C3%B3seo%20producido%20por%20met%C3%A1stasis%20%C3%B3seas](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006#:~:text=C%2D1)%20Som%C3%A1tico%3A%20Se,%C3%B3seo%20producido%20por%20met%C3%A1stasis%20%C3%B3seas).

17. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. Washington DC: NIH; 2021 [citado el 15 de junio del 2023]. <https://www.cancer.gov/>
18. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6a ed. Mc Graw Hill.
19. Manterola, C., Asenjo, C. y Otzen, T. (2014). Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación actual. *Rev. Chilena Infectol* 31(6), 705-718.
20. Hernán, R. (2013). Dolor pélvico crónico desde la perspectiva del dolor. *Rev. Med. Clin. Condes Chile* 24(2)191-195.
21. Brunton, L., Chabner, R., Knollman, B. (2019). *Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 13a ed. McGraw Hill; Opioides, analgesia y manejo del dolor; 356-373.
22. Cifuentes, C. (2022). *Enfoque práctico del dolor pélvico crónico*. Memorias Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia 2022; 97-110. [https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia\\_y\\_obstetricia/article/view/346850](https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/346850)
23. Duron, R. y Bolaños, P. (2018). Endometriosis. *Med. Leg. Costa Rica* 35.
24. Santana M., Suarez, B., Ocón, L. y Seara, S. (2018). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria. *Rev. Clin Invest Gin. Obst.* 45(4), 157-162.
25. Baquedano, L., Abad, C., Adiego, I., Colecha, M., Cueva, M. y Serrano, C. (2020). Protocolo aragonés de enfermedad inflamatoria pélvica. *Prog Obstet Ginecol* 63, 347-354. <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n6/01%20Protocolo%20aragones%20de%20enfermedad%20inflamatoria%20pelvica.pdf>

26. Gómez, D., Ansuátegui, M., Comanges, A., Ibarra, G., Sánchez, A. y Villar, R. (2020). Síndrome de congestión pélvica: revisión actualizada de la literatura. *Angiología* 72(5), 229-239. <https://scielo.isciii.es/pdf/angiologia/v72n5/0003-3170-angiologia-72-5-229.pdf>
27. Grijalva, A., Reinoso, K., García, R. y Ayora C. (2020). Síndrome Adherencial: Complicaciones. *Rev. Científica mundo de la investigación y conocimiento*, 362-370. 10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.362-370
28. Churio C, Gallego V. Miomatosis uterina: enfoque terapéutico. Memorias Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 3 de diciembre de 2023];25-34. Disponible en: [https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia\\_y\\_obstetricia/article/view/347149](https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/347149)
29. Hoffman, Schorge, Halvorson, Hamid, Corton, Schaffer (2021). Williams Ginecología. 4a ed. Mc Graw Hill.
30. Aredo, J., Heyrana, K., Karp, B. y Stratton, P. (2017). Relating Chronic Pelvic Pain and Endometriosis to Signs of Sensitization and Myofascial Pain and Dysfunction. *Semin Reprod Med.* 35(1), 88–97. doi:10.1055/s-0036-1597123
31. Rana, N., Drake, M., Rinko, R., Dawson, M. y Whitmore, K. (2018). The fundamentals of chronic pelvic pain assessment, based on international continence society recommendations. *Wiley Periodicals*.
32. Huchon C, Fritel X, Mimouni M, Fauconnier A. Dolor pélvico crónico de la mujer. Orientación diagnóstica y conducta práctica. EMC - Ginecología-Obstetricia 2018;54(3):1-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X18914360>

33. Drazic, O., Zárate, C., Valdés, F., Mertens, R., Bergoeing, M., Kramer, A., Mariné, L. y Vargas, F. (2019). Dolor pélvico crónico secundario a síndrome de congestión pélvica. Resultados del tratamiento endovascular de la insuficiencia venosa pelviana y várices genitales. *Rev. Med Chile* 147, 41-46.
34. Cantero, M., Cabrera, A., López, M. y Saul, L. (2018). Intervención grupal desde un enfoque sensorio-motriz para reducir la intensidad del dolor crónico. *Atención primaria* 51(3), 162-171.
35. Chapron, C., Marcellin, L., Borghese, B. y Santulli. (2019). Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nature reviews*.
36. Andrew N Y Pickett C. (2019). Lograr que el dolor pélvico crónico sea un poco menos doloroso. Julio 10, 2019 Volumen: 64 Emisión: 07 Disponible en: [https://www.fasgo.org.ar/images/Dolor\\_Pelvico\\_Cronico.pdf](https://www.fasgo.org.ar/images/Dolor_Pelvico_Cronico.pdf).
37. Sachedina, A. y Todd, N. (2019). Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. *Clin Res Pediatr Endocrinol* 12(Suppl 1), 7-17.
38. Urits, I., Callan, J., Moore, W., Fuller, M., Renscheler, J., Fisher, P., Won, J., Hasoon, J., Eskander, J., Kaye, A. y Viswanath, O. (2020). Cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pelvic pain. *Clinical Anaesthesiology* 34, 409-426.
39. Asensio, J., Quesada, M., Fabregat, G., López, M. y Andrés, J. (2020). Recomendaciones prácticas para el manejo del paciente con dolor crónico durante la pandemia de COVID-19. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, (68), 495-503.
40. Srinivasan, M., Torres, J., McGeary, D. y Nagpal, A. (2020). Complementary and Alternative (CAM) Treatment Options for Women with Pelvic pain. *Curr Phys Med Rehabil Rep.* 8(3), 240–248. doi:10.1007/s40141-020-00264-6.

41. Grinberg, K., Sela, Y. y Nissanholtz, R. (2020). New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, doi:10.3390/ijerph17043005.
42. Sepúlveda-Agudelo J, Fuentes-Porras JS. Pacientes con dolor pélvico crónico intervenidas por laparoscopia en el Hospital Universitario de Santander, 2010–2013. *MÉD. UIS.*2020;33(2):25-32. doi: 10.18273/revmed.v33n2-2020003
43. Gutke, A., Sundfeldt. y Baets, L. (2021). Lifestyle and Chronic Pain in the Pelvis: State of the Art and Future Directions. *Journal Clinical Medicine*.
44. Leonardi, M. Amour, M., Gibbons, T., Cave, A., As-Sanie, S., Condous, G. y Cheong Y. (2021). Surgical interventions for the management of chronic pelvic pain in women. *Cochrane Library*.
45. Nohales F, García M y Payá V. Dolor pélvico crónico. *Revista española sobre medicina del suelo pélvico de la mujer y cirugía reconstructiva* 2021; 9(1): 1885-0642. Disponible en: <https://revistasuelopelvico.com/wp-content/uploads/2021/03/Suelo-Pelvico-9Supl-1.pdf>
46. Magariños, M., Lobato, M., Menéndez, Á., García, S., Royuela, A. y Pereira, A. (2022). Psychological Profile in Women with Chronic Pelvic Pain. *Journal Clinical Medicine* 11, 1-14.
47. Wang, X., Ding, N., Sun, Y., Chen, Y., Shi, H., Zhu, L., Gao, S. y Liu, Z. (2022). Non-pharmacological therapies for treating chronic pelvic pain in women. *Medicine* 101, (49).
48. González, M., López, A., Cortés, I., Obrero, E., León, F., Ibáñez. J. (2022). Effects of Non-Invasive Radiofrequency Diathermy in Pelvic Floor Disorders: A Systematic Review. *Medicina* 58, (437).

49. Siqueira, V. Siqueira Campos de Deus, M., Poli-Neto, O., Rosa, J., De Deus, J. y Marques, D. (2022). Current Challenges in the Management of Chronic Pelvic Pain in Women: From Bench to Bedside. *International Journal of Women's Health* 14.
50. de Pedro, A., Ruíz, M., Díaz, A. y Martín, R. (2022). Efficacy of Magnetic Therapy in Pain Reduction in Patients with Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, <https://doi.org/10.3390/ijerph19105824>.
51. Fernández, P., Leirós, R., Marqués, M., Martínez, M., Oliveira, F. y Maciel, L. (2023). Effectiveness of physical therapy interventions in women with dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02532-8>
52. Artacho F, Hernando H, Sánchez A y Quintas L. Conceptos actuales en dolor y endometriosis: diagnóstico y manejo del dolor pélvico crónico. *Revist.clinic.ginecología obstetricia* 2023;50 (2). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-conceptos-actuales-dolor-endometriosis-diagnostico-S0210573X23000138>
53. Castro C. (2023). Dolor Pélvico Crónico en Ginecología: actualización en fisiopatología, causas, diagnóstico y tratamiento. Vol. XVIII; N°16; 907 Disponible: en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/dolor-pelvico-cronico-en-ginecologia-actualizacion-en-fisiopatologia-causas-diagnostico-y-tratamiento/>
54. Dydyk AM, Gupta N. Dolor pélvico crónico. [Actualizado el 1 de abril de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2023 enero-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554585/>

55. Protocolos asistenciales en ginecología y obstetricia. (2002). Dolor pélvico crónico. Prog obstet ginecol 2002; 45 (9):415-7

## **CAPÍTULO VII: ANEXOS**

## Entrevista aplicada a profesionales del Hospital San Vicente De Paul

1. ¿Cuántos años tiene trabajando para la Caja Costarricense de Seguro Social y en qué hospital trabaja? \*

Escriba su respuesta

2. ¿Qué exámenes o pruebas se deben hacer en el primer nivel de atención para realizar una referencia al servicio de ginecología de pacientes que consultan por dolor pélvico crónico? Opción múltiple \*

Hemograma completo

Prueba de embarazo

PAP

EGO

Otras

3. ¿Cuántas pacientes en edad fértil no embarazadas consultan al mes por dolor pélvico crónico en el servicio de ginecología de su lugar de trabajo? \*

1-10

11-20

21-30

31-40

Más de 40

4. ¿Cuál es la principal causa de dolor pélvico crónico en las pacientes que consultan en el servicio de ginecología en su lugar de trabajo? \*

Endometriosis

Inflamación pélvica crónica

Congestión pélvica

Retroversión uterina

Adherencias

Estenosis cervical

Enfermedades anexiales

Fibroma uterino

5. ¿Cuál es el estudio de gabinete más utilizado por usted para diagnosticar la causa del dolor pélvico crónico? \*

- Ultrasonido
- Tomografía con contraste
- Resonancia Magnética
- Laparoscopia
- Otras

6. ¿Cuáles son los factores de riesgo que presentan las mujeres para padecer dolor pélvico crónico? Opción múltiple \*

- Edad
- Nuliparidad
- Multiparidad
- Pubertad precoz
- Menarca tardía
- Relaciones sexuales
- Antecedentes familiares de dolor pélvico crónico
- Cesáreas
  
- Partos vaginales
- Antecedentes de cirugía abdominal o pélvica.
- Antecedentes de depresión
- Antecedentes de enfermedad pélvica crónica.

7. La edad de las pacientes que consulta a su servicio por dolor pélvico crónico es principalmente: \*

- 15-20
- 20-30
- 30-40
- 40-55
- 55 o mas

8. ¿Cuál es el tratamiento que utiliza usted para tratar a las pacientes con dolor pélvico crónico? \*

- Acetaminofén
- AINES
- OPIODES
- Anticonceptivos orales
- Laparotomía
- Otras

9. ¿Con que recursos cuenta para el diagnóstico y manejo del dolor pélvico crónico en su lugar de trabajo? Opción múltiple \*

Laboratorio

• Radiografías

Ultrasonido

Tomografías

Resonancias

Otras

10. Según su experiencia está relacionado el dolor pélvico crónico y la salud mental: si o no, ¿por qué? \*

Escriba su respuesta

11. ¿Qué tan frecuente es la recurrencia del dolor pélvico crónico en mujeres que han sido sometidas a laparotomías? \*

Nunca

Poco frecuente

Frecuente

Muy frecuente

Siempre