

**CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES CON DOLOR PÉLVICO CRÓNICO
OPERADAS POR LAPAROSCOPIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
SANTANDER ENTRE 2010 - 2013**

JUAN SEBASTIAN FUENTES PORRAS, - 2127005

Médico y cirujano.

Residente de Ginecología y obstetricia

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD, ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
BUCARAMANGA**

2015

**2015 CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES CON DOLOR PÉLVICO
CRÓNICO OPERADAS POR LAPAROSCOPIA EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE SANTANDER ENTRE 2010 - 2013**

AUTOR:

JUAN SEBASTIÁN FUENTES PORRAS - 2127005

Médico y cirujano.

Residente de Ginecología y obstetricia

**Trabajo de grado para optar por el título de
GINECÓLOGO- OBSTETRA**

DIRECTOR

Dr. Janer Sepúlveda Agudelo

**Ginecobstetra, Especialista en Endoscopia Ginecológica. Docente de
Ginecobstetricia UIS**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD, ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
BUCARAMANGA**

2015

Agradecimientos

A la Dra. Jessica Hernández Durán por sus conocimientos como especialista en epidemiología.

A la Dra. Andrea y a la Dra. Claudia por su colaboración con el diligenciamiento de la base de datos.

A todo el personal del Hospital Universitario de Santander que con su paciencia y ayuda facilitaron la revisión de las historias clínicas y la elaboración de la base de datos.

A todos los docentes de la Universidad Industrial de Santander y el Departamento de Ginecología y Obstetricia que compartieron sus conocimientos, dentro y fuera de clase, haciendo posible mi formación profesional.

A mi familia y seres más queridos, especialmente a mis padres quienes con su dedicación y esfuerzos me han permitido formarme como una persona íntegra.

Contenido

	PAG.
RESUMEN DEL PROYECTO	11
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	13
2 MARCO TEÓRICO	14
3 OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GENERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4 METODOLOGÍA	24
4.1 TIPO DE ESTUDIO	24
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	24
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
5 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	25
5.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	28
5.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	29
5.3 CALIDAD DE LOS DATOS	29
5.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS	29
5.4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.	29
5.4.2 ANÁLISIS BIVARIADO	30
5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
5.6 RESULTADOS ESPERADOS Y POTENCIALES BENEFICIARIOS	31
5.6.1 RESULTADOS RELACIONADOS CON LA GENERACIÓN DE NUEVOS CONOCIMIENTOS.	31
5.6.2 RESULTADOS CONDUCENTES AL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD CIENTÍFICA NACIONAL.	31
5.6.3 RESULTADOS DIRIGIDOS A LA APROPIACIÓN SOCIAL DEL	31
5.7 IMPACTOS ESPERADOS A PARTIR DEL USO DE LOS RESULTADOS	32
5.8 RESULTADOS	32

5.9	ANÁLISIS UNIVARIADO	34
5.9.1	Características generales de la población de estudio	34
5.10	ANÁLISIS BIVARIADO	41
6	DISCUSIÓN	43
6.1	CRONOGRAMA	46
6.2	PRESUPUESTO	46
7	CONCLUSIONES	47
	BIBLIOGRAFÍA	48

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Causas de DPC según localización.	21
Tabla 2. Características generales.	34
Tabla 3. Características del Dolor Pélvico Crónico (DPC)	35
Tabla 4. Síntomas asociados al Dolor Pélvico Crónico (DPC)	35
Tabla 5. Antecedentes ginecobstétricos	36
Tabla 6. Hallazgos al examen físico	37
Tabla 7. Diagnóstico clínico o paraclínico	37
Tabla 8. Enfoque terapéutico	38
Tabla 9. Hallazgos intraoperatorios	39
Tabla 10. Tratamiento quirúrgico	40

RESUMEN

TITULO: CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES CON DOLOR PÉLVICO CRÓNICO OPERADAS POR LAPAROSCOPIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER ENTRE 2010 – 2013 *

AUTOR: Juan Sebastián Fuentes Porras

PALABRAS CLAVE: Dolor pélvico crónico. Laparoscopia. Endometriosis. Adherencias pélvicas.

Introducción: El dolor pélvico crónico es una condición clínica que genera un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen. **Objetivo:** Describir las características socio demográficas, clínicas, hallazgos intraoperatorios y las complicaciones quirúrgicas de las pacientes con dolor pélvico crónico a quienes se les realizó laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica en el Hospital Universitario de Santander, entre 2010-2013. **Metodología:** estudio retrospectivo descriptivo y de corte transversal. La población y muestra del estudio fueron todas las mujeres con diagnóstico de dolor pélvico crónico y a quienes se les realizó laparoscopia. El plan de análisis se realizó en el software STATA 12.0 con un nivel de significancia del 5%. El análisis estadístico se dividió en dos componentes: descriptivo y bivariado. **Resultados:** se contó con una muestra de 41 mujeres, edad promedio $33,7 \pm 7,7$ años. Encontrándose como principales causas de dolor pélvico crónico: masas anexiales 51,2%, adherencias densas 41,5% y endometriosis grado III-IV 26,8%. No hubo laparoscopias negativas y 2 pacientes presentaron malformaciones congénitas. **Discusión:** Latthe realizó una revisión sistemática, incluyendo 122 estudios, con 48 factores de riesgo y encontró que 13 de estos factores de riesgo se asociaban con dolor pélvico crónico. Zondervan en el año 2000 describió que del 20 al 80% de las pacientes que van a laparoscopia por dolor pélvico crónico no tienen ningún hallazgo. De igual manera Howard FM en el 2003 describió que de 1524 laparoscopias el 35% no tenía hallazgos, el 33% endometriosis, 24% adherencias y 5% enfermedad pélvica inflamatoria. Por lo tanto, el uso de la laparoscopia debe ser individualizado y dirigido según los hallazgos clínicos de las pacientes. **Conclusiones:** El dolor pélvico crónico es una condición clínica de importancia en la consulta de ginecología con carácter multifactorial, la cual requiere un abordaje integral y multidisciplinario.

* Trabajo de grado

**Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Especialización en Ginecólogo- Obstetra. DIRECTOR, Dr. Janer Sepúlveda Agudelo, Ginecobstetra, Especialista en Endoscopia Ginecológica. Docente de Ginecobstetricia UIS

ABSTRACT

TITLE: CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES CON DOLOR PÉLVICO CRÓNICO OPERADAS POR LAPAROSCOPIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER ENTRE 2010 – 2013 *

AUTHOR: Juan Sebastián Fuentes Porras

Key words: Chronic Pelvic Pain. Laparoscopy. Endometriosis. Pelvic adhesions.

Introduction: Chronic pelvic pain is a clinical condition that generates a great impact on the quality of life of women who suffer. **Objective:** To describe the sociodemographic and clinical characteristics, intraoperative findings and surgical complications in patients with chronic pelvic pain who underwent diagnostic and therapeutics laparoscopy at the Hospital Universitario of Santander, between 2010-2013. **Methodology:** cross-sectional retrospective study. The population and sample of the study were all women diagnosed with chronic pelvic pain and who underwent laparoscopy. The analysis plan was performed in STATA 12.0 software with a significance level of 5%. Statistical analysis was divided into two components: Descriptive and bivariate. **Results:** The sample consisted of 41 women, mean age 33.7 ± 7.7 years. Finding the main causes of chronic pelvic pain: adnexal masses 51.2%, 41.5% dense adhesions and endometriosis grade III-IV 26.8%. There were no negative laparoscopies and 2 patients had congenital malformations. **Discussion:** Latthe conducted a systematic review, including 122 studios, with 48 risk factors and found that 13 of these risk factors were associated with chronic pelvic pain. Zondervan in 2000 reported that 20 to 80% of patients ranging laparoscopy for chronic pelvic pain have not finding. Similarly Howard FM in 2003 reported that 1524 laparoscopies 35% had not findings, 33% endometriosis, adhesions 24% and 5% of pelvic inflammatory disease. Therefore, the use of laparoscopy must be individualized and personalized according to the clinical findings of the patient. **Conclusions:** Chronic pelvic pain is a clinical condition of importance in gynecology with multifactorial nature, which requires a comprehensive and multidisciplinary approach.

* Trabajo de grado

**Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Especialización en Ginecólogo- Obstetra. DIRECTOR, Dr. Janer Sepúlveda Agudelo, Ginecobstetra, Especialista en Endoscopia Ginecológica. Docente de Ginecobstetricia UIS

RESUMEN DEL PROYECTO

Introducción: El dolor pélvico crónico es una condición clínica que afecta a muchas mujeres en el mundo, generando un gran impacto en la calidad de vida de quienes lo padecen y siendo responsable de altos costos en el abordaje y manejo al sistema de salud. **Objetivo:** Describir las características socio demográficas, clínicas, hallazgos intraoperatorios y las complicaciones quirúrgicas de las pacientes con dolor pélvico crónico a quienes se les realizó laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica en el Hospital Universitario de Santander, entre los meses de junio 2010 a Diciembre a 2013. **Metodología:** Se realizará un estudio retrospectivo descriptivo y de corte transversal. La población y muestra del estudio son todas las mujeres con diagnóstico de dolor pélvico crónico y a quienes se les realizó laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica durante el periodo de estudio Se describirán las variables socio-demográficas, clínicas, hallazgos intraoperatorios y complicaciones quirúrgicas. El plan de análisis se realizará en el software STATA 12.0 con un nivel de significancia del 5%. El análisis estadístico se dividirá en dos componentes: descriptivo y bivariado. **Resultados:** La muestra total estuvo conformada por 41 mujeres, con edad promedio $33,7 \pm 7,7$ años (rango de 17 a 52 años); procedentes principalmente de Bucaramanga (36,6%). El enfoque terapéutico inicial realizado a estas mujeres fue principalmente analgésico (55,3%), sin respuesta al tratamiento por lo cual se realizó procedimiento quirúrgico encontrando como principales causa de dolor pélvico crónico las masas anexiales 51,2%, las adherencias densas 41,5% y la endometriosis grado III-IV 26,8%. No se encontraron laparoscopias negativas y solo 2 pacientes presentaron malformaciones congénitas como causa del dolor pélvico crónico. En dos pacientes se realizó ablación del nervio uterosacro y neurectomía presacra. Ninguna paciente presentó complicaciones durante las cirugías. **Discusión:** El diagnóstico clínico tuvo importante asociación con los hallazgos realizados durante el procedimiento quirúrgico, lo cual soporta la propuesta de que un enfoque clínico

basado en una correcta aproximación diagnóstica requiere una historia clínica dirigida a documentar muy bien las características del dolor, el patrón menstrual, miccional, los hábitos intestinales y los síntomas asociados. **Conclusiones:** El dolor pélvico crónico es una condición clínica de gran importancia en la consulta de ginecología con carácter multifactorial, por lo tanto requiere un abordaje integral y multidisciplinario. Se requieren más estudios con mayor número de pacientes y en múltiples regiones geográficas ya que las patologías causantes pueden ser distintas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características socio demográficas, clínicas, hallazgos intraoperatorios y las complicaciones quirúrgicas de las pacientes con dolor pélvico crónico a quienes se les realizó laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica en el Hospital Universitario de Santander, entre los meses de junio 2010 a Diciembre a 2013?

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El dolor pélvico crónico (DPC) es uno de los principales motivos de consulta al servicio de ginecología, causando un impacto importante en la calidad de vida y estado de salud de las pacientes que lo padecen. En nuestro medio no hay estudios que muestren cuáles son las características de las pacientes que se estudian y tratan con laparoscopia, además no hay estadísticas sobre los hallazgos quirúrgicos de nuestras pacientes y la eficacia de realizar este procedimiento.

Con los resultados de este estudio, procuramos identificar clínicamente las pacientes que se beneficiarían del manejo con laparoscopia y evidenciar cuál es la eficacia del manejo implementado en las pacientes con DPC. Esto permitiría plantear propuestas de intervención orientadas a mejorar el estudio y manejo quirúrgico del grupo objeto de nuestro estudio.

2 MARCO TEÓRICO

El dolor es el síntoma principal y el más frecuente de muchas enfermedades que genera en el paciente una experiencia sensorial y emocional desagradable; el médico debe buscar la causa y por ende tratarla.

El dolor pélvico crónico (DPC) es un problema ginecológico muy común que se define como el dolor no cíclico de más de 6 meses de duración, localizado en la pelvis, pared abdominal anterior por debajo del ombligo o región lumbosacra, con severidad suficiente que causa discapacidad o requiere intervención y tratamiento médico [1,2]. En el DPC existe controversia en cuanto a su definición [1,2], etiología, [2,3] causas ginecológicas, [4-7] y no ginecológicas [8-10], factores psicosocioculturales,[11] diagnóstico y abordaje terapéutico.[11-17].

Sobre la fisiopatología de esta entidad es necesario mencionar los mecanismos de dolor que están involucrados: el dolor nociceptivo, resultado de una injuria a una estructura con receptores de dolor, y su origen es somático o visceral. Dolor no nociceptivo que puede ser neuropático o psicógeno. [18-20] El dolor somático se origina en la piel, los músculos, huesos y articulaciones y se transmite por medio de fibras sensoriales; es referido como agudo o sordo y usualmente es discreto. [20] El dolor visceral, se transmite a través de las fibras simpáticas del sistema nervioso autónomo y se describe como mal localizado, sordo o calambres. Se relaciona con la presencia de fenómenos autonómicos como náusea, vómito, diaforesis y reacciones emocionales. [20] El dolor neuropático es resultado de un estímulo a los sistemas nervioso central o periférico y por lo general produce ardor, parestesias, y dolor lancinante. [20]

Todas las estructuras del abdomen y pelvis pueden tener un papel en la presentación de DPC. Es importante tener en cuenta que muchas pacientes

pueden cursar con hiperalgesia visceral, una respuesta dolorosa exagerada originada de cambios inducidos en el sistema nervioso central derivados de estímulos dolorosos. [21,22] Existen interacciones complejas entre los órganos reproductivos, el tracto urinario y el cólon, por esto, se ha introducido el termino de hiperalgesia viscerovisceral. Esta es la razón por la que se cree que el dolor se agudiza con eventos fisiológicos como la menstruación o la ovulación, ya que estas estructuras tienen segmentos comunes en la medula espinal. [21-23]

Los factores psicológicos y de comportamiento influyen en la experiencia del dolor. La prevalencia de la depresión mayor es alta en los pacientes con dolor crónico, con estimaciones de 30-54% en comparación con las tasas basales de 5-17% en la población general. [24-28]

Además, es un problema importante por su frecuencia y la gran morbilidad que causa en las pacientes llegando a afectar a más del 15% de las mujeres, y al menos 1 de cada 3 experimentará este cuadro alguna vez en su vida. [16] En países como Estados Unidos aproximadamente el 10 % de la población es remitida al ginecólogo por el dolor pélvico crónico y normalmente es una indicación para realizar un procedimiento quirúrgico diagnóstico y terapéutico [6]. Este es considerado como una de las principales indicaciones para realizar histerectomía de enfermedades benignas en aproximadamente el 20% y al menos en el 40% de los casos para realizar laparoscopia. [16-17] Por otro lado, la frecuencia con la que se presentan varias de las diferentes causas de dolor pélvico crónico es influenciada por el grupo poblacional al que pertenece la paciente, antecedentes familiares y el enfoque que le da el médico tratante [9]. Las causas de este síndrome podemos dividirla según su localización. Tabla 1. [17]

- *Historia clínica*

Para realizar una correcta aproximación diagnóstica es necesario hacer una historia clínica dirigida a documentar muy bien las características del dolor que presenta la paciente, ya que de esto depende la orientación del examen físico y los estudios que sean necesarios. [29] Se mencionan como las más importantes características a evaluar sobre el dolor las siguientes: localización, ciclicidad y asociación con dismenorrea, relación con el embarazo o posparto, relación con la menarca, sensación de calor y parestesias, síntomas urinarios, cuadros infecciosos urinarios previos, tratamientos recibidos y la respuesta obtenida. [28,29] En la revisión por sistemas debe aclararse la presencia y características de la dismenorrea, patrón menstrual, dispareunia, patrón miccional, hábito intestinal. Debe tenerse en cuenta que la dismenorrea intensa se relaciona más a la presencia de endometriosis comparado con otras entidades clínicas. [29-30] La presencia del síndrome de intestino irritable en mujeres que padecen DPC puede llegar a ser tan alta como de 65-79%. [30, 31]

Al momento del examen se tiene la oportunidad de objetivar algún hallazgo como causa del dolor referido por la paciente. Se debe proceder con calma y delicadeza y la meta del examen es identificar las áreas dolorosas y su relación con otros hallazgos al examen físico como masas, hernias, cicatrices y la movilidad de los órganos pélvicos a la palpación bimanual. [32-33] La evaluación de la musculatura abdominal y pélvica, y la búsqueda del signo de Carnett (elevar voluntariamente las piernas de la paciente y examinar el dolor dependiente de la pared abdominal) son herramientas muy útiles a la hora de buscar causas al examen físico de una paciente con DPC. [34-3] La búsqueda de anomalías ortopédicas y posturales, la marcha y la columna toracolumbar, son importantes como causa de dolor pélvico y se identifican por medio de la inspección y palpación de las estructuras que conforman la cintura pélvica. [33-34]

Es mandatorio realizar una aproximación al estado psicológico de la paciente, y esto se puede lograr con simples preguntas sobre el estado de ánimo y el desempeño sexual, ya que esto nos orientara sobre la necesidad de una evaluación más completa a este nivel. [33]

El examen pélvico debería iniciar con la evaluación de los genitales externos, la vulva, el introito, la uretra donde vamos a buscar la presencia de lesiones o puntos dolorosos. La ausencia de lesiones identificables debe sugerir la presencia de vulvodinia, que se observa con alguna frecuencia en las mujeres con DPC. [34] Debe continuar el examen con la exploración digital en busca de espasmos en el piso pélvico, también causantes de DPC. Se dirige entonces el examen digital sobre la pared anterior de la vagina ya que las pacientes que padecen cistitis intersticial presentarán un dolor exquisito al momento de examinar la base de la vejiga. [35] La especuloscopia debe orientar sobre lesiones cervicales o de paredes vaginales que puedan relacionarse como causa de dolor pélvico. Se procede a realizar la palpación bimanual en busca de identificar el útero y los anexos evaluando condiciones dolorosas durante el examen. En pacientes con antecedente de histerectomía se debe examinar la cúpula vaginal y su relación con eventos dolorosos. Si hay la sospecha por historia clínica o por hallazgos al examen físico de lesión en el nervio pudendo, debe evaluarse la presencia de alteraciones sensoriales sobre el área de inervación respectiva. [35]

- *Estudios diagnósticos*

En el presente existen múltiples patologías ginecológicas identificadas como causa de DPC gracias al avance de los métodos diagnósticos y a la introducción de la laparoscopia como parte del arsenal diagnóstico y terapéutico [16]. Así que, luego de contar con una historia clínica completa y un examen físico completo y dirigido, la indicación de estudios diagnósticos disponibles es el siguiente eslabón para una aproximación a la causa de los síntomas. [20,36]

Se considera solicitarlos según su indicación y naturaleza.

De laboratorio: están indicados para documentar procesos inflamatorios crónicos y descartar embarazo. Cuadro hemático, Velocidad de sedimentación globular, uroanálisis, pruebas serológicas para Chlamydia y gonococo, prueba de embarazo. Si el examen físico lo sugiere, ante la presencia de masas anexiales, la solicitud de Ca 125 sería de utilidad importante [36].

De imágenes: La ecografía pélvica es altamente sensible para detectar masas o quistes y determinar el origen de estas, sea útero, ovarios o trompas de Falopio. Relativamente menos fiable para diferenciar entre benigna, maligna y la presencia de adenomiosis. La ecografía es particularmente útil para detectar pequeñas masas pélvicas (menos de 4 cm de diámetro), que a menudo no se pueden palpar en el examen bimanual. También es muy útil para la detección de hidrosálpinx, que apuntan a la enfermedad pélvica inflamatoria como causa de DPC [36-37]

La Resonancia magnética estaría indicada para diferenciar algunos casos en los que la ecografía no logra diferenciar malformaciones o características propias de las masas. Es de utilidad para el diagnóstico de adenomiosis. [20, 28, 29]

Quirúrgico: La laparoscopia ha cobrado un papel muy importante en el estudio y tratamiento de las pacientes con DPC, sin embargo no hace parte de la primera línea del manejo. [38] Aproximadamente un tercio de las pacientes con DPC es llevada a laparoscopia. [28, 32] En grandes series los hallazgos de las laparoscopias han sido sin patología visible (35%), endometriosis (33%), adherencias (24%), Enfermedad pélvica inflamatoria crónica (5%), quistes ováricos (3%) y otros hallazgos ocasionales. [39] Sin embargo, la ausencia de patología visible no excluye una base física para el dolor del paciente, pero si nos excluye varios trastornos comunes que se pueden visualizar en la cirugía (endometriosis, masa anexial, adherencias, algunas anomalías uterinas, EPI). [39]

Etiología del DPC

- La endometriosis, es una enfermedad progresiva que afecta del 5 al 10% de las mujeres; puede ser causa de DPC cíclico y no cíclico (dismenorrea y dispareunia profunda) [40] y de infertilidad [1, 41-43]. El diagnóstico definitivo se da por estudio histopatológico, con una adecuada correlación, por visualización directa, idealmente por laparoscopia; alrededor del 24% de las mujeres que se quejan de DPC tienen esta patología. [43]
- Las adherencias, constituyen uno de los hallazgos orgánicos más frecuentes, detectados en el momento en que se practica una laparoscopia diagnóstica para evaluar el DPC en aproximadamente un 89%; tienen más prevalencia en mujeres con dolor crónico, aunque aparece con frecuencia y a veces en gran medida sin DPC.[1, 44]. Las adherencias suelen ser consecuencia de alguna intervención quirúrgica previa, pero también pueden aparecer después de procesos inflamatorios, como la enfermedad pélvica inflamatoria, quistes rotos e infección posparto. [44]
- La adenomiosis, se sospecha por las características macroscópicas del útero a la laparoscopia, permitiendo hacer el diagnóstico presuntivo, ya que el definitivo se realiza por estudio histopatológico; es una enfermedad cuyos síntomas incluyen hipermenorrea, dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico después de la menstruación y con el ejercicio vigoroso. [45]
- Síndrome de congestión pélvica, se ha vinculado con várices y dolor pélvico en mujeres, sin identificar una causa anormal evidente de dolor. Por venografía pélvica se ha demostrado que más del 80% de las mujeres sin una causa manifiesta de dolor en la laparoscopia, tienen congestión venosa intensa en las principales venas gonadales, que a menudo muestran una dilatación tres veces mayor que su diámetro normal; el dolor se describe como una molestia sorda e

intensa en la pelvis que empeora al caminar, con una posición de pie prolongada y postcoito, que mejora con el reposo y el uso de AINES.[30, 32, 40, 44, 46] Por otra parte, el aumento en la irrigación arterial por procesos inflamatorios crónicos, como en el caso de la enfermedad pélvica inflamatoria [47, 48] puede generar un síndrome de congestión pélvica; de igual manera, los estados hiperestrogénicos, como el síndrome de ovario poliquístico, se asocia a una alteración del tono en la vasculatura venosa, favoreciendo la aparición de síntomas por congestión; por lo tanto, el empleo de medicamentos que producen estados hipoestrogénicos como los análogos de GnRH, los progestágenos o antiestrógenos se asocian con disminución del calibre venoso y de los síntomas. [49,50]

- La cistitis intersticial o síndrome de vejiga dolorosa, es un síndrome clínico crónico, que se caracteriza por incremento de la frecuencia urinaria, incontinencia urinaria de urgencia y / o dolor pélvico, en ausencia de cualquier otra patología identificable, como una infección del tracto urinario, carcinoma de vejiga, o cistitis inducida por la radiación o medicación. Las pacientes pueden presentar una variedad de síntomas e incluso diversos grados de dolor; [51] de estas pacientes con dolor, el 80,4%, 73,8%, 65,7%, y 51,5% reportó dolor en el abdomen inferior, uretra, la espalda baja, y vaginal respectivamente; los síntomas con frecuencia se presentan como episódicos, por lo tanto, se diagnostica como infección del tracto urinario; se ha demostrado que aproximadamente el 75% de las mujeres que visitan a un ginecólogo por presentar DPC, tienen síntomas de urgencia / frecuencia o síntomas miccionales irritativos; [52] la prueba de oro en el diagnóstico, es la cistoscopia [53]. Para su tratamiento fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el sulfóxido de dimetilo intravesical. [54]
- Síndrome de intestino irritable el cual es un trastorno funcional del intestino sin etiología clara se caracteriza por periodos de dolor abdomino-pélvico asociado

a disfunción intestinal con episodios de estreñimiento y dolor [55]. Para la realización de su diagnóstico se utilizan en la actualidad los criterios de Roma III [56]

- Síndrome de ovario remanente, que se presenta posterior a una ooforectomía bilateral, en la cual hay tejido ovárico que no se identificó claramente, y puede ser causa de DPC; se comprobaría su presentación con niveles de Hormona folículo estimulante (FSH) y estradiol normales, asociados al antecedente de cirugías pélvicas previas. [30]
- Síndrome de ovario residual es la presencia de dolor pélvico en una paciente a la cual se le deja uno o ambos ovarios generalmente después de una histerectomía [57]

Tabla 1. Causas de DPC según localización. [22]

Ginecológicas	Problemas de salud mental	Tracto Urinario	Tracto Gastrointestinal
Endometriosis*	Somatización	Cistitis Intersticial/Síndrome de Vejiga dolorosa*	Síndrome de intestino irritable*
Enfermedad Pélvica Inflamatoria Crónica*	Abuso de sustancias	Infección urinaria recurrente	Enfermedad inflamatoria intestinal y otras causas de colitis
Adherencias Pélvicas	Abuso físico y sexual	Divertículo uretral	Colitis Diverticular
Congestión Pélvica (varicosidades pélvicas)	Depresión	Síndrome uretral crónico	Obstrucción intestinal crónica intermitente
Adenomiosis	Trastornos del sueño	Neoplasia	Neoplasia
Síndrome Ovario remanente		Cistitis posradiación	Estreñimiento crónico
Síndrome ovario residual	Musculoesquelético		Enfermedad celiaca (Sprue)
Leiomiomas	Mialgia de piso	Trastornos	

	pélvico*	Neurológicos
Endosalpingiosis	Dolor Miofascial (puntos dolorosos)*	Neuralgia, especialmente de nervios iliohipogástrico, ilioinguinal, genitofemoral o pudendo*
Neoplasia	Coxygodinia	Hernias del núcleo pulposo
Prolapso de trompas de Falopio (post-histerectomía)	Síndrome Piriforme	Neoplasia
Salpingitis Tuberculosa	Hernia	Dolor neuropático
Mesotelioma quístico Benigno	Posturas anormales	Epilepsia abdominal
Quistes peritoneales posoperatorios	Fibromialgia	Migraña abdominal
	Síndrome de dolor pélvico periparto	

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características socio demográficas, clínicas, hallazgos intraoperatorios y las complicaciones quirúrgicas de las pacientes con dolor pélvico crónico a quienes se les realizó laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica en el Hospital Universitario de Santander, entre los meses de junio 2010 a Diciembre a 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Describir las características clínicas de las pacientes con DPC llevadas a laparoscopia como parte del estudio y tratamiento
- b. Comparar el diagnóstico clínico pre-quirúrgico con los hallazgos intraoperatorios de la laparoscopia
- c. Identificar las complicaciones y eventos adversos encontrados en la laparoscopia y postoperatorio mediato.
- d. Explorar potenciales factores de riesgo para un resultado sin hallazgos en la laparoscopia.

4 METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de corte transversal.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Todas las mujeres registradas en la base de datos del servicio de cirugía laparoscópica, con diagnóstico de dolor pélvico crónico a quienes se les realizó laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica, en el servicio de ginecología y endoscopia ginecológica del Hospital Universitario de Santander en el periodo comprendido entre el 1 de junio del 2010 hasta 31 de diciembre del 2013.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con diagnóstico clínico de DPC y a las cuales se les realizó laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica, en el servicio de ginecología y endoscopia ginecológica del Hospital Universitario de Santander en el periodo comprendido entre el 1 de junio del 2010 hasta 31 de diciembre del 2013.

4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes en los que no se encuentre el número de las historias clínicas completo.

Pacientes a las que no fue posible localizar archivo de historia clínica.

Pacientes con procedimiento realizado diferente a laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica.

5 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Para la recolección de la información se tuvo en cuenta las variables organizadas en categorías 1. Información general, 2. Antecedentes Gestacionales, 3. Clínica, 4. Hallazgos intraoperatorios 5. Complicaciones del procedimiento descritas a continuación

Nombre de la variable	Definición conceptual	Medida	Código
<i>Edad</i>	Años cumplidos	años	
<i>Procedencia</i>	Lugar de residencia actual	Bucaramanga	1
		Floridablanca	2
		Girón	3
		Piedecuesta	4
		Otro	5
<i>Nivel de educativo</i>	Nivel alcanzado en el sistema	Ninguno	1
	formal de educación	Primaria	2
		Secundaria	3
		Tecnología	4
		Técnica	5
		Universitaria	6
<i>Afiliación al sistema de seguridad social en salud</i>	Afiliación al sistema de seguridad social en el momento de la consulta	Si	1
		No	0
<i>Ocupación laboral</i>	Actividad laboral que realiza la paciente en el momento de la consulta	Trabajo formal	1
		Trabajo informal	2
		Independiente	3
		Desempleada	4
<i>Estado Civil</i>	Condición de la paciente	Soltera	1
	en relación a derechos y obligaciones	Casada	2
	civiles y conyugales	Unión libre	3
		Viuda	4
		Divorciada	5
<i>Tiempo de dolor al momento de la consulta</i>	Evolución del dolor en el tiempo	Menor 6 meses	1
		6-12 meses	2
		Mayor de 12 meses	3
<i>Tipo de dolor</i>	Tipo de dolor referido por la paciente	Sordo	1
		Mal localizado	2

		Referido	3
		Ardor	4
<i>Ciclicidad del dolor</i>	Relación del dolor con la menstruación	Si	1
		No	0
<i>Síntomas urinarios asociados</i>	Presentación clínica de anomalías relacionadas con la micción	Si	1
		No	0
Dispareunia	Dolor genital recurrente o persistente	Si	1
	asociado al coito	No	0
Dismenorrea	Dolor durante la menstruación de tipo cólico en la porción inferior del abdomen presente durante al menos 3 ciclos menstruales; cuya evolución clínica varía entre 4 hrs hasta 4 días	Si	1
		No	0
Disquecia	Trastorno de la defecación que consiste en una evacuación dificultosa y que suele condicionar estreñimiento crónico	Si	1
		No	0
<i>Cirugías abdominales previas</i>	Antecedentes de procedimientos quirúrgicos	Si	1
	diagnósticos o terapéuticos realizados a nivel abdominal	No	0
Patrón menstrual	Representación de ciclicidad en la menstruación	Regular	1
		Irregular	2
<i>Embarazos previos</i>	Presencia de gestaciones previas	Si	1
		No	0
<i>Partos vaginales</i>	Terminación de las gestaciones por vía vaginal	Si	1
		No	0
Cesáreas	Procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer el feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal.	Si	1
		No	0
<i>Abortos</i>	Terminación de las gestaciones en abortos	Si	1
		No	0
<i>Ectópicos</i>	Presentación de las gestaciones en sitios distintos al intrauterino.	Si	1
		No	0
<i>Legrado uterino previo</i>	Necesidad de legrado uterino por razón obstétrica o ginecológica	Si	1
		No	0
Histerectomía	Extracción quirúrgica del útero por cualquier razón	Si	1
		No	0
<i>Diagnósticos ginecológicos</i>	Diagnósticos realizados según clínica o por	Endometriosis	1

<i>previos</i>	ayudas diagnosticas		
		EPI	2
		Adenomiosis	3
		Endometritis	4
		Miomatosis	5
		Cáncer	6
		Pólipo endometrial	7
		Quiste de ovario	8
		Masa anexial	9
		Malformaciones	10
<i>Diagnósticos del tracto urinario</i>	Estudios que hayan culminado con el diagnóstico de patología a nivel	Infecciones urinarias	1
Previos	del árbol urinario	litiasis vesical	2
		Cistitis intersticial	3
		Ninguno	4
<i>Tratamientos previos</i>	Intervenciones médicas en estilo de vida con medicamentos que	Dieta y ejercicio	1
	haya recibido para su condición	Analgésicos	2
	clínica de DPC	Anticonceptivos orales	3
		Antibióticos	4
		Otros	5
<i>Analgesia</i>	Medicamento analgésico que haya recibido como tratamiento para	Ibuprofeno	1
	control del DPC	Naproxeno	2
		Acetaminofén	3
		Otros (Opioides)	4
<i>Reporte de ecografías previas</i>	Ecografías pélvicas que hayan sido realizadas como parte del abordaje	Normal	1
	diagnóstico de DPC	Anormal	2
		No realizada	3
<i>Dolor a la palpación de abdomen</i>	Presencia de dolor a la exploración abdominal o pélvica dentro	Si	1
	de la consulta	No	0
<i>Masas</i>	Hallazgo de masas o tumoraciones en abdomen o Pelvis	Si	1
		No	0
<i>Cicatrices</i>	Presencia de cicatrices en piel de abdomen o pelvis	Si	1
		No	0
<i>Hernias</i>	Hallazgo de hernias en pared abdominal dentro de la consulta	Si	1
		No	0
<i>Anormalidades ortopédicas</i>	Hallazgo de alteraciones del esqueleto axial enfocado en columna dorso lumbar	Si	1
	o huesos pélvicos.	No	0

<i>Hallazgos intraoperatorios</i>	Descripción de patología encontrada en procedimiento quirúrgico.	ninguna	1
		EPI	2
		Endometriosis I-II	3
		Endometriosis III-IV	4
		Miomatosis	5
		adherencias densas	6
		adherencias laxas	7
		masas anexiales	8
		Malformaciones	9
		Pólipo endometrial	10
		S. congestión pélvica	11
		Adenomiosis	12
<i>Procedimiento quirúrgico definitivo</i>	Manejo quirúrgico realizado según los hallazgos intraoperatorios.	Ninguna	1
		Fulguración de focos	2
		LUNA	3
		Liberación de adherencias	4
		Resección de masas	5
		Miomectomía	6

5.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Seleccionar los pacientes con diagnóstico de DPC a partir de la base de datos del servicio de cirugía laparoscópica, a quienes se les realizó laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica del Hospital Universitario de Santander en el periodo comprendido entre el 1 de junio del 2010 hasta 31 de diciembre del 2013

Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica de cada paciente: datos sociodemográficos (edad, procedencia, estrato, seguridad social, ocupación), información relacionada con la gestación (paridad, vía de los partos, realización de legrado obstétrico), diagnóstico (reporte de paraclínicos y estudios de imágenes), hallazgos intraoperatorios y complicaciones de la cirugía.

Para realizar dicha recolección se utilizó un formato previamente diseñado, llamado instrumento de recolección de datos donde figuraron las variables medidas. El diligenciamiento del formato estuvo a cargo del investigador principal.

5.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos recolectados se incluyeron en una base de datos en el programa Microsoft office Excel 2010 y posteriormente analizados en el programa estadístico Stata 12.0.

Los resultados se presentan en tablas y gráficas que muestran los resultados obtenidos en el análisis descriptivo.

5.3 CALIDAD DE LOS DATOS

Se busca analizar información de alta calidad por ello se realizó búsqueda activa de la información en los casos que no se encontró disponible en la historia clínica. Se construyó por duplicado la base de datos con los casos motivo de análisis en Excel 2010. Se utilizaron los códigos de validación para restringir la captura de los datos y errores en la digitación de las base de datos.

5.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

El plan de análisis se realizará en el software STATA 12.0 con un nivel de significancia del 5%. El análisis estadístico se dividirá en dos componentes:

5.4.1 Análisis descriptivo. El análisis descriptivo se compuso de medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y

distribución de frecuencias y proporciones con intervalos de confianza del 95% para las variables cualitativas.

5.4.2 Análisis bivariado: El análisis bivariado consistió en evaluar la asociación de manera independiente entre el desenlace y cada una de las variables independientes empleando regresión logística. Se seleccionaron las variables que mostraron una mayor asociación en el análisis bivariado definida por un valor de $p < 0.05$, igualmente se consideró la conveniencia de incluir aquellas variables que se consideraron por marco teórico importantes o influyentes, si se sospechó que a pesar de no haber resultado estadísticamente significativas, podrían modificar o intervenir en los resultados del modelo.

5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La realización de este trabajo está acorde con las normas rectoras de la investigación clínica vigente a nivel internacional y nacional, sujeto a los estándares éticos reconocidos en la declaración de Helsinki de 1964 y adaptada a su última revisión en octubre del 2013. Se aplicaran las recomendaciones de las guías de buenas prácticas clínicas de la CEE (documento 111/3976/88, julio 1990) y los principios éticos básicos de respeto a las personas, beneficencia y justicia del reporte Belmont.

De acuerdo a los parámetros fijados en la resolución 008430 del Min. Salud, ésta investigación emplea técnicas y métodos de investigación documental sin ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio; no requiere consentimiento informado puesto que no hace intervenciones en pacientes. Clasificación del riesgo del trabajo: sin riesgo.

5.6 RESULTADOS ESPERADOS Y POTENCIALES BENEFICIARIOS

6.6.1 Resultados relacionados con la generación de nuevos conocimientos.

Con esta investigación se busca el conocer e identificar el comportamiento de las pacientes con DPC, los hallazgos en laparoscopia y complicaciones de pacientes tratadas en nuestra población. Además, explorar los factores de riesgo asociados con la laparoscopia sin hallazgos.

5.6.2 Resultados conducentes al fortalecimiento de la capacidad científica nacional.

El DPC es una patología muy frecuente y compleja de abordar y tratar, se requiere de un manejo multidisciplinario y habilidades para reconocer las patologías que lo causan clínicamente y según los hallazgos quirúrgicos, esto hace importante una aproximación a las causas en nuestro medio y los eventos relacionados con el manejo quirúrgico ya que según el análisis de nuestros datos sería posible identificar o sugerir a cuáles pacientes se beneficiarían con el manejo quirúrgico y a cuáles debería ofrecérseles manejo médico o por otra especialidad. Es importante mencionar que en nuestro medio no existen caracterizaciones de esta patología, por lo tanto, al realizar esta investigación tendremos una información acerca de nuestra comunidad y la podremos aplicar en el abordaje y aproximación de manejo quirúrgico.

5.6.3 Resultados dirigidos a la apropiación social del conocimiento.

La estrategia para divulgar los conocimientos generados en esta investigación es por medio de publicaciones en revistas científicas relacionadas con el área de Ginecobstetricia.

5.7 IMPACTOS ESPERADOS A PARTIR DEL USO DE LOS RESULTADOS

El impacto esperado con esta investigación es el conocimiento de las causas de DPC, su frecuencia, hallazgos intraoperatorios, comorbilidades, complicaciones de la laparoscopia y la identificación de las pacientes que tendrían mayor beneficio del manejo quirúrgico según la clínica que presenten.

Los resultados esperados del proyecto están encaminados a: 1) fortalecer la formación investigativa en el área de la ginecología 2) Lograr la capacidad de plantear un problema o pregunta de investigación y ejecutar un proyecto de investigación 3) Fortalecer la capacidad de recolección, registro, control y análisis de los datos 4) Aplicación de análisis estadísticos 5) Uso de software estadístico STATA 12.0 6) Aplicación de instrumentos de medición 7) Revisión de la literatura 8) Proponer medidas de intervención 9) Fortalecer la creación y redacción de manuscritos y presentación de proyectos. Los resultados y análisis de los datos serán presentados en forma de un artículo de calidad científica con proyección de publicación y/o en forma de ponencia en un congreso con calidad científica e investigativa en el área de la ginecología.

Otro impacto esperado con el uso de los resultados es cumplir uno de los requisitos para obtener el título de especialista en ginecología y obstetricia.

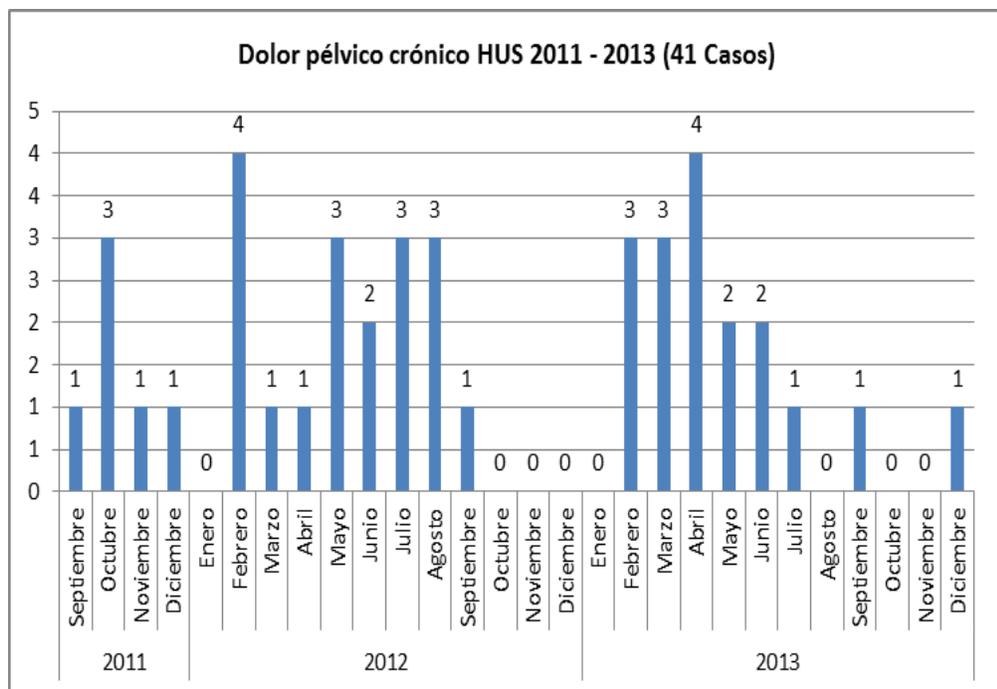
5.8 RESULTADOS

Se revisó la base de datos del servicio de endoscopia ginecológica correspondiente al periodo de estudio, en la cual se encontró un total de 218 procedimientos, posteriormente se filtró los datos teniendo como parámetro el diagnóstico de DPC y se obtuvo como resultado 47 pacientes con diagnóstico de DPC a quienes se les realizó laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica. De ésta

muestra, 31 historias clínicas se encontraron en formato electrónico institucional y las restantes 10 en formato físico, para una muestra final de 41 pacientes. No fue posible encontrar tres historias ni en formato electrónico ni digital, adicionalmente otras dos historias clínicas presentaron error en la digitación del número de identificación y una paciente no correspondió al procedimiento quirúrgico estudiado.

La muestra total estuvo conformada por 41 mujeres captadas en el servicio de cirugía endoscópica ginecológica del Hospital Universitario de Santander durante los años 2011 a 2013, con edad promedio $33,7 \pm 7,7$ años (rango de 17 a 52 años); procedentes principalmente del municipio de Bucaramanga (36,6%) y su diagnóstico fue realizado principalmente durante los primeros seis meses de los años en mención (ver figura 1).

Figura 1 Dolor pélvico crónico según año y mes de diagnóstico. HUS 2011-2013.



5.9 ANÁLISIS UNIVARIADO

Durante el análisis univariado algunas variables no corresponden al total de la muestra debido a que hubo una pérdida de menos del 30% de los datos, la cual fue calculada en la metodología del trabajo para mantener la validez interna de la investigación.

5.9.1 Características generales de la población de estudio. Como se mencionó, la mayor parte de las pacientes seleccionadas proceden del municipio de Bucaramanga (36,6%), 10 pacientes más proceden de los otros municipios del área metropolitana y las restantes 16 de otros municipios; el 70,7% de las pacientes tiene 30 años o más, 38,2% tienen educación secundaria, 62,1% son desempleadas, 77,4% tienen pareja estable (casadas o en unión libre) y solamente una no tiene afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) correspondiente al 2,4% (ver tabla 2).

Tabla 2. Características generales.

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	N	%	IC 95%
Procedencia			
Bucaramanga	15	36,6	21,2-52,0
Floridablanca	3	7,3	0-15,6
Girón	4	9,8	0,3-19,2
Piedecuesta	3	7,3	0-15,6
Otro	16	39,0	23,4-54,6
Edad			
Menor a 30 años	12	29,3	14,7-43,8
Mayor o igual a 30 años	29	70,7	56,2-85,3
Nivel educativo			
Secundaria	13	38,2	21,0-55,4
Primaria	21	61,8	44,6-79,0
Condición de afiliación al SGSSS			
Afiliada	40	97,6	92,6-100,0
No afiliada	1	2,4	2,5-7,4
Ocupación			
Con ocupación	11	37,9	19,1-56,7
Desempleada	18	62,1	43,3-80,9

Estado civil				
	Soltera	7	22,6	7,0-38,2
	Casada	8	25,8	9,5-42,1
	Unión libre	16	51,6	33,0-70,2

La mayor parte de las mujeres presentan dolor por más de 6 meses de evolución (81,1%), y 17 de ellas (46,0% del total) lo presentan por más de un año de evolución; el dolor es reportado por la mayoría de las mujeres como “sordo” (94,9% del total) y no relacionado con el ciclo menstrual (81,6%) (ver tabla 3).

Tabla 3. Características del Dolor Pélvico Crónico (DPC)

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR		N	%	IC 95%
Tiempo de evolución				
	Menor de 6 meses	7	18,9	5,7-32,2
	De 6 a 12 meses	13	35,1	19,0-51,3
	Mayor a 12 meses	17	46,0	29,1-62,8
Tipo de dolor				
	Sordo	37	94,9	87,6-100,0
	Mal localizado	1	2,6	0-7,8
	Referido	1	2,6	0-7,8
Ciclicidad del dolor				
	No	31	81,6	68,7-94,5
	Si	7	18,4	5,5-31,3

Dentro de los síntomas que mayormente reportaron las pacientes sujetos de estudio estuvieron los síntomas urinarios y la disquecia (90,2% y 89,2% respectivamente) y en menor proporción manifestaron dispareunia (68,6%), dismenorrea (63,9%) y alteraciones en el patrón menstrual (37,5%) (ver tabla 4).

Tabla 4. Síntomas asociados al Dolor Pélvico Crónico (DPC)

SÍNTOMAS ASOCIADOS		N	%	IC 95%
Dispareunia				
	No	24	68,6	52,4-84,8
	Si	11	31,4	15,2-47,6
Dismenorrea				
	No	23	63,9	47,4-80,4
	Si	13	36,1	19,6-52,6
Disquecia				

	No	33	89,2	78,7-99,7
	Si	4	10,8	0,3-21,3
Síntomas urinarios				
	No	37	90,2	80,8-99,7
	Si	4	9,8	0,3-19,2
Patrón menstrual				
	Regular	25	62,5	46,8-78,2
	Irregular	15	37,5	21,8-53,2

El 37,5% de las mujeres (15 mujeres) no refirieron antecedentes obstétricos, el 40,0% refirió el antecedente de cirugía abdominal previa y solo 3 mujeres (7,5%) mencionaron el antecedente de histerectomía (ver tabla 5).

Tabla 5. Antecedentes ginecobstétricos

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS		N	%	IC 95%
Embarazos				
	No	15	37,5	21,8-53,2
	Si	25	62,5	46,8-78,2
Partos				
	No	21	52,5	36,3-68,7
	Si	19	47,5	31,3-63,7
Cesáreas				
	No	30	75,0	61,0-89,0
	Si	10	25,0	11,0-39,0
Abortos				
	No	33	82,5	70,2-94,8
	Si	7	17,5	5,2-29,8
Legrados				
	No	33	82,5	70,2-94,8
	Si	7	17,5	5,2-29,8
Cirugía abdominal previa				
	No	24	60,0	44,1-75,9
	Si	16	40,0	24,1-55,9
Histerectomía				
	No	37	92,5	84,0-100,0
	Si	3	7,5	0-16,0

Al examen físico, el dolor a la palpación fue el hallazgo más predominante, el cual fue referido por 31 de las 41 mujeres (75,6%), se encontraron (según las historias clínicas) 5 mujeres con masas a nivel pélvico (12,2%), cicatrices en 17 mujeres (42,5%) y anormalidades óseas en 5 mujeres (12,2%) (ver tabla 6). No se reportaron pacientes con hernias.

Tabla 6. Hallazgos al examen físico

HALLAZGOS AL EXAMEN FÍSICO		N	%	IC 95%
Dolor a la palpación	No	10	24,4	10,7-38,1
	Si	31	75,6	61,9-89,3
Masas	No	36	87,8	77,3-98,3
	Si	5	12,2	1,7-22,7
Cicatrices	No	23	57,5	41,5-73,5
	Si	17	42,5	26,5-58,5
Anormalidades ortopédicas	No	36	87,8	77,3-98,3
	Si	5	12,2	1,7-22,7

Dentro de los diagnósticos realizados a través de medios clínicos o con ayudas paraclínicas mencionados en las historias clínicas revisadas, los más frecuentes fueron la endometriosis (14 mujeres que corresponden al 45,2% del total) y presencia de masas (6 pacientes que corresponden a un 19,3%), las ecografía reportan alguna anormalidad en la mayoría de las mujeres (31 mujeres, 81,6%) y no se reportaron diagnósticos de cáncer ni adenomiosis (ver tabla7).

Tabla 7. Diagnóstico clínico o paraclínico

DIAGNÓSTICO CLÍNICO		N	%	IC 95%
Patología urinaria	No	40	97,6	92,6-100,0
	Si	1	2,4	0-7,4
Endometriosis	No	17	54,8	36,3-76,4

	Si	14	45,2	26,6-63,7
EPI	No	29	93,6	84,4-100,0
	Si	2	6,4	0-15,6
Endometritis	No	30	96,8	90,2-100,0
	Si	1	3,2	0-9,8
Miomatosis	No	27	87,1	74,6-99,6
	Si	4	12,9	0,4-25,4
Pólipo	No	27	87,1	74,6-99,6
	Si	4	12,9	0,4-25,4
Quiste	No	28	90,3	79,3-100,0
	Si	3	9,7	0-20,7
Masa	No	25	80,7	65,9-95,4
	Si	6	19,3	4,6-34,1
Malformación	No	30	96,8	90,2-100,0
	Si	1	3,2	0-9,8
Resultado de ecografía previa	Normal	6	15,8	3,6-27,9
	Anormal	31	81,6	68,7-94,5
	No realizada	1	2,6	0-8,0

El enfoque terapéutico realizado a estas mujeres con dolor pélvico crónico fue principalmente analgésico (55,3%) y en menor proporción hormonal (29,0%) (ver tabla 8).

Tabla 8. Enfoque terapéutico

ENFOQUE TERAPÉUTICO		N	%	IC 95%
Tratamientos previos				
	Analgésicos	21	55,3	38,7-71,8
	Anticonceptivos orales	11	29,0	13,8-44,1
	Antibióticos	4	10,5	3,0-20,7
	Otros	2	5,3	0-12,7
Manejo analgésico				
	Ibuprofeno	4	40,0	3,1-76,9
	Naproxeno	4	40,0	3,1-76,9
	Otro	2	20,0	0-50,2

Se reportaron 77 hallazgos intraoperatorios (diagnósticos) en las 41 mujeres para una razón de 1,87 hallazgos quirúrgicos por paciente; los más frecuentemente reportados fueron la masa anexial registrada en 21 pacientes (51,2%), las adherencias densas en 17 pacientes (41,5%) y la endometriosis grado III-IV en 11 pacientes (26,8%) (ver tabla 8).

De las pacientes a las que se les encontró como hallazgos intraoperatorios masa anexial cinco correspondieron a hidrosálpinx bilateral, cinco teratomas maduros a los cuales tres se les encontró hidátide de Morgagni, cinco endometriomas, dos quistes para ováricos, dos hematosalpinx, uno piosálpinx, uno cistadenoma seroso asociado a quiste de inclusión peritoneal, para un total de 21 pacientes.

No se presentaron laparoscopias negativas por lo cual no es posible cumplir el objetivo específico “D” planteado en la página 20 ya que no se pueden determinar riesgos asociados con un desenlace de laparoscopia negativo.

Tabla 9. Hallazgos intraoperatorios

HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS		N	%	IC 95%
Endometriosis I-II	No	32	78,1	64,8-91,3
	Si	9	21,9	8,7-35,2
Endometriosis III-IV	No	30	73,2	59,0-87,3
	Si	11	26,8	12,7-41,0
Miomas	No	37	90,2	80,8-99,7
	Si	4	9,8	0,3-19,2
Adherencias densas	No	24	58,5	42,8-74,3
	Si	17	41,5	25,7-57,2
Adherencias laxas	No	32	78,1	64,8-91,3
	Si	9	21,9	8,7-35,2
Masa anexial	No	20	48,8	32,8-64,8

	Si	21	51,2	35,2-67,2
Malformaciones	No	39	95,1	88,2-100,0
	Si	2	4,9	0-11,8
Pólipo endometrial	No	39	95,1	88,2-100,0
	Si	2	4,9	0-11,8
Congestión pélvica	No	40	97,6	92,6-100,0
	Si	1	2,4	0-7,4
Adenomiosis	No	40	97,6	92,6-100,0
	Si	1	2,4	0-7,4

No se realizó ningún procedimiento quirúrgico en dos pacientes (4,9%), debido a hallazgo de malformaciones congénitas; de las cuales una correspondió a útero didelfo fusionado, con ausencia de cuello izquierdo y hematómetra del mismo lado, y otra a útero bicorne con trompa derecha hipoplásica.

Los procedimientos quirúrgicos mayormente registrados fueron la liberación de adherencias (23 casos para un 56,1%), las resecciones de masas en 21 casos (51,2%) y las fulguraciones en 13 pacientes (31,7%) (ver tabla 9).

Tabla 10. Tratamiento quirúrgico

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO		N	%	IC 95%
Ningún procedimiento	No	39	95,1	88,2-100,0
	Si	2	4,9	0-11,8
Fulguración	No	28	68,3	53,4-83,2
	Si	13	31,7	16,8-46,6
Luna	No	39	95,1	88,2-100,0
	Si	2	4,9	0-11,8
Liberación de adherencias	No	18	43,9	28,0-59,8
	Si	23	56,1	40,2-72,0
Resección	No	20	48,8	32,8-64,8
	Si	21	51,2	35,2-67,2
Miomectomía	No	37	90,2	80,8-99,7
	Si	4	9,8	2,7-19,2

5.10 ANÁLISIS BIVARIADO

Se realizaron cruces de todas las variables con los patrones clínicos, los diagnósticos, los hallazgos quirúrgicos y los tratamientos realizados, con el fin de encontrar asociaciones estadísticas que pudieran tener plausibilidad biológica entendiendo que el universo es pequeño (41 pacientes incluidas).

Dentro de las variables socio-demográficas se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad (categorizada) de las mujeres y el patrón menstrual ($X^2 = 10,2857$; $p = 0,003$) siendo el patrón irregular más frecuente en las menores de 30 años y también entre la edad y el diagnóstico intraoperatorio de endometriosis III-IV siendo este hallazgo igualmente más frecuente de manera diferencial en las menores de 30 años ($X^2 = 13,7152$; $p=0,001$).

Aunque sin suficiente evidencia en la literatura científica, el nivel educativo resultó asociado a la ciclicidad del dolor ($X^2 = 8,4201$; $p=0,007$), al diagnóstico clínico de endometriosis ($X^2 = 6,0136$; $p=0,022$), al diagnóstico quirúrgico de adherencias laxas ($X^2 = 8,4142$; $p=0,007$) y al dolor postoperatorio ($X^2 = 5,7287$; $p=0,041$).

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas relacionadas con las características del dolor ni tampoco con los síntomas asociados al dolor pélvico crónico.

Con respecto a los antecedentes médicos, la variable cirugía abdominal previa se encontró muy cerca de estar asociada de manera significativa al hallazgo quirúrgico de adherencias densas ($X^2 = 4,3649$; $p=0,053$).

Con respecto a los hallazgos al examen físico, se encontraron asociaciones entre el dolor a la palpación y la miomatosis uterina ($X^2 = 5,8047$; $p = 0,043$), la

presencia de masas en el examen físico y el hallazgo quirúrgico de quistes ($X^2 = 22,4196$; $p = 0,001$) y la presencia de masas en el examen físico y el hallazgo intraoperatorio de masa anexial ($X^2 = 5,4233$; $p=0,048$).

Es importante destacar que el diagnóstico clínico presentó una buena correlación quirúrgica ya que el diagnóstico de endometriosis se encontró asociado de manera significativa al hallazgo quirúrgico de endometriosis grado I-II ($X^2 = 6,0040$; $p=0,028$) y al de endometriosis grado III-IV ($X^2 = 9,2509$; $p=0,007$), así también el diagnóstico clínico y/o paraclínico de miomatosis se encontró asociado estadísticamente a su hallazgo quirúrgico ($X^2 = 15,7578$; $p=0,003$)

Con respecto a los procedimientos quirúrgicos realizados con base en los hallazgos encontrados, se presentaron las siguientes asociaciones estadísticamente significativas:

- Endometriosis I-II – Fulguración ($X^2 = 6,5083$; $p=0,018$)
- Endometriosis III-IV – Fulguración ($X^2 = 11,6819$; $p<0,001$)
- Miomas – Miomectomía ($X^2 = 41,0000$; $p<0,001$)
- Adherencias densas – Liberación ($X^2 = 17,0457$; $p<0,001$)
- Adherencias laxas – Liberación ($X^2 = 5,0346$; $p=0,054$)
- Masa anexial – Resección ($X^2= 33,3859$; $p<0,001$).

No se presentaron complicaciones durante las cirugías.

6 DISCUSIÓN

En este trabajo se buscó describir las características sociodemográficas, clínicas, hallazgos intraoperatorios y complicaciones de las pacientes con diagnóstico de DPC atendidas en el Hospital Universitario de Santander. La mayoría de las mujeres analizadas describieron las características del dolor, los síntomas relacionados y sus antecedentes médicos.

Latthe P y colaboradores realizaron una revisión sistemática, incluyendo 122 estudios, con 48 factores de riesgo y llegaron a la conclusión que 13 de estos factores de riesgo mostraron evidencia de tener relación con DPC entre ellos: los problemas de salud mental, violencia doméstica y antecedentes ginecológicos como menstruaciones prolongadas, cesáreas previas, enfermedad pélvica inflamatoria, abortos previos, adherencias pélvicas y endometriosis [31]. Al compararlos con los resultados de este trabajo, estos factores de riesgo no demuestran asociaciones estadísticamente significativas con DPC, por lo tanto las características del dolor solo lograron una aproximación diagnóstica que guió la realización del examen pélvico.

Con respecto a esto, Hebbar and Chawla en un estudio de 86 participantes, quisieron encontrar una correlación entre el examen pélvico pre quirúrgico y los hallazgos intraoperatorios, encontrando que de 29 laparoscopias sin hallazgos positivos hubo solo 7 pacientes que tenían examen pélvico anormal antes de la cirugía. El examen físico detectó anomalías solo en el 33% de las mujeres mientras que en la laparoscopia detectó hallazgos anormales en el 66%. Estos hallazgos son diferentes a los de este estudio, ya que los diagnósticos clínicos presentaron una muy buena correlación quirúrgica, encontrándose asociaciones estadísticamente significativas. Lo cual soporta la propuesta de que un enfoque clínico basado en una correcta aproximación diagnóstica requiere una historia clínica dirigida a documentar muy bien las características del dolor para guiar un

diagnóstico presuntivo e iniciar un tratamiento oportuno que permita mejorar la calidad de vida de las pacientes [28].

De acuerdo a las recomendaciones para el manejo del DPC del colegio americano de ginecología y obstetricia basados en la evidencia terapéutica, la terapia de primera línea es el tratamiento médico son los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), y los anticonceptivos orales combinados (estrógenos y progestágenos, cíclicos o continuos) [39, 58]. En nuestro estudio se encontró que el enfoque terapéutico inicial fue analgésico en un 55,3% de los casos y en menor proporción hormonal 29%, sin embargo en la mayoría de los casos se inició un tratamiento combinado.

A pesar de estas recomendaciones, algunas pacientes con DPC prefieren que se les haga diagnóstico quirúrgico y no someterse a terapia empírica. Entre las consideraciones de la laparoscopia, se debe tener en cuenta el costo, las complicaciones y el subdiagnóstico. [28 29, 39]. El estudio con laparoscopia estaría recomendado ante la clínica de dismenorrea severa con dispareunia y alteraciones en fondo de saco que sugieran la presencia de endometriosis.

Zondervan en el año 2000 describió que del 20 al 80% de las pacientes que van a laparoscopia por DPC no tienen ningún hallazgo, lo cual nos muestra diferencias con los resultados de este trabajo ya que en la totalidad de las pacientes presentaron hallazgos positivos. [23]. De igual manera Howard FM en el 2003 describió que de 1524 laparoscopias el 35% no tenía hallazgos, el 33% correspondieron a endometriosis, 24% a adherencias, el 5% a EPI, 1% a miomas, 3% a quiste de ovario 1% a varicosidades pélvicas y 4% correspondió a otros hallazgos. Incluso las hernias inguinales fueron causa del 1-6% de los casos de DPC [28]. En nuestro estudio, por el contrario, aunque el diagnóstico clínico pre quirúrgico más frecuente fue la endometriosis, en los hallazgos intraoperatorios la primera causa de DPC presentada fueron las masas anexiales en el 51,2%,

seguido por las adherencias densas en el 41,5% y la endometriosis grado III-IV en el 26,8%

Lo cual está en concordancia con lo encontrado en la literatura, en la cual está reportado que las adherencias pélvicas son uno de los hallazgos orgánicos más frecuentes durante el procedimiento quirúrgico. En aproximadamente un 89% de los casos se relaciona con DPC, aunque aparece con frecuencia y a veces en gran medida sin DPC.[1, 44]. Las adherencias suelen ser consecuencia de alguna intervención quirúrgica previa, pero también pueden aparecer después de procesos inflamatorios, como la enfermedad pélvica inflamatoria, quistes rotos e infección posparto [44]. Seguido a esta patología, se encuentra la endometriosis que afecta alrededor del 24% de las mujeres que consultan por DPC [43].

Hasta la fecha no se ha demostrado que la laparoscopia mejore a largo plazo los síntomas de las pacientes con DPC ya que hasta un 44% de las pacientes que han mejorado con esta intervención recaen en el año siguiente [19, 12] para documentar estos hallazgos se hace necesario un estudio con seguimiento a mediano plazo.

Se recalca que el uso de la laparoscopia debe ser individualizado y dirigido según los hallazgos clínicos, ya que hay condiciones patológicas que pueden ser diagnosticadas por métodos no invasivos. [18]

Se han descrito procedimientos laparoscópicos como la ablación del nervio uterosacro y neurectomía presacra, sin evidencia suficiente de su utilidad, lo cual soporta los hallazgos encontrados en este estudio en donde solo al 4,2% de las pacientes se les realizó este tipo de procedimiento. [30].

Finalmente, A todas las pacientes a quienes no se les encuentren hallazgos positivos a la laparoscopia, se les debe realizar una reevaluación cuidadosa y pensar nuevamente en una causa no ginecológica.

6.1 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Febrero a Diciembre 2012	Enero 1 2013 a Diciembre 2013	Enero 2014 a Junio 2014	Junio a Diciembre 2014
Desarrollo asignatura Epidemiología e investigación	X			
Revisión de literatura, Elaboración de protocolo de investigación, presentación ante el departamento de Ginecología y obstetricia UIS, presentación ante la DIFE UIS, Implementación logística del proyecto.	X			
Recolección de la información.		X		
Corrección, análisis y redacción de datos.			X	
Sustentación y Publicación				X

6.2 PRESUPUESTO

Sistematización de la Información.....	\$ 500.000
Materiales y suministros.....	\$ 1.500.000
Total	\$ 2.000.000

7 CONCLUSIONES

- El DPC es una condición clínica de gran importancia en la consulta de ginecología; como se mencionó anteriormente, es de carácter multifactorial, por lo tanto requiere un abordaje integral y multidisciplinario.
- Se debe hacer una mejor aproximación diagnóstica, para utilizar de manera óptima los recursos disponibles, asumir de la mejor manera el manejo y aportar en la mejora de la calidad de vida de quienes lo padecen.
- La laparoscopia es de gran utilidad para el manejo de endometriosis y síndrome adherencial especialmente para pacientes con adherencias densas con compromiso intestinal o vascular.
- Debe evitarse intervenciones innecesarias, que puedan acarrear riesgos para las pacientes.
- Se hace necesaria la búsqueda de mayor información en países en vías de desarrollo, teniendo en cuenta que la mayor parte de la casuística con la que se cuenta actualmente proviene de países con alto flujo de recursos, en los cuales las características culturales y medioambientales de la población podrían ser diferentes.
- Se requiere realizar estudios con tamaño de muestras más grandes, que permitan la validez externa de los hallazgos.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Practice Bulletins. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol.* 2004;103:589-605.
2. Arguello RA. Dolor pélvico crónico indicador de laparoscopia. *Controversias en Ginecología y Obstetricia* 2000; 6:17-25.
3. Baker PK. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain. *Diagnosis and treatment. Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20:719-42.
4. Ballweg M. Blaming the victim. The psychologizing of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24:441-53.
5. Baloch S, Khaskheli M, Malik A. Diagnostic Laparoscopic Findings in Chronic Pelvic Pain. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2013, Vol. 23 (3): 190-193.
6. Behera M, Vilos G, Hollett-Caines J, Abu-Rafea B, Ahmad R. Laparoscopic findings, histopathologic evaluation, and clinical outcomes in women with chronic pelvic pain after hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2006; 13: 431–435.
7. Charles W. Butrick. Interstitial Cystitis and Chronic Pelvic Pain: New Insights in Neuropathology, Diagnosis, and Treatment. *Clinical obstetrics and gynecology.* 2003; 46 (4):811–23.
8. Cheong Y, Reading I, Bailey S, Sadek K, Ledger K, C Li3 T. Should women with chronic pelvic pain have adhesiolysis?. *BMC Women's Health* 2014, 14:36.
9. Clemons JL, Arya LA, Myers DL. Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2002; 100:337-41.
10. Cody RF Jr, Ascher SM. Diagnostic value of radiological tests in chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14:433-466.
11. Criollo Claudia, Romero Nora, Salazar Olga, Briceño Freddy, Navarro Hernando, Herrera Julián. Características ginecológicas y psicosociales del

- dolor pélvico crónico. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología 2004; 55(2):129-135.
12. Derasari MD. Taxonomy of pain syndromes: classification of chronic pain syndromes. In: Raj PP, Abrams BM, Benson HT, et al., eds. Practical Management of Pain, 3rd ed. St. Louis: Mosby, Inc; 2000:10-16.
 13. Doyle DF, Li TC, Richmond MN. The prevalence of continuing chronic pelvic pain following a negative laparoscopy. J Obstet Gynaecol 1998; 18:252-5.
 14. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology. 2006 Apr;130(5):1377-90
 15. Fall M, Baranowski A, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink E, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European urology. 2010; 57: 35-48.
 16. Farquhar C. Extracts from the "clinical evidence". Endometriosis. BMJ 2000; 320:1449-52.
 17. Farquhar C. Extracts from the "clinical evidence". Endometriosis. BMJ 2000; 320:1449-52.
 18. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. Obstet Gynecol 2002; 99:229-34.
 19. Gelbaya TA, El-Halwagy HE. Focus on Primary Care:Chronic Pelvic Pain in Women. Obstet Gynecol Surv 2001;56(12):757-64.
 20. Gómez G. Varicocelectomía por laparoscopia: descripción de una nueva técnica y su acción sobre el dolor pélvico crónico. Med Reprod 1998; 1:14-7.
 21. González PA, Ruiz JI, Cubillana PL, Iñiguez GD, Morcillo JC, Albacete MP. Alternativa terapéutica para el dolor pélvico crónico de origen vesical. Actas urológicas españolas 2009; 33(6):681-685
 22. Gourisankar K, Joydev M, Abhimanyu G. Different methods for evaluation of chronic pelvic pain. J Obstet Gynecol India. 2005; 55 (3): 251-253.
 23. Gunter J, Chronic Pelvic Pain: An Integrated Approach to Diagnosis and Treatment. Obstetrical and Gynecological Survey 2003; 58: 615-623.
 24. Gunter J. Chronic Pelvic Pain: An Integrated Approach to Diagnosis and Treatment. Obstetrical and Gynecological Survey 2003; 58: 615-23.

25. Hebbar S, Chawla C. Role of Laparoscopy in evaluation of chronic pelvic pain. *J Minimal Access Surg* 2005; 1(3): 116-20.
26. Heim LT. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *Am Fam Physician* 2001; 63:1535-43.
27. Howard FM. Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol* 2003; 101:594–611
28. Howard FM. The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46:749-66.
29. Howard Fred. Evaluation of Chronic Pelvic Pain In Women. Literature review current through. 2012.
30. Jarrell JF, Vilos GA. Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain. *J Obstet Gynaecol Can* 2005; 27:781-801 parte 1
31. Lamvu G, Tu F, As-Sanie S, Zolnoun D, Steege J. The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of conditions associated with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2004; 31: 619– 630.
32. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006; 332:749-55
33. Markenson JA. Mechanisms of Chronic Pain. *Am J Med.* 1996; 101(suppl 1A):6S–18S.
34. Mayer EA. Clinical Implications of Visceral Hyperalgesia. *Contemp Intern Med.* 1994; 46:42–54.
35. Memon SR, Memon MR, Shaikh AA, Memon NY. Role of Laparoscopy in the diagnosis of chronic pelvic pain. *RMJ.* (2013), [cited February 15, 2015]; 38(4): 397-400.
36. Metler L, Alhujicily M. Role of laparoscopy in identifying the clinical significance and cause of adhesions and chronic pelvic pain; a retrospective review at the Kiel school of Gynecological Endoscope. *JSLs* 2007; 11(3): 303-08.
37. Miller D. Keep a low threshold in diagnosing PID. *Patient Care* 2000:75-90.
38. Navarro H. Dolor pélvico crónico. En: Cifuentes R. (ed). *Ginecología y obstetricia basadas en las evidencias.* Bogotá: Editorial Distribuna; 2002.659-70.

39. Parkin J, Shea C, Sant GR. Intravesical Dimethyl Sulfoxide (DMSO) for Interstitial Cystitis – A Practical Approach. *Urology*. 1997; 49(Suppl 5A):105–7.
40. Parson CL, Bullen M, Kahn BS, et al. Gynecologic presentation of interstitial cystitis as detected by intravesical potassium sensitivity. *Obstet Gynecol*. 2001; 98:127–32.
41. Peveler Robert, Edwards Jacqueline, Daddow Justin, Thomas Eric. Psychosocial Factors and Chronic Pelvic Pain: A Comparison Of Women With Endometriosis And With Unexplained Pain. *Journal of Psychosomatic Research*. 1996; 40 (3):305-15.
42. Price J, Farmer G, Harris J, et al. Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study. 2006; 113:446-52.
43. Reitter R. Evidence-based management of chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41:422-35.
44. Rogers RM, Jr. Basic Neuroanatomy for Understanding Pelvic Pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;6:15-29.
45. Rogers RM. Intervenciones quirúrgicas de deservación pélvica: ¿qué nos enseñan las pruebas y la anatomía? En: Gabbe SG, Scott JR. editors. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. México: Mc Grw Hill; 2003.729-34
46. Savidge CJ, Slade P. Psychological aspects of chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 1997; 42:433-4.
47. Shelkey J, Huang C, Karpa K, Singh H, Silvis M. Case report: pelvic congestion syndrome as an unusual etiology for chronic hip pain in 2 active, middle-age women. *Sports Health*. 2014 Mar;6(2):145-8.
48. Soysal M. A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic congestion. *Hum Reprod* 2001; 16:931-9.
49. Steege JF, Stout AL, Somkuti SG. Chronic Pelvic Pain in Women: Toward An Integrative Model. *J Psychosom Obstet Gynaecol, Suppl* 1991; 12:3-30.
50. Steege JF. *Dolor pélvico crónico*. Primera Edición. México, DF: McGraw-Hill Companies; 2000.

51. Stones W, Cheong YC, Howard FM. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *The Cochrane Library* 2009;1-43
52. Sullivan M. DSM-IV Pain disorder: a case against the diagnosis. *Int Rev Psychiatry* 2000; 12:91-8.
53. Tu FF, Holt J, Gonzales J, Fitzgerald CM. Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198:272.e1-7.
54. Valencia P. EPI y otras causas de dolor pélvico crónico. *Hosp Pract* 2000; 4:
55. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Fedele L. Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach. *Gynecological Endocrinology* 2009; 25: 149-58
56. Wellbery C. Diagnosis and treatment of endometriosis. *Am Fam Physician* 1999; 60:1753-68.
57. Wellbery C. Diagnosis and treatment of endometriosis. *Am Fam Physician* 1999; 60:1753-68.
58. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12:439-45.
59. Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Ballieres Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14:403-414.
60. Zondervan K, Yudkin PL, Vessey M, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. The prevalence of chronic pelvic pain in women in the United Kingdom: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:93-9.
61. Zubar P, Szunyogh N, Galo S et al. Laparoscopy in Chronic pelvic pain - a prospective clinical study. *Ceska Gynecol* 2005; 70 (3): 225-31.