



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes**

**MAPEO CONSCIENTE DEL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA

DRA. RITA DEL CARMEN NAVARRO ORTIZ

**DR. VALENTÍN IBARRA CHAVARRÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. MANUEL MOTA GONZÁLEZ
ASESOR METODOLÓGICO:
DRA. BEATRIZ VELÁZQUEZ VALASSI**



INPer

MÉXICO, DF

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
Isidro Espinosa de los Reyes
AUTORIZACION DE TESIS
PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE ESPECIALIDAD EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. RICARDO GARCÍA CAVAZOS
DIRECTOR DE ENSEÑANZA

DR. VALENTÍN IBARRA CHAVARRÍA
DIRECTOR MÉDICO Y PROFESOR TITULAR EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. MANUEL MOTA GONZÁLEZ
DIRECTOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo:

Por la paciencia y
amor que me brinda.

A mi familia:

Por el eterno apoyo
incondicional.

EN RECONOCIMIENTO

A los maestros:

Por compartir sus conocimientos
y experiencias.
Gracias.

*A mi Director de Tesis y Asesora de
Metodología*

Por su valiosa ayuda.

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Abstract	4
3. Marco teórico	7
4. Justificación	16
5. Planteamiento del problema	17
6. Preguntas de Investigación	18
7. Objetivos	19
8. Hipótesis	19
9. Metodología	20
10. Recursos	25
11. Aspectos éticos	26
12. Resultados	27
13. Discusión	29
14. Conclusiones	30
15. Referencias Bibliográficas	31
16. Anexos	
a. Carta de consentimiento informado	33
b. Cuestionario de McGill	35
c. Reporte de Mapeo	37
d. Tabla 1: Pacientes del estudio piloto	38
e. Tabla 2 y 3: localización del dolor	39
f. Tabla 4: Número de sitios del dolor	40
g. Tabla 5 - 8: sitios del dolor según el origen	41
h. Tabla 9 tratamiento post mapeo del dolor	42
i. Gráficos 1y 2 edad de las paciente y etiología	47
j. Gráfico 3-10 estructura anatómica y características del dolor	48
k. Sumatoria del puntaje pre y post mapeo	52

RESUMEN

TITULO. MAPEO CONSCIENTE DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO.

Objetivo:

Demostrar como la realización del Mapeo consciente del dolor pélvico crónico (DPC) por minilaparoscopia, permite establecer un diagnóstico preciso del origen del dolor, para ofrecer un mejor tratamiento

Metodología:

Se analizaron 11 pacientes con diagnóstico de DPC, previa autorización, se realizó una valoración del dolor mediante un cuestionario, posteriormente se sometieron al Mapeo Consciente del Dolor por Minilaparoscopia para establecer la etiología y revaloradas dos meses después con el mismo cuestionario, para comparar las diferencias entre ambas valoraciones, habiéndose instituido manejo farmacológico posterior al mapeo.

Resultados:

Se estudiaron 11 pacientes con DPC que acudieron al Instituto Nacional de Perinatología del 1º de enero del 2005 al 31 de julio del 2006, con una edad promedio de 25.4 ± 6.85 años. Con origen en el ovario 1 caso (9%) en < 20 años y 2 (18%) en > 30 años; en el fondo de saco de Douglas 1 caso (9%) de 21 a 30 años, 1 caso (9%) ligamento ancho, 2 (18%) en ligamento redondo, 2 (18%) en ligamento útero sacro y 5 (45%) casos en la vejiga. Según el número de órganos afectados 1 tuvo origen en 1 solo sitio; en 2 sitios 3 pacientes, que resultó con una $p .03$ ambos grupos constituidos por mujeres menores de 20 años y con 3 ó mas sitios 6 (54%) pacientes. En la valoración a 2 meses del mapeo se encontró disminución de los parámetros estudiados, pero con p significativas solo cuando se evaluó el dolor en la región de los ovarios y posterior la menstruación con una $p .038$ y $.001$ respectivamente.

Conclusión:

Nosotros encontramos que existe una relación directa entre la edad y el número de sitios que originan el DPC. El mapeo es una herramienta eficiente y segura para demostrar la etiología del dolor, puesto que las pacientes presentaron mejoría de las características del dolor posterior al mismo, pero se requieren estudios más extensos para obtener más resultados estadísticamente significativos con estudios aleatorizados.

CONSCIOUS MAPPING OF THE CHRONIC PELVIC PAIN

ABSTRACT

Objective: *To prove that doing an conscious mapping of the chronic pelvic pain (CPP) by minilaparoscopy allow to establish an exact diagnosis about the pain source, and so offer a better treatment*

Methods: *With informed consent, eleven patients were followed with a diagnosis of CPP and we did evaluate pain through a questionnaire, and then they underwent a Conscious Mapping of pain by minilaparoscopy to establish the etiology at the beginning and 2 months later with the same questionnaire, to check the differences among both appraisals, after a post-scanning treatment was given.*

Results: *11 patients with CPP from El Instituto Nacional de Perinatología were seen from January 1st, 2005 to July 31st, 2006. The average age was 25.4 ± 6.85 years. The pain source was the ovarian in 1 case (9%) in women younger than 20 years old and 2 (18%) in older than 30; the source was Douglas cul de sac in 1 case (9%) in women from 21 to 30 years old, 1 case (9%) in the wide ligament, 2 (18%) in the round ligament, 2 (18%) in the uterosacral ligament and 5 (45%) cases the pain source was the bladder. According to the number of affected organs 1 had the source only in 1 site; in 2 sites there were 3 patients, that was statistically significant ($p=0.03$) for both groups of women younger than 20 years old and those with 3 or more sites were 6 patients (54%). In the 2 months mapping evaluation we found a falling among the values of the parameters studied, but was significant statistically only when the ovarian pain and menstruation were evaluated ($p= 0.038$ and 0.001 , respectively).*

Conclusion:

We found that it does exist a direct relationship among age and number of sites originating CPP mapping is an useful and safe tool to show the source of pain, demonstrated by pain relief after mapping, but widespread studies are required to reach significant statistically results in randomized trials.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN:

El dolor pélvico crónico es el dolor pélvico no menstrual de 6 ó más meses de duración que es suficiente para causar discapacidad funcional que requiere tratamiento médico o quirúrgico ⁽¹⁾.

Datos epidemiológicos:

La prevalencia estimada de 3.8% en mujeres de 15-73 años de edad, es mayor que el de la migraña (2.1%), y similar al del asma (3.7%) o el dolor lumbar (4.1%) ⁽²⁾. Se estima que 39% de las mujeres que acuden a la consulta externa se quejan de dolor pélvico ⁽³⁾. El dolor pélvico crónico es una condición que afecta del 12 al 33% de las mujeres en edad reproductiva, y representa entre 15-40% de las laparoscopias y 12% de las histerectomías en Estados Unidos, La importancia del padecimiento no solo radica en el impacto de la calidad, de vida de las pacientes, afectando las actividades usuales, y deteriorando las relaciones interpersonales ⁽⁴⁾. Se estima que en Estados Unidos se gastan 880 millones de dólares por año de manera directa, y los costos indirectos y directos superan los 2 billones de dólares por año. A nivel individual conduce a años de discapacidad y sufrimiento, pérdida de empleos, discordancia marital y divorcios ⁽¹⁾.

Etiología:

La etiología del dolor pélvico crónico a menudo no es discernible ya que existen muchas enfermedades del sistema reproductivo, gastrointestinal, músculo-esquelético, psiconeurológico y órganos urológicos que pueden condicionar este síndrome ⁽¹⁾.

Ginecológicos

Extrauterinas

- Adherencias
- Quiste anexial
- Embarazo ectópico
- Salpingitis por clamidia
- Endometriosis
- Neoplasia del tracto genital
- Síndrome de congestión pélvica
- Distrofia ovárica o dolor ovulatorio
- Quiste peritoneal post operatorio
- Ovario residual accesorio
- Enfermedad pélvica inflamatoria crónica
- Salpingitis tuberculosa

Uterinas

- Adenomiosis
- Dismenorrea atípica
- Estenosis cervical
- Endometritis crónica
- Pólipos endometriales o cervicales
- Dispositivo intrauterino

Leiomiomas
Prolapso genital

Urológicos

Neoplasia de vejiga
Infección de vías urinarias crónicas
Cistitis intersticial
Cistitis post radiación
Uretritis aguda recurrente
Urolitiasis
Divertículo ureteral
Síndrome ureteral

Gastrointestinal

Cáncer de colon
Obstrucción intestinal intermitente
Colitis
Constipación
Enfermedad diverticular
Hernias
Enfermedad de intestino irritable
Enfermedad inflamatoria intestinal

Músculo-esquelético

Dolor miofascial de la pared intestinal
Dolor coccígeo crónico
Compresión de vértebras lumbares
Enfermedad articular degenerativa
Hernia o ruptura discal
Dolor postural
Fibromiositis
Hernia ventral, inguinal, femoral.
Lumbalgia
Neoplasia de los cordones espinales o nervios sacros
Neuralgia de los nervios iliohipogástricos, ilioinguinales y/o genitofemorales
Mialgia del piso pélvico
Espondilosis

Otros

Depresión,
Trastorno bipolar
Fiebre familiar del mediterráneo
Disfunción neurológica
Porfiria

En la inmensa mayoría de los casos el dolor pélvico crónico severo e incapacitante es un síntoma que traduce la presencia de patologías subyacente que la origina y sólo en pocos casos esta asociación no se presenta. Independientemente de las causas los resultados del tratamiento médico o quirúrgico son parciales y en buena medida temporales, por lo que es frecuente que en un periodo corto las condiciones nuevamente se deterioren como en aquellas mujeres en las que el dolor pélvico crónico esta asociado a enfermedad adherencial pélvica crónica, en las que un buen porcentaje puede

resultar beneficiada con el tratamiento quirúrgico. En otras la recurrencia de la sintomatología es significativa. Entre algunas de las patologías causantes el DPC se incluye principalmente a la endometriosis, adenomiosis, masas anexiales, enfermedad pélvica inflamatoria aguda o crónica, y enfermedad adherencial pélvica^(1,5,9).

La intensidad de la sintomatología obliga a la opción última de recurrir al tratamiento quirúrgico definitivo como la histerectomía en edades tempranas conllevando todas las complicaciones no solo orgánicas sino de tipo psicológico en dichas pacientes y lo más importante en muchas no curación del dolor. Dentro del abordaje multidisciplinario es imprescindible excluir otras causas de DPC no ginecológicas incluyendo las urológicas y gastrointestinales principalmente⁽⁵⁾.

El dolor pélvico crónico es un estado subjetivo que perturba los modos de vida de las personas, desafortunadas que los sufren. Esta sensación subjetiva es resultado de interacciones funciones complejas y poco dilucidadas entre estímulos nocivos en paredes corporales, los músculos esqueléticos o las vísceras, disfunción crónica en sistemas nervioso somático o visceral, tanto central como periférico y factores de estrés en las funciones psíquicas internas y las relaciones externas⁽¹⁰⁾.

La pelvis de la mujer recibe innervación de dos sistemas diferentes: somático y visceral por lo que haremos una breve descripción^(10,24).

El sistema nervioso somático tiene una división eferentes (motora) que envía ramas nerviosas a músculos estriados de la pared del cuerpo y las extremidades incluyendo los de las paredes y el suelo pélvico y perineo, otra aferente (sensitiva) que transmite los estímulos exteroceptivos y propioceptivos desde las estructuras de la pared corporal y extremidades, las paredes y el suelo de la pelvis y el perineo, a la médula espinal^(10,24). Las sensaciones exteroceptivas son desencadenadas por estímulos nocivos mecánicos, térmicos o químicos que provienen de piel, tejidos subcutáneos, músculos estriados y peritoneo parietal, las sensaciones propioceptivas se originan de ligamentos, tendones, músculos y cápsulas articulares, para dar a la persona sentido de la posición de las articulares y las extremidades y apéndices relacionados^(10,24).

El sistema nervioso visceral consta de un componente eferente visceral, también conocido como sistema nervioso autónomo (motor) y un aferente visceral que trasmite estímulos nocivos y otras sensaciones interoceptivas provenientes de las vísceras abdominales y pélvicas incluyendo el peritoneo que las recubre, produciendo sensaciones dolorosas cuando se distienden, presentan isquemia por sobredistensión o espasmo de los músculos viscerales. El sistema nervioso autónomo es el aparato motor de los músculos lisos y las glándulas viscerales y se compone de divisiones simpática y parasimpático⁽¹⁰⁾.

La médula espinal brinda las ramas eferentes motoras (simpáticas) desde la columna intermedio lateral de los segmentos T1 hasta L2, y desde S2 a S4 el sistema parasimpático de la pelvis. En general todo nervio raquídeo conformado destinado a la innervación de la pelvis tiene: 1) fibras aferentes somáticas generales (sensitivas) para estímulos exteroceptivos y propioceptivos; 2) fibras eferentes somáticas generales (motoras), que se distribuyen en los músculos de la pelvis incluyendo los de la pelvis y el perineo; 3) Fibras aferentes viscerales generales (sensitivas) que provienen de la

pared de los vasos sanguíneos. Fibras eferentes viscerales generales (motoras) que van del sistema nervioso simpático, dirigidos a las paredes de los vasos sanguíneos, glándulas sudoríparas y músculos erectores del pelo. Las redes nerviosas viscerales abdominopélvicas viajan a través de los nervios espláncnicos, no de los raquídeos ⁽¹⁰⁾.

La anamnesis en el enfoque de una paciente con dolor pélvico crónico debe ser exhaustiva, con dos objetivos: a) recolección de la información buscando pistas para el diagnóstico, y b) establecer una relación médico/paciente que cree una sociedad curativa. El primer encuentro con una paciente de estas características constituye la mejor oportunidad de reunir información y observar su conducta, estableciendo un tiempo prudente para esta recolección de la información y establecer el vínculo de confianza que se requiere para la elaboración de una historia clínica detallada y enfocada de acuerdo a las características del dolor, y establecer citas subsecuentes con relativa frecuencia para realizar el estudio pertinente de estas pacientes, algunas recomendaciones válidas en la anamnesis son: realizarla cuando la paciente está vestida en el consultorio, no en la sala de exploración, ayudarse con un cuestionario para sistematizar la entrevista para evitar la omisión de datos relevantes e importantes en el interrogatorio⁽¹⁾.

Se debe investigar sobre:

- a. características del dolor (penetrante, fulgurante, lancinante, punzante, sordo, cólico, persistente o constrictivo)
- b. Intensidad y la relación a la discapacidad secundaria.
- c. Ubicación, estableciendo la distribución metamérica, , superficial o profundo, focal o difuso
- d. Irradiación.
- e. Duración, la cronología durante el día, semana mes o año, de acuerdo a la frecuencia, relación con la actividad cotidiana, duración y frecuencia de los períodos individuales, modificación con los procedimientos quirúrgicos.
- f. Fenómenos asociados: menstruación, coito, orgasmo, micción/defecación, relación con cambios posicionales, alimentos, otros, etc. Definir los eventos que lo exacerban o alivian. Reacción medicamentosa previa o terapias previas.

El lenguaje del dolor resulta indispensable para entender a los pacientes que lo padecen, siendo el cuestionario de McGill el primero en organizar el amplio léxico relacionado con el dolor y dar forma a un instrumento de evaluación del mismo ⁽²⁶⁾.

Este cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire-MPQ) (Melzack, 1975; Melzack y Katz, 1992) es multidimensional de 84 ítems, con 20 subclases de descriptores verbales de dolor que miden las dimensiones (categorías) sensorial, afectiva y evaluativo, para la evaluación de los síndromes del dolor. Actualmente, es el instrumento más citado en la investigación en el estudio del dolor. (Ver Anexos) ^(25,26).

La exploración clínica

Se deberá permitir que la paciente controle la situación al decidir si se somete a la exploración física. La exploración comienza con la observación de la paciente, la postura forma de caminar y cambios de posición, se evaluará factores músculo

esqueléticas, evaluación de la simetría de los músculos de la masa espina común, buscar alteración como escoliosis y palpar las articulaciones sacro iliacas, valuando tono muscular y posibles puntos miálgicos. Un método sistemático de exploración de estructuras superficiales a las profundas ⁽¹⁰⁾.

En posición de litotomía explorando las funciones sensitivas, reflejos perianales, exploración de dolor a la palpación en zonas de traumatismos, vagina, cuello uterino y tejidos paracervicales exploración del conducto vaginal, el dolor puede corresponder a fibras simpáticas que viajan con la arteria vaginal e identificar hipersensibilidad simpática refleja ⁽¹⁰⁾.

La exploración visceral unimanual de los genitales, con exploración vaginal, con palpación de uretra, base de vejiga, cuello uterino, ligamentos uterosacros, fondo de saco laterales de la vagina, movilidad del útero, posteriormente exploración bimanual para definir con nitidez útero y estructuras anexas, es importante detectar zonas de molestias en la pared abdominal por ultimo se realiza exploración con espejito para identificar lesiones de la mucosa, infecciones y anomalías cervicouterinas ^(1,10).

LAPAROSCOPIA

Antecedentes

La laparoscopia bajo anestesia local traza su concepción muy cercanamente con el desarrollo de la laparoscopia misma. Contrario a la creencia común, la laparoscopia se desarrolló inicialmente como un procedimiento bajo anestesia local, y no como un procedimiento con anestesia general ⁽⁵⁾.

En una publicación realizada por Short en 1925 (The British Medical Journal), describió por primera vez en Inglaterra la realización de la laparoscopia, así como su ejecución bajo anestesia local, en un sitio no tradicional para realizar un procedimiento quirúrgico ⁽⁹⁾. En términos de seguridad, la laparoscopia comenzó como un procedimiento bajo anestesia local porque la anestesia general causa a los pacientes usualmente efectos colaterales y los mantiene indispuestos por varios días en el postoperatorio ⁽⁵⁾.

Al inicio de los años de 1970, varios cirujanos ginecólogos ensayaron promover la laparoscopia bajo anestesia local para la esterilización. Con los pacientes bajo anestesia local realizaron esterilizaciones tubáricas por laparoscopia usando corriente eléctrica, anillos para trompas y grapas. Estos procedimientos se realizaron en diferentes lugares, tales como sala de operaciones, sala de procedimientos de la consulta externa, y consultorios privados ^(5,23).

El movimiento de la laparoscopia bajo anestesia local ha sido acelerado colocándose en un primer plano de la laparoscopia, debido a las preocupaciones que generaron los altos costos del cuidado médico durante los años de 1980 y 1990.

La micro-laparoscopia se refiere a la inspección de los órganos internos por medio de endoscopios de calibre pequeño. En general, el término de "micro-laparoscopia" se

refiere a aquellos telescopios e instrumentos accesorios de un diámetro menor de 5mm y recientemente, este término se ha reservado para instrumentos de 2mm o menos en diámetro ^(1,5).

La primera generación de micro laparoscopios fue creada hace 20 años sin embargo con una óptica de mala calidad, la visualización estaba comprometida no permitiendo una completa evaluación de la pelvis. Estos catéteres ópticos fueron sin embargo los precursores de los hoy en día laparoscopios fibrópticos miniaturizados con una mayor calidad ⁽⁵⁾.

Uno de los pocos estudios reportados usando esta primera generación de micro laparoscopios fue escrito por Steege en 1994, quien realizó procedimientos bajo anestesia local usando la técnica de laparoscopia ofical. Utilizando el mismo laparoscopio con la técnica de una sola punción él realizo lisis de adherencias recién formadas, reportando una alta tasa de éxito en la mejoría de síntomas en pacientes con historia de dolor pélvico crónico, así como una disminución en la reformación de adherencias después laparoscopías múltiples de segunda mirada ⁽⁶⁾.

Este tipo de estudio usado para el diagnóstico del dolor pélvico crónico, enfocado a localizar el área que posiblemente origina el dolor es relativamente nuevo, Palter y Olive describieron por primera vez esta técnica, usualmente denominada mapeo consciente del dolor (conscious pain mapping) en 1996 ⁽⁷⁾, Demco 1997 reportó una asociación directa de la endometriosis con el dolor pélvico crónico ⁽⁸⁾, encontrado además que en la mayoría de las mujeres localizaron su dolor en sus lesiones endometriósicas. Palter, S.F. en 1999 estableció la aplicación específica de la microlaparoscopia bajo anestesia local y mapeo consciente del dolor en el estudio de pacientes con dolor pélvico crónico o agudo ⁽⁹⁾.

Laparoscopia

La micro laparoscopia bajo anestesia local es uno de los recientes avances en la cirugía mínimamente invasiva, que combina dos técnicas: La primera es el uso de instrumental y endoscopios de calibre pequeño a menudo de menos de 2mm. La segunda es realizar la laparoscopia bajo anestesia local, en sitios no tradicionales (ejemplo: no sala de operaciones) tales como sala para procedimientos de un hospital o clínica o un consultorio para examen médico ^(1, 5, 12).

Cada una de estas innovaciones se puede realizar individualmente y a la vez proporcionar beneficios a los médicos y proporcionar ventajas del procedimiento a las pacientes ⁽⁵⁾. [Tabla 1](#)

Tabla 1 VENTAJAS DE LA MICRO LAPAROSCOPIA

<i>Paciente</i>
1. Disminución en la demora en la lista de espera
2. Disminución en la demora prequirúrgica
3. Eliminación de exámenes sanguíneos prequirúrgicos, entrevistas y demoras
4. Reducción de los costos de cirugía
5. Disminución en la morbilidad posquirúrgica
6. Incremento en tasa de recuperación
7. Alta tasa de aceptación por el paciente

No obstante, la micro laparoscopia bajo anestesia local tiene varias desventajas inherentes al uso de endoscopios pequeños y a equipo frágil, la eliminación de la anestesia general, y limitaciones terapéuticas ⁽⁵⁾. [Tabla 2.](#)

Tabla 2 DESVENTAJAS DE LA MICRO LAPAROSCOPIA BAJO ANESTESIA LOCAL

1. Opciones terapéuticas limitadas
2. Campo de visión limitada
3. Tiempo quirúrgico limitado
4. Paciente no anestesiado
5. Paciente no dormido
6. Equipo frágil
7. Entrenamiento adicional es requerido
8. Costos iniciales por equipo

Indicaciones y selección de pacientes

En términos generales la laparoscopia bajo anestesia local está indicada primariamente para diagnóstico y procedimientos quirúrgicos simples. Los procedimientos que son de la esfera de acción laparoscópica describe la [tabla 3](#) ⁽⁵⁾.

Tabla 3 USOS POTENCIALES DE LA MICRO LAPAROSCOPIA BAJO ANESTESIA LOCAL

<i>Ginecología</i>
1. Laparoscopia Diagnóstica
2. Evaluación de la infertilidad: Cromoperturbación
3. Evaluación del dolor pélvico: mapeo consciente del dolor
4. Lisis de adherencias
5. Tecnología en reproducción asistida GIFT/ZIFT/TET
6. Laparoscopia de segunda mirada
7. Ligadura de trompas

La selección de pacientes para la laparoscopia consciente es similar a la de los casos de laparoscopia diagnóstica regular en los que, tras una valoración del paciente mediante una historia clínica, exploración física y pruebas auxiliares correspondientes a los síntomas presentes, es preciso realizar una visualización directa de la cavidad peritoneal para apoyar el diagnóstico en curso ⁽⁵⁾.

Los criterios de exclusión son similares a los de la laparoscopia general, pero debe evitarse realizar este procedimiento en pacientes con historia de cirugía abdominal mayor tal como histerectomía, operación cesárea, apendicetomía y laparotomía exploradora, también se deben excluir pacientes cuyo peso sea mayor de 100 kilos y aquellos con problemas médicos mayores con la anestesia. La obesidad mórbida hace más difícil la inserción del trocar y aumenta la posibilidad de insuflación e inserción preperitoneal. Muchos cirujanos, utilizan una aguja de Verres con una camisa especial la cual es utilizada como trocar. Por tanto en caso de pacientes con obesidad mórbida puede necesitarse una aguja extra larga cuando se utiliza equipo miniaturizado.

La Sociedad Americana ha establecido un sistema de calificación que permite estratificar el riesgo anestésico del paciente con base en las enfermedades sistémicas subyacentes. Pacientes en la calificación I y II, la mayoría de ellos presenta enfermedades sistémicas leves, siendo esto los casos seleccionados para realizar laparoscopia con anestesia local.

Esta graduación disminuye el riesgo de anestesia y la tensión relacionada con las complicaciones (cardíacas y respiratorias principalmente) al igual los requerimientos de monitorización en el procedimiento. Quizás el más importante requerimiento para el éxito de la laparoscopia bajo anestesia local es la propia determinación del paciente. Se debe discutir con el paciente todos los aspectos del procedimiento para evitar sorpresas y disminuir la ansiedad, se recomienda una comunicación verbal continua con el paciente, durante la colocación de la anestesia local y durante la realización del procedimiento, permitiendo que el paciente participe de toda la acción ^(12, 13).

Técnica

Instrumentos

Adelantos científicos en la tecnología de fibra óptica han permitido la creación de laparoscopios en los cuales el elemento óptico está constituido por haces de cables de fibra óptica fundidos. Estos telescopios modernos de fibra óptica pueden tener de 10.000 a 30.000 fibras ópticas de imagen así como haces adicionales para transportar la luz. Los telescopios de fibra óptica de este tipo tienen un rango de 25 a 27cm de longitud y un campo de visión de 60° a 75° ^(5, 17, 18).

Los micro laparoscopios actuales tienen una visión directa de 0°, y su diámetro externo varía de 1mm a 4mm. Ciertos micros laparoscopios incorporan una camisa rígida a la cual se fijan para permitir una inserción directa, lo cual aumenta su diámetro externo real. Se ha observado una disminución dramática de la calidad y agudeza de la imagen con telescopios de un diámetro menor de 2mm. Dependiendo del diseño, estos laparoscopios de fibra óptica pueden ser igualmente durables y fuertes como los telescopios rígidos ⁽⁹⁾.

Actualmente existe una disposición instrumental de 2mm de diámetro para micro laparoscopia. Los accesorios más usados son un palpador de punta roma y una pinza Grasper. Con las micro pinzas hay que tener cuidado al utilizarlas, pues sus pequeñas quijadas pueden transmitir una gran fuerza al tejido y producir laceración de éste al ser aplicada en forma incorrecta la pinza ⁽⁹⁾.

La gran limitación en instrumental de micro laparoscopia es la fuente de energía para hemostasia. En la actualidad hay varios prototipos de equipos para corriente unipolar o bipolar, pero su tamaño pequeño limita su utilidad, cuestionándose la seguridad y el costo beneficio del procedimiento en consultorio.

Además de un laparoscopio (miniaturizado o de tamaño estándar), se requiere el siguiente equipo para la laparoscopia ⁽⁵⁾.

1. Video cámara y monitor
2. Fuente de luz
3. Instrumental auxiliar y de equipo de acceso
4. Mesa que de posición de Trendelenburg
5. Equipo de resucitación y equipo de anestesia.
6. Equipo para aplicación intravenosa de medicación
7. Ayudante quirúrgico entrenado así como una persona encargada de monitorizar los signos vitales de la paciente, y de administrar sedación intravenosa.

Anestesia

El término de anestesia local es usado para diferenciar el procedimiento de aquellos realizados bajo anestesia general, aún si son complementados con agentes intravenosos. La consideración principal del uso de sedación intravenosa consciente es la capacidad del paciente de estar alerta y de dar respuesta. Cuando se hace esto, el paciente podrá en forma independiente conservar la integridad de su propia vía aérea y mantener una ventilación adecuada. En contraste, con la anestesia general, hay una pérdida parcial o total de los reflejos protectores, incrementándose dramáticamente el riesgo de los procedimientos ^(5,9).

La laparoscopia se puede realizar usando estrictamente anestesia local; sin embargo, ésta resulta en una disminución de tolerancia en la medida que se aumenta el tiempo quirúrgico limitándose de 10 a 15 minutos antes de que el paciente comience a presentar molestias que limiten el procedimiento ^(9, 14).

Premedicación y anestesia local

A cada paciente se le da una premedicación antes del procedimiento, la cual incluye analgésico o midazolam.

La anestesia local incluye un bloqueo de un campo periumbilical utilizando lidocaína (xilocaína) al 2%, 10ml ⁽¹⁴⁾.

JUSTIFICACIÓN

- El dolor pélvico crónico es una patología frecuente en la consulta externa de la ginecología, donde el diagnóstico se ha establecido en relación con órganos ginecológicos.
- La Mini laparoscopia además de ser un método de mínima invasión, con alta sensibilidad y especificidad para la detección del origen del dolor, constituye un método eficaz para ofrecer lineamientos en la detección temprana y tratamiento oportuno desde el punto de vista clínico o quirúrgico e acuerdo a la patología diagnosticada.
- Es necesario encontrar evidencia de la proporción real del dolor tanto de origen ginecológico y no ginecológico.
- Por lo que se requieren métodos diagnósticos más eficaces para determinar la etiología precisa del dolor pélvico crónico - como el mapeo conciente con mini laparoscopia- y enfocar con mayor exactitud nuestro tratamiento, evitando complicaciones, tratamientos inadecuados y riesgosos, optimizando los recursos personales e institucionales buscando los mayores beneficios posibles.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor pélvico crónico es frecuente, un desorden significativo en mujeres. Se estima que la prevalencia es del 3.8% en mujeres ⁽¹⁾. A menudo la etiología del dolor pélvico crónico no es clara, debido a que existen muchos desordenes en el sistema gastrointestinal, órganos uro-ginecológicos, sistema músculo esquelético que podrían asociarse con el dolor pélvico crónico la historia y examen físico es muy importante en la evaluación en mujeres con dolor pélvico crónico ya que el origen puede ser no ginecológico como lo apoyan estudios de laboratorio y gabinete Por ello la laparoscopia se propone como un camino para apoyar el Diagnóstico del Gineco-obstetra, y de esta formar al encontrar diferentes hallazgos y localizaciones asociados al origen del dolor pélvico, establecer un mejor Diagnóstico de Certeza, y por ende instituir un tratamiento eficaz bajo un manejo integral.

El mapeo consciente del dolor pélvico crónico por minilaparoscopia ha sido propuesto como una herramienta para diagnosticar la etiología del DPC con mayor precisión que otros estudios y apresurar el tratamiento oportuno, existiendo estudios previos que han demostrado el riesgo mínimo de complicaciones inherentes al procedimiento, por lo que se puede realizar incluso en un consultorio, debido a que no es posible compararlo con otro estudio diagnóstico, valoraremos la utilidad diagnóstica mediante la comparación de las características del dolor previo, y posterior a la realización del estudio diagnóstico que planteamos en este estudio, por medio de un cuestionario oficial del DPC.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es el porcentaje de las causas ginecológicas y no ginecológicas en el origen del DPC mediante el Mapeo Consciente por minilaparoscopia en pacientes del INPer en el periodo del 1° enero del 2005 al 31 julio del 2006?
2. ¿Cuáles son las estructuras anatómicas que originan el DPC obtenidos por el procedimiento instrumental mediante el Mapeo Consciente por minilaparoscopia?
3. ¿Existe una respuesta favorable en las características del dolor post Mapeo Consciente del DPC en comparación con la valoración inicial del dolor pélvico crónico?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Demostrar como la realización del Mapeo consciente del dolor pélvico crónico por minilaparoscopia, permite establecer un diagnóstico preciso del origen del dolor, para ofrecer un mejor tratamiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Comparar la percepción del dolor clínicamente a través de un cuestionario previo y posterior al tratamiento específico estándar de la patología diagnosticada mediante el mapeo del dolor pélvico crónico consciente por minilaparoscopia.
- Identificar la frecuencia de origen pélvico ginecológico y no ginecológico.
- Conocer cuáles son las causas más frecuentes de dolor pélvico crónico en nuestra población y la relación con el grupo étnico.
- Evaluar la seguridad del mapeo consciente por minilaparoscopia

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACION

Si realizamos el mapeo consciente del dolor pélvico crónico, estableceremos con precisión el diagnóstico etiológico y su tratamiento específico, evaluado mediante un cuestionario del dolor pélvico, realizado previo y posterior al mapeo.

HIPÓTESIS NULA

El mapeo consciente del dolor pélvico crónico por minilaparoscopia no mejora la precisión diagnóstica determinada por la evaluación posterior al mismo.

METODOLOGÍA

Se entrevistaron pacientes de la consulta externa del Servicio de Ginecología con diagnóstico de Dolor Pélvico Crónico que aceptaran ser sometidas para identificación del sitio del dolor a través de la realización del Mapeo Consciente del Dolor por medio de un procedimiento poco invasivo como la minilaparoscopia.

TIPO DE ESTUDIO

FASE I. PACIENTES PARA REALIZAR LA FASE PILOTO

OBSERVACIONAL

Al iniciar la revisión de los pacientes sometidas a minilaparoscopia observamos tres casos con las características diversas. Se obtuvo información de los expedientes que señalaban su diagnóstico inicial como asentamos en los resultados.

DESCRIPTIVO

Una vez obtenidos los datos de 3 expedientes e identificado las características de los hallazgos de las pacientes post mapeo consciente del dolor pélvico crónico por minilaparoscopia, se determinó que era necesaria la aplicación del Cuestionario del Dolor para dar cuenta de la intensidad percibida por las pacientes en estudio.

RETROSPECTIVO

En un inicio se estableció hacer una revisión retrospectiva de los casos de las pacientes con diagnóstico de dolor pélvico crónico pero se encontró en la revisión de los expedientes ciertas inconsistencias que originarían obstáculos para nuestra investigación, por ello el origen de una segunda etapa.

TRANSVERSAL

Se observa en un sólo momento, los indicadores de las variables en estudio, tanto de los pacientes con diagnóstico inicial y de certeza

FASE 2

El estudio fue considerado como: Prospectivo, Comparativo , longitudinal y Cuasiexperimental

UNIVERSO DE ESTUDIO

El estudio inicia desde el Septiembre del 2004 al presentar el Proyecto de Investigación para realizarlo en el Servicio de Ginecología en las pacientes que aceptarán participar en el estudio, previo consentimiento informado.

Al realizar su valoración clínica por el servicio de ginecología se aplica un instrumento con los siguientes indicadores: edad, antecedentes obstétricos, manejo terapéutico y características inherentes al tipo e intensidad del dolor pélvico relacionado con la actividad diaria. Así como la percepción hacia el dolor y los hábitos y costumbres para afrontar dicho dolor. Al final del instrumento existen 10 ítems del Cuestionario del Dolor de McGill que valora a través de una escala de 0 al 10 la intensidad del dolor. Las pacientes fueron programadas paulatinamente para ser sometidas al procedimiento de Mapeo Consciente del DPC por minilaparoscopia por el Servicio de Ginecología obteniendo un total de 11 pacientes programadas, cumplieron criterios de inclusión, a las cuales se les realizó el seguimiento del dolor con la aplicación post mapeo del instrumento señalado.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO TRANSMapeo

En una sala de quirófano se contó con el equipo de video e insuflación localizado en un carro tradicional de una sala quirúrgica. La paciente colocada en posición litotómica, se aplicó 1.5mg de midazolam como ansiolítico, el abdomen preparado con una solución antiséptica, se cubre el área quirúrgica con campos estériles. Se realizó bloqueo del área periumbilical con 2-4ml de lidocaína al 2%. Con tracción ascendente en la pared anterior del abdomen, se realizó una incisión de 2mm con un bisturí y se elaboró el orificio umbilical, esto permite la inserción de un trocar de insuflación sobre la aguja de Verres. Esta aguja de Verres pasa a través del centro de la camisa, la cual incluye un puerto de insuflación. El conjunto aguja de Verres más camisa, es insertada de igual forma que la aguja estándar de Verres.

Luego el abdomen es insuflado con 0.5 a 1L de CO₂, hasta crear una ventana visual adecuada. Un segundo trocar de 2mm fue insertado en la línea media a 2cm por encima del pubis, previo bloqueo con la solución mencionada.

Se introduce el trocar bajo visión directa, con sumo cuidado evitando dañar las vísceras y vasos pélvicos. Durante el curso de la operación la paciente es colocada en posición de Trendelenburg para ayudar a desplazar el intestino del fondo de saco de Douglas. En general 10° a 25° es suficiente. Se orienta a la paciente para responder verbalmente durante el estudio, utilizando una escala de cuantificación del dolor, del 0 al 10, para clasificar las molestias que siente, a medida que el operador, toca partes del suelo pélvico y de órganos de la reproducción de manera sistemática, palpando inicialmente

las áreas consideradas no dolorosas, para evaluar el nivel de comodidad con el procedimiento mediante el movilizador, palpando los diferentes órganos pélvicos e interrogando a la paciente para que cuantifique el dolor despertado con dicha palpación, este procedimiento se repite en tres ocasiones para buscar consistencia en las respuestas.

Reportándose los hallazgos en una hoja de recolección de datos llamada “hoja de reporte de mapeo de dolor pélvico crónico” (ver anexos) y concluyendo, con estos, el origen mas probable del dolor. Una vez terminado el procedimiento se extraen los instrumentos expulsando la mayor cantidad de CO2 de la cavidad abdominal, pasando a la paciente a sala de recuperación por 30-60 minutos, para ser egresada, siempre y cuando esté en condiciones para este propósito.

Según el diagnóstico se indica el tratamiento específico, y se cita en 1 y 2 meses para seguimiento y aplicación por segunda ocasión del cuestionario del dolor pélvico crónico, en la segunda cita (ver anexo).

LUGAR Y DURACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología, departamento de Ginecología. A partir del 1° de enero del 2005 hasta el 31 de Julio del 2006.

1. Criterios de inclusión:

- a) Mujeres de 15 a 40 años
- b) Pacientes que acuden a consulta externa de ginecología con dolor pélvico crónico.
- c) Falla de tratamiento médico de más de 6 meses de evolución.
- d) Falla a tratamiento quirúrgico (histerectomía, laparoscopia quirúrgicas, laparotomía exploradora)
- e) pacientes que acepten participar en el estudio mediante carta de consentimiento informado.

2. Criterios de exclusión

- a) Alergia a la anestesia local
- b) Patología psiquiátrica
- c) Contraindicación para procedimientos quirúrgicos (discrasias sanguíneas, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca descompensada).
- d) Embarazo

3. Criterios de eliminación:

- a) pacientes que no concluyan el estudio

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizar la captación en una base de datos a través del programa SPSS versión 10, estableciendo los indicadores para obtener la estadística descriptiva de: la edad de las pacientes y de otros indicadores cuantitativos, relacionando las características y antecedentes gineco-obstétricos según el caso.

Se integran cuadros donde señalemos la frecuencia de dolor de origen ginecológico y no ginecológico, así como los de origen mixto en relación con la estructura anatómica involucrada en la etiología del dolor, estableciendo a través del mapeo consciente la intensidad del dolor.

Una vez realizada la base de datos se comparan los resultados del cuestionario previo del dolor pélvico con los obtenidos en la valoración post mapeo consciente a través de la Prueba T de Wilcoxon como alternativa a la prueba de comparación de dos promedios relacionados dados de las paciente en estudio, a través de los indicadores pre y post mapeo.

Así mismo se realizan los gráficos correspondientes en donde se esquematiza el puntaje de las pacientes en la valoración pre y post mapeo para obtener una visión objetiva de las posibles diferencias una vez realizado el procedimiento del dolor pélvico crónico a través de la Minilaparoscopia.

UNIDADES DE OBSERVACIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE

Mapeo laparoscópico del dolor pélvico crónico consciente.

Definición conceptual.- Procedimiento diagnóstico en el estudio de patologías que condiciona DPC con la cooperación consciente de la paciente bajo anestesia local.

Definición operacional.- Procedimiento que se realizará con minilaparoscopia en pacientes con DPC del servicio de ginecología para establecer el diagnóstico de certeza y obtener la evidencia clínica del origen del dolor pélvico o extrapélvico para indicar tratamiento específico.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Dolor pélvico crónico

1. Características del dolor
 - a. intensidad
 - b. frecuencia
 - c. tipo
2. Órganos comprometidos
 - a. Ginecológico
 - b. No ginecológicos
 - c. Diagnóstico
 - d. Respuesta al tratamiento

Definición conceptual.- Dolor no menstrual de más de 6 meses de duración, suficiente para ocasionar discapacidad funcional.

Definición operacional.- La percepción por parte de la paciente del DPC, de las características del dolor en cuanto a localización (región y órganos comprometidos), Intensidad frecuencia y duración, tipo y relación con la menstruación.

Dolor Central.- Dolor originado en los órganos pélvicos centrales, sin incluir los ovarios y estructuras laterales.

Tratamiento

Definición conceptual.- Conjunto de medidas enfocadas a curar o controlar una enfermedad.

Definición operacional.- Es la acción médico quirúrgicas que se aplican a las pacientes con DPC, de acuerdo a los hallazgos por el mapeo consciente, con fármacos y/o algún procedimiento quirúrgico necesario para la solución integral según el caso.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- Residente de ginecología para aplicación de cuestionario y seguimiento de pacientes.
- Médico especialista en laparoscopia como asesor clínico
- Asesor metodológico de tesis
- Pacientes

RECURSOS MATERIALES

- Computadora Pentium 4.
- Computadora Personal 486.
- Impresora Epson.
- Programa SPSS V.10.
- Fotocopiadora.
- Hojas blancas tamaño carta.

FINANCIAMIENTO

- Se utilizaron recursos individuales y de la propia institución.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se apegó a las consideraciones éticas del Comité de Investigación de la institución.

Se tomó en cuenta además el comunicado de la Secretaría de Salud publicado en el Diario Oficial del 26 de enero de 1982 y los lineamientos en investigación científica dados por la Declaración de Helsinki.

Por la experiencia del investigador titular y considerando las especificaciones necesarias para la realización de proyectos de investigación en el Instituto se solicita la autorización al Comité de Investigación de la Dirección de Investigación.

RESULTADOS

La edad de las pacientes del estudio inicial, tuvieron 28,29 y 36 años, la primera con antecedentes de 1 gestación y 1 parto, la segunda 1 gestación y 1 aborto, y la tercera 4 gestaciones, 3 partos y 1 cesárea, los hallazgos del mapeo por minilaparoscopia fueron: dolor de ovario derecho en el primer caso y dolor central en las 2 pacientes restantes, tal como señala la **Tabla 1**.

La primera paciente presentó endometriosis mínima en ligamentos uterosacos, las dos siguientes con dolor intenso a nivel de útero y ligamentos uterosacos (origen central)

Las tres pacientes tuvieron un origen del dolor netamente ginecológico lo que sugirió la importancia del procedimiento con la revisión de cada uno de los órganos en busca del origen del dolor en el resto de las pacientes.

De las 11 pacientes incluidas en el protocolo tenemos una media de 25.4 años de edad \pm 6.8 con una mínima de 16 años y una máxima de 38 años, en esta serie de casos. **Gráfico 1**.

Con relación a los antecedentes ginecobstétricos todas fueron nuligestas y 6 (54%) no habían iniciado vida sexual.

ESTRUCTURAS ANATOMICAS INVOLUCRADAS

Durante el procedimiento del mapeo se encontraron diferentes estructuras anatómicas involucradas en la etiología y origen del Dolor Pélvico Crónico, como se observa en el **Gráfico 3**, dando un total de 54 estructuras, de origen ginecológico 21 (38.8%); de origen no ginecológico 19 (35.1%) y de origen mixto 14 (25.9%).

Al relacionar **edad y dolor en ovario** se tuvieron 1(9%) caso en menores de 20 años, 1(9%) entre 21-30 años y 2 (18.1%) en mayores de 30 años. La edad con el origen de **dolor en salpinges** se encontró en el rango de 21-30 años 1 paciente (9%) y 2 en mayores de 30 años, con una p .17 y sólo 1 paciente en el grupo de 21-30 años con una p .63 con origen en el Fondo de Saco de Douglas. **Tabla 2**. En relación al dolor en origen en ligamentos uterosacos y la edad, 2 (18.1%) casos se reportan entre 21-30 años, y en relación con los ligamentos redondos hubo 2 (18.1%) casos en el grupo de 21-30 años con una p .30 y 2 (18.1%) en mayores de 30 años. Cuando analizamos el dolor a nivel de ligamento ancho solo 1 (9%) caso entre los 21-30 años de edad con una p .063. El dolor se originó en la vejiga en 3 (27.2%) casos entre 21-30 años y 2 (18.1%) casos en mayores de 30 años. En el colon, una paciente (9%) menor de 20 años y 2 (18.1%) casos en el grupo de más de 30 años, con una p .67. en 1 (9%) paciente se originó en el intestino delgado, mayor de 30 años con una p .23. **Tabla 3**.

Tomando en cuenta el número de sitios que originan el dolor, 1 paciente tuvo origen de dolor en 1 sólo sitio, 3 pacientes (27%) en 2 sitios, en la siguiente distribución etárea: 2 (18%) <20 años y 1 (9%) de 21-30 años, con una p .03 y con dolor en 3 ó más sitios, 6

pacientes (54%) de las cuales 3 (27%) de 21-30 años y 3 (27%) >30 años, con una p .08 **Tabla 4**.

ORIGEN DEL DOLOR

En relación al **dolor de origen ginecológico** tenemos predominio en el grupo de pacientes entre 21-30 años en 5 (45.4%) casos, con una $p > .63$ en tanto que el **dolor de origen no ginecológico** fue 1(9%) caso en menores de 20 años, 3(27.2%) casos entre 21-30 años y 2 (18%) en mayores de 30 años con una $p > .88$, un total del 54%, sin significancia alguna.

El **dolor de origen mixto** hubo 3 (27.2%) casos entre 21-30 años y 1 (9%) caso en mayores de 30 años, un total del 36%, sin significancia alguna. En 1 (9%) caso se evidenció alteraciones por vasos pélvicos así como 2(18.1%) de origen gastrointestinal. **Tabla 5**. Con relación a los resultados anteriores, en varias pacientes se encontraron sitios de dolor ginecológicos y no ginecológicos, pero en relación al diagnóstico definitivo de dolor: exclusivamente ginecológico 4 (36%), no ginecológico 2 (18%) y mixto (36%), en 1 (9%) paciente no se estableció el origen, sólo se encontró endometriosis como hallazgo que no se evidenció como origen del dolor. **Gráfico 2**. En relación a los órganos ginecológicos no existió predominio de alguno de ellos, pero de los no ginecológicos, en 5 pacientes se determinó que estaba comprometida la vejiga con una p .013, principalmente en el grupo con dolor de origen mixto, con una p .015, **Tabla 6 y 7**. En relación el dolor mixto y presencia de dolor en el ligamento redondo, fueron 3 (27.2%) casos en menores de 20 años y 1 (9%) en mayores de 30 años, con una P .08 de χ^2 , que en esta serie de casos tal valor es importante, por lo que en el mapeo pélvico deberá considerarse esta estructura anatómica como origen del dolor. **Tabla 8**

Cuando observamos la valoración pre y post mapeo consciente del dolor por medio del cuestionario de Mc Gill, se encontró disminución de el score, en el post mapeo, como se observa en los **gráficos 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10**, con un valor de p significativo en la percepción del dolor con vejiga llena, en la región de los ovarios y después de la menstruación, en el resto no se alcanzaron niveles de p estadísticamente significativas, aunque sí se observó un descenso en la suma del score, como se observa en el **gráfico 11**.

El tratamiento instituido posterior al mapeo: 5 (45.4%) pacientes con AINES, 1 (9%) con AINES + Alprazolam, 1 (9%) AINES + anticonceptivos orales, 3 (27.2%) sólo anticonceptivos orales y 1 (9%) con Danazol. **Tabla 9**

DISCUSIÓN

Uno de los avances más importantes en el estudio y tratamiento del dolor ha sido el conocimiento adquirido en relación a la forma de evaluarlo y de medirlo. Analizando la definición de dolor es posible comprender la dificultad para medirlo, debido a su naturaleza subjetiva y por su carácter multidimensional. Se trata de objetivar un fenómeno fundamentalmente subjetivo, sujeto a una gran variabilidad individual, y en el cual el propio paciente es el mejor juez evaluador.

Los resultados publicados en nuestra serie de mapeo consciente del dolor pélvico crónico, guardan las siguientes similitudes y diferencias con otros estudios, Fred Howard encontró una media de edad de 34 años con un rango de 17 a 51 años ⁽¹²⁾ y nosotros una media de 25.4 años con un rango de 16 a 38 años, todas nulíparas en comparación con grupos mas heterogéneos con los demás estudios en este aspecto.

En un estudio realizado por Howard reporta un 70% de éxito en la ubicación del origen del dolor pélvico crónico, y estudio de Kresch A, y cols. en 100 mujeres con DPC se encontró el 83% ⁽²⁷⁾, nosotros tuvimos éxito en el 91% ya que sólo en una paciente 9% no se determinó el origen del dolor.

Howard F. hace referencia en relación al numero de sitio de dolor, 36% un solo sitio positivo, 20% dos sitios y 2% 4 sitios positivos y dolor difuso visceroperitoneal 2%, nosotros una paciente tuvo origen en un solo sitio, 3 en dos sitios 21% y mas de tres sitios 54%.

Con relación a la etiología del dolor la endometriosis y las adherencias fueron las mas frecuentes, como menciona Demco ⁽⁸⁾, 69% y 18 % respectivamente; Almeida y Val-Gallas⁽¹⁵⁾ reportan 84% y 50% respectivamente y en nuestra serie de casos sólo se reportan 21% en cada una de las etiologías mencionadas.

No se puede comparar el diagnóstico de causa ginecológica o no ginecológica ya que no contemplan estas variables en otros estudios.

Al igual que en nuestro estudio Howard F.⁽¹²⁾ Utilizó la escala análoga visual del dolor pélvico, determinando mejoría sintomática, cuando existía una disminución del score de dos o mayor, sin embargo no encontraron diferencias estadísticamente significativas con estos parámetros y comentan que requieren estudios con mas pacientes para establecer la eficacia del mapeo consciente para correlacionar los hallazgos con la etiología exacta del dolor.

Con relación a la edad, consideramos que es un factor de riesgo que no deberá olvidarse al estudiar el sitio y el número de órganos involucrados, deberemos investigar la posible afirmación que a mayor edad mayor sitios de dolor, pero no se puede hacer afirmación categórica por el tamaño de la muestra.

Debemos considerar que nuestra serie de casos es muy pequeña pero nos señala una posibilidad diagnóstica y terapéutica, como podemos observar en las pacientes de nuestra serie que abarcan mujeres en edad reproductiva por lo que es necesario estudiar para evitar riesgos obstétricos en el futuro.

CONCLUSIONES

Mediante el presente estudio en el grupo de pacientes podemos concluir:

- El mapeo consciente del dolor pélvico crónico es una herramienta que permite conocer la etiología del dolor en la mayoría de las pacientes, demostrados mediante la mejoría post mapeo en la mayoría de los parámetros, pero es importante mencionar que no se encontraron muchas diferencias estadísticamente significativas por el tamaño de la muestra de nuestra serie de casos.
- La etiología del dolor es de origen multifactorial, por el número de órganos afectados que se traduce en nuestro estudio en el predominio de las causas ginecológicas y un porcentaje importante de órganos no ginecológicos afectados
- Existe una relación directa entre la edad y el número de sitios que provocan el dolor, a mayor edad más órganos afectados
- El mapeo consciente del dolor pélvico crónico es un procedimiento diagnóstico seguro para investigar la etiología, dado que no se presentaron complicaciones inherentes al procedimiento, tampoco hubo necesidad de procedimientos quirúrgicos radicales en nuestra serie de pacientes, por lo que este estudio puede considerarse preliminar de estudios aleatorizados con mayor número de pacientes para alcanzar conclusiones más sustentadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Howard FM. Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol* 2003; 101 (3): 594-610.
2. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, et al. Prevalence and incidence in primary care of chronic pelvic pain in women: Evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynecol* 1999;106:1149-55
3. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvis pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol* 1996;87:55-58
4. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet gynecol surv* 1993; 48:357-87.
5. Saavedra SJ. Laparoscopia ofical bajo anestesia local y sedación consciente. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2000(3); 51.
6. Gomel V, Taylor PK. *Diagnostic and Operative Gynecologic Laparoscopy*, 1995, Mosby Year Book Inc., p: 68-70.
7. Palter SF, Olive DL. Office Microlaparoscopy under local anesthesia for chronic pelvis pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996;3:359-64
8. Demco LA: Effect on negative laparoscopy rate in chronic pelvis pain patients using patient assisted laparoscopy. *J Soc Laparoendosc Surg* 1997;1: 319-21
9. Palter SF. Microlaparoscopy under anesthesia and conscious pain mapping for the diagnosis and management of pelvic pain. *Curr Op Obstet Gynecol* 1999; 11(4):387-393.
10. Steege JF, Metzger DA, Levy BS. *Dolor Pélvico Crónico*. 1ªed México: McGraw-Hill Interamericana. 1998.
11. The International Pelvis Pain Society, Research Committee. *Pelvic Pain Assessment Form*. Birmingham, Alabama. The International Pelvic Pain society. Accessed 2002 Nov 19.
12. Howard FM, El-Minawi AM, Sanchez RA. Conscious pain mapping by laparoscopy in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2000 Dec; 96(6):934-9.
13. Almeida OD Jr. Microlaparoscopic conscious pain mapping in the evaluation of chronic pelvic pain: a case report. *JLS* 2002 Jan-Mar; 6(1):81-3.
14. Steege JF. Clinical utility of pelvic pain mapping. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001 May; 8(2):263-6.
15. Almeida OD Jr, Val-Gallas JM. Conscious pain mapping. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997 Nov; 4(5):587-90.
16. Chen F-P, Chang S-D, Chu K-K, Soong Y-K. Comparison of laparoscopic presacral neurectomy and laparoscopic uterine nerve ablation for primary dysmenorrhea. *J Reprod Med* 1996; 41:463-466.
17. Almeida OD Jr, Val-Gallas JM. Office microlaparoscopy under local anesthesia in the diagnosis and treatment of chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998; 5:407-410
18. Penfield A. Laparoscopic sterilization under local anesthesia. *Obstet Gynecol* 1974; 12:251.
19. Kresch A, Seifer D, Sachs L, et al. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1984; 64:672-674.
20. Jensen MP, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk DC, Melzack R, eds. *Handbook of pain assessment*. New York:

- Guilford Press 1992:135–51.
21. Howard FM. Physical examination. In: Howard FM, Carter JE, Perry CP, El-Minawi AM, eds. *Pelvic pain: Diagnosis and management*. Philadelphia: Lippincott, Williams, and Wilkins 2000:26–42.
 22. Peters AAW, van Dorst E, Jellis B, van Zuuren E, Hermans J, Trimbos JB. A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1991; 77:740–4.
 23. Gunning JE. The history of laparoscopy. *J Reprod Med* 1974; 12:222-226
 24. Placarte R. Dolor abdominopélvico y su tratamiento. *Rev Mex Anest* 2004;25:1-12.
 25. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 259-277.
 26. Boyle JG, Fernandez E, Ortet G. El cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire-MPQ): Consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 2003; 1: 111-119.
 27. Kresch A, Seifer D, Sachs L et al. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1984; 64:672-674.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

MAPEO DEL DOLOR PELVICO CRONICO

Invitación de participación:

Por este conducto se le invita a participar en un estudio de investigación realizado por el INPer

que tiene por objeto, conocer las causas mas frecuentes de dolor pélvico crónico tanto de origen pélvico como extrapélvico, tratar de llegar a un diagnóstico mas preciso y por ende un tratamiento específico.

PROPÓSITO. El propósito de este estudio es comprobar cuales son las causas mas frecuentes de Dolor Pélvico Crónico.

METODOLOGIA: Si usted está de acuerdo en participar en este estudio, se le realizará una historia clínica, un examen físico completo, un cuestionario relacionado al dolor, estudios de gabinete y previa valoración se programará para realizar un Mapeo Consciente del Dolor Pélvico Crónico y un seguimiento posterior para valorar evolución.

RIESGOS: Los estudios diagnósticos requeridos no corresponden a ningún riesgo, pues no son de carácter invasivo, para la realización del Mapeo del Dolor Pélvico Crónico el riesgo de este procedimiento es mínimo,(dolor local en zonas de punción, nauseas , vómitos) para cada paciente se contara con una valoración previa por el servicio de Anestesiología .

BENEFICIOS: Debido a la cronicidad de su dolor pélvico es necesario identificar en forma más precisa el origen del dolor, al mismo tiempo lograr un diagnóstico preciso y un tratamiento específico, por ello la invito a participar.

COSTOS Y RIESGOS FINANCIEROS: Los estudios de gabinete y laboratorio se realizarán de acuerdo a la necesidad requerida para la valoración de cada paciente, en caso de llegar a la necesidad de realizarse el Mapeo Consciente del Dolor Pélvico Crónico independientemente que decida o no participar en el protocolo, usted deberá pagar los estudios y procedimientos necesarios relacionados al estudio de su caso, ya que se le ofrecerá voluntariamente su participación en el procedimiento a investigar sin riesgo alguno.

ALTERNATIVAS: Si usted decide no participar en el protocolo de investigación, su atención médica no se verá afectada de ninguna manera.

CONFIDENCIALIDAD: Se mantendrá toda la información obtenida en este estudio estrictamente confidencial, excepto la requerida por la ley. Una vez publicados los resultados del estudio, su nombre no será mencionado.

INFORMACION ADICIONAL: Cualquier información que se identifique durante el estudio y que perjudique su bienestar, le será informado de inmediato.

ABANDONO DE ESTUDIO: Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, y muy importante que sepa que podrá negarse a participar en cualquier momento, sin que esto afecte su atención médica presente o futura en el INPer.

LESIONES/ COMPLICACIONES: En caso de cualquier lesión física como resultado de la metodología del estudio, se le proporcionara atención y tratamiento médico sin costo alguno para usted y sin ningún tipo de compensación económica por parte del INPer.

En caso de presentar algún tipo de gasto medico no atribuible a las condiciones del estudio, éste deberá ser financiado por usted o la persona responsable de sus gastos.

DERECHOS DEL SUJETO: En caso de desee mayor información acerca de sus derechos como sujeto de investigación, puede contactarse al Directo del Comité de Ética del INPer (55-20-22-00) , en caso de alguna duda acerca de su participación en el estudio también se podrá contactar a los teléfonos de los médicos responsables.

CONCLUSIONES:

- 1) Usted ha leído y entendido la presente forma de consentimiento informado.
- 2) Usted está de acuerdo en participar en este protocolo de investigación.

RESPONSABLES

Investigador: Dra. Rita del Carmen Navarro Ortiz
Residente de Gineco-obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología.
Teléfono: 55209900

Tutor de la Investigación: Dr. Manuel Mota González
Médico jefe de Servicio de Ginecología
Teléfono: 55209900

Nombre completo y firma de la paciente/ fecha / hora

Nombre y firma de la persona que obtiene el
consentimiento/fecha/hora

Mapeo consciente del dolor pélvico crónico

Cuestionario

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Estado marital _____ Número de embarazos _____

Número de hijos _____ Edades _____

En los últimos 12 meses, ¿ha ingerido usted algún medicamento contra el dolor, recetado o que se consigue sin receta?

En caso afirmativo, por favor señálelo: _____

Enumere otros medicamentos _____

¿Alguno de los medios siguientes le ayudan a disminuir el dolor?

- | | | |
|-----------------------|--------|--------|
| Recostarse | () Sí | () No |
| Cojincillo calórico | () | () |
| Baño de agua caliente | () | () |
| Relajación | () | () |
| Ejercicio | () | () |
| Frío | () | () |
| Otros _____ | | |

Tratamientos probados en épocas pasadas:

- | | | | |
|--|--|---|--------------------|
| () Cirugía | () Fisioterapia | () Acupuntura | () Antidepresivos |
| () Tratamiento quiropráctico | () Píldoras anticonceptivas | () Estimulador eléctrico transcutáneo de nervios | |
| () Inyecciones o nebulizaciones de hormonas | | | |
| () Biorretroalimentación | () Danazol | () Remedios naturistas | () Psicoterapia |
| () Inyecciones en puntos mialgésicos | () Antiinflamatorios no esteroideos (como el ibuprofen) | | |
| () Narcóticos fuertes | () Otros _____ | | |

¿El sitio del dolor es constante? () Sí () No

¿Siempre está presente el dolor? () Sí () No

¿En qué momento es peor el dolor? Señale los momentos más precisos

- | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|-------------------------|
| () Mañana | () Mediodía | () Tarde | () Noche | () Todo el tiempo | () Con la menstruación |
| () Durante el coito | () Después del coito | () Durante el ejercicio | () Antes de la menstruación | | |
| () Después de la menstruación | () Al estar de pie mucho tiempo | () Al conducir un automóvil | | | |
| () Otros _____ | | | | | |

En su opinión: ¿cuál es la causa del dolor que sufre? _____

En su opinión: ¿cómo está logrando afrontar el dolor? _____

¿Cuáles son sus expectativas sobre los resultados del tratamiento? _____

¿Alguna vez ha sido lastimada física, emocional o sexualmente?

- () Sí () No

¿Ha sentido depresión o ansiedad por el dolor o el tratamiento?

- () Sí () No

En caso afirmativo: ¿ha recibido tratamiento psicológico? () Sí () No

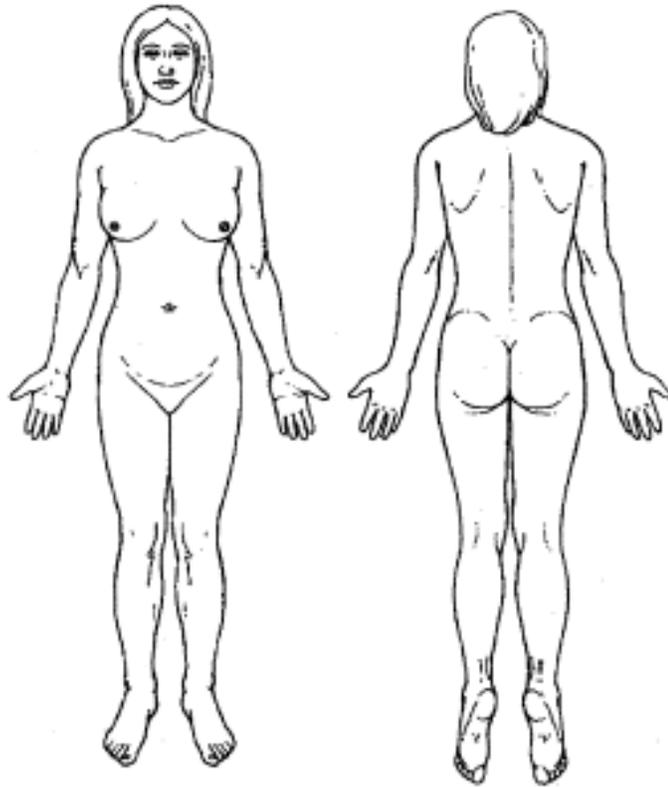
¿Con qué personas ha hablado de su dolor o durante momentos muy difíciles?

- () Cónyuge () Amigo () Médico/profesional asistencial
() Grupo de apoyo () Otros _____

Para cada uno de los síntomas de abajo, favor de rellenar el círculo su nivel de dolor basándose en el mes pasado.

10 = el dolor peor 0 = no dolor

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Como evaluaría su dolor actualmente?											
Dolor en la ovulación (ciclo medio)	<input type="radio"/>										
Dolor antes de la menstruación o periodo	<input type="radio"/>										
Dolor (no cólicos) con periodo	<input type="radio"/>										
Dolor agudo en las relaciones sexuales	<input type="radio"/>										
Dolor en la ingle cuando levanta peso	<input type="radio"/>										
Dolor pélvico dura horas o días después de tener relaciones sexuales	<input type="radio"/>										
Dolor cuando la vejiga está llena	<input type="radio"/>										
Dolor en los músculos y las coyunturas	<input type="radio"/>										
Dolor en los ovarios	<input type="radio"/>										
Nivel de dolor de cólicos en los periodos	<input type="radio"/>										
Dolor después que el periodo ha terminado	<input type="radio"/>										
Quemazón vaginal con dolor durante el sexo	<input type="radio"/>										
Dolor al orinar	<input type="radio"/>										
Dolor en la espalda	<input type="radio"/>										
Dolor de cabeza	<input type="radio"/>										
¿Cual sería un nivel aceptable de dolor?	<input type="radio"/>										



Instrucciones: marcar áreas del dolor:

X el área donde siente el dolor,

E si es externo,

I si es Interno

EI si es interno como externo

Cuestionario del dolor de McGill.

Steege JF, Metzger DA, Levy BS. Dolor Pélvico Crónico. McGraw-Hill Interamericana, 1ra ed. 1998.

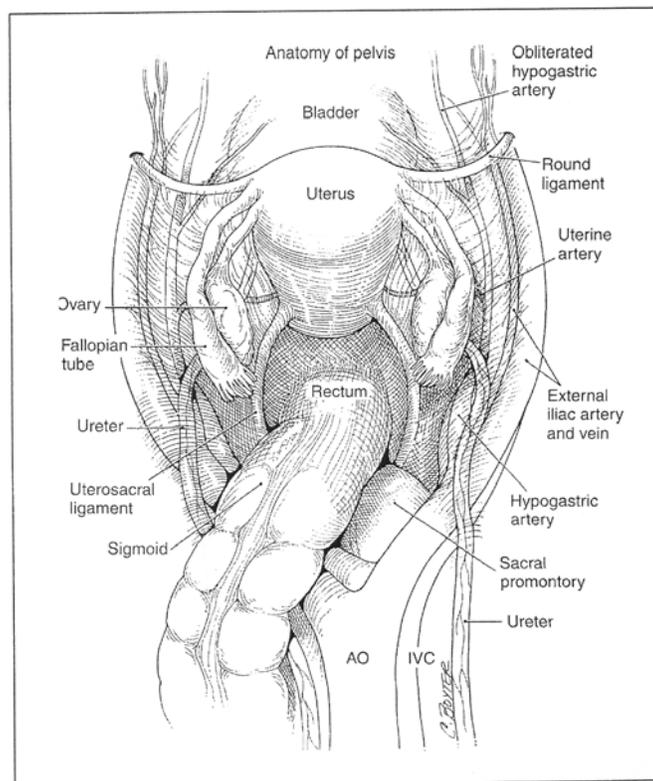


REPORTE DE MAPEO DEL DOLOR PELVICO Clínica de Cirugía Endoscópica

Nombre: _____
No. Expediente: _____
Dx. del Dolor Premapeo: _____

Fecha: _____

ESQUEMA PELVICO



Cirujano: _____

Diagnóstico del Dolor Post Mapeo: _____

PACIENTES PARA EL ESTUDIO PILOTO DEL MAPEO CONSCIENTE DEL DOLOR PELVICO CRONICO

EDAD EN AÑOS CUMPLICDOS * GESTACION Crosstabulation

TABLA 1.

Count		GESTACION		Total
		1	4	
EDAD EN AÑOS CUMPLICDOS	28	1		1
	29	1		1
	36		1	1
Total		2	1	3

EDAD EN AÑOS CUMPLICDOS * HALLAZGOS GENERALES Crosstabulation

Count		HALLAZGOS GENERALES			Total
		dolor central (utero y uterosacros) endometriosis blanca en fosas ovaricas	dolor central en utero, uterosacros y fondo de saco posterior no dolos intestinal	dolor ovario der 4/5, uterosacro der, colon der. datos EPI endome. En ambos uterosacros.	
EDAD EN AÑOS CUMPLICDOS	28			1	1
	29	1			1
	36		1		1
Total		1	1	1	3

TABLA 2

LOCALIZACION DEL DOLOR DURANTE EL MAPEO PELVICO POR MINILAPAROSCOPIA

Crosstab

1= SI
2= NO
RANGOS DE EDAD:
1= <20 AÑOS
2=21-30AÑOS
3=>30 AÑOS

		OVARIOS		Total
		1	2	
RANGO	<20	1	1	2
S DE	21 - 30	1	5	6
EDAD	> 30	2	1	3
Total		4	7	11

Crosstab

		FONDO DE SACO DE DOUGLAS		Total
		1	2	
RANGOS	1		2	2
DE EDAD	2	1	5	6
	3		3	3
Total		1	10	11

Crosstab

		SALPINGES		Total
		1	2	
RANGOS	1		2	2
DE EDAD	2	1	5	6
	3	2	1	3
Total		3	8	11

Crosstab

		LIG ANCHO		Total
		1	2	
RANGOS	1		2	2
DE EDAD	2	1	5	6
	3		3	3
Total		1	10	11

Crosstab

		LIG REDONDO		Total
		1	2	
RANGOS	1		2	2
DE EDAD	2	2	4	6
	3	2	1	3
Total		4	7	11

Crosstab

		LIG UTERO SACROS		Total
		1	2	
RANGOS	1		2	2
DE EDAD	2	2	4	6
	3		3	3
Total		2	9	11

LOCALIZACION DEL DOLOR DURANTE EL MAPEO PELVICO POR MINILAPAROSCOPIA

Crosstab

Count

		VEJIGA		Total
		1	2	
RANGOS DE EDAD	1		2	2
	2	3	3	6
	3	2	1	3
Total		5	6	11

Crosstab

Count

		COLON		Total
		1	2	
RANGOS DE EDAD	1	1	1	2
	2		6	6
	3	2	1	3
Total		3	8	11

**NUMERO DE SITIOS DE DOLOR DURANTE EL MAPEO PELVICO POR MINILAPAROSCOPIA
EN RELACION CON LOS GRUPOS DE EDAD**

Count

		DOS SITIOS EL NIVEL DEL DOLOR		Total
		1.00	2.00	
RANGOS DE EDAD	1	2		2
	2	1	5	6
	3		3	3
Total		3	8	11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.799 ^a	2	.033
Likelihood Ratio	7.484	2	.024
Linear-by-Linear Association	4.823	1	.028
N of Valid Cases	11		

a. 6 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .55.

Crosstab

Count

		TRES SITIOS EL NIVEL DEL DOLOR		Total
		1.00	2.00	
RANGOS DE EDAD	1		2	2
	2	3	3	6
	3	3		3
Total		6	5	11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.950 ^a	2	.084
Likelihood Ratio	6.840	2	.033
Linear-by-Linear Association	4.500	1	.034
N of Valid Cases	11		

a. 6 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .91.

TABLE 3

SITIOS DE DOLOR PELVICO SEGÚN SU ORIGEN A TRAVÉS DEL DX. POR MAPEO PELVICO POR MINILAPAROSCOPIA

Crosstab

Count		ORIGEN DEL DOLOR :GINECOLOGICO		Total
		1.00	2.00	
RANGOS DE EDAD	1	1	1	2
	2	5	1	6
	3	2	1	3
Total		8	3	11

Crosstab

Count		ORIGEN DEL DOLOR:NO GINECOLOGICO		Total
		1.00	2.00	
RANGOS DE EDAD	1	1	1	2
	2	3	3	6
	3	2	1	3
Total		6	5	11

Crosstab

Count		ORIGEN DEL DOLOR:MIXTO		Total
		1.00	2.00	
RANGOS DE EDAD	1		2	2
	2	3	3	6
	3	1	2	3
Total		4	7	11

TABLA 6

LA VEJIGA EN RELACION AL ORIGEN DEL DOLOR NO GINECOLOGICO

Crosstab

Count

		VEJIGA		Total
		1	2	
ORIGEN DEL DOLOR:NO GINECOLOGICO	1.00	5	1	6
	2.00		5	5
Total		5	6	11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.639 ^b	1	.006		
Continuity Correction ^a	4.648	1	.031		
Likelihood Ratio	9.751	1	.002		
Fisher's Exact Test				.015	.013
Linear-by-Linear Association	6.944	1	.008		
N of Valid Cases	11				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.27.

TABLA 7

LA VEJIGA COMO ORIGEN DE DOLOR DE ETIOLOGIA MIXTA

Crosstab

Count		VEJIGA		Total
		1	2	
ORIGEN DEL DOLOR:MIXTO	1.00	4	6	4
DOLOR:MIXTO	2.00	1	6	7
Total		5	6	11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.543 ^b	1	.006		
Continuity Correction ^a	4.482	1	.034		
Likelihood Ratio	9.417	1	.002		
Fisher's Exact Test				.015	.015
Linear-by-Linear Association	6.857	1	.009		
N of Valid Cases	11				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.82.

TABLA 8

EL LIGAMENTO REDONDO EN LA ETIOLOGIA DEL DOLOR DE ORIGEN MIXTO

Crosstab

Count		LIG REDONDO		Total
		1	2	
ORIGEN DEL	1.00	3	1	4
DOLOR:MIXTO	2.00	1	6	7
Total		4	7	11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.055 ^b	1	.044		
Continuity Correction ^a	1.856	1	.173		
Likelihood Ratio	4.180	1	.041		
Fisher's Exact Test				.088	.088
Linear-by-Linear Association	3.686	1	.055		
N of Valid Cases	11				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.45.

TRATAMIENTO PREVIO Y POST MAPEO CONSCIENTE DEL DOLOR PELVICO CRONICO

Count

	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS								Total
	16	18	21	24	26	31	35	38	
PREMEDICACIÓN AINES	1	1	2	2	2	1	1		9
AINES+ANTIDEPRESIVOS								1	1
Total	1	1	2	2	2	1	1	1	11

Count

	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS								Total
	16	18	21	24	26	31	35	38	
AINES	1	1	1		1	1			5
AINES + ALPRAZOLAN								1	1
AINES + ANTICONCEPTIVOS ORALES							1		1
ANTICONCEPTIVOS ORALES			1	1	1				3
DANAZOL				1					1
Total	1	1	2	2	2	1	1	1	11

GRAFICO 1: EDAD DE LAS PACIENTES

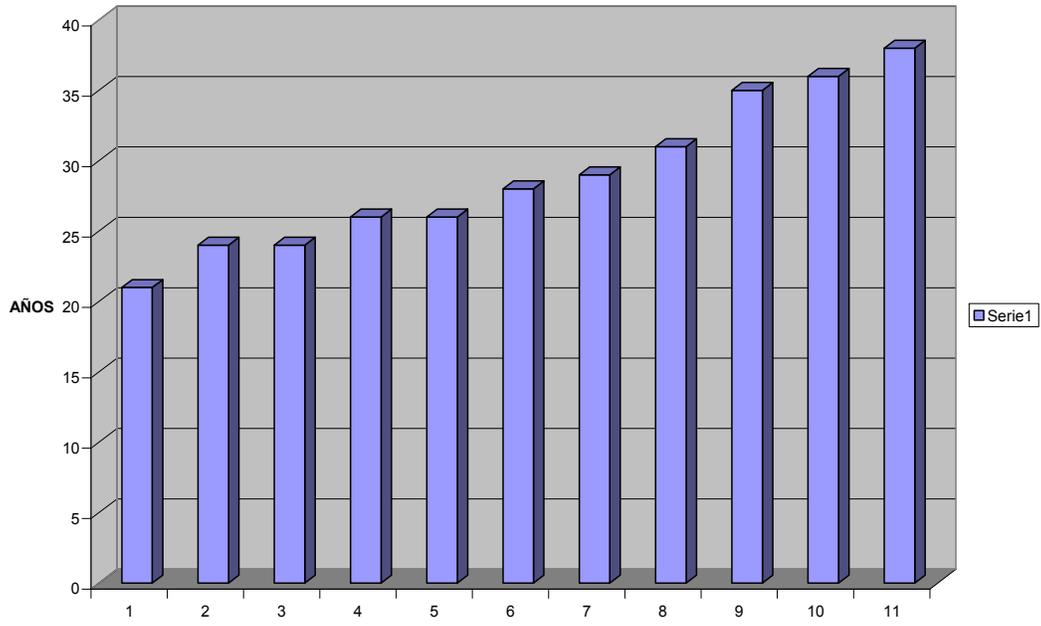


GRAFICO 2: ETIOLOGÍA DEL DOLOR

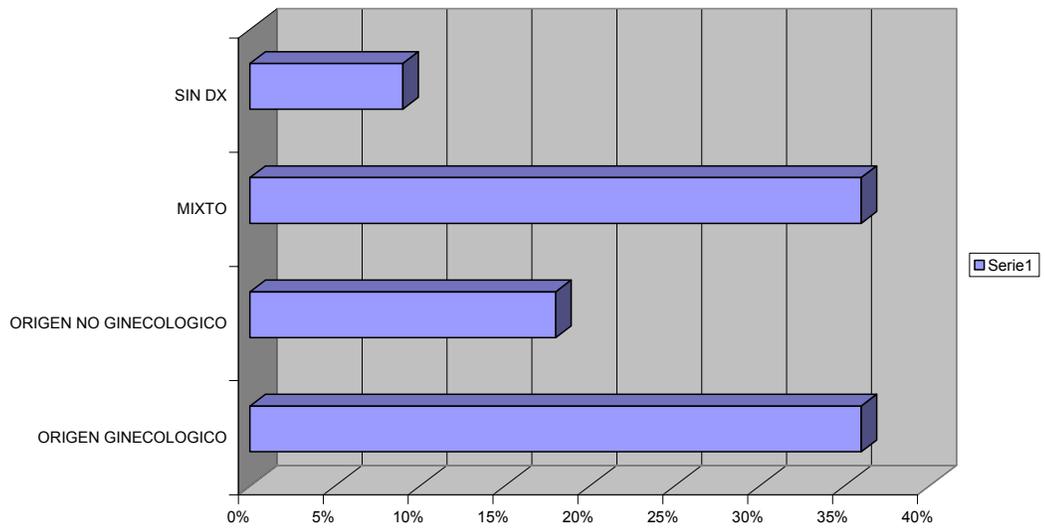


GRÁFICO 3: ESTRUCTURAS ANATÓMICAS EN EL ORIGEN DEL DOLOR

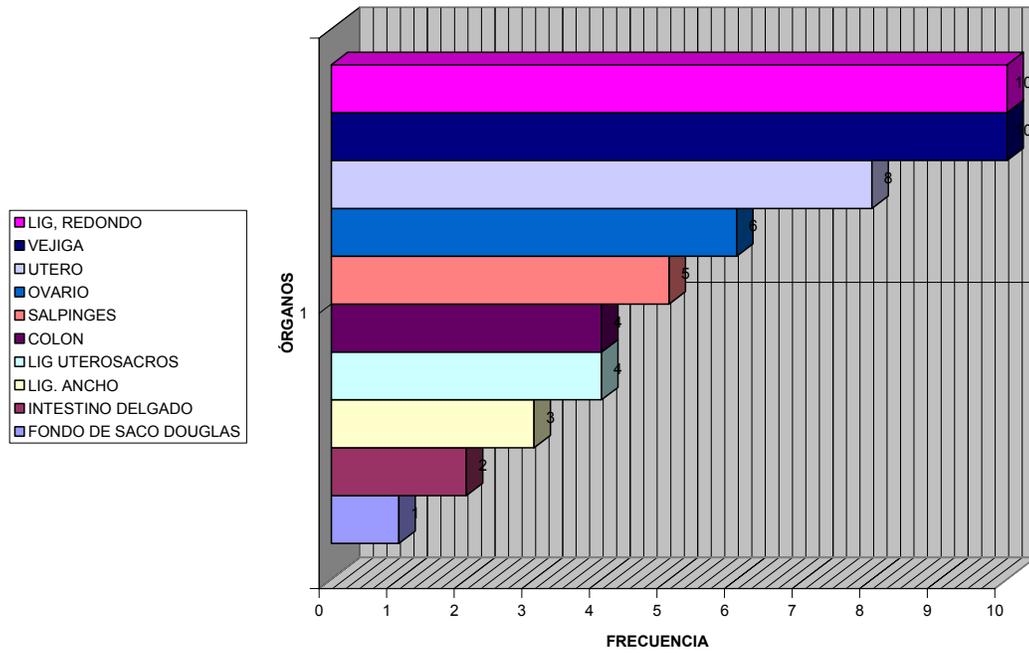


GRÁFICO 4: DOLOR EN LA OVULACIÓN

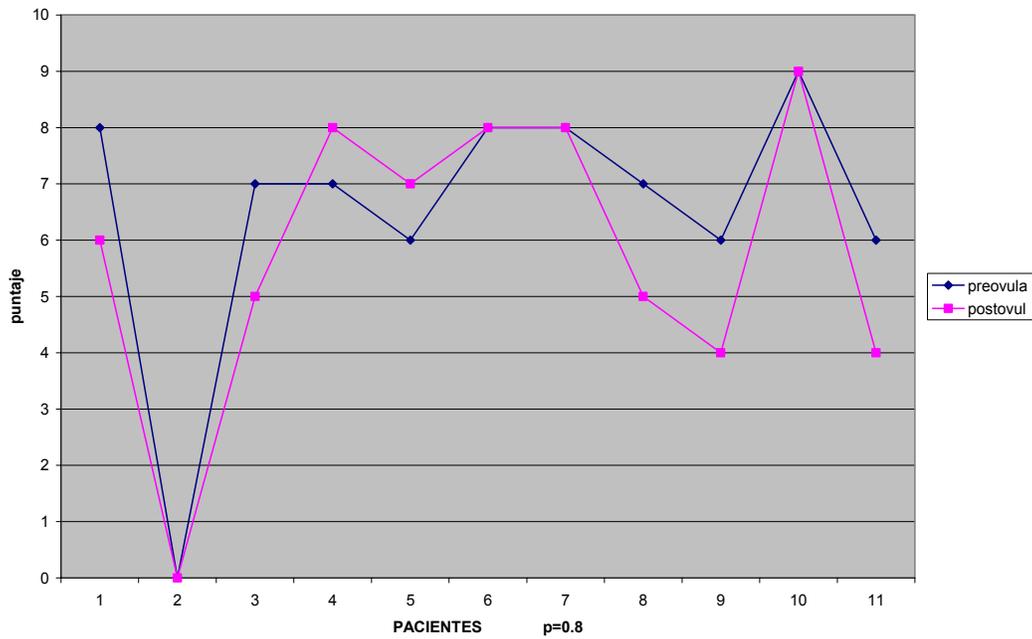


GRAFICO 5: DOLOR ANTES DE LA MENSTRUACIÓN

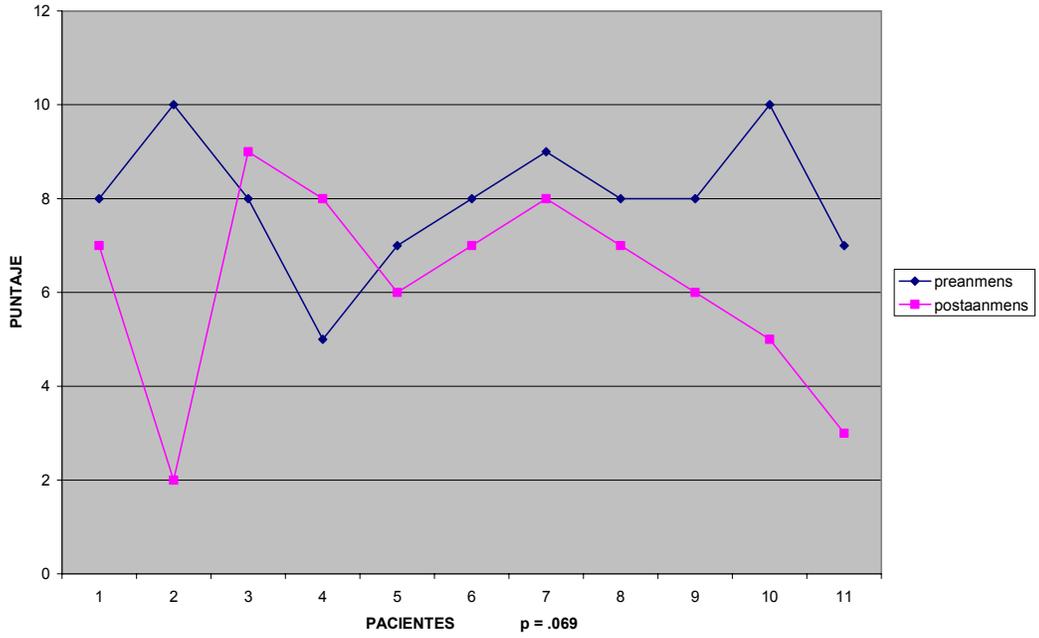


GRAFICO 6: DOLOR NO COLICO EN LA MENSTRUACIÓN

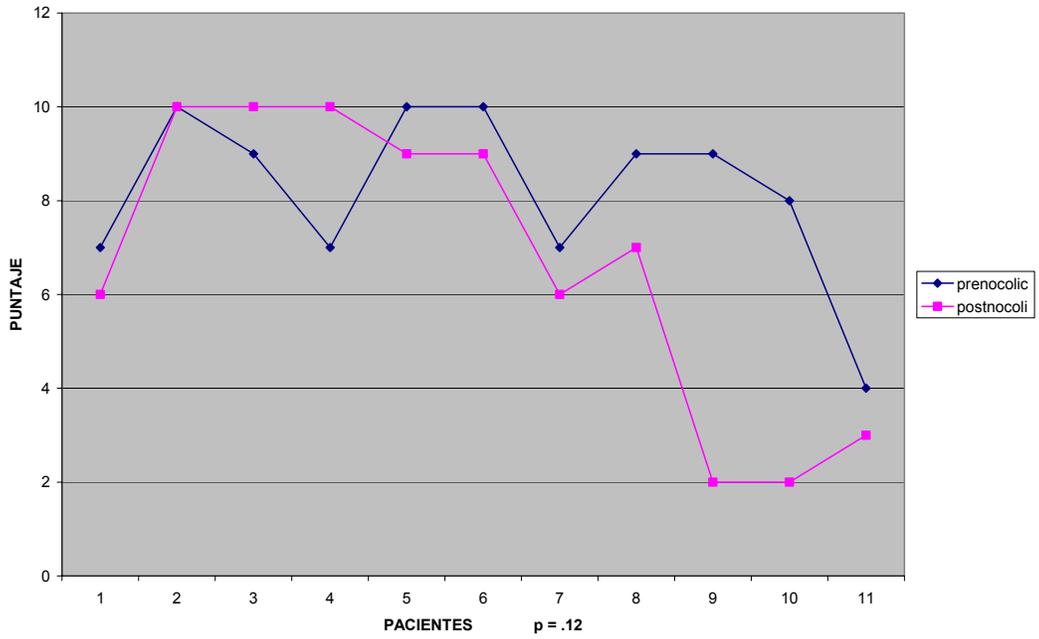


GRAFICO 7: DOLOR EN LA INGLE AL LEVANTAR PESADO

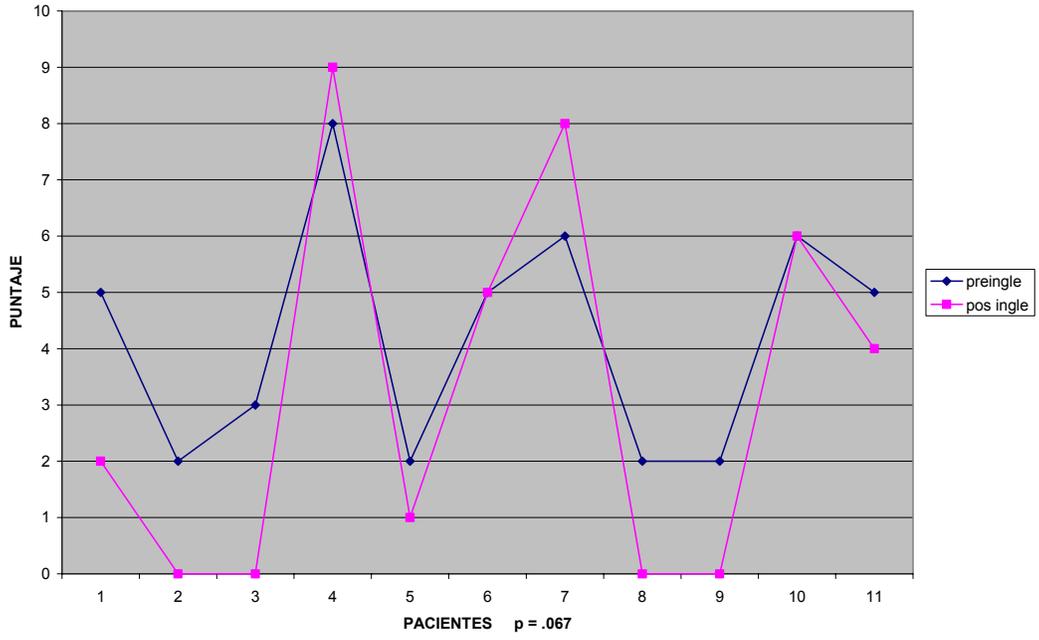


GRAFICO 8: DOLOR CON VEJIGA LLENA

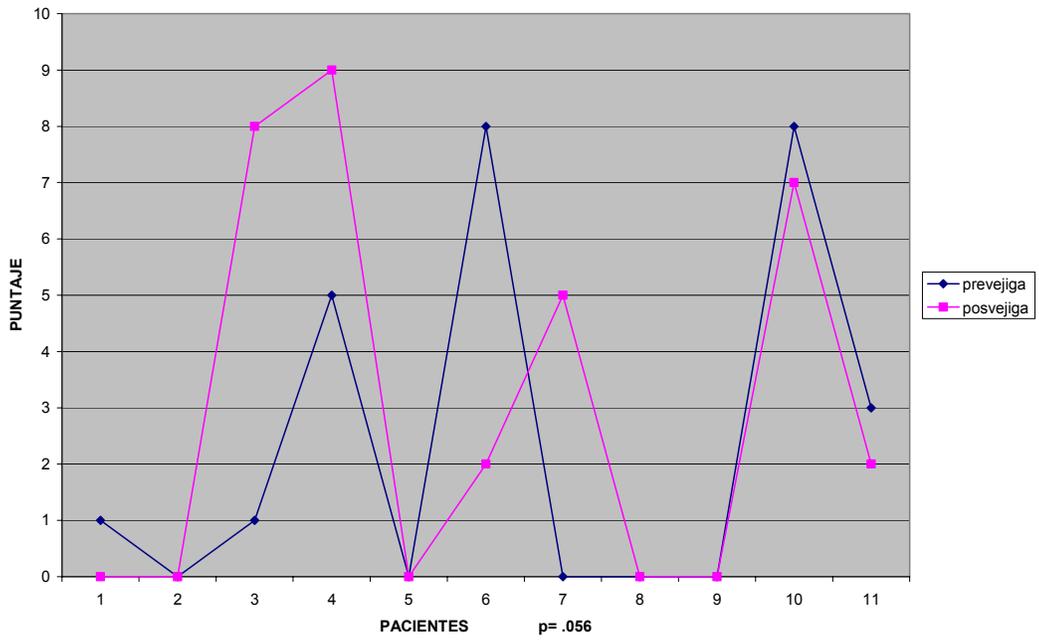


GRAFICO 9: DOLOR EN LOS OVARIOS

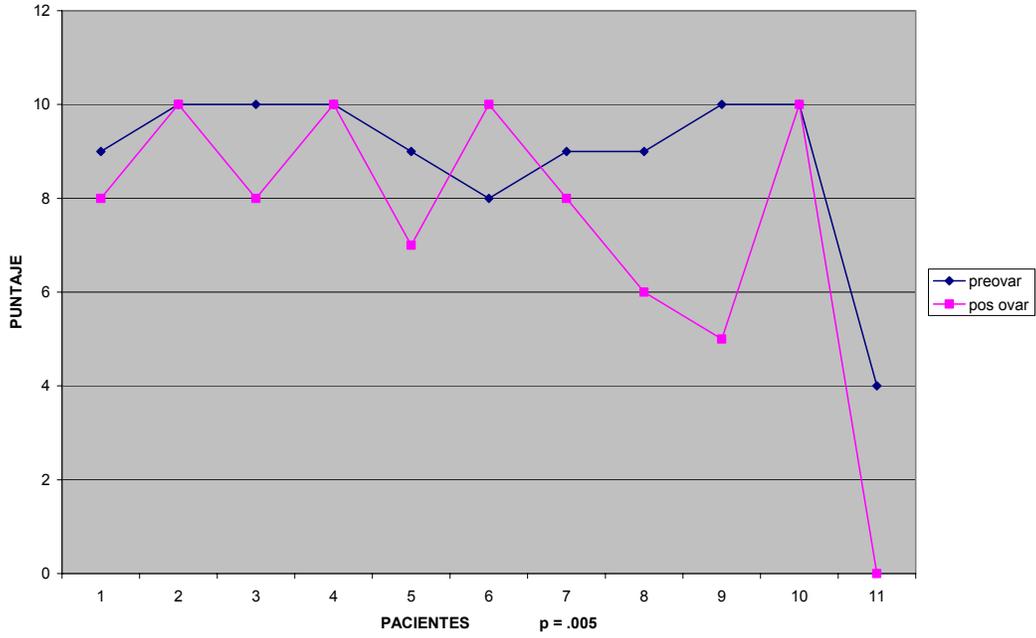


GRAFICO 10: DOLOR DESPUES DE LA MENSTRUACIÓN

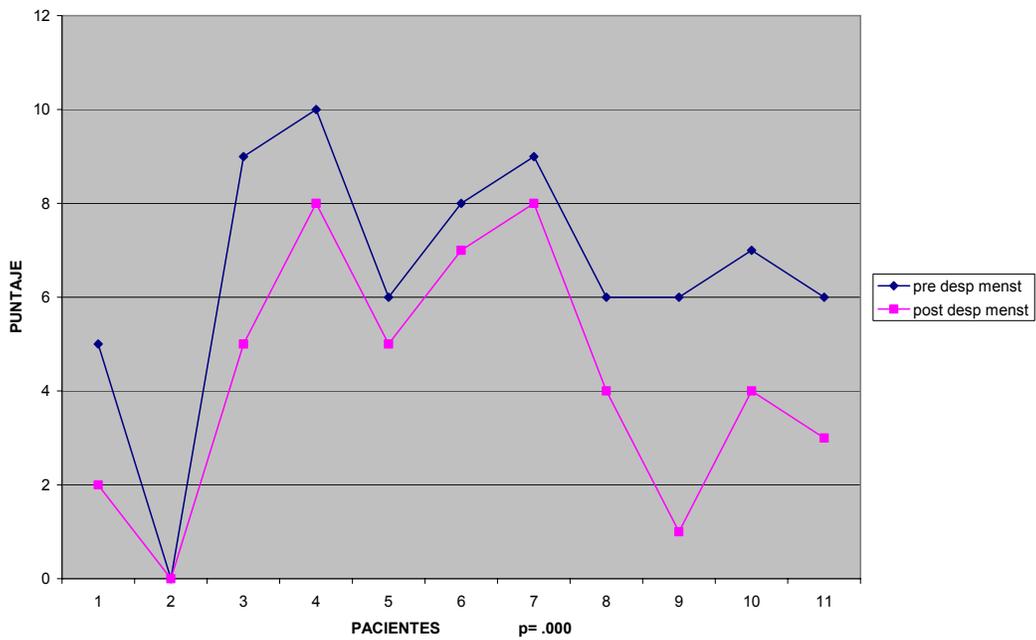


GRÁFICO 11: SUMATORIA DEL PUNTAJE PRE Y POST EVALUACIÓN DEL DOLOR EN TODAS LAS PACIENTES

