DeepL

Suscríbete a DeepL Pro para poder traducir archivos de mayor tamaño.
Más información disponible en www.DeepL.com/pro.

Rev Dor. São Paulo, 2014 Jul-Sep;15(3):191-7

ARTÍCULO

ORIGINAL

Análisis de 230 mujeres con dolor pélvico crónico atendidas en un hospital público.*

Análisis de 230 mujeres con dolor pélvico crónico atendidas en un hospital público

José Miguel de Deus[1], Ana Flávia Ribeiro dos Santos[2], Raiane de Barros Bosquetti[2], Lenyze Pofhal[2], Onofre Alves Neto[3]

**Recibido del Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.*

DOI 10.5935/1806-0013.20140042

RESUMEN

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: El dolor pélvico crónico es prevalente, presenta difícil tratamiento y ha sido poco investigado. El objetivo de este estudio fue analizar 230 pacientes del ambulatorio de dolor pélvico crónico del Hospital das Clínicas de la Universidad Federal de Goiás.
MÉTODOS: Estudio transversal y de intervención, de 2007 a 2011.
RESULTADOS: La edad media era de 38,3±10,0 años. La mayoría de las mujeres eran mu- latas, casadas/convivían, asistían a la escuela primaria, dependían económicamente, tenían ingresos de hasta cinco salarios mínimos, índice de masa corporal normal, hasta tres hijos y actividad sexual. Casi 30% tuvieron abortos, 15,8%, abuso físico y 11%, abuso sexual. Las cirugías previas eran frecuentes. La mayoría tenía una función intestinal y vesical normal. El dolor duraba más de 16 días/mes; empeoraba en el periodo peri- menstrual y comenzaba, de media, 6,7 años antes. En más del 70% de los casos hubo un acontecimiento coincidente con la aparición del dolor, y los conflictos y/o traumatismos fueron los más frecuentemente señalados. La exploración física y la ecografía fueron normales en la mayoría de estas mujeres. Se encontraron adherencias y/o endometriosis en casi 2/3 de las 41 laparoscopias realizadas. Hubo una reducción media del 39,2% de la escala de dolor (3,1/7,9) con diversos tratamientos adoptados (fármacos, psicoterapia y laparoscopia) p<0,001. Los antecedentes de abuso sexual y aborto se asociaron a una menor reducción del dolor.
CONCLUSIÓN: Este estudio aporta información epidemiológica y clínica sobre mujeres con dolor pélvico crónico en Brasil. Los tratamientos clínicos y psicoterapéuticos indujeron reducción significativa de la escala de dolor entre la primera y la última visita de las pacientes. La laparoscopia no potenció la reducción del dolor.
Palabras clave: Epidemiología, Dolor pélvico, Psicoterapia, Signos y síntomas, Terapéutica.

RESUMEN

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: El dolor pélvico crónico es prevalente, difícil de tratar y ha sido poco investigado. El objetivo de este estudio fue analizar 230 pacientes de la consulta externa de dolor pélvico crónico del Hospital das Clínicas de la Universidad Federal de Goiás.
MÉTODOS: Se trata de un estudio de intervención transversal realizado entre 2007 y 2011.
RESULTADOS: La edad media de las mujeres era de 38,3±10,0 años. La mayoría de las mujeres eran morenas, casadas/casadas, habían terminado la escuela primaria, dependían económicamente, tenían ingresos de hasta cinco salarios mínimos, tenían un índice de masa corporal normal, habían tenido hasta tres hijos y eran sexualmente activas. El aborto se produjo en el 30%, el maltrato físico en el 15,8% y el abuso sexual en el 11%. La mayoría se había sometido a cirugía previa y tenía una función intestinal y urinaria normal. El dolor duraba más de 16 días/mes, empeoraba durante el periodo perimenstrual y comenzó una media de 6,7 años antes. En más del 70% de los casos se señaló un acontecimiento coincidente con la aparición del dolor, siendo los conflictos y/o traumatismos los más citados. Los exámenes físicos y ecográficos fueron normales en la gran mayoría de estas mujeres. Se encontraron adherencias y/o endo-metriosis en casi dos tercios de las 41 laparoscopias realizadas. Hubo una reducción media del 39,2% en la escala de dolor (3,1/7,9) con los diferentes abordajes adoptados (farmacológico, laparoscópico y psicoterapéutico) p<0,001. Los antecedentes de abuso sexual y aborto provocado se asociaron a una menor reducción del dolor.
CONCLUSIÓN: Este estudio añade información epidemiológica y clínica sobre las mujeres con dolor pélvico crónico en Brasil. El tratamiento clínico y psicoterapéutico promovió una reducción significativa de la escala de dolor entre la primera y la última visita. La laparoscopia no potenció la reducción del dolor.
Palabras clave: Dolor pélvico, Epidemiología, Psicoterapia, Signos y sin-
tomas, Terapéutica.

1. Universidad Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
2. Universidad Federal de Goiás, Hospital de Clínicas, Goiânia, GO, Brasil.
3. Universidad Federal de Goiás, Facultad de Medicina, GO, Brasil.

Presentado el 19 de diciembre de 2013. Aceptado para su publicación el 18 de agosto de 2014. Conflicto de intereses:

ninguno.

Dirección para la correspondencia:
José Miguel de Deus
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Goiás
Rua 235 com 1a Avenida, s/n, Setor Universitário
74605-020 Goiânia, GO, Brasil.
Correo electrónico:
jm.dedeus@hotmail.com

© Sociedad Brasileña para el Estudio del Dolor

INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico (DPC) es un dolor no cíclico que dura seis meses o más, localizado en la pelvis anatómica, la pared abdominal por debajo del ombligo o la región glútea y lo suficientemente intenso como para interferir con las actividades normales y/o requerir asistencia médica[1,2].

El SPI es responsable del 10% de las consultas a ginecólogos, del 40 al 50% de las laparoscopias ginecológicas y de aproximadamente el 12% de todas las histerectomías[3,4]. Tiene un impacto directo en la vida conyugal.

Esto convierte al SPI en un grave problema de salud pública[4,6].

Aún no existe consenso sobre los factores de riesgo, dados los resultados contradictorios de los estudios realizados. Los más citados son: abuso de drogas o alcohol, antecedentes de aborto, aumento del flujo menstrual y dismenorrea, enfermedades inflamatorias y otras enfermedades pélvicas, cirugía abdominal previa, bajo nivel educativo y comorbilidades psicológicas como ansiedad y depresión[4,7]. Los datos disponibles hasta la fecha son algo limitados, especialmente en los países en desarrollo. Un estudio informó de una prevalencia global del 11,5% (147/1278) de CPD en mujeres mayores de 14 años en Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil) y del 15,1% (127/841) en mujeres en edad reproductiva[4], similar a la de un estudio realizado en Estados Unidos (14,7% - 773/5263 mujeres de 18 a 50 años encuestadas por la Gallup Organisation)[1].

El tratamiento de la CPD se centra en los síntomas o en el propio diagnóstico. Incluso cuando se especifica el diagnóstico, como síndrome de vejiga dolorosa, síndrome de intestino irritable, endome- triosis y adherencias, la respuesta es frustrante[3,6,7]. El arsenal terapéutico incluye antiinflamatorios no esteroideos (AINE), bloqueantes musculares, anticonceptivos hormonales, amitriptilina y otros antidepresivos, anticonvulsivos y psicoterapia[8,9]. La terapia cognitivo-conductual es un enfoque ya aceptado y recomendado en el tratamiento de las mujeres con SPI[9,10]. La constelación familiar es un enfoque sistémico, desarrollado por Bert Hellinger y que conecta- El sufrimiento/enfermedad está vinculado a procesos inconscientes, basados en de exclusiones, conflictos y traumas ocurridos en su vida personal y/o fa- miliar. En su obra titulada "Lo esencial es simple" trata de el uso de constelaciones familiares en diversos síntomas/enfermedades, incluido el síndrome de dolor crónico[11,12]. El tratamiento quirúrgico, especialmente la laparoscopia, se ha indicado para el diagnóstico y el tratamiento de la endometriosis y las adherencias pélvicas[1,2], pero se ha cuestionado cada vez más[13,14].

El ambulatorio de SPI del Departamento de Ginecología del Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Goiás (HC-UFG) existe para recibir, investigar y tratar mujeres con SPI. Este estudio se realizó con el objetivo de conocer más sobre esta población para comprender mejor la realidad de este grupo y promover avances en su atención, así como para compartir esta información con otros profesionales de la salud de la mujer y gestores de políticas públicas de salud.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal de intervención mediante formularios preestructurados de primera consulta y de retorno, que se cumplimentaron durante las consultas entre febrero de 2007 y mayo de 2011 en la Consulta Externa de Dolor Pélvico Crónico del HC-UFG. Posteriormente se tabularon los datos catalogados para identificar posibles factores epidemiológicos, clínicos y ecográficos asociados al DPC, así como la evolución de la escala visual analógica del dolor (EVA) con los tratamientos indicados. Las variables recogidas y analizadas fueron: edad, color, estado civil, escolaridad, renta familiar, dependencia económica, índice de masa corporal (IMC = $\frac{\text{peso}}{\text{altura}^2}$), número de hijos, ocurrencia de abortos, historia de abuso físico y/o sexual, actividad sexual y deseo sexual,

orgasmo, dispareunia, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, ciclo menstrual y características del flujo, antecedentes de cirugía, lugar predominante del dolor, puntuación del dolor EAV en la primera y última visita, acontecimientos coincidentes con el inicio del dolor, duración del dolor, empeoramiento perimenstrual del dolor, conflictos conyugales o con la familia de origen y traumas familiares, hábitos intestinales, molestias urinarias, exploración física, ecografía y laparoscopia, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (cognitivo-conductual y constelaciones familiares). También se evaluó el seguimiento ambulatorio. En la consulta externa del HC-UFG, la elección del fármaco se hace de la siguiente manera: si el dolor empeora o hay cambios de humor perimentrales, la elección inicial es inducir la amenorrea con anticonceptivos hormonales; si la paciente tiene neuralgia, dolor musculoesquelético, fibromialgia, conflictos, traumas o un perfil depresivo, se empieza con amitriptilina u otros antidepresivos, dependiendo de la tolerabilidad. También intentamos asociar la amenorrea a la amitriptilina u otros antidepresivos cuando se solapan los trastornos mencionados. Antidepresivos

-Los antiinflamatorios están indicados en las crisis de dolor. Además, siempre se sugiere psicoterapia (las disponibles eran la terapia cognitivo-conductual y las constelaciones familiares). La terapia cognitivo-conductual se realizaba en 6-8 sesiones individuales de alrededor de una hora de duración, mientras que las constelaciones familiares se administraban en una única sesión grupal o individual (de entre una y dos horas de duración).

Se consideró que los pacientes estaban en seguimiento ambulatorio cuando habían sido atendidos durante menos de un año tras el análisis de las historias clínicas. Las citas se programaron cada tres meses y se cambiaron a cada seis meses si la puntuación del dolor del paciente era inferior o igual a 2. Más de un año sin una nueva visita se consideró una pérdida de seguimiento. El criterio establecido para el alta de la clínica de SPC fue: escala de dolor ≤ 2 durante al menos un año, sin el uso de ningún analgésico.

Los datos se introdujeron y analizaron en el *programa* Excel para Win- dows para su posterior análisis en el *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS, versión 17.0.

Se utilizó la prueba de Mann-Whitney para comprobar las diferencias en la escala de dolor entre la primera y la última consulta en las variables específicas: historia de aborto, abuso físico, abuso sexual, laparoscopia, tratamiento actual y psicoterapia. La prueba de Kruskal-

-Se utilizaron las pruebas de Kruskal-Wallis y Wilcoxon para comprobar si había o no diferencias significativas entre la primera y la última consulta en relación con las siguientes variables: aborto y tratamiento actual (Kruskal-Wallis); maltrato físico, abuso sexual, laparoscopia y psicoterapia (Wilcoxon). Se adoptó un nivel de confianza del 95%, es decir, $p<0,05$ se consideró significativo.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de HC-.

-UFG, dictamen nº 004/2007. Los pacientes firmaron un formulario de consentimiento libre e informado (FICF).

RESULTADOS

Inicialmente se incluyeron 271 pacientes, pero se excluyeron del estudio 13 pacientes por datos incompletos o perdidos, y 28 por no cumplir los criterios de DPC (dolor exclusivamente cíclico en 21 pacientes y dispareunia aislada en siete pacientes). Por tanto, se evaluaron las 230 pacientes restantes.

La edad media de las mujeres con SPI era de 38,3±10,0 años.

Se observó que la mayoría eran morenas, casadas o en pareja, habían cursado la enseñanza primaria, tenían ingresos de hasta cinco salarios mínimos, eran económicamente dependientes y presentaban un IMC normal (Tabla 1). La mayoría de las pacientes tenía hasta tres hijos, actividad sexual con

deseo y orgasmo, a pesar de la dispareunia. Casi el 30% habían sufrido abusos, el 15,8% abusos físicos y el 11% abusos sexuales (Tabla 2). La menstruación era a intervalos regulares en el 57,8% de las pacientes, con flujo normal en el 46,9% y amenorrea en el 28% de ellas. Las cirugías pélvicas previas eran muy frecuentes, especialmente la ligadura de trompas (50,4%) y la cesárea (48,7%), seguidas de la histerorectomía (14,3%) y el quiste ovárico (11,3%), entre otras. La mayoría de las pacientes presentaban una función intestinal normal (58,2%), pero el 38,3% refirieron estreñimiento, y el 2,6% estreñimiento y diarrea, presentándose esta última sólo en el 0,9% de las mujeres. La función urinaria era normal en el 79,1% de los casos.

La localización del dolor fue, por orden decreciente de frecuencia: fosa ilíaca izquierda (38,7%), fosa ilíaca derecha (32,7%), hipogastrio (19,1%), bajo vientre (17,0%) y vaginal (2,6%). El dolor duraba más de la mitad del mes en el 63% de los casos y empeoraba durante el periodo perimenstrual en el 55,2% de los casos. Había comenzado una media de 6,7±7,6 (0,5-54) años antes, con una EAV media de 7,9±1,8 (2-10). Hubo una reducción media de 3,1 puntos en la EAV entre la primera y la última visita, y el tiempo de seguimiento fue de 1,6±1,6 años (0-3,2). En más del 70% de los casos se observó un acontecimiento coincidente con la aparición del dolor, siendo la historia de conflicto y/o traumatismo y los acontecimientos obstétricos los más citados (Tabla 3). Los conflictos conyugales y/o familiares estuvieron presentes en alrededor del 40% de las pacientes, mientras que los traumas familiares se produjeron en más de la mitad de los casos (Tabla 4).

Tabla 1. Distribución de pacientes en la consulta externa de dolor pélvico crónico (n=230)

Variables	n	%
Color		
Blanco	82	35,7
Negro	30	13,0
Marrón	118	51,3
Estado civil		
Único	24	10,4
Casado/a Separado/a	167	72,5
Divorciado/a Viudo/a	32	14,0
	7	3,1
Educación		
Analfabetos	8	3,4
Escuela primaria	137	59,8
Bachillerato	77	33,4
Enseñanza superior	8	3,4
Renta *per cápita* (salarios mínimos)		
Menos del 1	79	34,4
1 a 5	147	64,0
Más de 5	4	1,6
Dependencia financiera		
Socio	123	53,4

Tabla 2. Factores obstétricos y ginecológicos en pacientes con dolor pélvico crónico (n=230).

Variables	n	%
Número de niños		
0	30	13,0
1-3	167	72,6
3-4	33	14,4
Abortos		
No	163	70,9
Espontáneo	54	23,4
Abuso físico	13	5,7
provocado		
Sí	36	15,8
No	194	84,2
Abuso sexual		
Sí	25	11,0
No	205	89,0
Actividad sexual		
Sí	191	83,0
No	39	17,0
Orgasmo		
Sí No	143	62,0
Dispareunia	87	38,0
superficial		
profunda	32	14,0
No dispareunia	150	65,0
Deseo sexual Sí	48	21,0
No		
Antecedentes de enfermedades de	138	60,0
transmisión sexual Sí	92	40,0
No		
	41	17,8
	189	82,2

Tabla 3. Acontecimiento coincidente con el inicio del dolor pélvico crónico (n=230)

Variables	n	%
Ninguna realizada	66	28,7
Conflicto y/o trauma	65	28,3
Embarazo/aborto/nacimiento de un hijo	51	22,2
Pérdida o alejamiento de un ser	48	20,9
querido Ligadura de trompas	24	10,4
Histerectomía	9	3,9

Tabla 4. Problemas familiares de los pacientes de la clínica del dolor pélvica crónica (n=230)

Variables	n	%
Conflicto conyugal (pareja)		
Sí	96	42,0
No	134	58,0
Conflicto familiar (excluida la pareja)		

Otros	22	9,4
No depende	85	37,2
Índice de masa corporal		
Peso reducido	8	3,3
Normal	134	58,3
Sobrepeso	64	27,8
Obesidad	24	10,6
Sí	91	39,5
No	139	60,5
Trauma familiar*		
Sí	119	51,7
No	111	48,3

*Abandono de los padres, donación de u n hijo, muertes prematuras y/o trágicas, muerte de personas cercanas con las que tenían conflictos.

Los exámenes físicos y ecográficos fueron normales en la gran mayoría de estas mujeres (Tabla 5). En las 41/230 (17,8%) laparoscopias realizadas, se encontraron adherencias (34%), endometriosis (29%), pelvis normal (22%) y otros hallazgos en el 15% de los casos.

Los fármacos más utilizados en el tratamiento de las pacientes con DPC fueron los anticonceptivos hormonales y la amitriptilina (Tabla 6). Hubo una reducción media de alrededor del 40% en la EAV (3,1/7,9) con los distintos abordajes adoptados (farmacológico, laparoscópico y psicoterapéutico).

Los antecedentes de abuso sexual y aborto provocado se asociaron a una menor reducción de la EAV (2,2 y 1,4, respectivamente). De los fármacos analizados, los anticonceptivos hormonales se asociaron a una menor EAV.

-Hubo una mayor reducción de la EAV (Tabla 7). El 25,2% de los pacientes se adhirieron a psicoterapia, el 20,9% a constelación familiar, el 2,6% a terapia cognitivo-conductual y el 1,7% a otras modalidades. Se perdió el seguimiento en el 26,6% de los casos y el 5,2% de los pacientes fueron dados de alta.

Tabla 5. Exploración física y ecografía pélvica (n=230)

Variables	n	%
Exploración física		
Normal	194	84,3
Endometriosis	26	11,3
Otros	10	4,4
Ecografía		
Normal	160	69,6
Endometriosis (ovario y/o pared abdominal)	19	8,3
Fibromas uterinos pequeños (<2 cm)	15	6,5
Sugerente de un quiste ovárico funcional	13	5,6
Sugerente de hidrosalpinx	8	3,5
Otros hallazgos (quiste paraovárico, quiste de inclusión, etc.)	15	6,5

Tabla 6. Tratamiento farmacológico en la última visita de las pacientes con dolor pélvico crónico (n=230)

Variables	n	%
Anticonceptivos hormonales	87	37,8
Amitriptilina	76	33,0
Antiinflamatorios no hormonales	45	19,6
Otros antidepresivos	18	7,8
Ningún medicamento	58	25,2

Tabla 7. Comparación de la escala media de dolor en la primera y la última visita en relación con las variables independientes en pacientes con dolor pélvico crónico (n=230).

Variables	Escala de dolor 1ª cita		Última cita		p	Diferencia de las medias
	Media ± DE	IC 95%	Media ± DE	IC 95%		
Escala de dolor	7,9 ± 1,8	(7,7-8,2)	4,8 ± 3,2	(4,3-5,3)	<0,0011	3,1
Maltrato físico						
Sí	8,4 ± 1,6	(7,8-8,9)	5,1 ± 2,7	(3,8-6,4)	<0,0011	3,3
No	7,9 ± 1,8	(7,6-8,1)	4,8 ± 3,3	(4,2-5,3)	<0,0011	3,1
p-valor	0,1353		0,8183			
Abusos sexuales						
Sí	8,1 ± 1,6	(7,5-8,8)	5,9 ± 3,1	(4,4-7,3)	0,0041	2,2
No	7,9 ± 1,8	(7,7-8,2)	4,7 ± 3,2	(4,1-5,2)	<0,0011	3,2
p-valor	0,7893		0,1163			
Aborto						
General	7,6 ± 1,8	(7,1-8,1)	5,5 ± 3,2	(4,6-6,4)	<0,0011	2,1
Espontáneo	7,6 ± 1,9	(7,1-8,1)	5,2 ± 3,1	(4,3-6,2)	<0,0011	2,4
Provocado	8,5 ± 1,2	(7,8-9,2)	7,1 ± 3,4	(4,3-9,9)	<0,0011	1,4
p-valor	0,1762		0,0852			
Laparoscopia						
No	7,8 ± 1,9	(7,5-8,1)	4,9 ± 3,2	(4,3-5,5)	<0,0011	2,9
Sí	7,8 ± 1,8	(7,2-8,5)	4,6 ± 3,2	(3,5-6,7)	<0,0011	3,2
p-valor	0,7693		0,6333			
Tratamiento actual						
AINH	7,2 ± 1,7	(7,1-8,2)	4,6 ± 3,0	(3,3-5,8)	<0,0011	2,6
Anticonceptivo	8,2 ± 1,7	(7,9-8,6)	5,1 ± 3,2	(4,4-5,9)	<0,0011	3,1
Amitriptilina	8,2 ± 1,5	(7,9-8,6)	6,0 ± 2,3	(5,4-6,7)	<0,0011	2,2
Otros AD	8,7 ± 1,2	(8,1-9,3)	5,9 ± 3,7	(3,8-8,1)	0,0051	2,8
p-valor	0,1542		0,0862			
Psicoterapia						
CC	8,3 ± 1,6	(6,4-10,2)	3,6 ± 1,9	(0,6-6,6)	0,0661	4,7
CF	7,7 ± 2,0	(7,1-8,3)	4,8 ± 3,5	(3,7-5,8)	<0,0011	2,9
p-valor	0,9383		0,4223			

1Mann-Whitney (datos independientes); 2Kruskal-Wallis y 3Wilcoxon (datos emparejados).
AINE: antiinflamatorio no hormonal; CC: cognitivo-conductual; CF: constelación familiar; AD: antidepresivos.

DEBATE

En este estudio, uno de los objetivos era llevar a cabo una caracterización epide- miológica de 230 pacientes de la consulta externa del HC-UFG por SPI.

-Goiânia, ya que existen pocos estudios en este sentido en Brasil[4]. Esas pacientes tenían edad media de 38,3 años, la mayoría eran morenas, casadas/casados, con baja escolaridad, baja renta, dependientes económicamente de su pareja e IMC normal, datos semejantes a los de la literatura brasileña[4,5] y a la realidad del país[15].

Se observó que el 87% de las pacientes tenían hijo(s), siendo más frecuentes las que tenían entre 1 y 3 hijos (72,6%), hallazgo que concuerda con un estudio publicado anteriormente[4]. También se encontró evidencia anecdótica de aborto espontáneo en el 29,1%, similar al estudio mencionado4, que informó del 27,9%, casi el doble del número de abortos espontáneos en el grupo de mujeres sin DPC (16,4%, p<0,01). En el presente estudio, el 19,6% de los abortos fueron inducidos. También se observó que las pacientes con antecedentes de aborto inducido tuvieron una reducción media inferior de la EAV entre la primera y la última visita con tratamiento clínico, que fue la peor respuesta entre los grupos evaluados (1,4 frente a 3,1 para la media general). Este hallazgo necesita ser mejor comprendido; sin embargo, se piensa que puede estar asociado a una culpa inconsciente por el aborto que aún no ha sido resuelta psicológicamente (observada en psicoterapia).

Se encontró una frecuencia del 15,8% de abuso físico y del 11% de abuso sexual en la población en cuestión. Un grupo de estudio sobre el SPI[7] informó de 3,5 veces y 2,2 veces más antecedentes de abuso sexual y físico, respectivamente, en mujeres con SPI en comparación con los controles. En el presente estudio, las pacientes que habían sido maltratadas físicamente presentaron una mejoría del dolor similar a las que no habían sufrido este tipo de situación; sin embargo, las víctimas de violencia sexual presentaron una menor reducción en la escala de dolor, lo que sugiere mayores secuelas psicológicas.

De las pacientes del estudio, más del 80% declararon tener una vida sexual activa y alrededor del 60% manifestaron deseo sexual y orgasmo durante el coito. Sin embargo, casi el 80% de las mujeres se quejaron de dispareunia. Este síntoma se ha considerado un factor independiente asociado a la PCD[4]. Se observaron antecedentes de enfermedades de transmisión sexual en menos de 1/5 de las pacientes, aunque se considera un factor de riesgo de CPD[7].

La mayoría de las pacientes de este estudio refirieron un patrón menstrual normal, pero encontramos un empeoramiento de la DPC durante el periodo perimenstrual del 55%, mientras que otros autores[2,5] han referido una prevalencia superior al 80%. Posiblemente, la menor prevalencia encontrada aquí se deba a que una parte de las pacientes llegan a la consulta con amenorrea farmacológica inducida por los médicos que las derivan desde el sistema de atención primaria.

Las cirugías abdominales se han identificado como un factor asociado a la CPD, posiblemente debido a las adherencias causadas por la manipulación de la cavidad peritoneal[4]. En el presente estudio, observamos

-Hubo una alta frecuencia de cirugía previa en la cavidad pélvica, siendo la ligadura laparotómica (50,4%) y la cesárea (48,7%) las cirugías más comunes; también hubo una frecuencia de adherencias en alrededor de 1/3 de las laparoscopias realizadas en el servicio, lo que es similar a la literatura[1,16].

Al evaluar el aspecto doloroso de los pacientes de este estudio, encontramos un tiempo medio desde el inicio del síntoma hasta el primer

7

O

dolor. Este hallazgo puede explicarse por el retraso en la búsqueda de ayuda o la dificultad para acceder a la atención médica especializada en el servicio público. Mientras que un estudio4 informó de una escala de dolor media de 5,8±2,3 para los pacientes con SPI en la primera visita, este estudio halló un valor de 7,9±1,8 para la EAV, pero en la última visita esta cifra fue de 4,8. Esto mostró un descenso en la EAV de 3,1 puntos. Esto mostró una disminución de la EVA de 3,1 puntos, lo que demuestra la importancia de tratar a los pacientes con DPC con medidas clínicas/psicoterapéuticas que han demostrado su eficacia en la reducción de la escala de dolor. En cuanto a la localización del dolor, se encontró una mayor frecuencia (casi el 40%) en la fosa ilíaca izquierda, alrededor de 1/3 en la fosa ilíaca derecha, seguida del hipogastrio y la parte inferior del abdomen (casi 1/5 de los casos cada una) y sólo el 2,6% en la vagina. No se ha encontrado ningún estudio en la literatura que evalúe esta frecuencia, pero el predominio del dolor en la FIE puede deberse a la alta prevalencia del síndrome de intestino irritable y su relación con la DPC, como ya se ha observado1,17.

En este estudio, se observaron síntomas intestinales en cerca del 40% de las pacientes (38,3% refirieron estreñimiento, 2,6% refirieron estreñimiento y diarrea, y diarrea sola ocurrió en 0,9% de las mujeres). El objetivo de este estudio no era caracterizar el diagnóstico del síndrome del intestino irritable, ya que se requieren otros criterios además del dolor durante más de 12 semanas. Un estudio de 648 mujeres17 halló que el 40% de las pacientes con DPC cumplían los criterios del síndrome del intestino irritable, mientras que otro informe8 señalaba una frecuencia del 37% de trastornos gastrointestinales. Estas cifras concuerdan con los trastornos intestinales expresados especialmente en forma de estreñimiento en esta muestra, lo que sugiere una correlación de estos datos. Se observaron síntomas urinarios en 1/5 de los pacientes, mientras que otro estudio informó de un 31% de trastornos urológicos8.

Más del 60% de los pacientes declararon sentir dolor durante más de la mitad del día.

mes, lo que sugiere una reducción de su calidad de vida (CdV). Utilizando el SF-36, un estudio realizado en la misma localidad que el presente estudio halló que las mujeres con SPI tenían puntuaciones de CdV significativamente más bajas en los dominios de dolor y aspectos sociales5. El efecto negativo del SPI en la calidad de vida de las mujeres también ha sido descrito por otros autores8,9.

Más del 70% de los pacientes pudieron relacionar algún acontecimiento importante o traumático con la aparición del síntoma. Los pacientes con CPD presentan ocho veces más síntomas psicosomáticos que los controles7. La presencia de problemas familiares en una gran proporción de pacientes con DPC sugiere la importancia de utilizar la psicoterapia para tratar a estas mujeres, como ya se ha destacado en la literatura8,18. Futuras investigaciones cualitativas podrán dilucidar mejor los posibles factores desencadenantes de los DPC.

El hecho de que la mayoría de las pacientes de este estudio tuvieran una exploración física normal (84,3%) y una ecografía normal (69,6%), o con hallazgos incidentales (pequeños miomas, quistes ováricos funcionales, hidrosálpinx, generalmente asintomáticos en la población general, a menudo en el lado contralateral al lado en el que la paciente se queja de dolor) muestra la dificultad de demostrar una causa orgánica plausible y convincente del DPC en las pacientes en general. Los hallazgos que se cree que causan dolor pélvico crónico en la laparoscopia carecen de criterios epidemiológicos de causalidad, y el DPC parece mucho más un síndrome somatofuncional, como los siguientes

como la fibromialgia, el síndrome del intestino irritable, el síndrome de fatiga crónica, el síndrome de vejiga dolorosa y la migraña, entre otros[7].

La laparoscopia diagnóstica, realizada en 41 pacientes (adherencias-34%, endometriosis-29% y pelvis normal-22%), mostró hallazgos similares a los de una gran serie de 1524 mujeres[1]. Sin embargo, no siempre es posible atribuir las alteraciones encontradas a la causa primaria del DPC. La laparoscopia puede tener un efecto placebo en el 50% de las pacientes a los tres meses y en el 25% de las pacientes a los seis meses, con recurrencia posterior[1]. La ausencia de enfermedad en la topografía del dolor y/o hallazgos incidentales como pequeños miomas, quistes funcionales, hidrosalpinx son generalmente asintomáticos y las comorbilidades como fibromialgia, síndrome de intestino irritable, migraña, síndrome de fatiga crónica y síndrome de vejiga dolorosa son muy frecuentes1[7]. En el presente estudio, los pacientes que se sometieron a laparoscopia no presentaron un aumento en la reducción de la escala de dolor en comparación con los pacientes que no se sometieron a laparoscopia. El tratamiento de las adherencias con adhesiolisis laparoscópica para el SPI no parece tener ningún efecto beneficioso. Esto puede refrendarse con un estudio multicéntrico en el que 100 pacientes con DPC y adherencias pélvicas fueron aleatorizadas a lisis (n=52) o no lisis (n=42) de las adherencias por laparoscopia, y no se observaron diferencias en la reducción del dolor entre los grupos[19].

Una revisión sistemática reciente[14] señala la ineficacia del abordaje quirúrgico en el tratamiento de la DPC. La laparoscopia es cirugía y, como tal, tiene riesgos y costes inherentes al procedimiento, y sólo debe indicarse tras una cuidadosa evaluación clínica y de imagen. En el presente estudio, la laparoscopia fue indicada en menos del 20% de los pacientes, corroborando la tendencia actual hacia la reducción de la indicación de este procedimiento en pacientes con DPC. Nogueira, Reis y Poli Neto[3] sugirieron una reducción de la indicación de laparoscopia para 5% de los casos[3]. La comprensión de los mecanismos de la hiperealgesia visceral puede favorecer la búsqueda de fármacos que puedan reducir la intensidad de la DPC[20].

Se utilizó tratamiento farmacológico en 3/4 de las pacientes, en la siguiente secuencia descendente: anticonceptivos hormonales continuos, amitriptilina, AINE y otros antidepresivos. En comparación con la primera visita, los tratamientos redujeron la intensidad media del dolor en 3,1 puntos.

La psicoterapia se llevó a cabo en 1/4 de los pacientes del estudio, con constelación familiar es la que se aplica con más frecuencia, seguida de la terapia cognitivo-conductual. Se ofrece constelación familiar en servicio durante más de siete años, por lo que quizá sean más frecuentes en el estudio. Se observó un efecto positivo en la reducción del dolor con todas las modalidades de psicoterapia, con una disminución significativa de la escala de dolor de 2,9 puntos entre la primera y la última consulta del pacientes que participaron en la constelación familiar.

Este enfoque aún no se ha probado en la literatura en pacientes con SPI, y éste es el primer informe. Su creador sólo ha publicado informes de casos utilizando este proceso[11]. Hubo una reducción aún mayor de la EVA en los pacientes que se sometieron a terapia cognitiva.

-este último sólo se aplicó en seis casos, lo que no permitió obtener significación estadística. Cabe destacar que este estudio demostró que los pacientes se resistían mucho a aceptar la ayuda psicoterapéutica, ya que tres cuartas partes no la aceptaban, aunque esto ya es una recomendación en la literatura1[,2,8,18]. Este es posiblemente uno de los factores

Como observado en el presente estudio, la superioridad del tratamiento no quirúrgico (clínico/psicoterapéutico) puede ser considerada en el cuidado de las mujeres con DPC, ya que el tratamiento quirúrgico no ayuda a reducir la EVA y agrega mayor costo y morbilidad. Otros informes recientes avalan esta opinión[9,14].

Sólo el 5,2% (12 personas) fueron dadas de alta como pacientes ambulatorios (EAV≤2 durante más de un año y sin medicación). Todavía no está claro qué fue diferente en el tratamiento de estos pacientes. Sin embargo, futuros estudios cualitativos podrían dilucidar cuál fue su desviación positiva. La introducción de la psicoterapia parece ser un indicador de ello, pero necesitamos más tiempo y más casos para confirmar esta hipótesis. Además, los pacientes tienen que estar abiertos a este enfoque, lo que quizá amplifique su efecto. Es un reto convencerles de la necesidad de la psicoterapia, como también señala la Asociación Internacional para el Estudio del [Dolor21]. Las recomendaciones actuales sugieren un enfoque multidisciplinar y biopsicosocial para optimizar los resultados[9,22].

CONCLUSIÓN

Este estudio contribuye a una mejor comprensión de la DPC, proporcionando más información epidemiológica y clínica sobre estas mujeres en Brasil y, en consecuencia, puede facilitar el abordaje clínico de estas pacientes. Son pertinentes y necesarias medidas para facilitar el acceso de las pacientes con DPC a los ambulatorios especializados (tanto para la atención inicial como para el seguimiento). Una mayor reducción de la indicación de laparoscopia y estrategias para atraer a los pacientes a la psicoterapia son desafíos para el futuro próximo. Este estudio es importante y justificado por la alta prevalencia del SPI en Brasil. Compartir esta información con otros profesionales y gestores involucrados en la atención a la salud de la mujer podría democratizar el acceso de estas pacientes a profesionales capacitados para tratar este importante problema de salud pública.

REFERENCIAS

1. Howard FM. El papel de la laparoscopia en la paciente con dolor pélvico crónico. Clin Obstet Gynecol. 2003;46(4):749-66.
2. Comité ACOG de Boletines de Práctica-Ginecología. ACOG Practice Bulletin No. 51. Dolor pélvico crónico. Obstet Gynecol. 2004;103(3):589-605.
3. Nogueira AA, Reis FJ, Poli Neto OB. Abordaje del dolor pélvico crónico en la mujer. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(12):733-40.
4. Silva GP, Nascimento AL, Michelazzo D, Alves Júnior FF, Rocha MG, Silva JC, et al. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. Clinics. 2011;66(8):1307-12.
5. Barcelos PR, Conde DM, Deus JM, Martínez EZ. Calidad de vida de las mujeres con dolor pélvico crónico: un estudio transversal analítico. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32(5):247-53.
6. Romão AP, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, Reis FJ, Silva JC, et al. Dolor pélvico crónico: influencias multifactoriales. J Eval Clin Pract. 2011;17(6):1137-9.
7. Warren JW, Morozov V, Howard FM. ¿Podría ser el dolor pélvico crónico un s i n d r o m e funcional? Am J Obstet Gynecol. 2011;205:199.e1-5.
8. Dalpiaz O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, Pinggera G, Bartsch G, Strasser H. Chronic pelvic pain in women: still a challenge. BJU Int. 2008;102(9):1061-5.
9. Abercrombie PD, Learman LA. Proporcionar atención holística a las mujeres con dolor pélvico crónico. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41:668-79.
10. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R et al. Directrices de consenso para el tratamiento del dolor pélvico crónico. J Obstet Gynaecol Can. 2005;27(9):869-910.
11. Hellinger B, editor. O essencial é simples, 1ª ed. Patos de Minas: Atman Editora; 2004. 169-77p.
12. De Deus JM, Ribeiro MO. Dolor pélvico crónico. En: Neto OA, Costa CMC, Siqueira JTT et al. (editores) Dolor: principios y práctica. Porto Alegre: Artmed; 2009. 734-47p.

13. Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos. RCOG Green-top Guideline No. 41. El manejo inicial del dolor pélvico crónico. 2012. 2-16p.
14. Yunker A, Sathe NA, Reynolds WS, Likis FE, Andrews J. Revisión sistemática de las terapias para el dolor pélvico crónico no cíclico en mujeres. Obstet Gynecol Surv. 2012;67(7):417-25.
15. IBGE. Síntesis de indicadores sociales: análisis de las condiciones de vida de la población brasileña 2010. Río de Janeiro, 2010; n27. Consultado el 24/11/2013.
16. Drozgyik I, Vizer M, Szabo I. Significance of laparoscopy in the management of chro- nic pelvic pain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007;133(2):223-6.
17. Choung RS, Herrick LM, Locke GR 3rd, Zinsmeister AR, Talley NJ. Síndrome del intestino irritable y dolor pélvico crónico: un estudio basado en la población. J Clin Gastroenterol. 2010;44(10):696-701.
18. Alappattu MJ, Bishop MD. Psychological factors in chronic pelvic pain in wo- men: relevance and application of the fear-avoidance model of pain. Phys Ther. 2011;91(10):1542-50.
19. Swank DJ, Swank-Borderwijk SC, Hop WC, van Erp WF, Janssen IM, Bonjer HJ et al. Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial. Lancet. 2003;361(9365):1247-51.
20. Aslam N, Harrison G, Khan K, Patwardhan S. Hiperalgesia visceral en el dolor pélvico crónico. BJOG. 2009;116(12):1551-5.
21. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. Año mundial contra el dolor en la mujer: mujeres reales, dolor real. Hojas informativas. Dolor pélvico crónico. Septiembre de 2007. www.iasp- -pain.org. Consultado el 24/11/2013.
22. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, et al. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy or a science? 10 years of development. Eur Urol. 2013;64(2013):431-9.