



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO ENFERMERIA MATERNA

# Algia pelviana

Loreto Vargas Marðones

Matrona, Lic. Obstetricia y Puericultura

ENFM 111

# Algia Pélvica

Cuadro clínico que representa una fuente frecuente de consultas ambulatorias electivas y de urgencia que se asocian a importantes alteraciones de la calidad de vida de las mujeres que las padecen

# CLASIFICACIÓN

Algía Pélvica

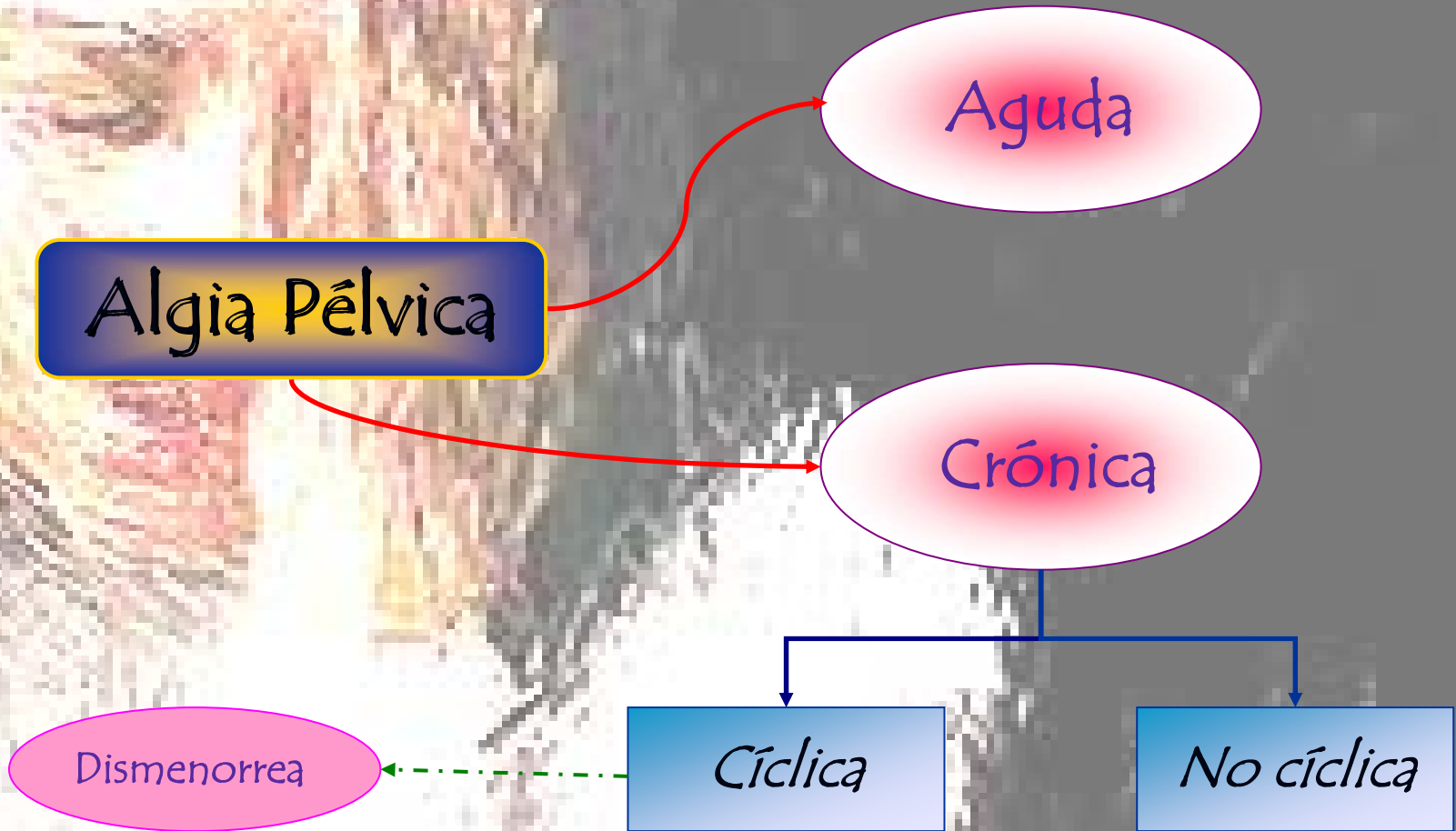
Aguda

Crónica

Cíclica

No cíclica

Dismenorrea



# 1. Algia Pélvica Aguda (APA)

Dolor intenso, de inicio repentino, incremento agudo y evolución corta.

Etiología:

- ❖ Ginecológicas
- ❖ Genitourinarias
- ❖ Gastrointestinales
- ❖ Musculares
- ❖ Neurológicas

Muchas veces involucra mediadores de la inflamación en respuesta a infección, isquemia, irritación química.

# 2. Algia Pélvica Crónica (APC)

Dolor de más de 6 meses de evolución, sin causa evidente

Etiología: no tiene causales claras o evidentes

# Algia pelviana cíclica : DISMENORREA

Dolor abdominal o pélvico durante la menstruación.

- Puede iniciar hasta 48 horas antes de la misma.
- Usualmente persiste por 48-72 horas.

Dismenorrea

PRIMARIA

SECUNDARIA





□ **Incidencia:** 10-92%.

La mayoría de los estudios reporta arriba del 50%.  
72% tiene algún grado de dismenorrea

□ **Prevalencia:** 29-70%.

Variable dependiendo de la población estudiada.

□ **Discapacidad:**

Discapacitante (1 a 3 días): 10% de las pacientes.  
Sólo durante el episodio

## DISMENORREA PRIMARIA

- ✓ Dolor menstrual no asociado a patología
- ✓ Causada por alta producción de prostaglandinas endometriales
- ✓ Llamada espasmódica.

## DISMENORREA SECUNDARIA

- ✓ Dolor menstrual asociado a patología subyacente
- ✓ Generalmente se inicia años después de la menarquia.
- ✓ Secundaria se refiere a causa y no a edad, pero es más común en adultas
- ✓ Llamada congestiva




# DISMENORREA PRIMARIA

- 90% de todos los casos.
- Inicia 6 a 24 meses después de la menarquia.
- Prevalencia en su forma severa: 50-60%.
- Más común en menores de 20 años.
- Hasta el 50% de las adolescentes la han padecido



# DISMENORREA PRIMARIA: Etiología y Patogenia

- Aumento en la producción de prostaglandinas endometriales. Principalmente  $\text{PGF}_{2\alpha}$  y  $\text{PGE}_2$ .
- Aumento de tromboxanos.
- Aumento de leucotrienos.
- Aumento de la vasopresina circulante.



Las prostaglandinas producen  
Cambios en la motilidad uterina.  
Cambios vasculares locales.  
Cambios neurosensoriales

# Etiología y Patogenia

- **Vascularidad uterina alterada:**
  - Vasoconstricción ( $\text{PGF}_{2\alpha}$  y  $\text{PGE}_2$ ) de vasos rectos
  - Disminución del flujo por presión del miometrio.
  - Isquemia endometrial y miometrial (*angina uterina*).
- **Sensibilidad alterada.**
  - Hipersensibilidad de las fibras nociceptivas a los productos de la muerte celular

# DISMENORREA SECUNDARIA: Etiología y Patogenia

## Causas extrauterinas

- EPI o PIP o EIPA
- Estenosis cervical.
- Pólipos.
- Miomas.
- DIU

## Causas extrauterinas

- Endometriosis.
- Inflamación y cicatrización.
- Quistes ováricos funcionales.
- Tumores.
- Síndrome de colon irritable.

# Cuadro clínico clásico

- Dolor tipo cólico abdominal bajo o pélvico.
  - Inicia algunas horas antes o al inicio de la menstruación.
  - Irrradiado a espalda y genitales externos.
- Síntomas generales.
  - Astenia y adinamia.
  - Cefalea.
- Signos y síntomas gastrointestinales.
  - Náusea y vómito.
  - Distensión.
  - Diarrea

# PROCESO DE ATENCIÓN



# DISMENORREA PRIMARIA: Evaluación de la severidad

GRADO DE SEVERIDAD	ACTIVIDAD LABORAL	SÍNTOMAS SISTÉMICOS	NECESIDAD DE ANALGÉSICOS
Grado 0	No afectada	No dolor menstrual	No requeridos
Grado 1	Raramente afectada	Sin efecto sistémico Dolor leve tolerable	Raramente requeridos
Grado 2	Actividad moderadamente afectada	Efectos sistémicos escasos. Moderado dolor	Siempre requeridos
Grado 3	Actividad claramente afectada	Efectos sistémicos severos: náuseas, vómitos, colapsos	Siempre requeridos ocasionalmente con pobre respuesta

# VALORACIÓN, historia clínica

- Sobre los antecedentes (para identificar primaria)
  - Historia menstrual.
  - Uso de anticonceptivos hormonales (y su efecto en el dolor).
  - Antecedentes familiares de dismenorrea primaria y causas secundarias.
- Sobre los antecedentes (para identificar secundaria)
  - ITS.
  - Uso de DIU.
  - Dispareunia.
  - Infertilidad.
  - Cirugía pélvica o abdominal previa

# Posibles medios diagnósticos

- Ecografía abdominal o transvaginal.
  - Miomas, quistes ováricos, tumores, embarazo ectópico, DIU.
- Histerosalpingografía.
  - Pólipos, miomas, anomalías congénitas
- Laparotomía.
- Biopsia endometrial.



# Tratamiento: AINE's

- Primera elección.
- Eficacia: 64 a 100%.
- Sirven como prueba diagnóstica.
- Inhiben la ciclooxigenasa.
  - disminuyen la producción de prostaglandinas endometriales.
- Segunda elección ACO: Disminuye espesor endometrial

# Algia Pelviana Crônica: Etiologia

✓ Ginecológicas

✓ Gastrointestinales (colon irritable, estreñimiento crônico)

✓ Urológicas (Cistitis insterticial)

✓ Neurológicas

✓ Osteomusculares (Adherencias Secuelares)

✓ Psicológicas ( )

# ALGIA PELVIANA. Probables causas Ginecológicas

- FIBROMAS / QUISTES OVÁRICOS
- ESTENOSIS CERVICAL
- DIU
- ADHERENCIAS UTERINAS INTERVENCIONES GINECOLOGICAS
- ADHERENCIAS SECUELARES DE EIPA
- ENDOMETRIOSIS / ADENOMIOSIS (15%)
- CARCINOMAS
- RETROVERSION UTERINA



# Etiología Ginecológica vascular

## a) TRASTORNOS REPRODUCTOR: VASCULARES DEL SISTEMA

### FISIOLOGICAMENTE:

Fases: -ISQUÉMICAS (menstruación hasta la 2ª semana)  
-DE CONGESTIÓN (Premenstrual)

### REGULACIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO AL ÚTERO:

#### 1.- FACTORES HORMONALES:

Estrógenos = Acción hiperemiante

Progesterona = Desarrollo de arteriolas uterinas

AUMENTO DE LA IRRIGACIÓN  
CONGESTIÓN



## 2.- FACTORES NERVIOSOS:

### EXCITACIONES PSÍQUICAS EN LA CORTEZA CEREBRAL:

A.- Nervios vasomotores del Ap. Genital: **vasodilatación de útero, ovario y trompas**

B.- Centro Sexual : Hipotálamo- Hipófisis:

\*\* Factor excitante neurogénico: Estímulo anormal en el ovario



b) CAUSAS MECÁNICAS:

Posición Bípeda

Retroversión uterina

c) FACTORES PSICOSOMÁTICOS:

Excitación Sexual Insatisfecha



# MECANISMO DE AFECTACIÓN

## ■ ESTADO DE CONGESTIÓN:

- \* Útero Hiperémico
- \* Retroversión Uterina
- \* Superficie peritoneal con zonas isquémicas e hiperémicas.
- \* Éstasis venoso

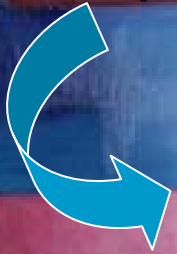
## □ ESTADO DE EDEMA:

- \* Turgencia de útero y ligamentos
- \* Líquido en el Fondo de Saco de Douglas
- \* Edema de Endometrio



■ ESTADO DE FIBROSIS

\* Resultado del edema prolongado del ligamento ancho y del ovario



RETRACCIÓN DOLOROSA

DEGENERACIÓN MICROQUÍSTICA  
DEL OVARIO



# SINTOMAS



- DOLOR

- ALTERACIONES MENSTRUVALES

- ESTERILIDAD

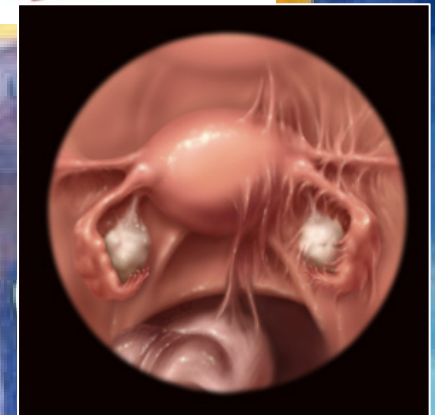
- SINTOMAS GENERALES: cefaleas, anorexia, astenia, depresión.

# PROCESO DE ATENCIÓN



# ALGIA PELVIANA. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- FIBROMAS / QUISTES OVÁRICOS
- ESTENOSIS CERVICAL
- DIU
- ADHERENCIAS UTERINAS
- ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
- ENDOMETRIOSIS / ADENOMIOSIS
- EMBARAZO ECTÓPICO
- CARCINOMA
- ALTERACIONES URINARIAS E INTESTINALES
- APENDICITIS
- TRASTORNOS PSICOLÓGICOS



## SINTOMA

## ETIOLOGÍA PROBABLE

Cólico sin hipersensibilidad

Contracción de una víscera hueca abdominal, obstruida (vesícula, apéndice, intestino, uréter)

Intenso y generalizado de aparición súbita

Alteración brusca del aporte sanguíneo  
( **Torsión Ovárica** Perforación súbita de víscera a cavidad peritoneal ( **Tubario** )

Comienzo insidioso

Inflamación visceral ( **Salpingitis**, apendicitis)

Dolor Localizado

**Afectación del ovario, trompa o parte del útero**

Dolor Abdominal Generalizado

**Inflamación de Cavidad Peritoneal ( sangre, pus o contaminación fecal)**

Dolor y Masa Anexial Dolorosa

**Quiste Ovárico, Absceso o Ectópico**

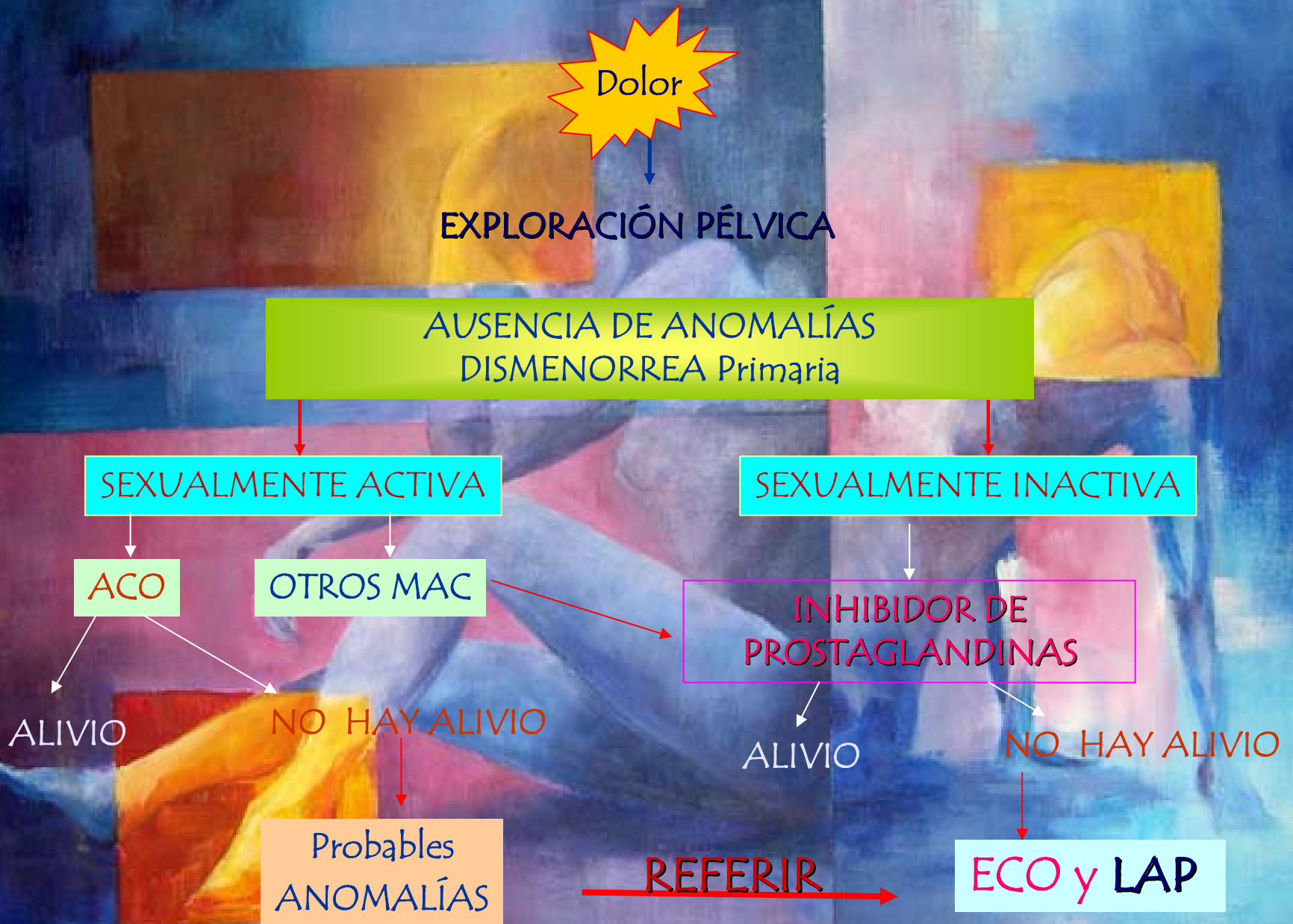
Dolor con Vómitos

Aoendicitis , Colecistitis, **Salpingitis** , Pielonefritis, Obstrucción Intestinal

# Tratamiento

PREPARADO	Dosis Ataque	Mantención	Frecuencia
Ibuprofeno	----- ----	200- 800mg	C/ 4 horas
Naproxeno	500mgrs	250mgrs	C/ 6- 8horas
Ac.Mefenã mico	500mgrs	250mgrs	C/ 6 horas
Aspirina	----- -----	250mgrs	C/ 6horas

# EVALUACIÓN Y CONDUCTAS DE MANEJO CLÍNICO





Gracias . . . .