



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NO.4  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

**FRECUENCIA DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO EN MUJERES QUE ACUDEN A  
CONSULTA GINECOLÓGICA EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD EN  
GINECOOBSTETRICIA NO. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"**

**TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:  
**Dr. Iván Alejandro Romero Cuadra**

ASESOR:  
**Dr. Sebastián Carranza Lira**

**MEXICO, CDMX**

**Febrero 2016**



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.

### **Carta de aceptación del trabajo de tesis**

Por medio de la presente informamos que la C. **Iván Alejandro Romero Cuadra**, residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis **“FRECUENCIA DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO EN MUJERES QUE ACUDEN A CONSULTA GINECOLÓGICA EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD EN GINECOOBSTETRICIA NO. 4 “LUIS CASTELAZO AYALA”** y otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

---

Dr. Oscar Moreno Álvarez  
Encargado de la Dirección General  
Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco Obstetricia No.4  
“Luis Castelazo Ayala”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

---

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer  
Director de Educación e Investigación en Salud  
Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco Obstetricia No.4  
“Luis Castelazo Ayala”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

---

Dr. Sebastián Carranza Lira  
Jefe de la División de Investigación en Salud  
Asesor de tesis  
Unidad Médica de Alta Especialidad en Gineco Obstetricia No.4  
“Luis Castelazo Ayala”  
Instituto Mexicano del Seguro Social

## Dedicatoria

A mis padres por su apoyo incondicional y sus sabios consejos.

A Denisse Alejandra, mi hija por compartir el tiempo con mi profesión. Gracias por motivarme a ser mejor cada día.

A mis hermanos, que entre bromas y regaños han sabido darme las palabras adecuadas en todo momento.

A mi asesor, el Dr. Sebastián Carranza Lira por la oportunidad de elaborar este trabajo, y apoyarme en el proceso.

## INDICE

Resumen.....	5
Introducción .....	6
Planteamiento del problema .....	9
Objetivos .....	10
Justificación .....	11
Material y métodos .....	14
Análisis estadístico .....	15
Resultados .....	16
Discusión.....	19
Bibliografía.....	20
Tablas .....	21
Anexos.....	24

## **Resumen**

**Objetivo:** Conocer la frecuencia del dolor pélvico crónico en las mujeres de la consulta de ginecología de la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 4 “Luis Castelazo Ayala”

**Material y Métodos:** Se estudiaron pacientes atendidas en la consulta externa de ginecología, investigando las características del dolor pélvico crónico. Las pacientes con y sin dolor pélvico se parearon por edad. Ambos grupos se compararon con prueba t de student para muestras independientes.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 711 pacientes de las cuales 126 cumplieron criterios para dolor pélvico crónico (17.7%). Al comparar aquellas con dolor pélvico crónico con aquellas sin el diagnóstico, el número de gestas fue significativamente menor en aquellas con dolor pélvico crónico. La máxima intensidad del dolor fue de  $7.7 \pm 1.7$ , la localización más frecuente fue en hipogastrio con 53.2%. El factor que mejoraba el dolor más frecuentemente fue el acostarse en 59.5% y el factor agravante más frecuente fue caminar en 37.3%. Los antiinflamatorios no esteroideos fueron los medicamentos más utilizados en un 56.3%. El motivo de consulta más frecuente fue la hipermenorrea con 19.9%. El diagnóstico más frecuentemente asociado fue la miomatosis uterina en 15.1%.

**Conclusión:** La frecuencia de dolor pélvico crónico en las pacientes atendidas en la consulta externa de ginecología fue de 17.7%.

**Palabras Clave:** dolor pélvico crónico, miomatosis uterina, hipermenorrea

## **Introducción**

La definición más frecuentemente utilizada en la literatura internacional para dolor pélvico crónico, es aquel padecimiento caracterizado por dolor constante o recurrente en la parte baja del abdomen que dura al menos 6 meses.(1)

La prevalencia del dolor pélvico crónico varía con la edad, siendo de 18/1000 entre los 15-20 años y hasta de 28/1000 en las pacientes mayores de 60 años.(1) Estas pacientes tienen un umbral menor al dolor tanto en áreas afectadas como no afectadas, y aquellas pacientes con una disminución mayor del umbral al dolor tienen peores respuestas al tratamiento.(2)

El diagnóstico más frecuentemente asociado al dolor pélvico crónico es la endometriosis, con una prevalencia de 39% en aquellas pacientes sometidas a laparoscopia para esterilización o infertilidad; 32% en pacientes sometidas a laparoscopia por dolor pélvico crónico y 15.0% en la población general.(3) La relación de endometriosis con dolor pélvico crónico no está del todo establecida, ya que la presencia de endometriosis no siempre causa dolor y la severidad de la enfermedad no se correlacionó de manera con la sintomatología. Aun cuando las lesiones hayan sido cauterizadas, pueden continuar las alteraciones debido a la sensibilización del sistema nervioso central, creando un ambiente propicio para el padecimiento.(4) Hay muchas teorías asociadas con la causa del dolor en esta patología, inflamatoria, neuropático y nociceptivo.(5)

Otra causa de dolor pélvico crónico es el síndrome de la vejiga dolorosa el cual se define como: síntomas de dolor pélvico crónico, presión vesical o incomodidad con al menos un síntoma urinario en la ausencia de patología infecciosa. Su prevalencia oscila entre el 11-97%, con una media de 61%. La coexistencia de síndrome de vejiga dolorosa con endometriosis oscila entre el 16-78%, con una media de 48.0%.(6) La hiperregulación de las fibras C es considerada como un elemento clave en la cascada de eventos que resultan en alodinia urotelial, así como dolor con el llenado vesical.(7)

Las adherencias se han encontrado en el 36% de las pacientes con dolor pélvico crónico, comparado con solo el 15% de las pacientes sin esta afección. En algunos reportes se ha documentado mejoría de la sintomatología en el 60-90% de las pacientes a quienes se les realizó adherenciólisis. En el estudio histopatológico de las adherencias se ha documentado la presencia de fibras nerviosas, que en modelos experimentales se ha visto son capaces de activar las fibras C así como liberar neurotransmisores sensoriales como la sustancia P y ATP, y de esta forma producir dolor.(4)

El síndrome de congestión pélvica también se ha asociado con dolor pélvico crónico y se trata de una condición caracterizada por dilatación y disminución del retorno venoso a nivel pélvico. Los síntomas más comunes son dispareunia profunda, dolor postcoito, y exacerbación del dolor con largos periodos de bipedestación. La venografía es el estudio de imagen de elección, el ultrasonido no tiene buena sensibilidad ni especificidad para el diagnóstico de la patología.(4) Asimismo la disfunción del piso pélvico hipertónico se ha encontrado en muchas pacientes con dolor pélvico crónico, así como disfunción del piso pélvico incluyendo cistitis intersticial, vulvodinia, síndromes de vejiga hiperactiva, retención urinaria, dispareunia, y alteraciones en el tránsito intestinal. Su identificación se hace al realizar una historia clínica detallada, y examen físico.(8) El tratamiento de esta entidad lo constituye la terapia de rehabilitación.(5)

Los tratamiento para dolor pélvico crónico han incluido terapia psicológica, abordajes laparoscópicos, alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario al usar acetato de medroxiprogesterona, cirugía como neurectomía presacra y ablación del nervio sacrouterino para interrumpir la transmisión del dolor, así como histerectomía con o sin salpingooforectomía.(4) Se ha demostrado que las pacientes que fueron sometidas a histerectomía tuvieron mejor calidad de vida posterior al procedimiento, sin embargo aquellas en las que se realizó cirugía preservadora del útero refirieron mayor satisfacción sexual.(8)

La depresión es mucho más común en mujeres con dolor pélvico crónico, así como muchos desordenes psiquiátricos como depresión mayor, abuso de sustancias ilícitas, disfunción sexual, así como somatización. La depresión puede ocurrir ya que el dolor puede manifestarse como alteraciones en la función que conlleva al estado depresivo. (9) Se debe realizar una evaluación en conjunto con el psiquiatra ya que la intensidad de las alteraciones en la vida cotidiana están asociadas a síntomas psiquiátricos más que a la intensidad del dolor.(10)

Aquellos pacientes con dolor crónico tienen menor calidad de vida y ánimo, como se reportó en un estudio danés que evaluó 150 pacientes con dolor crónico no asociado a malignidad, en comparación con la población general. Los pacientes con dolor crónico tienen significativamente menores calificaciones de calidad de vida y mayores puntajes de depresión en comparación con individuos sin dolor crónico.(11)

## **Planteamiento del problema**

¿Cuál será la frecuencia de dolor pélvico crónico en mujeres atendidas en el servicio de ginecología?

## **Objetivos**

Conocer la frecuencia del dolor pélvico crónico en las mujeres que acuden a consulta de ginecología de la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 4 “Luis Castelazo Ayala”

### Objetivos secundarios

Identificar la afectación en la calidad de vida de las mujeres con dolor pélvico crónico

Conocer las características generales de la población con dolor pélvico crónico

## **Justificación**

El dolor pélvico crónico es una entidad patológica que no es específica de una patología en particular, y tiene con implicaciones en el ámbito emocional y laboral; representando de esta forma un problema de salud en nuestra institución.

Es importante conocer la frecuencia con que las pacientes presentan esta patología y de esta forma poder brindarles una atención médica integral.

### Tipo de estudio

Transversal, observacional y descriptivo.

### Universo de trabajo

Pacientes atendidas en la consulta externa de Ginecología en la Unidad Médica de Alta especialidad en Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".

### Determinación estadística del tamaño de la muestra

Se estudiaron todas pacientes que acudieron a consulta externa de Ginecología en el periodo de julio-agosto 2015

### Especificación de las variables

Dependientes:

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Dolor pélvico crónico	Dolor localizado en la parte baja del abdomen, de al menos 6 meses de evolución, de forma no cíclica y no asociada a relaciones sexuales.	Categórica	Si/No
Magnitud del dolor	Percepción de la intensidad del dolor, medido en una escala numerica	Continua	Numérica

Variables independientes:

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Continua	Numérica años
Peso Corporal	Medida del efecto de la fuerza de la gravedad en una persona expresada en kilogramos	Continua Cuantitativa	Kilogramos
Índice de Masa Corporal	El índice de masa corporal (IMC) es la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m <sup>2</sup> ).	Continua Cuantitativa	Kg/m <sup>2</sup>
Índice cintura cadera	El índice cintura cadera es la relación entre la cintura y la cadera. Se calcula dividiendo el tamaño de cintura	Continua Cuantitativa	Numérica

	expresado en cm por el tamaño de la cadera expresado en cm.		
Numero Embarazos	Cantidad de embarazos que ha tenido la paciente	Discontinua	Numérica
Vía resolución embarazo	Vía de nacimiento del producto de la concepción	Categórica	Parto Aborto Cesárea Otro
Motivo de consulta	Entidad clínica por la que consultan	Categórico	Dolor pélvico Dolor abdominal Hemorragia Otro
Diagnóstico	Entidad nosológica, síndrome o cualquier estado patológico o de salud	Nominal cualitativa	Diagnósticos clínicos
Factores agravantes	Acciones o intervenciones que agravan la percepción del dolor	Categórica	Actividad Física Clima Caminar Reposo
Factores que mejoran dolor	Acciones o intervenciones que mejoran la percepción del dolor	Categórica	Actividad Física Clima Caminar Reposo
Medicamentos utilizados	Fármacos utilizados para disminuir las molestias asociadas al dolor	Categórica	Analgésicos Hormonales Otros
Actividades en general	Interacción con las demás personas así como desempeño laboral	Continua	Numérica
Estado de ánimo	Actitud o disposición emocional en un momento determinado	Continua	Numérica
Trabajo habitual	Actividad cotidiana realizada	Continua	Numérica
Relaciones con otras personas	Capacidad de interactuar con núcleo familiar y/o de trabajo	Continua	Numérica
Disfrutar de la vida	Percepción de bienestar físico y psicológico	Continua	Numérica

## **Material y métodos**

Se estudiaron todas las pacientes que acudieron a consulta externa de Ginecología en la Unidad Médica de Alta Especialidad en Ginecoobstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”.

Se investigó edad (años), antecedentes obstétricos, peso (kg), talla (m), índice de masa corporal (IMC, peso/talla<sup>2</sup>), perímetro de la cintura (cm), perímetro de la cadera (cm), índice cintura cadera (ICC, perímetro de la cintura /perímetro de la cadera), presencia de dolor a nivel de la parte baja del abdomen, duración del mismo y relación con la actividad sexual.

A cada paciente que reunía criterios para dolor pélvico crónico se le solicitó marcar la localización del dolor, intensidad máxima, intensidad mínima, factores agravantes, factores que disminuyen el dolor y uso de medicamentos. Asimismo, se les solicitó determinar la afectación que presentaban en relación a las actividades en general, estado de ánimo, trabajo habitual, relaciones interpersonales y disfrutar de la vida. (Anexo 1)

### **Análisis estadístico**

Los datos obtenidos del estudio fueron almacenados en una hoja de cálculo electrónica. El análisis estadístico se efectuó mediante el paquete informático para ciencias sociales SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 20 para sistema operativo Windows.

Las pacientes con dolor pélvico crónico fueron pareadas por edad con aquellas sin dolor. Las diferencias entre los grupos se realizaron mediante la prueba t de Student para muestras independientes.

### **Aspectos éticos**

El proyecto fue aceptado por el Comité local de investigación y ética en investigación con el No. de registro R-2015-3606-28 (Anexo 2). Todas las residentes dieron su consentimiento para participar y firmaron la hoja de consentimiento informado (Anexo 3).

## Resultados

Se estudiaron un total de 711 pacientes, la edad fue  $42.4 \pm 12.7$  años, el peso  $69.0 \pm 13.4$  Kg. El IMC fue de  $28.3 \pm 5.2$  kg/m<sup>2</sup>. El ICC fue  $1.05 \pm 2.9$ . El número de gestas fue  $2.2 \pm 1.9$  partos  $1.4 \pm 1.9$  abortos  $0.2 \pm 0.5$  y cesáreas fue  $0.5 \pm 0.9$ .

Los motivos de consulta en el grupo completo fueron: hipermenorrea (27.4%), alteración ultrasonográfica (11.4%), polimenorrea (10.1%), alteración citológica (8.4%), dolor pélvico (8%), deseo de embarazo (7.6%), amenorrea (5.1%), cuerpo extraño (5.1%), sangrado transvaginal (3.4%), asintomática (3%), opsomenorrea (3%), síntomas vasomotores (1.7%), proiomenorrea (1.3%), ardor vaginal (0.8%), dismenorrea (0.8%), aborto (0.4%), galactorrea (0.4%), mastalgia (0,4%), oligomenorrea (0.4%), incontinencia urinaria (0.4%), sangrado postcoito (0.4%), urgencia urinaria (0.4%).

Los diagnósticos establecidos en orden de frecuencia fueron: miomatosis uterina (27.3%), hemorragia uterina anormal (15.2%), tumor anexial (14.8%), prolapso órganos pélvicos (5.1%), infertilidad primaria (4.2%), lesión intraepitelial alto grado (3.4%), síndrome de ovario poliquístico (3.0%), sangrado uterino posmenopáusico (2.5%), infertilidad secundaria (2.5%), amenorrea secundaria (2.1%), climaterio (2.1%), endometriosis (2.1%), hiperplasia endometrial (2.1%), infección por el virus papiloma humano (1.7%), alteración glandular de significado incierto (1.3%), dispositivo intrauterino traslocado (1.3%), lesión intraepitelial bajo grado (1,3%), pólipo endometrial (1,3%), malformación uterina (0.8%), sana (0.8%), atrofia vaginal (0.8%), dolor pélvico crónico (0.4%), ectropión (0.4%), enfermedad pélvica inflamatoria (0.4%), falla ovárica prematura (0.4%), incontinencia urinaria (0.4%), mastalgia (0.4%), obesidad (0.4%), pérdida gestacional recurrente (0.4%), pólipo endocervical (0.4%), síndrome de Turner (0.4%) y síndrome de Cushing (0.1%).

Un total de 126 pacientes cumplieron criterios para dolor pélvico crónico (17.7%) y 585 pacientes no cumplieron criterios (82.3 %). En el grupo con dolor pélvico crónico el peso

fue de  $70.2 \pm 15.5$  Kg. El IMC fue de  $28.8 \pm 5.7$  kg/m<sup>2</sup>. El ICC fue  $0.86 \pm 0.08$ . El número de gestas fue  $1.9 \pm 1.6$ , partos  $1.2 \pm 1.4$  abortos  $0.3 \pm 0.6$  y cesáreas fue  $0.4 \pm 0.7$ . Para el grupo control sin dolor pélvico crónico el peso fue de  $69.1 \pm 13.3$  Kg. El IMC fue de  $28.1 \pm 5.0$  kg/m<sup>2</sup>. El ICC fue  $0.85 \pm 0.06$ . El número de gestas fue  $1.7 \pm 1.5$ , partos  $0.92 \pm 1.4$ , abortos  $0.2 \pm 0.4$  y cesáreas fue  $0.6 \pm 0.9$ . Sin diferencia entre los grupos (tabla 1).

Los principales motivos de consulta para el grupo con dolor pélvico fueron: hipermenorrea, dolor pélvico y polimenorrea y para aquel sin dolor pélvico hipermenorrea, hallazgo ultrasonográfico y alteración citológica. (Tabla 2)

Los diagnósticos para cada uno de los grupos fueron en el grupo 1: amenorrea secundaria, atrofia vaginal, climaterio, dolor pélvico crónico, endometriosis, hemorragia uterina anormal, hiperplasia endometrial infertilidad primaria, malformación uterina, miomatosis uterina y tumor anexial. En el grupo 2 sin dolor pélvico crónico fueron: AGUS, amenorrea secundaria, atrofia vaginal, climaterio, DIU traslocado, ectropión, enfermedad pélvica inflamatoria, falla ovárica prematura, hemorragia uterina anormal, hiperplasia endometrial, incontinencia urinaria, infección por virus papiloma humano, infertilidad primaria, infertilidad secundaria, lesión intraepitelial alto grado, lesión intraepitelial bajo grado, malformación uterina, miomatosis uterina, obesidad, pólipo endometrial, prolapso de órganos pélvicos, sanas, síndrome de ovario poliquístico, síndrome de Turner y sangrado uterino posmenopáusico (Tabla3).

La localización del dolor fue en hipogastrio en 67 pacientes (53.2%), fosa iliaca izquierda en 31 (24.6%), fosa iliaca derecha en 25 (29.8%) y vulva en 3 (2.4%).

En relación a la máxima intensidad del dolor fue de  $7.7 \pm 1.7$ , la media en relación a la mínima intensidad del dolor  $4.0 \pm 2.0$  en escala análoga del dolor.

Al evaluar las afectación de dolor pélvico crónico a la calidad de vida en escala numérica del 0 al 10, la media de afectación en las actividades generales fue de  $6.6 \pm 2.7$ , en relación a la afectación en el estado de ánimo fue de  $7.1 \pm 2.8$ , afectación en el área

laboral  $6.6 \pm 2.9$ , afectación en las relaciones interpersonales  $3.4 \pm 3.4$ , afectación para disfrutar la vida fue de  $5.5 \pm 3.8$ .

Los factores que disminuyeron el dolor fueron: acostarse 75 pacientes (59.5%), nada 24 (19.0%), sentarse 10 (7.9%), caminar 12 (9.5%), estar de pie 3 (2.4%) y reposo 2 (1.6%).

Los factores agravantes fueron: caminar 47 (37.3%), esfuerzo 19 (15.1%), ninguno 18 (14.3%), correr 12 (9.5%), sentarse 12 (9.5%), movimientos corporales 3 (2.4%), acostarse 3 (2.4%), subir escaleras 6 (4.8%), saltar 3 (2.3%). Los medicamentos que utilizaban para el control del dolor fueron: antiinflamatorios no esteroideos 71 (56.3%), hormonales 17 (13.5%), ninguno 38 (30.3%).

## **Discusión**

Este estudio evaluó la frecuencia de dolor pélvico crónico en las pacientes atendidas en la consulta externa de la unidad médica de alta especialidad “Luis Castelazo Ayala”. Para esto se recurrió al método de interrogatorio dirigido, encontrando que el 17.7% de las pacientes cumplen criterios para el diagnóstico, similar a la frecuencia reportada por Zondervan et al.(1) Es importante reconocer que el diagnóstico de dolor pélvico crónico solo fue reconocido en 3 pacientes del total que reunían criterios, lo que supone un sub diagnóstico en nuestra consulta externa, sin establecerse un manejo integral a como lo marca Cheong y Williams.(4)

No hubo diferencias significativas entre los grupos con y sin dolor. El diagnóstico de endometriosis fue establecido en el 5.9% de las pacientes atendidas, por debajo de la prevalencia reportada por Stanford, Koziol y Feng en su estudio.(3) El diagnóstico de miomatosis uterina fue el más común en ambos grupos, representando el 15.1% en este grupo y el 25% del total.

El medicamento más comúnmente utilizado por las pacientes fueron los antiinflamatorios no esteroideos, que no figuran dentro de las terapias de elección para mejorar las implicaciones de esta patología y en menor proporción la terapia hormonal.(4)

La calidad de vida de las pacientes estuvo afectada directamente por la patología, afectando principalmente el estado de ánimo, así como las actividades en general y en menor medida las relaciones interpersonales como fue descrito por Inoue et al, sin embargo, no se realizó comparación con el grupo control.(11)

## Bibliografia

1. Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Bailliere's Best Pract Res Clin Obstet Gynaecology* 2000;14(3):403-414.
2. Giamberardino MA, Tana C, Constantini R. Pain thresholds in women with chronic pelvic pain. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2014;26(4):253-259.
3. Stanford EJ, Koziol J, Feng A. The prevalence of interstitial cystitis, endometriosis, adhesions, and vulvar pain in women with chronic pelvic pain. *J Minim Invasive Gynecol* 2005;12(1):43-49.
4. Cheong Y, William Stones R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006;20(5):695-711.
5. Steege J, Siedhoff M. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2014;124(3):616-629.
6. Tirlapur SA, Kuhrt K, Chalila C, Ball E, Meads C, Khan KS. The "evil twin syndrome" in chronic pelvic pain: A systematic review of prevalence studies of bladder pain syndrome and endometriosis. *Int J Surg* 2013;11(3):233-237.
7. Butrick CW, Sanford D, Hou Q, Mahnken J. Chronic pelvic pain syndromes: clinical, urodynamic, and urothelial observations. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(9):1047-1053.
8. Kuppermann M, Learman LA, Schembri M, Gregorich SE, Jackson RA, Jacoby A, et al. Contributions of hysterectomy and uterus-preserving surgery to health-related quality of life. *Obstet Gynecol* 2013;122(1):15-25.
9. Steele A. Opioid Use and depression in chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2014;41(3):491-501.
10. Miller-Matero L, Saulino C, Clark S, Bugenski M, Eshelman A, Eisentein D. When treating the pain is not enough: a multidisciplinary approach for chronic pelvic pain. *Arch Womens Ment Health*. 2015 May 5. [Epub ahead of print]
11. Inoue S, Kobayashi F, Nishihara M, Arial Y, Ikemoto T, Kawai T, et al. Chronic Pain in the Japanese community-Prevalence, Characteristics and impact on quality of life. *PLoS One*. 2015 Jun 15;10(6):e0129262. doi: 10.1371/journal.pone.0129262. eCollection 2015.

## Tablas

Tabla 1. Características de los grupos

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>
Edad	36.5 ±10.5	36.5 ± 10.5
Peso	70.2 ± 15.5	69.1 ± 13.3
IMC	28.9 ± 5.7	28.1 ± 5.0
ICC	0.86 ± 0.08	0.85 ± 0.06
Gestas	1.9 ± 1.6	1.7 ± 1.5
Cesáreas	0.4 ± 0.7	0.6 ± 0.9
Abortos	0.3 ± 0.6	0.2 ± 0.4
Partos	1.2 ± 1.4	0.9 ± 1.4

Grupo 1: Grupo con dolor pélvico crónico

Grupo 2: Grupo control

Tabla 2. Motivos de consulta en mujeres con y sin dolor pélvico crónico

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Total</b>
Alteración citológica	0 (0%)	13 (5.2%)	13 (5.2%)
Amenorrea	6 (2.3%)	11 (4.36%)	17 (6.7%)
Ardor Vaginal	3 (1.2%)	1 (0.4%)	4 (1.6%)
Asintomática	0 (0%)	5 (2%)	5 (2%)
Cuerpo extraño	0 (0%)	2 (0.8%)	2 (0.8%)
Deseo embarazo	6 (2.3%)	12 (4.8%)	18 (7.1%)
Dismenorrea	0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.%)
Dolor pélvico	35 (13.6%)	3 (1.2%)	38 (15.1%)
Galactorrea	0 (0%)	2 (0.8%)	2 (0.8%)
Hallazgos ultrasonido	6 (2.3%)	15 (5.9%)	21(8.3%)
Hipermenorrea	51 (19.9%)	33 (13.1%)	84 (33.3%)
Oligomenorrea	0 (0%)	2 (0.8%)	2 (0.8%)
Opsomenorrea	5 (2%)	7 (2.8%)	12 (4.8%)
Pérdida orina	0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)
Polimenorrea	12 (4.8%)	11 (4.4%)	23 (9.1%)
Proiomenorrea	0 (0%)	2 (0.8%)	2 (0.8%)
Sangrado postcoito	0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)
Sangrado transvaginal	0 (0%)	3 (1.2%)	3 (1.2%)
Síntomas vasomotores	2 (0.8%)	1 (0.4 %)	3 (1.2%)
<b>TOTAL</b>	<b>126 (50%)</b>	<b>126 (50%)</b>	<b>252 (100%)</b>

Grupo 1: Grupo con dolor pélvico crónico

Grupo 2: Grupo control

Tabla 3. Diagnósticos establecidos en consulta externa

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Total</b>
Alteración glandular significado incierto	0 (0%)	3 (1.2%)	3 (1.2%)
Amenorrea Secundaria	3 (1.2%)	4 (1.6%)	7 (2.8%)
Atrofia vaginal	3 (1.2%)	0 (0%)	3 (1.2%)
Atrofia vaginal	0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)
Climaterio	2 (0.8%)	2 (0.8%)	4 (1.6%)
DIU traslocado	0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)
Dolor pélvico crónico	3 (1.2%)	0 (0%)	3 (1.2%)
Ectropión	0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)
Endometriosis	15 (5.9%)	0 (0%)	15 (5.9%)
Enfermedad pélvica inflamatoria	0 (0%)	2 (0.8%)	2 (0.8%)
Falla ovárica prematura	0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)
Hemorragia uterina anormal	27 (10.7%)	21 (8.3%)	48 (19%)
Hiperplasia endometrial	3 (1.2%)	3 (1.2%)	6 (2.4%)
Incontinencia urinaria	0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)
Infección VPH	0 (0%)	5 (2%)	5 (2%)
Infertilidad primaria	6 (2.4%)	9 (3.6%)	15 (5.95%)
Infertilidad secundaria	0 (0%)	3 (1.2%)	3 (1.2%)
LIEAG	0 (0%)	2 (0.8%)	2 (0.8%)
LIEBG	0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)
Malformación uterina	3 (1.2%)	2 (0.8%)	5 (2%)
Miomatosis uterina	38 (15.1%)	25 (9.9%)	63 (25%)
Obesidad	0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)
Pólipo endometrial	0 (0%)	2 (0.8%)	2 (0.8%)
Prolapso órganos pélvicos	0 (0%)	2 (0.8%)	2 (0.8%)
Sana	0 (0%)	4 (1.6%)	4 (2%)
Síndrome ovario poliquístico	0 (0%)	14 (5.5%)	14 (5.5%)
Síndrome Turner	0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)
Sangrado uterino anormal posmenopáusico	0 (0%)	1 0.4%)	1 (0.4%)
Tumor anexial	23 (9.1%)	14 (5.5%)	37 (14.68%)
<b>TOTAL</b>	<b>126 (50%)</b>	<b>126 (50%)</b>	<b>252 (100%)</b>

Grupo 1: Grupo con dolor pélvico crónico

Grupo 2: Grupo control

## ANEXO 1. Hoja de captación de datos

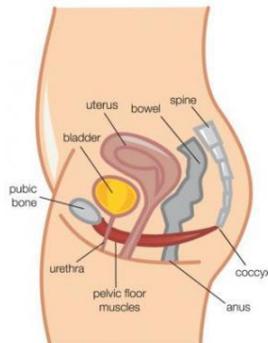
### Protocolo: Frecuencia de dolor pélvico crónico en mujeres que acuden a consulta ginecológica en la Unidad Médica de Alta Especialidad en Ginecoobstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala

#### Conteste los datos solicitados a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de Afiliación: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ kg Talla: \_\_\_\_\_ mt IMC: \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>  
Cintura: \_\_\_\_\_ cm Cadera: \_\_\_\_\_ cm ICC: \_\_\_\_\_  
Número de Embarazos: \_\_\_\_\_ Número de Cesáreas: \_\_\_\_\_  
Número Abortos: \_\_\_\_\_ Número de Partos: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Marque con una "X" la respuesta correcta

1. ¿Ha tenido usted dolor en la parte baja del abdomen? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. ¿Este dolor ha durado más de 6 meses? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. ¿Existe relación de este dolor con las relaciones sexuales? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. Indique en el dibujo, con un lápiz, dónde siente el dolor. Indique con una X la parte del cuerpo en la cual el dolor es más grave



5. Por favor evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor.  
Ningún dolor 0 ----- 10 El peor dolor imaginable
6. Por favor evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad **mínima** de su dolor.  
Ningún dolor 0 ----- 10 El peor dolor imaginable
7. ¿Qué tipo de cosas mejora su dolor (ej. Caminar, estar de pie, acostarse, etc)?  
\_\_\_\_\_
8. ¿Qué tipo de cosas empeora su dolor (ej. Caminar, estar de pie, acostarse, etc)?  
\_\_\_\_\_
9. ¿Qué tipo de medicamento toma para su dolor?  
\_\_\_\_\_

10. Marque con una X el punto en la línea que mejor describa hasta que punto el dolor ha afectado en los siguientes aspectos de la vida:

A. Actividades en General

No me ha afectado 0 ----- 10 Me ha afectado por completo

B. Estado de animo

No me ha afectado 0 ----- 10 Me ha afectado por completo

C. Trabajo habitual (incluye trabajo fuera de casa como tareas domésticas)

No me ha afectado 0 ----- 10 Me ha afectado por completo

D. Relaciones con otras personas

No me ha afectado 0 ----- 10 Me ha afectado por completo

E. Disfrutar de la vida

No me ha afectado 0 ----- 10 Me ha afectado por completo

## Anexo 2. Dictamen del Comité de Investigación

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

### Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3606  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA 14/07/2015

M.C. SEBASTIAN CARRANZA LIRA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Frecuencia de dolor pélvico crónico en mujeres que acuden a consulta ginecológica en la Unidad Médica de Alta Especialidad en Ginecoobstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-3606-28

ATENTAMENTE

**DR.(A). OSCAR ARTURO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

### Anexo 3. Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Frecuencia de dolor pélvico crónico en mujeres que acuden a consulta ginecológica en la Unidad Médica de Alta Especialidad en Ginecoobstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	México DF. Julio 2015.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer la frecuencia de dolor pélvico crónico entre las pacientes de la consulta externa ginecológica, para desarrollar estrategias para una mejor atención médica.
Procedimientos:	Realización de cuestionario
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer los datos estadísticos del hospital en el cual son atendidas
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Conocerán los resultados hasta ser procesados los datos.
Participación o retiro:	Voluntario.
Privacidad y confidencialidad:	Completa.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____
Beneficios al término del estudio:	_____
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<u>Dr. Sebastián Carranza Lira</u>
Colaboradores:	<u>Dr. Iván Alejandro Romero Cuadra</u>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: CLIEIS 3606: Avenidad Rio Magdalena 289, Colonia Tizapan San Angel. Alvaro Obregon. México, D.F., CP 01090. Teléfono: 55506422 Ext 28015	

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**