

Dolor pélvico crónico en mujeres de edad mediana. Revisión bibliográfica

Chronic pelvic pain in women of medium age. Bibliographic revision

MSc. Lic. Adianez Ros Montenegro¹, MSc. Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres¹, MSc. Lic. Elsa María Rodríguez Adams¹, MSc. Dra. Alina Alerm González¹¹, Lic. Ricardo Martínez Perea¹, Lic. Magalis Noa Noa¹

¹ Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Playa. La Habana. Cuba.

¹¹ Departamento de Fisiología. ICBP "Victoria de Girón. Playa. La Habana. Cuba

RESUMEN

Introducción: el dolor pélvico crónico sufre una modulación en las mujeres de edad mediana debido a las actitudes y creencias en torno a la posible asociación entre el dolor y los cambios fisiológicos y anatómicos que se producen como consecuencia de la pérdida de la función ovárica. Los cambios biológicos ocurridos durante el climaterio, unidos con la función social que desempeñan las mujeres en esta etapa, por sus múltiples roles, la invisibilidad de sus tiempos e inadecuada asimilación cultural del envejecimiento, hace que constituyan un grupo vulnerable. Estas mujeres refieren diversos síntomas, los más frecuentes son las crisis vasomotoras, atribuidas al déficit de estrógeno y posible explicación para el dolor pélvico crónico. El tratamiento tiene múltiples alternativas conservadoras y quirúrgicas.

Métodos: se realizaron revisiones bibliográficas en revistas médicas nacionales y extranjeras publicadas en Scielo, Imbiomed y Pubmed en los últimos 10 años (idioma español e inglés), así como revisiones de tesis de terminación de estudios y libros de textos con información relacionada con el dolor pélvico crónico.

Conclusiones: existen pocas evidencias de los beneficios que reporta el empleo de agentes físicos, como son: el campo magnético y las corrientes analgésicas de baja frecuencia (TENS) que, a juicio de los autores del presente estudio, contribuyen a la mejoría del dolor crónico secundarios a una debilidad de la musculatura del suelo pélvico.

Palabras clave: dolor pélvico crónico, mediana edad, climaterio.

SUMMARY

Introduction: the chronic pelvic pain, suffers a modulation in the women of medium age for the attitudes and beliefs around the possible association among pain and the physiologic and anatomical changes that take place as consequence of the loss of the ovarian function. The biological changes taken place during the climacteric together with the social function that the women carry out in this stage for the acting of multiple lists, the invisibility of their times, inadequate cultural assimilation of the aging, makes that they constitute a highly vulnerable group, they refer diverse symptoms, the most frequent are the vasomotor crises, attributed to the estrogens deficit, and possible explanation for the chronic pelvic pain. The treatment has multiple conservative and surgical alternatives.

Methods: they were carried out electronic searches and in libraries of magazines doctor's national and foreign indexed in Scielo, Imbiomed and Pubmed; in a 10 year-old horizon in Spanish and English language, as well as revisions of thesis of termination of studies and books of texts with information related chronic pelvic pain.

Conclusions: few evidences of the benefits of the employment of physical agents exist as the magnetic field and of the analgesic currents of low frequency (TENS) that in our opinion contribute to the improvement of the chronic pain that occur in our patients secondary to a weakness of the musculature of the pelvic floor.

Key words: pelvic chronic pain, medium age, climacteric.

INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia sensorial y emocional que resulta desagradable; se asocia a un daño físico real o potencial. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como "una sensación no placentera y experiencia emocional asociada con actual o potencial daño o descrito en términos de dicho daño; el dolor es siempre subjetivo".¹

Un caso muy particular de dolor que experimentan las mujeres es el denominado dolor pélvico crónico (DPC), que en el caso de las mujeres de edad mediana, sufre una modulación por las actitudes y creencias de las mismas en torno a la posible asociación entre su dolor y los cambios fisiológicos y anatómicos que ocurren como consecuencia de la pérdida de la función ovárica. Ello es agravado por el hecho de que los tratamientos convencionales empleados para aliviar o eliminar este tipo de dolor, que no logran una resolución del mismo, tal como esperan las pacientes que lo sufren, por lo que la evaluación de la manera en que enfrentan su dolor, constituye un punto de partida importante para el médico cuando inicia el tratamiento.

Las creencias y actitudes frente al dolor son importantes porque todas las personas tienen determinados supuestos sobre cómo actúa el dolor y qué es lo que significa sentir un determinado estímulo doloroso. Estas creencias sirven para entregar una interpretación del estímulo y proporcionar una vía rápida que ayuda al cerebro a procesar la enorme cantidad de información que recibe (estímulos) de una manera más eficiente. Sin embargo, también pueden anticipar y distorsionar una respuesta que podría perjudicar la capacidad adaptativa. Las creencias y actitudes están

influidas por el contexto social, de tal forma que guían la visión acerca de cuál puede ser la causa del dolor y qué debería hacerse al respecto, lo que refleja una amplia gama de interpretaciones al respecto. Ciertas creencias y actitudes negativas se asocian al dolor crónico y a la incapacidad. Las creencias se manifiestan también a través de expectativas respecto de la salud y la enfermedad, y pueden tener un impacto significativo en la experiencia de dolor. Un ejemplo de estas expectativas está en la forma en que una persona espera se debería comportar el dolor con un tratamiento específico (alivio inmediato posterior a una cirugía) o en el tiempo que debería tomar la recuperación. Cuando estas expectativas no son cumplidas, aumentan los pensamientos negativos, la desconfianza y se incrementa también el dolor. Por otra parte, se considera que las expectativas de percepción de salud, en muchos casos, resultan ser un buen medio para predecir los resultados.²

En el año 2009, la Asociación Europea de Urología definió el DPC como un dolor percibido en estructuras relacionadas con la pelvis, sin distinción de género. En el caso de un dolor nociceptivo documentado, que se hace crónico, el dolor debe ser continuo o recurrente, al menos durante seis meses. Si no es agudo y los mecanismos de sensibilización central del dolor están bien documentados, el dolor se entiende como crónico independiente del tiempo transcurrido. En todos los casos, con frecuencia se asocia a consecuencias negativas en el ámbito cognitivo, conductual, sexual y emocional.³

Desde el punto de vista anatómico, es el dolor que se produce en cualquier lugar comprendido entre el diafragma y las rodillas, y desde el punto de vista clínico a un cuadro que reúne los siguientes elementos: dolor en esa región, de duración superior a seis meses, no resuelto por tratamientos previos, dolor sin relación con el daño tisular, impotencia funcional, signos vegetativos de depresión, dinámica familiar alterada. En la actualidad se limita a dolor de duración superior a seis meses, que incluye los dolores cíclicos, recurrentes, vulvodinia, dismenorrea y disparesunia.⁴⁻⁸

El DPC es más frecuente en mujeres en edad reproductiva pero también se presenta en las mujeres en edad mediana, que no es más que el grupo de personas del sexo femenino comprendido en las edades entre 40 y 59 años.⁹ Durante este período de la vida, la mujer sufre cambios en tres aspectos diferentes e interrelacionados: en el terreno biológico, donde se observan cambios por el efecto del cese de la función ovárica y que se mantienen en ajuste continuo durante esta etapa; en lo psicológico, como mediador entre el medio externo o entorno y en lo social, como expresión compleja del mundo de las relaciones que se establecen en el escenario donde las mujeres desarrollan su vida cotidiana.⁹

Los cambios biológicos que ocurren durante el climaterio, no del todo conocidos, unidos con la función social que desempeñan las mujeres en etapa de climaterio en su microsistema familiar y laboral, signado de manera especial por el desempeño de múltiples roles, la calidad y el nivel de compromiso con que lo hacen, la inequidad en el acceso y control de los recursos, la invisibilidad de sus tiempos, a lo que se adiciona la inadecuada asimilación cultural del envejecimiento, hace que las mujeres de edad mediana constituyan un grupo vulnerable en términos de salud.¹⁰ Durante el climaterio las mujeres refieren diversos tipos de síntomas, uno de los más frecuentes son las crisis vasomotoras, atribuidas a la deficiencia de estrógenos y que constituyen una de las posibles explicaciones que recoge la literatura para el dolor pélvico crónico.⁹

La cronicidad del dolor ocasiona daños al equilibrio físico y su funcionalidad, lo que en ocasiones afecta su validismo e independencia, ya que en este no existen aspectos

físicos, estructurales, fisiológicos y sensoriales; sino también las características propias de la persona, tales como: emociones, conductas, afectividad, motivación, actitudes, creencias, cultura, experiencia anterior, por lo que en esta etapa juegan un papel fundamental los estilos de afrontamiento, por ser ellos una importante variable de regulación y de adaptación mediadora del paciente a eventos muy estresantes como son las enfermedades crónicas.¹¹

La visión acerca de las formas de evaluar y tratar el dolor crónico surge en la década del 70 del siglo pasado, con nuevos abordajes que contemplan no solo los aspectos físicos del dolor sino también los psicológicos y sociales de las personas que lo padecen en el marco de las teorías de la compuerta del dolor y de la neuromatriz enunciada por Melzack y colaboradores.^{12,13}

Entre los nuevos modo de abordar el dolor de manera multidimensional, se han empleado las denominadas estrategias de afrontamiento que se identifican mediante diversos estudios. Las que son potencialmente desadaptativas, en relación con el dolor, entorpecen su alivio o eliminación, incluso las causas que lo provocan; mientras que aquellas clasificadas como activas, que implican un manejo directo del dolor e índices elevados de ajuste físico y psicológico, están relacionadas con una mejor evolución al tratamiento.¹⁴

El afrontamiento se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que provocan los estresores sobre su bienestar psicológico, que incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud. Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial.¹⁵

DESARROLLO

En el dolor pélvico crónico, los componentes psicosociales tienen una particular importancia porque se relacionan con una pérdida o entorpecimiento de las relaciones de pareja y con la disminución o pérdida de la autoestima, por lo que los modelos de abordaje integral, incluidas las emociones, la afectividad y las conductas que se adoptan frente al mismo, se imponen para realizar una correcta valoración y proceder a tratamientos más efectivos y duraderos.

En EE.UU y Alemania la prevalencia en la población general es de alrededor del 12-15 % y en el primero, cerca del 10 % de las consultas al ginecológicas son por esta causa. En el caso de las mujeres, la prevalencia es similar al dolor por la migraña, asma o dolor lumbar. Es más frecuente en la edad reproductiva y si bien se presenta en el hombre, se desconoce su real magnitud.^{3,16} De aquellas pacientes que ingresan con indicación de histerectomía por DPC, en el 25 % persiste el cuadro después de la intervención quirúrgica.¹⁷

Las pacientes aquejadas de DPC comparadas con mujeres sanas, utilizan tres veces más medicamentos, tienen cuatro veces más cirugías ginecológicas y cinco veces más riesgo de histerectomías. La actividad diaria y laboral también se afecta en diferentes grados.¹⁶

Se conoce muy poco sobre la patogénesis del DPC; a menudo, las investigaciones laparoscópicas no revelan causas obvias del dolor. Las anomalías suelen ser más fortuitas que causales. Una lesión como las adherencias posteriores a una cirugía o

infección puede no correlacionarse con el sitio de dolor. La complejidad de la neurofisiología de la sensación visceral (sensación que se origina en los órganos internos) explica esta discrepancia solo de modo parcial. En un estudio poblacional realizado en los EE.UU., el 61 % de las mujeres con síntomas de dolor pélvico no tenían un diagnóstico claro.¹⁸

Otras explicaciones para el DPC, en ausencia de enfermedades obvias, incluyen al síndrome de colon irritable no detectado, la hipótesis vascular que propone que el dolor se origina de las venas pélvicas dilatadas en las cuales el flujo sanguíneo está marcadamente reducido. La alteración en el procesamiento espinal y cerebral de estímulos en mujeres con dolor pélvico crónico puede ser una característica compartida por aquellas mujeres con otras afecciones dolorosas crónicas, en las que toda sensación corporal normal se percibe como dolorosa.¹⁹

Una de las características del dolor es que la manera en que se percibe, se vivencia, se sufre y se busca ayuda para solucionarlo, está en estrecha relación con la personalidad de los individuos. Se han realizado estudios sobre la sensibilidad al dolor, la intensidad percibida y las variables psicológicas que podrían afectar en mayor o menor medida la sensación para experimentarlo, quedando en evidencia, mediante un análisis de varianza, que existió diferencia estadísticamente significativa entre grupos con alta y baja sensibilidad al dolor y variables como la automotivación, la focalización en la solución de los problemas, la valoración positiva de los eventos estresantes y la energía y apertura mental, lo que resulta importante para las estrategias terapéuticas y para poder comprender las variables que están en juego en la evolución y la eficacia del tratamiento.¹⁸

Para valorar las bondades de los tratamientos para el dolor, es imprescindible conocer la intensidad y características con que el enfermo percibe y vivencia ese dolor, para lo que existen diversos instrumentos que permiten "valorarlo" antes y después de finalizar la intervención, estando entre los más utilizados, validados internacionalmente y ajustados a diversas culturas el Cuestionario de dolor de la Universidad de McGill⁸ donde se incluyen dimensiones sensoriales y afectivas, la escala analógica para el dolor percibido y la intensidad del dolor actual, lo que permite que se pueda comparar la percepción del dolor y la manera en que afecta a la persona cuando aún no se ha realizado tratamiento y una vez que el dolor sea aliviado o eliminado.

Las acciones de salud, destinadas a elevar la calidad de vida de la mujer de edad mediana, favorecerán que esta sea capaz de mantener sus intereses variados y de activar sus potencialidades individuales en direcciones concretas, de convertirse en protagonista de un modo de vida sano, que le permita asumir el climaterio como un período nuevo, no como inevitablemente desagradable.²⁰

La etapa climatérica constituye un período de adaptabilidad y conocimiento en relación con cambios en la vida de la mujer, lo que se expresa tanto biológica, psicológica, como socialmente. Durante este proceso, la mujer se torna más vulnerable y susceptible a las relaciones en el entorno familiar; también es necesario señalar que las características del sistema social predominante en cada país deben influir en la expresión clínica y social del climaterio, de ahí que el déficit estrogénico posmenopáusico se exprese en toda mujer, con independencia del color de la piel y del estatus económico social con mayor o menor intensidad. Es por ello que en un número no despreciable de estas se hace necesaria la asistencia médica para el caso específico de los trastornos vasomotores, cardiovasculares, psicológicos y genitourinarios que experimentan durante el climaterio y que habitualmente se atribuyen a los cambios hormonales.¹⁷

En Cuba, los estudios realizados sobre el bienestar subjetivo de la mujer en edad mediana incluyen al género como una de las variables de mayor relevancia, debido a la influencia que, de manera cotidiana, ejerce en la vida de este grupo de féminas. El 97 % de las mujeres insatisfechas con la vida ($n=184$) estudiadas en diferentes poblaciones cubanas, reportó insatisfacción con los roles de género; mientras que el 65 % de las satisfechas con la vida ($n=1183$), ofreció similares reportes.²¹

Uno de los aspectos medulares a considerar en esta etapa es el factor social y su relación con la salud de la mujer en esta etapa de la vida. En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace mucho énfasis en lo que ha definido como "los determinantes sociales de la salud", que tienen una importancia muy especial en este período. Siempre que se menciona la etapa del climaterio y la menopausia, se piensa mucho en los aspectos biológicos relacionados con este período: déficit hormonal, cese de la función reproductiva, cambios anatómicos consecutivos, etc., pero en realidad no todo es así. Existen muchas mujeres que transitan por este período sin problemas ni colisiones y apenas presentan manifestaciones propias del climaterio. Otras, quizás, demandan al menos de alguna orientación, de apoyo, por lo que los aspectos puramente biológicos están lejos de ser el único aspecto a considerar. Sería importante revisar si existen trabajos que traten sobre la insatisfacción o frustraciones matrimoniales, o sobre la resignación a soportar el matrimonio.

Hay una asociación directa entre la sobrecarga de los diferentes roles que juega la mujer y el incremento de la frecuencia de padecer síntomas climatéricos: cuidadora de padres, suegros y nietos; de enfermos, trabajo doméstico, etc., en sus diferentes manifestaciones. Es decir, que el rol de género es, por tanto, un aspecto sustancial a considerar en la salud integral de la mujer climática, y constituye un gran impedimento para la salud de la mujer.²²

La expresión clínica del síndrome climatérico se asocia también con el estilo de vida que la mujer llevó hasta el momento del cese de la menstruación, así como también el nivel cultural y económico, las relaciones de pareja y el proyecto de vida. La vivencia del climaterio varía de mujer a mujer, de cultura a cultura y conlleva aún un tabú cultural importante. Estas consideraciones son importantes a la hora de entrevistar a estas pacientes, y el médico de la atención primaria tiene la gran ventaja de tener mayor conocimiento acerca de esa persona al dominar el medio en que vive y se desenvuelve, de ahí su ventaja y la importancia que tiene la atención en este nivel.²³

Estudios recientes²⁰ reflejan que el DPC es la tercera disfunción que más se presentó entre 150 mujeres en edad mediana estudiadas; 22 de las cuales presentaron DPC para un 14,7 % de la muestra, lo que evidencia la necesidad de estudiar esta disfunción. Debido a la ausencia de estudios específicos sobre el tratamiento rehabilitador en dichas mujeres (tipo de paciente que asiste con frecuencia el servicio de suelo pélvico), surge la inquietud de investigar este grupo.

Tratamiento

El tratamiento del dolor pélvico ha tenido y tiene múltiples alternativas, desde la medicación analgésica-antiinflamatoria, el tratamiento de los factores causales específicos, asesoramiento o psicoterapia, terapia con progestágenos, laparoscopía para precisar posibles etiologías, cirugías para interrumpir las vías nerviosas como la ablación del nervio uterino, la neurotomía presacra, o la hysterectomía con o sin ooforectomía y el tratamiento conservador.^{1, 24, 25}

Terapia física

Si bien en años anteriores se empleaban los tratamientos antes mencionados, en la actualidad se han impuesto otras alternativas basadas en principios físicos y manejo psicológico de las pacientes. En la terapia física se plantea el beneficio del ejercicio físico, técnicas para tratar puntos gatillos con medicamentos anestésicos como la lidocaína, en unión de tratamientos manuales y otras técnicas como: relajación miofascial, acupuntura, movilizaciones articulares, reeducación de postura, que pueden ayudar a reducir el dolor. El uso del biofeedback ayuda en especial a pacientes que tienen dolor relacionado con disinergería y en la educación de los pacientes. Técnicas adecuadas de respiración controlan la contracción del piso pélvico durante la exhalación para utilizar el diafragma respiratorio como sinergista. La hipotonía de los músculos del suelo pélvico puede ser tratada con estimulación eléctrica superficial o intracavitaria. El terapista físico debe enseñar a entrenar el piso pélvico ante esfuerzos como toser y estornudar. Modalidades que incluyen calor, frío, pueden facilitar el manejo del dolor y la relajación muscular.^{1, 24,25}

A pesar de todas estas alternativas, existen pocas evidencias de los beneficios del empleo de agentes físicos que tienen como características generales ser analgésicos, antiinflamatorios, reparadores de tejido, descontracturantes, estimuladores de la circulación de la región, mejoradores de fibras nerviosas periféricas y de la respuesta nerviosa como es el campo magnético y muy poca sobre el uso de las corrientes analgésicas de baja frecuencia como la TENS que, a juicio de los autores del presente trabajo, pueden contribuir a la mejoría del dolor crónico porque se asume que el dolor podría ser secundario a una debilidad de la musculatura del suelo pélvico.^{26,27}

Estos beneficios pueden estar dados porque los campos magnéticos producen efectos bioquímicos, celulares, tisulares y sistémicos. Las corrientes inducidas por campos magnéticos producen un estímulo directo del trofismo celular que se manifiesta por el estímulo en la síntesis de ATP, del AMPC y del ADN, los que favorece la multiplicación celular y en la síntesis proteica y de la producción de prostaglandinas (efecto antiinflamatorio).²⁸

En órganos y sistemas provocan efectos como relajación muscular sobre las fibras lisas y estriadas, lo que se considera ocurre debido a la disminución del tono simpático. Esta actuación supone un efecto relajante y descontracturante sobre el músculo esquelético. Produce efecto antiinflamatorio por un mayor aporte de elementos de defensa, bioquímicos o formes, así como de regulación circulatoria, tanto por producir vasodilatación arterial como por estimular retorno venoso.²⁸

Las TENS constituyen una modalidad no invasiva, de fácil manejo, que no presenta efectos colaterales ni interacción con medicamentos, es utilizada para el alivio del dolor y estimulación de nervios periféricos .Este tipo de terapia está basada en la liberación de opioide a través de la teoría de la compuerta de Melzak y Wall.¹²

Una investigación que evaluó determinados aspectos físicos de la región pélvica en mujeres con DPC, mostró que las pacientes con este cuadro tenían mucha más debilidad en algunos sitios de los músculos abdominales, promedios superiores de debilidad total del suelo pélvico y menor control de la musculatura de dicha región,²⁹ lo que sustentaría las bondades de estos procedimientos para el alivio y la curación del dolor.

El equipo de trabajo de suelo pélvico del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ), ha realizado varios estudios relacionados con esta temática

desde el año 2008 en que se realizó la primera publicación en la revista de Urodinamia española.³⁰

En Cuba, un estudio realizado por el grupo de suelo pélvico del CIMEQ con 351 pacientes que asistieron a la consulta especializada arrojó que 73 pacientes acudieron por dolor pélvico (20,8 %). El 44 % solo con dolor y el 39,2 % con otras disfunciones asociadas. El 78 % fueron mujeres y la edad promedio 47,3 años (independiente del sexo).²⁶

La evaluación se realizó por la escala analógica visual (EVA) del dolor y su modificación luego del tratamiento rehabilitador aplicado que consistió en campo electromagnético en región pélvica, corriente TENS analgésica, TENS estimulante y ejercicios de Kegel. Al final, para este corte se evaluó un total de 42 pacientes, excluidos 20 que no iniciaron o abandonaron el tratamiento y 11 en proceso del primer ciclo de tratamiento, sin culminarlo.

Los resultados reportados en dicha investigación fueron: el dolor como único síntoma apareció en 25 pacientes con mejoría de la sintomatología en diversos grados luego del tratamiento, en 20 sesiones promedio. 17 pacientes presentaron dolor asociado a otras disfunciones mejorando también la sintomatología luego de 22,3 sesiones promedio de tratamiento.²⁶

CONCLUSIONES

A pesar de todas estas alternativas, existen pocas evidencias de los beneficios del empleo de agentes físicos que tienen como características generales ser analgésicos, antiinflamatorios, reparadores de tejido, descontracturantes, estimuladores de la circulación de la región, mejoradores de fibras nerviosas periféricas y de la respuesta nerviosa como es el campo magnético y muy poca sobre el uso de las corrientes analgésicas de baja frecuencia como la TENS que a juicio de los autores, pueden contribuir a la mejoría del dolor crónico que padecen estos pacientes, pues se asume que el dolor podría ser secundario a una debilidad de la musculatura del suelo pélvico.

Estos beneficios pueden estar dados porque los campos magnéticos producen efectos bioquímicos, celulares, tisulares y sistémicos. Las corrientes inducidas por campos magnéticos producen un estímulo directo del trofismo celular que se manifiesta por el estímulo en la síntesis de ATP, del AMPC y del ADN, lo que favorece la multiplicación celular, la síntesis proteica y la producción de prostaglandinas (efecto antiinflamatorio).

Conflictos de intereses

Los autores de este trabajo no hemos recibido ayuda económica para su realización; no hemos firmado acuerdo por el que recibamos beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Tampoco alguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nair AR. Klapper A. Kushnerik V. Margulis I. Del Priore G. Spinal cord stimulator for the treatment of a woman with vulvovaginal burning and deep pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2008;111(2 Pt 2):545-7.
2. González A. Margarita. Dolor crónico y psicología: actualización. *Rev Med Clin Condes.* 2014;25(4):610-7.
3. Fall M. Baranowski AP. Elneil S. Engeler D. Hughes J. Messelink EJ. Dolor pélvico crónico. *Eur Urol.* 2010 Mar;57(1):35-48 (Consultado en Mar, 2016).
4. Bachmann GA. Rosen R. Arnold LD. Burd I. Rhoads GG. Leiblum SR. Avis N. Chronic vulvar and other gynecologic pain: prevalence and characteristics in a self-reported survey. *J Reprod Med.* 2006;51(1):3-9.
5. Espuña M. Salinas J. Tratado de Uroginecología. Incontinencia urinaria. Cap. 25. Medicina STM Eds. SL; 2004. p. 333-45.
6. Hay-Smith J. Mørkved S. Fairbrother KA. Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;8(4):74.
7. Tu FF. Holt J. Gonzales J. Fitzgerald CM. Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(3):272.
8. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire Pain. *J Pain.* 1987;30:191-7.
9. Colectivo de autores. II Consenso cubano sobre climaterio y menopausia. La Habana: Sarduy Lugones, 2007. Disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/ginecobs/consenso2006seccclimymenop.pdf>
10. Morrill M. Lukacz ES. Lawrence JM. Nager CW. Contreras R. Luber KM. Seeking healthcare for pelvic floor disorders: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 197:1-6.
11. Gutiérrez G. Cadena AL. Breve reseña histórica sobre el estudio del dolor. MEDUNAB; 2007.
12. Melzack R. Wall P. Pain mechanism: a new theory. *Science* 1965; 50:971-9.
13. Melzack R. Phantom limbs, the self and the concept of a neuromatrix. *Trends in Neuroscience.* 1990;13:88-92.
14. Soucase B. Monsalve V. Soriano JF. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor.* 2005;12:8-16.
15. Grau J. Hernández E. Calidad de vida y psicología de la salud. Editores: Grau J. Psicología de la Salud: Fundamentos y aplicaciones. Part 1. Cap. 5. Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2005. p. 201-32.

16. Vasallo VJ. Arjona S. Fernández Y. Rondón J. Quevedo L. Dolor pélvico crónico en la mujer. Rev Cubana Anest Reanimac. 2014;13(1):4.10.
17. Rodríguez EM. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. La Habana. Rev Invest Medicoquirúrgicas. 2012;4(1):107-21.
18. López AG. Calero MD. Sensitivity to pain, self-regulation, coping and personality in healthy adult women. Psicothema. 2008;20(3):420-6.
19. Chichester UK. Intervenciones para el tratamiento del dolor pélvico crónico en mujeres. Revisión Cochrane traducida en: La Biblioteca Cochrane Plus. John Wiley & Sons. 2006 No. 2. Oxford: Update Software. Disponible en: URL: <http://www.update-software.com>
20. Pelier BY. Factores de riesgo y formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado de Medicina Física y Rehabilitación. La Habana, 2015.
21. Rodríguez EM. Utilización precoz del ejercicio terapéutico en el tratamiento de la lumbalgia aguda-subaguda. Programa CIMEQ 2002. Tesis de terminación de licenciatura.
22. Capote MI. Segredo AM. Gómez O. Climaterio y menopausia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011;27(4):543-57
23. Rodríguez EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014;40(1):10.
24. Monaco T. Dugans PT. Recognizing and treating pelvic. Pain and Pelvic floor dysfunction. Phys Med Rehab Clin N Am. 2007; 18:477-96.
25. Montenegro ML. Vasconcelos EC. Candido FJ. Nogueira AA. Poli-NetoOB. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. IntJClinPract. 2008;62(2):263-9.
26. Martínez R. Martínez JC. Rodríguez EM. García JA. Díaz D. Abreu Y. Fisioterapia en el dolor pélvico crónico. InvestMedicoquir. 2012;4(1):20-30.
27. Di Benedetto P. Coidessa A. Floris S. Rationale of pelvic floor muscles training in women with urinary incontinence. Minerva Ginecol. 2008;60(6):529-41.
28. Martín JM. García JA. Introducción a la magnetoterapia. 1^{era} Ed. La Habana, Cuba. CIMEQ; 2002. p. 26-30
29. Martínez JC. Rodríguez EM. García JA. Tratamiento rehabilitador de las disfunciones del suelo pélvico. Editorial Académica Española; 2012.
30. Martínez JC. García JA. Rodríguez EM. Pedroso I. Dolor pélvico en el varón. Presentación de un caso. Urdo A. 2008;21(3):193-5.

Recibido: 28 octubre 2016

Aceptado: 5 enero 2017

MSc. Lic. Adianez Ros Montenegro. Centro de investigaciones Médico Quirúrgicas.
Playa. La Habana. Cuba. Email: adianezrm@infomed.sld.cu