

## Dolor Pélvico Ginecológico: Caracterización de Egresos Hospitalarios en Chile, 2001-2012

### Gynecologic Pelvic Pain: Characterization of Hospital Discharges in Chile, 2001-2012

Lavanderos, Sebastián <sup>(1)</sup>; Fernández, Benjamín <sup>(1)</sup>; Riquelme, Camilo <sup>(1)</sup>; Haase, Juan <sup>(1)</sup>; Morales, Andrea <sup>(2)</sup>

#### Resumen

**Introducción:** Se define dolor pélvico como aquél que se presenta en la región abdominal baja o pélvica, que puede ser agudo o crónico, y representa un frecuente motivo de consulta y hospitalización ginecológica. Mientras la valoración del dolor pélvico agudo está orientada a disminuir el riesgo de morbimortalidad a través de su identificación etiológica oportuna, en el caso del dolor pélvico crónico aún existe controversia respecto de su definición y criterios de inclusión etiológicos. Si bien existen amplias variaciones en las estimaciones de prevalencia de dolor pélvico, existe consenso que el dolor pélvico crónico tiene importantes repercusiones, tanto a nivel individual como del sistema de salud. En Chile no existen estudios que hayan cuantificado la prevalencia de dolor pélvico. Se presenta una descripción demográfica y epidemiológica de los egresos hospitalarios por dolor pélvico de causa ginecológica en Chile, desde los años 2001 al 2012, con el fin de aportar cifras iniciales sobre la magnitud de esta problemática de salud de la mujer.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo del universo de egresos hospitalarios por dolor pélvico en mujeres de 12 años y más, ocurridos en Chile entre los años 2001 y 2012, a partir de las bases de datos nacionales del Ministerio de Salud de Chile. Se seleccionaron los códigos CIE-10, correspondientes a dolor pélvico y perineal, y dolor relacionado con órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual. A partir de las variables disponibles, se realizó un análisis descriptivo sociodemográfico y epidemiológico, realizando inferencia estadística con nivel de significancia de 5%.

**Resultados:** Se analizaron 12.937 egresos por dolor pélvico en mujeres de 12 años y más. La mediana de edad fue de 32 años, con un rango de 12-94 años. Un 67,9% (n=8798) correspondió a pacientes con seguro de salud público (FONASA), de los cuales 52,3% (n=6756) pertenecían a los tramos de menores ingresos autónomos (A y B). El 71,4% (n=9232) de los diagnósticos de egreso fue dolor pélvico y perineal, con una distribución que varió según el grupo etario estudiado. La mediana de días de hospitalización fue de 2 (RI: 1-3 días). Un 30,5% (n=3946) de los casos requirió intervención quirúrgica durante la estadía.

**Discusión:** Se presenta el primer análisis de egresos hospitalarios por dolor pélvico ginecológico ocurridos en Chile, a lo largo de 12 años. Sin bien, a partir de estos resultados no es posible estimar prevalencias de dolor pélvico ni cuantificar la magnitud del dolor pélvico agudo y crónico, este estudio aporta evidencia para la valoración de este síndrome como causa de hospitalización en Chile.

**Palabras clave:** dolor pélvico, egresos hospitalarios, ginecología.

#### Abstract

**Introduction:** Pelvic pain is defined as the one presenting in lower abdomen or pelvis, which may be acute or chronic, and it represents a frequent reason for gynecologic consultations and hospitalization. While acute pelvic pain valuation is oriented to diminish morbidity and mortality through its opportune etiological identification, in chronic pelvic pain, there is still controversy about its definition and optimal inclusion criteria. While there are wide variations in prevalence estimates of pelvic pain, there is consensus in that chronic pelvic pain has important effects at an individual and health system level. In Chile there are not studies that quantify pelvic pain prevalence. Our work presents a demographic and epidemiological description of hospital discharges by gynecological pelvic pain in Chile, from 2001 to 2012, in order to provide initial figures on the extent of this health issue in women.

**Materials and methods:** Descriptive study of hospital discharges by pelvic pain in women 12 years old and older in Chile between 2001 and 2012, from the national databases of the Chilean Health Ministry. We selected ICD-10 codes corresponding to pelvic and perineal pain, and pain related to female genitalia and the menstrual cycle. With the available variables, we made a sociodemographic and epidemiological analysis, conducting statistical inference with a significance level of 5%.

**Results:** We analyzed 12.937 discharges corresponding to pelvic pain in women  $\geq$  12 years old. Age median was 32 years, with a range of 12-94. 67,9% (n=8798) were patients with public insurance (FONASA), of which 52,3% (n=6756) belonged to the lower-income categories (A and B). 71,4% (n=9232) of discharge diagnosis were pelvic and perineal pain, with a distribution that varied according to age group. In-Hospital days median was of 2 (IQR: 1-3 days). 30,5% (n=3946) of cases required surgical management during stay.

**Discussion:** We present the first analysis of hospital discharges occurred in Chile in 12 years. Even though from our results we cannot estimate pelvic pain prevalence, nor quantify magnitude of acute and chronic pelvic pain, our study provides evidence for the assessment of this syndrome as cause of hospitalization in Chile.

**Key words:** pelvic pain, hospital discharge, gynecology.

(1) Interno de Medicina. Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Diego Portales. Santiago. Chile

(2) Médico Cirujano. MSc en Bioestadística. MBA. MSc en Políticas Públicas. Santiago. Chile.

#### Introducción

El dolor pélvico, que se considera como aquél que se presenta en la región abdominal baja o pélvica, se puede clasificar como agudo o crónico. En la práctica clínica, todo caso de dolor pélvico puede representar una causa de hospitalización, independiente del tiempo de evolución.

El dolor abdomino-pélvico agudo es considerado uno de los motivos más frecuentes de consultas y de hospitalizaciones

ginecológicas. El diagnóstico causal oportuno, a partir de una valoración clínica detallada, es clave para disminuir la probabilidad de morbimortalidad a la que se asocian algunas de sus etiologías gineco-obstétricas, como embarazo ectópico o torsión de quiste ovárico, y sus diagnósticos diferenciales de origen abdominal y urológico (1). Un estudio realizado el 2013 por Kurt et. al., analizó 503 casos de dolor pélvico agudo en mujeres, encontrando causas ginecológicas en el 93,2% (n=469), principalmente en edad reproductiva, con una media de edad de  $29,9 \pm 6,01$  años y una estadía promedio hospitalaria de  $2,38 \pm 2,06$  días (2). En tanto, el dolor pélvico crónico (DPC) genera mayor dificultad en su planteamiento e identificación, existiendo en la actualidad varias definiciones, ninguna aceptada globalmente. El Royal College of Obstetricians and Gynecologists lo define como “dolor intermitente o constante en la parte baja del abdomen o la pelvis, de al menos 6 meses de duración, que no se produce exclusivamente con la menstruación o la relación sexual y que no está asociado con el embarazo” (3). Mientras que el American College of Obstetricians and Gynecologists lo define como “el dolor no cíclico de al menos 6 meses de duración que aparece en lugares como la pelvis, pared abdominal anterior o espalda baja, y que es lo suficientemente grave como para causar discapacidad o dar lugar a la atención médica” (4). En tanto, la International Association for the Study of Pain (IASP) define el DPC sin patología evidente como el “dolor pélvico, crónico o recurrente que, al parecer, tiene un origen ginecológico, pero para los que no se encuentra una lesión definitiva o causa” (5).

El DPC representa una importante causa de morbilidad, con efectos tanto a nivel físico como psicológico para la paciente (6, 10), y económicos para el sistema de salud, con costos directos que se han estimado en 881,5 millones de dólares (11, 13), e indirectos de cerca de 2 billones de dólares al año en los EE.UU. (14).

Las estimaciones de prevalencia de DPC en mujeres varían ampliamente en la literatura. La primera revisión sistemática sobre prevalencia mundial de DPC fue realizada por Latthe et al. el año 2006, en base a la literatura disponible hasta el año 2004, considerando: dolor pélvico de más de 3 meses, constante o intermitente, cíclico (dismenorrea y dispareunia profunda) y no cíclico. Los autores encontraron que las tasas de prevalencia de dismenorrea variaban 1,7 a 97%, de 1,3 a 45,7% en el caso de dispareunia y de 4 a 43,4% en dolor pélvico no cíclico; concluyendo que la variación de rangos encontrada en estas estimaciones dependía de la existencia y calidad de los estudios, destacando la escasez de evidencia en países menos desarrollados (14). Posteriormente, el año 2014, Ahangari actualiza la revisión de la evidencia entre 2005 y 2012 sobre prevalencia mundial de DPC no cíclico de más de 6 meses de duración, encontrando un rango de 5,7% a 26,6%, concluyendo también sobre la necesidad de más y mejores estudios en países de nivel de desarrollo medio y bajo (15).

En Chile no existen a la fecha estudios que hayan cuantificado la prevalencia o carga de enfermedad por dolor pélvico, agudo o crónico. Debido a la falta de análisis sobre las estadísticas nacionales disponibles, el objetivo de este trabajo fue realizar una descripción demográfica y epidemiológica de los egresos hospitalarios por dolor

pélvico de causa ginecológica en Chile, entre los años 2001 a 2012.

## **Materiales y Métodos**

Se utilizaron las bases de datos disponibles de egresos hospitalarios del año 2001 a 2012, del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile, las cuales incluyen todos los centros del país, tanto públicos como privados.

Se consideraron los códigos de egreso asociados a dolor pélvico como diagnóstico sindromático, según la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), agrupados bajo los códigos R10.2 (Dolor pélvico y perineal) y N94 (Dolor y otras afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual), descartando dentro de este último los códigos: (i) N94.8 (Otras afecciones especificadas asociadas con los órganos genitales femeninos y el ciclo menstrual) y (ii) N94.9 (Afecciones no especificadas asociadas con los órganos genitales femeninos y el ciclo menstrual), al no representar en sí un síndrome de dolor pélvico.

El análisis de los casos se limitó a mujeres de 12 años y más, por ser esta la edad estimada de la menarquia en Chile, según diversos estudios (16, 18).

Se calcularon estadísticas descriptivas de variables demográficas (edad, región de residencia y sistema previsual del paciente) y epidemiológicas (diagnóstico de egreso, días de hospitalización, intervención quirúrgica, condición al egreso).

La construcción de la base de datos y su análisis fue realizado en Stata® 12.0. Para los análisis de inferencia estadística se consideró un nivel de confianza de 95%.

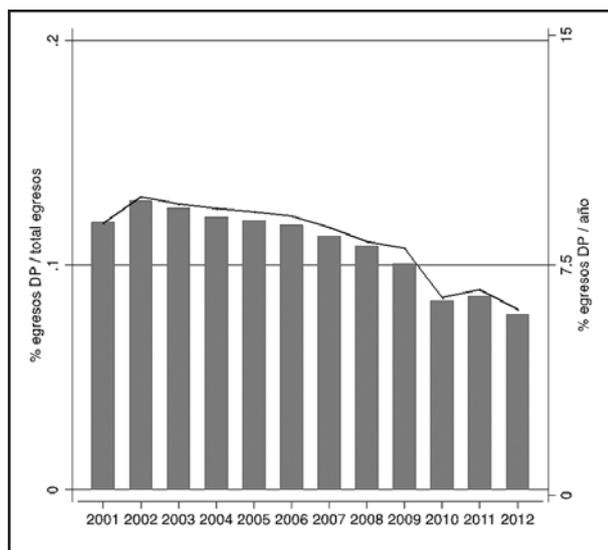
Las bases de datos utilizadas en este trabajo son de acceso público y no consideran datos identificatorios de los casos, por lo cual no se requirió aprobación por un comité de ética.

## **Resultados**

Se analizaron 12.937 registros de egresos hospitalarios en Chile por dolor pélvico cíclico, no cíclico y no especificado, en mujeres de 12 años y más, entre los años 2001 y 2012, los cuales correspondieron al 0,11% del total de egresos hospitalarios en mujeres en el período de análisis.

La evolución de egresos por año evidenció un aumento de las hospitalizaciones por dolor pélvico como diagnóstico sindromático entre los años 2001 a 2002 (de 8,9% el año 2001 a 9,5% el 2002), con una disminución sostenida desde el año 2002 en adelante (llegando a 6,1% el año 2012). En tanto, se observó la misma tendencia en la evolución de la proporción de egresos por dolor pélvico en este grupo entre el total de egresos hospitalarios en mujeres en el período de análisis (Figura 1).

Figura 1. Porcentaje anual de egresos hospitalarios por dolor pélvico y porcentaje del total de egresos. Chile, 2001-2012.

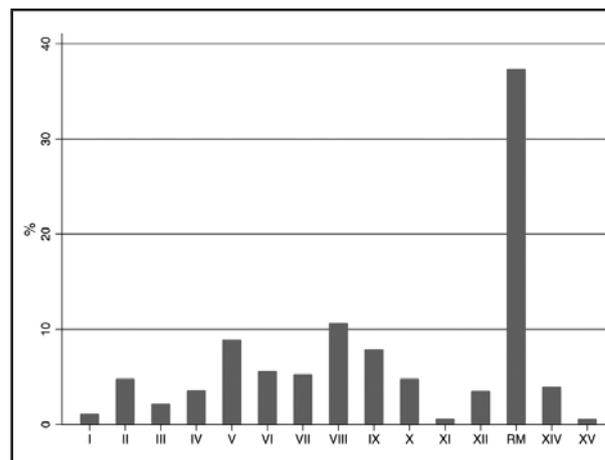


Porcentaje anual de egresos por dolor pélvico (DP) en línea continua y porcentaje de egresos por dolor pélvico del total de egresos en barras.

#### Perfil Sociodemográfico

La mediana de edad fue de 32 años (recorrido intercuartílico: 23-39, rango: 12-94 años). Las mayores proporciones de egresos hospitalarios por dolor pélvico se observaron en las regiones Metropolitana (37,2%, n=4.813), del Biobío (10,6%, n=1.367), de Valparaíso (8,8%, n=1.139), de la Araucanía (7,8%, n=1.010) y del Libertador Bernardo O'Higgins (5,5%, n=716) (Figura 2).

Figura 2. Distribución de la proporción de egresos hospitalarios por dolor pélvico, según región. Chile, 2001-2012.



La distribución por sistema previsional de salud mostró que un 67,9% (n=8.798) correspondió a pacientes pertenecientes a FONASA, 17,4% (n=2.253) a ISAPRES, 5,0% (n=651) a otro sistema previsional y 1,2% (n=150) a pacientes sin previsión. En cuanto a la categorización de beneficiarios FONASA según ingresos autónomos, el 32,9% (n=4.253) correspondió a pacientes FONASA A, 19,4% (n=2.503) a categoría B, 8,3% (n=1.077) a categoría C y 6,7% (n=863) a categoría D. En 8,5% (n=1.094) y en un 32,8% (n=4.241) de los casos no se reportó sistema previsional o categoría FONASA, respectivamente.

#### Perfil Epidemiológico

Los principales diagnósticos al egreso fueron: Dolor pélvico y perineal, en 71,4% de los casos (n=9.232); Dismenorrea no especificada, en 19,5% (n=2.526) y Dolor intermenstrual en 5,4% (n=692) (Tabla 1); distribución que se mantuvo

Tabla 1. Caracterización de egresos hospitalarios por dolor pélvico ginecológico. Chile, 2001-2012.

Diagnóstico CIE-10	% (n)	Edad p50 (RI)	Cirugía % (ni)	Estadía p50 (RI)
General	100,0 (12.937)	32 (23-39)	30,50 (3.946)	100,0 (12.937)
Dolor pélvico y perineal	71,4 (9.232)	34 (27-41)*	36,50 (3.370)*	71,4 (9.232)
Dismenorrea, no especificada	19,6 (2.526)	24 (17-33)*	15,00 (379)*	19,6 (2.526)
Dolor intermenstrual	5,3 (692)	22 (16-32)*	7,66 (53)*	5,3 (692)
Dismenorrea primaria	1,3 (173)	19 (15-28)*	16,18 (28)*	1,3 (173)
Tensión premenstrual	0,7 (95)	19 (15-29)*	13,68 (13)*	0,7 (95)
Dismenorrea secundaria	0,6 (81)	31 (23-37)	34,57 (28)	0,6 (81)
Dispareunia	0,6 (71)	39 (27-47)*	66,20 (47)*	0,6 (71)
Vaginismo	0,5 (67)	32 (26-46)	41,79 (28)	0,5 (67)

\*  $p < 0,05$ , en relación al resto de causas de egresos hospitalarios.

entre los 20 y los 49 años al analizar por grupos etarios (Tabla 2). La edad presentó diferencias significativas según el diagnóstico de egreso por prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis ( $p < 0.001$ ), siendo significativamente menor en diagnósticos de Dismenorrea primaria y no especificada, Dolor intermenstrual y Síndrome de tensión premenstrual, y mayor en casos diagnosticados como Dolor pélvico y perineal y Dispareunia (Tabla 1).

Tabla 2. Causas más frecuentes de dolor pélvico en egresos hospitalarios, según grupo etario. Chile, 2001-2012.

Grupo etario	Diagnóstico CIE-10	% (n)
<20 años	Dismenorrea, no especificada	43,9 (907)
	Dolor pélvico y perineal	34,5 (713)
	Dolor intermenstrual	13,8 (285)
20 - 34 años	Dolor pélvico y perineal	72,7 (4.027)
	Dismenorrea, no especificada	18,9 (1.047)
	Dolor intermenstrual	5,1 (285)
35 - 49 años	Dolor pélvico y perineal	83,2 (3.818)
	Dismenorrea, no especificada	11,9 (545)
	Dolor intermenstrual	2,4 (111)
50 y más	Dolor pélvico y perineal	91,0 (674)
	Dismenorrea, no especificada	3,6 (27)
	Dispareunia	1,8 (13)

En el 30,5% ( $n=3.946$ ) de los casos se realizó una intervención quirúrgica durante la estadía. En el 3,6% ( $n=460$ ) de los casos no se registró esta variable. El requerimiento de cirugía fue proporcional y significativamente mayor en relación al total de casos, en los diagnósticos de Dispareunia (66,2%), Dolor pélvico y perineal (36,5%) y Dismenorrea primaria (16,2%), a través de prueba U de Mann-Whitney (Tabla 1).

La estadía de hospitalización presentó una mediana de 2 días (recorrido intercuartílico: 1-3, rango: 1-153). Al comparar por causas de egreso, la mediana de estadía fue significativamente mayor en Dolor pélvico y perineal ( $p50$ : 2 días, RI: 1-3) y significativamente menor en Dismenorrea no especificada, Dolor intermenstrual, Dismenorrea primaria y Tensión premenstrual ( $p50$ : 1 día, RI: 1-2), a través de prueba U de Mann-Whitney (Tabla 1). La estadía hospitalaria fue significativamente mayor en casos en que se realizó intervención quirúrgica ( $p50$ : 2 días, RI: 1-3; versus,  $p50$ : 2 días, RI: 1-2).

El 0,03% ( $n=4$ ) falleció durante la hospitalización, 3 de estos casos con diagnóstico de Dolor pélvico y perineal (con edad entre 19 y 61 años) y 1 caso de Dismenorrea no especificada (de 35 años). Ninguno de estos casos fue sometido a intervención quirúrgica previo al fallecimiento.

## Discusión

Se presenta la primera caracterización de egresos hospitalarios por dolor pélvico en Chile, en mujeres mayores de 12 años, utilizando el universo de datos nacionales disponibles entre los años 2001 a 2012.

Respecto del perfil sociodemográfico obtenido, los egresos hospitalarios por dolor pélvico predominaron en mujeres adultas en edad reproductiva, concordando con lo encontrado en el estudio de Kurt et. al. sobre casos de dolor agudo, con medidas de tendencia central de edad similares (2). La mayor proporción de casos se observaron, concordantemente, en aquellas regiones del país con mayor densidad poblacional, concentrando la Región Metropolitana, VIII y V más de la mitad de los egresos hospitalarios por dolor pélvico del país.

En tanto, la distribución por sistema previsional de salud siguió el mismo patrón de distribución conocido a nivel nacional (19), con preponderancia del seguro público de salud (FONASA) por sobre las ISAPRES u otro sistema previsional. En cuanto a los pacientes FONASA, destaca el predominio de los tramos relacionados a menores ingresos (A y B), lo que podría plantear una relación entre el síndrome de dolor pélvico y un menor nivel socioeconómico; idea que podría ser interesante de evaluar en futuros estudios.

La tendencia a la baja, observada en la distribución anual de la proporción de egresos hospitalarios del período, podría explicarse por una disminución en la prevalencia de dolor pélvico en Chile o por una mayor proporción de pacientes que son manejados de forma ambulatoria, en los casos de dolor pélvico crónico.

En relación a las causas de dolor pélvico, destaca que más del 70% de los casos egresó con diagnóstico sindromático de Dolor pélvico y perineal no especificado. Esto, sumado a la breve estadía hospitalaria encontrada, concordante con el estudio de Kurt et al. en dolor pélvico agudo, permitiría hipotetizar que los casos de dolor pélvico en esta serie fueron ingresados, principalmente, para descartar patologías de alto riesgo, valorizar la necesidad de intervención quirúrgica de urgencia y/o manejar inicialmente el dolor por vía parenteral.

La edad al egreso presentó diferencias significativas en relación al diagnóstico sindromático, predominando en el grupo adolescente los trastornos relacionados al ciclo menstrual, lo cual guarda relación a las fluctuaciones hormonales existentes en edades reproductivas; mientras que, en pacientes de mayor edad, cobran relevancia causas no menstruales, como dispareunia o vaginismo, explicadas por el hipoestrogenismo de mujeres postmenopáusicas (20, 22).

A partir de estos resultados, no es posible estimar prevalencias de dolor pélvico en Chile, por tratarse sólo de casos que requirieron hospitalización; así como no es posible cuantificar la magnitud del dolor pélvico agudo y crónico, al corresponder la mayor parte a casos de Dolor pélvico y perineal no especificado, sin información sobre el tiempo de evolución del dolor. Sin embargo, este estudio aporta evidencia para la valoración y caracterización del dolor pélvico en Chile como causa de hospitalización.

## Referencias Bibliográficas

- (1) Ezcurra R., Lamberto N., Peñas V. Dolor abdomino-pélvico en ginecología. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. [consultado el 12 de septiembre del 2015]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200006&lng=es).
- (2) Kurt S, Uyar I, Demirtaş Ö, Celikel E, Beyan E, Tasyurt A. Acute pelvic pain: Evaluation of 503 cases. Arch Iran Med. 2013; 16(7): 397-400.
- (3) Moore SJ, Kennedy SH. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain [Internet]. Green top guidelines. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. London; 2012. Disponible en: [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_41.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_41.pdf).
- (4) ACOG Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 2004 Mar; 103(3):589-605.
- (5) International Association for the Study of Pain. Group XXIII: Chronic Pelvic Pain Syndromes. En IASP. Classification of Chronic Pain. 2nd ed.; 2011. p. 49. Disponible en: [http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part\\_II-F.pdf](http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_II-F.pdf)
- (6) Dick M. Chronic pelvic pain in women: assessment and management. Aust Fam Physician 2004; 33(12): 971-976.
- (7) Romão A, Gorayeb R, Romão G, Poli-Neto O, dos Reis F, Nogueira A, et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. Int J Clin Pract 2009; 63(5): 707-711.
- (8) Haugstad G, Haugstad T, Kirste U, Leganger S, Wojniusz S, Malt U, et al. Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain. J Psychosom Res 2006; 61(5): 637-644.
- (9) Zondervan K, Yudkin P, Vessey M, Jenkinson C, Dawes M, Kennedy S, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. Br J Gen Pract 2001; 51(468): 541-547.
- (10) Fourquet J, Báez L, Figueroa M, Iriarte R, Flores I. Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. Fertil Steril 2011; 96(1): 107-112.
- (11) Vincent K. Chronic pelvic pain in women. Postgraduate Medical Journal 2009; 85(999): 24-29.
- (12) 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): 1061-1065.
- (13) Stones R, Price C. Health services for women with chronic pelvic pain. J R Soc Med 2002; 95(11): 531-535.
- (14) Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: A neglected reproductive health morbidity. BMC Public Health 2006; 6:177.
- (15) Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. Pain Physician 2014; 17(2): E141-E147.
- (16) Ossa X, Bustos P, Muñoz S, Amigo H. Edad de menarquia y ascendencia indígena: un estudio poblacional en Chile. Rev Med Chil 2012; 140(8): 1035-1042.
- (17) Gaete X, Codner E. Adelanto de la pubertad en Chile y el mundo. Rev Chil Pediatr 2006; 77(5): 456-465.
- (18) Barcos F. La temida pubertad de los hijos [Internet]. [consultado el 12 de septiembre del 2015]. Disponible en: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/063.html>
- (19) Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de Chile. Población beneficiaria de FONASA 2012. [Internet]. Santiago; 2012 [consultado el 3 de enero del 2015]. Disponible en: <http://www.deis.cl/estadisticas-poblacion/>.
- (20) Crowley T, Goldmeier D, Hiller J. Diagnosing and managing vaginismus. BMJ 2009; 338b2284.
- (21) Crowley T, Richardson D, Goldmeier D, Dysfunktion B. Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Int J STD AIDS 2006; 17(1): 14-18.
- (22) Graziottin, A. Sexual Pain Disorders: Dyspareunia and Vaginismus. In: Porst, H, Buvat, J (eds.) Standard Practice in Sexual Medicine. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2006. p. 342-350.

## Conflicto de Interés:

Autor(es) no declaran conflictos de interés en el presente trabajo.

Recibido el 20 de septiembre de 2015, aceptado para publicación el 02 de octubre de 2015.

Correspondencia a:  
 Dra. Andrea Morales Martínez.  
 Médico Cirujano. Magíster en Bioestadística.  
 MBA. Magíster en Políticas Públicas.  
 Santiago. Chile.  
 E-Mail: [dra.a.morales@gmail.com](mailto:dra.a.morales@gmail.com)