

Dolor pélvico crónico y depresión en mujeres con endometriosis. Un binomio complejo

Chronic pelvic pain and depression in women with endometriosis. A complex pairing

Nieto-Bartolomé S^a, De la Cueva-Reguera M^a, Díaz-Ceballos I^b, Rodríguez-Sanz D^c

^a Universidad Europea de Madrid. Facultad de Ciencias de la Actividad Física, el Deporte y Fisioterapia. Madrid. España

^b Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria. Cantabria, España

^c Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Madrid. España

Correspondencia:

Silvia Nieto Bartolomé
silvianb38@gmail.com

Recibido: 8 marzo 2023

Aceptado: 10 abril 2023

RESUMEN

Antecedentes: la endometriosis afecta del 5 al 10 % de las mujeres en edad reproductiva en el mundo. El objetivo fue evaluar el dolor pélvico crónico (DPC), su repercusión funcional y la depresión en mujeres con endometriosis, contactadas a través de las Asociaciones de Afectadas de Endometriosis de Euskadi, Cataluña, Valencia, Madrid y Extremadura, entre octubre del 2019 y febrero del 2021. *Material y método:* el estudio fue analítico y transversal. Se aplicó el Cuestionario de DPC en mujeres (CPPQ-Mohedo) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en mujeres con y sin diagnóstico de endometriosis. Se incluyeron 214 mujeres entre 18 y 52 años, 136 con diagnóstico de endometriosis, 74 con tratamiento quirúrgico (ETQ), 62 sin cirugía (ESTQ) y 78 como grupo control (GC). *Resultados:* la edad fue de $31,6 \pm 7,7$ y $36,7 \pm 5,8$ años en los grupos control y con endometriosis respectivamente. El 61,3 % de ESTQ y 63,5 % de ETQ tenían dolor perineal, y el 82,3 % de ESTQ y 86,5% de ETQ manifestaron dolor subumbilical. El dolor en la vulva y clítoris fue inferior al 30 % y al 20 % en las mujeres ESTQ y ETQ respectivamente. El 78,8 % y el 66,7 % de ESTQ y ETQ presentaron dispareunia respectivamente. En las mujeres con endometriosis, el dolor en la escala EVA fue moderado (4,0), la puntuación total del DPC fue intermedia (13,5). El 84,6 % presentaron depresión moderada-severa y percibieron su salud como «fatal» (> 30 %) con impedimento en sus actividades. *Conclusión:* el DPC tiene impacto en el bienestar físico y psicológico en las mujeres con endometriosis en España.

Palabras clave: endometriosis, dolor pélvico, depresión, dispareunia.

ABSTRACT

Background: endometriosis affects 5-10% of women of reproductive age worldwide. The aim was to evaluate chronic pelvic pain (CPP), its functional repercussion and depression in women with endometriosis contacted through the Endometriosis Sufferers Associations of Euskadi, Catalonia, Valencia, Madrid and Extremadura between October 2019 and February 2021. Material and method: the study was analytical and cross-sectional. The CPP questionnaire in women (CPPQ-Mohedo) and the Beck depression inventory (BDI-II) were applied in women with and without a diagnosis of endometriosis. The study included 214 women aged 18-52 years, 136 with a diagnosis of endometriosis, 74 with surgical treatment (ETQ), 62 without surgery (ESTQ) and 78 as a control group (CG). Results: the age was 31.6 ± 7.7 and 36.7 ± 5.8 years in the control and endometriosis groups respectively.

61.3 % ESTQ and 63.5 % ETQ had perineal pain, 82.3 % ESTQ and 86.5 % ETQ manifested subumbilical pain. Vulvar and clitoral pain was less than 30 % and 20 % in ESTQ and ETQ women, respectively. Dyspareunia was reported in 78.8 % and 66.7 % of ESTQ and ETQ women, respectively. In women with endometriosis, pain on the VAS scale was moderate (4.0), the total CPP score was intermediate (13.5). The 84.6 % presented moderate-severe depression and perceived their health as «dreadful» (> 30 %) with impairment in their activities. Conclusion: CPP has an impact on physical and psychological well-being in women with endometriosis in Spain.

Keywords: endometriosis, pelvic pain, depression, dyspareunia.

DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS

Los datos generados y/o analizados en el presente estudio no están disponibles públicamente debido a que puede verse comprometida la privacidad de los sujetos, pero pueden ser proporcionados por el autor de correspondencia mediante solicitud razonada.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis (EM) es una patología inflamatoria crónica estrógeno dependiente, de naturaleza benigna, asociada con infertilidad, que además se caracteriza por la proliferación ectópica de tejido similar al endometrio, principalmente en los ovarios y órganos pélvicos^(1,2). Los síntomas de la EM incluyen dolor pélvico crónico (DPC), dismenorrea severa, dispareunia intensa, dolor limitado a la ovulación y/o disquecia y fatiga crónica^(1,3). El DPC junto con la dismenorrea, son los síntomas más frecuentes en la EM^(1,3).

Las mujeres con EM sintomáticas, también pueden padecer EM profunda con afectación extragenital, intestinal y de vías urinarias, con síntomas severos y crónicos, que además de causar infertilidad, pueden requerir intervención quirúrgica como única alternativa terapéutica⁽⁴⁾. En algunos casos, la EM puede estar presente sin síntomas de dolor entre el 15 a 30 % de las mujeres que padecen la enfermedad^(1,2).

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que la EM afecta aproximadamente a 190 millones o sea al 10 % de las mujeres en edad reproductiva entre 15 a 49 años en todo el mundo^(5,6). La infertilidad en mujeres con EM puede superar el 30 %⁽⁷⁾. En España, el Ministerio de Sanidad estima que esta pa-

tología afecta al menos a un 10 % de las mujeres en edad fértil, con una prevalencia en torno al 1 a 5 %, y una incidencia entre el 0,3 y el 1,0 % anual⁽⁴⁾.

La EM puede afectar a las mujeres en sus relaciones sociales, así como en el entorno educativo, profesional y laboral^(8,9). Por otra parte, los síntomas afectan su círculo más íntimo y personal lo que causa problemas en sus relaciones afectivas y sexuales⁽⁸⁾. Asimismo, la EM y específicamente el DPC, tienen repercusión en la función sexual y el estado emocional de la mujer, ocasionando altas tasas de ansiedad y depresión, lo que tiene un efecto negativo en su calidad de vida⁽¹⁰⁾. Aunado a esto, ha sido demostrado que el dolor asociado a la EM puede persistir después del tratamiento médico y/o quirúrgico^(10,11).

Estudios previos han demostrado altos porcentajes de dismenorrea, dispareunia y DPC en mujeres con EM. En efecto, Khor y cols.⁽¹²⁾ observaron que de 154 mujeres con EM estudiadas, 150 (97,4 %) presentaban dismenorrea, 75 (48,7 %) dispareunia y 75 (48,7%) dolor pélvico crónico. Por otra parte, existen algunas evidencias que sugieren que en la EM, existe relación entre el DPC, la disminución de la actividad física y sexual y mayores niveles de depresión^(13,14). Warzecha y cols.⁽¹³⁾ observaron que en la EM, la prevalencia de depresión se correlacionaba de forma positiva con el inicio de la dispareunia, el DPC y la disquecia, de manera que a mayor gravedad del dolor, la paciente puede presentar estadios más graves de depresión. Por su parte, Lorençatto y cols.⁽¹⁴⁾ demostraron que las mujeres con EM y DPC presentaban depresión en un 86 %, mientras que en las mujeres sin DPC fue del 38 %.

Según la OMS⁽⁶⁾, es necesario realizar más investigaciones e incrementar la concienciación en los responsables de los servicios de salud y en la población de

mujeres en todo el mundo, de tal manera que se garantice un diagnóstico precoz, un tratamiento oportuno y una prevención eficaz, que incluya los aspectos psicológicos en torno a la EM y el DPC.

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el dolor pélvico crónico y su repercusión funcional en mujeres con diagnóstico de EM pertenecientes a diversas Comunidades Autónomas de España. Asimismo, se propuso determinar el efecto psicológico de la patología, específicamente en los niveles de depresión.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

El estudio fue analítico y transversal realizado durante los meses de octubre de 2019 a febrero de 2021 en mujeres con diagnóstico y sin diagnóstico de EM, que fueron seleccionadas a través de las Asociaciones de Afectadas de Endometriosis de Euskadi, Cataluña, Valencia, Madrid y Extremadura.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de Euskadi (CEIm-E) con el código interno PI2020144. Los procedimientos empleados cumplen los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos recogidos en la Declaración de Helsinki. Todos los sujetos fueron informados del estudio y expresaron su consentimiento voluntario y libre por escrito, reservándose también la posibilidad de firmar la revocación de su participación en cualquier momento durante el desarrollo del proceso.

Estimación de la muestra

La estimación de la muestra se realizó a partir de la medida del tamaño del efecto o *effect size*, ES (diferencia de medias) determinada en estudios previos de la medición de la calidad de vida con el instrumento *Endometriosis Health Profile-30* (EHP-30) en mujeres con endometriosis. En particular, se seleccionó el estudio de Dogan y cols.⁽¹⁵⁾, quienes determinaron medidas del tamaño del efecto de $ES = 0,6$. En esta investigación, se consideró una medida del tamaño del efecto mode-

rada: $ES = 0,6$ correspondiente a una diferencia de 10 puntos en el instrumento EHP-30 (desviación estándar de 17).

Participantes

La muestra estuvo conformada por un total de 214 mujeres en edad fértil, con un rango de edad entre 18 y 52 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron: mujeres en edad comprendida entre los 18 y los 52 años en edad fértil, aceptación y firma del consentimiento informado, diagnóstico médico de endometriosis mediante técnicas de laparoscopia con biopsia histológica o a través de la realización de una ecografía transvaginal y que tuvieran una relación de pareja afectivo-sexual con un hombre o una mujer que no padeciera endometriosis. Los criterios de exclusión los conformaron: edad superior a 52 años o presentar 12 meses consecutivos de amenorrea, estar embarazada en el momento del estudio, negarse a la participación o a firmar el consentimiento informado, mujeres a las que se les hubiera realizado una histerectomía o que no hubieran mantenido relaciones sexuales a lo largo de su vida y pacientes con endometriosis que presentaran comorbilidades como diabetes tipo I, disfunción renal o patología reumática.

Finalmente, participaron 136 mujeres (GE) que presentaron un diagnóstico clínico de EM mediante técnicas de laparoscopia, con biopsia histológica o a través de la realización de una ecografía transvaginal y de ellas, 74 mujeres habían recibido tratamiento quirúrgico (ETQ) y 62 mujeres no habían sido sometidas a tratamiento quirúrgico (ESTQ). El grupo control (GC) estuvo constituido por 78 mujeres que cumplieron los mismos criterios de inclusión y exclusión, excepto en lo que se refiere al diagnóstico y padecimiento de la EM.

Recolección de datos

La recolección de los datos se realizó a través de un formato digital, que se llevó a cabo en las mujeres seleccionadas para el estudio en las diferentes Comunidades Autónomas incluidas con y sin diagnóstico de

endometriosis. El formato digital estuvo constituido por los siguientes documentos: una hoja de información al paciente, el consentimiento informado, la ficha de recolección de datos de las variables antropométricas, el Cuestionario de Dolor Pélvico Crónico en la Mujer (CPPQ-Mohedo) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Asimismo, se les proporcionó un enlace para acceder a través de Internet para la recogida de datos y para que pudiesen completar los cuestionarios vía telemática.

A través de la hoja de información al paciente, se comunicaron a cada Asociación de Afectadas de Endometriosis y a cada paciente las características y objetivos del estudio, de igual manera se hizo para las mujeres sin diagnóstico de endometriosis. Además, este documento informaba acerca de su participación voluntaria en el estudio, su capacidad plena para retirarse del mismo si lo consideraba oportuno y del tratamiento confidencial de todos los datos recogidos durante el desarrollo de la investigación.

El instrumento de recolección de las variables antropométricas incluyó variables como edad, peso, altura e índice de masa corporal (IMC). El Cuestionario de Dolor Pélvico Crónico en la Mujer (CPPQ-Mohedo) consta de 7 ítems distribuidos según: 4 ítems relacionados con el dolor y 3 ítems referidos a la afectación de la calidad de vida⁽¹⁶⁾. Entre sus variables se incluyen: las zonas del dolor (perineal, vulvar, clítoris e infraumbilical), quemazón al orinar, dolor durante las relaciones sexuales, la intensidad del dolor a través de la escala EVA que forma parte del Cuestionario CPPQ-Mohedo, el impedimento en las actividades a consecuencia del dolor, el pensamiento sobre los síntomas y la percepción sobre el nivel de salud⁽¹⁶⁾.

Las preguntas del CPPQ-Mohedo son de elección múltiple, siendo la puntuación mínima del cuestionario de 0 puntos y la máxima de 27 puntos, en la que 6 puntos representa la puntuación de corte sugerida por la curva ROC para considerar la presencia de DPC⁽¹⁶⁾. Respecto a la escala de dolor EVA se clasificó en: sin dolor, leve, moderado e intenso cuando los valores fueron de 0, 1-3, 4-7 y 8-10 respectivamente.

Por otro lado, como indicador de la presencia de depresión y para la evaluación de la gravedad de los síntomas de depresión se utilizó el Inventario de Depresión

de Beck (BDI-II)⁽¹⁷⁾. Consta de 21 ítems y 4 opciones de respuesta cuyas puntuaciones varían de 0 a 3 puntos, con una puntuación total mínima de 0 puntos y máxima de 63 puntos⁽¹⁷⁾. Las puntuaciones de 0-13, 14-19, 20-29 y 29-63 se refieren a nivel mínimo, leve, moderado y severo, respectivamente⁽¹⁷⁾, aunque en esta investigación se agruparon como mínimo-leve de 0 a 19 y moderado-severo de 20 a 63.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico, se aplicaron intervalos de confianza con un nivel de seguridad del 95 % (error alfa 0,05) y una potencia del 90 % (error beta 0,10). El tamaño de la muestra se determinó usando los *Software Epidat v3.1* (Xunta de Galicia/OPS 2006) y *G-power 3.1.9.3* (*University of Dusseldorf*, Dusseldorf, Germany). La diferencia de medias o medianas entre las variables cuantitativas se determinó aplicando pruebas para grupos no pareados. La asociación estadística de los datos cualitativos se evaluó aplicando la prueba chi cuadrado. La significancia estadística se consideró para valores de $p < 0,05$. Los análisis estadísticos y los gráficos se realizaron con los programas SPSS versión 21 (IBM Corporation, New York, US), Excel 2010 (Microsoft Corporation, Redmond, US) y *Graph Pad Prism* versión 5 (Graph Pad Software Inc, La Jolla, USA).

Por otra parte, en esta investigación se aplicaron los criterios STROBE para estudios observacionales en epidemiología⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos y características antropométricas

La edad promedio de las mujeres sin endometriosis o GC fue de $31,6 \pm 7,7$ años y la de las mujeres con EM (GE) de $36,7 \pm 5,8$ años, observándose una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p < 0,05$). Al estratificar las mujeres según grupos etarios, las mujeres del GC se encontraron mayoritariamente en el grupo etario de 20 a 29 años (42,3 %),

mientras que las mujeres con endometriosis se encontraron principalmente ubicadas en el grupo etario de 35 a 39 años (29,4 %) (tabla 1).

Respecto a las características antropométricas, el peso promedio para el GC y el GE fue de $62,5 \pm 11,1$ Kg y de $63,5 \pm 11,1$ Kg, respectivamente (tabla 1). Por otra parte, la altura promedio en ambos grupos fue de $1,6 \pm 0,1$ m, mientras que el índice de masa corporal (IMC) en promedio fue de $23,3 \pm 3,9$ Kg/m² y $23,6 \pm 4,1$ Kg/m² para el GC y el GE respectivamente (tabla 1). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para las variables peso, altura e IMC ($p > 0,05$) (tabla 1).

Dolor pélvico crónico y funcional en mujeres con endometriosis

El DPC y el dolor funcional fueron evaluados en los GC, ESTQ y ETQ para lo que se aplicó el cuestionario CPPQ-Mohedo para DPC. En tal sentido, se observó el «dolor perineal» en el 43 % de todas las mujeres evaluadas. Al respecto, el 61,3 % y el 63,5 % de las mujeres ESTQ y ETQ respectivamente, presentaron dolor en la zona sin diferencias estadísticamente significativas entre ellas ($p > 0,05$). Sin embargo, se observaron diferencias estadísticamente significativas de dolor perineal del grupo ESTQ y ETQ con respecto al GC ($p < 0,05$) (tabla 2).

TABLA 1. Características antropométricas de las mujeres evaluadas.

	Grupo de estudio			Valor de p
	Control (n = 78)	GE (n = 136)	Total (n = 214)	
Edad (años)	$31,6 \pm 7,7$ (19 - 48)	$36,7 \pm 5,8$ (20 - 52)	$34,8 \pm 7,0$ (19 - 52)	0,0001
< 20	2 (2,6)	-	2 (0,9)	0,0001
20 - 24	13 (16,7)	1 (0,7)	14 (6,5)	
25 - 29	20 (25,6)	17 (12,5)	37 (17,3)	
30 - 34	14 (17,9)	32 (23,5)	46 (21,5)	
35 - 39	14 (17,9)	40 (29,4)	54 (25,2)	
40 - 44	11 (14,1)	37 (27,2)	48 (22,4)	
45 - 49	4 (5,1)	8 (5,9)	12 (5,6)	
50+	-	1 (0,7)	1 (0,5)	
Total	78 (100)	136 (100)	214 (100)	
Peso (kg)	$62,5 \pm 11,1$ (48 - 98)	$63,5 \pm 11,1$ (41 - 98)	$63,1 \pm 11,1$ (41 - 98)	0,341
Altura (m)	$1,6 \pm 0,1$ (1,5 - 1,8)	$1,6 \pm 0,1$ (1,5 - 1,8)	$1,6 \pm 0,1$ (1,5 - 1,8)	0,428
Índice de masa corporal (IMC Kg/m ²)	$23,3 \pm 3,9$ (17,8 - 34,5)	$23,6 \pm 4,1$ (15,1 - 41,3)	$23,5 \pm 4$ (15,1 - 41,3)	0,466

Se muestra la media \pm desviación estándar y los valores máximos/mínimos de las variables cuantitativas, y las frecuencias absolutas y las relativas de las variables cualitativas. La significancia estadística se evaluó con la prueba de Mann-Whitney para datos no paramétricos y con la prueba de Chi cuadrado para la variable cualitativa. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. GE: Grupo de mujeres con endometriosis.

TABLA 2. Dolor pélvico crónico y funcional presente en las mujeres evaluadas.

	Grupo de estudio				Valor de p *
	Controles (n = 78)	Mujeres con endometriosis		Total (n = 214)	
		ESTQ (n = 62)	ETQ (n = 74)		
Dolor perineal	7 (9)	38 (61,3)	47 (63,5)	92 (43)	0,0001 (C vs ESTQ) 0,0001 (C vs ETQ) 0,79 (ETQ vs ESTQ)
Dolor vulva	5 (6,4)	18 (29)	21 (28,4)	44 (20,6)	0,0001 (C vs ESTQ) 0,0001 (C vs ETQ) 0,933 (ETQ vs ESTQ)
Dolor clítoris	5 (6,4)	10 (16,1)	13 (17,6)	28 (13,1)	0,065 (C vs ESTQ) 0,033 (C vs ETQ) 0,824 (ETQ vs ESTQ)
Dolor infraumbilical	30 (38,5)	51 (82,3)	64 (86,5)	145 (67,8)	0,0001 (C vs ESTQ) 0,0001 (C vs ETQ) 0,497 (ETQ vs ESTQ)
Quemazón al orinar	7 (9)	12 (19,4)	30 (40,5)	49 (22,9)	0,075 (C vs ESTQ) 0,0001 (C vs ETQ) 0,008 (ETQ vs ESTQ)
Dolor durante relaciones sexuales	21 (26,9)	41 (78,8)	38 (66,7)	100 (53,5)	0,0001 (C vs ESTQ) 0,0001 (C vs ETQ) 0,155 (ETQ vs ESTQ)

Se muestran las frecuencias absolutas y las frecuencias relativas entre paréntesis. (*): La significancia estadística se evaluó con la prueba de Chi cuadrado pareadamente entre los grupos de comparación. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. ESTQ: Mujeres con endometriosis sin tratamiento quirúrgico. ETQ: Mujeres con endometriosis con tratamiento quirúrgico. C: Controles.

El «dolor en la vulva» en todas las mujeres evaluadas se presentó en menor frecuencia (20,6 %) con respecto al dolor perineal. Las mujeres con EM presentaron «dolor en la vulva» sin diferencia estadísticamente significativa entre el grupo ESTQ (29 %) y el grupo ETQ (28,4 %) ($p > 0,05$). No obstante, se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar a las mujeres ESTQ y ETQ con respecto a las mujeres del GC que manifestaron dolor vulvar ($p < 0,05$) (tabla 2).

En relación al «dolor en clítoris», se observó que las mujeres con EM, tanto del grupo ESTQ como del ETQ presentaron dolor en esta zona en 16,1 % y 17,6 % res-

pectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Por otra parte, no se observó diferencia significativa entre el grupo GC y el ESTQ ($p > 0,05$). Sin embargo, se evidenció diferencia estadísticamente significativa en el GC con ETQ ($p < 0,05$) (tabla 2).

El «dolor infraumbilical» fue el más frecuente en el grupo con endometriosis y se observó en el 67,8 % de todas las mujeres evaluadas. Por otra parte, los valores para las mujeres ESTQ y ETQ fueron de 82,3 % y 86,5 % respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$). Contrario a ello, se observó una diferencia significativa al comparar

los grupos ESTQ y ETQ con respecto al GC ($p < 0,05$) (tabla 2).

En relación al dolor funcional, se observó la presencia de «quemazón al orinar» en el 22,9 % de las mujeres evaluadas, siendo más elevado en el grupo ETQ (40,5 %). Por otra parte, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el ESTQ y el GC en relación a este síntoma, pero sí entre el GC y el ETQ, así como entre los grupos de mujeres con endometriosis ($p < 0,05$).

Con respecto al «dolor durante las relaciones sexuales», el 53,5 % de las mujeres evaluadas presentaron dolor, siendo mayor en el grupo ESTQ (78,8 %), aunque, no se observaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo de mujeres con ETQ (66,7 %) ($p > 0,05$). Sin embargo, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control con los grupos ESTQ y ETQ ($p < 0,05$) (tabla 2).

El cuestionario CPPQ-Mohedo para DPC, permite además evaluar las percepciones sobre la salud y el desempeño diario. En ese sentido, los resultados demostraron que las mujeres con EM, en ambos grupos, ESTQ y ETQ, presentaron «mucho» impedimento en sus actividades en un 41,9 % y 39,2 % respectivamente, mientras que el GC manifestaron «nada» de impedimento en un 74,0 %. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con EM y el GC ($p < 0,05$) (tabla 3).

De igual manera, los resultados relacionados con el «pensamiento en síntomas», arrojaron que ESTQ y ETQ presentaron pensamientos recurrentes sobre sus síntomas con valores mayores en una escala de «mucho» de 50,0 % y 48,6 % respectivamente. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas de los grupos con EM con respecto al GC ($p < 0,05$) (tabla 3).

Con respecto al nivel de salud, las mujeres con EM mostraron una peor percepción de su nivel de salud respecto a las mujeres que no padecen esta patología, con una percepción «fatal» en un 48,4 % en ESTQ y un 33,8 % en ETQ, con diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con EM y el GC que se mostraron «satisfechas» (42,3 %) (tabla 3).

Los resultados relacionados con la intensidad del dolor a través de la Escala Visual Analógica (EVA) (tabla 4), evidenciaron que las mujeres con EM (ESTQ y ETQ) pre-

sentaron niveles de dolor significativos al compararlos con el GC ($p < 0,001$). Finalmente, según el cuestionario CPPQ-Mohedo, la puntuación total del dolor pélvico crónico arrojó una mediana para las ESTQ y ETQ de 13,5 en cada caso, que superó los 6 puntos de la puntuación de corte y que, además, al compararlos con el GC arrojaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) (tabla 4).

Depresión

La mediana de la depresión fue de 16 en el grupo de mujeres con EM. El valor máximo superó los 50 puntos en ESTQ y ETQ, superior al GC, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). No hubo diferencias significativas entre ESTQ y ETQ ($p > 0,05$) (tabla 4).

El análisis del nivel de depresión evidenció que la mayor proporción de pacientes con depresión moderada-severa se encontró en el grupo con endometriosis, 84,6 % vs 15,4 % en el GC (tabla 5). Igualmente, la depresión de nivel mínimo-leve fue mayor en el grupo de mujeres con EM, siendo la diferencia estadísticamente significativa respecto al GC ($p < 0,05$) (tabla 5). No se encontraron diferencias con significancia estadística entre ETQ y ESTQ ($p > 0,05$) (tabla 5).

Al evaluar la posible relación entre la intensidad del dolor, medido con la escala EVA, y los niveles de depresión, se encontró que no hubo diferencias en los grupos ETQ y ESTQ. Se observó una leve tendencia ($p = 0,062$) a una mayor proporción de depresión mínimo-leve (47,1 % vs 12,5 %) en las mujeres sin endometriosis y que no presentaron dolor (tabla 5). Al medir el dolor según la escala DPC y relacionarlo con el nivel de depresión, se encontró una diferencia significativa en los umbrales de dolor, obteniéndose una mediana de 9,5 en el grupo con depresión mínimo-leve vs 14,5 en el grupo con depresión moderada-severa (tabla 5).

DISCUSIÓN

En este trabajo se observó que el 54 % de las mujeres con EM habían sido sometidas a intervención qui-

TABLA 3. Percepciones sobre la salud y el desempeño diario en las mujeres estudiadas.

	Grupo de estudio				Valor de p *
	Controles (n = 78)	Mujeres con endometriosis		Total (n = 214)	
		ESTQ (n = 62)	ETQ (n = 74)		
Impedimento de actividades					0,0001 (C vs ESTQ) 0,0001 (C vs ETQ) 0,819 (ETQ vs ESTQ)
Nada	57 (74,0)	9 (14,5)	14 (18,9)	80 (37,6)	
Solo un poco	9 (11,7)	9 (14,5)	13 (17,6)	31 (14,6)	
Algo	10 (13,0)	18 (29)	18 (24,3)	46 (21,6)	
Mucho	1 (1,3)	26 (41,9)	29 (39,2)	56 (26,3)	
Pensamiento en síntomas					0,0001 (C vs ESTQ) 0,0001 (C vs ETQ) 0,75 (ETQ vs ESTQ)
Nada	39 (50,0)	5 (8,1)	4 (5,4)	48 (22,4)	
Solo un poco	6 (7,7)	12 (19,4)	12 (16,2)	30 (14,0)	
Algo	28 (35,9)	14 (22,6)	22 (29,7)	64 (29,9)	
Mucho	5 (6,4)	31 (50,0)	36 (48,6)	72 (33,6)	
Nivel de salud					0,0001 (C vs ESTQ) 0,0001 (C vs ETQ) 0,215 (ETQ vs ESTQ)
Encantada	19 (24,4)	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (0,7)	
Muy satisfecha	1 (1,3)	1 (1,6)	1 (1,4)	2 (1,5)	
Satisfecha	33 (42,3)	7 (11,3)	4 (5,4)	11 (8,1)	
Confundida	9 (11,5)	2 (3,2)	8 (10,8)	10 (7,4)	
Insatisfecha	7 (9,0)	7 (11,3)	11 (14,9)	18 (13,2)	
Descontenta	8 (10,3)	15 (24,2)	24 (32,4)	39 (28,7)	
Fatal	1 (1,3)	30 (48,4)	25 (33,8)	55 (40,4)	

Se muestran las frecuencias absolutas y las frecuencias relativas entre paréntesis. (*):

La significancia estadística se evaluó con la prueba de Chi cuadrado pareadamente entre los grupos de comparación.

Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. ESTQ: Mujeres con endometriosis sin tratamiento quirúrgico. ETQ: Mujeres con endometriosis con tratamiento quirúrgico. C: Controles.

TABLA 4. Percepciones sobre la salud y el desempeño diario en las mujeres estudiadas.

	Grupo de estudio				Valor de p *
	Controles (n = 78)	Mujeres con endometriosis		Total (n = 214)	
		ESTQ (n = 62)	ETQ (n = 74)		
Escala EVA					< 0,0001 < 0,001 (C vs ESTQ) < 0,001 (C vs ETQ) > 0,05 (ETQ vs ESTQ)
Mediana	1	4	4	2	
Mínimo	0	0	0	0	
Máximo	7	9	9	9	
Percentil 25	0	2	2	1	
Percentil 75	2	6	6	5	
Puntuación total DPC					< 0,0001 < 0,001 (C vs ESTQ) < 0,001 (C vs ETQ) > 0,05 (ETQ vs ESTQ)
Mediana	3,5	13,5	13,5	11,5	
Mínimo	0	5,5	1	0	
Máximo	15	24,5	23,5	24,5	
Percentil 25	1	10	11,5	5,5	
Percentil 75	7,5	17	17,5	15	
Depresión					>0,0001
Mediana	8	16	16	14	< 0,001 (C vs ESTQ)
Mínimo	0	3	3	0	< 0,001 (C vs ETQ)
Máximo	30	53	57	57	> 0,05 (ETQ vs ESTQ)
Percentil 25	4	12	11	7,75	
Percentil 75	13	22,5	21	19	

(*): La significancia estadística se evaluó con la prueba de Kruskal-Wallis para la comparación de tres grupos con características no paramétricas.

Las comparaciones pareadas se realizaron usando el post test de Dunn.

Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

ESTQ: Mujeres con endometriosis sin tratamiento quirúrgico.

ETQ: Mujeres con endometriosis con tratamiento quirúrgico. C: Controles.

TABLA 5. Intensidad de dolor y dolor pélvico vs depresión en las mujeres evaluadas.

	Nivel de depresión			Valor de p*
	Mínimo-Leve	Moderado-Severo	Total	
Condición de la mujer				0,001
Con Endometriosis	92 (56,8)	44 (84,6)	136 (63,6)	
Sin Endometriosis	70 (43,2)	8 (15,4)	78 (36,4)	
Total	162 (100)	52 (100)	214 (100)	
Mujeres con Endometriosis				0,983
ESTQ	42 (45,7)	20 (45,5)	62 (45,6)	
ETQ	50 (54,3)	24 (54,5)	74 (54,4)	
Total	92 (100)	44 (100)	136 (100)	
	Escala EVA de dolor			
Mujeres sin Endometriosis				0,062
Sin dolor	33 (47,1)	1 (12,5)	34 (43,6)	
Dolor Leve	29 (41,4)	4 (50,0)	33 (42,3)	
Dolor Moderado	8 (11,4)	3 (37,5)	11 (14,1)	
Total	70 (100)	8 (100)	78 (100)	
Mujeres ESTQ				0,709
Sin dolor	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (1,6)	
Dolor Leve	20 (47,6)	9 (45,0)	29 (46,8)	
Dolor Moderado	18 (42,9)	8 (40,0)	26 (41,9)	
Dolor Severo	3 (7,1)	3 (15,0)	6 (9,7)	
Total	42 (100)	20 (100)	62 (100)	
Mujeres ETQ				0,207
Sin dolor	4 (8)	0 (0)	4 (5,4)	
Dolor Leve	22 (44)	10 (41,7)	32 (43,2)	
Dolor Moderado	22 (44)	11 (45,8)	33 (44,6)	
Dolor Severo	2 (4)	3 (12,5)	5 (6,8)	
Total	50 (100)	24 (100)	74 (100)	

TABLA 5. Intensidad de dolor y dolor pélvico vs depresión en las mujeres evaluadas (continuación).

Puntuación total DPC	0,001		
Mediana	9,5	14,5	11,5
Mínimo	0	1,5	0
Máximo	22,5	24,5	24,5
Percentil 25	3,0	12,5	5,5
Percentil 75	13,5	17,5	15,0

Los números se presentan como n (%); los valores p se determinaron con la prueba de Chi-cuadrado por pares entre los grupos de comparación. En la puntuación total del DPC, el valor p se determinó con la prueba de Mann-Whitney. El nivel de dolor y el nivel de depresión se determinaron con la escala EVA de acuerdo con la puntuación y el rango del Inventario de Depresión de Beck, respectivamente. Rango del nivel de depresión: Mínimo-Leve: 0-19. Moderada-Severa: 20-63. Nivel de dolor EVA: Sin dolor: 0, Dolor leve: 1-3, Dolor moderado: 4-7, Dolor intenso: 8-10. ESTQ: Mujeres con endometriosis sin tratamiento quirúrgico. ETQ: Mujeres con endometriosis con tratamiento quirúrgico. DPC: Dolor pélvico crónico.

rúrgica. Otros trabajos han reportado cifras más elevadas como De Graaff y cols.⁽⁸⁾ quienes encontraron cifras superiores al 80 %. La decisión de que una mujer con EM sea intervenida quirúrgicamente va a depender de varios factores como los síntomas predominantes, la localización y extensión de las lesiones, de la edad de la paciente y de sus preferencias⁽¹⁹⁾.

La edad es uno de los factores asociados a la aparición de endometriosis, y en esta investigación se encontró que fue de $31,6 \pm 7,7$ años en el grupo control y de $36,7 \pm 5,8$ años en el grupo de mujeres con endometriosis, presentando diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, lo que ha sido reportado previamente en otros estudios^(20, 21).

Asimismo, la edad promedio y la distribución por grupos etarios de las mujeres con EM en esta investigación coincide con los datos publicados por Verket y cols.⁽²⁰⁾ y por Shafir y cols.⁽²²⁾. Los resultados confirman que la EM es una enfermedad que afecta principalmente a las mujeres en edad reproductiva entre los 25 y 35 años de edad, aunque también puede afectar a mujeres más jóvenes, premenopáusicas o hasta postmenopáusicas que presenten dolor pélvico^(20, 22).

En relación con el peso, la altura y el índice de masa corporal no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre el GC y el grupo con EM. En el presente estudio el índice de masa corporal fue de $23,6 \pm 4,1$ Kg/m² que se corresponde con los valores de nor-

mopeso de referencia (20 a 25 Kg/m²)⁽²³⁾. Estudios previos han reportado valores similares del índice de masa corporal en mujeres con endometriosis^(20, 23).

Respecto al DPC, se aplicó el cuestionario de dolor pélvico crónico (CPPQ-Mohedo) que permitió evaluar en las mujeres de los grupos ESTQ, ETQ y GC los dolores perineal, vulvar, en el clítoris e infraumbilical. Aquí, más del 60 % de las mujeres con endometriosis de los grupos ESTQ y ETQ manifestaron haber sufrido dolor en las regiones citadas, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ESTQ y ETQ ($p > 0,05$), pero sí con el GC ($p < 0,05$).

Los resultados demuestran lo reportado por otras investigaciones, que concluyen que al menos el 50 % de las mujeres con EM experimentaron dolor alguna vez en la zona pélvica, siendo el dolor pélvico el principal síntoma que puede persistir a pesar del tratamiento, con diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con EM y el grupo control^(21, 24, 25). Por otra parte, ha sido demostrado en otras investigaciones que el dolor pélvico crónico puede afectar otras zonas como la región lumbosacra o la cadera^(24, 25). Sin embargo, en esta investigación no se recogieron datos al respecto, ni se cuestionó a las mujeres con EM incluidas en el estudio sobre el dolor en estas regiones anatómicas.

El dolor en la vulva y en el clítoris se presentó con mucha menos frecuencia en ambos grupos de mujeres con EM. En el caso del dolor en la vulva, tanto para

ESTQ y para ETQ los porcentajes fueron menores al 30 %, sin diferencias estadísticamente significativas. Según otros estudios, la vulvodinia o dolor crónico en la vulva, representa una comorbilidad de la endometriosis que afecta a cerca del 11 % de las mujeres con esta patología^(26, 27). Por otra parte, el dolor en el clítoris también pudiera estar asociado a una EM extra pélvica, aunque es un evento poco frecuente que puede surgir de cicatrices de episiotomía⁽²⁷⁾. De igual manera, los dolores perineal, vulvar, infraumbilical y del clítoris, pueden estar relacionados con la presencia de endometriosis infiltrante, que puede comprometer el intestino, uréter, vejiga, ligamentos úterosacos y la región rectovaginal⁽²⁷⁻²⁹⁾.

En este estudio, el 40,5 % del grupo ETQ y el 19,4 % del ESTQ manifestaron quemazón o ardor al orinar, resultados que coinciden con otros trabajos^(21, 23). Adicionalmente, los resultados reflejaron un alto porcentaje de dispareunia en ESTQ y en ETQ que superaron el 60 % de los casos. Los hallazgos se corresponden con las estimaciones de otras investigaciones que reportaron la dispareunia en mujeres con EM^(8, 21).

La ausencia de diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el DPC entre los grupos ETQ y ESTQ podría estar asociada a diversos factores que pudieran incluir la sensibilización central, el tipo de cirugía, factores miofasciales/músculo-esqueléticos, urológicos, así como antecedentes familiares y psicosociales⁽²⁹⁾. Sin embargo, el hecho de no conocer el tipo de cirugía a la que fueron sometidas dificulta la interpretación de este resultado.

Otros de los aspectos evaluados en este trabajo fueron aquellos relacionados con la percepción sobre la salud y el desempeño diario entre el GC y las mujeres con EM. De acuerdo con los resultados, un porcentaje importante de las mujeres de los grupos ESTQ y ETQ manifestaron sufrir «mucho» impedimento cuando realizaban sus actividades, contrario a las mujeres del GC y con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

La endometriosis tiene una importante influencia que conlleva el impedimento de las actividades diarias, limitando la capacidad laboral y profesional, bien sea por el dolor crónico, la fatiga crónica, u otros padecimientos como el dolor durante la defecación/micción, sangrado irregular y el estreñimiento/diarrea, entre otros⁽²¹⁾. Según

Sperschneider y cols.⁽⁹⁾, el DPC está asociado significativamente a un aumento de las bajas por enfermedad y con la pérdida de productividad en el trabajo.

Relacionado con el «pensamiento en síntomas», las mujeres de los grupos ESTQ y ETQ mostraron pensamientos recurrentes asociados con sus síntomas en la escala de «mucho», lo que puede aumentar el estrés psicológico favoreciendo el deterioro de la calidad de vida⁽⁸⁾. Por otra parte, el nivel de salud fue percibido como «fatal» en los grupos ESTQ y ETQ, con diferencias estadísticamente significativas respecto al GC. Los resultados coinciden con los hallazgos de Verket y cols.⁽²⁰⁾ y De Graaff y cols.⁽⁸⁾, quienes encontraron que las mujeres con EM percibían un estado de salud inferior o que la enfermedad era moderada-severa con diferencias estadísticamente significativas con el GC.

El dolor pélvico crónico de las participantes según el cuestionario CPPQ-Mohedo obtuvo una mediana de 13,5 en los grupos de mujeres con EM (ESTQ y ETQ), siendo un valor intermedio en la escala del instrumento y con diferencias estadísticamente significativas respecto al GC ($p < 0,05$). Similares resultados fueron obtenidos por Yela y cols.⁽²³⁾, quienes utilizaron el instrumento SF-36 que entre sus dimensiones evalúa el dolor en una escala del 0 al 100, siendo 0 el peor estado y 100 la mejor condición. Según sus resultados, reportaron que el dolor tenía una media de $55,1 \pm 59,4$, siendo un valor intermedio dentro de la escala prevista para este instrumento. Por su parte, la mediana de la escala de dolor EVA en esta investigación fue de 4, lo que se interpreta como moderado y que es comparable con estudios publicados previamente^(20, 23).

La depresión es uno de los diagnósticos psicológicos que afectan a las mujeres con endometriosis. En este estudio, de acuerdo con el Inventario de Depresión de Beck, los grupos ESTQ y ETQ superaron los 50 puntos, superiores al GC, lo que indica un mayor nivel de depresión. Asimismo, en este estudio se observó que la depresión moderada-severa fue mayor en el grupo de mujeres con EM (84,6 %) ($p < 0,05$), confirmando la relación existente entre la EM y los niveles de depresión.

Por otra parte, los resultados sugieren que el DPC está relacionado con el nivel de depresión ($p < 0,05$). En este sentido, otros estudios han sugerido que existe relación de la EM y el DPC con la depresión. Lorençatto y

cols.⁽¹⁴⁾ demostraron que las mujeres con dolor pélvico crónico presentan depresión en un 86 % frente al 38 % de las mujeres sin dolor pélvico crónico. Mińko y cols.⁽³⁰⁾ reportaron la existencia de un nivel más alto de depresión y ansiedad en mujeres con endometriosis.

Por otro lado, aunque la cirugía es susceptible de lograr una mejoría de los síntomas como ha sido descrito previamente^(10, 11), el hecho de no encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ETQ y ESTQ, pone en evidencia la necesidad de evaluar la eficacia de los tratamientos, el tipo de tratamiento quirúrgico, el estadio de la endometriosis, y las complicaciones y recurrencias que puedan presentar las mujeres con esta patología.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el planteamiento transversal de la investigación y la recolección de los datos en un periodo de tiempo definido, sin la posibilidad de hacer un seguimiento de las pacientes en diferentes momentos. Por otra parte, no se incluyeron aspectos como el estadio de la endometriosis, el tipo de intervención quirúrgica a la que se habían sometido o el tratamiento farmacológico que habían recibido, por lo que se recomienda su inclusión en investigaciones futuras y el diseño de estudios longitudinales.

CONCLUSIONES

En una muestra de mujeres españolas de diferentes Comunidades Autónomas, se confirmó la presencia de DPC en aquellas diagnosticadas con EM, siendo los dolores perineal, infraumbilical y la dispareunia los más frecuentes. Asimismo, se observaron dificultades en su desempeño laboral y profesional, y en la mayoría de los casos, una percepción fatal de su salud. Los resultados sugieren que en pacientes con EM, el DPC y la depresión son un binomio complejo con repercusiones importantes en la calidad de vida.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los procedimientos que se han seguido en este estudio cumplen los

principios básicos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, actualizada en 2013 en Fortaleza (Brasil) y complementada con la Declaración de Taipei, de 2016 sobre las consideraciones éticas sobre las bases de datos de salud y los biobancos.

Confidencialidad y consentimiento informado.

Los autores garantizan que se ha cumplido la exigencia de haber informado a todos los sujetos del estudio, que han obtenido su consentimiento informado por escrito para participar en el mismo y que están en posesión de dichos documentos.

Confidencialidad de los datos y derecho a laprivacidad. Los autores declaran que se ha cumplido con la garantía de la privacidad de los datos de los participantes en esta investigación y manifiestan que el trabajo publicado no incumple la normativa de protección de datos de carácter personal. No se utilizan nombres ni cualquier otro tipo de dato para la investigación que pudiera identificar a los sujetos encuestados.

Fuentes de apoyo. Los autores señalan que el trabajo no recibió subvenciones ni cualquier otro apoyo para la realización de la investigación descrita en el artículo o la escritura del mismo.

Financiación. Los autores declaran que esta investigación no recibió financiación.

Declaración de Conflicto de Intereses. Los autores declaran no presentar ningún conflicto de intereses.

Contribuciones de autoría. Todos los autores de este estudio cumplen con los criterios de autoría habiendo participado en el diseño, desarrollo, redacción, supervisión y revisión del estudio, y han tenido acceso completo a su contenido y han aprobado la versión final presentada.

AGRADECIMIENTOS

A las Asociaciones de Afectadas de Endometriosis de Euskadi, Cataluña, Valencia, Madrid y Extrema-

dura, así como a todas las mujeres que participaron en el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bulun S, Yilmaz B, Sison C, Miyazaki K, Bernardi L, Liu S, et al. Endometriosis. *Endocr Rev.* 2019 Aug 1; 40(4): 1048–79.
2. Mehedintu C, Plotogea M, Ionescu S, Antonovici M. Endometriosis still a challenge. *J Med Life.* 2014 Sep 15; 7(3): 349–57.
3. Tissot M, Lecointre L, Faller E, Afors K, Akladios C, Audebert A. Clinical presentation of endometriosis identified at interval laparoscopic tubal sterilization: Prospective series of 465 cases. *J Gynecol Obs Hum Reprod.* 2017 Oct; 46(8): 647–50.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud. Gobierno de España: Madrid. 2013.
5. Dunselman G, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: Management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2014 Mar; 29(3): 400–12.
6. Organización Mundial de la Salud. Endometriosis [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>.
7. Eisenberg VH, Decter DH, Chodick G, Shalev V, Weil C. Burden of Endometriosis: Infertility, Comorbidities, and Healthcare Resource Utilization. *J Clin Med.* 2022 Feb 21; 11(4): 1133.
8. Van Lankveld J, De Graaff A, Van Beek J, Dunselman G, Smits L. Dyspareunia and depressive symptoms are associated with impaired sexual functioning in women with endometriosis, whereas sexual functioning in their male partners is not affected. *Hum Reprod.* 2016 Nov; 31(11): 2577–86.
9. Sperschneider M, Hengartner M, Kohl-Schwartz A, Geradets K, Rauchfuss M, Woelfler M, et al. Does endometriosis affect professional life? A matched case-control study in Switzerland, Germany and Austria. *BMJ Open.* 2019 Jan 9; 9(1): e019570.
10. Osório FL, Carvalho AC, Donadon MF, Moreno AL, Polli-Neto O. Chronic pelvic pain, psychiatric disorders and early emotional traumas: Results of a cross sectional case-control study. *World J Psychiatry.* 2016 Sep 22; 6(3): 339–44.
11. Howard F. Endometriosis and mechanisms of pelvic pain. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009 Sep-Oct; 16(5): 540–50.
12. Kor E, Mostafavi SRS, Mazhin ZA, Dadkhah A, Kor A, Arvanagh SH, et al. Relationship between the severity of endometriosis symptoms (dyspareunia, dysmenorrhea and chronic pelvic pain) and the spread of the disease on ultrasound. *BMC Res Notes.* 2020 Nov 25; 13(1): 546.
13. Warzecha D, Szymusik I, Wielgos M, Pietrzak B. The impact of endometriosis on the quality of life and the incidence of depression-A cohort study. *Int J Env Res Public Heal.* 2020 May 21; 17(10): 36–41.
14. Lorençatto C, Petta C, Navarro M, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obs Gynecol Scand.* 2006; 85(1): 88–92.
15. Dogan S, Cottenet J, Douvier S, Sagot P. Qualité de vie après chirurgie de l'endométriose pelvienne profonde: évaluation d'une version française de l'EHP-30. *J Gynecol Obs Biol Reprod.* 2016 Nov 15; 45(3): 249–56.
16. Díaz Mohedo E, Barón J, Pineda C, Dawid S, Suárez C, Medrano E. Discriminating power of CPPQ-Mohedo: A new questionnaire for chronic pelvic pain. *J Eval Clin Pr.* 2013 Feb; 19(1): 94–9.
17. Sanz J, Vázquez V. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema.* 1998; 10(2): 303–18.
18. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg.* 2014 Dec; 12(12): 1495–99.
19. Zondervan K, Becker C, Koga K, Missmer S, Taylor R, Viganò P. Endometriosis. *Nat Rev Dis Prim.* 2018; 4(1): 3–11.
20. Verket N, Uhlig T, Sandvik L, Andersen M, Tanbo T, Qvigstad E. Health-related quality of life in women with endometriosis, compared with the general population and women with rheumatoid arthritis. *Acta Obs Gynecol Scand.* 2018 Nov; 97(11): 1339–48.
21. Netzl J, Gusy B, Voigt B, Sehouli J, Mechsner S. Chronic Pelvic Pain in Endometriosis: Cross-Sectional Associations with Mental Disorders, Sexual Dysfunctions and Childhood Maltreatment. *J Clin Med.* 2022 Jun 27; 11(13): 3714.
22. Shafrir AL, Farland LV, Shah DK, Harris HR, Kvaskoff M, Zondervan K, et al. Risk for and consequences of endo-

- metriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018 Aug; 51: 1–15.
23. Yela D, Quagliato I, Benetti-Pinto C. Quality of Life in Women with Deep Endometriosis: A Cross-Sectional Study. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2020 Feb; 42(2): 90–5.
 24. Soliman A, Coyne K, Gries K, Castelli-Haley J, Snabes M, Surrey E. The effect of endometriosis symptoms on absenteeism and presenteeism in the workplace and at home. *J Manag Care Spec Pharm.* 2017 Jul; 23(7): 745–54.
 25. Vitonis AF, Vincent K, Rahmioglu N, Fassbender A, Buck Louis GM, Hummelshoj L, et al. World Endometriosis Research Foundation Endometriosis Phenome and Biobanking Harmonization Project: II. Clinical and covariate phenotype data collection in endometriosis research. *Fertil Steril.* 2014 Nov; 102(5): 1223–32.
 26. Graziottin A, Murina F, Gambini D, Taraborrelli S, Gardella B, Campo M, et al. Vulvar pain: The revealing scenario of leading comorbidities in 1183 cases. *Eur J Obs Gynecol-Reprod Biol.* 2020Sep; 252: 50–5.
 27. Grimstad F, Carey E. Periclitral endometriosis: the dilemma of a chronic disease invading a rare location. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015 May-Jun; 22(4): 684–6.
 28. Tosti C, Pinzauti S, Santulli P, Chapron C, Petraglia F. Pathogenetic mechanisms of deep infiltrating endometriosis. *ReprodSci.* 2015 Sep; 22(9): 1053–9.
 29. Yosef A, Allaire C, Williams C, Ahmed AG, Al-Hussaini T, Abdellah MS, et al. Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Dec; 215(6): 760.e1–760.e14.
 30. Mińko A, Turoń-Skrzypińska A, Rył A. Endometriosis-A Multifaceted Problem of a Modern Woman. *Int J Env Res Public Heal.* 2021 Aug 2; 18(15): 8177.