

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN FISIOTERAPIA

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en mujeres con vulvodinia

Effectiveness of physical therapy treatment on females with vulvodynia

Efectividade do tratamento de fisioterapia en mulleres con vulvodinia



Alumna: D./Dña. Emma Dafne López Penedo

DNI: 44492212T

Tutor: D./Dña. Zeltia Naia Entonado

Convocatoria: Septiembre 2019

Índice

1. Resumen.....	7
1. Abstract.....	9
1. Resumen.....	11
2. Introducción.....	13
2.1 Tipo de trabajo.....	13
2.2 Motivación personal.....	13
3. Contextualización.....	14
3.1 Antecedentes.....	14
3.2 Justificación del trabajo.....	18
4. Objetivos.....	20
4.1 Pregunta de investigación.....	20
4.2 Objetivos.....	20
4.2.1 General.....	20
4.2.2 Específicos.....	20
5. Metodología.....	21
5.1 Fecha y bases de datos.....	21
5.2 Criterios de selección.....	21
5.3 Estrategia de búsqueda.....	22
5.4 Gestión de la bibliografía localizada.....	27
5.5 Selección de artículos.....	27
5.6 Variables de estudio.....	28
5.7 Niveles de evidencia y grados de recomendación.....	28
6. Resultados.....	30
7. Discusión.....	47
8. Conclusiones.....	50
9. Bibliografía.....	51
10. Anexos.....	53
Anexo I. Escala de nivel de evidencia y grados de recomendación.....	53

Anexo II. Visual Analogue Scale (VAS).....	54
Anexo III. Numerical Rating Scale (NRS).....	54
Anexo IV. McGill Pain Questionnaire.....	55
Anexo V. Pain Catastrophizing Scale (PCS).....	56
Anexo VI. Female Sexual Function Index(FSFI).....	57
Anexo VII. Cervantes QoL Scale.....	60
Anexo VIII. Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS).....	64
Anexo IX. Beck Depression Inventory.....	65
Anexo X. Makonski Pain Scale.....	66

Índice de tablas

Tabla 1. Palabras clave.....	22
Tabla 2. Estrategia de búsqueda en las bases de datos.....	25
Tabla 3. Nivel de evidencia y grado de recomendación de las revisiones sistemáticas.....	29
Tabla 4. Nivel de evidencia y grado de recomendación de los ensayos clínicos y estudio de cohortes.....	29
Tabla 5. Resultados de las revisiones sistemáticas.....	31
Tabla 6. Resultados de los ensayos clínicos y estudios de cohortes.....	32
Tabla 7. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones de las revisiones sistemáticas.....	36
Tabla 8. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones de los ensayos clínicos y estudio de cohortes.....	38

Índice de ilustraciones

Figura 1. Vista interna de la anatomía de la vagina.....	14
Figura 2. Vista externa de la anatomía de la vagina	14
Figura 3. Anatomía de la vulva.....	15
Figura 4. Diagrama de flujo.....	27

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS/ABREVIATURAS

PICO	Paciente, Intervención, Comparación, Resultado (Outcome)
RS	Revisión sistemática
EC	Ensayo clínico
FSFI	Female Sexual Function Index
VAS	Visual Analogue Scale
NRS	Numerical Rating Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
FSDS	Female Sexual Distress Scale
SEMG	Electromiografía superficial
MPQ	McGill Pain Questionnaire
PCS	Pain Catastrophizing Scale
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory

1. RESUMEN

Introducción:

La vulvodinia es una patología que produce dolor vulvar sin que aparentemente exista una causa directa. Afecta a mujeres de entre 20 y 50 años y produce consecuencias importantes tanto físicas como psicológicas en las pacientes que la sufren. Desde la fisioterapia, se puede ofrecer un tratamiento para el abordaje de esta patología, aunque es preciso esclarecer qué tipo de técnicas son las más eficaces y qué protocolo seguir en estos casos.

Objetivo :

Evidenciar la eficacia de las diferentes técnicas utilizadas en fisioterapia para el tratamiento de mujeres con vulvodinia.

Material y métodos:

Se realizó una revisión sistemática llevando a cabo búsquedas entre los meses de junio y agosto de 2019. Se utilizaron diferentes bases de datos: Pubmed, Pedro, Cochrane Library, Scopus, Web of Science, Cinahl y Sport Discus. Se seleccionaron artículos publicados en los últimos cinco años que cumpliesen los criterios de inclusión y de exclusión.

Resultados:

Se obtuvieron como resultado 9 artículos: 3 revisiones sistemáticas, 4 ensayos clínicos, 1 estudio piloto y 1 estudio de cohortes. Las técnicas de fisioterapia más empleadas son: terapia manual, fisioterapia multimodal (educación, estiramientos, terapia manual, entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, biofeedback, técnicas de deslizamiento neural, técnicas de dilatación e inserción vaginal, estimulación eléctrica, ejercicios respiratorios y de relajación, termoterapia infrarroja, punción seca y ejercicios para realizar en casa), entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico y TENS.

Conclusiones:

La fisioterapia es efectiva en el tratamiento de mujeres con vulvodinia. Los tratamientos con más evidencia científica disponible son la fisioterapia multimodal y la

terapia manual. El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico y el TENS parecen ser también efectivos, pero es necesaria la realización de más estudios para confirmarlo.

Palabras clave:

Fisioterapia

Vulvodinia

Vestibulodinia

Dispareunia

1. ABSTRACT

Background:

Vulvodynia is a pathology that produces vulvar pain without a direct cause. It affects women between the ages of 20 and 50 and has important physical and psychological consequences. From physiotherapy, a treatment can be offered to address this pathology, so it is necessary to establish what kind of techniques are the most effective and what protocol to follow in these cases.

Objective:

To evidence the effectiveness of the different techniques used in physiotherapy for the treatment of women with vulvodynia.

Methods:

A systematic review was conducted by searching between June and August 2019. Different databases were used: Pubmed, Pedro, Cochrane Library, Scopus, Web of Science, Cinahl, and Sport Discus. Articles published since 5 years ago that met the inclusion and exclusion criteria were selected.

Outcomes:

As a result, 9 articles were obtained: 3 systematic reviews, 4 clinical trials, 1 pilot study and 1 cohort study. The most used physical therapy techniques were: manual therapy, multimodal physiotherapy (education, stretching, manual therapy, pelvic floor muscle training, biofeedback, neural gliding techniques, vaginal dilatation and insertion techniques, electrical stimulation, breathing and relaxation exercises, infrared thermotherapy, dry needling, home exercises), pelvic floor muscle training and TENS.

Conclusions:

Physical therapy is effective in the treatment of women with vulvodynia. The treatments with most scientific evidence are multimodal physiotherapy and manual therapy. Pelvic floor musculature training and TENS also appear to be effective, but further studies are needed to confirm this.

Keywords:

Physical therapy

Physiotherapy

Vulvodynia

Vestibulodynia

Dyspareunia

1. RESUMO

Introdución:

A vulvodinia é unha patoloxía que produce dor vulvar sen que aparentemente exista unha causa directa. Afecta a mulleres de entre 20 e 50 anos e ten consecuencias tanto físicas como psicolóxicas nas pacientes que a sofren. Desde a fisioterapia, pódese ofrecer un tratamento para a abordaxe desta patoloxía aínda que é necesario establecer o tipo de técnicas que son máis eficaces e o protocolo a seguir nestes casos.

Obxectivo:

Evidenciar a eficacia das diferentes técnicas empregadas na fisioterapia para o tratamento de mulleres con vulvodinia.

Material e método:

Realizouse unha revisión sistemática levando a cabo búsquedas entre os meses de xuño e agosto de 2019. Utilizáronse diferentes bases de datos: Pubmed, Pedro, Biblioteca Cochrane, Scopus, Web of Science, Cinahl, e Sport Discus. Seleccionáronse artigos publicados nos últimos cinco anos que cumprisen os criterios de inclusión e exclusión.

Resultados:

Como resultado, obtivéronse 9 artigos: 3 revisións sistemáticas, 4 ensaios clínicos, 1 estudo piloto e 1 estudo de cohorte. Os tratamentos de fisioterapia con máis evidencia científica son: terapia manual, fisioterapia multimodal (educación, elongamentos, terapia manual, adestramento muscular do piso pélvico, biofeedback, técnicas de deslizamento neural, técnicas de dilatación e inserción vaxinal, estimulación eléctrica, exercicios respiratorios e de relaxación, termoterapia infravermella, punción seca e exercicios para a súa realización na casa), adestramento muscular do piso pélvico e TENS.

Conclusións:

A fisioterapia é eficaz no tratamento das mulleres con vulvodinia. O tratamento con máis evidencia é a fisioterapia multimodal e a terapia manual. O adestramento da musculatura do chan pélvico e o TENS parecen ser efectivos, pero son necesarios máis estudos para confirmalo.

Palabras clave:

Fisioterapia

Vulvodinia

Vestibulodinia

Dispareunia

2. INTRODUCCIÓN

2.1 TIPO DE TRABAJO

El presente trabajo consiste en la realización de una revisión sistemática basada en la búsqueda de la evidencia científica existente en cuanto a la fisioterapia para la vulvodinia.

Las revisiones sistemáticas son resúmenes claros y estructurados de la información disponible orientada a responder a una pregunta clínica específica. Están constituidas por múltiples artículos y fuentes de información, y por ello representan el más alto nivel de evidencia dentro de la jerarquía de la evidencia(1).

2.2 MOTIVACIÓN PERSONAL

En el segundo cuatrimestre de tercero de carrera, una de las asignaturas que se cursan es fisioterapia abdomino-pelvi-perineal. En ella, se abordan temas relacionados con el tratamiento de fisioterapia en las patologías de la musculatura del suelo pélvico. Surgió entonces mi interés en cuanto a este campo, puesto que hasta ese momento nunca me había planteado la posibilidad de aplicar un tratamiento a patologías relacionadas con esta parte del cuerpo. Sentí curiosidad por aprender un poco más sobre ello y la realización del trabajo de fin de grado sobre esta temática me pareció una buena oportunidad para poder profundizar un poco más en mis conocimientos.

3. CONTEXTUALIZACIÓN

3.1 ANTECEDENTES

Anatomía del tracto genital inferior:

El tracto genital inferior está constituido por la vagina y la vulva.

La vagina:

Es un órgano impar. Presenta forma de conducto músculo-membranoso que se extiende desde el vestíbulo vulvar hasta el útero. Se abre en la vulva por un introito de tamaño variable, ubicado por debajo del meato uretral, si se observa en posición de litotomía.

En las figuras 1(2) y 2(3) se muestran una vista interna y una vista externa de la anatomía de la vagina.

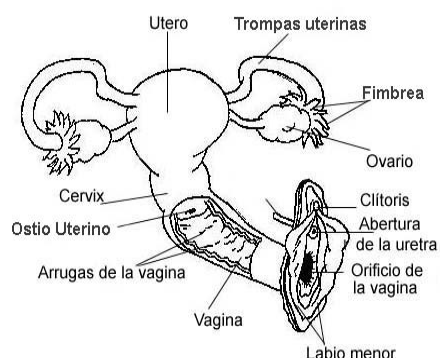


Figura 1. Vista interna de la anatomía de la vagina

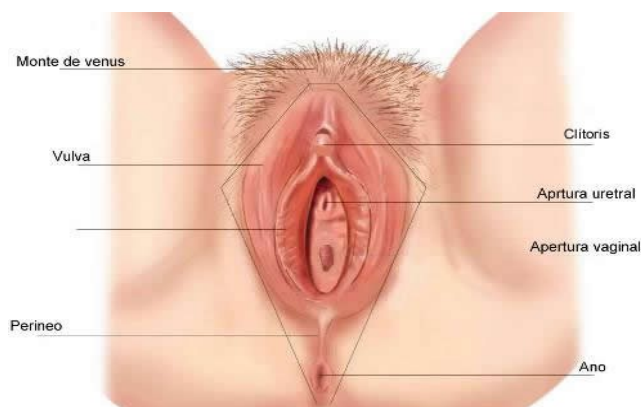


Figura 2. Vista externa de la anatomía de la vagina

La vulva:

Es el conjunto de genitales externos, que incluyen el monte de Venus, los labios mayores, el clítoris, el vestíbulo, el bulbo vestibular y las glándulas vestibulares mayores.

El monte de Venus es una eminencia redondeada de tejido adiposo, cubierta de vello, por debajo de la pared abdominal, que se localiza en el extremo anterior de la vulva.

Los labios mayores son pliegues cutáneos de dirección anteroposterior que, al entreabrirse, permiten visualizar la hendidura vulvar que contiene en su interior los labios menores. Cubren una delgada capa de músculo liso que a su vez cubre abundante tejido adiposo y se unen por sus extremos formando dos comisuras, una anterior y otra posterior.

Los labios menores son repliegues cutáneo-mucosos que rodean el vestíbulo vaginal. Carecen por completo de pelos, pero poseen gran cantidad de glándulas sebáceas.

En el extremo más anterior del vestíbulo vaginal se ubica el orificio externo de la uretral y hacia posterior del orificio uretral se ubica el orificio vaginal o introito, el cual está bordado por el himen. Este es una membrana mucosa perforada por uno o varios orificios de forma y tamaño variables.

Los labios menores también se unen por sus extremos, pero en este caso la extremidad anterior se divide en dos hojas: una anterior que cubre el clítoris y otra posterior que se une con la del lado opuesto por detrás del órgano eréctil formando el frenillo del clítoris. La extremidad posterior de los labios menores termina en el espesor de los labios mayores, y contiene la fosa del vestíbulo vaginal entre ambos.

El clítoris es el órgano eréctil de la mujer. Está constituido por dos cuerpos cavernosos de tejido eréctil, que se insertan en las ramas isquiopúbicas. Ambos cuerpos se unen bajo la sínfisis púbica para formar el cuerpo del clítoris, que termina en su glande. La piel de los labios menores forma un delgado capuchón o prepucio(4,5).

En la figura 3(6) se muestra la anatomía de la vulva.

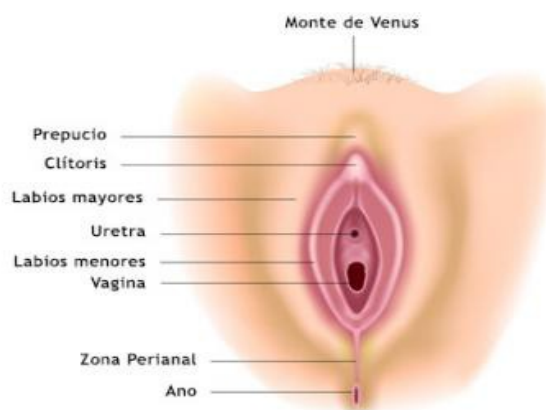


Figura 3. Anatomía de la vulva

Vulvodinia

Definición:

La vulvodinia es el dolor vulvar, de al menos tres meses de duración, sin causa identificable, pero con elementos potencialmente asociables, como psicológicos, genéticos, inflamatorios o factores neuroproliferativos(7).

Tipos:

Existen diferentes tipos de vulvodinia:

- Según su localización: localizada, generalizada o mixta.
- Según el desencadenante de la sintomatología: provocada, espontánea o mixta.
- Según su inicio: primaria o secundaria.
- Según su patrón temporal: intermitente, persistente, constante, inmediata, tardía(8).

Etiología:

Actualmente la causa que produce la vulvodinia es desconocida, pero existen una serie de factores que pueden estar potencialmente asociados a ella:

- Comorbilidades y otros síndromes dolorosos
- Factores genéticos
- Factores hormonales
- Inflamación
- Factores musculoesqueléticos
- Mecanismos neurológicos
- Factores psicosociales
- Defectos estructurales(9)

Epidemiología:

Las pacientes con mayores posibilidades de padecer vulvodinia son mujeres blancas, en una relación estable y de larga duración. Han sufrido el dolor desde hace años, y han sido examinadas varias veces por diferentes médicos antes de recibir el diagnóstico definitivo. El rango de edad de las pacientes es amplio, desde niñas hasta mujeres ancianas, pero la mayoría de mujeres con esa patología se sitúan entre los 20 y los 50 años(10).

La prevalencia estimada de la vulvodinia en los Estados Unidos es de un 7-8%. Hasta 13 millones de mujeres pueden haber experimentado esta patología en algún momento de su vida. La vulvodinia se asocia a numerosas alteraciones, como la discapacidad física, la limitación en las actividades de la vida diaria, disfunción sexual y disminución de la calidad de vida alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión. Los costes anuales estimados del manejo de la vulvodinia son aproximadamente 31-72 billones de dólares estadounidenses, sin considerar los costes de la carga psicológica.

En países europeos, como puede ser Portugal, es del 6.5%. En España no existen datos hasta ahora sobre la prevalencia de esta patología. Por ello, en el estudio de Gómez I. et al. realizado en el año 2019 se ha intentado establecer un valor para la prevalencia de la vulvodinia en España, y sus conclusiones dicen que es similar a otros países, obteniendo un

resultado del 6.6%. Además, el 13% de las mujeres que formaron parte de este estudio afirmaron haber experimentado vulvodinia en algún momento de sus vidas(7).

Clínica:

Los síntomas serán el dolor vulvar, que se puede describir como ardor y su intensidad podrá variar de moderada a intensa, y también la dispareunia o dolor durante la penetración.

Estos pueden ser repentinos (provocados por el coito, por prendas de ropa ajustadas, por contacto físico con la pareja, al andar en bicicleta, con el uso de tampones, al estar sentado de forma prolongada) y su tendencia es a desaparecer de manera gradual.

El comienzo se puede situar en la infancia, en el momento del primer coito o tras años de haber tenido relaciones sexuales sin dolor(10).

Diagnóstico:

El diagnóstico de vulvodinia depende de la realización de un historial detallado y la realización de una exploración física de la paciente.

La historia debe incluir información acerca del comienzo y las características del dolor, los factores que lo provocan y que lo alivian, evaluaciones médicas anteriores, tratamientos anteriores y su efecto sobre el dolor.

La exploración física es de gran importancia para el diagnóstico. En ella se observará la vulva eritematosa, pero no deberá presentar erupción o alteraciones en la piel o en la mucosa, las cuales indicarán que la patología sufrida no es vulvodinia. Se utilizará también el test "cotton swab" en diferentes partes de los labios, el entroito y alrededor de la zona del himen(10). Este test consiste en la palpación de diferentes regiones genitales utilizando un aplicador con punta de algodón(11). La presión del algodón provocará incomodidad en la mayoría de las pacientes, y las zonas con mayor aumento de la sensibilidad serán en la mayoría de los casos el entroito en posterior y los restos de la zona del himen posterior(10). Además, la musculatura del suelo pélvico se encontrará aumentada de tono, especialmente la más superficial, y su fuerza y control propioceptivo se encontrarán disminuidos. Esto se podrá valorar mediante la utilización de un biofeedback, el cual medirá la coordinación de la musculatura, la capacidad para su contracción y para su relajación(11).

Tratamiento:

El tratamiento para la vulvodinia puede ser farmacológico; conservador, donde se encontraría la fisioterapia; o quirúrgico. La heterogeneidad de las mujeres que sufren esta enfermedad hace que sea todo un reto establecer un protocolo de tratamiento universal.

Farmacológico:

Agentes antinociceptivos: lidocaína, bloqueadores nerviosos multiniveles, capsaicina.

Agentes antiinflamatorios: interferones, corticoesteroides.

Agentes neuromoduladores: antidepresivos, anticolvulsionantes.

Relajantes musculares: toxina botulínica, diazepam.

Agentes hormonales: estrógenos, testosterona.

Intervención psicológica:

Terapia cognitivo-conductual de manera individual, en pareja o en grupo. El objetivo de este tipo de terapia es el alivio del dolor y la angustia asociada a él, mejorar la función sexual y la satisfacción de ambas partes de la pareja, además de hacer más fuerte la relación de pareja. Esto se consigue a través de la psicoeducación e introduciendo estrategias enfocadas a los malos pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones en pareja que son asociados a la vulvodinia.

Fisioterapia:

Enfocada a la disfunción en el suelo pélvico asociada con la vulvodinia. El objetivo es reestablecer la función adecuada y normalizar el tono de la musculatura del suelo pélvico y de los tegumentos, disminuir la tensión neural, el dolor vulvovaginal y mejorar la función sexual.

Terapias alternativas:

Acupuntura, hipnosis, laserterapia, etc.

Cirugía:

Vestibulectomía, excisión completa o parcial de la mucosa vestibular. Sólo en casos de vestibulodinia provocada localizada.

El enfoque multidisciplinar podría considerarse el tratamiento óptimo para esta patología(12).

3.2 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

La vulvodinia es una enfermedad con consecuencias importantes a nivel psicológico y físico para las mujeres que la padecen: depresión, angustia, disfunción sexual, disfunción en la musculatura del suelo pélvico. Entre las opciones para su tratamiento se encuentra la fisioterapia y, desde ella, existe la posibilidad de plantear una intervención basada en la aplicación de medios físicos para el abordaje de su sintomatología y disfunciones.

Dado que no existe un protocolo de actuación definido, en esta revisión sistemática se pretende recopilar la evidencia científica existente en cuanto a la fisioterapia para intentar establecer un modo de tratamiento efectivo y evitar posibles cirugías futuras, a pesar de que en la literatura científica consultada se sugiere que el enfoque multidisciplinar puede ser el óptimo para la patología.

4. OBJETIVOS

4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Dentro de los posibles tratamientos para la vulvodinia se presenta como una opción la fisioterapia. Se formula, entonces, la siguiente pregunta para la realización de la revisión bibliográfica: ¿Qué tratamiento de fisioterapia es el más eficaz para el abordaje de pacientes con vulvodinia?

Esta pregunta de investigación sigue la estructura *PICO*, sencilla nemotecnia descrita por el doctor Mark Ebell:

- *Patient*: situación, paciente o grupo de pacientes con una misma condición clínica; mujeres que se encuentren diagnosticadas de vulvodinia o dispareunia.
- *Intervention*: intervención; tratamiento de fisioterapia.
- *Comparison*: comparación; comparación entre los diferentes tratamientos aplicados.
- *Outcome*: resultado; resultados obtenidos tras la realización del tratamiento.

4.2 OBJETIVOS

4.2.1 General

Analizar cuál es la evidencia científica actual en cuanto al tratamiento de fisioterapia en la vulvodinia.

4.2.2 Específicos

- Identificar las diferentes técnicas utilizadas en fisioterapia para el tratamiento de la vulvodinia.
- Evaluar la efectividad de cada una de las técnicas de fisioterapia aplicadas en el tratamiento para la vulvodinia.
- Comparar la eficacia del tratamiento de fisioterapia vs. tratamiento farmacológico o ausencia de tratamiento.
- Identificar cuáles son las medidas de educación para la salud con mayor evidencia científica.
- Evaluar la calidad de la literatura científica recopilada durante la realización de la búsqueda.

5. METODOLOGÍA

5.1 FECHA Y BASES DE DATOS

La búsqueda es realizada entre los meses de junio y agosto del año 2019. Las bases de datos utilizadas para ello son:

- Pubmed: base de datos internacional en ciencias de la salud.
- Cochrane Library: base de datos internacional multidisciplinar.
- Pedro: base de datos internacional de fisioterapia basada en la evidencia.
- Web of Science: base de datos internacional multidisciplinar.
- Scopus: base de datos internacional multidisciplinar.
- Sport Discus: base de datos internacional en educación física y deporte.
- Cinahl: base de datos internacional en enfermería y ciencias de la salud.

5.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Criterios de inclusión:
 - Artículos que hayan sido publicados durante los cinco últimos años.
 - Artículos redactados en los idiomas de inglés, portugués o castellano.
 - Artículos del tipo revisión sistemática, metaanálisis, ensayo clínico, estudio de cohorte y guías de práctica clínica.
 - Estudios realizados en seres humanos, de sexo femenino y diagnosticadas de vulvodinia o dispareunia.
- Criterios de exclusión:
 - Artículos que no se adapten a la pregunta de investigación.
 - Artículos del tipo caso clínico.
 - Artículos donde se incluyan patologías no relacionadas con la ginecología.
 - Estudios que incluyan intervenciones no realizadas por fisioterapeutas.
 - Artículos a los cuales no se puede tener acceso al texto completo.

5.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda es realizada en las diferentes bases de datos utilizando el siguiente método:

Se comienza identificando dos bloques diferentes de palabras clave:

El primero se corresponde con la fisioterapia: "physical therapy" o "physiotherapy".

El segundo se corresponde con la patología, para la cual se utilizan: "vulvodinia", "vulvar pain", "vestibulitis", "vestibulodynia" y "dyspareunia".

En la Tabla 1 se muestran las palabras clave utilizadas para la búsqueda.

Tabla 1. Palabras clave

PRIMER BLOQUE	SEGUNDO BLOQUE
Physical therapy	Vulvodinia
Physiotherapy	Vulvar pain
	Vestibulitis
	Vestibulodynia
	Dyspareunia

Pubmed:

En Pubmed se utilizan las palabras clave:

Primer bloque: "Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh] OR "Physical Therapy Department, Hospital"[Mesh] OR "Physical Therapist Assistants"[Mesh]

Segundo bloque: "Vulvodinia"[Mesh] OR "Vulvar Vestibulitis"[Mesh] OR "Dyspareunia"[Mesh]

Se unen ambos bloques de palabras mediante el operador booleano "AND" y se añaden los filtros de fecha de publicación, idioma y sexo para realizar la búsqueda. Tras ello se obtienen 23 artículos.

Pedro:

En Pedro se utiliza la opción de búsqueda avanzada. Al ser una base de datos dedicada a la fisioterapia basada en la evidencia, se utilizan únicamente las palabras clave correspondientes al segundo bloque. Para ello se introducen los términos en el apartado de resumen y título: "vulv*", "vestib*" y "dyspareunia". Se utilizan además los filtros de "parte del cuerpo: periné y sistema genitourinario", "problema: dolor" y "publicado desde: 2014". De esta manera se obtienen 10 artículos.

Cochrane Library:

En Cochrane se escoge la opción de búsqueda avanzada y se utilizan las palabras clave:

En el primer bloque se identifican: "[Physical Therapy Department, Hospital]", "[Physical Therapy Modalities]", "[Physical Therapists]", "[Physical Therapist Assistants]" y "[Physical Therapy Specialty]".

En el segundo bloque se identifican: "[Vulvodynia]", "[Vulvar Vestibulitis]" y "[Dyspareunia]"

Se unen ambos bloques mediante el operador booleano "AND" y se aplica el filtro de "año de publicación". Se obtienen 4 resultados.

Scopus:

Se selecciona la opción de búsqueda avanzada y se escoge el código de campo "subject areas" dentro del cual se sitúan las "health sciences" y dentro de estas las "health professions (HEAL)", donde se incluye la fisioterapia.

En el segundo bloque se seleccionan las palabras clave: KEY(vulvodynia) OR KEY(vestibulodynia) OR KEY(vestibulitis) OR KEY("vulvar pain") OR KEY(dyspareunia)

Se unen ambos bloques mediante el operador booleano "AND" y se utiliza el filtro de año de publicación. Se obtienen 35 artículos.

Web of Science:

En WoS se selecciona la búsqueda avanzada en todas las bases de datos. Se aplican las etiquetas de campo "área de investigación": SU=Rehabilitation y "título": TI=vestibulodynia OR TI="vulvar pain" OR TI=vulvodynia OR TI=vestibulitis OR TI=dyspareunia y se unen ambas mediante el operador booleano "AND". Se añade el filtro "período de tiempo: últimos cinco años". De esta manera se obtienen 14 artículos.

Sport Discus:

Se escoge la opción de búsqueda avanzada.

En el primer bloque se identifican los términos: ("Physical therapy or Physiotherapy or Rehabilitation") (Tx)

En el segundo bloque se identifican los términos: ("Vulvodynia") (TI) OR ("Vulvar pain") (TI) OR ("Vestibulitis") (TI) OR ("Vestibulodynia") (TI) OR ("Dispareunia in women or pain during sex") (TI)

Ambos bloques se unen entre si utilizando el operador booleano "AND". Se añaden los filtros de fecha de publicación y estudios realizados en humanos y se obtienen 2 artículos.

Cinahl:

Se escoge la opción de búsqueda avanzada.

En el primer bloque se identifican los términos: ("Physical therapy or Physiotherapy or Rehabilitation") (Tx)

En el segundo bloque se identifican los términos: ("Vulvodynia") (TI) OR ("Vulvar pain") (TI) OR ("Vestibulitis") (TI) OR ("Vestibulodynia") (TI) OR ("Dyspareunia in women or pain during sex") (TI)

Ambos bloques se unen entre si utilizando el operador booleano "AND" y se añaden los filtros de fecha de publicación y estudios realizados en humanos. Se obtienen 40 artículos.

En la Tabla 2 se exponen las búsquedas realizadas en cada una de las bases de datos utilizadas.

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en mujeres con vulvodinia

Tabla 2. Estrategia de búsqueda en las bases de datos					
Base de datos	Ecuación de búsqueda	Filtros aplicados	Resultados totales	Incluidos	Excluidos
Pubmed	("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh] OR "Physical Therapy Department, Hospital"[Mesh] OR "Physical Therapist Assistants"[Mesh]) AND ("Vulvodinia"[Mesh] OR "Vulvar Vestibulitis"[Mesh] OR "Dyspareunia"[Mesh])	Fecha de publicación: últimos cinco años Idioma: castellano, portugués o inglés Sexo: mujer Especies: humanos	23	5	18
Pedro	Vulv* Vestib* Dyspareunia	Parte del cuerpo: periné y sistema genitourinario Problema: dolor Publicado desde 2014	10	6	4
Cochrane Library	([Physical Therapy Department, Hospital] OR [Physical Therapy Modalities] OR [Physical Therapists] OR [Physical Therapist Assistants] OR [Physical Therapy Specialty]) AND ([Vulvodinia] OR [Vulvar Vestibulitis] OR [Dyspareunia])	Año de publicación comprendido entre 2014 y 2019	4	2	2
Scopus	SUBJAREA(HEAL) AND KEY(vulvodinia) OR KEY(vestibulodynia) OR KEY(vestibulitis) OR KEY("vulvar pain") OR KEY(dyspareunia)	Publicación desde 2014 hasta 2019	35	0	35
Web of Science	SU=Rehabilitation AND (TI=vestibulodynia OR TI="vulvar pain" OR TI=vulvodinia OR TI=vestibulitis OR TI=dyspareunia)	Período de tiempo: últimos cinco años	14	4	10
Sport Discus	("Physical therapy or Physiotherapy or Rehabilitation") (Tx) AND ("Vulvodinia") (TI) OR ("Vulvar pain") (TI) OR ("Vestibulitis") (TI) OR ("Vestibulodynia") (TI) OR ("Dispareunia in women or pain during sex") (TI)	Fecha de publicación: desde enero de 2014 Estudios en humanos	2	0	2

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en mujeres con vulvodinia

Cinahl	("Physical therapy or Physiotherapy or Rehabilitation") (Tx) AND ("Vulvodynia") (TI) OR ("Vulvar pain") (TI) OR ("Vestibulitis") (TI) OR ("Vestibulodynia") (TI) OR ("Dispareunia in women or pain during sex") (TI)	Fecha de publicación: desde enero de 2014 Estudios en humanos	40	0	40
--------	---	---	----	---	----

5.4 GESTIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA LOCALIZADA

La eliminación de artículos duplicados se realiza de forma manual, y la gestión de las referencias bibliográficas se hace utilizando el programa informático Zotero.

5.5 SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

Se obtienen un total de 128 artículos tras la realización de las búsquedas. A continuación de esto se procede a la lectura del título y del resumen de cada uno y a la aplicación de los criterios inclusión y exclusión. Se eliminan 111, obteniendo un nuevo resultado de 17 artículos, que tras eliminar los duplicados, resultan en 9 artículos.

En la figura 4 se muestra el número total de artículos obtenidos tras las búsquedas en las diferentes bases de datos, así como los seleccionados tras haber eliminado los duplicados y haber aplicado los criterios de inclusión y de exclusión.

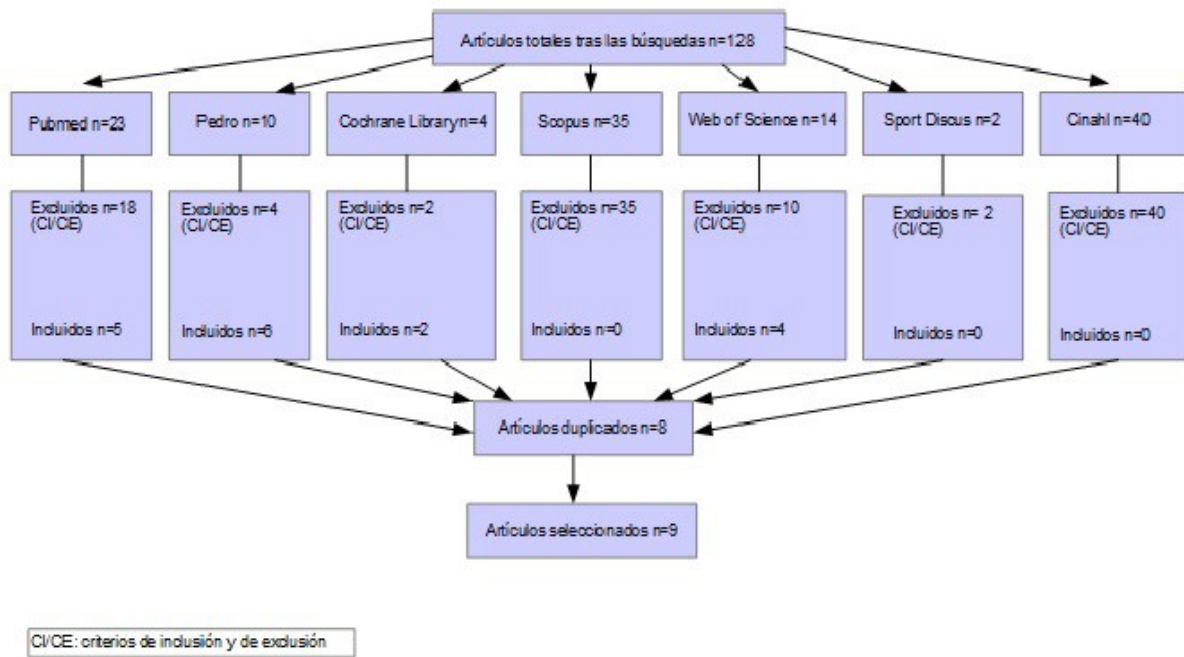


Figura 4. Diagrama de flujo

5.6 VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables a analizar en los diferentes artículos serán las siguientes:

- Tipo de estudio
- Objetivos del estudio
- Participantes en el estudio:
 - Número de participantes
 - Edad de las participantes
- Intervención de fisioterapia:
 - Número de sesiones de tratamiento
 - Frecuencia de las sesiones de tratamiento
 - Duración de cada una de las sesiones de tratamiento
 - Tipo de tratamiento aplicado
- Medidas:
 - Elementos que se han medido:
 - ◆ Dolor vulvar
 - ◆ Hipersensibilidad
 - ◆ Hipervigilancia al dolor
 - ◆ Función sexual
 - ◆ Angustia relacionada con la función sexual
 - ◆ Ansiedad
 - ◆ Depresión
 - Escalas o test utilizados para las mediciones
- Resultados obtenidos en cuanto a cada una de las medidas
- Conclusiones
- Limitaciones de los artículos
- Recomendaciones para futuros estudios
- Nivel de evidencia
- Grado de recomendación

5.7 NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Para evaluar el nivel de evidencia y grado de recomendación se ha utilizado la escala Oxford, la cual clasifica a los diferentes artículos en función de su tipología y sus características.

En este caso se analizaron 3 revisiones sistemáticas que se corresponden con un nivel de evidencia 1a y un grado de recomendación A, lo cual quiere decir que son extremadamente recomendables.

En la Tabla 3 se muestran el nivel de evidencia y grados de recomendación de las revisiones sistemáticas.

Tabla 3. Nivel de evidencia y grado de recomendación de las revisiones sistemáticas

Autor	Tipo	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Trahan J. et al., 2019(13)	RS	1a	A
Berghmans B., 2018(14)	RS	1a	A
Morin M. et al., 2017(15)	RS	1a	A

En cuanto a los demás artículos, los ensayos clínicos se corresponden con un nivel de evidencia 1b y un grado de recomendación A, lo que significa que son extremadamente recomendables. Los estudios de cohortes se clasifican con un nivel de evidencia 2b y un grado de recomendación B, lo que quiere decir que son recomendables.

En la Tabla 4 se muestran el nivel de evidencia y grados de recomendación de los artículos del tipo ensayo clínico y estudio de cohortes.

Tabla 4. Nivel de evidencia y grado de recomendación de los ensayos clínicos y estudio de cohortes

Autor	Tipo	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Schwartzman R. et al., 2019(16)	EC	1b	A
Gopalakrishnan et al., 2018(17)	EC	1b	A
Vallinga MS et al., 2017(18)	Estudio de cohortes	2b	B
Silva APM et al., 2017(19)	EC	1b	A
Goldfinger C. et al., 2016(20)	EC	1b	A
Morin M. et al., 2016(21)	EC	1b	A

6. RESULTADOS

Tras eliminar los duplicados y tras aplicar los criterios de inclusión y de exclusión se obtienen 9 artículos:

- Tres artículos del tipo revisión sistemática
- Un artículo del tipo estudio de cohorte
- Cuatro artículos del tipo ensayo clínico
- Un estudio piloto

En las Tablas 5 y 6 se recogen las variables analizadas para cada uno de los artículos seleccionados tras la búsqueda y en las Tablas 7 y 8 se exponen las conclusiones, limitaciones y recomendaciones para cada uno de ellos.

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en mujeres con vulvodinia

Tabla 5. Resultados de las revisiones sistemáticas						
Autor	Tipo	Objetivo	Muestra	Intervención	Medidas	Resultados
Trahan J. et al., 2019(13)	RS	Examinar la eficacia de la terapia manual en la reducción del dolor pélvico en mujeres con dispareunia	4	Masaje Thiele, técnicas de aumento de la movilidad de los tejidos: liberación miofascial y uterovesical, tratamiento de puntos gatillo, estiramiento intravaginal, maniobras de compresión, masaje con técnica wurn	<p><u>Función sexual:</u> FSFI</p> <p><u>Dolor:</u> VAS, NRS, Mankoski Pain Scale, McGill PI</p> <p><u>Ansiedad y depresión:</u> HADS</p> <p><u>Mejoría percibida por el paciente:</u> Patient Global Impression of Improvement Scale</p>	Mejoría en el dolor en todos los estudios y mejoría en la función sexual en todos excepto uno (Silva et al., 2016)
Berghmans B., 2018(14)	RS	Evidenciar el lugar que ocupa la fisioterapia dentro del tratamiento multidisciplinar en mujeres con dolor pélvico y disfunción sexual	32	Educación, estiramientos, técnicas de deslizamiento neural, entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, terapia manual, punción seca, ejercicios respiratorios y de relajación, biofeedback, técnicas de dilatación vaginal, estimulación eléctrica, ejercicios para su realización en casa	<p><u>Dolor</u></p> <p><u>Función sexual</u></p> <p><u>Función de la musculatura del suelo pélvico</u></p>	Mejorías en el dolor, la función sexual y la función del suelo pélvico
Morin M. et 2017(15)	RS	Evidenciar la efectividad de la fisioterapia para la disminución del dolor durante el coito y mejorar la función sexual en mujeres con PVD	43	Biofeedback, dilatadores y técnicas de inserción vaginal, estimulación eléctrica, terapia manual, educación, fisioterapia multimodal, equipo multidisciplinar	<p><u>Dolor:</u> Cotton Swab test, VAS, NRS, MPQ</p> <p><u>Función sexual:</u> FSFI, Marinoff Scale</p> <p><u>Angustia relacionada con la sexualidad:</u> FSDS</p> <p><u>Función de la musculatura del SP:</u> SEMG</p>	Mejorías en el dolor y en la función sexual con todos los tratamientos aplicados

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en mujeres con vulvodinia

Tabla 6. Resultados de los ensayos clínicos y estudios de cohortes						
Autor	Tipo	Objetivos	Muestra	Intervención	Medidas	Resultados
Schwartzman R. et al., 2019(16)	ECA	Evaluar el efecto de una intervención de fisioterapia sobre el dolor, la función sexual, la calidad de vida y la función de la musculatura del suelo pélvico en mujeres con disparenia	42	5 sesiones de 1 hora/sesión Grupo 1: suelo pélvico; Entrenamiento para la musculatura del suelo pélvico: ejercicios, termoterapia con infrarrojos, liberación miofascial de puntos gatillo, ejercicios de contracción y relajación, liberación miofascial en diafragma abdominal, psoas ilíaco, piramidal, entrenamiento con biofeedback de ejercicios de contracción-relajación Grupo 2: espalda baja; Calor en la espalda baja, liberación miofascial del diafragma abdominal, piramidal, psoas ilíaco, sin ninguna involucración de la musculatura de suelo pélvico	<u>Dolor:</u> VAS <u>Función sexual:</u> FSFI <u>Calidad de vida:</u> Cervantes QoL Scale <u>Función de la musculatura del suelo pélvico:</u> New PERFECT Scale <u>Activación de la musculatura del SP y sinergia con la musculatura abdominal:</u> MiotecSuite software-Miograph	Ambos grupos mostraron mejorías en el dolor, siendo más significativas en el grupo de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico En este mismo grupo se observó, además, mejoría en la función sexual, la calidad de vida, y la función de la musculatura del suelo pélvico.
Gopalakrishnan et al., 2018(17)	ECA	Analizar la eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico y del yoga en la vulvodinia	40	Grupo 1: entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico y modificaciones en el comportamiento Grupo 2: yoga 15-30 minutos/sesión 5 sesiones/semana Total: 6 semanas	<u>Dolor:</u> MP Q, VAS <u>Angustia relacionada con la sexualidad:</u> Kessler Psychological distress scale	Mejoría en los valores para las escalas medidas en ambos grupos El grupo de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico tuvo mayor beneficio sobre la disminución en la intensidad del dolor

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en mujeres con vulvodinia

Vallinga MS et al., 2017(18)	Estudio de cohorte longitudinal sin control por placebo	Evaluar si el TENS tiene un efecto beneficioso en el dolor vulvar, la función sexual y la angustia relacionada con la sexualidad en mujeres con PVD resistentes al tratamiento y el efecto de este tratamiento en cuanto a la necesidad de una vestibulectomía	39	TENS domiciliario 2 a 3 veces/día durante 90 minutos/día Frecuencia=80Hz Pulso=50 o 180ms (según la tolerabilidad) Intensidad máxima que resulte confortable duración de 6 meses de media	<u>Dolor:</u> MPQ-DLV, VAS <u>Función sexual:</u> FSFI <u>Angustia relacionada con la sexualidad:</u> FSFS	Disminuyó el dolor Mejóro la función sexual y la angustia relacionada con la sexualidad Vestibulectomía el 4% de las participantes
Silva APM et al., 2017(19)	ECNA	Evaluar la efectividad a largo plazo del masaje Thiele en el tratamiento de mujeres con dispareunia causada por sensibilidad en la musculatura del suelo pélvico	18	Masaje transvaginal "Thiele" 5 minutos de masaje/sesión 1 sesión/ semana 4 semanas en total Grupo 1: dispareunia Grupo 2: dolor pélvico crónico	<u>Dolor:</u> VAS, MPQ <u>Función sexual:</u> FSFI <u>Ansiedad y depresión:</u> HADS	Mejoría en el dolor Escala HADS: no se observaron diferencias Escala FSFI:mejorías en todos los items en el grupo dispareunia, pero en el grupo dolor pélvico crónico solo se obtuvo mejoría en el apartado del dolor

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en mujeres con vulvodinia

Goldfinger C. et al., 2016(20)	ECA piloto	Comparar los efectos de la terapia cognitivo-conductual y la fisioterapia en el dolor y los elementos psicosexuales en mujeres con PVD	20	8 sesiones de 1 hora y 30 min/sesion entre 8 y 24 semanas tratamiento y actividades para realizar en casa Grupo 1: fisioterapia multimodal Grupo 2: terapia cognitivo conductual	<u>Dolor:</u> MPQ, cotton swab test, VAS, Vulvar Pain Improvement Scale <u>Función sexual:</u> FSFI-Revised <u>Catastrofización del dolor</u> PCS <u>Manejo del dolor</u> Copin Strategies Questionnaire	Se produjo en ambos grupos una disminución del dolor, una mejoría en cuanto a la catastrofización del dolor y del manejo sobre el dolor La función sexual solamente mejoró en el grupo de terapia cognitivo conductual
Morin M. et al., 2016(21)	ECA	Comparar la eficacia de la fisioterapia multimodal para la musculatura del suelo pélvico y la lidocaína durante la noche con el fin de reducir el dolor durante el coito en mujeres con PVD Comparar los efectos de ambos tratamientos en cuanto al dolor, la	212	10 sesiones 1 sesión/semana 60 min/sesión Grupo 1: Educación, estiramientos, liberación miofascial, presión y masaje en la musculatura de suelo pélvico, obturador interno, piramidal, glúteo, adductores, abdominales, biofeedback En el domicilio: ejercicios de respiración profunda, contracción y propiocepción de la musculatura del suelo pélvico, estiramientos con un dilatador vaginal, masaje y movilización de tejidos del vestíbulo vulvar	<u>Dolor:</u> NRS, MPQ <u>Función sexual:</u> FSFI <u>Satisfacción sexual:</u> Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire <u>Angustia relacionada con la sexualidad:</u> FSDS <u>Catastrofización del dolor:</u> PCS <u>Ansiedad:</u> STAI, Pain Anxiety Symptoms Scale <u>Depresión:</u> BDI	Ambos grupos mostraron cambios significativos en todas las medidas La fisioterapia fue más eficaz que la lidocaína para reducir el dolor durante el coito, en la angustia sexual, en la mejoría de la función sexual y produjo una mayor satisfacción con el tratamiento

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en mujeres con vulvodinia

		función sexual, la catastrofización, ansiedad y depresión, la morfología y función de la musculatura del suelo pélvico y la impresión global de la paciente en cuanto al cambio		- Grupo 2: aplicación de lidocaína 5% 50mg/g en el vestíbulo cada noche (8 horas aprox) y colocación de un algodón impregnado de la misma a la entrada de la vagina Se realiza cada noche durante 10 semanas	<u>Impresión de cambio:</u> Patient's Global Impression of Change <u>Morfología de la musculatura del SP:</u> 4D ultrasound <u>Fuerza de la musculatura del suelo pélvico:</u> Dinamometría	
--	--	---	--	--	--	--

RS: revisión sistemática; ECA: ensayo clínico aleatorizado; ECNA: ensayo clínico no aleatorizado; FSFI: Female Sexual Function Index ;VAS: Visual Analogue Scale; NRS: Numerical Rating Scale; HADS:Hospital Anxiety and Depression Scale ;FSDS:Female Sexual Distress Scale; SEMG: Electromiografía superficial; MPQ: McGill Pain Questionnaire; BDI: Beck Depression Inventory; STAI: State Trait Anxiety Inventory; PCS: Pain Catastrophizing Scale.

Masaje Thiele: técnica consistente en realizar un masaje desde el origen hasta la inserción del músculo aplicando una presión que pueda ser tolerable para la paciente.

Masaje Wurn: técnica de masaje consistente en la aplicación de una tracción sobre los tejidos blandos para liberar la tensión en ellos.

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en mujeres con vulvodinia

<i>Tabla 7. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones de las revisiones sistemáticas</i>			
Autor	Conclusiones	Limitaciones	Recomendaciones
Trahan J. et al., 2019(13)	La terapia manual alivia el dolor durante el coito y mejora la función sexual	La muestra es pequeña No se realiza aleatorización Los estudios son de baja calidad No se obtienen resultados concluyentes en cuanto al tipo de terapia y los tiempos de tratamiento más eficaces La cantidad de estudios existentes es limitada Existe heterogeneidad entre estudios en cuanto a los elementos de medida, frecuencia del tratamiento y seguimiento realizado tras el tratamiento	
Berghmans B., 2018(14)	La fisioterapia, como parte de un equipo multidisciplinar, es eficaz y segura para el tratamiento del dolor pélvico crónico y las disfunciones sexuales femeninas	Hay insuficiencia de datos de referencia y resultados de test	Es necesaria la realización de más ensayos clínicos controlados aleatorizados de alta calidad para estudiar las diferentes modalidades de fisioterapia, establecer protocolos para determinar los efectos a largo plazo, la integración de un plan de tratamiento para las disfunciones sexuales femeninas
Morin M. et al., 2017(15)	Diferentes formas de tratamiento de fisioterapia, como el biofeedback, los dilatadores vaginales, la estimulación eléctrica, la educación, la fisioterapia multimodal y dentro de un equipo	No existe un grupo de comparación en los estudios Las muestras que se utilizan son pequeñas Se utilizan, en ocasiones, medidas no validadas Hay variación entre participantes en cuanto a las modalidades utilizadas o la duración del tratamiento en un mismo estudio	Los hallazgos positivos deberían continuar siendo investigados en ensayos clínicos bien aleatorizados

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en mujeres con vulvodinia

	multidisciplinar son efectivas para disminuir el dolor y mejorar la función sexual	Se utilizan otros tratamientos a la vez No están aleatorizados No se estudian técnicas emergentes como el láser, la punción seca o tratamiento para la sensibilización central	
--	--	--	--

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en mujeres con vulvodinia

Tabla 8. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones de los ensayos clínicos y estudio de cohortes			
Autor	Conclusiones	Limitaciones	Recomendaciones
Schvartzman R. et al., 2019(16)	La intervención de fisioterapia sobre la musculatura del suelo pélvico mejora el dolor, la calidad de vida, la función sexual y la función de la musculatura del suelo pélvico en las mujeres con dispareunia	La muestra es pequeña El reclutamiento de las participantes se hizo a través de publicidad en periódicos locales No hay simple ciego La población es homogénea en términos sociodemográficos	
Gopalakrishnan et al., 2018(17)	La fisioterapia puede tener un papel importante en cuanto a la mejora de síntomas en la vulvodinia, pudiendo ser utilizada como tratamiento de primera línea		Son necesarias más investigaciones y estudios de alta calidad para introducir a la fisioterapia dentro de un equipo multidisciplinar y establecer un protocolo estandarizado de actuación
Vallinga M.S. et al., 2017(18)	El tratamiento con TENS domiciliario aplicado además de un tratamiento multidimensional, obtiene beneficios significativos en el manejo de la PVD: reduce el dolor vulvar y reduce la necesidad de una vestibulectomía	No existe un grupo de control por placebo Las pacientes tienen una alta responsabilidad en cuanto a su propio tratamiento	
Silva APM et al., 2017(19)	El masaje Thiele es efectivo en el tratamiento de la dispareunia causada por sensibilidad en la musculatura del suelo pélvico con un alivio del dolor a largo plazo		
Goldfinger C.	Tanto la terapia cognitiva conductual como la fisioterapia son tratamientos	La muestra utilizada es pequeña	

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en mujeres con vulvodinia

et al., 2016(20)	potencialmente efectivos para el tratamiento del dolor y disfunción psicosexual causados por la PVD	No existe un grupo control	
Morin M. et al., 2016(21)	La fisioterapia en diferentes modalidades es efectiva para reducir el dolor y la angustia sexual, además de mejorar la función sexual en mujeres con PVD. Además, es más efectiva que la lidocaína en el tratamiento de la PVD		

Tras analizar las variables de los artículos seleccionados se obtienen los siguientes resultados:

Terapia manual:

La terapia manual como única técnica de fisioterapia fue aplicada en 2 artículos: 1 revisión sistemática y 1 ensayo clínico.

Trahan J. et al.(13) realizaron una revisión sistemática en la cual seleccionaron 3 estudios observacionales y 1 ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de evaluar la eficacia de la terapia manual en la reducción del dolor pélvico en mujeres con dispareunia. El total de participantes en los estudios fue de 102 mujeres. Los tratamientos recogidos en los artículos consistieron en: masaje Thiele y técnicas de aumento de la movilidad de los tejidos (liberación miofascial y uterovesical; tratamiento de puntos gatillo; estiramientos intravaginales; maniobras de compresión; masaje con técnica wurn, consistente en la aplicación de una tracción sobre los tejidos blandos para liberar la tensión en ellos). Los resultados fueron mejoría en el dolor en todos los artículos y mejorías en la función sexual en todos los artículos excepto en uno (Silva et al.).

Silva APM et al.(19) llevaron a cabo un ensayo clínico en donde fueron incluidas 18 mujeres diagnosticadas con dispareunia causada por sensibilidad en la musculatura del suelo pélvico. Fueron distribuidas en dos grupos: dispareunia y dolor pélvico crónico. La mediana de edad de estos se situó en 31.3 años y 35.0 años. En el grupo dispareunia se aplicó masaje transvaginal tipo Thiele, técnica consistente en realizar un masaje desde el origen hasta la inserción del músculo aplicando una presión que pueda ser tolerable para la paciente, durante 5 minutos en cada sesión. El tratamiento consistió en 1 sesión semanal durante 4 semanas. Se produjeron mejorías en ambos grupos en el dolor y en la función sexual, pero no se observaron diferencias en la ansiedad y depresión. El grupo dispareunia mostró mejoría en todos los ítems en la escala utilizada para la medición de la función sexual, mientras que el grupo dolor pélvico crónico solamente obtuvo mejoría en el apartado correspondiente al dolor.

A modo de síntesis:

- **Muestra:**

La muestra varía entre las 18 mujeres participantes en el ensayo clínico de Silva APM et al.(19) y las 102 mujeres de la revisión sistemática de Trahan J. Et al.(13)

- **Mediciones:**

El dolor en ambos artículos se mide utilizando la escala VAS y el cuestionario McGill PI; Trahan J. Et al.(13) reúnen artículos en los cuales también son utilizadas la escala NRS y Mankoski Pain Scale para esta misma variable. La función sexual es medida en ambos mediante la escala FSFI y la ansiedad y la depresión mediante la

escala HADS. Trahan J. Et al.(13) miden también la mejoría percibida por el paciente con la escala Patient Global Impression of Improvement Scale.

- **Intervención:**

Se realiza terapia manual en los dos artículos, presentándose en ambos el masaje Thiele como técnica de abordaje de las pacientes. Trahan J, et al.(13) incluyen otras técnicas como liberación miofascial y uterovesical, tratamiento de puntos gatillo, estiramientos intravaginales, maniobras de compresión, y masaje con técnica wurn.

- **Resultados:**

En ambos artículos se obtienen mejorías en el dolor y en la función sexual, exceptuando en uno de los incluidos en la revisión sistemática realizada por Trahan J. Et al.(13) en el cual no se apreciaron diferencias en la función sexual. Silva APM et al.(19) no observaron diferencias en cuanto a la ansiedad y la depresión, pero sí obtuvieron mejores resultados en la función sexual en el grupo de tratamiento dispareunia respecto al segundo grupo que no recibió tratamiento específico para la dispareunia.

Fisioterapia multimodal:

La fisioterapia aplicada en diferentes modalidades se encuentra en cinco de los artículos seleccionados: 3 ensayos clínicos y 2 revisiones sistemáticas.

Schvartzman R. et al.(16), en su ensayo clínico, incluyeron a 42 mujeres con edad comprendida entre los 40 y los 60 años (edad media de 51 años) para evaluar el efecto de una intervención de fisioterapia sobre el dolor, la función sexual, la calidad de vida y la función del suelo pélvico sobre la dispareunia. Para ello dividieron a las participantes en 2 grupos: grupo suelo pélvico (grupo 1) y grupo espalda baja (grupo 2) y realizaron un abordaje multimodal sobre el grupo suelo pélvico. Aplicaron termoterapia infrarroja sobre la musculatura del suelo pélvico; liberación miofascial, tratamiento de puntos gatillo y ejercicios de contracción-relajación sobre esta misma musculatura; liberación miofascial del diafragma abdominal, del piramidal y del psoas ilíaco; y biofeedback con electromiografía. El tratamiento consistió en un total de 5 sesiones con una duración de 1 hora por sesión. Ambos grupos mostraron mejoría en el dolor, siendo más significativa la del grupo suelo pélvico. Además, en este mismo grupo se observó mejoría en la función sexual, en la calidad de vida y en la función del suelo pélvico.

Berghmans B.(14) realizó una revisión sistemática con el objetivo de evidenciar el lugar que ocupa la fisioterapia dentro del tratamiento multidisciplinar en mujeres con dolor pélvico y disfunción sexual. En ella se incluyeron 32 artículos: 27 revisiones sistemáticas y 5 ensayos clínicos aleatorizados. Los tratamientos aplicados en los diferentes artículos seleccionados fueron: educación (explicaciones relacionadas con la patología, la

involucración de la musculatura del suelo pélvico, los factores que tienen influencia en la intensidad del dolor, técnicas para el manejo del dolor, las conductas sexuales más adecuadas y conductas vulvovaginales más saludables, cómo realizar actividades sexuales sin dolor), estiramientos (en la musculatura de la espalda, en los miembros inferiores y en el abdomen), técnicas de deslizamiento neural, entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, terapia manual, punción seca, ejercicios respiratorios y de relajación, biofeedback, técnicas de dilatación vaginal, estimulación eléctrica y ejercicios para la realización en el domicilio (técnicas de relajación, ejercicios para el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, estiramientos, utilización de dilatadores vaginales). Todos los tratamientos mostraron una disminución en el dolor, mejoría en la función sexual y mejorías en la función de la musculatura del suelo pélvico.

Morin M. et al.(15) realizaron otra revisión sistemática en la cual el objetivo planteado fue evidenciar la efectividad de la fisioterapia para la disminución del dolor durante el coito y mejorar la función sexual en mujeres con PVD. Fueron seleccionados 43 artículos: 7 ensayos clínicos controlados aleatorizados, 19 estudios prospectivos, 5 estudios retrospectivos, 6 estudios de casos y 6 estudios de protocolos. El tratamiento en estos estudios consistió en: biofeedback, dilatadores y técnicas de inserción vaginal, estimulación eléctrica, terapia manual, educación, fisioterapia multimodal, equipo multidisciplinar. Se obtuvieron mejorías en el dolor y en la función sexual en todos los tratamientos aplicados.

Goldfinger C. et al.(20) realizaron un ensayo clínico cuyo objetivo fue comparar los efectos de la terapia cognitivo conductual y la fisioterapia en el tratamiento del dolor y sobre los elementos psicosexuales en mujeres con PVD. Fueron seleccionadas 20 mujeres con edad comprendida entre los 18 y 56 años, y se dividieron en 2 grupos de tratamiento: fisioterapia (grupo 1) y terapia cognitivo conductual (grupo 2). En el grupo de fisioterapia se incluyeron diferentes tipos de tratamiento: educación, ejercicios enfocados a la musculatura del suelo pélvico, terapia manual, biofeedback con electromiografía, ejercicios para la penetración vaginal progresiva mediante la utilización de dilatadores vaginales, estiramientos de la musculatura de la cadera, ejercicios respiratorios, ejercicios de relajación global del cuerpo y técnicas de manejo del dolor. Se realizaron 8 sesiones de 1 hora y media de duración cada una y se distribuyeron entre 8 y 24 semanas. Se pautaron, además, ejercicios para la realización en el domicilio. Se observó en ambos grupos una disminución en el dolor, mejoría en la catastrofización del dolor y mejoría en el manejo del dolor.

Morin M. et al.(21) realizaron un ensayo clínico en el que se incluyó a un grupo de 212 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 45 años. Su objetivo fue comparar la eficacia de la fisioterapia multimodal para el tratamiento de la musculatura del suelo pélvico y la lidocaína aplicada durante la noche con el fin de disminuir el dolor durante el coito en mujeres con PVD. Las participantes fueron divididas en dos grupos: fisioterapia

(grupo 1) y lidocaína (grupo 2). En el primero de los grupos se aplicó un tratamiento consistente en: educación, terapia manual y biofeedback. En la educación se incluyeron explicaciones sobre la fisiopatología de la PVD, la involucración de la musculatura del suelo pélvico en esta, comportamientos sexuales y vulvovaginales saludables, dolor crónico y recuperación de actividades sexuales no dolorosas. La duración de la terapia manual fue de 20 a 25 minutos por sesión y se utilizaron estiramientos, técnicas de liberación miofascial, presión, masaje, técnicas sobre obturador interno, piramidal, glúteo, aductores y abdominales. Por último, el biofeedback se aplicó por 20 minutos en cada sesión. El tiempo total dedicado a cada sesión fue de 60 minutos y las sesiones se realizaron semanalmente durante 10 semanas. Además de esto, se pautaron ejercicios para la realización en el domicilio como: ejercicios respiratorios, contracción y propiocepción de la musculatura del suelo pélvico, estiramientos, dilatadores vaginales, masaje y movilización de los tejidos del vestíbulo vulvar. Se obtuvieron mejorías en ambos grupos en el dolor, la función sexual, la satisfacción sexual, la angustia relacionada con la sexualidad, la catastrofización del dolor, la ansiedad, la depresión, la morfología y fuerza de la musculatura del suelo pélvico. A pesar de esto, la fisioterapia se mostró más eficaz que la lidocaína para reducir el dolor durante el coito, en la angustia sexual, en la mejoría de la función sexual y produjo una mayor satisfacción con el tratamiento.

A modo de síntesis:

- **Muestra:**

La muestra varía entre las 20 mujeres que participaron en el ensayo de Goldfinger C. et al.(20) y las 212 mujeres participantes en el ensayo clínico de Morin M. et al.(21)

- **Intervención:**

En los cinco artículos se recogen las siguientes técnicas de fisioterapia:

- Educación: explicaciones relacionadas con la patología, la involucración de la musculatura del suelo pélvico, los factores que tienen influencia en la intensidad del dolor, técnicas para el manejo del dolor, las conductas sexuales más adecuadas y conductas vulvovaginales más saludables, cómo realizar actividades sexuales sin dolor.
- Estiramientos: realizados en la musculatura de la espalda, en los miembros inferiores y en el abdomen.
- Terapia manual: liberación miofascial, tratamiento de puntos gatillo
- Ejercicios de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico: ejercicios de contracción-relajación.

- Biofeedback
- Técnicas de deslizamiento neural
- Técnicas de dilatación e inserción vaginal
- Estimulación eléctrica
- Ejercicios respiratorios y de relajación
- Termoterapia infrarroja
- Punción seca
- Ejercicios para su realización en el domicilio: técnicas de relajación, entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, estiramientos, utilización de dilatadores vaginales.

• **Mediciones:**

En estos estudios son realizadas variedad de mediciones para diferentes variables:

El dolor es medido en todos los artículos utilizando las siguientes escalas y test:

- VAS: Schwartzman R. et al.(16), Morin M. et al.(21), Goldfinger et al.(20)
- NRS: Morin M. et al(21)., Morin M. et al.(15)
- Cotton swab test: Morin M. et al.(15), Goldfinger et al.,(20)
- McGill PQ: Morin M. et al.(21), Goldfinger et al.(20), Morin M. et al.(15)
- Vulvar Pain Improvement Scale: Goldfinger et al.(20)

La función sexual es medida en tres artículos mediante:

- FSFI: Schwartzman R, et al.(16), Goldfinger et al.(20), Morin M. et al. (21)

La calidad de vida se mide solamente en uno de los estudios utilizando:

- Cervantes QoL scale: Schwartzman R. et al.(16)

Función de la musculatura del suelo pélvico: se mide en dos estudios utilizando:

- New PERFECT: Schwartzman R. et al. (16)
- Miotecsuite miograph: Schwartzman R. et al. (16)
- 4D ultrasound: Morin M. et al.(21)
- Dinamometría: Morin M. et al.(21)

La catastrofización del dolor aparece como una de las mediciones realizadas en dos estudios utilizando:

- PCS: Goldfinger et al.(20) y Morin M.et al.(21)

El manejo del dolor se mide solamente en un estudio con el cuestionario:

- Copin Strategies Questionnaire: Goldfinger et al.(20)

La angustia, ansiedad y depresión son medidas en un estudio: Morin M. et al. (21).

En él se utilizan las escalas:

- FSDS
- STAI
- Pain Anxiety Symptoms Scale
- BDI

La impresión del cambio se mide en un estudio (Morin M. et al.(21)) mediante:

- Patients global impression of change

- **Resultados:**

En todos los estudios se observa una disminución en el dolor; Goldfinger et al.(20) observó mejorías también en el manejo del dolor.

En cuatro de ellos (Schvartzman R. et al.(16), Berghmans B.(14), Morin M. et al.(15), Morin M. et al.(21)) se produjo una mejoría en la función sexual y Morin M. et al.(21) obtuvo, además, mejorías en la satisfacción sexual de las participantes.

En cuanto a aspectos psicológicos, Goldfinger et al.(20) y Morin M. et al., obtuvieron mejorías en cuanto a la catastrofización del dolor, y en el estudio de Morin M. et al. (21) los resultados relacionados con la ansiedad, la depresión y la angustia fueron positivos.

La musculatura del suelo pélvico mejoró su electromiografía en el estudio de Schvartzman R, et al.(16) y mejoró su morfología y su fuerza en el estudio de Morin M. et al.(21)

Por último, Schvartzman R, et al.(16) obtuvo resultados positivos en relación a la calidad de vida de las participantes en su estudio.

Entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico:

En todos los artículos seleccionados, solamente en uno se aplica el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico como único tratamiento de fisioterapia y de forma específica, ya que no es incluido dentro de un tratamiento con fisioterapia multimodal:

Gopalakrishnan et al.(17) llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorio para el cual seleccionaron 40 mujeres con edad entre los 20 y los 50 años. Su objetivo fue analizar la eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico y del yoga en la vulvodinia. Se crearon 2 grupos: tratamiento con ejercicios enfocados a la musculatura del suelo pélvico (20 mujeres) y clases de yoga (20 mujeres). En el primero de los grupos se realizó un tratamiento consistente en ejercicios de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, isométricos de glúteos y de aductores, puente pélvico, sentadillas en la pared, saltos de tijera, insecto muerto, mesa dividida, pájaro-perro. Se realizaron 5 sesiones por semana con una duración de 15 a 30 minutos por sesión. El tratamiento completo constó de 6 semanas. Además, se incluyeron modificaciones en el comportamiento como no vestir prendas ajustadas, no andar en bicicleta durante los meses de tratamiento o no permanecer sentada durante más de 30 minutos de manera continua. El grupo entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico mostró mejorías en el dolor y la angustia relacionada con la sexualidad. Además, obtuvo mayor beneficio sobre la disminución en la intensidad del dolor que el grupo de yoga.

TENS:

El tratamiento con TENS es aplicado en uno de los artículos seleccionados:

Vallinga et al.(18) llevaron a cabo un estudio de cohortes sobre un grupo de 39 mujeres con edad comprendida entre 19 y 41 años (media de 27 años) con el fin de evaluar si el TENS produce un efecto beneficioso en el dolor, la función sexual y los aspectos psicológicos en mujeres con PVD resistentes al tratamiento y su influencia sobre la necesidad de cirugía. El tratamiento se realizó con TENS domiciliario a mayores del tratamiento que ya se estaba realizando. Los electrodos se colocaron a ambos lados del entroito y los parámetros de aplicación fueron frecuencia de 80Hz, pulso entre 50 y 180 microsegundos en función de la sensibilidad presentada por la paciente, y la intensidad máxima posible que resultase cómoda. Se recomendó la utilización del TENS durante 3 veces al día para un total de 90 minutos, pero las participantes fueron libres de elegir su propio protocolo de administración. La duración total del tratamiento varió entre 1 y 12 meses, con una media de 6 meses. Los resultados fueron la disminución del dolor, la mejoría en la función sexual y mejoría en la angustia relacionada con la sexualidad. Además, solo hubo necesidad de realizar una vestibulectomía en el 4% de las pacientes.

7. DISCUSIÓN

La discusión se realiza en base a los diferentes tipos de tratamiento obtenidos en los resultados:

Terapia manual:

La terapia manual es abordada como tratamiento único de fisioterapia en 2 artículos: 1 revisión sistemática y 1 ensayo clínico.

Trahan J. Et al.(13) recogieron en su revisión sistemática tratamientos de terapia manual consistentes en masaje Thiele y técnicas de aumento de la movilidad de los tejidos, y Silva APM et al.(19) aplicaron un tratamiento de masaje con técnica Thiele.

Se realizaron en ambos mediciones en cuanto al dolor con la escala VAS y el cuestionario McGill, y en cuanto a la función sexual con la scala FSFI. Todas las técnicas mostraron una mejoría en el dolor y en la función sexual, excepto en uno de los artículos incluidos en la revisión sistemática de Trahan J. Et al.(13), en el cual no se observaron diferencias en cuanto a la función sexual. En el estudio de Silva APM et al.(19) también se encontraron diferencias en cuanto a la función sexual entre el grupo de tratamiento y el grupo de control, produciéndose una mejora más significativa en el grupo de tratamiento con masaje Thiele.

Estos resultados sugieren que la terapia manual es efectiva para el tratamiento de mujeres con dispareunia, aunque no es posible realizar una comparación entre los diferentes tratamientos de los artículos debido a la heterogeneidad en el protocolo utilizado en ellos. Además, se necesitan más estudios de calidad que puedan corroborar esta hipótesis, puesto que actualmente la evidencia disponible es muy escasa y los estudios existentes poseen una serie de limitaciones como son la pequeña muestra que utilizan y la no aleatorización de los grupos de tratamiento.

Fisioterapia multimodal:

Se considera fisioterapia multimodal a aquel tipo de tratamiento de fisioterapia que incluye diferentes técnicas para el abordaje de una patología. Este tipo de abordaje es tratado en 5 artículos: 3 ensayos clínicos y 2 revisiones sistemáticas: Schwartzman R. et al. (12), Berghmans B.(14), Morin M. et al.(15), Goldfinger C. et al.(20) y Morin M. et al.(21) .

En este caso, hay mayor evidencia de que la fisioterapia multimodal, es decir, la combinación de diferentes técnicas de tratamiento, es efectiva para la disminución del dolor, la mejoría de la función sexual, la mejoría en aspectos psicológicos relacionados con la patología y en la función de la musculatura del suelo pélvico. Además, se mostró la mayor efectividad del tratamiento de fisioterapia en comparación al tratamiento con lidocaína

durante la noche (Morin M. et al.(21)), y en comparación también a la ausencia de tratamiento (Schvartzman R. et al.(16)).

Realizar una comparativa entre los diferentes estudios en cuanto a los resultados resulta difícil, debido a la variedad de medidas utilizadas y test o escalas de medición aplicados. Por otra parte, el hecho de aplicar diferentes técnicas de fisioterapia dentro de un mismo tratamiento, no resulta clarificante a la hora de evidenciar qué técnicas son más efectivas que otras. Tampoco se especifica el protocolo exacto de tratamiento aplicado, hecho que impide obtener conclusiones en cuanto a la forma más adecuada de actuación. Además, estos estudios presentan una serie de limitaciones como las pequeñas muestras utilizadas para su realización, la inexistencia de grupos de control, el uso en algunos casos de medidas que no se encuentran validadas, la aplicación de otros tratamientos a la vez o que no se encuentran aleatorizados.

Entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico:

El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico como tratamiento único para la vulvodinia solamente se aplicó en el ensayo clínico aleatorizado de Gopalakrishnan et al. (17). Se obtuvieron resultados beneficiosos en cuanto al dolor y la angustia reacionada con la sexualidad tras el tratamiento.

Estos resultados sugieren que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico es beneficioso para el tratamiento de la vulvodinia, pero es necesaria la realización de más estudios que puedan corroborar esta hipótesis.

TENS:

El tratamiento con TENS fue aplicado en uno de los estudios seleccionados: el estudio de cohortes realizado por Vallinga et al.(18) Se aplicó de forma domiciliaria y en combinación al tratamiento que ya se estaba realizando sobre las pacientes. Se observó una disminución del dolor, mejoría en la función sexual y mejoría en la angustia relacionada con la sexualidad. Además, solo el 4% de las participantes fueron sometidas a una vestibulectomía tras el tratamiento.

Este estudio se encuentra limitado por la falta de un protocolo exacto de aplicación del tratamiento , puesto que las pacientes fueron libres de utilizarlo bajo su juicio dentro de unos parámetros que fueron recomendados, además de que la responsabilidad del tratamiento recayó completamente sobre ellas. Tampoco se incluyó un grupo control en el estudio.

Los resultados sugieren que el TENS aplicado de forma domiciliaria y en combinación a otros tratamientos puede ser beneficioso para el abordaje de las pacientes con PVD resistente al tratamiento y además disminuir la probabilidad de necesidad de

realizar una intervención quirúrgica pero son necesarios estudios futuros de mayor calidad para la confirmación de la eficacia de este tratamiento.

Limitaciones:

Esta revisión sistemática se encuentra limitada por el escaso número de artículos existentes que cumplen con los criterios de inclusión y de exclusión.

Los artículos seleccionados, en general, utilizan una muestra pequeña de participantes, no incluyen a un grupo de control, los grupos no están aleatorizados, y tampoco especifican, en su mayoría, el protocolo exacto de tratamiento llevado a cabo. Además, existe heterogeneidad en cuanto a las mediciones llevadas a cabo y las escalas y test utilizados para ello, que en algunos casos impiden la realización de comparaciones entre diferentes estudios. Otra de las limitaciones es la aplicación de otros tratamiento como, por ejemplo el farmacológico, a la vez que el tratamiento de fisioterapia, que interfieren en los resultados obtenidos.

Esto hace que los resultados obtenidos no sean del todo concluyentes en cuanto al tratamiento de fisioterapia más eficaz para el abordaje de las mujeres con vulvodinia.

Recomendaciones:

Se recomienda la realización de más ensayos clínicos aleatorizados de calidad, utilizando una muestra de mayor tamaño e incluyendo en ellos a un grupo control. El protocolo de tratamiento aplicado en ellos deberá estar bien definido y se deberá utilizar la fisioterapia como único tratamiento para la patología. Además, se deberían estudiar mayor variedad de técnicas y algunas de las emergentes como pueden ser el láser, la punción seca y el tratamiento para la sensibilización central.

8. CONCLUSIONES

- Las técnicas utilizadas en fisioterapia para el tratamiento de las mujeres con vulvodinia son:
 - Terapia manual
 - Fisioterapia multimodal, la combinación de diferentes técnicas de fisioterapia dentro de un mismo tratamiento: educación, estiramientos, terapia manual, ejercicios de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, biofeedback, técnicas de deslizamiento neural, técnicas de dilatación e inserción vaginal, estimulación eléctrica, ejercicios respiratorios y de relajación, termoterapia infrarroja, punción seca y ejercicios para su realización en casa.
 - Entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico
 - TENS

- La efectividad de cada una de las técnicas de fisioterapia aplicadas en el tratamiento para la vulvodinia es:
 - Terapia manual: es eficaz en la mejoría del dolor y de la función sexual.
 - Fisioterapia multimodal: es el tratamiento con mayor evidencia, es efectivo para la disminución del dolor, la mejoría de la función sexual, la mejoría en aspectos psicológicos relacionados con la patología y en la función de la musculatura del suelo pélvico.
 - Entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico: parece ser beneficioso para la mejora del dolor y de la angustia relacionada con la sexualidad.
 - TENS: parece ser efectivo para disminuir el dolor, para mejorar la función sexual y para mejorar la angustia relacionada con la sexualidad, además de ayudar a disminuir las posibilidades de someterse a una vestibulectomía.

- El tratamiento de fisioterapia puede ser más eficaz que el tratamiento con lidocaína durante la noche para la mejoría del dolor y de la función sexual.

- El tratamiento de fisioterapia puede ser más eficaz que la ausencia de tratamiento para la mejoría del dolor, la función sexual y la función de la musculatura del suelo pélvico.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno B, Muñoz M, Cuellar J, Domancic S, Villanueva J, Moreno B, et al. Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral. diciembre de 2018;11(3):184-6.
2. Anatomía general del aparato genital femenino [Internet]. Intimagyne | Clínica de cirugía íntima láser. [citado 3 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.intimagyne.com/tratamientos/anatomia-general-del-aparato-genital-femenino/>
3. Anatomía vaginal externa » FLUJO VAGINAL [Internet]. FLUJO VAGINAL. 2017 [citado 3 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.flujovaginal.com/anatomia-vaginal-externa/>
4. Walker C. Walker, C., Fisioterapia en obstetricia y uroginecología ©2006. Elsevier España; 2006. 326 p.
5. Tatti S. Enfermedades de la vulva, la vagina y la región anal Nuevos enfoques preventivos, diagnósticos y terapéuticos en la era de la vacunación. 1ª. Panamericana; 2013.
6. clinicasabortos.mx. Vulva - ¿Qué es la vulva? [Internet]. clinicasabortos.mx. 2016 [citado 3 de septiembre de 2019]. Disponible en: [//www.clinicasabortos.mx/](http://www.clinicasabortos.mx/)
7. Gómez I, Coronado PJ, Martín CM, Alonso R, Guisasola-Campa FJ. Study on the prevalence and factors associated to vulvodynia in Spain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 21 de junio de 2019;240:121-4.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP). Committee Opinion No 673: Persistent Vulvar Pain. Obstet Gynecol. 2016;128(3):e78-84.
9. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. J Low Genit Tract Dis. abril de 2016;20(2):126-30.
10. Reed BD. Vulvodynia: diagnosis and management. Am Fam Physician. 1 de abril de 2006;73(7):1231-8.
11. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodynia: Assessment and Treatment. J Sex Med. abril de 2016;13(4):572-90.
12. Rosen NO, Dawson SJ, Brooks M, Kellogg-Spadt S. Treatment of Vulvodynia: Pharmacological and Non-Pharmacological Approaches. Drugs. abril de 2019;79(5):483-93.
13. Trahan J, Leger E, Allen M, Koebele R, Yoffe MB, Simon C, et al. The Efficacy of Manual Therapy for Treatment of Dyspareunia in Females: A Systematic Review. Womens Health Am Phys Ther Assoc. enero de 2019;43.
14. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. Int Urogynecology J. mayo de 2018;29(5):631-8.

15. Morin M, Carroll M-S, Bergeron S. Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Women With Provoked Vestibulodynia. *Sex Med Rev.* 1 de julio de 2017;5(3):295-322.
16. Schvartzman R, Schvartzman L, Ferreira CF, Vettorazzi J, Bertotto A, Wender MCO. Physical Therapy Intervention for Women With Dyspareunia: A Randomized Clinical Trial. *J Sex Marital Ther.* 2019;45(5):378-94.
17. Gopalakrishnan R, Vedhantham S, Gopinath Y, Gmoorthy T. Impact of Pelvic Floor Muscle Training with behavioral Modification and Yoga on Pain and Psychological distress in Vulvodynia-A Double Blinded Randomized Control Trials. *J Pharm Technol* [Internet]. octubre de 2018 [citado 29 de agosto de 2019]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328956948_ISSN_0974-3618_Print_wwwrjptonlineorg_0974-360X_Online_Impact_of_Pelvic_Floor_Muscle_Training_with_behavioral_Modification_and_Yoga_on_Pain_and_Psychological_distress_in_Vulvodynia-A_Double_Blinded_Ra
18. Vallinga MS, Spoelstra SK, Hemel ILM, van de Wiel HBM, Weijmar Schultz WCM. Transcutaneous electrical nerve stimulation as an additional treatment for women suffering from therapy-resistant provoked vestibulodynia: a feasibility study. *J Sex Med.* enero de 2015;12(1):228-37.
19. Silva APM da, Montenegro ML, Gurian MBF, Mitidieri AM de S, Lara LA da S, Poli-Neto OB, et al. Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles. *Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet.* enero de 2017;39(1):26-30.
20. Goldfinger C, Pukall CF, Thibault-Gagnon S, McLean L, Chamberlain S. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Physical Therapy for Provoked Vestibulodynia: A Randomized Pilot Study. *J Sex Med.* enero de 2016;13(1):88-94.
21. Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand M-H, Khalifé S, Waddell G, et al. Randomized clinical trial of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight lidocaine ointment in women with provoked vestibulodynia: Design and methods. *Contemp Clin Trials.* enero de 2016;46:52-9.
22. Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev Chil Infectol.* diciembre de 2014;31(6):705-18.
23. Visual Analog Scale - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/visual-analog-scale>
24. Numeric Pain Rating Scale [Internet]. Physiopedia. [citado 5 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.physio-pedia.com/Numeric_Pain_Rating_Scale
25. McGill Pain Questionnaire - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/mcgill-pain-questionnaire>
26. Welcome to FSFI Website: <https://www.fsfi-questionnaire.com/>
27. Mankoski Pain Scale <http://www.valis.com/andi/painscale.html>

10. ANEXOS

Anexo I. Escala de nivel de evidencia y grados de recomendación(22)

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad.
1b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho.
1c	Práctica clínica ("todos o ninguno") (*)
2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad.
2b	Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad (**)
2c	<i>Outcomes research</i> (***), estudios ecológicos.
3a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad.
3b	Estudio de casos y controles.
4	Serie de casos o estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad (****)
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, o basados en la fisiología, <i>bench research</i> o <i>first principles</i> (*****)

Se debe añadir un signo menos (-) para indicar que el nivel de evidencia no es concluyente si:

- Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza amplio y no estadísticamente significativo.
- Revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa.

(*) Cuando todos los pacientes mueren antes de que un determinado tratamiento esté disponible, y con él no muere ninguno.

(**) Por ejemplo, con seguimiento inferior al 80%.

(***) El término *outcomes research* hace referencia a estudios de cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico en los que se relacionan los eventos que suceden con las medidas terapéuticas que reciben.

(****) Estudio de cohortes: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión conocidas y/o sin seguimiento completo y suficientemente prolongado. Estudio de casos y controles: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión conocidas.

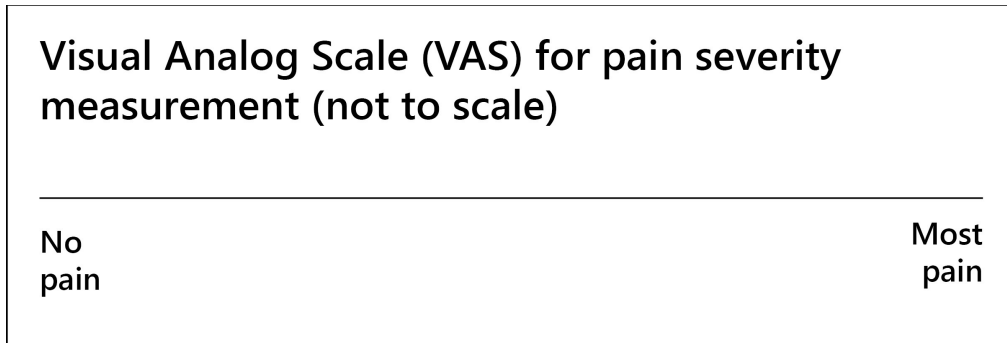
(*****) El término *first principles* hace referencia a la adopción de determinada práctica clínica basada en principios fisiopatológicos.

Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A	Estudios de nivel 1.
B	Estudios de nivel 2-3, o extrapolación de estudios de nivel 1.
C	Estudios de nivel 4, o extrapolación de estudios de nivel 2-3.
D	Estudios de nivel 5, o estudios no concluyentes de cualquier nivel.

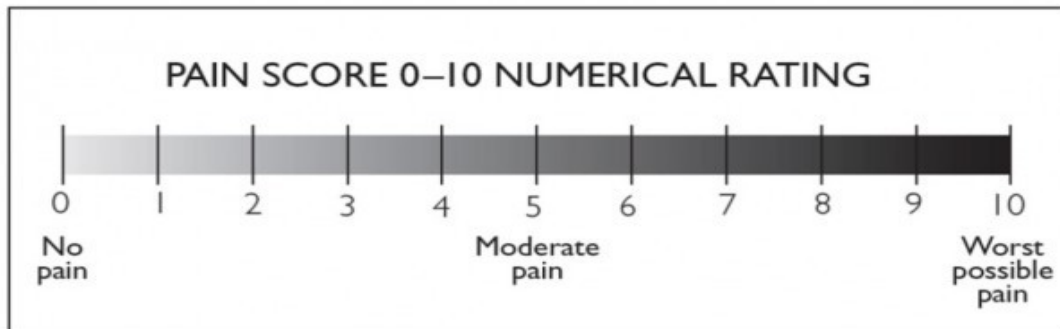
La extrapolación se aplica cuando nuestro escenario clínico tiene diferencias importantes respecto a la situación original del estudio.

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendación favorable.
C	Recomendación favorable pero no concluyente.
D	Ni se recomienda ni se desaprueba.

Anexo II. Visual Analogue Scale (VAS)(23)



Anexo III. Numerical Rating Scale (NRS)(24)

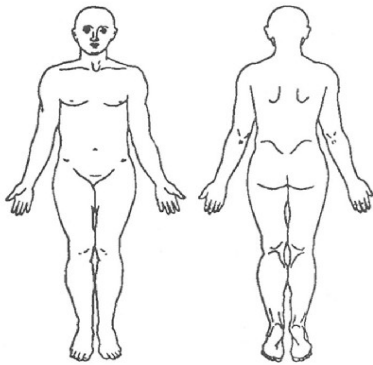


Anexo IV. McGill Pain Questionnaire(25)

McGILL PAIN QUESTIONNAIRE
RONALD MELZACK

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNGING</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">11 TIRING EXHAUSTING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2 JUMPING FLASHING SHOOTING</td> <td style="padding: 2px;">12 SICKENING SUFFOCATING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING</td> <td style="padding: 2px;">13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4 SHARP CUTTING LACERATING</td> <td style="padding: 2px;">14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING</td> <td style="padding: 2px;">15 WRETCHED BLINDING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">6 TUGGING PULLING WRENCHING</td> <td style="padding: 2px;">16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">7 HOT BURNING SCALDING SEARING</td> <td style="padding: 2px;">17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING</td> <td style="padding: 2px;">18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY</td> <td style="padding: 2px;">19 COOL COLD FREEZING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING</td> <td style="padding: 2px;">20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">PPI 0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING</td> </tr> </table>	1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNGING	11 TIRING EXHAUSTING	2 JUMPING FLASHING SHOOTING	12 SICKENING SUFFOCATING	3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING	4 SHARP CUTTING LACERATING	14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING	5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	15 WRETCHED BLINDING	6 TUGGING PULLING WRENCHING	16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE	7 HOT BURNING SCALDING SEARING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING	8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING	9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	19 COOL COLD FREEZING	10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING		PPI 0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">BRIEF _____</td> <td style="padding: 2px;">RHYTHMIC _____</td> <td style="padding: 2px;">CONTINUOUS _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">MOMENTARY _____</td> <td style="padding: 2px;">PERIODIC _____</td> <td style="padding: 2px;">STEADY _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">TRANSIENT _____</td> <td style="padding: 2px;">INTERMITTENT _____</td> <td style="padding: 2px;">CONSTANT _____</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;">  </div> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 5px; text-align: center;"> E = EXTERNAL I = INTERNAL </div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 20px; padding: 5px;"> <p>COMMENTS:</p> </div> <p style="text-align: right; font-size: small; margin-top: 10px;">© R. MELZACK, 1975</p>	BRIEF _____	RHYTHMIC _____	CONTINUOUS _____	MOMENTARY _____	PERIODIC _____	STEADY _____	TRANSIENT _____	INTERMITTENT _____	CONSTANT _____
1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNGING	11 TIRING EXHAUSTING																															
2 JUMPING FLASHING SHOOTING	12 SICKENING SUFFOCATING																															
3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING																															
4 SHARP CUTTING LACERATING	14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING																															
5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	15 WRETCHED BLINDING																															
6 TUGGING PULLING WRENCHING	16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE																															
7 HOT BURNING SCALDING SEARING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING																															
8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING																															
9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	19 COOL COLD FREEZING																															
10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING																															
	PPI 0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING																															
BRIEF _____	RHYTHMIC _____	CONTINUOUS _____																														
MOMENTARY _____	PERIODIC _____	STEADY _____																														
TRANSIENT _____	INTERMITTENT _____	CONSTANT _____																														

Anexo V. Pain Catastrophizing Scale (PCS)

Pain Catastrophizing Scale (Copyright 1995, 2001, 2004, 2006, 2009 Michael J. Sullivan, PhD)
 Everyone experiences painful situations at some point in their lives. Such experiences may include headaches, tooth pain, joint or muscle pain. People are often exposed to situations that may cause pain such as illness, injury, dental procedures or surgery.

We are interested in the types of thoughts and feeling that you have when you are in pain. Listed below are thirteen statements describing different thoughts and feelings that may be associated with pain. Using the scale, please indicate the degree to which you have these thoughts and feelings when you are experiencing pain.

	Not at all	To a slight degree	To a moderate degree	To a great degree	All the time
I worry all the time about whether the pain will end	0	1	2	3	4
I feel I can't go on	0	1	2	3	4
It's terrible and I think it's never going to get any better	0	1	2	3	4
It's awful and I feel that it overwhelms me	0	1	2	3	4
I feel I can't stand it anymore	0	1	2	3	4
I become afraid that the pain will get worse	0	1	2	3	4
I keep thinking of other painful events	0	1	2	3	4
I anxiously want the pain to go away	0	1	2	3	4
I can't seem to keep it out of my mind	0	1	2	3	4
I keep thinking about how much it hurts	0	1	2	3	4
I keep thinking about how badly I want the pain to stop	0	1	2	3	4
There's nothing I can do to reduce the intensity of the pain	0	1	2	3	4
I wonder whether something serious may happen	0	1	2	3	4

Anexo VI. Female Sexual Function Index (FSFI)(26)

Female Sexual Function Index (FSFI) ©

Subject Identifier _____ Date _____

INSTRUCTIONS: These questions ask about your sexual feelings and responses during the past 4 weeks. Please answer the following questions as honestly and clearly as possible. Your responses will be kept completely confidential. In answering these questions the following definitions apply:

Sexual activity can include caressing, foreplay, masturbation and vaginal intercourse.

Sexual intercourse is defined as penile penetration (entry) of the vagina.

Sexual stimulation includes situations like foreplay with a partner, self-stimulation (masturbation), or sexual fantasy.

CHECK ONLY ONE BOX PER QUESTION.

Sexual desire or interest is a feeling that includes wanting to have a sexual experience, feeling receptive to a partner's sexual initiation, and thinking or fantasizing about having sex.

1. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexual desire or interest?

- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

2. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of sexual desire or interest?

- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects of sexual excitement. It may include feelings of warmth or tingling in the genitals, lubrication (wetness), or muscle contractions.

3. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

4. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

5. Over the past 4 weeks, how **confident** were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high confidence
- High confidence
- Moderate confidence
- Low confidence
- Very low or no confidence

6. Over the past 4 weeks, how **often** have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

7. Over the past 4 weeks, how **often** did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

9. Over the past 4 weeks, how often did you **maintain** your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **often** did you reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **difficult** was it for you to reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

13. Over the past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en mujeres con vulvodinia

15. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your sexual relationship with your partner?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

16. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

17. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

18. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

19. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

Anexo VII. Cervantes QoL Scale

ESCALA "CERVANTES" DE MENOPAUSIA

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas y respuestas que vienen a continuación. Compare cada una de las palabras que aparecen a los lados de la pregunta. Además, entre el 0 y el 5 figuran 4 casillas numeradas del 1 al 4. Responda a las preguntas marcando una X dentro de la casilla que considere más adecuada según el grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se proponen. Es decir, si está **totalmente de acuerdo** marque el 5 y si está **totalmente en desacuerdo** marque el 0. Si no está **totalmente** de acuerdo o en desacuerdo utilice las casillas intermedias.

No pinte ni demarque ni emplee mucho tiempo en contestarlas. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, ni las respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad. Quisiera considerar que algunas preguntas son demasiado personales; no se preocupe, recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.

1. A lo largo del día noto que la cabeza me va doliendo cada vez mas

Nunca 0 1 2 3 4 5 Todos los días

2. No puedo mas de lo nerviosa que estoy

Nunca 0 1 2 3 4 5 Constantemente

3. Noto mucho calor de repente aunque los demás no lo sientan

Nunca 0 1 2 3 4 5 En todo momento

4. Mi interés por el sexo se mantiene como siempre

Mucho menos 0 1 2 3 4 5 Igual o más

5. No consigo dormir las horas necesarias

Nunca me ocurre 0 1 2 3 4 5 Constantemente

6. Todo me aburre incluso las cosas que antes me divertían

No es cierto 0 1 2 3 4 5 Cierto

7. Noto hormigueos en las manos y/o pies

No en absoluto 0 1 2 3 4 5 Insoportable

8. Me considero feliz en mi relación de pareja

Nada 0 1 2 3 4 5 Completamente

9. No consigo dormir las horas necesarias

Nunca me ocurre 0 1 2 3 4 5 Constantemente

10. He perdido la capacidad de relajarme

No, en absoluto 0 1 2 3 4 5 Completamente

11. Aunque duermo no consigo descansar

Nunca me ocurre 0 1 2 3 4 5 Constantemente

12. Noto como si las cosas me dieran vueltas

Nunca 0 1 2 3 4 5 Mucho

13. Mi papel como esposa o pareja es..

Nada importante 0 1 2 3 4 5 Muy importante

14. Creo que retengo líquido porque estoy hinchada

No, como siempre 0 1 2 3 4 5 Sí, mucho más

15. Estoy satisfecha de mis relaciones sexuales

Nada 0 1 2 3 4 5 Completamente

16. Noto que los músculos o articulaciones me duelen

No, en absoluto 0 1 2 3 4 5 Dolor insoportable

17. Creo que los demás estarían mejor sin mí

No, en absoluto 0 1 2 3 4 5 Cierto

18. Me da miedo hacer esfuerzos porque se me escapa la orina

No, en absoluto 0 1 2 3 4 5 Mucho

19. Desde que me levanto ya me encuentro cansada

Nada 0 1 2 3 4 5 Mucho

20. Tengo tan buena salud como cualquier persona de mi edad

No, en absoluto 0 1 2 3 4 5 Igual o mejor

21. Tengo la sensación de que no sirvo para nada

Nunca 0 1 2 3 4 5 En todo momento

22. Tengo relaciones sexuales tan a menudo como antes

Mucho menos 0 1 2 3 4 5 Igual o más

23. Noto que el corazón me late muy deprisa y sin control

Nada 0 1 2 3 4 5 Mucho

24. A veces pienso que no me importaría estar muerta

Nunca 0 1 2 3 4 5 Constantemente

25. Mi salud me causa problemas con los trabajos domésticos

Nunca 0 1 2 3 4 5 Mucho

26. En mi relación de pareja me siento tratada de igual a igual

Nunca me ocurre 0 1 2 3 4 5 Constantemente

27. Siento picor en la vagina como si estuviera demasiado seca

Nada 0 1 2 3 4 5 Mucho

28. Me siento vacía

Nunca 0 1 2 3 4 5 Siempre

29. Noto sofocaciones

Nunca 0 1 2 3 4 5 En todo momento

30. En mi vida el sexo es...

Nada importante 0 1 2 3 4 5 Extremadamente importante

31. He notado que tengo más sequedad de piel

No, como siempre 0 1 2 3 4 5 Sí, mucho más

0: Máxima calidad de vida

155: Mínima calidad de vida

Anexo VIII. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Tick the box beside the reply that is closest to how you have been feeling in the past week.
Don't take too long over your replies; your immediate is best.

D	A		D	A	
		I feel tense or "wound up":			I feel as if I am slowed down:
3		Most of the time	3		Nearly all the time
2		A lot of the time	2		Very often
1		From time to time, occasionally	1		Sometimes
0		Not at all	0		Not at all
		I still enjoy the things I used to enjoy:			I get a sort of frightened feeling like "butterflies" in the stomach:
0		Definitely as much	0		Not at all
1		Not quite so much	1		Occasionally
2		Only a little	2		Quite Often
3		Hardly at all	3		Very Often
		I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen:			I have lost interest in my appearance:
3		Very definitely and quite badly	3		Definitely
2		Yes, but not too badly	2		I don't take as much care as I should
1		A little, but it doesn't worry me	1		I may not take quite as much care
0		Not at all	0		I take just as much care as ever
		I can laugh and see the funny side of things:			I feel restless as I have to be on the move:
0		As much as I always could	3		Very much indeed
1		Not quite so much now	2		Quite a lot
2		Definitely not so much now	1		Not very much
3		Not at all	0		Not at all
		Worrying thoughts go through my mind:			I look forward with enjoyment to things:
3		Agreed! of the time	0		As much as I ever did
2		A lot of the time	1		Rather less than I used to
1		From time to time, but not too often	2		Definitely less than I used to
0		Only occasionally	3		Hardly at all
		I feel cheerful:			I get sudden feelings of panic:
3		Not at all	3		Very often indeed
2		Not often	2		Quite often
1		Sometimes	1		Not very often
0		Most of the time	0		Not at all
		I can sit at ease and feel relaxed:			I can enjoy a good book or radio or TV program:
0		Definitely	0		Often
1		Usually	1		Sometimes
2		Not Often	2		Not often
3		Not at all	3		Very seldom

Please check you have answered all the questions

Scoring:

Total score: Depression (D) _____ Anxiety (A) _____

0-7 = Normal

8-10 = Borderline abnormal (borderline case)

11-21 = Abnormal (case)

Anexo IX. Beck Depression Inventory

- Beck's Depression Inventory
- This depression inventory can be self-scored. The scoring scale is at the end of the questionnaire.
1.
 - 0 I do not feel sad.
 - 1 I feel sad.
 - 2 I am sad all the time and I can't snap out of it.
 - 3 I am so sad and unhappy that I can't stand it.
 2.
 - 0 I am not particularly discouraged about the future.
 - 1 I feel discouraged about the future.
 - 2 I feel I have nothing to look forward to.
 - 3 I feel the future is hopeless and that things cannot improve.
 3.
 - 0 I do not feel like a failure.
 - 1 I feel I have failed more than the average person.
 - 2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.
 - 3 I feel I am a complete failure as a person.
 4.
 - 0 I get as much satisfaction out of things as I used to.
 - 1 I don't enjoy things the way I used to.
 - 2 I don't get real satisfaction out of anything anymore.
 - 3 I am dissatisfied or bored with everything.
 5.
 - 0 I don't feel particularly guilty.
 - 1 I feel guilty a good part of the time.
 - 2 I feel quite guilty most of the time.
 - 3 I feel guilty all of the time.
 6.
 - 0 I don't feel I am being punished.
 - 1 I feel I may be punished.
 - 2 I expect to be punished.
 - 3 I feel I am being punished.
 7.
 - 0 I don't feel disappointed in myself.
 - 1 I am disappointed in myself.
 - 2 I am disgusted with myself.
 - 3 I hate myself.
 8.
 - 0 I don't feel I am any worse than anybody else.
 - 1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes.
 - 2 I blame myself all the time for my faults.
 - 3 I blame myself for everything bad that happens.
 9.
 - 0 I don't have any thoughts of killing myself.
 - 1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
 - 2 I would like to kill myself.
 - 3 I would kill myself if I had the chance.
 10.
 - 0 I don't cry any more than usual.
 - 1 I cry more now than I used to.
 - 2 I cry all the time now.
 - 3 I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.

11.
 0 I am no more irritated by things than I ever was.
 1 I am slightly more irritated now than usual.
 2 I am quite annoyed or irritated a good deal of the time.
 3 I feel irritated all the time.
12.
 0 I have not lost interest in other people.
 1 I am less interested in other people than I used to be.
 2 I have lost most of my interest in other people.
 3 I have lost all of my interest in other people.
13.
 0 I make decisions about as well as I ever could.
 1 I put off making decisions more than I used to.
 2 I have greater difficulty in making decisions more than I used to.
 3 I can't make decisions at all anymore.
14.
 0 I don't feel that I look any worse than I used to.
 1 I am worried that I am looking old or unattractive.
 2 I feel there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive.
 3 I believe that I look ugly.
15.
 0 I can work about as well as before.
 1 It takes an extra effort to get started at doing something.
 2 I have to push myself very hard to do anything.
 3 I can't do any work at all.
16.
 0 I can sleep as well as usual.
 1 I don't sleep as well as I used to.
 2 I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep.
 3 I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.
17.
 0 I don't get more tired than usual.
 1 I get tired more easily than I used to.
 2 I get tired from doing almost anything.
 3 I am too tired to do anything.
18.
 0 My appetite is no worse than usual.
 1 My appetite is not as good as it used to be.
 2 My appetite is much worse now.
 3 I have no appetite at all anymore.
19.
 0 I haven't lost much weight, if any, lately.
 1 I have lost more than five pounds.
 2 I have lost more than ten pounds.
 3 I have lost more than fifteen pounds.
20.
 0 I am no more worried about my health than usual.
 1 I am worried about physical problems like aches, pains, upset stomach, or constipation.
 2 I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else.
 3 I am so worried about my physical problems that I cannot think of anything else.
21.
 0 I have not noticed any recent change in my interest in sex.
 1 I am less interested in sex than I used to be.
 2 I have almost no interest in sex.
 3 I have lost interest in sex completely.

INTERPRETING THE BECK DEPRESSION INVENTORY

Now that you have completed the questionnaire, add up the score for each of the twenty-one questions by counting the number to the right of each question you marked. The highest possible total for the whole test would be sixty-three. This would mean you circled number three on all twenty-one questions. Since the lowest possible score for each question is zero, the lowest possible score for the test would be zero. This would mean you circled zero on each question. You can evaluate your depression according to the Table below.

Total Score	Levels of Depression
1-10	These ups and downs are considered normal
11-16	Mild mood disturbance
17-20	Borderline clinical depression
21-30	Moderate depression
31-40	Severe depression
over 40	Extreme depression

Anexo X. Mankoski Pain Scale(27)

Mankoski Pain Scale

- 0 - Pain Free
- 1 - Very minor annoyance - occasional minor twinges. No medication needed.
- 2 - Minor Annoyance - occasional strong twinges. No medication needed.
- 3 - Annoying enough to be distracting. Mild painkillers take care of it (Aspirin, Ibuprofen).
- 4 - Can be ignored if you are really involved in your work, but still distracting. Mild painkillers remove pain for 3-4 hours.
- 5 - Can't be ignored for more than 30 minutes. Mild painkillers ameliorate pain for 3-4 hours.
- 6 - Can't be ignored for any length of time, but you can still go to work and participate in social activities. Stronger painkillers (Codeine, narcotics) reduce pain for 3-4 hours.
- 7 - Makes it difficult to concentrate, interferes with sleep. You can still function with effort. Stronger painkillers are only partially effective.
- 8 - Physical activity severely limited. You can read and converse with effort. Nausea and dizziness set in as factors of pain.
- 9 - Unable to speak. Crying out or moaning uncontrollably - near delirium.
- 10 - Unconscious. Pain makes you pass out.