



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

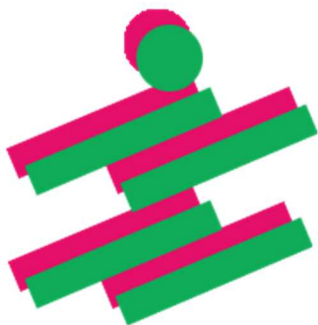
GRADO EN FISIOTERAPIA

Eficacia de la Fisioterapia en el tratamiento de la disfunción sexual femenina. Revisión bibliográfica.

Efficacy of Physical Therapy in the treatment of female sexual dysfunction.

Bibliographic review.

Eficacia da Fisioterapia no tratamento da disfunción sexual feminina. Revisión bibliográfica



Facultad de Fisioterapia

Alumna: Dña. Lydia García Vázquez

DNI: 47379258V

Tutor: Dña. Sandra Martínez Bustelo

Convocatoria: Junio 2020

ÍNDICE

1. Resumen	5
1. Abstract	6
1. Resumen	7
2. Introducción.....	8
2.1. Tipo de trabajo.....	8
2.2. Motivación personal.....	8
3. Contextualización	9
3.1. Antecedentes.....	9
3.1.1. Definición de “salud sexual” y “disfunción sexual”.....	9
3.1.2. Prevalencia y etiología de “disfunción sexual”.....	9
3.1.3. Clasificación de las disfunciones sexuales femeninas:.....	11
3.1.4. Disfunciones sexuales por hipertonia:.....	12
3.1.5. Disfunciones sexuales por hipotonia:.....	14
3.2. Justificación del trabajo.....	15
4. Objetivos	16
4.1. Pregunta de investigación.....	16
4.2. Objetivos.....	17
4.2.1 General.....	17
4.2.2 Específicos.....	17
5. Metodología	18
5.1. Fecha y bases de datos.....	18
5.2. Criterios de selección.....	18
5.3. Estrategia de búsqueda.....	19
5.3.1. Palabras clave.....	19
5.3.2. Ecuaciones de búsqueda.....	20
5.4. Gestión de la bibliografía localizada.....	21
5.5. Selección de artículos.....	21

5.6. Variables de estudio	22
5.7. Niveles de evidencia	23
5.8. Grados de recomendación	23
6. Resultados	24
6.1. Características de los resultados	35
6.1.1. Características de las muestras en los estudios	35
6.1.2. Características de los sistemas de medición empleados	35
6.2. Descripción de los métodos de fisioterapia para el tratamiento de las disfunciones sexuales	36
6.2.1. Estudios con el método de intervención de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico	36
6.2.2. Estudios con el método de intervención de técnicas manuales	38
6.2.3. Estudios con el método de intervención de técnicas instrumentales	38
6.2.4. Estudios con método de intervención multimodal de técnicas de fisioterapia	39
7. Discusión	41
7.1. Análisis de los distintos tipos de tratamiento	41
7.1.1. Estudios con el método de intervención de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico	41
7.1.2. Estudios con el método de intervención de técnicas manuales	43
7.1.3. Estudios con el método de intervención de técnicas instrumentales	44
7.1.4. Estudios con método de intervención multimodal de técnicas de fisioterapia	45
7.2. Limitaciones y recomendaciones	47
7.3. Líneas de investigación futuras	47
8. Conclusiones	48
9. Bibliografía	49
10. Anexos	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Traducción de las palabras clave a tesoro MESH	19
Tabla II. Estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos.....	20
Tabla III. Variables de estudio.....	22
Tabla IV. Niveles de evidencia y grados de recomendación.....	23
Tabla V. Resumen tipos de artículos seleccionados.....	24
Tabla VI. Resultados de los artículos seleccionados.....	25

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1. Modelo de respuesta sexual funcional/disfuncional.....	9
Figura 2 y 3. Vista lateral y transversal del suelo pélvico femenino.....	10
Figura 4. Respuesta sexual femenina vs respuesta sexual masculina.....	11
Figura 5. Diagrama de flujo de la selección de artículos.....	22

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS/ABREVIATURAS

CEI	Comité de ética de la investigación
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
PICO	Paciente, Intervención, Comparación, Resultado (Outcome)
UDC	Universidad de A Coruña
ADOPEC	Asociación de Dolor Pélvico Crónico
IPPS	International Pelvi-Perineal Society
OMS	Organización Mundial de la Salud
MSP	Músculos/musculatura del suelo pélvico
DO	Disfunción orgásmica
VDP	Vestibulodinia provocada
IU	Insuficiencia Urinaria

IF	Insuficiencia Fecal
SP	Suelo Pélvico
FSFI	Female Sexual Function Index (Índice de función sexual femenina)
EVA	Escala Visual Analógica
DSF	Disfunción Sexual Femenina
DS	Disfunción sexual

AGRADECIMIENTOS:

Me gustaría agradecer a mi tutora, Sandra Martínez Bustelo, por todo su apoyo y motivación proporcionada durante la realización de este trabajo, así como por ser la primera persona en introducirme en este mundo de la “Fisioterapia del suelo pélvico”.

A mis compañeros, por ser lo mejor que me llevo de estos últimos 4 años.

A mis padres, por apoyarme y confiar siempre en mí.

Y a mi hermano, por ser el primero en enseñarme lo que es la Fisioterapia y, por guiarme y animarme siempre a conseguir lo que me proponga.

1. RESUMEN

Objetivo. Analizar la evidencia científica publicada sobre la eficacia de las diferentes intervenciones de fisioterapia en el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas.

Material y método. Este trabajo consiste en la realización de una revisión bibliográfica de los artículos publicados en los últimos 5 años, en las bases de datos de *PubMed*, *PEDro*, *Cochrane* y *SCOPUS*, así como en el buscador libre “*Google académico*” y en las páginas de asociaciones específicas en este campo de la Fisioterapia, tales como *ADOPEC*, *IPPS* y la *Sociedad Española de Algias Perineales y Neuralgias Pudendas*. Durante la búsqueda de material todos los artículos que se encontraron pasaron los filtros de los criterios de inclusión, lo que quiere decir que todos los documentos fueron publicados en los últimos 5 años y se aplicaron los filtros de “sexo”, limitándolo al sexo femenino y el filtro de “humanos”. Del mismo modo, la principal disfunción del suelo pélvico debió ser la disfunción sexual, dejando al margen los tratamientos para afecciones como la incontinencia urinaria o fecal o la disfunción sexual derivada de procesos oncológicos, metabólicos, prolapsos o postparto.

Resultados. Se analizaron 16 artículos (6 ensayo clínicos aleatorizados, 2 análisis secundarios de ensayos clínicos aleatorizados, 1 ensayo clínico paralelo no aleatorizado, 2 estudios prospectivos y 5 revisiones sistemáticas). Los tratamientos de Fisioterapia analizados se dividieron en: entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, técnicas de terapia manual, técnicas instrumentales y terapia multimodal. Tras el análisis de los 16 artículos, el tratamiento mediante técnicas de Fisioterapia proporcionó mejorías en los diferentes tipos de disfunciones sexuales femeninas (vaginismo, dispareunia, vulvodinia, entre otras).

Conclusiones. La Fisioterapia parece ser un tratamiento eficaz en las disfunciones sexuales femeninas. Sin embargo, es necesaria más investigación y publicación de artículos de alta calidad metodológica sobre este tema, debido a la ausencia de un tratamiento “Gold Standard”.

Palabras clave. “Physiotherapy” (Fisioterapia); “Sexual dysfunction” (disfunción sexual); “Pelvic floor disorders” (disfunciones del suelo pélvico); “Female” (mujer)

1. ABSTRACT

Objective. To make a review of the published scientific evidence on the efficacy of different Physical Therapy interventions in the treatment of female sexual dysfunctions.

Methods. This work consists of a bibliographic review of the articles published in the last 5 years, in *PubMed*, *PEDro*, *Cochrane* and *Scopus* databases, as well as in the free search engine “*Google Academic*” and in the websites of specific associations in this field of physical therapy, such as *ADOPEC*, *IPPS* and *Spanish Society of Perineal Algias and Pudendas Neuralgias*.

During the search of material all articles that were found passed the filters of the inclusion criteria, which means that all the documents were published in the last 5 years as well as being applied the “sex” filter, limiting it to “female” and the “human” filter. In the same way, the main dysfunction of the pelvic floor must have been sexual dysfunction, leaving aside treatments for pelvic floor dysfunctions such as incontinence or sexual dysfunction derived from oncological or metabolic pathologies, prolapse or postpartum.

Outcomes. 16 articles were analyzed (6 randomized clinical trials, 2 secondary analyzes of randomized clinical trials, 1 non-randomized parallel clinical trial, 2 prospective studies and 5 systematic reviews). The analyzed Physical Therapy treatments were divided into: training of the pelvic floor muscles, manual techniques, instrumental techniques and multimodal therapy. After analyzing the 16 articles, Physical Therapy treatment provided improvements in the different types of female sexual dysfunction (vaginismus, dyspareunia, vulvodynia, among others).

Conclusions. Physical Therapy appears to be an effective treatment for female sexual dysfunction. However, more research and publication of articles of high methodological quality on this subject are necessary, due to the absence of an “Gold Standard” treatment.

Keywords. “Physiotherapy”; “Sexual dysfunction”; “Pelvic floor disorders”; “Female”

1. RESUMO

Obxectivo. Revisar a evidencia científica publicada sobre a eficacia das diferentes intervencións de Fisioterapia no tratamento das disfuncións sexuais femininas.

Material e método. Este traballo consiste na realización dunha revisión bibliográfica dos artigos publicados nos últimos 5 anos, nas bases de datos de *PubMed*, *PEDro*, *Cochrane* e *SCOPUS*, así como no buscador libre “*Google académico*” e nas páxinas das asociacións específicas neste campo da Fisioterapia, tales como *ADOPEC*, *IPPS* e a *Sociedade Española de Alxias Perineais e Neuralxias Pudendas*. Durante a búsqueda do material todos os artigos que se atoparon pasaron os filtros dos criterios de inclusión, o que quere dicir que todos os documentos foron publicados nos últimos 5 anos e aplicáronse os filtros do “sexo”, limitándoo o sexo feminino e o filtro de “humano”. Do mesmo modo, a principal disfunción do solo pélvico debíu ser a disfunción sexual, deixando á marxe os tratamentos para afeccións como a incontinencia urinaria ou fecal ou a disfunción sexual derivada de procesos oncolóxicos, metabólicos, prolapsos ou posparto.

Resultados. Analizáronse 16 artigos (6 ensaios clínicos aleatorios, 2 análises secundarias de ensaios clínicos aleatorios, 1 ensaio clínico non aleatorio paralelo e 5 revisións sistemáticas). Os tratamentos de Fisioterapia analizados dividíronse en: adestramento dos músculos do chan pélvico, técnicas de terapia manual, técnicas instrumentais e terapia multimodal. Despois de analizar os 16 artigos, o tratamento mediante técnicas de Fisioterapia proporcionou melloras nos diferentes tipos de disfuncións sexuais femininas (vaxinismo, dispareunia, vulvodinia, entre outras).

Conclusións. A Fisioterapia parece ser un tratamento eficaz para a disfunción sexual femenina. Non obstante, é necesario máis investigación e publicación de artigos de alta calidade metodolóxica sobre este tema debido á ausencia dun tratamento “Gold Standard”.

Palabras chave. “Fisioterapia”; “Disfuncións sexuais”; “Disfuncións do solo pelviano”; “Muller”

2. INTRODUCCIÓN

2.1. TIPO DE TRABAJO

El trabajo descrito consiste en una revisión bibliográfica. Esta modalidad consiste en un tipo de artículo científico que, sin ser original, pretende describir de forma estructurada y actualizada el estado de conocimiento de un ámbito concreto de investigación mediante la recopilación de la información más relevante de un campo específico. En una revisión bibliográfica, se plantea una pregunta, a la cual, el autor/revisor trata de aportar una conclusión mediante la recuperación y el análisis de datos, poniendo de manifiesto qué se conoce del tema y qué no, así como qué aspectos se han investigado del mismo. (1,2)

2.2. MOTIVACIÓN PERSONAL

La motivación personal para la realización de este trabajo surge, a partir de la organización del VI Congreso Nacional de Estudiantes de Fisioterapia, proyecto en el que formé parte del comité científico, concretamente del módulo de “Afecciones pelvi-perineales”. Por este motivo comencé mi inmersión en este campo de la Fisioterapia, buscando información sobre las diferentes afecciones, así como hablando con diferentes especialistas en suelo pélvico, gracias a las cuales llegué al ámbito de las disfunciones sexuales.

Fue así cómo comencé a indagar en este ámbito, tanto en las disfunciones masculinas como en las femeninas, haciéndose destacable el mayor número de TFG y artículos de investigación en el primero de los casos, las disfunciones masculinas; al igual que una mayor asociación y tratamiento de las disfunciones femeninas desde una visión psicológica en lugar de funcional.

Así pues, el principal motor motivacional para la realización de esta revisión bibliográfica es aportar mayor visibilidad a la sexualidad femenina y realzar la importancia de una buena calidad de vida sexual para las mujeres, al mismo tiempo que poner en manifiesto las diferentes técnicas de Fisioterapia empleadas en las disfunciones sexuales femeninas.

3. CONTEXTUALIZACIÓN

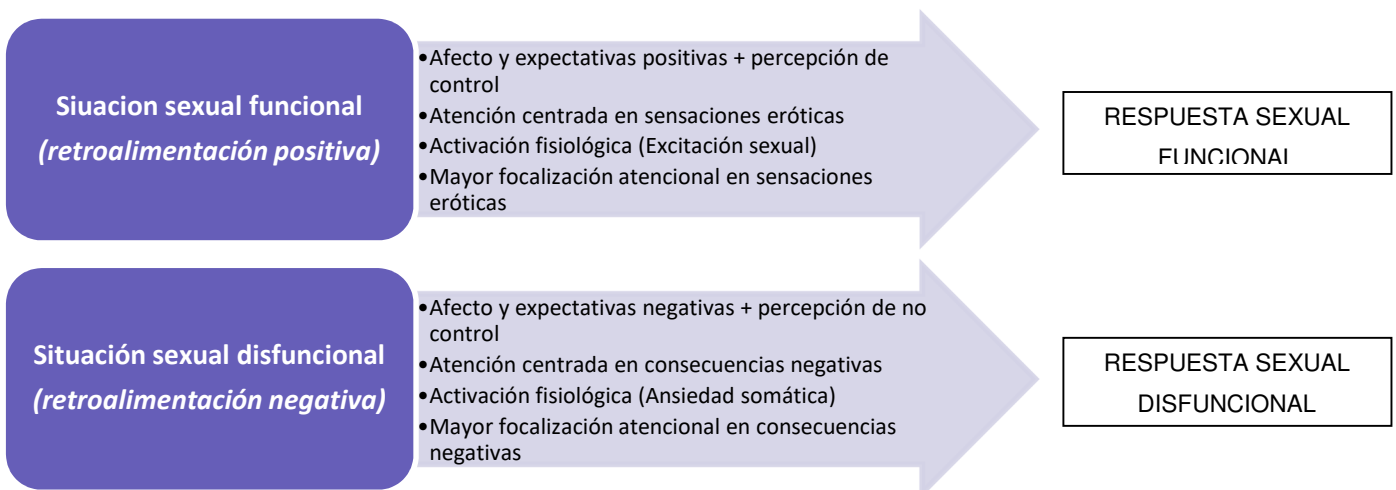
3.1. ANTECEDENTES

3.1.1. Definición de “salud sexual” y “disfunción sexual”:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional y social en relación con la sexualidad desde una perspectiva positiva y respetuosa de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. (World Health Organization, January 2002).

El término “disfunción sexual” hace referencia a las dificultades o a la imposibilidad que una persona puede experimentar en el ámbito sexual, una alteración de lo deseado en relación al deseo sexual, a la excitación, a los orgasmos y/o al dolor percibido. Esta no solo tiene repercusión en el aspecto fisiológico, sino también en el íntimo, en las relaciones sexuales y, en la autoestima personal. (3,4)

Figura 1. Modelo de respuesta sexual funcional/disfuncional



3.1.2. Prevalencia y etiología de “disfunción sexual”:

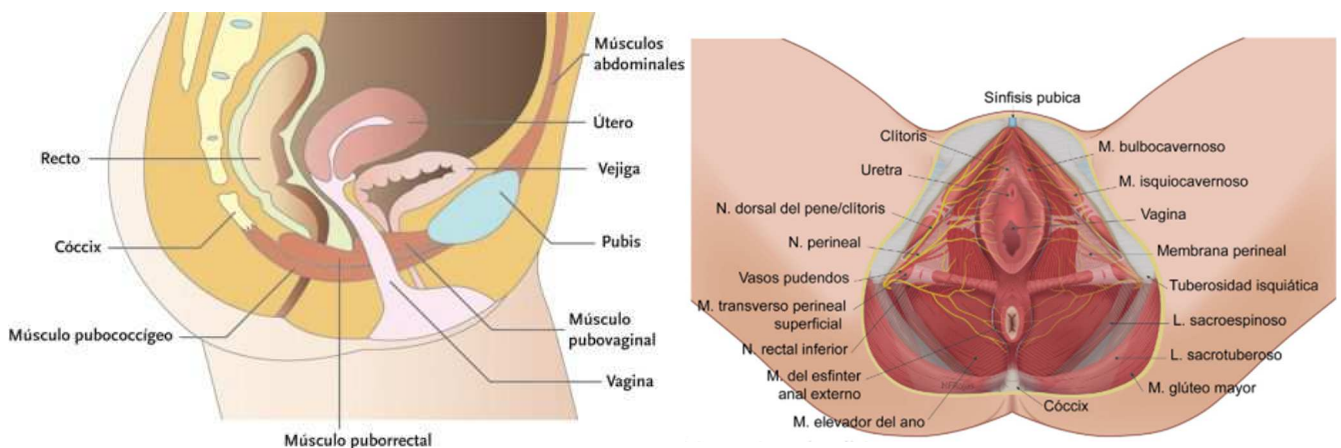
Las disfunciones sexuales femeninas (DSF) son la combinación de factores interpersonales, psicológicos y fisiológicos con una etiología multifactorial y que abarcan diversos ámbitos de la vida de las mujeres, son multidimensionales. (5)

Alrededor de un 40% de las mujeres (entre un 30% y un 49%, con una prevalencia variable entre las diferentes poblaciones y edades (6); y entre un 15% y un 65% (7)) presentan algún tipo de disfunción sexual a lo largo de su vida. A pesar de su elevada prevalencia, se estima que sólo un 12% de los casos son diagnosticados. (8)

Entre sus posibles causas encontramos factores ginecológicos o médicos, trastornos psicológicos/psiquiátricos o complicaciones producidas por un fármaco, con su posterior

repercusión negativa en la calidad de vida, sexualidad, función sexual y/o en las relaciones afectivas. Determinar la etiología de la disfunción es fundamental para un posterior tratamiento adecuado desde la psicología, medicina, farmacología, fisioterapia o educación sexual, o una combinación de estas. (4) (9) Para la realización de un buen diagnóstico y tratamiento es necesario un buen conocimiento de la anatomía de la pelvis. Los músculos encargados de mantener el tono del suelo pélvico y asegurar un buen reparto de cargas son: los músculos coccígeos, el complejo muscular elevador del ano y los músculos puborrectales, pubococcígeos e iliococcígeos; todos ellos componen los músculos profundos del suelo pélvico. Los músculos superficiales del suelo pélvico están formados por: músculo bulbospongioso, isquiocavernoso, transverso perineal superficial y profundo, fascia y los esfínteres, anal y uretral; en su conjunto actúan como diafragma urogenital. El punto de unión entre los músculos superficiales de la pelvis y los esfínteres se conoce como cuerpo perineal o tendón perineal central, encargado de proporcionar soporte al suelo pélvico. (10)

Figura 2 y 3. Vista lateral y transversal del suelo pélvico femenino.

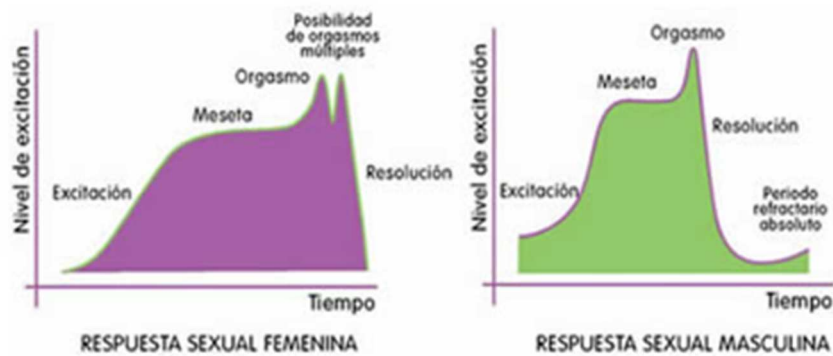


Los orgasmos son reflejos sensoriomotores que provocan “una sensación de placer intenso y un estado de conciencia modificado, acompañado de contracciones de la musculatura estriada de la entrada de la vagina dando lugar a un sentimiento de bienestar”. (11) Pueden ser desencadenados por un número variable de estímulos, tanto físicos como emocionales, para los que son necesarios la integridad de estructuras como el nervio pudendo (S2, S3, S4), fibras corticomedulares, estructuras cavernosas y buena respuesta motora por parte de los músculos del suelo pélvico. (12)

La respuesta sexual se basa en una serie de impulsos nerviosos simples, en su mayoría instintivos, lo que indica la posibilidad de su realización sin la acción directa del cerebro, que provocan la relajación de la musculatura lisa del SP, la vasodilatación y el aumento de flujo sanguíneo hacia la vagina y el clítoris, además de contracciones musculares (orgasmos). En su lugar la intervención de estos circuitos neuronales radica en la médula

espinal, como ocurre con la estimulación genital directa, produciéndose la lubricación vaginal por la activación de reflejos medulares. Sin embargo, la activación de estructuras encefálicas en una relación sexual es esencial, ya que estas controlan los reflejos medulares. Además, gracias a su activación podemos recordar vivencias eróticas, imágenes o fantasías mediante el pensamiento. Según la literatura actual, los responsables de mediar estas fases son: el sistema parasimpático, el sistema simpático y los estímulos nerviosos somáticos. (5,13)

Figura 4. Respuesta sexual femenina vs respuesta sexual masculina.



3.1.3. Clasificación de las disfunciones sexuales femeninas:

En la literatura actual se diferencian 4 tipos de estados de los MSP según su función/disfunción, que se relacionan con las disfunciones sexuales femeninas. Son los siguientes (7):

- *Normal.*
- *Hipertono:* En este estado, los MSP presenta un grado de tensión o contracción aún en situaciones donde es necesaria su relajación o, cuando se solicita activamente.
- *Hipotono:* Se trata del estado contrario, en este los MSP no pueden realizar una contracción activa voluntaria.
- *No funcional:* Hace referencia al estado en el que no existe ningún tipo de contracción muscular.

Los diferentes tipos de disfunción sexual femenina se pueden clasificar de la siguiente forma (12) (13) (9):

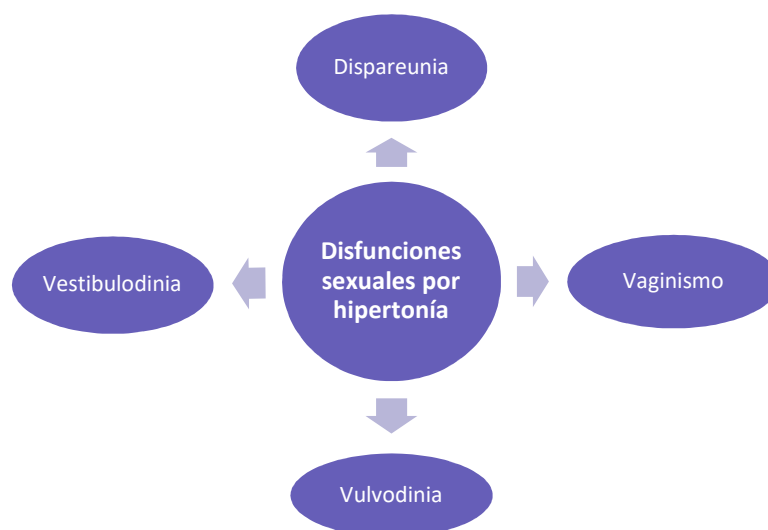
- Trastorno de deseo/interés sexual femenino:
 - o Disfunción sexual femenina por disminución o ausencia de deseo/interés sexual. Deseo sexual hipoactivo.
 - o Trastorno por aversión al sexo: aquellas que presentan una ansiedad extrema ante la idea de mantener una actividad sexual.
- Trastornos de excitación sexual:

- Trastorno de excitación sexual subjetiva: ausencia o disminución de la excitación sexual cognitiva y placer sexual por cualquier tipo de estimulación sexual, a pesar de que se produzcan respuestas físicas como la lubricación vaginal.
- Trastorno de excitación sexual genital: como poca lubricación vaginal o disminución de la hinchazón vulvar ante estimulación sexual.
- Combinación de trastorno de excitación genital y subjetivo.
- Trastorno de excitación sexual persistente: excitación genital espontánea en ausencia de deseo sexual. La sensación de excitación puede permanecer durante horas o días.
- Disfunción orgásmica femenina: ausencia o disminución de las sensaciones orgásmicas. Relacionada con la laxitud vaginal y disfunciones hipotónicas de los MSP.
- Disfunción de dolor sexual: dispareunia y vaginismo.
- Otras disfunciones sexuales:
 - Trastorno sexual debido a enfermedad.
 - Trastorno sexual inducido por sustancias.
 - Trastorno sexual no especificado.

En este trabajo profundizaré en las técnicas de Fisioterapia empleadas en las disfunciones de dolor sexual y en las disfunciones orgásmicas, relacionadas, respectivamente, con hipertonia e hipotonía de los músculos del suelo pélvico (MSP).

3.1.4. Disfunciones sexuales por hipertonia:

Dentro de las disfunciones sexuales por hipertonia destacamos cuatro: la dispareunia, el vaginismo, la vulvodinia y la vestibulodinia.

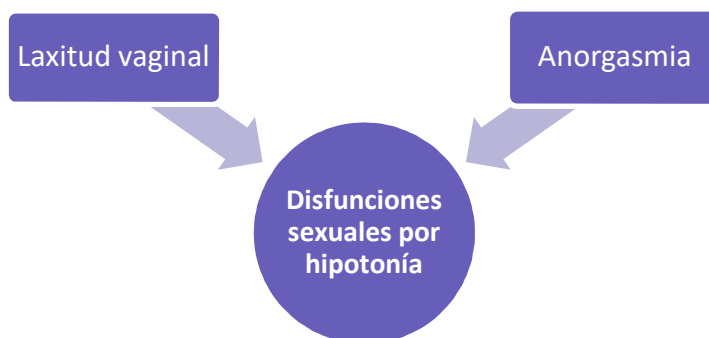


En el campo de las disfunciones sexuales por dolor, la prevalencia de la dispareunia varía en diferentes publicaciones, siendo del 15% en mujeres en edad activa sexual (22.5%-33% en mujeres postmenopáusicas) (12), mientras que en el estudio de Schvarzman et al. (6) su prevalencia se sitúa entre un 20%-50% de la población global de mujeres. Por otra parte, el vaginismo, se presenta en un 0.5%-1% de las mujeres premenopáusicas. (12) La dispareunia es una disfunción sexual con una presencia frecuente en la práctica clínica, se caracteriza por dolor en el momento justo antes, durante o después de la penetración vaginal y/o en las relaciones sexuales. Su origen suele ser multifactorial, lo que dificulta tanto el diagnóstico como el tratamiento; aunque una causa frecuente es la sensibilidad del músculo elevador del ano. (10,14) El vaginismo está asociado a una contracción involuntaria o espasmo de los MSP que rodean el tercio externo de la vagina, lo que dificulta o impide la penetración vaginal y se asocia con miedo al dolor. Algunos de los síntomas descritos por los pacientes, además del dolor, son: quemazón, desgarro y una sensación como si “un papel de lija estuviera frotándose contra la vagina”. (10,15,16)

Dentro de este mismo campo de disfunciones por hipertonicidad, también encontramos la vulvodinia y la vestibulodinia. El primer caso se define como una sensación de incomodidad a nivel vulvar, típicamente asociado a un dolor tipo quemazón, sin la presentación de signos clínicamente visibles ni disfunciones neurológicas, según “La sociedad internacional para el estudio de la enfermedad vulvovaginal”. Su prevalencia afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva, abarcando un amplio rango desde los 16 a los 80 años, estando presente entre un 3,1% y un 15% de las mujeres entre dicho margen de edad. Algunos de los hallazgos físicos encontrados en mujeres con vulvodinia son: hipertonicidad de los MSP, alodinia vulvar y un bajo control motor con dificultad para la relajación de la MSP.(10,17,18) La vestibulodinia provocada (VDP) es un subtipo de vulvodinia que cursa con dolor (tipo punzante y quemante) al contacto directo únicamente con el vestíbulo vulvar (“La sociedad internacional para el estudio de la enfermedad vulvovaginal”), disfunción sexual e insatisfacción sexual, está presente en un 12% de la población general de mujeres. Se trata de una causa frecuente de dispareunia en la población joven. Su etiología no está clara, aunque hoy en día está cogiendo cada vez mayor relevancia la posibilidad de la disfunción de los MSP como principal causa de la VDP, debido al número de mujeres con esta disfunción que presenta menor fuerza, coordinación y resistencia en los MSP. Otras de sus posibles causas son derivadas de diversos factores tales como, biomédicos, genéticos o inmunes, entre otros. Su diferenciación del vaginismo es difícil debido a la similitud de los síntomas. (15,19–21).

3.1.5. Disfunciones sexuales por hipotonía:

Dentro de las disfunciones sexuales por hipotonía destacamos, la laxitud vaginal y la anorgasmia.



La integridad de los tejidos que componen el suelo pélvico de las mujeres experimentan cambios a lo largo de la vida debido al envejecimiento, al embarazo o al parto, entre otros factores. Estas alteraciones pueden provocar una sensación de mayor apertura a nivel vaginal (“laxitud vaginal”), tanto por parte de la propia mujer como por la de su pareja, produciendo una disminución de las sensaciones físicas durante el coito y una menor satisfacción sexual.(22) La prevalencia de esta disfunción es muy variante entre los diferentes estudios, pero sí coinciden en la falta de comunicación de esta condición con su ginecólogo. Además, la laxitud vaginal se asocia con los síntomas del prolapso, pudiéndose considerar un síntoma de este y, se relaciona con una hiperdistensión del músculo elevador del ano. (23)

Las disfunciones orgásmicas (DO) en mujeres constituyen la segunda causa de mayor frecuencia a la hora de asistir a una consulta de sexología (una de cada cuatro mujeres en todo el mundo presenta una DO). Se caracterizan por una disminución clara de la sensación orgásmica, retraso significativo del orgasmo o la incapacidad, ausencia del mismo, a pesar de la intensidad de la excitación sexual, produciéndose una disminución que puede ser subjetiva o genital (disminución de lubricación/hinchazón), sin que haya una relación directa con otra alteración médica o por el efecto de una sustancia o medicamento. Esta condición puede llegar a provocar angustia personal en la mujer. (5,11) Entre sus causas se encuentran factores diversos como: psicoemocionales y psicoafectivos, orgánicos, experiencia previa, falta de información sexual o rol de la pareja, entre otros. La DO puede ser primaria o secundaria, además de poder ser total o parcial (no llegar al orgasmo mediante la penetración, o mediante la estimulación del clítoris). Es común que muchas mujeres no alcancen el orgasmo durante el coito, mientras que lo pueden conseguir fácilmente durante la masturbación, es por esto, que la comunicación entre la pareja o parejas sexuales es fundamental para lograr un mayor grado de satisfacción sexual. (11)

3.2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Decido realizar esta revisión bibliográfica con el fin de proporcionar visibilidad a una condición poco estudiada, infrarreconocida e infratratada que sufre una gran cantidad de mujeres en todo el mundo y que, para muchas de ellas y para la población general, es un tema tabú. Actualmente, no existen Guías de Práctica Clínica ni estudios que indiquen cuál es la mejor técnica de intervención para cada una de las DSF. Con este trabajo pretendo analizar la evidencia científica existente sobre las disfunciones sexuales del suelo pélvico femenino e investigar la efectividad de las técnicas empleadas en el tratamiento de las mismas.

Añadiendo a lo anteriormente citado, creo que es necesario destacar la necesidad de fomentar la educación sexual desde la adolescencia, ya que en muchos casos, algunas de estas disfunciones del SP, como puede ser el vaginismo, entre muchas otras, se manifiesta a edades tempranas, no solo a la hora de mantener relaciones sexuales, sino al intentar colocarse un tampón o al masturbarse, por lo que es importante proporcionar a las niñas adolescentes las herramientas necesarias para poder identificar estas disfunciones desde el primer momento y así, tratarlas lo antes posible para que gocen de un mayor nivel de calidad de vida.

4. OBJETIVOS

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta de investigación planteada para la realización de este trabajo es la siguiente:

- ❖ ¿Es eficaz la Fisioterapia en el tratamiento de la disfunción sexual femenina?

Una vez elaborado el interrogante de investigación al que se pretende dar respuesta con la revisión bibliográfica, es interesante plantearlo como una pregunta estructurada. Para ello, hacemos uso de la técnica aceptada internacionalmente de la *estrategia PICO*, cuyo nombre hace referencia a las 4 iniciales en inglés de: **P**atient, **I**ntervention, **C**omparison y **O**utcome.

Esta representa cuatro componentes (paciente, intervención, comparación y resultados), que son fundamentales en la formulación de la pregunta de investigación, para permitir una correcta búsqueda de la información necesaria para dar respuesta a la misma, facilitando la focalización en el propósito de la revisión realizada. (24)

- *Situación, paciente o grupo de pacientes con una misma condición clínica (Patient):* Mujeres con disfunción sexual.
- *Intervención (Intervention):* Las diferentes técnicas de Fisioterapia empleadas en las disfunciones sexuales femeninas.
- *Comparación (Comparison):* Analizar la eficacia y el grado de recomendación de las distintas técnicas de Fisioterapia en el tratamiento de las diferentes disfunciones sexuales femeninas.
- *Resultado (Outcome):* Las diversas técnicas de Fisioterapia que hayan resultado ser beneficiosas en el tratamiento de las DSF.

Formulación de la pregunta estructurada: Grado de eficacia de las diferentes técnicas de Fisioterapia empleadas para mejorar la calidad de vida y disminuir/aliviar los síntomas en mujeres con disfunción sexual femenina.

4.2. OBJETIVOS

A continuación, se muestran los objetivos generales y específicos planteados para la realización de esta revisión bibliográfica.

4.2.1 General

El objetivo general del trabajo fue realizar una investigación acerca de la eficacia de las diferentes intervenciones de Fisioterapia existentes en el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas.

4.2.2 Específicos

Los objetivos específicos de este estudio son los siguientes:

- ❖ Analizar la eficacia del ejercicio terapéutico de la musculature del suelo pélvico para el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas.
- ❖ Analizar la eficacia de las técnicas fisioterápicas de terapia manual para el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas.
- ❖ Analizar la eficacia de las técnicas instrumentales de Fisioterapia para el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas.
- ❖ Analizar la eficacia de la intervención multimodal de técnicas de Fisioterapia para el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas.

5. METODOLOGÍA

5.1. FECHA Y BASES DE DATOS

Para la realización de la búsqueda de información científica sobre el tema de estudio anteriormente descrito, se realizó una busca bibliográfica durante el mes de marzo y abril de 2020 en las principales bases de datos de ámbito sanitario: PubMed, PEDro, Cochrane Library y SCOPUS.

5.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

A continuación, se exponen los criterios de inclusión y exclusión seleccionados para la realización de la búsqueda de artículos.

Criterios de inclusión

- Idiomas: Artículos publicados en español, inglés, francés y portugués.
- Estudios que incluyan pacientes (mujeres) con disfunciones sexuales, independiente o relacionada con otra patología, siempre que se realice un tratamiento específico de Fisioterapia para la disfunción sexual.
- Estudios realizados en seres humanos.
- Estudios realizados en mujeres.
- Tipos de artículos: estudios experimentales, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica.
- Artículos publicados en los últimos 5 años.

Criterios de exclusión

- Artículos duplicados en diferentes bases de datos.
- Artículos que no tengan que ver con la temática de estudio: aquellos que traten otro tipo de disfunciones no sexuales femeninas.
- Artículos donde se combinen métodos o tratamientos fuera del objetivo del estudio: artículos donde sólo se realizó tratamiento no fisioterápico, como cirugía o farmacología.

5.3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

En primer lugar, se realizó una búsqueda en la base de datos Cochrane Library, aplicando los límites de tiempo de publicación (2015-2020), las palabras clave y el tipo de artículo (revisión bibliográfica), sin encontrar resultados que respondan a la pregunta de investigación planteada.

A continuación, se ha realizado la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos especializadas en las ciencias de la salud. En la *tabla 1* se muestran las ecuaciones de búsqueda empleadas en cada base de datos.

Los límites establecidos fueron los siguientes:

- Año de publicación: 2015-2020
- Sexo: Femenino
- Idiomas: Español, inglés, francés, italiano y portugués

5.3.1. Palabras clave

Las palabras clave seleccionadas una vez definido el tema y la pregunta de investigación del estudio son las siguientes:

- Fisioterapia (“*physical therapy*” o “*physiotherapy*”)
- Disfunción sexual (“*sexual dysfunction*”)
- Disfunciones del suelo pélvico (“*pelvic floor disorders*”)
- Mujer (“*female*”)

Traducción de las palabras clave a tesauro MESH

En la siguiente tabla (*tabla 1*) se definen las palabras clave y su traducción a vocabulario MESH.

Tabla 1. Traducción de palabras clave a tesauro MESH

Palabra clave	Traducción a vocabulario (MESH)	Descripción del MESH	Términos relacionados (“see also”)	MESH (“see also”)
Fisioterapia	“Physical therapy modalities”	Therapeutic modalities frequently used in physical therapy specialty by physical therapist or physiotherapist to promote, maintain or restore the physical and physiological well-being of an individual.	“Postoperative care”, “physical therapy specialty”, “physical therapy assistants”	
Disfunción sexual	“Sexual dysfunction, physiological”	Physiological disturbances in normal	“Sexual dysfunction, psychological”,	

		sexual performance in either the male or the female.	"dyspareunia", "vaginismus"
Disfunción del suelo pélvico	"Pelvic floor disorders"	Injury, weakening, or prolapse of the pelvic muscles, surrounding connective tissues or ligaments (pelvic floor)	
Mujer	"Female"	Female	

5.3.2. Ecuaciones de búsqueda

A continuación, se muestra una tabla (*Tabla II*) con las ecuaciones de búsqueda empleadas en cada una de las bases de datos, junto con los resultados obtenidos y el número de artículos seleccionados.

Tabla II. Estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados	Seleccionados
PUBMED	("Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological"[Mesh]) AND ("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) AND ("2015/05/15"[PDat] : "2020/05/12"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR French[lang] OR Italian[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])) AND "female"[MeSH Terms])	55	10
	("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh]) AND "Vulvodynia"[Mesh] AND ("2015/05/15"[PDat] : "2020/05/12"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR French[lang] OR Italian[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])) AND "female"[MeSH Terms])	11	2
COCHRANE	(female sexual dysfunction):ti,ab,kw AND ("physical therapy"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)" with Cochrane Library publication date from Mar 2015 to present (Word variations have been searched)	20	2
PEDRO	"Dyspareunia" AND "Female"	2	2
	"Sexual dysfunction" AND "Female"	5	2

	"Sexual pain" AND "Female"	2	2
	"Sexual función" AND "Female"	11	7
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY ("female sexual dysfunction" AND "physical therapy") AND PUBYEAR > 2014	18	0
	TITLE-ABS-KEY ("female" AND "dyspareunia" AND "physical therapy") AND PUBYEAR > 2014	51	5

5.4. GESTIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA LOCALIZADA

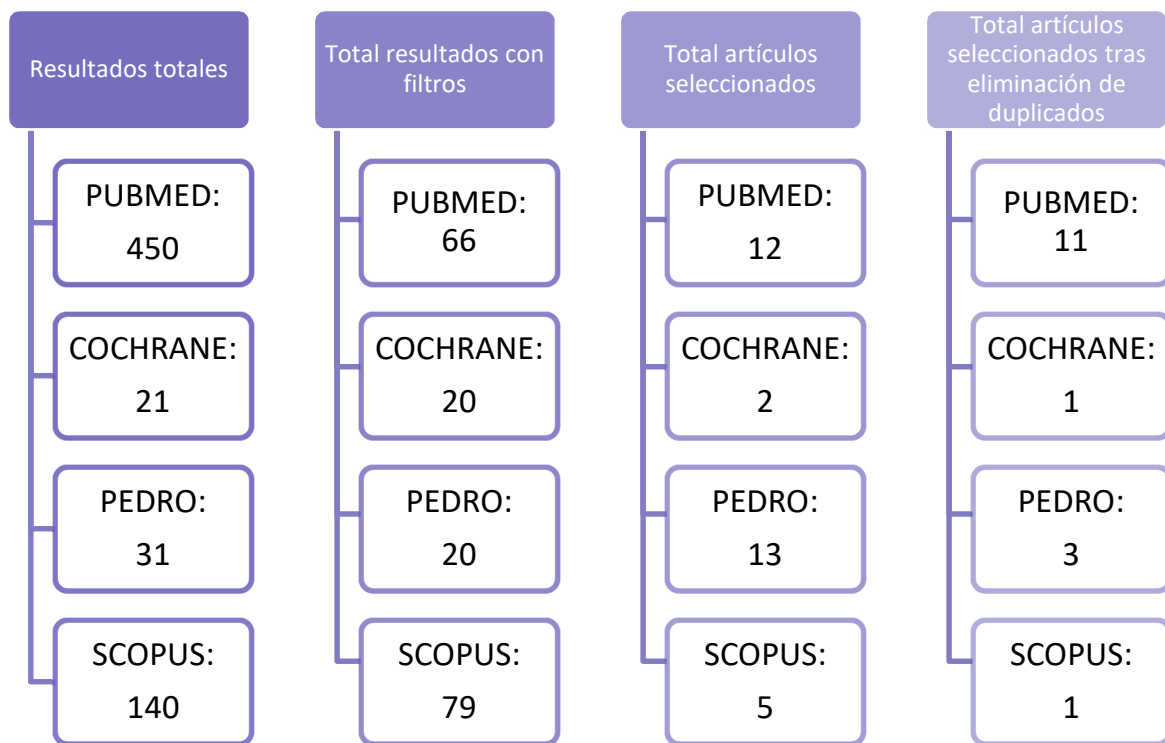
El gestor de referencias bibliográficas empleado para la organización y gestión de la bibliografía recopilada ha sido "Zotero". Se trata de un programa libre, abierto y gratuito que permite la gestión y almacenamiento de referencias y citas bibliográficas como libros, artículos, revistas, internet, entre otros documentos; así como añadir notas, archivos PDF o imágenes. Otra función de "Zotero" es la de "colaborar", mediante la creación de una biblioteca de grupo que permite compartir los documentos con dicho grupo (público o restringido).

5.5. SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

Una vez realizada la búsqueda sistemática de artículos en las diferentes bases de datos empleadas, se obtienen un total de 642 resultados, posteriormente se aplicaron los filtros de selección (idioma, año de publicación y sexo) dejando 185 artículos. Una vez realizada la lectura del título, resumen o del texto completo se descartan 153 artículos por no cumplir los criterios de inclusión o exclusión aplicados en este estudio. De los 32 artículos seleccionados, se descartan 16 por estar duplicados en una o más de las bases de datos, obteniendo así un resultado final de 16 artículos para ser analizados en este estudio.

A continuación, se expone el diagrama de flujo de la selección de artículos (*Figura 5*).

Figura 5. Diagrama de flujo de selección de artículos.



5.6. VARIABLES DE ESTUDIO

En la siguiente tabla se determinan las variables del estudio.

Tabla III. Variables del estudio.

Variables del estudio:

Autor y año
Tipo de estudio
Objetivo del estudio
Características de la muestra
Tipo de intervención (grupo control y grupo experimental)
Variables del estudio
Sistemas de medición de las variables del estudio
Resultados
Conclusiones

5.7. NIVELES DE EVIDENCIA

En la siguiente tabla (*Tabla IV*) se recogen los datos en lo referido al nivel de evidencia y al grado de recomendación de los artículos seleccionados evaluado mediante la escala Oxford (*Anexo I*).

5.8. GRADOS DE RECOMENDACIÓN

En la siguiente tabla (*Tabla IV*) se recogen los datos en lo referido al nivel de evidencia y al grado de recomendación de los artículos seleccionados evaluado mediante la escala Oxford (*Anexo I*).

Tabla IV. Niveles de evidencia y grados de recomendación.

Artículo	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Ghaderi et al.	1b	A
Schvartzman et al.	1b	A
Yaraghi et al.	1b	A
Trahan et al.	2a	B
Nazarpour et al.	1b	A
Lamvu et al.	2b	B
Sobhgol et al.	2a	B
Silva et al.	2b	B
Morin et al.	2a	B
Mercier et al.	4	C
Al-Abbadey et al.	2a	B
Musco et al.	2b	B
Kolberg et al.	3b	B
Braekken et al.	1b	A
Zoorob et al.	1b	A
Ferreira et al.	1a	A

6. RESULTADOS

Una vez realizada la búsqueda sistemática en las bases de datos analizadas previamente, se obtienen un total de 185 resultados, una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión y eliminados los artículos duplicados en las diferentes bases de datos, se han seleccionado un total de 16 artículos, cuya clasificación se recoge en la *tabla V*.

De estos, 6 fueron ensayos clínicos aleatorizados, en 5 de ellos se realizó tratamiento de Fisioterapia del SP comparándolo con otro método de intervención (en 2 se comparó con grupos control, en uno se analizó el efecto de las técnicas de intervención del SP en comparación con técnicas de intervención en la región lumbar, en 1 se comparó con el tratamiento de toxina botulínica y, en el último de estos 5, con inyecciones de los puntos gatillo del músculo elevador del ano); y, el ensayo clínico aleatorizado restante, consistió en un ensayo clínico. Por otro lado, se seleccionaron 2 análisis secundarios de ensayos clínicos aleatorizados, 1 ensayo clínico paralelo no aleatorizado, 2 estudios prospectivos y 5 revisiones sistemáticas.

Tabla V. Resumen tipos de artículos seleccionados.

Ensayos clínicos aleatorizados	Análisis secundarios de ensayos clínicos aleatorizados	Ensayos clínicos paralelos no aleatorizados	Estudios prospectivos	Revisiones sistemáticas
Ghaderi et al. 2019	Kolberg et al. 2016	Silva et al. 2017	Lamvu et al. 2018	Trahan et al. 2019
Schvartzma et al. 2019				Sobhgol et al. 2018
Yaraghi et al. 2019				Morin et al. 2017
Nazarpour et al. 2018	Braekken et al. 2015		Musco et al. 2016	Al-Abbadey et al. 2016
Mercier et al. 2016				Ferreira et al. 2015
Zoorob et al. 2015				

En la siguiente tabla (*Tabla VI*) se analizan los resultados obtenidos en los diferentes artículos seleccionados.

Tabla VI. Resultados de los artículos analizados.

Autor y año	Tipo de artículo	Objetivo	Muestra	Tipo de intervención	Variables de estudio	Medición de las variables	Resultados	Conclusiones
Ghaderi et al. -2019 (25)	Ensaño clínico aleatorizado y controlado	-Evaluar el efecto de las técnicas de rehabilitación del SP en la dispareunia.	64 mujeres: -Grupo Estudio (electroterapia manual y ejercicios de los MSP): 32 mujeres con una media de 34,94 años. -Grupo Control: 32 mujeres con una media de 35,72 años.	-GE: 10 sesiones durante 3 meses (1 sesión/sem). Durante la evaluación, se les proporcionó información sobre los MSP + feedback de la actividad de los MSP por palpación digital (para mejorar la concienciación de la activación de los MSP); 15'-20' técnicas manuales de relajación de puntos gatillo mediante técnicas de liberación miofascial intravaginal y masaje intravaginal profundo; 20'-25' TENS alta frecuencia intravaginal con una frecuencia de 100Hz, duración de pulso de 80ms e intensidad máx. tolerada para aliviar el dolor. También realizaron ejercicios diarios progresivos en su domicilio. -GC: lista de espera, no recibieron tratamiento	-Fuerza y resistencia de los MSP -Función sexual -Dolor	Se realizó palpación digital para evaluar la contracción-relajación del SP, la escala Oxford para medir la fuerza y resistencia de los MSP. El dolor fue valorado mediante la escala EVA y la función sexual con el FSFI.	Se encontraron mejoras significativas en el grupo de estudio en comparación con el grupo control, principalmente en la fuerza y resistencia de los MSP y, mejoras en la media de FSFI y EVA.	El programa de rehabilitación del SP compuesto por BF digital, técnicas manuales intravaginales, electroterapia y entrenamiento de los MSP, mejora el dolor genito-pélvico, la función sexual y la fuerza y resistencia de los MSP en mujeres con dispareunia.
Schwartzman et al. -2019 (6)	Ensaño clínico aleatorizado	Evaluar la intervención de Fisioterapia en mujeres de entre 40 y 60 años con dispareunia (más de 6 meses) y	42 mujeres: entre 40-60 años (menopausia o posmenopausia) con síntomas de dispareunia de al menos 6	-Grupo PFMT: Recibieron 5 sesiones de 1h. En las 3 primeras sesiones, en los MSP se aplicó termoterapia infrarroja, técnicas de liberación miofascial de los puntos gatillo, ejercicios de contracción-relajación y técnicas de liberación miofascial en los músculos: diafragma, iliopsoas y piriforme. En las dos últimas sesiones se añadió entrenamiento de contracción-relajación con BF.	-Dolor -Calidad de vida -Función sexual	Para evaluar la sinergia de los MSP con los músculos abdominales se utilizó el aparato Miotool 200 con software MiotechSuite-Miograph; así como para medir la longitud, diámetro y fuerza de los MSP. Para la evaluación del dolor se	En cuanto al dolor, se encontraron mejorías en ambos grupos, siendo mayor en el grupo PFMT; se encontraron mejoras significativas en ambos grupos en cuanto a la calidad de vida, salud y ciclo de respuesta sexual; así como en los dominios de deseo, satisfacción y dolor en	Los resultados en el grupo PFMT, plasman una mejora en los parámetros de dolor (disminución en EVA), calidad de vida, función de los MSP y función sexual (aumento de la puntuación del FSFI) en las mujeres con



Eficacia de la fisioterapia en la disfunción sexual femenina. Revisión bibliográfica

		sexualmente activas	meses, con un dolor mayor de 3 en la EVA y sexualmente activas. -PFMT grupo: 21 mujeres -LB grupo: 21 mujeres	-Grupo LB: Recibieron 5 sesiones de 1h. Se aplicó termoterapia en la región lumbar y técnicas de relajación miofascial en: diafragma-abdominal, piriforme e iliopsoas.		empleó la EVA, para la función sexual el cuestionario FSFI y, para la calidad de vida el "QoL Cervantes Scale". En el grupo PFMT se realizó una evaluación inicial con la Escala PERFECT en las 3 primeras sesiones para planificar la rutina de ejercicios de ese día.	FSFI. En la evaluación de los MSP, en el grupo PFMT, se encontró un incremento en la duración de la contracción sostenida y una disminución de la actividad en reposo; así como una disminución del dolor.	climaterio con síntomas de dispareunia
Yaraghi et al. -2019 (26)	Ensayo clínico aleatorizado	Comparar la efectividad del tratamiento de Fisioterapia con inyecciones locales de toxina botulínica en la función sexual de mujeres con vaginismo primario.	58 mujeres, entre 20 y 40 años diagnosticadas de vaginismo primario grado III o IV según la clasificación de Lamont: -Grupo experimental: 30 mujeres -Grupo control: 28 mujeres	-Grupo experimental: se les inyectaron 500 unidades de botulinum diluido en 1,5cc de solución salina, con una dosis total de 150-400 unidades (primero 150-200 hasta 400) inyectadas con una aguja de calibre 23 en tres puntos del músculo elevador del ano. En los casos severos, para aliviar el dolor, antes de esta aplicación se inyectaron de 1 a 5mg de midazolam y de 50 a 150mg de fentanilo. -Grupo control: recibió Fisioterapia durante 12 semanas, durante las cuales se les proporcionó información sobre los MSP mientras el fisioterapeuta realizaba técnicas de masaje + infrarrojos. Aquellas que toleraron los electrodos vaginales estos fueron aplicados como método de analgesia durante 15' en la sesión. También se pautaron programas de ejercicios de autoconocimiento del propio cuerpo de 1h/día durante las 12 semanas.	-Satisfacción en las relaciones sexuales -Función sexual	El cuestionario FSFI se empleó para la medición de la función sexual en ambos grupos. También se utilizó el POP-Q test para la medición de los POP, dando un 92% en estadio 0 y un 8% en estadio 1.	En el grupo experimental 20 de 30 mujeres y, 26 de 28 en el grupo control, lograron mantener relaciones sexuales satisfactorias. La puntuación media de la FSFI es significativamente más alta en el grupo control (Fisioterapia) que en el grupo experimental.	Debido a los resultados obtenidos de gran mejora con el tratamiento de Fisioterapia en todos los ámbitos de la función sexual, esta debe ser considerada como uno de los principales métodos de intervención en mujeres con vaginismo.

Eficacia de la fisioterapia en la disfunción sexual femenina. Revisión bibliográfica

<p>Trahan et al. -2019 (27)</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Revisar la literatura sobre la eficacia de la terapia manual en la reducción del dolor en mujeres con dispareunia.</p>	<p>4 estudios, con mujeres entre 18 y 75 años diagnosticadas de dispareunia: -3 estudios observacionales no aleatorizados -1 ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>En los estudios seleccionados se llevó a cabo tratamiento mediante la terapia manual: Thiele masaje, tratamiento de los puntos gatillo, relajación miofascial, técnicas de estiramiento y compresión y manipulación pélvica.</p>	<p>-Dolor</p>	<p>La principal medida de resultados fue la subescala de dolor del FSFI. Para la medición de dolor, sensación subjetiva de mejora y las emociones de las pacientes en los estudios se emplearon escalas como: EVA, McGill Pain Index, Hospital Anxiety and Depression Scale, Mankoski Pain Scale, NRS y Patient Global Impression of Improvement Scale.</p>	<p>Los resultados de los 4 estudios indican un efecto potencialmente positivo de la terapia manual en la reducción del dolor pélvico asociado a las relaciones sexuales y de la mejora de la función sexual. La puntuación final del cuestionario FSFI, mejoró en todos los estudios, excepto en el grupo de pacientes con DPC de uno de los estudios, donde sólo se obtuvieron mejoras en el dolor, mientras que, en el grupo de dispareunia se obtuvieron mejoras en todos los dominios de la FSFI.</p>	<p>Debido a los pocos resultados obtenidos (solos 4 artículos), podemos concluir que existe poca evidencia de alta calidad para el tratamiento de la dispareunia mediante las técnicas de terapia manual.</p>
<p>Nazarpour et al. -2018 (28)</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>Investigar el efecto de ejercicios de los MSP en la función sexual de mujeres posmenopáusicas.</p>	<p>97 mujeres posmenopáusicas entre 40-60 años y sexualmente activas: -Grupo estudio: 47 mujeres -Grupo control: 50 mujeres</p>	<p>Durante 12 semanas: -Grupo estudio: sesiones grupales (10-15 personas) de 2h, consistieron en información sobre los MSP para su localización y ejercicios específicos de estos, mediante contracción 10"-relajación 10", 10 repeticiones y 3-4 sesiones/día con ayuda de material escrito y audiovisual. -Grupo control: se les proporcionó información sobre los síntomas de la menopausia.</p>	<p>-Función sexual</p>	<p>Todas la mujeres incluidas en el estudio fueron evaluadas mediante el cuestionario FSFI, para medir la función sexual.</p>	<p>Los resultados en el grupo de estudio al final del tratamiento muestran una mejora en la excitación, satisfacción y orgasmos con respecto al grupo control.</p>	<p>Debido a los resultados obtenidos, podemos concluir que los ejercicios de los MSP tienen efectos positivos en la función sexual de las mujeres posmenopáusicas, por lo que se recomienda su inclusión en los programas de salud.</p>
<p>Lamvu et al. -2018 (29)</p>	<p>Estudio prospectivo exploratorio</p>	<p>Determinar la relación entre el dolor, la función sexual y la angustia</p>	<p>282 mujeres y 78 tratamientos (203 recibieron)</p>	<p>Los tratamientos empleados se dividieron en: -Terapia tópicos vulvovaginales -Medicamentos orales -Terapias psicológicas -Fisioterapia</p>	<p>-Función sexual -Ansiedad -Dolor</p>	<p>Las pacientes rellenaron cuestionarios al inicio y una vez realizados 6 meses de tratamiento, sobre su historial médico,</p>	<p>A los 6 meses los resultados fueron positivos en cuanto al dolor general y al dolor durante las relaciones sexuales. Así como en el Short-form-12-Quality</p>	<p>La mayoría de las mujeres de este estudio recibieron más de un tipo de tratamiento.</p>

Eficacia de la fisioterapia en la disfunción sexual femenina. Revisión bibliográfica

		en mujeres con vulvodinia después de 6 meses de tratamiento.	más de un tratamiento): -Tópico: 241 -Fisioterapia: 147 - Medicamentos orales: 128 -Terapias alternativas: 33 pacientes - Vestibulectomía: 4	-Dilatadores -Inyecciones -Supositorios vaginales -Cirugía -Terapias alternativas: yoga, mindfulness y terapia sexual y en pareja -Otros	-Sensibilidad de la mucosa vaginal	así como: Short-form McGill Pain Questionnaire, FSFI, Short-Form-12-Quality of Life questionnaire, Coping Strategies Questionnaire, Beck Depression Inventory y el State-Trait Anxiety Inventory. También se realizó un examen vaginal mediante pases con algodón en el periné, vulva y vestíbulo; una presión digital de aprox. 2kg en 3 músculos diferentes del SP	of Life questionnaire, alcanzándose resultados positivos en las limitaciones funcionales y emocionales, función social y en el bienestar. En contraposición, en la FSFI los resultados fueron negativos en todos los ámbitos excepto en el dolor, donde sí se obtuvieron mejorías.	Además del dolor, el nivel de función sexual es un ámbito que debe ser evaluado en las mujeres y su tratamiento se debe realizar en aquellos casos con disfunciones sexuales. Los resultados de este estudio demostraron mejoras a largo plazo con tratamientos multimodales, pero es necesaria la investigación para conocer cuál es la terapia más efectiva en el tratamiento de la vulvodinia.
Sobhgo et al. -2018 (30)	Revisión sistemática	Evaluar el efecto del entrenamiento de los MSP en la función sexual durante el embarazo y en el periodo posparto.	10 estudios (3607 mujeres embarazadas o posparto primíparas o multíparas con o sin disfunciones del suelo pélvico): -4 ensayos clínicos aleatorizados -1 estudio cuasi-experimental	Ejercicio de los MSP para pre o posparto, aislado o combinado con otros ejercicios, consejos de vida saludable u otras técnicas de intervención como conos vaginales, BF, etc. 9/10 artículos usaron de forma exclusiva el entrenamiento de los MSP sin la combinación de ninguna otra técnica. Entre los artículos existe una gran heterogeneidad en cuanto al tipo de programa (tipo de contracción-relajación), momento del periodo posparto en el que se inicia y duración y seguimiento del programa.	-Función sexual -Función de los MSP	Para la evaluación de la función sexual se utilizaron un total de 6 cuestionarios en el total de artículos seleccionados. Para la evaluación de la función de los MSP se emplearon 4 escalas diferentes y, en uno de los estudios se realizó examen digital, se midió la distancia ano-vulvar y se realizó una evaluación electromiográfica para analizar la función e integridad del SP.	En 7/10 artículos, el ejercicio de los MSP resultó beneficioso generando un aumento del deseo sexual, excitación, orgasmo y satisfacción en la función sexual de mujeres en periodo posparto No se encontraron artículos sobre la evaluación del entrenamiento de los MSP en mujeres embarazadas.	En relación a los resultados obtenidos, el entrenamiento de los MSP produce efectos beneficiosos en la función sexual de mujeres posparto; sin embargo, es necesaria la investigación y realización de más estudios en este campo como en el efecto de este entrenamiento en mujeres embarazadas.

Eficacia de la fisioterapia en la disfunción sexual femenina. Revisión bibliográfica

			-3 estudios de cohortes intervencionistas -2 estudios de cohortes de seguimiento a largo plazo.					
Silva et al. - 2017 (14)	Ensayo clínico abierto, paralelo, no aleatorizado	Evaluar la efectividad del masaje perineal Thiele en el tratamiento de mujeres con dispareunia causada por la sensibilidad de los MSP.	18 mujeres: -Grupos de dispareunia: 8 mujeres con una media de 31,8 años -Grupo de dolor pélvico crónico: 10 mujeres, con una media de 35,0 años	Todas las mujeres recibieron 1 vez/sem durante 4 semanas, un masaje con la técnica Thiele durante 5'. La técnica consiste en aplicar presión tolerada por la paciente a la vez que se realizan pases desde el origen hasta la inserción de los músculos. También todas recibieron información sobre el SP.	-Dolor -Función sexual -Ansiedad	Todas las pacientes rellenaron las siguientes escalas: EVA, McGill Pain Index, FSFI y la Hospital Anxiety y Depression Scale. Posteriormente se realizó un examen físico mediante la palpación de puntos gatillo y palpación unidigital vaginal y un examen de los genitales externos y bimanual de la pelvis.	Al final del tratamiento se obtuvo una mejora significativa, no dolor o poco durante las relaciones sexuales en los dos grupos. En cuanto a la ansiedad y depresión no se encontraron resultados significativos. Por otro lado, en la función sexual se obtuvieron resultados positivos en todos los aspectos en el grupo de dispareunia, mientras que en el grupo de DPC, solo para el dolor.	En relación a los resultados obtenidos, podemos concluir que la técnica de masaje Thiele tiene efectos positivos en la dispareunia relacionada con la sensibilidad de los MSP, mejorando la satisfacción sexual de las mujeres y, en consecuencia, su calidad de vida. Además, la sencillez de esta técnica permite ser realizada en el domicilio sin peligro por la propia paciente o por su pareja.
Morin et al. - 2017 (31)	Revisión sistemática	Revisar sistemáticamente la literatura sobre la efectividad de las técnicas de Fisioterapia	44 estudios: -7 ensayos controlados aleatorizados - 20 estudios prospectivos	Las técnicas empleadas fueron: el uso de dilatadores vaginales, BF (para mejorar el control motor), electroestimulación, educación, terapia manual, Fisioterapia multimodal y enfoques multidisciplinarios.	-Dolor durante las relaciones sexuales -Función sexual		En la mayoría de los estudios, el tratamiento de Fisioterapia tuvo efectos positivos en la disminución del dolor durante las relaciones sexuales y en la función sexual.	Los resultados obtenidos respaldan la eficacia de las modalidades de la Fisioterapia en el tratamiento de la VDP. Sin embargo, existe un alto riesgo de sesgo en estos

Eficacia de la fisioterapia en la disfunción sexual femenina. Revisión bibliográfica

		para disminuir el dolor en las relaciones sexuales y mejorar la función sexual en mujeres con VDP.	- 5 estudios retrospectivos - 6 casos clínicos - 6 estudios de protocolos		-Mejora percibida por los pacientes		Los estudios donde se realizó BF reflejaron efectos positivos en el dolor en mujeres con VDP; así como mediante el uso de dilatadores vaginales, los cuales muestran efectos positivos en cuanto al miedo a la penetración. La estimulación eléctrica y la terapia multimodal obtuvieron efectos positivos en el dolor y la función sexual. Ningún estudio evaluó de manera aislada el efecto de la terapia manual y la educación.	estudios debido a su naturaleza (prospectiva, retrospectiva), por lo que defienden la realización de más estudios de alta calidad para su confirmación.
Mercier et al. -2016 (32)	Caso clínico. Ensayo clínico aleatorizado	Evaluar el efecto del entrenamiento de los MSP en la atrofia vulvovaginal.	1 mujer de 77 años con IU por estrés (desde hace 7 años) y síntomas de atrofia vulvovaginal (inicio de los síntomas hace 3 años) y sexualmente activa.	Durante 12 semanas recibió 1h/sem. de entrenamiento de los MSP (15' educación + 45' ejercicios) y 5 sesiones/sem. de ejercicios del SP en casa. Los ejercicios incluyeron: contracciones máx, rápidas y resistencia (mantener una contracción submáx.), así como contracciones antes y durante una tos. Estos ejercicios se dividieron en 3 fases (cada una de 4 sem.) según la progresión en nº de repeticiones, tiempo y posición (tanto durante la sesión como en el programa domiciliario)	-Pérdidas de orina -Dolor en las relaciones sexuales -Sequedad vaginal	La atrofia vulvo-vaginal fue evaluada con el cuestionario ICIQ-Vaginal symptoms y la ICIQ Female Sexual Matters asociada al cuestionario de síntomas del tracto urinario inferior. Las pérdidas de orina fueron recogidas mediante un diario de la vejiga. El dolor durante las relaciones sexuales fue evaluado con la EVA. También se realizó un examen físico vaginal mediante el Índice de atrofia vaginal, evaluación del tono del SP con un	Al final del tratamiento, se evidenció una mejoría en los síntomas de IU y en la sequedad, tirantez y dolor de la atrofia vulvo-vaginal reduciéndose su efecto negativo en las relaciones sexuales.	En relación a los resultados obtenidos, el entrenamiento de los MSP parece ser potencialmente beneficioso para el tratamiento de los signos y síntomas de la atrofia vulvo-vaginal posmenopáusica. Así mismo, muestran la necesidad de realizar más estudios de calidad para respaldar los resultados de este estudio y conocer mejor sus mecanismos de acción.

Eficacia de la fisioterapia en la disfunción sexual femenina. Revisión bibliográfica

						dinamómetro y valoración de la apertura postero-anterior.		
Al-Abbadey et al. -2016 (33)	Revisión sistemática	Investigar los tratamientos usados y, su efectividad, en el dolor sexual femenino.	65 artículos: -Tratamientos médicos -Tratamientos quirúrgicos -Fisioterapia -Tratamiento psicológico -Tratamientos comparativos -Tratamientos diversos y combinados	Dentro de los tratamientos fisioterápicos: -2 artículos sobre desensibilización con dilatadores vaginales. -6 sobre estimulación eléctrica. -3 sobre BF electromiográfico. -3 sobre combinaciones multimodales (BF electromiográfico, dilatadores vaginales, electroestimulación, educación, terapia manual y programas de ejercicios).			Mediante el uso de dilatadores vaginales se obtuvieron efectos positivos en la dispareunia y función sexual tras 8 semanas de tratamiento en mujeres con vestibulodinia y, en las relaciones sexuales, dolor y orgasmo en mujeres con vaginismo. La estimulación eléctrica resultó positiva en el tratamiento de la función sexual, dispareunia y en la reducción del dolor. El empleo del BF electromiográfico consiguió reducir el dolor vulvar y sexual y aumentar la frecuencia de las relaciones sexuales. Los programas multimodales reflejaron mejoras en el dolor, frecuencia de las relaciones sexuales y en los niveles de deseo y excitación.	Varios estudios muestran el efecto positivo del tratamiento mediante la Fisioterapia en el dolor sexual femenino.
Musco et al. -2016 (34)	Estudio prospectivo	Evaluar la prevalencia de la función sexual femenina y los	25 mujeres con síndrome de vejiga hiperactiva idiopática. 14	Fueron tratadas durante 12 sesiones semanales de 30' de estimulación percutánea del nervio tibial, con una intensidad de pulso ajustable, un ancho de pulso de 200ms y una frecuencia de 20Hz.	-Función sexual	La medición de la función sexual se realizó mediante el FSFI y OAB-q SF; los síntomas urinarios se	Un 56% de las pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva fueron diagnosticadas con DF, en estas se ha observado una mejoría de la función sexual tras	Los resultados apoyan la mejoría de los síntomas de función sexual debido a un efecto directo de la estimulación percutánea

Eficacia de la fisioterapia en la disfunción sexual femenina. Revisión bibliográfica

		efectos de la estimulación percutánea del nervio tibial en ella, aplicada a mujeres con síndrome de vejiga hiperactiva.	de las 25 fueron diagnosticadas con DF mediante el FSFI.			evaluaron con un diario de la vejiga de 24h.	el tratamiento de estimulación percutánea del nervio tibial (normalización total de la función sexual en 5/14).	del nervio tibial y no a la mejora de los síntomas urinarios.
Kolberg et al. -2016 (35)	Análisis secundario de un ensayo aleatorizado	Evaluar el efecto del entrenamiento de los MSP en los síntomas vaginales, incontinencia coital y dispareunia en mujeres primíparas con afectación del músculo elevador del ano.	175 mujeres primíparas (6sem. posparto) con un parto vaginal (natural o instrumental) después de 32 semanas de gestación. 55 mujeres fueron diagnosticadas con afectación del músculo elevador del ano; las 120 restantes, no presentaron afectación. -Grupo estudio (media de 29,5	-Grupo estudio: asistieron durante 4 meses a sesiones de entrenamiento semanales de los MSP desde la 6 sem posparto. Además, se les solicitó la realización de ejercicios en el domicilio: 3 series/día de 8-12reps de contracciones máx. de los MSP. -Grupo control: información escrita repartida de manera general a las mujeres posparto en el momento del alta. Contiene información sobre el entrenamiento de los MSP en el posparto y cómo realizar una correcta contracción de los mismos.		El cuestionario International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire—Vaginal symptoms questionnaire (ICIQ-VS), se empleó para el análisis de síntomas vaginales y sexuales. La dispareunia y la incontinencia coital fueron evaluada mediante el cuestionario ICIQ-FLUTSsex. La presión vaginal en reposo y la fuerza y resistencia de los MSP fueron medidos mediante un transductor de presión conectado a un catéter con balón vaginal (colocado a 3,5cm dentro de la vagina).	No se encontraron resultados diferentes entre los grupos en relación a síntomas vaginales ni relacionados con disfunción sexual a los 6 meses posparto. En cuanto a las mujeres con mayor grado de afectación del músculo elevador del ano, se mostró una diferencia en el 45% de las pacientes, en comparación con el grupo control, de tener menor riesgo de sufrir síntomas de “vagina laxa”, alcanzándose mayor fuerza y resistencia en los MSP en el grupo de intervención. No se produjeron diferencias entre los grupos en cuanto a la presión vaginal en reposo.	No se encontraron relaciones significativas entre los síntomas y los cambios en el estado de los MSP. Son necesarios más estudios de calidad para analizar el efecto del entrenamiento de los MSP en los síntomas vaginales y en la disfunción sexual femenina.

Eficacia de la fisioterapia en la disfunción sexual femenina. Revisión bibliográfica

			años): 87 mujeres -Grupo control (media de 30,1 años): 88 mujeres					
Brækken et al. -2015 (36)	Análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado	Evaluar el efecto del entrenamiento de los MSP en la función sexual de mujeres con POP.	109 mujeres con una edad media de 48,9 años y con estadio I-III de POP: -Grupo de estudio: 50 mujeres -Grupo control: 59 mujeres	-Grupo estudio: durante 6 meses recibieron entrenamiento de los MSP (3 series de 8-12 reps de contracción de los MSP submáx. 1día/sem los 3 primeros meses y cada 2 sem. los 3 meses siguientes, también se les proporciono ayuda audiovisual + ejercicios en casa) y educación/pautas de salud. -Grupo control: información/educación.	-Función sexual -Función de los MSP	Al inicio se les hizo rellenar un cuestionario específico de POP (POP-specific questionnaire) y se les enseñó a contraer de manera aislada el SP (valorado mediante observación y palpación), la valoración de los MSP se realizó mediante manometría.	Un mayor nº de mujeres en el grupo estudio reflejaron mejoría en la función sexual en relación con el grupo control; aunque la mayoría de las mujeres no notificaron ningún cambio en la función sexual al finalizar los 6 meses. En el grupo estudio se mejoró tanto la fuerza como la resistencia de los MSP, mientras que la presión vaginal en descanso no varió en ninguno de los grupos. Se encontró relación en las mujeres que informaron de una mejoría en la función sexual con el aumento de fuerza y resistencia de los MSP, en comparación con aquellas que no tuvieron cambios o un empeoramiento de la función sexual.	No se encontraron diferencias significativas en la satisfacción de la frecuencia de las relaciones sexuales entre los grupos al finalizar los 6 meses de tratamiento. Si se encontraron mejorías en la fuerza, percepción/conciencia del SP y de una vagina "más apretada", autoconfianza, disminución del dolor y aumento de la libido, de los orgasmos y del placer percibido por su pareja. Además, se manifestó una relación en las mujeres que indicaron mejoras en la función sexual con el aumento de fuerza de sus MSP.
Zoorob et al. -2015 (37)	Ensayo aleatorizado	Evaluar el efecto de la Fisioterapia e inyecciones en	29 mujeres mayores de 18 años (media de 41,5 años),	-Grupo de Fisioterapia: técnicas de relajación miofascial y de puntos gatillo y masajes en el músculo elevador durante 60' mediante	-Dolor relacionado con el	El dolor relacionado con el elevador fue evaluado con las escalas NSR y Patient Global Impression of	El dolor vaginal (NRS) disminuyó en ambos grupos, necesitándose una media de 7,3 sem en el grupo de Fisioterapia en	Tanto la Fisioterapia como las inyecciones en puntos gatillo del elevador consiguen reducir la

Eficacia de la fisioterapia en la disfunción sexual femenina. Revisión bibliográfica

		puntos gatillo del músculo elevador en la función sexual y el dolor relacionado con el músculo elevador.	sexualmente activas y que cursen con mialgia del SP: - Grupo de Fisioterapia: 17 mujeres con una media de 42 años. - Grupo de inyecciones en puntos gatillo del elevador: 12 mujeres con una media de 40,8 años.	técnicas de estiramiento y compresión intravaginal -Grupo de inyecciones en puntos gatillo del elevador: inyecciones de mínimo 5ml/sitio en un máx de 4 (2 por cada lado) a una profundidad de 1-2cm compuestas por una mezcla de un esteroide y anestésico local.	músculo elevador -Función sexual	Improvement (PGI-I) Scale y, el FSFI fue utilizado en la medición de la función sexual	comparación con 4,4 sem en el de las inyecciones de puntos gatillo. En cuanto a la función sexual se obtuvieron mejoras más significativas en el grupo de Fisioterapia, especialmente en el dominio de dolor, el resto de dominios se mantuvieron estables en ambos grupos y en el tiempo. La disfunción sexual se redujo en un 35% en el grupo de Fisioterapia en comparación con un 8% en el otro grupo de estudio. La impresión global de mejoría no varió entre los grupos.	mialgia vaginal y el dolor asociado a las relaciones sexuales. La mejora es más rápida con el tratamiento de inyecciones de puntos gatillo en el elevador, mientras que con la Fisioterapia se consigue una mayor mejora de todos los aspectos en general.
Ferreira et al. -2015 (38)	Revisión sistemática	Revisar sistemáticamente los efectos del entrenamiento de los MSP en la función sexual femenina.	8 ensayos clínicos aleatorizados (1341 mujeres)	Entrenamiento de los MSP aislado o combinado con otros ejercicios o pautas sobre un estilo de vida saludable o combinado con otras terapias o electroterapia.	-Función sexual	Para la evaluación de la función sexual se emplearon un total de 10 medidas de evaluación en los 8 artículos.	En 5 artículos (diferencias intergrupo significativas), el entrenamiento de los MSP, resultó beneficioso en al menos un dominio de la función sexual. Algunos artículos mostraron un aumento en la fuerza de los MSP, aunque en la mayoría no se realizó una correlación de esto con las mejoras de la función sexual. Sólo 1 artículo encontró relación entre el aumento de fuerza y resistencia de los MSP con la mejora en la función sexual.	En la mayoría de los estudios se logró una mejora de al menos uno de los parámetros de función sexual en mujeres con disfunciones del SP y, uno de ellos de la función sexual en mujeres posparto.

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS RESULTADOS

A continuación, se analizan las características comunes de los artículos seleccionados.

6.1.1. Características de las muestras en los estudios

Los estudios analizados recogen diferentes técnicas de tratamiento en muestras de mujeres con diferentes disfunciones sexuales. Seis de estos artículos analizan la eficacia de diferentes técnicas en la dispareunia (6,14,25,27,33,35) (uno de ellos lo avalúa en mujeres primíparas tras 6 meses posparto natural y con afectación del músculo elevador del ano (35)), uno de los artículos seleccionados en mujeres con vaginismo primario (26), otro evalúa la relación entre el dolor, la FS y la angustia en mujeres con vulvodinia (29), otro en mujeres con vestibulodinia provocada (31) y otro en pacientes con atrofia vulvovaginal (32). En seis de los artículos seleccionados, se evaluó el efecto de diferentes técnicas de tratamiento en la valoración de la función sexual (28,30,34,36–38), uno de ellos en mujeres posmenopáusicas (28), otro en mujeres embarazadas o posparto con o sin disfunción sexual (30), uno en mujeres con síndrome de vejiga hiperactiva (34), otro en pacientes con POP (36), uno en mujeres con mialgia del SP (37).

La mayoría de los estudios fueron llevados a cabo con pacientes de entre 20 y 60 años (con una edad media entre 29,5-50,45 años), excepto en un estudio con pacientes entre 18 y 75 años (27) y otro, un caso clínico, de una mujer de 77 años (32).

6.1.2. Características de los sistemas de medición empleados

Entre los diferentes métodos utilizados para la evaluación de los resultados obtenidos de los diferentes tipos de tratamientos, destacan el Índice de Disfunción Sexual Femenina (FSFI), la Escala EVA y la NRS, el Índice de dolor de McGill (y su forma reducida), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), la Escala de impresión global de mejora del paciente (PGI-I), el cuestionario específico para POP (POP-Q test) y el cuestionario de síntomas vaginales (“International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire-Vaginal symptoms questionnaire”) (ICIQ-VS).

El *Índice de Función Sexual Femenina (Anexo II)*, se trata de un cuestionario multidimensional formado por 19 preguntas que evalúan diferentes aspectos (subjetivos) de la función/disfunción sexual femenina en las últimas cuatro semanas (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor). Las puntuaciones van del 0 al 36 siendo, puntuaciones bajas indicativo de menor función sexual. (5,7)

Las escalas EVA y NRS y el Índice de dolor de McGill, son herramientas empleadas en la medición del dolor. La *Escala Visual Analógica (EVA) (Anexo III)* o *Escala Numérica (NRS)*, es utilizada para la evaluación de la percepción subjetiva de la intensidad /severidad



del dolor (tanto agudo como crónico) percibido por el paciente. Está formada por una línea en la que se encuentran los números del 0 al 10, siendo 0 “ningún dolor” y 10 “el peor dolor imaginado”, permitiendo de esta forma al paciente señalar la intensidad de su dolor y adjudicándole un valor numérico. (39) El *Índice de dolor de McGill (Anexo IV)* es un instrumento que permite evaluar aspectos cualitativos y cuantitativos del dolor, como la localización del dolor (mediante una figura del cuerpo humano donde el paciente pueda señalar/marcar la/s zona/s dolorosa/s), la cualidad (el paciente debe escoger el tipo de dolor que percibe de entre una lista donde se representan las características de los diferentes tipos de dolor), las propiedades temporales y la intensidad.(40)

La *HADS (Anexo V)*, es una escala recomendada para la medición clínica de la ansiedad y la depresión, consta de 14 preguntas con respuesta múltiple. Está compuesta por 2 subescalas, con una puntuación de 0 a 21 y formadas por 7 ítems cada una de ellas, una para la ansiedad y otra para la depresión. (41)

La *PGI-I (Anexo VI)* es una escala simple, directa y fácil de usar para valorar la respuesta a una terapia. Se trata de una sola pregunta planteada al paciente para que valore su estado actual en comparación con su estado previo al tratamiento. (42)

El sistema de medición *POP-Q (Anexo VII)* es un cuestionario fácil, rápido y con buena confiabilidad intra o interobservador, permitiendo la evaluación del estado y magnitud del descenso de los órganos pélvicos. (43)

El *ICIQ-VS (Anexo VIII)* es una herramienta empleada en la evaluación de síntomas vaginales, síntomas sexuales asociados y el impacto en la calidad de vida de las pacientes que evalúa un total de 14 ítems.(44)

6.2. DESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS DE FISIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Tras el análisis de los artículos seleccionados para esta revisión, destacan los diferentes tratamientos de Fisioterapia: técnicas manuales (masoterapia, técnicas de relajación miofascial, técnicas de estiramiento, relajación de puntos gatillo...), entrenamiento de los MSP con o sin BF, termoterapia, electroestimulación, uso de dilatadores vaginales y proporcionar información, educar a los pacientes.

6.2.1. Estudios con el método de intervención de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico

En seis de los dieciséis artículos el principal método de intervención de Fisioterapia para el tratamiento de las DSP fue el ejercicio de los MSP (28,30,32,35,36,38).

Nazarpour et al. (28) llevó a cabo ejercicios específicos de los MSP en mujeres posmenopáusicas. En el grupo de estudio se impartieron clases grupales de 2 horas de entre 10 y 15 personas durante 12 semanas, en las cuales se les proporcionó información sobre los MSP y se realizaron ejercicios de contracción-relajación de los MSP (10 segundos de contracción y 10 de relajación) 10 repeticiones cada uno. Además, se pautó la realización de ejercicios en el domicilio 3-4 veces al día con la ayuda de material escrito y audiovisual con el fin de facilitar la realización de los mismos a las pacientes. Al grupo control solo se le proporcionó información sobre los síntomas de la menopausia.

Sobhgol et al. (30) realizó una revisión sistemática para evaluar el efecto del entrenamiento de los MSP en la FS en mujeres embarazadas y posparto. Entre los 10 artículos analizados en esta revisión sistemática los diferentes programas de entrenamiento fueron muy heterogéneos. En uno de ellos emplearon el ejercicio de los MSP en combinación con otros ejercicios, proporcionar información, BF o el empleo de conos vaginales, entre otros. En nueve de los diez artículos se realizó el entrenamiento de los MSP de manera específica y aislada.

Mercier et al. (32) analizaron su efecto en un mujer de 77 años con atrofia vulvovaginal y con IU por estrés. En este caso clínico, la paciente recibió sesiones impartidas por un fisioterapeuta de 1 hora/semana durante 12 semanas formadas por 15 minutos de información sobre los MSP y, posteriormente, 45 minutos de ejercicios de los MSP, los cuales consistieron en ejercicios de contracciones máximas, rápidas y mantenidas, así como contracciones mientras la paciente tosía. Además de pautar la realización de estos ejercicios (previamente enseñados en la sesión clínica) en su domicilio durante 5 sesiones a la semana. Los ejercicios realizados se dividieron en 3 fases, cada una de las cuales, con una duración de 4 semanas, después de las cuales se pasaría a la siguiente fase con el fin de progresar en la dificultad de los ejercicios (aumentando el número de repeticiones de cada ejercicio, su tiempo de contracción y/o realizándolos en posiciones cada vez más complejas).

Kolberg et al. (35) realizaron un análisis secundario de un ensayo clínico realizado en mujeres primíparas en la sexta semana posparto con el fin de evaluar el efecto del entrenamiento de los MSP en los síntomas vaginales, incontinencia coital y dispareunia en estas mujeres con afectación del músculo elevador del ano. En el grupo de estudio, las mujeres asistieron a sesiones semanales donde se realizaron ejercicios de los MSP durante un periodo de 4 meses. En combinación con estas sesiones presenciales con el profesional de la salud, se pautaron ejercicios para realizar en sus domicilios de manera diaria, estos consistieron en la realización de 3 series de 8-12 repeticiones de contracciones máximas de los MSP. Por otro lado, al grupo control se le facilitó información sobre el posparto en el momento del alta hospitalaria.

Braekken et al. (36) llevó a cabo el análisis secundario de un ensayo clínico realizado en 109 mujeres con POP con el fin de evaluar el efecto de este método de intervención en la

FS de estas pacientes. Al igual que en el caso anterior, a las integrantes del grupo control se les proporcionó información, mientras que las del grupo experimental asistieron a sesiones semanales durante 3 meses y, posteriormente, a una sesión cada dos semanas, durante los siguientes 3 meses, donde se realizaron 3 series de 8-12 repeticiones de ejercicios de contracción submáxima de los MSP. También se pautaron ejercicios para realizar en el domicilio y se les proporcionó información y pautas/consejos sobre salud.

Ferreira et al. (38) realizó una revisión sistemática de ocho ensayos clínicos aleatorizados sobre los efectos del entrenamiento de los MSP en la FS femenina. En ellos se realizaron entrenamientos de los MSP de manera específica y aislada o en combinación con otros ejercicios, proporción de información o intervención mediante otras técnicas de Fisioterapia como la electroterapia.

6.2.2. Estudios con el método de intervención de técnicas manuales

En tres de los estudios analizados se evaluó el efecto de la Fisioterapia mediante técnicas manuales para el tratamiento de DSF.

En la revisión sistemática de Trahan et al. (27) se revisó la eficacia de la terapia manual en el tratamiento del dolor en mujeres con dispareunia en 4 estudios. En estos estudios se llevó a cabo la intervención mediante diferentes técnicas manuales como, masaje de Thiele, técnicas de relajación miofascial, técnicas de tratamiento de puntos gatillo, técnicas de estiramiento y compresión y técnicas de manipulación pélvica.

Silva et al. (14) llevó a cabo un ensayo clínico durante 4 semanas en el cual, al igual que en el estudio anterior, se analizó el efecto del tratamiento de la dispareunia mediante técnicas manuales pero, en este caso, realizando únicamente la técnica de masaje de Thiele una vez por semana. Esta técnica consiste en la realización de pases desde el origen hasta la inserción de los músculos aplicando cierta presión (siempre que sea tolerada por la paciente) durante aproximadamente cinco minutos. Además de esto, a todas las participantes del estudio se les proporcionó información sobre el SP.

En el estudio de Zoorob et al. (37) se evaluó el efecto de la fisioterapia mediante técnicas de relajación miofascial y de puntos gatillo y técnicas de masoterapia en el músculo elevador del ano combinadas con técnicas de estiramiento y compresión intravaginales realizadas en sesiones de 60 minutos, en comparación con la intervención mediante inyecciones en puntos gatillo del músculo elevador del ano, con el propósito de conseguir reducir el dolor y mejorar la FS en mujeres con mialgia del SP.

6.2.3. Estudios con el método de intervención de técnicas instrumentales

Musco et al. (34) realizó un estudio prospectivo en el que evaluó el efecto del tratamiento de la FS en mujeres con síndrome de vejiga hiperactiva y DS mediante la

aplicación de electroestimulación percutánea del nervio tibial. El tratamiento se llevó a cabo durante 12 sesiones semanales de 30 minutos de aplicación de esta técnica de tratamiento. La intensidad de pulso de la electroestimulación se ajustó a la tolerancia de cada paciente, el ancho de pulso fue de 200ms y la frecuencia de 20Hz.

6.2.4. Estudios con método de intervención multimodal de técnicas de fisioterapia

Dentro de esta categoría se encuentran seis artículos donde se realizan técnicas de intervención para la DSF empleando una combinación de técnicas entre las que destacan: ejercicio de los MSP, técnicas manuales, electroterapia, termoterapia, BF y el uso de dilatadores.

El estudio de Ghaderi et al. (25) evalúa el efecto de la combinación de ejercicios de los MSP, técnicas manuales y TENS en el tratamiento de la dispareunia. Durante 3 meses, las pacientes en el grupo de estudio, acudieron a sesiones de Fisioterapia una vez por semana en las cuales, en un primer momento, se les proporcionó información sobre los MSP y, posteriormente, se comenzó la sesión con la realización de ejercicios del SP con feedback proporcionado por palpación digital con el fin de mejorar y facilitar la realización de los mismos y la conciencia de activación de la musculatura. Además, durante 15-20 minutos el fisioterapeuta realizó técnicas de intervención manuales para la relajación de puntos gatillo y de liberación miofascial intravaginal, así como masaje intravaginal profundo y TENS intravaginal de alta frecuencia durante 20-25 minutos con una frecuencia de 100Hz, duración de pulso de 80ms y máxima intensidad tolerada por la paciente. Por último, también se pautaron ejercicios diarios para realizar en el domicilio. El grupo control no recibió ningún tratamiento ni se les proporcionó información de ningún tipo.

Schvartzman et al. (6) realizó un ensayo en el que se evaluó el efecto de la Fisioterapia en mujeres con dispareunia menopáusicas o posmenopáusicas, dividiéndolas en dos grupos: un grupo de intervención de los MSP y otro en la región lumbar, los cuales recibieron cinco sesiones de 1 hora. En el primero de ellos se aplicó termoterapia infrarroja, ejercicio de contracción-relajación del SP y técnicas de liberación miofascial de puntos gatillo de los MSP y de los músculos iliopsoas, piriforme y diafragma. Por otro lado, los pacientes del grupo de intervención en la región lumbar, recibieron únicamente la aplicación de termoterapia en la región lumbar y técnicas de relajación miofascial en musculatura diafragmática-abdominal, piriforme e iliopsoas.

En el estudio Yaraghi et al. (26) se evaluó la efectividad del tratamiento en la mejora de la FS en mujeres con vaginismo primario mediante la utilización de técnicas de Fisioterapia en comparación con inyecciones locales de toxina botulínica. En este caso, las pacientes del grupo control recibieron, durante 12 semanas, información sobre los MSP en combinación con

la aplicación de infrarrojos, técnicas de masaje en el SP y programas de ejercicios de autoconocimiento diarios (1h/día) y, en aquellos casos en los que las mujeres toleraron la introducción de electrodos vaginales se les aplicó terapia analgésica durante 15 minutos. En el grupo experimental la intervención consistió en inyecciones locales de toxina botulínica en tres puntos del músculo elevador del ano.

Lamvu et al. (29) desarrolló un estudio prospectivo con el propósito de determinar la relación entre el dolor, la FS y la angustia en mujeres con vulvodinia después de seis meses de tratamiento. Las estrategias de intervención fueron muy diversas, incluyendo tratamiento tópico, fármacos orales, vestibulectomía, terapias psicológicas, terapias alternativas, inyecciones, uso de dilatadores vaginales y tratamiento fisioterápico.

Morin et al. (31) revisó sistemáticamente la evidencia sobre la efectividad en la reducción del dolor y mejora de la FS en mujeres con VDP mediante la aplicación de técnicas de Fisioterapia. En esta revisión se incluyeron intervenciones como: el uso de dilatadores vaginales, BF, electroestimulación, proporción de información, terapia manual y técnicas de Fisioterapia multimodal.

Al-Abbadey et al. (33) investigó los métodos de tratamiento empleados en la reducción del dolor sexual femenino y su efectividad en un total de 65 artículos. En ellos se incluyeron métodos de intervención médicos, quirúrgicos, psicológicos, fisioterápicos y la combinación de varios de los anteriormente citados. Dentro del grupo de artículos sobre técnicas de Fisioterapia se englobaron el uso de dilatadores vaginales, estimulación eléctrica, BF electromiográfico y artículos con combinación de las técnicas descritas más técnicas de terapia manual, educación y programas de ejercicios.

7. DISCUSIÓN

En este apartado se analiza la eficacia de los diferentes métodos de intervención realizados en los distintos estudios seleccionados.

7.1. ANÁLISIS DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO

A continuación, se analizan y comparan los resultados obtenidos del análisis de los métodos de tratamiento de los distintos artículos seleccionados para este estudio.

7.1.1. Estudios con el método de intervención de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico

Examinando las diferencias en relación a los tipos de estudio, dos de ellos (28,32) son ensayos clínicos aleatorizados, otros dos (30,38) revisiones sistemáticas y, por último, se analizaron dos análisis secundarios de ensayos clínicos aleatorizados (35,36). La revisión realizada por Ferreira et al. (38) es el estudio con mayor nivel de evidencia según la Escala Oxford, alcanzando una puntuación de 1A

Además, las diferencias están presentes en cuanto al tamaño de la muestra y al tipo de disfunción sexual tratada, en cuatro de ellos (28,30,36,38) se evaluó la FS en diferentes poblaciones, mujeres posmenopáusicas, mujeres embarazadas o en periodo posparto y en mujeres con POP; en uno de ellos (32), se valoró el entrenamiento de la MSP en una paciente con atrofia vulvovaginal y, en el último (35), en mujeres primíparas con dispareunia y afectación del músculo elevador del ano, por lo que el objetivo final de la intervención de los estudios analizados ha sido diferente en función de la disfunción tratada. El estudio con mayor número poblacional es el análisis secundario realizado por Kolberg et al (n=175), en comparación con el estudio realizado por Mercier et al (n=1) en el que estudian el caso de una única paciente. Dentro de las revisiones sistemáticas analizadas, la realizada por Sobhgol et al analiza los resultados de 10 estudios, mientras que Ferreira et al analiza 8 estudios, pero siendo todos ellos ensayos clínicos aleatorizados. Debido a la amplia variedad de disfunciones sexuales estudiadas en cada uno de los estudios de entrenamiento de los MSP, no se puede objetivar la eficacia de esta técnica de tratamiento para cada una de las disfunciones de manera específica.

La falta de homogeneidad entre los estudios también está presente en las variables de medición de los estudios, sus medidas de evaluación y el tiempo de intervención. En dos de los estudios analizados, el tiempo de intervención fue de 12 semanas, entre ellos, encontramos el realizado por Nazarpour et al donde se evaluó la FS mediante el FSFI y, en el estudio de Mercier et al donde se evaluaron diferentes aspectos y se emplearon diversas



escalas de medición, como fueron el dolor durante las relaciones sexuales (EVA), la sequedad vaginal (ICIQ-VS) y con un diario de orina se valoraron los cambios en cuanto a pérdidas de orina. Kolberg et al analiza de forma secundaria un estudio con una duración de 4 meses, en donde se evalúan los síntomas vaginales y sexuales mediante el cuestionario ICIQ-VS, el mismo que se ha empleado en el anterior estudio citado. El estudio de mayor tiempo de intervención fue el analizado por Braekken et al, cuya duración fue de 6 meses y, en él se valoró tanto la FS mediante un cuestionario específico para pacientes con POP (POP-specific questionnaire) y la función de los MSP mediante manometría. Por otro lado, en las dos revisiones sistemáticas incluidas en este apartado se evaluó la FS, en uno de ellos (Ferreira et al) se emplearon diez cuestionarios diferentes para su mediación y en la otra, la revisión realizada por Sobhgol et al, se utilizaron 6 cuestionarios y 4 cuestionarios más para la medición de la función de los MSP. Como era de esperar, debido a la diversidad de DSF tratadas en estos estudios, las herramientas de medición empleadas también fueron muy diversas, por lo que no se pueden correlacionar las escalas o test empleados en cada una.

Analizando las intervenciones de los estudios incluidos en esta revisión, encontramos semejanzas en cuanto a la combinación de la intervención en clínica, con una sesión semanal en presencia de un fisioterapeuta (en algunos de los estudios estas sesiones fueron individuales mientras que en otras fueron grupales) y, posteriormente, ejercicios pautados para su realización diaria en el domicilio. En la mayoría se indicaron ejercicios específicos de manera aislada de los MSP (contracción 10"-relajación 10") de contracción máxima o submáxima y mantenida en diferentes posiciones e incluso, durante la tos. En cada una de estas posiciones los ejercicios se realizaron entre 8 y 12 veces (repeticiones) cada uno y un total de 3-4 series. En la mayoría de los estudios además del entrenamiento de los MSP se les proporcionó información sobre el SP y, en la revisión de Ferreira et al se analizaron estudios con ejercicios específicos de los MSP y de estos en combinación con otras técnicas, al igual que en uno de los diez estudios revisados por Sobhgol et al. En general, todos los artículos emplean las mismas pautas de entrenamiento de los MSP en combinación con proporcionar información del SP a las pacientes para facilitar el aprendizaje de los ejercicios y aumentar el nivel de autoconocimiento del propio cuerpo.

De manera general, el entrenamiento de los MSP resultó ser un método de tratamiento beneficioso para la mejora de la FS en al menos uno de sus dominios. Analizando los resultados positivos de los diferentes estudios observamos una mejora en la excitación, satisfacción sexual y orgasmos en el estudio de Nazarpour et al y en siete de los diez artículos revisados por Sobhgol et al, en el cual también se obtuvieron beneficios en cuanto al deseo sexual en mujeres en periodo posparto. En el estudio de Mercier et al se obtuvieron efectos beneficiosos en las relaciones sexuales al disminuir los síntomas de IU y sequedad, tirantez y dolor vaginal. En cinco de los ocho estudios revisados por Ferreira et al, el entrenamiento

de la MSP resultó beneficioso al menos en uno de los parámetros de la FS y, sólo en uno de los ocho estudios analizados se estableció relación entre el aumento de la fuerza y resistencia de los MSP con mejoras en la FS, aunque en la mayoría de los estudios esta relación no se pudo establecer. En dos de los estudios revisados, no se observaron mejoras al final del periodo de tratamiento en cuanto a los síntomas de DS. En el grupo experimental del estudio de Braekken et al se plasmaron aumentos en la fuerza y resistencia de los MSP en mujeres con POP, pero no se observaron mejoras significativas en la FS después de seis meses de tratamiento. Del mismo modo, en el estudio de Kolberg et al no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a los síntomas vaginales ni a la disfunción sexual en mujeres posparto, pero en un 45% de las pacientes con afectación del músculo elevador del ano se redujo la percepción de “vagina laxa”. En estos dos últimos artículos citados, el entrenamiento de los MSP resultó beneficioso para el aumento de la fuerza y resistencia de los MSP, pero no se observaron cambios en el estado de la MSP en reposo.

Tras el análisis de los estudios incluidos para la realización de esta revisión bibliográfica, se puede llegar a la conclusión de que el entrenamiento de los MSP puede ser un método de intervención con efectos positivos para el aumento de la fuerza y resistencia de los MSP y para conseguir beneficios en cuanto a la FS.

7.1.2. Estudios con el método de intervención de técnicas manuales

Dentro del grupo de estudios analizados con el método de intervención de técnicas manuales, uno de ellos (37) es un ensayo clínico aleatorizado, siendo el que mayor nivel de evidencia presenta (1B) según la Escala Oxford. Los dos estudios restantes son un ensayo clínico paralelo no aleatorizado (14) y una revisión sistemática (27).

En relación al tamaño de la muestra, estos tres artículos presentan un menor número de pacientes en comparación con el grupo de entrenamiento de los MSP, siendo el artículo con mayor número poblacional el ensayo realizado por Zoorob et al (n=29) y la revisión sistemática llevada a cabo por Trahan et al sólo analizó un total de 4 artículos. En contraposición, encontramos como un aspecto positivo las semejanzas en cuanto al tipo de disfunción tratada en cada estudio, siendo en los tres la dispareunia. Debido al pequeño número de población examinada es necesaria más investigación con tamaños de muestra más grandes, así como estudios donde se analice el efecto de este método de intervención en otras DSF, además de en la dispareunia.

Uno de los aspectos positivos de este grupo de estudio fue la homogeneidad en cuanto a las variables estudiadas y a los sistemas de medición empleados. En los tres estudios se evaluó el dolor durante las relaciones sexuales con diversas escalas, como EVA, NRS, McGill Pain Index y/o la subescala de dolor del FSFI. En dos de los estudios se analizó el nivel de angustia mediante la HADS y, en otros dos la impresión global de mejora del paciente (PGI-

l). En contraposición con los estudios con el método de intervención de entrenamiento de los MSP, sí se empleó la misma escala para la medición de la FS, haciendo uso del FSFI. Esto supone un aspecto positivo y muy relevante para el análisis de los resultados al poder compararlos y correlacionarlo entre sí.

Entre las semejanzas de los artículos analizados se encuentran los diferentes tipos de técnicas manuales de intervención, como es el masaje Thiele, técnicas de relajación miofascial, de estiramiento y compresión intravaginal y técnicas de tratamiento de puntos gatillo. En el ensayo de Silva et al se empleó únicamente la técnica de masaje Thiele y se proporcionó información a los pacientes en sesiones semanales durante un periodo de cuatro semanas, todos los pacientes recibieron el mismo tratamiento, siendo el grupo con dispareunia el grupo de estudio y, mujeres con dolor pélvico crónico, el grupo control. En contraste, en el estudio llevado a cabo por Zoorob et al, se realizó una comparación entre la aplicación de estas técnicas manuales con el tratamiento mediante inyecciones de puntos gatillo en dos grupos de mujeres, todas ellas con mialgia del SP.

Evaluando los resultados obtenidos de los diferentes estudios, las técnicas manuales empleadas para el tratamiento de la dispareunia parecen tener efectos positivos en la reducción del dolor durante las relaciones sexuales y aumentando el nivel de FS. En cuanto al nivel de angustia y depresión y a la percepción global de mejora de los pacientes no se han encontrado cambios significativos en ningún estudio. Así mismo, en el estudio comparativo de Zoorob et al, las inyecciones de puntos gatillo reportaron efectos beneficiosos más rápidos en la disminución del dolor sexual en comparación con la intervención de Fisioterapia (necesitándose en el primer caso un periodo de 4 semanas y, de 7 semanas en los pacientes tratados con Fisioterapia). Sin embargo, en este último grupo se observó una reducción de la disfunción sexual en un 35% de las pacientes frente a un 8% de los pacientes intervenidos con inyecciones de puntos gatillo.

7.1.3. Estudios con el método de intervención de técnicas instrumentales

Sólo se encontró un estudio en el que se aplicasen técnicas instrumentales para el tratamiento de DS femenina. El estudio realizado por Musco et al analizó el efecto de la estimulación percutánea del nervio tibial en 25 mujeres con síndrome de vejiga hiperactiva idiopática, de las cuales 14 de ellas fueron diagnosticadas con DF.

En este estudio prospectivo la variable de estudio analizada fue la FS mediante la aplicación del FSFI y la escala específica de OAB-q SF y, los síntomas urinarios se evaluaron mediante la recogida de datos de un diario de orina de 24h. El periodo de tratamiento tuvo una duración total de 12 semanas durante las cuales se realizaron sesiones de 30 minutos/semana de esta técnica de estimulación eléctrica. Al finalizar el periodo de intervención se observaron efectos beneficiosos en la FS en las mujeres diagnosticadas con

DS y, en 5 de las 14 pacientes diagnosticadas con DS se alcanzó la normalización total de la FS. Sin embargo, no se obtuvieron resultados positivos en cuanto a los síntomas urinarios.

Es necesaria más investigación en el tratamiento de las DS mediante técnicas instrumentales para poder concluir cuáles son los efectos de este método de intervención, así como estudios donde se analicen estudios con diferentes técnicas, como puede ser el uso de TENS intravaginal, dilatadores vaginales o esferas perineales, entre otros. (45)

7.1.4. Estudios con método de intervención multimodal de técnicas de fisioterapia

En esta revisión se analizaron seis estudios cuyo método de intervención para el abordaje de la DS fue un tratamiento multimodal de técnicas de Fisioterapia. Tres de los seis estudios alcanzaron un nivel de evidencia 1B en la Escala Oxford al ser ensayos clínicos aleatorizados (6,25,26), otros dos estudios fueron revisiones sistemáticas (31,33) y, uno, un estudio prospectivo (29).

Examinando el tamaño de la muestra y el tipo de disfunción tratada en cada uno de los artículos, se observan semejanzas entre los tres ensayos clínicos aleatorizados con tamaños de población similares ($n=64$, $n=42$ y $n=58$) y, el estudio prospectivo realizado por Lamvu et al es el artículo con mayor número de pacientes ($n=282$). En cuanto a las dos revisiones sistemáticas, Morin et al y Al-Abbadey et al, realizaron el análisis de 44 y 65 estudios respectivamente. Todos los estudios realizaron intervenciones para el tratamiento de DS que cursan con dolor, en tres ocasiones (6,25,33) las mujeres estaban diagnosticadas con dispareunia y, en los demás estudios encontramos pacientes con vaginismo primario, vulvodinia y VDP. Se puede observar homogeneidad en las DS estudiadas en tres de los estudios (dispareunia), pero sería interesante y necesario realizar estudios donde el tamaño de muestra fuese mayor, así como analizar sus efectos en otras DS, como, por ejemplo, vulvodinia, atrofia vulvo-vaginal o anorgasmia, entre otras.

Otro de los aspectos positivos observados en los cuatro estudios lo encontramos en relación a las variables estudiadas y al sistema de medición empleado, siendo común a los cuatro la valoración de la FS haciendo uso del FSFI. En tres de ellos también se evaluó el cambio del dolor durante las relaciones sexuales, utilizando en dos de los casos la EVA y en uno la versión corta del cuestionario de dolor McGill. Por otro lado, se examinaron otras variables sin relación entre los estudios, como por ejemplo la calidad de vida mediante la Escala de Calidad de Vida de Cervantes, la FS haciendo uso del test específico para pacientes con POP y la fuerza y resistencia de los MSP mediante palpación digital y la Escala Oxford. La heterogeneidad de los estudios también se observa en los diferentes periodos de intervención desde 5 sesiones de una hora/semana hasta 12 semanas de tratamientos semanales y, en el estudio prospectivo de Lamvu et al se evalúan los resultados 6 meses

después de la aplicación del tratamiento. Los resultados obtenidos en los tres ensayos clínicos aleatorizados y en el estudio prospectivo se pueden correlacionar al emplearse la misma escala de medición de la FS (FSFI).

Analizando los tres ensayos clínicos aleatorizados se observan similitudes en las diferentes técnicas de intervención empleadas, de manera global las sesiones constaron de: termoterapia, técnicas manuales, TENS analgesia y ejercicios del SP que se pautaran para su realización en el domicilio y, en algunos casos en combinación con BF. En el estudio realizado por Lamvu et al se evaluó el efecto de 78 tratamientos diferentes en la FS en el que se incluyeron medicamentos orales, terapias tópicas, cirugía, fisioterapia, uso de dilatadores vaginales, inyecciones, entre otros. En las dos revisiones analizadas, Morin et al y Al-Abbadey et al revisaron estudios donde se aplicaron técnicas de desensibilización con dilatadores vaginales, estimulación eléctrica, BF y terapia multimodal, además, en el primer caso se incluyeron técnicas manuales. En este aspecto sería interesante establecer protocolos en función de la eficacia de cada una de las técnicas empleadas y distinguir cuales son más beneficiosas para cada una de las diversas DSF.

En los cuatro estudios analizados se obtuvieron efectos beneficiosos en la FS en al menos uno de los dominios del FSFI y en la disminución del dolor tanto en la EVA como en la subescala del FSFI y, en los dos estudios que evalúan los MSP tras la intervención se observaron efectos positivos en la fuerza y resistencia de los MSP, además de reducción de la actividad del SP en reposo en uno de ellos. En dos de los ensayos clínicos aleatorizados se comparó el tratamiento del SP mediante técnicas de Fisioterapia con otra intervención, como inyecciones de toxina botulínica o intervención de la región lumbar mediante Fisioterapia. En ambos casos los grupos que recibieron tratamiento de Fisioterapia reportó mejores resultados en la FS. En las dos revisiones sistemáticas (31,33) analizadas se obtuvieron beneficios tanto en la reducción del dolor como en la mejora de la FS en diferentes DS, como la dispareunia, vestibulodinia y en el vaginismo y, el uso de dilatadores vaginales resultó positivo para reducir el miedo a la penetración.

Una vez evaluados los resultados, el método de intervención multimodal de técnicas de Fisioterapia parece tener efectos beneficiosos en la FS y disminución del dolor en diferentes DS como la dispareunia, vestibulodinia y en mujeres con vaginismo. Por esto mismo, es de gran importancia fomentar la cooperación interprofesional, para así ayudarnos entre los diferentes profesionales sanitarios y, ayudar a nuestro principal objetivo, el bienestar y la pronta recuperación de los pacientes, por lo que la colaboración entre ginecólogos/as, sexólogos/as, psicólogos/as y fisioterapeutas es una clave fundamental en el tratamiento de las DSF.

7.2. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A lo largo de la realización de esta revisión bibliográfica se han encontrado algunas limitaciones en cuanto al grupo poblacional y al tratamiento realizado.

En todos los estudios, las mujeres eran heterosexuales y, en la mayoría, el objetivo de tratamiento estaba orientado a la disminución del dolor sexual en el momento de la penetración, cuando el dolor vaginal está presente en muchos otros momentos de la vida cotidiana como puede ser al introducirse un tampón, al realizar una exploración ginecológica, durante la masturbación o con el simple roce de la ropa interior. Por otro lado, en la mayoría de los estudios la disfunción sexual femenina tratada cursó con dolor vaginal, como, por ejemplo, dispareunia, vaginismo primario, mialgia del SP, vulvodinia o VDP. Siendo este un síntoma que goza de gran importancia, como es necesario, pero el tratamiento del SP no debe ser excluido a únicamente cuando existe una dolencia del mismo, sino que la propia ausencia de placer (a pesar de que no exista dolor) en una relación sexual ya es motivo suficiente para acudir a un profesional sanitario con el fin de ayudar a mejorar la calidad de vida sexual de la mujer. Existen una gran variedad de DSF, como las disfunciones del SP por hipotonía de los MSP, causando anorgasmia entre las pacientes, como puede ser la atrofia vulvovaginal o las disfunciones orgásmicas.

Otra de las principales limitaciones observadas en la realización de este estudio, es en relación a la falta de congruencia de la intervención fisioterapéutica, siendo difícil encontrar un tratamiento “Gold Standard”, por lo que es de gran importancia fomentar la investigación y publicación de estudios científicos de alta calidad metodológica.

Por otro lado, me gustaría recalcar la etiología tan diversa y variada de las DSF, por lo que una intervención multidisciplinar parece ser evidente como el mejor método de enfoque para la resolución de estas.

7.3. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Tras la realización de este estudio, me gustaría recalcar la necesidad de estudios de alta calidad metodológica que analicen tratamientos multimodales e interdisciplinarios y con un mayor periodo de tratamiento (estudios a largo plazo). Del mismo modo sería interesante homogeneizar los sistemas de evaluación de las variables a estudiar, como por ejemplo la FS o el dolor.

Como dije anteriormente, creo que es necesario la investigación y publicación de artículos científicos de calidad para la creación de “Guías de práctica clínica” de Fisioterapia para el tratamiento de las diferentes DSF, así como más investigación acerca de la efectividad de los tratamientos para cada una de las diversas DSF y, en especial, de las alteraciones anorgásmicas.

8. CONCLUSIONES

Tras la realización de esta revisión bibliográfica podemos concluir que:

- ❖ En líneas generales las técnicas de Fisioterapia parecen ser un método de intervención beneficioso y eficaz para el tratamiento de las disfunciones sexuales, especialmente de aquellas que cursan con hipertonía de los músculos del suelo pélvico y dolor durante las relaciones sexuales. En cuanto a las disfunciones hipotónicas del SP que cursan con anorgasmia, no se puede concluir debido a la falta de estudios y de evidencia científica.
- ❖ El ejercicio terapéutico de los músculos del suelo pélvico parece ser un método de intervención con efectos positivos en cuanto al aumento de la fuerza y resistencia de los MSP y de mejora de la función sexual.
- ❖ Las técnicas de terapia manual proporcionaron efectos positivos en cuanto a la disminución del dolor y en la mejora de la FS.
- ❖ No se puede concretar la eficacia de las técnicas instrumentales, debido a la poca evidencia científica encontrada (un solo artículo).
- ❖ La combinación de varias técnicas de Fisioterapia (tratamiento multimodal) resultó beneficiosa en la reducción del dolor así como en la mejora de la FS.
- ❖ Es necesaria más investigación acerca de la efectividad de la Fisioterapia en las disfunciones sexuales femeninas y más publicaciones de estudios de alta calidad metodológica con periodos de intervención a largo plazo, con el fin de crear un tratamiento “Gold Standard” y “Guías de Práctica Clínica”.



9. BIBLIOGRAFÍA

1. Guirao-Goris S, Ferrandiz E, Salas A. El artículo de revisión. Rev Iberoam Enferm Comunitaria. 1 de enero de 2008;1:6.
2. Goris SJAG. UTILIDAD Y TIPOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. Rev Ene Enferm [Internet]. 31 de agosto de 2015 [citado 25 de marzo de 2020];9(2). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/495>
3. Cacchioni T, Wolkowitz C. Treating women's sexual difficulties: the body work of sexual therapy: The body work of sexual therapy. Sociol Health Illn. febrero de 2011;33(2):266-79.
4. Stein A, Sauder SK, Reale J. The Role of Physical Therapy in Sexual Health in Men and Women: Evaluation and Treatment. Sex Med Rev. enero de 2019;7(1):46-56.
5. Guess MK, Connell KA, Chudnoff S, Adekoya O, Richmond C, Nixon KE, et al. The Effects of a Genital Vibratory Stimulation Device on Sexual Function and Genital Sensation: Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2017;23(4):256-62.
6. 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. 4 de julio de 2019;45(5):378-94.
7. Bortolami A, Vanti C, Banchelli F, Guccione AA, Pillastrini P. Relationship Between Female Pelvic Floor Dysfunction and Sexual Dysfunction: An Observational Study. J Sex Med. mayo de 2015;12(5):1233-41.
8. Kingsberg SA, Woodard T. Female Sexual Dysfunction: Focus on Low Desire. Obstet Gynecol. febrero de 2015;125(2):477-86.
9. Greydanus DE, Matytsina L. Female sexual dysfunction and adolescents: Curr Opin Obstet Gynecol. octubre de 2010;22(5):375-80.
10. Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women: Curr Opin Obstet Gynecol. diciembre de 2019;31(6):485-93.
11. Colson M-H, Cour F. Les troubles de l'orgasme féminin. Prog En Urol. julio de 2013;23(9):586-93.
12. Bary Berghmans, Kari Bo, Siv Morkved, Marijke Van Kampen. Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Bridging science and clinical practice. Second Edition. Edinburgh Londo New York Oxford Philadelphia St Louis Sydney Toronto: Elsevier; 2015.
13. Ramírez, Blanco y Kauffmann. Rehabilitación del Suelo Pélvico Femenino. Práctica clínica basada en la evidencia. Madrid: Editorial Médica Panamericana, D.L. 2013; 2014. 176 p.
14. Silva A, Montenegro M, Gurian M, Mitidieri A, Lara L, Poli-Neto O, et al. Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet. enero de 2017;39(01):26-30.

15. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Byers S, Cohen T, et al. No. 279-Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can.* junio de 2018;40(6):e451-503.
16. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. Cochrane Common Mental Disorders Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 12 de diciembre de 2012 [citado 13 de marzo de 2020]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001760.pub2>
17. Cox KJ, Neville CE. Assessment and Management Options for Women with Vulvodynia. *J Midwifery Womens Health.* mayo de 2012;57(3):231-40.
18. Kestránek J, Špaček J, Ryška P, Adamkov J, Matula V, Buchta V. Radiofrequency Therapy for Severe Idiopathic Vulvodynia: *J Low Genit Tract Dis.* octubre de 2013;17(4):e1-4.
19. Hartmann D. Chronic vulvar pain from a physical therapy perspective: Physical therapy for vulvar pain. *Dermatol Ther.* 24 de septiembre de 2010;23(5):505-13.
20. 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.
21. Davis SNP, Bergeron S, Binik YM, Lambert B. Women with Provoked Vestibulodynia Experience Clinically Significant Reductions in Pain Regardless of Treatment: Results from a 2-Year Follow-Up Study. *J Sex Med.* diciembre de 2013;10(12):3080-7.
22. Krychman M, Rowan CG, Allan BB, Durbin S, Yacoubian A, Wilkerson D. Effect of Single-Session, Cryogen-Cooled Monopolar Radiofrequency Therapy on Sexual Function in Women with Vaginal Laxity: The VIVEVE I Trial. *J Womens Health.* marzo de 2018;27(3):297-304.
23. Dietz HP, Stankiewicz M, Atan IK, Ferreira CW, Socha M. Vaginal laxity: what does this symptom mean? *Int Urogynecology J.* mayo de 2018;29(5):723-8.
24. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. *Rev Lat Am Enfermagem.* junio de 2007;15(3):508-11.
25. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecology J.* 1 de noviembre de 2019;30(11):1849-55.
26. Yaraghi M, Ghazizadeh S, Mohammadi F, Ashtiani EM, Bakhtiyari M, Mareshi SM, et al. Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical trial. *Int Urogynecology J.* noviembre de 2019;30(11):1821-8.
27. 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. *J Women's Health Phys Ther.* 2019;43(1):28-35.

28. Nazarpour S, Simbar M, Majd HA, Tehrani FR. Beneficial effects of pelvic floor muscle exercises on sexual function among postmenopausal women: a randomised clinical trial. *Sex Health*. 2018;15(5):396.
29. Lamvu G, Alappattu M, Witzeman K, Bishop M, Robinson M, Rapkin A. Patterns in Vulvodynia Treatments and 6-Month Outcomes for Women Enrolled in the National Vulvodynia Registry—An Exploratory Prospective Study. *J Sex Med*. mayo de 2018;15(5):705-15.
30. Sobhgol SS, Priddis H, Smith CA, Dahlen HG. Evaluation of the effect of an antenatal pelvic floor muscle exercise programme on female sexual function during pregnancy and the first 3 months following birth: study protocol for a pragmatic randomised controlled trial. *Trials*. diciembre de 2019;20(1):144.
31. Morin M, Carroll M-S, Bergeron S. Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Women With Provoked Vestibulodynia. *Sex Med Rev*. julio de 2017;5(3):295-322.
32. Mercier J, Morin M, Lemieux M-C, Reichetzer B, Khalifé S, Dumoulin C. Pelvic floor muscles training to reduce symptoms and signs of vulvovaginal atrophy: a case study. *Menopause*. julio de 2016;23(7):816-20.
33. Al-Abbadey M, Lioffi C, Curran N, Schoth DE, Graham CA. Treatment of Female Sexual Pain Disorders: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther*. 17 de febrero de 2016;42(2):99-142.
34. Musco S, Serati M, Lombardi G, Lumi E, Parisi AI, Del Popolo G, et al. Percutaneous Tibial Nerve Stimulation Improves Female Sexual Function in Women With Overactive Bladder Syndrome. *J Sex Med*. febrero de 2016;13(2):238-42.
35. Kolberg Tennfjord M, Hilde G, Staer-Jensen J, Siafarikas F, Engh ME, Bø K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training on vaginal symptoms and sexual dysfunction—secondary analysis of a randomised trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. marzo de 2016;123(4):634-42.
36. Brækken IH, Majida M, Ellström Engh M, Bø K. Can Pelvic Floor Muscle Training Improve Sexual Function in Women with Pelvic Organ Prolapse? A Randomized Controlled Trial. *J Sex Med*. febrero de 2015;12(2):470-80.
37. Zoorob D, South M, Karram M, Sroga J, Maxwell R, Shah A, et al. A pilot randomized trial of levator injections versus physical therapy for treatment of pelvic floor myalgia and sexual pain. *Int Urogynecology J*. junio de 2015;26(6):845-52.
38. Ferreira CHJ, Dwyer PL, Davidson M, Souza AD, Ugarte JA, Frawley HC. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. *Int Urogynecology J*. 1 de diciembre de 2015;26(12):1735-50.
39. Noguez DT. Valoración del dolor en el paciente adulto con afección cardiovascular. :7.
40. Ficha técnica del instrumento [Internet]. [citado 9 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=133>

41. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública. octubre de 1995;29(5):359-63.
42. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. Validation of the Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) for urogenital prolapse. Int Urogynecology J. mayo de 2010;21(5):523-8.
43. Busquets C M, Castillo F F, Bravo G S, Conteras P D. USO DEL SISTEMA POPQ PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS PROLAPSOS: HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO. Rev Chil Obstet Ginecol. 2009;74(1):4-10.
44. ICIQ-VS [Internet]. ICIQ. [citado 9 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://iciq.net/iciq-vs>
45. Liu M, Juravic M, Mazza G, Krychman ML. Vaginal Dilators: Issues and Answers. Sex Med Rev. enero de 2020;S2050052119301258.

10. ANEXOS

Anexo I. Escala Oxford

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Tipo de estudio
A	1a	Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados (homogéneos)
	1b	Ensayos controlados aleatorizados con intervalos de confianza estrechos
B	2a	Revisiones sistemáticas sobre estudios de cohortes(homogéneos) o sujetos "expuestos" o "no expuestos"
	2b	Estudio de cohorte individual/ Estudios controlados aleatorizados de baja calidad
	3a	Revisión sistemática de estudios de "caso-control" homogéneos
	3b	Estudios de "caso-control" individualizados
C	4	Series de casos, estudios de cohorte de baja calidad o estudios de caso-control
D	5	Opiniones expertas basadas en resultados de no revisiones sistemáticas o estudios mecanicistas

Anexo II. Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)

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?

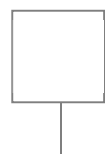
- No sexual activity
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

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

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?

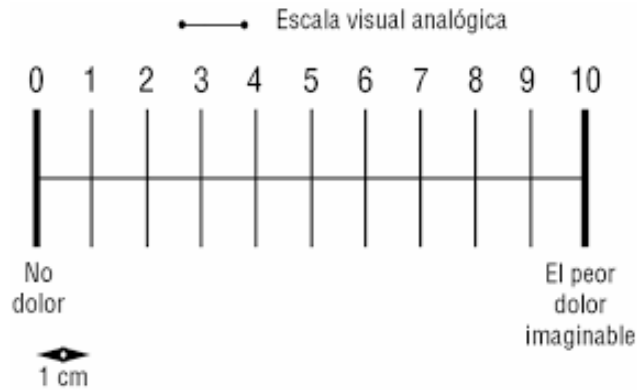
- Did not attempt intercourse
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

Thank you for completing this questionnaire

Copyright ©2000 All Rights Reserved

Page 5 (of 5)

Anexo III. Escala Visual Analógica (EVA)



Anexo IV. Índice de dolor de McGill

McGill Pain Questionnaire

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

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

1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBING BEATING POUNING 2 JUMPING FLASHING SHOOTING 3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING 4 SHARP CUTTING LACERATING 5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING 6 TUGGING PULLING WRENCHING 7 HOT BURNING SCALDING SEARING 8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING 9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY 10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	11 TIRING EXHAUSTING 12 SICKENING SUFFOCATING 13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING 14 PUNISHING GRUELING CRUEL VICIOUS KILLING 15 WRETCHED BLINDING 16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE 17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING 18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING 19 COOL COLD FREEZING 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 _____	 E = EXTERNAL I = INTERNAL
---	---	---	----------------------------------

COMMENTS:

Anexo V. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (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	A great deal 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 VI. Escala de Impresión de Mejoría Global del Paciente (PGI-I)

El PGI-I consiste en una sola pregunta que solicita al paciente que clasifique el alivio obtenido con el tratamiento que sigue según una escala de Likert de siete puntos:	
Muchísimo mejor	1
Mucho mejor	2
Un poco mejor	3
Ningún cambio	4
Un poco peor	5
Mucho peor	6
Muchísimo peor	7

Anexo VII. POP-Q

Pelvic organ prolapse quantification system (POP-Q)	
Stage	Description
0	No prolapse, anterior and posterior points are all -3 cm, and C or D is between $-TVL$ and $-(TVL-2)$ cm
1	The criteria for stage 0 are not met, and the most distal prolapse is more than 1 cm above the level of the hymen (less than -1 cm)
2	The most distal prolapse is between 1 cm above and 1 cm below the hymen (at least one point is -1 , 0, or $+1$)
3	The most distal prolapse is more than 1 cm below the hymen but no further than 2 cm less than TVL
4	Represents complete procidentia or vault eversion; the most distal prolapse protrudes to at least $(TVL-2)$ cm

Anexo VIII. ICIQ-VS

Initial number

ICIQ-VS 10/05

CONFIDENTIAL

VAGINAL SYMPTOMS QUESTIONNAIRE

Many people experience vaginal symptoms some of the time. We are trying to find out how many people experience vaginal symptoms, and how much they bother them. We would be grateful if you could answer the following questions, thinking about how you have been, on average, over the PAST FOUR WEEKS.

Please write in today's date:

DAY MONTH YEAR

Please write in your date of birth:

DAY MONTH YEAR

Vaginal symptoms

1a. Are you aware of dragging pain in your lower abdomen?

never 0
occasionally 1
sometimes 2
most of the time 3
all of the time 4

1b. How much does this bother you?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all a great deal

2a. Are you aware of soreness in your vagina?

never 0
occasionally 1
sometimes 2
most of the time 3
all of the time 4

2b. How much does this bother you?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all a great deal

3a. Do you feel that you have reduced sensation or feeling in or around your vagina?

not at all 0
a little 1
somewhat 2
a lot 3

3b. How much does this bother you?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all a great deal

Prolapse is a common condition affecting the normal support of the pelvic organs, which results in descent or 'dropping down' of the vaginal walls and/or the pelvic organs themselves. This can include the bladder, the bowel and the womb. Symptoms are usually worse on standing up and straining (e.g. lifting, coughing or exercising) and usually better when lying down and relaxing.

Prolapse may cause a variety of problems. We are trying to find out how many people experience prolapse, and how much this bothers them. We would be grateful if you could answer the following questions, thinking about how you have been, on average, over the PAST FOUR WEEKS.

4a. Do you feel that your vagina is too loose or lax?

not at all 0
a little 1
somewhat 2
a lot 3

4b. How much does this bother you?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all a great deal

5a. Are you aware of a lump or bulge coming down in your vagina?

never 0
occasionally 1
sometimes 2
most of the time 3
all of the time 4

5b. How much does this bother you?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
not at all a great deal

6a. Do you feel a lump or bulge come out of your vagina, so that you can feel it on the outside or see it on the outside?

never 0
occasionally 1
sometimes 2
most of the time 3
all of the time 4

6b. How much does this bother you?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**
not at all a great deal

7a. Do you feel that your vagina is too dry?

never 0
occasionally 1
sometimes 2
most of the time 3
all of the time 4

7b. How much does this bother you?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**
not at all a great deal

8a. Do you have to insert a finger into your vagina to help empty your bowels?

never 0
occasionally 1
sometimes 2
most of the time 3
all of the time 4

8b. How much does this bother you?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**
not at all a great deal

9a. Do you feel that your vagina is too tight?

never
occasionally
sometimes
most of the time
all of the time

9b. How much does this bother you?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**
not at all a great deal

Sexual matters

We would be grateful if you could answer the following questions, thinking about how you have been, on average, over the PAST FOUR WEEKS.

10. Do you have a sex life at present?	yes <input type="checkbox"/>	1
	no, because of my vaginal symptoms <input type="checkbox"/>	0
	no, because of other reasons <input type="checkbox"/>	2
If NO, please go to question 14		

11a. Do worries about your vagina interfere with your sex life?	not at all <input type="checkbox"/>	0
	a little <input type="checkbox"/>	1
	somewhat <input type="checkbox"/>	2
	a lot <input type="checkbox"/>	3
11b. How much does this bother you?		
<i>Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)</i>		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	not at all	a great deal

12a. Do you feel that your relationship with your partner is affected by vaginal symptoms?	not at all <input type="checkbox"/>	0
	a little <input type="checkbox"/>	1
	somewhat <input type="checkbox"/>	2
	a lot <input type="checkbox"/>	3
12b. How much does this bother you?		
<i>Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)</i>		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	not at all	a great deal

13. How much do you feel that your sex life has been spoilt by vaginal symptoms?		
<i>Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)</i>		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	not at all	a great deal

Quality of life

We would be grateful if you could answer the following questions, thinking about how you have been, on average, over the PAST FOUR WEEKS.

14. Overall, how much do vaginal symptoms interfere with your everyday life?		
<i>Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)</i>		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	not at all	a great deal

Thank you very much for answering these questions.